NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

continue morbiditeits registratie peilstations nederland

1990

nederlands instituut voort onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
postbus 1568 3500 bn utrecht telefoon 030 319946

Uitgave van : de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

Omslag : Naar een ontwerp van A. Ruinaard, destijds verbonden aan het Ministerie van WVC (aangepast aan de NIVEL - huisstijl door M. Cornelius).

Gegevens-verzameling : E.E. Colet-van Woezik

Typewerk en Lay-out : M. Heshusius-van Valen

Druk : Boekbinderij Post

Secretariaat : Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

ISBN : ISBN 90-6905-157-5 geb.
SISO 601.8 UDC 312.6(492)
Trefw.: medische registratie ; Nederland

uitgifte datum : Februari 1992

Gegevens uit dit verslag mogen alleen met bronvermelding worden overgenomen.

INHOUD **pag.**

VOORWOORD
INLEIDING 1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE 3
BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDERKERS 4
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND 6
DE PRAKTIJKPOPULATIE 10
OMVANG EN CONTINUITEIT VAN DE RAPPORTAGE 12
DE WEEKSTAAT 16
VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT 17
- Influenza(-achtig ziektebeeld) 19
- Verwijzing voor logopedie 29
- Het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri 33
- Sterilisatie bij de man 47
- Sterilisatie bij de vrouw 52
- Morning-after pil voorgeschreven 58
- Diabetes Mellitus 64
- Suïcide(poging) 68
- Acute ongewone hoofdpijn 72
- Zwangerschap (ondanks a.c.) 75
- Mammografie 80
- Angst voor AIDS 89
- Mazelen/bof 96
- Eurosentinel 104
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING 120
INCIDENTELE ONDERZOEKEN 129
- Euthanasie 129
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1990 140
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS 141
- Deelnemende artsen 1990 144
- weekstaat 1990 146
- Alfabetische lijst van onderwerpen
  - op de weekstaat 147
  - van incidentele onderzoeken 150
  - Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1990 151
TABELLEN 1A-4A 152
NOTEN 162

VOORWOORD

Het jaarverslag 1990 ligt voor u.

Nieuw element in de activiteiten van de peilstations in de afgelopen jaren is de opgangkomende internationale samenwerking van peilstationnetwerken.

In 1986 vond de International Otitis Media Study plaats. In 1990 verscheen in the British Medical Journal een eerste publikatie over de resultaten daarvan*.

In dit verslag worden voor de eerste keer resultaten gemeld van registraties, die plaats hebben gehad in het kader van Eurosentinel. Eurosentinel is de door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie in Brussel gecoördineerde samenwerking van peilstationnetwerken in een aantal EG-landen en Zwitserland.

Eind 1989 registreerden de artsen in deze netwerken de aanvragen van bloedonderzoek gedurende een viertal weken.
De uitkomsten van het onderzoek tonen belangrijke verschillen tussen de landen in de aanvragen voor bloedonderzoek door huisartsen**. De verschillen tussen huisartsen binnen een land zijn echter ook aanzienlijk.

In 1990 is er de gemeenschappelijke registratie van de aanvragen van bloedonderzoek naar H.I.V.-antistoffen en het voorkomen van mazelen en bof. Ook tijdens de periode 1-10-1990 - 1-4-1991, het influenzaseizoen heeft samenwerking plaats. In de hoofdstukken over deze onderwerpen wordt nader op de resultaten ingegaan.

Tenslotte zijn er nog de binnenlandse onderwerpen, waarvan een aantal al meerdere jaren wordt geregistreerd.
De laatste drie jaar was het aantal verzoeken om toepassing van euthanasie min of meer constant gebleven. In 1990 melden de peilstationartsen meer verzoeken dan in enig jaar daarvoor.
Uniek in de wereld is de middels de peilstations in kaart gebrachte ontwikkeling van het aantal verrichte sterilisaties. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen daalde in 1990 opnieuw iets; bij vrouwen was al meerdere jaren sprake van een daling van dit percentage.

Een voorwoord kan het verslag niet vervangen. Ingegaan is op een in het oog springende ontwikkeling binnen de peilstations: de internationale samenwerking.

Ook dit aspect van de CMR-Peilstations draagt naar onze overtuiging bij aan het inzicht in het funktioneren van de gezondheidszorg.

Prof. dr J. van der Zee,
voorzitter begeleidingscommissie Peilstations.

* Froom, J., L. Culpepper, P. Grob. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network; British Medical Journal; vol. 300, 1990, p. 582-586.

** Van Casteren, V., Leurquin, P., Declerq, E. Study of the use of some selected groups of laboratory tests in general practice. Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie. Brussel, 1991.

INLEIDING

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over gebieden met een verschillende graad van urbanisatie (zie pagina 6-9).
Door de deelnemende huisartsen, de Peilstationartsen, wordt wekelijks een formulier ingezonden, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen worden gerapporteerd: de zogenaamde weekstaat. Op deze weekstaat is een leeftijdsindeling aangebracht en waar nodig ook een indeling naar geslacht (zie pagina 146).
Elke twee jaar vindt een telling plaats van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 17).
Elk jaar worden de rubrieken die op de weekstaat zullen worden geplaatst door de begeleidingscommissie opgesteld. Hierbij worden ook verzoeken of suggesties van anderen in overweging genomen. Voor het plaatsen van een ziekte of gebeurtenis op de weekstaat moet tenminste aan drie voorwaarden worden voldaan:

1. het belang van het onderwerp moet worden beschreven;
2. er moeten strenge en duidelijke criteria betreffende de te registreren ziekte of gebeurtenis te formuleren zijn;
3. het toepassen van deze criteria mag niet te tijdrovend zijn en moet inpasbaar zijn in de praktijkvoering van de huisarts.

In dit verslag wordt bij een rubriek die voor de eerste maal op de weekstaat is opgenomen enige achtergrondinformatie gegeven; bij de 'oude onderwerpen' dient men hiervoor een van de vorige verslagen te raadplegen.
Bij het beschouwen van de onderwerpen, die in de loop der jaren op de weekstaat hebben gestaan (zie pagina 147-149) komt men tot de conclusie, dat de naam Continue Morbiditeits Registratie eigenlijk niet het gehele werk dekt. Het zijn immers voor een gedeelte geen ziekten die worden geregistreerd, maar handelingen of gebeurtenissen. De naam Peilstations voldoet beter; er worden peilingen gedaan, soms gedurende een jaar, soms langer of continu.
Als naam wordt dan ook "Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations

Nederland" gebezigd.
Naast de wekelijkse in te sturen staten is in 1976 een begin gemaakt met de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Hierbij worden aan de artsen aan het einde van het jaar vragen gesteld over niet frequent voorkomende ziekten of gebeurtenissen in het afgelopen jaar.
In het verslag wordt geen uitputtende (statistische) analyse van het verzamelde materiaal noch een uitvoerige beschouwing gegeven; het doel is van bepaalde onderwerpen basisgegevens te verzamelen en door te geven.

In 1990 zijn de contacten in het International Primary Care Network voortgezet. In dit internationale netwerk is in 1990 geen onderzoek verricht.

Deelname aan een tweede internationaal netwerk vindt plaats sinds eind 1988. Eurosentinel is een vanuit het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie te Brussel georganiseerde samenwerking van peilstationnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap en Zwitserland. De doelstelling van dit project is het tot standkomen van peilstationnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap te bevorderen en vervolgens de samenwerking tussen deze netwerken. In 1989 is een eerste onderzoek door Eurosentinel verricht: in oktober van dat jaar zijn door de huisartsen in de verschillende landen gegevens verzameld over door hen aangevraagde bloedonderzoeken.
De onderzoeken in zowel het International Primary Care Network als Eurosentinel bieden de mogelijkheid vergelijkingen te maken tussen landen.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

In de subsidieregeling met het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is vastgelegd dat de begeleidingscommissie ten behoeve van de uitvoering van het registratiesysteem in principe bestaat uit:

1. twee vertegenwoordigers van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
2. de directeur van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (voorzitter);
3. een vertegenwoordiger van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg;
4. twee vertegenwoordigers van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid;
5. twee vertegenwoordigers van de Peilstations;
6. een vertegenwoordiger van de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten;
7. twee leden op grond van specifieke deskundigheid;

De commissie was in 1990 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mevrouw Drs. J.M. Bensing[2]
	F.K.A. Fokkema, huisarts[5]
	P. van Leeuwen, statisticus[7]
	C.A. Postema, arts[4]
	H.O. Sigling, huisarts[5,6]
	W.A. van Veen, arts[1]
	Drs. J.J. Zandvliet[1]
	Prof. dr J. van der Zee[3]
Projectleider:	A.I.M. Bartelds, huisarts
Secretaresses:	Mevrouw E.E. Colet-van Woezik
	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 1990 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende één vacature.

BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1990

Contact tussen de registrerende artsen en hun medewerkers, de begeleidingscommissie, de rubriekhouders en de projectleiding is voor een registratieproject als de CMR-Peilstations van groot belang. Elk jaar, aan het begin van een nieuwe registratieperiode wordt daartoe een bijeenkomst gehouden.

Verslag wordt gedaan van afgesloten registraties, problemen bij het verzamelen van de gegevens over onderwerpen die verscheidene jaren op de weekstaat staan worden besproken en nieuwe rubrieken op de weekstaat worden geïntroduceerd.

In 1990 is de jaarlijkse bijeenkomst in een feestelijke sfeer gehouden. De CMR-Peilstations bestaan dan 20 jaar.
Het hoogtepunt van de bijeenkomst is het aanbieden van het eerste exemplaar van de uitgave The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy door Prof. dr J. van der Zee aan mevrouw dr R.R.R. Huysman-Rubingh, de plaatsvervangend hoofdinspecteur van de Geneeskundige Inspectie.

In haar dankwoord memoreert mevrouw Huysman-Rubingh aan de hoeveelheid werk die in de twintig jaar dat het project bestaat is verricht. Naar haar oordeel geeft het haar aangeboden boek daarvan blijk.
In de toekomst ziet zij dat er samenwerking tot stand zal komen tussen de nationale peilstations en de peilstations van de basisgezondheidsdiensten, die in het kader van de nieuwe wetgeving een belangrijke epidemiologische opdracht hebben gekregen.

Wat voor de Nederlandse peilstations nog toekomst is, is in Frankrijk al gerealiseerd: een peilstationnetwerk dat gebruik maakt van electronische informatie overdracht. De heer H. ten Hoopen, als adviseur informatica aan het Nivel verbonden, heeft dit Franse netwerk bestudeerd en geeft met een 'online' verbinding demonstratie van de mogelijkheden ervan.

Vooraf aan deze beide bijzondere gebeurtenissen op de bijeenkomst bespreekt mevrouw M. Moons de eerste uitkomsten van de registratie van de consulten waarbij AIDS aan de orde komt in het gesprek tussen de

patiënt en de huisarts. Haar tekst is aangepast als artikel verschenen in Medisch Contact[17].

Tot slot wordt de weekstaat voor het registratiejaar 1990 besproken.

SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1
PEILSTATIONS
Continue Morbiditeits Registratie
1990

Het aantal peilstations is in het begin van 1990 44. In de loop van het jaar stopt één peilstation en in één peilstation beëindigt een van de twee artsen zijn praktijk. Het aantal huisartsen in de peilstationpraktijken is aanvankelijk 61; later in 't jaar 59.

Bij de bewerking en de bespreking worden de volgende indelingen en codes gebruikt:

- A voor provinciegroep Groningen, Friesland en Drenthe (noordelijke provincies);
- B voor provinciegroep Overijssel, Gelderland en Flevoland (oostelijke provincies);
- C voor provinciegroep Utrecht, Noord- en Zuid-Holland (westelijke provincies);
- D voor provinciegroep Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (zuidelijke provincies);
- 1 voor de urbanisatiegroep A_1-A_4 (plattelandsgemeenten)[1];
- 2 voor de urbanisatiegroep B_1-B_4, C_1-C_4 (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter):
- 3 voor de urbanisatiegroep C_5 (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 144-145) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1990 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 13 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen 2 of meer huisartsen, te weten 10 maal tussen 2 artsen, 2 maal tussen drie artsen en 1 maal tussen 4 artsen. In januari 1990 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 45; bij de peilstationartsen 39. Er zijn 7 apotheekhoudende peilstationartsen, 3 in urbanisatiegroep 1 en 4 in urbanisatiegroep 2, dat is 16% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 12[2].

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provincie- en urbanisatiegroep in de jaren 1981-1990. Aanpassing aan de geldende maatstaven voor de indeling naar urbanisatiegraad vindt waar en wanneer dat nodig is plaats.
Vergelijking met het aantal huisartsen in Nederland in de verschillende subgroepen laat zien dat de peilstationsartsen een evenredige vertegenwoordiging vormen (zie verslag 1981, p. 13).

Tabel 1: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1981-1990[3].

provinciegroep	A		B		C		D	
	Groningen, Friesland en Drenthe		Overijssel, Gelderland en Flevoland		Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1981	10	6	11	9	27	21	13	10
1982	10	6	11	9	27	21	13	10
1983	10	6	11	9	27	21	14	10
1984	10	6	11	9	27	21	14	10
1985	10	6	10	8	25	21	14	10
1986	10	6	10	8	26	21	14	10
1987	10	6	9	7	28	21	14	10
1988	10	6	10	8	28	21	14	10
1989	10	6	10	8	28	21	13	10
1990	10	6	10	8	28	20	13	10

Tabel 2: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per urbanisatiegroep in de jaren 1981-1990

urbanisatie groep	1 plattelands gemeenten		2 verstedelijkte plattelands-gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter		3 gemeenten met 100.000 of meer inwoners		Nederland	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1981	11	8	36	25	14	13	61	46
1982	11	8	36	25	14	13	61	46
1983	11	8	37	25	14	13	62	46
1984	11	8	37	25	14	13	62	46
1985	10	7	35	25	14	13	59	45
1986	10	7	36	25	14	13	60	45
1987	10	7	37	24	14	13	61	44
1988	9	6	39	26	14	13	62	45
1989	9	6	38	26	14	13	61	45
1990	10	6	37	25	14	13	61	44

DE PRAKTIJKPOPULATIES

Er heeft in 1989 een telling van alle praktijkpopulaties plaats gehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-'90 voor de verwerking gebruikt. In 1991 heeft een nieuwe telling plaats.
Bij de opzet van het project is gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% uit de Nederlandse bevolking. Hierbij is rekening gehouden met een geografische spreiding (de hiervoor genoemde provinciegroepen) en met een spreiding over regio's met verschillende graad van urbanisatie (urbanisatiegroepen). Er is nagegaan of nog steeds voldaan wordt aan dit uitgangspunt. De hier volgende overzichten laten zien dat dit in grote lijnen nog steeds het geval is.
De Nederlandse bevolking nam in 1989 met 87.334 toe (per 1-1-1990).

Tabel 3: vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking

		aantal inwoners Nederland[4]	aantal patiënten peilstations[5]	(met percentages)
provinciegroep	A	1.594 041	22.774	(1.4%)
	B	3.036.140	24.410	(0.8%)
	C	6.611.369	62.227	(0.9%)
	D	3.649.388	33.823	(0.9%)
urbanisatiegroep	1	1.681.187	22.727	(1.3%)
	2	9.659.913	87.451	(0.9%)
	3	3.549.838	33.056	(0.9%)
geslacht	mannen	7.358.482	69.958	(0.9%)
	vrouwen	7.534.092	73.276	(1.0%)
totaal		14.892.574	143.234	(1.0%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) en urbanisatiegraad 1 (het platteland) zijn relatief iets oververtegenwoordigd.

De percentages van de mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstations-praktijken, per leeftijdsklasse, provincie- en urbanisatiegroep zijn als volgt.

leeftijd	provinciegroep								urbanisatiegroep						Nederland	
	A		B		C		D		1		2		3			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
0- 4	1.2	1.2	0.6	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	1.0	1.1	0.7	0.7	0.9	0.9	0.8	0.8
5- 9	1.4	1.5	0.7	0.8	1.0	0.9	0.9	0.9	1.2	1.5	0.9	0.9	1.1	1.0	0.9	1.0
10-14	1.4	1.5	0.6	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.1	1.5	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
15-19	1.4	1.4	0.7	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	1.3	1.5	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	1.0
20-24	1.3	1.5	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.4	1.6	0.9	1.0	0.8	0.9	1.0	1.0
25-29	1.5	1.7	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	1.4	1.4	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0
30-34	1.5	1.6	0.8	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.3	1.3	0.9	0.9	1.0	1.1	1.0	1.0
35-39	1.5	1.5	0.7	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.2	1.4	0.8	0.9	1.0	1.0	0.9	1.0
40-44	1.5	1.5	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.4	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0
45-49	1.4	1.4	0.8	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	1.3	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0
50-54	1.4	1.4	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.3	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0
55-59	1.3	1.2	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.5	1.4	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0
60-64	1.2	1.3	0.9	0.8	1.0	1.0	0.9	1.0	1.4	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0
65-69	1.4	1.3	0.9	0.8	1.0	0.9	0.9	0.9	1.5	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9
70-74	1.5	1.4	0.9	0.8	1.0	0.9	0.9	0.9	1.5	1.3	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9
75-79	1.3	1.3	1.0	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	1.4	1.3	0.9	0.9	0.9	0.8	1.0	0.9
80-84	1.3	1.4	1.1	0.7	0.9	0.8	0.9	1.0	1.3	1.3	1.0	0.9	0.8	0.8	1.0	0.9
≥ 84	1.4	1.3	1.3	0.8	1.1	0.9	1.0	1.0	1.8	1.4	1.0	0.9	1.1	0.9	1.2	1.0
totaal	1.4	1.4	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	1.3	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0

Er is met betrekking tot de leeftijdsgroepen een kleine verschuiving opgetreden: in de jongste leeftijdsgroepen zijn er vergeleken met de voorgaande telling meer subgroepen met een percentage kleiner dan één, in de oudste daarentegen minder. Dit wijst op een geringe veroudering van de peilstationpopulatie, de populatie verouderd als het ware met de (projectgetrouwe) peilstationartsen mee. Er dient evenwel voor gewaakt te worden dat dit geen vertekening gaat geven.

OMVANG EN CONTINUITEIT VAN DE RAPPORTAGE

Sinds 1975 wordt het aantal dagen waarover per peilstation per jaar is gerapporteerd en het aantal dagen per week van alle peilstations samen nagegaan en bewerkt. Op deze wijze wordt beoogd de omvang en de continuïteit van het rapporteren te volgen. In het algemeen geven de peilstationartsen door of laten zij doorgeven wanneer zij niet kunnen rapporteren (vakantie, persoonlijke omstandigheden). Ingeval een weekstaat niet tijdig binnenkomt, wordt er telefonisch contact opgenomen.

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 1990 bedroeg het 11.340 (41 weken x 5 dagen x 44 peilstations/2 weken x 5 dagen x 43 peilstations/9 weken x 5 dagen x 42 peilstations). In 1990 beëindigde een peilstation bij het begin van het laatste kwartaal van het jaar zijn deelname aan het project. In tabel 4 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4: maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1981	11.960	10.520	88.0%
1982	11.960	10.627	88.8%
1983	11.960	10.515	87.9%
1984	11.960	10.546	88.2%
1985	11.700	10.340	88.4%
1986	11.700	10.284	87.9%
1987	11.660	10.035	86.1%
1988	11.700	10.307	88.1%
1989	11.700	10.380	88.7%
1990	11.340	9.997	88.2%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1990 nagenoeg gelijk aan dat van de voorgaande jaren.

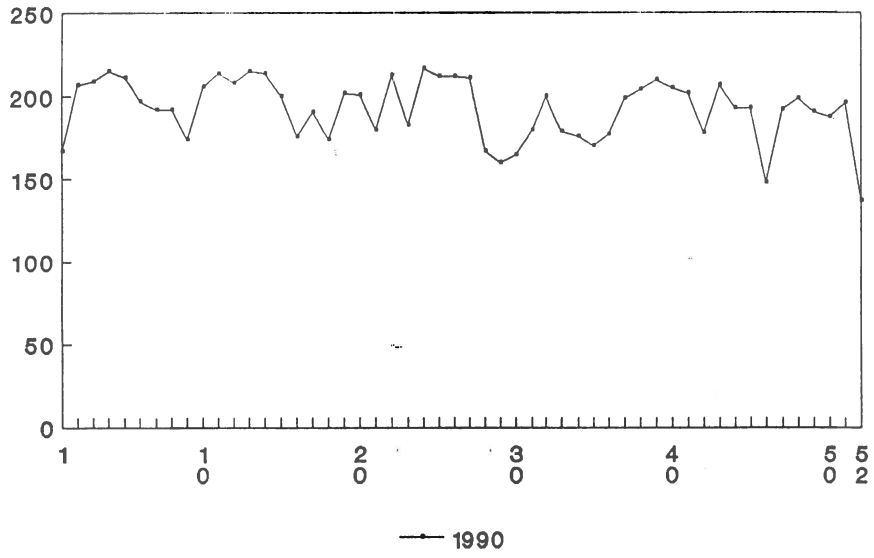
Een uitsplitsing naar provincie- en urbanisatiegroep is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De grote steden zijn met 87.1% het laagste, de oostelijke provincies met 90% het hoogste.

per provinciegroep	per urbanisatiegroep
A 89.8%	1 90.7%
B 90 %	2 88.1%
C 86.4%	3 87.1%
D 89 %	

In figuur 2 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is 26 (maximaal 44 x 5 = 220).

Figuur 2
Het aantal dagen, dat in 1990 per week is geregistreerd



Tabel 5 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 1990 per peilstation is 32, hoger dan in het jaar 1989.
Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 38 en 15 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

Tabel 5: frequentieverdeling van het aantal dagen waarover niet gerapporteerd werd, per peilstation

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
0	2	1	2	2	1	0	0	1	1	2
1- 9	9	9	7	6	8	7	4	7	6	5
10-19	2	2	5	3	1	4	7	2	6	5
20-29	3	6	1	7	8	7	1	5	5	6
30-39	18	15	12	9	10	10	5	15	15	11
40-49	8	10	14	17	15	13	16	13	9	10
50-59	2	3	4	1	2	2	10	2	2	2
60-69	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
70-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
80-89	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
90-99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
≥ 99	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
totaal aantal peilstations	46	46	46	46	45	45	44	45	45	44
gemiddelde	31	29	31	31	30	31	37	27	29	32
mediaan	38	34.5	37	35	34	34.5	43	34	32	33

Nadere beschouwing van deze tabel laat een verbetering van de rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 1990 in ruim 10% van de peilstations

voor. Dit is een hoger percentage dan in de jaren 1988 en 1989. Eén arts beëindigde bij het begin van het laatste kwartaal zijn deelname aan het project. Nog één arts rapporteerde in de laatste twee maanden van het jaar niet.

DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 146)

De rubrieken op de weekstaat voor 1990 werden als volgt samengesteld; tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer op de weekstaat is opgenomen:

1. Nieuwe gevallen van influenza(-achtig ziektebeeld)(1970);
2. Het maken van een cervixuitstrijkje (1976);
3. Sterilisatie bij de man verricht (1972);
4. Sterilisatie bij de vrouw verricht (1974);
5. Morning-after pil voorgeschreven (1972);
6. Diabetes Mellitus (1990);
7. Suïcide(pogingen) (1979);
8. Acute ongewone hoofdpijn (1988);
9. Zwangerschap (ondanks a.c.) (1987);
10. (Poli)klinische mammografie (1988);
11. Angst voor AIDS (1988);
12. Mazelen/bof (1990);

Er wordt in principe uitgegaan van week-rapportage, dat betekent dat ook patiënten die in een 'vrij weekeinde' door de waarnemer worden gezien, worden gemeld, met uitzondering van influenza(-achtig ziektebeeld).
Telefonisch gestelde diagnosen of telefonisch gegeven adviezen worden in principe niet op de weekstaat aangetekend: ook hierop is influenza een uitzondering.

Een alfabetische opgave van de onderwerpen is in bijlage 3 te vinden (pagina 147-149); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 1990. De gegevens werden zoals gebruikelijk verwerkt op het computercentrum van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Er worden als routine drie tabellen geproduceerd:
1. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar leeftijdsgroep;
2. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar provinciegroep;
3. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar urbanisatiegroep;

De tabellen 1, 2 en 3 worden ten behoeve van de surveillance per week uitgedraaid en ten behoeve van de rapportage per kwartaal en per jaar. Ten gerieve van de deelnemende artsen wordt ook nog per peilstation per kwartaal de eerste tabel geproduceerd.

Met uitzondering van de per peilstation verstrekte informatie worden de gegevens eveneens per 10.000 van de totale peilstationpopulatie uitgedrukt (relatieve frequenties). De frequenties zijn op hele getallen afgerond. Bij een frequentie onder de 0.5 per 10.000 inwoners is deze afgerond tot '0'. Indien geen enkel geval wordt gerapporteerd is dit aangegeven met '-'.
Een frequentie die gebaseerd is op minder dan 5 meldingen is tussen haakjes geplaatst. Wanneer het gaat om de frequentie van nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde periode dan spreekt men in de epidemiologie van incidentie; betreft het daarentegen alle aanwezige gevallen van die ziekte in een bepaalde periode of op een bepaald moment, dan duidt men dit aan met prevalentie. Men kent ook hierbij een absolute en een relatieve incidentie of prevalentie.
In dit verslag wordt de relatieve incidentie of prevalentie steeds per 10.000 inwoners c.q. mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 4 (pagina 151) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1990 gegeven.

Wanneer in een peilstation niet gedurende de hele week wordt gerapporteerd (ziekte, vakantie, etc.), dan wordt dit gemeld.
De gegevens van de artsen die 0, 1 of 2 dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt, terwijl de betrokken populaties van deze praktijken voor de berekening van de frequentie niet worden meege-

teld. De gegevens van de praktijken waar over meer dan 2 dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Tot en met 1977 werd hierbij een correctiefactor toegepast. Bij het beschouwen van het aantal malen dat deze werd toegepast, bleek de invloed op het totaal zo gering te zijn, dat deze correctie met ingang van 1-1-1978 is afgeschaft. Bij navraag bij de artsen bleek bovendien dat bij afwezigheid van 1 of 2 dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvond.
De overzichten worden opgebouwd uit de weekcijfers, waarbij de frequenties worden berekend op de gemiddeld in het betreffende tijdsbestek aanwezige populatie.

In het kader van dit jaarverslag wordt, zoals reeds in de inleiding is vermeld, niet beoogd een volledige analyse van het materiaal te geven.

De volgende jaartabellen zijn ingesloten (pagina 152-161).
Tabellen: 1a, 1b, 1c, en 1d: het aantal patiënten per 10.000 van de leeftijdsgroep[6].
Tabellen: 2a, 2b, 2c, en 2d: het aantal patiënten per 10.000 van de provinciegroep.
Tabellen: 3a, 3b, 3c, en 3d: het aantal patiënten per 10.000 van de urbanisatiegroep.

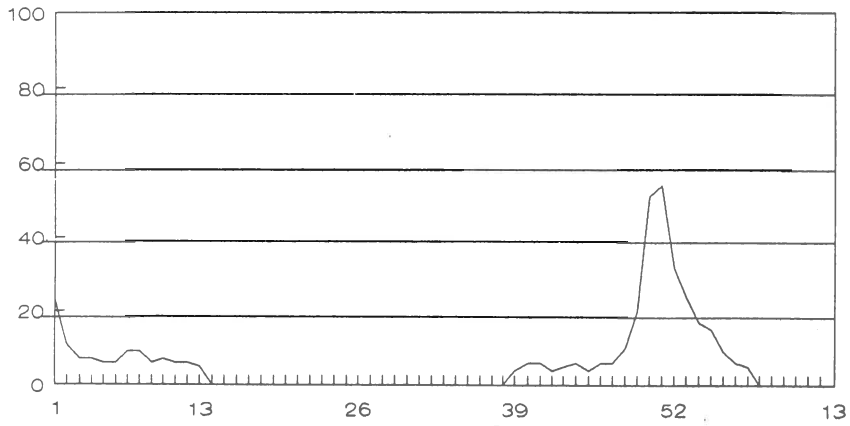
INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

De rubriek influenza[7] is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

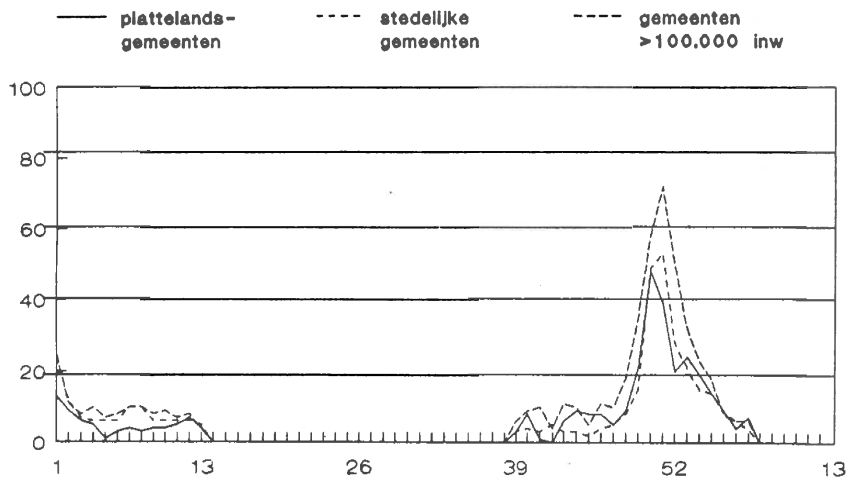
Influenza 1989-1990 en 1990-1991

In figuur 3.1-3.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provincie- en urbanisatiegroep voor het seizoen 1989-1990[8]. In figuur 4.1-4.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven voor het seizoen 1989-1990. In het verslag over 1988-1989 werd het beloop van influenza in de eerste weken van 1990 al besproken.

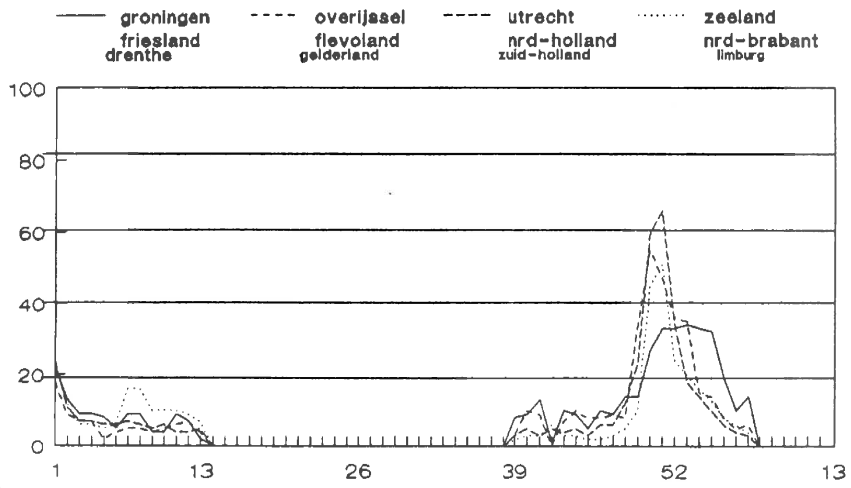
Figuur 3.1
Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1989-1990



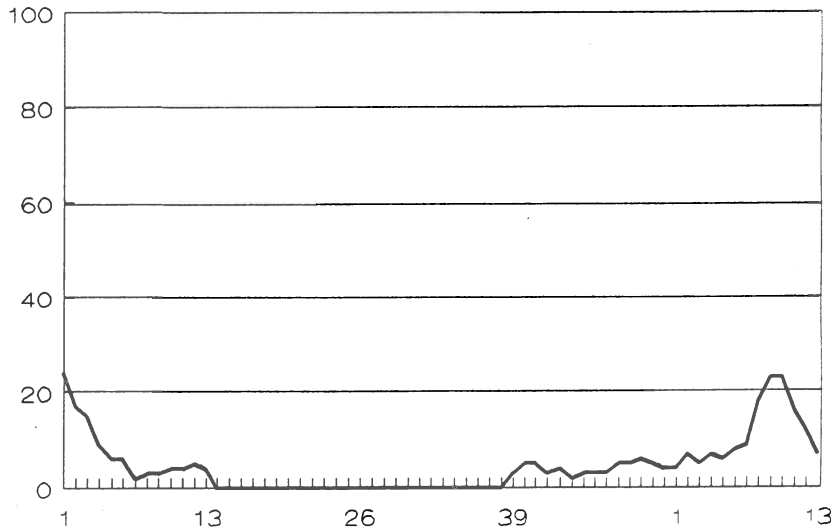
Figuur 3.2
Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1989-1990



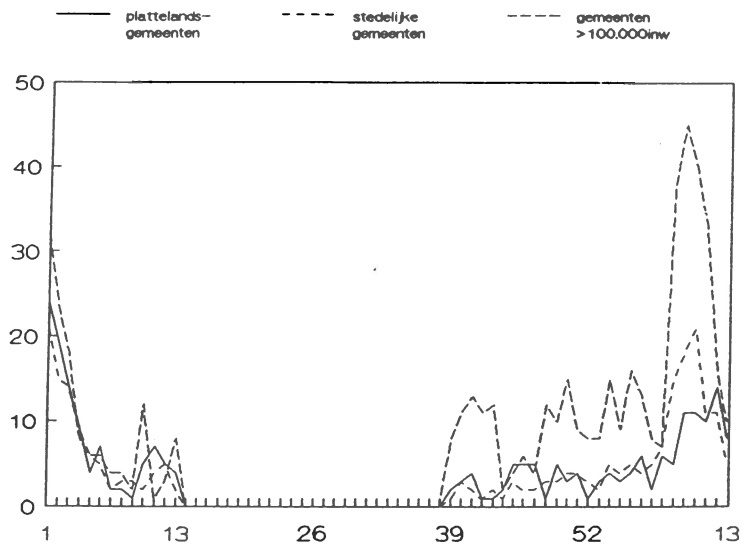
Figuur 3.3
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1989-1990



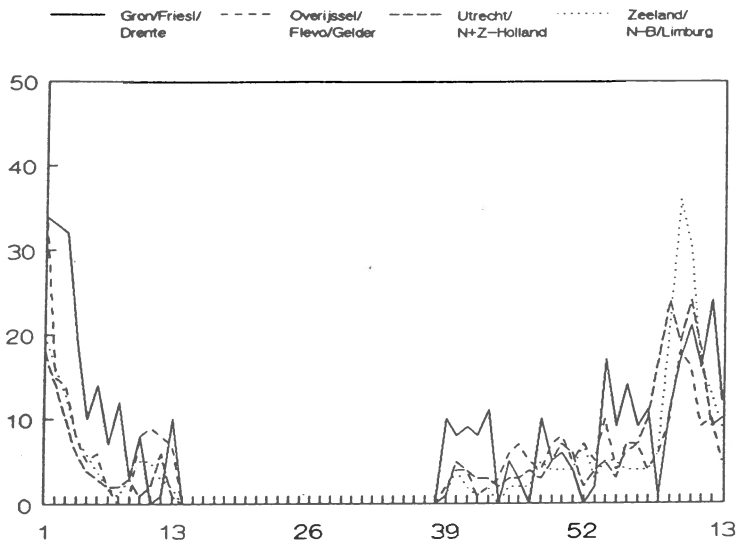
Figuur 4.1
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1990-1991 (t/m week 13)



Figuur 4.2
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1990-1991 (t/m week 13)



Figuur 4.3
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1990-1991 (t/m week 13)



Seizoen 1989-1990

In het seizoen 1989-1990 is het begin van de epidemische verheffing van de influenza-achtige aandoeningen aan het einde van het kalenderjaar gesitueerd.

Vanaf week 48 van het jaar 1989 liggen de incidentiecijfers voor Nederland boven de 10 per 10.000 inwoners. In week 51 wordt de hoogste incidentie van dit seizoen gemeld: 54 per 10.000 inwoners.

De hoogste incidentie in de subgroepen worden gevonden in de oostelijke provincies in week 51: 66 per 10.000 inwoners. En in de grote steden: 72 per 10.000 inwoners.

In de eerste weken van 1990 lopen de incidenties van de meldingen van griepachtige aandoeningen snel terug. In week 4 ligt het aantal meldingen weer onder de 10 per 10.000 inwoners.

In het seizoen 1989-1990 zijn hoofdzakelijk influenza A/sub type H_3N_2 geïsoleerd. Na de jaarwisseling echter ook influenza B.

Seizoen 1990-1991

Anders dan in beide voorgaande influenzaseizoenen ligt de epidemiologische verheffing van de influenza-achtige aandoeningen nu weer in het eerste kwartaal van het kalenderjaar.

In week 8 van 1991 ligt het weekcijfer voor het eerst boven de 10 per 10.000 inwoners: 18 per 10.000 inwoners. De hoogste incidentie wordt bereikt in week 10: 24 per 10.000 inwoners. In week 13 ligt het aantal weer onder de 10 per 10.000: 7 per 10.000 inwoners.
Gedurende deze weken wordt vooral influenza A (H_1N_1) geïsoleerd. Ook influenza B-virussen zijn geïsoleerd.

Tabel 6: aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1981-1990

jaar	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
totaal kalender jaar	491	497	396	502	464	630	365	399	410	225	
hoogste weekincidentie per 'seizoen'		20	42	53	57	71	26	9	44	54	24

Overzien we de epidemieën van de afgelopen 10 jaren dan is die van het seizoen 1986-1987 in die periode de mildste geweest. In het seizoen 1987-1988 kan in het geheel niet van een griep-epidemie gesproken worden. In het seizoen 1988-1989 is voor het eerst sinds jaren sprake van een 'griepgolf' aan het einde van het kalenderjaar. In het seizoen 1989-1990 is er opnieuw sprake van een 'griepgolf' aan het einde van het kalenderjaar. In het seizoen 1990-1991 wordt de meeste activiteit in de 2e helft van het eerste kwartaal gezien.

Leeftijds- en geslachtsverdeling
Tijdens de registratieperiode is nooit een verschil in incidentie van influenza tussen man en vrouw gevonden; daarom is hiervoor op de weekstaat geen splitsing meer aangebracht bij deze rubriek.
De leeftijdsverdeling laat zien dat voor de leeftijdsgroep onder de vijf jaar de huisarts het meest frequent voor influenza-achtige aandoeningen geraadpleegd is. In de andere groepen zijn de aantallen nagenoeg gelijk.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

Influenza seizoen 1990-1991 in West-Europa
Vanaf eind september 1990 zijn de gegevens over de influenza(-achtige aandoeningen) wekelijks door 10 peilstationnetwerken doorgegeven aan de Central Facility van Eurosentinel in Brussel.

Een overzicht van deze netwerken is weergegeven in tabel 7.

Table 7: Surveillance of influenza like illness: participating networks

Name of network	Nb of participants	Country
Médicins vigies/Peilpraktijken	38 GPs	Belgium
GROGs (Group Régionaux d'Observation de la Grippe	253 GPs 51 pediatricians	France
RNTMT (Réseau National Télématique de Surveillance et d'Information sur les Maladies Transmissibles)	428 GPs	France
Sentinel Practice Network	69 GPs	Ireland
Peilstations	60 GPs	Netherlands
Medicos Sentinela	195 GPs	Portugal
Sistema de Vigilancia por Medicos Centinela	100 GPs	Spain-Basque Country
Red de Medicos Centinelas	15 GPs 5 pediatricians	Spain-Madrid Region
Sentinella	142 GPs	Switzerland
Weekly returns Service	240 GPs	United Kingdom
GP Surveillance of Infections in Wales	138 GPs	United Kingdom

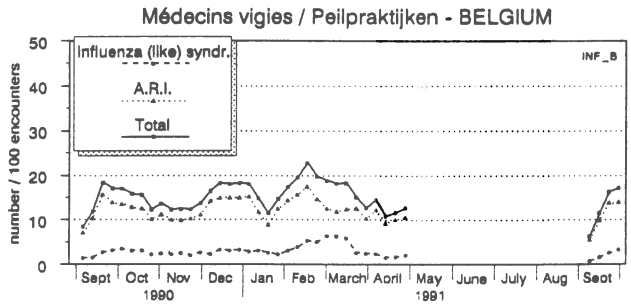
De meeste van deze netwerken verzamelen de gegevens met behulp van een weekstaat. Het Franse RNTMT-netwerk gebruikt elektronische data communicatie; in het Franse GROG's-netwerk worden de artsen elke week telefonisch benaderd voor het doorgeven van de gegevens.
Deze laatste benadering, -het telefonisch informeren bij de peilstationartsen naar het aantal meldingen van Influenza(-achtige aandoeningen) in de

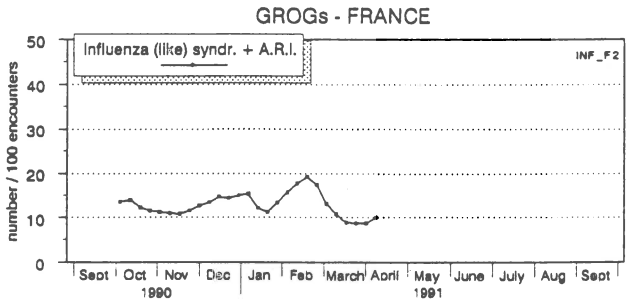
voorafgaande week is vanaf week 40 ook in de Nederlandse peilstations gebruikelijk.

Criteria voor de diagnose influenza(-achtige aandoeningen) worden op een enkele uitzondering na door alle netwerken gebruikt. In het algemeen wordt een influenza(-achtige aandoening) gemeld wanneer er sprake is van: een plotseling begin van de klachten, koorts, spierpijn, hoesten en andere verschijnselen van een bovenste luchtweg infectie.

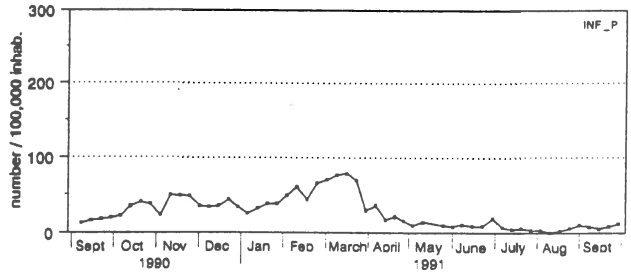
De coördinatoren van de netwerken rapporteren wekelijks telefonisch, per fax of per post aan de Central Facility. Door de medewerkers van Eurosentinel in Brussel worden deze gegevens verwerkt in grafieken en een overzicht van alle bijgewerkte grafieken wordt elke week aan de coördinatoren toegezonden. In geval van een plotselinge en scherpe toename van het aantal meldingen in een of meerdere netwerken krijgen de coördinatoren de informatie versneld per fax.

Het overzicht over de periode september 1990 - juni 1991 van de gezamenlijke registratie in het kader van Eurosentinel is weergegeven in Figuur 5.

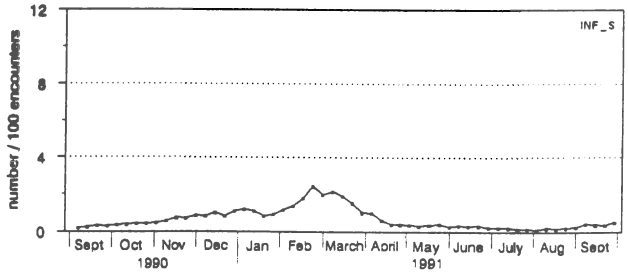




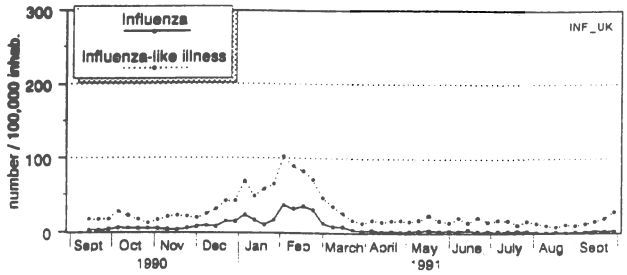
Medicos Sentinela - PORTUGAL



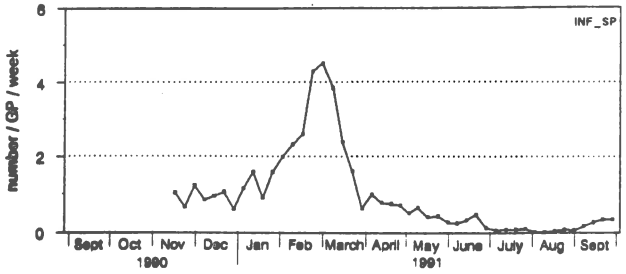
Sentinella - SWITZERLAND



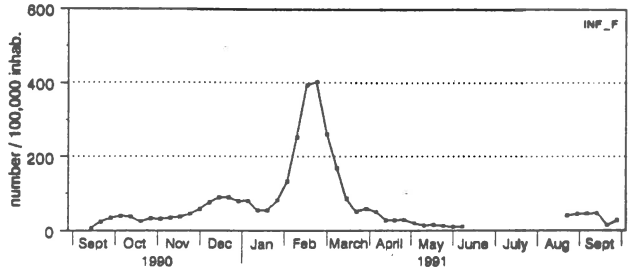
Weekly Returns Service - UNITED KINGDOM



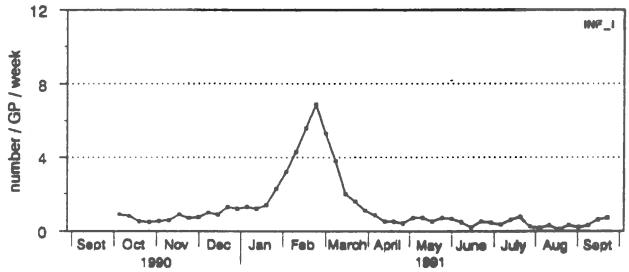
Sistema de Vigilancia por Medicos Centinela - BASQUE REGION



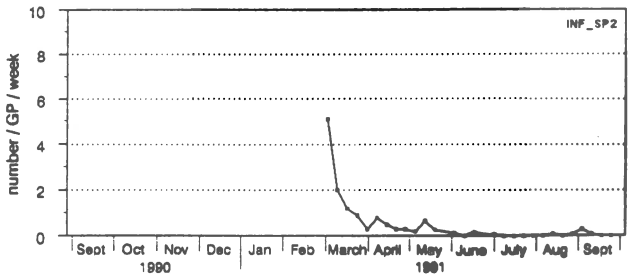
RNTMT - FRANCE



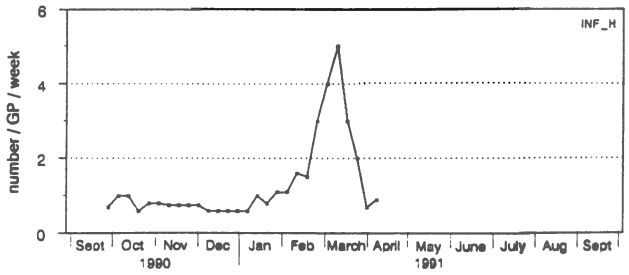
Sentinel Practice Network - IRELAND

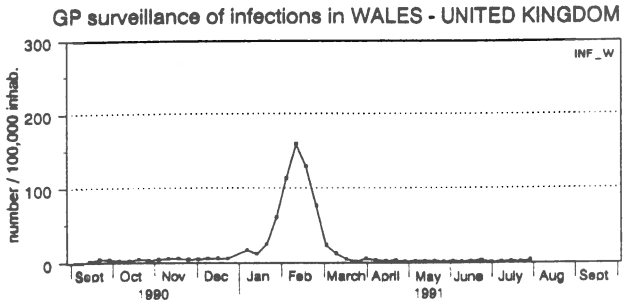


Red de Medicos Centinelas (Madrid) - SPAIN



Sentinel Stations - THE NETHERLANDS





In het seizoen 1991-1992 wordt deze registratie voortgezet.

VERWIJZING VOOR LOGOPEDIE

Stoornissen in het hanteren van de taal (begrijpen, spreken, lezen en schrijven) zijn problemen die de kwaliteit van het bestaan ernstig aantasten.

De weinige gegevens die beschikbaar zijn over het aantal logopedische behandelingen geven alleen een kwantitatief beeld: er is een toename van de omvang van de logopedische hulp.
In het licht van het ontbreken van een onderzoekstraditie op dit terrein is het van belang systematisch wetenschappelijke kennis te vergaren, onderzoek te verrichten naar effecten van behandeling en epidemiologisch en theorievormend onderzoek te doen. Een eerste stap in dit proces is het inzicht verwerven in de omvang van het aantal verwijzingen voor logopedie door de huisarts en een aantal inhoudelijke en procedurele aspecten ervan.

Gevraagd wordt elke patiënt voor wie een verwijzing naar of machtiging voor logopedie wordt aangevraagd te registreren. Zowel nieuwe verwijzingen als een verlenging van een lopende behandeling. Op een aanvullend registratieformulier worden over een drietal onderwerpen vragen gesteld:

1. de stoornis(sen) waarvoor de logopedie wordt aangevraagd,
2. of deze verwijzing een eerste dan wel verlenging- of herhalingsaanvragen betreft en
3. van wie het initiatief tot de verwijzing uitgaat.

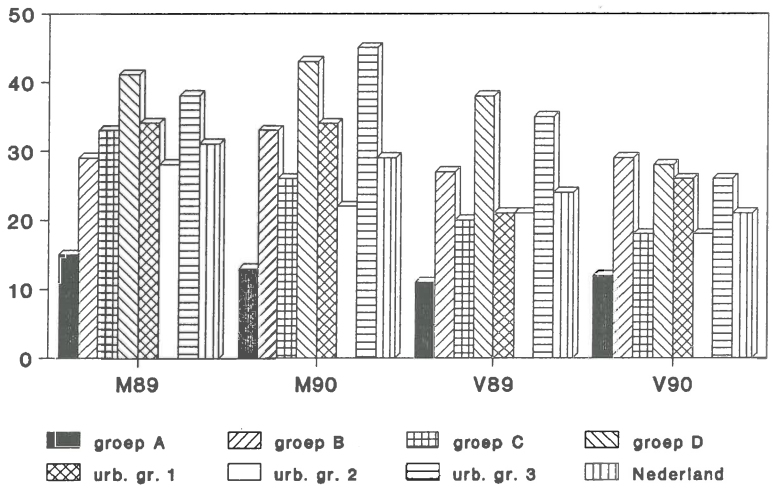
Dit aanvullende onderzoek staat onder leiding van dr. J. Dekker (NIVEL) en wordt in samenwerking met medewerkers van de studierichting logopedie van de Hogeschool Midden Nederland uitgevoerd. Rapportage daarvan heeft elders plaats.

In tabel 8 worden de aantallen verwijzingen voor logopedie in 1989-1990 vermeld naar provincie en- urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 6). Bij de hier gepresenteerde gegevens is geen onderscheid gemaakt tussen nieuwe verwijzingen en herhalingsverwijzingen. En ook zijn 'kennisgevingen' van verwijzingen geregistreerd: dat wil zeggen de huisarts wordt geïnformeerd over een verwijzing door bij voorbeeld een schoolarts.

Tabel 8: aantal verwijzingen voor logopedie naar provincie en- urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1989-1990

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1989	M	15	29	33	41	34	28	38	31
1990		13	33	26	43	34	22	45	29
1989	V	11	27	20	38	21	21	35	24
1990		12	29	18	28	26	18	26	21
1989	M+V	13	28	26	40	28	24	37	28
1990		12	31	22	35	30	20	35	25

Figuur 6
Aantal verwijzingen voor logopedie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1989-1990



Meer mannen dan vrouwen worden voor logopedie verwezen: respectievelijk 31 en 24 in 1989 en 29 en 21 per 10.000 in 1990.
In de noordelijke provincies wordt in beide jaren het minste verwezen voor logopedie; in de zuidelijke provincies het meeste. Er is sprake van een

aanzienlijk verschil: een factor 3.
Een dergelijk groot verschil wordt niet gevonden tussen de urbanisatiegroepen. In de grote steden wordt het meest verwezen voor een logopedische behandeling. In de kleinere steden en op het verstedelijkte platteland het minste.
Het laagste aantal verwijzingen voor logopedie vindt plaats in het 3e kwartaal van 1990: 5 per 10.000 inwoners. Overigens zijn de verschillen tussen de kwartalen gering.

Leeftijdsverdeling
In tabel 9 is de leeftijdsverdeling gegeven van de mannen en vrouwen die in 1989 en 1990 zijn verwezen voor logopedie.

Tabel 9: aantal verwijzingen voor logopedie per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen in 1989-1990

Leeftijdsgroep	1989	1990	1989	1990	1989	1990
	M		V		M+V	
≤ 10	170	161	102	93	138	128
10-19	27	30	16	23	22	27
20-29	17	9	25	14	20	12
30-39	10	15	13	10	12	12
40-49	(1)	6	10	8	6	7
50-59	10	8	10	2	10	5
60-69	(4)	-	10	13	7	7
70-79	(13)	16	16	20	15	19
≥ 79	(8)	-	(16)	(8)	14	(5)

De leeftijdsverdeling van de verwijzingen voor logopedie weerspiegelt het leeftijdsspecifieke karakter van de stoornissen waarvoor een logopedische behandeling gebruikelijk is.
Onder de 10 jaar zijn dat de taal (ontwikkelings)stoornissen, eventuele preverbale stoornissen, stotteren en broddelen en spraak(ontwikkelings) stoornissen. Het aantal jongens dat verwezen wordt is duidelijk hoger dan het aantal meisjes.
Op oudere leeftijd spelen vooral de afatische stoornissen en dysarthrieën een rol.
In de analyse van de aanvullende gegevens zal nader ingegaan worden op

de relatie tussen de leeftijd en de verwijzingen voor een logopedische behandeling.

Het onderwerp is in 1991 van de weekstaat afgevoerd.

HET MAKEN VAN EEN UITSTRIJKJE VAN DE CERVIX UTERI

In 1976 is het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri voor de eerste maal op de weekstaat geplaatst. Het doel was aanvankelijk inzicht te krijgen in de omvang van deze werkzaamheden naast het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Men moet zich echter realiseren dat de peilstationartsen geen aselecte groep huisartsen zijn, hetgeen bij deze rubriek van invloed kan zijn. Een beschouwing waarbij naar de al of niet aanwezigheid van trends wordt gekeken is echter wel degelijk zinvol.

De rubriek is onderverdeeld naar de indicatie tot het maken van een cervixuitstrijkje, te weten klachten en/of symptomen, op 'preventieve' gronden op initiatief van de peilstationarts of van de vrouw en een aparte kolom in het geval het een herhalingsuitstrijkje betrof, ongeacht de indicatie tot het maken van het vorige uitstrijkje. Als termijn waarbinnen een tweede of volgend uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje dient te worden gerapporteerd, is 3 jaar aangehouden. Voor het jaar 1990 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1988 zelf reeds eerder een uitstrijkje bij de betreffende vrouw heeft afgenomen. Deze termijn is gelijk aan het huidige interval tussen twee bevolkingsonderzoekronden.

Deze rubriek heeft een wat gewijzigde doelstelling gekregen aangezien in maart 1982 de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het voornemen kenbaar maakte het beleid betreffende het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom te wijzigen. Op 25-08-1988 is tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de beroepsorganisaties van de huisartsen overeenstemming bereikt over de vergoeding voor het maken van uitstrijkjes bij ziekenfondspatiënten in het kader van het bevolkingsonderzoek (vooralsnog gericht op vrouwen van 35-54 jaar, en met een screeningsinterval van drie jaar). Daarmee was het mogelijk geworden in heel Nederland het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in 1989 te starten.
Bij navraag onder de peilstationartsen is in 1990 in 39 van de peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit. In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

In tabel 10 is het totaal aantal gemaakte uitstrijkjes uitgesplitst naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje, inclusief de herhalingsuitstrijkjes, gegeven.

Tabel 10: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
klachten en/ of symptomen	57	57	65	57	62	65	59	76	72	55
'preventief' initiatief peilstation-arts	184	171	174	204	197	230	192	176	170	144
'preventief' initiatief vrouw	110	126	120	132	127	168	153	193	351	433
herhalings-uitstrijkje	159	170	168	182	184	170	211	246	237	273
Totaal	510	524	527	575	570	633	615	691	830	905

Het totale aantal uitstrijkjes (905 per 10.000 vrouwen) is in 1990 beduidend hoger dan in enig jaar daarvoor. In 1989 is op veel plaatsen in het land het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl gestart. In 1990 is dit programma verder tot ontplooiing gekomen. Bij het bekijken van deze tabellen moet men, zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, rekening houden met de vastgelegde termijn van drie jaar waarbinnen een uitstrijkje als een herhalingsuitstrijkje geldt.

Het aantal uitstrijkjes wegens klachten en/of symptomen bevindt zich vanaf 1980 op een niveau van rond de 60 per 10.000 vrouwen. Enkel de jaren 1988 en 1989 lieten een hoger niveau zien: ± 75 per 10.000. Bij deze

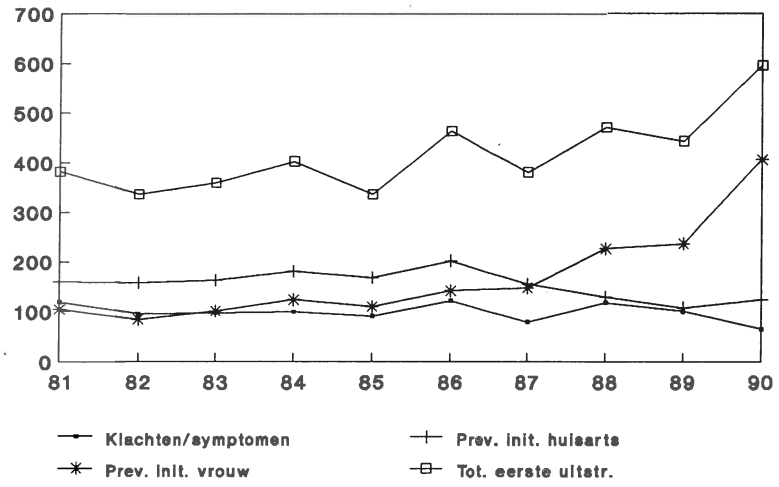
rubriek moet de afspraak om elk uitstrijkje dat bij eenzelfde vrouw binnen een bepaalde periode wordt gemaakt als een herhalingsuitstrijkje te registreren in gedachte worden gehouden. Het werkelijke aantal uitstrijkjes dat wegens klachten of symptomen wordt gemaakt, zal dus hoger liggen.
De rubriek herhalingsuitstrijkjes is verder toegenomen; van 246 in 1988 en 237 in 1989 per 10.000 vrouwen naar 273 in 1990.
Sinds 1987 wordt ook in de subgroep herhalingsuitstrijkjes een onderverdeling gehanteerd in: wegens klachten en of symptomen, preventief op initiatief van de huisarts en preventief op initiatief van de vrouw. In de jaren 1987-1989 is er een vrijwel constant aantal van ± 60 herhalingsuitstrijkjes per 10.000 vrouwen gemaakt wegens klachten en of symptomen. In 1990 werden per 10.000 vrouwen 70 herhalingsuitstrijkjes gemaakt wegens klachten en of symptomen. Het overgrote deel van deze herhalingsuitstrijkjes wordt gemaakt bij vrouwen in de leeftijd van 30-54 jaar.
Het totale aantal eerste uitstrijkjes dat op preventieve indicatie werd gemaakt, dus zowel op initiatief van de huisarts als van de vrouw, is in de jaren 1987-1990 alleen maar gestegen van 345 naar 577 per 10.000 vrouwen.
Deze subrubrieken maken het mogelijk om het aantal vrouwen dat door deze methode door de huisarts wordt bereikt, te berekenen. Het aantal vrouwen dat langs deze weg tenminste éénmaal in de drie jaar is bereikt, is in het totaal van tabel 11 te zien. In deze tabel zijn alleen de aantallen eerste uitstrijkjes per 10.000 vrouwen opgenomen, met een onderverdeling naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje en naar provincie en urbanisatiegroep (vergelijk ook figuur 7 en 8). Het totale aantal eerste uitstrijkjes is in 1990 verder gestegen en wel met name in de rubriek 'preventief initiatief vrouw': in 1987 153 per 10.000 vrouwen tegen 433 per 10.000 vrouwen in 1990. In 1989 en 1990 is vooral deze rubriek aanzienlijk gestegen. Komt een vrouw met een verzoek om een uitstrijkje na aangeschreven te zijn in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker dan wordt dat geturfd onder deze rubriek. Immers ook al wordt de vrouw in het kader van het bevolkingsonderzoek 'opgeroepen' een uitstrijkje te laten maken het is haar beslissing dit al of niet door de huisarts te laten uitvoeren. Op initiatief van de arts wordt steeds minder vaak een uitstrijkje gemaakt (144 per 10.000 vrouwen in 1990 tegen 230 in 1986).

Tabel 11: aantal door peilstation gemaakte **'eerste'** cervixuitstrijkje per provincie- en urbanisatiegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

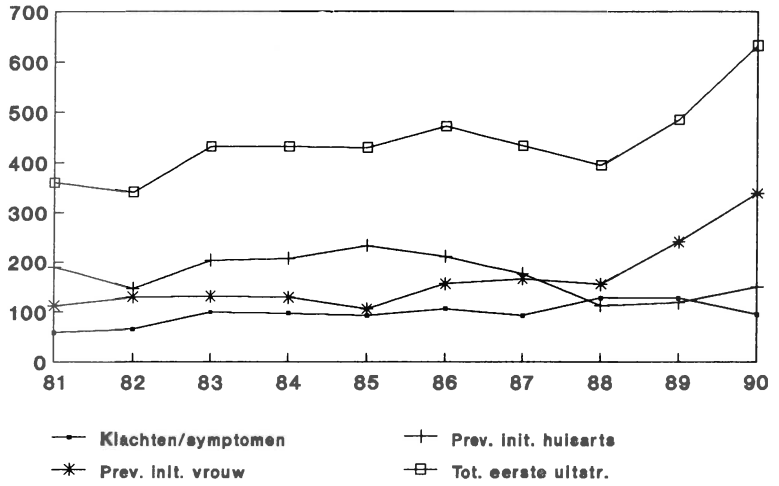
		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten en/of symptomen	1981	119	59	41	52	73	39	95	57
	1982	95	65	44	58	78	37	98	57
	1983	97	99	49	53	90	44	105	65
	1984	99	97	37	45	78	42	84	57
	1985	90	92	45	52	85	49	78	62
	1986	121	106	42	43	93	54	75	65
	1987	79	92	46	48	79	49	69	59
	1988	117	127	56	51	118	58	96	76
	1989	100	127	54	48	102	57	90	72
	1990	65	95	43	41	66	52	56	55
'preventief' initiatief peilstationarts	1981	159	189	223	112	239	147	247	184
	1982	157	146	183	174	203	148	212	171
	1983	162	202	175	156	237	138	226	174
	1984	180	206	217	190	229	161	308	204
	1985	167	232	196	195	235	151	288	197
	1986	201	210	248	229	243	186	334	230
	1987	154	175	204	202	173	162	278	192
	1988	128	112	179	255	128	161	261	179
	1989	107	118	201	189	131	143	271	170
	1990	124	149	154	136	161	106	233	144
'preventief' initiatief vrouw	1981	104	112	125	80	107	113	104	110
	1982	84	129	149	98	115	117	157	126
	1983	100	130	137	88	131	111	136	120
	1984	123	128	145	113	142	124	147	132
	1985	109	105	147	116	121	116	157	127
	1986	141	155	201	134	155	158	205	168
	1987	147	165	179	101	169	132	194	153
	1988	226	154	233	130	137	174	292	195
	1989	236	240	456	283	234	380	340	351
	1990	406	338	502	404	350	448	456	433
totaal	1981	382	360	389	244	419	299	446	351
	1982	336	340	376	330	396	302	467	354
	1983	359	431	361	297	458	293	367	359
	1984	402	431	399	348	449	327	539	393
	1985	366	429	388	363	441	316	523	386
	1986	463	471	491	406	491	398	614	463
	1987	380	432	429	351	421	343	541	404
	1988	471	393	468	436	383	393	649	450
	1989	443	485	711	520	467	580	701	593
	1990	595	632	699	581	577	606	745	632

Figuur 7
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

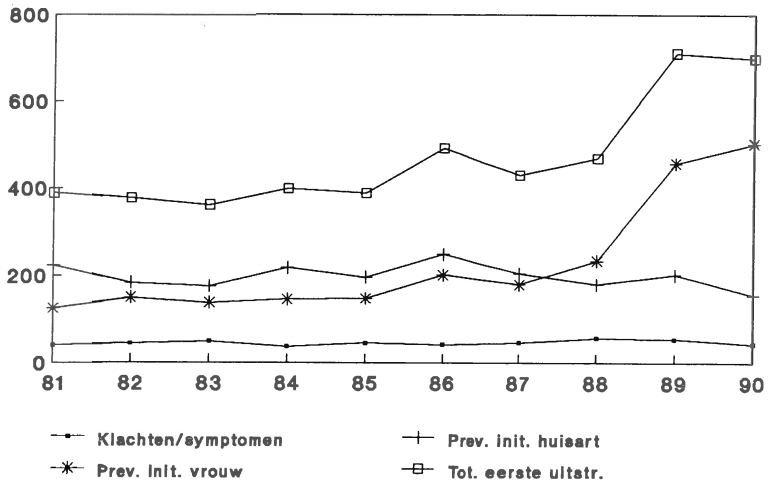
provinciegroep A



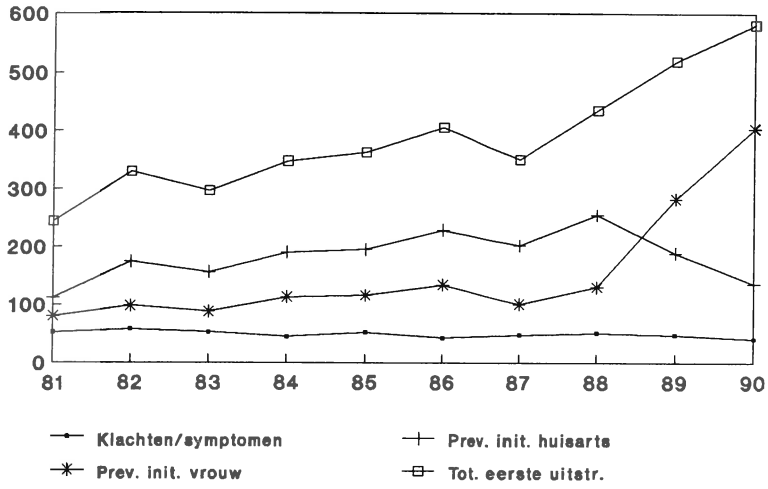
provinciegroep B



provinciegroep C

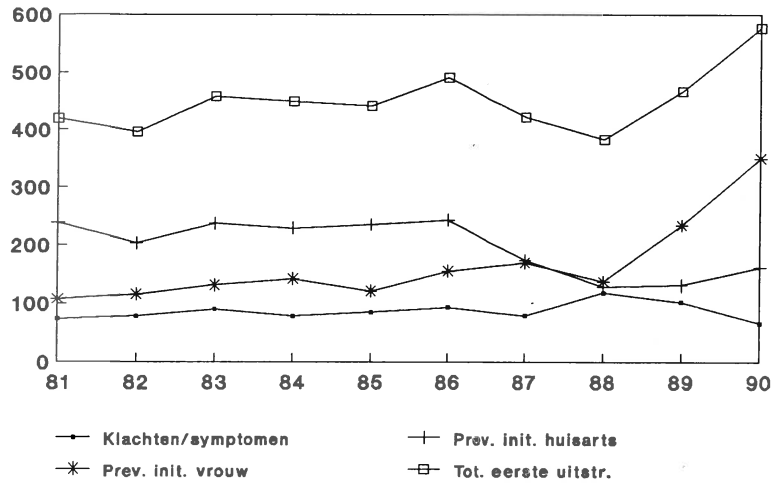


provinciegroep D

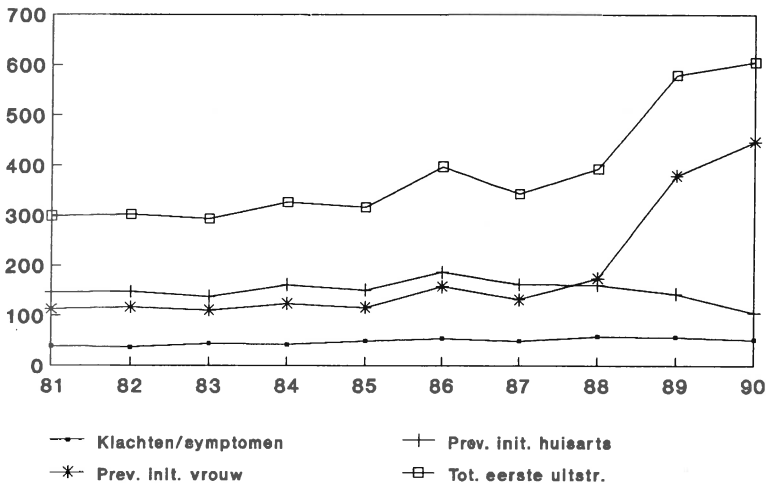


Figuur 8
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per urbanisatiegroep en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

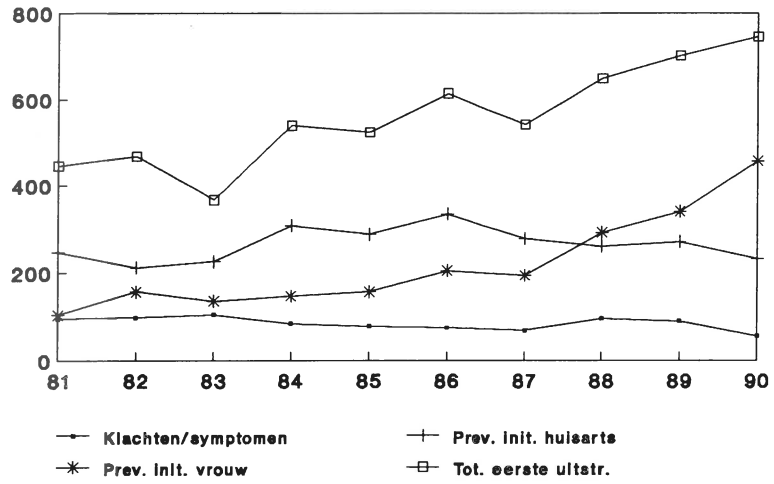
urbanisatiegroep 1



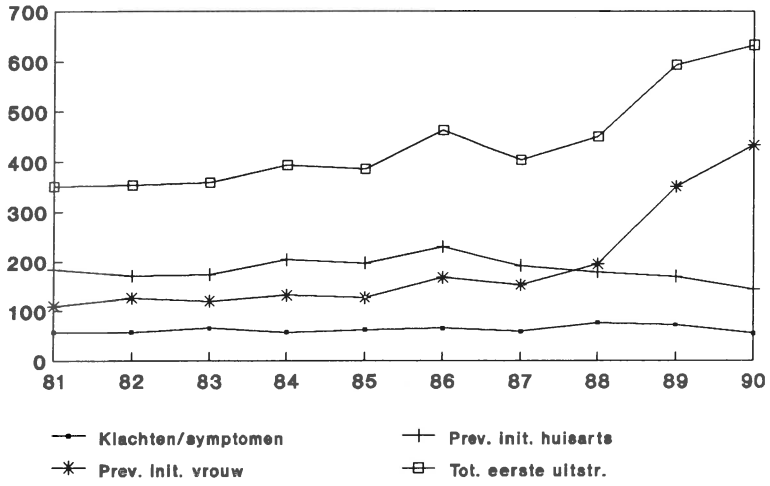
urbanisatiegroep 2



urbanisatie groep 3



Nederland



Leeftijdsverdeling

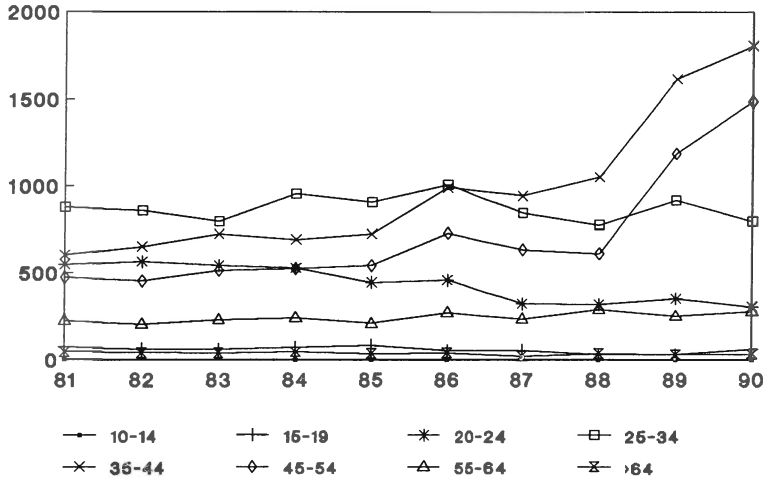
Tabel 12 geeft een overzicht van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 9).

Tabel 12: aantal door peilstations gemaakte **'eerste'** cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥64
1981	(2)	72	548	879	602	473	225	47
1982	-	64	565	859	651	455	207	43
1983	-	63	543	797	724	515	233	42
1984	(2)	72	529	957	693	525	244	48
1985	(2)	86	446	908	724	543	212	38
1986	(2)	54	459	1008	991	729	273	42
1987	-	57	323	845	943	634	236	24
1988	(2)	33	319	777	1050	612	292	38
1989	(2)	32	353	919	1616	1187	253	32
1990	(2)	61	306	797	1805	1487	279	34

De toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes vanaf 1987 wordt zoals verwacht vooral gevonden in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar is er vanaf 1987 sprake van lagere aantallen in vergelijking met de jaren 1984-1986.

Figuur 9
Aantal **'eerste'** uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990



De aantallen op medische indicatie gemaakte eerste uitstrijkjes zijn vergeleken met 1989 in vrijwel alle leeftijdsgroepen lager. Enkel in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar zijn er in 1990 meer eerste uitstrijkjes gemaakt wegens klachten en symptomen.

Het aantal preventieve uitstrijkjes op initiatief van de peilstationarts daalt bij jongere vrouwen sinds 1986 sterk. Dit is opmerkelijk voor de leeftijdsgroep die buiten het bevolkingsonderzoek valt (zie tabel 13).
De op verzoek van de vrouw gemaakte uitstrijkjes nemen in de leeftijdsgroepen tussen 35 en 54 jaar sterk toe. De toename in de jongere leeftijdsgroepen lijkt in 1990 te keren. Herhalingsuitstrijkjes worden in 1990 in bijna alle leeftijdsgroepen wat vaker afgenomen dan in 1989 het geval was. Bij een toegenomen aantal eerste uitstrijkjes is dat te verwachten.

Tabel 13 geeft een uitsplitsing naar leeftijd- èn indicatie tot het maken van een uitstrijkje, inclusief het herhalingsuitstrijkje (zie ook figuur 10).

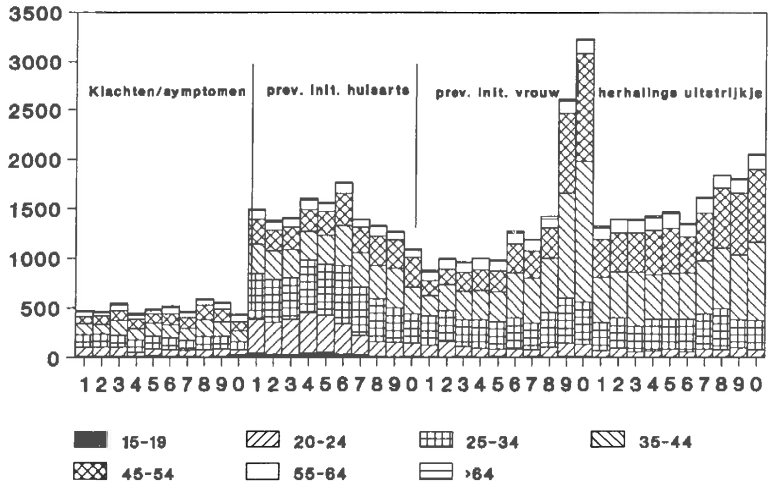
Tabel 13: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥64
klachten en/	1981	16	90	127	106	72	46	17
of sympto-	1982	16	92	130	97	85	31	17
men	1983	19	88	117	153	96	51	18
	1984	14	44	123	110	98	36	19
	1985	20	71	128	129	93	32	14
	1986	14	67	117	131	111	63	16
	1987	13	63	94	124	110	51	11
	1988	11	72	126	170	148	51	9
	1989	13	75	123	151	125	54	12
	1990	27	57	73	114	89	64	10
preventief,	1981	47	339	460	291	253	94	13
initiatief	1982	38	318	422	292	214	79	16
peilstation-	1983	29	357	410	288	230	85	14
arts	1984	50	400	533	287	222	97	20
	1985	53	374	506	297	238	87	7
	1986	35	310	580	405	325	100	10
	1987	26	196	483	345	265	70	5
	1988	16	146	431	327	303	99	4
	1989	(6)	146	345	399	290	75	6
	1990	19	129	293	267	296	78	13
preventief,	1981	9	119	292	205	148	85	17
initiatief	1982	10	155	307	262	156	97	10
vrouw	1983	15	98	270	283	189	97	10
	1984	8	85	287	296	205	111	9
	1985	13	76	274	298	212	93	17
	1986	(5)	82	311	455	293	110	18
	1987	18	64	268	431	269	115	8
	1988	7	101	345	550	305	94	25
	1989	13	132	451	1067	808	125	15
	1990	15	120	422	1423	1102	138	10
herhalingsuit-	1981	(6)	68	279	454	385	119	14
strijkje	1982	(6)	89	304	468	387	135	8
	1983	(3)	60	255	539	397	132	8
	1984	5	65	318	446	444	136	15
	1985	7	82	296	457	461	146	19
	1986	-	64	325	459	369	125	9
	1987	(8)	79	353	532	483	154	15
	1988	6	78	408	612	607	123	12
	1989	12	86	282	657	624	137	13
	1990	(5)	79	293	789	734	143	17

Tabel 13: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990 (vervolg)

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥64
totaal	1981	78	616	1158	1056	858	344	61
	1982	70	654	1163	1119	842	342	51
	1983	66	603	1052	1263	912	365	50
	1984	77	594	1275	1139	969	380	63
	1985	93	603	1204	1181	1004	358	57
	1986	54	523	1333	1450	1098	398	53
	1987	65	402	1198	1432	1127	390	39
	1988	40	397	1310	1659	1363	367	50
	1989	44	437	1201	2274	1847	391	46
	1990	60	385	1081	2593	2221	423	50

Figuur 10
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1981-1990



Zowel bij het totaal aantal uitstrijkjes als bij de "eerste" uitstrijkjes neemt het percentage voor de leeftijdsgroep van 35-54 toe (zie tabel 14). Een afname is zowel bij de vrouwen jonger dan 35 jaar en ouder dan 54 te constateren. Vanaf 1987 is er al sprake van een toename van het percentage uitstrijkjes in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. De verdere toename in 1989 en 1990 lijkt vooral het gevolg te zijn van de in 1989 op gang gekomen nieuwe vorm van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Bij de indicatie 'initiatief van de vrouw' is de toename het grootst in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. Dit initiatief is waarschijnlijk sterk gestimuleerd door het schrijven dat in het kader van het nieuwe bevolkingsonderzoek aan vrouwen in deze leeftijdsgroep wordt gericht.

Tabel 14: proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1984-1990

jaar	≤ 35	35-54	≥ 54	totaal
	leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes			
1984	45.9	46.8	7.4	100
1985	42.2	48.6	9.2	100
1986	42.5	49.8	7.6	100
1987	35.8	55.0	9.2	100
1988	36.1	57.4	6.5	100
1989	27.0	66.0	7.0	100
1990	24.0	71.0	5.0	100
	leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje			
1984	52.5	40.7	6.8	100
1985	48.7	42.8	8.5	100
1986	45.4	47.1	7.5	100
1987	40.0	51.5	8.5	100
1988	39.7	53.6	6.7	100
1989	29.7	63.8	6.5	100
1990	25.0	70.0	5.0	100

De resultaten van deze rubriek zullen van belang blijven tot de invoering van het landelijk informatiesysteem bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, dat thans wordt ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van WVC.

Deze rubriek is in 1991 in gewijzigde vorm op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE MAN

Sinds 1972 staat de bij de man verrichte sterilisatie als rubriek op de weekstaat.
De uit deze rubriek verkregen gegevens worden, samen met die uit de rubrieken sterilisatie bij vrouwen verricht en morning-after pil voorgeschreven onder meer gebruikt voor het opstellen van een Nederlandse bijdrage aan het rapport van de Raad van Europa "Country Report of the Netherlands" en bij berekening van het beloop van de bevolking. De jaarlijkse gepubliceerde gegevens vormen een partieel doch vooralsnog onmisbaar beoordelingsinstrument ter zake van ontwikkelingen op het terrein van geboortenregelend gedrag.

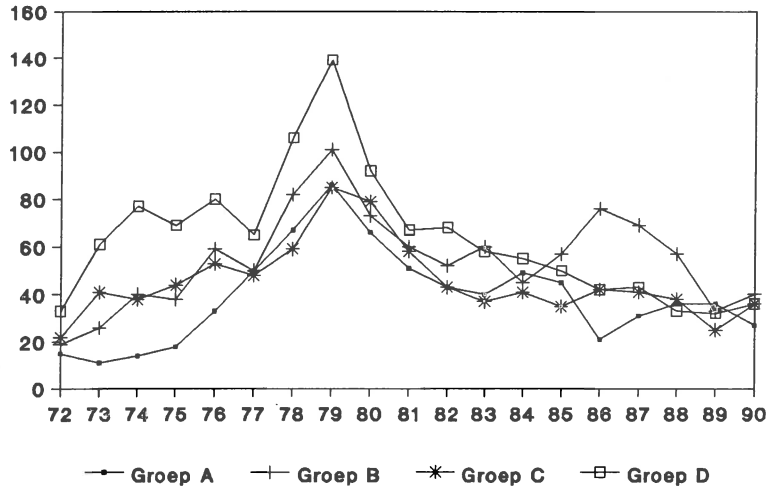
Het aantal per 10.000 mannen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor heel Nederland in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 11).

Tabel 15: aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, 1981-1990

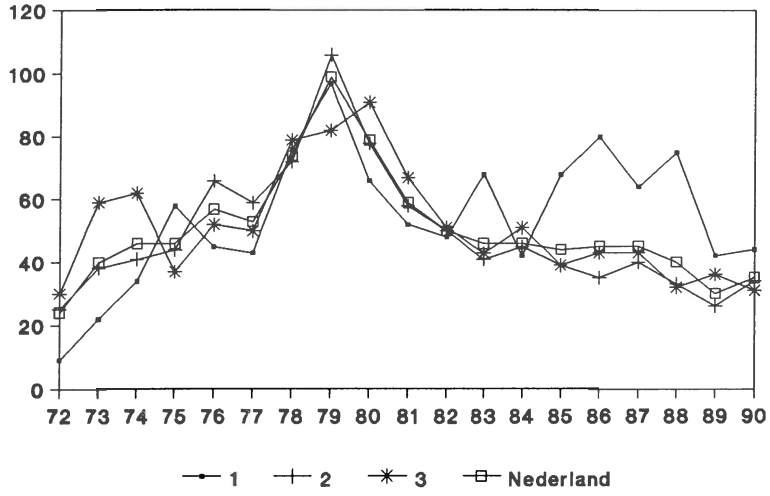
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1981	51	60	58	67	52	58	67	59
1982	43	52	43	68	48	50	51	50
1983	40	60	37	58	68	41	43	46
1984	49	45	41	55	42	45	51	46
1985	45	57	35	50	68	39	39	44
1986	21	76	42	42	80	35	43	45
1987	31	69	41	43	64	40	43	45
1988	36	57	38	33	75	33	32	40
1989	36	33	25	32	42	26	36	30
1990	27	40	36	36	44	34	31	35

Figuur 11
Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1990

provinciegroep



urbanisatiegroep en Nederland



Na pieken rond 1979 was gedurende een vijftal jaren het aantal sterilisaties rond de 45 per 10.000 mannen gebleven. In 1988 is een daling opgetreden van dit aantal; deze ontwikkeling zet door in 1989. In dat jaar vinden er nog 30 sterilisaties per 10.000 mannen plaats. In 1990 ligt het aantal echter weer hoger: 35 per 10.000 mannen.

Na extrapolatie komt men op 26.000 sterilisaties voor heel Nederland in 1990. Tussen de kwartalen bestaat echter weinig verschil.
Zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, mag men, indien geen andere factoren een rol spelen, na verloop van tijd een stabilisatie verwachten als gevolg van een in het zicht komen van het einde van een 'historisch inhaaleffect'.
Indien er in 1990 ruim 28.000 sterilisaties bij mannen zouden zijn verricht (de zogenoemde 'vervangingsfactor'), dan zou het percentage ooit gesteriliseerde mannen gelijk aan dat van 1989 zijn gebleven. Aangezien in werkelijkheid 26.000 ingrepen werden uitgevoerd, was er in 1990 sprake van een lichte verdere daling van het percentage ooit gesteriliseerde mannen. Dit percentage mannen in de Nederlandse bevolking, dat -statistisch gesproken- tot de vruchtbare leeftijdscategorie behoort, nam af van 12,3% in 1989 tot 12,2% in 1990[9].

In figuur 13 (zie pagina 54) is per jaar het aantal sterilisaties per 10.000 mannen van alle subgroepen samen vergeleken met die van de vrouwen. Er blijkt een grote overeenkomst te bestaan.

Leeftijdsverdeling
De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 16 gegeven (vergelijk figuur 14 zie pagina 55).

Tabel 16: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen, 1981-1990

	Leeftijdsgroep					
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64
1981	-	7	175	197	24	8
1982	-	9	125	185	27	(3)
1983	-	(6)	119	159	33	(2)
1984	-	8	105	157	36	(3)
1985	-	-	110	151	25	(5)
1986	-	(2)	110	145	34	(3)
1987	-	(2)	85	160	35	(6)
1988	-	(2)	78	139	33	(3)
1989	-	-	56	121	19	-
1990	-	(2)	57	135	29	(2)

Een interessante ontwikkeling is dat het percentage mannen dat zich ooit heeft laten steriliseren in de jongere leeftijdsgroep de laatste jaren een duidelijke daling vertoont. In 1981 was 5.5% van de mannen tussen 22 en 31 jaar gesteriliseerd terwijl dat in 1990 nog maar 2,2% is.

Vanaf 1986 kan beschikt worden over de cijfers verdeeld in vijf jaarsgroepen. In tabel 16.A worden de gegevens in leeftijdsgroepen van 5 jaar weergegeven.

Tabel 16.A: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1986-1990

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
1986	(2)	30	191	167	122	62	(6)
1987	(2)	32	139	219	111	66	(3)
1988	(2)	27	128	166	111	66	-
1989	-	20	92	149	75	37	-
1990	(2)	15	98	175	94	49	(9)

Sterilisaties bij mannen worden vooral verricht tussen de 30 en 45 jaar; het hoogste aantal sterilisaties wordt vdrricht tussen de 35 en 39 jaar.
Behoudens in de leeftijdsgroepen van 25-29 jaar lijkt in 1990 een eind gekomen te zijn aan de dalende trend in het aantal verrichte sterilisaties bij mannen. In de leeftijd van 35-44 jaar is voor 't eerst in jaren weer sprake van een toename.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ten minste 673.500 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 8,4% van de huidige mannelijke bevolking. Voor een nadere beschouwing wordt verwezen naar de volgende paragraaf, waarin de rubriek 'sterilisaties verricht bij de vrouw' wordt behandeld.

De rubriek sterilisaties is voor 1991 op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

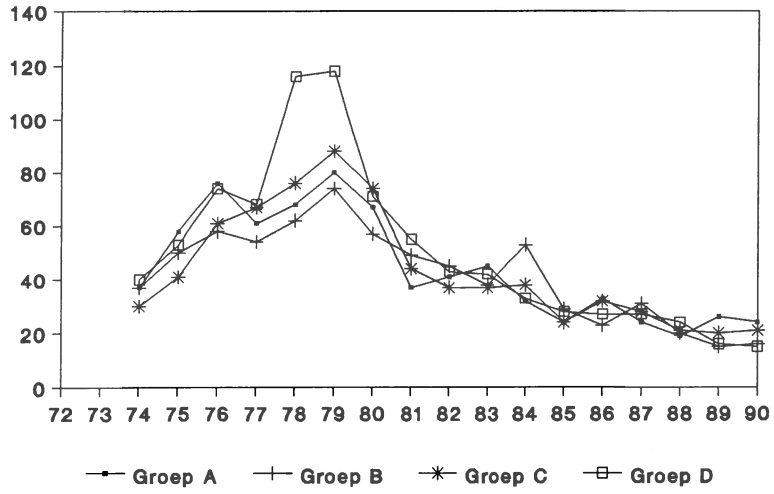
De bij de vrouw verrichte sterilisatie is in 1974 als rubriek op de weekstaat opgenomen (bij de man verricht in 1972). In 1990 werden 19 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, in 1989 was dit ook 19. Extrapolatie van deze cijfers naar heel Nederland levert een aantal van 14.000 sterilisaties in 1990. Het aantal per 10.000 van alle vrouwen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor Nederland in tabel 17 gegeven (vergelijk figuur 12).

Tabel 17: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1981-1990

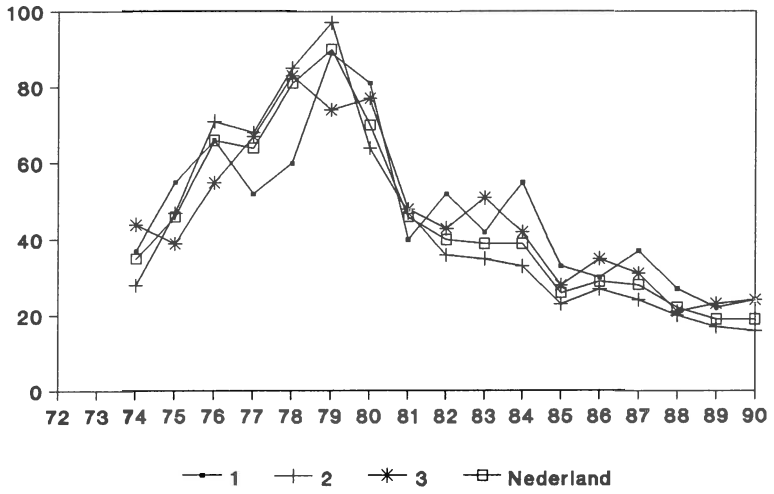
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1981	37	49	44	55	40	47	48	46
1982	41	45	37	43	52	36	43	40
1983	45	38	37	42	42	35	51	39
1984	32	53	38	33	55	33	42	39
1985	24	29	24	28	33	23	28	26
1986	33	23	32	27	30	27	35	29
1987	24	31	28	27	37	24	31	28
1988	19	20	21	24	27	20	21	22
1989	26	15	20	16	22	17	23	19
1990	24	16	21	15	24	16	24	19

Figuur 12
Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1972-1990

provinciegroep



urbanisatiegroep en Nederland



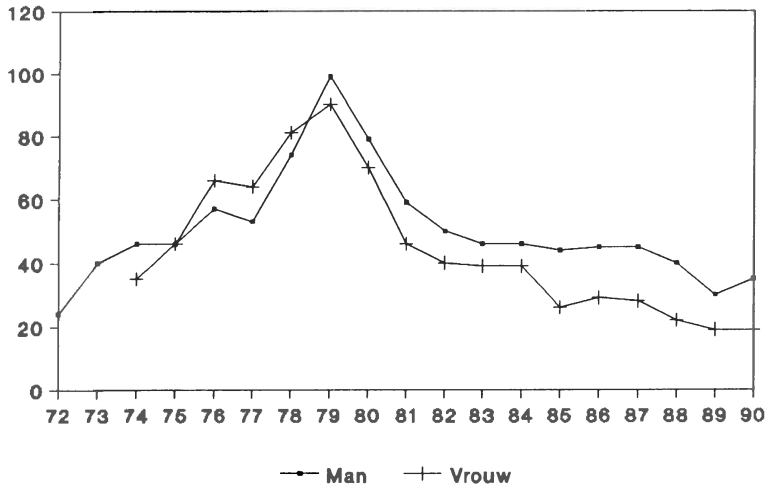
Sinds 1988 ligt het aantal sterilisaties bij vrouwen op hetzelfde niveau. In de onderscheiden subgroepen treden wel enige schommelingen op; de tendens is toch in elke subgroep dezelfde.

In figuur 13 is een vergelijking tussen het aantal sterilisaties bij vrouwen en mannen per jaar weergegeven. De curven vertonen tot 1985 een grote mate van overeenkomst. De opmerkingen die in het vorige hoofdstuk over het beloop zijn gemaakt, gelden ook hier. Vanaf 1985 zijn de curven voor mannen en vrouwen uiteen gaan lopen.

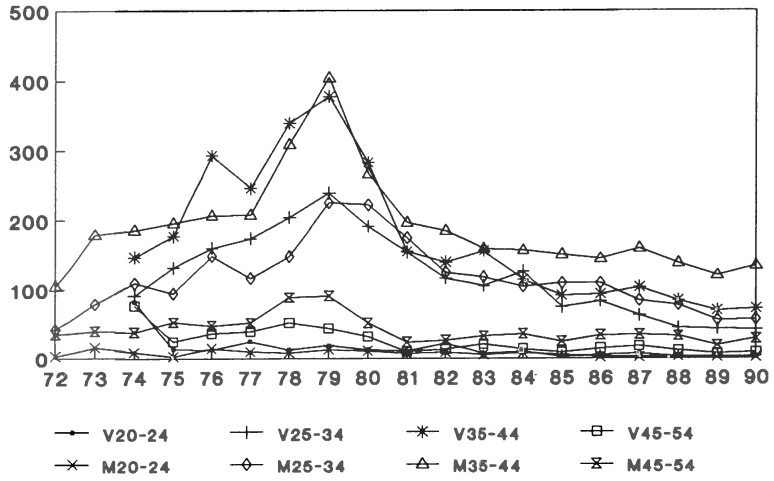
Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 18 gegeven (vergelijk figuur 14).

Figuur 13
Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1990



Figuur 14
Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1972-1990



Tabel 18:aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
1981	(2)	-	11	154	155	10
1982	-	-	22	117	140	14
1983	-	-	7	106	156	21
1984	-	-	10	127	115	14
1985	-	-	(3)	75	92	9
1986	-	(2)	6	84	94	15
1987	-	-	7	63	104	18
1988	-	-	(3)	45	85	12
1989	-	(2)	(2)	43	70	(7)
1990	-		(2)	42	73	9

Vanaf 1986 kan beschikt worden over de cijfers verdeeld in vijf jaarsgroepen.
In tabel 18.A worden de gegevens in leeftijdsgroepen van 5 jaar weergegeven.

Tabel 18.A: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1986-1990

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
1986	(6)	25	143	118	70	29	-
1987	(7)	28	97	118	90	33	(3)
1988	(3)	7	81	115	54	21	(3)
1989	(2)	26	59	89	52	13	-
1990	(2)	19	64	92	54	18	-

Sterilisaties bij vrouwen worden vooral verricht tussen de 30 en 45 jaar; het hoogste aantal sterilisaties wordt verricht tussen de 35 en 39 jaar.
Aan de dalende trend van de laatste jaren lijkt een eind gekomen te zijn.
De dalende tendens was in alle leeftijdsgroepen aanwezig.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1973 in totaal bij tenminste 538.500 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 7,1% van de huidige totale vrouwelijke bevolking. Het is echter meer reëel om de cijfers alleen te betrekken op vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49) en om daarbij tegelijkertijd het sterilisatiepatroon van de man te betrekken. In dat geval blijkt dat in 1975 bij ± 6% van de (echt)paren de vrouw of de man gesteriliseerd was. Dit percentage is nadien gestegen via 18.5 in 1980, 22.4 in 1984 tot 23.0 in 1986. In 1987 is dit voor het eerst licht gedaald. Deze daling zet door in 1988, 1989 en 1990. In 1990 is dit percentage 22,1%. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1990 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1989 bedroeg 54.500. In werkelijkheid lag dit aantal op slechts 40.000 (26.000 mannen en 14.000 vrouwen). Sinds 1985 is er sprake van een daling van het percentage gesteriliseerde vrouwen in de vruchtbare leeftijdsgroep (15-49). In 1984 bereikte dit percentage haar top met 10,9%, waarna het geleidelijk afnam tot 9,9% in 1990. Aangezien in

1989 voor het eerst ook het aantal sterilisaties bij mannen onder de vervangingswaarde bleef kan er nu duidelijk gesproken worden van een afnemende populariteit van sterilisaties als methode van geboorteregeling. Volgens Dr E. Ketting, die deze berekeningen maakte, hangt een en ander waarschijnlijk met twee factoren samen. In de eerste plaats willen vrouwen op steeds latere leeftijd (nog) kinderen krijgen, waardoor een beslissing tot sterilisatie steeds meer wordt uitgesteld en vaak ook afgesteld. En in de tweede plaats zijn de bezwaren tegen op latere leeftijd nog gebruiken van orale anticonceptie mede door de introductie van lichter gedoseerde typen, de laatste jaren duidelijk verminderd, waardoor de noodzaak van sterilisatie afneemt.
Veel duidelijker nog dan bij mannen, neemt de populariteit van sterilisaties bij jonge vrouwen bijgevolg de laatste jaren snel af. In 1980 was 6.9% van de vrouwen van 25-29 jaar gesteriliseerd, tegen 1,8% in 1990. Sinds 1985 is er nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13.8% in 1985 naar 6,7% in 1990). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 19,3% in 1990).

De rubriek sterilisaties is voor 1991 op de weekstaat gehandhaafd.

MORNING-AFTER PIL VOORGESCHREVEN

In 1972 is voor de eerste maal aan de peilstationartsen gevraagd te rapporteren wanneer zij de morning-after pil voorschrijven. Hier wordt een overzicht gegeven vanaf 1981.

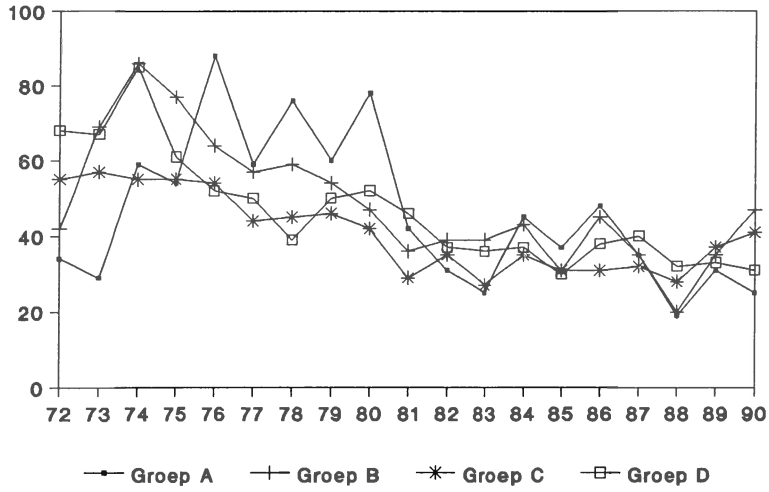
Tabel 19 geeft de frequentie inzake voorschrijven van de morning-after pil, per provincie- en urbanisatiegroep, en voor Nederland (vergelijk figuur 15).

Tabel 19: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

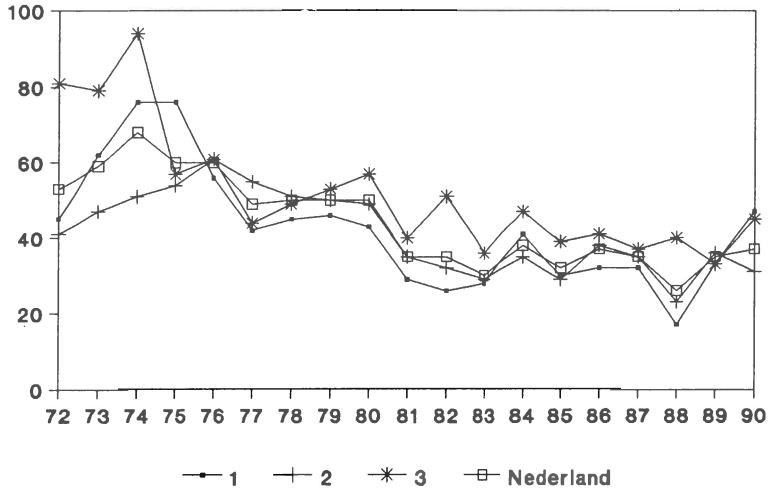
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1981	42	36	29	46	29	35	40	35
1982	31	39	35	37	26	32	51	35
1983	25	39	27	36	28	29	36	30
1984	45	43	35	37	41	35	47	38
1985	37	31	31	30	30	29	39	32
1986	48	45	31	38	32	38	41	37
1987	35	35	32	40	32	35	37	35
1988	19	20	28	32	17	23	40	26
1989	31	35	37	33	33	36	33	35
1990	25	47	41	31	47	31	45	37

Figuur 15
Aantal malen dat de morning-after pil is voorgeschreven, per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

provinciegroep



urbanisatiegroep



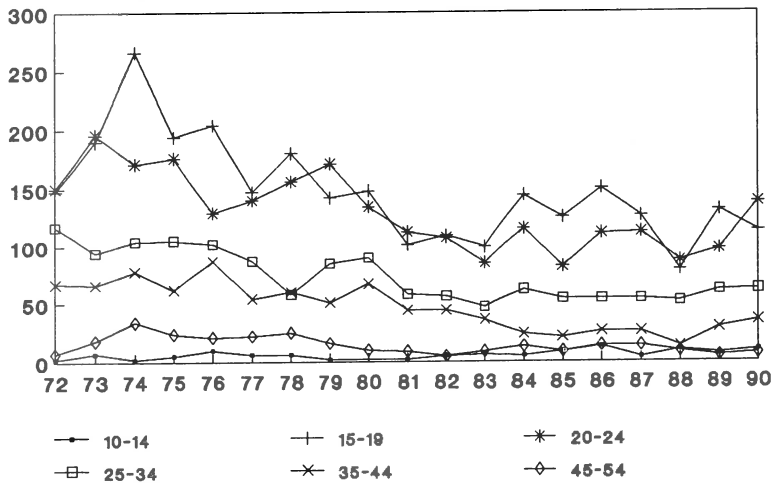
Sinds 1981 schommelt het aantal afgegeven recepten voor de morning-after pil rond de 35 per 10.000 vrouwen. Hierin is 1988 een uitzondering.
Op praktijkniveau is gecontroleerd voor de uitschieter van 1988. Voor elke praktijk zijn de meldingen van 1987, 1988 en 1989 met elkaar vergeleken. Er blijkt geen sprake te zijn van vertekening door enkele praktijken noch voor de daling van 1987 naar 1988 noch voor de stijging van 1988 naar 1989.
In 1988 schrijven 25 peilstationartsen minder morning-after pilrecepten uit, 10 meer en in 9 praktijken zijn de cijfers voor 1987 en 1988 dezelfde.
In 1989 stijgt het aantal voorschriften vergeleken met 1988 in 30 peilstations. In 12 peilstations wordt minder voorgeschreven; in 2 peilstations worden in 1988 en 1989 evenveel voorschriften afgegeven.
De tijdelijke afname van het aantal voorschriften voor de morning-after pil in 1988 heeft plaats in nagenoeg alle leeftijds-, provincie- en urbanisatie groepen.
Het laat zich op basis van onze gegevens niet vaststellen wat 1988 tot zo'n bijzonder jaar maakt voor wat betreft de voorschriften voor de morning-after pil.
In 1990 ligt het aantal voorschriften weer in de buurt van 35 per 10.000 vrouwen.

Leeftijdsverdeling
Tabel 20 geeft de leeftijdsverdeling van het voorschrijven van de morning-after pil (vergelijk figuur 16).

Tabel 20: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1981-1990

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
1981	(2)	101	112	58	44	9
1982	(5)	109	107	56	44	(5)
1983	(6)	99	85	47	36	9
1984	(5)	144	115	62	24	13
1985	9	125	82	54	21	9
1986	13	150	111	54	26	14
1987	(4)	126	112	54	26	14
1988	10	79	87	52	13	9
1989	(7)	131	97	61	29	(5)
1990	(10)	113	138	62	35	(7)

Figuur 16
Aantal malen dat de morning-after pil is voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1972-1990



Omdat een 5-jarenklasse voor de jongere leeftijd een te grove indeling is, wordt bij de melding onder de 20 jaar verzocht de exacte leeftijd op te geven; met ingang van 1980 geschiedt dit eveneens voor patiënten ouder dan 50 jaar. Melding boven 50 jaar kwam in 1990 niet voor. De absolute aantallen onder de 20 jaar zijn in tabel 21 te vinden.

Tabel 21: absoluut aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven aan vrouwen onder de 20 jaar, 1981-1990

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
11 jaar	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
12 jaar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 jaar	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-
14 jaar	-	1	2	2	4	5	2	1	-	4
15 jaar	13	12	5	7	3	7	6	1	2	5
16 jaar	9	14	16	21	18	16	15	9	12	6
17 jaar	14	17	23	21	32	30	11	10	7	13
18 jaar	17	16	15	28	15	15	11	3	4	10
19 jaar	16	16	7	12	6	8	16	22	49	10
totaal	70	78	70	92	79	81	61	46	75	48

De gegevens in tabel 21 lijken erop te duiden dat de leeftijd waarop voorschriften voor de morning-after pil worden verstrekt iets naar boven opschuift. In de jaren 1988 en 1989 zijn het in de leeftijdsgroep van 10-20 jaar vooral de 19 jarige vrouwen die een voorschrift krijgen. In 1990 lijkt deze tendens te keren. Net als in de jaren tot 1986 ligt het accent weer op de iets jongere leeftijden (17-18 jarigen).
Tabel 19 laat evenwel zien dat in 1990 in de leeftijdsgroep 20-24 jaar voor het eerst sinds jaren vaker de morning-after pil voorgeschreven wordt dan in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar. De extrapolatie van de gevonden frequenties van de morning-after pil op de Nederlandse bevolking staan op blz. 124.
Vanaf 1983 is, op verzoek van Dr. M.R. van Santen, thans gynaecoloog te Karlsruhe (B.R.D.) voorheen te Utrecht, ook gevraagd het voorgeschreven preparaat te noteren. Dit om na te gaan of de 'nieuwe morning-after pil' (thans 2x2 tabletten à 0.250 mg levonorgestril en 0.050 mg ethinylestradiol, op één dag) de 'oude' (5 mg ethinylestradiol, gedurende 5 dagen) heeft

verdrongen. Dit blijkt het geval te zijn. In 1980 gebruikte men nog in vrijwel 100% van de gevallen 5 mg EE, in 1986 was dat percentage volgens deze registratie nog maar 15.

In de loop van 1986 verschenen publikaties waarin de effectiviteit van de 'nieuwe morning-after pil' in twijfel werd getrokken[10]. Ook anderen publiceerden over de grotere faalkans van de "alternatieve 2x2"-methoden[11]. Daarin wordt geconcludeerd dat de faalkans acceptabel klein is; het falen met deze "alternatieve 2x2"-methoden blijkt vooral te wijten aan de moeizame **bruikbaarheid** ervan. Ook is gesuggereerd dat een 5-daagse behandeling meer dan één coïtus beschermt.
In 1987 wordt door de artsen in 30% van de voorschriften weer 5 mg ethinylestradiol gedurende 5 dagen uitgereikt aan de vrouwen. Binnen een jaar tijd is hier dus een belangrijke verandering opgetreden. In 1988 was het percentage voorschriften voor 5 mg ethinylestradiol 29 en in 1989 23.
In 1990 daalt het percentage niet verder; integendeel. In 28% van de voorschriften is er sprake van 5x5 mgr. EE.
Thans heeft het er alle schijn van dat de huisarts zich meer inspant nauwkeurig de juiste indicatie (één coïtus) te stellen en alleen de juiste preparaten voor te schrijven. Het vertrouwen in de morning-after pil lijkt daarmee hersteld.
Enige voorzichtigheid bij de interpretatie blijft echter geboden. Voorts zijn er aanwijzingen dat zelfmedicatie meer en meer voorkomt met de 'nieuwe morning-after pil' omdat deze morning-after pil tabletten gemakkelijk verkrijgbaar zijn. Foutief gebruik zoals verscheidene malen per cyclus, toepassing bij meer dan één onbeschermde coïtus of het gebruik van de verkeerde tabletten is denkbaar. In deze registratie wordt vastgesteld hoe vaak de huisarts gevraagd wordt de morning-after pil voor te schrijven.

Deze rubriek is voor 1991 op de weekstaat gehandhaafd met vermelding van het voorgeschreven produkt.

DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus is één van de meest frequent voorkomende chronische ziekten, die vanwege de noodzakelijke controle op therapie en complicaties een aanzienlijk beslag op de gezondheidszorg legt. Omdat de ziekte met name op hoge leeftijd voorkomt en de vergrijzing van de bevolking toeneemt zal de huisarts in de toekomst steeds vaker geconfronteerd worden met de zorg voor patiënten met diabetes mellitus.

Het belang van diabetes mellitus in de huisartspraktijk is onderschreven door het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat in 1988 de standaard voor de diagnostiek en behandeling van diabetes mellitus type II opstelde. In deze richtlijnen wordt geadviseerd de patiënt éénmaal in de drie maanden in beperkte mate en éénmaal per jaar uitvoerig te controleren.

Naar aanleiding van het "Toekomstscenario-onderzoek Chronische Ziekten" waar diabetes mellitus deel van uitmaakt dat wordt uitgevoerd door het Centrum voor Epidemiologie van het Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieugiëne (Prof. dr ir D. Kromhout, dr H. Verkleij en drs D. Ruwaard) is het onderwerp op de weekstaat van 1990 geplaatst[12]).

Het doel van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in het beslag dat patiënten met diabetes mellitus op de gezondheidszorg leggen. Geïnformeerd wordt naar de incidentie, prevalentie en het optreden van acute ontregelingen. In een aanvullende vragenlijst melden de peilstationartsen de wijze waarop de diagnose is gesteld, welke arts de patiënt behandelt, en op welke wijze, en het voorkomen van complicaties en de risicofactoren voor het ontstaan daarvan.

In de periode 1980-1983 heeft de rubriek diabetes mellitus eveneens op de weekstaat gestaan. Door vergelijking met de resultaten uit de periode 1980-1983 kan achterhaald worden of en in welke mate er sprake van een stijging in het aantal patiënten en het aandeel van de huisarts in de behandeling van de patiënten met diabetes mellitus.

De diagnose diabetes mellitus staat volgens de WHO-criteria uit 1985 vast bij evidente klachten (polyurie, dorst, honger, vermageren, duizeligheid etc.)

en één afwijkende bloedglucosewaarde of twee abnormale waarden zonder klachten (op verschillende dagen gemeten).
Afwijkende bloedglucosewaarden zijn een nuchter capillair bloedglucose ≥ 6,7 mmol/liter en/of een capillair bloedglucose ≥ 11,1 mmol/liter twee uur na belasting met een koolhydraatrijk ontbijt: twee koppen thee met veel suiker en twee sneden brood met dik jam.

Uitgebreide rapportage over deze registratie vindt elders plaats. Hier wordt in eerste instantie gerapporteerd over de in 1990 geregistreerde incidentie en het voorkomen van acute ontregeling. Rapportage over de prevalentie heeft plaats in het volgende verslag wanneer alle aanvullende vragenlijsten zijn verwerkt. Contrôle op dubbelmeldingen en foutmeldingen met name verwisseling van incidente en prevalente gevallen dient nog te geschieden.

In tabel 22 wordt de incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling daarbij weergegeven naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, per 10.000 vrouwen en per 10.000 personen.

Tabel 22: incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, per 10.000 vrouwen 1990

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
incidentie	1990 M	26	16	20	24	13	19	33	21
	V	14	18	24	25	14	20	33	22
	M+V	20	17	22	24	13	19	33	21
acute ontregeling	1990 M+V	6	4	4	5	2	5	5	4

Voor wat de incidentie betreft wordt geen verschil vastgesteld tussen mannen en vrouwen. Tussen de provinciegroepen bestaan geen grote verschillen. Wel worden verschillen vastgesteld tussen de urbanisatiegroepen; er is sprake van een duidelijke gradiënt van platteland naar grote stad. De incidentie in de grote steden is meer dan het tweevoudige van de incidentie op het platteland.

Leeftijdsverdeling
In tabel 23 is de leeftijdsspecifieke verdeling gegeven van de incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling.

Tabel 23: incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1990

leeftijds-groep	incidentie M	V	acute ontregeling M+V
≤ 10	(1)	(1)	0
10-19	(4)	(2)	0
20-29	5	(2)	2
30-39	6	(2)	2
40-49	13	23	2
50-59	41	37	8
60-69	55	55	6
70-79	120	88	23
≥ 79	97	85	27

Zoals verwacht neemt de incidentie van diabetes mellitus toe met de leeftijd. De hoogste incidentie ligt in de leeftijdsgroep van 70-79 jaar. Boven de leeftijd van 79 jaar daalt het relatieve aantal mensen met diabetes mellitus weer iets.
Het aantal acute ontregeling van diabetes mellitus is op jonge leeftijd gering; op hogere leeftijden is het aantal aanzienlijk hoger.

Vergelijking met 1980-1983
Als criterium werd in 1980 nog de bloedsuikerwaarde 2 uur na een koolhydraatrijke maaltijd gebruikt van 10 mmol/l. Dit betrof de nieuwe patiënten. Vanaf 1981 is de grenswaarde verhoogd naar 11,0 mmol/liter.

In tabel 24 worden de cijfers van 1980-1983 vergeleken met die van 1990. De incidentiecijfers van de jaren 1980-1983 zijn gemiddeld.

Tabel 24: incidentie van diabetes mellitus naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1980-1983 en 1990

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
incidentie	1980-'83	11	12	12	13	9	11	14	12
	1990	20	17	22	24	13	19	33	21

De vergelijking van het voorkomen naar leeftijdsgroep van nieuwe patiënten met diabetes mellitus tussen 1980-1983 en 1990 wordt gemaakt in tabel 25.

Tabel 25: incidentie van diabetes mellitus naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1980-1983 en 1990

leeftijdsgroep	incidentie 1980-'83	1990
≤ 5	(0)	0
5- 9	(2)	(3)
10-14	(2)	(3)
15-19	(1)	(3)
20-24	(2)	4
25-34	3	3
35-44	7	9
45-54	20	30
55-64	26	46
≥ 64	52	87
totaal	12	21

Vergeleken met de periode 1980-1983 is de incidentie in 1990 bijna verdubbeld.

In 1991 is deze rubriek gehandhaafd.

SUICIDE(POGING)

In overleg met de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid is het onderwerp in 1979 op de weekstaat opgenomen en het staat er nog steeds op.
Ook op andere terreinen (ziekenhuizen) wordt onderzoek over suïcide verricht. Op deze wijze wordt getracht inzicht te krijgen in de omvang, trend en overige aspecten van het probleem.
De naam van de rubriek is tevens de definitie.
Van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is in samenwerking met Prof. dr. R.F.W. Diekstra, klinisch psycholoog te Leiden, een vragenformulier opgesteld. Op dit formulier staat ondermeer de vraag of de poging al dan niet geslaagd is geweest en op welke wijze de poging heeft plaatsgehad. Tevens worden vragen gesteld over contacten met de medische sector voorafgaande aan de suïcide(poging). Het essentiële is hier niet of de poging geslaagd was; het gaat primair om de intentie van de patiënt(e), met de mogelijkheid dat suïcide het gevolg is van de handeling.

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 1985-1990 respectievelijk 90, 90, 96, 83, 89 en 67.

Het aantal pogingen per provincie- en urbanisatiegroep per 10.000 inwoners is in tabel 26 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de relatief lage frequentie beperkte waarde.
Wanneer naar de urbanisatiegraad gekeken wordt dan worden consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. Dit was in 1988 en 1989 ook 't geval namelijk 12 respectievelijk 10 per 10.000 inwoners.
De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen.

De cijfers geven géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(poging) in Nederland.

Tabel 26: aantal meldingen van een suïcide(poging) per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1981-1990

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1981	6	4	7	7	3	7	7	6
1982	10	5	9	6	2	6	15	8
1983	16	5	11	8	4	8	16	10
1984	4	4	9	9	4	5	15	7
1985	6	3	8	5	6	6	11	6
1986	8	5	7	6	5	4	15	7
1987	6	6	8	7	5	5	14	7
1988	9	4	7	5	3	5	12	6
1989	6	9	6	8	7	6	10	7
1990	5	6	4	7	4	5	7	5

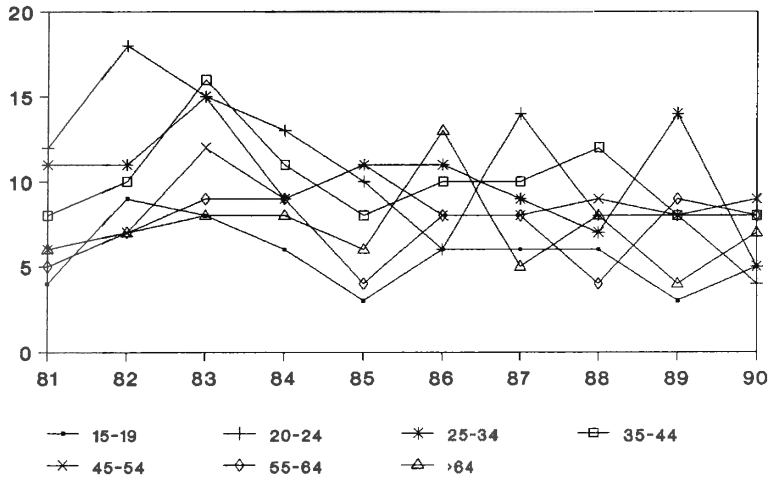
Leeftijdsverdeling

Tabel 27 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 17).

Tabel 27: aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1981-1990

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥64
1981	(2)	4	12	11	8	6	5	6
1982	-	9	18	11	10	7	7	7
1983	-	8	15	15	16	12	9	8
1984	-	6	13	9	11	9	9	8
1985	(1)	3	10	11	8	11	4	6
1986	(4)	6	6	11	10	8	8	13
1987	-	6	14	9	10	8	8	5
1988	-	6	8	7	12	9	4	8
1989	-	(3)	8	14	8	8	9	4
1990	(1)	5	(4)	5	8	9	8	7

Figuur 17
Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1981-1990



Ook met betrekking tot leeftijdsgroepen is de uitsplitsing van beperkte waarde vanwege de geringe absolute aantallen en de hierbij gemakkelijk optredende oscillaties. De leeftijdsgroepen van de 25-34 jarigen en de 65-plussers laten de laatste jaren dergelijke schommelingen zien.

Deze rubriek is in 1991 op de weekstaat gehandhaafd.

ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJN

Er zijn aanwijzingen dat een subarachnoïdale bloeding voorafgegaan wordt door een zogenaamde 'warning leak'[13]. Deze waarschuwende bloeding zou een kleine bloeding in de aneurysmawand kunnen zijn zonder dat het tot een ruptuur komt of een bloeding als gevolg van een kleine, niet doorzettende ruptuur.
Deze 'warning leak' zou zich uiten in de vorm van een acute, ongewone en heftige hoofdpijn, zoals de patiënt die nog nimmer heeft meegemaakt.

De verwachting bestaat dat de prognose van een subarachnoïdale bloeding gunstiger is bij de herkenning en behandeling van de 'warning leak'. De patiënt is nog in een goede conditie en de 'bloeding' nog van geringe omvang. Neurochirurgisch ingrijpen in die situatie is eenvoudiger dan wanneer er sprake is van een bloeding van grotere omvang.

Het onderzoek waarin de bovengenoemde aanwijzingen voor het optreden van een 'warning leak' zijn gevonden betrof een case-control studie onder ziekenhuispatiënten: patiënten die opgenomen waren met een subarachnoïdale bloeding en als controles patiënten opgenomen wegens een hersenin-farct en bij 100 patiënten die om niet-neurologische redenen waren opgenomen.
Bij de tweede controle-groep kwam een acute ongewone zeer heftige hoofdpijn niet in de anamnese voor. In de controlegroep van neurologische patiënten significant minder.
Naast de vraag naar de incidentie van acute ongewone heftige hoofdpijn in de algemene praktijk is er de vraag of deze acute ongewone hoofdpijn ook wordt gevolgd door een subarachnoïdale bloeding binnen een jaar. Hoofdpijn is geen ongewone klacht die aan de huisarts wordt gepresenteerd; kan de huisarts te midden van deze ruis de acute heftige ongewone hoofdpijn als signaal wel herkennen? Is dat wel mogelijk?

Dr. E. Wijdicks, neuroloog verbonden aan de afdeling Neurologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht is de rubriekhouder van deze registratie.
Elke patiënt die de huisarts consulteert met een acute ongewone heftige hoofdpijn dient te worden gemeld.

Criteria voor de registratie zijn:
- hoofdpijn die van de ene op de andere seconde ontstaat of binnen een minuut maximaal van intensiteit wordt, èn
- zeer heftig en ongebruikelijk is èn
- minstens een uur bestaat.

De lokalisatie van de hoofdpijn is niet van belang; er kunnen andere symptomen optreden (bewustzijnsverlies van korte duur, misselijkheid en of braken, een hangend ooglid en eventueel dubbelzien).

In een aanvullende vragenlijst worden nadere gegevens van de patiënt geregistreerd. Indien de patiënt wordt verwezen wordt door de onderzoekers (dr. E. Wijdicks en mevrouw drs. F. Linn) kontakt opgenomen met de neuroloog waarheen is verwezen.
Rapportage over dit deel van het onderzoek heeft elders plaats.

In tabel 28 worden de aantallen patiënten met een acute ongewone en heftige hoofdpijn vermeld per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners.

Tabel 28: aantallen patiënten met acute ongewone en heftige hoofdpijn per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1988-1990

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1988	M	4	3	1	1	4	2	1	2
1989		1	2	1	3	1	2	3	2
1990		0	3	1	1	2	1	1	1
1988	V	1	3	3	2	3	2	3	2
1989		1	1	1	3	1	1	1	1
1990		0	3	2	2	5	1	1	1
1988	M+V	2	3	2	2	3	2	2	2
1989		1	1	1	3	1	2	1	1
1990		0	3	1	1	3	1	1	1

Bij deze geringe incidentie is het niet verantwoord uitspraken te doen over de verschillen tussen de subgroepen.

leeftijdsverdeling
In tabel 29 worden de aantallen patiënten met een acute ongewone heftige hoofdpijn vermeld naar leeftijd en geslacht.

Tabel 29: aantal patiënten met acute ongewone heftige hoofdpijn per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1988-1990

Leeftijdsgroep	1988		1989		1990	
	M	V	M	V	M	V
≤ 10	-	-	-	-	-	-
10-19	(2)	(1)	(2)	-	-	-
20-29	(1)	(2)	(1)	(1)	(1)	-
30-39	(5)	(4)	(2)	(1)	-	(1)
40-49	(3)	(2)	(2)	(1)	(3)	(3)
50-59	-	(4)	(1)	-	(3)	(5)
60-69	-	(7)	(4)	(5)	(4)	(2)
70-79	(1)	-	(2)	(2)	(3)	-
≥ 79	-	-	-	(4)	-	(3)

Blijkens de registratie tot nu toe komt acute ongewone en heftige hoofdpijn onder de leeftijd van 10 jaar niet voor.
Er lijkt geen specifieke leeftijdsverdeling voor dit probleem te bestaan.

De rubriek is in 1991 op de weekstaat gehandhaafd. Vanaf begin 1990 is het aantal bij deze registratie betrokken huisartsen aanzienlijk uitgebreid. Over deze uitgebreide registratie wordt elders gerapporteerd. Dit laatste is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

ZWANGERSCHAP ONDANKS ADEQUAAT TE ACHTEN ANTICONCEPTIE

In Nederland is sprake van een belangrijke mate van acceptatie en gebruik van adequaat te achten methoden van anticonceptie. Een in vergelijking met andere landen laag aantal vrouwen dat abortus provocatus laat verrichten is daarvan het gevolg.

Uit het Onderzoek Gezinsvorming 1988 van het Centraal Bureau voor Statistiek blijkt dat in dat jaar 43% van de vrouwen in de leeftijdsgroep van 18-37 jaar de pil of de prikpil gebruikt, 5% een I.U.D., in 10% of de vrouw of de man is gesteriliseerd, in 7% van de relaties een condoom wordt gebruikt en 5% een andere methode van anticonceptie gebruikt, waaronder het pessarium, periodieke onthouding en coïtus interruptus.
In de genoemde leeftijdsgroep is 5% van de vrouwen zwanger; eveneens 3% is onvruchtbaar gebleken en 22% tenslotte gebruikt geen anticonceptie [14]. Dit laatste in de meeste gevallen omdat men een kind wenst of omdat men geen seksuele relatie heeft.

Bij de keuze voor een methode van anticonceptie is een van de criteria de mate van betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de gebruikte methode is daarvan een aspect en het juiste gebruik van de methode een ander. Bij het falen van anticonceptie is veelal op voorhand niet duidelijk waar de oorzaak ligt. Onderzoek naar de oorzaken van falen van anticonceptie en naar zwangerschap als gevolg daarvan vindt regelmatig plaats[15].

Dit onderzoek vindt echter veelal plaats bij vrouwen die zich voor het laten afbreken van een ongewenst zwangerschap melden bij een van de abortusklinieken die deelnamen aan de Permanente Registratie Abortus door Stimezo Nederland.
Deze groep vrouwen is niet representatief voor die vrouwen die als gevolg van het falen van de anticonceptie zwanger worden. Een aantal vrouwen zal namelijk besluiten zwangerschap te accepteren en te voldragen.

Overleg met Dr. E. Ketting, toenmalig onderzoeker van Stimezo Nederland en thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek, en Dr. M.R. van Santen, thans gynaecoloog te Karlsruhe (B.R.D.), voorheen te Utrecht leidde tot het besluit het onderwerp falende anticonceptie op de weekstaat te plaatsen.

Gevraagd wordt te registreren wanneer bij een vrouw een zwangerschap is vastgesteld ondanks adequate maatregelen ter voorkoming van zwangerschap. Onder adequate maatregelen vallen niet het gebruik van een pessarium en het toepassen van periodieke onthouding en coïtus interruptus.

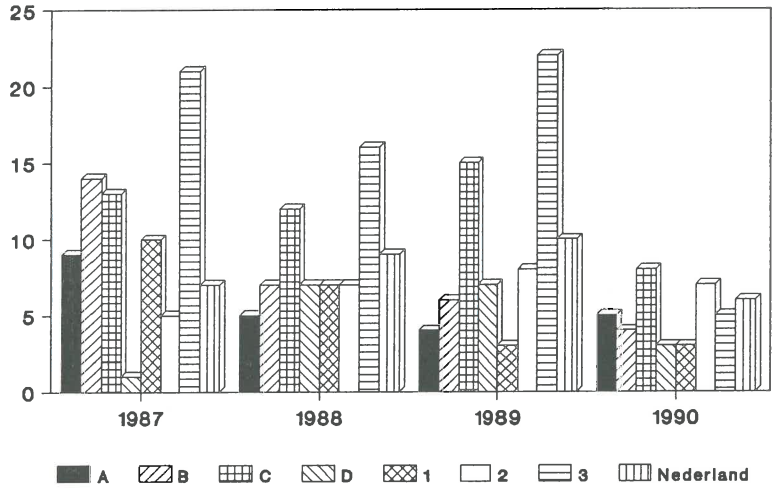
Middels een aanvullende vragenlijst registreert de peilstationarts de duur van de zwangerschap, de leefsituatie van de vrouw, de methode van anticonceptie welke is gebruikt, de mogelijke oorzaak van het falen en voor zover bekend het verloop van de zwangerschap (spontane abortus, abortus provocatus, intentie de zwangerschap te voldragen).

In tabel 30 worden de aantallen vrouwen met een zwangerschap, ondanks adequate anticonceptie gegeven per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland. De cijfers hebben betrekking op de vruchtbare leeftijd (vergelijk figuur 18).

Tabel 30: aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat te achten anticonceptie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 vrouwen van 10-49 jaar in 1987-1990

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1987	9	14	13	1	10	5	21	7
1988	5	7	12	7	7	7	16	9
1989	4	6	15	7	3	8	22	10
1990	5	4	8	3	3	7	5	6

Figuur 18
Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1987-1990



Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van deze gegevens; de gebeurtenis komt in absolute zin weinig frequent voor. De cijfers van 1987-1989 geven de indruk dat het falen van adequaat te achten anticonceptie meer voorkomt in het westen van het land en in de grote steden. In 1990 wordt dit patroon voor de grote steden niet bevestigd.

ERRATUM JAARVERSLAG 1988-1989

In het jaarverslag 1988-1989 is bij het aanmaken van figuur 19 op bladzijde 72 een vergissing begaan. In de figuur zijn voor het jaar 1989 verkeerde getallen ingevoerd.
De getallen in tabel 26 van dat verslag zijn overigens wel correct.

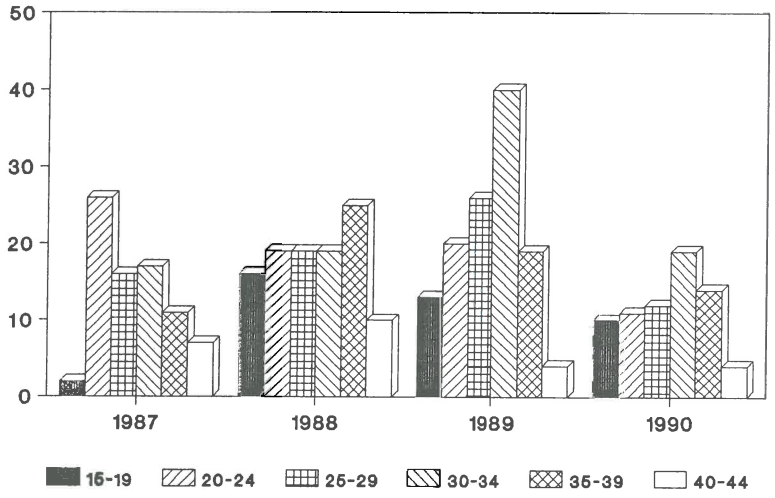
Leeftijdsverdeling

Tabel 31 geeft het voorkomen van zwangerschap ondanks adequate anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1990 (vergelijk figuur 19).

Tabel 31: aantal zwangerschappen ondanks adequaat te achten anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1990

	leeftijdsgroep					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
1987	(2)	26	16	17	11	(7)
1988	16	19	19	19	25	10
1989	13	20	26	40	19	(4)
1990	10	11	12	19	14	(4)

Figuur 19
Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1990



In deze registratie van 1987-1990 zijn geen zwangerschappen ondanks adequaat te achten anticonceptie gemeld onder de leeftijd van 15 jaar en boven de leeftijd van 44 jaar.

1990

Van de in totaal 40 gemelde zwangerschappen worden 17 voldragen, er treedt 1 spontane abortus op en bij één vrouw is een operatie noodzakelijk wegens een extra uterine graviditeit (na sterilisatie). De overige zwangerschappen zijn of zullen worden beëindigd. In één situatie is ten tijde van de registratie nog niet beslist over het verloop van de zwangerschap. Van de ongehuwden laten 12 van de 20 vrouwen de zwangerschap afbreken; er worden 8 zwangerschappen uitgedragen.
Van de 20 zwangerschappen, die ondanks anticonceptie in een relatie van gehuwden ontstaan worden er 9 afgebroken. Eveneens 9 zwangerschappen bij gehuwden worden voldragen, er treedt een spontane abortus op en een EUG.

Deze gegevens zijn de eerste, ooit in Nederland verzamelde cijfers, die een indruk geven van het al of niet kiezen voor abortus bij een ongeplende zwangerschap bij adequaat geacht gebruik van anticonceptie.
De resultaten over de periode 1987-1990 laten zien dat ± 55% van de vrouwen voor abortus kiest en 35% voor het voldragen van de zwangerschap. Van de ongehuwde vrouwen kiest bijna tweederde voor beëindiging van de zwangerschap; van de gehuwde vrouwen bijna 40%.

In 1991 is deze rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

MAMMOGRAFIE

De uitkomsten van de in 1963 in New York gestarte H.I.P.-studie (Health Insurance Plan), die vanaf 1971 beschikbaar kwamen gaven een duidelijke daling te zien van de sterfte aan borstkanker in de groep vrouwen die ouder dan 50 jaar waren. Deze resultaten waren aanleiding in Utrecht en Nijmegen en elders buiten Nederland proefprojecten op te zetten. Uit deze projecten afkomstige gegevens bevestigen dat een goed georganiseerd bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen boven 50 jaar een gunstig effect kan hebben op de sterfte aan deze aandoening.

In 1987 brachten zowel de Gezondheidsraad als de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een positief advies uit over de aanvaardbaarheid van een landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker door middel van mammografie. Daarop nam de Staatssecretaris van Volksgezondheid een positief principebesluit over de landelijk invoering van het onderzoek, gedurende de jaren 1990-1993.

Het aantal mammografieën dat jaarlijks in de Nederlandse ziekenhuizen wordt verricht is niet goed bekend. Naar schatting bedroeg het aantal voor 1987 tussen de 176.000 en 259.000. Over de indicaties op grond waarvan onderzoekingen aangevraagd zijn is nog minder bekend.
Het wordt door het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur en de Ziekenfondsraad beleidsmatig van belang geacht goed geïnformeerd te zijn over de huidige aantallen mammografieën en vooral ook over verschuivingen die hierin op treden wanneer het bevolkingsonderzoek gefaseerd ingevoerd wordt.

De gefaseerde invoering van het landelijk onderzoek betekent dat gedurende een periode van enkele jaren op de ene plaats wel en elders geen bevolkingsonderzoek plaats zal hebben. Waar wel bevolkingsonderzoek plaats heeft, zullen vrouwen jonger dan 50 jaar vooralsnog niet in de gelegenheid worden gesteld deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Dit in afwachting van de resultaten van nader wetenschappelijk onderzoek.
Deze beide omstandigheden kunnen leiden tot een extra beroep op de aanwezige capaciteit. Zowel vrouwen in gebieden waar nog geen screeningsonderzoek plaatsheeft als vrouwen onder de 50 jaar kunnen van

mening zijn dat ook zij voor een mammografie in aanmerking dienen te komen.

Bij deze registratie gaat het om de omvang van de door de huisarts aangevraagde mammografische diagnostiek. Een indeling is gemaakt naar eerste en herhalingsonderzoek. Bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt een interval van twee jaar tussen twee screeningsronden aangehouden. Bij deze registratie is dit eveneens het geval. Met het oog daarop dient als criterium voor het onderscheid tussen eerste en herhalingsonderzoek de vraag of bij de betrokken vrouw na 1-1-1989 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1989 ooit een mammografie verricht en wordt er **opnieuw** een dergelijk onderzoek gedaan dan dient dit te worden geregistreerd onder de subgroep 'herhalingsonderzoek'. Beide subgroepen kennen een nader onderscheid naar indicatiegebied: klachten en/of symptomen enerzijds en anderzijds louter preventieve overwegingen.

Niet van belang is of tijdens het onderzoek opnamen in verschillende richtingen worden gemaakt en eventueel aanvullende vergrotings- of detailopnamen. Het totale onderzoek wordt als één onderzoek geregistreerd. Ook is niet van belang of mammografie van één of beide borsten wordt verricht.

De gegevens van deze registratie worden ter beschikking gesteld van de groep die het onderzoek naar de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (projectleider Prof. dr P.J. van der Maas, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam[16].

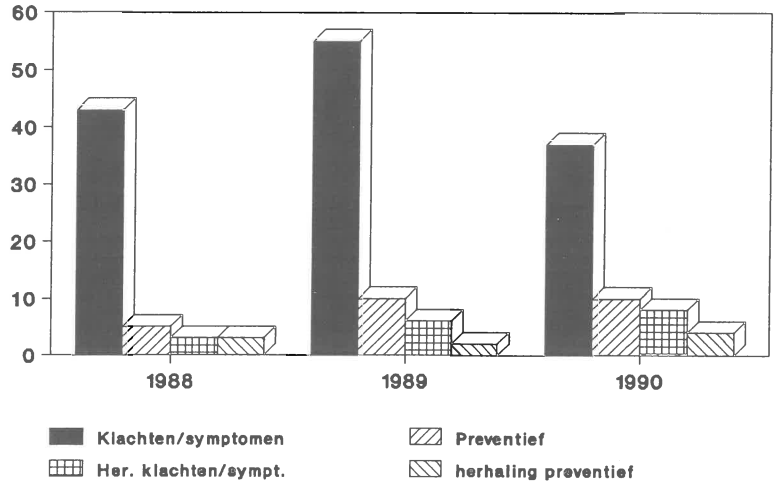
In tabel 32 worden de aantallen mammografieën vermeld per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 20 en 21).

Tabel 32: aantal mammografieën per provincie- en urbanisatiegroep en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988-1990

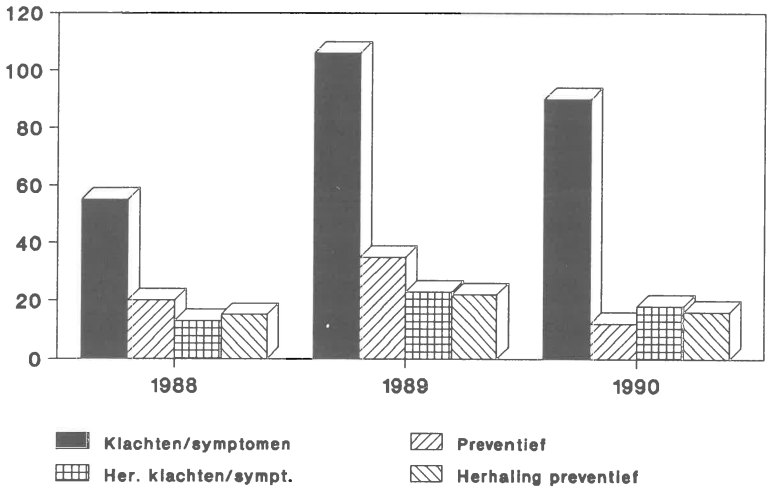
		provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammografie									
klachten/	1988	43	55	67	69	60	62	62	62
symptomen	1989	55	106	56	70	112	56	69	67
	1990	37	90	65	109	88	68	85	75
'preventief'	1988	5	20	25	12	20	17	19	18
	1989	10	35	21	14	42	15	18	20
	1990	10	12	23	16	14	19	16	17
herhalingsmammografie									
klachten/	1988	3	13	4	9	12	6	4	6
symptomen	1989	6	23	4	7	20	6	7	8
	1990	8	18	7	10	24	7	7	9
'preventief'	1988	3	15	5	8	14	5	4	6
	1989	2	22	2	8	21	4	4	7
	1990	4	16	7	6	19	6	3	8
totaal	1988	54	103	101	98	106	90	89	92
	1989	73	186	83	99	195	80	98	102
	1990	59	136	102	141	145	100	111	109

Figuur 20
Aantal mammografieën per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1990

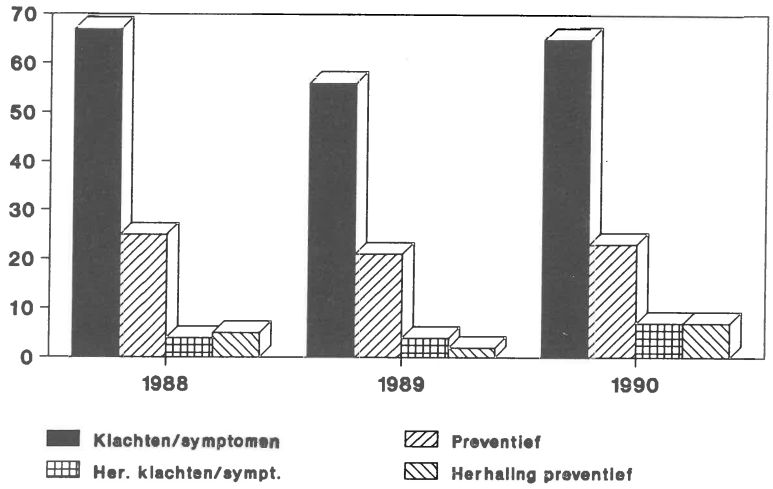
provinciegroep A



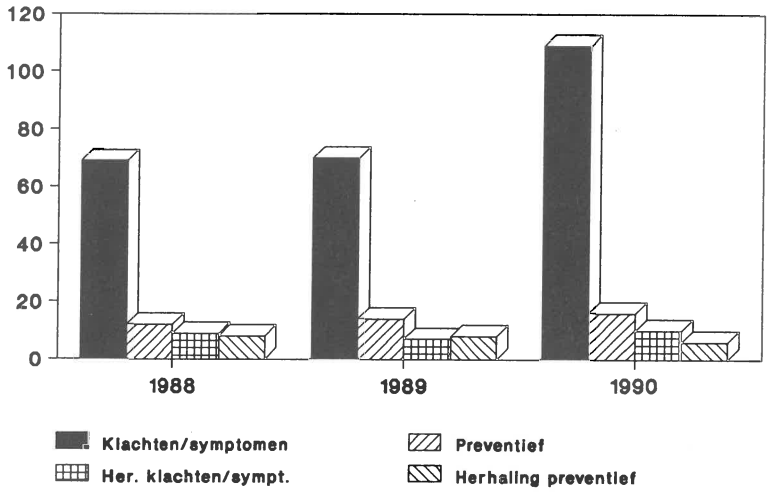
provinciegroep B



provinciegroep C

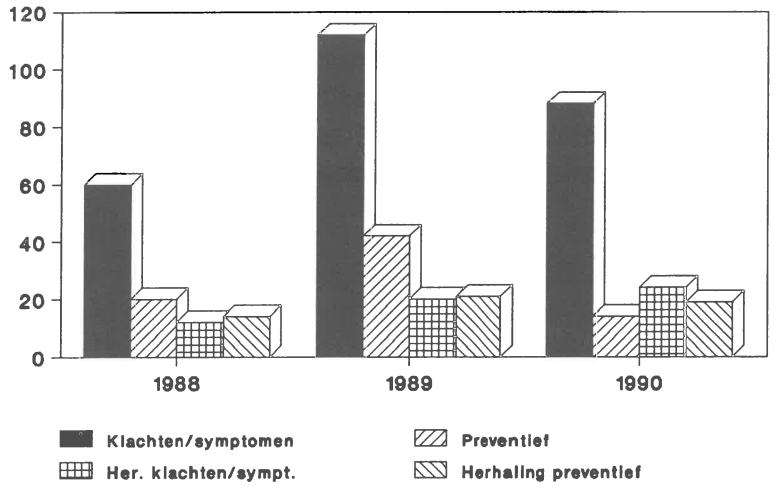


provinciegroep D

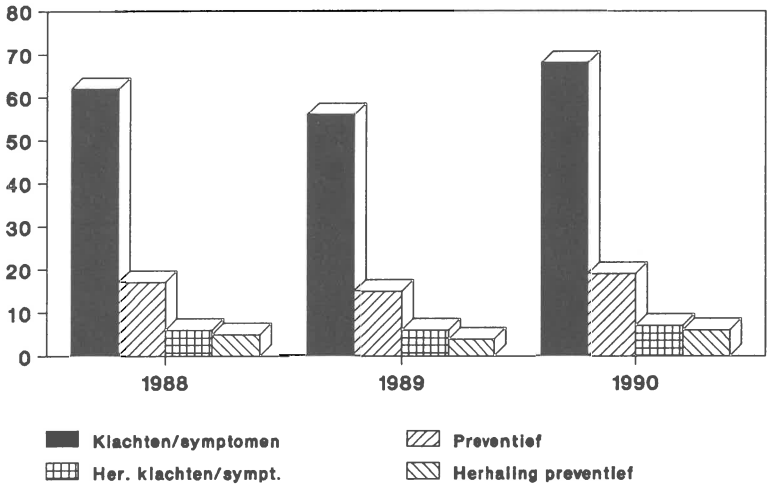


Figuur 21
Aantal mammografieën per urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1990

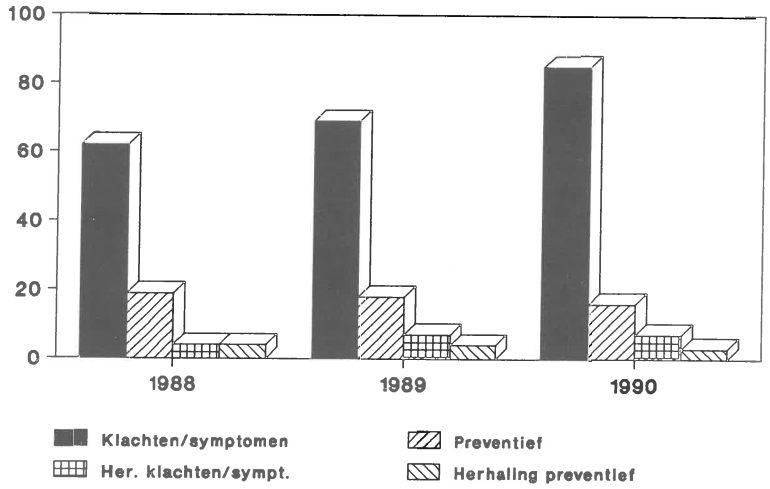
urbanisatiegroep 1



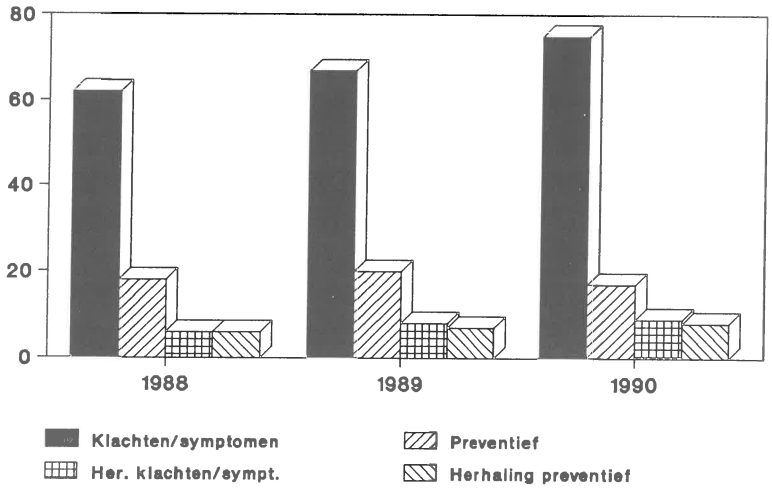
urbanisatiegroep 2



urbanisatiegroep 3



Nederland



In de oostelijke en zuidelijke provincies worden de meeste mammografieën aangevraagd. Enkel in de groep **eerste** preventieve mammografieën laten de westelijke provincies de hoogste cijfers zien.

Het aantal mammografieën in het oosten en zuiden van het land en op het platteland is relatief hoog. Op het platteland en in de grote steden worden ongeveer evenveel eerste mammografieën aangevraagd, terwijl de herhalingsmammografieën minstens drie maal zoveel op het platteland worden aangevraagd.

Het totale aantal mammografieën ligt in 1990 zeven procent hoger dan in het jaar ervoor. Deze stijging blijkt vooral op te treden in de zuidelijke provincies en in de grote steden. Bijna een kwart van de mammografieën is als preventief geregistreerd.

In tabel 33 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen).

Tabel 33: aantal mammografieën naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988-1990

leeftijds-	eerste mammografie						herhalings mammografie					
groep	klacht./sympt.			'preventief'			klacht./sympt.			'preventief'		
	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1988	1989	1990
15-19	(4)	(6)	13	-	-	(2)	-	-	(2)	(2)	-	-
20-24	32	34	24	(2)	(5)	(4)	(2)	(2)	(2)	-	-	-
25-29	61	66	57	11	14	12	(2)	(5)	12	(2)	(2)	-
30-34	114	98	94	30	26	10	10	11	12	(6)	(6)	(2)
35-39	135	138	159	35	51	27	14	16	20	(11)	18	10
40-44	145	181	190	50	42	40	18	24	18	12	18	28
45-49	134	174	160	45	39	29	18	16	18	16	21	18
50-54	92	104	159	32	55	45	14	14	27	(9)	14	15
55-59	75	92	115	20	35	59	(9)	14	12	(12)	17	22
60-64	65	74	82	31	28	33	(3)	(6)	10	(9)	(12)	29
65-69	53	35	56	18	(11)	10	(4)	(4)	14	-	(4)	(4)
70-74	33	21	57	(4)	(13)	26	(4)	(8)	-	(4)	-	-
75-79	(10)	31	26	(5)	-	-	(5)	(10)	-	(5)	-	-
80-84	(7)	-	29	-	-	-	-	-	-	(7)	-	-
≥ 84	-	(9)	(9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

De registratie laat zien dat mammografieën vooral aangevraagd worden in de leeftijdsgroepen tussen 35 en 50 jaar. Dit "worried-well' patroon is voor de jaren waarin tot nu toe is geregistreerd, hetzelfde. Boven de 50 jaar treedt wel een toename op van het aantal mammografieën.

Opmerkelijk is dat vooral klachten en of symptomen aanleiding zijn tot het aanvragen van mammografieën.

Het merendeel van de door de peilstationartsen aangevraagde mammografieën vallen buiten die leeftijdsgroepen, die door het voorgestelde bevolkingsonderzoek worden omvat (zie ook tabel 34).

Tabel 34: proportionele verdeling alle mammografieën naar drie leeftijdsgroepen. Procenten

	leeftijdsverdeling totaal aantal mammografieën			
	≤50	50-69	≥69	totaal
1988	73	24	3	100
1989	72	25	3	100
1990	65	31	4	100
	leeftijdsverdeling 'eerste' mammografieën			
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100
1990	65	30	5	100
	leeftijdsverdeling 'eerste preventieve' mammografieën			
1988	70	28	2	100
1989	65	33	2	100
1990	53	42	5	100

In 1991 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

ANGST VOOR AIDS

Huisartsen worden in hun praktijk slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en seropositiviteit. Slechts huisartsen in Amsterdam en enkele andere grote steden en een enkele huisarts daarbuiten zullen in hun praktijk patiënten hebben die aan AIDS lijden of die seropositief zijn.

Niettemin, zo is de verwachting, bestaat onder de bevolking, ondanks of dankzij, de uitgebreide publieke voorlichtingscampagne een zekere mate van bezorgdheid over deze aandoening. Voorlichtingsprogramma's zijn vaak algemeen en niet op elke vraag geven ze een antwoord.
Ook het huidige vaak verscheidene partners omvattende, -al dan niet gelijktijdig-, patroon van (seksuele) relaties kan een reden zijn dat vragen leven over risico's besmet te worden met het H.I.V.
Van belang wordt geacht inzicht te krijgen in deze fenomenen.

In 1988 is gestart met de rubriek 'Angst voor AIDS'. In het project Eurosentinel registreren peilstationnetwerken uit verschillende Europese landen gelijktijdig een aantal gegevens die betrekking hebben op de onder de bevolking levende bezorgdheid over AIDS, voorzover die leidt tot een bezoek aan een huisarts.

Het doel van de registratie is de hulpvragen te inventariseren waaruit ongerustheid over of angst voor AIDS naar voren komt. Daarbij betreft het de hulpvragen van patiënten die niet aan AIDS lijden of niet bewezen seropositief zijn. Naast het inzicht in de mate waarin huisartsen met deze vragen worden geconfronteerd is het doel een beeld te krijgen van de vragenstellers en van de door de huisartsen ondernomen acties naar aanleiding van deze hulpvragen.
De rubriek wordt verscheidene jaren op de weekstaat geplaatst.

Gevraagd wordt elk consult te registreren waarin òf door de patiënt of door de huisarts het onderwerp AIDS ter sprake wordt gebracht. In de aanvullende vragenlijst worden enkele aanvullende gegevens over de patiënt geregistreerd, de redenen waarom de patiënt de arts bezoekt, of er gevraagd wordt om HIV antistoffen te bepalen en of die vraag wordt gehonoreerd, of de arts om andere redenen dan de vraag van de patiënt voorstelt een

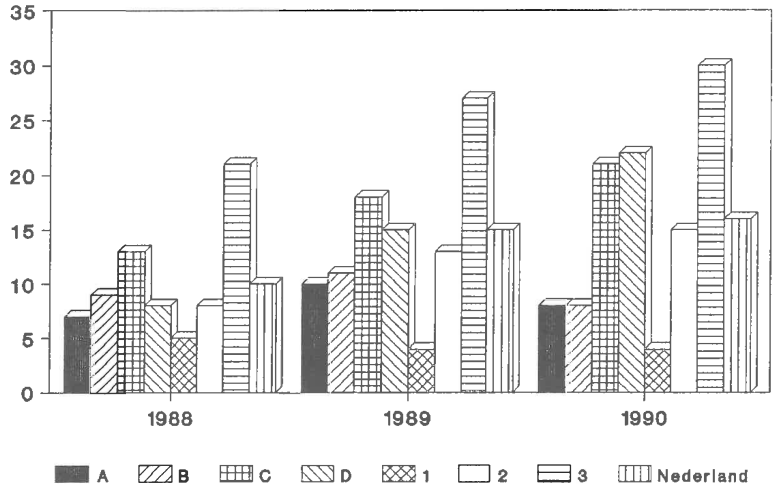
dergelijke test te laten verrichten en indien een onderzoek gedaan wordt wat de uitslag ervan is.
Tenslotte wordt gevraagd naar de acties die de huisarts verder onderneemt in relatie tot de vraagstelling van de patiënt en of er een vervolgcontact afgesproken wordt. Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats[17]. (drs. M. Moons en drs. L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg).

In tabel 35: aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners 1988-1990

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	7	9	13	8	5	8	21	10
1989	10	11	18	15	4	13	27	15
1990	8	8	21	22	4	15	30	16

Er is sprake van een toename van consulten over AIDS respectievelijk 10 in 1988 versus 16 per 10.000 inwoners in 1990. De huisartsen in de westelijke provincies worden meer met vragen over AIDS geconfronteerd dan elders in Nederland. In 1990 komt AIDS ook in de zuidelijke provincies duidelijk meer ter sprake bij de huisarts. Dit geldt nog sterker voor de huisartsen in de grote steden (vergelijk figuur 22).
Uit de eerste aanvullende gegevens blijkt dat bijna 60% van alle consulten een man betreft. Onder de bellers van de AIDS-infolijn is het percentage mannen hoger: 67[18].

Figuur 22
Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1990

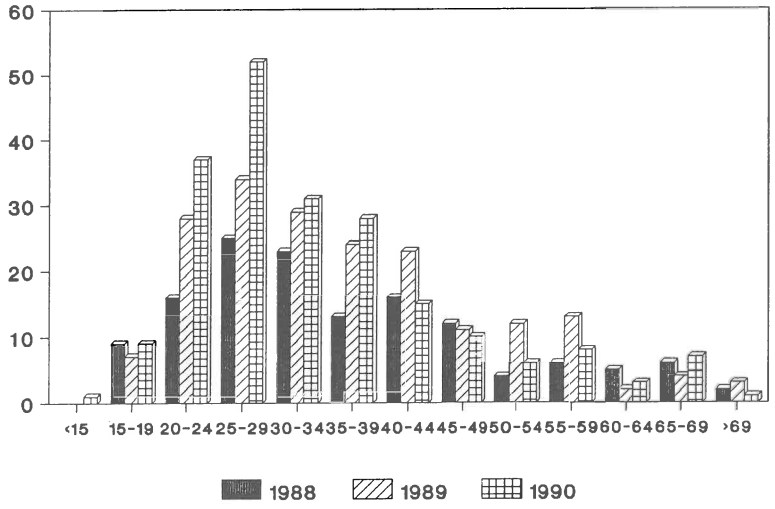


Leeftijdsverdeling
In tabel 36 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 23).

Tabel 36: aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1990

Leeftijdsgroep	1988	1989	1990
≤ 15	-	-	(1)
15-19	9	7	9
20-24	16	28	37
25-29	25	34	52
30-34	23	29	31
35-39	13	24	28
40-44	16	23	15
45-49	12	11	10
50-54	(4)	12	(6)
55-59	6	13	8
60-64	(5)	(2)	(3)
65-69	(6)	(4)	(7)
≥ 69	(2)	(3)	(1)

Figuur 23
Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1990



Het merendeel van de vragen over AIDS bij de huisartsen wordt gesteld in de leeftijdsgroep van 20-44 jaar: in 1988 75% in 1989 79% en in 1990 84%. Het jaarverslag van de AIDS-infolijn over 1988-1990 geeft eveneens een hoog percentage; ongeveer 70% van de bellers is tussen de 20 en 50 jaar. Bij onze registratie is geen invloed vastgesteld van het seizoen: de kwartaalcijfers liggen gedurende de jaren op eenzelfde niveau.

De rubriek is voor 1991 op de weekstaat gehandhaafd. Ook de registratie in het kader van Eurosentinel wordt voor 1991 gecontinueerd.

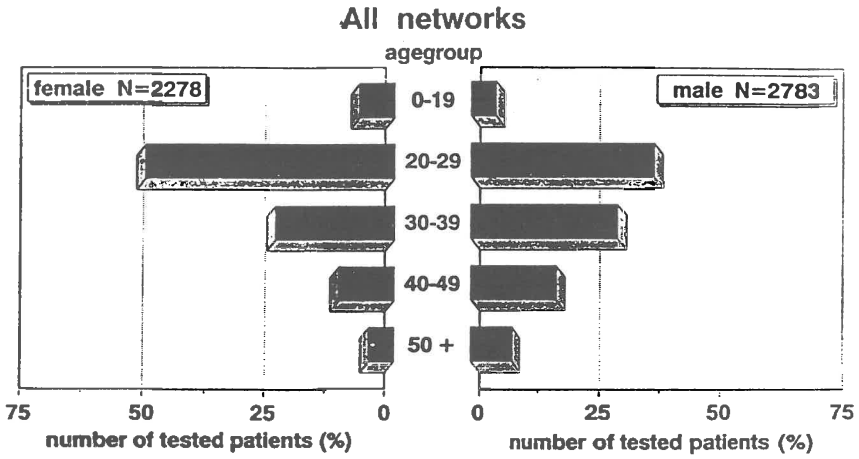
Eurosentinel[19]

Eurosentinel is een project waarin netwerken van peilstationartsen in verschillende Europese landen samenwerken.
In 1990 wordt in een zestal netwerken in vijf landen het aantal verzoeken op een test op H.I.V.-antilichamen geregistreerd.

Van elke patiënt die om een test verzoekt worden een aantal gegevens vastgelegd: leeftijd, geslacht, aanwezige risicofactoren en reden van het verzoek bij afwezigheid van risicofactoren.
Dezelfde gegevens worden vastgelegd wanneer niet de patiënt om een test vraagt maar de huisarts daartoe het initiatief neemt.
De hier gepresenteerde gegevens hebben betrekking op die patiënten waarbij een test is verricht. De op zich belangwekkende gegevens over patiënten die wel om een test verzoeken maar na overleg met de arts daarvan afzien worden hier buiten beschouwing gelaten.

De leeftijds- en geslachtsverdeling van alle patiënten getest in de zes netwerken zijn weergegeven in figuur 24.

Figuur 24
Leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten getest op H.I.V.-antilichamen in alle netwerken.



De algemene m/v-geslachtsratio is 1.1.
Van alle geteste patiënten is 87% tussen de 19 en 50 jaar. Van alle geteste vrouwen is 60% jonger dan 30 jaar; bij de mannen is dit percentage 40.
Het patroon van de leeftijdsverdeling is voor alle netwerken vergelijkbaar. Het Spaanse netwerk vormt een uitzondering. In dit netwerk is 23% van het aantal geteste patiënten jonger dan 15 jaar. In de andere netwerken is dat rond de 2%.

Een verklaring voor deze leeftijdsverdeling en de uitzondering welke de leeftijdsverdeling in het Spaanse netwerk daarop vormt ligt waarschijnlijk in de belangrijkste redenen voor het aanvragen van een H.I.V.-test (zie tabel 37).

Tabel 37: belangrijkste redenen voor het aanvragen van een H.I.V.-test naar land en naar initiatiefnemer voor de test

test ordered by GP	%	N	Country	N	%	test asked by patient
prenatal screening	27	411	Belgium	464	35	heterosex. contact "at risk"
heterosex. contact "at risk"	24				29	anxiety
screening beforo marriage	40	627	France/	464	22	screening before marriage
prenatal screening	23		RNTMT		17	heterosex. contact "at risk"
screening before marriage	35	150	France/	111	23	anxiety
heterosex. contact "at risk"	19		Aquitaine		21	heterosex. contact "at risk"
prenatal screening	69	16	The	104	65	heterosex. contact "at risk"
symptoms sugg. for HIV inf.	19		Netherlands		10	homo- or bisex. behaviour
I.V. drug use	34	51	Spain	29	50	I.V. drug use
prenatal screening	18				14	administrative reason
symptoms sugg. for HIV Inf.	30	427	Switzerland	1320	30	anxiety
heterosex. contact "at risk"	25				33	heterosex. contact "at risk"

Het afwijkende patroon in Spanje bestaat uit het relatief grote aantal geteste personen dat intra-veneus drugs gebruikt, althans die reden opgeeft.
In Frankrijk heeft het testen op H.I.V.-antilichamen vooral plaats in het kader van de screening op geslachtsziekten voor het huwelijk. Dit specifieke patroon van aanvragen heeft echter op de leeftijdsverdeling van de geteste patiënten geen invloed.

Van alle verrichte testen op H.I.V.-antilichamen in het kader van deze registratie is slechts een fractie ook na bevestiging positief. Het percentage positieve testen varieert van 2.7 in het Franse nationale netwerk tot 0 in de Nederlandse peilstationpraktijken.

MAZELEN EN BOF

Vanuit het Regional Office for Europe van de Wereldgezondheidsorganisatie werd in 1989 aan Eurosentinel het dringende verzoek gericht een aanvang te maken met de registratie van nieuwe gevallen van mazelen en bof (B. Bytchenko, M.D., Regional Office for Communicable Diseases en R.P. Prohorskas, M.D., Statician).

Nog immer vormen de besmettelijke ziekten een bedreiging voor de bevolkingen ook van geïndustrialiseerde landen. In 1984 besloten de Europese lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie dat in overeenstemming met doelstelling 5 van de Health For All-2000 "by the year 2000, there should be no indigenous measles, poliomygelitis, neonatal tetanus, congenital rubella, diphteria, congenital syfilis or indigenous malaria in the region.

Hoewel in een eerdere registratie van mazelen het succes van het ingevoerde vaccinatie programma tegen mazelen kon worden aangetoond en er evenmin veel meldingen van bof verwacht werden gezien de vaccinatiegraad van de Nederlandse kinderen werd besloten met de voorstellen van de Wereldgezondheidsorganisatie en Eurosentinel in te stemmen en aan de registratie deel te nemen.

Gevraagd wordt alle nieuwe gevallen van mazelen en bof te melden onder opgave van de wijze waarop de diagnose is gesteld: klinisch en/of middels aanvullend serologisch onderzoek.

Er zijn in 1990 6 gevallen van bof gemeld.
In geen van deze gevallen is nader laboratoriumonderzoek verricht ter bevestiging van de klinische diagnose.
Van deze 6 patiënten waren er 2 ingeënt; de overige niet. De leeftijd van deze vier niet ingeënte patiënten lag tussen de 5 en 37 jaar. De wel ingeënte patiënten waren 2 en 12 jaar.

Er is één patiëntje met mazelen gemeld. Dit patiëntje was jonger dan 14 maanden.

Mazelen en bof in West-Europa

In meerdere landen zijn peilstationnetwerken van huisartsen betrokken bij de surveillance van mazelen en bof.

Doelstellingen van deze surveillance zijn veelal:

- het volgen van de trend in de incidentie,
- het registreren van de frequentie en de ernst van mogelijke complicaties en
- zo mogelijk het bestuderen van het effect van de vaccinatieprogramma's tegen deze aandoeningen.

De doelstelling van de registratie in het kader van Eurosentinel is het internationaal vergelijken van deze epidemiologische karakteristieken van mazelen en bof.

Vanaf januari 1990 zijn in 10 peilstationnetwerken gegevens verzameld over nieuwe gevallen van mazelen en in 8 netwerken gegevens over nieuwe gevallen van bof (tabel 38).

Tabel 38: Deelnemende peilstationnetwerken en aantallen betrokken huisartsen.

Name of network	Nb of participants	Country
Médecins vigies/Peilpraktijken	38 GPs	Belgium
GROGs (Groupes Rëgionaux d'Observation) de la Grippe	253 GPs 51 pediatricians	France
RNTMT (Réseau National Télématique de Surveillance et d'Information sur les Maladies Transmissibles)	428 GPs	France
Sentinel Practice Network	69 GPs	Ireland
Peilstations	60 GPs	Netherlands
Medicos Sentinela	195 GPs	Portugal
Sistema de Vigilancia por Medicos Centinela	100 GPs	Spain-Basque Country
Red de Medicos Centinelas	15 GPs 5 pediatricians	Spain-Madrid Region
Sentinella	142 GPs	Switzerland
Weekly Returns Service	240 GPs	United Kingdom
GP Surveillance of Infections in Wales	138 GPs	United Kingdom

Gegevens zijn geregistreerd van natuurlijke gevallen van mazelen en bof (uitgesloten zijn die gevallen die in relatie met een vaccinatie opgetreden zijn). Geregistreerd zijn de op klinische criteria vastgestelde gevallen van mazelen en bof. Gevraagd is naar leeftijd en geslacht van de patiënt, naar de vaccinatiestatus en het eventuele optreden van complicaties.

Resultaten van de registratie van mazelen

De uitkomsten van de registratie van mazelen zijn weergegeven in de tabellen 39, 40, en 41.

Table 39: Number of measles cases per network and number of cases per GP and per year.

	Mean weekly Nb partic. GPs	Nb measles cases	Nb month recording	Nb cases/ GP/Year
Belgium	112	56	12	0.5
France/RNTMT	104[1]	288	12	2.8
France/ Aquitaine	48[2]	66	12	1.4
Ireland	38	183	12	4.8
Portugal	64	12	12	0.2
Spain/Castilla	144	152	7	1.8[3]
Spain/Basque	100	3	2	-
Switserland	135	60	12	0.4
The Netherlands	61	1	12	0
United Kingdom/ Wales	136	93	12	0.7

[1] Number of GPs equivalent to full time participations
[2] Number of GPs having connected at least twice a month
[3] Extrapolation up to 12 months

Table 40: Age distribution of measles cases per network (%)

	N	≤1	1-4	5-9	10-14	15-19	≥19
Belgium	56	6	49	16	18	9	2
France/RNTMT	436	4	36	48	9	3	1
France/Aquitaine	66	6	24	36	23	8	3
Ireland	183	8	57	30	4	1	2
Portugal	12	0	(17)	(8)	(33)	(33)	(8)
Spain/Castilla	152	3	22	30	33	8	5
Spain/Basque[1]	3	-	-	-	-	-	-
Switserland	60	5	20	23	12	22	18
The Netherlands[1]	1	-	-	-	-	-	-
United Kingdom/Wales	93	23	46	18	4	4	4

[1] Too few cases

Table 41: Measles cases with complications, vaccination status of these cases and complication rates per network

	Number of cases with complic.	Nb vacc. complic./ total Nb complic.	Complication rate (%)
Belgium	8	0/7	14
France/RNTMT	not recorded	-	-
France/Aquitaine	not recorded	-	-
Ireland	not recorded	-	-
Portugal*	(2)	(1/2)	(17)
Spain/Castilla	8	1/7	5
Spain/Basque*	0	-	-
Switserland	1	0/1	2
The Netherlands*	0	-	-
United Kingdom/ Wales	11	3/9	12

* Few cases

Tussen de verschillende peilstationnetwerken bestaan aanzienlijke verschillen in het aantal gevallen per arts en per jaar. Deze noemer is de beste welke op dit moment gemeenschappelijk beschikbaar is binnen Eurosentinel.

In de tabel met de percentuele leeftijdsverdeling van de gemelde mazelen gevallen zijn de resultaten van het Zwitserse netwerk op vallend. Een relatief hoog percentage van de patiënten is 15 jaar of ouder.
Deze uitkomst wordt beschouwd als een neveneffect van een slechts gedeeltelijk uitgevoerd vaccinatieprogramma. In Zwitserland is de vaccinatie tegen bof, mazelen en rode hond bij zowel de bevolking als de artsen zeer omstreden*.

Overigens moeten de meldingen over mazelen met enige voorzichtigheid worden gehanteerd. In Zwitserland werd bij 41% van de meldingen serologischonderzoek gedaan. Bij slechts 4 van de 24 bloedonderzoeken kon de diagnose serologisch worden bevestigd, bij 1 onderzoek werd een grenswaarde gevonden en bij 13 van de 24 bloedonderzoeken konden geen antistoffen tegen mazelen worden gevonden.

Deze bevinding is niet nieuw; zowel in de USA als in Canada werd een discrepantie gevonden tussen de klinische en de serologische diagnose mazelen.

Resultaten van de registratie van bof

In de tabellen 42, 43, en 44, zijn het aantal meldingen van bof, de leeftijdsverdeling van de gemelde patiënten en het aantal complicaties weergegeven.

Table 42: Number of mumps cases per network and number of cases per GP and per year

	Mean weekly Nb partic. GPs	Nb mumps cases	Nb month recording	Nb cases/ GP/Year
Belgium	62	86	12	1.4
France/RNTMT	104[1]	208	12	2.0
Ireland	31	33	9	1.4[2]
Portugal	65	73	12	1.1
Spain/Castilla	110	77	7	1.2[2]
Switzerland	135	109	12	0.8
The Netherlands	61	6	12	0.1
United Kingdom/ Wales	136	74	12	0.5

[1] Number of GPs equivalent to full time participants

[2] Extrapolation up to 12 months

Table 43: Age distribution of mumps cases per network (%)

	N	≤1	1-4	5-9	10-14	15-19	≥19
Belgium	86	0	20	44	16	6	14
France/RNTMT	347	0	26	50	8	4	12
Ireland	33	0	36	21	18	3	21
Portugal	73	0	12	53	14	11	10
Spain/Castilla	77	1	31	29	18	8	13
Switzerland	109	2	20	29	19	7	22
The Netherlands*	6	-	-	-	0	-	-
United Kingdom/Wales	74	0	41	39	8	3	10

* Too few cases

Table 44: Mumps cases with complications, vaccination status of the cases and complication rate per network

	Number of cases with complic.	Nb vacc. complic./ total Nb complic.	Complications rate (%)
Belgium	2	1/2	2.2
France/RNTMT	5	1/5	1.5
Ireland	not recorded	-	-
Portugal	4	1/2[1]	6
Spain/Castilla	8	3/8	10
Switzerland	3	0/3	3
The Netherlands[2]	-	-	-
United Kingdom/ Wales	7	2/7	10

[1] Vaccination status only known for 2 of the 4 cases with complications
[2] Too few cases

Ook bij de bof zijn er belangrijke verschillen in de mate van voorkomen tussen de diverse peilstationnetwerken. In de Nederlandse Peilstations wordt bof bijna niet gemeld; in het Nationale Franse Netwerk zien de huisartsen toch nog een aantal gevallen per jaar.
Bij de leeftijdsverdeling valt op dat een relatief groot deel van de patiënten in meerdere netwerken 19 jaar of ouder is. Dit percentage varieert van ± 10

tot ± 20%. Het percentage gemelde complicaties varieert per netwerk: van 1,5% in het Franse netwerk tot ruim 10% in het Ierse netwerk en het provinciale netwerk in Castilla y Leon in Spanje.

De registratie van mazelen en bof in het kader van Eurosentinel wordt in 1991 voortgezet. De Nederlandse Peilstations hebben afgezien van verdere deelname aan de registratie van deze onderwerpen.

EUROSENTINEL

Het onderzoek naar het aanvragen van een beperkt aantal bloedonderzoeken in de huisartspraktijk.

Eurosentinel is een samenwerkingsproject van peilstationnetwerken in een aantal landen van de Europese Gemeenschap en Zwitserland.
Het is een EG-project in het kader van het Medical and Public Health Research Programme en wordt financieel gesteund door de COMAC-Health Services Research.
Het project is gestart in 1988 en heeft een looptijd van drie jaar. Inmiddels is het 'Final Report' over het project verschenen[20].
De CMR-Peilstations Nederland hebben intensief aan deze samenwerking deelgenomen. De weerslag daarvan valt te lezen in de hoofdstukken over influenza, angst voor aids en mazelen en bof.
In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het aanvragen van laboratoriumonderzoek door huisartsen dat in oktober-november 1989 plaats heeft gehad.

Vraagstelling
Het Eurosentinelproject zo is bij aanvang van het project gesteld zou zich niet beperken tot het registreren van gezondheidsproblemen. De mogelijkheden van meer research-georiënteerde projecten zijn opengehouden.

Een van de doelstellingen van het project is het testen van de mogelijkheid een dergelijk onderzoek te verrichten zonder daarbij de participerende netwerken te overvragen.

Gezocht is naar een frequent voorkomende gebeurtenis in de huisartspraktijk, die in een korte tijd op een relatief eenvoudige wijze te bestuderen valt.

Gekozen is voor het aanvragen van bloedonderzoek, als een routine procedure in de huisartspraktijk die tevens is gekoppeld aan de kostenstijging in de gezondheidszorg. De variatie tussen artsen in het gebruik van diagnostische voorzieningen is daarbij een punt van aandacht. Het onderzoek zou een bijdrage kunnen leveren aan het inzicht in het gebruik van artsen van het laboratorium.

Aangezien het een internationaal onderzoek betreft is de hypothese gesteld dat er geen verschillen bestaan tussen de nationale peilstationnetwerken in de mate waarin bij personen door huisartsen bloedonderzoek wordt verricht.

Gestreefd zou worden:
1 de 'nationale' rates voor het aanvragen van bloedonderzoek door huisartsen te beschrijven en te vergelijken,
2. deze gegevens te relateren aan de karakteristieken van het gezondheidszorgsysteem in de verschillende landen en
3. zo mogelijk hypothesen te formuleren met betrekking tot een aantal kenmerken van de artsen en de praktijken en het aanvragen van bloedonderzoek.

Opzet en methode
In de peilstationnetwerken in een aantal landen (zie tabel 45) zijn gedurende 4 weken in oktober-november 1989 alle face-to-face contacten van huisartsen met patiënten geregistreerd. Dit aantal contacten is gebruikt als de denominator.

Table 45: The following networks have participated in the project

Name of the network	Country	Number of participating GP's	Total number of GP's members
Huisartsenpeilpraktijken/ Médecins vigies	Belgium	49	±170
Sentinel Practice Network	Ireland	29	69
Centro Studi e Ricerche in Medicine	Italy	48	60
Generale-Mario Negri Inst. Medicos Sentineia	Portugal	51	104
Red Espanola de Atencion	Spain	70	200
Sentinella	Switzerland	31	±118
Peilstations	The Netherlands	51	63
Weekly Returns Service	United Kingdom	13	240

Van alle patiënten waarbij de huisarts bloedonderzoek heeft laten verrichten zijn een aantal nadere gegevens vastgelegd: leeftijd, geslacht, face-to-face

contacten (ja of nee) en welke van een beperkt aantal bloedonderzoeken zijn aangevraagd.

Over de huisartsen en de praktijken zijn een aantal achtergrondgegevens geregistreerd: leeftijd, geslacht, jaar van afstuderen, solo- of meermanspraktijken, lokalisatie van de praktijk ten opzichte van laboratorium en ziekenhuis en de urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk is gevestigd.

De gegevens over de arts-patiëntcontacten en de aangevraagde bloedonderzoeken zijn wekelijks verzonden naar de nationale coördinatoren. Op nationaal niveau zijn de gegevens ingevoerd. De gegevens zijn op diskette verzonden naar het coördinatorencentrum van Eurosentinel, waar het materiaal is geanalyseerd met behulp van het softwarepakket EPIINFO.

Resultaten

De peilstationartsen.

In totaal zijn 342 peilstationartsen betrokken geweest bij de studie. De gemiddelde leeftijd van de artsen is bijna 39 jaar. Driekwart van de artsen zijn mannen.
Tussen de acht landen bestaan aanzienlijke verschillen in de leeftijds- en geslachts opbouw van de artsen in de peilstationnetwerken (zie tabel 46).

Table 46: Age and sex distribution of the selected GPs

Country		Belgium N=49		Ireland N=29		Italy N=48		Portugal N=51		Spain N=70		Switzerland N=31		The Netherl. N=51*		U.K. N=13*	
Age	Sex																
<30 y	M	2	(4.1)	1	(3.4)			1	(2.0)	2	(2.9)			1	(2.0)		
	F																
30-39 y	M	15	(30.1)	18	(62.1)	35	(72.9)	18	(35.3)	43	(61.4)	8	(25.8)	8	(15.7)	5	(38.5)
	F	1	(2.0)	2	(6.9)	9	(18.8)	30	(58.8)	20	(28.6)			2	(3.9)		
40-49 y	M	18	(36.7)	5	(17.2)	2	(4.2)			3	(4.3)	19	(61.3)	24	(47.1)	4	(30.8)
	F	1	(2.1)	1	(3.4)	1	(2.1)	1	(2.0)	2	(2.9)	2	(6.5)	4	(7.8)		
50-59 y	M	11	(22.4)	1	(3.4)							2	(6.5)	7	(13.7)	2	(15.4)
	F																
≥60 y	M	1	(2.1)			1	(2.1)	1	(2.0)					4	(7.8)	1	(7.7)
	F			1	(3.4)												
Mean (years)		42.90		38.07		36.94		35.29		34.51		42.61		44.78		43.00	

* 1 male GP : agegroup not mentioned.

In Spanje, Portugal, Italië en Ierland zijn de peilstationartsen jong vergeleken met de anderen. In Portugal wordt het hoogste aantal vrouwelijke huisartsen gevonden: meer dan 50%. In het Verenigd Koninkrijk heeft geen enkele vrouwelijke huisarts meegedaan aan het onderzoek.
In Spanje, Italië en Portugal is rond de 90% van de peilstationartsen na 1975 afgestudeerd. In Ierland is dat percentage 67%. In de andere landen is er een aanzienlijk deel van de artsen meer dan 15 jaar geleden afgestudeerd: in België, het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland en Nederland rond de 60%.

De peilstationnetwerken in België, Italië en Zwitserland bestaan in belangrijke mate uit solopraktijken (60% of meer). In Ierland, Spanje en Nederland ligt dit percentage op 40. In Portugal en het Verenigd Koninkrijk werken de artsen hoofdzakelijk in veelal grote groepspraktijken of gezondheidscentra (4 of meer huisartsen).

De meeste peilstationartsen in de verschillende netwerken werken in gebieden met een bevolking tussen de 2.000 en 50.000 personen. In Ierland en Spanje zijn relatief meer peilstations op het platteland: respectievelijk 50 en 30%. In België, Spanje, Nederland en het Verenigd Koninkrijk ligt het percentage peilstations in gebieden met meer dan 50.000 inwoners rond de 40.

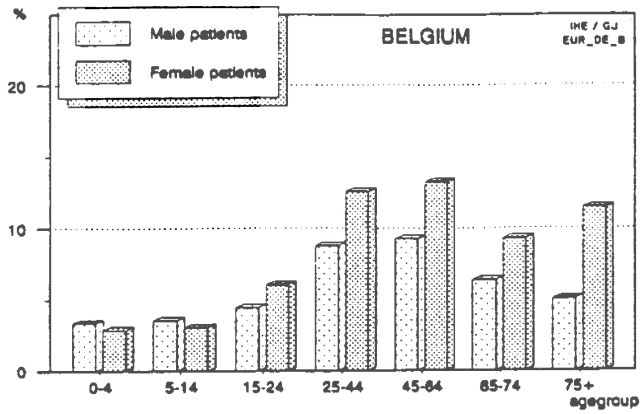
Afstanden tot een laboratorium en tot een ziekenhuis lopen aanzienlijk uiteen in de diverse landen.
In Ierland is de afstand tot een ziekenhuis of laboratorium bij 50% van de peilstationpraktijken meer dan 10 kilometer. In Italië en Nederland zijn de peilstationpraktijken vaak op minder dan 5 kilometer afstand van een laboratorium of ziekenhuis gelegen.
In Italië en Portugal gaan de patiënten voor het afnemen van bloed nagenoeg altijd naar het laboratorium. In andere landen wordt ook bloed afgenomen in de praktijken en naar het laboratorium gebracht door of personeel van het laboratorium, iemand uit de praktijk of de patiënt zelf.
Het in de eigen praktijk verrichten van bloedonderzoek door personeel uit de praktijk komt in Spanje weinig voor. In Zwitserland en Nederland wordt door zo'n 80% van de huisartsen in de eigen praktijk bloedonderzoek uitgevoerd.

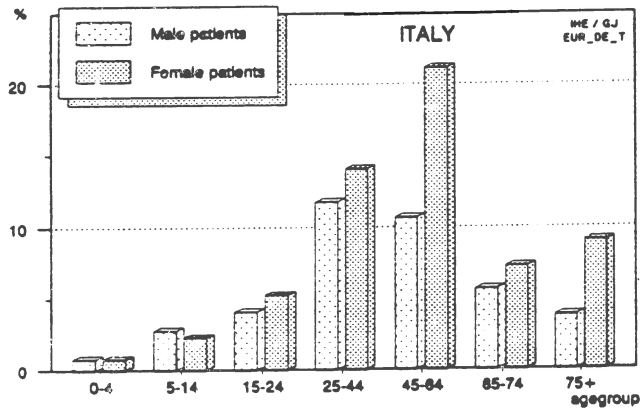
De arts-patiëntcontacten: de denominator
In totaal zijn 156.021 arts-patiënt contacten verwerkt. Deze patiënten zijn gezien door 342 peilstationartsen gedurende 1310 werkweken van artsen. Het aantal contacten per arts was gemiddeld 119 per week, variërend van 76 in Portugal tot 141 in het Verenigd Koninkrijk.

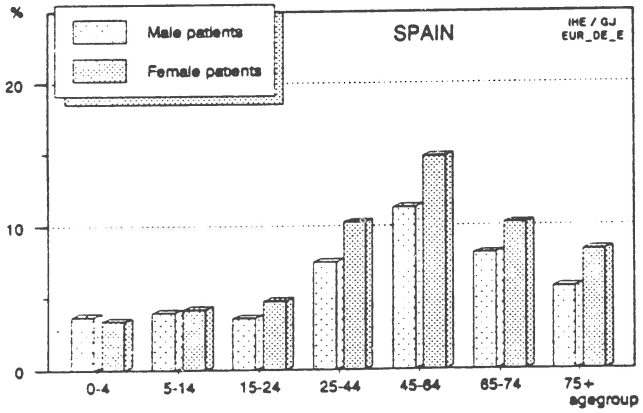
In België vindt een aanzienlijk groter aantal arts-patiënt contacten plaats bij de patiënt thuis bijna 50%. In de andere landen varieert dat percentage van 4 á 5 in Portugal, Spanje en Zwitserland tot tussen de 10-15 in Ierland, het Verenigd Koninkrijk, Italië en Nederland.

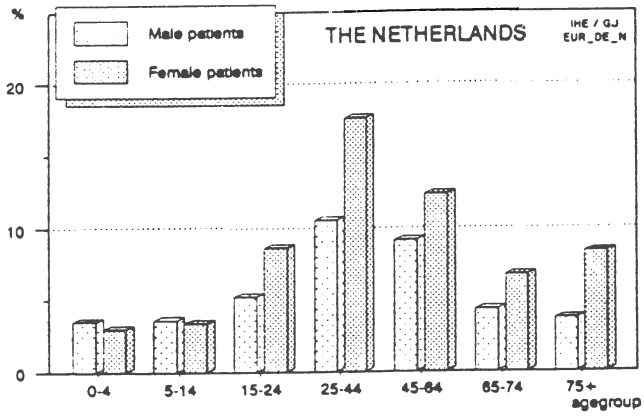
In de leeftijds- en geslachtsverdeling van de arts-patiënt contacten vormen in alle landen de vrouwen van 25-64 jaar de grootste groep. Dit percentage varieert van 25% in Spanje tot 36% in Portugal (figuur 25).
De man/vrouw ratio voor alle landen bij elkaar is 0.69; het varieert van 0.55 in Portugal tot 0.80 in Zwitserland.
In Italië is het percentage jonger dan 15 jaar dat de huisarts bezoekt het laagste. Het hoogste is dit percentage in Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

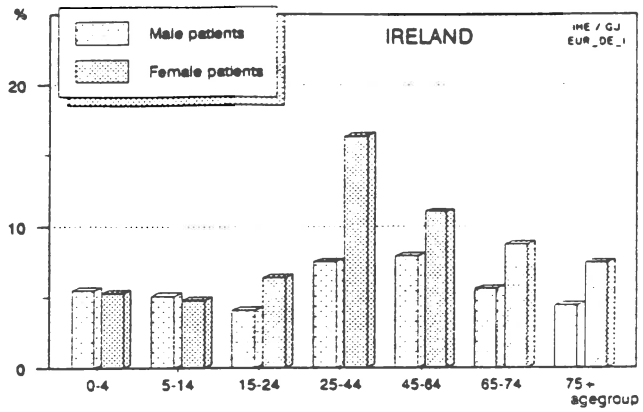
Figuur 25 Leeftijds en geslachts verdeling van de arts- patiëntcontacten.

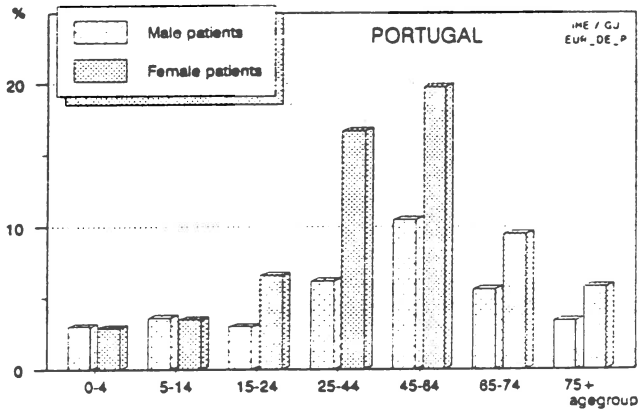


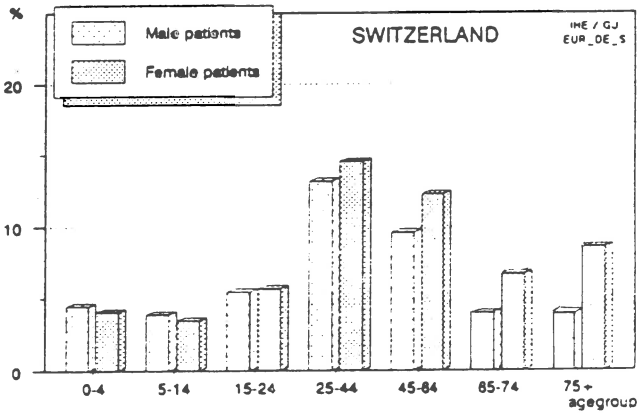

%
Male patients
Female patients
ITALY
IHE / GJ
EUR_DE_T
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup

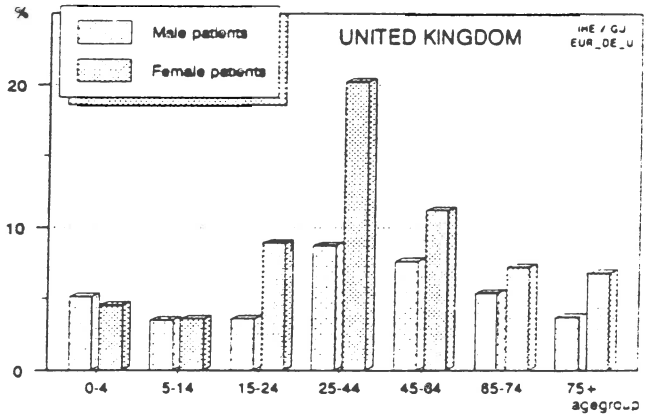

%
Male patients
Female patients
SPAIN
IHE / GJ
EUR_DE_E
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup


%
Male patients
Female patients
THE NETHERLANDS
IHE / GJ
EUR_DE_N
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup


%
Male patients
Female patients
IRELAND
IME / GJ
EUR_DE_I
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup


%
Male patients
Female patients
PORTUGAL
IME / GJ
EUR_DE_P
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup


%
Male patients
Female patients
SWITZERLAND
IME / GJ
EUR_DE_S
20
10
0
0-4
5-14
15-24
25-44
45-64
65-74
75+
agegroup



Aangevraagd bloedonderzoek

Aantal geteste patiënten.

Het aantal patiënten waarbij bloedonderzoek is aangevraagd is weergegeven in tabel 47.

Table 47: Number of tested patients, (≤1 test) and number of tests per tested patient

Agegroup	Sex	Belgium	Ireland	Italy	Portugal	Spain	Switzerland	The Netherl.	U.K.
0-4	M	7	1	8	11	20	16	15	2
	F	3	3	6	13	21	46	20	
5-14	M	19	13	29	50	48	42	26	3
	F	26	7	15	45	50	44	37	5
15-24	M	40	13	58	53	42	47	52	11
	F	96	60	160	123	108	93	141	22
25-44	M	142	60	217	127	144	187	125	18
	F	248	147	418	307	229	246	325	64
45-64	M	271	91	329	198	263	264	166	40
	F	338	122	406	374	369	292	248	43
65-74	M	144	48	140	103	122	150	75	27
	F	239	56	185	149	191	192	152	33
75+	M	76	24	63	42	54	88	59	17
	F	195	57	156	70	131	182	136	23
Total number of tested patients		1,844	702	2,190	1,665	1,792	1,934	1,577	308
Number of patient contacts		26,109	14,760	22,163	13,695	33,321	12,679	26,803	6,491
Age and sex standardized number of patients tested per 100 patient contacts		7.1	5.2	9.6	12.0	5.5	16.1	6.0	5.1
Age and sex standardized number of tests per tested patient		4.10	2.14	3.66	3.62	3.70	2.06	2.11	1.55

Voor het vergelijken van de aantallen geteste patiënten in de verschillende landen zijn de uitkomsten gestandaardiseerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de arts-patiëntcontacten per land.
Het percentage geteste patiënten varieert van 5.1% in het Verenigd Koninkrijk tot 16.1% in Zwitserland. Het gemiddelde percentage voor alle landen is 7.7%.
Het gemiddelde aantal testen per patiënt, waarvoor een bloedonderzoek is aangevraagd varieert van 1.5 in het Verenigd Koninkrijk tot 4.1 in België. De gegevens laten zien dat hoewel in Zwitserland bij een aanzienlijk percentage van de patiënten bloedonderzoek wordt gedaan de Zwitserse artsen selectief zijn in de keuze van een test. In België wordt, wanneer er bloedonderzoek wordt aangevraagd, veelal een combinatie van bloedtests verricht.

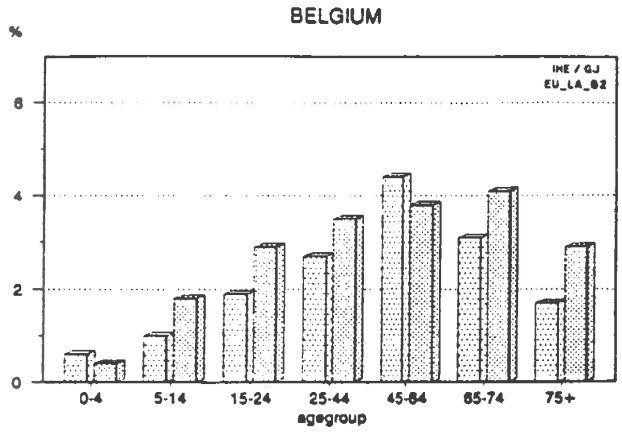
Aantal bloedonderzoeken
In tabel 48 is het aantal bloedonderzoeken per groep van tests per land weergegeven.

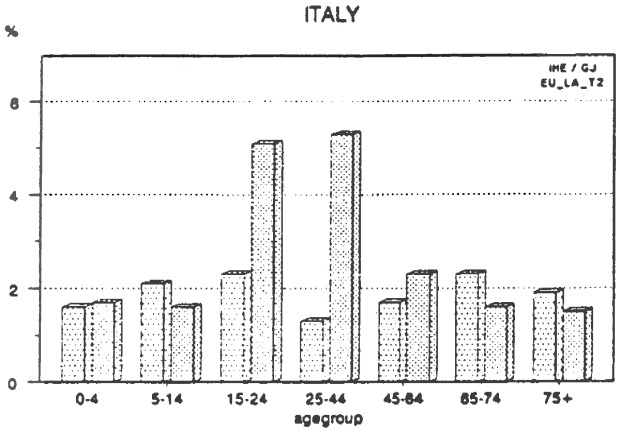
Table 48: Total number of each testgroup per country

	Belgium	Ireland	Italy	Portugal	Spain	Switzerland	The Netherl.	U.K.
Hb/Blood count	1,219 (16.3%)	440 (29.5%)	1,407 (17.3%)	1,433 (23.6%)	1,264 (19.3%)	1067 (25.3%)	1010 (30.2%)	154 (32.7%)
Iron/IBC/Ferritin	780 (10.4%)	30 (2.0%)	555 (6.8%)	142 (2.3%)	288 (4.4%)	57 (1.3%)	67 (2.0%)	5 (1.1%)
Cholesterol	894 (12.0%)	182 (12.2%)	1012 (12.4%)	747 (12.3%)	1,118 (17.0%)	457 (10.8%)	287 (8.6%)	31 (6.6%)
Other lipid tests	723 (9.7%)	76 (5.1%)	869 (10.7%)	566 (9.3%)	965 (14.7%)	237 (5.6%)	125 (3.7%)	16 (3.4%)
Sugar	1,197 (16.0%)	150 (10.1%)	1,408 (17.3%)	1253 (20.7%)	1,263 (19.2%)	714 (16.9%)	553 (16.5%)	47 (10.0%)
Liver function tests	974 (13.0%)	159 (10.7%)	1,070 (13.2%)	395 (6.5%)	615 (9.4%)	496 (11.7%)	416 (12.4%)	26 (5.5%)
Thyroid function tests	361 (4.8%)	107 (7.2%)	158 (1.9%)	92 (1.5%)	47 (0.7%)	47 (1.1%)	138 (4.1%)	37 (7.9%)
Other blood tests	1,320 (17.7%)	344 (23.1%)	1,656 (20.4%)	1,435 (23.7%)	1004 (15.3%)	1,148 (27.2%)	746 (22.3%)	155 (32.9%)
Total	7,468	1,488	8,135	6,063	6,564	4,223	3,342	471

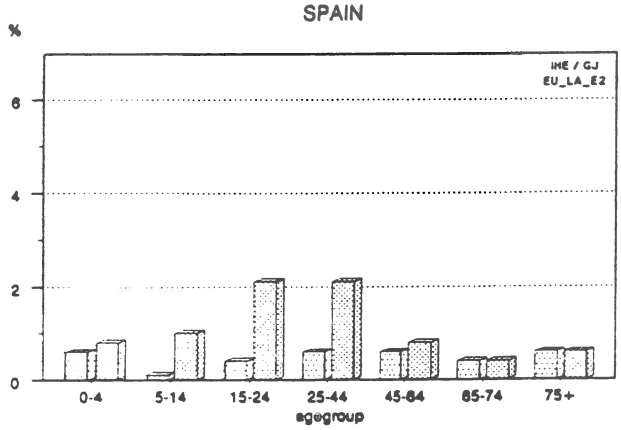
Opnieuw worden tussen de landen aanzienlijke verschillen gevonden. De variatie in het percentage van specifiek-bloedonderzoeken laten zien dat er uiteenlopende diagnostische strategieën worden gehanteerd in de verschillende landen.
De aanvraagpercentages van de afzonderlijke tests of groepen van bloedonderzoek per leeftijds en geslacht en per land laten deze verschillen duidelijk zien. Een tweetal voorbeelden.

Figuur 26 toont de aanvraagpercentages voor ijzer/ijzerbindingscapaciteit/ferritine en figuur 27 de percentages voor cholesterolonderzoek.

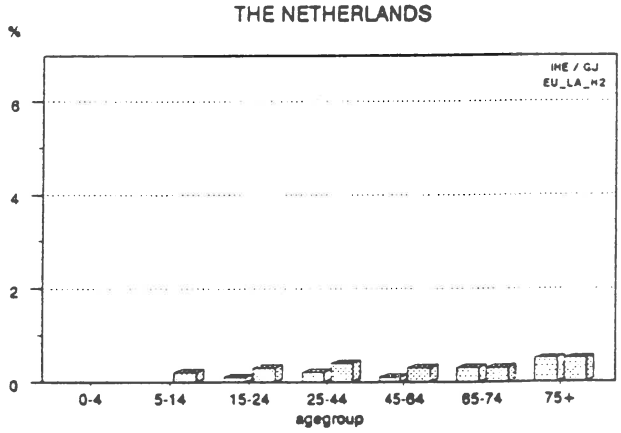




SPAIN

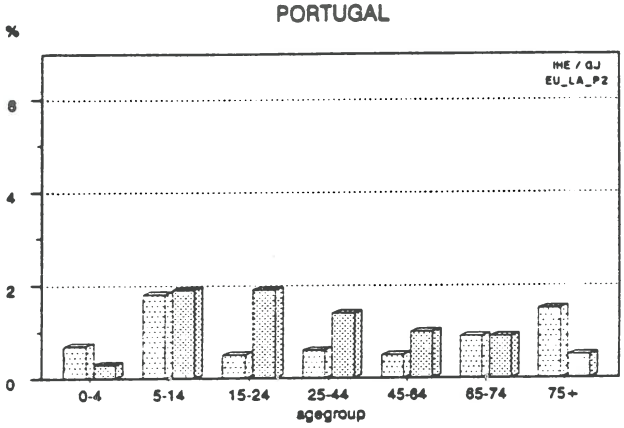


THE NETHERLANDS

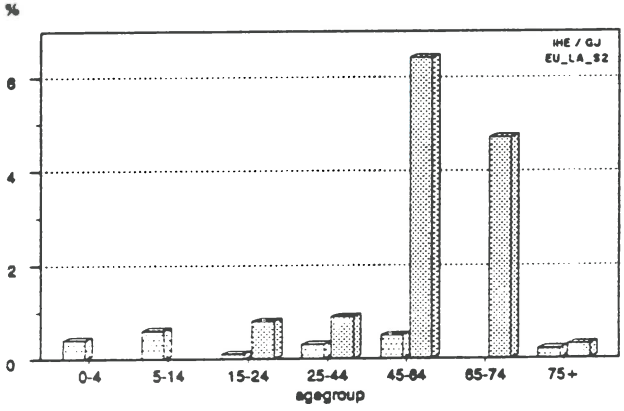


IRELAND

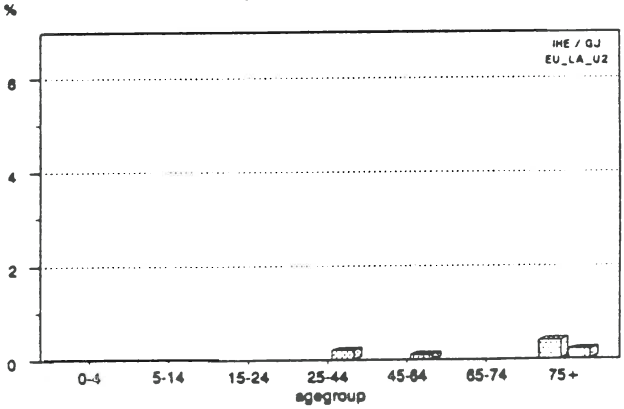
PORTUGAL



SWITZERLAND



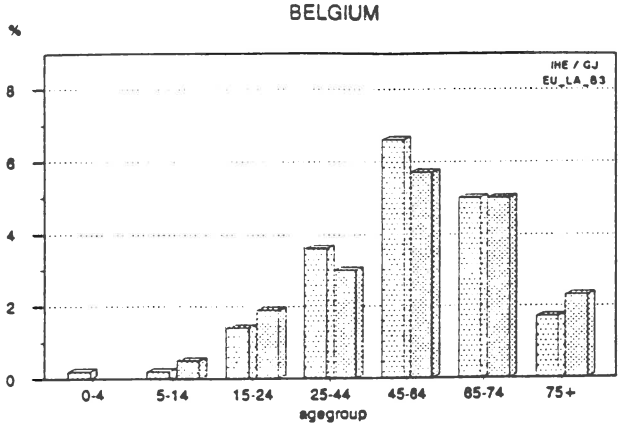
UNITED KINGDOM



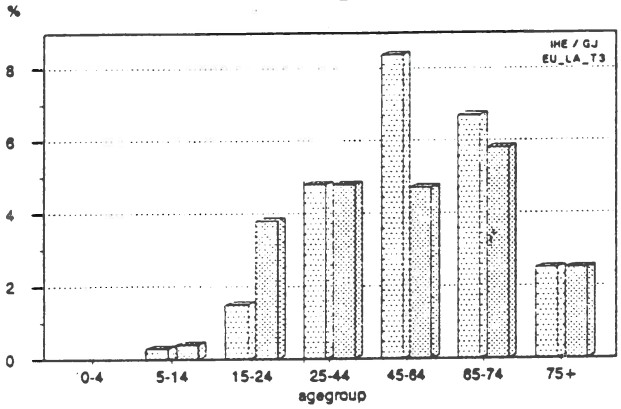
CHOLESTEROL

Male Female

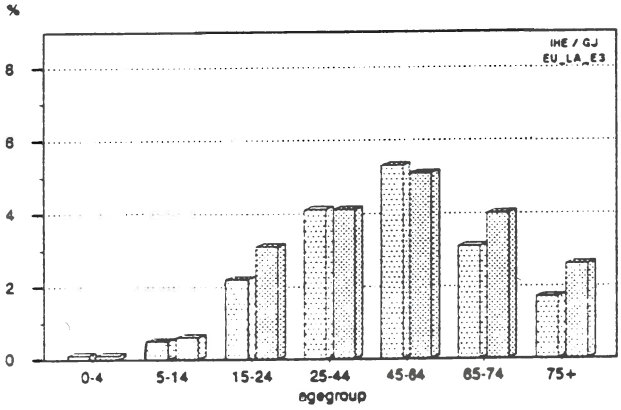
BELGIUM



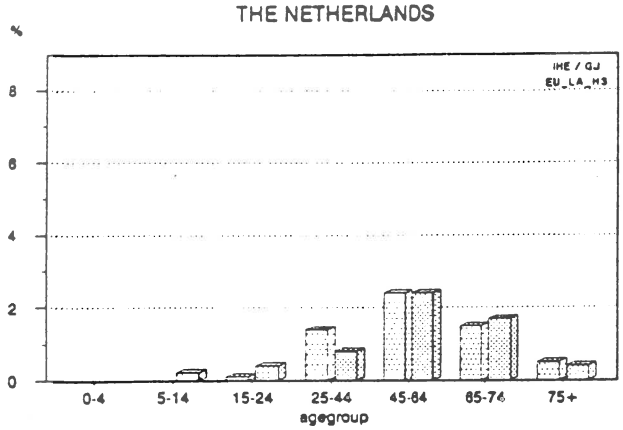
ITALY



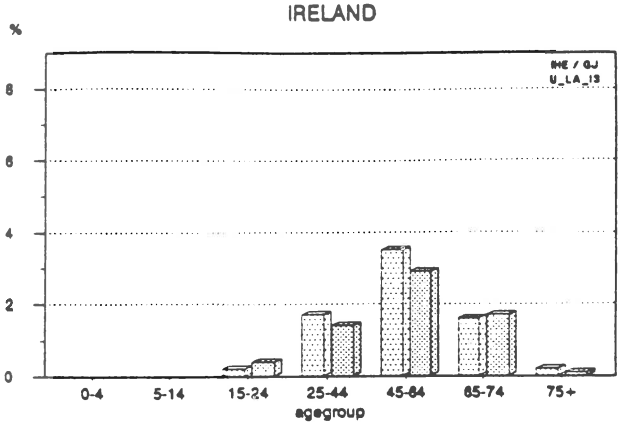
SPAIN



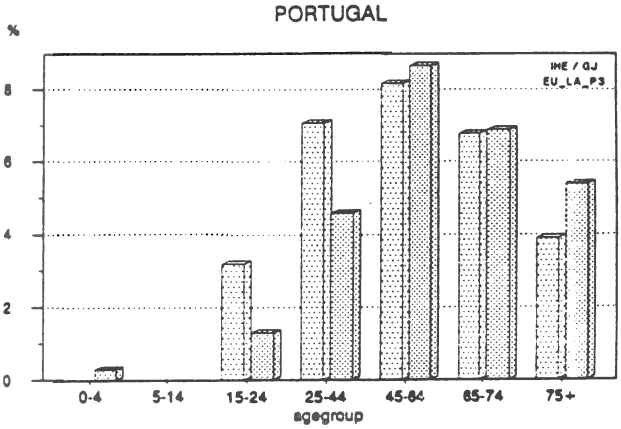
THE NETHERLANDS

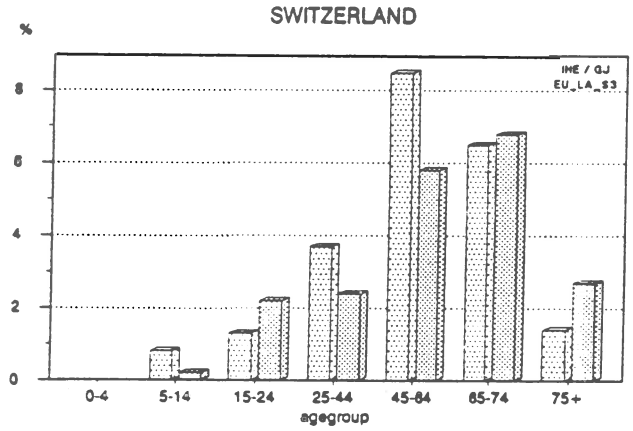


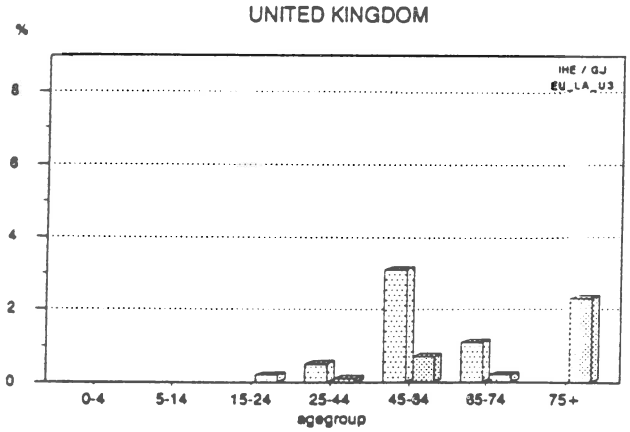
IRELAND



PORTUGAL







Het 'Final Report'over dit onderzoek bevat uiteraard voor alle geselecteerde bloedonderzoeken dergelijke overzichten.

Verband tussen kenmerken van de arts en de huisartspraktijk en het aanvragen van bloedonderzoek.

Voor het beantwoorden van de vraag of er verband bestaat tussen het aantal aanvragen voor bloedonderzoek en kenmerken van de huisarts en de organisatie van de praktijk zijn de huisartsen verdeeld in een drietal groepen: artsen, die weinig, min of meer gemiddeld en veel bloedonderzoek aanvragen.

Statistisch significante relaties zijn gevonden tussen het aanvragen van bloedonderzoek en de praktijkvorm (= solo- of groepspraktijk), de urbanisatiegraad van het praktijkgebied en de afstand tussen de praktijken en ziekenhuis.
De uitkomsten is dat artsen werkzaam in groepspraktijken in urbane gebieden met faciliteiten op relatief geringe afstand meer bloedonderzoek aanvragen dan artsen werkzaam in solopraktijken op het platteland op grotere afstand van een ziekenhuis.
Geen verbanden worden gevonden tussen de kenmerken van de artsen (leeftijd, geslacht, jaren sinds afstuderen) en het aanvragen van bloedonderzoek.

EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING

Het volgende overzicht geeft een globale indruk van het aantal patiënten, consulten, handelingen en gebeurtenissen in Nederland, indien wordt uitgegaan van de frequenties, berekend uit de resultaten van de Continue Morbiditeits Registratie door Peilstations. Bij de bestudering hiervan dient, evenals in de vorige verslagen werd opgemerkt, niet uit het oog te worden verloren dat, alhoewel de populatie van de peilstations een redelijk goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking is (zie ook pagina 10-11), de peilstationartsen een selecte groep zijn. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'cervixuitstrijkje'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suïcide(poging)' blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, als gevolg van het feit dat dit gebeuren vermoedelijk niet altijd aan de huisarts wordt gemeld[21].

Met betrekking tot het registreren op zichzelf is vrijwel zeker te stellen dat de peilstationartsen als een selecte groep handelen; dit kan echter het project slechts ten goede komen. Evenwel wordt dus aangeraden om **niet alleen** naar de geëxtrapoleerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapoleerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1981-1990 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1981	7.048	7.159	14.207
1982	7.082	7.204	14.286
1983	7.103	7.237	14.340
1984	7.125	7.269	14.394
1985	7.150	7.305	14.455
1986	7.184	7.345	14.529
1987	7.224	7.391	14.615
1988	7.273	7.441	14.714
1989	7.317	7.488	14.805
1990	7.358	7.535	14.893

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

	frequentie incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza	1981			491			697.000
	1982			497			710.000
	1983			396			568.000
	1984			502			722.000
	1985			464			671.000
	1986			630			915.000
	1987			365			533.000
	1988			399			591.000
	1989			410			607.000
	1990			225			335.000
cervix-	1981		57			41.000	
uitstrijkje	1982		57			41.000	
- met	1983		65			47.000	
klachten	1984		57			41.000	
en/of	1985		62			45.000	
symptomen	1986		65			48.000	
	1987		59			43.500	
	1988		76			56.500	
	1989		72			54.000	
	1990		55			41.500	

* zie pagina 128

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg).

	frequentie* incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-preventief, initiatief peilstation arts	1981		184			132.000	
	1982		171			123.000	
	1983		174			126.000	
	1984		204			148.000	
	1985		197			144.000	
	1986		230			169.000	
	1987		192			142.000	
	1988		176			131.000	
	1989		170			126.500	
	1990		144			108.500	
-preventief, initiatief vrouw	1981		110			79.000	
	1982		126			91.000	
	1983		120			87.000	
	1984		132			96.000	
	1985		127			93.000	
	1986		168			124.000	
	1987		153			113.000	
	1988		193			143.000	
	1989		351			263.000	
	1990		433			326.000	

* zie pagina 128

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg).

	frequentie incidentie (per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-herhalings-	1981		159			114.000	
onderzoek	1982		170			122.000	
(binnen	1983		168			121.000	
3 jaar)	1984		182			132.000	
	1985		184			134.000	
	1986		170			125.000	
	1987		211			156.000	
	1988		246			183.000	
	1989		237			177.000	
	1990		273			205.000	
cervix-	1981		510			365.000	
uitstrijkje	1982		524			377.000	
totaal	1983		527			381.000	
	1984		575			417.000	
	1985		570			416.000	
	1986		633			465.000	
	1987		615			455.000	
	1988		691			514.000	
	1989		830			622.000	
	1990		905			682.000	

* zie pagina 128

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg).

	frequentie incidenties (per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
sterilisatie	1981	59	46		42.000	33.000	74.000
	1982	50	40		35.000	29.000	64.000
	1983	46	39		33.000	28.000	61.000
	1984	46	39		33.000	28.000	61.000
	1985	44	26		32.000	19.000	51.000
	1986	45	29		32.500	21.500	54.000
	1987	45	28		32.500	20.500	53.000
	1988	40	22		29.500	16.500	46.000
	1989	30	19		22.000	14.000	36.000
	1990	35	19		26.000	14.000	40.000
cumulatief					673.500[1]	538.500[2]	
morning-after pil voorgeschreven	1981		35			25.000	
	1982		35			25.000	
	1983		30			22.000	
	1984		38			28.000	
	1985		32			23.000	
	1986		36			27.000	
	1987		35			26.000	
	1988		26			19.500	
	1989		35			26.000	
	1990		37			28.000	

* zie pagina 128
1) vanaf 1972
2) vanaf 1974

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg).

	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
diabetes mellitus incidentie	1880			13			18.000
	1981			12			17.000
	1982			12			17.000
	1983			11			16.000
	1990	21	22	21	15.000	16.000	31.000
prevalentie	1980			125			176.000
	1990	88	121	105	65.000	91.000	156.000
acute ont-regeling	1990			4			6.000
suïcide (-poging)	1981			6			8.500
	1982			8			11.500
	1983			10			14.500
	1984			7			10.000
	1985			6			8.750
	1986			7			10.600
	1987			7			10.250
	1988			6			9.000
	1989			7			10.250
	1990			5			7.500

* zie pagina 128

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg).

	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
zwangerschap	1987		7			5.000	
ondanks	1988		9			6.500	
a.c.	1989		10			7.500	
	1990		6			4.500	
mammografieën							
eerste mammo-grafie							
-klachten/	1988		62			46.000	
symptomen	1989		67			50.000	
	1990		75			56.500	
-preventief	1988		18			13.500	
	1989		20			15.000	
	1990		17			13.000	
herhalings mammografieën							
-klachten/	1988		6			4.500	
symptomen	1989		8			6.000	
	1990		9			7.000	
-preventief	1988		6			4.500	
	1989		7			5.000	
	1990		8			6.000	
mammografieën totaal	1988		92			68.500	
	1989		102			76.000	
	1990		109			82.000	

* zie pagina 128

*	aantal patiënten, consulten, etc. per 10.000 mannen en/of vrouwen (gegevens peilstations)
**	extrapolatie van de incidenties op de Nederlandse bevolking (van het betreffende jaar), afgerond op duizendtallen
***	als gevolg van afronden kunnen verschillen in de totalen ontstaan.

INCIDENTELE ONDERZOEKEN

Sinds 1976 bestaan binnen het kader van het Peilstationproject de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Het betreft hier onderzoeken naar relatief gezien weinig voorkomende ziekten of gebeurtenissen. Voor een overzicht van de aldus behandelde onderwerpen wordt verwezen naar het tweede gedeelte van bijlage 3. Hier wordt verslag gedaan van de over 1988 en 1989 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de weekstaat-onderwerpen is daarin gelegen, dat de gegevens slechts eenmaal per jaar worden opgevraagd: in principe direct bij de afloop van het jaar. Deze werkwijze maakt het ook mogelijk om gegevens over onderwerpen, waarvan de wens tot registratie pas in de loop van het jaar wordt kenbaar gemaakt, retrospectief te verzamelen. Een voorwaarde is evenwel in dat geval dat het iets moet zijn dat goed in het geheugen van de arts is gegrift.

Euthanasie (verzoek tot toepassen)
In 1976 is voor de eerste maal aandacht geschonken aan de vraag gesteld aan de huisarts om euthanasie te willen toepassen.

De artsen worden aan het begin van het jaar op de hoogte gebracht van het komende onderzoek. Aan alle peilstationartsen wordt aan het einde van het jaar een formulier gezonden met het verzoek te vermelden of in het afgelopen jaar aan hen door een patiënt(e) zelf de vraag is gesteld om actieve euthanasie, hetzij direct, hetzij indirect toe te passen en zo ja, wat de aanleiding hiertoe was. Tevens wordt geïnformeerd naar de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, de plaats van verpleging of verzorging en het al of niet gebruik maken van een 'euthanasieverklaring'[22].
De gegevens per patiënt(e) zijn aan het eind van deze paragraaf te vinden. Dit overzicht behoeft niet veel toelichting.
In 1990 was het aantal verzoeken 45. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 80% een maligniteit.
Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 40; drie patiënten wonen in een verzorgingshuis. Twee patiënten verblijven thuis maar worden in latere fase van het ziekbed opgenomen in een ziekenhuis.

Om direkte euthanasie vragen 42 van de 45 patiënten; bij 28 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring".

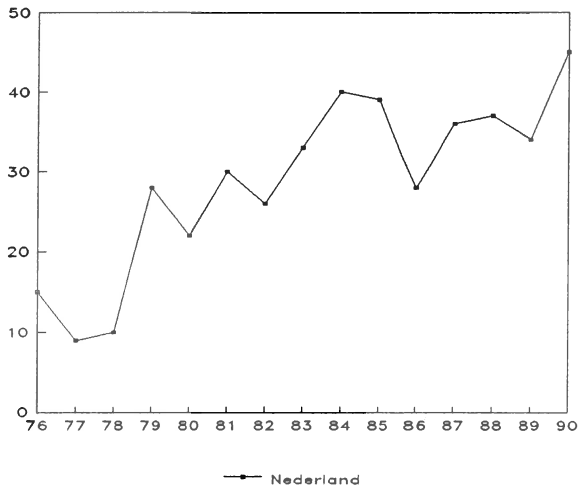
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1990.

De verdeling van het aantal verzoeken per provincie- en urbanisatiegroep en per geslacht is in tabel 49 te vinden (vergelijk figuur 28).

Tabel 49: absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland 1976-1989

			provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
absoluut	M	V	A	B	C	D	1	2	3	
1976	5	10	1	2	11	1	4	7	4	15
1977	6	3	1	2	5	1	3	2	4	9
1978	6	4	3	2	4	1	2	8	-	10
1979	13	15	5	6	15	2	4	18	6	28
1980	10	12	2	3	16	1	3	12	7	22
1981	20	10	4	4	13	9	3	20	7	30
1982	17	9	2	6	17	1	3	7	16	26
1983	15	18	7	4	19	3	5	14	14	33
1984	24	16	5	2	25	8	3	24	13	40
1985	19	20	3	6	25	5	1	24	14	39
1986	14	14	3	5	16	4	3	15	10	28
1987	19	17	1	8	22	5	3	17	16	36
1988	19	18	3	1	22	11	1	23	13	37
1989	21	13	7	1	21	5	6	17	11	34
1990	28	17	14	2	22	7	4	24	17	45

Figuur 28
Aantal absolute patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen, voor Nederland, 1976-1990



Het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provincie- en urbanisatiegroep is weergegeven in tabel 50 en tabel 51.

Tabel 50: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1989

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	20	10
gemiddeld aantal verzoeken	10	6	12	6
Spreiding	0 - 21	2 - 21	0 - 21	2 - 14

Tabel 51: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar urbanisatiegraad 1976-1990

	urbanisatiegraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	24	13
gemiddeld aantal verzoeken	7	8	12
Spreiding	2 - 18	0 - 21	1 - 23

Deze gegevens laten zien dat verzoeken om toepassing van euthanasie meer worden gedaan in de westelijke provincies en in de grote steden.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 52 te vinden.

Tabel 52: absoluut aantal patiënten, dat aan de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar leeftijdsgroep, 1976-1990

	≤55	55-64	65-74	75-84	≥84	totaal
1976	2	4	3	3	3	15
1977	2	3	2	2	-	9
1978	3	2	3	2	-	10
1979	3	7	12	2	4	28
1980	2	5	5	7	3	22
1981	8	4	5	10	3	30
1982	-	6	10	8	2	26
1983	3	10	9	9	2	33
1984	5	13	9	10	3	40
1985	8	8	9	11	3	39
1986	7	3	12	3	3	28
1987	6	9	8	9	4	36
1988	6	7	11	10	4	37
1989	4	6	12	11	-	34
1990	7	5	13	16	4	45

Overzicht van de gemelde verzoeken.
In de overzichtsbundel welke verscheen bij gelegenheid van het 20-jarige bestaan van de CMR-Peilstations zijn tot en met 1987 gemelde verzoeken beschreven: in totaal 316 verzoeken[23].
Inmiddels zijn de gegevens bekend over 432 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 236 gedaan door een man (55%).

Inzicht in de aandoeningen waarbij om toepassing van euthanasie wordt gevraagd is verkregen door de International Classification of Diseases (1975, 9th version) als gids te gebruiken. Een van de problemen bij het indelen is de multiple pathologie die inherent is aan de hoge leeftijd. een ander probleem is dat er soms geen sprake is van bekende pathologie: in de groep symptomen en onvolledig beschreven aandoeningen is het verzoek van een 92 jaar oude dame ondergebracht die leed aan de aandoening 'hoge leeftijd'.

Een vijftal groepen aandoeningen wordt gehanteerd:
- maligne neoplasmata en leukemie,
- cardiovasculaire aandoeningen,
- chronische obstructieve longaandoening en,
- symptomen en onvolledig omschreven aandoeningen,
- overige ziekten, inclusief neurologische en endocrinologische aandoeningen en aids.

De indeling van de aandoeningen waaraan de patiënten die om euthanasie verzoeken verliep ondanks de hiervoor genoemde problemen in het algemeen zonder moeite: de huisarts gaf in de vragenlijst aan wat naar zijn of haar oordeel in het kader van het verzoek de relevante aandoening was.
De aandoeningen waarbij om euthanasie is verzocht zijn vermeld in tabel 53.

Tabel 53: aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1990

	n	%
maligne neoplasma	305	70
hart- en vaatziekten	33	8
chronische obstructieve longziekten	23	6
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	27	6
overige ziekten	44	10
totaal	432	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 54.

Tabel 54: percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd(tussen haakjes absolute aantallen), 1976-1990

	≤ 55		55-64		65-74		75-84		≥ 84	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
maligne aandoeningen	81	(54)	87	(76)	87	(105)	55	(64)	15	(6)
hart- en vaatziekten	0	(0)	1	(1)	2.5	(3)	16	(19)	24	(10)
chron. obst. longziekten	1	(1)	5	(4)	2.5	(3)	9	(10)	12	(5)
symptomen en onvolledig	3	(2)	2	(2)	1	(1)	4	(5)	42	(17)
overige ziekten	15	(10)	5	(4)	7	(9)	16	(18)	7	(3)
	100	(67)	100	(87)	100	(121)	100	(116)	100	(41)

Op relatief jongere leeftijd vormen vooral de maligne aandoeningen een reden om de huisarts om euthanasie te vragen. Onder de leeftijd van 55 jaar vormt de groep overige aandoeningen een uitermate heterogene groep: cystic fibrosis, multiple sclerose en aids worden genoemd maar ook de vitale depressie.

Op hogere leeftijd worden eindstadia van endocrinologische aandoeningen als diabetes mellitus en vergevorderde stadia van terminale nierinsufficentie en rheumathoide artritis als aanleiding tot een verzoek genoemd.

Wanneer iemand met een slecht vaatstelsel niet overlijdt aan een myocardinfarkt of een cerebrovasculair accident kan op hogere leeftijd de kwaliteit van het leven ernstig aangetast zijn. Ook de chronisch obstructieve longaandoeningen kunnen op hogere leeftijd ernstige invaliditeit en lijden met zich meebrengen en aanleiding zijn tot een verzoek om euthanasie.

In tabel 55 is de procentuele verdeling gegeven van het aantal verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar per aandoening.

Tabel 55: percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1990 (n=absolute aantallen verzoeken)

	≤ 65		≥ 64		totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
alle aandoeningen	36	(154)	64	(278)	100	(432)
alle maligniteiten	43	(130)	57	(175)	100	(305)
hart- en vaatziekten	3	(1)	97	(32)	100	(33)
chr. obstr. long-ziekten	22	(5)	78	(18)	100	(23)
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	15	(4)	85	(23)	100	(27)
overige ziekten	31	(14)	68	(30)	100	(44)

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 56).

Tabel 56: percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten met een maligniteit jonger en ouder dan 65 jaar naar lokalisatie van de tumor (n=absolute aantallen)

	≤ 65		≥ 64		totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
alle maligniteiten	43	(130)	57	(175)	100	(304)
maag	39	(12)	61	(19)	100	(31)
colon/rectum	39	(18)	61	(28)	100	(46)
trachea/long	36	(34)	64	(47)	100	(81)
borst	62	(18)	38	(11)	100	(29)
Overige	42	(49)	58	(69)	100	(117)

Wanneer borstkanker de aanleiding tot het verzoek is het percentage patiëntes onder de 65 jaar duidelijk afwijkend van het percentage bij de andere lokalisaties. Het gebruik van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 64% in 1990.

Extrapolatie van deze gegevens op de Nederlandse bevolking is mogelijk, maar hierbij dient goed in het oog te worden gehouden dat men dat getal betrekt op de totale bevolking, terwijl dit eigenlijk zou dienen te gebeuren op het aantal personen dat in omstandigheden verkeert waarin aan de mogelijkheid tot het stellen van de vraag wordt gedacht. Deze laatste gegevens (morbiditeit) zijn echter niet voorhanden.

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1990.

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
87	V	cara en ernstige herpes zoster	pijn, benauwdheid
86	M	cara en emfyseem	uitzichtloosheid, beperkte mogelijkheden
86	M	longcarcinoom	kon niet tegen achteruitgaan van de conditie
86	V	artrose diverticulose	wil niet meer, vind zich slecht worden
84	M	longcarcinoom	benauwdheid, angst
83	M	prostaatcarcinoom arteriële dementie	ontluistering
83	M	coloncarcinoom	volledige obstructie darm passage
83	V	n.v.t.	angst voor dementie
82	M	pancreascarcinoom	verlies zelfstandigheid, aftakeling
82	M	coloncarcinoom	abces uterus
82	V		depressie
82	V	coloncarcinoom met long- en hersenmetastasen	angst voor benauwdheid
79	V	inoperabel recidief hypopharyncarcinoom	dyspnoe, pijn, complete dysfagie dreigende "carotis blow out"
78	M	bronchuscarcinoom	pijn
78	V	galblaascarcinoom	lange duur

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1990 (vervolg).

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
78	V	ovariumcarcinoom met peritonitis carcinomatosa	uitzichtloosheid pijn, dyspnoe
77	M	coloncarcinoom	pijn, doorgroei buikwand met abcedering
77	M	blaascarcinoom met uitzaaiingen	ontluistering
76	M	orofarynxcarcinoom	pijn, benauwdheid
75	M	prostaatcarcinoom met uitzaaiingen	ontluistering
74	M	maagcarcinoom	niet kunnen eten, pijn
74	M	pancreaskopcarcinoom	pijn, algehele cachexie
73	V	endometriumcarcinoom	pijn, braken
73	V	coloncarcinoom	ondragelijke pijn, niet te vermijden
72	V	longcarcinoom	pijn
70	M	non-hodgkin lymfoom	ontluistering, uitbehandeld
70	V	c.v.a.	achteruitgang, depressie
69	M	niet van toepassing	voorzorg
69	M	coloncarcinoom	pijn, aftakeling
68	M	longcarcinoom	pijn, uitputting
67	M	grawitztumor	pijn
67	M	niercarcinoom	pijn
65	V	gemetastaseerd maagcarcinoom	angst voor pijn en lijden
62	M	longcarcinoom	ontluistering wil dit niet meemaken
62	M	oat-celcarcinoom	pijn, benauwdheid
59	M	bronchuscarcinoom	pijn, hersenmetastasen
57	M	hersenmetastasen vanuit longtumor	angst voor ontluistering
56	V	hypokinetisch rigide syndroom	snel progressieve dementie
53	V	longcarcinoom	angst voor pijn en benauwdheid
52	M	astrocytoom graad IV	pijn, algemene aftakeling

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1990 (vervolg).

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
52	V	adenocarcinoom metastasen in lever en abdomen, primaire tumor onbekend	braken, pijn
51	M	gemetastaseerd parotis carcinoom; hersenmetastasen	pijn, overgeven
34	M	maagcarcinoom	algehele cachexie, pijn
32	M	hodgkin	angst voor lijdensweg
31	V	ponto-cerrebellaire atrofie	progressieve neurologische decubitus

Het onderzoek is in het jaar 1991 gecontinueerd.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 1991 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.

   a. Influenza(-achtig ziektebeeld)
   b. Cervixuitstrijkje
   c. Hartinfarkt, vermoed/bevestigd
   d. Sterilisatie verricht bij de man
   e. Sterilisatie verricht bij de vrouw
   f. Morning-after pill voorgeschreven
   g. Diabetes Mellitus
   h. Suïcide(poging)
   i. Acute ongewone hoofdpijn
   J. Zwangerschap ondanks anticonceptie
   k. (Poli) klinische mammografie
   l. Angst voor AIDS
   m. Mononucleosis infectiosa

2. De incidentele onderzoeken voor 1991 betreffen de onderwerpen euthanasie en Lyme disease.

3. Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.

4. Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.

5. Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

LIJST VAN PUBLIKATIES OP BASIS OF MEDE OP BASIS VAN DE GEGEVENS UIT CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS

Overzicht per 1 juli 1991.

BARTELDS, A.I.M., J. FRACHEBOUD, J. VAN DER ZEE. The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Nivel Utrecht, 1989

BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1987. Huisarts en Wetenschap; 1990, 33,1990, no. 2 p. 74-77

BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1985. Huisarts en Wetenschap; 1987, 30, 1987, no. 7, p. 222-226

BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1986. Huisarts en Wetenschap; 1989, 32, 1989, no. 10, p. 392-394

BARTELDS, A.I.M. Verzoek om (toepassing) van euthanasie in de C.M.R.-Peilstations. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 67, 1989, no. 11, Middenkatern, G20 dag 1989, blz. 26-27

CASTEREN, V. van, A. Bartelds, e.a. Prescription of H.I.V.-test by Sentinel networks of general practitioners in various European countries. Poster presentation for the VII th International Conference on AIDS. Florence 16-21 Juni, 1991

CASTEREN, V. van, Declercq, E, e.a. Study of the use of some selected groups of laboratory tests in general practice Brussel: Eurosentinel, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, 1991

COLLETTE, H.J.A. The Sentinel Practices System in the Netherlands. In: Environmental Epidemiology, P. E. Leaverton (ed) New York: Praeger Special Studies, 1982

COLLETTE, H.J.A., H. BIJKERK. Vijftien jaar Peilstations Nederland, 1970-1984. Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 6, p. 207-210

COLLETTE, H.J.A., H. INKLAAR, Maatschappij en Sport. Epidemiologische aspecten van sportletsels verkregen uit de Continue Morbiditeits Registratie van de Peilstations. Medisch Contact; 1982, nr. 42, p. 1344-1146

DIEKSTRA, R.F.W., A.C. DE GRAAF, M. VAN EGMOND. Over de epidemiologie van suïcidepogingen: een sample-survey onderzoek in huisartsenpraktijken. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 15, p. 398-404

DIEKSTRA, R.F.W., A.C. DE GRAAF, M. VAN EGMOND. On the epidemiology of attempted suïcide: a sample survey among general practitioners. Crisis; 5, 1984, no. 24, p. 108-118

DIEKSTRA, R.F.W., M. VAN EGMOND. Suïcide and attempted suïcide in general practice, 1979-1986. Acta Psychiatrica Scandinavica; 79, 1989, p. 268-275

EGMOND, M. VAN, R.F.W. DIEKSTRA, A.C. DE GRAAF. Suïcides onder patiënten in de huisartspraktijk. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 24, p. 934-937

EGMOND, M. VAN, R.F.W. DIEKSTRA, A.C. DE GRAAF. Suïcidepogingen onder patiënten in de huisartspraktijk 1979-1984. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg: 64, 1986, no. 24, p. 777-783

EGMOND, M. VAN. De beoordeling van suïciderisico door de huisarts. Kan de huisarts suïcidepogingen voorkomen? Leiden: Rijksuniversiteit, 1988. Dissertatie (Hoofdstuk 1)

EPIDEMIOLOGIE van Suïcidepogingen: de naald in de hooiberg: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 19, p. 549-550 Discussie

FRACHEBOUD, J. Hartinfarct: hartbewaking of thuisblijven? Utrecht: Nivel, 1987

FRACHEBOUD, J., J. BERKEL, F.H. BONJER, H.J.A. COLLETTE. Thuisbehandeling na een acuut hartinfarct: hoe vaak en welke patiënten? Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 5, p. 162-164

FROOM, J., L. CULPEPPER, P. Grob. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network; British Medical Journal; vol. 300, 1990, p. 582-586

HOFMAN, A., H.J.A. COLLETTE, A.I.M. BARTELDS. Incidence and Risk Factors of Parkinson's Disease in The Netherlands. Neuro-Epidemiology; 1989, no. 8, p. 296-299

INKLAAR, H., F. KESSEL, H.J.A. COLLETTE, G.P.H. HERMANS, P.J.S. BOON. De epidemiologie van sportletsels in de huisartspraktijk: onderzoeksverslag. Oosterbeek: Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg, 1985

INKLAAR, H. Sportletsels in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, no. 9, p. 265-268

KETTING, E. Contraception and Fertility in the Netherlands. International Family Planning Perspectives; 8, 1982, no. 4

KETTING, E., P. LESEMAN. Abortus en anticonceptie 1983-1984. Stimezo 1986, (hoofdstuk 3,) p. 65-77

KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN. Referrals to physiotherapy: the relation, between the number of referrals and the inclination to refer. Social Science Medicine; 30, 1990, no. 7, p. 797-804

MEER, K. VAN DER, R.J.A. SMITH. C.V.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking. Huisarts en wetenschap; 33, 1990, no. 4, p. 141-144

MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH. T.I.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking. Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 5, p. 184-188

MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH. Beroerte: opname in het ziekenhuis: overwegingen van huisartsen rond de vraag waar patiënten met een beroerte verzorgd moeten worden. In: L.vr. Schure e.a. (ed). Een huisarts wel-beschouwd. Utrecht: Bunge, 1989, p. 39-46

MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH, G.J. BREMER. Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild. Utrecht: Nivel, 1990

MOONS, M.A.W., L. PETERS. Huisarts en vragen over AIDS. Medisch Contact; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057

OLTHOF, G. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1984. Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, no. 6, p. 190-193

RIJN, O.J.L. van. Burn injuries among young children. Dissertatie Maastricht, 1991

SANTEN, M.R. VAN, A.A. HASPELS. Interception 11: Post coital low dose estrogens and norgestrel combination in 633 women. Contraception; 31, 1985, no. 3

SANTEN, M.R. VAN, A.A. HASPELS. A comparison of high dose estrogens versus low dose ethinylestradiol and norgestrel combination in post-coital interception: a study in 493 women. Fertility and Sterility; 43, 1985, no. 2

SANTEN, M.R. VAN. Postcoital interception and contragestion. Utrecht: 1987

SPIEKSMA, Fr.Th.M., A. VAN DER ASSEM, H.J.A. COLLETTE. Airborne Pollen Concentration in Leiden. The Netherlands, 1977-1981. II Poaceae (grasses), variation and relation to hay fever. Grana; 24, 1985, p. 99-108

SPRENGER, M.J.W. The impact of influenza. Dissertatie Rotterdam, 1990

STROOM-KRUYSWIJK, J.H. VAN DER. Residuen van Penicilline G in melk. Dissertatie, Utrecht 1985, p. 56-58

THIEN, W.M.A.H., W.H.J. ROGMANS. Naar een betere registratie van ongevallen in de privésfeer. Medisch Contact; 38, 1983, no. 36, p. 1126-1129

VECHT-HART, C.M., P.A.H. VAN NOORD. Kankerregistratie gepeild. Utrecht: Nivel, 1989

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations
Deelnemende artsen in 1990

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
S. Vriesinga	Oostermeer	Friesland
F.M. van Soest/R.F. Sparenburg/ H.D.W.A.van Gijsel/Mw. J. Kappert (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Maillette de Buy Wenniger*)	Schoonoord	Drenthe
H. Nap*)	Gramsbergen	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps comb.-praktijk)	Swifterband	Flevoland
S. Rijpma*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
J.H. de Boer/J. van Noort (comb.-praktijk)	Zelhem	Gelderland
B.G.W.M. Arts	Nijmegen	Gelderland
M.A.J. Janssen	Nijmegen	Gelderland
F.K.A. Fokkema/Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
P.J. Kromeich/J.J. Dijkstra (comb.-praktijk)	Utrecht	Utrecht
W.J. van Bodegom*)	Linschoten	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	Noord-Holland
J.Th. Koop	Amstelveen	Noord-Holland
Mw. A.J. Arbouw/H.O. Sigling/ E.A. Reijnders (comb.-praktijk)	Amstelveen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland

BIJLAGE 1 (vervolg)
Deelnemende artsen in 1990

Mw. Y.E.V. van Hazel	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
B.J.M. Aulbers (tot 30-6-'90)/ J.E.G. Nieuwkamer (comb.-praktijk)	Delft	Zuid-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing (tot 30-9-'90)	Den Haag	Zuid-Holland
F.L. Reynders	Rotterdam	Zuid-Holland
A. Lagendijk	Dordrecht	Zuid-Holland
R. Kanters	Den Haag	Zuid-Holland
G. Dorrenboom	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg-Sleeboom/J. Schinkelshoek (vanaf 1-1-'90)(comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman/M. Draaisma (tot 1-10-'90) Mw. M.J. van Walsum (vanaf 1-10-'90) (comb.-praktijk)	Maassluis	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.R.L. Vercauteren/ H.J.W.A. Meijerink (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
A.M.G.M. Hoevenaars	Uden	Noord-Brabant
A.M.P. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
S.P.F. van Rijn	Eindhoven	Noord-Brabant
S.H.H.M. van der Meer	Rosmalen	Noord-Brabant
A.M.H.J.A. Sluijters/ J.A.M. Keulers (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
J.P.C. Moors	Rosmalen	Noord-Brabant
A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (comb.-praktijk)	Etten	Noord-Brabant
R.A.M. de Jong	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Weekstaat t.b.v. centrale registratie

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATION 1990

Proj. no.			Verslagjaar		Code peilstat.			Week no.	
4	0	0	9	0					

Leeftijdsgroep	Influenza (-achtig ziektebeeld[2])	Cervixuitstrijkje: Na 1-1-1988 voor eerste maal afgenomen op grond van[3]: Klachten/ symptomen	Cervixuitstrijkje: Na 1-1-1988 voor eerste maal afgenomen op grond van[3]: Louter preventieve overwegingen: Initiatief huisarts[4]	Cervixuitstrijkje: Na 1-1-1988 voor eerste maal afgenomen op grond van[3]: Louter preventieve overwegingen: Verzoek v.d. vrouw	Cervixuitstrijkje: Herhalings-onderzoek: Klachten/ symptomen[5]	Cervixuitstrijkje: Herhalings-onderzoek: Louter preventieve overwegingen: Initiatief huisarts[4]	Cervixuitstrijkje: Herhalings-onderzoek: Louter preventieve overwegingen: Verzoek v.d. vrouw	Verwijzing voor logopedie[6]		Sterilisatie verricht[7]		Morning-after pil voorgeschreven[8]	Diabetes Mellitus: incidentie[9]		Diabetes Mellitus: prevalentie[9]		Diabetes Mellitus: acute complicatie[9]	Suicidepoging[10]	Acute ongewone hoofdpijn[11]		Zwangerschap (ondanks a.c.)[12]	(Poli)klinische Mammografie: Na 1-1-1989 voor 1e maal: Klachten/ symptomen	(Poli)klinische Mammografie: Na 1-1-1989 voor 1e maal: Louter preventief	(Poli)klinische Mammografie: Herhalings-onderzoek: Klachten/ symptomen	(Poli)klinische Mammografie: Herhalings-onderzoek: Louter preventief	C.A.I.D.S.[13]	Mazelen bof[14]	Leeftijdsgroep	
	M+V	V	V	V	V	V	V	M	V	M	V	V	M	V	M	V	M+V	M+V	M	V	V	V	V	V	V	M+V	M+V		
< 1																												< 1	
1-4																												1-4	
5-9																												5-9	
10-14																												10-14	
15-19																												15-19	
20-24																												20-24	
25-29																												25-29	
30-34																												30-34	
35-39																												35-39	
40-44																												40-44	
45-49																												45-49	
50-54																												50-54	
55-59																												55-59	
60-64																												60-64	
65-69																												65-69	
70-74																												70-74	
75-79																												75-79	
80-84																												80-84	
≥ 85																												≥ 85	

Week nummer : _____

Opgemaakt d.d.: _____

Aantal dagen gerapporteerd (zie voetnoot 1) 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Zie ommezijde voor voetnoten

BIJLAGE 3a

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1991 (alfabetisch)

onderwerpen	
abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-1991
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1991
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1991
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991
hondebeten	1987
hoofdpijn (acute, ongewone)	1988-1991
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-1991
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegings-apparaat	1984
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1991
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1991 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen	
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit ≥ 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rookverslaving (consult)	1974
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983
sterilisatie bij de man verricht	1972-1991
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1991
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-1991
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/ recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urineweginfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
voorschrijven rohypnol	1987-1988

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1991 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen	
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

BIJLAGE 3b

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-1990 (alfabetisch)

onderwerpen	
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1977-1991
incest	1988
lyme disease	1991
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984

BIJLAGE 4

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 1990 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	473	454	927
5- 9	454	434	888
10-14	461	440	901
15-19	565	542	1.107
20-24	645	619	1.264
25-29	660	631	1.291
30-34	617	594	1.211
35-39	585	561	1.146
40-44	603	573	1.176
45-49	462	437	899
50-54	395	384	779
55-59	361	368	729
60-64	318	351	669
65-69	284	345	629
70-74	198	270	468
75-79	145	236	381
80-84	82	168	250
≥ 84	50	128	178
totaal	7.358	7.535	14.893

(Als gevolg van het afronden kunnen kleine verschillen in de totalen ontstaan)

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 1

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 12-11-91

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			"INFLU-ENZA"	CERVIXUITSTRIJKJE					
				"INFLU-ENZA"	1.1.88 1E MAAL WEGENS	1.1.88 1E MAAL PREV.H.	1.1.88 1E MAAL PREV.V.	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT H.A.	HERHAL. PREVENT VROUW
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V
<1 JR	300	312	612	1473	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3064	3018	6082	444	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	3883	3767	7650	306	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	3785	3967	7752	173	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	4744	4796	9540	162	27	19	15	6	4	0
20-24 JR	5520	5434	10954	174	57	129	120	41	31	7
25-29 JR	5879	5753	11632	192	57	266	280	83	73	57
30-34 JR	5294	5195	10489	223	91	324	576	121	106	154
35-39 JR	4861	4895	9756	227	110	251	1423	164	159	417
40-44 JR	5104	4997	10101	202	118	282	1431	152	198	488
45-49 JR	3886	3868	7754	163	104	287	1105	166	153	440
50-54 JR	3423	3335	6758	213	72	306	1106	216	153	339
55-59 JR	3241	3223	6464	241	78	99	180	65	81	71
60-64 JR	2721	3059	5780	232	49	56	95	16	23	26
65-69 JR	2547	2874	5421	241	10	31	28	10	7	7
70-74 JR	1768	2278	4046	245	26	9	9	9	0	31
75-79 JR	1277	1947	3224	195	5	5	0	0	0	0
80-84 JR	726	1357	2083	226	0	0	0	0	0	0
>85 JR	517	1088	1605	237	0	0	0	0	0	0
TOTAAL	62540	65163	127703	226	54	144	434	70	67	136

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

12-11-91

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 1990

WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
				VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	V
<1 JR	300	312	612	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3064	3018	6082	91	60	76	0	0	0	0
5-9 JR	3883	3767	7650	232	127	180	0	0	0	0
10-14 JR	3785	3967	7752	48	40	44	0	0	0	13
15-19 JR	4744	4796	9540	17	8	13	0	0	0	113
20-24 JR	5520	5434	10954	9	18	14	2	2	2	138
25-29 JR	5879	5753	11632	9	10	9	15	19	17	85
30-34 JR	5294	5195	10489	21	10	15	98	64	81	39
35-39 JR	4861	4895	9756	8	10	9	175	92	133	47
40-44 JR	5104	4997	10101	4	6	5	96	54	75	24
45-49 JR	3886	3868	7754	8	10	9	49	18	34	13
50-54 JR	3423	3335	6758	3	3	3	9	0	4	0
55-59 JR	3241	3223	6464	12	0	6	0	0	0	0
60-64 JR	2721	3059	5780	0	10	5	0	0	0	0
65-69 JR	2547	2874	5421	0	17	9	0	0	0	0
70-74 JR	1768	2278	4046	17	22	20	0	0	0	0
75-79 JR	1277	1947	3224	16	21	19	0	0	0	0
80-84 JR	726	1357	2083	0	7	5	0	0	0	0
>85 JR	517	1088	1605	0	9	6	0	0	0	0
TOTAAL	62540	65163	127703	29	21	25	36	19	27	37

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

12-11-91

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 1990

WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			DIABETES MELLITUS						
				INCIDENTIE			PREVALENTIE			ACUTE ONTREGE-LING
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M+V
<1 JR	300	312	612	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3064	3018	6082	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	3883	3767	7650	3	3	3	0	0	0	0
10-14 JR	3785	3967	7752	5	0	3	13	5	9	0
15-19 JR	4744	4796	9540	2	4	3	15	8	12	0
20-24 JR	5520	5434	10954	5	2	4	13	11	12	2
25-29 JR	5879	5753	11632	5	2	3	17	17	17	3
30-34 JR	5294	5195	10489	6	0	3	26	14	20	1
35-39 JR	4861	4895	9756	6	4	5	27	25	26	3
40-44 JR	5104	4997	10101	10	16	13	51	52	52	3
45-49 JR	3886	3868	7754	16	34	25	64	85	75	1
50-54 JR	3423	3335	6758	47	27	37	120	117	118	10
55-59 JR	3241	3223	6464	34	47	40	197	211	204	5
60-64 JR	2721	3059	5780	55	56	55	264	265	265	7
65-69 JR	2547	2874	5421	55	52	53	232	421	332	6
70-74 JR	1768	2278	4046	85	92	89	515	545	532	17
75-79 JR	1277	1947	3224	165	82	115	510	637	586	31
80-84 JR	726	1357	2083	97	103	101	483	530	514	19
>85 JR	517	1088	1605	97	65	75	348	553	486	37
TOTAAL	62540	65163	127703	21	22	21	88	121	105	4

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 4

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 12-11-91

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			SUICIDE (POGING	ACUTE	ONGEWONE	HOOFDPIJN	ZWANGER	MAZELEN/ ONDANKS	BOF
	M	V	T	M+V	M	V	T	V	M+V	
<1 JR	300	312	612	0	0	0	0	0	16	
1-4 JR	3064	3018	6082	0	0	0	0	0	2	
5-9 JR	3883	3767	7650	0	0	0	0	0	3	
10-14 JR	3785	3967	7752	1	0	0	0	0	1	
15-19 JR	4744	4796	9540	5	0	0	0	10	1	
20-24 JR	5520	5434	10954	4	2	0	1	11	0	
25-29 JR	5879	5753	11632	5	0	0	0	12	0	
30-34 JR	5294	5195	10489	5	0	2	1	19	1	
35-39 JR	4861	4895	9756	6	0	0	0	14	0	
40-44 JR	5104	4997	10101	9	2	2	2	4	0	
45-49 JR	3886	3868	7754	9	3	3	3	0	0	
50-54 JR	3423	3335	6758	9	0	6	3	0	0	
55-59 JR	3241	3223	6464	11	6	3	5	0	0	
60-64 JR	2721	3059	5780	4	7	0	4	0	0	
65-69 JR	2547	2874	5421	2	0	4	2	0	0	
70-74 JR	1768	2278	4046	10	6	0	3	0	0	
75-79 JR	1277	1947	3224	0	0	0	0	0	0	
80-84 JR	726	1357	2083	5	0	7	5	0	0	
>85 JR	517	1088	1605	19	0	0	0	0	0	
TOTAAL	62540	65163	127703	5	1	1	1	6	1	

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

BLAD 5

12-11-91

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE				C.AIDS
				1.1.89 1E MAAL WEGENS	1.1.89 1E MAAL WEGENS	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT.	C.AIDS
	M	V	T	V	V	V	V	M+V
<1 JR	300	312	612	0	0	0	0	0
1-4 JR	3064	3018	6082	0	0	0	0	0
5-9 JR	3883	3767	7650	0	0	0	0	1
10-14 JR	3785	3967	7752	0	0	0	0	0
15-19 JR	4744	4796	9540	13	2	2	0	9
20-24 JR	5520	5434	10954	24	4	2	0	37
25-29 JR	5879	5753	11632	56	12	12	0	52
30-34 JR	5294	5195	10489	94	10	12	2	31
35-39 JR	4861	4895	9756	159	27	20	10	28
40-44 JR	5104	4997	10101	190	40	18	28	15
45-49 JR	3886	3868	7754	160	29	18	18	10
50-54 JR	3423	3335	6758	159	45	27	15	6
55-59 JR	3241	3223	6464	115	59	12	22	8
60-64 JR	2721	3059	5780	82	33	10	29	3
65-69 JR	2547	2874	5421	56	10	14	4	7
70-74 JR	1768	2278	4046	57	26	0	0	2
75-79 JR	1277	1947	3224	26	0	0	0	0
80-84 JR	726	1357	2083	29	0	0	0	0
>85 JR	517	1088	1605	9	0	0	0	0
TOTAAL	62540	65163	127703	75	17	9	8	17

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			"INFLU-ENZA"	CERVIXUITSTRIJKJE					
				"INFLU-ENZA"	1.1.88 1E MAAL WEGENS	1.1.88 1E MAAL PREV.H.	1.1.88 1E MAAL PREV.V.	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT H.A.	HERHAL. PREVENT VROUW
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V
GR+FR+DR	10177	10395	20571	387	66	124	407	46	50	129
OV+GLD+FLE	10991	11345	22249	284	89	151	342	80	86	100
UTR+NH+ZH	26158	27872	54029	173	43	154	505	77	49	142
ZLD+NB+LIM	15237	15501	30736	178	42	136	410	70	99	168
TOTAAL	62563	65113	127585	227	55	145	439	71	68	139

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
				VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	V
GR+FR+DR	10177	10395	20571	13	12	12	27	24	25	25
OV+GLD+FLE	10991	11345	22249	33	29	31	41	16	28	48
UTR+NH+ZH	26158	27872	54029	27	19	23	36	22	28	41
ZLD+NB+LIM	15237	15501	30736	44	28	36	37	14	26	32
TOTAAL	62563	65113	127585	30	22	26	36	19	27	38

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			DIABETES MELLITUS						
				INCIDENTIE			PREVALENTIE			ACUTE ONTREGE-LING
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	10177	10395	20571	26	14	20	77	87	82	6
OV+GLD+FLE	10991	11345	22249	16	18	17	93	115	105	4
UTR+NH+ZH	26158	27872	54029	20	25	22	98	126	113	4
ZLD+NB+LIM	15237	15501	30736	24	25	24	80	148	114	6
TOTAAL	62563	65113	127585	21	22	21	89	124	106	5

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 4

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			SUICIDE ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJNZWANGER MAZELEN/ (POGING ONDANKSBOF					
				SUICIDE ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJNZWANGER MAZELEN/ (POGING) ONDANKS BOF					
	M	V	T	M+V	M	V	T	V	M+V
GR+FR+DR	10177	10395	20571	5	0	0	0	5	2
OV+GLD+FLE	10991	11345	22249	6	3	3	3	4	0
UTR+NH+ZH	26158	27872	54029	4	1	1	1	9	1
ZLD+NB+LIM	15237	15501	30736	7	1	1	1	3	0
TOTAAL	62563	65113	127585	5	1	1	1	6	1

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 5

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE		C.AIDS		
				1.1.89 1E MAAL WEGENS	1.1.89 1E MAAL PREVENT.	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT.	C.AIDS
	M	V	T	V	V	V	V	M+V
GR+FR+DR	10177	10395	20571	38	10	8	4	9
OV+GLD+FLE	10991	11345	22249	92	12	18	16	8
UTR+NH+ZH	26158	27872	54029	65	23	7	7	21
ZLD+NB+LIM	15237	15501	30736	111	16	10	6	22
TOTAAL	62563	65113	127585	76	17	10	8	17

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 1

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			"INFLU-ENZA"	CERVIXUITSTRIJKJE					
				"INFLU-ENZA"	1.1.88 1E MAAL WEGENS	1.1.88 1E MAAL PREV.H.	1.1.88 1E MAAL PREV.V.	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT H.A.	HERHAL. PREVENT VROUW
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V
A1+A4	10257	10643	20899	246	60	162	352	43	89	103
B1-B3,C1-C4	38519	39718	78143	168	52	107	453	75	62	170
C5	13794	14759	28558	380	56	234	460	79	68	81
TOTAAL	62570	65120	127600	227	55	145	439	71	68	139

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 2

18-11-91

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
				VERWIJZING LOGOPEDIE			STERILISATIE			M.A.PIL
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	V
A1+A4	10257	10643	20899	34	26	30	45	24	34	47
B1-B3,C1-C4	38519	39718	78143	23	19	21	35	16	25	32
C5	13794	14759	28558	46	26	36	30	25	27	46
TOTAAL	62570	65120	127600	30	22	26	36	19	27	38

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 3

18-11-91

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			DIABETES MELLITUS						
				INCIDENTIE			PREVALENTIE			ACUTE ONTREGE-LING
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M+V
A1+A4	10257	10643	20899	13	14	13	52	72	62	2
B1-B3,C1-C4	38519	39718	78143	19	20	19	82	119	101	5
C5	13794	14759	28558	33	34	33	137	171	154	5
TOTAAL	62570	65120	127600	21	22	21	89	124	106	5

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 4

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			SUICIDE ACUTE ONGEWONE (POGING			HOOFDPIJN ONDANKSBOF		ZWANGER MAZELEN/	
	M	V	T	M+V	M	V	T	V	M+V	
A1+A4	10257	10643	20899	4	2	5	3	3	1	
B1-B3,C1-C4	38519	39718	78143	5	1	1	1	7	1	
C5	13794	14759	28558	7	1	1	1	6	1	
TOTAAL	62570	65120	127600	5	1	1	1	6	1	

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 5

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

18-11-91

JAAR: 1990 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE				C.AIDS
				1.1.89 1E MAAL WEGENS	1.1.89 1E MAAL WEGENS	HERHAL. PREVENT.	HERHAL. PREVENT.	C.AIDS
	M	V	T	V	V	V	V	M+V
A1+A4	10257	10643	20899	90	14	24	19	4
B1-B3,C1-C4	38519	39718	78143	69	19	7	6	16
C5	13794	14759	28558	85	16	7	3	30
TOTAAL	62570	65120	127600	76	17	10	8	17

NOTEN

1. Typologie van de Nederlandse gemeenten naar urbanisatiegraad, 1-1-1971 (Centraal Bureau voor de Statistiek).

2. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg per 1 januari 1989, p. 32, tabel 10. Uitgave NIVEL, Utrecht.

3. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen. De tabellen die met een combinatie van een cijfer en een letter zijn aangeduid, zijn met de bijlagen en de figuren achter de tekst opgenomen. Bij de behandeling van de verschillende rubrieken worden deze laatste tabellen niet steeds weer aangehaald.

4. 1-1-1990, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

5. Praktijktelling 1989.

6. In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.

7. Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
   a. Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
   b. De infectie moet gepaard gaan met een temperatuurverhoging van tenminste 38° rectaal.
   c. Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.

   (Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).

8. Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequentie per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).

9. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting, thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek.

10. Wibaut, P. De onbetrouwbaarheid van de alternatieve morning-after pil, Huisarts en Wetenschap 1986, 29, blz. 306-307.

11. 1. Rademakers J., Ketting E. Hoe betrouwbaar is de 'alternatieve' 2x2 morning-after pil? Medisch Contact 1987; 42: blz. 89-92.
    2. Santen M.R. van, Haspels A.A. Ingezonden. Medisch Contact 1987; 42: blz. 230.
    3. De 2x2-morning-after pil: een verantwoord alternatief? Gen. Bul. 1987; 21: blz. 47-49.

12. Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg: Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 1 Scenario's over Diabetes Mellitus 1990-2005. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1990.

13. Warning Headache in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Robert D. Verweij M.D.: Eelco F.M. Wijdicks M.D.; Jan van Gijn M.D., Arch Neurological, vol 45, sept. 1988.

14. Onderzoek Gezinsvorming C.B.S. Beets, G.C.N. Geboorteregeling in Nederland, 1982 en 1988, Maandstatistiek van de Bevolking, 37 (1989), 1: 21-27.

15. Vennix, P., De Pil en haar alternatieven. (NISSO-studies nr. 6) Ebuton, Delft, 1990.

16. De Koning H.J., Van Ineveld B.M., Van Ootmarsum G.J. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990.

17. Moons, M.A.W., L. Peters in Huisarts en vragen over AIDS. M.C.; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057.

18. Nationale Commissie bestrijding, AIDS-infolijn, jaarverslag 1989- 1990, Amsterdam 1991.

19. Van Casteren, V. Bartelds, A. e.a. Prescription of H.I.V.-test bij sentinel networks of general practitioners in various European countries. Poster presentation for the VII th International Conference on AIDS, Florence 16-21 Juni 1991.

20. Van Casteren, V., Leurquin, P. Eurosentinel. Concerted Action on Sentinel Health Information Systems with General Practitioners. Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie. Brussel, 1991

21. R.F.W. Diekstra en M. van Egmond. Suïcide and attempted suïcide in general practice. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 202. Nivel, Utrecht 1989.

22. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.

23. A.I.M. Bartelds. Requests for application of euthanasia. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 259. Nivel, Utrecht 1989.