continue morbiditeits registratie peilstations nederland

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

1994

nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Uitgave van	:	de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Inspectie voor de gezondheidszorg
Omslag	:	Naar een ontwerp van A. Ruinaard, destijds verbonden aan het Ministerie van VWS (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 90-6905-274-1 SISO 601.8 UDC 312.6(492) Trefw.: Nederland, influenza surveillance, screening op cervixcarcinoom, myocard infarct, diabetes mellitus, p.i.d./urethritis, suïcide(poging), angst voor Aids, verzoeken om euthanasie
uitgifte datum	:	augustus 1995

Gegevens uit dit verslag mogen alleen met bronvermelding worden overgenomen.

INHOUD **pag.**

VOORWOORD
INLEIDING 1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE 3
BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 4
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND 8
DE PRAKTIJKPOPULATIE 12
OMVANG EN CONTINUITEIT VAN DE RAPPORTAGE 14
DE WEEKSTAAT 17
VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT 18
- Influenza(-achtig ziektebeeld) 20
- Het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri 29
- Mammografie 45
- Sterilisatie bij de man 55
- Sterilisatie bij de vrouw 59
- Oestrogenen voorschrift 66
- Hartinfarct 69
- Diabetes Mellitus 76
- Suïcide(poging) 79
- P.I.D. 83
- Urethritis bij man 86
- Angst voor AIDS 90
- Hepatitis 96
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING 99
INCIDENTELE ONDERZOEKEN 106
- Verzoeken om euthanasie 106
- Lyme disease 116
- Acute intoxicatie in de arbeidssituatie 117
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1995 119
RAPPORTEN VANUIT DE PEILSTATIONS 120
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS 121
- Deelnemende artsen 1994 128
- weekstaat 1994 130
- Alfabetische lijst van onderwerpen
  - op de weekstaat 131
  - van incidentele onderzoeken 133
  - Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1994 134

JAARTABELLEN 135
NOTEN 141

VOORWOORD

Bij een langjarig lopend systeem als de CMR-peilstations is het mogelijk ontwikkelingen in de tijd te volgen, soms continu, zoals bij de griepcijfers of, om een heel ander onderwerp te noemen, bij de verzoeken om euthanasie en soms door een bepaalde vraagstelling een aantal jaren later te herhalen teneinde te bezien of incidentie, prevalentie en interventies zijn toe- of afgenomen.

Dit laatste is gebeurd met belangrijke aandoeningen als het acuut myocard-infarct en diabetes mellitus.
Vergeleken met het begin van de jaren tachtig de incidentie van het myocard infarct teruggelopen en van diabetes mellitus toegenomen.
De afname van het aantal aan de huisarts gepresenteerde hartinfarcten maakt duidelijk dat de teruggang in de **sterfte** aan hart- en vaatziekten zijn wortels heeft in een afname van de **morbiditeit** en dat is een voor wetenschap en beleid belangrijke conclusie. De (oorzaken van) toename van het aantal gevallen van diabetes mellitus zijn minder duidelijk. Het is niet onmogelijk dat een verbeterde opsporing hiervoor verantwoordelijk is; uit onderzoek bleek namelijk nogal een discrepantie tussen het aantal gevallen in de huisartspraktijk en in bevolkingsonderzoek.

De trend in het aantal verzoeken om euthanasie daalt lichtelijk. Het nieuwe vervolgingsbeleid heeft bij de peilstations in ieder geval niet geleid tot een toename van het aantal verzoeken; áls er een effect van de politieke veranderingen zichtbaar zou moeten zijn dan zou dat uit de cijfers voor 1995 moeten blijken.

In 1994 is niet of nauwelijks influenza geconstateerd; de piek van het seizoen 1993-94 viel reeds in november 1993.
Een jaar zonder griep is iets bijzonders; het ontbreken van griepgolf relativeert de cijfers over het terugdringen van het ziekteverzuim enigszins.

Tenslotte nog een bericht over het aantal consulten bij de huisarts waarin angst voor besmetting met het HIV-virus aan de orde kwam; dit aantal is in 1994 opnieuw en aanzienlijk toegenomen. Dit staat haaks op berichten dat de groei van het aantal AIDS-patiënten zou zijn afgenomen.

Cijfers over 1995 moeten in een aantal gevallen uitsluitsel geven over mogelijke paradoxen en tegenstrijdigheden.

Prof.dr. J. van der Zee
voorzitter Begeleidingscommissie

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 8-11).
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 130).
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 18).
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 131-132) 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.

Deelname aan een internationaal netwerk heeft 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 stand komen van peilstationnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap te bevorderen en vervolgens de samenwerking tussen deze netwerken. In 1989 is een eerste onderzoek door Eurosentinel verricht: in oktober van dat jaar zijn door de huisartsen in de verschillende landen gegevens verzameld over door hen aangevraagde bloedonderzoeken.
In 1990-1991 heeft gezamenlijke registratie plaats gehad van influenza(-achtige aandoeningen) en het aanvragen van bloedonderzoek naar H.I.V.-antistoffen.

In juni 1991 eindigde het Eurosentinel project[1]. Tussen de projectleiders van de deelnemende nationale netwerken zijn echter contacten blijven bestaan, die hebben geleid tot voortzetting van de gemeenschappelijke activiteiten bij de registratie van influenza(-achtige aandoeningen) en Aids-gerelateerde consulten bij de huisarts in 1994.
In 1994 is door de Management Group van het European Early Warning System for Influenza aan het Nivel gevraagd een project voorstel in te dienen voor de voortzetting van de gezamelijke activiteiten bij de registratie van influenza achtige ziektebeelden

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

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

1. twee vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
2. de directeur van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (voorzitter);
3. een vertegenwoordiger van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg;
4. twee vertegenwoordigers van de Inspectie voor de gezondheidszorg
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 1994 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	F.K.A. Fokkema, huisarts[5]
	Dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh[4]
	Drs. W. Reijmerink[1]
	H.O. Sigling, huisarts[7]
	W.A. van Veen, arts[1]
	J. van der Velden, arts-epidemioloog[3]
	J.K. van Wijngaarden, arts[4]
	Prof. dr J. van der Zee[2], voorzitter
Projectleider:	A.I.M. Bartelds, huisarts
Secretaresses:	Mevrouw E.E. Colet-van Woezik
	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 1994 driemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende drie vacatures.

BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1994

De feestelijke 25-ste jaarlijkse bijeenkomst van de CMR-Peilstations op 8 januari 1994 word door de voorzitter van de Begeleidingscommissie Prof. J. van der Zee met een uitgebreid welkomstwoord aan speciale gasten geopend: "Zelfs al zou het de laatste keer zijn dat wij elkaar hier treffen gezien de de onzekere toekomst van de CMR-Peilstations u bent van harte welkom".'Dit welkomstwoord was gericht aan de huidige medewerkers aan het project en de rubriekhouders van dit moment maar evenzeer aan de vroegere peilstationartsen en rubriekhouders, aan speciaal uitgenodigde ambtenaren van het Ministerie van VWS voorheen WVC en medewerkers van de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen de Geneeskundige Hoofdinspectie en de vroegere projectleiders.

De Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid G.H.A. Siemons bracht na zijn welgemeende felicitaties aan de betrokkenen voor al het verrichte werk naar voren dat bij de CMR-Peilstations ook enige kritische kanttekeningen gezet diende te worden. Zo kan vastgesteld worden dat de verschillen tussen de uitkomsten van de registraties van de peilstations en andere huisartsenregistratie projecten niet altijd verklaard kunnen worden. Over het optreden naar buiten valt op te merken dat er 'te weinig aan de weg getimmerd wordt'.
Het project valt op deze en enkele andere meer ondergeschikte punten te verbeteren.

De Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid heeft zich bezonnen op haar taken in de toekomst. Veranderingen in de doelstelling van het Staatstoezicht hebben een neerslag in een reorganisatie ervan. De nieuwe taken en doelstellingen zullen aanleiding geven tot nieuwe vragen aan de CMR-Peilstations.
Toezicht zal vooral gehouden worden als er sprake is van een gezondheidsrisico voor personen of groepen en als het vermoeden bestaat dat de zorgverlening van onvoldoende verantwoord niveau is (incidenten in de zorg).
Met name in deze situatie ziet de heer Siemons mogelijkheden voor een project als de CMR-Peilstations: registratie met een gerichte en beperkte vraagstelling. Hij spreekt zijn vertrouwen uit in een voortzetting van de samenwerking tussen het Staatstoezicht en het project.

Het onderwerp van Dr. H. Bijkerk, voormalig hoofd afdeling infectieziekten van de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en voormalig projectleider van de CMR-Peilstations, is en blijft de surveillance en bestrijding van infectieziekten. Onderdeel van de surveillance en bestrijding is de registratie van infectieziekten.

De heer Bijkerk plaats de surveillance en bestrijding, -en dus ook de registratie-, van infectieziekten in een breder verband. Het betreft de epidemiologische studie van een ziekte als een dynamisch proces dat zowel de ecologie van het infectieuse agens, de gastheer en de resevoirs (bijvoorbeeld de teken) omvat, alsmede de complexe mechanismen die betrokken zijn bij de verspreiding en uitbreiding van de besmetting. Surveillance en bestrijding ("control") zijn dan ook onderscheiden activiteiten.

Wet- en regelvorming betreffende infectieziekten in Nederland dateert van de 15e eeuw. Toen veelal door de stedelijke overheden afgekondigd.
In de loop van de tijd volgde een uiteindelijk nationaal en nog later internationale aanpak. Wettelijke regelgeving is echter nog aan nationale overheden voorbehouden. In 1928 kwam de Besmettelijke Ziektewet tot stand, welke in 1974 werd herzien. Ook de naam van de wet veranderde: 'Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken". Over surveillance wordt in de herziene wet echter niet gesproken.

Sinds 1974 zijn aldus Bijkerk de inzichten gewijzigd. De discussie in de departementale werkgroep "Herziening van de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Ziekte-oorzaken" zijn daarvan een weerspiegeling. Voorstellen deze nieuwe inzichten in wet- en regelgeving onder te brengen worden geformuleerd.

- in de wet zou, integenstelling tot de huidige wet, behalve aan bestrijdingsmaatregelen ook aandacht moeten worden geschonken aan surveillance "sec"
- een splitsing wordt gemaakt tussen infectieziekten de door de behandelend arts en de welke door het laboratorium moeten worden gemaakt
- voor vele andere ziekten zal op andere wijze dan door verplichte aangifte redelijk betrouwbare informatie kunnen worden verkregen
  De landelijke influenza-surveillance door de GHI, het NIC, het RIVM en de NIVEL-Peilstations zijn daarvan een goed voorbeeld. Denkbaar zijn ook landelijk of lokale peilingen onder bepaalde categorieën artsen of instituten, naar de incidentie van meer zeldzaam voorkomende infectie ziekten.

Op het internationale vlak is wet- en regelgeving minder vanzelfsprekend. Wel is het volgens Bijkerk op grond van zijn studiereis met enkele eveneens geroutineerde collega's op het gebied van de surveillance en bestrijding van infectie ziekten dringend gewenst dat er een Europesche epidemiologische dienst wordt opgericht.
De primaire taak van deze dienst zou dienen te zijn het harmoniseren van de Europese nationale surveillance systemen. Nederland kan naar de mening van Bijkerk daarbij een goede rol vervullen.

De heer Ketting, directeur van het Nationaal Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek bespreekt na de koffiepauze de ontwikkelingen in de geboorteregeling in Nederland in de periode vanaf 1970.
Geboorteregeling is in Nederland volledig geaccepteerd geraakt. Het overgrote deel van de bevolking past nu moderne, veilige en betrouwbare methoden toe.
Zwangerschappen zijn steeds meer gepland en gewenst. Het aantal zwangerschappen bij jongeren is drastisch afgenomen. Het aantal abortusingrepen is vergeleken met de Nederland omringende landen extreem laag. Nederland wordt een 'model'-status toegekend waar het de hoge mate van perfectie van het geboorteregelend gedrag betreft.

Ondanks de hoge mate van perfectie van het geboortenregelend gedrag is het abortus-aantal al 20 jaar min of meer gelijk gebleven. Een van de redenen daarvan is dat niet-geplande zwangerschappen steeds minder worden geaccepteerd. Een tweede reden is dat allochtonen in Nederland veel minder effectief geboorteregeling toepassen dan autochtonen. De abortuscijfers onder allochtone groepen is 4 tot 9 maal zo hoog als onder autochtonen.
Voor zover betrouwbare vormen van anticonceptie worden toegepast is bij het niettemin ontstaan van zwangerschappen sprake van vooral foutief gebruik. Onderzoek gegevens laten zien dat momenteel de oorzaak van één op de vier gevallen van ongewenste zwangerschappen ligt bij foutief gebruik van de pil.
Ook op dit punt dient verbetering nagestreefd te worden: betere voorlichting over het juist gebruik van de pil en wat te doen bij onregelmatigheden.
De toename van het aantal vrouwen dat zwanger wordt ondanks het gebruik van condooms neemt toe. Het vermoeden bestaat dat de preventie van sexueel overdraagbare aandoeningen concurreert met de preventie van ongewenste zwangerschap. In de voorlichting en advisering zal er meer op gewezen moeten worden dat een combinatie van condooms en bijvoorbeeld de pil het meest veilige is.

In de aantallen sterilisaties van man of vrouw laten de gegevens van de CMR-Peilstations zien dat vooral op jongere leeftijd steeds minder sterilisatie worden uitgevoerd. Deze nieuwe tendens kent twee belangrijke oorzaken: de gezinsvorming wordt steeds vaker uitgesteld tot (ver) na het dertigste jaar en de 'pil' heeft in de afgelopen tienjaar een opmerkelijke rehabilitatie ondergaan. Vrijwel alle twijfels voor de mogelijke gezondheidsrisico's van de pil zijn weggenomen.

De over het algemeen positieve ontwikkeling van de geboorteregeling is, -en dat is wellicht een van de opmerkelijkste facetten ervan-, tot stand gekomen zonder dat er echt sprake is geweest van een gericht beleid van de zijde van de overheid. De kwaliteit van het anticonceptie gebruik is in hoge mate bepaald door een goede en verantwoorde begeleiding door de huisarts en een optimale beschikbaarheid van de middelen.
Naar de stellige overtuiging van de heer Ketting is het verstandig deze situatie ongewijzigd te laten.

Professor Diekstra van de Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden besluit het programma met een indrukwekkend relaas over een individueel proces bij een jongere dat uiteindelijk in suïcide uitmondt.
In internationaal perspectief zijn de aantallen suïcides in Nederland relatief laag.
Inzicht in het fenomeen suïcide en suïcidepogingen wordt bevorderd door de registratie ervan door ook huisartsen.
Voortzetting van de registratie van suïcide en suïcidepogingen door de CMR-Peilstations is naar de mening van professor Diekstra dan ook noodzakelijk.
Worden de uitkomsten van de registratie van suïcide en suïcidepogingen door huisartsen vergeleken met andere bronnen dan blijkt een intrigerend fenomeen.
Voor de suïcide zijn de aantallen van de huisartsen registratie na extrapolatie voor de gehele bevolking iets hoger dan de aantallen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
Bij de suïcidepogingen bestaat een belangrijk verschil tussen de geextrapoleerde cijfers van de huisartsenregistratie en de aantallen na extrapolatie van de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg (SIG). Opvallend is dat de grafieken gebaseerd op beste bronnen voor de suïcidepogingen veel gelijkenis vertonen. De huisartsen melden echter constant bijna 40% minder suïcide pogingen dan de ziekenhuizen.
De mogelijke verklaringen voor dit constant verschil worden besproken. Een sluitende verklaring is echter nog niet voorhanden.

SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1
PEILSTATIONS
Continue Morbiditeits Registratie
1994

Het aantal peilstations is in 1994 45. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 64.

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

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

Bijlage 1 (pagina 128-129) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1994 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 13 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen 2 of meer huisartsen, te weten 9 maal tussen 2 artsen, 2 maal tussen drie artsen en 2 maal tussen 4 artsen. In januari 1994 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 50,8%; bij de peilstationartsen 53%. Er zijn 7 apotheekhoudende peilstationartsen, 3 in urbanisatiegroep 1 en 4 in urbanisatiegroep 2, dat is 10.6% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 9,8[3].

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provincie- en urbanisatiegroep in de jaren 1985-1994. 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 1985-1994[4].

provin-cie-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.
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
1992	10	6	10	8	29	19	14	10
1993	10	6	12	10	28	19	15	10
1994	10	6	13	11	26	18	15	10

Tabel 2: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per urbanisatiegroep in de jaren 1985-1994

urbanisatie groep	1 plattelands gemeenten		2 verstedelijkte plattelands-gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter		3 gemeenten met 100.000 of meer inwoners		Nederland	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1992	10	6	37	24	16	13	63	43
1993	10	6	38	26	17	13	65	45
1994	9	7	41	29	14	9	64	45

DE PRAKTIJKPOPULATIES

Er heeft in 1993 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-'94 voor de verwerking gebruikt. In 1995 heeft een nieuwe telling plaats.
Bij de opzet van het project is gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% uit de Nederlandse bevolking. Hierbij is rekening gehouden met een geografische spreiding (de hiervoor genoemde provinciegroepen) en met een spreiding over regio's met verschillende graad van urbanisatie (urbanisatiegroepen). Er is nagegaan of nog steeds voldaan wordt aan dit uitgangspunt. De hier volgende overzichten laten zien dat dit in grote lijnen nog steeds het geval is.
De Nederlandse bevolking nam in 1993 met 102.371 toe.

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

		aantal inwoners Nederland[5]	aantal patiënten peilstations[6] (met percentages)	
provinciegroep	A	1.615.032	23.845	(1.5%)
	B	3.149.749	34.671	(1.1%)
	C	6.826.555	62.662	(0.9%)
	D	3.748.833	35.017	(0.9%)
'urbanisatiegroep'*	1	2.870.284	21.032	(0.7%)
	2	9.543.858	102.716	(1.0%)
	3	2.926.027	32.447	(1.1%)
geslacht mannen		7.585.887	77.044	(1.0%)
vrouwen		7.755.666	79.151	(1.0%)
totaal		15.341.553	156.195	(1.0%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) is relatief iets oververtegenwoordigd.

* Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevingsadressendichtheid.
Herindeling van de peilstations naar deze neiuwe maatstaf is in tabel 3 toegepast. De gegevens over 1994 zijn nog volgens de oude indeling verwerkt.

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

leeftijd	provinciegroep								'urbanisatiegroep'*						Nederland	
	A		B		C		D		1		2		3			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
0- 4	1.4	1.3	0.9	0.9	0.8	0.8	0.9	0.8	0.5	0.5	1.0	0.9	1.1	1.2	0.9	0.9
5- 9	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.6	0.6	1.0	1.0	1.3	1.3	1.0	1.0
10-14	1.5	1.6	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	1.1	1.1	1.2	1.3	1.0	1.0
15-19	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	0.7	0.7	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0
20-24	1.5	1.6	1.2	1.3	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9	1.1	1.2	0.9	1.0	1.0	1.1
25-29	1.6	1.8	1.3	1.2	0.9	0.9	0.9	1.0	0.8	0.8	1.1	1.2	1.0	1.1	1.0	1.1
30-34	1.6	1.6	1.2	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	1.1	1.1	1.1	1.2	1.0	1.0
35-39	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	0.6	0.6	1.1	1.1	1.2	1.2	1.0	1.0
40-44	1.5	1.6	1.0	1.0	0.9	1.0	0.9	0.9	0.6	0.6	1.1	1.1	1.1	1.2	1.0	1.0
45-49	1.4	1.4	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	0.7	0.7	1.1	1.1	1.1	1.1	0.9	1.0
50-54	1.3	1.4	1.1	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
55-59	1.5	1.4	1.1	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0
60-64	1.3	1.3	1.2	1.1	0.9	1.0	0.9	1.0	0.8	0.8	1.1	1.1	1.1	1.2	1.0	1.0
65-69	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9	1.1	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0
70-74	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0
75-79	1.3	1.3	1.3	1.1	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0
80-84	1.3	1.3	1.5	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	0.9	1.1	1.0
≥ 85	1.3	1.4	1.7	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	1.4	1.1	1.2	1.0	1.0	1.0	1.2	1.0
totaal	1.4	1.5	1.1	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0

Er is met betrekking tot de leeftijdsgroepen in voorgaande jaren een kleine verschuiving opgetreden: in de jongste leeftijdsgroepen waren er vergeleken met de voorgaande tellingen meer subgroepen met een percentage kleiner dan één, in de oudste daarentegen minder. Dit wees op een geringe veroudering van de peilstationpopulatie, de populatie verouderde als het ware met de (projectgetrouwe) peilstationartsen mee.

* zie noot op vorige pagina

OMVANG EN CONTINUITEIT VAN DE RAPPORTAGE

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 1994 bedroeg het 11.700 (52 weken x 5 dagen x 45 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
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%
1992	11.395	10.141	89 %
1993	11.700	10.269	87.8%
1994	11.700	10.227	87.4%

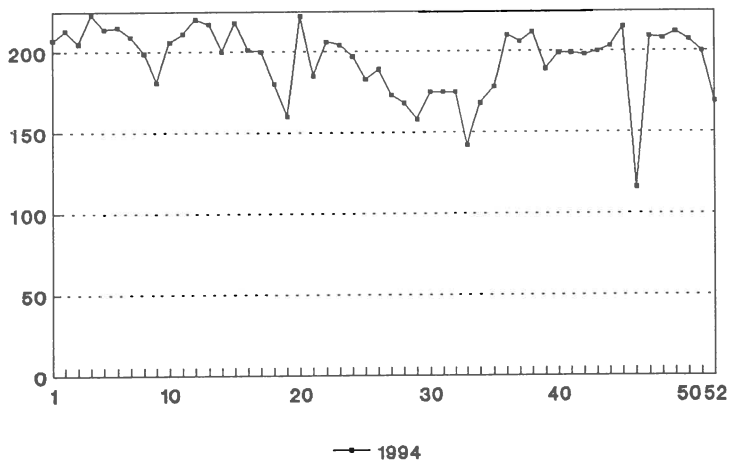
Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1994 nagenoeg gelijk aan dat van de voorgaande jaren.
Een uitsplitsing naar provincie- en urbanisatiegroep is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter zijn met 87.2% het laagste van de urbanisatiegroepen, de noordelijke provincies met 90.5% het hoogste van de provinciegroepen.

per provinciegroep	per urbanisatiegroep
A 90.5%	1 90.5%
B 86.4%	2 87.2%
C 85.8%	3 86.3%
D 89.5%	

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 27 (maximaal 45 x 5 = 225).

Figuur 2
Het aantal dagen dat in 1994 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 1994 per peilstation is 32, evenveel als in 1993.
Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 41 en 11 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuiteit van de rapportage verhogen.

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

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
0	1	0	0	1	1	2	1	2	3	4
1- 9	8	7	4	7	6	5	7	7	7	2
10-19	1	4	7	2	6	5	3	4	1	5
20-29	8	7	1	5	5	6	11	5	6	2
30-39	10	10	5	15	15	11	10	13	13	13
40-49	15	13	16	13	9	10	9	9	11	12
50-59	2	2	10	2	2	2	1	1	3	5
60-69	0	1	1	0	1	1	0	1	-	2
70-79	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-
80-89	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-
90-99	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-
≥ 100	0	1	0	0	0	0	1	1	1	-
totaal aantal peilstations	45	45	44	45	45	44	43	43	45	45
gemiddelde	30	31	37	27	29	32	30	29	32	32
mediaan	34	34.5	43	34	32	33	29	33	34	37

Nadere beschouwing van deze tabel laat een vrij constante rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 1994 in bijna 16% van de peilstations voor. Dit is een hoger percentage dan in 1993.

DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 130)

De rubrieken op de weekstaat voor 1994 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. Oestrogenen voorschrift (1994);
7. Diabetes Mellitus (1990);
8. Suïcide(pogingen) (1979);
9. (Poli)klinische mammografie (1988);
10. P.I.D. (1993);
11. Urethritis bij man (1992);
12. Angst voor AIDS (1988);
13. Hepatitis (1994);

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 131-132); 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 1994. De gegevens werden zoals gebruikelijk verwerkt op het computercentrum van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

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

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

Met uitzondering van de per peilstation verstrekte informatie worden de gegevens eveneens per 10.000 van de totale peilstationpopulatie uitgedrukt (relatieve frequenties). De frequenties zijn op hele getallen afgerond. Bij een frequentie onder de 0.5 per 10.000 inwoners is deze afgerond tot '0'. Indien geen enkel geval wordt gerapporteerd is dit aangegeven met '-'.
Een frequentie die gebaseerd is op minder dan 5 meldingen is tussen haakjes geplaatst. Wanneer het gaat om de frequentie van nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde periode dan spreekt men in de epidemiologie van incidentie; betreft het daarentegen alle aanwezige gevallen van die ziekte in een bepaalde periode of op een bepaald moment, dan duidt men dit aan met prevalentie. Men kent ook hierbij een absolute en een relatieve incidentie of prevalentie.
In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode 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 1994 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 meegeteld. 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).

1. Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 1994, week 01 t/m 52, blad 1-4[7].
2. Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1994, week 01 t/m 52, blad 1-4[7].
3. Urbanisatiegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1994, week 01 t/m 52, blad 1-4[7].

INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

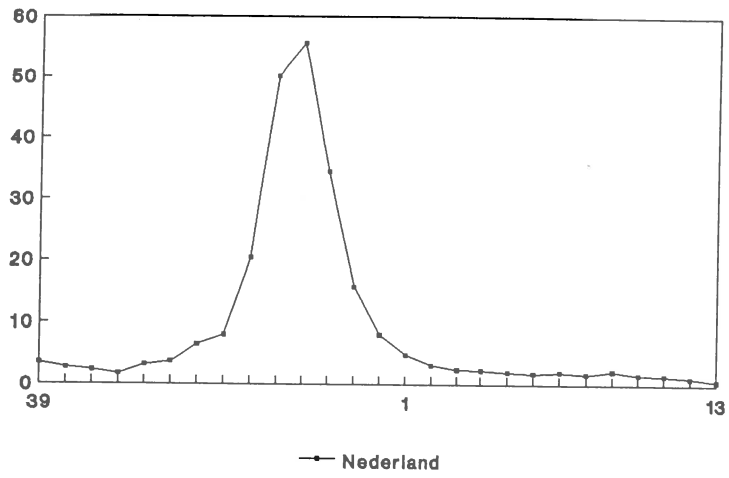
De rubriek influenza[8] is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig ook op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

Influenza 1993-1994 en 1994-1995

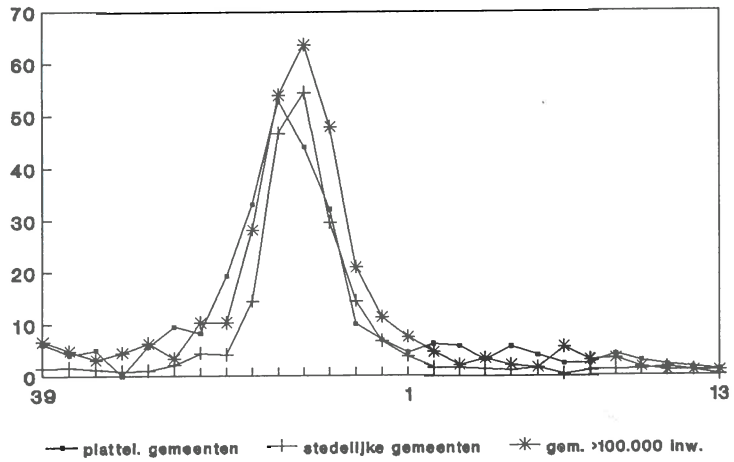
Seizoen 1993-1994

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 1993-1994[9]. In figuur 4.1-4.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven voor het seizoen 1994-1995. In het verslag over 1993 werd het beloop van influenza in de eerste weken van 1994 al besproken.

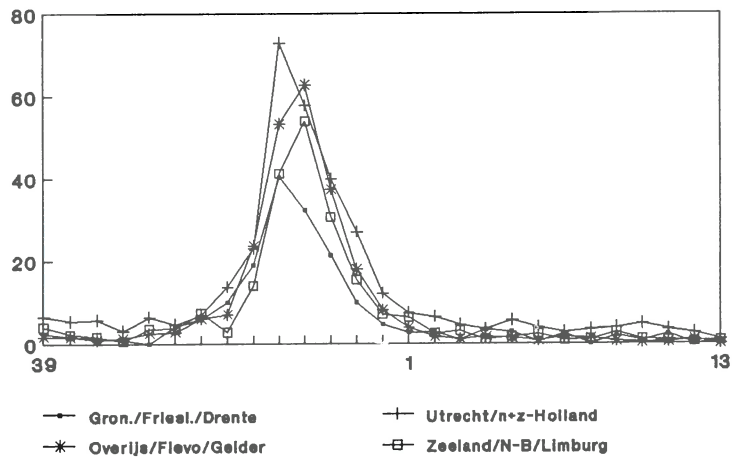
Figuur 3.1
Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1993-1994



Figuur 3.2
Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1993-1994



Figuur 3.3
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1993-1994



Seizoen 1993-1994

Eerder dan in voorgaande seizoenen het geval was werd het eerste griepgeval in Nederland gerapporteerd: op 13 oktober 1993 (week 41) werd uit de neus van een zes maanden oud meisje een influenza A(H_3N_2)-virus geïsoleerd.

In vorige seizoenen blijft zo'n vroeg isolaat een geïsoleerde bevinding, maar ditmaal werden er al spoedig andere soortgelijke virusstammen aangemeld.

Ook de wekelijkse incidentie van influenza-achtige ziektebeelden begint ongewoon vroeg te stijgen: vanaf week 45 van 1993.

In week 49 wordt de piek van de epidemie bereikt: 54 per 10.000 inwoners.

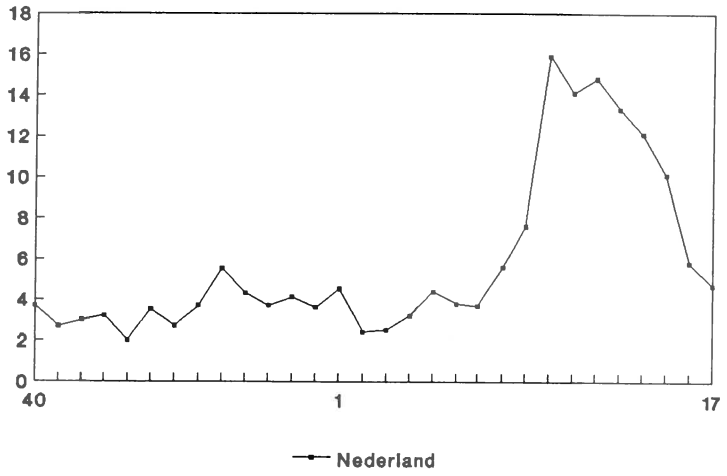
De epidemie is het hevigst in de oostelijke provincies: in week 48 73 per 10.000. In de grote steden wordt in week 49 de hoogste incidentie gemeld 62 per 10.000.

De herfst epidemie van 1993 is bijna volledig veroorzaakt door het influenza A(H_3N_2)-virus (variant A/Beijing/32/92).

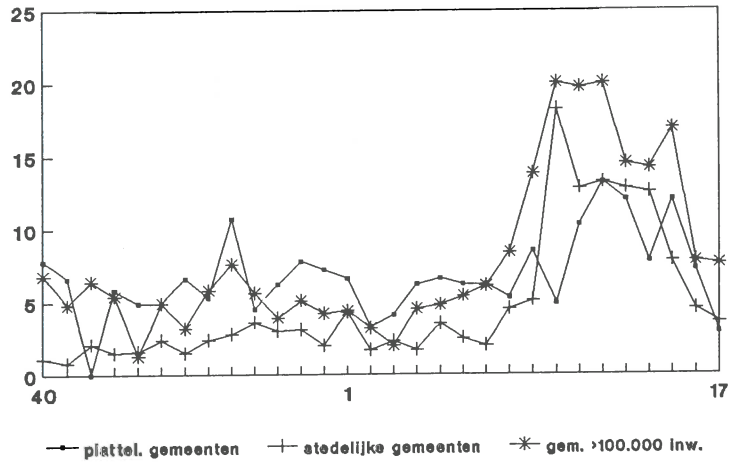
Seizoen 1994-1995

Figuur 4.1

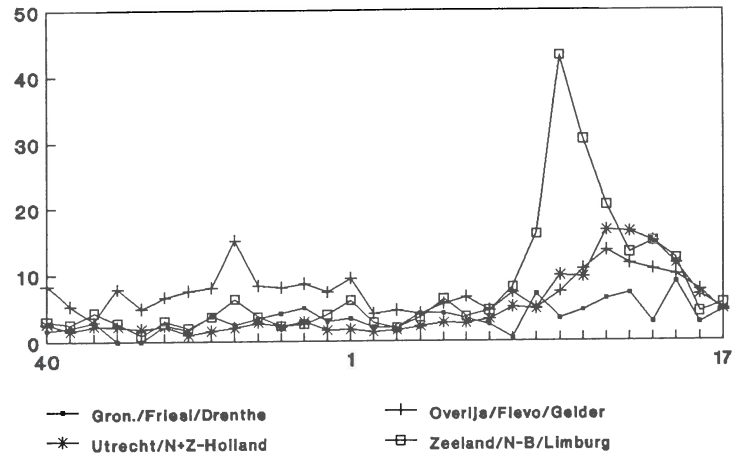
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1994-1995 (t/m week 17)



Figuur 4.2
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1994-1995 (t/m week 17)



Figuur 4.3
Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1994-1995 (t/m week 17)



Seizoen 1994-1995

Pas eind februari is er in het influenzaseizoen 1994-1995 voor het eerst sprake van enige verhoging van de index voor influenza-achtige aandoeningen. Voor die tijd was er in deze index enkel iets te zien van de verhoogde activiteit van het RS-virus eind november en begin december 1994.

In week 9 van 1995 wordt in het zuiden van het land het eerste teken van verhoogde influenza activiteit gevonden: 16 per 10.000 inwoners. Het aantal steeg in de week erna tot 43 per 10.000 inwoners: de hoogste waarde die bereikt is.
Er is sprake geweest van een geleidelijke verspreiding over de westelijke en oostelijke provincies. Het noorden is relatief vrij van influenza gebleven in het seizoen 1994-1995 hoogste bereikte waarde 7 per 10.000 in week 13. De hoogste landelijke incidentie is 16 per 10.000 in week 10.
In de steden met meer dan 100.000 inwoners is de influenza activiteit het hoogst geweest (van week 10 t/m week 12: 20 per 10.000).
De plattelandsgemeenten zijn in mindere mate getroffen, hetgeen over een komt met de regionale gegevens.

Er zijn vooral influenza B-virusstammen geïsoleerd; influenza A(H_3N_2) en A(H_1N_1) zijn ook aanwezig.
De influenza A virusstammen zijn relatief meer bij ziekenhuispatiënten geïsoleerd dan de B-stammen. Dit wijst op een grotere pathogeniteit van het A-virus ten opzichte van het B-virus (zie ook blz. 22).

Tabel 6: aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1985-1995

jaar	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
totaal kalender jaar	464	630	365	399	410	225	348	244	484	107	
hoogste weekincidentie per 'seizoen'		71	26	9	44	54	24	40	27	54	16

Overzien we de epidemieën van de afgelopen 10 jaren dan zijn die van de seizoenen 1986-1987, 1990-1991 en 1992-1993 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. In het seizoen 1992-1993 is er sprake van verhoogde influenza-activiteit in de maanden februari en maart 1993. In de herfst van 1993 is er op een ongewoon vroeg tijdstip in het jaar opnieuw een epidemie gaande. Daardoor heeft het kalenderjaar 1993 te maken met twee epidemieën. In 1994 heeft er geen griep geheerst; eind februari 1995 is er echter een kleine opleving.

Leeftijds- en geslachtsverdeling

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

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

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

BESTEBOER, T.M., A.I.M. BARTELDS, K. BIJLSMA, H. BOSWIJK, C. VERWEIJ, M. VERWEIJ and J.C. DE JONG.
Surveillance of respiratory pathogens in general practices in the Netherlands in 1994/95.
RIVM, 1995 ,poster

Introduction

The Netherlands institute of primary health care (NIVEL) is running a registration network of 46 sentinel general practices (GP), spread over the country in proportion to the population density (figure 1). Since 1970 NIVEL calculates weekly the incidence of influenza-like illness from the data from this network. In 1992/93 this system was supplemented by RIVM with virus isolation from these patients and in 1994/95 with the PCR for several viruses and bacteria. Compared with virological surveillance based on virus isolations from hospital admitted patients the RIVM/NIVEL surveillance gives a better insight in the etiology of acute respiratory infections in the general population.

Materials and Methods

The GP of the NIVEL network sent nose/throat swabs from part of their patients with

respiratory illness. During the period of week 40 of 1994 to week 19 of 1995 551 respiratory specimens were examined by virus isolation and PCR.

Results

In 195 (35%) of the samples a virus or bacterium was detected by either technique. Almost half of the agents were only recognized by PCR Influenza B virus (9%) and rhinovirus (9%) were the predominant viruses, H_1N_1 (1) (3%), RS virus (3%), and adenovirus (2%) (table 2 and figur 2). In 9 (4%) of the positive samples two etiologic agents were detected. From 69 PCR-positieve patients a second sample could be obtained, taken on an average 24 days after the first specimen. In only four (3x Chlamydia pneumoniae) of these second samples the agent could still be demonstrated (table 3).

When comparing the results of the surveillance among patients in GP with those of the data from virus diagnostic laboratories, the main differences were the higher proportion of influenza virus isolations and the lower proportion of RS virus isolation in the GP system. Among the isolated influenza viruses, type B prevailed in the GP system and type A(H_3N_2 in the diagnostic framework (figure 3).

Conclusions

- The proportions of at least part of the virus species isolated from patients with respiratory complaints in a GP network differ considerably from those isolated in virus diagnostic laboratories, the samples of which are mainly derived from hospitalized patients.
- Illness from infections with influenza B virus appear to be less severe compared to influenza A(H_3N_2) virus.
- Application of the PCR technique enhances considerably the rate of positive results with respiratory specimens.
- The clinical relevances of the PCR technique appears to be high for most respiratory viruses.

SPRENGER, M.J.W., P.G.H. MULDER, W.E.P. BEGER and N. MASUREL.
Influenza: Relation of Mortality to Morbidity Parameters-Netherlands, 1970-1989.
International Journal of Epidemiology, 1991, vol. 20, no. 4, p. 1118-1124

The purpose of this study is to investigate the relationship between the number of influenza-like illness cases (ILI), weekly registered by the general practitioners (sentinel stations), and the monthly overall influenza mortality in people over 60 years of age, provided by the Dutch Statistical Bureau during the period July 1970 to June 1989.

The quantitative impact of influenza-morbidity is expressed by three summary parameters, calculated from the 52 (53) weekly ILI-figures per season-year, (i) their sum (i.e. global extent of an epidemic), (i) their standard deviation, and (iii) their maximum (i.e. peak number of ILI during an epidemic). In the analysis influenza A subtype is also included. These four parameters are mutually compared with respect to their predictability for yearly total influenza mortality in the 19 season-years available.

In most cases, the standard deviation and the peak number of ILI are more powerful for prediction of mortality than the global extent of the epidemic.

The peak number of ILI is of special interest. It is particularly useful for estimating

the effect on current influenza mortality during an ongoing epidemic. From the model it is possible to calculate a threshold (of week ILI) beyond which mortality increases proportionately more than the number of illness episodes.
By using the peak value of morbidity it is possible to calculate the minimal impact of epidemic mortality.
This study indicates that the weekly number of influenza-like illness cases has a certain prognostic value for the real impact of influenza. An electronic surveillance system could detect immediately the threshold above which influenza mortality increases more than proportionally. When this level is reached electronic bulletins could stress the importance of prophylactic measures or, especially for the high-risk patient, the use of amantadine to reduce excess mortality.
The benefits of such an electronic surveillance system are not restricted to the epidemic. We believe that such a system could improve the involvement of general practitioners and in this way improve the awareness of the consequences of influenza. This might result in greater vaccination coverage.

JONG DE J.C., A.I.M. BARTELDS, T.M. BESTEBROER, K. BIJLSMA, C. VERWEIJ, M.W. VERWEIJ-UIJTERWAAL, A.G. WERMENBOL en A.M. VAN LOON.
Virologische NIVEL/RIVM-Surveillance van respiratoire virusinfecties in het seizoen 1993/94.
RIVM, 1994, Rapport nr. 243614002

Het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg) heeft een geheel Nederland dekkend netwerk georganiseerd van 46 "Peilstations" waarin 65 huisartsen werkzaam zijn. In de herfst en de winter melden deze artsen wekelijks het aantal influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) onder hun patiënten, die tezamen circa 1% van de Nederlandse bevolking vormen.
Sinds het seizoen 1992/93 wordt de deelnemende huisartsen gevraagd tweemaal per week van de door hen behandelde patiënten met acute luchtwegklachten per post respiratoir materiaal te sturen naar het RIVM, waar het op virussen wordt onderzocht. Deze surveillance verschaft een beter inzicht in de etiologie en de incidenties van minder ernstige verlopende luchtweginfecties dan de virusisoleringen voor diagnostische doeleinden.
In het seizoen 1993/94 zonden de peilstationartsen 298 monsters van patiënten met respiratoire aandoeningen naar het RIVM. Uit 92 (31%) werd een respiratoir virus gekweekt waarvan 67 influenza A(H3N2)-virus waren. Tot dit subtype behoorden vrijwel alle in Nederland en de rest van Europa geïsoleerde influenzavirussen. Ook was de antigeenstructuur van de in de surveillance verkregen influenzavirussen gelijk aan die der andere influenzavirussen.
Het verloop in die tijd van de aantallen influenzavirusisolaten uit het NIVEL-netwerk viel evenwel niet goed samen met dat van de aantallen IAZ-meldingen die wel goed parallel liepen met de aantallen influenzavirusisoleringen in de diagnostische laboratoria. Deze discrepantie wijst op een halverwege de epidemie verminderde bereidheid van de peilstationartsen om van hun respiratoire patiënten monsters op te sturen naar het RIVM voor virusisoleringen.
Omgerekend per 10.000 inwoners werden de meeste influenzavirussen geïsoleerd in de leeftijdsgroep 5-14 jaar. Door het NIVEL werden daarentegen de meeste IAZ geregistreerd onder de 0-4 jarigen.

Onder de overige geïsoleerde virussen domineerde de rhinovirussen. Om de incidenties van de diverse ziekteverwekkers (beter) te kunnen bepalen, zullen er voor hen op de polymerase chain reaction (PCR) gebaseerde toetsen worden ontwikkeld.

Voorlopig kunnen de influenzavirusinfecties symptomatologisch alleen statistisch significant van de andere respiratoire aandoeningen worden onderscheiden door het vaker optreden van koorts gelijk aan of boven 39°C.

Het beschermend effect van influenzavaccinatie wordt op grond van de beschikbare gegevens over de periode 1991-1994 geschat op 76%.

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 1994 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1992 zelf reeds eerder een uitstrijkje bij de betreffende vrouw heeft afgenomen. Deze termijn is gelijk aan het toen geldende 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 1994 in 44 van de 45 peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit. In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

In tabel 7 is het totaal aantal gemaakte uitstrijkjes uitgesplitst naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje, inclusief de herhalingsuitstrijkjes, gegeven.

Tabel 7: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
klachten en/ of symptomen (1e maal)	62	65	59	76	72	55	73	72	70	60
'preventief' (1e maal)	324	398	345	369	521	577	537	523	485	474
herhalings-uitstrijkje	184	170	211	246	237	273	239	233	225	268
Totaal	570	633	615	691	830	905	849	828	780	802

Het totale aantal uitstrijkjes (802 per 10.000 vrouwen) is in 1994 iets hoger dan in het jaar daarvoor. Dit wordt verklaard door een toename van het aantal herhalingsuitstrijkjes.

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 totale aantal eerste uitstrijkjes dat op preventieve indicatie wordt gemaakt, dus zowel op initiatief van de huisarts als van de vrouw, is in de jaren 1983-1990 bijna verdubbeld, van 294 naar 577 per 10.000 vrouwen (zie tabel 8). Na 1990 is het aantal uitstrijkjes dat op preventieve indicatie wordt gemaakt weer afgenomen: tot 474 per 10.000 vrouwen. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op deze opmerkelijke daling.

Het aantal uitstrijkjes wegens klachten en/of symptomen bevindt zich vanaf 1980 op een niveau van rond de 65 per 10.000 vrouwen. De jaren 1988-1989 en 1991-1993 laten een hoger niveau zien: ruim 70 per 10.000. In 1994 ligt het aantal uitstrijkjes wegens klachten en/of symptomen op 60 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 in de jaren 80 toegenomen tot 273 per 10.000 vrouwen in 1990. Vanaf 1991 daalt dit aantal. In 1994 is weer een hoger aantal herhalingsuitstrijkjes gemaakt: 268 per 10.000 vrouwen.
Sinds 1987 wordt ook in de subgroep herhalingsuitstrijkjes een onderverdeling gehanteerd in: wegens klachten en of symptomen, preventief op initiatief van de huisarts en preventief op initiatief van de vrouw. In de jaren 1987-1989 is er een vrijwel constant aantal van ± 60 herhalingsuitstrijkjes per 10.000 vrouwen gemaakt wegens klachten en of symptomen. In 1990-1991 werden per 10.000 vrouwen 70 herhalingsuitstrijkjes gemaakt wegens klachten en of symptomen. In 1992-1994 is dit aantal weer ± 60 per 10.000 vrouwen. Het overgrote deel van de herhalingsuitstrijkjes wegens klachten en symptomen wordt gemaakt bij vrouwen in de leeftijd van 30-54 jaar.

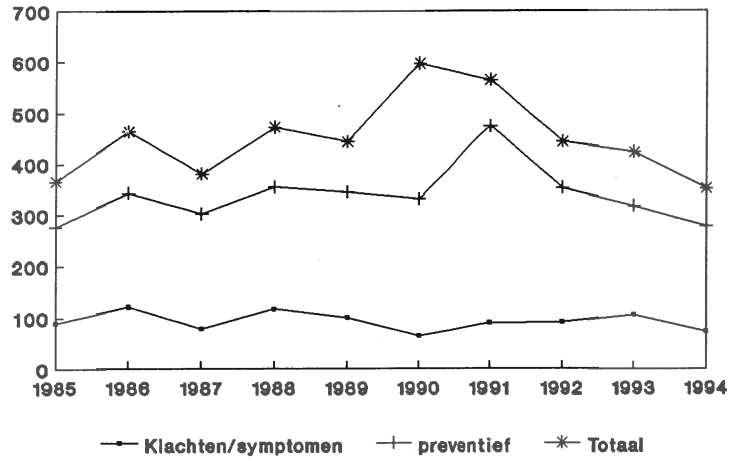
In tabel 8 zijn alleen de aantallen eerste uitstrijkjes per 10.000 vrouwen opgenomen, met een onderverdeling naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje en naar provincie en urbanisatiegroep (vergelijk ook figuur 5 en 6). De tabel laat zien dat de landelijke daling na 1990 in het aantal "preventieve" uitstrijken zich in 1994 voortzet. De zuidelijke provincies en de grote steden vormen een uitzondering. De daling ten opzichte van 1990 bedraagt landelijk 18 procent, en lijkt grtendeels toe te schrijven aan de daling in de noordelijke provincies: bijna een halvering sinds 1990.

Tabel 8: 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, 1985-1994

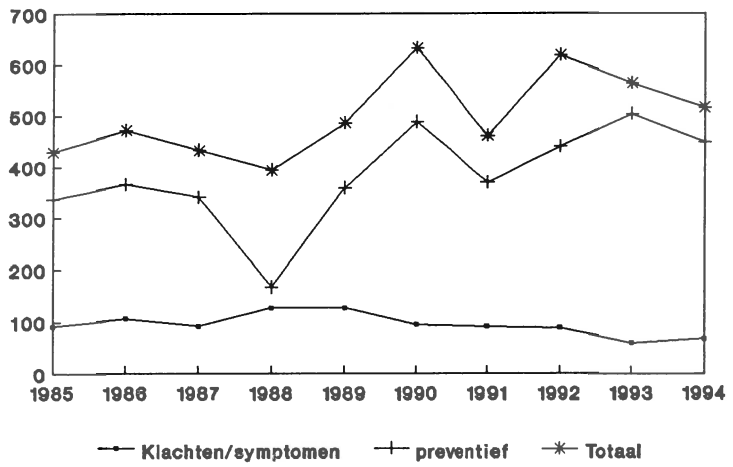
		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder-land
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten	1985	90	92	45	52	85	49	78	62
en/of	1986	121	106	42	43	93	54	75	65
symptomen	1987	79	92	46	48	79	49	69	59
	1988	117	127	56	51	118	58	96	76
	1989	100	127	54	48	102	57	90	72
	1990	65	95	43	41	66	52	56	55
	1991	90	91	57	79	72	64	102	73
	1992	91	89	65	59	42	68	93	72
	1993	106	60	60	73	45	71	81	70
	1994	74	68	51	57	47	58	71	60
'preventief'	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
	1992	352	439	586	582	445	511	585	525
	1993	317	504	519	519	601	420	567	485
	1994	278	448	490	600	482	402	627	475
totaal	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
	1992	443	618	651	641	487	579	678	597
	1993	423	564	579	592	646	491	648	555
	1994	352	516	541	657	529	460	698	535

Figuur 5
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

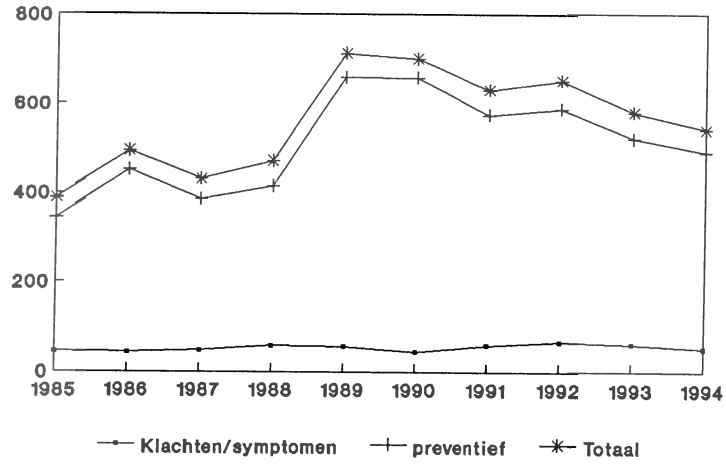
provinciegroep A



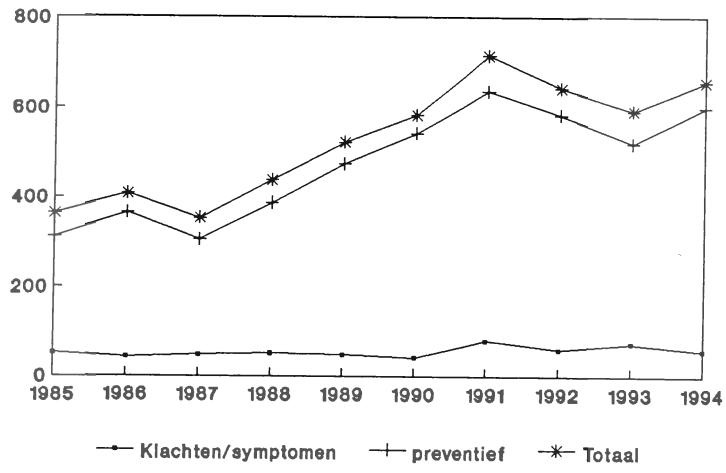
provinciegroep B



provinciegroep C

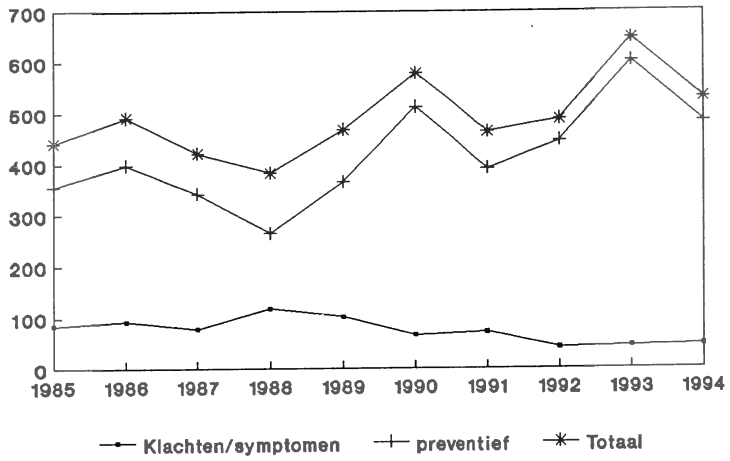


provinciegroep D

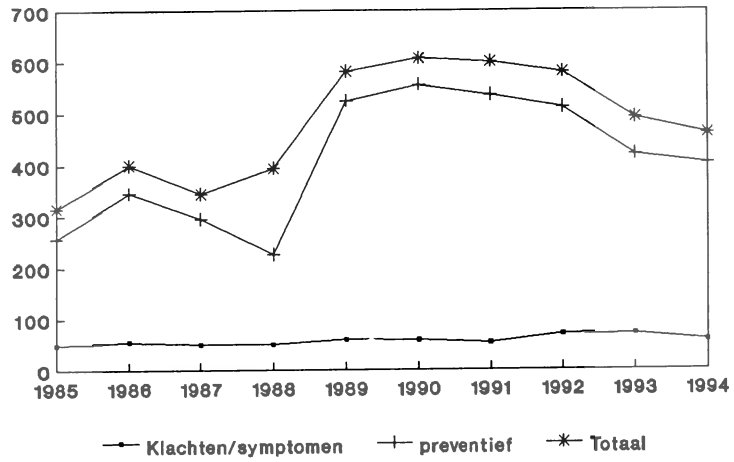


Figuur 6
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per urbanisatiegroep en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

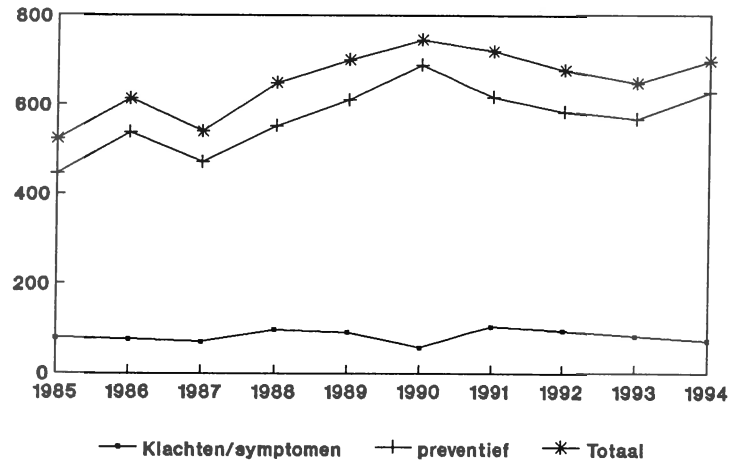
urbanisatiegroep 1



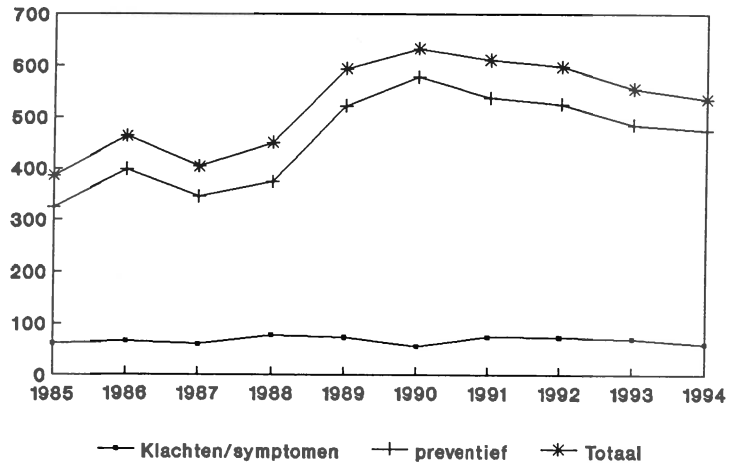
urbanisatiegroep 2



urbanisatie groep 3



Nederland



Leeftijdsverdeling

Tabel 9 geeft een overzicht van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 7).

Tabel 9: aantal door peilstations gemaakte **'eerste'** cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

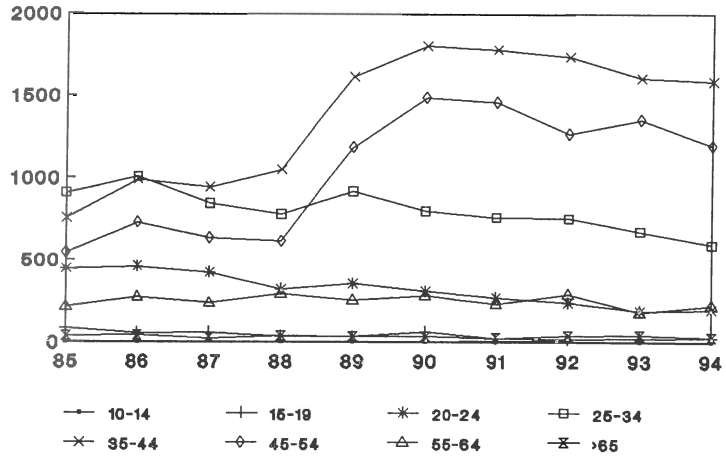
	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	<65
1985	(2)	86	446	908	724	543	212	38
1986	(2)	54	459	1008	991	729	273	42
1987	-	57	323	845	943	634	236	24
1988	(2)	33	319	777	1050	612	292	38
1989	(2)	32	353	919	1616	1187	253	32
1990	(2)	61	306	797	1805	1487	279	34
1991	(5)	20	270	760	1782	1459	229	34
1992	-	16	237	753	1739	1262	288	39
1993	(3)	23	188	674	1607	1353	179	40
1994	(2)	26	196	592	1588	1196	220	29

De toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes na 1988, die zoals verwacht vooral gevonden wordt in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar, is in 1991 omgezet in een daling, die ook in 1994 voortgaat.

In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar is er al vanaf 1987 sprake van lagere aantallen in vergelijking met de jaren 1984-1986. In de nog jongere leeftijdsklassen is er nu sprake van een stabilisatie.

Deze tabel maakt het mogelijk om het percentage vrouwen te berekenen dat minstens eenmaal per drie jaar door de huisarts wordt bereikt. Voor de leeftijdsgroep 35-44 jaar is dat voor de periode 1992-1994 49% en 38% voor de leeftijdsgroep 45-54 jaar. Voor dezelfde leeftijdsgroepen bedroegen de percentages vrouwen die worden bereikt 21 respectievelijk 15 procent rond 1983, toen het bevolkingsonderzoek-oude stijl nog in volle gang was. De huisarts bereikt de oudere groep ogenschijnlijk dus minder goed. Dat kan deels worden verklaard door het met de leeftijd toenemende aantal vrouwen met een totale uterusexstirpatie. Dit aantal wordt voor de totale leeftijdsgroep van 35-54 jaar geschat op 14 procent, waarvan de leeftijdsgroep van 45-54 jaar het merendeel voor haar rekening neemt.

Figuur 7
Aantal **'eerste'** uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1985-1994



Tabel 10 geeft een uitsplitsing naar leeftijd- èn indicatie tot het maken van een uitstrijkje, inclusief het herhalingsuitstrijkje (zie ook figuur 8).

Tabel 10: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

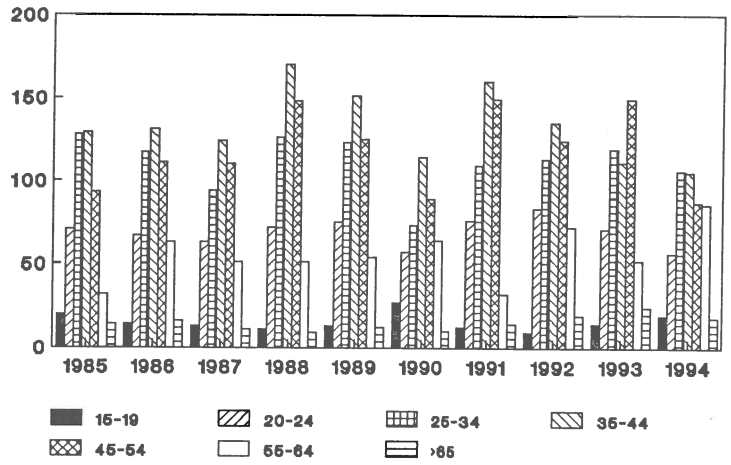
		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	<65
klachten	1985	20	71	128	129	93	32	14
en/of	1986	14	67	117	131	111	63	16
symptomen	1987	13	63	94	124	110	51	11
	1988	11	72	126	170	148	51	9
	1989	13	75	123	151	125	54	12
	1990	27	57	73	114	89	64	10
	1991	12	76	109	160	149	32	14
	1992	(9)	83	113	135	124	72	19
	1993	14	71	119	111	149	52	24
	1994	19	56	106	105	87	68	18

Tabel 10: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994 (vervolg)

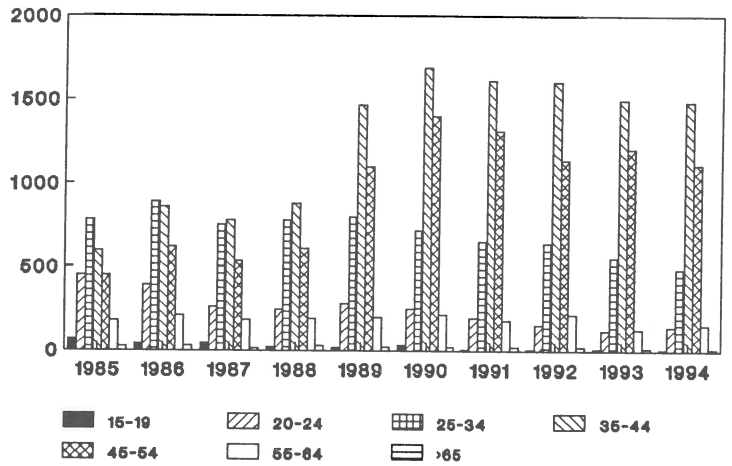
		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≤65
preventief	1985	66	450	780	595	450	180	24
	1986	40	392	891	860	618	210	28
	1987	44	260	751	776	534	185	13
	1988	23	247	776	877	608	193	29
	1989	19	278	796	1466	1098	200	21
	1990	34	249	715	1690	1398	216	23
	1991	(8)	194	651	1612	1310	181	20
	1992	(7)	154	640	1604	1138	216	21
	1993	(9)	117	555	1495	1204	127	15
	1994	(7)	140	486	1483	1109	152	11
herhalings-	1985	7	82	296	457	461	146	19
uitstrijkje	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
	1992	(2)	46	226	699	622	106	10
	1993	(11)	44	182	643	706	92	11
	1994	-	34	246	803	709	121	8
totaal	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
	1992	18	283	979	2438	1882	394	50
	1993	34	232	856	2249	2059	271	50
	1994	26	230	838	2391	1905	341	37

Figuur 8
Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1985-1994

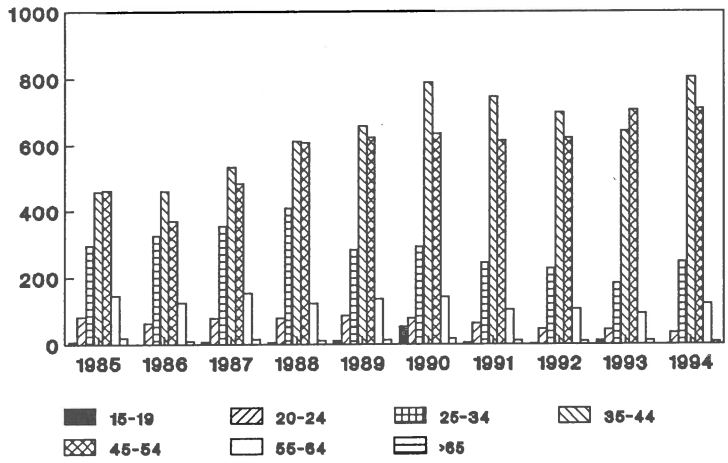
klachten en/of symptomen



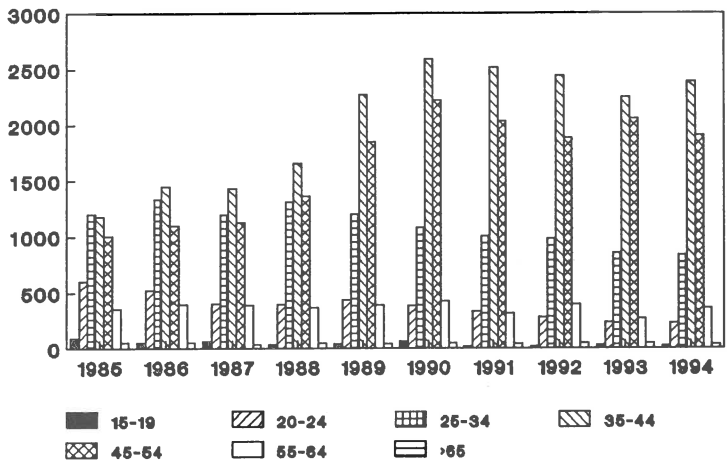
preventief



herhalingsuitstrijkje



totaal



Er zijn geen grote veranderingen in het aantal uitstrijkjes gemaakt wegens klachten en symptomen.
Bij de op preventieve indicatie gemaakte eerste uitstrijkjes zijn de aantallen in de leeftijdsgroep 35-54 jaar onveranderd de hoogste. In alle jongere leeftijdsgroepen tot 35 jaar daalt het aantal eerste preventieve uitstrijkjes nog steeds. Ook in 1994 zijn onder de 20 jaar bijna geen uitstrijkjes gemaakt op preventieve indicatie. De opmerkelijke daling (vrijwel een halvering) in 1993 in de leeftijdsgroep 55-64 jaar, wordt in 1994 voor een deel weer goed gemaakt.

Zowel bij het totale aantal uitstrijkjes als bij de "eerste" uitstrijkjes neemt het aandeel van de leeftijdsgroep van 35-54 in 1994 weer toe (zie tabel 9).
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, al sterk toegenomen. De enige uitzondering vormt het jaar 1992.
Bij de vrouwen jonger dan 35 jaar is nog steeds enige afname te constateren. Het geldt de vrouwen van 25-34 jaar.
Voor de groep 20-24 jaar lijkt er een stabiliteit op te treden na de daling in 1992. Bij de vrouwen ouder dan 54 jaar is er in 1994 een toename.

Tabel 11: proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1985-1994

jaar	≤ 34	35-54	≥ 55	totaal
	leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes			
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
1992	23.0	71.5	5.5	100
1993	21.5	74.3	4.2	100
1994	20.4	74.9	4.7	100
	leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje			
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
1992	24.8	69.5	5.7	100
1993	23.8	72.1	4.1	100
1994	22.3	73.0	4.7	100

Conclusie*.

De belangrijkste ontwikkelingen kunnen als volgt worden samengevat. In de vijfjaars periode 1983-1987, toen het bevolkingsonderzoek oude stijl beëindigd werd, nam het aantal preventieve uitstrijken in de peilstations in de leeftijdsgroep 35-54 jaar geleidelijk toe, met in totaal ongeveer 30 procent. Daarna verdubbelde nog dit aantal in de periode 1988-1990, toen het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl op gang kwam.

Opvallend is dat na het piekjaar 1990 het aantal preventieve uitstrijken in de leeftijdsgroep 35-54 gestaag daalt, en in 1994 weer uitkomt op het niveau van 1989. Deze ontwikkeling, die ook geldt voor de herhalingsuitstrijken, is moeilijk te duiden. Is hier sprake van een verontrustende afname in de belangstelling voor screening? Of wordt selectiever gebruik gemaakt van screening, en bijvoorbeeld geanticipeerd op de verlenging van het scree-

ningsinterval van 3 tot 5 jaar, waartoe intussen besloten is door de betrokken beroepsgroepen? Een aanwijzing voor een selectiever gebruik van screening kan worden ontleend aan de voortdurende, aanzienlijke afname van het aantal preventieve uitstrijken in de leeftijdsgroepen beneden 35 jaar (tabel 10). Het aantal uitstrijken bij vrouwen jonger dan 35 jaar is in 1993 en 1994 lager dan ooit geregistreerd is sinds 1978.

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

Deze rubriek is in 1995 op de weekstaat gehandhaafd.

EEN PUBLIKATIE OP BASIS OF MEDE OP BASIS VAN DE GEGEVENS UIT DE CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE

Veen van W.A. (Commentaar).
Huisarts en Cervixscreening: meer te bereiken met minder uitstrijken.
Huisarts en Wetenschap, 1994, 337(6); 226-9.

Bijna overal in Nederland is in 1989 het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hervat. Als regel verzorgen de gemeenten met de GGD' en het uitnodigingssysteem, terwijl de huisarts de uitstrijk verricht en de follow-up van belangrijk afwijkende uitstrijken bewaakt. Een hoog bereik, vooral van de oudere vrouwen uit de doelgroep, is verreweg de belangrijkste voorwaarde voor een doeltreffend bevolkingsonderzoek.
Wat zijn de ervaringen tot dusver met dit bevolkingsonderzoek? Geven deze al aanleiding tot de keuze voor een bepaald uitnodigingssysteem.

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 van 50-69 jaar een gunstig effect heeft 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 wenselijkheid 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 vanaf 1990. Op 29 april 1993 viel het definitieve besluit eveneens positief uit. Begin 1994 waren 40 van de in totaal circa 43 geplande screeningscentra begonnen of al langer bezig met het bevolkingsonderzoek. Verwacht wordt dat het bevolkingsonderzoek eind 1995 landelijk dekkend is.

Het aantal mammografieën dat jaarlijks in de Nederlandse ziekenhuizen wordt verricht is niet goed bekend. Over de indicaties op grond waarvan onderzoekingen aangevraagd zijn is nog minder bekend.
Het wordt door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en de Ziekenfondsraad beleidsmatig van belang geacht goed geïnformeerd te zijn over de huidige aantallen mammografieën en vooral ook over verschuivingen die hierin optreden 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 of ouder dan 69 jaar vooralsnog niet in de gelegenheid worden gesteld deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Dit in afwachting van de resultaten van nader wetenschappelijk onderzoek, naar de effecten van het bevolkingsonderzoek voor deze leeftijdsgroepen.

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 of boven de 69 jaar kunnen van mening zijn dat ook zij voor een mammografie in aanmerking dienen te komen. Een dergelijk "uitstralingseffect" wordt als ongewenst beschouwd, omdat screening alleen verantwoord kan zijn indien voldaan wordt aan speciale eisen. Behalve de kwaliteit spelen ook de (aanmerkelijke) kosten een rol.

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 1-1-1993 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1993 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 in 1987-1990 onderzoek naar de te verwachten kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker heeft verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (projectleider Prof. dr P.J. van der Maas, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam[10]). Dezelfde groep verricht een evaluatie van de feitelijke kosten en effecten.

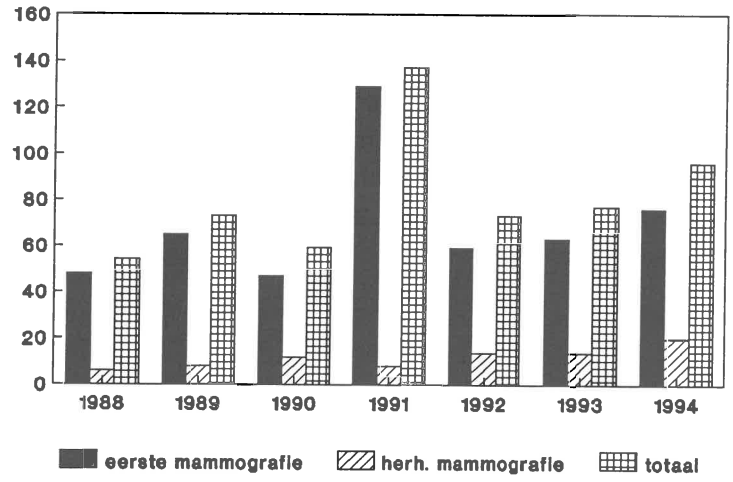
In tabel 12 worden de aantallen mammografieën vermeld per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 9 en 10).

Tabel 12: aantal mammografieën per provincie- en urbanisatiegroep en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988-1994

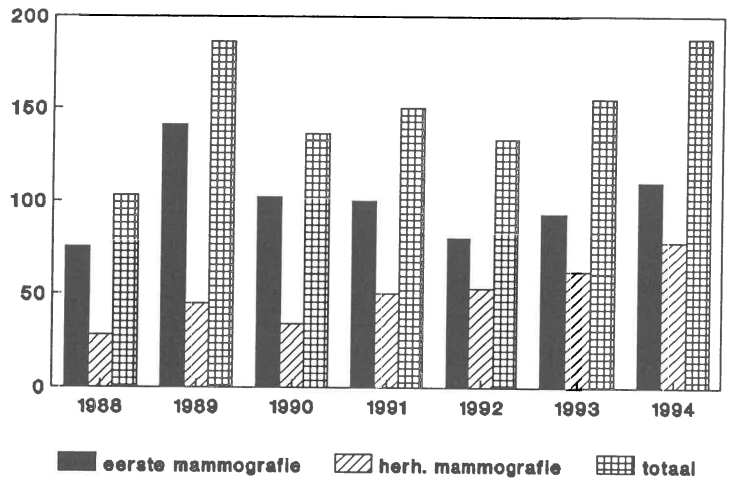
		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder-land
		A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammografie									
	1988	48	75	92	81	80	79	81	80
	1989	65	141	77	84	154	71	87	87
	1990	47	102	88	125	102	87	101	92
	1991	129	100	93	112	103	92	142	105
	1992	59	80	105	101	87	95	90	93
	1993	63	93	155	106	105	129	96	117
	1994	76	110	116	128	97	119	101	111
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
	1992	14	53	34	18	61	25	28	30
	1993	14	62	99	17	72	72	23	59
	1994	20	78	45	32	67	44	34	45
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
	1992	73	133	139	119	148	120	118	123
	1993	77	155	254	123	177	201	119	176
	1994	96	188	161	160	164	163	135	156

Figuur 9
Aantal mammografieën per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1994

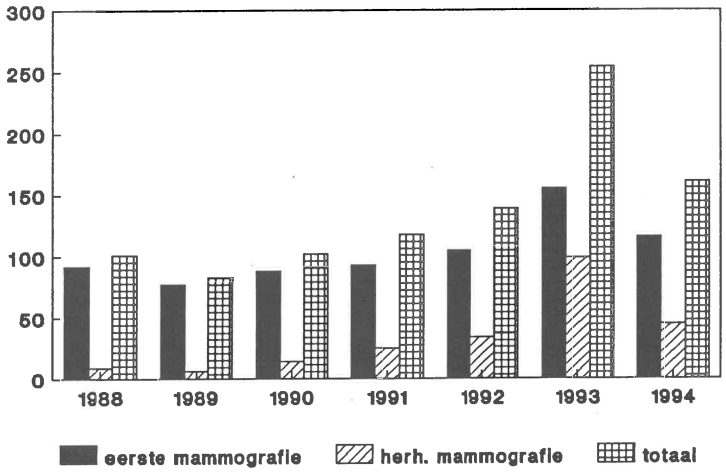
provinciegroep A



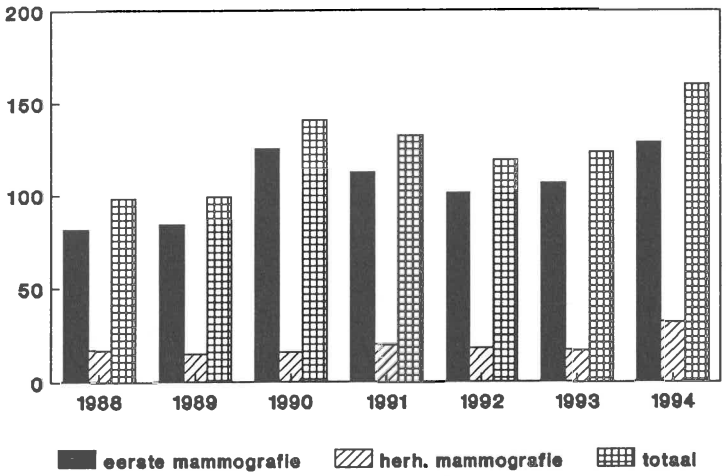
provinciegroep B



provinciegroep C

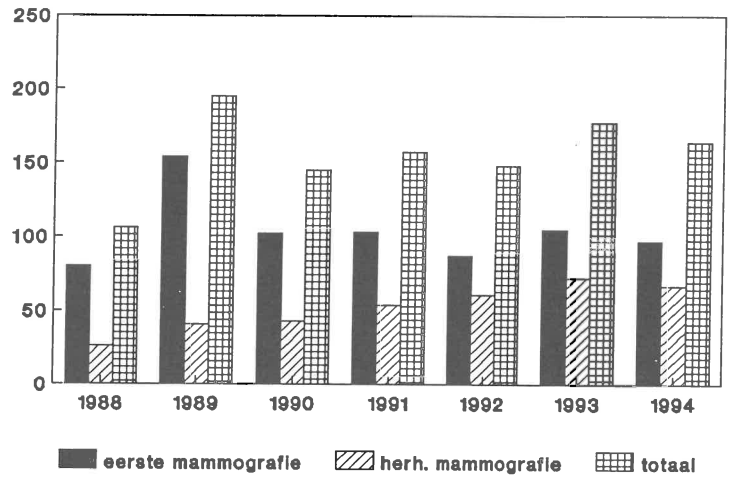


provinciegroep D

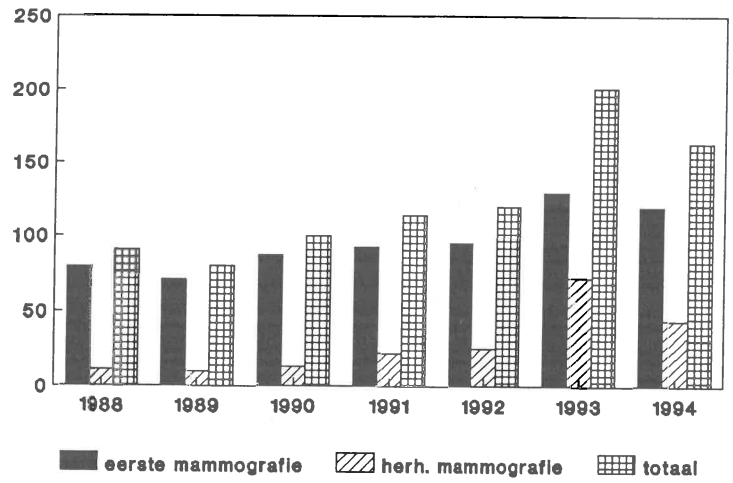


Figuur 10
Aantal mammografieën per urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1994

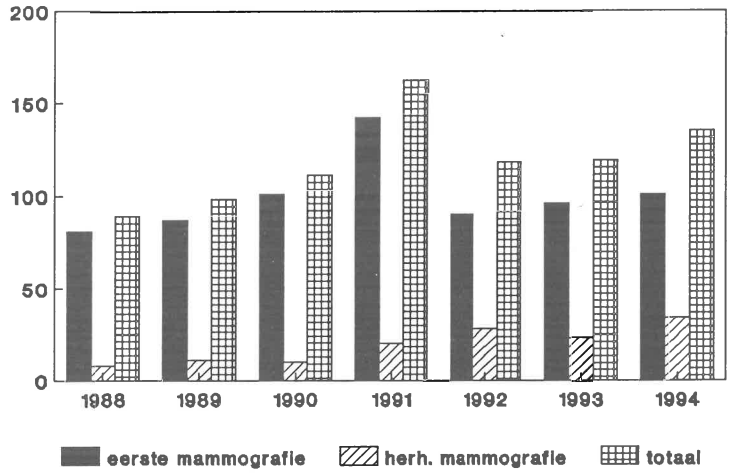
urbanisatiegroep 1



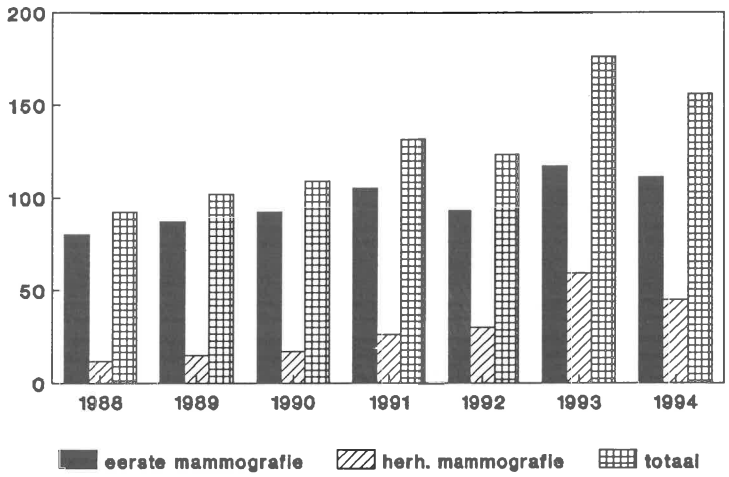
urbanisatiegroep 2



urbanisatiegroep 3



Nederland



Het aantal mammografieën is in 1994 lager dan in het top jaar 1993: 156 versus 176 per 10.000 vrouwen. In totaal is er in 6 jaar sprake van een verdubbeling.
De afname treedt uitsluitend op in de westelijke provincies. Ook op het platteland en in de kleine steden en op het verstedelijkte platteland wordt een afname geregistreerd. In de overige dan de westelijke provincies en in de grote steden is er sprake van enige toename van het aantal mammografieën.
Opvallend is dat wanneer het aantal "eerste mammografieën" toeneemt er ook een toename is van het aantal herhalingsonderzoeken. Dit duidt op periodieke screening buiten het bevolkingsonderzoek om.
Uitgezocht wordt of de plaatselijke aanvang van het bevolkingsonderzoek op borstkanker van invloed is op deze uitkomsten (Dr. H.J. de Koning, Erasmus Universiteit).
Opmerkelijk is het relatief laag blijvende aantal mammografieëen in de noordelijke provincies, waar het bevolkingsonderzoek relatief laat begon en nog een geringe dekkingsgraad heeft.

In tabel 13 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen).

Tabel 13: aantal mammografieën naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988-1994

	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
1992	119	187	260	201	162	121	117	58	51	39
1993	153	190	214	227	255	242	174	139	98	53
1994	149	246	260	234	216	131	122	162	90	57
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
1992	43	59	65	76	78	53	60	6	12	15
1993	27	69	85	114	132	159	235	159	79	43
1994	32	57	104	108	137	111	98	58	29	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
1992	162	246	325	277	240	174	177	64	63	54
1993	180	259	299	341	387	401	409	298	177	96
1994	181	303	364	342	353	242	220	120	119	67

In 1993 lijkt er een omslag plaats te hebben in de leeftijdsverdeling van de vrouwen waarbij dit onderzoek plaatsheeft (tabel 14).
Het aandeel van de vrouwen die jonger dan 50 jaar zijn daalt vergeleken met de jaren ervoor aanzienlijk. Dit wordt verklaard door de sterke toename (absoluut en relatief) voor de leeftijdsgroep 50-69 jaar.
In 1994 wordt deze omslag van 1993 echter niet bevestigd. Nog steeds wordt het merendeel van de mammografieën aangevraagd voor vrouwen die buiten de leeftijdsgroep vallen, waarvoor het bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd.

Tabel 14: proportionele verdeling alle mammografieën naar drie leeftijdsgroepen. (Procenten) 1988-1994

	leeftijdsverdeling 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
1992	69	27	4	100
1993	54	40	6	100
1994	66	29	5	100
	leeftijdsverdeling 'eerste' mammografieën			
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100
1990	65	30	5	100
1991	64	31	5	100
1992	71	25	4	100
1993	61	33	6	100
1994	71	24	15	100

In 1995 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE MAN

Sinds 1972 staat de bij de man verrichte sterilisatie als rubriek op de weekstaat.
De uit deze rubriek verkregen gegevens worden, samen met die uit de rubriek sterilisatie bij vrouwen verricht 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 jaarlijks gepubliceerde gegevens vormen een partieel doch vooralsnog onmisbaar beoordelingsinstrument ter zake van ontwikkelingen op het terrein van geboortenregelend gedrag.

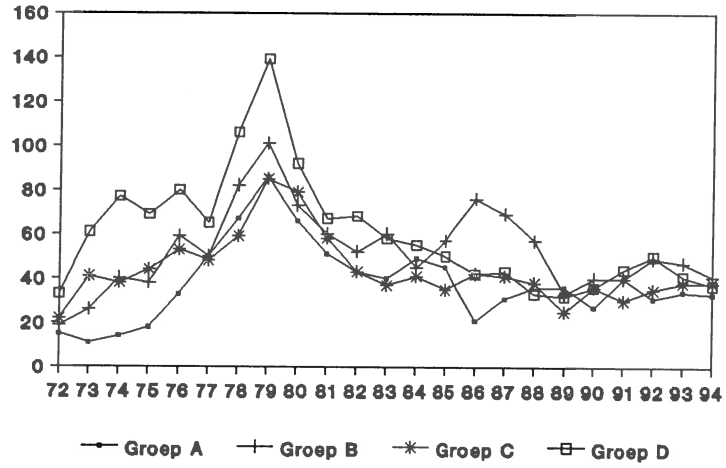
Het aantal per 10.000 mannen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor heel Nederland in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 11).

Tabel 15: aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, 1985-1994

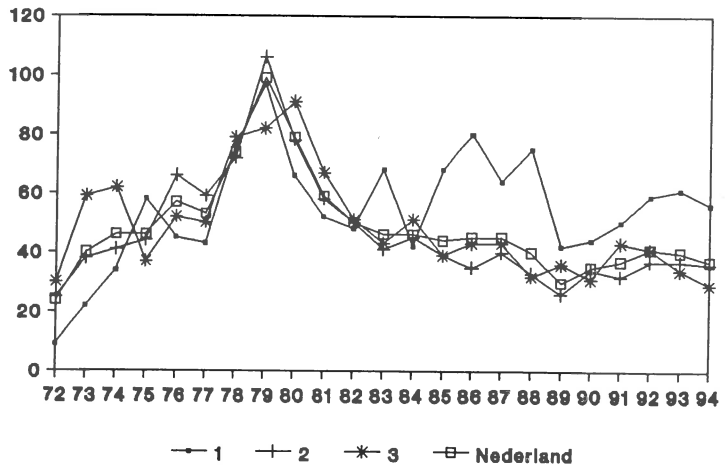
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1985	45	57	35	50	68	39	39	44
1986	21	76	42	42	80	35	43	45
1987	31	69	41	43	64	40	43	45
1988	36	57	38	33	75	33	32	40
1989	36	33	25	32	42	26	36	30
1990	27	40	36	36	44	34	31	35
1991	40	40	30	44	50	32	43	37
1992	31	49	35	50	59	37	41	41
1993	34	47	38	41	61	37	34	40
1994	33	41	38	37	56	36	29	37

Figuur 11
Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1994

provinciegroep



urbanisatiegroep en Nederland



Na pieken rond 1979 is 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 zette door in 1989. In dat jaar vonden er nog 30 sterilisaties per 10.000 mannen plaats. In 1990 en 1991 lag het aantal echter weer hoger: 35 per 10.000 mannen. In 1992-1993 passeert het aantal weer de 40 per 10.000 mannen. In 1994 ligt het aantal iets onder de 40: 37 per 10.000 mannen.

Sinds een aantal jaren ligt het aantal sterilisaties bij mannen op het platteland aanzienlijk hoger dan in de beide andere urbanisatiegroepen. Bij de vrouwen is dat veel minder het geval (zie volgende hoofdstuk blz. 59).

Na extrapolatie komt men op 28.000 sterilisaties voor heel Nederland in 1994. Tussen de kwartalen bestaat weinig verschil.
Zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, was het te verwachten dat er na verloop van tijd, en na een aanvankelijke sterke toename, een stabilisatie zou optreden op een lager nivo. Dit als gevolg van een kortdurend 'historisch inhaaleffect'. Dit effect is inderdaad opgetreden.
Het aantal in 1994 verrichte sterilisaties was even hoog als de vervangingsfactor (28.000), deze "vervangingsfactor" geeft aan het aantal sterilisaties dat in een jaar verricht moeten worden om het percentage ooit gesteriliseerden gelijk te laten blijven. Het is de resultante van twee factoren, namelijk de bevolkingsgroei en het feit dat ooit gesteriliseerden door veroudering uit de vruchtbare leeftijdsgroep verdwijnen (in statistische zin betekent dit: 52 jaar worden).
Hierdoor bleef het percentage ooit gesteriliseerde mannen in 1994 gelijk aan 1993. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen die statistisch gesproken tot de vruchtbare leeftijdsgroep behoren (17-51 jaar)[11] bedroeg in 1994 12,2%. Dit percentage is al sinds 1986 nagenoeg constant. Bij vrouwen daalt het echter (zie hierna).

In figuur 13 (zie pagina 61) is per jaar het aantal sterilisaties per 10.000 mannen van alle subgroepen samen vergeleken met die van de vrouwen. Duidelijk is te zien dat in het afgelopen decennium sterilisatie van de man in vergelijking met sterilisatie van de vrouw steeds populairder is geworden. In 1994 was de verhouding sterilisatie mannen: vrouwen gelijk aan 62:38.

Leeftijdsverdeling
De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 16 gegeven (vergelijk figuur 12 zie pagina 60).

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 1993 nog maar 1,5% en in 1994 nog 1,0% was.

Tabel 16: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1986-1994

	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)
1992	-	12	108	200	114	51	25
1993	-	23	101	158	124	73	20
1994	-	(2)	62	186	139	61	21

Sterilisaties bij mannen worden vooral verricht tussen de 35 en 45 jaar; het hoogste aantal sterilisaties wordt al sinds 1987 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. Ook in 1994 blijft het aantal sterilisaties in deze leeftijdsgroep boven het niveau van 1989.

Opvallend is het hogere aantal sterilisaties bij mannen van 50-54 jaar. Absoluut gaat het echter om een betrekkelijk klein aantal (8).

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ten minste 791.000 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 10,3% 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 1995 op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

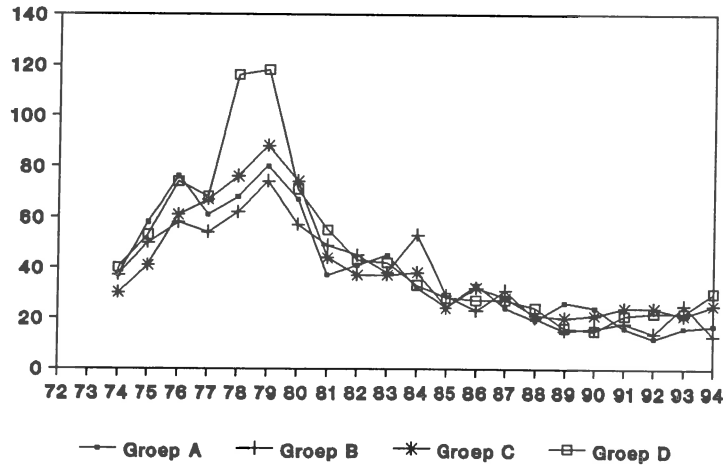
De bij de vrouw verrichte sterilisatie is in 1974 als rubriek op de weekstaat opgenomen (bij de man vanaf 1972). In 1994 werden 22 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, vrijwel gelijk aan de voorafgaande zes jaren. Extrapolatie van deze cijfers naar heel Nederland levert een aantal van ruim 17.000 sterilisaties in 1994. 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, 1985-1994

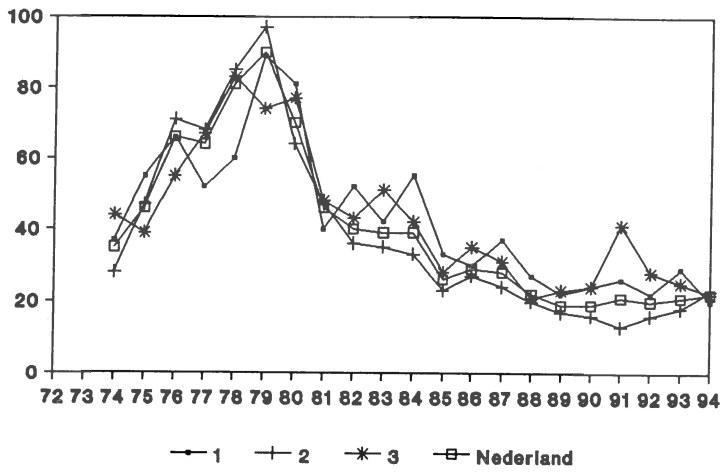
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1985	24	29	24	28	33	23	28	26
1986	33	23	32	27	30	27	35	29
1987	24	31	28	27	37	24	31	28
1988	19	20	21	24	27	20	21	22
1989	26	15	20	16	22	17	23	19
1990	24	16	21	15	24	16	24	19
1991	16	18	24	21	26	13	41	21
1992	12	14	24	22	22	16	28	20
1993	16	25	21	22	29	18	25	21
1994	17	13	25	30	20	23	22	22

Figuur 12
Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1974-1994

provinciegroep



urbanisatiegroep en Nederland

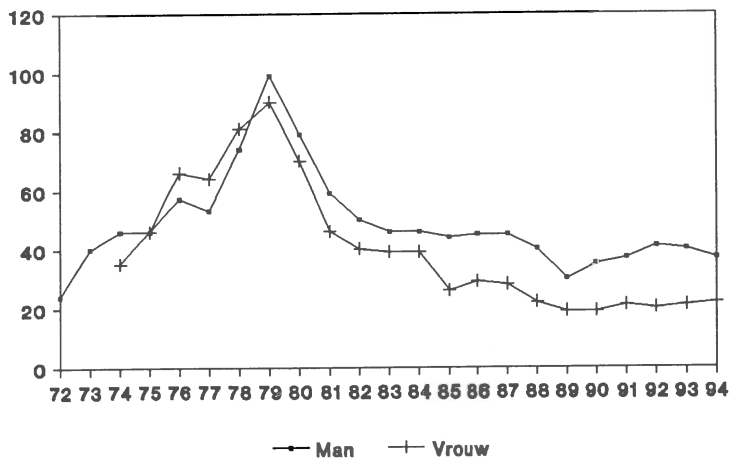


De oostelijke provincies scoren in 1993 het hoogste; dat geldt in nog sterkere mate voor sterilisaties bij mannen. Er is geen verschil naar urbanisatiegraad.

Sinds 1988 ligt het aantal sterilisaties bij vrouwen steeds op hetzelfde niveau. In de onderscheiden subgroepen treden wel enige schommelingen op; maar zonder duidelijke richting.

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.

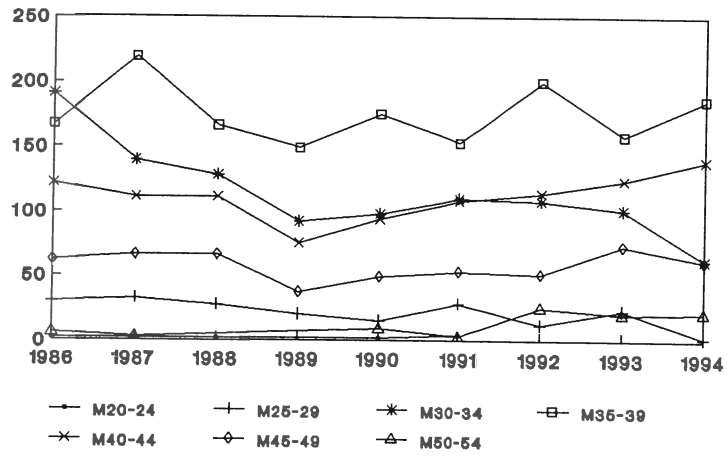
Figuur 13
Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1994



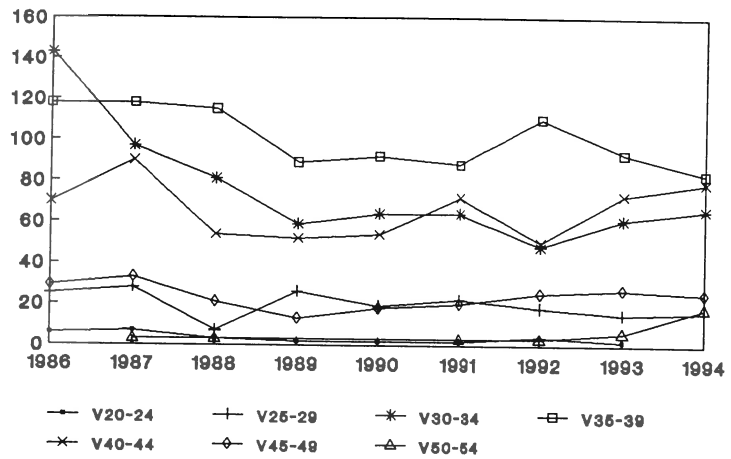
Leeftijdsverdeling
De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 18 gegeven (vergelijk figuur 14).

Figuur 14
Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1986-1994

mannen



vrouwen



Tabel 18: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1986-1994

	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)
1992	(4)	18	48	110	50	25	(3)
1993	(2)	15	61	93	73	27	(6)
1994	-	18	66	83	79	25	18

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

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1973 in totaal bij tenminste 603.000 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 7,8% van de huidige totale vrouwelijke bevolking. Het is echter meer reëel om de cijfers alleen te betrekken op vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49) en om daarbij tegelijkertijd het sterilisatiepatroon van de man te betrekken. In dat geval blijkt dat in 1975 bij ± 6% van de (echt)paren de vrouw of de man gesteriliseerd was. Dit percentage is nadien gestegen via 18.5 in 1980, 22.4 in 1984 tot 23.0 in 1986. In 1987 is dit voor het eerst licht gedaald. Deze daling zet daarna door. In 1990 is dit percentage 22,1, in 1991 21,8, in 1992 21,6 in 1993 21,3 en in 1994 21,0. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1994 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1993 bedroeg 54.000. In werkelijkheid lag dit aantal op slechts 45.000 (28.000 mannen en 17.000 vrouwen).

Tabel 19: percentage vrouwen en mannen, behorende tot de vruchtbare leeftijdsgroep, dat ooit een sterilisatie heeft ondergaan, 1980-1994.

Jaar	vrouwen per 100 15-49 j.	mannen per 100 17-51 j.	totaal m+v per 100 V 15-49 j.
1980	9,3	9,2	18,5
1981	9,8	10,0	19,8
1982	10,2	10,6	20,8
1983	10,6	11,1	21,7
1984	10.9	11,5	22,4
1985	10,8	11,9	22,7
1986	10,8	12,2	23,0
1987	10,6	12,3	22,9
1988	10,4	12,4	22,8
1989	10,2	12,3	22,5
1990	9,9	12,2	22,1
1991	9,6	12,2	21,8
1992	9,4	12,2	21,6
1993	9,1	12,2	21,3
1994	8,8	12,2	21,0

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 9,1% in 1993. Bij mannen blijft het percentage gesteriliseerden sinds 1986 nagenoeg constant. Het percentage gesteriliseerde vrouwen en mannen samen daalt sinds 1986 (zie tabel 19). Er kan daarom gesproken worden van een afnemende populariteit van sterilisaties als methode van geboortenregeling. Volgens Dr E. Ketting, die deze berekeningen maakte, hangt een en ander waarschijnlijk met twee factoren samen. In de eerste plaats willen vrouwen op steeds latere leeftijd (nog) kinderen krijgen, waardoor een beslissing tot sterilisatie steeds meer wordt uitgesteld en vaak ook afgesteld. En in de tweede plaats zijn de bezwaren tegen op latere leeftijd nog gebruiken van orale anticonceptie mede door de introductie van lichter gedoseerde typen, de laatste jaren duidelijk verminderd, waardoor de noodzaak van sterilisatie afneemt.
Veel duidelijker nog dan bij mannen, neemt de populariteit van sterilisaties bij jonge vrouwen bijgevolg de laatste jaren snel af. In 1980 was 6.9% van de vrouwen van 25-29 jaar gesteriliseerd, tegen 0,9% in 1994. Sinds 1984 is er nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13.8% in 1984 naar 4,3% in 1994). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 16,4% in 1994).

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 58% mannen tegen 42% vrouwen. (In de vruchtbare leeftijdsgroep zijn in 1994 513.000 mannen en 356.000 vrouwen gesteriliseerd).

De rubriek sterilisaties is voor 1995 op de weekstaat gehandhaafd.

PRESCRIPTIE OESTROGENEN

Oestrogene stoffen (al dan niet gecombineerd met een progestativum) hebben met name rond en na de menopauze een verschuivend toepassingsgebied.

De druk oestrogenen voor te schrijven aan vrouwen in de menopauze neemt toe. Vrouwen worden via massamedia geïnformeerd. Het is denkbaar dat net als bij de pil onder druk van vrouwen het gebruik van oestrogenen zal toenemen.

Moors stelt echter in 1992 nog vast dat de terughoudendheid van de huisartsen ten aanzien van hormoonsuppletie in tegenstelling is tot het enthousiasme waarmee zij bijna tegelijkertijd het grootscheeps gebruik van orale anticonceptie in Nederland invoerden[12]. Huisartsen zijn terughoudend en verdeeld over de algemene invoering van hormoonsuppletie. Specialisten waaronder de gynaecologen en internisten eveneens.

De demografische opbouw van de vrouwelijke bevolking brengt met zich mee dat in de komende jaren het aantal vrouwen in de doelgroep aanzienlijk toeneemt.

Aan de artsen wordt gevraagd te registreren wanneer zij een voorschrift voor oestrogenen (al dan niet gecombineerd met een progestativum) afgegeven. In 1994 wordt gevraagd daarbij onderscheid te maken tussen een eerste voorschrift en een herhalingsvoorschrift.

In tabel 20 wordt het aantal 1e en het aantal herhalingsvoorschriften voor oestrogenen weergegeven naar provinciegroep en urbanisatiegraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen in de leeftijdsgroep van 40-60 jaar.

Tabel 20: aantal 1e en aantal herhalingsvoorschriften voor oestrogenen naar provinciegroep en urbanisatiegraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen van 40-60 jaar in 1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1e voorschrift	83	297	236	150	153	161	273	180
herhalingsrecept	468	687	854	669	890	616	809	732
ratio 1e/herh.	1/5.6	1/3.5	1/3.6	1/4.5	1/5.8	1/3.8	1/3.0	1/4.1

In de oostelijke provinciegroepen krijgt het hoogste aantal vrouwen een eerste voorschrift voor oestrogenen. In de noordelijke provincies is dat aantal het laagst. Voor de herhalingsrecepten is van toepassing dat ze het meest uitgeschreven worden in de westelijke provincies en het minst in de noordelijke.

In de urbanisatie groepen is het beeld anders. Het aantal 1e voorschriften voor oestrogenen is het geringste op het platteland, waar echter wel de meeste herhalingsrecepten worden uitgeschreven.
De meeste 1e voorschriften worden uitgereikt in de grote steden.

Wanneer er relatief veel 1e voorschriften worden uitgereikt in verhouding tot het aantal herhalingsvoorschriften kan meer kort durend gebruik worden ondersteld. Dit blijkt het geval in de oostelijke en westelijke provincies en in de grote steden.
Dit kan wijzen op een grotere geneigdheid "op proef" oestrogenen te gebruiken. In een aantal situaties zien de vrouw en de arts vervolgens af van langdurige toepassing.

Leeftijdsverdeling
De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal eerste en het aantal herhalingsvoorschriften per 10.000 vrouwen is in tabel 21 gegeven.

Tabel 21: aantal eerste en aantal herhalingsvoorschriften voor oestrogenen naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1994

leeftijdsgroep	1e voorschrift	herhalingsvoorschrift	ratio
40-44	57	175	3.1/1
45-49	185	662	3.6/1
50-54	381	1527	4.0/1
55-59	119	741	6.2/1
60-64	36	214	5.9/1
65-69	23	143	6.2/1
70-74	22	72	3.3/1
75-79	24	66	2.8/1
80-84	13	31	2.4/1
> 85	22	15	0.7/1

Tot op hoge leeftijd krijgen vrouwen oestrogenen voorgeschreven door hun huisartsen. Rond en de eerste jaren na de menopauze is het aantal het hoogst: bij bijna 4% van de vrouwen in de leeftijdsgroep van 50-54 jaar is in 1994 gestart met het voorschrijven van oestrogenen, terwijl aan 1517 per 10.000 vrouwen een herhalingsrecept wordt verstrekt.
Het aantal vrouwen dat een herhalingsrecept krijgt is echter lager dan 15 procent: aan een vrouw kunnen in een jaar meerdere herhalingsrecepten zijn verstrekt. De registratie in deze vorm laat niet toe daarover een uitspraak te doen.
Andere bronnen (apotheken) zijn beter in staat de langdurige gebruiksters van hormoonsuppletie op te sporen.

Na het 59-ste levensjaar daalt het gebruik van oestrogenen aanzienlijk.

Langdurig gebruik ter preventie van osteoporotische fracturen blijkt in de praktijk op basis van deze gegevens weinig voor te komen. Voor zover langdurig gebruik voorkomt dan is dat vooral door vrouwen van 55-69 jaar (de hoogste ratio's voor herhalingsrecepten/eerste voorschriften).

De rubriek is in 1995 op de weekstaat gehandhaafd.
Met een aanvullende vragenlijst.

HARTINFARCT

Kennis van het aantal gevallen van hartinfarct is zowel van belang voor het aanpassen van het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg als voor het wetenschappelijk onderzoek.
Om een volledig inzicht te verkrijgen in de incidentie van het hartinfarct dient informatie verzameld te worden op verschillende niveaus. Het CBS stelt de doodsoorzakenstatistieken 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 destijds 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 opneming? (Binnen 48 uur).

Tussen deze beide eerdere registratieperioden 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'[13]. 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;
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, waarvan de partner nog in leven was en in meerderheid in een grote stad of in het westen van

het land woonden. Deze patiënten hadden bovendien 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 ischaemische hartaandoeningen een van de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte in Nederland.
Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM blijkt dat er sprake is van een verschuiving van het acute naar het chronische lijden, dus van het acuut myocard infarct naar de overige (meer chronische) ischaemische hartziekten.
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 opname- frequentie laten zien wegens overige, meer chronische ischaemische hartziekten. In contrast daarmee dalen de aantallen opnamen van jongeren in de jaren 1969-1987[14].

Naast de informatie uit de doodsoorzakenstatistieken en uit de registraties in de ziekenhuizen en verpleeghuizen blijft behoefte aan gegevens uit de huisartspraktijk. Op verzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (prof. dr ir D. Kromhout en dr H. Verkleij) is in 1991 opnieuw een registratie van het hartinfarct opgezet.

Gevraagd wordt nu 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: hetero-anamnese en/of onderzoek door de arts en de eventuele cardiologische voorgeschiedenis.
Bij een acuut overleden patiënt kan zonder obductie op basis van de hetero anamnese en de voorgeschiedenis 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: eerste drie letters van de achternaam, het geslacht, en de geboortedatum. Hierdoor is het mogelijk na te gaan of er sprake is van dubbelmeldingen, 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 uitgebreide rapportage over de registratie vindt door het RIVM plaats en zal eind 1995 beschikbaar zijn.

In tabel 22 zijn de frequentie-gegevens van het vermoede en bevestigde hartinfarct per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland weergegeven. Een vermoed infarct dat later ook als bevestigd infarct wordt gemeld is in deze tabel zowel onder de categorie vermoed als bevestigd opgenomen.

Tabel 22: aantal patiënten met een vermoed of bevestigd hartinfarct per provincie- en urbanisatiegroep en voor heel Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1991-1994

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder land
		A	B	C	D	1	2	3	
mannen									
vermoed	1991	20	38	19	29	33	24	23	25
	1992	17	14	24	27	14	23	23	22
	1993	18	30	24	28	24	26	24	25
	1994	22	26	18	29	24	26	15	23
bevestigd	1991	13	17	15	26	16	18	18	18
	1992	13	15	23	20	16	17	28	19
	1993	9	15	22	15	18	16	19	17
	1994	8	15	17	26	13	17	20	17
vrouwen									
vermoed	1991	8	18	10	21	8	14	14	13
	1992	10	11	12	20	5	15	14	13
	1993	6	12	11	19	8	13	12	12
	1994	10	13	7	17	10	13	8	11
bevestigd	1991	7	11	7	10	2	9	12	9
	1992	5	9	9	6	4	8	9	8
	1993	3	13	8	12	13	9	9	9
	1994	4	9	8	11	9	8	8	8
totaal									
vermoed	1991	14	28	14	25	20	19	18	19
	1992	13	12	18	24	9	19	19	18
	1993	12	21	17	23	16	20	18	19
	1994	16	20	13	23	17	20	11	17
bevestigd	1991	10	14	11	18	9	13	15	13
	1992	9	12	16	13	10	12	18	13
	1993	6	14	15	13	16	12	14	13
	1994	6	12	13	18	11	13	14	13

Bij mannen wordt vaker een infarct vermoed en ook vaker een infarct gevonden dan bij vrouwen. De man-vrouw ratio is zowel voor vermoed als bevestigd hartinfarct ongeveer 2:1. De verhouding vermoed versus bevestigd infarct is voor beide sexen ongeveer 3:2.

In 1994 is het aantal meldingen van een bevestigd hartinfarct in de noordelijke provincies (provinciegroep A) opnieuw lager dan elders. In de grote steden (urbanisatiegroep 3) zijn in 1991 en 1992 meer meldingen van het bevestigde hartinfarct dan in beide andere urbanisatiegroepen. Voor 1993 en 1994 lijkt het aantal meldingen per urbanisatiegroep niet te verschillen. Voor

het vermoed hartinfarct is over de hele periode geen duidelijk verschil tussen de urbanisatiegroepen aanwezig.
In de grote steden (urbanisatiegroep 3) zijn voor mannen meer meldingen van het bevestigd hartinfarct (dit geldt niet voor vermoede AMI) dan in beide andere urbanisatiegroepen.

Leeftijdsverdeling
In tabel 23 zijn de frequenties per leeftijdsgroep gegeven.

Tabel 23: aantal patiënten naar leeftijdsgroep met een vermoed en bevestigd hartinfarct per 10.000 mannen 1991-1994.

leeftijds-groep	mannen							
	ver-moed				beves-tigd			
	1991	1992	1993	1994	1991	1992	1993	1994
≤ 24	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	(3)	-	-	-	(3)	-	-	-
30-34	(2)	(7)	(4)	(3)	-	(0)	(2)	(2)
35-39	(8)	(2)	(6)	(5)	(2)	(6)	(2)	(7)
40-44	21	11	12	11	13	13	(4)	9
45-49	18	20	31	25	15	31	24	21
50-54	34	33	47	23	23	36	33	28
55-59	60	43	56	52	54	49	28	60
60-64	70	54	79	75	84	64	62	62
65-69	116	80	88	59	68	65	65	48
70-74	143	171	133	99	74	93	89	76
75-79	122	104	97	191	23	60	67	71
80-84	93	139	150	138	134	76	88	104
≥ 85	75	80	177	174	75	80	118	17

Tabel 24: aantal patiënten naar leeftijdsgroep met een vermoed en bevestigd hartinfarct per 10.000 vrouwen 1991-1994.

leeftijds-groep	vrouwen							
	ver-moed				beves-tigd			
	1991	1992	1993	1994	1991	1992	1993	1994
≤ 24	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-	-	-
30-34	-	(2)	-	-	-	(2)	-	(2)
35-39	-	-	-	-	-	-	(2)	-
40-44	-	(2)	(4)	(2)	(4)	(2)	(2)	(2)
45-49	(3)	(5)	14	(6)	(3)	(0)	9	(6)
50-54	12	14	11	(8)	(6)	(6)	9	(5)
55-59	12	12	15	(6)	-	(3)	15	9
60-64	35	54	28	33	22	27	31	15
65-69	40	39	32	39	37	23	32	26
70-74	66	43	47	68	58	23	39	65
75-79	114	63	58	47	40	54	43	33
80-84	63	86	85	75	63	40	39	56
≥ 85	88	103	94	60	35	60	43	15

Tabel 25: incidentie van bevestigd hartinfarct (per 10.000) berekend over de periode 1991-1994 (noemer is de huisartsenpopulatie)

leeftijd	mannen	vrouwen
40-44	8	3
45-49	22	4
50-54	32	5
55-59	46	5
60-64	71	23
65-69	53	29
70-74	78	49
75-79	44	55
80-84	102	53
> 85	75	48

Bij de mannen treedt in de periode 1991-1994 het bevestigde hartinfarct vooral op vanaf het 45-ste levensjaar, met tevens een sterke stijging van de

incidentie rond het 60-ste levensjaar. Bij vrouwen wordt pas vanaf het 60-ste levensjaar een sterke stijging gezien van de incidentie van het bevestigd hartinfarct.
Bij mannen worden de hoogste incidentiecijfers van het bevestigde infarct gezien vanaf een leeftijd van 70 jaar (met een onverklaarde uitschieter naar beneden bij de 75-79 jarigen), bij vrouwen treedt de hoogste incidentie op vanaf het 75-ste levensjaar.

De rubriek is in 1995 van de weekstaat afgevoerd.

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 een standaard voor de diagnostiek en behandeling van niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus 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 is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (Prof. dr ir D. Kromhout, dr H. Verkleij en drs D. Ruwaard) is het onderwerp op de weekstaat van 1990 geplaatst[15].

Het doel van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in het beslag dat patiënten met diabetes mellitus op de gezondheidszorg leggen. Geïnformeerd is in 1990 en 1991 naar de incidentie, prevalentie en het optreden van acute ontregelingen, in 1992-1994 alleen naar de incidentie. In een aanvullende vragenlijst melden de peilstationartsen de wijze waarop de diagnose is gesteld, welke arts de patiënt behandelt, en op welke wijze. Ook wordt gevraagd naar 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 er sprake is van een stijging in het aantal patiënten. Ook geeft de registratie een indruk van 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.) èn één afwijkende bloedglucosewaarde, dan wel twee abnormale waarden

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

Uitgebreide rapportage over deze registratie vindt elders plaats en zal eind 1995 beschikbaar zijn. Hier wordt in eerste instantie gerapporteerd over de in 1990-1994 geregistreerde incidentie.

In tabel 26 wordt de incidentie van diabetes mellitus weergegeven naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, per 10.000 vrouwen en per 10.000 inwoners.

Tabel 26: incidentie van diabetes mellitus naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, per 10.000 vrouwen 1990-1994

			provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
			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
	1992	M	12	9	21	15	16	15	19	16
	1993	M	9	14	15	15	10	12	20	14
	1994	M	9	16	14	11	15	12	15	13
	1990	V	14	18	24	25	14	20	33	22
	1991	V	15	16	19	13	13	13	28	16
	1992	V	14	18	16	14	17	15	15	15
	1993	V	11	18	20	16	20	16	20	17
	1994	V	11	16	14	10	16	10	17	13
	1990	M+V	20	17	22	24	13	19	33	21
	1991	M+V	11	14	18	14	10	13	26	15
	1992	M+V	13	13	18	14	17	15	17	16
	1993	M+V	10	16	18	16	15	14	20	16
	1994	M+V	10	16	14	10	16	11	16	13

Er wordt weinig verschil vastgesteld tussen mannen en vrouwen. Tussen de provinciegroepen bestaan geen grote, consistente verschillen. In 1993 en 1994 worden in de noordelijke provincies minder nieuwe patiënten gemeld.

Wel worden verschillen vastgesteld tussen de urbanisatiegroepen; er is sprake van een duidelijke gradiënt van platteland naar grote stad in de eerste twee registratie jaren. In 1990-1991 is de incidentie in de grote steden meer dan het tweevoudige van de incidentie op het platteland. In 1992 is dit niet meer het geval. In 1993 wordt in de grote steden weer het grootste aantal nieuwe diabetes patiënten gemeld. In 1994 is de incidentie in de grote steden en op het platteland even hoog; in de kleine steden en gemeenten met een verstedelijkt karakter ligt de incidentie duidelijk lager.

Leeftijdsverdeling

In tabel 27 is de leeftijdspecifieke verdeling gegeven van de incidentie van diabetes mellitus.

Tabel 27: incidentie van diabetes mellitus naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1990-1994

leeftijds-groep	incidentie M					V				
	1990	1991	1992	1993	1994	1990	1991	1992	1993	1994
≤ 9	(1)	(3)	-	(1)	(2)	(1)	(1)	(3)	(1)	(-)
10-19	(4)	(1)	(2)	(-)	(0)	(2)	(1)	(1)	(1)	(2)
20-29	5	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(1)	(3)	(4)	(1)
30-39	6	8	10	(3)	(4)	(2)	(4)	(2)	(2)	(2)
40-49	13	23	11	12	17	23	9	9	14	(7)
50-59	41	28	43	34	32	37	29	32	32	26
60-69	55	43	45	40	34	55	58	47	36	39
70-79	120	59	50	50	44	88	69	55	71	57
≥ 80	97	-	62	84	21	85	33	41	70	31

Zoals verwacht neemt de incidentie van diabetes mellitus toe met de leeftijd. De hoogste incidentie ligt in de leeftijdsgroep van 70 jaar en ouder.

Vergeleken met de periode 1980-1983 is de incidentie in 1990-1994 gestegen.
Nadere rapportage over de stijging van de incidentie volgt.

In 1995 is deze rubriek van de weekstaat afgevoerd.

SUICIDE(POGING)

In overleg met de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen 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 de suïcide(poging).
De naam van de rubriek is tevens de definitie.
Van de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen 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 1989-1994 respectievelijk 89, 67, 60, 84, 73 en 74.

Het aantal pogingen per provincie- en urbanisatiegroep per 10.000 inwoners is in tabel 25 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.
Wanneer naar de urbanisatiegraad gekeken wordt dan worden consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden; 2 à 3 maal zoveel als elders.
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 28: aantal meldingen van een suïcide(poging) per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1985-1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder-land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1992	12	4	6	5	3	7	7	6
1993	6	4	5	8	3	5	9	6
1994	5	6	5	5	3	4	9	5

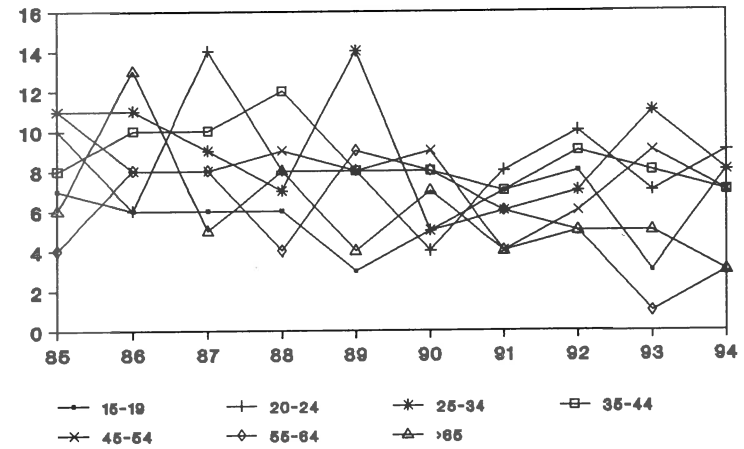
Leeftijdsverdeling

Tabel 29 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 15).

Tabel 29: aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1985-1994

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1992	(1)	8	10	7	9	6	5	5
1993	-	(3)	7	11	8	9	1	5
1994	(1)	8	9	8	7	7	3	3

Figuur 15
Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1985-1994



Ook met betrekking tot leeftijdsgroepen is de uitsplitsing van beperkte waarde vanwege de geringe absolute aantallen en de hierbij gemakkelijk optredende oscillaties. Er komt geen duidelijke voorkeursleeftijd uit de registratie naar voren.

Deze rubriek is in 1995 op de weekstaat gehandhaafd.

EEN PUBLIKATIE OP BASIS OF MEDE OP BASIS VAN DE GEGEVENS UIT DE CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE

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

Using data from the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations over the period 1979-1986, the authors tried to determine the incidence and the characteristics of patients in general practice who attempted or committed suicide. Almost half of the suicide attempters and suicides had contacted their general practitioner (GP) shortly before the suicidal act. A minority of these cases were recognized by the GP as having a high suicide risk. In almost 70% of the suicides and 58% of the suicide attempters the GPs

reported the existence, currently or previously, of a depressive episode. About half of both suicides and the suicide attempters had been treated or seen by mental health professionals or social workers. Given the fact that suicide and suicide attempts are relatively rare events in general practice, and given the fact that for the patients who contact their GP shortly before the suicidal act it is not at all certain whether they present clearly recognizable signs of suicide risk at that time, the authors conclude that GPs cannot play an important role in the prevention of suicidal behaviour.

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE (P.I.D.)

De meeste gevallen van P.I.D. worden veroorzaakt door een seksueel overdraagbaar agens (Chlamydia trachomatis of Neisseria gonorrhoea).
P.I.D. kan een aantal gevolgen hebben die een meer intensieve medische begeleiding vragen: onvruchtbaarheid ten gevolge van een tuba-afsluiting, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en chronische onderbuikklachten[16].

De rubriek is op de weekstaat geplaatst met de bedoeling het epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van "nieuwe seksuele overdraagbare aandoeningen" te intensiveren. Deze beleidslijn is door de voormalig Staatssecretaris Simons in een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer geformuleerd (brief d.d. 17-12-1991).

Gevraagd wordt elke patiënte met een acute P.I.D. (waaronder salpingitis) te melden.

Gekozen is de definitie te gebruiken welke in het Amsterdamse Peilstation Project is gehanteerd.
Het betreft een patiënte met acute pijn onder in de buik. De patiënte is duidelijk ziek. Bij lichamelijk onderzoek wordt gevonden: drukpijn in de onderbuik en bij vaginaal toucheer slingerpijn en pijnlijke adnexen. Koorts (>38° C), leucocytose (> 12-15.000) en een verhoogde bezinking (> 30 mm) ondersteunen de diagnose.
Criterium om de patiënte mee te tellen is, dat antibiotica werden voorgeschreven, hetzij door de huisarts, hetzij door een gynaecoloog indien voor nader onderzoek verwezen is.

Het aantal vrouwen met P.I.D. per 10.000 vrouwen per provinciegroep en urbanisatiegroep is met het aantal voor Nederland in tabel 30 gegeven.

Tabel 30: aantal vrouwen met P.I.D. per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1993-1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1993	9	4	8	7	8	5	10	7
1994	4	10	9	10	10	6	12	9

De landelijke incidentie van P.I.D. is ongeveer een derde van de incidentie welke in 1990 in Amsterdam werd geregistreerd: respectievelijk 8 en 24 per 10.000 vrouwen[17].
In de noordelijke provinciegroep worden in 1994 aanzienlijk minder patiënten met een P.I.D. gemeld. De aantallen in de andere provinciegroepen verschillen onderling weinig.
Op het platteland worden iets meer vrouwen met een P.I.D. door de huisarts gemeld dan in de forensensteden en de kleinere steden: respectievelijk 10 en 6 per 10.000 vrouwen. De hoogste incidentie wordt gevonden in de grote steden: 12 per 10.000 vrouwen.

Seizoensinvloeden
Belangrijke verschillen tussen de kwartalen worden in 1994 niet gevonden.

Leeftijdsverdeling
In tabel 31 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met een P.I.D. die door de peilstationartsen zijn gemeld.

Tabel 31: aantal vrouwen met een P.I.D. per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen, 1993-1994

leeftijdsverdeling	vrouwen 1993	1994
< 15	(1)	-
15-19	9	7
20-24	14	10
25-29	13	16
30-34	11	20
35-39	13	14
40-44	15	13
45-49	(5)	8
50-54	(9)	18
> 54	(1)	(2)

P.I.D. blijkt vooral een aandoening te zijn van vrouwen in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar.
Deze bevinding komt overeen met de uitkomsten van de registratie door de Amsterdamse huisartsen tussen 1983-1990.

De rubriek wordt in 1995 herhaald.

URETHRITIS BIJ DE MAN

Seksueel-Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn op griepachtige aandoeningen na de meest voorkomende infectieziekten in Nederland. Er zijn zo'n 20 verschillende verwekkers, die leiden tot uiteenlopende klachten. Chlamydia, gonorroe, syfilis, herpes, H.P.V.-infectie, hepatitis B en H.I.V.-infectie zijn de belangrijkste aandoeningen.

De epidemiologie van SOA in Nederland is onduidelijk ondanks een groot aantal (kleinschalige) onderzoeken.
Er bestaat een aangifteplicht voor hepatitis B en scabies (B-ziekten) en voor gonorroe en syfilis (C-ziekten). Onderrapportage is een erkend probleem bij de aangifteplichtige aandoeningen. Het is verder de vraag of gonorroe nog steeds als tracer-disease voor alle SOA kan worden gehanteerd.
Ook bestaat er een registratiesysteem van SOA-gevallen, uitgevoerd door sociaal-verpleegkundigen van de GGD-en.

Inzicht is gewenst in het voorkomen van SOA in Nederland. Onderzoeken op kleine schaal kunnen slechts een gedeeltelijk inzicht verschaffen. Registratie in de CMR Peilstations Nederland kan een goede aanvulling op dergelijke onderzoeken geven.

De huisarts wordt gevraagd elke patiënt te melden waarbij een (sub)acute afscheiding uit de penis bestaat, waarbij doorgaans dysurie optreedt.
Deze omschrijving sluit aan bij de definitie zoals gehanteerd in het Amsterdams Peilstation project.

Wanneer bij een patiënt met urethritis tijdens het consult de ziekte AIDS ter sprake komt wordt de patiënt ook gemeld in de rubriek 'angst voor AIDS'.

Het aantal patiënten met urethritis per 10.000 mannen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor heel Nederland in tabel 32 gegeven.

Tabel 32: aantal patiënten met urethritis per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1992-1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992	16	40	45	10	46	14	65	31
1993	15	32	25	19	36	16	33	23
1994	20	32	28	14	26	18	39	25

De landelijke incidentie van urethritis is ongeveer een derde van die in Amsterdam: respectievelijk gemiddeld 27 en 99 per 10.000[17].
In alle drie de jaren wordt urethritis duidelijk meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies.
In de grote steden worden de meeste mannen met urethritis door de huisarts gezien. Vergeleken met 1992 is er een drastische daling van het aantal geregistreerde mannen met urethritis in 1993 en 1994 in de grote steden opgetreden. Ook op het platteland daalde het aantal meldingen van urethritis.

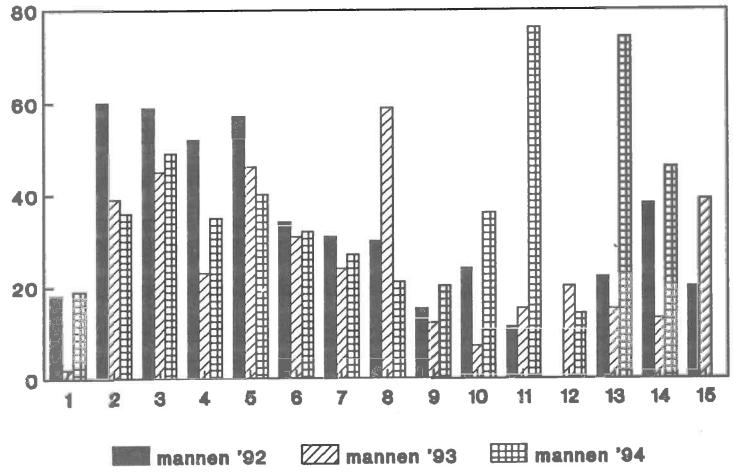
Seizoensinvloeden
Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

Leeftijdsverdeling
In tabel 33 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 17).

Tabel 33: aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1994

leeftijdsgroep	mannen 1992	1993	1994
< 15	(0)	-	-
15-19	18	(2)	19
20-24	60	39	36
25-29	59	45	49
30-34	52	23	35
35-39	57	46	40
40-44	34	31	(32)
45-49	31	24	27
50-54	30	59	21
55-59	15	(12)	20
60-64	24	(7)	36
65-69	(11)	(15)	(7)
70-74	-	(20)	(14)
75-79	(22)	(15)	(7)
80-84	(38)	(13)	(46)
> 85	(20)	(39)	-

Figuur 17
Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1994



Leeftijdsgroep
1=15-19 2=20-24 3=25-29 4=30-34 5=35-39 6=40-44 7=45-49 8=50-54
9=55-59 10=60-64 11=65-69 12=70-74 13=75-79 14=80-84 15= >84

Urethritis wordt onder de 15 jaar zelden gemeld.
Het merendeel van de patiënten is tussen de 20-40 jaar oud. Deze resultaten komen overeen met de uitkomsten van het Amsterdamse Peilstation Project[17].

De rubriek wordt in 1995 herhaald.

ANGST VOOR AIDS

Huisartsen worden in hun praktijk slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en seropositiviteit. Slechts een enkele huisarts zal in zijn praktijk te maken hebben met patiënten die aan AIDS lijden. Ook de ervaring van huisartsen met zorg voor seropositieve patiënten is beperkt.

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.

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

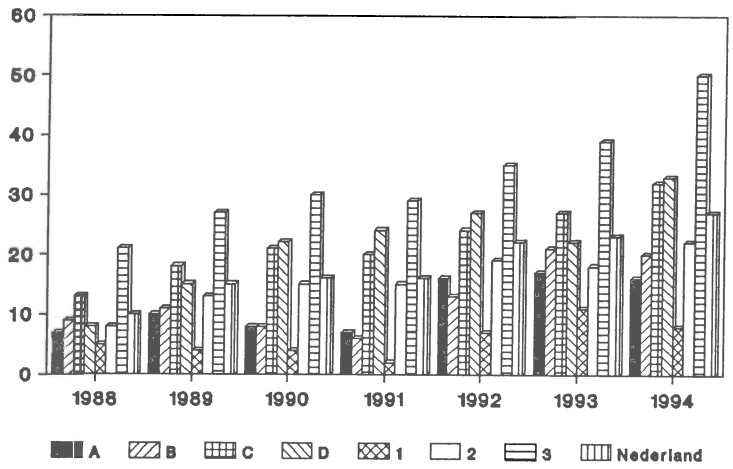
Tenslotte wordt gevraagd naar de acties die de huisarts verder onderneemt in relatie tot de vraagstelling van de patiënt en of er een vervolgcontact afgesproken wordt. Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats[18]. (drs. M. Moons en drs. L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

Tabel 34: aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners 1988-1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	7	9	13	8	5	8	21	10
1989	10	11	18	15	4	13	27	15
1990	8	8	21	22	4	15	30	16
1991	7	6	20	24	2	15	29	16
1992	16	13	24	27	7	19	35	22
1993	17	21	27	22	11	18	39	23
1994	16	20	32	33	8	22	50	27

Aanvankelijk is het aantal consulten over AIDS enkele jaren constant. Vanaf 1992 treedt een stijging op, welke ook in 1994 is doorgezet.
In de westelijke en zuidelijke provinciesgroepen wordt de huisarts 1,5 à 2 maal vaker over AIDS geconsulteerd dan in het noorden en oosten. In de grote steden wordt de huisarts aanzienlijk vaker omtrent AIDS geconsulteerd.
De huisartsen in de grote steden hebben consistent duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 18).
Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op H.I.V.-antistoffen wordt gedaan gestaag toe neemt: van 131 in 1990 naar 321 in 1994.
Hoewel niet elk verzoek om een test wordt ingewilligd, neemt ook het aantal tests dat wordt verricht toe: van 121 in 1990 naar 259 in 1994. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 18
Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1994



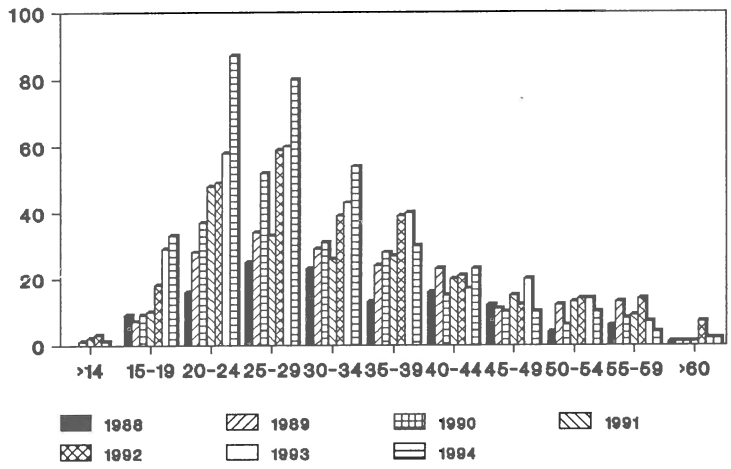
Leeftijdsverdeling

In tabel 35 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 19).

Tabel 35: aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1994

Leeftijdsgroep	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
≤ 14	-	-	(1)	(2)	(3)	(1)	-
15-19	9	7	9	10	18	29	33
20-24	16	28	37	48	49	58	87
25-29	25	34	52	33	59	59	80
30-34	23	29	31	26	39	41	54
35-39	13	24	28	27	39	41	30
40-44	16	23	15	20	21	17	23
45-49	12	11	10	15	12	19	10
50-54	(4)	12	(6)	13	14	13	10
55-59	6	13	8	9	14	6	4
≥ 60	(1)	(1)	(1)	(1)	7	(2)	(2)

Figuur 19
Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1994



Het merendeel van de vragen over AIDS bij de huisartsen wordt gesteld in de leeftijdsgroep van 20-49 jaar. Het jaarverslag van de AIDS-infolijn over 1988-1990 geeft eveneens een hoog percentage; ongeveer 70% van de bellers is tussen de 20 en 50 jaar[19]. In de peilstationregistratie is 89% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 50 jaar. In alle leeftijdsgroepen tussen 15 en 35 jaar blijft het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt toenemen.

De rubriek is voor 1995 op de weekstaat gehandhaafd. Ook de registratie in het kader van Eurosentinel wordt voor 1995 gecontinueerd.

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

CASTEREN, V. van, P. LEURQUIN, A. BARTELDS, e.a.
Demand Patterns for H.I.V.-tests in General Practice: Information Collected by Sentinel Networks in 5 European Countries.
European Journal of Epidemiology. 1993, Vol 9, p. 169-175

This study describes a 1 year international data collection on the demand pattern for HIV-

antibody tests in general practice recorded by 6 sentinel networks in 5 European countries. The purpose of the recording was to evaluate the use of HIV-testing by general practitioners and the demand for testing among the general population. Sentinel networks of general practitioners are a possible and available instrument for monitoring the perception of the HIV-test, and indirectly of the threat of the HIV-epidemic by the public and by the general practitioners (GPs). Differences were found between the countries in the frequency of testing, the person asking the test and the reason for testing. Possible explanatory factors, such as differences in the routine testing of specific groups, differences in the training and in the role of the GP, differences in the characteristics of prevention policy, are discussed. The European comparison also offers the opportunity to reflect on common medical practice in dealing with demands for HIV-tests.

MOONS, M.A.W., L. PETERS.
Vragen over AIDS bij de huisarts:
Ongerustheid en angst van niet-seropositieve patiënten in de periode 1988-1993.
Nivel, mei 1994, Utrecht (CMR-Peilstations Nederland).

Het registratie-project 'Vragen over AIDS bij de huisarts' is opgezet met het doel een beeld te krijgen van de rol van de huisarts ten aanzien van de preventie en voorlichting bij de ziekte AIDS. Sinds 1988 worden er door de Continue Morbiditeits Registratie Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen (circa 45 praktijken, 62 huisartsen), gegevens verzameld over arts-patiënt contacten waarin ongerustheid of vragen over AIDS zijn besproken. Alleen de contacten met patiënten van wie geen seropositieve status bekend is zijn in de registratie opgenomen. De huisartsen hebben na een dergelijk contact enkele gegevens geregistreerd over de patiënt, over hetgeen er tijdens het contact is besproken en over de door hen uitgevoerde handelingen. In dit rapport worden de gegevens over 5 jaar registratie gepresenteerd.

Uit de gegevens komt naar voren dat een huisarts in Nederland, gemiddeld, te maken heeft gehad met 17 contacten waarin het onderwerp AIDS ter sprake is gekomen per 10 000 patiënten, per jaar. Extrapolatie van dit aantal naar de totale Nederlandse bevolking levert een totaal aantal AIDS-gerelateerde contacten per jaar op van 26 000. Uitgaand van een normpraktijk van 2350 patiënten komt dit neer op 4 AIDS-gerelateerde contacten per praktijk per jaar. Bij de constatering dat de huisarts slechts in beperkte mate wordt geconfronteerd met vragen over AIDS, moet worden opgemerkt dat de verschillen tussen de aantallen AIDS-gerelateerde contacten per praktijk vrij groot zijn en dat er over de periode 1988-1993 een significante groei is geweest in het aantal contacten: van 3.4 naar 5.7 contacten per jaar voor een normpraktijk. De ontwikkelingen in plattelandsgemeenten wijken hiervan af: Het aantal contacten (berekend voor een normpraktijk) is deze gemeenten afgenomen van 2.8 in het eerste jaar van de registratie naar 1.8 in het vijfde jaar.

Wanneer wordt gekeken naar de inhoud van de contacten dan blijkt dat de HIV-antistoffentest een belangrijk onderwerp van gesprek is: Bij tweederde van de contacten wordt een verzoek om een test besproken en in het merendeel (85%) van de gevallen wordt er ook een testafspraak gemaakt. Het aantal testverzoeken en het aantal testafspraken blijkt over de periode 1988-1993 eenzelfde groei door te maken als het aantal AIDS-gerelateer-

de contacten: De HIV-antistoffentest is een belangrijkere plaats in gaan nemen tijdens de contacten. Naast de HIV-antistoffentest, en vaak in combinatie hiermee, wordt tijdens de contacten tussen arts en patiënt ook gesproken over mogelijke risico's van sexuele contacten. Veel patiënten willen met de huisarts bespreken òf er sprake is van onveilig gedrag en een gelopen risico. Ook komen patiënten bij de huisarts (een derde van de contacten) met vragen over lichamelijke klachten of symptomen van AIDS. Slechts een beperkt deel van deze klachten acht de huisarts ook alarmerend. In contacten waarin klachten worden besproken wordt veel minder vaak om een test gevraagd. Patiënten die zich zorgen maken over klachten brengen de huisarts vaak nogmaals een bezoek. Hele triviale vragen over AIDS of besmettingsrisico's blijken bij de huisarts nauwelijks te worden gesteld.
De huisarts blijkt bij de preventie en voorlichting ten aanzien van AIDS een pragmatische aanpak te hanteren: De huisarts neemt vooral het initiatief om AIDS ter sprake te brengen wanneer de arts klachten signaleert die mogelijk zouden kunnen wijzen in de richting van een HIV-infectie. Bij 89% van de contacten neemt de patiënt zelf het initiatief om vragen te stellen of ongerustheid over AIDS te bespreken.

De algemene en doelgroep-specifieke voorlichtingscampagnes via de media kunnen niet op alle individuele vragen en onzekerheid rond AIDS een antwoord geven en maken mensen ook juist bewust van risico's om met HIV besmet te worden. De huisarts blijkt voor de vragen en ongerustheid van de individuele patiënt een duidelijke aanvullende rol te vervullen op deze algemene voorlichting. Dit komt niet alleen naar voren uit de onderwerpen die tijdens de contacten worden besproken, maar ook uit het feit dat na een kleine tien jaar van voorlichtingscampagnes, het aantal contacten bij de huisarts waarin AIDS ter sprake komt een groei vertoont.
Met alertheid, openheid en extra aandacht van de huisarts voor deze kant van de AIDS-epidemie zou de rol van de huisarts op het gebied van preventie en voorlichting nog aan betekenis kunnen winnen.

VIRALE HEPATITIS

Elke virale hepatitis kan asymptomatisch of subklinisch verlopen. Bij het hepatitis A virus wordt dit percentage op 50% geschat; bij hepatitis B en C is dit waarschijnlijk lager. Deze niet gediagnostiseerde patiënten zijn echter op enig moment wel besmettelijk.

Hepatitis A en B komen verspreid over de hele wereld voor.
In Nederland was hepatitis A in het verleden een ziekte van schoolgaande kinderen. Onder invloed van een verbeterde hygiëne is de incidentie bij kinderen de laatste 20 jaar sterk gedaald. De prevalentie van anti-HAV-antistoffen is in de jongere leeftijdsgroepen lager dan bij ouderen: ca 10% van de 20 jarigen heeft antistoffen tegen het hepatitis A virus en van de 50 jarigen ongeveer 50%.
De kans op epidemieën neemt door de lage beschermingsgraad en toenemende contacten met (sub)tropische landen toe.

Met het hepatitis B virus zal iemand in Nederland niet snel in aanraking komen. Schattingen over de prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis B virus in de westerse wereld lopen uiteen van 3-10%.
Wereldwijd zijn miljoenen mensen asymptomatische drager van het Hepatitis B virus. Het virus wordt parenteraal over gedragen met name via het bloed. Sexueel contact en het gemeenschappelijk gebruik van besmette naalden vormen in Nederland de belangrijkste transmissieroutes. In de gezondheidszorg is transmissie, vooral via prikaccidenten, een reëel risico.

Virale hepatitis is een ziekte waarvan aangifte gedaan moet worden.
In 1993 werden 1078 gevallen van hepatitis A aangegeven; in 1994 978.
Hepatitis B komt minder frequent voor: in 1993 219 aangiften en in 1994 213.
Onderaangifte van deze aandoeningen is een probleem.

In 1994 wordt de peilstationarts gevraagd elke door hem vastgestelde infectieuse hepatitis te melden. Gevraagd wordt onderscheid te maken tussen hepatitis A, hepatitis B en overige vormen.
Serologische bevestiging van de diagnose is daartoe bijna altijd noodzakelijk.

In tabel 36 worden de aantallen gemelde patiënten met hepatitis A, hepatitis B en overige vormen van hepatitis weergegeven per provinciegroep en

urbanisatiegraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners.

Tabel 36: aantal gevallen van hepatitis A, hepatitis B en overige vormen van hepatitis, per provinciegroep en urbanisatiegraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners in 1994

	provinciegroep				urbanisatiegroep			neder-land
	A	B	C	D	1	2	3	
hepatitis A	(0.4)	(1.3)	2.0	(1.2)	(1.8)	1.2	1.6	1.4
hepatitis B	-	(1.3)	(0.5)	(0.6)	(1.8)	(0.5)	(0.3)	0.6
overige vormen	(1.3)	(0.6(	1.4	(0.9)	-	1.3	1.4	1.1

Alle tussen haakjes gegeven getallen geven aan dat het berekend is op een absoluut aantal meldingen dat kleiner is dan 5. Virale hepatitis komt in het hele land in geringe mate voor. In de westelijke provincies worden de meeste gevallen gemeld.
Opmerkelijk is dat de incidentie van hepatitis A en B op het platteland hoger lijkt.

De incidentie van de virale hepatitiden gevonden in de registratie door de peilstationartsen ligt aanzienlijk hoger dan de incidentie berekent op basis van de aangegeven gevallen (per eind 1994).
Voor hepatitis A is de GHI-incidentie 0.65 per 10.000; de CMR-Peilstations registreert 1.4 per 10.000.
Voor hepatitis B is de GHI-incidentie 0.14 per 10.000; de CMR-Peilstations registreert 0.6 per 10.000.

Uitspraken als hierboven moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het absolute aantal meldingen is gering. Voor hepatitis A 20 meldingen, voor hepatitis B 9 en de overige vormen 16 meldingen. Bovendien betreft het een registratie over een periode van slechts één jaar.

Leeftijdsverdeling
In tabel 37 zijn de aantallen gemelde gevallen met hepatitis A, hepatitis B en de overige vormen infectieuse hepatitis per leeftijdsgroep, per 10.000 personen weergegeven.

Tabel 37: aantal gevallen van hepatitis A, hepatitis B en overige vormen van infectieuse hepatitis per leeftijdsgroep per 10.000 personen

leeftijdsgroep	hepatitis A	hepatitis B	overige
< 1	-	-	-
1 - 4	-	(1.4)	(1.4)
5- 9	(3.5)	-	-
10-14	(2.4)	-	-
15-19	(1.2)	(1.2)	(1.2)
20-24	(0.8)	-	-
25-29	(4.0)	(1.5)	(1.5)
30-34	(1.6)	-	(2.4)
35-39	(1.8)	-	(1.8)
40-44	-	(1.9)	(0.9)
45-49	-	(1.9)	(1.0)
50-54	(1.3)	(1.3)	(3.9)
55-59	(1.5)	-	-
60-64	-	-	(1.6)
65-69	-	-	-
70-74	(2.0)	-	(2.0)
75-79	(2.8)	-	-
80-84	-	-	-
> 85	-	-	-

Hepatitis A komt vooral voor bij de leeftijdsgroepen tot 40 jaar. Boven deze leeftijd betreft het nog slechts zeer incidentele meldingen.
Hepatitis B is gevonden bij een kind en verder enkel in de leeftijd van 15-54 jaar. De overige vormen van infectieuse hepatitis worden op enkele uitzonderingen na gemeld in de leeftijdsgroep van 15-54 jaar.

In 1995 is de registratie van virale hepatitis opgenomen in de nieuwe rubriek aandoening van lever, - galblaas en pancreas.

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 ..-..), de peilstationartsen een selecte groep zijn. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'cervixuitstrijkje'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suïcide(poging)' blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, vermoedelijk als gevolg van het feit dat dit gebeuren niet altijd aan de huisarts wordt gemeld[20].
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, 1985-1994 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
1992	7.480	7.649	15.129
1993	7.535	7.704	15.239
1994	7.586	7.755	15.341

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza	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
	1992			244			370.000
	1993			484			772.500
	1994			106			162.500
cervix-	1985		62			45.000	
uitstrijkje	1986		65			48.000	
- met	1987		59			43.500	
klachten	1988		76			56.500	
en/of	1989		72			54.000	
symptomen	1990		55			41.500	
	1991		72			55.000	
	1992		72			55.500	
	1993		70			55.500	
	1994		60			46.500	
- preventief	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	
	1992		524			400.000	
	1993		485			370.500	
	1994		474			367.500	

* zie pagina 105

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

	frequentie* incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-herhalings-	1985		184			134.000	
onderzoek	1986		170			125.000	
(binnen	1987		211			156.000	
3 jaar)	1988		246			183.000	
	1989		237			177.000	
	1990		273			205.000	
	1991		239			181.500	
	1992		233			178.000	
	1993		225			173.000	
	1994		268			208.000	
cervix-	1985		570			416.000	
uitstrijkje	1986		633			465.000	
totaal	1987		615			455.000	
	1988		691			514.000	
	1989		830			622.000	
	1990		905			682.000	
	1991		857			645.000	
	1992		829			632.500	
	1993		780			599.500	
	1994		802			622.000	
hartinfarct							
-vermoed	1991	25	13	19	18.500	10.000	28.500
	1992	22	13	18	16.500	10.000	27.000
	1993	25	12	19	19.000	9.050	28.000
	1994	23	11	17	17.500	8.500	26.000
-bevestigd	1991	18	9	13	13.500	7.000	19.500
	1992	19	7	13	14.500	5.000	19.500
	1993	17	9	13	13.000	7.000	20.000
	1994	18	8	13	14.000	6.200	20.000

* zie pagina 105

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

	frequentie incidentie (per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
sterilisatie	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
	1992	41	20		30.500	15.500	47.000
	1993	40	21		30.000	16.000	46.000
	1994	37	22		28.000	17.000	43.000
cumulatief					791.000[1]	603.000[2]	
diabetes	1980			13			18.000
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	15	11.000	12.000	23.000
	1992	16	15	16	12.000	11.500	23.500
	1993	14	17	16	10.500	14.000	24.500
	1994	13	13	13	10.000	10.000	20.000
suïcide	1985			6			8.750
(- pogingen)	1986			7			10.600
	1987			7			10.250
	1988			6			9.000
	1989			7			10.250
	1990			5			7.500
	1991			5			7.500
	1992			6			9.000
	1993			6			9.000
	1994			5			7.500

* zie pagina 105

1) vanaf 1972

2) vanaf 1974

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

	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
eerste mammografie	1988		80			59.500	
	1989		87			65.000	
	1990		92			69.000	
	1991		105			80.000	
	1992		92			75.000	
	1993		117			90.000	
	1994		111			86.000	
herhalings mammografieën	1988		12			9.000	
	1989		15			11.000	
	1990		17			13.000	
	1991		26			19.500	
	1992		30			23.000	
	1993		59			45.500	
	1994		45			35.000	
mammografieën totaal	1988		92			68.500	
	1989		102			76.000	
	1990		109			82.000	
	1991		131			99.500	
	1992		122			93.500	
	1993		176			135.500	
	1994		156			121.000	
P.I.D.	1993		7			5.500	
	1994		9			7.000	
urethritis bij man	1992	31			23.000		
	1993	23			17.500		
	1994	24			18.500		
angst voor aids	1988			10			15.000
	1989			15			22.000
	1990			16			24.000
	1991			16			24.000
	1992			22			33.500
	1993			23			35.000
	1994			27			41.500

* zie pagina 105

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

	frequentie incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
rubriek	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
hepatits A	1994			1,4			2.200
hepatitis B	1994			0,6			1.000
overige hepatitis	1994			1,1			1.700

* 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 1994 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. Bij deze registratie wordt niet de vraag gesteld of de huisarts een dergelijk verzoek heeft ingewilligd.

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'[21].
De gegevens per patiënt(e) zijn aan het eind van deze paragraaf te vinden. Dit overzicht behoeft niet veel toelichting.
In 1994 is het aantal verzoeken 39. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 85% een maligniteit.
Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 34; vier patiënten verblijven in een ziekenhuis of verpleeghuis. Van een patiënt is de 'verblijfplaats' niet vermeld.

Bij 26 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 38 pa-

tiënten; een patiënt vraagt eveneens om hulp bij zelfdoding. Een patiënt vraagt enkel hulp bij zelfdoding. Bij 27 van de 39 verzoeken raadpleegde de huisarts een andere arts. Bij enkele meldingen van verzoeken waarbij geen andere arts geraadpleegd is wordt aangegeven dat de patiënt reeds voor de eventuele toepassing van euthanasie op natuurlijke wijze is gestorven.
Ook is er sprake van dat er nog geen andere arts is geraadpleegd omdat dat nog niet aan de orde was.

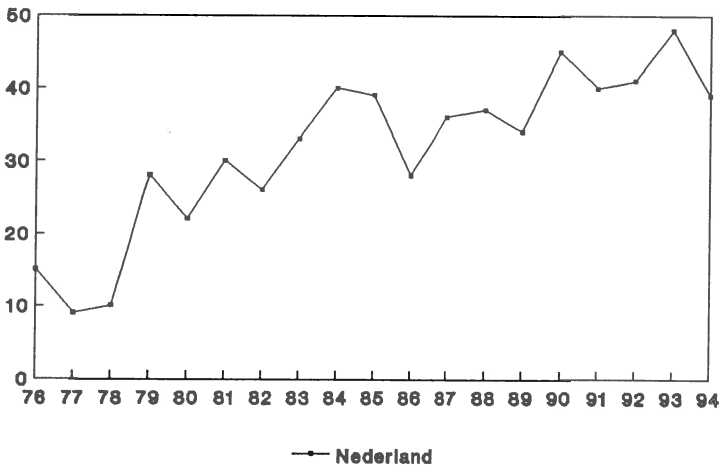
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1994.

De verdeling van het aantal verzoeken per provincie- en urbanisatiegroep en per geslacht is in tabel 38 te vinden (vergelijk figuur 21).

Tabel 38: absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland 1976-1994

			provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder-land
absoluut	M	V	A	B	C	D	1	2	3	
1976	5	10	1	2	11	1	4	7	4	15
1977	6	3	1	2	5	1	3	2	4	9
1978	6	4	3	2	4	1	2	8	-	10
1979	13	15	5	6	15	2	4	18	6	28
1980	10	12	2	3	16	1	3	12	7	22
1981	20	10	4	4	13	9	3	20	7	30
1982	17	9	2	6	17	1	3	7	16	26
1983	15	18	7	4	19	3	5	14	14	33
1984	24	16	5	2	25	8	3	24	13	40
1985	19	20	3	6	25	5	1	24	14	39
1986	14	14	3	5	16	4	3	15	10	28
1987	19	17	1	8	22	5	3	17	16	36
1988	19	18	3	1	22	11	1	23	13	37
1989	21	13	7	1	21	5	6	17	11	34
1990	28	17	14	2	22	7	4	24	17	45
1991	21	19	7	5	23	5	2	21	17	40
1992	22	19	7	8	20	6	4	20	17	41
1993	23	25	2	9	23	14	5	19	24	48
1994	26	13	4	14	14	7	10	18	11	39

Figuur 21
Absolute aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding, voor Nederland, 1976-1994



Gerekend over de gehele periode 1976-1994 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provincie- en urbanisatiegroep weergegeven in tabel 39 en tabel 40.

Tabel 39: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1994*

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	16	10
gemiddeld aantal verzoeken	12,5	10,5	17,5	9,5
Spreiding	0 - 27	3 - 32	0 - 36	2 - 20

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Tabel 40: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar urbanisatiegraad 1976-1994*

	urbanisatiegraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	20	13
gemiddeld aantal verzoeken	10,5	11,5	18
Spreiding	2 - 23	0 - 27	2 - 36

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Deze gegevens laten onveranderd 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 41 te vinden.

Tabel 41: absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1976-1994

	≤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
1992	7	7	9	12	6	41
1993	10	5	17	13	3	48
1994	4	7	15	11	2	39

Overzicht van de gemelde verzoeken.

In de overzichtsbundel, welke verscheen bij gelegenheid van het 20-jarige bestaan van de CMR-Peilstations, zijn tot en met 1987 gemelde verzoeken beschreven: in totaal 316 verzoeken[22].

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 600 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 328 gedaan door een man (55%).

Inzicht in de aandoeningen waarbij om toepassing van euthanasie wordt gevraagd is verkregen door de International Classification of Diseases (1975, 9th version) als gids te gebruiken. Een van de problemen bij het indelen is de multiple pathologie die inherent is aan de hoge leeftijd. Een ander probleem is dat er soms geen melding is van ziekte: 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,
- cardiovasculaire aandoeningen,

- chronische obstructieve longaandoeningen,
- 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 42.

Tabel 42: aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1994

	n	%
maligne neoplasma	433	72
hart- en vaatziekten	41	7
chronische obstructieve longziekten	29	5
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	34	6
overige ziekten	63	10
totaal	600	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 43.

Tabel 43: percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-1994

	≤ 54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥ 85 %
maligne aandoeningen	76	89	88	60	20
hart- en vaatziekten	0	1	3	13	23
chron. obst. longziekten	1	4	2	9	10
symptomen en onvolledig	4	2	1	5	33
overige ziekten	19	4	6	13	14

Onder de 85 jaar vormen vooral de maligne aandoeningen een aanleiding 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, terminale nierinsufficentie en ver gevorderde stadia van rheumathoide artritis als aanleiding tot een verzoek genoemd.

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

In tabel 44 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 44: percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1994 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	600	35	65
alle maligniteiten	433	40	60
hart- en vaatziekten	41	2	98
chr. obstr. long-ziekten	29	17	83
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	34	17	83
overige ziekten	63	38	62

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 45).

Tabel 45: 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), 1976-1994

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle maligniteiten	433	40	60
maag	48	38	62
colon/rectum	65	35	65
trachea/long	113	36	64
borst	43	54	46
overige	164	43	57

In de leeftijdsverdeling treden geen belangrijke veranderingen op. Wanneer borstkanker de aanleiding tot het verzoek is het percentage patiënten onder de 65 jaar duidelijk afwijkend van het percentage bij de andere lokalisaties.

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 81% in 1993.
In 1994 lag dit percentage lager: 67%.

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

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1994.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
92	V	RA cachexie	algehele achteruitgang
89	M	CVA, gebroken nekwervel	
84	M	geen	geen nut meer op deze wereld
84	M	longcarcinoom, terminale nierfunctie	uitzichtloosheid, extreme moeheid
83	M	longcarcinoom	pijnen en achteruitgang
82	V	emfyseem	benauwdheid
81	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	
81	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	steeds verder achteruitgaan met epilepsie, hersenmetastasen
79	M	longcarcinoom	diagnose en onbehandelbaarheid
77	M	grootcellig longcarcinoom	moed verloren na overlijden echtgenote
76	M	grawitztumor	uitputting
75	M	prostaatcarcinoom met bot metastasen	pijn en ontluistering
75	V	grootcellig longcarcinoom	depressieve reactie na stellen diagnose
74	M	maagcarcinoom	onbehandelbare pijn en braken
74	V	ovariumcarcinoom	uitbehandeld, toename klachten
73	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	pijnklachten, toename afhankelijkheid
71	M	pancreascarcinoom	terminaal lijden
71	M	terminaal non-hodgkin ziekte	algehele ontluistering
70	M	bronchuscarcinoom	angst om te stikken
69	M	longcarcinoom	toenemende dyspnoe en pijn
68	M	longcarcinoom	pijn, defaecatie problemen
67	M	prostaatcarcinoom	uitzichtloosheid, pijn
66	M	pancreaskopcarcinoom	
66	M	maagcarcinoom	uitzichtloze situatie en persoonlijke devaluatie
65	V	pancreaskopcarcinoom	uitzichtloze situatie en persoonlijke devaluatie
65	V	longcarcinoom	benauwdheid
64	M	pancreaskopcarcinoom	snelle achteruitgang
64	M	cardiacarcinoom	angst voor ontluistering

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1994 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
63	M	longcarcinoom	pijnen en achteruitgang
63	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	uitzichtloos lijden, pijn
62	M	galblaascarcinoom	pijn
62	V	levermetastasen onbekende primaire tumor	niet te behandelen misselijkheid en braken
56	M	maagcarcinoom	terminaal stadium, pijn
56	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	angst te stikken, lijden
56	V	mammacarcinoom met ossale en hepatogene metastasen	pijn dreigende dwarslaesie, en uitbehandeld
54	M	mondbodemcarcinoom, lokaal recidief en longmetastasen	bloeding, slikstoornissen
51	M	adenocarcinoom, primaire tumor onbekend, levermetastasen	angst voor langdurig lijden
47	M	astrocytoom graad III	te grote invaliditeit en gebrek aan zelfcontrole
34	M	non-hodgkin	dyspnoe in terminale fase

Het onderzoek wordt in het jaar 1995 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; 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 hebben[23]. 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 1994 gevraagd de nieuwe patiënten met lymeborreliosis 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 1994 zijn 15 meldingen gedaan. De leeftijd varieert van 29 tot 87 jaar. Van de 15 meldingen zijn 7 serologisch bevestigd. De vermoedelijke plaats van besmetting is bij vijf patiënten onbekend, twee patiënten zijn in het buitenland door een teek gebeten. Zeven patiënten zijn buitenshuis besmet in Nederland. Meestal wordt bos als plaats van besmetting genoemd. Een patiënt is thuis door een kat besmet met een teek.
Het merendeel van de besmettingen heeft plaats tijdens recreatieve bezigheden. Zelden tijdens uitoefening van een beroep.
In het zuiden wordt in 1994 geen patiënt gemeld. Evenmin, wat opvallend is, op het platteland.

De registratie van dit ziektebeeld wordt in 1995 gestaakt.

VERMOEDE ACUTE INTOXICATIES IN DE ARBEIDSSITUATIE

Het toenemende gebruik van chemische stoffen en de enorme diversiteit aan stoffen hebben geleid tot een toename van het risico op ongevallen waarbij een chemische stof betrokken is of dit ook daadwerkelijk geresulteerd heeft in een toename van het aantal acute intoxicaties in Nederland is echter niet bekend.
Ongevallen met chemicaliën kunnen in de privesfeer optreden. Ook kinderen kunnen in aanraking komen met toxische stoffen.
Het grootste risico met chemische agentia lopen werknemers die met deze stoffen moeten werken. Er bestaat geen goed inzicht in de aard van deze ongevallen en de verdeling over de verschillende bedrijfstakken.

Door de vakgroep Reanimatie en Toxicologie van de medische Faculteit van de Universiteit van Utrecht is in samenwerking met het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1994 een project gestart waarin een methode ontwikkeld zal worden voor een optimale registratie van vermoede acute intoxicaties in de arbeidssituatie in Nederland.
Een drietal registratiebronnen is voor een pilotstudie geselecteerd:

- bedrijven met hun registrerende instanties
- huisartsen (verspreid over Nederland)
- eerste hulpafdelingen van ziekenhuizen

Eind 1994 is de peilstationartsen gevraagd de vermoede acute intoxicaties in de arbeidssituatie waarvoor zij in 1994 zijn geraadpleegd te melden.

Onder een vermoede acute intoxicatie in de arbeidssituatie wordt verstaan: het optreden van verschijnselen na een ongeval dat tijdens het verrichten van betaalde arbeid (zelfstandig of in loondienst) is gebeurd en waarbij een eenmalige of intermitterende kortdurende blootstelling aan een hoge concentratie of dosis van chemische stoffen heeft plaats gevonden.

Drie meldingen zijn over het jaar 1994 gedaan. Helaas zijn de gegevens van een melding verloren gegaan.
Een patiënt ademde acetylchlorinde in na het losschieten van een slang bij het onderhoud van een machine.
Wegens benauwdheid werd de patiënt voor observatie in een ziekenhuis opgenomen. De patiënt had een ziekteverzuim van meer dan drie dagen.

De tweede patiënt kreeg bij de produktie van een wasmiddel daarvan wat in het oog. Hij kreeg last van pijnlijke gezwollen conjunctivae. Voor het spoelen van de ogen is de patiënt verwezen naar de oogarts.
Het is niet bekend of deze patiënt zijn werk heeft moeten verzuimen.

Dit incidentele onderzoek wordt voor het jaar 1995 herhaald.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 1995 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.

   a. Influenza(-achtig ziektebeeld)
   b. Cervixuitstrijkje
   c. Lever-, galblaas- en pancreasziekte
   d. Chronische benigne pijn stoornis
   e. Sterilisatie verricht bij de man
   f. Sterilisatie verricht bij de vrouw
   g. Oestrogenen voorschrift
   h. Suïcide(poging)
   i. (Poli) klinische mammografie
   j. P.I.D. (pelvic inflammatory disease)
   k. Urethritis bij man
   l. Angst voor AIDS

2. De incidentele onderzoeken voor 1995 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen en acute intoxicatie in de arbeidssituatie.

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

Overzicht per 1 januari 1995 (vanaf 1-1-1989).

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

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

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

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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1993-1994. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en GHI. Uitgebracht door NIC, 1992-1993

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1994-1995. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en GHI. Uitgebracht door NIC, 1993-1994.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1994-1995. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en GHI. Uitgebracht door NIC, 1994-1995.

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

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

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

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

The Dutch sentinel practice network; relevance for public health polcy, considers the now 20-year history of the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations the Netherlands.

The book consists of two parts.

In the first part general aspects are discussed: the origin of the project at the end of the sixties and the objectives, organization and procedure. For a number of characteristics (age and sex, size of practice etc.) a comparison is made between the spotter physicians and the total population of Dutch general practitioners. On other aspects, including the attitude of the physicians with regard to a number of facets of the work of the GP, the spotter physicians are compared with populations of GPs who have participated in other Nivel studies. Finally, the results are discussed of the analysis of the registration pattern of the spotter physicians over five years.

Topics varying from influenza(-like) illness to requests for application of euthanasia are discussed in the second part. A choice has been made among the long series of topics that have appeared on the weekly return during the existence of the sentinel stations or have been the subject of an incidental investigation.

The authors of the chapters in the second part of the book are often also the applicants for registration of a certain topic. One of the questions that is discussed in the chapters is what the importance has been of registration of the topics by the CMR Sentinel Stations.
The results of registration of topics are presented in a number of chapters in a different way from that usual in the annual reports, of which to date 18 have been published (1970 to 1987 inclusive).

In several respects this publication is therefore an extension of the usual publication policy of the CMR Sentinel Stations.
The book has been published in English to meet the need that exists in other countries for information on both Dutch health care and more specifically, the functioning of the Dutch general practitioner. The CMR Sentinel Stations is one of the projects in which information is collected on a continuous basis on problems and diseases submitted to the GP and action taken by the GP.

BARTELDS, A.I.M.
Validation of Sentinel Data.
Das Gesundheitswesen. 55 (1993) 3-7. Sonderheft 1.

The Dutch Sentinel Practice Network "de Peilstations" started in 1970. The purpose of this network is to gain a better insight into the epidemiology of a number of illnesses and conditions as they are presented to the general practitioner. The network is sponsored by the

Ministry of Welfare, Public Health and Culture. Value was attached to the distribution of the spotter physicians over the country and by degree of urbanisation. The presence of 1% of the population of the four provinces groups and the three urbanisation groups has been observed in the practices of the spotter physicians. The completeness of the registration, the internal and the external validity of the data collected by the physicians are discussed.

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

Uit de cijfers van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland viel te berekenen dat in 1978 nog één op de vijf patiënten met een mogelijk acuut hartinfarct niet werd opgenomen in een ziekenhuis. Hernieuwde registratie in de periode 1983-1985 leverde hetzelfde beeld. Uit een nader onderzoek van 249 patiënten blijkt echter dat meer dan de helft van de 'niet opgenomen' patiënten al was overleden voordat medische hulp kon worden verleend. Van de 137 patiënten met een achteraf bevestigd hartinfarct bleken er slechts acht daadwerkelijk thuis te zijn behandeld. Daarbij ging het vooral om (hoog) bejaarde patiënten. Uit een vergelijking met registratiegegevens van 1985 blijkt dat het vermoeden op een acuut myocardinfarct in ongeveer 60 procent van de gerapporteerde gevallen juist is geweest.

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

Study objective-The relation between a history of disorders suggestive of acute otitis media, symptoms, and findings of an examination of the tympanic membrane and doctors' certainty of diagnosis. Also, to examine differences in prescribing habits for acute otitis media among doctors from different countries.
Design-Questionnaires were completed by participating doctors for a maximum of 15 consecutive patients presenting with presumed acute otitis media.
Setting-General practices in Australia, Belgium, Great Britain, Israel, The Netherlands, New Zealand, Canada, Switzerland, and the United States.
Patients-3660 Children divided into the three age groups 0-12 months, 13-30 months, and >31 months.
Main outcome measures-General practitioners' responses to questions on their diagnostics certainty and resolution of patients' symptoms after two months.
Results-The diagnostics certainty in patients aged 0-12 months was 58.0%. This increased to 66.0% in those aged 13-30 months and 73.3% in those aged >31 months. In all age groups diagnostic certainty was positively associated with the finding of a tympanic membrane that was discharging pus or bulging. Redness of the membrane and pain were also associated with certainty in patients aged 13-30 months, and a history of decreased hearing or recent upper respiratory infection was positively associated in patients aged >31 months. The proportion of patients prescribed antibiotics varied greatly among the countries, from 31.2% in The Netherlands to 98.2% in both Australia and New Zealand, as did the duration of treatment. Patients who did not take antibiotics had a higher rate of recovery than those who did; rate of recovery did not differ between different types of antibiotic.

Conclusion-Doctors' certainty of diagnosis of acute otitis media was linked to patient's age. Improved criteria or techniques for diagnosing acute otitis media, especially in very young children, need to be developed. Antibiotic treatment did not improve the rate recovery of patients in this study.

FROOM, J., L. CULPEPPER.
Otitis Media in Day-Care Children.
A Report From the International Primary Care Network. Journal of Family Practice, Vol 32, no. 3 1991 p. 289-294

The relationship between day care and acute otitis media and its adverse consequences was analyzed as part of a collaborative multinational study. Data from primary care research networks in eight countries were collected on 1335 children, aged 0 to 60 months, at the time of initial visits to their primary care physicians for acute otitis media. A history of recurrent acute otitis media, poor hearing, and tonsillectomy or adenoidectomy were all more evidnet in day-care children aged 25 to 60 months, compared with those cared for at home. Day-care children were brought to their physicians more promptly after the onset of symptoms and recieved more referrals to the otolaryngologist at the time of the index visit for acute otitis media. Day care may pose a significant risk for otitis media and its adverse consequences.

CULPEPPER, L., J. FROOM,
Acute Otitis Media in Adults.
Journal of the American Board of Family Practice, 1993.

Background: Of 22 million visits annually to United States physicians for acute otitis media (AOM), almost 4 million are by patients 15 years or older. Yet the clinical spectrum and variables related to recovery have not been reported for adults.

Method: Data originated from 3,224 primary care patients with AOM, of whom 500 were 15 years and older, enrolled in a prospective study in eight countries. At initial visit, past history, symptoms, physical findings, and treatment were recorded. Follow-up at two months identified changes in treatment and recovery.

Results: Compared with children, adults sought care more quickly after symptoms onset, were more likely to have a tonsillectomy and/or adenoidectomy, and to complain of ear pain, decreased hearing, sore throat, and ear discharge. Children were more likely to have a history of recent upper respiratory infection, serous otitis, and ear tubes; symptoms of fever, diarrhea and vomiting; and tympanic membrane (TM) findings of redness, bulging, and ear tubes in place.
History of reduced hearing, allergy, prophylactic antibiotics, and TM findings characterized as opaque or dull, fluid, draining pus, perforation, and not visualized were equally frequent in both age groups. For adults, neither type nor duration of antibiotic affected outcome. Patients receiving antibiotics had lower rates of recovery than those who did not. The likelihood of a poor outcome increased with an increasing number of past episodes of OAM and with increasing age.

Conclusion: Altrough past history and symptoms differ in adults and children, the similarity of TM findings probably indicates similar pathophysiological mechanisme in both groups.

Recovery is more related to individual patient characteristics and past history than to antibiotic therapy.

DEKKER, J., J.M. DRIESSEN, H. STUMPEL, e.a.
Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten.
Huisarts en Wetenschap: 35, 1992, no. 11, p. 425-427

Gedurende twee jaar hebben de deelnemers aan de Continue Morbiditeits Registratie Nederland geregistreerd welke patiënten werden verwezen naar de logopedist, voor welke stoornissen dit gebeurde en welke personen als eersten hadden gesignaleerd dat een verwijzing was aangewezen is. Gemiddeld werden 1,7 per 1000 patiënten per jaar verwezen; er was echter een grote interdoktervariatie. Een minderheid (38 procent) van de patiënten werd gesignaleerd door huisarts, patiënt zelf of ouders/verzorgers. De meerderheid werd gesignaleerd door schoolarts, schooladviesdienst, andere logopedisten, onderwijzend personeel of anderen. Huisartsen signaleerden vooral stem/ademhalingsstoornissen. Taalstoornissen werden vooral gesignaleerd door schooladvies- en logopedische diensten; patiënten zelf en huisartsen speelden bij het signaleren van deze stoornissen een minder grote rol. Stotteren werd vooral door patiënten zelf en ouders/verzorgers gesignaleerd, minder door schooladviesdiensten.

HOEK, H.W.
The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care.
Psychological Medicine, 1991, 21, p. 455-460

General practitioners using DSM-III criteria have studied the incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a large (N=151,781) representative sample of the Dutch population. The incidence rate for anorexia nervosa is 6.3 and for bulimia nervosa 9.9 per year per 100 000 population. The prevalence of bulimia nervosa is three times higher in larger cities than in smaller urbanized or rural areas, while anorexia nervosa is found with almost equal frequency in areas with a different degree of urbanization.

HOEK, H.W., M. MAIWALD, A. BARTELDS, J. BOSVELD.
The incidence of eating disorders and the influence of urbanization.
1992. Abstract Fifth International Conference on Eating Disorders, New York

From 1985-1989 general practitioners using DSM-III criteria studied the incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a large (N=151,781) representative sample of the Dutch population. The first results (prevalence at 1-1-1985 and the incidence 1985-1986) have been published recently (Hoek, Psychological Medicine, 1991, 21, 455-460).
During 1985-1989 the mean incidence of anorexia nervosa was 8.1 per year per 100 000 population and 11.4 for bulimia nervosa. The period 1987-1989 shows an increase of the incidence rates compared to 1985-1986, which will be discussed.
The prevalence of bulimia nervosa is four times higher in larger cities than in rural areas. Anorexia nervosa is found about equally frequently in areas with a different degree of urbanization. The question will be discussed, whether there is a causal relation between degree of urbanization and bulimia nervosa. There seems more evidence for a causal theory than a drift hypothesis, which has been put forward before (Hoek, 1991). Possible causal factors may be more social control in rural areas and more provoking stimuli in cities.

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

The incidence and some risk factors of Parkinson's disease were investigated in a study performed in The Netherlands. The study was based on a disease register of the Sentinel Stations, which provide a complete ascertainment of new patients with Parkinson's disease in 60 general practices in The Netherlands. The incidence rate of Parkinson's disease in The Netherlands is estimated to be 11/100 000 person-years for men and 12/100 000 person-years for women. Risk factors for Parkinson's disease were investigated in a case-control study in which 86 cases. with the diagnosis of Parkinson's disease confirmed by a neurologist, were compared with 172 reference subjects, matched for age and gender. Cigarette smoking was associated with a lower risk of Parkinson's disease (relative risk 0.6, 95% confidence interval 0.3-1.0). No association was observed between Parkinson's disease and severe head trauma with loss of consciousness, or surgery with total anaesthesia.

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

This article studies the relation between the referral rate and the type of patients general practitioners refer for physiotherapy. The study population consists of GP's participating in the Netherlands Sentinel Stations Network who recorded data on all referrals to physiotherapy during one year and filled in a questionnaire. Results show that the pattern of referral indications of high referring GP's does not differ systematically from that of low referring GP's. High referring GP's evaluate their patients complaints more as purely or mainly somatic. High referring GP's were no more inclined to give in to their patients demands, had busier practices, closer relations with physiotherppists and viewed their knowledge of physiotherapy as more satisfactory than low referring GP's. Some policy implications are discussed in respect to these results.

LINN, F.H.H., E.F.M. WIJDICKS, Y. VAN DER GRAAF, F.A.C. WEERDESTEYN-VAN VLIET, A.I.M. BARTELDS, I. VAN GIJN.
Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haermorrhage.
The Lancet 1994; 344: 590-593.

Retrospective surveys of patients with subarachnoid haemorrhage suggest that minor episodes with sudden headache (warning leaks) may precede rupture of an aneurysm, and that early recognition and surgery might lead to improved outcome. We studied 148 patients with sudden and severe headache (possible sentinel headache) seen by 252 general practitioners in a 5-years period in the Netherlands.
Subarachnoid haermorrhage was teh cause in 37 patients (25%) (proven aneurysm in 21, negative angiogram in 6, no angiogram done in 6, sudden headache followed by death in 4). 103 patients had headache as the only symptom, 112 of whom proved to have subarachnoid haermorrhage (6 with a ruptured aneurysm). Previous bouts of sudden headache had occurred in only 2. Other serious neurologigal conditions were diagnosed in 18. In the remaining 93, no underlying cause of headache was found; follow-up over 1 year showed no

subsequent subarachnoid haermorrhage or sudden death. In this cohort, acute, severe headache in general practice indicated a serious neurological disorder in 37% (95% CI 29-45%), and subarachnoid haermorrhage in 25% (18-32%). 12% (5-18%) of those with headache as the only symptom.
The notion of warning leaks as a less serious of subarachnoid haermorrhage is not supported by this study. Early recognition of subarachnoid haermorrhage is important but will probably have only limited impact on the outcome in the general population.

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

In 1986 en 1987 werden door huisartsen van de peilstations van het Nivel alle nieuwe CVA-patiënten geregistreerd. Van de 273 gemelde patiënten was tweederde ouder dan 70 jaar. De totale incidentie bedroeg 1.3 per 1000 inwoners per jaar; voor de leeftijdsgroep 65-69 was dat 4 per 1000, en voor de groep >80 jaar 20 per 1000. De aandoening was gelijkelijk verdeeld over de seksen. In de eerste week na het optreden van het CVA werd 72 procent van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis; vooral de hoogbejaarde patiënten werden thuis gehouden. De verdeling van de patiënten over de verschillende verblijfplaatsen was na acht weken en na één jaar vrijwel identiek: bijna de helft van de patiënten was weer (of nog) thuis, 10 procent verbleef in een verzorgingshuis en 10 procent in een verpleeghuis. De sterfte onder de CVA-patiënten was hoog. In de eerste week overleed 16 procent, waarvan de helft in de eerste twee dagen. Na acht weken was 26 procent van alle CVA-patiënten overleden en na een jaar een derde deel. Bij 20 procent van de patiënten trad binnen een jaar een recidief-CVA op. Een kwart van de mensen was na een jaar in sterke mate hulpbehoevend.

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

In 1986 en 1987 werden door de huisartsen die meewerken aan het peilstationproject van het Nivel 132 patiënten met een TIA gemeld. De gemiddelde incidentie bedroeg 0.7 per 1000 inwoners per jaar. Driekwart van de patiënten was ouder dan 70 jaar. Bij 48 procent kwamen spraakstoornissen voor. De huisartsen verwezen ruim 40 procent van de patiënten naar een specialist, vrijwel steeds een neuroloog. De helft van de patiënten kreeg aspirine voorgeschreven. Binnen één jaar na het TIA overleden 11 patiënten: 6 van de 30 die reeds eerder een TIA hadden doorgemaakt en 5 van 102 nieuwe TIA-patiënten. Van 11 patiënten werd binnen één jaar na het TIA een CVA gemeld. Bij de patiënten die een eerste TIA doormaakten, kwamen in de groep die naar de specialist werd verwezen vaker een recidief-TIA en sterfgevallen voor. Kennelijk zijn huisartsen goed in staat de patiënten met een grotere kans op complicaties te selecteren voor verwijzing.

RIJN, O.J.L. van.

Burn injuries among young children.

Dissertatie Maastricht, 1991 (hoofdstuk 2)

During the period of January 1988 to December 1989, medically treated burn injuries in the Netherlands were recorded prospectively by three registration systems. These systems cover patients treated in burns units, in general and university hospitals, and by general practitioners. Incidence rates and 95% confidence intervals were calculated, and basic epidemiologic data about severity and localization of the burns and about accident circumstances were collected. The overall incidence rate of medically treaten burns over all levels of medical care is estimated to be about 280 per 100 000 persons per year. This overall incidence figure appeared to be about 3 times as high for 0-4 year old children: 775 per 100 000 persons per year. At all levels of medical care, scalds are the most frequent type of burns, resulting in an overall incidence rate among 0-4 year old children of 430 per 100 000 persons per year. Incidence rates are lowest among the elderey (55+), but this age group suffers a higher mortality from burns. Furthermore, it turned out that males are more prone to serious burns than females, whereas females are more often treated for less severe burns. Most of the accident circumstances for serious burns were related to profession, whereas most of the circumstances for less severe burns were related to household activities.

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations
Deelnemende artsen in 1994

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
S. Kranenborg	Deventer	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps comb.-praktijk)	Swifterbant	Flevoland
D. de long*)	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
W.J.A. Besselink	Doesburg	Gelderland
H.W.M. van der Velden	Dieren	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 (tot 1-7-'94)		
J.G. Hofstee (vanaf 1-7-'94)	Amstelveen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (vanaf 1-7-'94) (comb. praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland

BIJLAGE 1 (vervolg)

Deelnemende artsen in 1994

G.C.J.M. van Rooy/C.J.J. Kloos/ P.van Dijk/Mw. B. Hart (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
B. Adèr	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg-Sleeboom/J. Schinkelshoek (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman	Maassluis	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.R.L. Vercauteren/H.J.W.A. Meijerink/ J.A.P.A. Warringa (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
C.H.G.M. van Moorsel	Uden	Noord-Brabant
A.M.P. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
S.P.F. van Rijn/M. Klomp/ (comb.-praktijk)	Eindhoven	Noord-Brabant
S.H.H.M. van der Meer	Rosmalen	Noord-Brabant
J.A.M. Keulers/Mw. W. van der Laan (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
M.G.A.M. de Gouw	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 1994

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

	Leeftijdsgroep	Influenza (-achtig) ziektebeeld[2])	Cervixuitstrijkje[3]) 1e maal		herhaling		Hartinfarkt				Sterilisatie verricht[7])		Oestrogenen voorschrift		Diabetes Mellitus Incidentie[8])		Suicide(poging)[9])	Mammografie		P.I.D.	Urethritis bij man	C.A.I.D.S.[10]) (concern about AIDS)	Hepatitis					
			Klachten/ symptomen	Louter preventieve overwegingen	Klachten/ symptomen	Louter preventieve overwegingen	Vermoed[6])		Bevestigd[6])				1e maal	Herhaling				Nu 1-1-1993 voor 1e maal	Herhalings-onderzoek				A	B	overige			
		M+V	V	V	V	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M+V	V	V	V	M	M+V	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		
8	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 d.d.: _____

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

Zie ommezijde voor voetnoten

BIJLAGE 3a

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1995 (alfabetisch)

onderwerpen	
abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-1995
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespesteek	1992-1993
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1995
chronische benigne pijnstoornis	1995
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1994
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
gastro enteritis	1992-1993
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis	1994
hondebeten	1987
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-1995
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1995
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
oestrogenen voorschrift	1994-1995

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1995 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen	
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit ≥ 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
p.i.d. (pelvic inflammatory disease)	1994-1995
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rohypnol voorgeschreven	1987-1988
rookverslaving (consult)	1974
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983 en 1992
sterilisatie bij de man verricht	1972-1995
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1995
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-1995
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-1995
urineweginfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
vermoeden op bijwerking cosmetica	1992-1993
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

BIJLAGE 3b

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-1995 (alfabetisch)

onderwerpen	
acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-1995
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

BIJLAGE 4

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 1994 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	502	480	982
5- 9	476	455	931
10-14	462	442	904
15-19	478	457	935
20-24	615	594	1.209
25-29	669	635	1.304
30-34	663	634	1.297
35-39	611	590	1.201
40-44	584	562	1.146
45-49	581	555	1.136
50-54	436	418	854
55-59	372	371	743
60-64	335	357	692
65-69	284	336	620
70-74	231	309	540
75-79	147	236	383
80-84	88	179	267
≥ 85	52	145	197
totaal	7.586	70755	15.341

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

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 1

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 30-05-95

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			"INFLU-ENZA"	CERVIXUITSTRIJKJE				HARTINFARKT					
				"INFLU-ENZA"	1.1.92 1E MAAL WEGENS	1.1.92 1E MAAL PREVENT	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT	VERMOED AMI			BEVESTIGD AMI		
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	M	V	T	M	V	T
<1 JR	528	495	1023	303	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3680	3468	7148	188	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4377	4116	8493	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4301	4137	8438	64	0	2	0	7	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	4290	4284	8574	78	19	7	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24 JR	5854	5915	11769	94	56	140	19	15	0	0	0	0	0	0
25-29 JR	6351	6249	12600	99	88	349	50	120	0	0	0	0	0	0
30-34 JR	6341	6036	12377	133	124	628	96	229	3	0	2	2	2	2
35-39 JR	5707	5574	11281	116	104	1497	142	542	5	0	3	7	0	4
40-44 JR	5316	5301	10617	119	106	1469	142	787	11	2	7	9	2	6
45-49 JR	5248	5179	10427	101	91	1087	145	593	25	6	15	21	6	13
50-54 JR	3907	3804	7711	99	82	1138	121	549	23	8	16	28	5	17
55-59 JR	3475	3348	6823	116	96	212	45	105	52	6	29	60	9	35
60-64 JR	3078	3366	6444	126	42	92	42	51	75	33	53	62	15	37
65-69 JR	2706	3087	5793	85	45	32	10	7	59	39	48	48	26	36
70-74 JR	2225	2775	5000	92	14	7	0	7	99	68	82	76	65	70
75-79 JR	1414	2116	3530	111	5	0	5	0	191	47	105	71	33	48
80-84 JR	866	1595	2461	61	0	0	6	0	138	75	97	104	56	73
>85 JR	575	1343	1918	21	7	0	0	0	174	60	94	17	15	16
TOTAAL	70239	72188	142427	107	60	474	57	211	23	11	17	17	8	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP	POPULATIE			STERILISATIE			OESTROGENEN VOOR SCHRIFT		DIABETES MELLITUS			SUICIDE (POGING)
				STERILISATIE			1E MAAL	HERHALING	INCIDENTIE			SUICIDE (POGING)
	M	V	T	M	V	T	V	V	M	V	T	M+V
<1 JR	528	495	1023	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3680	3468	7148	0	0	0	0	0	3	0	1	0
5-9 JR	4377	4116	8493	0	0	0	0	0	2	0	1	0
10-14 JR	4301	4137	8438	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15-19 JR	4290	4284	8574	0	0	0	26	12	2	6	4	8
20-24 JR	5854	5915	11769	0	0	0	32	34	0	0	0	9
25-29 JR	6351	6249	12600	2	18	10	21	62	3	2	2	6
30-34 JR	6341	6036	12377	62	66	64	2	50	2	2	2	10
35-39 JR	5707	5574	11281	186	83	135	14	32	7	2	4	6
40-44 JR	5316	5301	10617	139	79	109	57	175	17	6	11	8
45-49 JR	5248	5179	10427	61	25	43	185	662	17	8	13	9
50-54 JR	3907	3804	7711	21	18	20	381	1527	33	29	31	4
55-59 JR	3475	3348	6823	6	6	6	119	741	32	24	28	6
60-64 JR	3078	3366	6444	0	0	0	36	214	36	24	30	0
65-69 JR	2706	3087	5793	0	0	0	23	143	33	55	45	0
70-74 JR	2225	2775	5000	0	0	0	22	72	54	68	62	6
75-79 JR	1414	2116	3530	0	0	0	24	66	28	43	37	3
80-84 JR	866	1595	2461	12	0	4	13	31	35	38	37	4
>85 JR	575	1343	1918	0	0	0	22	15	0	22	16	5
TOTAAL	70239	72188	142427	37	22	30	56	213	13	13	13	5

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 3

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 30-05-95

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-GROEP		POPULATIE			MAMMOGRAFIE		HEPATITIS			P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
					1.1.93	HERHAL.	A	B	OVERIGE	P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
					1E MAAL							
		M	V	T	V	V	M+V	M+V	M+V	V	M	M+V
<1	JR	528	495	1023	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	JR	3680	3468	7148	0	0	0	1	1	0	0	0
5-9	JR	4377	4116	8493	2	0	4	0	0	0	0	0
10-14	JR	4301	4137	8438	0	0	2	0	0	0	0	0
15-19	JR	4290	4284	8574	16	2	1	1	1	7	19	33
20-24	JR	5854	5915	11769	41	3	1	0	0	10	36	87
25-29	JR	6351	6249	12600	80	13	4	2	2	16	49	80
30-34	JR	6341	6036	12377	149	32	2	0	2	20	35	54
35-39	JR	5707	5574	11281	246	57	2	0	2	14	40	30
40-44	JR	5316	5301	10617	260	104	0	2	1	13	32	23
45-49	JR	5248	5179	10427	234	108	0	2	1	8	27	10
50-54	JR	3907	3804	7711	216	137	1	1	4	18	21	10
55-59	JR	3475	3348	6823	131	111	2	0	0	6	20	4
60-64	JR	3078	3366	6444	122	98	0	0	2	0	36	6
65-69	JR	2706	3087	5793	62	58	0	0	0	3	7	0
70-74	JR	2225	2775	5000	90	29	2	0	2	4	14	2
75-79	JR	1414	2116	3530	57	10	3	0	0	0	7	3
80-84	JR	866	1595	2461	38	13	0	0	0	0	46	4
>85	JR	575	1343	1918	7	0	0	0	0	0	0	0
TOTAAL		70239	72188	142427	111	45	1	1	1	9	24	27

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 1

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 12-06-96

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			"INFLU-ENZA"	CERVIXDIITSTRIJDJE				HARTINFARCT					
				"INFLU-ENZA"	1.1.93 IF MAAL WEGENS	1.1.93 IF MAAL PREVENT	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT	VERMOED AMI			BEVESTIGD AMI		
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	10911	11507	22418	76	74	278	33	155	22	10	16	8	4	6
OV+GLD+FLE	15687	15469	31158	221	69	450	120	220	26	13	20	15	9	12
UTR+NH+ZH	27439	28772	56213	89	52	491	34	251	18	7	13	18	8	13
ZLD+NB+LIM	16192	16447	32640	103	57	800	64	168	29	17	23	26	11	18
TOTAAL	70229	72195	142429	107	60	476	67	211	23	11	17	17	8	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 2

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 12-06-96

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			STERILISATIE			OESTROGENEN VOOR SCHRIFT		DIABETES MELLITUS			SUICIDE (POGING)
				STERILISATIE			IF MAAL HERHALING		INCIDENTIE			SUICIDE (POGING)
	M	V	T	M	V	T	V	V	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	10911	11507	22418	33	17	25	21	123	8	11	10	5
OV+GLD+FLE	15687	15469	31158	41	13	27	78	249	17	16	16	6
UTR+NH+ZH	27439	28772	56213	38	25	31	62	234	14	14	14	5
ZLD+NB+LIM	16192	16447	32640	37	30	33	50	206	11	10	10	5
TOTAAL	70229	72195	142429	37	22	30	56	214	13	13	13	5

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 3

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 12-06-95

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE-GROEP	POPULATIE			MAMMOGRAFIE		HEPATITIS			P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
				1.1.93 1E MAAL	HERHAL.	A	B	OVERIGE	P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
	M	V	T	V	V	M+V	M+V	M+V	V	M	M+V
GR+FR+DR	10911	11507	22418	76	70	0	0	1	4	22	16
OV+GLD+FLE	15687	15469	31158	110	78	1	1	1	10	32	20
UTR+NH+ZH	27439	28773	56213	116	49	2	1	1	9	20	32
ZLD+NB+LIM	16192	16447	32640	128	52	1	1	1	10	14	33
TOTAAL	70229	72195	142429	111	49	1	1	1	9	25	27

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 1

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 30-05-95

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			"INFLUENZA"	CERVIXUITSTRIJKJE				HARTINFARKT					
				"INFLUENZA"	1.1.92 1E MAAL WEGENS	1.1.93 1E MAAL PREVENT	HERHAL. WEGENS	HERHAL. PREVENT	VERMOED AMI			BEVESTIGD AMI		
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	M	V	T	M	V	T
A1+A4	11405	11190	22593	185	47	482	33	134	24	10	17	13	9	11
B1-B3,C1-C4	40960	42227	83195	65	58	402	56	279	26	13	20	17	8	13
C5	17864	18778	36641	155	71	627	71	101	15	8	11	20	8	14
TOTAAL	70229	72195	142429	107	60	475	57	211	23	11	17	17	8	13

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 2

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 30-05-95

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			STERILISATIE			OESTROGENEN VOOR SCHRIFT		DIABETES MELLITUS			SUICIDE (POGING)
				STERILISATIE			1E MAAL	HERHALING	INCIDENTIE			SUICIDE (POGING)
	M	V	T	M	V	T	V	V	M	V	T	M+V
A1+A4	11405	11190	22593	56	20	38	38	233	15	16	16	3
B1-B3,C1-C4	40960	42227	83195	36	23	29	57	210	12	10	11	4
C5	17864	18778	36641	29	22	25	63	209	15	17	16	9
TOTAAL	70229	72195	142429	37	22	30	56	214	13	13	13	6

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 3

URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD 30-05-95

JAAR: 1994 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE-GROEP	POPULATIE			MAMMOGRAFIE		HEPATITIS			P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
				1.1.93 1E MAAL	HERHAL.	A	B	OVERIGE	P.I.D.	URETHRITIS	CAIDS
	M	V	T	V	V	M+V	M+V	M+V	V	M	M+V
A1+A4	11405	11190	22593	97	67	2	2	0	10	26	8
B1-B3,C1-C4	40960	42227	83195	119	44	1	1	1	6	18	22
C5	17864	18778	36641	101	34	2	0	1	12	39	50
TOTAAL	70229	72195	142429	111	45	1	1	1	9	25	27

NOTEN

1. Casteren V. van, P. Leurquin. Eurosentinel: Development of an International Sentinel Network of General Practitioners. Meth. Inform. Med. 1992; 31:147-52.

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

3. Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 1994. NIVEL, Utrecht.

4. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.

5. 1-1-1994, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

6. Praktijktelling 1993.

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

8. 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).

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

10. 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.

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

12. Moors J.P.C., Met overgangsklachten bij de huisarts. Voordracht Vereniging Studie Climacterium, 1992.

13. Fracheboud J., Hartinfarct, hartbewaking of thuisblijven. Nivel, Utrecht, 1987.

14. Hoogendoorn D., Enkele opmerkingen over de stand van zaken betreffende de epidemiologie van het acute hartinfarct. NTvG; (1990); 134; p. 592-594.

15 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.

16. Bleker O.P., W.I. van der Meijden. Chlamydia trachomatis-infecties: complicaties bij de vrouw SOA-bulleting 13, (1992) 6, blz. 8-9.

17. Amsterdams Peilstation Project. Jaarverslag, 1990. GG en GD, Amsterdam, blz. 10-12.

18. Moons, M.A.W., L. Peters. Vragen over AIDS bij de huisarts. Ongerustheid en angst van niet-seropositieve patiënten in de periode 1988-1993. Nivel, Utrecht, mei 1994,

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

20. 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.

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

22. 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.

23. 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 Geneekunde, 1991.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild
Auteurs: K. van der Meer, R.J.A. Smith, G.J. Bremer
Utrecht: Nivel, 1990, 91 pag. fl. 18,00

Gedurende een periode van twee jaar (1986 en 1987) zijn door de huisartsen van de peilstations van het Nivel alle nieuwe CVA-patiënten (inclusief patiënten met een T.I.A.) geregistreerd.
Op de dag van de melding werden persoonsgegevens van de patiënt geregistreerd als ook de woonsituatie, de mate van zelfredzaamheid voor het optreden van het CVA of TIA. Na 1 week, na 8 weken en na 1 jaar werden door de huisartsen vragenlijsten met betrekking tot de toestand van de patiënt ingevuld. Er werd van uitgegaan dat de huisarts deze beoordeling maakte na recent eigen waarneming bij de patiënt thuis, in het ziekenhuis of in het verpleeghuis.

Dit rapport bespreekt de uitkomsten van deze registratie.

Vragen over AIDS bij de huisarts: ongerustheid en angst van niet-seropositieve patiënten in de periode 1988-1993
Auteurs: M.A.W. Moons, L.Peters
Utrecht: NIVEL, 1994, 64 pag., fl. 14,00

In dit rapport wordt een beeld geschetst van de contacten tussen huisartsen en (niet seropositieve) patiënten waarin AIDS of de AIDS-problematiek aan de orde komt. Niet alleen wordt er ingegaan op het aantal contacten, maar met name ook de inhoud van deze contacten wordt beschreven: de besproken onderwerpen, het handelen van de huisarts en enkele patiëntkenmerken.
De gegevens zijn verzameld door de CMR Peilstations Nederland in de periode 1988-1993. Speciale aandacht wordt besteed aan de veranderingen die zich in deze periode hebben voorgedaan met betrekking tot bovengenoemde aspecten.