

continue  
morbiditeits  
registratie  
peilstations  
nederland



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

**1995**

NIVEL  
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).

Gegevensverzameling : E.E. Colet-van Woezik  
M. Heshusius-van Valen  
C.M. Felperlaan

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

Druk : Boekbinderij Post

Secretariaat : Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT

Auteur : A.I.M. Bartelds

ISBN : ISBN 90-6905-300-4  
SISO 601.8 UDC 312.6(492)  
Trefw.: Nederland, influenza surveillance, screening op cervixcarcinoom, sterilisatie man/vrouw, p.i.d./ur-ethritis, suicide(poging), angst voor Aids, verzoeken om euthanasie, eetstoornissen

uitgifte datum : September 1996

**Gegevens uit dit verslag mogen alleen met bronvermelding worden overgenomen.**

## INHOUD

**pag.**

VOORWOORD	
INLEIDING	1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE	3
BIJENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS	4
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND	7
DE PRAKTIJKPOPULATIE	11
OMVANG EN CONTINUÏTEIT VAN DE RAPPORTAGE	13
DE WEEKSTAAT	16
VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT	17
- Influenza(-achtig ziektebeeld)	19
- Het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri	29
- Mammografie	46
- Sterilisatie bij de man	57
- Sterilisatie bij de vrouw	62
- Oestrogenen voorschrift	69
- Chronische benigne pijnstoornissen	72
- Suïcide(poging)	74
- P.I.D.	78
- Urethritis bij man	81
- Angst voor AIDS	85
- Lever-, pancreas- en galblaas aandoeningen	92
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING	98
INCIDENTELE ONDERZOEKEN	104
- Verzoeken om euthanasie	104
- Acute intoxicatie in de arbeidssituatie	114
- Eetstoornissen	116
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1996	119
RAPPORTEN VANUIT DE PEILSTATIONS	120
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS	121
- Deelnemende artsen 1995	130
- weekstaat 1995	132
- Alfabetische lijst van onderwerpen	
- op de weekstaat	133
- van incidentele onderzoeken	135

- Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1995	136
JAARTABELLEN	137
NOTEN	141

## VOORWOORD

De ongerustheid over AIDS onder de Nederlandse bevolking neemt af. In 1995 zijn er door de peilstationartsen voor het eerst minder consulten over AIDS gemeld. Vanaf het begin van deze registratie in 1988 werd tot nu toe elk jaar een hoger aantal consulten gemeld.

De aard van de Continue Morbiditeits Registratie laat het jammer genoeg niet toe de redenen hiervan na te gaan. Nader onderzoek zou moeten nagaan of de voorlichtingscampagnes nu de juiste toon en inhoud hebben gevonden of dat nu 15 jaar na de eerste alarmerende berichten over deze infectie inmiddels een reëel inzicht is gegroeid in de mogelijkheden van verspreiding ervan in Nederland anders dan onder de risicogroepen of dat de aandacht voor AIDS simpelweg verslapt.

Overigens zal de registratie van dit onderwerp in 1996 en volgende jaren moeten leren of de in 1996 gevonden afname van de ongerustheid over AIDS blijvend is.

Het aantal verzoeken om euthanasie is nu al meerdere jaren nagenoeg hetzelfde. Onze conclusie uit deze gegevens is dan ook dat het aantal verzoeken om euthanasie een natuurlijk plafond heeft bereikt. Er is weinig reden tot angst voor een plotselinge toename ervan.

Het influenza virus blijft onvoorspelbaar: in 1995 zijn er net als in 1993 twee griepgolven vastgesteld. In het eerste en in het vierde kwartaal van 1995. Bij het volgen van het komen en gaan van het griepvirus is het echter zinniger in seizoenen te denken: van oktober tot en met maart.

Andere kerncijfers (ziekteverzuim en kosten van de gezondheidszorg) worden per kalenderjaar berekend. Het onberekenbare influenza virus veroorzaakt in dat opzicht dus ook overlast.

In de loop van 1997 zullen de cijfers over het jaar 1996 naar verwachting deels antwoorden geven op gerezen vragen. Er zullen ook nieuwe vragen opkomen.

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 stedelijkheid (zie pagina 7-10).

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 132).

Elke twee jaar vindt een telling plaats van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 17).

Elk jaar worden de rubrieken die op de weekstaat zullen worden geplaatst door de begeleidingscommissie opgesteld. Hierbij worden ook verzoeken of suggesties van anderen in overweging genomen. Voor het plaatsen van een ziekte of gebeurtenis op de weekstaat moet tenminste aan drie voorwaarden worden voldaan:

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

In dit verslag wordt bij een rubriek die voor de eerste maal op de weekstaat is opgenomen enige achtergrondinformatie gegeven; bij de 'oude onderwerpen' dient men hiervoor een van de vorige verslagen te raadplegen.

Bij het beschouwen van de onderwerpen, die in de loop der jaren op de weekstaat hebben gestaan (zie pagina 133-134) komt men tot de conclusie, dat de naam Continue Morbiditeits Registratie eigenlijk niet het gehele werk dekt. Het zijn immers voor een gedeelte geen ziekten die worden geregistreerd, maar handelingen of gebeurtenissen. De naam Peilstations voldoet beter; er worden peilingen gedaan, soms gedurende een jaar, soms langer of continu.

Als naam wordt dan ook "Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Nederland" gebezigd.

Naast de wekelijks in te sturen staten is in 1976 een begin gemaakt met de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Hierbij worden aan de artsen aan het einde van het jaar vragen gesteld over niet frequent voorkomende ziekten of gebeurtenissen in het afgelopen jaar.

In het verslag wordt geen uitputtende (statistische) analyse van het verzamelde materiaal noch een uitvoerige beschouwing gegeven; het doel is van bepaalde onderwerpen basisgegevens te verzamelen en door te geven.

In juni 1991 eindigde het Eurosentinel project.<sup>1</sup> 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 1995.

Op verzoek van de Management Group van het European Early Warning and Surveillance Scheme for Influenza heeft het Nivel begin 1996 een vereenvoudigde versie van het projectvoorstel uit 1994 voor voortzetting en uitbreiding van deze internationale samenwerking ingediend bij DG V van de Europese Commissie.



## 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 1995 als volgt samengesteld:

**Begeleidingscommissie:** F.K.A. Fokkema, huisarts<sup>5</sup>  
Dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh<sup>4</sup>  
Drs. W. Reijmerink<sup>1</sup>(tot 27-09-1995)  
H.O. Sigling, huisarts<sup>7</sup>  
W.A. van Veen, arts<sup>1</sup>  
J. van der Velden, arts-epidemioloog<sup>3</sup>  
A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog<sup>1</sup>(vanaf 27-09-1995)  
J.K. van Wijngaarden, arts<sup>4</sup>  
Prof. dr J. van der Zee<sup>2</sup>, voorzitter

**Projectleider:** A.I.M. Bartelds, huisarts

**Secretaresses:** Mevrouw E.E. Colet-van Woezik (tot 1-9-1995)  
Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 1995 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende drie vacatures.

## BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1995

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

Voor 1995 is een herhaling van het incidentele onderzoek naar eetstoornissen uit 1985-1989 gepland.<sup>2</sup>

Dr. H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog en voorzitter van de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland licht toe dat zowel vanuit wetenschappelijk als beleidsoogpunt grote waarde wordt gehecht aan een herhaling van het onderzoek uit 1985-1989 in 1995. Een eventuele trend in het aantal patiënten met een eetstoornis zou zichtbaar gemaakt kunnen worden.

Over de oorzaken van de toename van het aantal patiënten die met een eetstoornis geregistreerd zijn discussiëren wetenschappers. Beleidsmedewerkers zijn verontrust over de lange wachtlijsten, momenteel 1 jaar, voor patiënten met een eetstoornis. De door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestelde stuurgroep eetstoornissen, die aan de invoering van de noodzakelijke zorg voor deze patiënten gaat werken heeft grote behoefte aan nieuwe gegevens uit de CMR-Peilstations.

Dr. Hoek beschrijft welke gegevens worden gevraagd over de te melden patiënten. En hij bespreekt de kenmerken van de patiënten die aan een eetstoornis lijden.

'Pijn ketent een pijnlijder; chronische pijn doet dat bijna dagelijks.'

Mevrouw Prof. dr. J.M. Bensing, directeur van het Nivel en hoogleraar aan de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit van Utrecht introduceert de nieuwe rubriek 'chronische benigne pijnstoornis' bij de peilstationartsen.

Dit onderzoek beoogt de incidentie en prevalentie van chronische benigne pijnstoornissen vast te stellen en de medische consumptie en functionele beperkingen ten gevolge van deze pijnklachten te beschrijven. Het onderzoek wordt uitgevoerd door het Nivel en de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit van Utrecht. De medewerking van de CMR-Peilstationartsen wordt daarbij gevraagd.

Met de artsen bespreekt mevrouw Bensing de mogelijk in dit onderzoek in te sluiten patiënten, een levendige discussie tussen haar en de peilstationartsen daarover heeft plaats. Toegezegd wordt dat de onderzoekers in samenwerking met enkele ervaren peilstationartsen de in de discussie genoemde problemen rond dit onderzoek zullen proberen op te lossen voor de feitelijke start van de registratie van dit onderwerp in de 2<sup>e</sup> helft van 1995.

Namens de Werkgroep Leverepidemiologie van het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Groningen bespreekt drs. G.M. van Dam de tweede nieuwe rubriek op de weekstaat 1995: lever-, pancreas en galblaasziekte.

De aanleiding tot deze rubriek is de vaststelling dat thans beschikbare gegevens veelal gebaseerd zijn op selecte patiëntenpopulaties en relatief onbetrouwbare sterftestatistieken. Een populatie-onderzoek naar lever-, pancreas- en galwegaandoeningen is noodzakelijk voor zowel praktiserende huisartsen en specialisten als voor de beleidmakers (van de besluitvorming en uitvoering van preventie en voorlichting tot de behoefteraming van levertransplantaties en toekomstige therapeutische interventies).

Voorafgaand aan een groot en duur populatie-onderzoek is een registratie van het voorkomen lever-, pancreas- en galwegpathologie in de huisartspraktijk gewenst.

Door Dr. J.F.P. Schellekens, arts-microbioloog verbonden aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, wordt het voorkomen van kinkhoest in Nederland toegelicht. Ondanks een hoge vaccinatiegraad blijkt uit het patroon van voorkomen voor de jaren 1989-1994 dat kinkhoest endemisch voorkomt met (overeenkomstig de literatuur) epidemische verheffingen om de vier jaar. Op basis van gegevens verzameld uit diverse surveillance bronnen blijkt dat kinkhoest op kan treden zowel bij kinderen als bij volwassenen, zowel bij gevaccineerden als bij ongevaccineerden.

Er bestaan aanwijzingen dat in gevaccineerde populaties volwassenen een belangrijke rol spelen bij de besmetting van nog niet of onvolledig beschermde zuigelingen.

Huisartsenpeilstations zouden zeker bij het ter beschikking komen van een PCR-test voor het aantonen van *Bordetella (para) pertussis* een belangrijke bron van informatie kunnen zijn over het voorkomen van deze bacterie.

Aan het slot van de bijeenkomst bespreekt dr. J.C. de Jong, viroloog verbonden aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne de stand van zaken betreffende de virologische surveillance van de influenza achtige aandoeningen. Het seizoen 1994/1995 kent tot op dat moment een rustig

beloop voor zover het het influenza-virus betreft. Er is wel een ongewone activiteit van het RS-virus vastgesteld in vooral het diagnostische circuit.

# SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1  
 PEILSTATIONS  
 Continue Morbiditeits Registratie  
 1995



Het aantal peilstations is in 1995 44. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 65.

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 stedelijkheidsgraad 5 (plattelandsgemeenten);<sup>3</sup>
- 2 voor de stedelijkheidsgraad 4-3-2 (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter):
- 3 voor de stedelijkheidsgraad 1 (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 130-131) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1995 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 12 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten zes maal tussen twee artsen, drie maal tussen drie artsen, een maal tussen vier artsen en een maal tussen zes artsen. In januari 1996 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 51,5%; bij de peilstationartsen 47,6%. Er zijn zeven apotheekhoudende peilstationartsen, vier in stedelijkheidsgraad 3 en drie in stedelijkheidsgraad 2, dat is 10,7% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 9,7%.<sup>4</sup>

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1986-1995. Aanpassing aan de geldende maatstaven voor de indeling naar stedelijkheidsgraad heeft plaats waar en wanneer dat nodig is.

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 1986-1995<sup>5</sup>

provincie-groep	A		B		C		D	
	Groningen, Friesland en Drenthe		Overijssel, Gelderland en Flevoland		Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1995	12	6	14	11	24	17	15	10

Tabel 2: Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1986-1995

stedelijkheidsgraad	1		2		3		Nederland	
	plattelands gemeenten		verstedelijkte plattelands-gemeenten te-zamen met gemeenten met een stedelijk karakter		gemeenten met 100.000 of meer inwoners			
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1995	10	7	42	28	13	9	65	44



## DE PRAKTIJKPOPULATIES

Er heeft in 1995 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-'96 voor de verwerking gebruikt. In 1997 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 stedelijkheid (stedelijkheidsgraad). 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 1994 met 82.569 toe.

Tabel 3: Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationsartsen met de totale Nederlandse bevolking

		aantal inwoners Nederland <sup>6</sup>	aantal patiënten peilstations <sup>7</sup> (met percentages)	
provinciegroep	A	1.622.438	23.845	(1.5%)
	B	3.177.446	34.671	(1.1%)
	C	6.852.135	62.662	(0.9%)
	D	3.772.103	35.017	(0.9%)
stedelijkheidsgraad	1	2.774.653	21.032	(0.7%)
	2	9.725.047	102.716	(1.0%)
	3	2.924.422	32.447	(1.1%)
geslacht	mannen	7.627.482	77.044	(1.0%)
	vrouwen	7.796.640	79.151	(1.0%)
totaal		15.424.122	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.<sup>3</sup> De herschikking van de peilstations naar dit nieuwe

criterium heeft een ondervertegenwoordiging van de populatie in de plattelandsgebieden (stedelijkheidsgraad 1) tot gevolg gehad.

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

leeftijd	provinciegroep								stedelijkheidsgraad						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	0.6	0.5	0.9	0.9	1.1	1.2	0.9	0.9
5-9	1.4	1.4	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.6	0.6	1.0	1.0	1.3	1.2	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	1.0	1.1	1.2	1.3	1.0	1.0
15-19	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	1.0	0.9	1.0	0.7	0.7	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0
20-24	1.6	1.7	1.3	1.4	0.9	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.2	1.2	1.0	1.0	1.1	1.2
25-29	1.6	1.8	1.3	1.2	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	0.8	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1
30-34	1.5	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	0.7	0.6	1.0	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	0.7	0.7	1.0	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	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0
50-54	1.3	1.4	1.0	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.7	1.0	1.0	1.0	1.0	0.9	1.0
55-59	1.5	1.3	1.1	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	1.0	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0
60-64	1.2	1.3	1.2	1.2	0.9	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8	1.0	1.0	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	0.9	0.8	1.0	1.0	1.2	1.1	1.0	1.0
70-74	1.3	1.2	1.2	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	1.0	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	1.0	0.9	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0
80-84	1.3	1.3	1.4	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	1.1	1.0	1.0	0.9	1.1	1.0
≥ 85	1.3	1.3	1.7	1.1	1.0	0.9	1.0	0.9	1.4	1.1	1.2	1.0	1.0	0.9	1.2	1.0
totaal	1.4	1.5	1.1	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7	0.8	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.

## OMVANG EN CONTINUÏTEIT VAN DE RAPPORTAGE

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 1995 bedroeg het 11.440 (52 weken x 5 dagen x 44 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
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%
1995	11.400	9.900	86.5%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1995 iets lager dan dat van de voorgaande jaren.

Een uitsplitsing naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

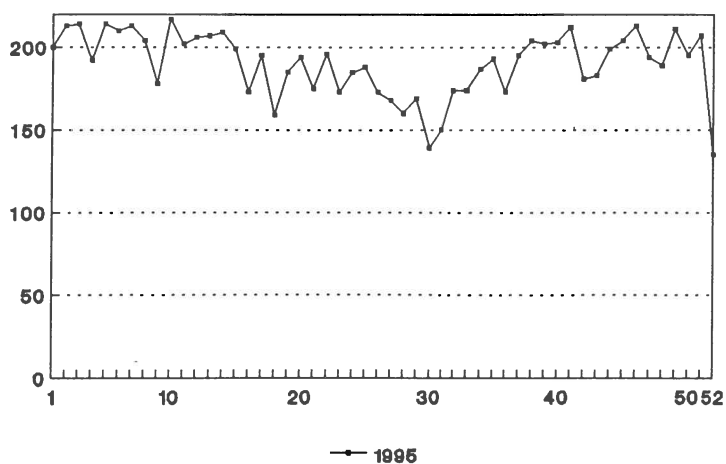
De rapportage in de verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter is met 85.4% het laagste van de

stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 92.5% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

per provinciegroep	per stedelijkheidsgraad
A 92.5%	1 88.8%
B 85.5%	2 85.4%
C 84.5%	3 86.4%
D 87.5%	

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 30 (maximaal  $44 \times 5 = 220$ ).

Figuur 2: Het aantal dagen dat in 1995 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 1995 per peilstation is 35, iets hoger dan in 1994.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 43 en 12 dagen. Dit is in overeenstem-

ming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

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

aantal dagen niet gerap- porteerd	aantal peilstations									
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
0	0	0	1	1	2	1	2	3	4	3
1-9	7	4	7	6	5	7	7	7	2	3
10-19	4	7	2	6	5	3	4	1	5	3
20-29	7	1	5	5	6	11	5	6	2	6
30-39	10	5	15	15	11	10	13	13	13	11
40-49	13	16	13	9	10	9	9	11	12	12
50-59	2	10	2	2	2	1	1	3	5	3
60-69	1	1	0	1	1	0	1	-	2	-
70-79	0	0	0	0	1	0	-	-	-	1
80-89	0	0	0	0	1	0	-	-	-	1
90-99	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
≥ 100	1	0	0	0	0	1	1	1	-	1
totaal aantal peilsta- tions	45	44	45	45	44	43	43	45	45	44
gemiddelde	31	37	27	29	32	30	29	32	32	35
mediaan	34.5	43	34	32	33	29	33	34	37	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 1995 in bijna 14% van de peilstations voor. Dit is een iets lager percentage dan in 1994. Ziekte van de peilstationarts is de reden van langere tijd niet rapporteren.

## DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 132)

De rubrieken op de weekstaat voor 1995 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. Lever-, galblaas- en pancreasziekten (1995);
4. Chronische Benigne Pijnstoornissen (1995);
5. Sterilisatie bij de man verricht (1972);
6. Sterilisatie bij de vrouw verricht (1974);
7. Oestrogenen voorschrift (1994);
8. Suïcide(pogingen) (1979);
9. (Poli)klinische mammografie (1988);
10. P.I.D. (1993);
11. Urethritis bij man (1992);
12. Angst voor AIDS (1988);

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 133-134); 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 1995. 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 stedelijkheidsgraad.

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 136) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1995 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 137-140).

1. Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 1995, week 01 t/m 52, blad 1-2<sup>a</sup>.
2. Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1995, week 01 t/m 52, blad 1-2<sup>a</sup>.
3. Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1995, week 01 t/m 52, blad 1-2<sup>a</sup>.



## INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

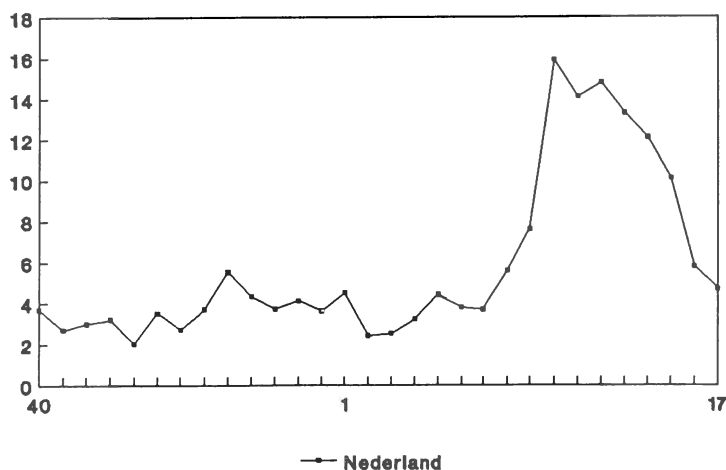
De rubriek influenza<sup>9</sup> is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig ook op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

### Influenza 1994-1995 en 1995-1996

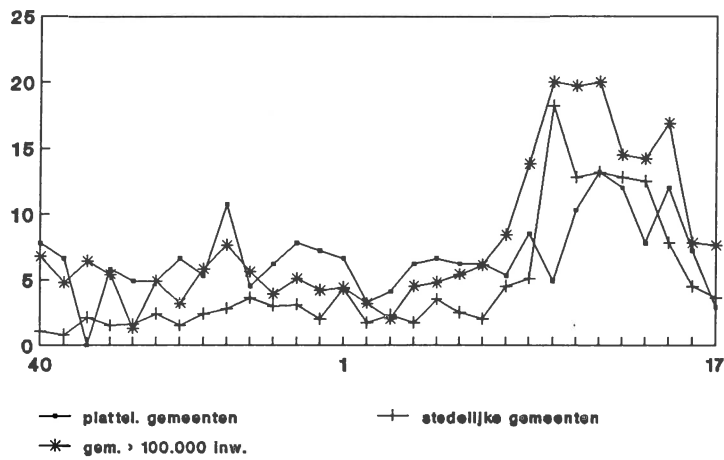
#### Seizoen 1994-1995

In figuur 3.1-3.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad voor het seizoen 1994-1995.<sup>10</sup> In figuur 4.1-4.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven voor het seizoen 1995-1996. In het verslag over 1994 werd het beloop van influenza in de eerste weken van 1995 al besproken.

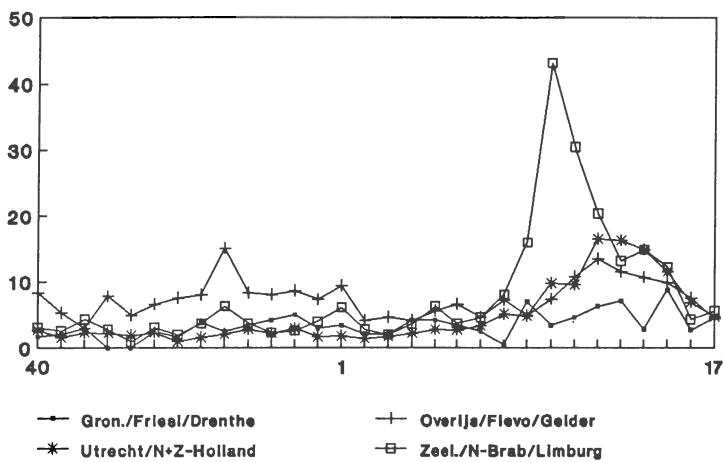
Figuur 3.1: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1994-1995



Figuur 3.2: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1994-1995



Figuur 3.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1994-1995



## **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 met als 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.

## **Virologische surveillance NIVEL/RIVM**

In het seizoen 1994-1995 wordt de bevolking relatief laat in het seizoen met influenza geconfronteerd: in week 2 van 1995 wordt door een peilstationarts bij een 46 jarige man met duidelijk influenza symptomen het eerste influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>)-virus vast gesteld.

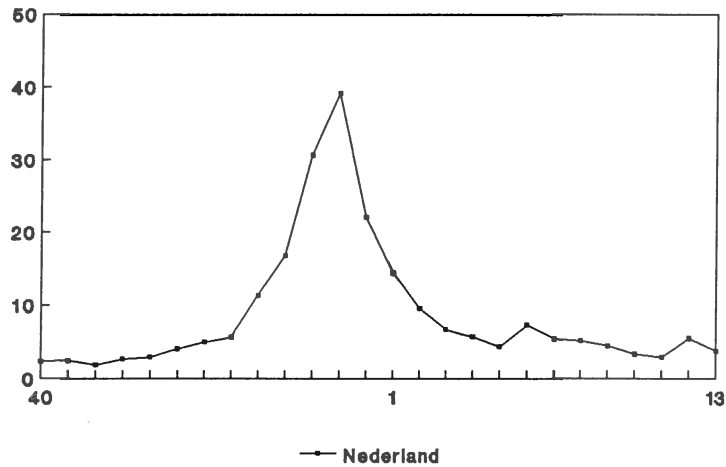
In de weken erna volgen meer isolaties, zij het vooral geïsoleerde gevallen van het influenza B-virus. Vanaf week 6, vier weken na de isolatie van het eerste virus, worden meer influenza-achtige ziektebeelden gemeld en neemt het aantal virusisolaties toe, nu ook influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>). De toename van het aantal virusisolaties wordt in eerste instantie in de populatie van de peilstations gevonden; vanaf week 9 neemt het aantal gemelde isolaties in het diagnostische circuit toe.

Een opvallende bevinding in het seizoen 1994-1995 is dat in het netwerk van de peilstations vooral influenza B-virussen zijn geïsoleerd (73%) terwijl in het diagnostisch circuit, waarin de isolaties veelal afkomstig zijn van patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn, duidelijk meer influenza A virussen worden gevonden (65%). Deze bevinding is gerapporteerd aan the Lancet.

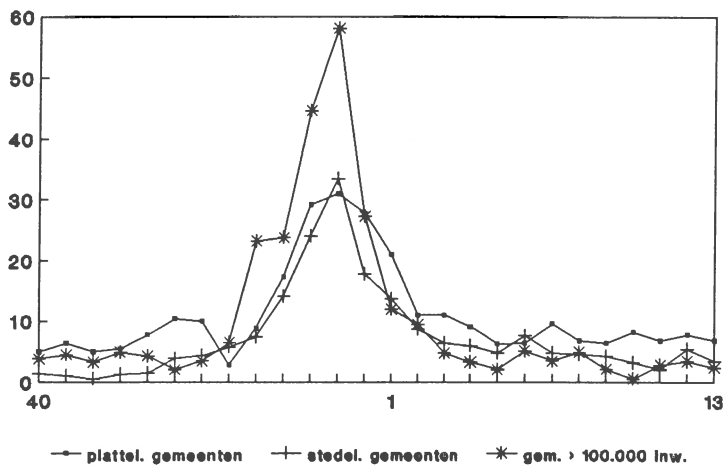
Ook het influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) virus is in het seizoen 1994/1995 geïsoleerd.

## Seizoen 1995-1996

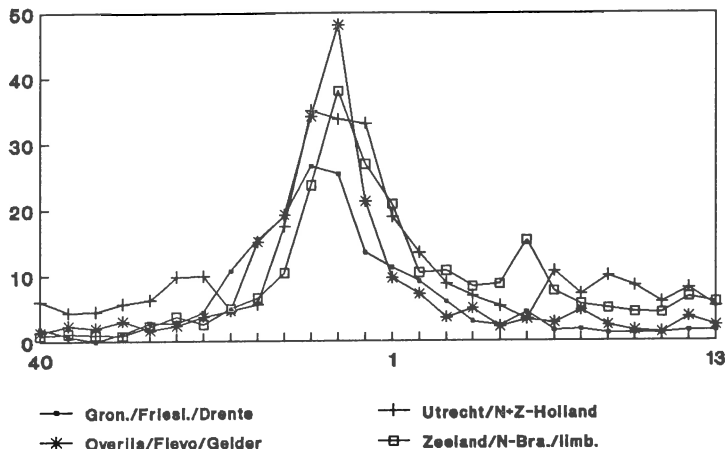
Figuur 4.1: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1995-1996 (t/m week 13)



Figuur 4.2: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1995-1996 (t/m week 13)



Figuur 4.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1995-1996 (t/m week 13)



### Seizoen 1995-1996

Op 7 november 1995 wordt het eerste influenza virus van dit seizoen geïsoleerd uit een aspiraat afgenomen van een 2-jarig meisje in het Sofia Kinderziekenhuis in Rotterdam. Het betreft een influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) virus.

In dezelfde week 45 worden ook twee influenza A virussen geïsoleerd uit keel/neuswatten ingezonden door peilstationartsen.

In de twee daaropvolgende weken worden wel virusisolaties gemeld maar blijft het aantal gemelde influenza-achtige ziektebeelden door de peilstation huisartsen op een voor de tijd van het jaar normaal niveau. In week 48 is er voor het eerst sprake van een duidelijke toename van influenza activiteit. De hoogste incidentie wordt gemeten in week 51: 39 meldingen per 10.000 patiënten.

De westelijke provincies laten de hoogste incidentie zien van de provinciegroepen (48 per 10.000 inwoners); in de grote steden is de incidentie met 58 per 10.000 inwoners hoger dan in de beide andere stedelijkheidsgraden

In week 3 acht weken na het begin van deze griepverheffing is het niveau weer tot onder de 10 per 10.000 inwoners gedaald. Wel bleef er een enigszins verhoogde IAZ incidentie bestaan tot in week 10 van 1996.

### **Virologische surveillance NIVEL/RIVM**

De virussen die in het seizoen 1995-1996 geïsoleerd worden zijn in overgrote mate van het Influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) type (82%). Een aanzienlijk kleiner aantal Influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) virussen (12%) wordt geïsoleerd en nog minder Influenza B virussen (6%).

Tabel 6: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1986-1996

jaar	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
totaal kalender jaar	630	365	399	410	225	348	244	484	107	315	
hoogste weekinci- dentie per 'seizoen'	26	9	44	54	24	40	27	54	16	39	

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 ongevoen 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. Aan het einde van het jaar 1995 is er het begin van een tweede griepgolf in 1995.

## **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**

JONG J.C. de, E.C.J. CLAAS, A.I.M. BARTELDs, k. BIJLSMA, G.F. RIMMELZWAAN EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

**Het influenzaseizoen 1995/96: een epidemie met een verborgen staart.**

Infectieziekten Bulletin, 1996, jaargang 7 nr. 5

In the season 1995/96 in The Netherlands the influenza season showed two peaks of influenza virus activity. The first and most important one was observed in December and January and was caused almost exclusively by an influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) virus. The second peak occurred in February and March 1996 was associated with isolations of only (sub)type A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) and B viruses. It was characterized by a very low incidence of influenza-like illnesses (ILI). It was detected by the 'epidemiologically' high percentage of influenza virus isolations from the clinical samples of patients who consulted their family doctor with respiratory complaints. Apparently, in general these doctors did not consider their syndromes as ILI.

BESTEBROER, T.M., A.I.M. BARTELDs, A.M. van LOON, H. BOSWIJK, K. BIJLSMA, E.C.J. CLAAS, J.A.F.W. KLEIJNE, C. VERWEIJ, M.W. VERWEIJ-UITERWAAL, A.G. WERMENBOL, J.C. de JONG.

**Virologische NIVEL/RIVM-Surveillance van respiratoire virusinfecties in het seizoen 1994/95.**

RIVM, 1995, Rapport nr. 245607002

Sinds het seizoen 1992/93 sturen de NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) peilstationarissen neus-/keelwatten op van door hen behandelde patiënten met acute luchtwegklachten naar het RIVM. Aldaar worden deze monsters m.b.v. de kweek in celcultuur op virussen onderzocht. In het seizoen 1994/95 werden de monsters tevens m.b.v. de polymerase chain (PCR) onderzocht op Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, rhinovirus, enterovirus, RS-virus, coronavirus OC43 en coronavirus 229E. Deze surveillance verschaft een beter inzicht in de etiologie en de incidenties van minder ernstig verloopende luchtweginfecties dan de virusisoleringen voor diagnostische doeleinden.

In het seizoen 1994/95 stuurden de peilstationarissen 557 monsters van patiënten met respiratoire aandoeningen naar het RIVM. In 189 (34%) werd een respiratoir virus en/of bacterie aangetoond. Influenza B-virus (9%) en rhinovirus (9%) waren de meest

voorkomende verwekkers gevolgd door coronavirus OC43 (4%), influenza A-virus (3%), RS-virus en adenovirus (2%). In 8 (4%) van de positieve monsters werden twee verwekkers aangetoond. In 70 (37%) van de positieve monsters werd alleen m.b.v. de PCR een micro-organisme aangetoond.

Worden deze resultaten vergeleken met die uit de diagnostische laboratoria, dan zijn de belangrijkste verschillen het relatief hogere aantal influenzavirus-isolaten en het relatief lagere aantal RS-virus-isolaten in het NIVEL/RIVM-surveillance netwerk. Tevens is influenza B-virus de meest voorkomende verwekker in het NIVEL/RIVM-surveillance netwerk in tegenstelling tot de diagnostische laboratoria, waar het type A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) domineerde.

Van 68 PCR-positieve patiënten werden 72 vervolgonsters afgenomen na gemiddeld 24 dagen. Drie patiënten bleken PCR-positief te blijven voor hetzelfde agens; in twee gevallen betrof het *Chlamydia pneumoniae*. De klinische relevantie van de PCR lijkt daarom goed te zijn voor de onderzochte respiratoire virussen en voor *Mycoplasma pneumoniae*.

CLAAS, C.J. ERIC, JAN C. de JONG, AAD I.M. BARTELDs e.a.

**Influenza types and patient population.** Letter to the Lancet: 1995, Vol 346, nr. 8968, p. 180.

BESTEBROER, 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 to the meeting of the Federation of European Microbiological Societies

### **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<sub>1</sub>N<sub>1</sub> (1) (3%), RS virus (3%), and adenovirus (2%) (table 2 and figure 2). In 9 (4%) of the positive samples two etiologic agents were detected. From 69 PCR-positive 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<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) 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<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) 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), (ii) 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.

## 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 drie jaar aangehouden. Voor het jaar 1995 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1993 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 (vooralnog 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 1995 in alle van de 44 peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit. In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

In 1996 worden een aantal veranderingen in de uitvoering van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker doorgevoerd: de doelgroep zijn nu vrouwen van 30-60 jaar en het screeningsinterval wordt 5 jaar.

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, 1986-1995

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
klachten en/ of symptomen (1e maal)	65	59	76	72	55	73	72	70	60	59
'preventief' (1e maal)	398	345	369	521	577	537	523	485	474	467
herhalings- uitstrijkje	170	211	246	237	273	239	233	225	268	267
Totaal	633	615	691	830	905	849	828	780	802	793

Het totale aantal uitstrijkjes (793 per 10.000 vrouwen) is in 1995 iets lager dan in het jaar daarvoor.

In 1989 is op veel plaatsen in het land het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl gestart. In 1990 is dit programma verder tot ontplooiing gekomen. Bij het bekijken van deze tabellen moet men, zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, rekening houden met de vastgelegde termijn van drie jaar waarbinnen een uitstrijkje als een herhalingsuitstrijkje geldt.

Het 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 467 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 1994-1995 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 1994-1995 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  $\pm 60$  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 1992-1995 is dit aantal weer  $\pm 60$  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 provinciegroep en stedelijkheidsgraad (vergelijk ook figuur 5 en 6). De tabel laat zien dat de landelijke daling na 1990 in het aantal "preventieve" uitstrijken zich in 1995 voortzet. In vergelijking met 1994 is in de noordelijke provincies het aantal uitstrijkjes aanzienlijk toegenomen. Tot boven het niveau van de 1992-1993. Een daling van het aantal treedt op in de zuidelijke provincies. Deze schommelingen in het aantal afgenomen uitstrijkjes wekken de indruk dat de uitvoering van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker niet in het hele land gelijkmatig lijkt te verlopen.

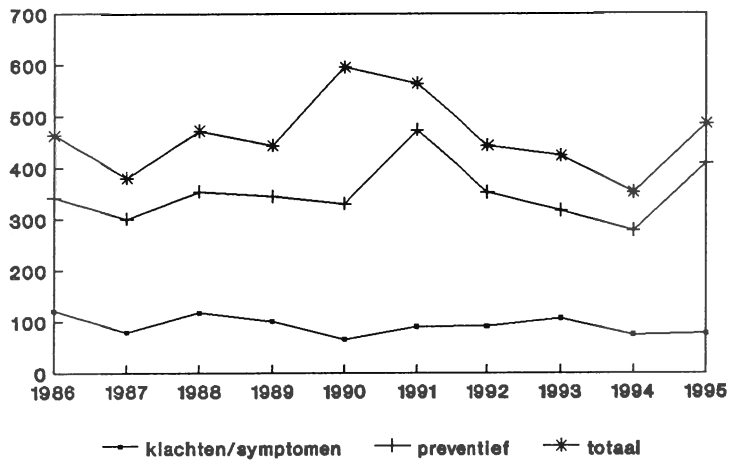
De schommelingen in de aantallen afgenomen cervixuitstrijkjes in de verschillende stedelijkheidsgraden bevestigen deze indruk.

Tabel 8: Aantal door peilstation gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkje per provinciegroep en stedelijkheidsgraad naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

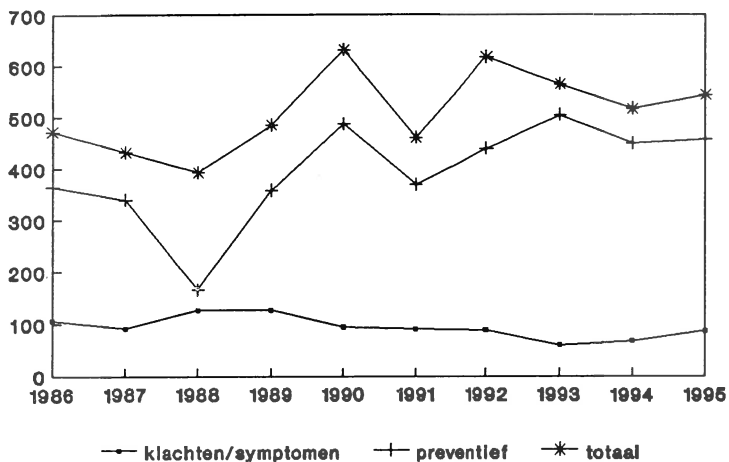
		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten en/of symptomen	1986	121	106	42	43	93	54	75	65
	1987	79	92	46	48	79	49	69	59
	1988	117	127	56	51	118	58	96	76
	1989	100	127	54	48	102	57	90	72
	1990	65	95	43	41	66	52	56	55
	1991	90	91	57	79	72	64	102	73
	1992	91	89	65	59	42	68	93	72
	1993	106	60	60	73	45	71	81	70
	1994	74	68	51	57	47	58	71	60
	1995	77	87	47	42	59	58	64	59
'preventief'	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
	1995	408	456	487	506	298	499	493	467
totaal	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
	1995	485	543	534	548	357	557	557	526

Figuur 5: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

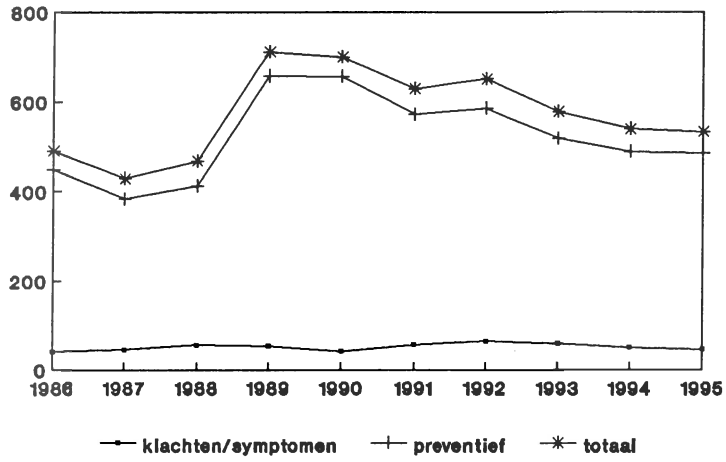
provinciegroep A



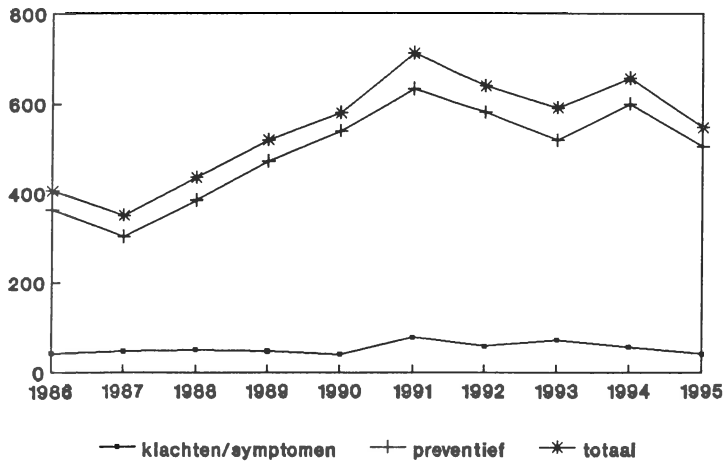
provinciegroep B



provinciegroep C



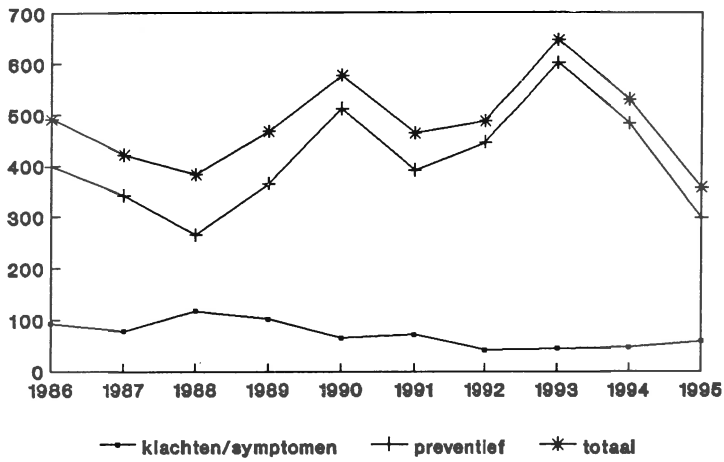
provinciegroep D



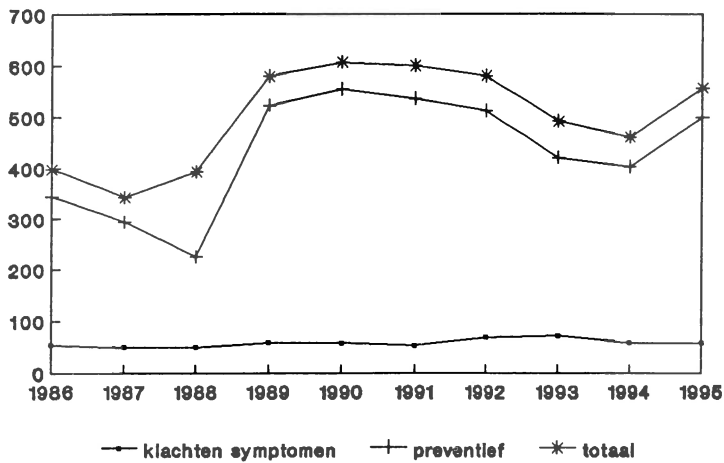


Figuur 6: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per stedelijkheidsgraad en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

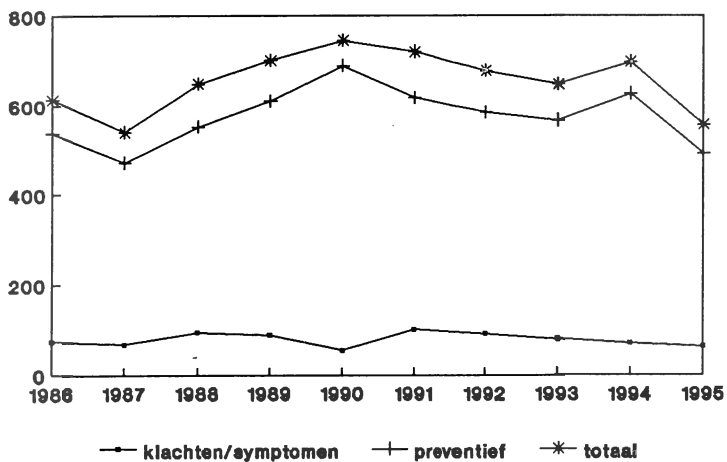
stedelijkheidsgraad 1



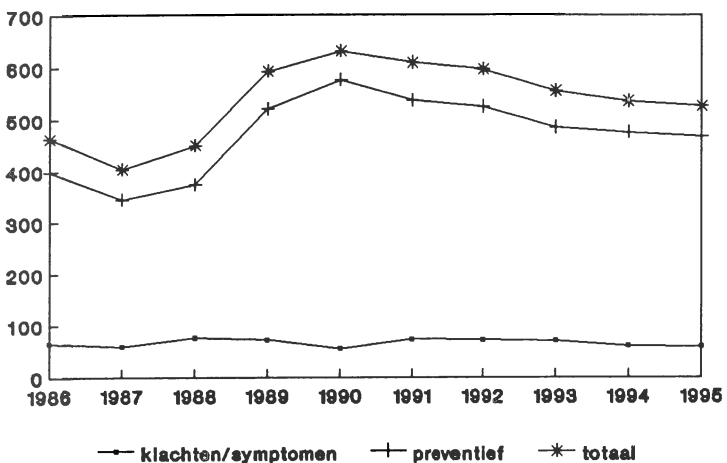
stedelijkheidsgraad 2



### stedelijkheidsgraad 3



### Nederland



## Leeftijdverdeling

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, 1986-1995

	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1995	-	35	186	570	1505	1240	300	29

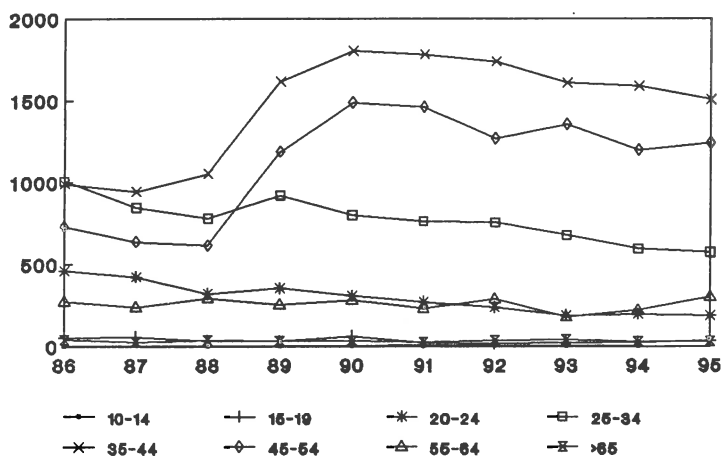
De toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes na 1988, die zoals verwacht vooral gevonden wordt in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar, is in 1991 omgezet in een daling, die ook in 1994 voortgaat.

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.

Een opvallende stijging in het aantal gemaakte uitstrijkjes heeft in 1995 plaats gehad in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar.

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 1993-1995 47% en 38% voor de leeftijdsgroep 45-54 jaar. Rond 1983, toen het bevolkingsonderzoek oude stijl nog in volle gang was bedroegen voor dezelfde leeftijdsgroepen de percentages vrouwen die worden bereikt 21 respectievelijk 15 procent 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 uterusexcisie. 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, 1986-1995



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

Tabel 10: aantal door peilstationarissen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

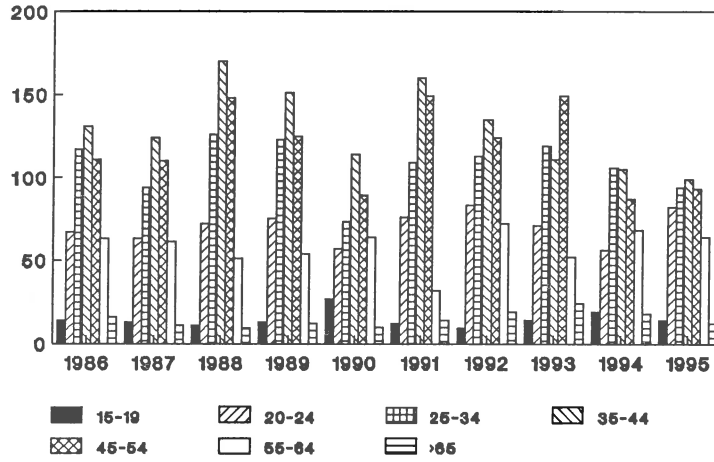
		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
klachten en/of symptomen	1986	14	67	117	131	111	63	16
	1987	13	63	94	124	110	51	11
	1988	11	72	126	170	148	51	9
	1989	13	75	123	151	125	54	12
	1990	27	57	73	114	89	64	10
	1991	12	76	109	160	149	32	14
	1992	(9)	83	113	135	124	72	19
	1993	14	71	119	111	149	52	24
	1994	19	56	106	105	87	68	18
	1995	21	84	98	100	92	64	12

Tabel 10: Aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1986-1995 (vervolg)

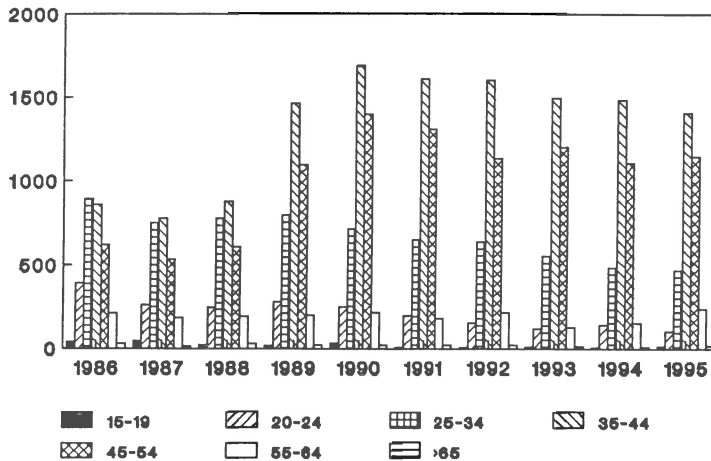
		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
preventief	1986	40	392	891	860	618	210	28
	1987	44	260	751	776	534	185	13
	1988	23	247	776	877	608	193	29
	1989	19	278	796	1466	1098	200	21
	1990	34	249	715	1690	1398	216	23
	1991	(8)	194	651	1612	1310	181	20
	1992	(7)	154	640	1604	1138	216	21
	1993	(9)	117	555	1495	1204	127	15
	1994	(7)	140	486	1483	1109	152	11
	1995	14	103	471	1405	1147	236	17
herhalings- 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
	1995	7	31	197	771	796	148	14
totaal	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
	1995	42	218	766	2276	2035	448	43

Figuur 8: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

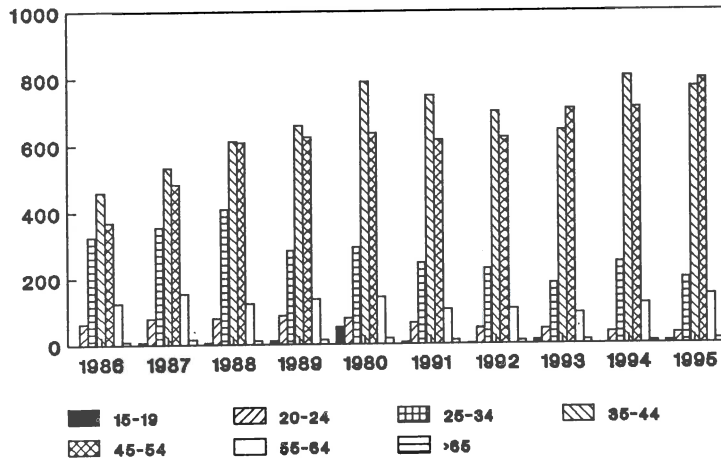
klachten en/of symptomen



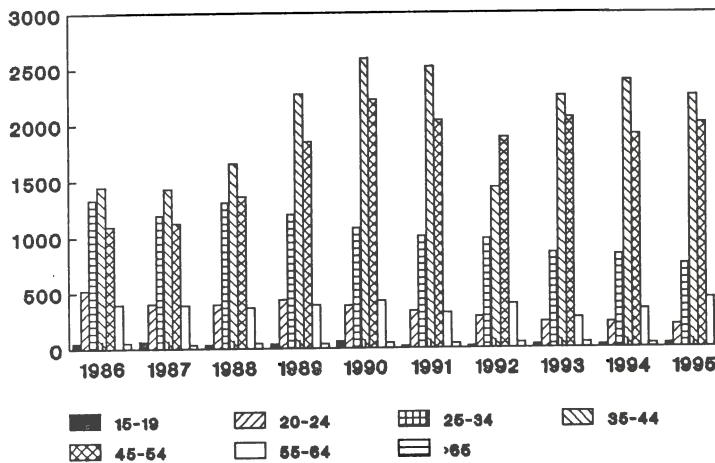
preventief



### herhalingsuitstrijke



### 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, is in 1994 weer goed gemaakt.

Zowel bij het totale aantal uitstrijkjes als bij de "eerste" uitstrijkjes neemt het aandeel van de leeftijdsgroep van 35-54 in 1995 weer toe (zie tabel 10).

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. 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 1994-1995 een toename.

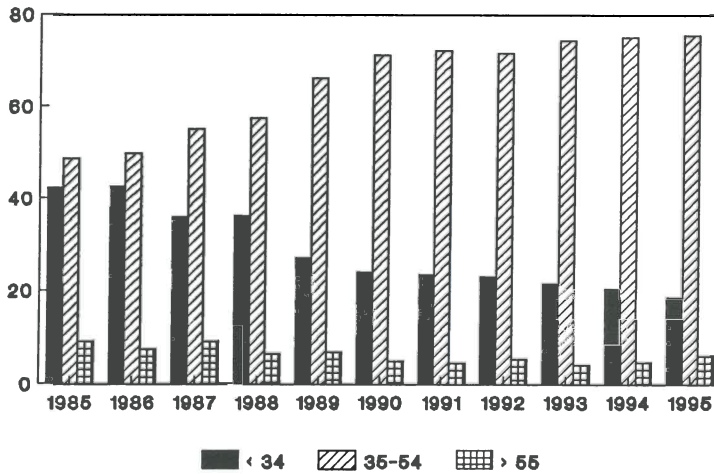


Tabel 11: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijds-  
groep voor alle peilstations (in procenten) 1985-1995

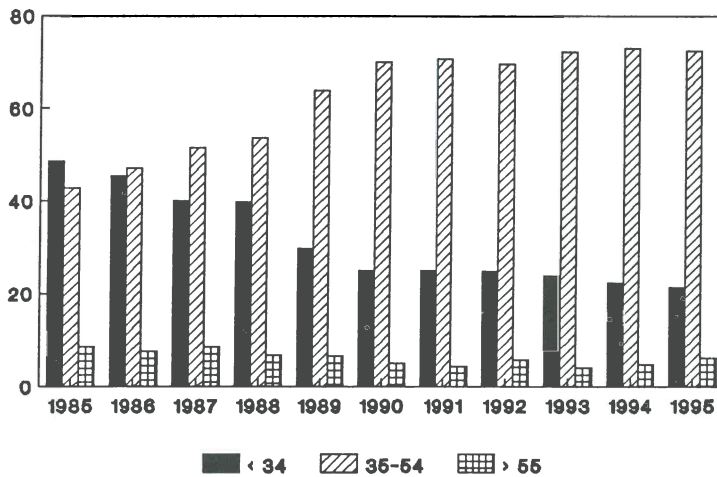
jaar	≤ 34	35-54	≥ 55	totaal
leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes				
1985	42.2	48.6	9.2	100
1986	42.5	49.8	7.6	100
1987	35.8	55.0	9.2	100
1988	36.1	57.4	6.5	100
1989	27.0	66.0	7.0	100
1990	24.0	71.0	5.0	100
1991	23.4	72.0	4.6	100
1992	23.0	71.5	5.5	100
1993	21.5	74.3	4.2	100
1994	20.4	74.9	4.7	100
1995	18.8	75.2	6.0	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
1995	21.6	72.3	6.1	100

Figuur 9: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1985-1995

leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes



leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje



## **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 1995 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 screeningsinterval 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 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 1996 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 onderzoeken 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 onder-

zoek, 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 1-1-1994 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1994 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).<sup>11</sup> Dezelfde groep verricht een evaluatie van de feitelijke kosten en effecten.

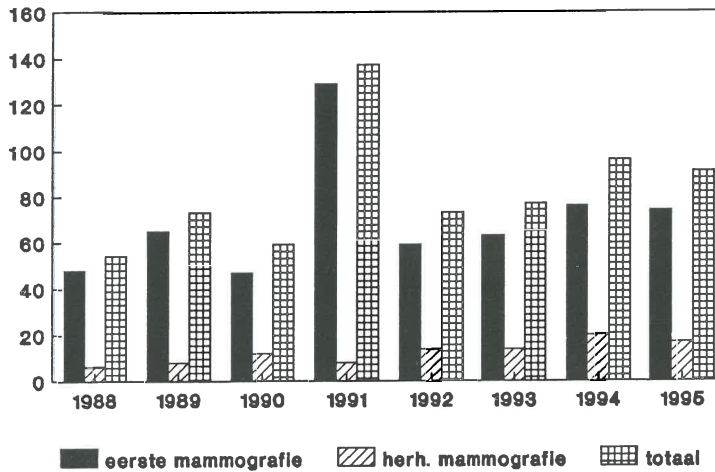
In tabel 12 worden de aantallen mammografieën buiten het bevolkingsonderzoek vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland (vergelijk figuur 10 en 11).

Tabel 12: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988-1995

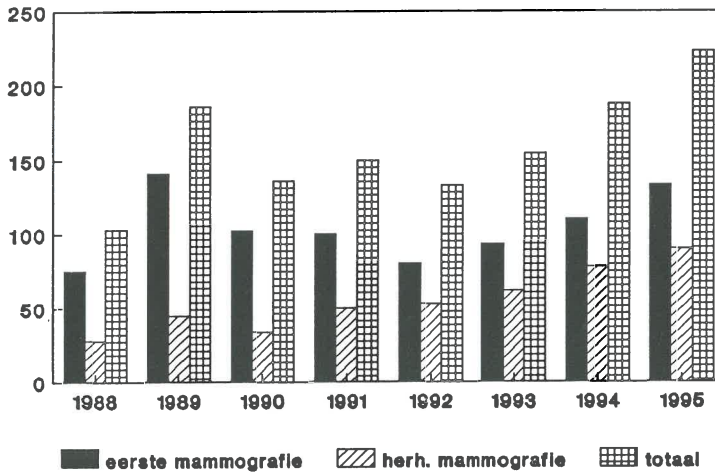
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>eerste mammografie</b>								
1988	48	75	92	81	80	79	81	80
1989	65	141	77	84	154	71	87	87
1990	47	102	88	125	102	87	101	92
1991	129	100	93	112	103	92	142	105
1992	59	80	105	101	87	95	90	93
1993	63	93	155	106	105	129	96	117
1994	76	110	116	128	97	119	101	111
1995	74	133	104	104	124	96	124	104
<b>herhalingsmammografie</b>								
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
1995	17	90	30	23	63	36	35	39
<b>totaal</b>								
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
1995	91	223	134	127	187	132	159	143

Figuur 10: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1995

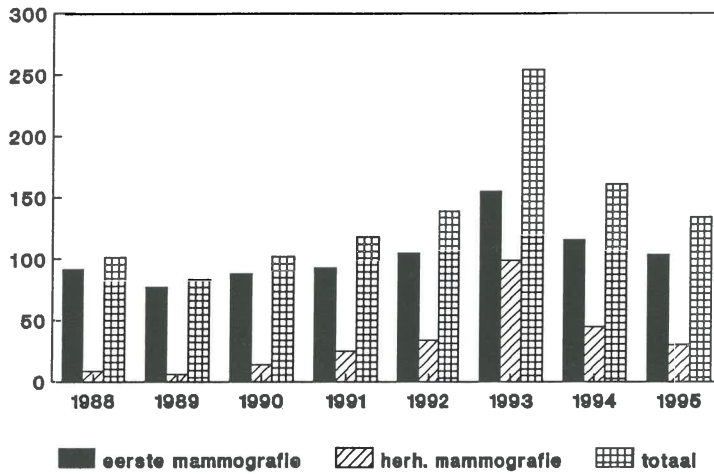
provinciegroep A



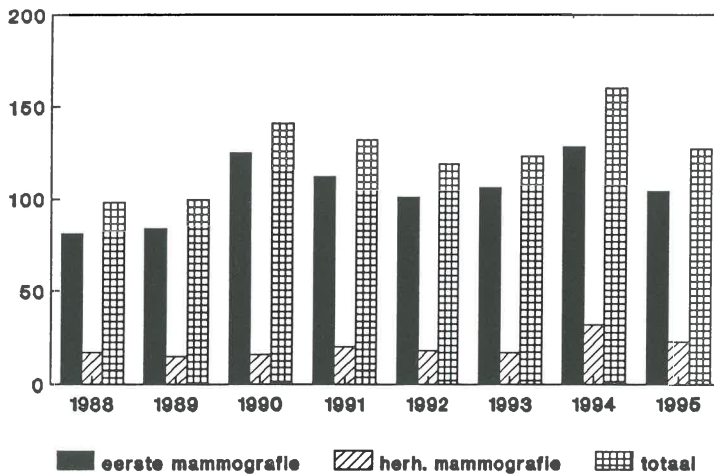
provinciegroep B



provinciegroep C



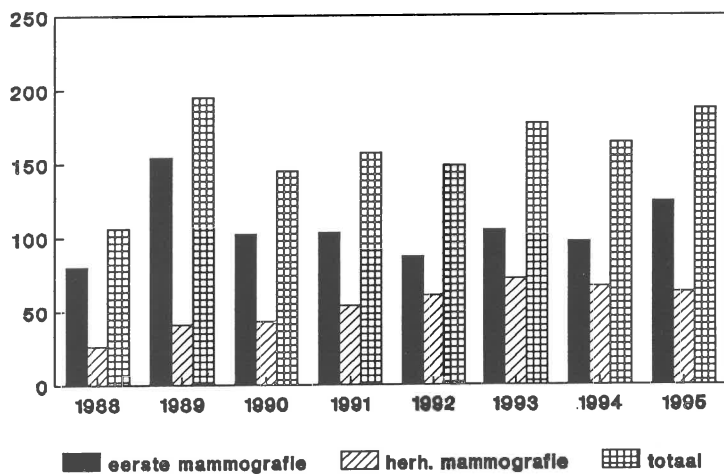
provinciegroep D



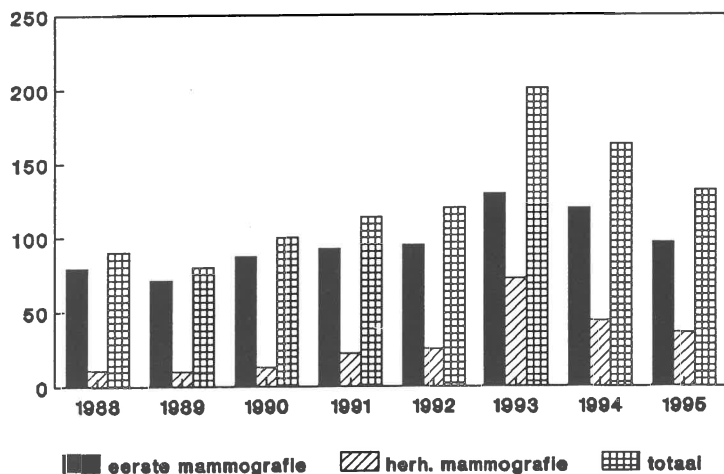


Figuur 11: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1995

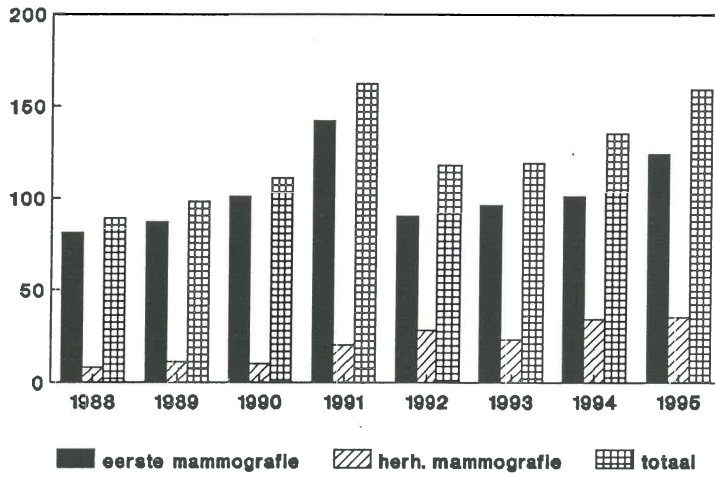
stedelijkheidsgraad 1



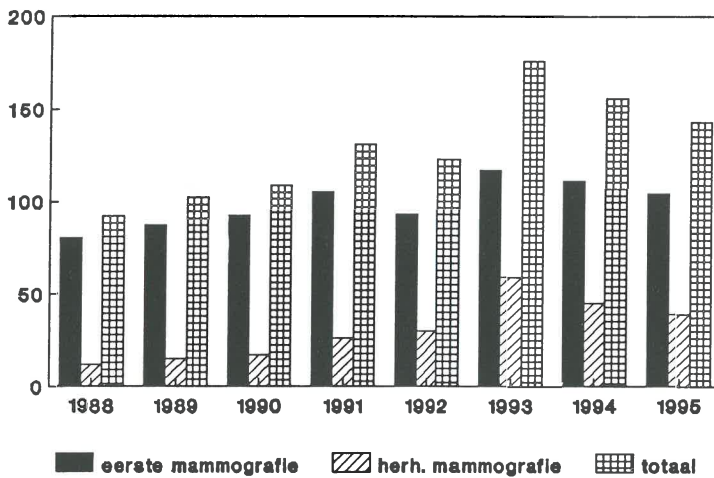
stedelijkheidsgraad 2



stedelijkheidsgraad 3



Nederland



Het aantal mammografieën is in 1994 voor het tweede jaar lager dan in het jaar ervoor. Enkel in de oostelijke provincies is er nog een toename van het aantal mammografieën dat buiten het bevolkingsonderzoek om gemaakt wordt. In de andere provinciegroepen daalt het aantal.

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 mammografieën 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 door de huisarts aangevraagd naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988-1995

	leeftijdsgroep									
	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
<b>eerste mammografie</b>										
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
1995	142	207	225	221	208	179	94	89	84	48
<b>herhalings mammografie</b>										
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
1995	22	69	105	115	104	76	57	26	33	5
<b>totaal</b>										
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
1995	164	276	330	336	312	255	151	115	117	53

Steeds wordt in de afgelopen jaren het merendeel van de mammografieën aangevraagd voor vrouwen die buiten de leeftijdsgroep vallen, waarvoor het bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd. Het zijn vooral de vrouwen in de leeftijdsgroepen van 35-49 jaar waarbij mammografieën worden gedaan. Bij de vrouwen ouder dan 70 jaar heeft dit onderzoek relatief weinig plaats.

Het percentage herhalingsmammografieën is bij de jongere vrouwen duidelijk hoger dan bij de vrouwen van 70 jaar en ouder (bij de 40-50 jarigen  $\pm$  50%, 39% bij de vrouwen van 70-74 jaar en bij de vrouwen van 75-79 jaar 17%). Er

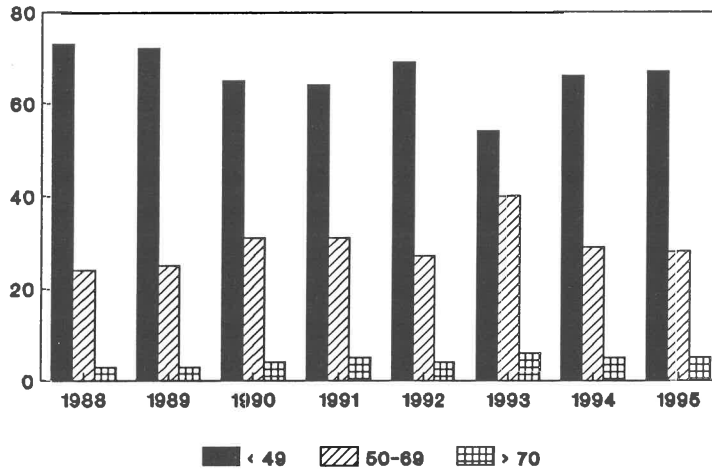
lijkt dus sprake te zijn van periodieke screening buiten het bevolkingsonderzoek om bij vooral de vrouwen van 40-50 jaar (ongeveer 10% van deze leeftijdsgroep).

Tabel 14: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd naar drie leeftijdsgroepen. (procenten) 1988-1995

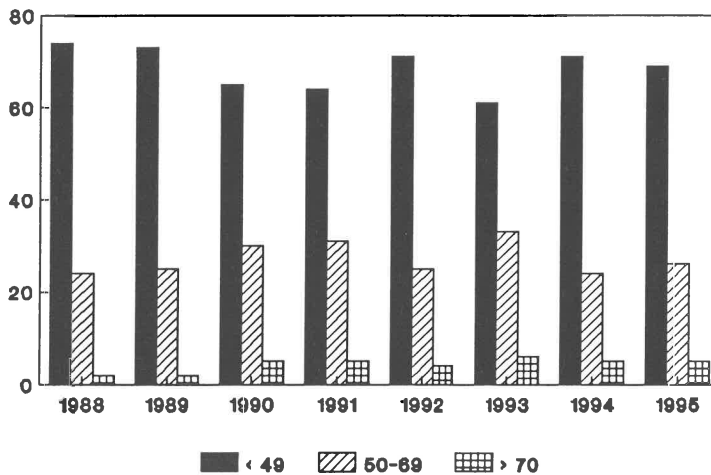
leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën				
	≤49	50-69	≥70	totaal
1988	73	24	3	100
1989	72	25	3	100
1990	65	31	4	100
1991	64	31	5	100
1992	69	27	4	100
1993	54	40	6	100
1994	66	29	5	100
1995	67	28	5	100
leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën				
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100
1990	65	30	5	100
1991	64	31	5	100
1992	71	25	4	100
1993	61	33	6	100
1994	71	24	5	100
1995	69	26	5	100

Figuur 12: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd in drie leeftijdsgroepen (procenten), 1988-1995

leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën



leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën



In 1996 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.

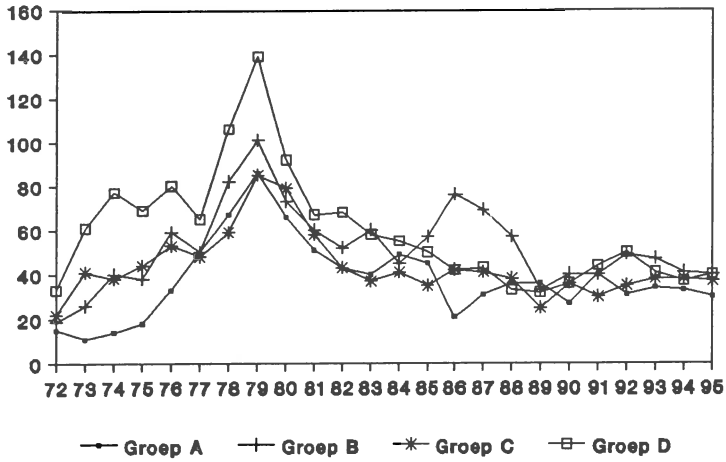
Het aantal per 10.000 mannen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 13).

Tabel 15: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen, 1986-1995

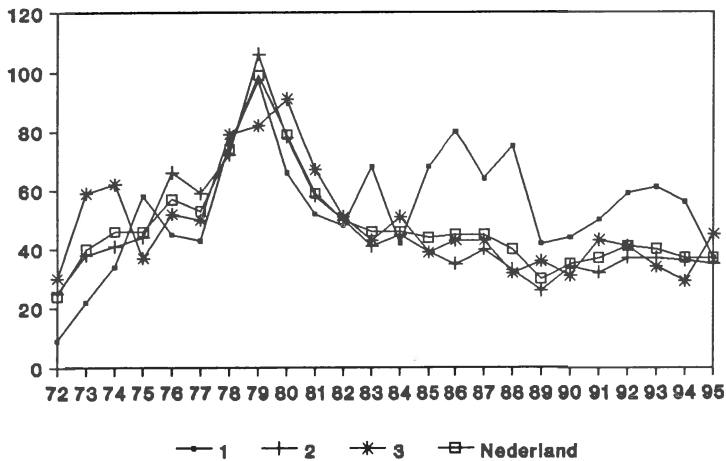
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1986	21	76	42	42	80	35	43	45
1987	31	69	41	43	64	40	43	45
1988	36	57	38	33	75	33	32	40
1989	36	33	25	32	42	26	36	30
1990	27	40	36	36	44	34	31	35
1991	40	40	30	44	50	32	43	37
1992	31	49	35	50	59	37	41	41
1993	34	47	38	41	61	37	34	40
1994	33	41	38	37	56	36	29	37
1995	31	41	38	40	39	35	46	38

Figuur 13: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1995

provinciegroep



stedelijkheidsgraad 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 en 1995 ligt het aantal iets onder de 40: 37 en 38 per 10.000 mannen.

Sinds een aantal jaren ligt het aantal sterilisaties bij mannen in de grote steden aanzienlijk hoger dan in de beide andere stedelijkheidsgraden. Bij de vrouwen is dat veel minder het geval (zie volgende hoofdstuk blz. 62).

Na extrapolatie komt men op 29.000 sterilisaties voor heel Nederland in 1995. 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 1995 verrichte sterilisaties was gelijk aan de vervangingsfactor; 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 1995 gelijk aan 1994. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen die statistisch gesproken tot de vruchtbare leeftijdsgroep behoren (17-51 jaar)<sup>12</sup> bedroeg in 1995 12,2%. Dit percentage is al sinds 1986 nagenoeg constant. Bij vrouwen daalt het echter (zie hierna).

In figuur 15 (zie pagina 64) 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 1995 was de verhouding sterilisatie mannen: vrouwen gelijk aan 62:38. Er is mogelijk sprake van enige verandering in de waardering van sterilisaties door vrouwen en mannen.

## Leeftijdsverdeling

De leeftijds specifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 16 gegeven (vergelijk figuur 16 zie pagina 65).

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 1995 nog 0,9% was.

Tabel 16: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1986-1995

	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
1995	-	11	74	209	101	66	13

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. In 1994 en 1995 is er echter sprake van lagere aantallen.

Opvallend sinds 1992 is het hogere aantal sterilisaties bij mannen van 50-54 jaar. Absoluut gaat het echter om een betrekkelijk klein aantal.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ten minste 819.000 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 10,7% 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 1996 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 1995 werden 24 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, vergeleken met de voorafgaande zes jaren iets hoger. Extrapolatie van deze cijfers naar heel Nederland levert een aantal van 19.000 sterilisaties in 1995. Het aantal per 10.000 van alle vrouwen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland in tabel 17 gegeven (vergelijk figuur 14).

Tabel 17: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1986-1995

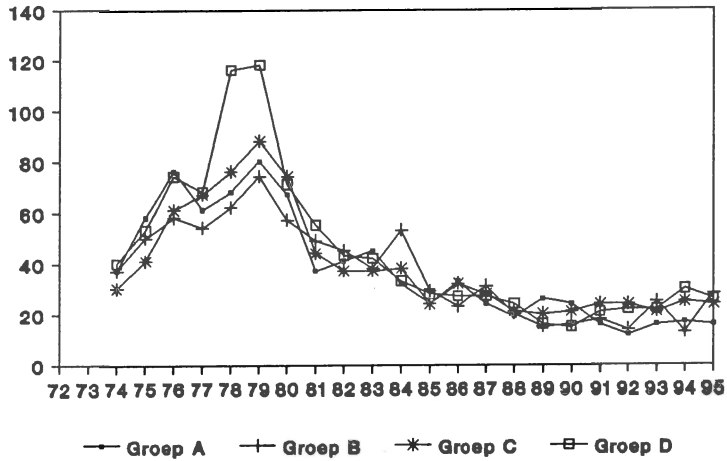
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1986	33	23	32	27	30	27	35	29
1987	24	31	28	27	37	24	31	28
1988	19	20	21	24	27	20	21	22
1989	26	15	20	16	22	17	23	19
1990	24	16	21	15	24	16	24	19
1991	16	18	24	21	26	13	41	21
1992	12	14	24	22	22	16	28	20
1993	16	25	21	22	29	18	25	21
1994	17	13	25	30	20	23	22	22
1995	16	28	24	27	34	19	35	24

De oostelijke en zuidelijke provincies groepen laten zowel bij de vrouwen als de mannen de hoogste aantallen zien.

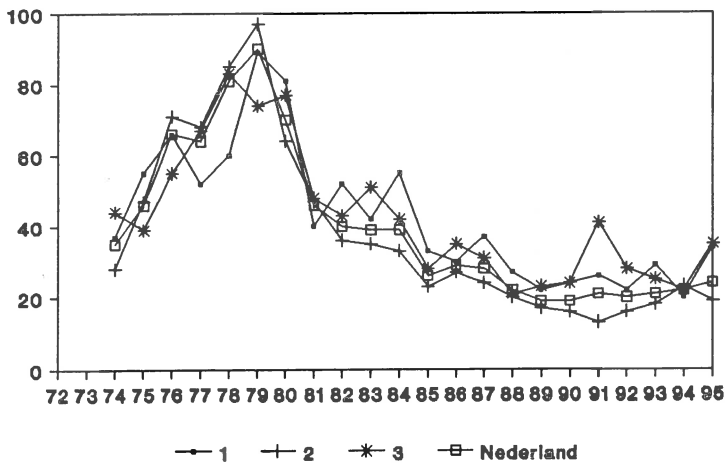
In de grote steden vonden in 1995 in tegenstelling tot de voorgaande 10 jaar de meeste sterilisaties bij mannen plaats. Bij de vrouwen is dit minder uitgesproken.

Figuur 14: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1974-1995

provinciegroep



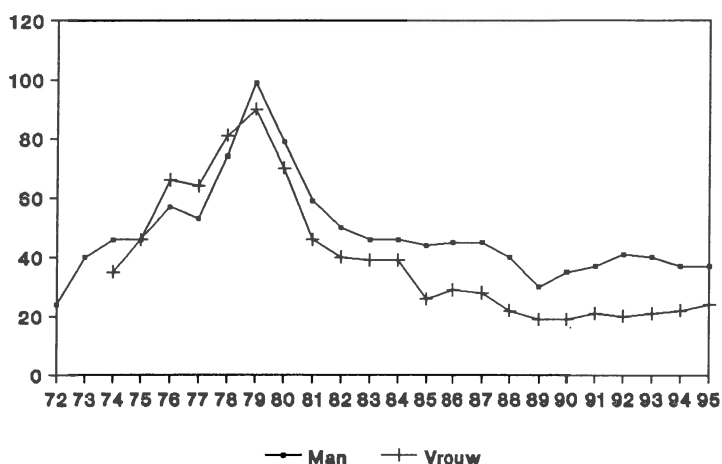
stedelijkheidsgraad en Nederland



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 15 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 15: Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1995

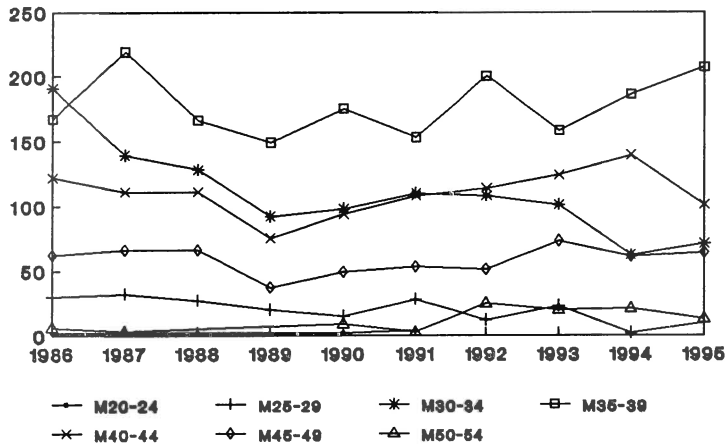


### Leeftijdsverdeling

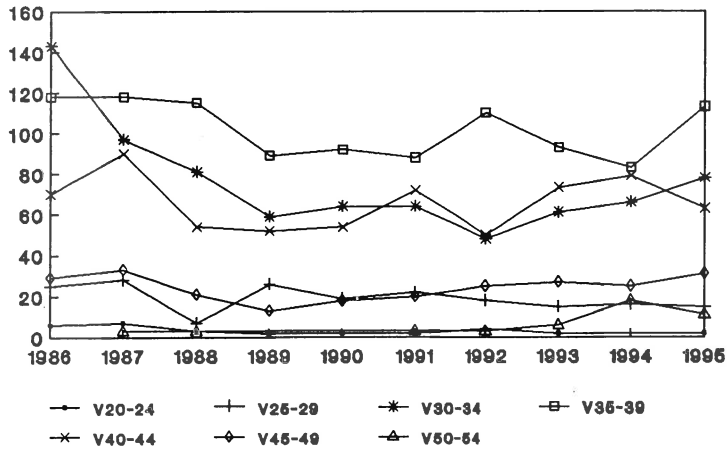
De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 18 gegeven (vergelijk figuur 16).

Figuur 16: Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1986-1995

mannen



vrouwen



Tabel 18: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1986-1995

	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
1995	(2)	15	78	115	65	31	11

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 622.000 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 8,0% van de huidige totale vrouwelijke bevolking. Het is echter meer reëel om de cijfers alleen te betrekken op vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49) en om daarbij tegelijkertijd het sterilisatiepatroon van de man te betrekken. In dat geval blijkt dat in 1975 bij  $\pm$  6% van de (echt)paren de vrouw of de man gesteriliseerd was. Dit percentage is nadien gestegen via 18.5 in 1980, 22.4 in 1984 tot 23.0 in 1986. In 1987 is dit voor het eerst licht gedaald. Deze daling zet daarna door. In 1990 is dit percentage 22,1, in 1994 21,0 en in 1995 20,9%. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1995 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1994 bedroeg 53.000. In werkelijkheid lag dit aantal op slechts 48.000 (29.000 mannen en 19.000 vrouwen).



Tabel 19: Percentage vrouwen en mannen, behorende tot de vruchtbare leeftijdsgroep, dat ooit een sterilisatie heeft ondergaan, 1980-1995.

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
1995	8,7	12,2	20,9

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 20,9% in 1995. Bij mannen blijft het percentage gesteriliseerden sinds 1986 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 0,8% in 1995. Sinds 1984 is er nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van

13,8% in 1984 naar 4,2% in 1995). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 15,5% in 1995).

Overigens is het interessant dat Nederland, één van de weinige landen is waar duidelijk meer mannen dan vrouwen gesteriliseerd zijn. Deze verhouding ligt momenteel op 12,2% mannen tegen 8,7% vrouwen. (In de vruchtbare leeftijdsgroep waren in 1995 514.000 mannen en 349.000 vrouwen gesteriliseerd).

De rubriek sterilisaties is voor 1996 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.<sup>13</sup> 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. Gevraagd wordt daarbij onderscheid te maken tussen een eerste voorschrift en een herhalingsvoorschrift.

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

Tabel 20: Aantal 1° en aantal herhalingsvoorschriften voor oestrogenen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen van 40-60 jaar in 1994-1995

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1° voorschrift	1994	83	297	236	150	153	161	273	180
	1995	71	163	135	199	235	114	193	145
herhalingsrecept	1994	468	687	854	669	890	616	809	732
	1995	277	538	502	442	966	380	374	459
ratio 1°/herh.	1994	1/5.6	1/3.5	1/3.6	1/4.5	1/5.8	1/3.8	1/3.0	1/4.1
	1995	1/3.9	1/3.3	1/3.7	1/2.2	1/4.1	1/3.3	1/1.9	1/3.2

In 1995 krijgt in de zuidelijke provinciegroepen het grootste 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 oostelijke provincies en het minst in de noordelijke.

In de stedelijkheidsgraden is het beeld anders. Het aantal 1° voorschriften voor oestrogenen is het hoogste op het platteland, waar ook de meeste herhalingsrecepten worden uitgeschreven.

Wanneer er relatief veel 1° voorschriften worden uitgereikt in verhouding tot het aantal herhalingsvoorschriften kan meer kortdurend gebruik worden ondersteld. Dit blijkt het geval in de oostelijke en zuidelijke 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.

### Leeftijdverdeling

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 1994-1995

leeftijdsgroep	1 <sup>e</sup> voorschrift		herhalingsvoorschrift		ratio	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995
40-44	57	53	175	94	3.1/1	1.8/1
45-49	185	170	662	489	3.6/1	2.9/1
50-54	381	277	1527	930	4.0/1	3.4/1
55-59	119	106	741	459	6.2/1	4.3/1
60-64	36	63	214	148	5.9/1	2.3/1
65-69	23	56	143	151	6.2/1	2.7/1
70-74	22	40	72	51	3.3/1	1.3/1
75-79	24	24	66	38	2.8/1	1.6/1
80-84	13	6	31	38	2.4/1	6.3/1
≥ 85	22	30	15	90	0.7/1	9.0/1

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, in 1995 was dit bijna 3%.

Het aantal vrouwen dat een herhalingsrecept krijgt is lager dan 10 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 1996 in gewijzigde vorm op de weekstaat gehandhaafd. Met een aanvullende vragenlijst.

## CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS

Van chronische benigne pijnstoornis (CBPS) wordt gesproken wanneer bij een patiënt geen verklaring wordt gevonden voor de pijnklachten. Het begrip verwijst naar een verschijnsel met meerdere dimensies, zowel fysieke als psychosociale. In die zin is chronische benigne pijnstoornis geen medische diagnose met een daarbij behorende behandelingsmethode.

Chronische benigne pijn is op individueel niveau en maatschappelijk een probleem. De patiënt wordt geketend door de pijn en is beperkt in zijn functioneren. De Gezondheidsraad<sup>14</sup> wees er in 1986 op dat per jaar 10.000 mensen op basis van pijnklachten in aanmerking komen voor een uitkering. De huidige omvang van het probleem is onbekend.

De registratie van patiënten met CBPS is onderdeel van een studie naar de incidentie en prevalentie van CBPS en de medische consumptie en functionele beperkingen tengevolge van CBPS in Nederland.

De studie wordt uitgevoerd door het Nivel in samenwerking met de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en staat onder leiding van mevrouw Professor Dr. J.M. Bensing, directeur van het Nivel en Hoogleraar aan de Universiteit Utrecht.

De huisarts wordt gevraagd patiënten te registreren die sinds een maand pijnklachten hebben. Essentieel is dat pijn het meest naar voren springende aspect van de klinische presentatie is. De pijn leidt al minstens een maand lang tot duidelijk ongemak en beperkingen in het dagelijks leven.

Niet bedoeld zijn patiënten waarbij bewezen is dat de pijn veroorzaakt wordt door maligne, reumatische of neurologische aandoeningen.

Wel bedoeld zijn patiënten met onbegrepen pijn, waartoe ook pijnsyndromen gerekend worden waarbij een symptoomdiagnose gesteld kan worden zoals intercostaal neuralgie, rectaal pijnsyndroom, trigeminus neuralgie, brachialgie, meralgie paresthetica en andere symptoomdiagnosen.

Van elke patiënt vult de huisarts een registratieformulier in. Daarop wordt gevraagd naar de reden van het consult, de locatie van de pijn, het betrokken orgaansysteem en het verloop van de pijn in de tijd. De huisarts meldt eventuele aanleidingen voor het ontstaan van de pijn; stelt een symptoom-

diagnose en geeft zijn beoordeling van de waarschijnlijkheid van een lichamelijke verklaring voor de pijnklachten.

Tenslotte vraagt de huisarts de patiënt mee te werken aan het vervolg onderzoek en reikt de patiënt een patiëntenvragenlijst uit. Deze patiëntenvragenlijsten zijn ook in het Turks en Arabisch beschikbaar.

Na uitgebreide voorbereidingen is de registratie door de huisartsen en het vragen van de patiënten deel te nemen aan het onderzoek per 1 oktober 1995 van start gegaan.

Het verloop van het onderzoek en de voorlopige resultaten zullen in het jaarverslag over 1996 worden besproken.

Het onderwerp is in 1996 op de weekstaat gehandhaafd.

## 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 1990-1995 respectievelijk 67, 60, 84, 73, 74 en 95.

Het aantal pogingen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad per 10.000 inwoners is in tabel 22 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.

Wanneer naar de stedelijkheidsgraad 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.

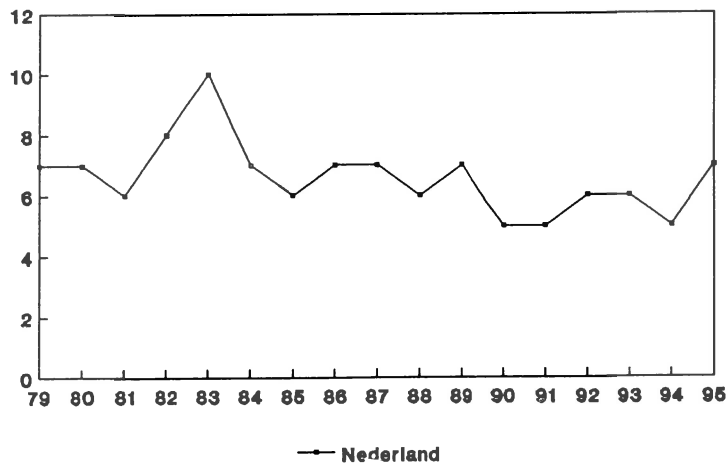
Ondanks de hogere aantallen in 1995 geven de cijfers géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(poging) in Nederland.



Tabel 22: Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1986-1995

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1995	5	5	7	10	3	7	10	7

Figuur 17: Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-1995



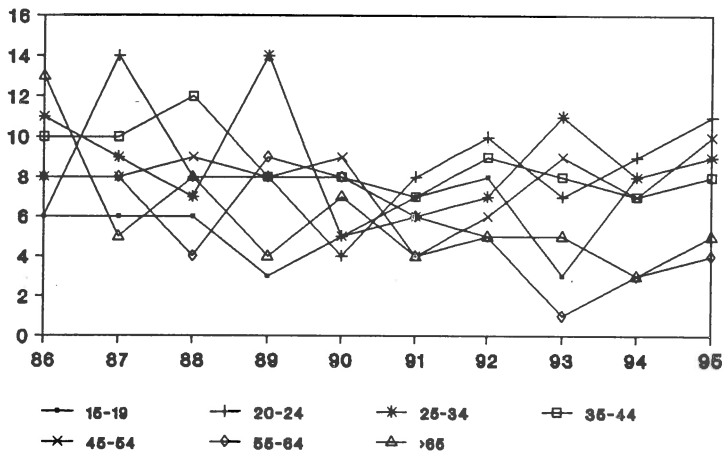
## Leeftijdsverdeling

Tabel 23 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 18).

Tabel 23: Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1986-1995

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1995	-	9	11	9	8	11	4	5

Figuur 18: Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1986-1995



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.

In 1995 is door Prof. Dr. R.F.W. Diekstra en Mevr. Dr. M. van Egmond verbonden aan de vakgroep Klinische, Gezondheids- en Persoonlijkheidspsychologie van de Rijksuniversiteit Leiden een analyse gestart van de gegevens over de totale periode waarover registratie heeft plaats gehad (vanaf 1979 tot heden). Bij deze analyse zal ook een vergelijking gemaakt worden met een gegevensbron die geheel of gedeeltelijk overlapt met die van de CMR-Peilstations. De gegevensbron, welke daartoe het meest aangewezen leek zijn de door de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg verzamelde gegevens over ontslagen uit algemene ziekenhuizen na een suïcidepoging. De verschillen en overeenkomsten, zowel in trends als in kenmerken tussen beide gegevens bronnen zullen worden becommentarieerd.

Deze rubriek is in 1996 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.<sup>15</sup>

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 adnexeën. Koorts ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), leucocytose ( $> 12-15.000$ ) en een verhoogde bezinking ( $> 30\text{ mm}$ ) 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 stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland in tabel 24 gegeven.

Tabel 24: Aantal vrouwen met P.I.D. per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1993-1995

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			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
1995	3	10	10	8	11	7	10	8

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.<sup>15</sup>

In de noordelijke provinciegroep worden in 1994 en 1995 aanzienlijk minder patiënten met een P.I.D. gemeld. De aantallen in de oostelijke en zuidelijke 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 grote steden: respectievelijk 11,7 en 10 per 10.000 vrouwen.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de kwartalen worden in 1995 niet gevonden.

### Leeftijdsverdeling

In tabel 25 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met een P.I.D. die door de peilstationartsen zijn gemeld.

Tabel 25: Aantal vrouwen met een P.I.D. per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen, 1993-1995

leeftijdverdeling	vrouwen		
	1993	1994	1995
< 15	( 1)	-	-
15-19	9	7	5
20-24	14	10	10
25-29	13	16	15
30-34	11	20	(12)
35-39	13	14	18
40-44	15	13	19
45-49	( 5)	8	10
50-54	( 9)	18	13
≥ 54	( 1)	( 2)	( 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 1996 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, gonorrhoe, 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 gonorrhoe en syfilis (C-ziekten). Onderrapportage is een erkend probleem bij de aangifteplichtige aandoeningen. Het is verder de vraag of gonorrhoe 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 provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland in tabel 26 gegeven.

Tabel 26: Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1992-1995

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	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
1995	14	40	32	11	43	18	42	26

De landelijke incidentie van urethritis is ongeveer een derde van die in Amsterdam: respectievelijk gemiddeld 26 en 99 per 10.000.<sup>16</sup>

In alle drie de jaren wordt urethritis duidelijk meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies.

Van 1992-1994 worden in de grote steden de meeste mannen met urethritis door de huisarts gezien. Vergeleken met 1992 is er in de jaren 1993-1995 een drastische daling van het aantal geregistreerde mannen met urethritis in de grote steden opgetreden. Op het platteland nam het aantal meldingen van urethritis in 1995 toe. Het aantal meldingen van urethritis was in 1995 op het platteland het hoogst.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

### Leeftijdsverdeling

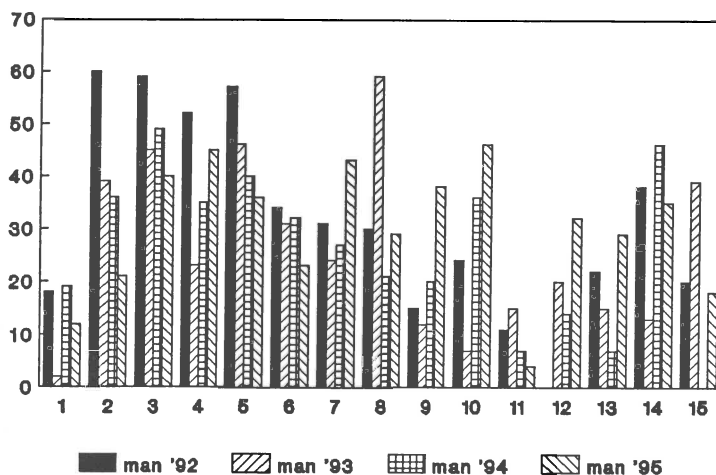
In tabel 27 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 19).



Tabel 27: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1995

leeftijdsgroep	mannen			
	1992	1993	1994	1995
< 15	( 0)	-	-	( 2)
15-19	18	( 2)	19	12
20-24	60	39	36	21
25-29	59	45	49	40
30-34	52	23	35	45
35-39	57	46	40	36
40-44	34	31	32	23
45-49	31	24	27	43
50-54	30	59	21	29
55-59	15	(12)	20	38
60-64	24	( 7)	36	46
65-69	(11)	(15)	( 7)	( 4)
70-74	-	(20)	(14)	32
75-79	(22)	(15)	( 7)	(29)
80-84	(38)	(13)	(46)	(35)
≥ 85	(20)	(39)	-	(18)

Figuur 19: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1995



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.<sup>16</sup>

De rubriek wordt in 1996 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.<sup>17</sup> (drs. M. Moons en drs. L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

Tabel 28: Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1988-1995

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	7	9	13	8	5	8	21	10
1989	10	11	18	15	4	13	27	15
1990	8	8	21	22	4	15	30	16
1991	7	6	20	24	2	15	29	16
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
1995	20	15	23	24	9	18	37	21

Aanvankelijk is het aantal consulten over AIDS enkele jaren constant. Vanaf 1992 treedt een stijging op, welke tot in 1994 is doorgezet. In 1995 treedt een aanzienlijke daling op.

Het aantal consulten over AIDS daalt ook aanzienlijk in de grote steden.

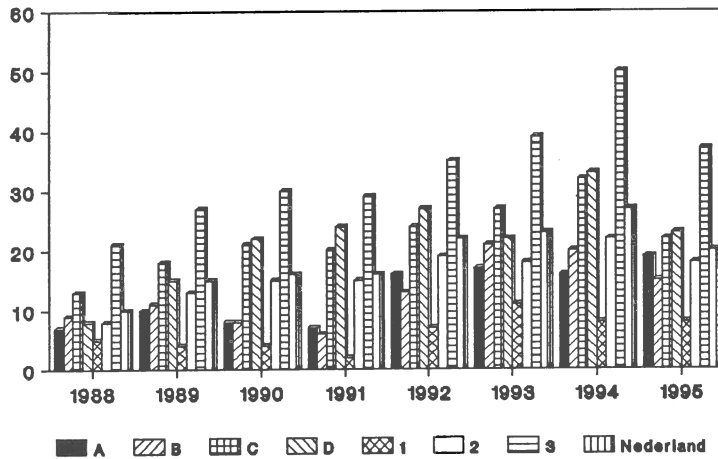
De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 20).

Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op H.I.V.-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. In 1995 is dit aantal gedaald tot 242 verzoeken om een test.

Hoewel niet elk verzoek om een test wordt ingewilligd, nam ook het aantal tests dat wordt verricht aanvankelijk toe: van 121 in 1990 naar 259 in 1994. In 1995 daalt ook dit aantal: tot 230. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

De daling van het aantal consulten over AIDS is het meest uitgesproken in de westelijke en zuidelijke provincies, waar in 1994 de aantallen de hoogste waren. In de noordelijke provincies is er in 1995 een lichte stijging van het aantal consulten.

Figuur 20: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1995



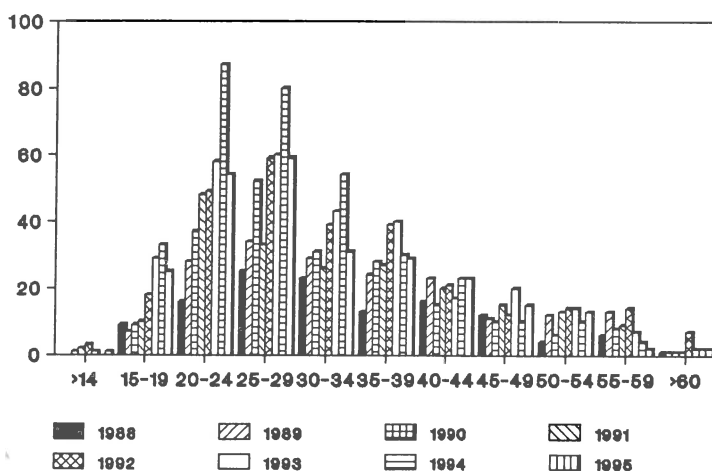
### Leeftijdsverdeling

In tabel 29 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 21).

Tabel 29: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1995

Leeftijdsgroep	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
≤ 14	-	-	(1)	(2)	(3)	(1)	-	(1)
15-19	9	7	9	10	18	29	33	26
20-24	16	28	37	48	49	58	87	57
25-29	25	34	52	33	59	59	80	61
30-34	23	29	31	26	39	41	54	32
35-39	13	24	28	27	39	41	30	30
40-44	16	23	15	20	21	17	23	24
45-49	12	11	10	15	12	19	10	15
50-54	(4)	12	(6)	13	14	13	10	13
55-59	6	13	8	9	14	6	4	2
≥ 60	(1)	(1)	(1)	(1)	7	(2)	(2)	(2)

Figuur 21: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1995



Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door 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<sup>18</sup>. In de peilstationregistratie is 89% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 50 jaar. Tot en met

1994 is in alle leeftijdsgroepen tussen 15 en 35 jaar het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt toe genomen. In 1995 is juist bij deze leeftijdsgroep een sterke daling opgetreden.

De rubriek is voor 1996 op de weekstaat gehandhaafd. Ook de registratie in het kader van Eurosentinel wordt voor 1996 gecontinueerd.

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

CASTEREN, Viviane van, Henk van RENTERGHEM, Joachim SZECSENYI.

**Data collection on Patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice. Surveillance by Sentinel Networks in various European Countries.**

DG V Project "Europe Against AIDS", September 1995.

Between 1990 and 1994 the sentinel networks of general practitioners, collaborating in the project, registered on a weekly basis the prescription of HIV-antibody tests. The number networks providing data increased from six in 1990 to nine in 1994. Along with the prescription of the HIV-tests were recorded: the initiator of the prescription, patients' characteristics such as age, sex and main risk factor, reasons for testing and outcome of the HIV-test. The registration covered an estimated total of 4000 GP-working years. This resulted in the collection of data concerning 36,467 HIV-test prescriptions.

Analysis of the data revealed that in the areas covered by the sentinel networks very distinct patterns exist in the prescription of HIV-tests and that these patterns show important evolutions over time. It was found that the number of prescribed HIV-tests/GP/year is a valuable indicator for monitoring these patterns. The number of prescriptions/GP/year ranged from 1 (Spain) to 17 prescriptions/GP/year (France). In the Netherlands the number of prescribed HIV-Tests more than doubled between 1990-1994, whereas in Switzerland a decrease in the number of prescriptions was observed.

Although the number of prescribed HIV-tests/GP/year is a valuable indicator, one needs to study the distinct patterns in more detail both geographically and over time. It was found that important differences exist in the initiator of the HIV-test prescriptions, the characteristics of the patients and in reasons for testing. In the Netherlands more than 90% of all HIV-test prescriptions is initiated by the patient, in Portugal this is only 35%. In Switzerland 60% of all prescriptions involved men, in Portugal the same figure is found for women. In Belgium approx. 30% of all prescriptions related to patients older than forty. In Spain and Portugal 60 to 70% of the prescriptions concerns patients younger than thirty. The presence of a risk factor for being infected with HIV was highest in the Netherlands (about 80%) and lowest France and Portugal. In Spain the use of intravenous drugs is the most important reason for testing, in France most HIV-tests are prescribed in patients getting married, in Belgium and the Netherlands 'heterosexual behaviour risk' is the most frequent reason for prescribing an HIV-test.

From this heterogeneity it was possible to identify several factors determinative for the prescription of HIV-tests. It was found that mass media, AIDS-prevention campaigns, public health policy, both the GPs 'and the patients' attitude towards HIV-testing, the epidemiological conditions of the AIDS-epidemic and legal and administrative measures were all important single factors influencing how, when and why HIV-tests are prescribed in a given context and period of time.

An important finding in some networks was the steadily increasing number of patients who had been tested on HIV at least once before. Together with the growing numbers of HIV-tests initiated by the patient these are indications for the fast changing attitude of the general public towards the HIV-test whereby having passed an HIV-test is, inappropriately, seen as a preventive measure.

The finding about the patterns of how HIV-tests are prescribed in general raised some new questions. (1) Are consultations during which an HIV-test is prescribed only a fraction of all AIDS-related consultations in general practice? (2) How do HIV-testing and counselling or AIDS-prevention go together? In order to answer these questions the registration was extended to all AIDS-related consultations in general practice in 1994. Additionally to initiator, patients' characteristics and reasons for consulting it was recorded what actions were taken by the GP and which AIDS-related items were discussed.

MOONS, MARIAN A.W., LOE PETERS, AAD I.M. BARTELDIS, JAN J. KERSESENS

**Concerns about AIDS in general practice.**

BMJ, 1996; 312: 285-6

General practitioners are regarded as well placed to help prevent the transmission of HIV infection. In 1988 a study was started in the Netherlands to get more information on concerns about AIDS among the non-infected population and on the general practitioner's role in providing advice and health education about AIDS. In this paper we present the results after five years (April 1988-April 1993).

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 testafspraken gemaakt. Het aantal testverzoeken en het aantal testafspraken blijkt over de periode 1988-1993 eenzelfde groei door te maken als het aantal AIDS-gerelateerde 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 seksuele contacten. Veel patiënten willen met de huisarts bespreken of 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.

## LEVER-, GALBLAAS- EN PANCREASAANDOENINGEN

De mate van voorkomen van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen is van belang voor zowel de curatieve sector van de gezondheidszorg als voor het beleid. Voor gerichte preventie en voorlichting is inzicht in het voorkomen van deze aandoeningen gewenst. Voor behoeftebepaling van levertransplantaties of toekomstige therapeutische interventies geldt hetzelfde.

Idealiter is wanneer een populatie-onderzoek naar het voorkomen van een aandoening kan worden gedaan. Voordat echter een dergelijk kostbaar project opgezet wordt is het zinvol al bestaande informatiebronnen te benutten. De Werkgroep Leverepidemiologie Groningen heeft om die reden ook de CMR-Peilstations gevraagd in 1995 aandoeningen van lever-, galblaas- en pancreas te registreren.

De peilstationarts wordt gevraagd elke patiënt met een lever-, galblaas- of pancreasaandoening op de weekstaat te melden.

In een aanvullende vragenlijst worden gegevens gevraagd over duur dat de aandoening bekend is, over de aard van de aandoening, over de wijze waarop de diagnose is gesteld en door wie (huisarts of specialist) en door wie (huisarts, kinderarts of internist) de patiënt wordt behandeld.

Over de uitkomsten van dit aanvullende onderzoek wordt elders gerapporteerd.

In tabel 30 zijn de gegevens van de aantallen meldingen van lever-, galblaas- en pancreasziekte weergegeven per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland. Er wordt hier geen onderscheid gemaakt naar de aard van de aandoening noch naar het betrokken orgaan.

Tabel 30: Aantal patiënten met een lever-, galblaas- en pancreasaandoening per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen in 1995

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			neder-land
		A	B	C	D	1	2	3	
1995	mannen	9	19	22	36	19	23	23	22
1995	vrouwen	7	25	28	30	35	20	32	24
1995	totaal	8	22	25	33	26	21	28	23

Voor Nederland worden in 1995 evenveel vrouwen als mannen gemeld met een lever-, galblaas- of pancreasaandoening (resp. 22 per 10.000 mannen en 24 per 10.000 vrouwen).

In de zuidelijke provinciegroep wordt het hoogste aantal patiënten gemeld: 33 per 10.000 inwoners. In de noordelijk provincies bedraagt het aantal meldingen slechts 8 per 10.000 inwoners.

De mate van stedelijkheid van de woonplaats van de gemelde patiënten is van minder invloed op het voorkomen van lever-, galblaas- en pancreasziekte.

### Leeftijdsverdeling

In tabel 31 is de leeftijdsspecifieke verdeling van de meldingen van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen.

Tabel 31: Aantal patiënten naar leeftijdsgroep met een lever-, galblaas- en pancreasziekte.

leeftijdsgroep	mannen	vrouwen
< 1	0	0
1- 4	( 3)	( 6)
5- 9	16	( 5)
10-14	( 2)	(10)
15-19	19	( 9)
20-24	( 7)	( 3)
25-29	8	11
30-34	18	8
35-39	14	22
40-44	13	25
45-49	43	22
50-54	47	69
55-59	20	24
60-64	36	63
65-69	41	46
70-74	82	44
75-79	65	82
80-84	58	57
≥ 85	(35)	(30)

Op jongere leeftijd, onder de 25 jaar komen lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen weinig voor. De aanvullende gegevens tonen dat op jongere leeftijd de aandoening in overgrote meerderheid van de gevallen van infectieuze aard is.

Bij vrouwen stijgt het voorkomen van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen vanaf het 50ste levensjaar. Bij mannen is dit vanaf het 45ste levensjaar het geval. De hoogste aantallen patiënten worden op oudere leeftijd gemeld: bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 75-79 jaar (82 per 10.000 vrouwen). Bij mannen is dit het geval in de leeftijdsgroep van 70-74 jaar (78 per 10.000 mannen).

#### **Verdeling naar aard van de aandoening**

In totaal zijn 315 patiënten met een al bestaande of recente lever-, galblaas- of pancreasaandoening door de peilstationarts gemeld. Op basis van de aanvullende gegevens is onderscheid te maken naar de aard van de aandoening die is gemeld. Bij 55% van deze patiënten zijn de klachten voor het eerst in 1995 gemeld; dat wil zeggen waren de patiënten niet bekend met een aandoening van de lever, galblaas of pancreas. Het aantal patiënten met

in 1995 voor het eerste optredende klachten varieert per kwartaal van 36 tot 53.

In bijna de helft van de meldingen (49%) betreft het galstenen, die al of niet aanleiding geven tot ontstekingsreacties en of leverfunctiestoornissen. Leverfunctiestoornissen op basis van alcoholmisbruik worden bij 18% van de patiënten gemeld. Recente, maar ook oude infecties van de lever door virussen komen bij 20% van de meldingen voor; ook mononucleosis infectiosa en andere virale leverontstekingen zijn hierbij geteld.

Alle vormen van kanker, waaronder metastasen in de lever, zijn verantwoordelijk voor 9% van de meldingen. In 3% van de meldingen worden zeldzame leverziekten gemeld, maar ook de bijwerkingen van medicijnen (o.a. de anticonceptiepil). Op 1% van de formulieren ontbreekt informatie over de mogelijke oorzaak of is deze onbekend.

De rubriek is in 1996 op de weekstaat gehandhaafd.

#### **Virale hepatitis (onderdeel van lever-, galblaas en pancreasziekte)**

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 toenevende 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 1994 werden 978 gevallen van hepatitis A aangegeven; in 1995 992.

Hepatitis B komt minder frequent voor: in 1994 213 aangiften en in 1995 233.

Onderaangifte van deze aandoeningen is een probleem.

In 1995 wordt de peilstationarts in het kader van de rubriek lever-, galblaas en pancreasziekte gevraagd elke door hem vastgestelde infectieuze 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 32 worden de aantallen gemelde patiënten met hepatitis A, hepatitis B en overige vormen van hepatitis weergegeven per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners.

Tabel 32: Aantal gevallen van hepatitis A, hepatitis B en overige vormen van hepatitis voor Nederland, per 10.000 inwoners in 1994-1995

	nederland	
	1994	1995
hepatitis A	1.4	1.6
hepatitis B	0.6	0.2
overige vormen	1.1	0.4

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.

De incidentie van de virale hepatitisen gevonden in de registratie door de peilstationartsen ligt hoger dan de incidentie berekend op basis van de aangegeven gevallen (per eind 1995).

Voor hepatitis A is de GHI-incidentie 0.64 per 10.000; de CMR-Peilstations registreert 1.6 per 10.000.

Voor hepatitis B is de GHI-incidentie 0.15 per 10.000; de CMR-Peilstations registreert 0.2 per 10.000.

Uitspraken als hierboven moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het absolute aantal meldingen is in 1995 evenals in 1994 gering. Voor hepatitis A 23 meldingen, voor hepatitis B 2 en de overige vormen 5 meldingen.

Ook in 1996 is de registratie van virale hepatitis opgenomen in de 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 11-12), 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 'suicide(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.<sup>19</sup>

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, 1986-1995 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
1995	7.627	7.797	15.424

\* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

## Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza	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
	1995			315			480.000
cervix- uitstrijkje - met klachten en/of symptomen	1986		65			48.000	
	1987		59			43.500	
	1988		76			56.500	
	1989		72			54.000	
	1990		55			41.500	
	1991		72			55.000	
	1992		72			55.500	
	1993		70			55.500	
	1994		60			46.500	
	1995		59			46.000	
- preventief	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	
	1995		467			364.000	

\* zie pagina 103

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

rubriek	frequentie* incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-herhalings- onderzoek (binnen 3 jaar)	1986		170			125.000	
	1987		211			156.000	
	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	
	1995		267			208.000	
cervix- uitstrijkje totaal	1986		633			465.000	
	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	
	1995		793			618.000	
sterilisatie	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
	1995	38	24		29.000	19.000	48.000
cumulatief					820.000 <sup>1</sup>	622.000 <sup>2</sup>	

\* zie pagina 103

1) vanaf 1972

2) vanaf 1974

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

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000 <sup>a</sup> )				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
suicide (- 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
	1995			7			10.750
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	
1995		104			81.000		
herhalings mammogra- fieën	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	
1995		39			30.500		
mammogra- fieën 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	
1995		143			111.500		

\* zie pagina 103

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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000 <sup>*</sup> )				Nederland <sup>**</sup> (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal <sup>***</sup>
P.I.D.	1993		7			5.500	
	1994		9			7.000	
	1995		8			6.250	
urethritis	1992	31			23.000		
bij man	1993	23			17.500		
	1994	25			19.000		
	1995	26			20.000		
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
1995			21			32.000	
lever-, galblaas en pancreasziekte (incident en prevalent)	1995	22	24	23	17.000	19.000	36.000
hepatitis A	1994			1,4			2.200
	1995			1,6			2.500
hepatitis B	1994			0,6			1.000
	1995			0,2			300
overige hepatitis	1994			1,1			1.700
	1995			0,4			600

\* 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 1995 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'.<sup>20</sup>

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

In 1995 is het aantal verzoeken 35. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 83% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 32; twee patiënten verblijven in een ziekenhuis of verpleeghuis. Van een patiënt is de 'verblijfplaats' niet vermeld.

Bij 29 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 34 patiënten 10 patiënten vragen eveneens om hulp bij zelfdoding. Een patiënt vraagt enkel hulp bij zelfdoding. Bij 22 van de 35 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.

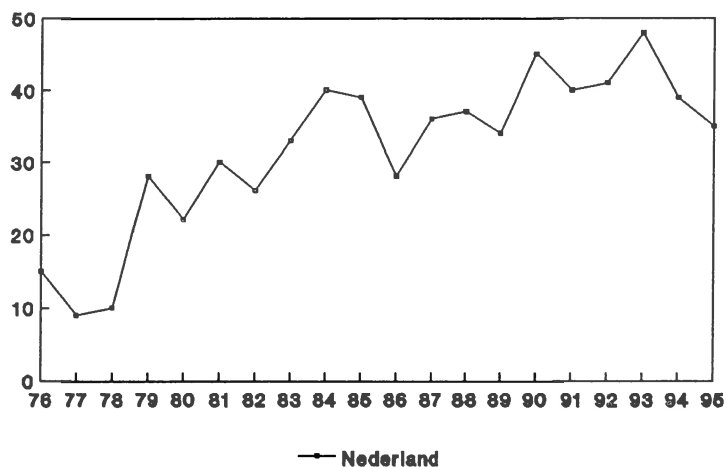
#### Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1995.

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 33 te vinden (vergelijk figuur 22).

Tabel 33: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1976-1995

absoluut			provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder- land
	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
1995	18	17	5	8	12	10	2	16	17	35

Figuur 22: Absolute aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding, voor Nederland, 1976-1995



Gerekend over de gehele periode 1976-1994 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 34 en tabel 35.

Tabel 34: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1995\*

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	16	10
gemiddeld aantal verzoeken	13,5	11,5	18,5	10,5
Spreiding	0 - 29	3 - 34	0 - 40	2 - 23

\* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.



Tabel 35: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-1995\*

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	20	13
gemiddeld aantal verzoeken	11	12	19
Spreiding	3 - 24	0 - 29	2 - 40

\* 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 36 te vinden.

Tabel 36: Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1976-1995

	≤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
1995	14	5	12	2	2	35

#### 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.<sup>21</sup>

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 635 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 348 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 37.

Tabel 37: Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1995

	n	%
maligne neoplasma	461	73
hart- en vaatziekten	42	7
chronische obstructieve longziekten	29	4.5
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	34	5.5
overige ziekten	68	11
<b>totaal</b>	<b>635</b>	<b>101</b>

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 38.

Tabel 38: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-1995

	≤ 54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥ 85 %
maligne aandoeningen	75	90	89	60	19
hart- en vaatziekten	0	1	3	13	24
chron. obst. longziekten	1	4	2	9	10
symptomen en onvolledig overige ziekten	4	2	1	5	32
	20	4	5	13	15

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 nierinsufficiëntie en ver gevorderde stadia van reumatoïde 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 39 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 39: Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1995 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	635	36	64
alle maligniteiten	462	41	59
hart- en vaatziekten	42	2	98
chr. obstr. long- ziekten	29	17	83
symptomen en onvol- ledig omschreven ziekten	34	17	83
overige ziekten	68	41	59

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 40).

Tabel 40: 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), 1976-1995

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle maligniteiten	462	41	59
maag	48	38	62
colon/rectum	65	34	66
trachea/long	113	37	63
borst	43	56	44
overige	164	44	56

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 83% in 1995.

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 betreft op de totale bevolking, terwijl dit eigenlijk zou dienen te gebeuren op het aantal personen dat in omstandigheden verkeert waarin aan de mogelijkheid tot het stellen van de vraag wordt gedacht. Deze laatste gegevens (morbiditeit) zijn echter niet voorhanden.

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1995.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
86	V	decompensatio cordis	geen zin meer
85	M	depressie en COPD	depressie
82	M	bronchuscarcinoom	toenemende afhankelijkheid
80	M	longcarcinoom	
74	M	longcarcinoom	ontakeling
74	V	coloncarcinoom	
74	V	carcinoom	progressieve dyspnoe
72	V	galblaascarcinoom, levermetastasen	angst om te lijden
71	M	gemetastaseerd longcarcinoom	onhoudbare pijnen
71	V	maagcarcinoom	ondraaglijk lijden, braken
69	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	levermetastasen
69	M	coloncarcinoom	angst voor pijn, lijden
67	M	longcarcinoom	aftakeling
67	V	gemetastaseerd longcarcinoom	
67	V	gemetastaseerd longcarcinoom	aftakeling, benauwdheid
65	M	longcarcinoom	onwaardig, aftakeling
63	V	mammacarcinoom	angst voor lijdensweg
61	M	pancreascarcinoom	ileus, faecaal, braken
59	M	liposaroom buik	dreigende ileus/pijn
59	M	longcarcinoom met metastasen	aftakeling t.g.v. hersenmeta's
58	M	longcarcinoom	aftakeling, slikstoornissen
51	M	longcarcinoom	benauwdheid
50	V	longcarcinoom	preterminaal
49	V	mesothelioom	terminaal stadium
46	M	AIDS	eind fase AIDS
46	V	maagcarcinoom	braken, ontluistering, terminale toestand
44	V	uitzichtloze depressieve toestand	
42	M	hersentumor	afhankelijkheid, ontluistering
42	V	cervixcarcinoom	uitzichtloos lijden
38	M	AIDS	
38	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	uitbehandeld
34	M	astrocytoom	recidief
31	M	longcarcinoom	pijn
18	M	cystic fibrosis	onbehandelbare decomp. cordis

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1995 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
4	V	acute blasten leucemie	onbehandelbare terminale fase

Het onderzoek wordt in het jaar 1996 gecontinueerd.

## 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 1995 is de peilstationartsen gevraagd de vermoede acute intoxicaties in de arbeidssituatie waarvoor zij in 1995 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.

In 1995 is een melding gedaan.

Een patiënt ademde chloorgas in dat vrij kwam bij overladen.



Wegens benauwdheid werd de patiënt door een longarts voor observatie in een ziekenhuis opgenomen. De patiënt had een ziekteverzuim van meer dan drie dagen.

Dit incidentele onderzoek wordt niet herhaald.

## EETSTOORNISSEN

Anorexia nervosa en bulimia nervosa zijn ernstige eetstoornissen waarvan het onduidelijk is of de mate van voorkomen toeneemt. Van 1985-1989 zijn beide eetstoornissen door de peilstationartsen geregistreerd in een incidenteel onderzoek. Door middel van een nieuwe registratie in 1995 en volgende jaren kan mogelijk de vraag beantwoord worden of er sprake is van een toename van deze eetstoornis.

Retrospectief, maar na introductie ervan begin 1995 (zie pag. 4), is eind 1995 de peilstationartsen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld. Betrof het een in 1995 voor het eerst vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener. Naar de samenstelling van het gezin waaruit de patiënt voort kwam is gevraagd en naar een aantal lichamelijke aspecten van de aandoening.

Evenals de eerste registratieperiode van 1985-1989 heeft het onderzoek plaats onder de leiding van Dr. H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog en voorzitter van de stuurgroep Eetstoornissen Nederland.

In tabel 41 is de verdeling weergegeven van het aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld (absoluut en per 10.000 inwoners) naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1885-1989 en 1995.

Tabel 41: Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			neder-land
	A	B	C	D	1	2	3	
absoluut/jaar								
gem: 1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
per 10.0000 vrouwen 1995	4.6	3.2	4.1	4.6	2.4	4.8	3.1	4.1

Eetstoornissen worden in de oostelijke provincies iets minder gemeld dan in de rest van het land.

De meeste meldingen komen uit de middelgrote plaatsen en steden.

In tabel 42 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 42: Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995

vrouwen	1985-1989 gem.	1995
10-14	1	1
15-19	8	13
20-24	12	14
25-29	14	10
30-34	6	9
35-39	7	8
40-44	4	2
45-49	1	4
50-54	1	2
55-59	1	-

In 1995 werden 2 mannen gemeld met een eetstoornis, respectievelijk 17 en 32 jaar.

Ook in 1996 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

HOEK, W.HANS, AAD I.M. BARTELD, JACQUOLINE J.F. BOSVELD, YOLANDA VAN DER GRAAF, VERONIQUE E.L. LIMPENS, MARGO MAIWALD, CAROLINE J.K. SPAAIJ.

### **Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders.**

Am J Psychiatry, 1995; 152:1272-1278.

**Objective:** The purpose of this study was to examine the incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among patients in primary care and to evaluate the impact of urbanization, age and sex differences, and changes over time. **Method:** During 1985-1989, 58 general practitioners, trained in diagnosing eating disorders, registered all of their patients who had diagnoses of anorexia nervosa and/or bulimia nervosa according to strict criteria. The study population (N=151,781) was 1% of the population of the Netherlands; the distribution of sexes, ages, geographical locations, and degrees of urbanization in the study group was representative of the Dutch population. Main outcome measures were rates of newly detected cases and age-adjusted rates ratios. **Results:** The crude annual incidence rate of detected cases in primary care per 100,000 person-years was 8.1 for anorexia nervosa and 11.5 for bulimia nervosa. The incidence of bulimia nervosa was lowest in rural areas, intermediate in urbanized areas, and highest in large cities (6.6, 19.9, and 37.9, respectively, per 100,000 females per year); no rural-urban differences for anorexia nervosa were found. Pronounced sex and age differences in incidence rates were observed. Over the 5-years period, there was no time trend in the incidence of anorexia nervosa, but the incidence of bulimia nervosa tended to increase. **Conclusions:** The incidence rates of eating disorders-as defined by detection rates in primary care-are higher than previously reported. Urbanization seems to be a risk factor for bulimia nervosa but not for anorexia nervosa.

## ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 1996 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;
  - m. Fysiek geweld;
  - n. Gastro-enteritis.
2. De incidentele onderzoeken voor 1996 betreffen de onderwerpen euthanasie en eetstoornissen.
3. Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden graag 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 1996 (vanaf 1-1-1990).**

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

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.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1995-1996. Uitgave NIC,NIVEL, RIVM en GHI. Uitgebracht door NIC, 1995-1996.

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

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

BARTELDLS, 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 policy, 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.

BARTELDLS, 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.

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 evident



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 received 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. FROMM,

**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:** Although past history and symptoms differ in adults and children, the similarity of TM findings probably indicates similar pathophysiological mechanisms 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. BARTELD, 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.

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 physiotherpists 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. WIJDEKES, Y. VAN DER GRAAF, F.A.C. WEERDESTYEN-VAN VLIET, A.I.M. BARTELDI, I. VAN GIJN.

**Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage.**

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 haemorrhage was the 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 haemorrhage (6 with a ruptured aneurysm). Previous bouts of sudden headache had occurred in only 2. Other serious neurological 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 haemorrhage 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 haemorrhage in 25% (18-32%). 12% (5-18%) of those with headache as the only symptom.

The notion of warning leaks as a less serious form of subarachnoid haemorrhage is not supported by this study. Early recognition of subarachnoid haemorrhage 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 gelijkmatig 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 treated 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 elderly (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.

VEER, M. VAN DER, L.M. VAN NOORLE JANSEN, J. NAGEL, G. VAN STEENIS, A.D. PLANTINGA, H.C. RUMKE.

**Antistofpatronen in een doorsnee van de Nederlandse Bevolking.**

Onderzoek Peilstations in 1980-1985. RIVM, 1993, rapportnummer 927901007.

An age-stratified investigation of antibody levels against diphtheria, tetanus, poliomyelitis, measles and rubella was carried out in 1980 and 1985. This selection of antigens was made because they are relevant to the Dutch National Immunization Programme. A nation-wide network of sentinel physicians collected 798 and 679 sera respectively in 1980 and 1985 from healthy visitors of their office aged between 10 to 65 years and over. The 46 respectively 36

sentinel practices were distributed all over the country in such a way that the collected samples could be considered representative for the Dutch population.

Generally, persons born after 1950-1955 are well protected against the vaccination target diseases. This most likely is the effect of the introduction of the National Immunization Programme in the fifties, with the exception of measles and rubella. The results of the investigation of the serum samples collected in 1985 confirmed the antibody pattern found in the sera collected in 1980.

With regard to tetanus, in all age groups older than 20 years, men are better protected than women. This difference was less pronounced with regard to diphtheria. In the elderly the prevalence of protective antibodies against diphtheria and tetanus was low. Antibodies to tetanus only develop after vaccination. Most of the elderly are not vaccinated against tetanus because in the National Immunization Programme tetanus vaccine was first used in 1953.

No difference in the sexes was found in the protective level of antibody against poliomyelitis. This may be explained by the fact that vaccination against poliomyelitis in the military service started in 1973. Under those born between 1930 and 1950, most of the persons lacking antibodies to poliomyelitis were found. This was true for the three types of poliovirus.

Vaccination against measles was included in the National Immunization programme in 1976. The participants of the present investigation are generally not vaccinated against measles. Thus, the study results were hardly influenced by these vaccinations. Antibodies against measles were shown in almost all the serum samples tested, and are likely to be acquired by natural infection. In total only 13 (1.6% out of 798 samples were negative in 1980, and 15 (2.2%) out of 679 samples collected in 1985 were negative. It seems that people from the country side are better protected against measles than those in urban communities. Even in these populations, in general, women are less protected against measles than men. There was no explanation for this phenomenon.

Everybody, has antibodies against rubella with poor exceptions in the younger population. Rubella vaccination was incorporated in the National Immunization Programme in 1974. Similar to the situation in measles, its effect can therefore not yet be recognised in the serological responsiveness against rubella.

GOOSEN, E.S.M., A.M.M. HOOGENBOOM-VERDEGAAL, A.I.M. BARTELDIS, M.J.W. SPRENGER, M.W. BORGDORFF.

**Incidence van gastro-enteritis in huisartsenpoststations in Nederland, 1992-1993**

RIVM, 1995, Rapportnummer 149101012.

In the Netherlands gastroenteritis belongs to the ten diseases with the highest incidence rates. A sentinel study on the incidence of gastrointestinal and the occurrence of the investigated pathogens (*Campylobacter*, *Salmonella* and *Shigella*) was carried out in about 40 general practices in 1992 and 1993. The sentinel stations were as representative as possible of the Dutch population. The study was undertaken by the National Institute of Public Health and Environmental Protection (RIVM) and the Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL) in cooperation with the general practitioners who participated in the Dutch Sentinel Practice Network and 24 laboratories. Age and sex of patients who met the case definition

were reported to the NIVEL. These patients were asked by their GP to provide a stool sample and to complete a questionnaire. The number of patients that were either reported to the NIVEL or have been given a questionnaire by their GP was estimated at about 2370. A completed questionnaire was received from 58.9% (1400/2370) of these patients. Eighty percent (1400/1744) of the cases completed the questionnaire they received. Results of microbiological analysis were obtained for 89.1% (1248/1400) of patients who completed the questionnaire. The crude incidence rate of acute gastrointestinal complaints was 55.3 per 10,000 person years, after correction for non response it was 89.9 per 10,000 persons years. The incidence was lower in 1993 than in 1992. Between men and women no differences have been found. The highest incidences have been found in the agegroups under five. The incidence rate for Campylobacter was 6.9 per 10,000 person years (182 samples positive), for Salmonella 2.2 (55 samples positive) and for Shigella 0.4 per 10,000 person years (10 samples positive). After correction for non response these incidence were 11.7 and 3.5 and 0.6 per 10,000 person years. The Salmonella incidence rate higher in 1993 than in 1992 and higher in men than in women. The highest incidence rates for Campylobacter and Salmonella were found in the agegroups under five. The (late) summer months as expected, showed the highest incidence rates. Incidence rates for gastroenteritis as well as for microorganisms were lower than incidences found in other sentinels. To follow trends in incidence rates and microorganisms it is necessary to undertake sentinels repeatedly with the same methodology and population. However results cannot be generalised to the general population and consequently it remains necessary to carry out a population cohort study every 5 to 10 years.

RUWAARD, DIRK, RONALD GIJSEN, AAD I.M. BARTELD, REMY A. HIRASING, HARRY VERKLEIJ DAAN KROMHOUT.

**Is the Incidence of Diabetes Increasing in All Age-groups in the Netherlands?**

Diabetes Care, volume 19, number 3. March 1996.

**OBJECTIVE:** To assess possible changes in the incidence of diabetes in all age-groups in The Netherlands during a 10-year period (1980-1983/1990-1992).

**RESEARCH DESIGN AND METHODS:** Since 1970, a network of sentinel stations (the Dutch Sentinel Practice Network) consisting of 1% of the Dutch population has been in operation to gain insight into the morbidity patterns of the Dutch population as recorded by general practitioners. One of the items recorded from 1990 to 1992 was the incidence of diabetes. The first study with a similar design that registered the incidence of diabetes was conducted from 1980 to 1983.

**RESULTS:** The overall incidence of diabetes increased significantly by 12.1% in the period between the two studies. This overall increase can largely be attributed to a statistically significant increase in the age-group 45-64 years (30.5%). although not statistically significant, the 36% increase of diabetes in the age-group 0-19 years is in accordance with the increase of type I diabetes based on the first and second nationwide retrospective studies covering the total Dutch population.

**CONCLUSION:** There is a marked increase in the incidence of diabetes in the age-group 45-64 years. This selective increase is probably not due to a real rise caused by changes in exposure to risk factors but to an earlier recognition of symptoms and signs of diabetes followed by blood glucose measurements and/or to more intensive case finding in general practice.

## BIJLAGE 1

### Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 1995

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 Gijssel/Mw. J. Kappert/ Mw. J. Sanders/S.A. van Dijk (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 Jong*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
J.H. de Boer/Mw. I. Bruin-van Ingen/ Mw. M. Burger (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.G. Hofstee	Amstelveen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb. praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland



## BIJLAGE 1 (vervolg)

### Deelnemende artsen in 1995

H.R. Neijts*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
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. Legendijk	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. Pasma	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.L.F. Klomp (comb.-praktijk)	Eindhoven	Noord-Brabant
S.H.H.M. van der Meer	Rosmalen	Noord-Brabant
J.A.M. Keulers/Mw. W.H. 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 1995

Proj. no.	verslagjaar	Code peilstat.	Week no.
4 0 0 0	9 5		

Leeftijdsgroep	Cervixuitstrijkje <sup>3)</sup>				Lever-, en galblaas- en pancreas-ziektes <sup>6)</sup>	Chronische benigne pijnstoornis <sup>7)</sup>	Sterilisatie ver-richt <sup>8)</sup>	Oestrogeenen voorschrift		Suicide(poging) <sup>10)</sup>	Mammografie		P.I.D.	Urethritis bij man	C.A.I.D.S. <sup>11)</sup> (concern about AIDS)
	1e maal	herhaling	Louter preventieve overwegingen <sup>4)</sup>	Klachten/symptomen <sup>5)</sup>				1e maal <sup>9)</sup>	Herhaling <sup>9)</sup>		Na 1-1-1994 voor 1 <sup>o</sup> maal	Herhalings-onderzoek			
1	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	<1
2	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	1-4
3	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	5-9
4	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	10-14
5	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	15-19
6	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	20-24
7	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	25-29
8	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	30-34
9	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	35-39
10	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	40-44
11	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	45-49
12	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	50-54
13	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	55-59
14	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	60-64
15	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	65-69
16	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	70-74
17	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	75-79
18	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	80-84
19	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M+V	V	V	M+V	M	M+V	≥ 85

Week nummer: \_\_\_\_\_ Opgemaakt d.d.: \_\_\_\_\_

Aantal dagen gerapporteerd  0  1  2  3  4  5  
(zie voetnoot 1) Zie ommezijde voor voetnoten

## BIJLAGE 3a

### Onderwerpen op de weekstaat 1970-1996 (alfabetisch)

---

#### onderwerpen

---

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-1996
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespesteek	1992-1993
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1996
chronische benigne pijnstoornis	1995-1996
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
exanthea e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996
gastro enteritis	1992-1993 en 1996
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)	1970-1996
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1996
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1996
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991

---

## Onderwerpen op de weekstaat 1970-1996 (alfabetisch) (vervolg)

---

### Onderwerpen

---

morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
oestrogenen voorschrift	1994-1996
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit $\geq$ 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
p.i.d. (pelvic inflammatory disease)	1994-1996
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	1972-1996
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1996
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-1996
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-1996
urinewegsinfectie (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 1977-1996 (alfabetisch)

---

onderwerpen

---

acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-1996
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-1996
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 1995 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	506	483	989
5- 9	483	463	946
10-14	462	442	904
15-19	471	451	922
20-24	581	564	1.145
25-29	667	635	1.302
30-34	672	642	1.314
35-39	620	600	1.220
40-44	583	563	1.146
45-49	597	570	1.167
50-54	452	433	885
55-59	380	377	757
60-64	338	356	694
65-69	286	334	620
70-74	238	318	556
75-79	147	234	381
80-84	91	182	273
≥ 85	53	150	203
<b>totaal</b>	<b>7.627</b>	<b>7.797</b>	<b>15.424</b>

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

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDARDBISEERD  
JAAR: 1995 WEEK: 01 T/M 52

ALLE PEILSTATIONS

LEEF TIJDS- GROEP	POPULATIE		"INFLU- GERVIJUITSTRIJKJE ENZA"				LEVER-, GALBLAAS EN PANCREASZIENTE				STERILISATIE				
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	M	V	T	T	M	V	T
<1 JR	524	489	1013	592	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3622	3427	7049	517	0	0	0	3	6	4	0	0	0	0	0
5-9 JR	4283	4057	8360	387	0	0	0	16	5	11	0	0	0	0	0
10-14 JR	4248	4092	8340	282	0	0	2	0	2	10	6	0	0	0	0
15-19 JR	4246	4243	8489	303	21	14	7	0	19	9	14	0	0	0	0
20-24 JR	5783	5851	11634	286	84	103	17	14	7	3	5	0	2	1	13
25-29 JR	6236	6159	12395	328	102	335	33	93	8	11	10	11	15	13	76
30-34 JR	6226	5938	12164	333	94	613	74	197	18	8	13	74	78	76	162
35-39 JR	5613	5500	11113	337	100	1364	144	520	14	22	18	209	115	162	63
40-44 JR	5250	5240	10490	290	99	1448	164	719	13	25	19	101	65	63	49
45-49 JR	5184	5119	10303	284	96	1176	131	657	43	22	32	66	31	11	12
50-54 JR	3861	3753	7614	319	88	1109	123	685	47	69	58	13	11	0	0
55-59 JR	3423	3295	6718	351	79	331	55	167	20	24	22	0	0	0	0
60-64 JR	3029	3314	6343	325	48	142	30	45	36	63	50	3	0	2	0
65-69 JR	2676	3043	5719	254	23	30	20	17	41	46	44	0	0	0	0
70-74 JR	2189	2735	4924	248	18	26	7	82	44	61	0	0	0	0	0
75-79 JR	1390	2086	3476	259	5	5	0	0	65	82	75	0	0	0	0
80-84 JR	860	1579	2439	193	0	6	0	0	58	57	58	0	0	0	0
>85 JR	571	1327	1898	116	0	0	0	0	35	30	32	0	0	0	0
TOTAAL	49214	71257	140471	315	59	467	55	212	22	24	23	38	24	31	31

ALLE PEILSTATIONS  
 LEEFTIJD- GROEP  
 POPULATIE  
 OESTROGENEN VOORSCHRIFT  
 CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS  
 CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS  
 SUICIDE (POGING) 1E MAAL  
 SUICIDE (POGING) 2E MAAL  
 MAMMOGRAFIE  
 P.I.D. URETHRI-TIS  
 P.I.D. URETHRI-TIS  
 JAAR: 1996  
 WEEK: 01 T/M 52  
 CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
 CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDEERD  
 BLAD 2  
 24-06-96

LEEFTIJD- GROEP	POPULATIE	OESTROGENEN VOORSCHRIFT		CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS		SUICIDE (POGING)		MAMMOGRAFIE		P.I.D. URETHRI-TIS		P.I.D. URETHRI-TIS	
		V	T	V	T	V	T	V	T	V	T	V	T
<1 JR	524	489	1013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3622	3427	7049	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
5-9 JR	4283	4067	8350	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
10-14 JR	4248	4092	8340	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
15-19 JR	4246	4243	8489	9	2	0	0	9	17	0	5	12	26
20-24 JR	5783	5881	11634	3	7	4	0	11	60	3	10	21	57
25-29 JR	6236	6159	12395	7	5	0	3	7	70	11	15	40	61
30-34 JR	6226	5938	12164	3	27	6	7	12	142	22	12	45	32
35-39 JR	5613	5500	11113	7	31	7	7	9	207	69	18	36	30
40-44 JR	5250	5240	10490	53	94	13	11	12	8	225	105	19	23
45-49 JR	5184	5119	10303	170	489	8	14	11	12	221	115	10	43
50-54 JR	3861	3763	7614	277	930	3	27	15	9	208	104	13	29
55-59 JR	3423	3295	6718	106	459	9	18	13	7	179	76	6	38
60-64 JR	3029	3314	6343	63	148	0	18	10	0	94	57	0	46
65-69 JR	2676	3043	5719	56	151	0	7	4	4	89	26	7	4
70-74 JR	2189	2735	4924	40	51	27	11	18	8	84	33	0	32
75-79 JR	1390	2086	3476	24	38	0	10	6	0	48	5	0	29
80-84 JR	860	1579	2439	6	38	0	6	4	0	25	0	0	35
>85 JR	571	1327	1896	30	90	0	0	0	21	0	0	0	18
TOTAAL	65214	71257	140471	46	137	5	7	6	7	104	39	5	26



CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIENS  
 PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
 JAAR: 1996  
 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 1  
 24-06-96

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	"INFLU- ENZA"				"INFLU- ENZA"				"INFLU- ENZA"				STERILISATIE			
		M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	11068	11672	22742	209	77	408	47	159	9	7	8	31	16	23			
OV+GLD+FLE	15608	15382	30988	365	87	456	96	182	19	25	22	41	28	36			
UTR+NH+ZH	26689	27968	54648	311	47	487	37	261	22	28	25	38	24	31			
ZLD+NB+LIM	15942	16232	32176	363	42	506	57	203	36	30	33	40	27	33			
TOTAAL	69207	71244	140464	318	59	470	56	213	22	24	23	38	24	31			

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIENS  
 PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
 JAAR: 1996  
 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 2  
 24-06-96

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	OESTROGENEN VOORSCHRIFT				CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS				SUICIDE MAMMOGRAFIE (POGING)				P.I.D. URETHRI- CAIDS			
		M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	11068	11672	22742	19	76	6	6	6	6	5	74	17	3	14	20		
OV+GLD+FLE	15608	15382	30988	56	167	1	6	3	5	133	90	10	40	15			
UTR+NH+ZH	26689	27968	54648	44	150	5	9	7	7	104	30	10	32	23			
ZLD+NB+LIM	15942	16232	32176	59	129	6	8	7	10	104	23	8	11	24			
TOTAAL	69207	71244	140464	46	137	5	7	6	7	105	39	8	26	21			

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE FEILSTATIONS  
 URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
 JAAR: 1995  
 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 1  
 24-06-96

STEDELIJK- HEIDSGRAAD	POPULATIE			"INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE ENZA"			LEVER-, GALBLAAS EN PANCREASZIENTE			STERILISATIE				
	M	V	T	M+V	V	T	M	V	T	M	V	T		
5	9768	9651	19309	377	59	298	38	267	19	35	26	39	34	36
4-3-2	45199	46458	91659	276	58	499	69	215	23	20	21	35	19	27
1	14250	15235	29486	413	64	493	28	175	23	32	28	46	38	40
TOTAAL	69207	71244	140454	318	59	470	56	213	22	24	23	38	24	31

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE FEILSTATIONS  
 URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
 JAAR: 1995  
 WEEK: 01 T/M 52

BLAD 2  
 24-06-96

STEDELIJK- HEIDSGRAAD	POPULATIE			OESTROGENEN VOORSCHRIFT			CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS			SUICIDE MAMMOGRAFIE (FUGING)			P.I.D. URETHRI- TIS			CAIDS		
	M	V	T	V	M	T	M+V	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
5	9768	9651	19309	74	290	0	8	4	3	124	63	11	43	9				
4-3-2	45199	46458	91659	39	117	5	7	6	7	96	36	7	18	18				
1	14250	15235	29486	49	100	6	8	7	10	124	36	10	42	37				
TOTAAL	69207	71244	140454	46	137	5	7	6	7	105	39	8	26	21				

## 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. Hoek H.W. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and boulimia nervosa in primary care. *Psychol. Med.* 1991; 21: 455-460.  
  
Hoek Hans W., Bartelds, Aad I.M., Bosveld, Jacqueline J.F. e.a.: Impact of Urbanisation on Detection Rates of Eating Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 152: 9, 1272-1278.
3. Dulk C.J. den, Stadt H. van de, Vliegen J.M. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. *Mnd, stat. bevolk.* (CBS) 92/7.
4. Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 1996. NIVEL, Utrecht.
5. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
6. 1-1-1995, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.
7. Praktijktelling 1993.
8. In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.
9. 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).
10. Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequentie per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).
11. 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.
12. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting, thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek.

13. Moors J.P.C., Met overgangsklachten bij de huisarts. Voordracht Vereniging Studie Climacterium, 1992.
14. Gezondheidsraad (1986). Advies inzake pijnbehandeling. Den Haag
15. Bleker O.P., W.I. van der Meijden. Chlamydia trachomatis-infecties: complicaties bij de vrouw. SOA-bulletin 13, (1992) 6, blz. 8-9.
16. Amsterdams Peilstation Project. Jaarverslag, 1990. GG en GD, Amsterdam, blz. 10-12.
17. Moons, M.A.W., L. Peters. Vragen over AIDS bij de huisarts. Ongerustheid en angst van niet-seropositive patiënten in de periode 1988-1993. Nivel, Utrecht, mei 1994,
18. Nationale Commissie bestrijding, AIDS-Infolijn, jaarverslag 1989- 1990, Amsterdam 1991.
19. 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.
20. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
21. 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.

Ander NIVEL-rapport:

**The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy.**

**A.I.M. Bartelds, J. FRACHEBOUD, J. VAN DER ZEE.**

**Utrecht, NIVEL: 1989, 367 pag. fl. 66.50**

The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy, 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.





