

continue
morbiditeits
registratie
peilstations
nederland



1991

nederlands instituut voor 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

Auteur : A.I.M. Bartelds

ISBN : ISBN 90-6905-185-0
SISO 601.8 UDC 312.6(492)
Trefw.: medische registratie; Nederland

uitgifte datum : September 1992

Gegevens uit dit verslag mogen alleen met bronvermelding worden overgenomen.

INHOUD

pag.

VOORWOORD	
INLEIDING	1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE	3
BIJENKOMST 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
- Het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri	30
- Hartinfarkt	45
- Sterilisatie bij de man	49
- Sterilisatie bij de vrouw	54
- Morning-after pil voorgeschreven	60
- Zwangerschap (ondanks a.c.)	66
- Diabetes Mellitus	71
- Suicide(poging)	74
- Acute ongewone hoofdpijn	78
- Mammografie	81
- Angst voor AIDS	90
- Mononucleosis infectiosa	97
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE	
NEDERLANDSE BEVOLKING	104
INCIDENTELE ONDERZOEKEN	112
- Euthanasie	112
- Lyme disease	122
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1991	123
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS	124
- Deelnemende artsen 1991	127
- weekstaat 1991	129
- Alfabetische lijst van onderwerpen	
- op de weekstaat	130
- van incidentele onderzoeken	133
- Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking	
per 1-1-1991	134
TABELLEN 1A-3A	135
NOTEN	141

VOORWOORD

De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland draagt bij aan het inzicht in het functioneren van de huisarts.

Een van de taken van de huisarts is het verrichten c.q. laten verrichten van onderzoek in het kader van het vroegtijdig opsporen van bedreigende aandoeningen. Zoals baarmoederhals- en borstkanker.

In de afgelopen drie jaren zijn door de peilstationartsen in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker duidelijk meer uitstrijkjes gemaakt dan in de jaren ervoor. Uit de registratie blijkt ook dat in toenemende mate de uitstrijkjes worden afgenomen bij die vrouwen die daar gezien hun leeftijd het meest voor in aanmerking komen. De registratie vanaf 1988 van het aantal mammografieën dat door huisartsen wordt aangevraagd laat eveneens een toename zien.

Het aantal consulten waarbij met de huisarts over AIDS gesproken wordt en de spreiding daarvan over het land is de afgelopen drie jaren vrijwel gelijk gebleven. Enkel in de zuidelijke provinciegroepen is er sprake van toename van deze consulten.

Onder de oppervlakte, nog niet zichtbaar in het jaarverslag, vinden ontwikkelingen plaats die de toekomst van de CMR-Peilstations mede zullen bepalen. Over de plaats van de CMR-Peilstations in de toekomstige informatie voorziening van de gezondheidszorg zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, vertegenwoordigers van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en vertegenwoordigers van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM).

Alle betrokkenen zijn de overtuiging toegedaan dat ook in de toekomst behoefte zal bestaan aan de door de CMR-Peilstations verzamelde informatie; bij voorkeur geïntegreerd in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM.

Prof. dr J. van der Zee
voorzitter begeleidingscommissie Peilstations

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 129).

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 130-132) 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 wekelijks 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 1991 zijn de contacten in het International Primary Care Network voortgezet. In dit internationale netwerk is in 1991 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 ter 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.

In 1991 heeft gezamenlijke registratie plaats van influenza(-achtige aandoeningen) en het aanvragen van bloedonderzoek naar H.I.V.-antistoffen.

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 1991 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	F.K.A. Fokkema, huisarts ⁵
	P. van Leeuwen, statisticus ⁷
	J.J.L. Pieters, arts ⁴ (vanaf 1-1-'91)
	C.A. Postema, arts ⁴ (tot 1-6-'91)
	Mr. R.W. Schaafsma, ¹ (vanaf 1-1-'91)
	H.O. Sigling, huisarts ^{5,6}
	W.A. van Veen, arts ¹
	J. van Wijngaarden, arts ⁴ (vanaf 1-6-'91)
	Drs. J.J. Zandvliet ¹ (tot 1-1-'91)
	Prof. dr J. van der Zee ³ , voorzitter
Projectleider:	A.I.M. Bartelds, huisarts
Secretaresses:	Mevrouw E.E. Colet-van Woezik
	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 1991 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende één vacature.

BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1991

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.

Op de jaarlijkse bijeenkomst van 1991 is een drietal inleidingen gehouden. De heer K. van der Meer, huisarts te Roden en verbonden als wetenschappelijk onderzoeker aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Groningen, bespreekt de definitieve resultaten van de registratie van de cerebrovasculaire accidenten en de follow-up daarvan gedurende een jaar. De uitkomsten van dit onderzoek zijn neergelegd in de uitgave 'Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild' (Nivel, Utrecht, 1990).

De heer van der Meer spreekt zijn waardering uit jegens de huisartsen en assistentes van de peilstations voor hun nauwgezette werk in deze.

De gang van zaken met betrekking tot de lopende registratie van diabetes mellitus wordt besproken door de heer D. Ruwaard, arts verbonden aan het Centrum voor Epidemiologie van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Bilthoven. De eerste inventarisatie van de gegevens over het jaar 1990 geeft de indruk dat de gegevens goed worden aangeleverd.

De verwachting dat er vergeleken met registratie in de jaren 1980-1983 sprake is van een toename van de incidentie van diabetes mellitus lijkt bevestigd te worden.

Als laatste gast spreekt mevr. drs V. van Casteren, arts en verbonden aan het Instituut voor Epidemiologie en Hygiëne te Brussel. Ze is de projectleider van de Belgische Peilpraktijken en tevens de coördinator van Eurosentinel, het samenwerkingsverband van peilstationnetwerken uit een aantal EG-landen en Zwitserland. Ze bespreekt de uitkomsten van de gemeenschappelijke registraties in het kader van Eurosentinel.

Tijdens het huishoudelijke deel van de bijeenkomst wordt de weekstaat 1991 besproken.

SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

Figuur 1
 PEILSTATIONS
 Continue Morbiditeits Registratie
 1991



Het aantal peilstations is in 1991 43. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 63.

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 A₁-A₄ (plattelandsgemeenten)¹;
- 2 voor de urbanisatiegroep B₁-B₄, C₁-C₄ (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter):
- 3 voor de urbanisatiegroep C₅ (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 127-128) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1991 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 14 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen 2 of meer huisartsen, te weten 10 maal tussen 2 artsen, 2 maal tussen drie artsen en 2 maal tussen 4 artsen. In januari 1991 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 46; bij de peilstationartsen 39. Er zijn 7 apotheekhoudende peilstationartsen, 3 in urbanisatiegroep 1 en 4 in urbanisatiegroep 2, dat is 15% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 11².

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provincie- en urbanisatiegroep in de jaren 1982-1991. 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 peilstationartsen een evenredige vertegenwoordiging vormen (zie verslag 1981, p. 13).

Tabel 1: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1982-1991³.

provincie-groep	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.
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
1991	10	6	10	8	29	19	14	10

Tabel 2: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per urbanisatiegroep in de jaren 1982-1991

urbani- satie groep	1		2		3		Nederland	
	plattelands gemeenten		verstedelijkte plattelands- gemeenten te- zamen met ge- meenten met een stedelijk karakter		gemeenten met 100.000 of meer inwoners			
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1991	10	6	39	25	14	12	63	43

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 er een nieuwe telling plaatsgevonden.

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 1990 met 117.871 toe (per 1-1-1991).

Tabel 3: vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstation-
artsen met de totale Nederlandse bevolking

		aantal inwoners Nederland ⁴	aantal patiënten peilstations ⁵ (met percentages)
provinciegroep	A	1.598.127	22.774 (1.4%)
	B	3.064.765	24.410 (0.8%)
	C	6.669.376	65.610 (1.0%)
	D	3.676.342	33.823 (0.9%)
urbanisatiegroep	1	1.652.815	22.727 (1.4%)
	2	9.782.416	92.080 (0.9%)
	3	3.575.214	31.810 (0.9%)
geslacht	mannen	7.419.501	71.645 (1.0%)
	vrouwen	7.590.944	74.972 (1.0%)
totaal		15.010.445	146.617 (0.9%)

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.

leef- tijd	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land						
	A		B		C		D		1	2	3			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
0- 4	1.2	1.2	0.6	0.7	0.9	0.9	0.7	0.7	1.0	1.1	0.8	0.8	0.8	0.9
5- 9	1.4	1.6	0.7	0.8	1.0	1.0	0.9	0.9	1.3	1.5	0.9	0.9	1.0	0.9
10-14	1.4	1.6	0.6	0.8	1.0	1.0	0.9	0.9	1.1	1.6	0.9	0.9	0.9	0.9
15-19	1.5	1.5	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.4	1.6	1.0	1.0	0.8	0.9
20-24	1.3	1.5	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.5	1.6	1.0	1.0	0.7	0.8
25-29	1.5	1.7	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	0.9
30-34	1.5	1.6	0.8	0.8	1.0	1.0	0.9	0.9	1.3	1.3	0.9	1.0	1.0	1.0
35-39	1.4	1.5	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9	1.2	1.4	0.9	0.9	1.0	0.9
40-44	1.4	1.5	0.7	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9	1.4	1.4	0.9	0.9	0.8	0.9
45-49	1.3	1.4	0.8	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.3	1.4	0.9	0.9	0.8	0.9
50-54	1.4	1.4	0.8	0.8	1.0	0.9	0.9	1.0	1.3	1.4	0.9	0.9	0.8	0.9
55-59	1.3	1.2	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.4	1.0	1.0	0.9	0.9
60-64	1.2	1.3	0.8	0.8	1.0	1.0	0.9	1.0	1.4	1.4	0.9	1.0	0.9	0.9
65-69	1.4	1.3	0.9	0.8	1.1	1.0	0.9	0.8	1.6	1.4	1.0	0.9	1.0	0.9
70-74	1.4	1.3	0.9	0.7	1.0	1.0	1.4	0.9	1.4	1.3	1.0	0.9	0.9	0.8
75-79	1.3	1.3	1.0	0.8	0.9	0.9	1.4	0.9	1.4	1.3	1.0	0.9	0.8	0.8
80-84	1.3	1.4	1.1	0.7	0.9	0.9	1.4	1.0	1.4	1.3	1.0	0.9	0.8	0.8
≥ 85	1.4	1.3	1.3	0.8	1.1	0.9	1.8	1.0	1.8	1.3	1.0	0.9	1.1	0.9
totaal	1.4	1.4	0.8	0.8	1.0	1.0	1.3	0.9	1.3	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9

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 CONTINUÏTEIT 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 1991 bedroeg het 11.180 (52 weken x 5 dagen x 43 peilstations). 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
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%
1991	11.180	9.903	88.6%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1991 nagenoeg gelijk aan dat van de voorgaande jaren.

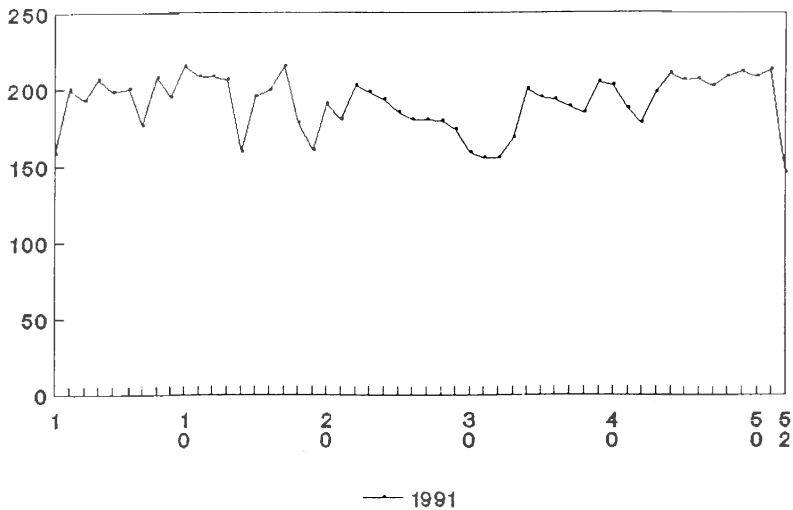
Een uitsplitsing naar provincie- en urbanisatiegroep is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De grote steden zijn met 87.5% het laagste van de urbanisatiegroepen, de noordelijke provincies met 92% het hoogste van de provinciegroepen.

per provinciegroep	per urbanisatiegroep
A 92 %	1 92.7%
B 90 %	2 88.1%
C 86.6%	3 87.5%
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 25 (maximaal $43 \times 5 = 215$).

Figuur 2
Het aantal dagen, dat in 1991 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 1991 per peilstation is 30, dit is hetzelfde als in 1990.

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 gerap- porteerd	aantal peilstations									
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
0	1	2	2	1	0	0	1	1	2	1
1- 9	9	7	6	8	7	4	7	6	5	7
10-19	2	5	3	1	4	7	2	6	5	3
20-29	6	1	7	8	7	1	5	5	6	11
30-39	15	12	9	10	10	5	15	15	11	10
40-49	10	14	17	15	13	16	13	9	10	9
50-59	3	4	1	2	2	10	2	2	2	1
60-69	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
70-79	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
80-89	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
90-99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
≥ 100	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
totaal aantal peilsta- tions	46	46	46	45	45	44	45	45	44	43
gemiddelde	29	31	31	30	31	37	27	29	32	29.7
mediaan	34.5	37	35	34	34.5	43	34	32	33	29.5

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 1991 in bijna 5% van de peilstations

voor. Dit is een lager percentage dan in 1990.

Bij de grote uitval bij een van de peilstations van meer dan 100 dagen was er sprake van ziekte van de peilstationarts.

DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 129)

De rubrieken op de weekstaat voor 1991 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. Hartinfarct (1991);
4. Sterilisatie bij de man verricht (1972);
5. Sterilisatie bij de vrouw verricht (1974);
6. Morning-after pil voorgeschreven (1972);
7. Diabetes Mellitus (1990);
8. Suïcide(pogingen) (1979);
9. Acute ongewone hoofdpijn (1988);
10. Zwangerschap (ondanks a.c.) (1987);
11. (Poli)klinische mammografie (1988);
12. Angst voor AIDS (1988);
13. Mononucleosis infectiosa (1991);

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 diagnoses 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 130-132); 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 1991. 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 '-1'.

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 134) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1991 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 135-140).

Tabellen: 1a, 1b, 1c, en 1d: het aantal patiënten per 10.000 van de leeftijdsgroep⁶.

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)

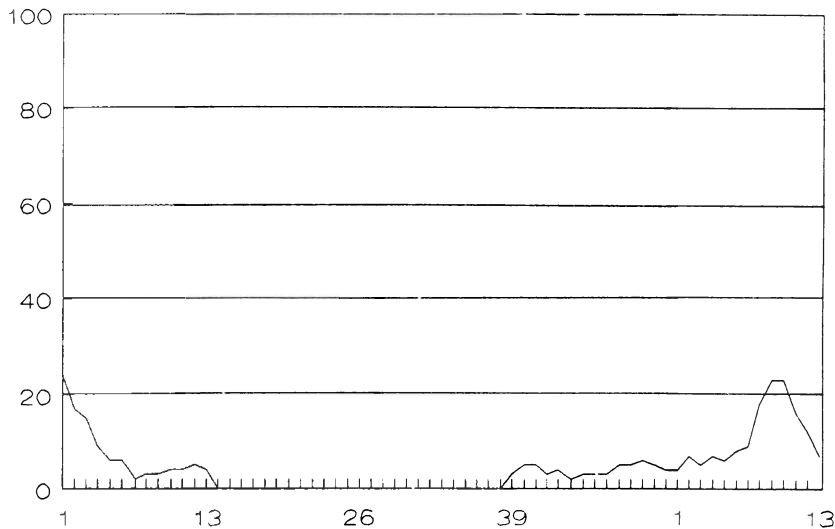
De rubriek influenza⁷ is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

Influenza 1990-1991 en 1991-1992

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 1990-1991⁸. In figuur 4.1-4.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven voor het seizoen 1991-1992. In het verslag over 1990 werd het beloop van influenza in de eerste weken van 1991 al besproken.

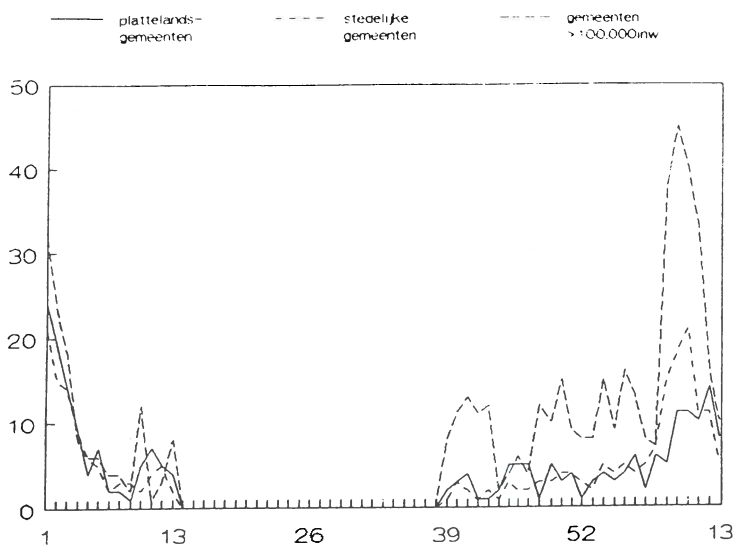
Figuur 3.1

Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1990-1991



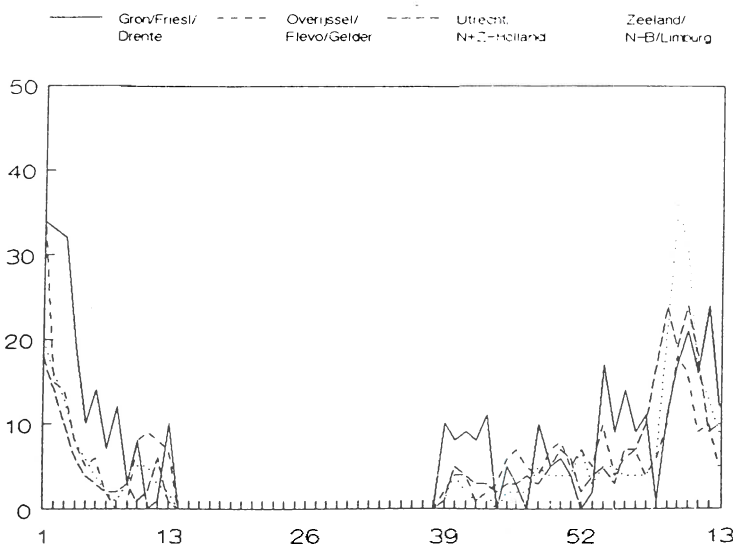
Figuur 3.2

Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1990-1991



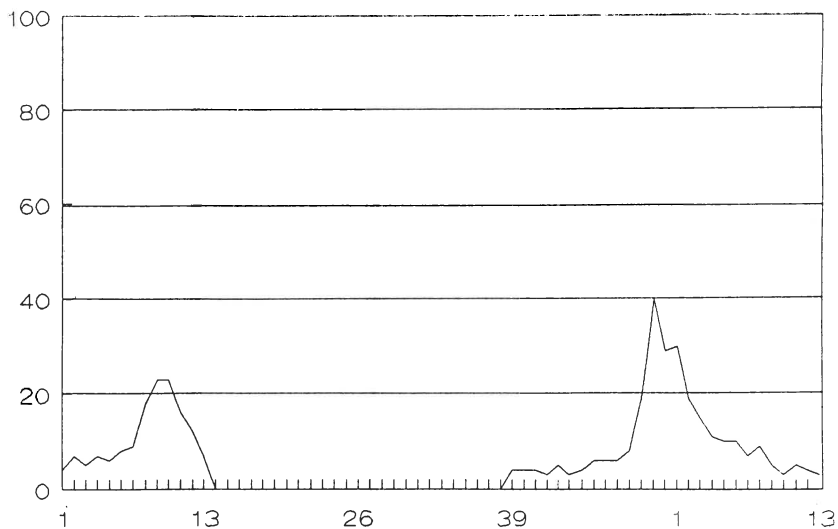
Figuur 3.3

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1990-1991



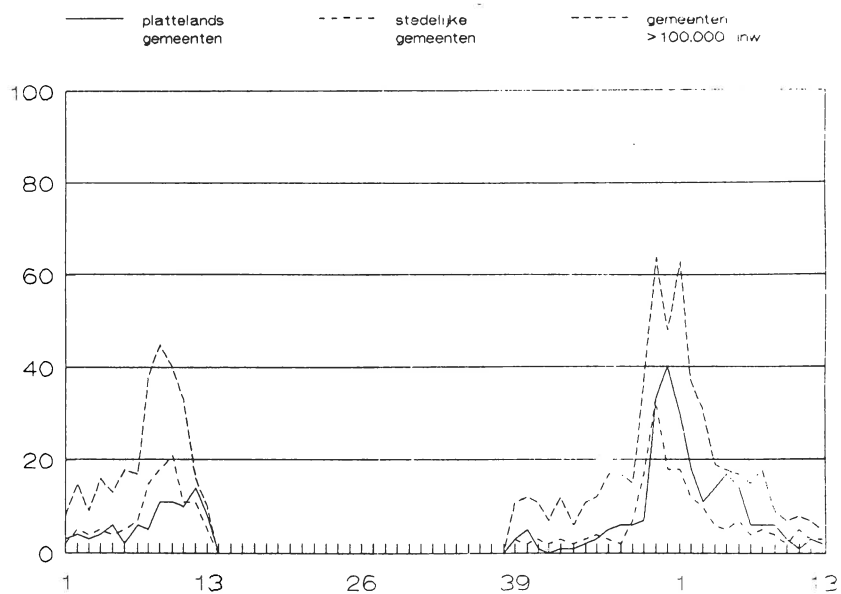
Figuur 4.1

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1991-1992 (t/m week 13)



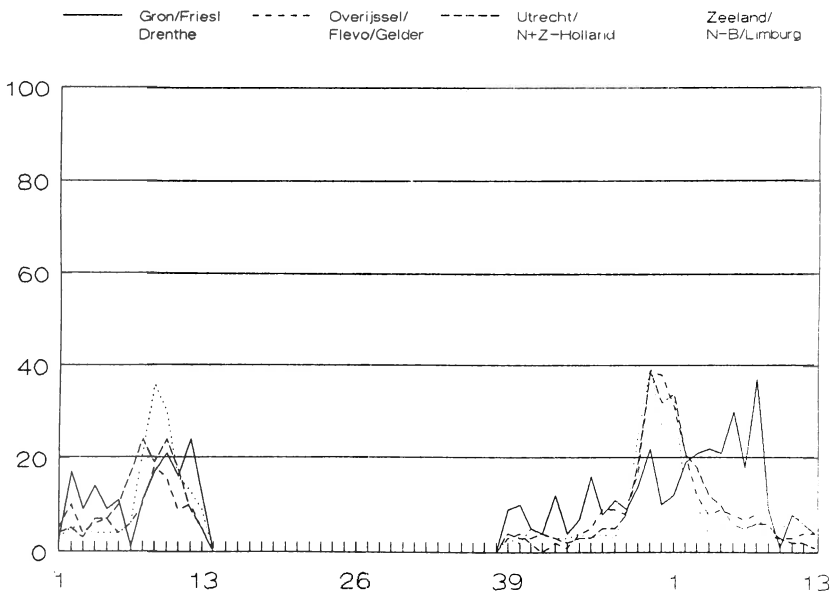
Figuur 4.2

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1991-1992 (t/m week 13)



Figuur 4.3

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1991-1992 (t/m week 13)



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.

Seizoen 1991-1992

In het seizoen 1991-1992 wordt medio december voor het eerst influenza-activiteit waargenomen. Er is vervolgens sprake van een snelle toename van het aantal meldingen in vooral de grote steden en de westelijke- en zuidelijke provincies. In week 52 wordt het hoogste aantal bereikt: 40 per 10.000 inwoners. In week 5 van 1992 daalt het aantal meldingen tot onder de 10 per 10.000 inwoners.

In de grote steden worden aanzienlijk meer patiënten met een influenza-

achtig ziektebeeld gezien dan op het platteland en in de kleinere steden: ± 80 per 10.000 versus ± 20 per 10.000.

De griep begint dit seizoen in de grote steden in het westen medio december; op het platteland in de noordelijke provincies ligt de veel lagere top in het midden van januari.

In december 1991 en begin januari 1992 wordt vooral influenza A (H₃N₂) geïsoleerd. In de tweede helft van januari 1992 wordt het aandeel isolaties influenza A (H₁N₁) groter.

Een beperkt aantal peilstationartsen zendt vanaf week 2 van 1992 keel-/neus-kweken in voor nader onderzoek door het R.I.V.M. (afd. Virologie, dr J.C. de Jong).

Tabel 6: aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1982-1991

jaar	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
totaal kalenderjaar	497	396	502	464	630	365	399	410	225	348	
hoogste weekincidentie per 'seizoen'	42	53	57	71	26	9	44	54	24	40	

Overzien we de epidemieën van de afgelopen 10 jaren dan is die van het seizoen 1986-1987 de mildste geweest. In het seizoen 1987-1988 kan in het geheel niet van een griep-epidemie gesproken worden. In het seizoen 1988-1989 en het seizoen 1989-1990 is er 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.

Aan het einde van het jaar 1991 is er rond Kerstmis en Oud en Nieuw opnieuw van griepactiviteit sprake.

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 leeftjidsverdeling laat zien dat voor de leeftjidsgroep onder de vijf jaar de huisarts het meest frequent voor influenza-achtige aandoeningen geraadpleegd is. In de andere groepen zijn de aantallen nagenoeg gelijk.

NIVEL/R.I.V.M.-pilot-studie voor de virologische surveillance van influenza-achtige ziekten

Ter aanvulling van de klinische influenza-surveillance van NIVEL wordt uitbreiding van dit systeem met virologische diagnostiek overwogen. In het seizoen 1991/92 werd in verband hiermee een beperkte studie uitgevoerd naar het functioneren en de efficiëntie van zo'n uitbreiding.

Gedurende een periode van 10 weken, samenvallend met de "staart" van de influenza-epidemie van 1991/92, werden door 12 huisartsen van het NIVEL-netwerk bij 43 patiënten met influenza-achtige ziekten (IAZ) neuskeeluitstrijken afgenomen. Uit 17 (40%) van deze 43 monsters werd een virus geïsoleerd, waaronder 3 influenza A(H₃N₂)-, 7 influenza A(H₁N₁)- en 4 RS-virussen. Gemiddeld was de volledige uitslag 10 dagen na de afneming van het monster bekend.

Het gebruikte surveillance-systeem is eenvoudig van opzet, past in bestaande structuren en heeft een hoge efficiëntie. Het lijkt zeer gevoelig voor de detectie en etiologische karakterisering van influenza-activiteiten onder de bevolking. Wordt het aantal ingezonden monsters belangrijk uitgebreid, dan komt ook een virologische surveillance van andere respiratoire virusinfecties in zicht.

Naast de actuele betekenis tijdens een influenza-epidemie kan het getoetste systeem door middel van de gebruikte inzendformulieren mogelijk ook een bijdrage leveren aan de symptomatologie en de klinische diagnostiek van respiratoire virusinfecties.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

Influenza seizoen 1991-1992 in West-Europa

Vanaf eind september 1991 zijn de gegevens over de influenza(-achtige aandoeningen) wekelijks door 12 peilstationnetwerken doorgegeven aan de Central Facility van Eurosentinel in Brussel.

Een overzicht van deze netwerken is weergegeven in tabel 7.

Table 7: Surveillance van influenza(-achtige aandoeningen): deelnemende netwerken

Naam van het netwerk	Land
Médecins vigies/Peilpraktijken	België
GROGs (Group Régionaux d'Observation de la Grippe)	Frankrijk
RNTMT (Réseau National Télématique de Surveillance et d'Information sur les Maladies Transmissibles)	Frankrijk
Sentinel Practice Network	Ierland
Peilstations	Nederland
Medicos Sentinella	Portugal
Sistema de Vigilancia por Medicos Sentinella	Spanje-Baskenland
Red de Medicos Centinelas	Spain-Madrid e.a.
Sentinella	Zwitserland
Weekly returns Service	Verenigd Koninkrijk
GP Surveillance of Infections in Wales	Verenigd Koninkrijk
ARD Morbidity	Tsjechoslowakije

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.

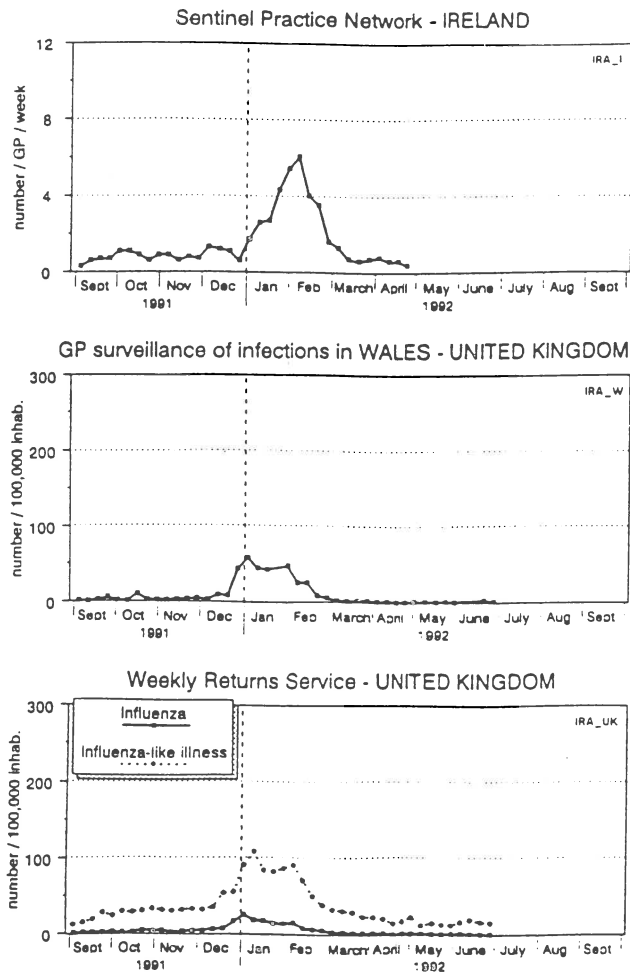
Deze laatste benadering -het telefonisch informeren bij de peilstationartsen naar het aantal meldingen van influenza(-achtige aandoeningen) in de voorafgaande week- is vanaf week 40 ook in de Nederlandse peilstations gebruikelijk.

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 luchtweginfectie.

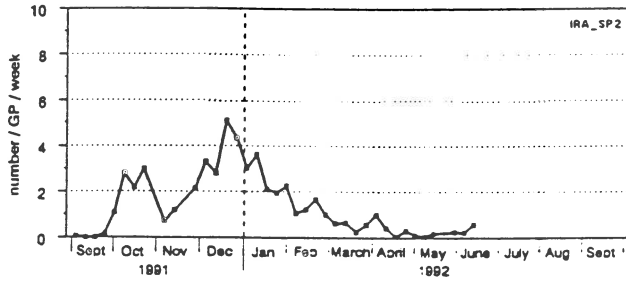
De coördinatoren van de netwerken rapporteren wekelijks telefonisch, per fax of per post aan de Central Facility. Door de medewerkers van Eurosent-

nel 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.

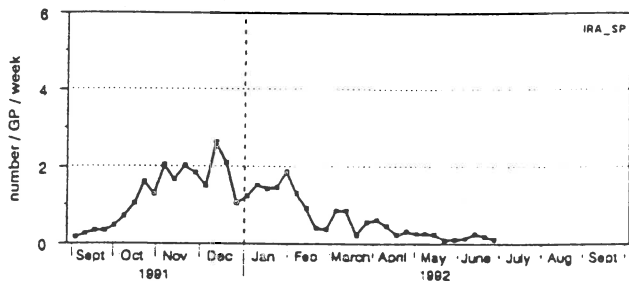
Het overzicht over de periode september 1991 - maart 1992 van de gezamenlijke registratie in het kader van Eurosentinel is weergegeven in Figuur 5.



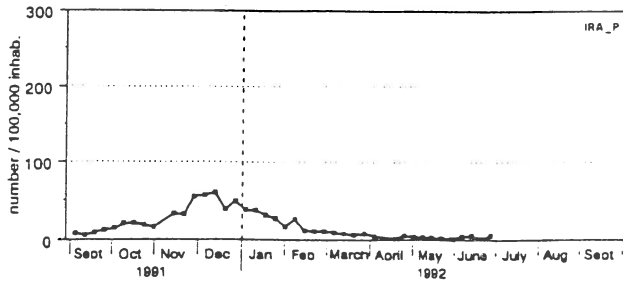
Red de Medicos Centinelas (Madrid) - SPAIN



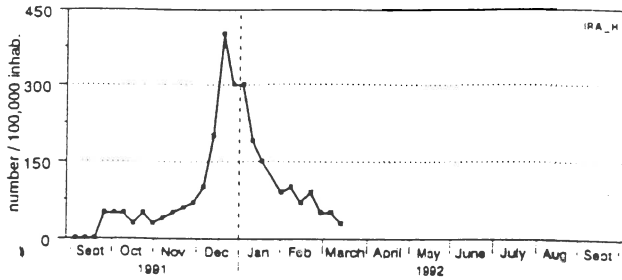
Sistema de Vigilancia por Medicos Centinela - BASQUE REGION



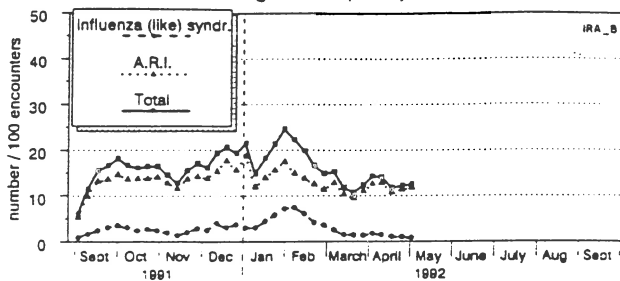
Medicos Sentinela - PORTUGAL



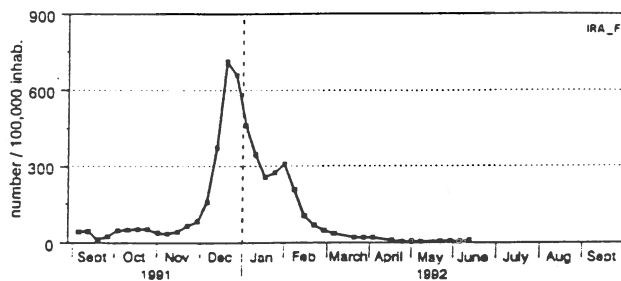
Sentinel Stations - THE NETHERLANDS



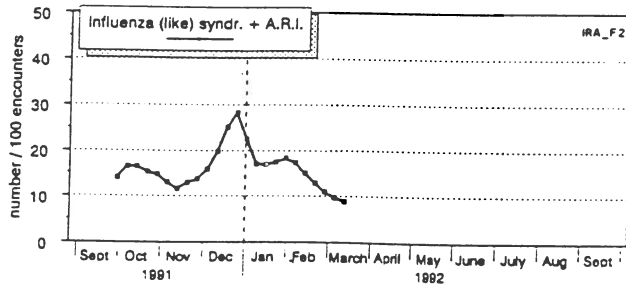
Médecins vigies / Peilpraktijken - BELGIUM



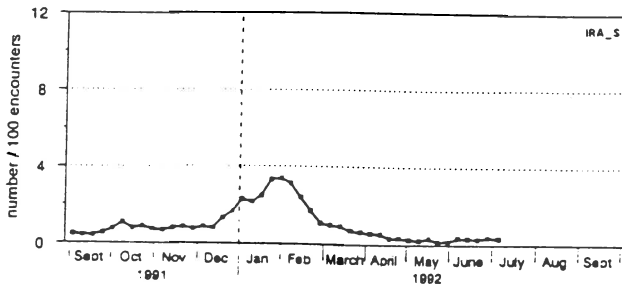
RNTMT - FRANCE

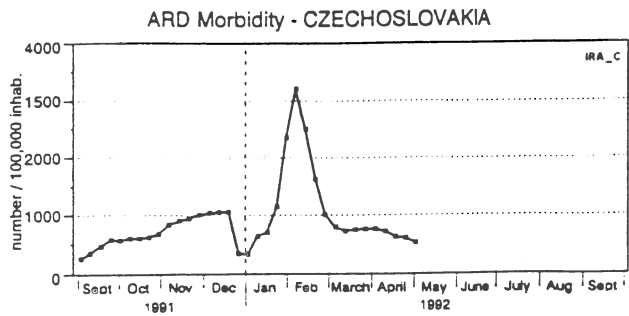


GROGs - FRANCE



Sentinella - SWITZERLAND





In het seizoen 1992-1993 wordt deze registratie voortgezet.

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.

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 1991 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1989 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 1991 in 38 van de 43 peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit. In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

In tabel 8 is het totaal aantal gemaakte uitstrijkjes uitgesplitst naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje, inclusief de herhalingsuitstrijkjes, gegeven.

Tabel 8: aantal door peilstationarsten gemaakte cervixuitstrijkjes naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
klachten en/ of symptomen (1e maal)	57	65	57	62	65	59	76	72	55	73
'preventief' (1e maal)	297	294	336	324	398	345	369	521	577	537
herhalings- uitstrijkje	170	168	182	184	170	211	246	237	273	239
Totaal	524	527	575	570	633	615	691	830	905	849

Het totale aantal uitstrijkjes (849 per 10.000 vrouwen) is in 1991 lager dan in het 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. De jaren 1988, 1989 en 1991 lieten een hoger niveau zien: \pm 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.

Het aantal herhalingsuitstrijkjes is toegenomen van 246 in 1988 naar 273 per 10.000 vrouwen in 1990. In 1991 was het weer lager: 239 per 10.000.

Sinds 1987 wordt ook in de subgroep herhalingsuitstrijkjes een onderverde-

ling 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 en 1991 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 gestegen van 345 naar 577 per 10.000 vrouwen. In 1991 was het iets lager 537 per 10.000.

In tabel 9 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 6 en 7).

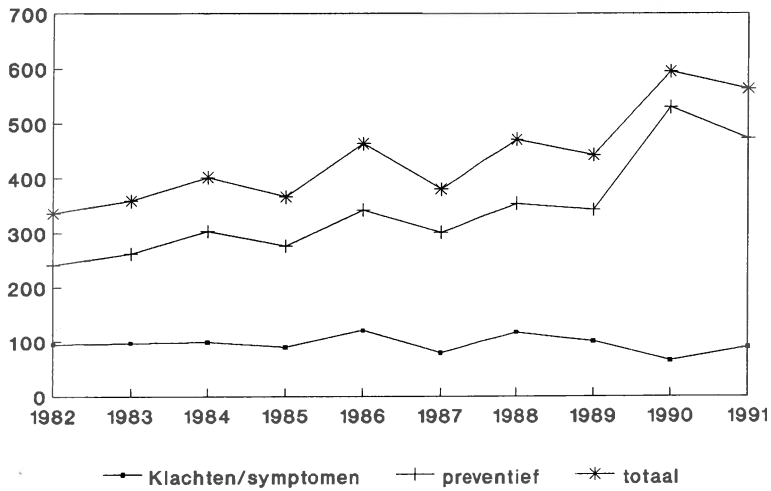
Tabel 9: aantal door peilstation gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkje per provincie- en urbanisatiegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten en/of symptomen	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
	1991	90	91	57	79	72	64	102	73
'preventief'	1982	241	275	332	272	318	265	369	297
	1983	262	332	312	244	368	249	362	294
	1984	303	334	362	303	371	285	455	336
	1985	276	337	343	311	356	267	445	324
	1986	342	365	449	363	398	344	539	398
	1987	301	340	383	303	342	294	472	345
	1988	354	166	412	385	265	335	553	374
	1989	343	358	657	472	365	523	611	521
	1990	530	487	656	540	511	554	689	577
	1991	473	369	572	634	391	535	618	537
totaal	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
	1991	563	460	629	713	463	599	720	610

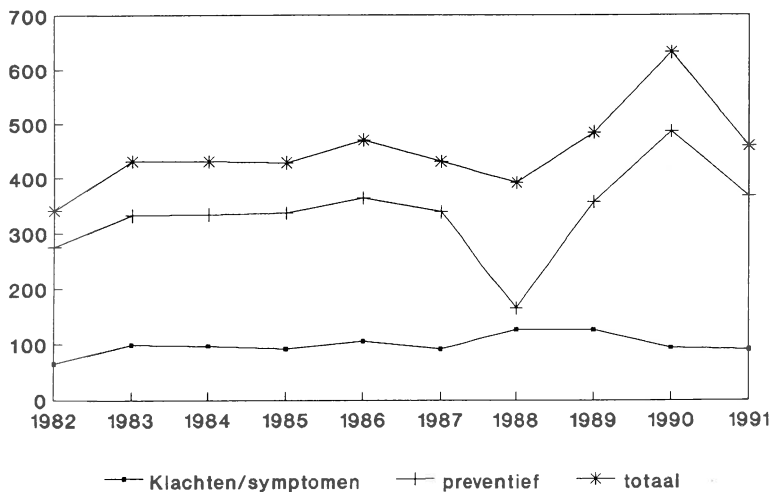
Figuur 6

Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

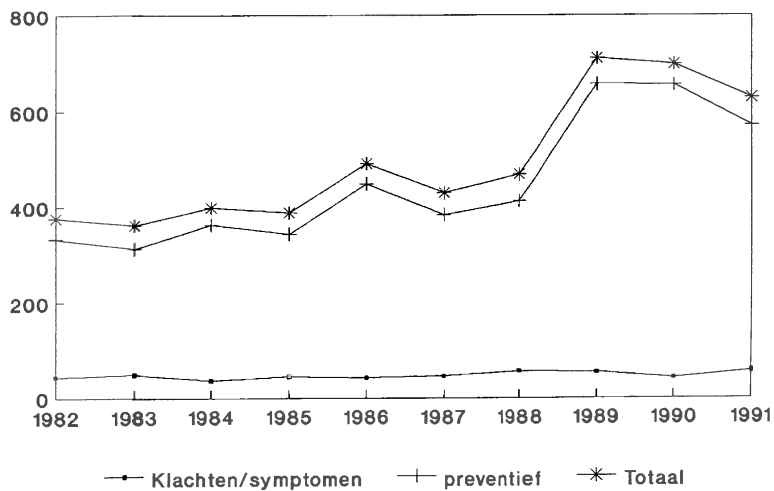
provinciegroep A



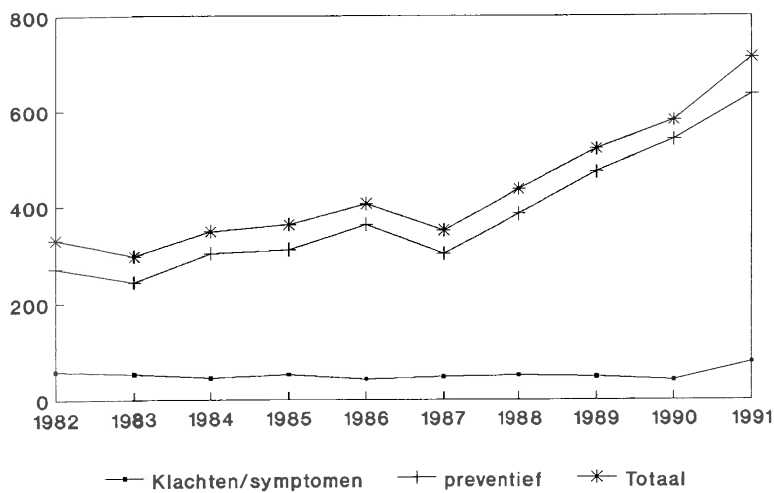
provinciegroep B



provinciegroep C



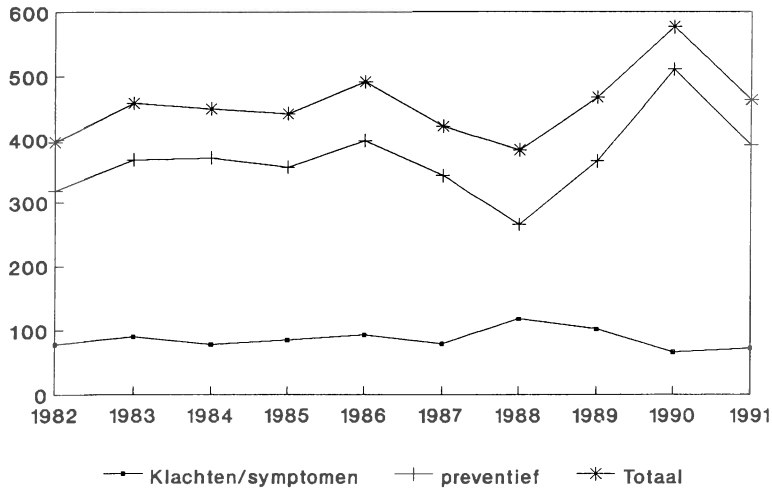
provinciegroep D



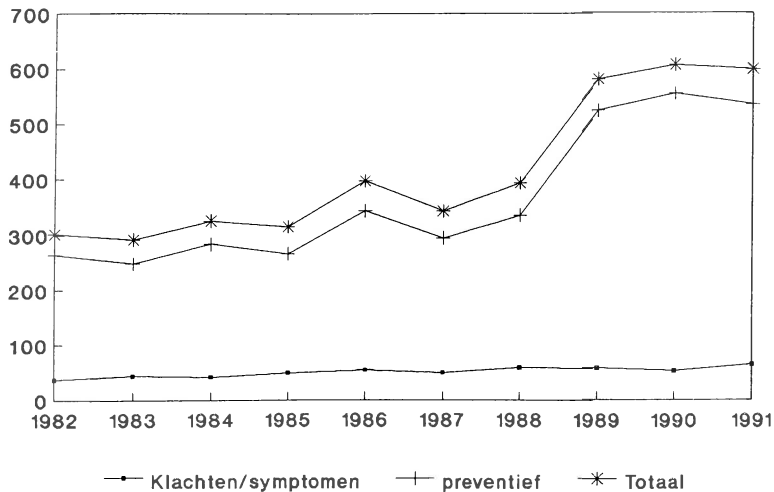
Figuur 7

Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per urbanisatiegroep en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

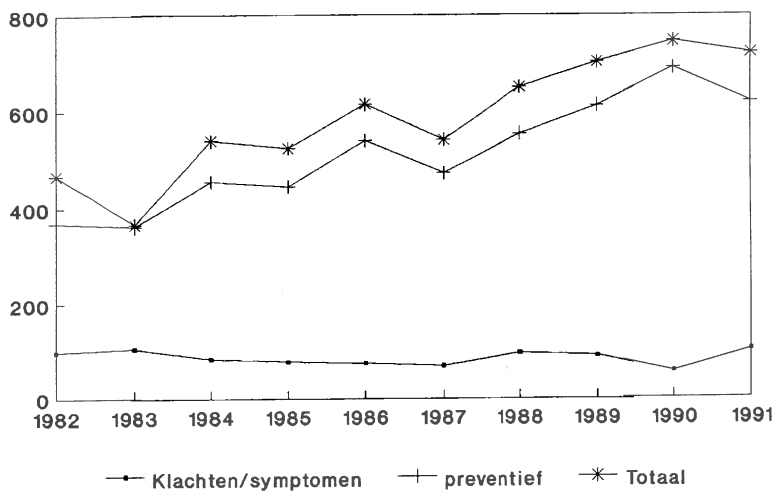
urbanisatiegroep 1



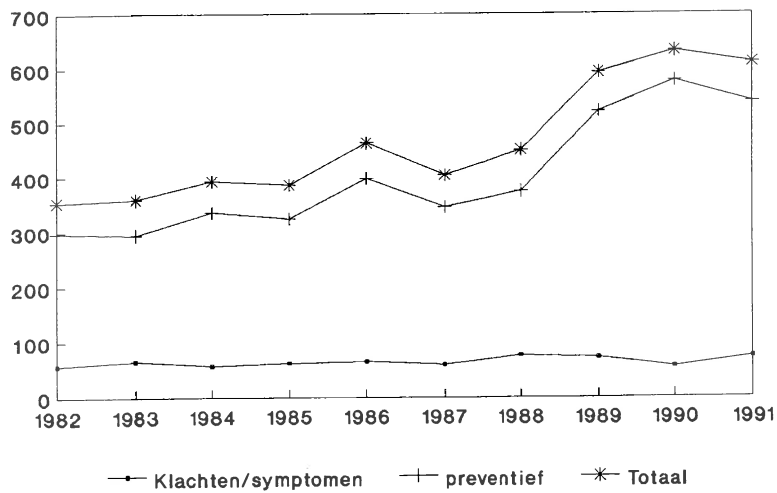
urbanisatiegroep 2



urbanisatie groep 3



Nederland



Leeftijdverdeling

Tabel 10 geeft een overzicht van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 8).

Tabel 10: aantal door peilstations gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1991	(5)	20	270	760	1782	1459	229	34

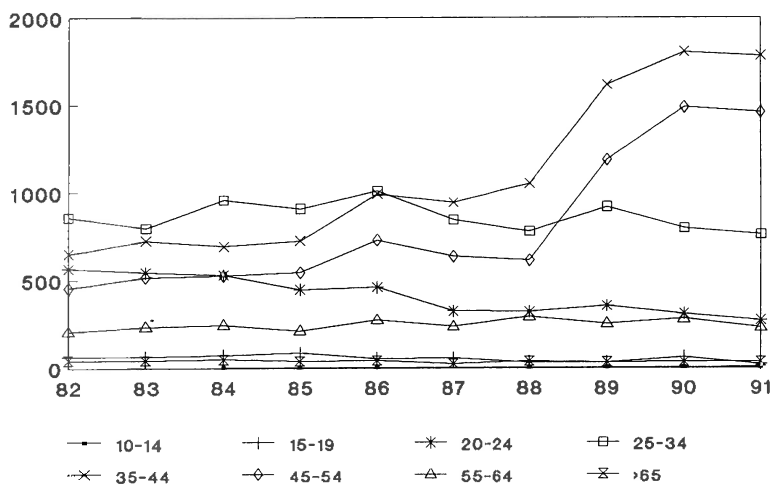
Deze subrubriek maken het mogelijk om het aantal vrouwen dat door deze methode door de huisarts wordt bereikt, te berekenen. Het aantal vrouwen dat langs deze weg tenminste éénmaal in de drie jaar is bereikt, is in het totaal van tabel 10 te zien.

De toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes vanaf 1987 die zoals verwacht vooral gevonden wordt in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar lijkt te stagneren. In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar is er vanaf 1987 sprake van lagere aantallen in vergelijking met de jaren 1984-1986. Ook in de nog jongere leeftijdsklassen is er sprake van een daling. Deze tabel maakt het mogelijk om het percentage vrouwen te berekenen dat minstens eenmaal per drie jaar wordt bereikt. Voor de leeftijdsgroep 35-44 jaar is dat voor de periode 1989-1991 52% en 42% voor de leeftijdsgroep 45-54 jaar.

Voor dezelfde leeftijdsgroepen bedroegen deze percentages 21 respectievelijk 15 procent rond 1983, toen het bevolkingsonderzoek-oude stijl nog in volle gang was.

Figuur 8

Aantal 'eerste' uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991



Tabel 11 geeft een uitsplitsing naar leeftijd- en indicatie tot het maken van een uitstrijkje, inclusief het herhalingsuitstrijkje (zie ook figuur 9).

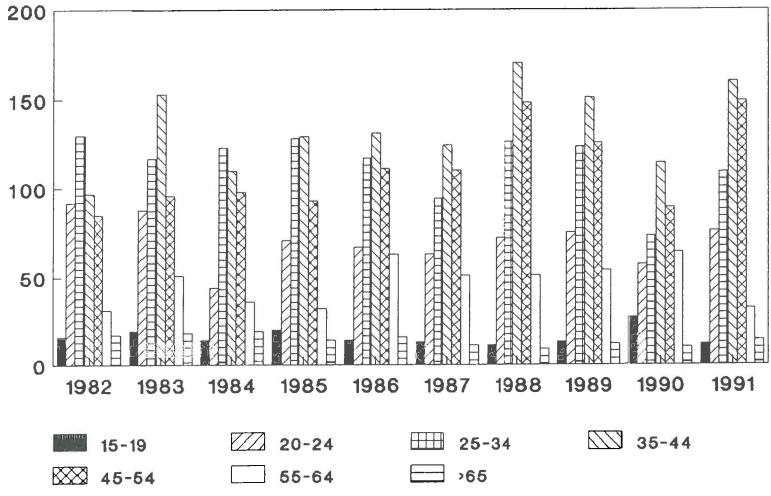
Tabel 11: aantal door peilstationarsten gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
klachten en/of symptomen	1982	16	92	130	97	85	31	17
	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
	1991	12	76	109	160	149	32	14
preventief	1982	48	473	729	554	370	176	26
	1983	44	455	680	571	419	182	24
	1984	58	485	820	583	427	208	29
	1985	66	450	780	595	450	180	24
	1986	40	392	891	860	618	210	28
	1987	44	260	751	776	534	185	13
	1988	23	247	776	877	608	193	29
	1989	19	278	796	1466	1098	200	21
	1990	34	249	715	1690	1398	216	23
	1991	(8)	194	651	1612	1310	181	20
herhalings- uitstrijkje	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
	1991	-	63	244	746	614	104	11

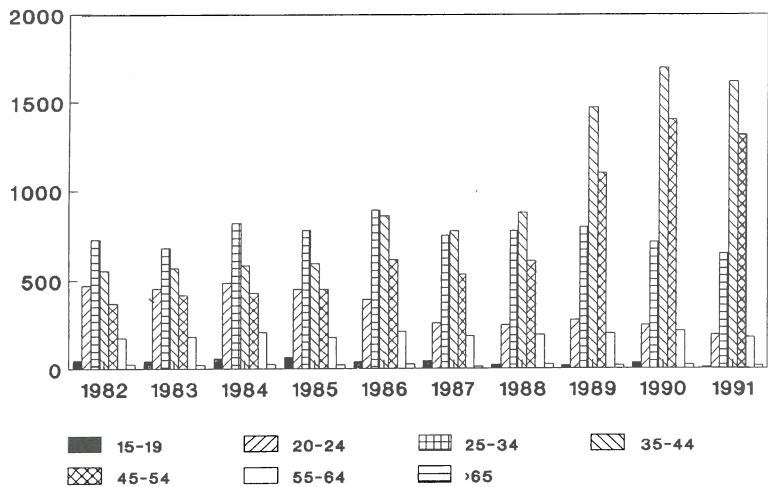
Tabel 11: aantal door peilstationarsten gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991 (vervolg)

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≤65
totaal	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	65	385	1081	2593	2221	423	50
	1991	20	333	1004	2518	2073	317	45

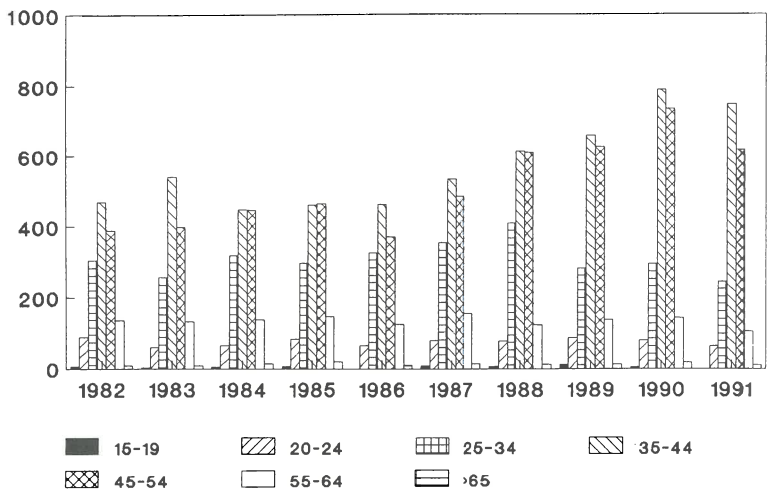
Figuur 9
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1982-1991 klachten en/of symptomen



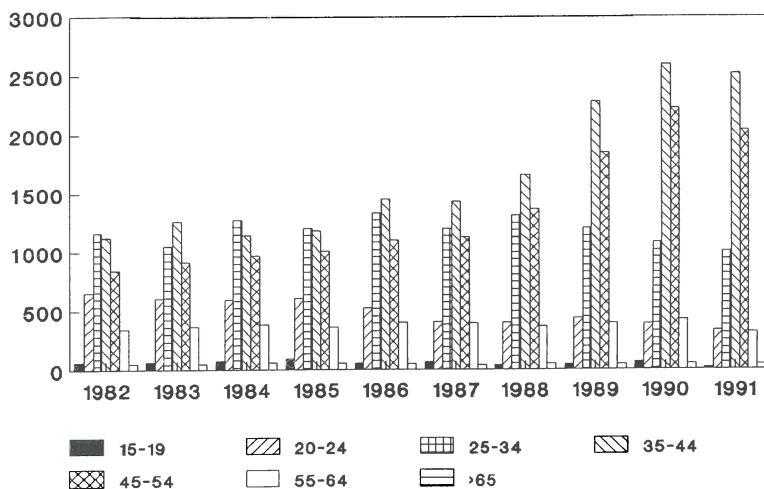
preventief



herhalingsuitstrijkje



totaal



In 1991 zijn meer uitstrijkjes gemaakt wegens klachten en of symptomen. Voor alle leeftijdsgroepen liggen de aantallen ongeveer op de niveaus van de jaren voor 1990.

Bij de op preventieve indicatie gemaakte eerste uitstrijkjes zijn de aantallen in de leeftijdsgroep 35-54 jaar onveranderd de hoogste. Er is een verdere afname in de andere leeftijdsgroepen: van bijna 10% in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar en van ruim 20% in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar. Onder de 20 jaar worden bijna geen uitstrijkjes op preventieve indicatie meer gemaakt.

Mogelijk is het verschijnen van de NHG-standaard over de orale anticonceptie op deze cijfers van invloed geweest.

Zowel bij het totale aantal uitstrijkjes als bij de "eerste" uitstrijkjes neemt het percentage voor de leeftijdsgroep van 35-54 jaar nog steeds enigszins toe (zie tabel 12). Een afname is zowel bij de vrouwen jonger dan 35 jaar en ouder dan 54 te constateren.

Sinds de beëindiging van het bevolkingsonderzoek-oude-stijl (rond 1985) en vooral met het op gang komen van het bevolkingsonderzoek-nieuwe-stijl (na 1988) was het aandeel van de leeftijdsgroep 35-54 jaar in totaal, al sterk toegenomen.

Tabel 12: proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijds-
groep voor alle peilstations (in procenten) 1984-1991

jaar	≤ 34	35-54	≥ 55	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
1991	23.4	72.0	4.6	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
1991	25.0	70.6	4.4	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 1992 op de weekstaat gehandhaafd.

HARTINFARCT

Kennis van het aantal gevallen van hartinfarct is zowel van belang voor het aanpassen van het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg als ten aanzien van wetenschappelijk onderzoeksbeleid.

Om een volledig inzicht te verkrijgen in de incidentie van het hartinfarct dient informatie verzameld te worden op verschillende niveaus. Het CBS stelt de doodsoorzakenstatistiek op en registraties in de ziekenhuizen en verpleeghuizen geven inzicht in de intramurale morbiditeit. Deze gegevens worden aangevuld met de informatie uit registratieprojecten van huisartsen. De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland is een van deze huisartsen-registratieprojecten.

In 1978 en in 1983-1985 heeft het onderwerp hartinfarct reeds op de weekstaat gestaan.

Er werden twee vragen geformuleerd:

1. In hoeveel gevallen nam u deze week maatregelen, als betrof het een hartinfarct? (Zowel primair als een recidief infarct, ook indien het een melding van eenzelfde patiënt betrof).
2. Hoe vaak leidde dit tot opname? (Binnen 48 uur).

Tussen deze beide eerdere registratie perioden zijn geen belangrijke verschillen gevonden in de frequentie van de meldingen (zie jaarverslag 1985 van de CMR-Peilstations).

De registratie uit de jaren 1983-1985 werd door J. Fracheboud nader uitgediept in het project 'Hartinfarct, hartbewaking of thuis blijven'⁹. In dit project stonden twee vragen centraal:

1. hoe vaak komt thuisbehandeling van een hartinfarct voor, wat houdt dit in en wat zijn de resultaten ervan en
2. is thuisbehandeling van een hartinfarct medisch verantwoord en, zo ja, kan deze behandeling beleidsmatig in de bestaande behandelwijzen van hartinfarct worden geïntegreerd?

Fracheboud komt tot de conclusie dat thuisbehandeling van myocardinfarcten in Nederland bij uitzondering voorkomt. In de door hem onderzochte groep patiënten betrof het patiënten van hoge leeftijd, die niet alleen leefden en in meerderheid in een grote stad of in het westen van het land

woonden. Deze patiënten hadden vaker een onduidelijk infarctbeeld en hooguit complicaties die door de huisarts goed behandeld konden worden. Het medische beleid na het hartinfarct was bij thuisbehandeling terughoudender en wellicht mede oorzaak dat deze patiënten zich subjectief iets slechter voelden. De letaliteit was echter niet opvallend hoger in vergelijking met de klinische behandelde groep patiënten als men rekening houdt met de gemiddelde hoge leeftijd en enig voorbehoud hanteert wegens het kleine aantal.

Het hartinfarct blijft echter ondanks de sterftedaling van vooral de acute vormen van ischemische hartaandoeningen een van de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte in Nederland.

In zijn bespreking van de stand van zaken betreffende de epidemie van het acute hartinfarct constateert Hoogendoorn na analyse van gegevens verzameld in de ziekenhuizen dat de ouderen een stijgende opnamefrequentie laten zien wegens acute ischemische hartziekten. In contrast daarmee dalen de aantallen opnamen van jongeren in de jaren 1969-1987¹⁰.

Naast de informatie uit de sterfte doodsoorzakenstatistieken en uit de registraties in de ziekenhuizen en verpleeghuizen blijft behoefte aan gegevens uit de huisartsenpraktijk.

Op verzoek van het Centrum voor Epidemiologie (prof. dr ir D. Kromhout en dr H. Verkleij) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne is in 1991 opnieuw een registratie van het hartinfarct opgezet.

Gevraagd wordt zowel het vermoeden op een hartinfarct te melden als het hartinfarct dat is bevestigd.

Bij een vermoed hartinfarct wordt gevraagd naar de achtergrond van het vermoeden: anamnese en onderzoek door de arts en de eventuele cardiologische voorgeschiedenis.

Bij een acuut overleden patiënt kan zonder obductie een infarct als doodsoorzaak worden vermoed.

Ook bij een bevestigd hartinfarct wordt naar de eventuele cardiologische voorgeschiedenis gevraagd. De diagnose kan bevestigd zijn op basis van een positief ECG en/of een enzymverhoging, danwel, wanneer het een fataal infarct, betreft door obductie.

Bij elke melding wordt een nagenoeg persoons-unieke set gegevens gevraagd over de patiënt waardoor het mogelijk is na te gaan of er sprake

is van dubbel meldingen, van meldingen van een vermoed infarct dat vervolgens wel of niet bevestigd wordt en het voorkomen van meerdere infarcten in een jaar bij eenzelfde patiënt. De gegevens in de tabellen hebben een voorlopig karakter. De meldingen zullen door een 'dubbel check' worden gecontroleerd.

De uitgebreide rapportage over de registratie heeft elders plaats.

In tabel 13 zijn de frequentie gegevens van het vermoede en bevestigde hartinfarct per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland weergegeven.

Tabel 13: aantal patiënten met een vermoed en bevestigd hartinfarct weergegeven, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder land
	A	B	C	D	1	2	3	
mannen								
vermoed	20	38	19	29	33	24	23	25
bevestigd	13	17	15	26	16	18	18	18
vrouwen								
vermoed	8	18	10	21	8	14	14	13
bevestigd	7	11	7	10	2	9	12	9
totaal								
vermoed	14	28	14	25	20	19	18	19
bevestigd	10	14	11	18	9	13	15	13

Een vermoed infarct dat later ook als bevestigd infarct wordt gemeld is in deze tabel zowel onder de categorie vermoed als bevestigd opgenomen.

Bij mannen wordt vaker een infarct vermoed en ook vaker een infarct gevonden dan bij vrouwen. De verhouding vermoed versus bevestigd infarct is voor beide sexen 3:2.

De westelijke provincies geven relatief weinig meldingen te zien. Deze bevinding komt overeen met het spreidingspatroon van de ischemische hartsterfte, zoals beschreven door Mackenbach, Kunst en Looman¹¹.

Leeftijdsverdeling

In tabel 14 zijn de frequenties per leeftijdsgroep gegeven.

Tabel 14: aantal patiënten naar leeftijdsgroep met een vermoed en bevestigd hartinfarct per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen.

leeftijds- groep	mannen			vrouwen			totaal	
	ver- moed	beves- tigd	to- taal	ver- moed	beves- tigd	to- taal	ver- moed	beves- tigd
≤ 24	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	(3)	(3)	(6)	-	-	-	(2)	(2)
30-34	(2)	-	(2)	-	-	-	(1)	-
35-39	(8)	(2)	(10)	(-)	-	(-)	(4)	(1)
40-44	21	13	34	-	(4)	4	11	9
45-49	18	15	33	(3)	(3)	(6)	10	9
50-54	34	23	57	12	(6)	18	23	14
55-59	60	54	114	12	-	12	36	27
60-64	70	84	154	35	22	57	51	51
65-69	116	68	184	40	37	77	76	51
70-74	143	74	217	66	58	124	100	65
75-79	122	23	145	114	40	154	117	33
80-84	93	134	217	63	63	126	74	87
≥ 85	75	75	150	88	35	123	84	48

De gegevens van één jaar registratie laten nog weinig uitspraken toe over de gevonden leeftijdsverdelingen.

De rubriek is voor 1992 gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE MAN

Sinds 1972 staat de bij de man verrichte sterilisatie als rubriek op de weekstaat.

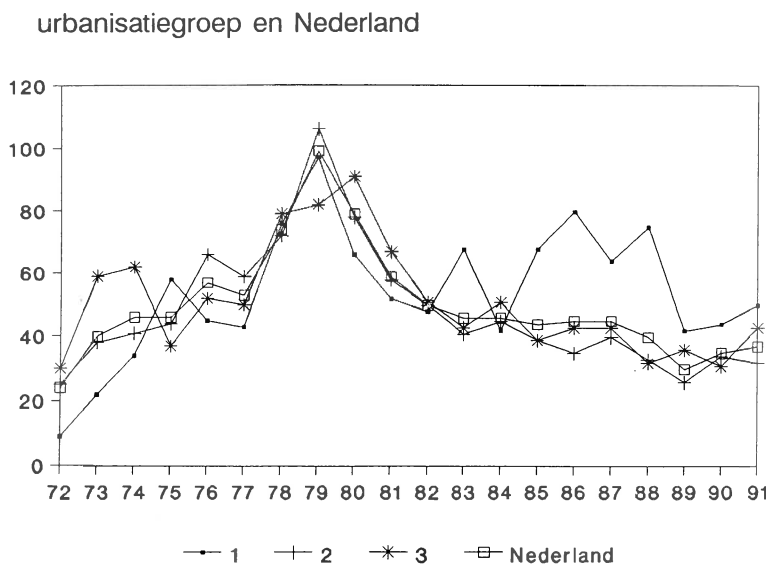
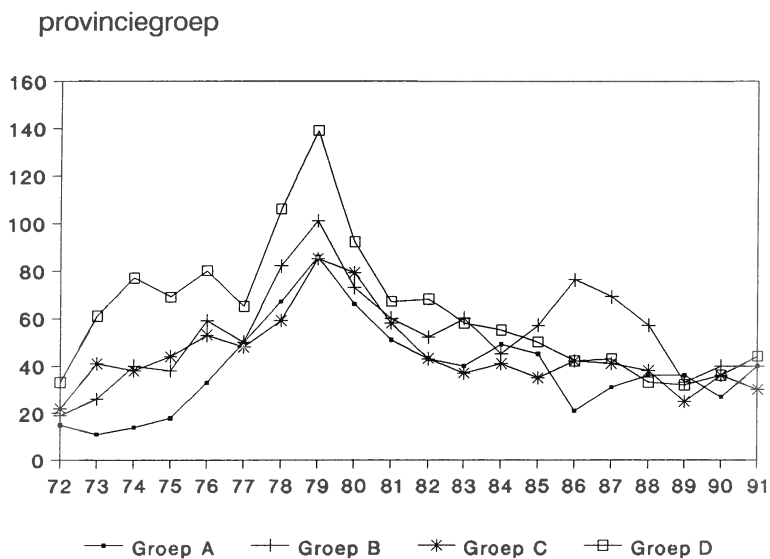
De uit deze rubriek verkregen gegevens worden, samen met die uit de rubrieken sterilisatie bij vrouwen verricht en morning-after pil voorgeschreven onder meer gebruikt voor het opstellen van een Nederlandse bijdrage aan het rapport van de Raad van Europa "Country Report of the Netherlands" en bij berekening 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 10).

Tabel 15: aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, 1982-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1991	40	40	30	44	50	32	43	37

Figuur 10
Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep
en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1991



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 en 1991 ligt het aantal echter weer hoger: 35 per 10.000 mannen.

Na extrapolatie komt men op 27.500 sterilisaties voor heel Nederland in 1991. Tussen de kwartalen bestaat 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 1991 28.000 sterilisaties bij mannen zouden zijn verricht (de zogenoemde 'vervangingsfactor'), dan zou het percentage ooit gesteriliseerde mannen gelijk aan dat van 1990 zijn gebleven. Aangezien in werkelijkheid 27.500 ingrepen werden uitgevoerd, was er in 1991 sprake van een zeer 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 1991¹².

In figuur 13 (zie pagina 56) 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.

Leeftijdverdeling

De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 16 gegeven (vergelijk figuur 14 zie pagina 57).

Tabel 16: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen, 1982-1991

	Leeftijdsgroep					
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64
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)
1991	-	(4)	67	128	29	(1)

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 1991 nog maar 2,0% is.

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

Tabel 16A: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1986-1991

	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)
1991	(4)	28	110	153	108	53	(3)

Sterilisaties bij mannen worden vooral verricht tussen de 30 en 45 jaar; het hoogste aantal sterilisaties wordt verricht tussen de 35 en 39 jaar.

In 1990 lijkt een eind gekomen te zijn aan de dalende trend in het aantal verrichte sterilisaties bij mannen. In de leeftijd van 30-44 jaar is voor 't eerst in jaren weer sprake van een toename. In 1991 zet deze ontwikkeling door.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ten minste 701.500 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 9,4% 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 1992 op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

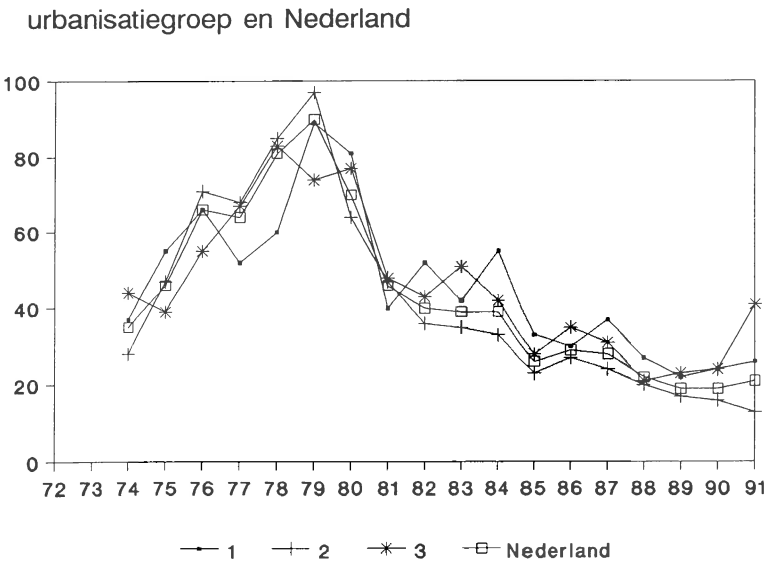
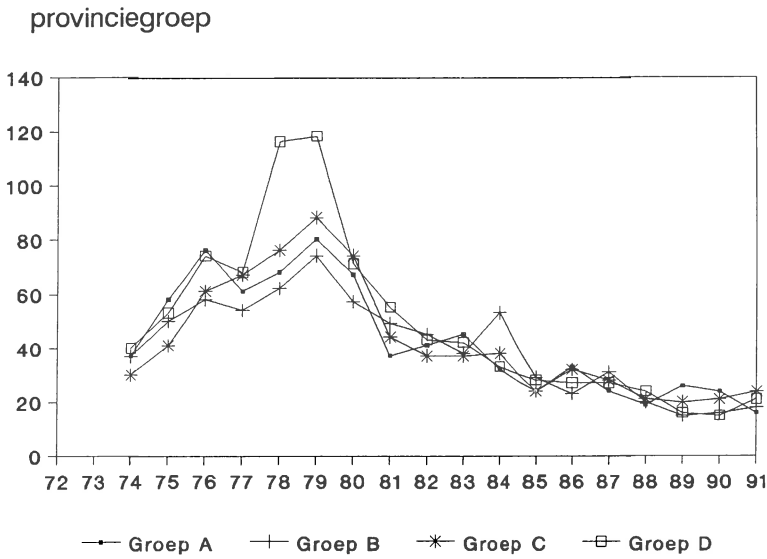
De bij de vrouw verrichte sterilisatie is in 1974 als rubriek op de weekstaat opgenomen (bij de man verricht in 1972). In 1991 werden 20 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, in 1990 was dit 19. Extrapolatie van deze cijfers naar heel Nederland levert een aantal van 16.000 sterilisaties in 1991. 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, 1982-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1991	16	18	24	21	26	13	41	21

Figuur 12

Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1972-1991



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.

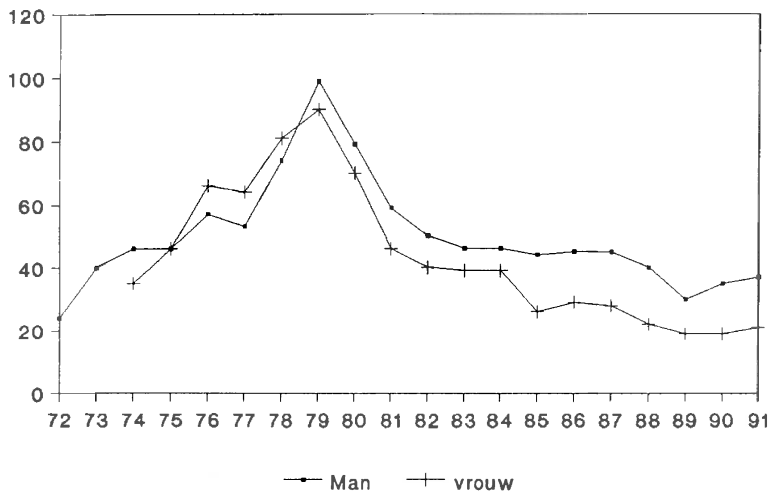
In figuur 13 is een vergelijking tussen het aantal sterilisaties bij vrouwen en mannen per jaar weergegeven. De curven vertonen tot 1985 een grote mate van overeenkomst. De opmerkingen die in het vorige hoofdstuk over het beloop zijn gemaakt, gelden ook hier. Vanaf 1985 zijn de curven voor mannen en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

Leeftijdsverdeling

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

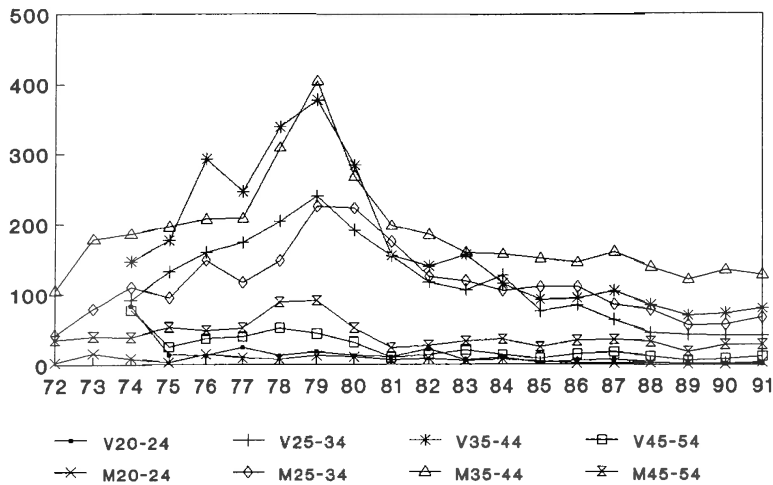
Figuur 13

Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1991



Figuur 14

Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1972-1991



Tabel 18: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
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
1991	-	(2)	(2)	42	80	12

Vanaf 1986 kan beschikt worden over de cijfers verdeeld in vijf- jaarsgroepen.

In tabel 18A worden de gegevens in leeftijdsgroepen van 5 jaar weergegeven.

Tabel 18A: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1986-1991

	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	-
1991	(2)	22	64	88	72	20	(3)

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 554.500 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 7,3% 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 \pm 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 daarna door. In 1990 is dit percentage 22,1 en in 1991: 21,8. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1991 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1990 bedroeg 52.900. In werkelijkheid lag dit aantal op slechts 43.500 (27.500 mannen en 16.000 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 9,6% in 1991. 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. Overigens is het interessant dat Nederland, voorzover bekend, het enige land is waar duidelijk meer mannen dan vrouwen gesteriliseerd zijn. Deze verhouding ligt momenteel op 56% mannen tegen 44% vrouwen. 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 1,6% in 1991. Sinds 1985 is er nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13,8% in 1985 naar 5,8% in 1991). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 18,3% in 1991).

De rubriek sterilisaties is voor 1992 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 1982.

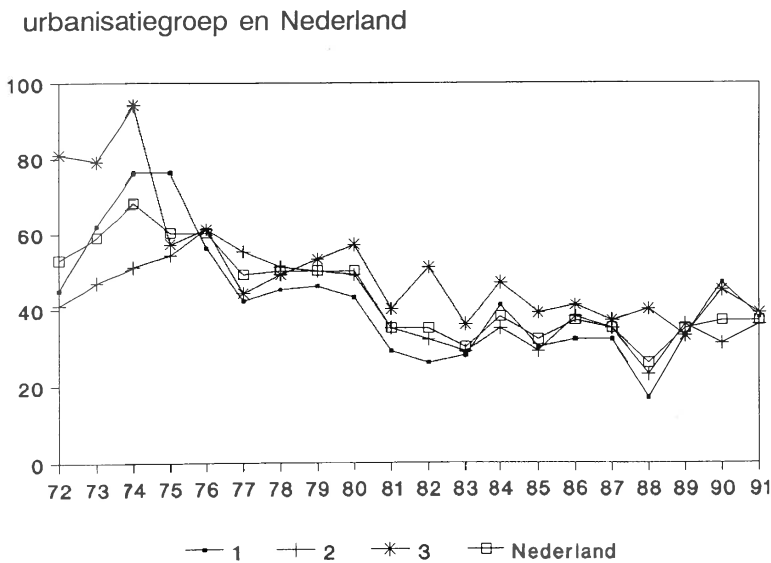
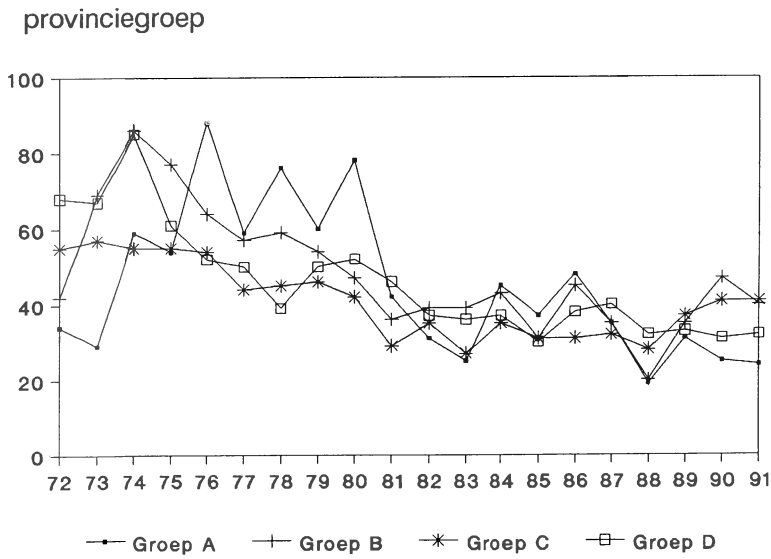
Tabel 19 geeft de frequentie inzake voorschrijven van de morning-after pil, per provincie- en urbanisatiegroep, en voor Nederland (vergelijk figuur 15).

Tabel 19: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1991	24	40	41	32	38	36	39	37

Figuur 15

Aantal malen dat de morning-after pil is voorgeschreven, per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991



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.

Na 1988 ligt het aantal voorschriften weer in de buurt van 35 per 10.000 vrouwen.

Leeftijdsverdeling

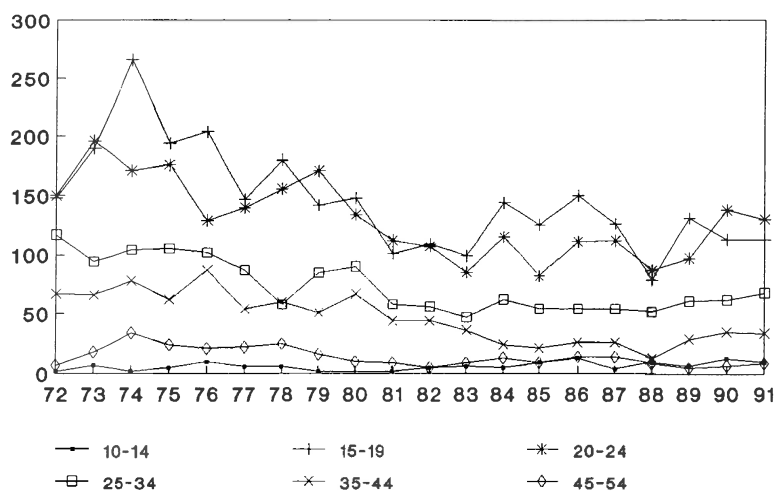
Tabel 20 geeft de leeftijdsverdeling van het voorschrijven van de morning-after pil (vergelijk figuur 16).

Tabel 20: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1991

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
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	13	113	138	62	35	(7)
1991	(10)	113	130	68	34	9

Figuur 16

Aantal malen dat de morning-after pil is voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1972-1991



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 1991 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, 1982-1991

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991*
11 jaar	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
12 jaar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 jaar	1	1	1	1	-	-	-	1	-	1
14 jaar	1	2	2	4	5	2	1	-	4	2
15 jaar	12	5	7	3	7	6	1	2	5	-
16 jaar	14	16	21	18	16	15	9	12	6	6
17 jaar	17	23	21	32	30	11	10	7	13	6
18 jaar	16	15	28	15	15	11	3	4	10	6
19 jaar	16	7	12	6	8	16	22	49	10	3
totaal	78	70	92	79	81	61	46	75	48	24

* In 1991 werd bij slechts 24 van de 59 meldingen de exacte leeftijd vermeld.

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 20 laat evenwel zien dat in 1990 en 1991 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. 109.

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 getrokken¹³. Ook anderen publiceerden over de grotere faalkans van de "alternatieve 2x2"-methoden¹⁴. 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. In 1991 was dit percentage: 25%.

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 onbeschermd 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.

De registratie van dit onderwerp wordt in 1992 niet gecontinueerd.

Er zijn de laatste jaren, -het jaar 1988 vormt een uitzondering-, weinig veranderingen in het patroon van het voorschrijven van de morning-after pil opgetreden. De registratie kan worden hervat wanneer ontwikkelingen, bij voorbeeld het ter beschikking komen van de zogenaamde "abortus pil" daartoe aanleiding geeft.

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 anticonceptie¹⁵. 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 één 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 plaats¹⁶.

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).

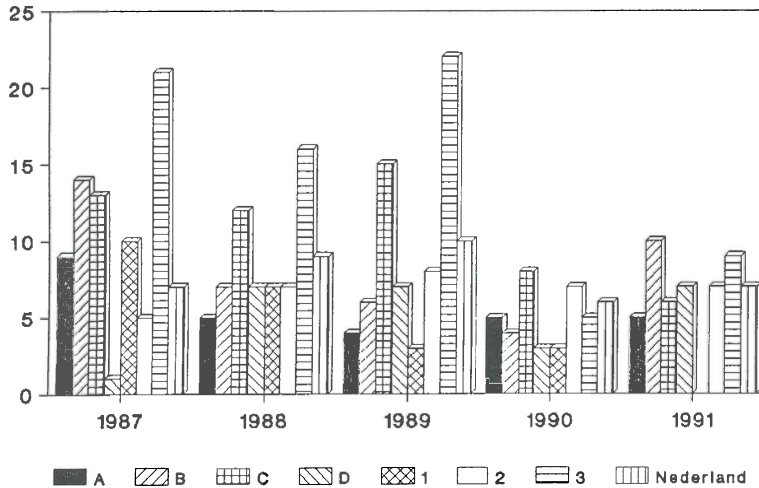
In tabel 22 worden de aantallen vrouwen met een zwangerschap, ondanks adequate anticonceptie gegeven per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland. De cijfers hebben betrekking op de vruchtbare leeftijd (vergelijk figuur 17).

Tabel 22: 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 1987-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	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
1991	5	10	6	7	-	7	9	7

Figuur 17

Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1987-1991



Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van deze gegevens; de gebeurtenis komt in absolute zin weinig frequent voor. De cijfers van 1987-1991 geven de indruk dat het falen van adequaat te achten anticonceptie meer voorkomt in het oosten, midden en westen van het land en in de grote steden. In 1990 en 1991 wordt dit patroon voor de grote steden niet bevestigd.

De daling op het platteland is opmerkelijk.

Leeftijdsverdeling

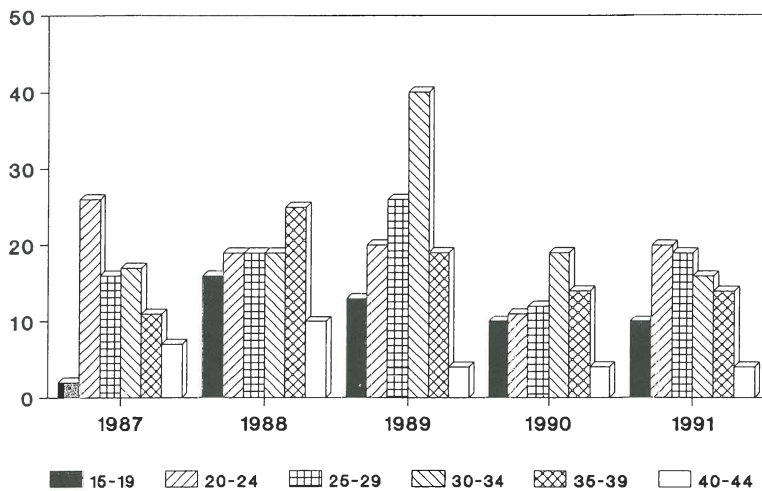
Tabel 23 geeft het voorkomen van zwangerschap ondanks adequate anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1991 (vergelijk figuur 18).

Tabel 23: aantal zwangerschappen ondanks adequaat te achten anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1991

	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)
1991	(10)	20	19	16	14	(4)

Figuur 18

Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1991



In de 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.

In 1991 was er één melding onder de leeftijd van 15 jaar; boven de 44 jaar was er geen melding.

In de leeftijdsgroep 20-29 jaar is het aantal meldingen het hoogste.

1991

Van de in totaal 49 gemelde zwangerschappen worden 23 voldragen. Eveneens 23 zwangerschappen worden afgebroken. Een van de gemelde zwangerschappen eindigt in een spontane abortus. Van 2 zwangerschappen is niet bekend of ze worden voldragen danwel afgebroken.

Van de gehuwde vrouwen kiest 50% voor het behoud van de zwangerschap; van de ongehuwde vrouwen is dat 45%.

De resultaten over de periode van 1987-1991 laten zien dat 6 op de 10 vrouwen bij een zwangerschap die is ontstaan ondanks adequaat geachte anticonceptie voor het afbreken ervan kiezen.

Wanneer de vrouw ongehuwd is kiest zij vaker voor het afbreken van de zwangerschap dan wanneer zij gehuwd is.

In 1992 is de registratie van dit onderwerp gestopt.

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" dat wordt uitgevoerd door het Centrum voor Epidemiologie van het Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Prof. dr ir D. Kromhout, dr H. Verkleij en drs D. Ruwaard) is het onderwerp op de weekstaat van 1990 geplaatst¹⁷.

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 peilstationarissen 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 is van een stijging in het aantal patiënten en wat 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 \geq 6,7 mmol/liter en/of een capillair bloedglucose \geq 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 heeft elders plaats. Hier wordt in eerste instantie gerapporteerd over de in 1990 en 1991 geregistreeerde incidentie en het voorkomen van acute ontregeling.

In tabel 24 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 24: 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 1990-1991

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
incidentie	1990 M	26	16	20	24	13	19	33	21
	1991 M	7	13	17	16	8	13	23	15
	1990 V	14	18	24	25	14	20	33	22
	1991 V	15	16	19	13	13	13	28	16
	1990 M+V	20	17	22	24	13	19	33	21
	1991 M+V	11	14	18	14	10	13	26	15
acute ontregeling	1990 M+V	6	4	4	5	2	5	5	4
	1991 M+V	3	5	4	7	6	3	8	5

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 25 is de leeftijdsspecifieke verdeling gegeven van de incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling.

Tabel 25: incidentie van diabetes mellitus en het voorkomen van acute ontregeling naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1990-1991

leeftijds- groep	incidentie				acute ontregeling	
	M		V		M+V	
	1990	1991	1990	1991	1990	1991
≤ 9	(1)	(3)	(1)	(1)	0	0
10-19	(4)	(1)	(2)	(1)	0	(1)
20-29	5	(2)	(2)	(1)	2	5
30-39	6	8	(2)	(4)	2	3
40-49	13	23	23	9	2	(2)
50-59	41	28	37	29	8	7
60-69	55	43	55	58	6	7
70-79	120	59	88	69	23	19
≥ 80	97	0	85	33	27	19

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.

Vergeleken met de periode 1980-1983 is de incidentie in 1990-1991 gestegen. De stijging treedt vooral op in de hogere leeftijdsgroepen. Nadere rapportage over de stijging van de incidentie volgt.

In 1992 is deze rubriek gewijzigd: enkel nog de incidentie zal worden geregistreerd.

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 1986-1991 respectievelijk 90, 96, 83, 89, 67 en 60.

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.

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, 1982-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1991	5	6	5	4	4	3	10	5

Leeftijdsverdeling

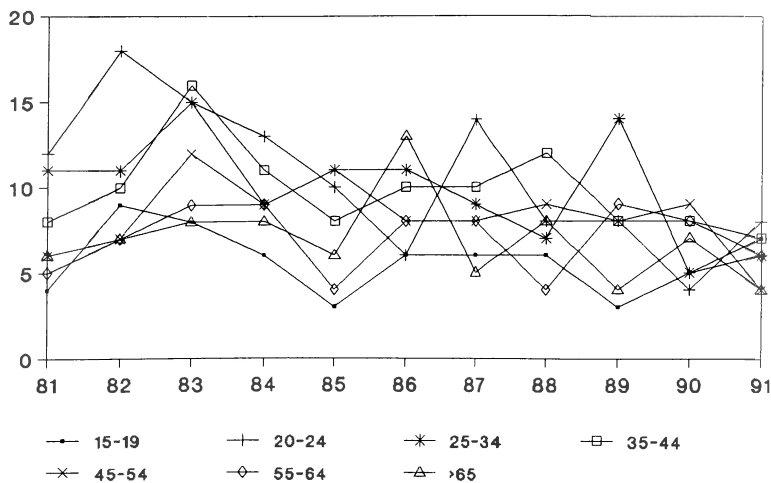
Tabel 27 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 19).

Tabel 27: aantal meldingen van een suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1982-1991

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1991	(1)	7	8	6	7	4	6	4

Figuur 19

Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1982-1991



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 1992 op de weekstaat gehandhaafd.

ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJN

Er zijn aanwijzingen dat een subarachnoïdale bloeding voorafgegaan wordt door een zogenaamde 'warning leak'¹⁸. Deze waarschuwendende 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 herseninfarct 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 voorheen 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) contact 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 1988-1991

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		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
1991		(1)	(4)	(1)	(1)	(1)	2	(1)	2
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
1991		(2)	(2)	2	(2)	(1)	1	(5)	2
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
1991		(2)	2	2	2	(1)	1	3	2

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

leeftijdsverdeling

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 1992 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.

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 onderzoeken 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 1-1-1990 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1990 ooit een mammografie verricht en wordt er **opnieuw** een dergelijk onderzoek gedaan dan dient dit te worden geregistreerd onder de subgroep 'herhalingsonderzoek'.

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 Rotterdam¹⁹).

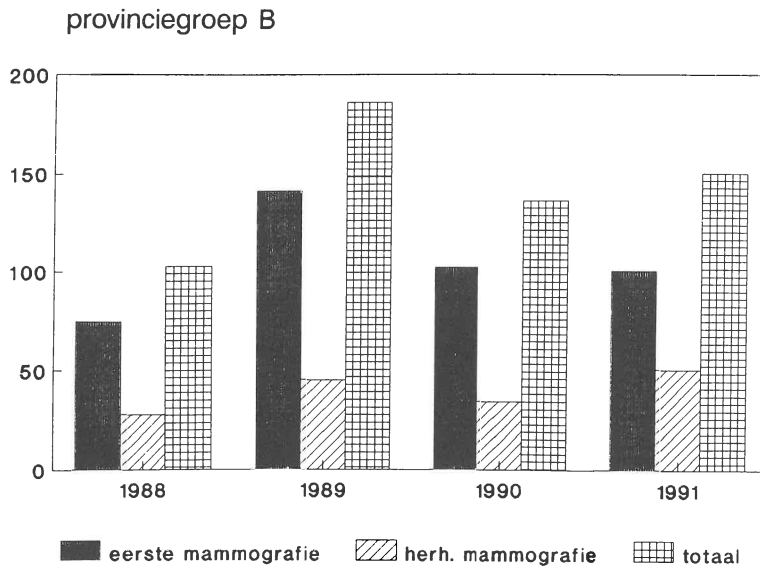
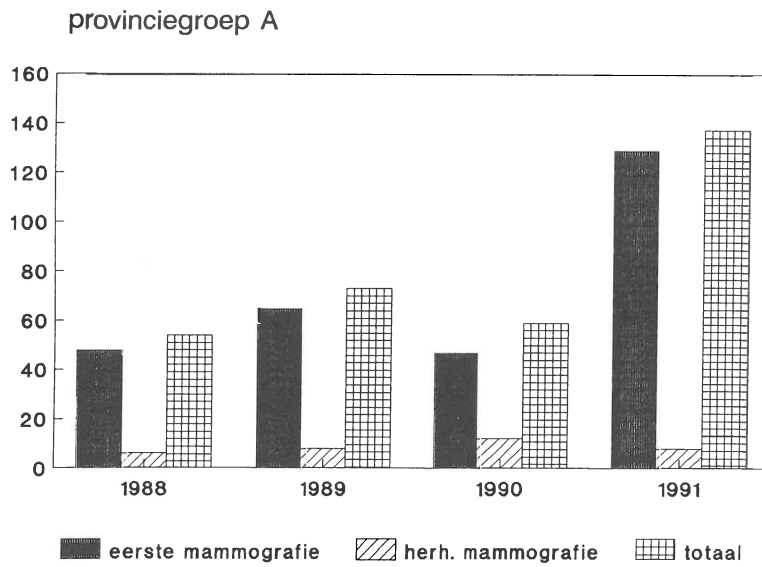
In tabel 29 worden de aantallen mammografieën vermeld per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 20 en 21).

Tabel 29: aantal mammografieën per provincie- en urbanisatiegroep en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988-1991

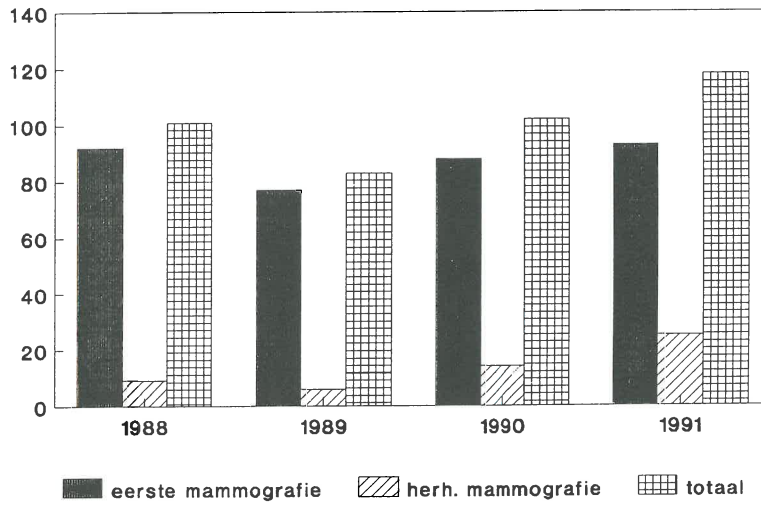
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammografie								
1988	48	75	92	81	80	79	81	80
1989	65	141	77	84	154	71	87	87
1990	47	102	88	125	102	87	101	92
1991	129	100	93	112	103	92	142	105
herhalingsmammografie								
1988	6	28	9	17	26	11	8	12
1989	8	45	6	15	41	10	11	15
1990	12	34	14	16	43	13	10	17
1991	8	50	25	20	54	22	20	26
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
1991	137	150	118	132	157	114	162	131

Figuur 20

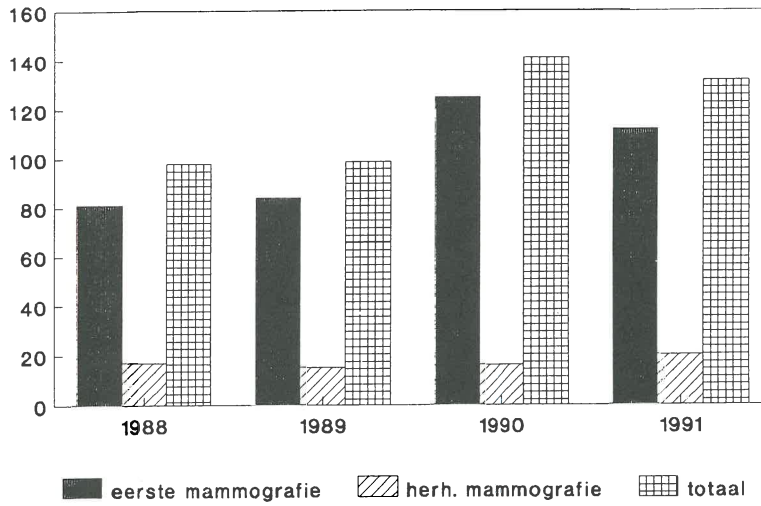
Aantal mammografieën per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1991



provinciegroep C

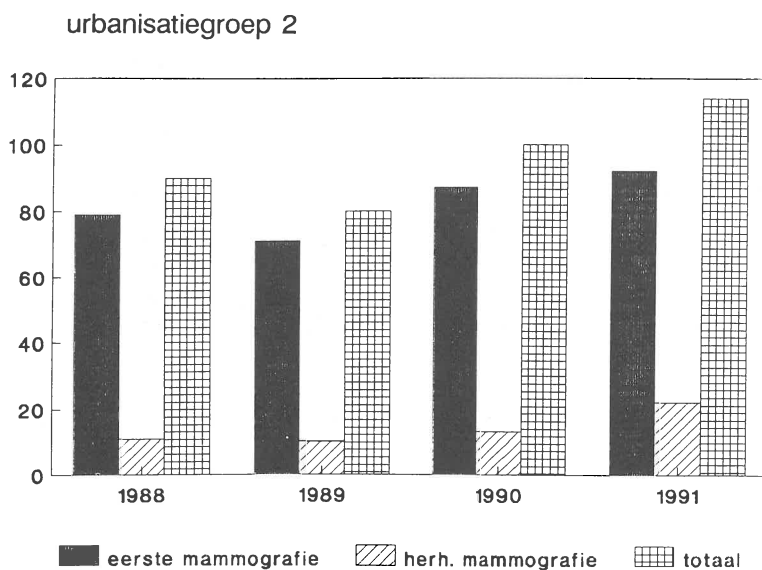
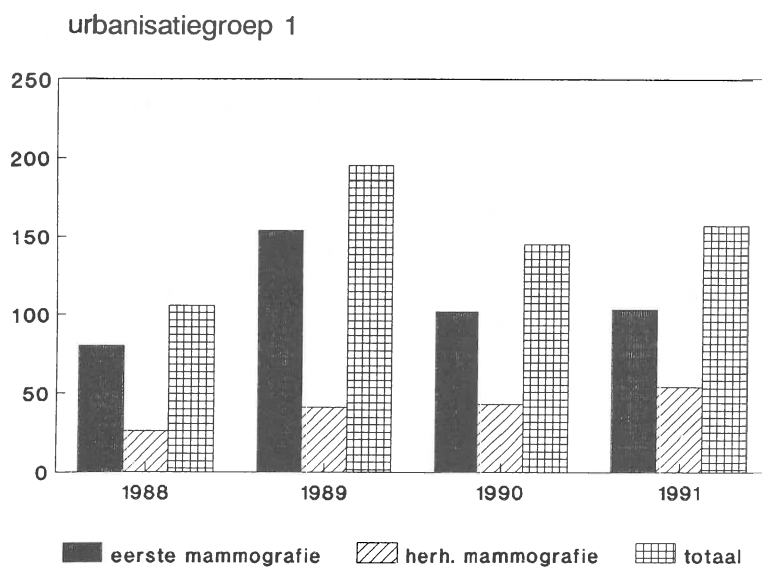


provinciegroep D

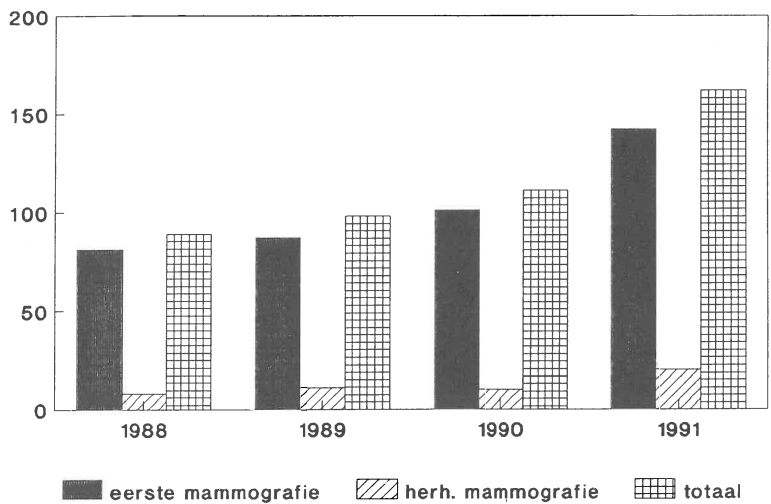


Figuur 21

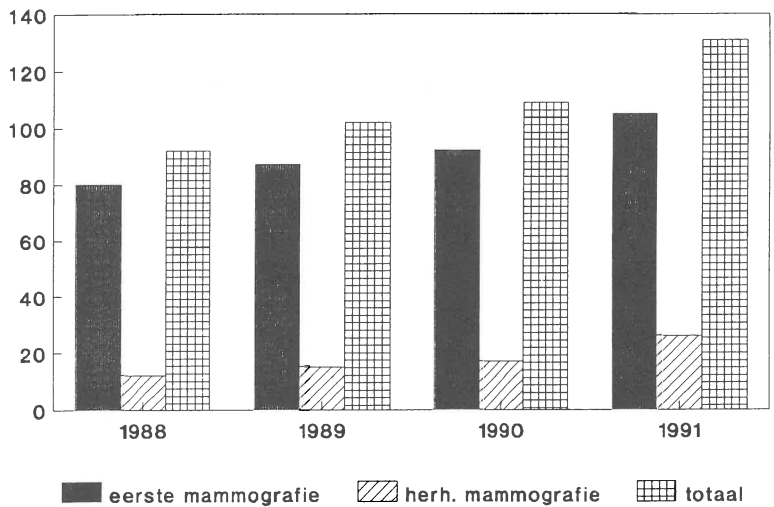
Aantal mammografieën per urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1991



urbanisatiegroep 3



Nederland



Het totaal aantal mammografieën is in 1991 aanzienlijk toegenomen: van 109 naar 131 per 10.000 vrouwen.

In 3 van de 4 provinciegroepen is er een toename; in de noordelijke provincies zelfs opmerkelijk. Van 59 naar 141 per 10.000 vrouwen.

Deze opmerkelijke toename treedt op bij de eerste mammografieën en wel vooral boven de leeftijd van 49 jaar.

In tabel 30 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen).

Tabel 30: aantal mammografieën naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988-1991

		leeftijdsgroep									
		30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
eerste mammografie											
1988	144	170	195	179	124	95	96	71	37	15	
1989	124	189	223	213	159	127	102	46	34	31	
1990	104	186	230	189	204	174	115	66	83	26	
1991	140	170	253	226	229	166	147	117	75	54	
herhalings mammografie											
1988	16	25	30	34	23	21	12	(4)	(8)	(10)	
1989	17	34	42	37	28	31	18	8	(8)	(10)	
1990	14	30	46	36	42	33	39	18	-	-	
1991	15	35	89	70	67	50	41	20	25	10	
totaal											
1988	160	195	225	213	147	116	108	75	45	25	
1989	141	223	275	250	187	158	120	54	42	41	
1990	118	216	276	225	246	207	154	84	83	26	
1991	155	205	342	296	296	216	186	137	100	64	

De registratie laat zien dat mammografieën vooral aangevraagd worden in de leeftijdsgroepen tussen 40 en 55 jaar. Dit "worried-well" patroon is voor de jaren waarin tot nu toe is geregistreerd, hetzelfde. In de leeftijdsgroep

van 50-70 jaar treedt de laatste jaren de grootste toename op van het aantal mammografieën.

Het merendeel (67%) van de door de peilstationarissen aangevraagde mammografieën vallen buiten de leeftijdsgroepen, die door het voorgestelde bevolkingsonderzoek worden omvat (zie ook tabel 31).

Het aandeel van de leeftijdsgroep 50-69 jaar is wel aan het stijgen: van 24% in 1988 naar 33% in 1991.

Tabel 31: proportionele verdeling alle mammografieën naar drie leeftijdsgroepen. Procenten

leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën				
	≤49	50-69	≥70	totaal
1988	73	24	3	100
1989	72	25	3	100
1990	65	31	4	100
1991	64	31	5	100
leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën				
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100
1990	65	30	5	100
1991	64	31	5	100

In 1992 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 vervolcontact afgesproken wordt. Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats²⁰. (drs. M. Moons en drs. L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg).

Tabel 32: aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners 1988-1991

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	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
1991	7	6	20	24	2	15	29	16

De toename van consulten over AIDS heeft zich in 1991 niet voortgezet. In 1991 worden de huisartsen in de zuidelijke provincies meer met vragen over AIDS geconfronteerd dan elders in Nederland. In de jaren daarvoor was dat minder uitgesproken. De huisartsen in de grote steden hebben ook meer consulten waarin AIDS ter sprake komt (vergelijk figuur 22).

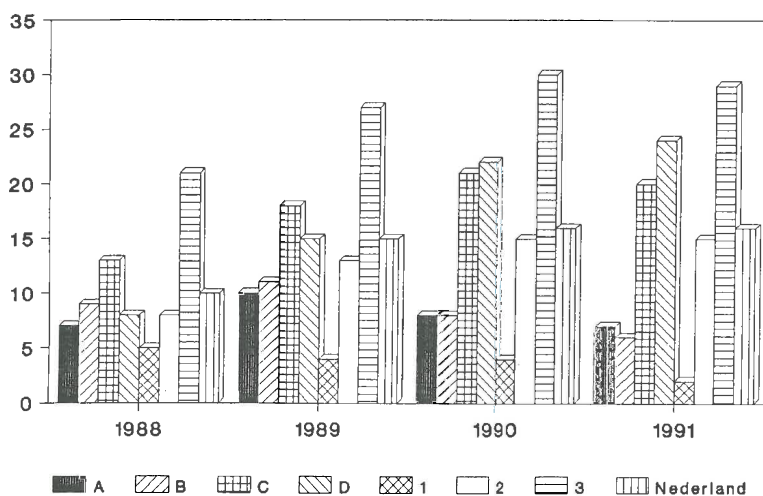
Uit de eerste aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten van vrouwen toeneemt. Was dit aandeel in het eerste jaar van registratie nog slechts 37%; in het laatste jaar was dit toegenomen tot 51%. De vrouwen die de huisarts bezoeken zijn gemiddeld iets jonger dan de mannen.

Dit laatste patroon kan ook onder de bellers van de AIDS-info-lijn worden vastgesteld.

Het aandeel van de telefonische consulten door mannen blijft echter hoger; 67%.

Figuur 22

Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1991



Leeftijdsverdeling

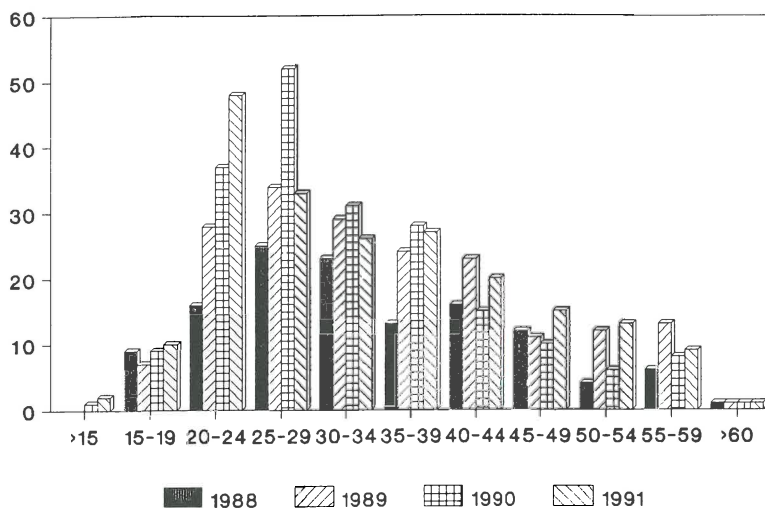
In tabel 33 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 23).

Tabel 33: aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1991

Leeftijdsgroep	1988	1989	1990	1991
≤ 14	-	-	(1)	(2)
15-19	9	7	9	10
20-24	16	28	37	48
25-29	25	34	52	33
30-34	23	29	31	26
35-39	13	24	28	27
40-44	16	23	15	20
45-49	12	11	10	15
50-54	(4)	12	(6)	13
55-59	6	13	8	9
≥ 60	(1)	(1)	(1)	(1)

Figuur 23

Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1991



Het merendeel van de vragen over AIDS bij de huisartsen wordt gesteld in de leeftijdsgroep van 20-44 jaar: het percentage schommelt rond de 80% in de jaren 1988-1991. 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 jaar²¹.

De rubriek is voor 1992 op de weekstaat gehandhaafd. Ook de registratie in het kader van Eurosentinel wordt voor 1992 gecontinueerd.

Eurosentinel²² (1990)

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.

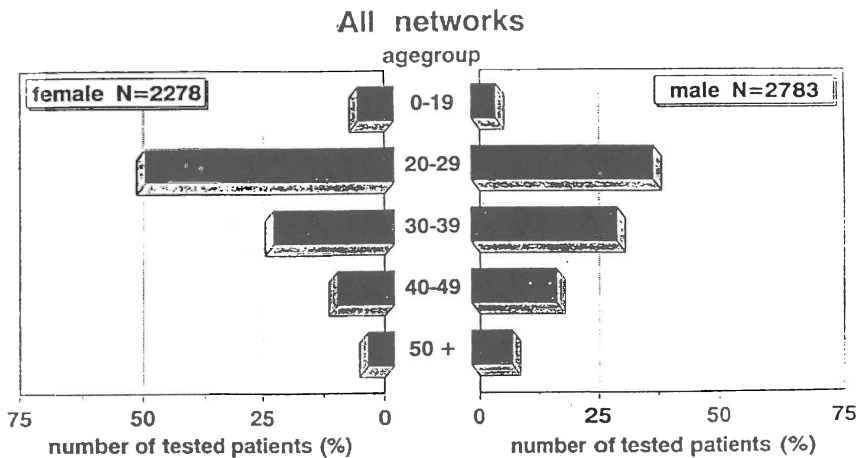
Dezelfde gegevens worden vastgelegd wanneer niet de patiënt om een test vraagt maar de huisarts daartoe het initiatief neemt.

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 34).

Tabel 34: belangrijkste redenen voor het aanvragen van een H.I.V.-test naar land en naar initiatiefnemer voor de test

test ordered by GP			Country	test asked by patient	
	%	N		N	%
prenatal screening	27	411	Belgium	464	35 heterosex. contact "at risk"
heterosex. contact "at risk"	24				29 anxiety
screening before marriage	40	627	France/ RNTMT	464	22 screening before marriage
prenatal screening	23				17 heterosex. contact "at risk"
screening before marriage	35	150	France/ Aquitaine	111	23 anxiety
heterosex. contact "at risk"	19				21 heterosex. contact "at risk"
prenatal screening	69	16	The Netherlands	104	65 heterosex. contact "at risk"
symptoms sugg. for HIV inf.	19				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 leeftjidsverdeling 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 0.1 in de Nederlandse peilstationpraktijken.

MONONUCLEOSIS INFECTIOSA

In de jaren 1977-1979 en in 1991 heeft mononucleosis infectiosa (de ziekte van Pfeiffer) op de weekstaat gestaan. In andere registratie netwerken waaronder the Weekly Returns Service van de Royal College of General Practitioners in het Verenigd Koninkrijk wordt de aandoening continu geregistreerd²³.

De ziekte wordt veroorzaakt door besmetting met het Epstein-Barr-virus, een mondiaal voorkomend virus uit de herpes virus groep. Het virus wordt overgebracht door speekselcontact of een druppel infectie.

In de ontwikkelde landen komt de aandoening vooral voor bij de oudere tieners en de jong-volwassenen. In de ontwikkelingslanden meer bij jonge kinderen.

Met enige regelmaat verschijnt de aandoening 'kissing disease' in het nieuws. De bijnaam van de mononucleosis infectiosa zal daar debet aan zijn. De teneur van de berichten is meestal dat het voorkomen ervan toeneemt.

Met een interval van ruim 10 jaar is in 1991 de mate van voorkomen van mononucleosis infectiosa opnieuw geregistreerd. De artsen is gevraagd de aandoening te melden wanneer bij een nieuwe patiënt de diagnose is bevestigd door hetzij een karakteristiek bloedbeeld, hetzij een positieve reactie van Paul Bunell, hetzij een positieve monosticon reactie of een combinatie van deze mogelijkheden.

In de jaren 1977-1979 is bij navraag gebleken dat de artsen op een enkele uitzondering na de niet voldoende specifiek geachte monosticon reactie combineren met één of beide andere bepalingen.

In tabel 35 zijn de incidenties per 10.000 mannen en vrouwen per provincie- en urbanisatiegroep vermeld (zie ook figuur 25). Er wordt vergeleken met de registratie uit 1977-1979.

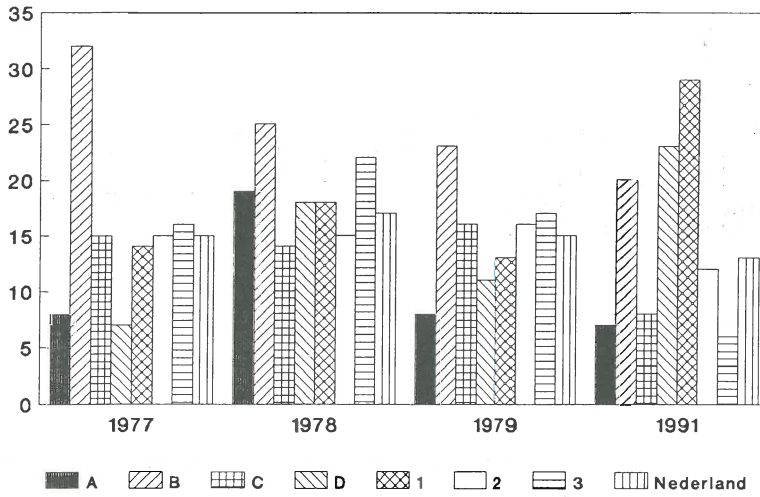
Tabel 35: Aantal gevallen van mononucleosis infectiosa per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 mannen en vrouwen , 1977-1979 en 1991

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1977	M	8	32	15	7	14	15	16	15
1978		19	25	14	18	18	15	22	17
1979		8	23	16	11	13	16	17	15
1991		7	20	8	23	29	12	6	13
1977	V	12	40	16	11	25	16	20	19
1978		16	35	12	15	25	15	16	17
1979		17	28	15	11	16	14	23	17
1991		5	17	10	28	13	14	14	15
1977	T	10	40	16	9	20	15	18	17
1978		17	30	13	16	21	15	19	17
1979		13	25	15	11	14	15	20	16
1991		6	18	9	26	21	13	10	14

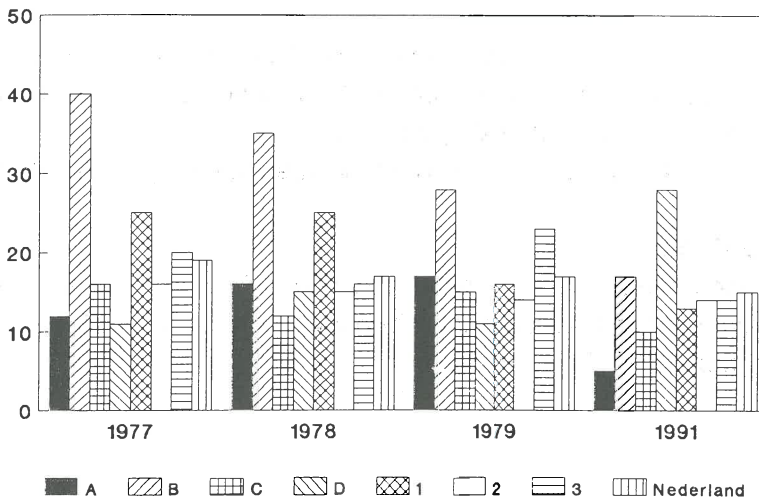
Figuur 25

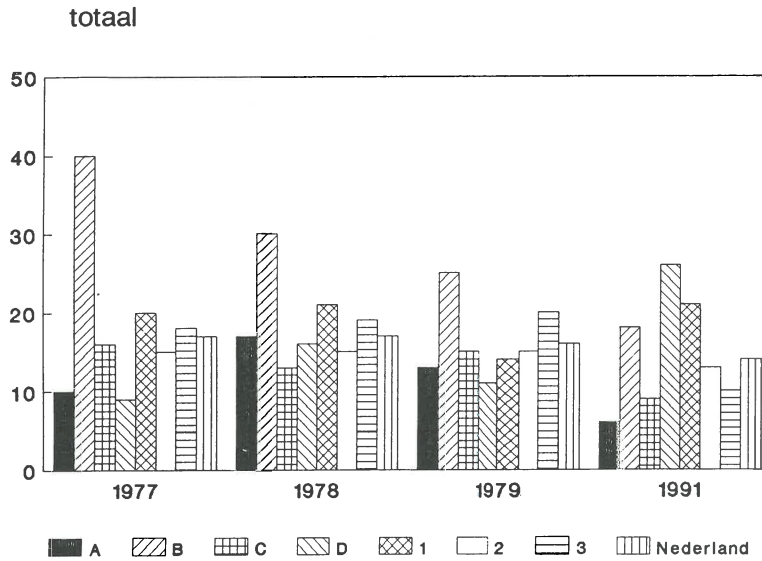
Aantal gevallen van mononucleosis infectiosa per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen en vrouwen, 1977-1979 en 1991

mannen



vrouwen





Het aantal meldingen is in 1991 enigszins lager dan in de jaren 1977-1979: 14 per 10.000 versus 17 per 10.000. Tussen de provincie- en urbanisatiegroepen zijn belangrijke verschillen: in het zuiden worden ruim 4 maal meer gevallen gemeld dan in de noordelijke provincies.

Op het platteland worden een factor 2 meer gevallen gemeld dan in de grote steden.

In de periode 1977-1979 werden meer gevallen gemeld in de oostelijke provincies; tussen de urbanisatiegroepen bestonden in die periode minder grote verschillen dan in 1991 het geval was.

Tussen mannen en vrouwen zijn er geen noemenswaardige verschillen.

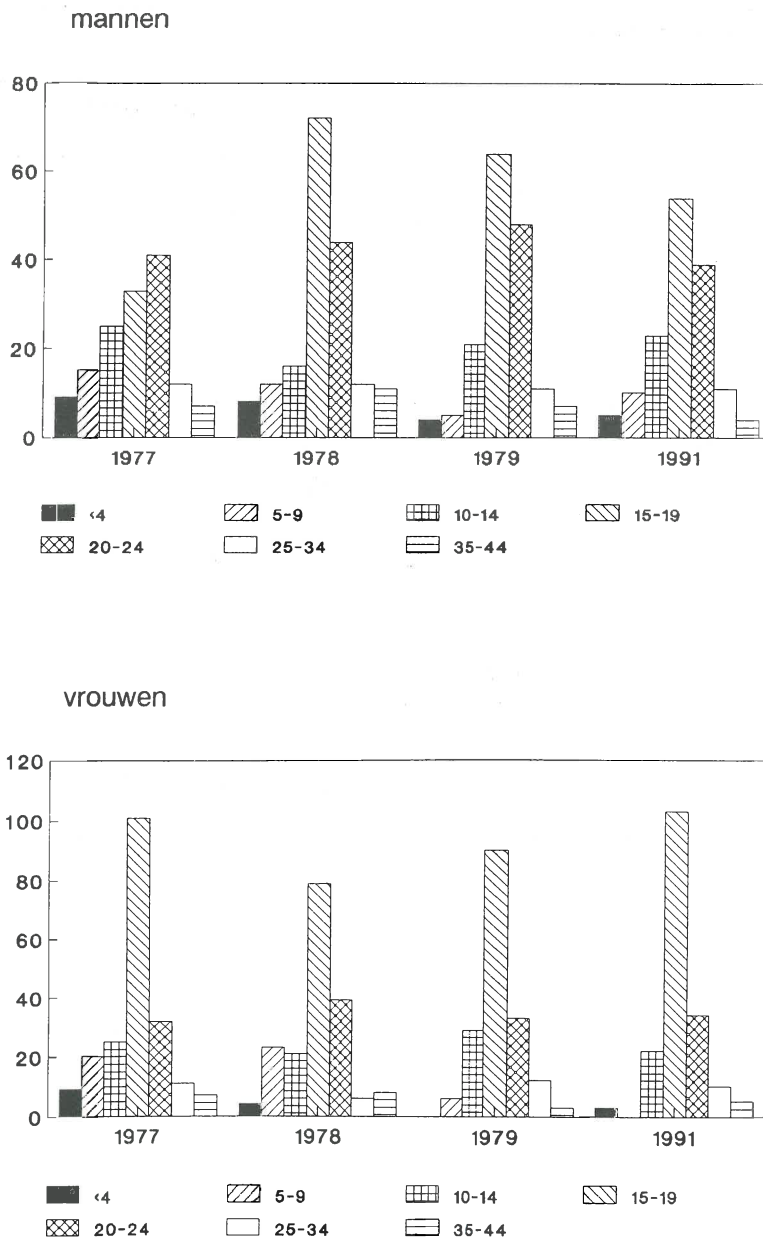
Leeftijdverdeling

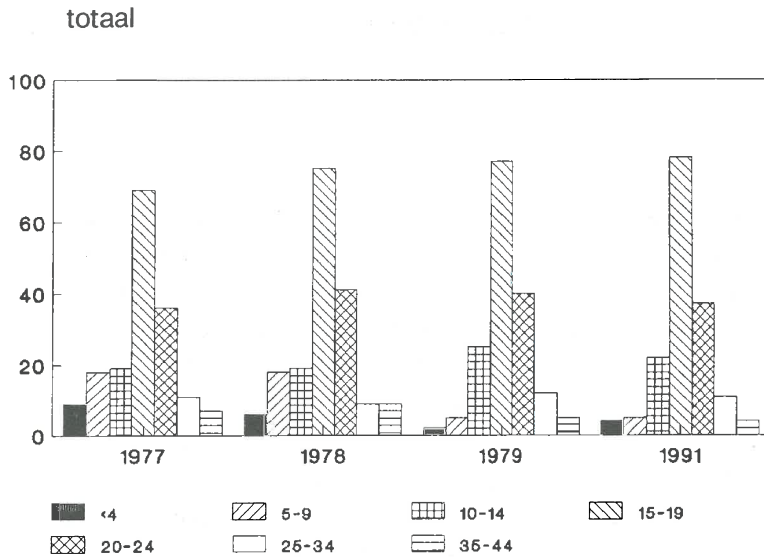
De leeftijdsspecifieke cijfers vertonen ook voor 1991 het verwachte beeld: het overgrote deel van de meldingen bevinden zich in de leeftijdsgroep van 10-29 jaar (tabel 36)(zie ook figuur 26).

Tabel 36: Aantal gevallen van mononucleosis infectiosa naar leeftijdsgroep, 1977-1979 en 1991

		leeftijdsgroep						
		<4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44
1977	M	9	15	25	33	41	12	7
1978		(8)	12	16	72	44	12	11
1979		(4)	(5)	21	64	48	11	7
1991		(5)	10	23	54	39	11	(4)
1977	V	9	20	25	101	32	11	7
1978		(4)	23	21	79	39	6	8
1979		-	(6)	29	90	33	12	(3)
1991		(3)	0	22	103	34	10	(5)
1977	T	9	18	19	69	36	11	7
1978		6	18	19	75	41	9	9
1979		(2)	5	25	77	40	12	5
1991		(4)	5	22	78	37	11	(4)

Figuur 26
 Aantal gevallen van mononucleosis infectiosa naar leeftijdsgroep, 1977-1979
 en 1991





De top van de meldingen ligt in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar: bij de vrouwen 2 maal meer dan bij de mannen. Net als in de jaren 1977-1979 het geval is ligt in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar het aantal meldingen bij mannen hoger dan bij vrouwen. Onveranderd daalt na het 25e jaar het aantal meldingen snel.

Mononucleosis infectiosa komt echter tot op oudere leeftijd voor. Ook in de jaren 1977-1979 was daarvan sprake.

Aangezien de registratie van het voorkomen van mononucleosis infectiosa geen wezenlijk nieuwe inzichten heeft opgeleverd is de rubriek in 1992 van de weekstaat afgevoerd.

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 'mammografie'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suicide(po-ging)' blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, als gevolg van het feit dat dit gebeuren vermoedelijk niet altijd aan de huisarts wordt gemeld²⁴.

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, 1982-1991 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
1991	7.419	7.591	15.010

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza	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
	1991			348			522.000
cervix- uitstrijkje - met klachten en/of symptomen	1982		57			41.000	
	1983		65			47.000	
	1984		57			41.000	
	1985		62			45.000	
	1986		65			48.000	
	1987		59			43.500	
	1988		76			56.500	
	1989		72			54.000	
	1990		55			41.500	
1991		73			55.500		

* zie pagina 111

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

rubriek	frequentie* incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-preventief	1982		297			214.000	
	1983		294			213.000	
	1984		336			244.000	
	1985		324			237.000	
	1986		398			293.000	
	1987		345			255.000	
	1988		369			274.000	
	1989		521			389.500	
	1990		577			434.500	
	1991		537			407.500	
-herhalings- onderzoek (binnen 3 jaar)	1982		170			122.000	
	1983		168			121.000	
	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	
	1991		239			181.500	

* zie pagina 111

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

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000 ¹)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
cervix- uitstrijkje totaal	1982		524			377.000	
	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	
	1991		857			645.000	
hartinfarct							
-vermoed	1991	24	14	19	18.000	10.500	28.500
-bevestigd	1991	17	9	13	12.500	7.000	19.500
sterilisatie	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
	1991	37	21		27.500	16.000	43.500
cumulatief					701.500 ¹	554.500 ²	

* zie pagina 111

1) vanaf 1972

2) vanaf 1974

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

rubriek	frequentie incidenties (per 10.000 ¹)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
morning-after	1982		35				25.000
pil voorge- schreven	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
	1991		37				28.000
	diabetes	1880			13		
mellitus	1981			12			17.000
incidentie	1982			12			17.000
	1983			11			16.000
	1990	21	22	21	15.000	16.000	31.000
	1991	15	16	16	11.000	12.000	23.000
prevalentie	1980			125			176.000
	1990-1991	107	140	124	79.000	105.500	184.500
acute ont- regeling	1990			4			6.000
	1991			5			7.500

* zie pagina 111

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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
suïcide (-poging)	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
	1991			5			7.500
zwangerschap	1987		7			5.000	
ondanks	1988		9			6.500	
a.c.	1989		10			7.500	
	1990		6			4.500	
	1991		7			5.500	
eerste mammografie	1988		80			59.500	
	1989		87			65.000	
	1990		92			69.000	
	1991		105			80.000	
herhalings mammogra- fieën	1988		12			9.000	
	1989		15			11.000	
	1990		17			13.000	
	1991		26			19.500	

* zie pagina 111

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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000 [*])				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
mammogra- fieën totaal	1988		92			68.500	
	1989		102			76.000	
	1990		109			82.000	
	1991		131			99.500	
angst voor aids	1988			10			15.000
	1989			15			22.000
	1990			16			24.000
	1991			16			24.000
mononucleosis infectiosa	1977	15	19	17	10.000	13.000	23.000
	1978	17	17	17	12.000	12.000	24.000
	1979	15	17	16	10.000	12.000	22.000
	1991	13	15	14	10.000	11.500	21.500

* 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 1991 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 euthanasie, danwel hulp bij zelfdoding 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'²⁵.

De gegevens per patiënt(e) zijn aan het eind van deze paragraaf te vinden. Dit overzicht behoeft niet veel toelichting.

In 1991 was het aantal verzoeken 40. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 80% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 31; zes patiënten wonen in een verzorgingshuis. Een patiënt verblijft in het ziekenhuis; van 2 patiënten is dit gegeven niet vermeld.

Bij 25 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 34 patiënten; 6 patiënten vragen om hulp bij zelfdoding. Bij 32 van de 40

verzoeken raadpleegde de huisarts een andere arts. Van de 40 patiënten hebben 30 een zo genaamde euthanasieverklaring getekend.

Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1991.

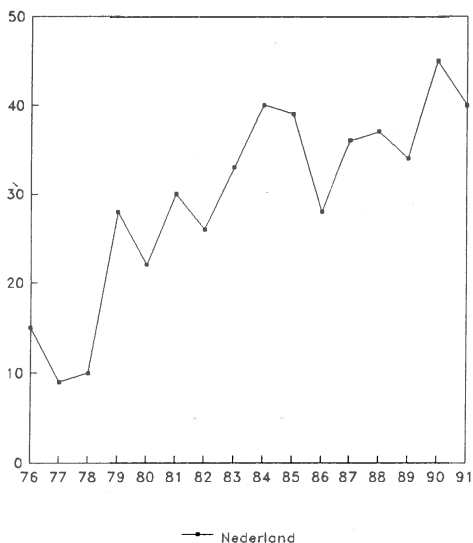
De verdeling van het aantal verzoeken per provincie- en urbanisatiegroep en per geslacht is in tabel 37 te vinden (vergelijk figuur 27).

Tabel 37: absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland 1976-1991

absoluut	M	V	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
			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
1991	21	19	7	5	23	5	2	21	17	40

Figuur 27

Absolute aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding, voor Nederland, 1976-1991



Het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provincie- en urbanisatiegroep is weergegeven in tabel 38 en tabel 39.

Tabel 38: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1991*

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	17	10
gemiddeld aantal verzoeken	11	7	15	7
Spreiding	0 - 24	2 - 24	0 - 27	2 - 15

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Tabel 39: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar urbanisatiegraad 1976-1991*

	urbanisatiegraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	21	13
gemiddeld aantal verzoeken	7	10	15
Spreiding	2 - 19	0 - 21	2 - 27

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

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 40 te vinden.

Tabel 40: absoluut aantal patiënten, dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1976-1991

	≤54	55-64	65-74	75-84	≥85	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
1991	9	5	11	10	5	40

Overzicht van de gemelde verzoeken.

In de overzichtsbandel welke verscheen bij gelegenheid van het 20-jarige bestaan van de CMR-Peilstations zijn de tot en met 1987 gemelde verzoeken beschreven: in totaal 316 verzoeken²⁶.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 472 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 257 gedaan door een man (54%).

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 41.

Tabel 41: aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1991

	n	%
maligne neoplasma	337	71
hart- en vaatziekten	35	8
chronische obstructieve longziekten	23	5
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	30	6
overige ziekten	47	10
totaal	472	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 42.

Tabel 42: percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (na absolute aantallen verzoeken), 1976-1991

	≤ 54		55-64		65-74		75-84		≥ 85	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
maligne aandoeningen	79	(60)	88	(81)	88	(115)	57	(73)	17	(8)
hart- en vaatziekten	0	(0)	1	(1)	2	(3)	16	(20)	24	(11)
chron. obst. longziekten	1	(1)	4.5	(4)	2	(3)	8	(10)	11	(5)
symptomen en onvolledig	3	(2)	2	(2)	1	(1)	5	(6)	41	(19)
overige ziekten	17	(13)	4.5	(4)	7	(9)	14	(18)	7	(3)
	100	(76)	100	(92)	100	(131)	100	(127)	100	(46)

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 nierinsufficiëntie en rheumatoïde 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 43 is de procentuele verdeling gegeven van het aantal verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar per aandoening.

Tabel 43: percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1991 (n=absolute aantallen verzoeken)

	≤ 64		≥ 65		totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
alle aandoeningen	36	(168)	64	(302)	100	(470)
alle maligniteiten	42	(141)	58	(196)	100	(337)
hart- en vaatziekten	3	(1)	97	(34)	100	(35)
chr. obstr. long- ziekten	22	(5)	78	(18)	100	(23)
symptomen en onvol- ledig omschreven ziekten	13	(4)	87	(26)	100	(30)
overige ziekten	36	(17)	64	(30)	100	(47)

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 44).

Tabel 44: 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)

	≤ 64		≥ 65		totaal	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
alle maligniteiten	42	(141)	58	(194)	100	(335)
maag	33	(12)	67	(24)	100	(36)
colon/rectum	35	(19)	65	(36)	100	(55)
trachea/long	43	(37)	57	(49)	100	(86)
borst	56	(18)	44	(14)	100	(32)
Overige	45	(57)	55	(71)	100	(128)

Wanneer borstkanker de aanleiding tot het verzoek is het percentage patiënten 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 63% in 1991.

Extrapolatie van deze gegevens op de Nederlandse bevolking is mogelijk, maar hierbij dient goed in het oog te worden gehouden dat men dat getal betreft 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), 1991.

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
92	V	ouderdom	geen zin meer
91	V	c.v.a.	uitzichtloosheid
90	M	maagcarcinoom	aftakeling
89	V	gemetastaseerd sigmoidcarcinoom	verwacht lijden, verval, decorum verlies
87	V	onduidelijk	ernstige depressie, pijn
84	M	multi infarct syndroom	
84	V	coloncarcinoom	kwaliteit leven
84	V	maagcarcinoom	uitzichtloosheid, pijn
83	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	veel pijn
82	V	totale geestelijke en lichamelijke aftakeling	onwaardig bestaan, lijden
81	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	toenemende pijn en passage
77	M	longcarcinoom	toenemende benauwdheid
76	M	M. Kahler	terminale pijnen, wanhoop
76	M	maagcarcinoom	ontluistering
75	V	mammacarcinoom diverse bot metastasen	pijn, uitzichtloosheid
74	M	maagcarcinoom	aftakeling, hulpbehoevend, afhankelijkheid, pijn
72	V	gemetastaseerd ovariumcarcinoom	ondraaglijk lijden
71	M	longcarcinoom gemetastaseerd	angst voor pijn

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1991 (vervolg).

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
71	V	mammacarcinoom	ontluistering, pijn
70	V	gawitz tumor	ondragelijk lijden
69	M	coloncarcinoom	lever metastasen
69	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	pijn, misselijkheid
68	M	maagcarcinoom	angst voor pijn, e.d.
68	M	gemetastaseerd adenocarcinoom	veel pijn
67	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	obstructie
65	V	longcarcinoom dwars leasie	ontluistering
63	M	M. Hodgkin	
63	M	longcarcinoom	dyspnoe, pijn
61	V	coloncarcinoom	wil niet lijden zoals broer en zus
60	M	bronchuscarcinoom	ondraaglijk lijden
56	V	longcarcinoom	toenemende benauwdheid
52	M	mondbodemcarcinoom metastasen	onbehandelbaar
51	M	pancreascarcinoom	
48	V	gemetastaseerd melanoom	metastasering
47	M	Grawitz tumor	uitputting
47	V	pancreascarcinoom	uitzichtloosheid, nood situatie
46	V	ovariumcarcinoom	lijden
42	M	aids	
37	M	aids	toenemende aftakeling, pijn, hulpbehoevend, geen waardig- heid
30	M	aids	uitzichtloosheid, slechte toestand

Het onderzoek wordt in het jaar 1992 gecontinueerd.

Lyme disease

In 1989 werden door Nohlmans en medewerkers op 20 plaatsen in Nederland teken verzameld en onderzocht op hun besmetting met de spirocheet *Borrelia burgdorferi*, die de infectieziekte Lyme-borreliose bij de mens veroorzaakt. De infectie ontstaat door een beet van een besmette teek.

Op alle door Nohlmans onderzochte lokaties werden besmette teken aangetroffen; langs bomen, op wandelpaden en parkeerterreinen rond de bossen, duin- en heidegebieden. Ook in huis kan de mens via een huisdier dat de teek op zich draagt met de teek in aanraking komen en gebeten worden.

In Nederland is bij bloeddonors onderzoek gedaan naar het percentage dat antistoffen tegen *B. burgdorferi* blijkt te hebben²⁷. Dit varieert naar regio van 2 tot 17 met een gemiddelde van 8,7. Van dit gemiddelde uitgaande zouden er in Nederland ongeveer 1.300.000 mensen antistoffen hebben.

Slechts bij 2-3% van de mensen bij wie antistoffen aantoonbaar zijn komen klinische symptomen voor. Dit zou een prevalentie betekenen van 30-45.000 patiënten. Bij een gemiddelde levensverwachting van 75 jaar is de te verwachten incidentie 400-600 patiënten per jaar.

De peilstationartsen is in 1991 gevraagd de nieuwe patiënten met Lyme-borreliosis te melden. Naast leeftijd en geslacht wordt het beroep van de patiënt gevraagd, de mogelijke plaats van besmetting, het stadium waarin de ziekte manifest is geworden en of een serologische bevestiging van de diagnose is verkregen.

In 1991 zijn 8 meldingen gedaan. De leeftijd varieert van 9 tot 60 jaar. Van de 8 meldingen zijn 5 serologisch bevestigd. De vermoedelijke plaats van besmetting is bij 2 patiënten onbekend, drie patiënten zijn in het buitenland door een teek gebeten. Twee patiënten zijn buitenshuis besmet in Nederland en de jongste patiënt is vermoedelijk besmet door een huisdier.

Er zijn geen meldingen uit de oostelijke en zuidelijke provincies gekomen. Uit elk van de drie urbanisatie groepen zijn meldingen gedaan.

De registratie van dit ziektebeeld wordt in 1992 herhaald.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 1992 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a. Influenza(-achtig ziektebeeld)
 - b. Cervixuitstrijkje
 - c. Hartinfarct, vermoed/bevestigd
 - d. Sterilisatie verricht bij de man
 - e. Sterilisatie verricht bij de vrouw
 - f. Vermoeden op bijwerking cosmetica
 - g. Diabetes Mellitus
 - h. Suïcide(poging)
 - i. Acute ongewone hoofdpijn
 - j. (Poli) klinische mammografie
 - k. Sportletsels (1e consult)
 - l. Bij- of wespesteek
 - m. Urethritis bij man
 - n. Angst voor AIDS
 - o. Gastro-enteritis
2. De incidentele onderzoeken voor 1992 betreffen de onderwerpen euthanasie, Lyme disease en vaccinatie tegen influenza.
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 PEILSTA- TIONS

Overzicht per 1 januari 1992.

- 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, G-0 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., H. BIJKERK. Vijftien jaar Peilstations Nederland, 1970-1984. Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 6, p. 207-210
- DIEKSTRA, R.F.W., M. VAN EGMOND. Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986. Acta Psychiatrica Scandinavica; 79, 1989, p. 268-275
- 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)
- 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. BARTELD. 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., 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
- SPIEKSMAN, 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
- VECHT-HART, C.M., P.A.H. VAN NOORD. Kankerregistratie gepeild. Utrecht: Nivel, 1989

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations
Deelnemende artsen in 1991

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 1991

Mw. Y.E.V. van Hazel	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
G.C.J.M. van Rooy/C.J.J. Kloos/ P.van Dijk/Mw. B. Hart (vanaf 1-1-'91)(comb.-praktijk)	Schiedam	Zuid-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	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 (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman/Mw. M.J. van Walsum (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/M. Klomp (vanaf 1-5-'91)(comb.-praktijk)	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 1991

Proj. no.	Verslagjaar	Code peilstat.	Week no.
4 0 0 0	9 1		

Leeftijdsgroep	Influenza (-achtig) ziektebeeld ²⁾		Cervixuitsrijkje ³⁾				Hartinfarkt		Sterilisatie verricht ⁷⁾		Morning-after pil voorgeschreven ⁸⁾		Diabetes Mellitus			Suicide(poging) ¹⁰⁾		Acute ongewone hoofdpijn ¹¹⁾		Zwangerschap (ondanks a.c.) ¹²⁾		Mammografie		C.A.I.D.S. ¹³⁾		Mono-nucleosis infectiosa ¹⁴⁾		Leeftijdsgroep
	M+V	V	Kuchelke, symptomen	Louter preventieve overwegingen ⁴⁾	Vermoede ⁵⁾	Bevestigd ⁶⁾	M	V	M	V	M	V	Incidentie ⁹⁾	Prevalentie ⁹⁾	acute ontregeling ⁹⁾	M+V	M	V	M	V	Nt 1-1-1990 voor 1e maal	Herhalingsonderzoek	M+V	M	V	M	V	
1	< 1																											< 1
2	1-4																											1-4
3	5-9																											5-9
4	10-14																											10-14
5	15-19																											15-19
6	20-24																											20-24
7	25-29																											25-29
8	30-34																											30-34
9	35-39																											35-39
10	40-44																											40-44
11	45-49																											45-49
12	50-54																											50-54
13	55-59																											55-59
14	60-64																											60-64
15	65-69																											65-69
16	70-74																											70-74
17	75-79																											75-79
18	80-84																											80-84
19	≥ 85																											≥ 85

Week nummer :

Opgemaakt t.d.:

Aantal dagen gerapporteerd (zie voetnoot 1)

0 1 2 3 4 5

Zie ommezijde voor voetnoten

BIJLAGE 3a

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1992 (alfabetisch)

onderwerpen

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute ongewone hoofdpijn	1988-1992
aids (angst voor)	1988-1992
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgescreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespsteek	1992
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1992
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1992
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
gastro-enteritis	1992
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1992
hondebeten	1987
hoofdpijn (acute, ongewone)	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-1992
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegings- apparaat	1984

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1992 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1992
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
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 \geq 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 en 1992
sterilisatie bij de man verricht	1972-1992
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1992
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-1992
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/ recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1992 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
vermoeden op bijwerking cosmetica	1992
voorschrijven rohypnol	1987-1988
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

BIJLAGE 3b

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-1992
(alfabetisch)

onderwerpen

alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1977-1992
incest	1988
lyme disease	1991-1992
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

BIJLAGE 4

Leeftijdsofbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizend-
tallen, 1 januari 1990 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	484	463	947
5- 9	453	434	887
10-14	463	441	904
15-19	535	513	1.048
20-24	646	620	1.266
25-29	669	637	1.306
30-34	629	603	1.232
35-39	589	566	1.155
40-44	621	592	1.213
45-49	470	446	916
50-54	405	393	798
55-59	360	366	726
60-64	324	354	678
65-69	283	342	625
70-74	207	281	488
75-79	147	237	384
80-84	83	171	254
≥ 85	51	132	183
totaal	7.419	7.591	15.010

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

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEEND
 16-06-92

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 1991 WEEK: 01 T/M 02

LEEFTIJDS- GROEP POPULATIE "YNFLU"-CERVIXIJSYRINKIE "INFU"-1.1.89 HERHAL. HERHAL. HARTINFARCT VERHOED AMI BEVESTIGD AMI
 ENZA" ENZA" IE HAAL IE HAAL WEGENS PREVENT WEGENS PREVENT

	H	V	T	B	V	V	V	V	V	M	V	T	M	V	T
1-4 JR	330	331	661	1049	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	3314	3218	2832	238	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4092	3940	8032	862	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	3921	4095	8016	463	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24 JR	4845	4880	9725	385	12	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-29 JR	5648	5557	11205	288	76	194	40	23	0	0	0	0	0	0	0
30-34 JR	2021	5931	11552	302	105	474	86	98	3	0	0	2	3	0	2
35-39 JR	5546	5487	11033	335	113	843	124	186	2	0	0	1	0	0	0
40-44 JR	5098	5102	10200	345	155	1582	129	203	8	0	0	4	2	0	1
45-49 JR	5299	5144	10443	306	125	1258	189	570	21	0	0	11	13	4	9
50-54 JR	3995	3988	7983	328	148	1283	176	477	18	3	10	15	3	3	9
55-59 JR	3631	3456	6987	292	151	1343	203	368	34	12	23	23	6	14	14
60-64 JR	3359	3377	6735	291	80	237	59	110	60	12	36	54	0	27	27
65-69 JR	2864	3188	6052	292	44	122	19	16	70	35	51	84	22	51	51
70-74 JR	2671	3000	5671	251	27	53	10	7	116	40	76	28	37	51	51
75-79 JR	1385	2406	4291	336	13	4	13	4	143	66	100	74	58	65	65
80-84 JR	1310	2024	3334	210	10	10	0	0	122	114	117	23	40	33	33
85-89 JR	751	1423	2174	304	7	7	7	0	93	63	74	134	63	87	87
90-94 JR	535	1129	1655	258	0	0	0	0	75	89	84	75	35	48	48
TOTAAL	25015	27676	132691	348	73	537	71	128	25	13	19	18	9	13	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIENS
 CUMULATIEF ALLE PEILSTATIENS GESTANDAARDISEERD
 JAAR: 1991
 WEEK: 01 T/M 52
 16-06-92
 BLAD 2

LEEFTIJDS- GROEP	POPULATIE	STERILISATIE	M.A.P.I.L	DIABETES MELLITUS	INCIDENTIE	PREVALENTIE		ACUTE ONTREDE- LING	
						M	V		
K1 JR	330	331	661	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3314	3218	6532	0	0	0	3	3	0
5-9 JR	4092	3940	8032	0	0	0	2	2	0
10-14 JR	3921	4095	8016	0	0	10	0	2	3
15-19 JR	4845	4880	9725	0	2	113	2	1	2
20-24 JR	5648	5557	11205	4	2	130	4	2	2
25-29 JR	6021	5931	11952	28	22	74	0	2	7
30-34 JR	6546	6487	11033	110	64	62	5	1	3
35-39 JR	5098	5102	10200	153	88	121	10	4	2
40-44 JR	5299	5144	10443	108	72	90	23	13	2
45-49 JR	3995	3988	7983	53	20	36	18	33	15
50-54 JR	3531	3485	6987	3	3	3	0	26	29
55-59 JR	3358	3377	6735	3	0	2	0	27	27
60-64 JR	2864	3188	6052	0	0	0	0	28	28
65-69 JR	2671	3000	5671	0	0	0	0	60	60
70-74 JR	1885	2405	4291	0	0	0	0	64	64
75-79 JR	1310	2024	3334	0	0	0	0	75	75
80-84 JR	761	1423	2174	0	0	0	0	84	84
75-85 JR	536	1129	1665	0	0	0	0	28	28
TOTAL	65015	67676	132691	37	21	28	37	15	16

CUMULATIEF ALLE PELLSTATIONS GESTANDPARDISEERD 16-06-92

ALLE PELLSTATIONS JAARI 1991 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS- GROEP POPULATIE SUICIDE ACUTE ONGEMONE HOOPDPVN ZWANGER (POGING) SUICIDE ACUTE ONGEMONE HOOPDPVN ZWANGER (POGING) MAHOGRAFIE CAIDS MONONUCLEOSIS INFECTIONA ONDANKS HERHAL. CAIDS MONONUCLEOSIS INFECTIONA 1E MAAL

	M	V	T	M+V	H	V	T	V	V	V	V	M+V	H	V	T
<1 JR	330	331	251	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3314	3218	6832	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	5
5-9 JR	4092	3940	8032	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	0	5
10-14 JR	3921	4098	8018	1	0	0	0	2	5	0	4	23	22	22	
15-19 JR	4848	4880	9728	6	0	0	0	10	2	2	10	54	103	78	
20-24 JR	8648	8887	11205	8	0	0	0	20	49	0	48	39	34	37	
25-29 JR	6021	5931	11982	4	0	0	0	19	27	7	33	15	20	18	
30-34 JR	5846	6487	11033	7	2	4	3	12	140	15	22	7	0	4	
35-39 JR	5098	5102	10200	7	0	5	3	14	170	35	27	8	8	8	
40-44 JR	5299	5144	10443	7	11	5	9	4	283	89	20	0	2	1	
45-49 JR	3995	3988	7983	5	0	5	3	0	226	70	15	0	3	1	
50-54 JR	3531	3456	6987	3	0	0	0	0	229	67	13	3	0	1	
55-59 JR	3358	3377	6736	7	0	0	0	0	166	50	9	0	0	0	
60-64 JR	2864	3188	6052	5	11	3	7	0	147	41	3	4	0	2	
65-69 JR	2871	3000	5871	4	0	3	2	0	117	20	2	19	0	9	
70-74 JR	1888	2406	4291	0	0	4	2	0	75	25	2	0	0	0	
75-79 JR	1310	2024	3334	3	0	0	0	0	54	10	6	0	5	3	
80-84 JR	751	1423	2174	9	0	0	0	0	28	0	0	0	0	0	
>85 JR	536	1129	1665	6	0	0	0	0	18	0	0	0	0	0	
TOTAAL	25015	27676	132691	5	2	2	2	7	106	26	12	13	15	14	

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

14-07-92

JAAR: 1991

WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	"INFLU- CERVIJUITSTRIJKJE ENZA"		HARTINFARKT		BEVESTIGD AMI						
		"INFLU- 1.1.89 ENZA" MEGENS PREVENT	1.1.89 HERHAL. MEGENS PREVENT	HERHAL. VERMOED AMI	HERHAL. VERMOED AMI	M	T	M	T			
GR+FR+DR	10475 10705 21180	469	90	473	50	136	20	8	14	13	7	10
OV+GLD+FLE	10988 11337 22238	359	92	372	105	205	58	18	28	17	12	14
UTR+NH+ZH	28115 29957 57972	301	58	579	71	195	19	10	14	15	7	11
ZLD+NB+LIM	15440 15713 31191	377	79	637	51	119	29	20	25	25	10	18
TOTAAL	45018 47612 132841	354	74	541	71	170	25	14	19	18	9	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

14-07-92

JAAR: 1991

WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	STERILISATIE		M.A.PIL		DIABETES MELLITUS		PREVALENTIE		ACUTE ONTREGE LING		
		M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	
GR+FR+DR	10475 10705 21180	40	16	28	24	7	15	11	15	19	17	3
OV+GLD+FLE	10988 11337 22238	40	19	29	41	13	15	14	13	13	13	5
UTR+NH+ZH	28115 29957 57972	30	24	27	41	17	19	18	22	25	24	4
ZLD+NB+LIM	15440 15713 31191	45	21	33	36	15	13	14	25	16	21	7
TOTAAL	65018 67612 132841	37	21	29	37	15	16	15	20	26	20	6

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PELLSATIONS
 PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDBEELD

BLAD 3
 14-07-92

JAAR: 1991

WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP POPULATIE SUICIDE ACUTE ONGENOME HOOPDPYN ZIANDER (POSING) KAMMOGRAFIE CAIDS MONONUCLEOSIS INFECTIOSA
 SUICIDE ACUTE ONGENOME HOOPDPYN ZIANDER 1.1.90 HERHAL. CAIDS MONONUCLEOSIS INFECTIOSA (POSING) ONDANKS TE MAAL

	M	V	T	M+V	M	V	T	V	V	V	M+V	M	V	T
GR+FR+DR	10475	10705	21180	4	1	2	1	6	135	6	7	8	5	6
OV+GLD+PLE	10988	11337	22238	5	4	2	3	10	101	50	6	20	17	19
UTR+NH+ZH	28115	29867	57972	5	1	2	2	6	95	26	20	8	10	9
ZLD+NB+LTM	15440	15713	31151	4	1	2	2	7	112	20	24	23	28	28
TOTAAL	85018	67612	132541	5	2	2	2	7	105	26	17	13	15	14

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PELLSATIONS

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDBEELD

BLAD 1
 14-07-92

JAAR: 1991

WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP POPULATIE "INFLU- ENZA" "INFLU- ENZA" CERVIXUITSTRIJKJE HARTINFARCT
 "INFLU- ENZA" 1.1.89 1.1.89 HERHAL. HERHAL. VERMOED AMI BEVESTIGD AMI
 "INFLU- ENZA" 1.1.89 1.1.89 HERHAL. HERHAL. VERMOED AMI BEVESTIGD AMI
 WEGENS PREVENT WEGENS PREVENT

	M	V	T	B	V	V	V	M	V	T	M	V	T	
A1+A4	7952	8379	16331	305	72	397	82	112	33	8	20	16	2	9
B1-B3:CI-C4	43263	44475	87649	252	64	841	62	182	24	14	19	18	9	13
C5	13803	14757	28561	701	104	626	92	133	23	14	19	18	12	16
TOTAAL	65018	67612	132541	354	74	541	71	170	25	14	19	18	9	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
 JAAR: 1991

BLAD 2
 14-07-92

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE	STERILISATIE		M.A.P.I.L		DIABETES MELLITUS		PREVALENTIE		ACUTE ONTREGE- LING				
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
A1+A4	7952	8379	16331	50	26	38	39	8	13	10	33	35	34	6
B1-B3+CI-C4	43263	44476	87649	32	13	23	36	13	13	13	17	16	16	3
C5	13803	14757	28861	43	41	42	39	23	28	26	25	25	25	8
TOTAAL	65018	67612	132541	37	21	29	37	15	15	15	20	20	20	5

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE	SUICIDE ACUTE ONGEWOONE HOOFD- P.V.N. ZWANGER (POGING)		MAHROGRAFIJE		CAIDS		MONONUCLEOSIS		INFECTIOSA				
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
A1+A4	7952	8379	16331	4	1	1	1	0	105	54	2	29	13	21
B1-B3+CI-C4	43263	44476	87649	3	2	1	1	7	93	22	15	13	14	13
C5	13803	14757	28861	10	1	5	3	9	146	21	29	7	17	12
TOTAAL	65018	67612	132541	5	2	2	2	7	106	26	17	13	15	14

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
 JAAR: 1991
 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE	SUICIDE ACUTE ONGEWOONE HOOFD- P.V.N. ZWANGER (POGING)		MAHROGRAFIJE		CAIDS		MONONUCLEOSIS		INFECTIOSA				
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
A1+A4	7952	8379	16331	4	1	1	1	0	105	54	2	29	13	21
B1-B3+CI-C4	43263	44476	87649	3	2	1	1	7	93	22	15	13	14	13
C5	13803	14757	28861	10	1	5	3	9	146	21	29	7	17	12
TOTAAL	65018	67612	132541	5	2	2	2	7	106	26	17	13	15	14

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 1991. 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. 1-1-1991, 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. Fracheboud J., Hartinfarct, hartbewaking of thuisblijven. Nivel, Utrecht, 1987.
10. Hoogendoorn D., Enkele opmerkingen over de stand van zaken betreffende de epidemiologie van het acute hartinfarct. NTVG; (1990); 134; blz 592-594.
11. Mackenbach J.P., Kunst A.E. en Loman C.W.N., Regionale verschillen in sterfte aan ischemische hartziekte. N.T.v. Geneeskunde (1990) 134 blz. 596-601
12. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting, thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek.
13. Wibaut, P. De onbetrouwbaarheid van de alternatieve morning-after pil, Huisarts en Wetenschap 1986, 29, blz. 306-307.
14. 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.
15. Onderzoek Gezinsvorming C.B.S. Beets, G.C.N. Geboorteregeling in Nederland, 1982 en 1988, Maandstatistiek van de Bevolking, 37 (1989), 1: 21-27.
16. Vennix, P., De Pil en haar alternatieven. (NISSO-studies nr. 6) Ebuton, Delft, 1990.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. Moons, M.A.W., L. Peters in Huisarts en vragen over AIDS. M.C.; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057.
21. Nationale Commissie bestrijding, AIDS-Infolijn, jaarverslag 1989- 1990, Amsterdam 1991.
22. 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.
23. Fleming D.M., C.A. Norburg, D.L. Crombie, Annual and Seasonal Variation in the Incidence of Common Diseases, Occasional Paper 53. The Royal College of General Practitioners, London, 1991.
24. Diekstra, R.F.W., en M. van Egmond. Suicide and attempted suicide in general practice. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 202. Nivel, Utrecht 1989.
25. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
26. Bartelds, A.I.M. Requests for application of euthanasia. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 259. Nivel, Utrecht 1989.
27. Nohlmans M.K.E., Bogaard A.F.J.M. van den, Blaauw A.A.M. et al. Prevalentie van Lyme borreliosis in Nederland. Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 1991.

