

continue  
morbiditeits  
registratie  
peilstations  
nederland

 **NIVEL**  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg  
drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

**1996**

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 : 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 90-6905-346-2  
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 : Oktober 1997

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

## INHOUD

pag.

VOORWOORD	
INLEIDING	1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE	4
BIJeenKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS	5
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND	7
DE PRAKTIJKPOPULATIE	11
OMVANG EN CONTINUITEIT 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	30
- Mammografie	50
- Sterilisatie bij de man	61
- Sterilisatie bij de vrouw	66
- Oestrogenen voorschrift	73
- Chronische benigne pijnstoornissen	76
- Suïcide(poging)	79
- P.I.D.	83
- Urethritis bij man	86
- Angst voor AIDS	90
- Lever-, pancreas- en galblaas aandoeningen	100
- Fysiek geweld	106
- Gastro-enteritis	109
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING	116
INCIDENTELE ONDERZOEKEN	123
- Verzoeken om euthanasie	123
- Eetstoornissen	133
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1997	136
RAPPORTEN VANUIT DE PEILSTATIONS	137
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS	138
- Deelnemende artsen 1996	147
- weekstaat 1996	149
- Alfabetische lijst van onderwerpen	
- op de weekstaat	150
- van incidentele onderzoeken	152

- Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1996	153
JAARTABELLEN	154
NOTEN	160



## VOORWOORD

Sinds 1994 daalt het aantal door huisartsen buiten het bevolkingsonderzoek om aangevraagde mammografieën bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 50-70 jaar. De leeftijdsgroep van 50-70 jaar vormt de doelgroep van het bevolkingsonderzoek op borstkanker.

Het lijkt waarschijnlijk dat het bevolkingsonderzoek de behoefte aan extra onderzoek in deze groep vrouwen doet afnemen.

Bij de vrouwen in de leeftijdsgroep van 40-49 jaar bestaat bij het ontbreken van een bevolkingsonderzoek wel een duidelijke behoefte aan door de huisarts aangevraagd onderzoek. In de laatste 2 jaar is bij bijna 9% van deze vrouwen een 'eerste' mammografie aangevraagd; bij nog eens ruim 4% werd een herhalingsmammografie verricht.

Meerjarige registratie geeft de mogelijkheid tot het vaststellen van trends. Zo was de vraag of de in 1995 vastgestelde afname van de ongerustheid over AIDS blijvend zou zijn. In 1996 blijkt dat het geval; het aantal consulten bij de huisarts waarin AIDS duidelijk ter sprake komt is gelijk aan dat aantal in 1995.

De registratie van nieuwe diabetes mellitus patiënten door de Peilstationartsen met een tussentijd van 10 jaar (1980-1983 en 1990-1992) laat een duidelijke toename zien van het aantal nieuwe patiënten met deze aandoening. Dit kan het gevolg zijn van een werkelijke toename. Echter ook een eerdere herkenning van de eerste symptomen van de aandoening en/of een actievere case finding door de huisarts kan het aantal nieuwe gevallen doen toenemen.

Het onderzoek door de CMR-Peilstations geeft de indruk dat er sprake is van een eerdere herkenning van de ziekte en een actievere opsporing.

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 149).

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 vastgesteld. 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 150-151) 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.

Van de 43 peilstations zijn in de loop van 1996 41 persoonlijk bezocht door of de leden van de Begeleidingscommissie van der Zee en van der Velden of door de projectleider.

Feedback op de gang van zaken is gevraagd en in ruime mate ontvangen. Voor toekomstige ontwikkelingen en de mogelijkheden van automatisering zijn gedachten gewisseld. Meerdere suggesties voor onderwerpen op de weekstaat zijn gedaan.

De bezoeken hebben opnieuw het belang onderstreept van het persoonlijk contact met de medewerkers in de peilstations.

In juni 1991 eindigde het Eurosentinel project. 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. Het voorstel is afgewezen.

In 1996 is de naam van deze samenwerking gewijzigd in EISS (European Influenza Surveillance Scheme). België, Frankrijk, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Portugal en Nederland zijn met de nationale influenza centra en de netwerken van huisartsenpeilstations in EISS verenigd. Tsjechië en Zwitserland zijn uitgenodigd toe te treden tot EISS.

Tussen EISS en het global FLU NET van de Wereldgezondheidsorganisatie is een begin van een samenwerking ontstaan.

Van 1 juni 1994 tot 1 juni 1996 heeft namens het NIVEL (CMR Peilstations) drs. J. Hutten deelgenomen aan de projectgroep van het European Denominator Project. Doel van dit Biomed project is de bestudering van oplossingen voor de verschillen in denominator in een aantal landen van de EU.

## 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 1996 als volgt samengesteld:

<b>Begeleidingscommissie:</b>	F.K.A. Fokkema, huisarts <sup>5</sup>
	Dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh <sup>4</sup>
	H.O. Sigling, huisarts <sup>7</sup>
	J. van der Velden, arts-epidemioloog <sup>3</sup>
	Dr. H. Verkley, socioloog <sup>7</sup>
	A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog <sup>1</sup>
	J.K. van Wijngaarden, arts <sup>4</sup>
	Prof. dr J. van der Zee <sup>2</sup> , voorzitter
<b>Projectleider:</b>	A.I.M. Bartelds, huisarts
<b>Secretaresses:</b>	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 1996 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende drie vacatures.



## BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1996

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.

Elk jaar staan er meerdere infectieziekten voor registratie op de weekstaat van de continue morbiditeits registratie peilstations.

Dr. M. Sprenger, hoofd van het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en het Milieu (RIVM) bespreekt in zijn inleiding de surveillance van infectieziekten. Hij benadrukt dat naast het recent ontwikkelde Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem (ISIS) een peilstationnetwerk van huisartsen noodzakelijk zal blijven.

De noodzakelijke rol van een huisartsenpeilstationnetwerk licht hij toe met de registratie van gastro-enteritis door de huisartsen van de CMR-Peilstations in 1996 en 1997. De huisartsen zullen bij deze registratie de gemelde patiënten vragen ontlasting op te sturen voor onderzoek naar mogelijke verwekkers. Ook aan controles zullen de huisartsen vragen dit te doen. Zowel de patiënten als de controles zal worden gevraagd een vragenlijst in te vullen over o.a. bezoeken aan het buitenland, voedingsgewoonten en de wijze van voedselbereiding.

In dit onderzoek door een huisartspeilstationnetwerk worden zo gegevens verzameld over de zorgbelasting, over bepaalde verwekkers van gastro-enteritis en hoe vaak ze voorkomen en over eventuele nieuwe verwekkers. Informatie komt beschikbaar over gedragingen die mogelijk kunnen leiden tot het besmet worden en effecten van preventieve maatregelen kunnen worden gemeten.

De resultaten van de registratie van de incidentie van diabetes mellitus in 1980-1983 en 1990-1992 worden vergeleken door D. Ruwaard, Afdeling Volksgezondheids Toekomst Voorspellingen van het RIVM.<sup>1</sup> De conclusie van deze registratie is dat er een aanzienlijke toename is van de incidentie van diabetes mellitus in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar. De vraag is echter of dit een reële toename is door veranderingen in de risicofactoren voor het krijgen van diabetes mellitus of door een eerdere herkenning van de symptomen ervan gevolgd door het bepalen van de bloedsuiker. Mogelijk is er ook

sprake van een meer intensieve case finding van diabetes mellitus door de huisartsen daartoe aangespoord door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

In 1990 is in Nederland het landelijke bevolkingsonderzoek naar borstkanker van start gegaan voor vrouwen in de leeftijdsgroep 50-70 jaar.

Tot in 1996 is het landelijke programma in een opbouwfase: niet overal in Nederland is er dus sprake van een feitelijk gestarte screening.

Mevrouw P. Beemsterboer, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam, is betrokken bij de evaluatie van dit bevolkingsonderzoek. Een belangrijke aanname bij de kosten-effectiviteits analyse is dat het laten maken van een mammogram niet in het kader van het bevolkingsonderzoek in de doelgroep zou afnemen. De registratie door de peilstationarissen van de door hen aangevraagde mammogrammen; -vanaf 1988-, zou het antwoord kunnen geven of de vraag of bovengenoemde aanname juist blijkt te zijn geweest. Op basis van de gegevens t/m 1993 kan mevrouw Beemsterboer nog geen eenduidig antwoord geven. Er lijkt sprake te zijn van een daling in de aanvraag van mammografieën meer dan 2 jaar na de start van het bevolkingsonderzoek bij 50-69 jarigen.

Een toename wordt gevonden van het aantal aanvragen voor mammografie bij de 40-49 jarige vrouwen.

Dr. J. de Jong, Afdeling Virologie van het RIVM geeft nog kort het meest recente overzicht van de surveillance van de influenza achtige aandoeningen. De vroeg in het seizoen gestarte afname van keel- en neuswatten leverde tot het begin van de influenza epidemie in november 1995 vooral inzicht in het voorkomen van rhinovirussen op (zie blz. 26).

Dr J. Kerssens, Nivel, bespreekt aan het einde van de bijeenkomst de registratie van de chronische benigne pijnstoornis. Hij gaat uitvoerig in op de vele vragen over dit moeilijk te registreren item op de weekstaat.



# SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1  
 PEILSTATIONS  
 Continue Morbiditeits Registratie  
 1996



Het aantal peilstations is in 1996 43. Het aantal huisartsen in de peilstationpraktijken is 67.

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>2</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 147-148) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1996 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 13 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten zeven maal tussen twee artsen, vier maal tussen drie artsen, een maal tussen vijf artsen en een maal tussen zes artsen. In januari 1997 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 52,8%; bij de peilstationartsen 56,7%. Er zijn zeven apotheekhoudende peilstationartsen, vier in stedelijkheidsgraad 1 en drie in stedelijkheidsgraad 2, dat is 10,4% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 9,5.<sup>3</sup>

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1987-1996. 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.

Tabel 1: Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1987-1996<sup>4</sup>

provinciegroep	A		B		C		D	
	Groningen, Friesland en Drenthe		Overijssel, Gelderland en Flevoland		Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1996	12	6	14	10	26	17	15	10

Tabel 2: Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1987-1996

stedelijkheidsgraad	1		2		3		Nederland	
	plattelands gemeenten <sup>1)</sup>		verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen 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.
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
1996	10	7	43	27	14	9	67	43

1) Vanaf 1994 is de nieuwe maatstaf voor mate van stedelijkheid zoals door het CBS wordt gehanteerd toegepast bij de indeling van de peilstations.

## 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 1995 met 69.767 toe.

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

		aantal inwoners Nederland <sup>5</sup>	aantal patiënten peilstations <sup>6</sup> (met percentages)
provinciegroep	A	1.627.457	25.053 (1.5%)
	B	3.203.108	34.539 (1.1%)
	C	6.871.877	59.068 (0.9%)
	D	3.791.447	37.117 (1.0%)
stedelijkheidsgraad	1	2.707.766	21.930 (0.8%)
	2	9.873.553	102.289 (1.0%)
	3	2.912.570	31.558 (1.1%)
geslacht	mannen	7.662.289	77.060 (1.0%)
	vrouwen	7.831.600	78.717 (1.0%)
totaal		15.493.889	155.777 (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 omgevings-adressendichtheid.<sup>2</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.

leef- tijd	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	1.5	1.4	0.9	0.9	0.7	0.8	1.0	0.9	0.7	0.6	0.9	0.9	1.1	1.1	0.9	0.9
5-9	1.6	1.4	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	0.7	0.6	1.0	1.0	1.3	1.3	1.0	1.0
10-14	1.6	1.7	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	0.8	0.7	1.1	1.1	1.2	1.2	1.0	1.0
15-19	1.5	1.6	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	1.0	0.8	0.8	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.0
20-24	1.4	1.8	1.1	1.2	0.8	0.9	1.0	1.1	0.9	1.0	1.1	1.1	0.9	1.0	1.0	1.1
25-29	1.8	1.8	1.3	1.3	0.8	0.8	1.0	1.1	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1
30-34	1.7	1.8	1.2	1.1	0.8	0.8	1.0	1.0	0.9	0.8	1.1	1.0	1.1	1.2	1.0	1.0
35-39	1.6	1.6	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	0.7	0.7	1.1	1.0	1.2	1.2	1.0	1.0
40-44	1.5	1.6	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	0.7	0.7	1.0	1.0	1.1	1.2	1.0	1.0
45-49	1.5	1.5	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	0.7	0.7	1.0	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0
50-54	1.4	1.4	1.0	1.0	0.8	0.9	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
55-59	1.5	1.4	1.0	1.1	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	1.1	1.0	0.9
60-64	1.3	1.4	1.2	1.1	0.8	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0
65-69	1.2	1.4	1.2	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0
70-74	1.4	1.2	1.2	1.1	0.9	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0
75-79	1.4	1.4	1.1	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
80-84	1.3	1.4	1.5	1.1	0.8	0.8	0.9	0.9	1.2	1.0	1.1	1.0	0.9	0.8	1.0	1.0
≥ 85	1.4	1.4	1.9	1.2	0.9	0.8	1.1	1.0	1.5	1.3	1.2	1.0	1.1	0.9	1.2	1.0
totaal	1.5	1.5	1.1	1.1	0.8	0.9	1.0	1.0	0.8	0.8	1.1	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0

Er valt vast te stellen dat er op dit moment een ondervertegenwoordiging is van provinciegroep C en stedelijkheidsgraad 1. In beide subgroepen zullen nieuwe peilstations worden geworven.



## 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 1996 bedroeg het 11.180 (52 weken x 5 dagen x 43 peilstations). In tabel 4 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4: Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
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%
1996	11.180	9.663	86.4%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1996 iets lager dan dat van de voorgaande jaren. Mogelijk is er een verband met de in 1996 verplicht gestelde nascholing voor huisartsen.

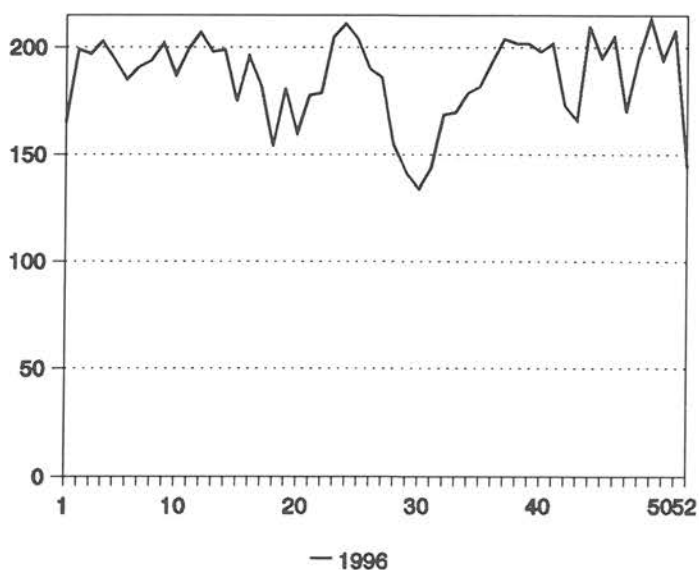
Een uitsplitsing naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De rapportage in gemeenten met 100.00 of meer inwoners is met 84.5% het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 89.6% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

per provinciegroep	per stedelijkheidsgraad
A 89.6%	1 88.7%
B 87 %	2 86.5%
C 85.2%	3 84.5%
D 86 %	

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 29 (maximaal  $43 \times 5 = 215$ ).

Figuur 2: Het aantal dagen dat in 1996 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 1996 per peilstation is 35, gelijk aan dat in 1995.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 45 en 13 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									
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
0	0	1	1	2	1	2	3	4	3	4
1- 9	4	7	6	5	7	7	7	2	3	4
10-19	7	2	6	5	3	4	1	5	3	2
20-29	1	5	5	6	11	5	6	2	6	5
30-39	5	15	15	11	10	13	13	13	11	6
40-49	16	13	9	10	9	9	11	12	12	13
50-59	10	2	2	2	1	1	3	5	3	7
60-69	1	0	1	1	0	1	-	2	-	1
70-79	0	0	0	1	0	-	-	-	1	-
80-89	0	0	0	1	0	-	-	-	1	-
90-99	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
≥ 100	0	0	0	0	1	1	1	-	1	1
totaal aantal peilsta- tions	44	45	45	44	43	43	45	45	44	43
gemiddelde	37	27	29	32	30	29	32	32	35	35
mediaan	43	34	32	33	29	33	34	37	37	40

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 1996 in bijna 21% van de peilstations voor. Dit is een hoger percentage dan in 1995. Ziekte van de peilstationarts is de reden van langere tijd niet rapporteren.

## DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 149)

De rubrieken op de weekstaat voor 1996 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);
13. Fysiek geweld (1996)
14. Gastro-enteritis (1996)

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 150-151); 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 1996. 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 153) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1996 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 154-159).

1. Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 1996, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>7</sup>.
2. Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1996, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>7</sup>.
3. Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1996, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>7</sup>.

## INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

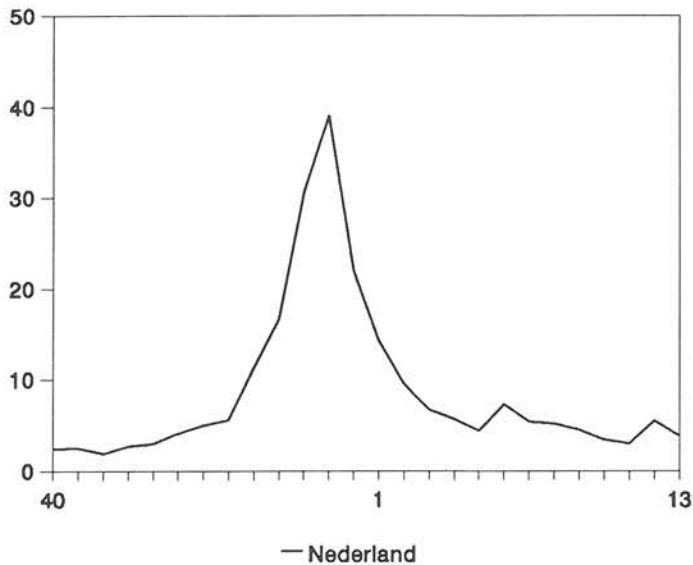
De rubriek influenza<sup>8</sup> is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig ook op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks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

### Influenza 1995-1996 en 1996-1997

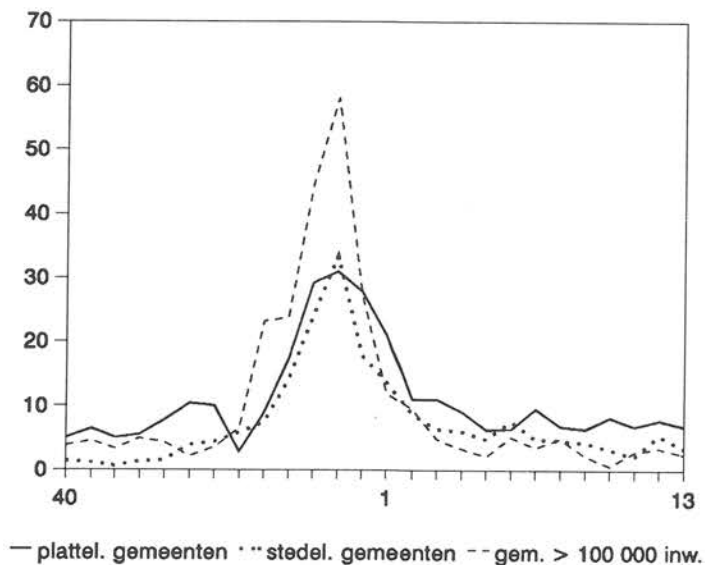
#### Seizoen 1995-1996

In figuur 3.1-3.3 wordt het aantal gevallen van influenza achtige aandoeningen gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad voor het seizoen 1995-1996.<sup>9</sup> In figuur 4.1-4.3 voor het seizoen 1996-1997. In het verslag over 1995 werd het beloop van de influenza achtige aandoeningen in de eerste weken van 1996 al besproken.

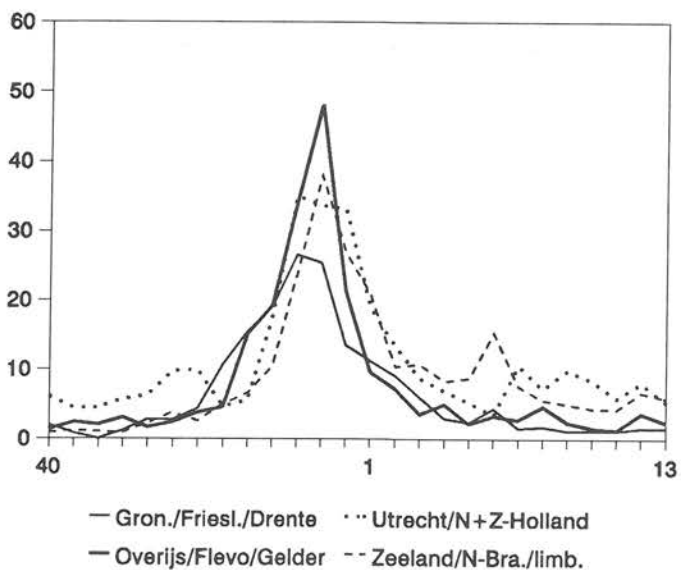
Figuur 3.1: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1995-1996



Figuur 3.2: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1995-1996

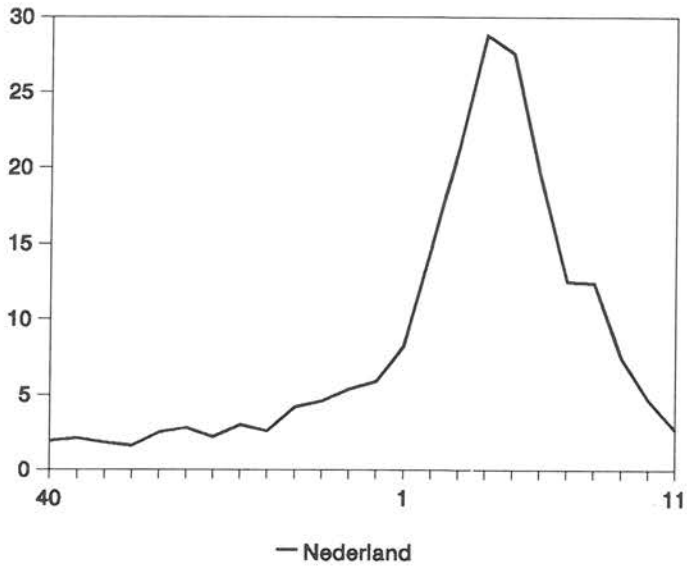


Figuur 3.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1995-1996

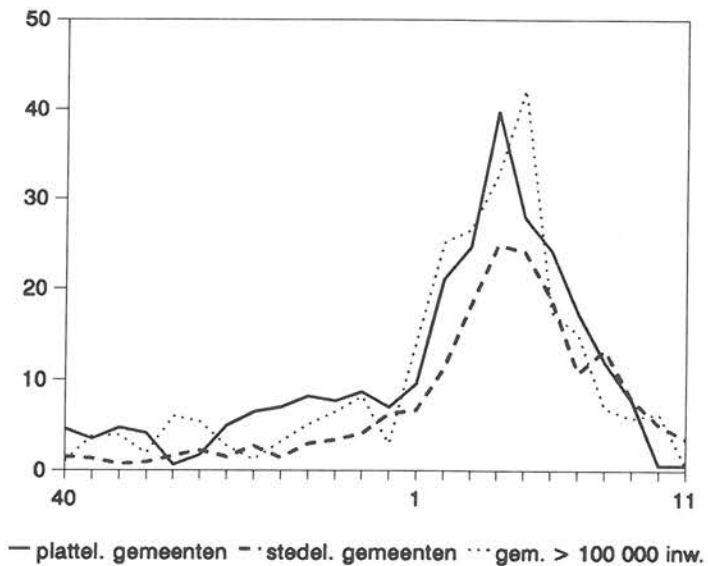


### Seizoen 1996-1997

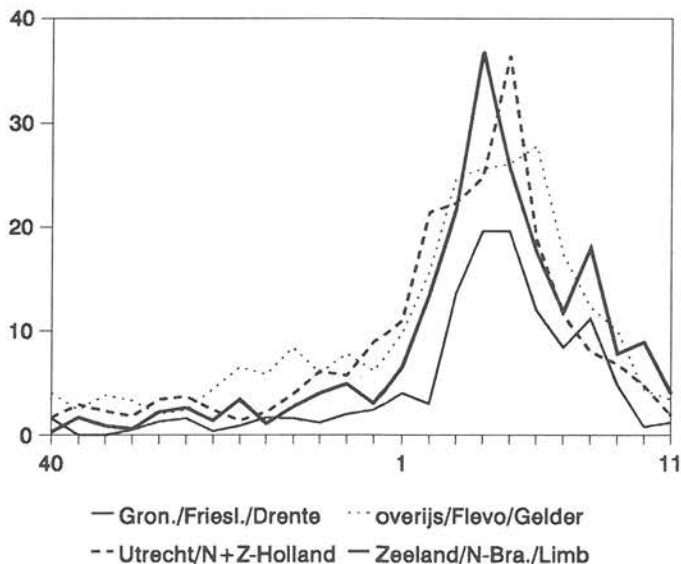
Figuur 4.1: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1996-1997 (t/m week 11)



Figuur 4.2: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1996-1997 (t/m week 11)



Figuur 4.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1996-1997 (t/m week 11)



### 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 van acute respiratoire infecties**

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 (14%) wordt geïsoleerd en Influenza B virussen (19%).

#### **Seizoen 1996-1997**

In het influenza-seizoen 1996-1997 is het eerste influenza-virus geïsoleerd in week 48. Het betreft een influenza A H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> virus waarvan vastgesteld kon worden dat het sterke overeenkomsten vertoont met de variant Wuhan, welke in de vaccins is opgenomen.

Evenals in het voorgaande seizoen zijn in een aantal weken, -tot week 52-, enkel sporadisch influenza virussen geïsoleerd.

Vanaf week 52 van 1996 neemt de klinische activiteit van influenza, zoals die wordt geregistreerd door de Nivel peilstations toe. Het hoogste punt wordt bereikt in week 4 en 5 van 1997: respectievelijk 29 en 28 per 10.000 inwoners.

De hoogste waarde wordt bereikt in week 4 in de zuidelijke provincies: 37 per 10.000 inwoners. Op het platteland bereikt de incidentie de hoogste waarde eveneens in week 4: 40 per 10.000 inwoners. De hoogste incidenties in de steden is 33 per 10.000 inwoners in week 4 van 1997.

Na week 5 van 1997 daalt de klinische activiteit van influenza duidelijk. Tot week 11, de week waarin weer de basiswaarde voor de incidentie voor griepachtige aandoeningen wordt bereikt, is er sprake van duidelijk verhoogde activiteit.

#### **Virologische surveillance NIVEL/RIVM van acute respiratoire infecties**

Vanaf week 48 worden enkele weken sporadische isolaties van influenza A virussen gevonden. Vanaf week 52 tegelijk met de toename van de klinische activiteit worden per week meer influenza virussen geïsoleerd. Het hoogste aantal virussen wordt geïsoleerd in week 4: 18 influenza A H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> virussen en 8 influenza B virussen.

Het is dan duidelijk dat na een verheffing van de influenza A activiteit het influenza B virus zich meldt. Terwijl het maximale aantal isolaties van het influenza A H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> in week 3 wordt verricht (20 isolaties) valt de piek in het aantal isolaties van het influenza B virus in week 7 van 1997 (12 isolaties). Na

week 8 van 1996 worden er geen influenza A H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> virussen meer geïsoleerd. In week 13 is nog een influenza B virus gevonden. Er is dus sprake van een influenza A en influenza B golf.

Tijdens het seizoen 1994-1995 was vastgesteld dat in het netwerk van de peilstations meer influenza B virussen werden gevonden terwijl in het diagnostische circuit, waarin de isolaties veelal afkomstig zijn van patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn het aantal influenza A virussen overheersten. In het seizoen 1996-1997 is dit opnieuw vastgesteld.

Het influenza A H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> virus lijkt een grotere ziekmakend vermogen te hebben dan het influenza B virus.

Tabel 6: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1987-1997

jaar	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
totaal											
kalender											
jaar	365	399	410	225	348	244	484	107	315	155	
hoogste											
weekinci-											
dentie per											
'seizoen'	9	44	54	24	40	27	54	16	39	29	

Overzien we de epidemieën van de afgelopen 10 jaren dan zijn die van de seizoenen 1990-1991 en 1992-1993 de mildste geweest. In het seizoen 1987-1988 kan in het geheel niet van een griep-epidemie gesproken worden. In het seizoen 1988-1989 en het seizoen 1989-1990 is er sprake van een 'griepgolf' aan het einde van het kalenderjaar. In het seizoen 1990-1991 wordt de meeste activiteit in de 2e helft van het eerste kwartaal gezien.

Aan het einde van het jaar 1991 is er rond Kerstmis en Oud en Nieuw opnieuw van griepactiviteit sprake. In het seizoen 1992-1993 is er sprake van verhoogde influenza-activiteit in de maanden februari en maart 1993. In de herfst van 1993 is er op een ongewoon vroeg tijdstip in het jaar opnieuw een epidemie gaande. Daardoor heeft het kalenderjaar 1993 te maken met twee epidemieën. In 1994 heeft er geen griep geheerst; eind februari 1995 is er echter een kleine opleving. Aan het einde van het jaar 1995 is er een tweede griepgolf in 1995.

In het eerste kwartaal van 1996 is er nog een tijdlang sprake van een licht verhoogde activiteit.

Pas in de laatste week van 1996 is er voor het eerst een duidelijke toename van de incidentie van influenza achtige aandoeningen. De piek van deze griepgolf valt in januari 1997.

### **Leeftijds- en geslachtsverdeling**

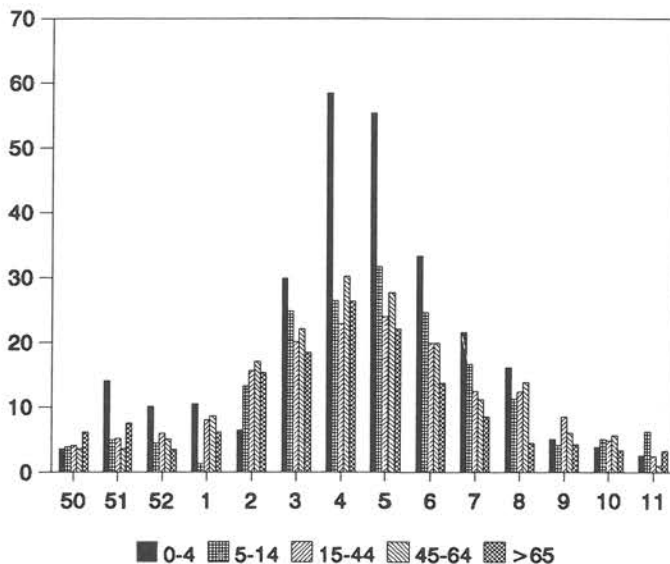
Tijdens de registratieperiode is nooit een verschil in incidentie van influenza tussen man en vrouw gevonden; daarom is hiervoor op de weekstaat geen splitsing meer aangebracht bij deze rubriek.

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.

In de leeftijdsgroep van 0-5 jaar wordt een op zich niet onbekend fenomeen duidelijk zichtbaar. Na de periode rond de kerstdagen en de jaarwisseling stijgt na het weer opengaan van de kinderopvanginstellingen in week 2 de incidentie vervolgens snel tot bijna 60 per 10.000 kinderen van die leeftijdsgroep.

Bij de 65-plussers ligt de incidentie van de influenza-achtige aandoeningen in het seizoen 1996-1997 lager dan bij de andere leeftijdsgroepen. Mogelijk is dit het gevolg van het toegenomen aantal 65-plussers dat vooraf aan het seizoen is gevaccineerd. (58% van de nieuw-geïndiceerde groep 'gezonde' 65-plus heeft zich volgens de Nederlandse Influenza Stichting laten vaccineren. Van de ouderen met een indicatie is 83% gevaccineerd).

Figuur 5: Aantal inwoners met influenza(-achtig) ziektebeeld per leeftijdsgroep, per week, per 10.000 inwoners voor heel Nederland, 1996-1997



Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

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

BESTEBROER, T.M., A.I.M. BARTELD, A.C. ANDEWEG, K. BIJLSMA, E.C.J. CLAAS, T.G. KIMMAN, C. VERWEIJ EN J.C. DE JONG.

**Virologische NIVEL/RIVM-surveillance van respiratoire virusinfecties in het seizoen 1995/96.**  
RIVM, 1996, Rapport nr. 245607003

Het doel van de NIVEL/RIVM-surveillance van respiratoire virusinfecties is de microbiologische oorzaken van acute respiratoire aandoeningen (ARA) op te helderen bij patiënten die hun huisarts raadplegen. De basis vormen de 65 "peilstationarissen" die deelnemen aan de registratie van influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) door het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg). Sinds het seizoen 1992/93 sturen zij in het respiratoire seizoen neus-keelwatten op van door hen behandelde patiënten met acute luchtwegklachten naar het RIVM. Op dit instituut worden deze specimina onderzocht op de aanwezigheid van virussen door middel van viruskweek. Voor het seizoen 1994/95 werden de monsters tevens onderzocht met PCR-detectiemethoden. Deze surveillance verschaft betere informatie over de oorzaken van ARA bij de algemene bevolking dan de uitslagen van de virusdiagnostische laboratoria, die het meeste van hun materiaal verkrijgen van ziekenhuispatiënten.

Tussen week 31 van 1995 en week 23 van 1996 werden 484 monsters onderzocht door middel van virusisolaten. In dit seizoen kon de PCR niet worden uitgevoerd. In 170 (34%) van de monsters werd een respiratoir virus aangetoond (tabel 1). Hierbij was het **influenzavirus** de meest voorkomende verwekker. Het werd aangetoond in 71% van de positieve monsters. Andere belangrijke verwekkers waren het rhinovirus (14%), adenovirus (5%) en parainfluenzavirus (5%). Incidenteel werden het respiratoir syncytieel virus (2%) en het enterovirus (2%) gevonden (tabel 2). In elk van twee positieve monsters werden twee verwekkers aangetoond.

In september werd een verhoging van het percentage positieve monsters gezien, samenvallend met de opening van de scholen eind augustus (figuur 1). Uit de meeste van deze monsters werd een rhinovirus geïsoleerd. In combinatie met buitenlandse gegevens over een verhoogde incidentie van ARA wijst deze waarneming op een toename in september van infectieuze ARA in deze periode. Mogelijk werd deze toename geïnduceerd door een verhoging van de kans voor vooral rhinovirussen zich te verspreiden als gevolg van de vorming van nieuwe groepen jonge mensen die voor een groot deel nog kort tevoren op reis waren.

De influenzaepidemie van 1995/96 begon vroeg (figuur 2) en was van een matige omvang (figuur 3). In Nederland en in vele andere landen overheerste het **influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) virus**. In de NIVEL/RIVM-surveillance van respiratoire virusinfecties behoorde 76% van de stammen tot dit subtype, 14% tot subtype A(H1N1) en 19% tot type B. Uitgaande van de incidentie van influenza-achtige ziektebeelden zoals geregistreerd door het NIVEL schatten wij de incidentie van laboratorium-bewezen influenza op 191 gevallen per 10.000 inwoners, ofwel 1,9%. Dit komt overeen met ongeveer 300.000 laboratorium-bewezen influenzapatiënten in 1995/96 in Nederland. Tussen de 25% en de 90% van de IAZ die wekelijks door het NIVEL worden geregistreerd komt voor rekening van het influenzavirus.

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, No. 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 for 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 has calculated 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 some 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 average 24 days after the first specimen. In only four (3x Chlamydia pneumonia) of these second samples could the agent 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), registered weekly by the general practitioners (sentinel stations), and the monthly overall influenza mortality in people over 60 years of age, provided by the Dutch Bureau of Statistics 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 1996 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1994 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 1996 in alle van de 43 peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit. In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

In 1996 wordt een aantal veranderingen in de uitvoering van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker doorgevoerd: de doelgroep is 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, 1987-1996

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
klachten en/ of symptomen (1e maal)	59	76	72	55	73	72	70	60	59	61
'preventief' (1e maal)	345	369	521	577	537	523	485	474	467	560
herhalings- uitstrijkje	211	246	237	273	239	233	225	268	267	267
Totaal	615	691	830	905	849	828	780	802	793	888

Het totale aantal uitstrijkjes (888 per 10.000 vrouwen) is in 1996 aanzienlijk hoger dan de jaren 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). In de 1990-1995 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. Ook zal de duidelijke stijging in 1996 worden besproken.

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 1994-1996 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 1994-1996 is elk jaar weer een hoger aantal herhalingsuitstrijkjes gemaakt: 267 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. In 1996 is het lager 46 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.

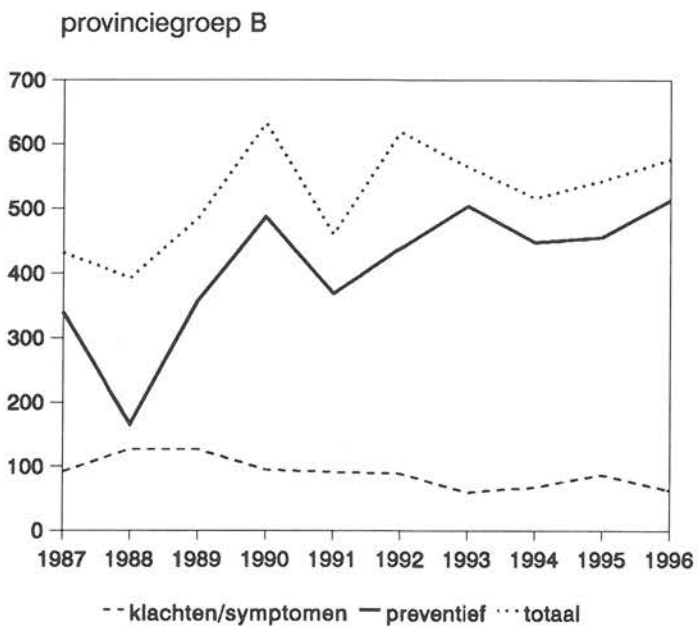
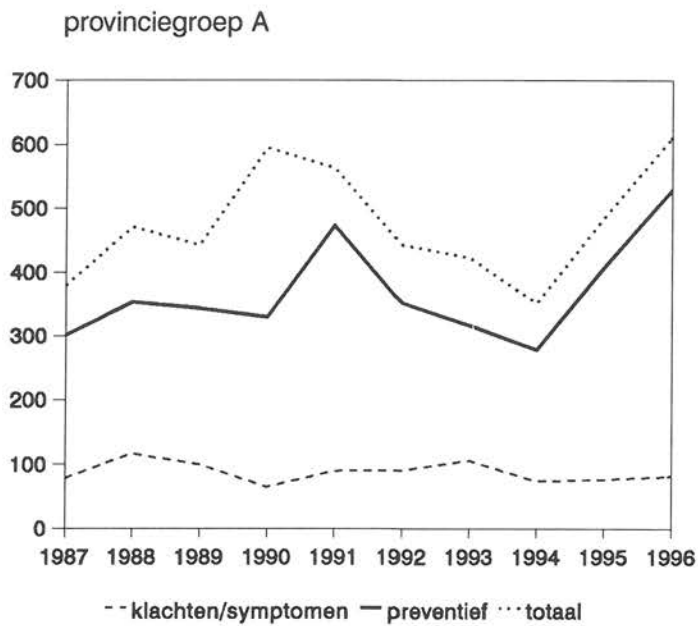
In tabel 8 zijn alleen de aantallen eerste uitstrijkjes per 10.000 vrouwen opgenomen, met een onderverdeling naar indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje en naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad (vergelijk ook figuur 6 en 7). De tabel laat zien dat de landelijke daling na 1990 in het aantal "preventieve" uitstrijken in 1996 is omgezet in een stijging.

De stijging is vastgesteld in alle regio's van het land zowel op het platteland, in de kleinere steden en forenzen gemeenten als in de grote steden.

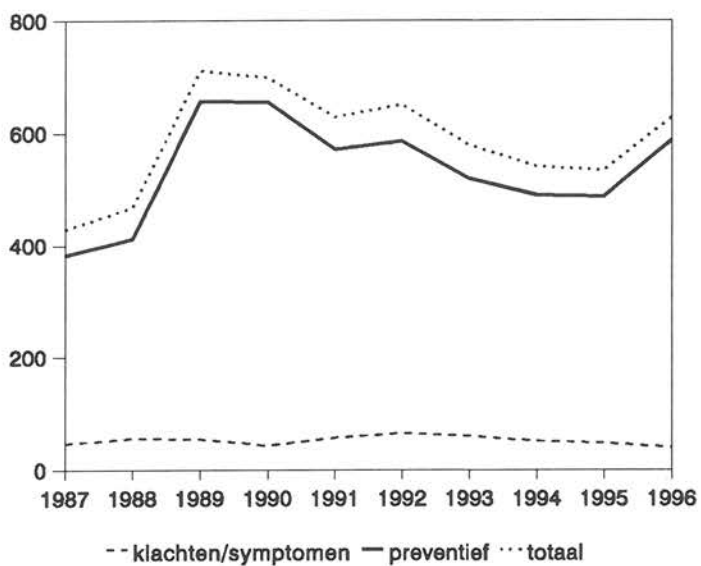
Tabel 8: Aantal door peilstation gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkje per provinciegroep en stedelijkheidsgraad naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Neder-land
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten en/of symptomen	1987	79	92	46	48	79	49	69	59
	1988	117	127	56	51	118	58	96	76
	1989	100	127	54	48	102	57	90	72
	1990	65	95	43	41	66	52	56	55
	1991	90	91	57	79	72	64	102	73
	1992	91	89	65	59	42	68	93	72
	1993	106	60	60	73	45	71	81	70
	1994	74	68	51	57	47	58	71	60
	1995	77	87	47	42	59	58	64	59
	1996	82	63	40	61	53	65	53	61
'preventief'	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
	1996	529	513	588	561	343	538	784	560
totaal	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
	1996	611	576	628	655	396	603	837	621

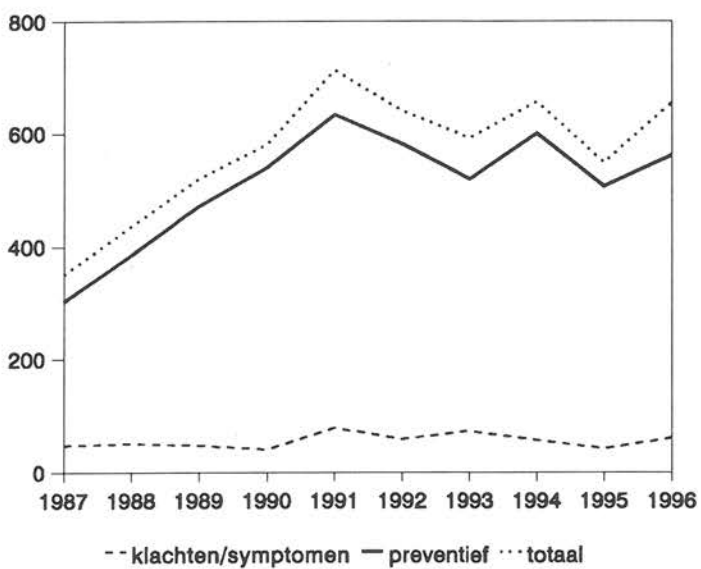
Figuur 6: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1987-1996



provinciegroep C

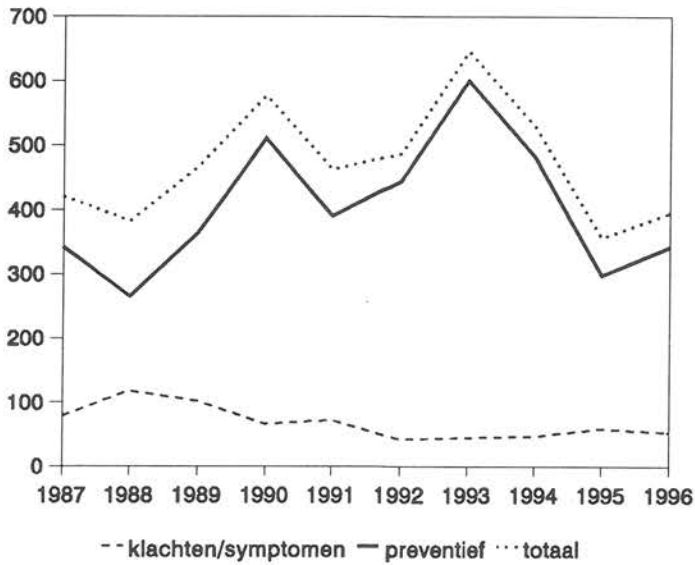


provinciegroep D

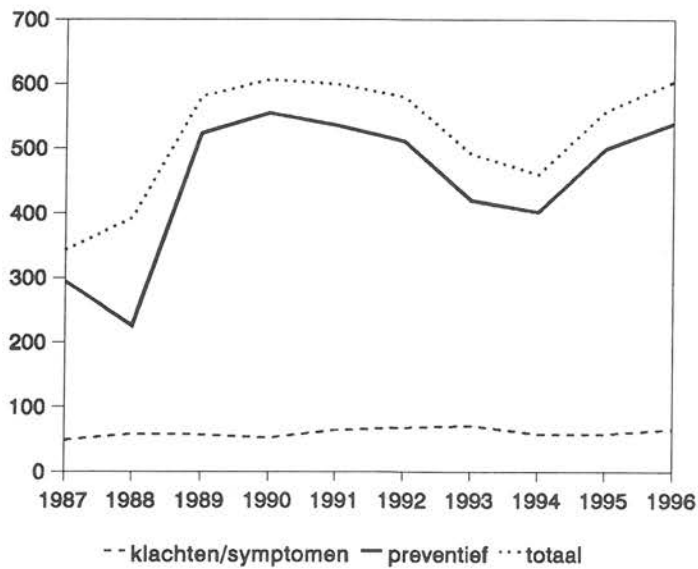


Figuur 7: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per stedelijkheidsgraad en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

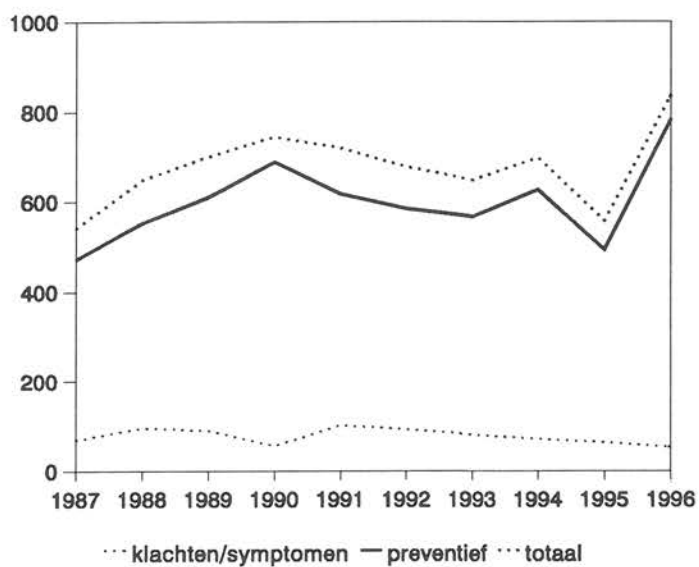
stedelijkheidsgraad 1



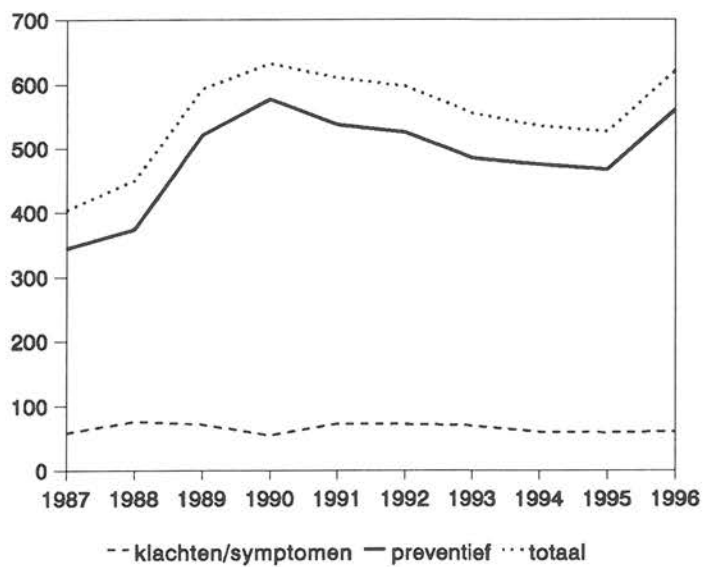
stedelijkheidsgraad 2



### stedelijkheidsgraad 3



### Nederland





## Leeftijdverdeling

Tabellen 9A en 9B geven een overzicht van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 8A en 8B).

Tabel 9A: Aantal door peilstations gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1996	-	19	144	983	1354	1188	839	25

Na de toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkje na 1988 in vooral de leeftijdsgroep van 35-54 jaar is vanaf 1991 in deze doelgroep van het bevolkingsonderzoek een voortdurende daling vast te stellen van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes.

Ook in 1996 daalde dit aantal verder; in dit jaar zou dat echter het gevolg kunnen zijn van de aanpassing van het interval tussen 2 uitstrijkjes waardoor in deze leeftijdsgroep minder vrouwen opgeroepen zijn.

Een opvallende, maar niet geheel onverwachte stijging is vast gesteld in de leeftijdsgroepen van 25-34 jaar en 55-64 jaar. Deze leeftijdsgroepen overlappen de al gemelde uitbreiding van het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom.

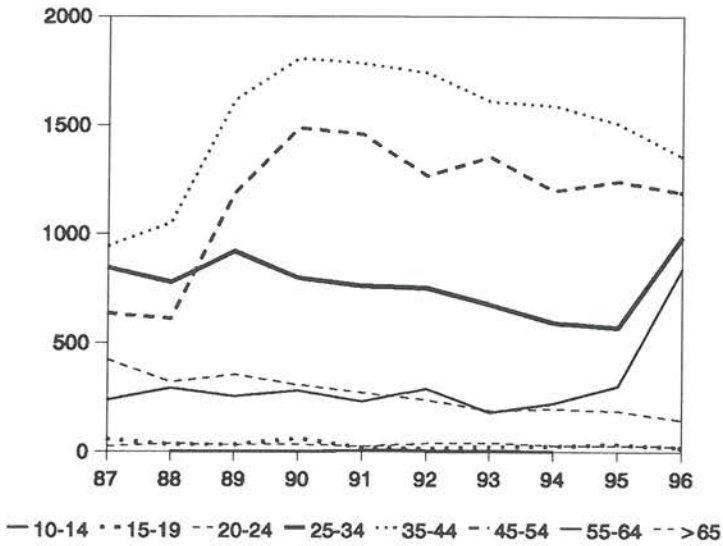
Tabel 9B geeft een overzicht over de laatste drie jaar van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep van 5 jaar per 10.000 vrouwen. De gevolgen van het uitbreiden van de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek zijn dan beter zichtbaar; vooral bij de vrouwen die voor het eerst opgeroepen zijn, de leeftijdsgroep van 30-34 jaar, wordt een aanzienlijk hoger aantal eerste uitstrijkjes gemaakt en ook bij vrouwen van 55-59 jaar en van 60-64 jaar

Tabel 9B: Aantal door peilstations gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen 1994-1996

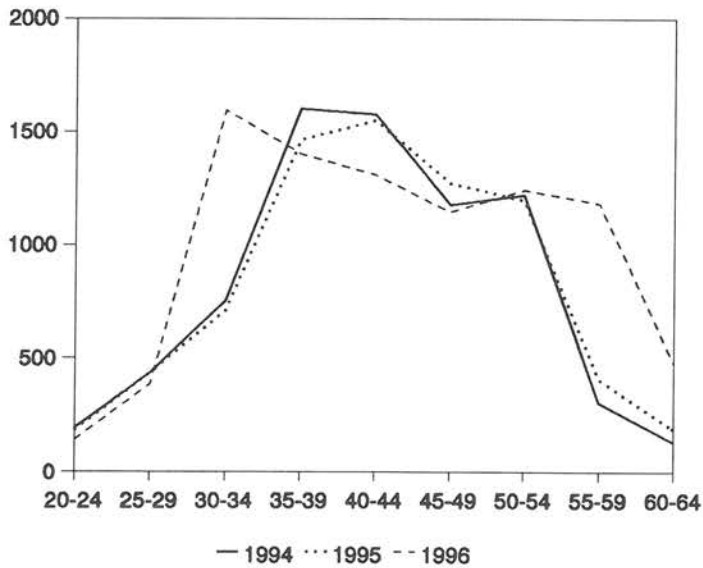
	leeftijdsgroep								
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
1994	196	437	752	1601	1575	1178	1220	308	134
1995	186	437	707	1464	1548	1272	1196	410	190
1996	144	388	1593	1400	1308	1146	1242	1183	477

Hoewel door het veranderde oproepbeleid iets beïnvloed maakt tabel 9A 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 1994-1996 45% en 36% 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. 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 uterusstirpactie. 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 8A: Aantal 'eerste' uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1996



Figuur 8B: Aantal door peilstations gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkje naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1994-1996



Tabel 10 geeft een uitsplitsing naar leeftijd- en indicatie tot het maken van een uitstrijkje, inclusief het herhalingsuitstrijkje (zie ook figuur 9).

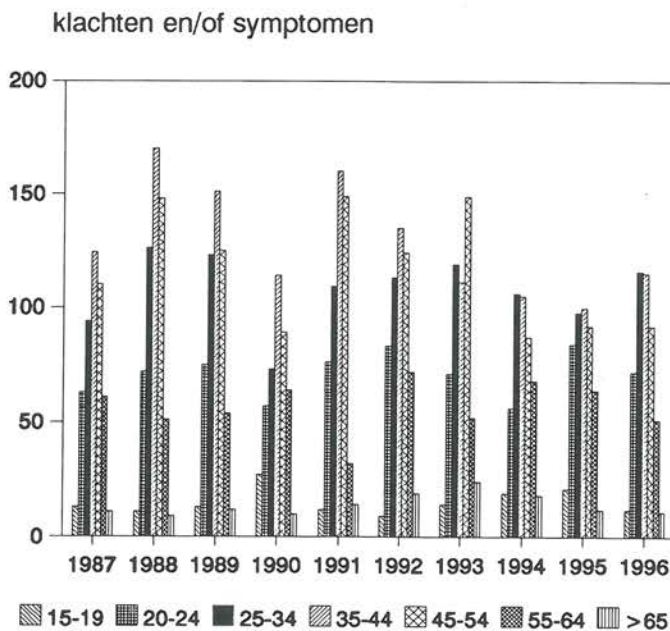
Tabel 10: aantal door peilstationarissen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
klachten en/of symptomen	1987	13	63	94	124	110	51	11
	1988	11	72	126	170	148	51	9
	1989	13	75	123	151	125	54	12
	1990	27	57	73	114	89	64	10
	1991	12	76	109	160	149	32	14
	1992	(9)	83	113	135	124	72	19
	1993	14	71	119	111	149	52	24
	1994	19	56	106	105	87	68	18
	1995	21	84	98	100	92	64	12
	1996	12	72	116	115	92	51	11
preventief	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
	1996	(7)	72	866	1239	1093	796	14
herhalings- uitstrijkje	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
	1996	(1)	21	236	643	771	413	16

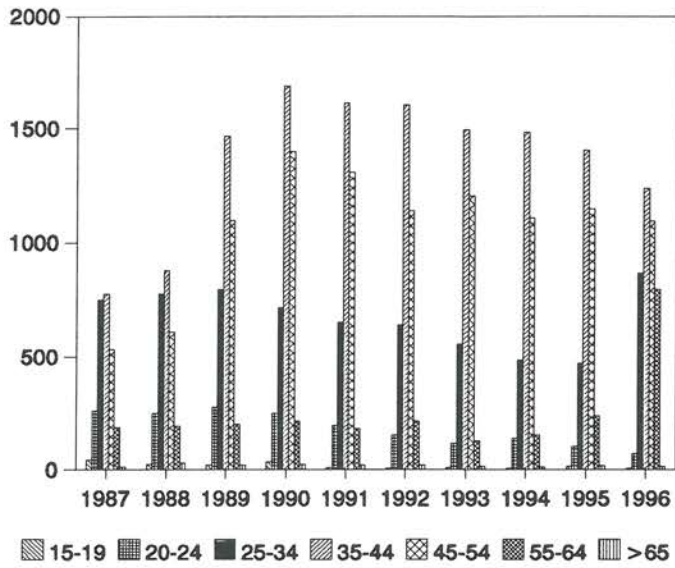
Tabel 10: Aantal door peilstationarsten gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1987-1996 (vervolg)

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
totaal	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
	1996	21	165	1218	1997	1956	1260	41

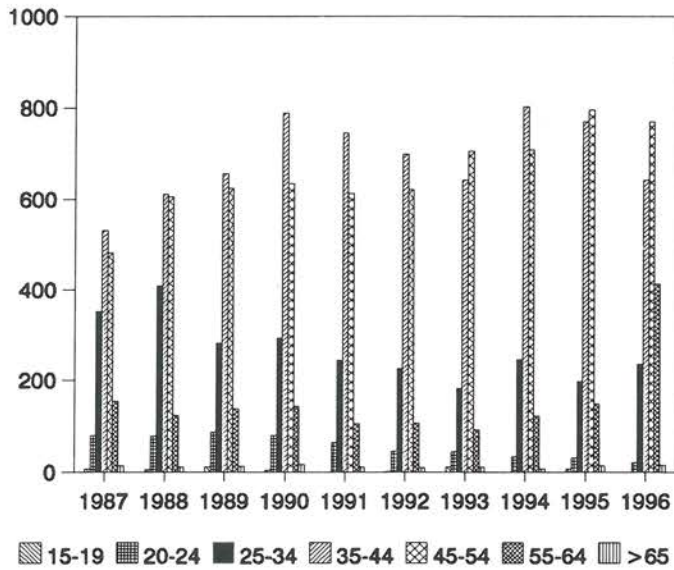
Figuur 9: Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

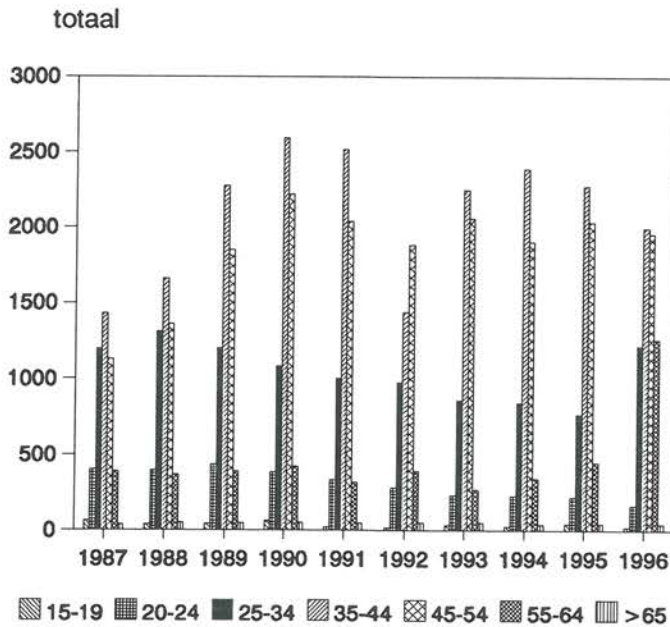


preventief



herhalingsuitrijke





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 de jongere leeftijdsgroepen tot 30 jaar daalt het aantal eerste preventieve uitstrijkjes nog steeds. Ook in 1996 zijn onder de 20 jaar bijna geen uitstrijkjes gemaakt op preventieve indicatie.

Zoals verwacht is bij de proportionele verdeling van de gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep een duidelijke verschuiving opgetreden.

Het aandeel van de doelgroep van het bevolkingsonderzoek, -was 35-54 jaar, is nu 30-59 jaar-, is nu bijna 90% geworden. Voorheen was dat maximaal 75% (in 1995).



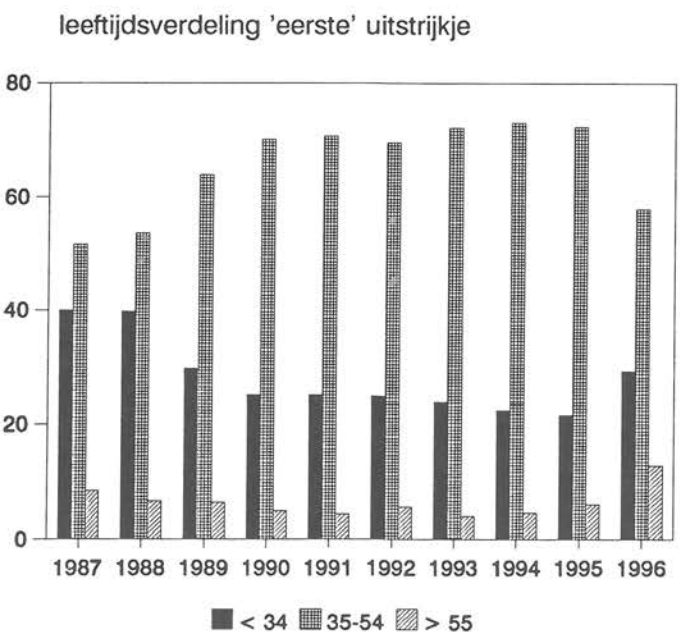
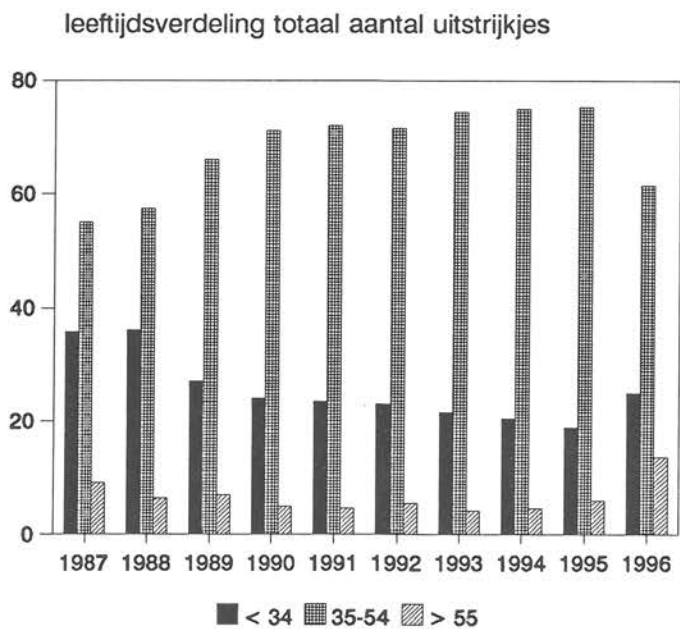
Tabel 11A: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1987-1996

jaar	≤ 34	35-54	≥ 55	totaal
leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes				
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
1996	24.9	61.5	13.6	100
leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje				
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
1996	29.2	57.9	12.9	100

Tabel 11B: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1995-1996

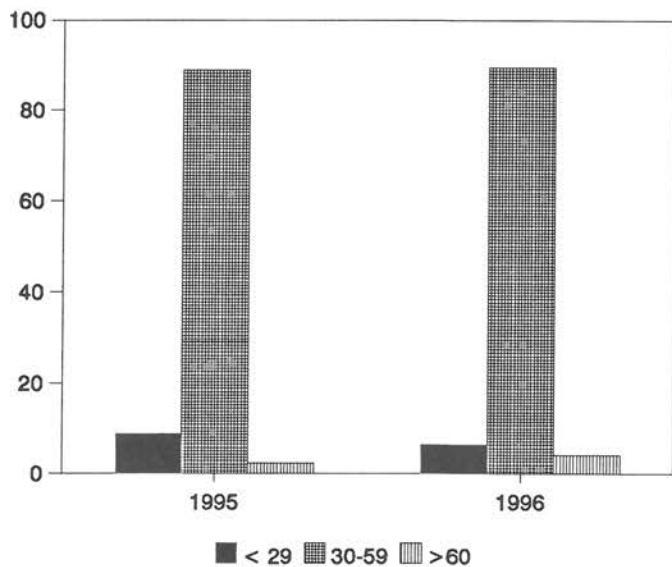
jaar	≤ 29	30-59	≥ 60	totaal
leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes				
1995	8.7	88.9	2.3	100
1996	6.4	89.5	4.1	100
leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje				
1995	10.4	87.0	2.5	100
1996	7.4	88.6	4.0	100

Figuur 10A: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1987-1996

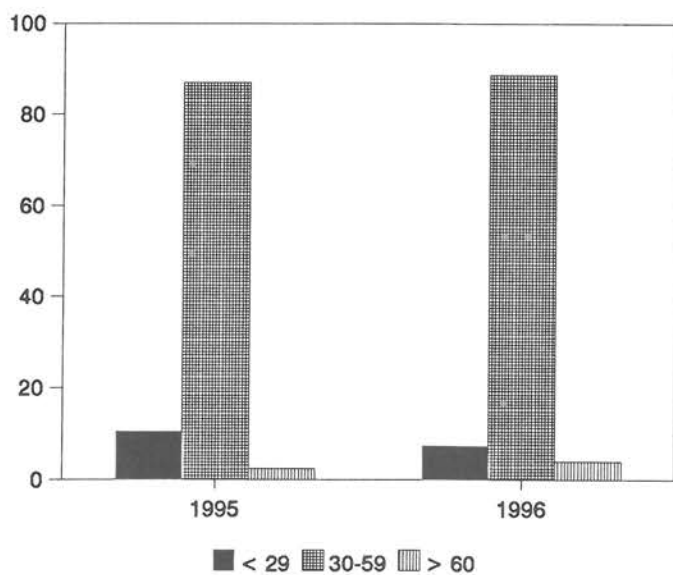


Figuur 10B: Proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1995-1996

leeftijdverdeling totaal aantal uitstrijkjes



leeftijdverdeling '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 was dat na het piekjaar 1990 het aantal preventieve uitstrijken in de leeftijdsgroep 35-54 gestaag is gedaald, en in 1995 weer uitkwam op het niveau van 1989. Deze ontwikkeling, die ook gold voor de herhalingsuitstrijken, was moeilijk te duiden. Was hier sprake van een verontrustende afname in de belangstelling voor screening? Of is selectiever gebruik gemaakt van screening, en bijvoorbeeld geanticipeerd op de verlenging van het screeningsinterval van 3 tot 5 jaar, waartoe intussen besloten was door de betrokken beroepsgroepen? Een aanwijzing voor een selectiever gebruik van screening kon worden ontleend aan de voortdurende, aanzienlijke afname van het aantal preventieve uitstrijken in de leeftijdsgroepen beneden 35 jaar (tabel 10). Het aantal uitstrijken bij vrouwen jonger dan 35 jaar is in 1995 lager dan ooit geregistreerd is sinds 1978.

De gegevens van 1996 bevestigen de indruk dat er sprake is geweest van een in toenemende mate selectievere screening.

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

Deze rubriek is in 1997 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. In het voorjaar 1998 zal het bevolkingsonderzoek landelijk dekkend geworden.

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 zouden 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 effectiviteit spelen ook de kwaliteit en 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 1-1-1995 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1995 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>10</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 11 en 12).

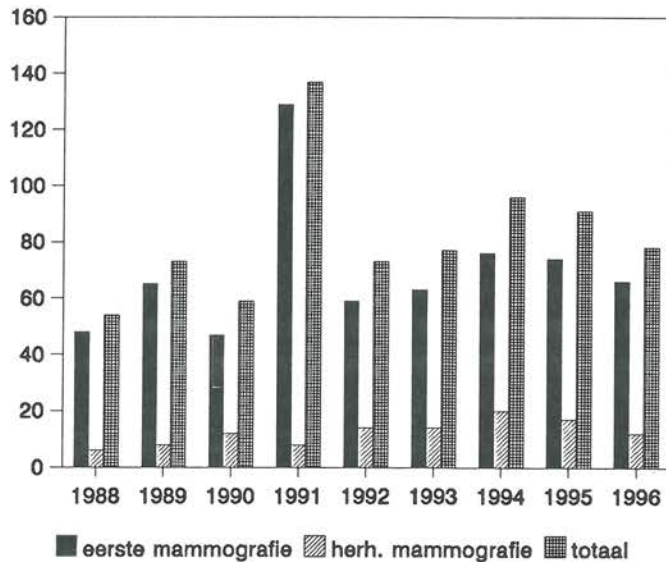


Tabel 12: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988-1996

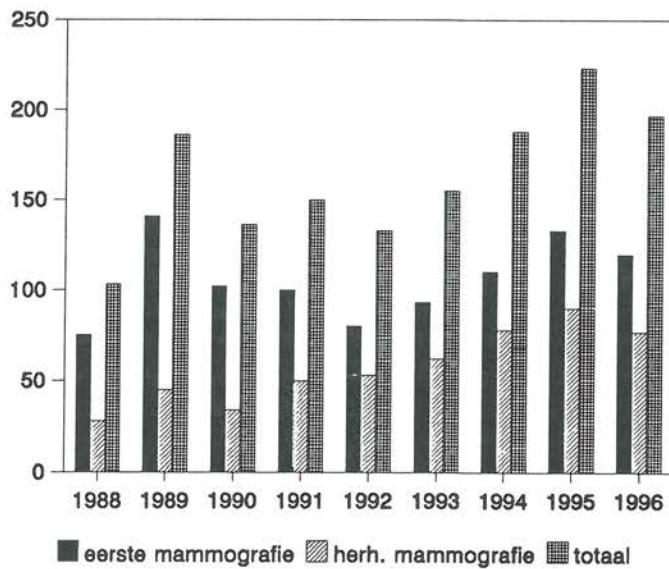
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>eerste mammografie</b>								
1988	48	75	92	81	80	79	81	80
1989	65	141	77	84	154	71	87	87
1990	47	102	88	125	102	87	101	92
1991	129	100	93	112	103	92	142	105
1992	59	80	105	101	87	95	90	93
1993	63	93	155	106	105	129	96	117
1994	76	110	116	128	97	119	101	111
1995	74	133	104	104	124	96	124	104
1996	66	120	70	97	104	87	73	87
<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
1996	12	77	21	25	45	33	22	32
<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
1996	78	197	91	122	149	120	95	109

Figuur 11: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1996

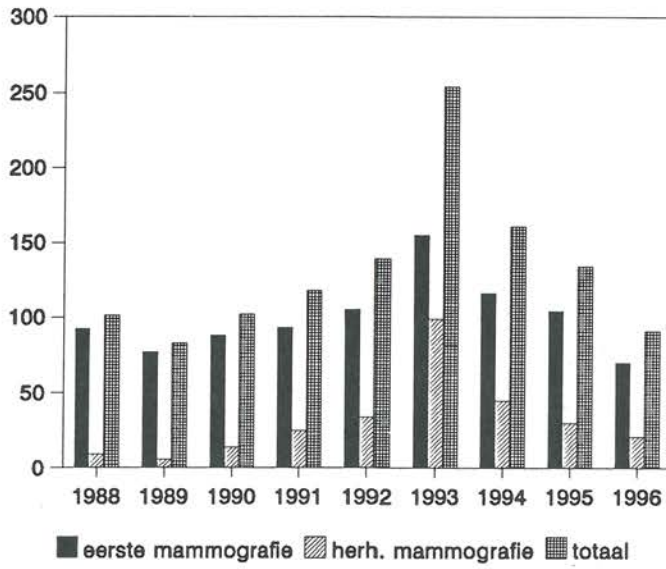
provinciegroep A



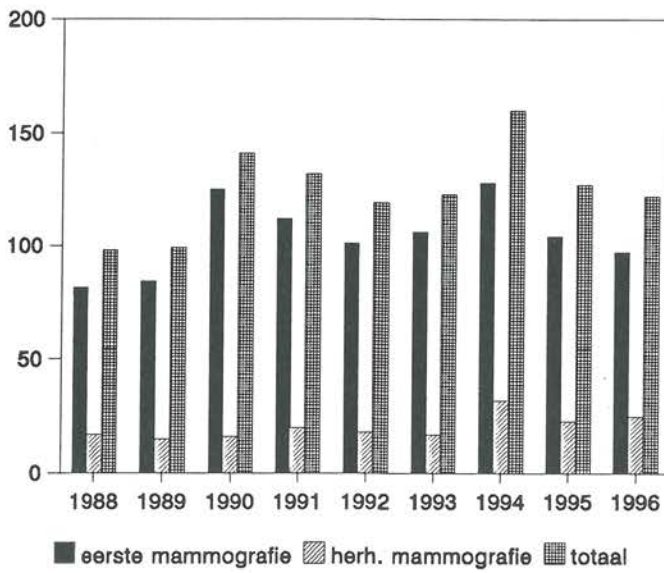
provinciegroep B



provinciegroep C

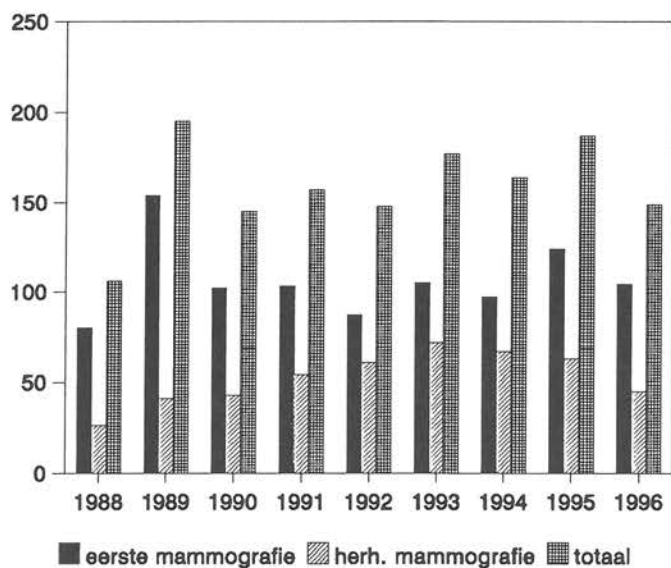


provinciegroep D

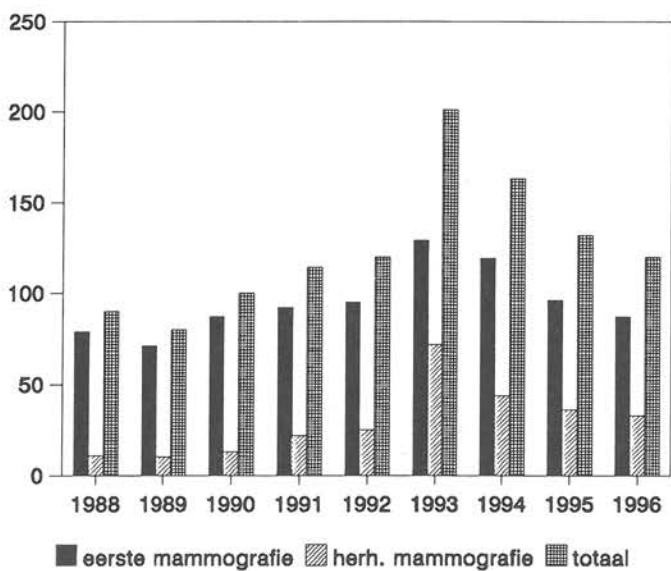


Figuur 12: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1996

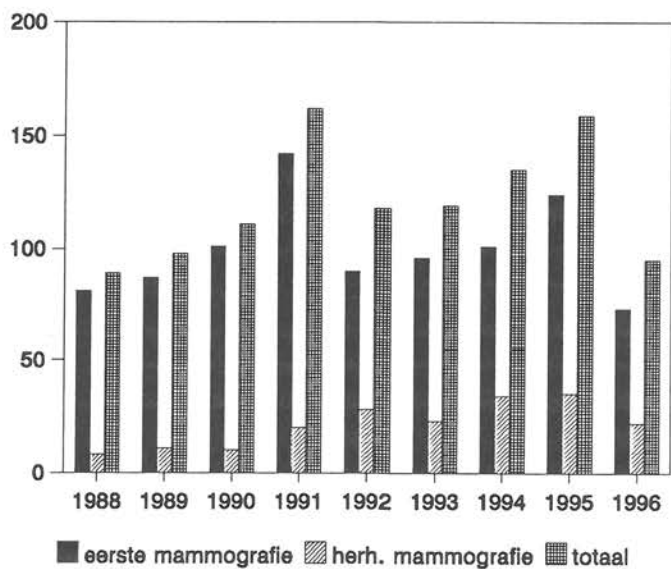
stedelijkheidsgraad 1



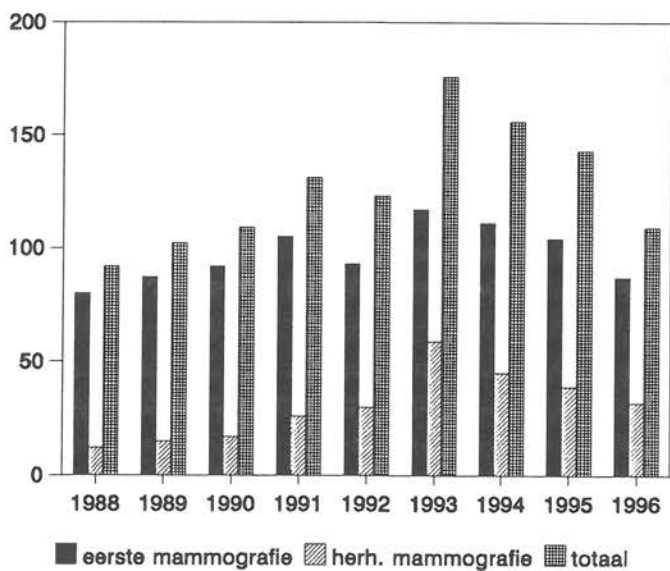
stedelijkheidsgraad 2



stedelijkheidsgraad 3



Nederland



Het aantal mammografieën is in 1996 voor het derde jaar lager, nu aanzienlijk, dan in het jaar ervoor. Bovendien is de afname in 1996 duidelijk groter dan de jaren ervoor.

Uitgezocht wordt of de plaatselijke aanvang van het bevolkingsonderzoek op borstkanker van invloed is op deze uitkomsten (Dr. H.J. de Koning, Erasmus Universiteit).

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 1988-1996

	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
1996	126	158	211	200	173	90	60	33	69	54
<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)
1996	27	59	87	100	56	51	57	20	29	(14)

Tabel 13: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988-1996 (vervolg)

	leeftijdsgroep									
	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
totaal										
1988	160	195	225	213	147	116	108	75	45	25
1989	141	223	275	250	187	158	120	54	42	41
1990	118	216	276	225	246	207	154	84	83	26
1991	155	205	342	296	296	216	186	137	100	64
1992	162	246	325	277	240	174	177	64	63	54
1993	180	259	299	341	387	401	409	298	177	96
1994	181	303	364	342	353	242	220	120	119	67
1995	164	276	330	336	312	255	151	115	117	53
1996	153	217	298	300	228	141	117	53	98	68

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 45%, 42% bij de vrouwen van 70-74 jaar en bij de vrouwen van 75-79 jaar 26%). Er is mogelijk dus sprake van 'periodieke screening' buiten het bevolkingsonderzoek om bij vooral de vrouwen van 40-50 jaar (ongeveer 10% van deze leeftijdsgroep). Het voorkomen van klachten over de borsten in deze leeftijdsgroep zal daarbij een rol spelen.



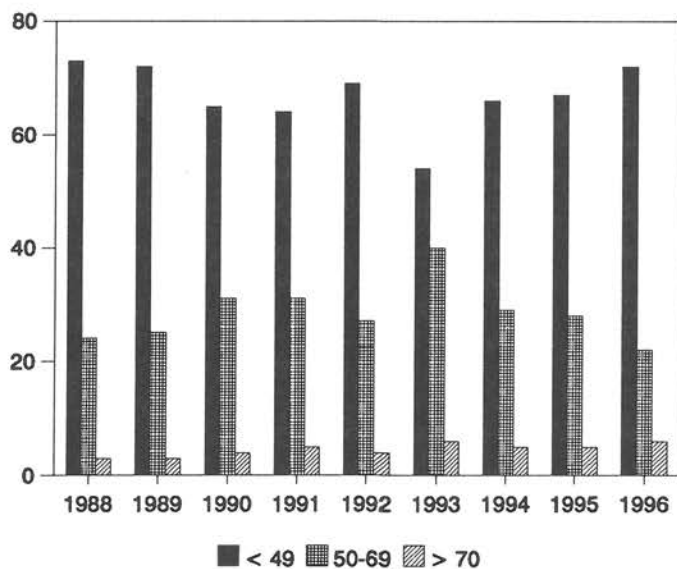
Tabel 14: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd naar drie leeftijdsgroepen. (procenten) 1988-1996

leeftijdsverdeling totaal aantal mammografieën				
	≤49	50-69	≥70	totaal
1988	73	24	3	100
1989	72	25	3	100
1990	65	31	4	100
1991	64	31	5	100
1992	69	27	4	100
1993	54	40	6	100
1994	66	29	5	100
1995	67	28	5	100
1996	72	22	6	100
leeftijdsverdeling 'eerste' mammografieën				
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100
1990	65	30	5	100
1991	64	31	5	100
1992	71	25	4	100
1993	61	33	6	100
1994	71	24	5	100
1995	69	26	5	100
1996	74	21	5	100

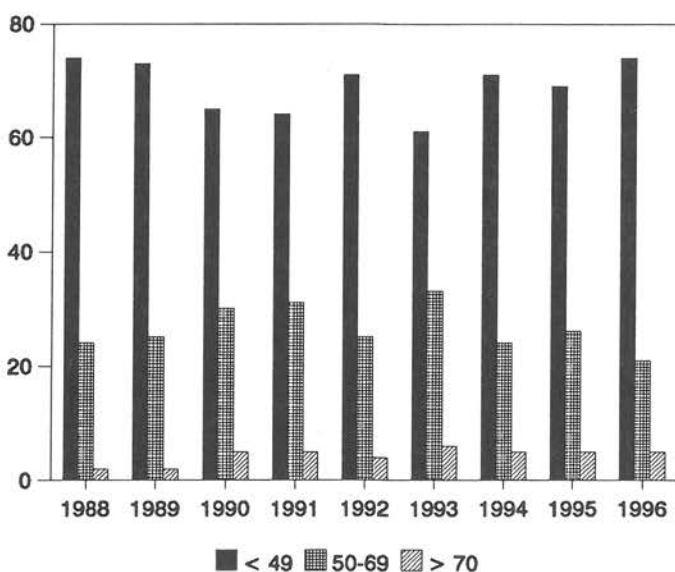
Er is in 1996 sprake van een lager percentage mammografieën dan in enig jaar ervoor bij vrouwen van 50-69 die de doelgroep is van het bevolkingsonderzoek.

Figuur 13: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd in drie leeftijdsgroepen (procenten), 1988-1996

leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën



leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën



In 1997 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.

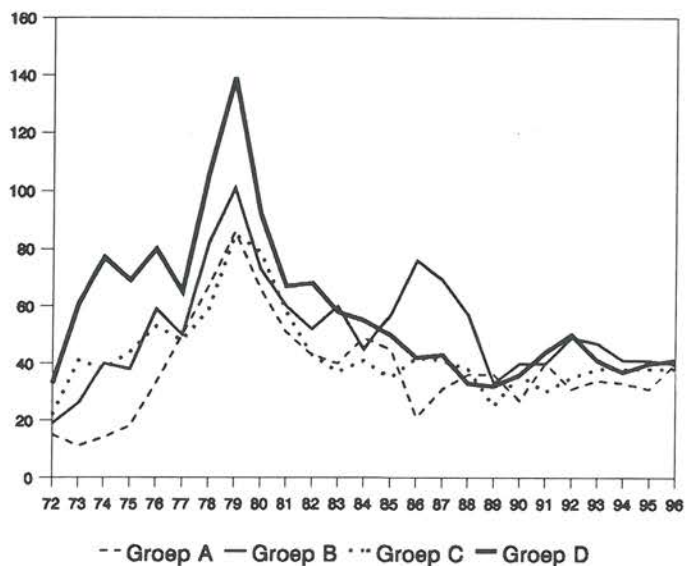
Het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 14).

Tabel 15: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen, 1987-1996

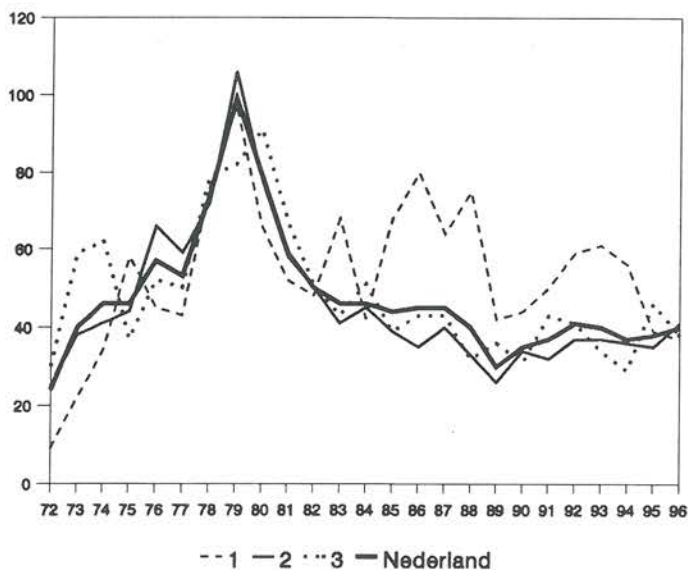
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1987	31	69	41	43	64	40	43	45
1988	36	57	38	33	75	33	32	40
1989	36	33	25	32	42	26	36	30
1990	27	40	36	36	44	34	31	35
1991	40	40	30	44	50	32	43	37
1992	31	49	35	50	59	37	41	41
1993	34	47	38	41	61	37	34	40
1994	33	41	38	37	56	36	29	37
1995	31	41	38	40	39	35	46	38
1996	40	40	38	41	37	41	38	40

Figuur 14: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1996

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 de jaren na 1993 is het aantal sterilisaties gestabiliseerd op bijna 40 per 10.000 mannen.

De aanzienlijke verschillen in aantal sterilisaties bij mannen tussen de drie stedelijkheidsgraden die in de voorgaande jaren bestonden zijn in 1996 nagenoeg verdwenen. Bij vrouwen bestonden en bestaan deze verschillen nauwelijks (zie volgende hoofdstuk blz. 66).

Na extrapolatie komt men op 30.500 sterilisaties voor heel Nederland in 1996. 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 niveau. Dit als gevolg van een kortdurend 'historisch inhaaleffect'. Dit effect is inderdaad opgetreden.

Het aantal in 1996 verrichte sterilisaties was nagenoeg gelijk aan de vervangingsfactor; deze "vervangingsfactor" geeft aan het aantal sterilisaties dat in een jaar verricht moet 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 1996 vrijwel gelijk aan 1995. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen dat statistisch gesproken tot de vruchtbare leeftijdsgroep behoort (17-51 jaar)<sup>11</sup> bedroeg in 1996 12,2%. Dit percentage is al sinds 1986 nagenoeg constant. Bij vrouwen daalt het echter (zie hierna).

In figuur 16 (zie pagina 68) 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 1996 was de verhouding sterilisatie mannen: vrouwen gelijk aan 65:35. Er is mogelijk sprake van enige verandering in de waardering van sterilisaties door vrouwen en mannen.

## Leeftijdverdeling

De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 16 gegeven (vergelijk figuur 17 zie pagina 69).

Een interessante ontwikkeling is dat het percentage mannen dat zich ooit heeft laten steriliseren in de jongere leeftijdsgroep de laatste jaren een duidelijke daling vertoont. In 1981 was 5,5% van de mannen tussen 22 en 31 jaar gesteriliseerd terwijl dat in 1991 nog maar 2% en in 1996 nog 0,7 % was.

Tabel 16: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1987-1996

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
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
1996	-	8	78	200	121	50	27

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. Vanaf 1993 is er echter sprake van duidelijk lagere aantallen dan voorheen.

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 850.500 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 9% 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 1997 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 1996 werden 21 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, ongeveer gelijk aan voorgaande jaren. Extrapolatie van dit cijfer naar heel Nederland levert een aantal van 16.500 sterilisaties in 1996. Het aantal per 10.000 van alle vrouwen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland in tabel 17 gegeven (vergelijk figuur 15).

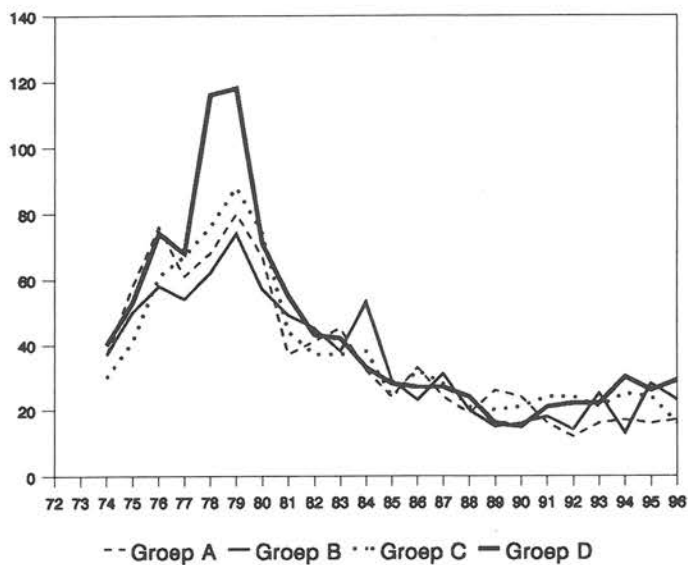
Tabel 17: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1987-1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1996	17	23	16	29	21	21	19	21

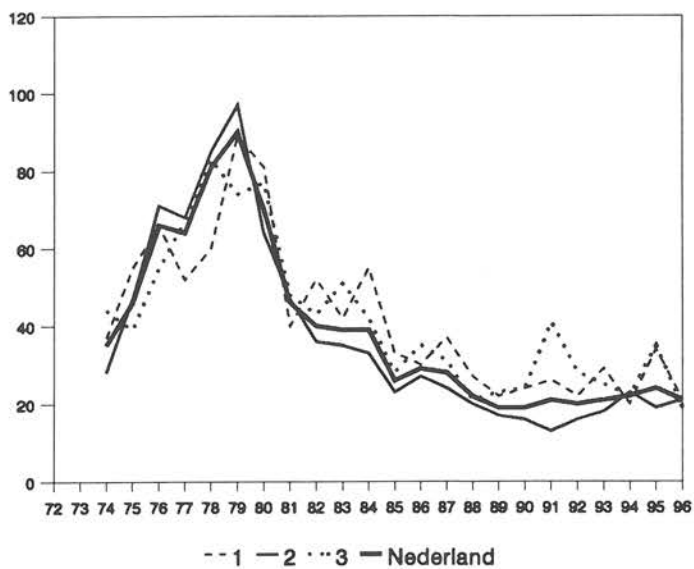
De oostelijke en zuidelijke provincie groepen laten vooral bij de vrouwen de hoogste aantallen zien. Bij mannen is dat minder uitgesproken.

Figuur 15: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1974-1996

provinciegroep



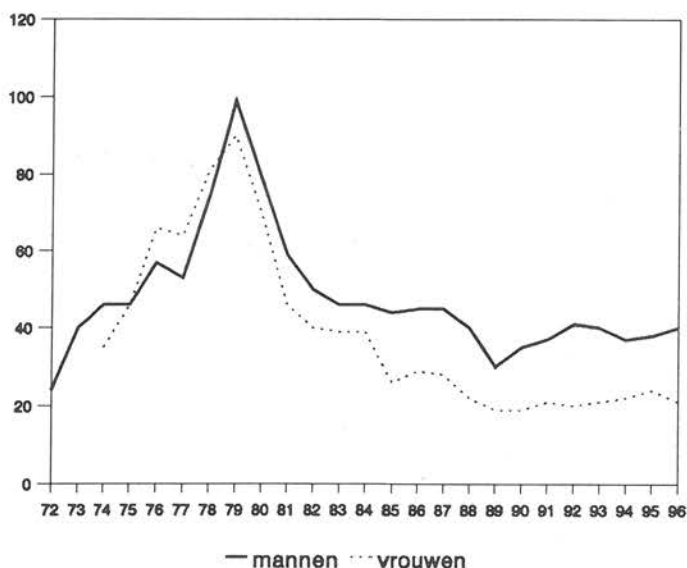
stedelijkheidsgraad en Nederland



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 16 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 16: Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1996

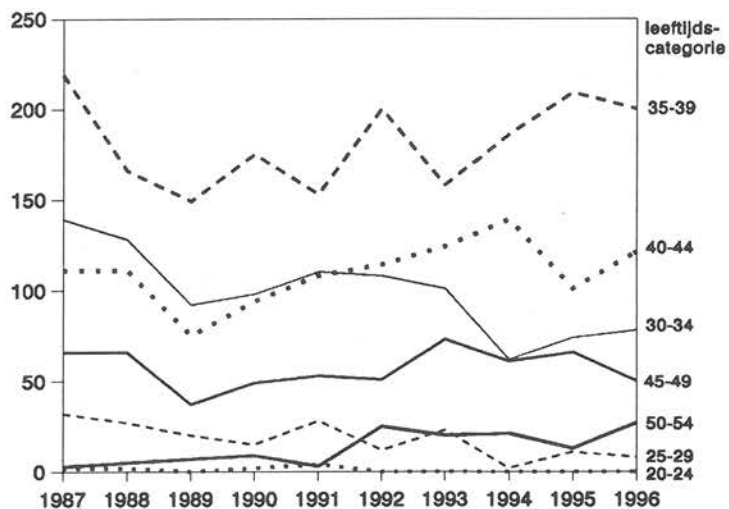


### Leeftijdsverdeling

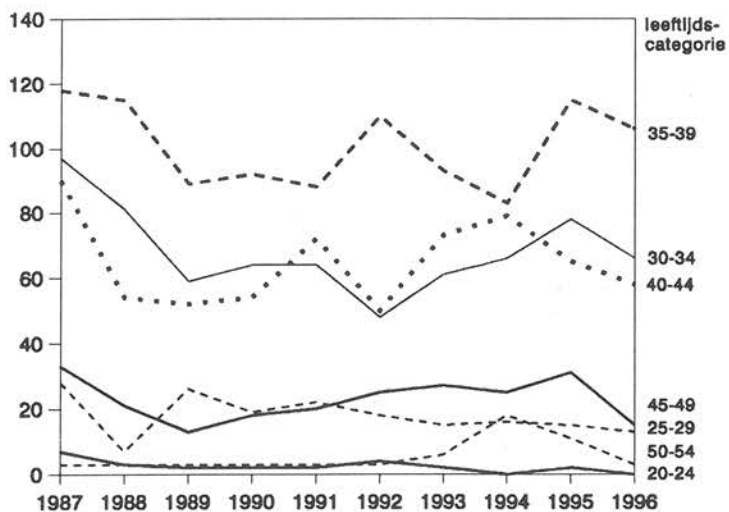
De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 18 gegeven (vergelijk figuur 17).

Figuur 17: Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1987-1996

mannen



vrouwen



Tabel 18: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1996

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
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
1996	-	13	66	106	58	15	(3)

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 638.500 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 8,1 % van de huidige totale vrouwelijke bevolking. Het is echter meer reëel om de cijfers alleen te betrekken op vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49) en om daarbij tegelijkertijd het sterilisatiepatroon van de man te betrekken. In dat geval blijkt dat in 1975 bij  $\pm$  6% van de (echt)paren de vrouw of de man gesteriliseerd was. Dit percentage is nadien gestegen via 18,5 in 1980, 22,7 in 1985 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 1995 20,9 en in 1996 20,6%. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1996 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1995 bedroeg 58.000. In werkelijkheid lag dit aantal op (47.000 mannen en 16.500 vrouwen).

Tabel 19: Percentage vrouwen en mannen, behorende tot de vruchtbare leeftijdsgroep, dat ooit een sterilisatie heeft ondergaan, 1980-1996.

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
1996	8,4	12,1	20,6

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 8,4% in 1996. 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 met name vrouwen. 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 0,6% in 1996. Sinds 1984 is er

nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13,8% in 1984 naar 4,0% in 1996). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 14,5% in 1996). Verreweg het hoogste percentage gesteriliseerde vrouwen is nu te vinden in de leeftijdsgroep 45-49 jaar: bijna 24%. Dit wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de grote aantallen vrouwen die zich rond 1980 op  $\pm$  35 jarige leeftijd lieten steriliseren inmiddels tegen de 50 lopen.

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 59% mannen tegen 41% vrouwen. (In de vruchtbare leeftijdsgroep waren in 1996 513.000 mannen en 338.000 vrouwen gesteriliseerd).

De rubriek sterilisaties is voor 1997 op de weekstaat gehandhaafd.



## PRESCRIPTIE OESTROGENEN (1° voorschrift)

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 overgang en daarna 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 huisartsen terughoudend zijn ten aanzien van hormoonsuppletie. Dit is in tegenstelling tot het enthousiasme waarmee zij bijna tegelijkertijd het grootscheeps gebruik van orale anticonceptie in Nederland invoerden.<sup>12</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 vrouw voor het eerst een voorschrift voor oestrogenen (al dan niet gecombineerd met een progestativum) geven. Anders gezegd wanneer gestart wordt met hormoon suppletie in de overgang.

In de aanvullende vragenlijst die de arts bij elke melding dient in te vullen wordt gevraagd op wiens initiatief de behandeling wordt gestart, of de vrouw een uterusextirpatie heeft ondergaan en wat de aanleiding tot de behandeling is: bestaande klachten en/of bewezen osteoporose dan wel de wens preventie te bedrijven (met betrekking tot het ontstaan van osteoporose en hart en vaat ziekten).

In tabel 20 wordt het aantal 1° voorschriften 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<sup>e</sup> voorschriften voor oestrogenen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen van 40-60 jaar in 1994-1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1 <sup>e</sup> voorschrift								
1994	83	297	236	150	153	161	273	180
1995	71	163	135	199	235	114	193	145
1996	26	130	104	93	134	76	146	88

Het aantal malen dat een eerste voorschrift voor oestrogenen is afgegeven is in 1996 88 per 10.000 vrouwen.

Een vergelijking met de registratie in 1994 en 1995 is niet goed mogelijk. In die jaren is gevraagd het eerste voorschrift in dat jaar te melden ook wanneer een vrouw al eerder met de behandeling was begonnen. Onder de noemer 1<sup>e</sup> voorschrift zijn in 1994 en 1995 derhalve zowel incidente als prevalentie gevallen gemeld.

Vanaf 1996 wordt gevraagd enkel incidente gevallen te melden, d.w.z. wanneer een vrouw voor het eerst hormoonsuppletie krijgt.

In de oostelijke provinciegroep is het aantal malen dat oestrogensuppletie wordt gestart het hoogste. In het noorden is dit aantal factor 5 kleiner: 130 versus 26 per 10.000 vrouwen in de leeftijd van 40-60 jaar.

De verschillen zijn minder groot wanneer naar de graad van verstedelijking wordt gekeken. Er bestaat daarbij een verschil van een factor van bijna 2 tussen de groep met de hoogste graad van verstedelijking (de grote steden) waar het hoogste aantal meldingen wordt gedaan en de groep met stedelijkheidsgraad 2, de kleinere steden, en het verstedelijkt platteland en de forenzen gemeenten: 146 versus 76 per 10.000 vrouwen van 40-60 jaar.

### Leeftijdverdeling

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

Tabel 21: Aantal 1<sup>e</sup> voorschriften voor oestrogenen naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1994-1996

leeftijdsgroep	1 <sup>e</sup> voorschrift		
	1994	1995	1996
40-44	57	53	44
45-49	185	170	85
50-54	381	277	168
55-59	119	106	57
60-64	36	63	41
65-69	23	56	(13)
70-74	22	40	36
75-79	24	24	42
80-84	(13)	( 6)	32
≥ 85	(22)	(30)	(14)

Tot op hoge leeftijd wordt bij vrouwen nog gestart met hormoonsuppletie met oestrogenen. Het meest frequent wordt deze behandeling gestart bij vrouwen tussen 45-55 jaar. Het aantal meldingen neemt snel af vanaf de leeftijd van 55 jaar. Deze verdeling wekt de indruk dat de substitutie met oestrogenen vooral is gericht op de klachten tijdens en kort na de overgang.

De rubriek is in 1997 op de weekstaat gehandhaafd.

## 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>13</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.

Patiënten die in de studie betrokken worden moeten voldoen aan de volgende kenmerken. Ze hebben ten minste zes maanden 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 symptoomdiagnose 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.

De hierboven beschreven wijze van insluiten bleek problematisch te zijn. Veel peilstationsartsen ervaarden weerstand om de pijn en het daaraan verbonden onderzoek ter sprake te brengen tijdens het spreekuur. Het aantal aangemelde patiënten na het eerste half jaar bleef dan ook ver onder de verwachting. Daarom is besloten om na afloop van het jaar van inclusie alle peilstations persoonlijk te bezoeken en met de huisartsen samen het patiëntenbestand door te lichten op patiënten die aan de bovenvermelde criteria voldoen. Deze patiënten zijn vervolgens alsnog door de huisarts aangeschreven met het verzoek om te participeren in het onderzoek. Op deze wijze zijn ruim 500 patiënten in het onderzoek betrokken.

Op dit moment kan er nog geen prevalentie schatting van de Chronische Benigne Pijn Stoornis gegeven worden. Uit de tot dusver ingevoerde gegevens blijkt dat het grootste deel van de patiënten (73%) tot het vrouwelijke geslacht behoort. De gemiddelde leeftijd bedraagt 47 jaar. Patiënten hebben vaak al heel lang pijn: meer dan de helft van de patiënten al langer dan 7 jaar. Bij 58% van de patiënten is er sprake van continue pijn, al dan niet fluctuerend, terwijl 33% regelmatig of onregelmatig terugkerende pijn heeft. De pijn is meestal op meer dan één plaats gelokaliseerd. Bijna 20% van de patiënten heeft zelfs pijn op meer dan drie plaatsen. Van de afzonderlijke lokalisaties zijn de schouders (16%) en de lage rug het meest genoemd. Zoals te verwachten viel is de oorzaak van de pijn in verreweg de meeste gevallen onbekend. Slechts in 11% is er een aanleiding geregistreerd, die gevallen betreffen dan meestal posttraumatische pijn. De meestgenoemde orgaansystemen zijn het bewegingsapparaat (77%), het zenuwstelsel (32%) en het maagdarmkanaal (8%).

Voor zover de patiënten hun medewerking hebben toegezegd, zullen ze door het NIVEL gedurende drie jaar met behulp van vragenlijsten worden gevolgd, teneinde gegevens te verzamelen over het beloop van de pijn, de medische consumptie waarmee het gepaard gaat, de kosten die hun pijnprobleem met zich meebrengt, en psychosociale comorbiditeit.

Over de resultaten van de studie naar de incidentie en prevalentie zal door de onderzoekers volgend jaar gerapporteerd worden.

Het onderwerp is in 1997 van de weekstaat afgevoerd.

## SUICIDE(POGING)

In overleg met de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid is het onderwerp in 1979 op de weekstaat opgenomen en het staat er nog steeds op.

Ook op andere terreinen (ziekenhuizen) wordt onderzoek over suïcide verricht. Op deze wijze wordt getracht inzicht te krijgen in de omvang, trend en overige aspecten van de suïcide(poging).

De naam van de rubriek is tevens de definitie.

Van de Inspectie voor de gezondheidszorg voorheen de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is in samenwerking met Prof. dr. R.F.W. Diekstra, klinisch psycholoog te Leiden, een vragenformulier opgesteld. Op dit formulier staat ondermeer de vraag of de poging al dan niet geslaagd is geweest en op welke wijze de poging heeft plaatsgehad. Tevens worden vragen gesteld over contacten met de medische sector voorafgaande aan de suïcide(poging). Het essentiële is hier niet of de poging geslaagd was; het gaat primair om de intentie van de patiënt(e), met de mogelijkheid dat suïcide het gevolg is van de handeling.

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 1991-1996 respectievelijk 60, 84, 73, 74, 95 en 80.

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.

De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen.

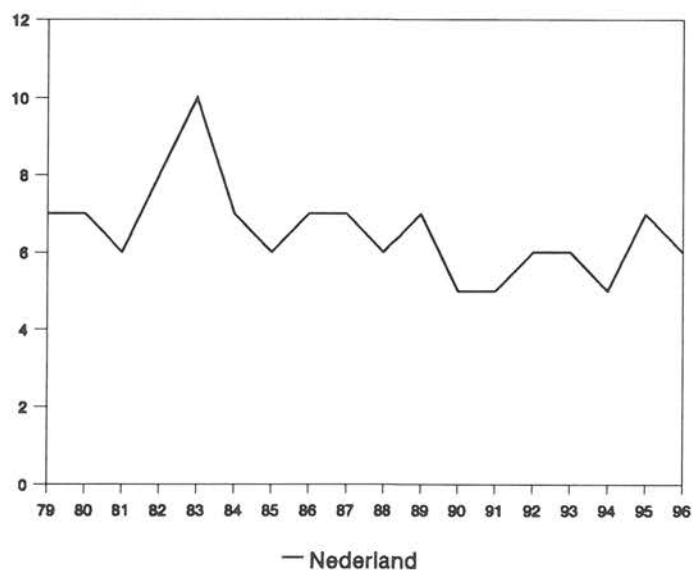
De cijfers geven géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(poging) in Nederland.



Tabel 22: Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1987-1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1996	6	5	4	9	1	6	7	6

Figuur 18: Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-1996



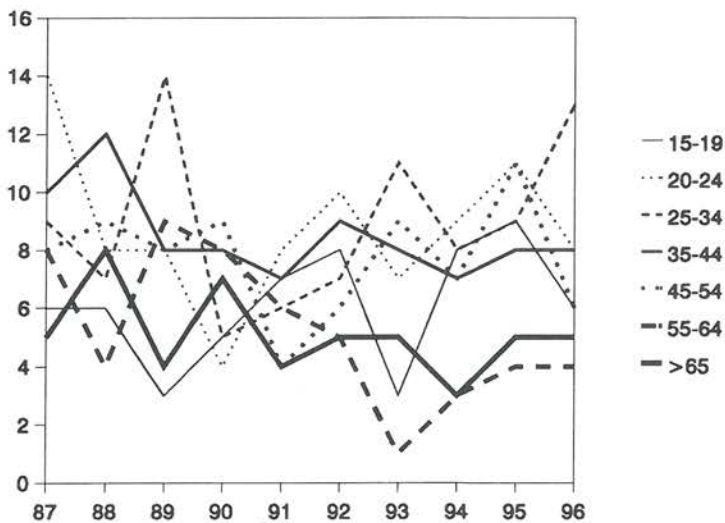
## Leeftijdverdeling

Tabel 23 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 19).

Tabel 23: Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1987-1996

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1996	(1)'	6	8	13	8	6	4	5

Figuur 19: Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1987-1996



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 is de door de Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg verzamelde informatie 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 1997 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 onderbuikklasten.<sup>14</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 adnexen. 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, 1993-1996

	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
1996	4	10	7	6	8	7	8	7

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>14</sup>

In de noordelijke provinciegroep worden in 1994-1996 aanzienlijk minder patiënten met een P.I.D. gemeld. De aantallen in de oostelijke provinciegroep zijn in die jaren constant hoog.

In 1996 wordt weinig verschil gevonden tussen de groepen met verschillende graad van verstedelijking.

#### **Seizoensinvloeden**

Belangrijke verschillen tussen de kwartalen worden in 1996 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, 1993-1996

leeftijdverdeling	vrouwen			
	1993	1994	1995	1996
≤ 15	( 1)	-	-	-
15-19	( 9)	( 7)	( 5)	( 5)
20-24	14	10	10	13
25-29	13	16	15	11
30-34	11	20	(12)	15
35-39	13	14	18	14
40-44	15	13	19	11
45-49	( 5)	8	10	11
50-54	( 9)	18	13	( 8)
≥ 54	( 1)	( 2)	( 2)	( 6)

P.I.D. blijkt vooral een aandoening te zijn van vrouwen in de leeftijdsgroep van 20-50 jaar.

Deze bevinding komt overeen met de uitkomsten van de registratie door de Amsterdamse huisartsen tussen 1983-1990.

De rubriek is in 1997 gehandhaafd.



## 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, 1992-1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992	16	40	45	10	46	14	65	31
1993	15	32	25	19	36	16	33	23
1994	20	32	28	14	26	18	39	25
1995	14	40	32	11	43	18	42	26
1996	9	41	21	11	47	15	22	21

De landelijke incidentie van urethritis is ongeveer een derde van die in Amsterdam: respectievelijk gemiddeld 26 en 99 per 10.000.<sup>15</sup>

In alle 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 1993-1996 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 en 1996 juist toe. Het aantal meldingen van urethritis was in 1995 en 1996 op het platteland het hoogst.

De meest opvallende bevindingen bij de registratie van urethritis bij mannen is echter wel het consequent lage voorkomen ervan in de kleinere steden en forensengemeenten. Een goede verklaring daarvoor is niet te vinden.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

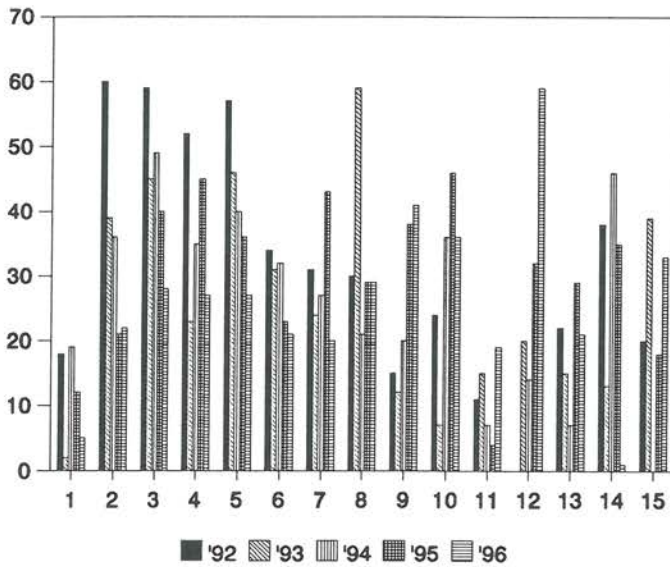
### Leeftijdsverdeling

In tabel 27 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 20).

Tabel 27: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1996

leeftijdsgroep	mannen				
	1992	1993	1994	1995	1996
≤ 15	(0)	-	-	(2)	-
15-19	18	(2)	19	12	(5)
20-24	60	39	36	21	22
25-29	59	45	49	40	28
30-34	52	23	35	45	27
35-39	57	46	40	36	27
40-44	34	31	32	23	21
45-49	31	24	27	43	20
50-54	30	59	21	29	29
55-59	15	(12)	20	38	41
60-64	24	(7)	36	46	36
65-69	(11)	(15)	(7)	(4)	19
70-74	-	(20)	(14)	32	59
75-79	(22)	(15)	(7)	(29)	(21)
80-84	(38)	(13)	(46)	(35)	-
≥ 85	(20)	(39)	-	(18)	(33)

Figuur 20: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1996



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>15</sup>

De rubriek is in 1997 gehandhaafd.

## ANGST VOOR AIDS

Huisartsen worden in hun praktijk slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en seropositiviteit. De ervaring van huisartsen met zorg voor seropositieve patiënten en patiënten die aan AIDS lijden 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 vervolcontact afgesproken wordt. Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats.<sup>16</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 1988-1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	7	9	13	8	5	8	21	10
1989	10	11	18	15	4	13	27	15
1990	8	8	21	22	4	15	30	16
1991	7	6	20	24	2	15	29	16
1992	16	13	24	27	7	19	35	22
1993	17	21	27	22	11	18	39	23
1994	16	20	32	33	8	22	50	27
1995	20	15	23	24	9	18	37	21
1996	13	15	23	25	7	20	29	20

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: In 1996 ligt het aantal op het zelfde niveau als in 1995. De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 21).

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 1996 is dit aantal verder gedaald tot 243 verzoeken om een test.

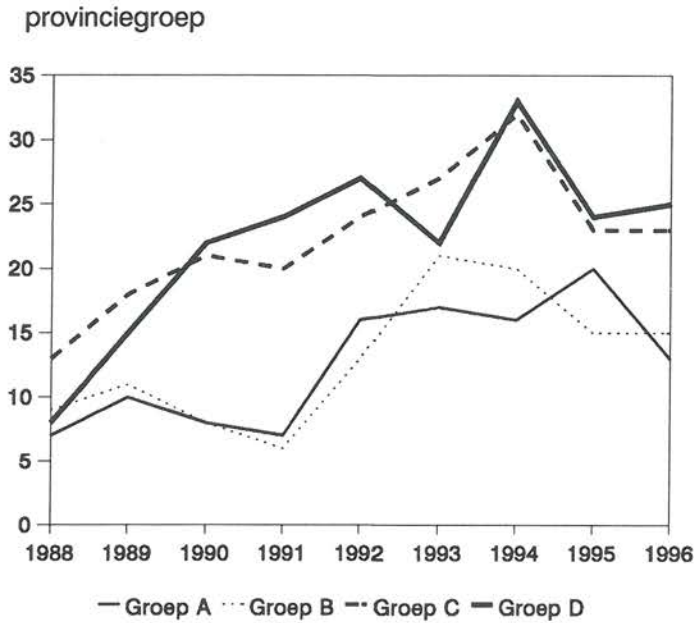
Hoewel niet elk verzoek om een test wordt ingewilligd, nam ook het aantal tests dat wordt verricht aanvankelijk toe: van 121 in 1990 naar 259 in 1994. In 1996 daalt ook dit aantal verder: tot 219. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

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

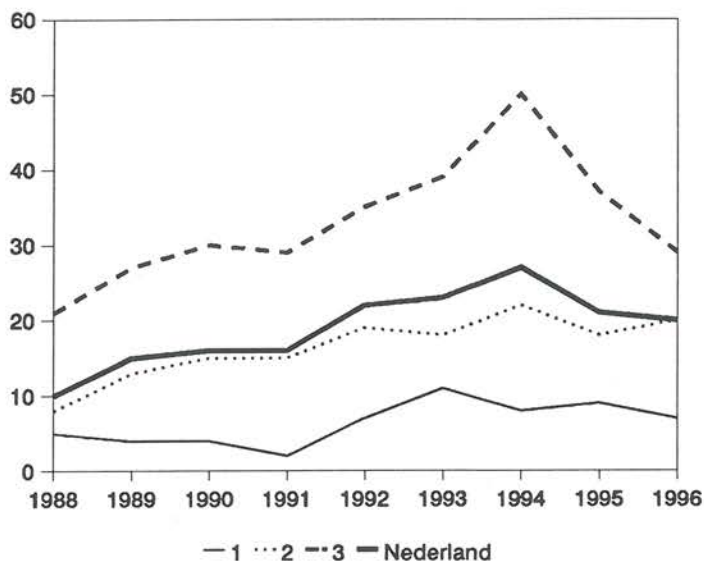


waren. In de noordelijke provincies is er in 1995 een lichte stijging van het aantal consulten; in 1996 is het aantal echter weer gedaald.

Figuur 21: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1996



## stedelijksheidsgraad en nederland



### Leeftijdsverdeling

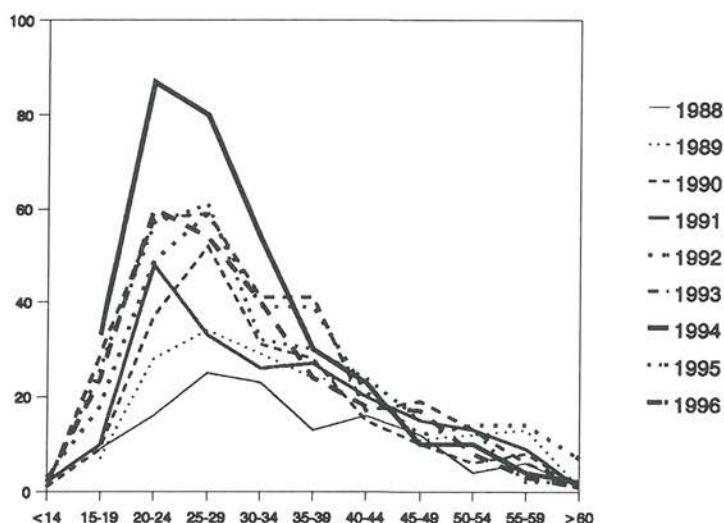
In tabel 29 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 22).

Tabel 29: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1996

Leeftijdsgroep	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
≤ 14	-	-	(1)	(2)	(3)	(1)	-	(1)	(2)
15-19	9	7	9	10	18	29	33	26	24
20-24	16	28	37	48	49	58	87	57	60
25-29	25	34	52	33	59	59	80	61	54
30-34	23	29	31	26	39	41	54	32	40
35-39	13	24	28	27	39	41	30	30	24
40-44	16	23	15	20	21	17	23	24	18
45-49	12	11	10	15	12	19	10	15	17
50-54	(4)	12	(6)	13	14	13	10	13	8
55-59	6	13	8	9	14	6	4	2	(3)
≥ 60	(1)	(1)	(1)	(1)	7	(2)	(2)	(2)	(1)



Figuur 22: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1996



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>17</sup>. In de peilstationregistratie is in 1996 88% 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. Deze daling zet in 1996 niet door.

De rubriek is voor 1997 op de weekstaat gehandhaafd.

## 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.

Part A: Patterns of demands for HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice

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 of 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 and 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 testprescriptions is initiated by the patients, 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 concern patients younger than thirty. The presence of a risk factor for being infected with HIV was highest in the Netherlands (about 80%) and lowest in France and Portugal. In Spain the use of intravenous drugs is the most important reason for testing; in France most HIV tests are prescribed for 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 GP's 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 for HIV at least once before. Together with the growing numbers of HIV tests initiated by the patient these are indications of 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.

**Part B: Survey on counseling for HIV/AIDS-related problems by general practitioners in European sentinel networks**

In order to better understand and interpret the results of the continuous recording of HIV-testing and other HIV/AIDS-related consultations in general practice, a questionnaire survey was conducted with the participating doctors.

817 questionnaires from 8 networks (response rate : 91.5%) were analysed. It was concluded that despite of a possible selection bias due to voluntary participation, sentinel general practitioners are a feasible and valuable source of information on demands for HIV-tests and they provide valuable indications on e.g. general-practitioners' knowledge of HIV, attitudes towards HIV/AIDS-patients and counseling behavior.

When counseling a patient about HIV-tests, a wide range of topics can be discussed. Due to personal attitudes of the doctors regarding HIV/AIDS the educational potential of these consultations might be underused.

Gender can be an important factor triggering the attitudes and counseling of general practitioners. Women GPs are more likely to discuss sexual practices with their patients, especially with adolescents. They can therefore play a significant role in the prevention of the further spread of HIV.

Doctors who have some experience with HIV-positive persons are more likely to have a positive attitude in this area to take over more responsibility in this field.

In some countries lack of knowledge, wrong attitudes against patients with HIV/AIDS and serious lack of security against professional risks for infection were detected.

Patterns of attitudes and knowledge about HIV/AIDS were quite different between countries. Training programmes for general practitioners should consider the specific needs, habits and attitudes of doctors in their country which are described in this study.

MOONS, MARIAN A.W., LOE PETERS, AAD I.M. BARTELD, JAN J. KERSENS

**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 gain more information on concern 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).

**Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996**

Nivel, april 1997, Utrecht

De preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) staan al jaren in de belangstelling. Het voorkomen van SOA is één van de belangrijkste wapens bij de bestrijding ervan en wat betreft het HIV is preventie nog steeds het enige middel. Hierbij speelt voorlichting een belangrijke rol.

Naast grote publiekscampagnes wordt ook veel aandacht besteed aan individuele voorlichting. Waar het doel van deze programma's is om de mensen bewust te maken van risico's om met HIV besmet te worden, kunnen zij tegelijkertijd ook onzekerheid en angst te weeg brengen. De huisarts bevindt zich in principe in een gunstige positie om een bijdrage te leveren aan de preventie en voorlichting op het gebied van HIV. In een persoonlijk contact tussen arts en patiënt, kan hij inspelen op individuele vragen en op ongerustheid met betrekking tot AIDS en seropositiviteit. Een huisarts is immers veelal bekend met de achtergronden van een patiënt en vaak is er sprake van een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Met name voor de vragen en ongerustheid van de niet als HIV-seropositief bekend staande patiënten, de zogenaamde "worried well" zou de huisarts een rol van betekenis kunnen spelen. Daarnaast zijn bij vroegbehandeling, de resultaten van therapie verbeterd, reden waarom het belangrijk is dat de huisarts een goede inschatting maakt van de noodzaak om te laten testen. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te geven in de rol die de huisarts speelt wanneer het gaat om het geven van voorlichting met betrekking tot AIDS aan niet seropositieve patiënten.

Onderzoek naar het functioneren van de huisarts op het gebied van Aids heeft zich in Nederland met name gericht op kennis en attitude van huisartsen ten aanzien van HIV/AIDS (Veehof, 1994) en op de werkbelasting en verleende zorg aan seropositieven en AIDS-patiënten (Meijman, 1990). Het functioneren van de huisarts wat betreft de "worried well" is zowel in de binnenlandse als internationale literatuur onderbelicht gebleven. Dit niettegenstaande het feit dat de contacten met deze groep het belangrijkste onderdeel zijn van hun werk: uit twee Engelse onderzoeken, dat van Naji e.a. (1989) en dat van Gallagher e.a. (1990), bleek dat respectievelijk 67% en 88% van de contacten in verband met HIV/AIDS afkomstig zijn van deze groep. Aan deze "verscholen" kant van de AIDS-epidemie wordt weinig aandacht besteed.

Sinds 1988 worden er door de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland, een landelijk netwerk van huisartsen, gegevens verzameld over contacten tussen huisartsen en patiënten waarin vragen over AIDS of bezorgdheid hiervoor zijn besproken. Doel van deze registratie is om inzicht te verschaffen in de AIDS-gerelateerde hulpvragen bij huisartsen van patiënten die niet aan AIDS lijden en niet (bewezen) seropositief zijn.

In 1994 zijn de gegevens over de periode van 1-04-1988 tot 31-03-1993 geanalyseerd. De resultaten van deze analyse zijn gepubliceerd in het NIVEL-rapport "Vragen over AIDS bij de huisarts" (Moons & Peters, 1994; Moons, Peters, Bartelds & Kerstens, 1996). De afgelopen drie jaar (1-04-1993 tot 31-03-1996) is de registratie van contacten waarin AIDS ter sprake kwam, gecontinueerd in het kader van de monitoringfunctie van het CMR-project. De gegevens van de totale acht jaar registratieperiode zullen in dit rapport worden geanalyseerd, grotendeels op dezelfde manier zoals dit ook in het eerdere rapport is gebeurd. Dit rapport

vervangt daarom ook het eerste rapport. Naast patiëntkenmerken, de hulpvraag, het handelen van de huisarts en het aantal contacten per praktijk, worden veranderingen in de tijd beschreven.

### **Beschouwing**

De resultaten over acht jaar registratie van AIDS-gerelateerde contacten bij de huisarts leiden tot twee algemene conclusies. Er is in toenemende mate sprake van 'veralledaagsing' van AIDS en de rol van de huisarts verbreedt zich van reageren en geruststellen tot een meer actieve rol bij het aanvragen van een HIV-test.

Er zijn een aantal ontwikkelingen zichtbaar die op veralledaagsing wijzen. Na een aanvankelijke groei van het aantal contacten sinds 1988 is na 1995 het aantal contacten gestabiliseerd op vijf per normpraktijk. Het groeiende aantal testverzoeken was de belangrijkste reden voor de toename van het aantal contacten. Belangrijk is de constatering dat aan het eind van de registratieperiode ongeveer evenveel vrouwen als mannen hun huisarts consulteren met vragen over AIDS, terwijl in het begin het aandeel vrouwen slechts een derde bedroeg. Opvallend ook is de daling van het aandeel traditionele risico-groepen (mannen met homoseksuele en bisexuele contacten, intraveneuze druggebruikers): in 1988 nog verantwoordelijk voor 23 procent van de consulten, in 1996 zeven procent. Overigens betreft dit niet alleen een procentuele daling, ook absoluut is het aantal contacten van traditionele risico-groepen verminderd. Enerzijds hangt dit samen met de toename van andere groepen patiënten, anderzijds zou het er op kunnen wijzen dat deze 'risico-patiënten' hun hulp elders zoeken. Zij gaan met (test-aan)vragen bijvoorbeeld minder snel naar hun huisarts, maar eerder naar bijvoorbeeld de GGD, een soa-polikliniek of een homospecifieke voorziening. Wat betreft de vraag naar 'algemene informatie' kan voor hen gelden dat er al zoveel aandacht en informatie specifiek voor deze groep is, buiten de huisarts om, dat deze mensen minder vaak met AIDS-vragen naar hun huisarts gaan.

Wat betreft de inhoud van de consulten kan geconstateerd worden dat de hulpvraag bijna altijd betrekking heeft op risicovolle seksuele contacten van de patiënt zelf, irreële besmettingsangst vormt slechts zelden een aanleiding om de huisarts te consulteren. AIDS wordt steeds meer gezien als een ziekte die iedereen kan overkomen en niet als een specifieke "homo-ziekte" of alleen gevaarlijk voor druggebruikers. Een verklaring voor deze ontwikkeling ligt voor de hand. Er is en wordt in de media veel aandacht aan AIDS besteed, er zijn grote voorlichtingscampagnes gehouden die zich in de loop der tijd gericht en op meer doelgroepen hebben toegespitst. AIDS lijkt momenteel een minder groot taboe dan in 1988, het begin van de registratie. Waarschijnlijk praten mensen er makkelijker over met hun huisarts, zijn beter geïnformeerd over besmettingsrisico's, en komen vaak met een duidelijk doel voor ogen: een HIV-test.

Hoewel er veel aandacht in het algemeen voor AIDS is, is het blijkbaar moeilijk voor mensen deze informatie op zichzelf te betrekken. Er bestaat nog steeds een discrepantie tussen wat mensen weten en wat ze uiteindelijk doen, getuige het onderzoek onder studenten over het gebruik van pil en condoom (Coenders, e.a, 1996). De huisarts heeft in een consult de mogelijkheid een 'advies op maat' te geven.

Van meet af aan is de HIV-test het belangrijkste gespreksonderwerp, meestal door de patiënt naar voren gebracht. Desondanks lijkt het erop dat de huisarts steeds vaker zelf een testadvies geeft. In het onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat in 1995 het aantal testaanvragen het aantal testverzoeken is gaan overstijgen, hetgeen alleen toegeschreven kan worden aan een



actievere rol van de huisarts. In ruim een derde van de testen waarbij de patiënt seropositief bleek, heeft de huisarts een test aangevraagd, hoewel de patiënt hier in eerste instantie niet om gevraagd had. De huisarts heeft in deze situaties de ernst van de situatie dus terecht onderkend.

Deze ontwikkeling loopt in de pas bij veranderende opvattingen over het testen. Tot voor kort werd - in Nederland althans - een terughoudend testbeleid gepropageerd. Inmiddels is dit beleid onder invloed van verbeterde mogelijkheden tot vroegbehandeling genuanceerd en wordt mensen die risico hebben gelopen geadviseerd zich, na inwinning van deskundig advies, te bezinnen op een test. De in dit onderzoek beschreven gegevens zijn gebaseerd op consulten tot en met het eerste kwartaal van 1996. Of de publiciteit over recent beschikbaar gekomen medicijnen en de positieve resultaten van combinatietherapie nadien geleid heeft tot meer testverzoeken van patiënten en/of tot meer situaties waarin de huisarts het initiatief voor een test neemt, is in deze rapportage nog niet na te gaan.

De huisarts vervult nog steeds een belangrijke rol wat betreft AIDS-gerelateerde problematiek. Naast het aanvragen van een HIV-antistoffentest, is de aanvullende informatie bij het geven van voorlichting en advies van belang. De kennis van huisartsen omtrent AIDS blijkt onder meer uit onderzoek van Veehof (1994) voldoende hoog te zijn om goed om te gaan met AIDS-problematiek. Bovendien wordt ook voortdurend aandacht besteed aan bijscholing van de huisarts. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het project deskundigheidsbevordering huisartsen met betrekking tot HIV/AIDS dat vanaf 1995 loopt. Hierin worden per regio huisartsen getraind tot HIV-consultanten (inmiddels 25 verspreid over het hele land), waarbij andere huisartsen terecht kunnen met vragen en die bijscholing verzorgen voor de huisartsen uit hun regio (Van Bergen, 1996).

Het onderzoek geeft echter aanleiding de huidige ontwikkelingen op het gebied van vroegbehandeling op hun gevolgen voor de mogelijke en wenselijke rol van de huisarts te blijven volgen. In die gevallen waar patiënten risico op besmetting hebben gelopen kan de afweging 'wel of niet testen' vaker in een positief testadvies van de huisarts resulteren en zal de huisarts mogelijk eerder geneigd zijn zelf het onderwerp 'AIDS' ter sprake te brengen. Alertheid lijkt met name geboden in die huisartspraktijken die weinig met AIDS-gerelateerde problematiek te maken hebben. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het vooral plattelandspraktijken zijn waarin de huisarts niet alleen veel minder dan elders, maar ook in steeds mindere mate met AIDS-gerelateerde contacten te maken hebben.

Tot slot een opmerking over dit registratieproject zelf. Al eerder is opgemerkt dat dit project geen totaal overzicht geeft van ontwikkelingen met betrekking tot vragen over AIDS van patiënten van wie geen seropositieve status bekend is. Het is beperkt tot die patiënten die zich hiermee tot hun huisarts wenden of waarvan de huisarts het onderwerp zelf ter sprake brengt. Vergelijkbare gegevens van andere instellingen die met vragen over AIDS, met name testverzoeken, te maken hebben zijn niet - soms op een enkel onderdeel - beschikbaar. Dit bemoeilijkt enerzijds het krijgen van een overall beeld op bevolkingsniveau, anderzijds is het onvoldoende mogelijk om de feitelijke rol van huisartsen en andere instellingen bij AIDS-gerelateerde problemen op waarde te kunnen schatten en wenselijke veranderingen in de hulpverlening aan te brengen.

## 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 behoeftering 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 vanaf 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 in 1995 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.

In tabel 30A zijn de gegevens weergegeven voor het jaar 1996. In dat jaar worden vooral incidentie patiënten gemeld.



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

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

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

In de zuidelijke provinciegroep wordt in 1995 het hoogste aantal patiënten gemeld. In de noordelijk provincies bedraagt in 1995 het aantal meldingen slechts 8 per 10.000 inwoners.

De mate van stedelijkheid van de woonplaats van de gemelde patiënten is in 1995 van minder invloed op het voorkomen van lever-, galblaas- en pancreasziekte.

Tabel 30A: Aantal vooral incidente patiënten met een lever-, galblaas- en pancreasaandoening per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen in 1996

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
mannen	1996	5	14	9	17	17	12	6	12
vrouwen	1996	8	15	7	17	21	12	4	12
totaal	1996	6	15	8	17	19	12	5	12

Ook voor de vooral incidente patiënten die in 1996 zijn gemeld wordt geen verschil gevonden in de aantallen voor vrouwen en die voor mannen. In de

zuidelijke provincies worden opnieuw de meeste patiënten gemeld. In 1996 is het aantal meldingen op het platteland opvallend hoger dan in de grote steden.

### Leeftijdverdeling

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, 1995-1996

leeftijdsgroep	mannen		vrouwen	
	1995	1996	1995	1996
≤ 1	-	-	-	-
1-4	(3)	-	(6)	-
5-9	16	(2)	(5)	-
10-14	(2)	(2)	(10)	(5)
15-19	19	(2)	(9)	(5)
20-24	(7)	(4)	(3)	(8)
25-29	8	-	11	(6)
30-34	18	11	8	10
35-39	14	8	22	7
40-44	13	19	25	13
45-49	43	6	22	4
50-54	47	20	69	25
55-59	20	23	24	15
60-64	36	26	63	32
65-69	41	31	46	33
70-74	82	32	44	22
75-79	65	28	82	14
80-84	58	79	57	32
≥ 85	(35)	(16)	(30)	(14)

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.

Het voorkomen van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen stijgt vanaf het 50ste levensjaar.

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

In 1996 zijn in totaal 161 patiënten met een al bestaande of recente lever-, galblaas- of pancreasaandoening gemeld. Op basis van de aanvullende gegevens is onderscheid te maken naar de aard van de aandoening. Ook is veelal gemeld wanneer de aandoening is vastgesteld.

In 1995 werden 315 patiënten gemeld, waarvan 55% incidente patiënten. In 1996 betreft het 161 patiënten waarvan er 31 al op 1-1-1996 bekend waren met een lever-, galblaas- of pancreasaandoening. Het aantal incidente gevallen ligt in 1996 dus lager dan in 1995: 130 versus 170 patiënten. Het aantal meldingen van virale leverontstekingen in 1996 is belangrijk lager dan in 1995. Het aantal patiënten met in 1996 voor het eerst optredende klachten varieert per kwartaal van 28 tot 35.

Bij de helft van de meldingen (50%) betreft het galstenen, die al of niet aanleiding geven tot ontstekingsreacties en of leverfunctiestoornissen. Leverfunctiestoornissen op basis van alcoholmisbruik worden bij 10% van de patiënten gemeld. Recente, maar ook oude infecties van de lever door virussen komen bij 14% 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 4% van de meldingen worden zeldzame leverziekten gemeld, maar ook de bijwerkingen van medicijnen (o.a. de anticonceptiepil). Op 9% van de formulieren ontbreekt informatie over de mogelijke oorzaak of is deze onbekend.

De rubriek is in 1997 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 toenemende contacten met (sub)tropische landen toe.

Met het hepatitis B virus zal iemand in Nederland niet snel in aanraking komen. Schattingen over de prevalentie van antistoffen tegen het hepatitis B virus in de westerse wereld lopen uiteen van 3-10%.

Wereldwijd zijn miljoenen mensen asymptomatische drager van het Hepatitis B virus. Het virus wordt parenteraal over gedragen met name via het bloed. Sexueel contact en het gemeenschappelijk gebruik van besmette naalden vormen in Nederland de belangrijkste transmissieroutes. In de gezondheidszorg is transmissie, vooral via prikaccidenten, een reëel risico.

Virale hepatitis is een ziekte waarvan aangifte gedaan moet worden.

In 1994 werden 978 gevallen van hepatitis A aangegeven; in 1995 998 en in 1996 735.

Hepatitis B komt minder frequent voor: in 1994 213 aangiften, in 1995 236 en in 1996 235.

Onderaangifte van deze aandoeningen is een probleem.

In 1995 en in 1996 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 1994-1996

	nederland		
	1994	1995	1996
hepatitis A	1.4	1.6	(0.2)
hepatitis B	(0.6)	(0.2)	(0.1)
overige vormen	1.1	0.4	0.5



De in tabel 32 berekende incidenties moet met voorzichtigheid worden gehanteerd. De absolute aantallen waarop de berekening is gebaseerd zijn erg gering. In 1996 werden slechts 3 gevallen van hepatitis A gemeld, 1 hepatitis B en 7 overige vormen (hepatitis door het Epstein Barr virus en het cytomegalie virus uitgezonderd).

Ook in 1997 is de registratie van virale hepatitis opgenomen in de rubriek aandoening van lever-, galblaas en pancreas.

## EENZIJDIG FYSIEK GEWELD TEGEN PERSONEN

Tot voor kort is éézijdig fysiek geweld tegen personen vooral onder de noemers kindermishandeling en geweld tegen vrouwen aan de orde gesteld. Van meer recente datum zijn de thema's geweld op school, verruwing in de sport en (sexuele) intimidatie op het werk.

Onvermijdelijk wordt in de discussie over deze onderwerpen de vraag gesteld wat de omvang van het verschijnsel is. Aangedrongen wordt daarnaar nader onderzoek te doen.

In 1985 werd in opdracht van het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een landelijk onderzoek gestart naar de aard, omvang, achtergronden en gevolgen van geweld tegen vrouwen in heterosexuele relaties. Van de ondervraagde vrouwen bleek 9% incidenteel éézijdig fysiek geweld meegemaakt te hebben en 11,4 herhaalde malen.<sup>18</sup> Gezien de cultuur waarin het 'gewone geweld' binnenshuis tegen volwassen vrouwen wordt verzwegen en ontkend geven deze resultaten naar de mening van de onderzoekster slechts een ondergrens aan van de omvang van het probleem.

De Begeleidingscommissie heeft herhaalde verzoeken gekregen enige vorm van éézijdig fysiek geweld tegen personen op te nemen op de weekstaat. In 1996 is daartoe overgegaan.

Onder fysiek geweld wordt verstaan: handelingen waarbij tegen de wil van de ander inbreuk wordt gemaakt op zijn/haar fysieke integriteit en/of pijn of letsel wordt toegebracht.

Het betreft nadrukkelijk enkel vormen van éézijdig geweld; vechtpartijen waarbij twee partijen vallen buiten de omschrijving.

De huisarts wordt gevraagd de slachtoffers van éézijdig fysiek geweld te melden. Onderscheid dient te worden gemaakt naar leeftijd en geslacht,

In de aanvullende vragenlijst wordt gevraagd of er sprake is van incidenteel dan wel herhaald fysiek geweld, naar de aard van het letsel en de lichamelijke gevolgen en wie de dader was.

Het aantal meldingen van slachtoffers van éénzijdig fysiek geweld per provincie groep en naar mate van verstedelijking is met het aantal voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen weergegeven in tabel 33.

Tabel 33: Aantal meldingen van slachtoffers van éénzijdig fysiek geweld per provincie groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en vrouwen in 1996

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
mannen	7	4	5	7	7	6	2	6
vrouwen	3	6	5	4	5	5	4	5
totaal	5	5	5	5	6	6	3	5

In 1996 zijn meer manlijke slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld gemeld dan vrouwelijke. Opvallend is dat het aantal meldingen in elk van de provincie groepen even hoog is.

Bij de opsplitsing naar graad van verstedelijking vallen de grote steden met de helft van het aantal meldingen van de beide andere stedelijkheidsgraden uit de toon. De huisartsen in de grote steden worden mogelijk minder met deze problematiek geconfronteerd omdat in de grote steden patiënten rechtstreeks naar de EHBO van een ziekenhuis gaan.

### Seizoensinvloeden

Er zijn weinig verschillen in de aantallen slachtoffers van éénzijdig fysiek geweld vastgesteld tussen de kwartalen van het jaar 1996. Enkel in het tweede kwartaal is het aantal meldingen wat hoger dan in de andere kwartalen.

### Leeftijdsverdeling

In tabel 34 is de leeftijdsverdeling weergegeven van het aantal slachtoffers van éénzijdig fysiek geweld voor Nederland.



Tabel 34: Aantal slachtoffers van éézijdig fysiek geweld per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1996

leeftijdsgroep	mannen	vrouwen	totaal
1- 4	0	( 3)	( 1)
5- 9	( 4)	( 2)	( 3)
10-14	9	( 2)	6
15-19	31	14	23
20-24	10	( 4)	7
25-29	( 3)	( 5)	4
30-34	8	12	10
35-39	0	( 7)	( 4)
40-44	( 6)	( 8)	7
45-49	( 2)	( 4)	3
50-54	( 5)	( 3)	4
55-59	( 3)	( 3)	3
60-64	0	0	0
65-69	( 4)	0	( 2)
70-74	0	( 4)	( 2)

Vooral de leeftijdsgroep van 15-24 jaar blijkt het slachtoffer te worden van éézijdig fysiek geweld. Jongens zijn duidelijk vaker het slachtoffer dan meisjes.

In de leeftijdsgroep van 25-50 jaar zijn vrouwen vaker het slachtoffer dan mannen.

De analyse van de aanvullende vragenlijsten laat zien dat hoewel er onder de slachtoffers nagenoeg evenveel mannen en jongens als meisjes en vrouwen zijn het bij de daders nagenoeg uitsluitend om mannen gaat.

De vrouwen zijn in ruim de helft van de situaties het slachtoffer van geweld door de partner of expartner (14 maal de partner en 4 maal de expartner).

Slechts een vijfde van de vrouwen is het slachtoffer van geweld door een onbekende; bij de mannen is dat drie vijfde (22 van de 36 meldingen van mannelijke slachtoffers).

Het onderwerp is voor 1997 op de weekstaat gehandhaafd.

## ACUTE GASTRO-ENTERITIS

Gastro-enteritis behoort tot de top-tien van aandoeningen in Nederland wat betreft incidentie en het draagt bij tot een aanzienlijke zorgbelasting in de eerste lijn.<sup>19</sup>

In 1996 is gastro-enteritis, -opnieuw-, opgenomen in de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Ook in 1992-1993 heeft het onderwerp op de weekstaat gestaan.

Het doel van het onderzoek is:

1. het vervolgen van trends in de incidentie en zorgbelasting van gastro-enteritis;
2. het vervolgen van trends in de incidentie van campylobacteriose en Salmonellose in verband met de uitvoering van het Nationaal Plan Zoönoten;
3. het vaststellen van de omvang van de zorgbelasting die is toe te schrijven aan specifieke verwekkers.

De peilstationarts wordt in deze registratie gevraagd een persoon te melden met een nieuwe episode van gastro-enteritis. Een nieuwe episode houdt in dat de patiënt voor het eerst wordt gezien tijdens deze episode en na een eventuele eerdere melding tenminste 14 dagen klachten vrij is geweest.

Patiënten die de huisarts uitsluitend telefonisch consulteren behoeven niet op de weekstaat te worden gemeld.

Als definitie van gastro-enteritis wordt gehanteerd:

- 3 of meer malen per dag dunne ontlasting, afwijkend van normaal voor deze persoon ofwel;
- dunne ontlasting en 2 van de volgende symptomen (koorts, braken, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting) ofwel;
- braken en 2 van de volgende symptomen (koorts, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting).

In aanvulling op de registratie op de weekstaat wordt patiënten gevraagd een vragenlijst in te vullen en een faecesmonster in te sturen. De huisartsen vragen ook een controle persoon deze vragenlijst in te vullen en een faecesmonster in te sturen.

Zowel de faecesmonsters van de patiënten als die van de controle personen worden op het RIVM onderzocht. De vragenlijsten worden bewerkt op het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie (Mw. Drs. M.A.S. de Wit en Dr. M.W. Borgdorff).

In tabel 35 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 35: Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
M	1992	38	40	52	112	38	59	82	62
	1993	32	53	49	88	31	53	80	56
	1996	39	47	49	66	40	51	56	51
V	1992	35	53	52	97	43	57	74	60
	1993	34	55	42	69	34	45	71	50
	1996	43	79	63	88	81	69	62	69
T	1992	37	47	52	104	41	48	78	62
	1993	33	54	46	78	32	48	76	53
	1996	41	63	56	77	60	60	59	60

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 1996 worden meer vrouwen dan mannen gemeld met gastro-enteritis: 69 versus 51 respectievelijk per 10.000 vrouwen per 10.000 mannen. In de jaren 1992-1993 was dit verschil minder duidelijk.

Het aantal meldingen is in elk van de jaren het hoogste in de zuidelijk provincies. Verschillen in aantallen meldingen tussen de grote steden en de andere groepen in de mate van verstedelijking worden in 1996 niet meer gevonden.

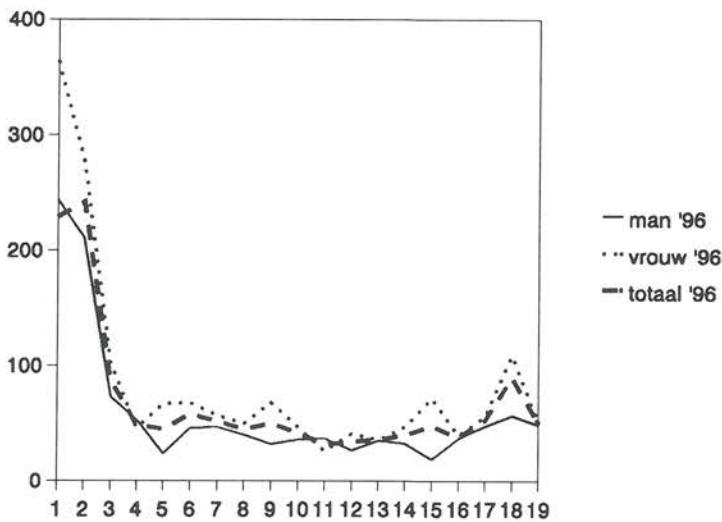
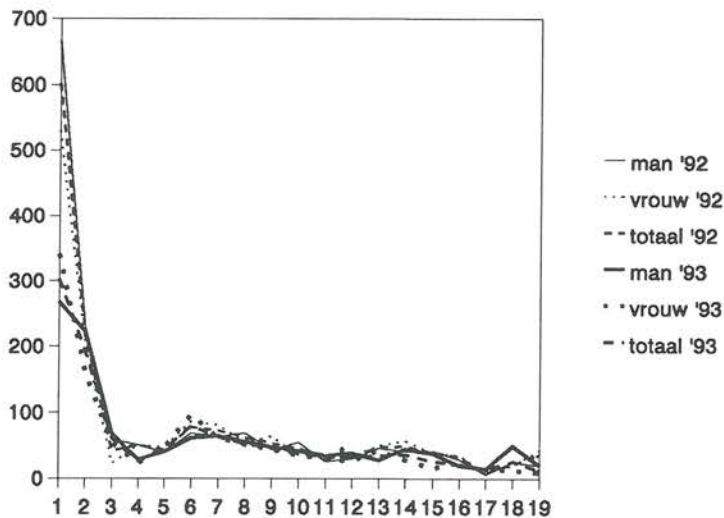
## Leeftijdsverdeling

In tabel 36 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 23).

Tabel 36: Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996

leeftijdsgroep	M			V			T		
	1992	1993	1996	1992	1993	1996	1992	1993	1996
≤ 1	667	268	244	530	341	364	602	303	229
1- 4	228	222	211	201	159	276	215	191	242
5- 9	60	68	73	23	54	102	42	61	87
10-14	51	29	53	50	23	46	51	26	49
15-19	40	41	24	48	48	67	44	44	45
20-24	69	62	46	87	97	68	78	80	58
25-29	64	65	47	81	62	57	73	63	52
30-34	69	56	40	55	51	50	62	53	45
35-39	44	48	32	64	44	68	54	46	50
40-44	55	42	36	36	35	47	46	38	42
45-49	26	35	37	36	30	26	31	33	32
50-54	30	39	27	34	26	41	32	33	34
55-59	46	28	35	50	43	36	48	35	36
60-64	41	45	33	57	28	47	49	36	40
65-69	42	38	19	39	(16)	72	40	26	48
70-74	29	(20)	37	35	24	40	33	22	38
75-79	( 7)	(15)	48	(10)	(15)	56	( 9)	15	53
80-84	(25)	50	57	(20)	(13)	109	22	26	90
≥ 85	(20)	(20)	49	43	( 9)	51	36	(12)	50

Figuur 23: Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996



1 = ≤1    2 = 1- 4    3 = 5- 9    4 = 10-14    5 = 15-19    6 = 20-24    7 = 25-29    8 = 30-34  
 9 = 35-39    10 = 40-44    11 = 45-49    12 = 50-54    13 = 55-59    14 = 60-64    15 = 65-69    16 = 70-74  
 17 = 75-79    18 = 80-84    19 = ≥85



In beide registratieperioden worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen.

In 1996 is bij 5-9 jarigen, anders dan in de jaren 1992-1993, sprake van een duidelijk hogere incidentie vergeleken met de leeftijdsgroepen 10-80 jaar.

In 1996 is er eveneens sprake van een aanzienlijk hogere incidentie bij de 80-85 jarigen in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen vanaf 10 jaar.

In de leeftijdsgroepen tussen 10-80 jaar verschilt de incidentie weinig: tussen 32 en 58 per 10.000 personen van enige leeftijdsgroep.

### **Seizoensinvloeden**

In het eerste kwartaal van 1996 zijn duidelijk meer meldingen van acute gastro-enteritis gedaan dan in de andere kwartalen: respectievelijk 21 versus 13, 14 en 11 per 10.000 inwoners.

Vooraf in de zuidelijke provincies is er in het 1<sup>e</sup> kwartaal van 1996 sprake van een relatief hoog aantal meldingen: 33 per 10.000 inwoners.

De registratie in de virologische laboratoria meldt in de weken 5-16 van 1996 een duidelijk verhoogd aantal rota-virussen vergeleken met de rest van het jaar. En vergeleken met dezelfde periode in 1995. (Infectieziekten Bulletin 1996, blz. 89, blz. 155, blz. 221 en blz. 285).

### **Resultaten van de faeceskweken**

Over de uitkomsten van het onderzoek van de faecesmonsters van zowel patiënten als controle personen zal door het RIVM (Mevr. drs. M.A.S. de Wit) nader worden gerapporteerd.

Het onderwerp staat ook in 1997 op de weekstaat.

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

GOOSEN, E.S.M., A.M.M. HOOGENBOOM-VERDEGAAL, A.I.M. BARTELD, M.J.W. SPRENGER, M.W. BORGdorFF.

**Incidentie van gastro-enteritis in huisartsenpeilstations in Nederland, 1992-1993.**

RIVM, 1995, Rapport nr. 149101012.

Gastro-enteritis behoort in Nederland tot de tien ziekten met de hoogste incidentie. In 1992 en 1993 vond een huisartsenpeilstationonderzoek plaats naar de incidentie en de microbiologie van dit ziektebeeld. Het onderzoek werd uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), in samenwerking met de huisartsen die meewerkten aan de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nivel en 24 microbiologische laboratoria.

Door de huisartsen werden patiënten die voldeden aan de gehanteerde case-definitie gemeld aan het NIVEL. Verder verzochten de huisartsen de patiënten om een vragenlijst in te vullen een faecesmonster in te sturen. De exacte respons van de huisartsen kon niet worden berekend omdat er geen gegevens waren over het aantal personen dat in de onderzoeksperiode een peilstationarts consulteerden maar ondanks dat ze aan de case-definitie voldeden niet in het onderzoek werden opgenomen. Er werden 1400 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Het aantal personen dat werd gemeld en/of waaraan door de huisartsen een onderzoekspakket werd uitgedeeld, werd berekend op circa 2370 uitgaande van de aanname dat de respons onder patiënten die wel en patiënten die niet werden gemeld gelijk was. Van 59% (1400/2370) van deze patiënten werd een vragenlijst ontvangen. De respons van de patiënten ten aanzien van het insturen van vragenlijsten was 80,3% (1400/1744). Van 89,1% (1248/1400) van de personen waarvan een vragenlijst werd ontvangen was de uitslag van het microbiologisch onderzoek bekend. De incidentie van huisartsconsulten voor gastro-enteritis was 55,3 per 10.000 persoonsjaren, na correctie voor geschatte non-respons was dat 89,9 per 10.000 persoonsjaren. De incidentie was in 1993 significant lager dan in 1992. Tussen mannen en vrouwen werd geen verschil in incidentie gevonden. De incidentie was het hoogst bij de 0-jarigen en ook bij de 1 tot en met 4-jarigen was deze duidelijk hoger dan in de andere leeftijdsgroepen. De incidentie van **Campylobacter** was 6,9 per 10.000 persoonsjaren (182 monsters positief), van **Salmonella** 2,2 (55 monsters positief) en van **Shigella** 0,4 per 10.000 persoonsjaren (10 Monsters positief). Na correctie voor geschatte non-respons waren deze incidenties respectievelijk 11,7 en 3,5 en 0,6 per 10.000 persoonsjaren. De incidentie van **Salmonella** was in 1993 hoger dan in 1992 en onder mannen hoger dan onder vrouwen. Voor **Campylobacter** en **Salmonella** waren de incidentiecijfers het hoogst in de leeftijdsgroepen onder 5 jaar. zoals verwacht waren de incidentiecijfers het hoogst in de (late) zomermaanden. De incidentiecijfers van zowel het ziektebeeld als de afzonderlijke micro-organismen waren, ook na de correctie voor de geschatte non-respons, duidelijk lager dan in andere peilstationonderzoeken. Waarschijnlijk zijn verschillen in methodologie, gehanteerde case-definities en onderzoekspopulaties hierop van invloed geweest. Om trends in de incidentie van gastro-enteritis en van de onderzochte en andere mogelijke verwekkers te kunnen volgen is het van belang dat huisartsenpeilstationonderzoek bij herhaling wordt uitgevoerd met een gelijkblijvende methodologie en onderzoekspopulatie. Het blijft evenwel van belang om de bevindingen eens in de 5 tot 10 jaar te iken aan de populatiestudie.

WIT DE M.A.S., L.M. KORTBEEK, W.J. VAN LEEUWEN, M.P.G. KOOPMANS, A.I.M. BARTELD, I.A. VAN ASPEREN, M.W. BORGDORFF

**Interim-rapportage van onderzoek naar gastro-enteritis in huisartsenpeilstations (NIVEL) 1996-1997.**

Methoden en resultaten van de eerste vijf maanden.  
RIVM, Bilthoven, maart 1997, rapportnr. 216852001.

In 1996 is een onderzoek gestart naar gastro-enteritis in de praktijkpopulatie van huisartsenpeilstations van het NIVEL met als doel het bepalen van de incidentie van consulten wegens gastro-enteritis en het identificeren van met gastro-enteritis geassocieerde micro-organismen en risicofactoren. Dit onderzoek zal in 1997 doorlopen. In dit rapport worden de methoden en resultaten tot september 1996 gepresenteerd. Sinds 1 januari 1996 melden alle peilstationartsen wekelijks alle patiënten die hen consulteren met gastro-enteritis. Daarnaast nemen sinds 10 mei '96 33 van de 43 NIVEL-huisartsen, die gastro-enteritis melden, deel aan het patiëntcontroleonderzoek, middels het uitreiken van vragenlijsten en faecespotjes aan



patiënten met gastro-enteritis en controle-patiënten zonder gastro-enteritis. De faecesmonsters worden onderzocht op de aanwezigheid van bacteriën, virussen en parasieten. De incidentie van gastro-enteritis consulten, op basis van de registratie van januari tot september 1996, was 0.8 per 100 persoonsjaren. Van 64% van de tussen 10 mei en 3 september gemelde patiënten is tevens een faecesmonster en een vragenlijst ontvangen. In de analyse zijn 152 patiënten en 115 controles opgenomen. In totaal is in 53% van de faecesmonsters van patiënten en 53% van controles een mogelijk pathogeen micro-organisme aangetoond. **Salmonella** en **Campylobacter** werden geïsoleerd bij respectievelijk 4% en 13% van de patiënten en niet bij controles. Rotavirus-antigen werd gedetecteerd bij 5% van de patiënten en 13% van de controles. **Giardia Lambia** werd gedetecteerd bij 5% van de patiënten en 6% van de controles, **Blastocystis hominis** bij 24% van de patiënten en 29% van de controles en **Dientamoeba fragilis** bij 10% van patiënten en 17% van controles. De overige micro-organismen werden slechts incidenteel gevonden. De onderzochte bacteriën werden alleen gevonden bij patiënten. Van parasieten is bekend dat zij ook bij personen zonder klachten voor kunnen komen. Een aantal belangrijke virale gastro-enteritiden (rotavirus, SRSV) komen met name voor in de eerste maanden van het jaar. Omdat er toen nog niet gemeten is, kunnen hierover nog geen uitsprake gedaan worden.

## 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>20</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 geëxtrapolerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapolerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1987-1996 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
1996	7.662	7.832	15.494

\* 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	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
1996			115			178.000	
cervixuit- strijke -met klachten en/of symptomen	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	
1996		61			47.500		
- preventief	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	
1996		560			438.500		

\* zie pagina 122

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)	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	
1996		267			209.000		
cervixuit- strijkje totaal	1987		615			455.000	
	1988		691			514.000	
	1989		830			622.000	
	1990		905			682.000	
	1991		857			645.000	
	1992		829			632.500	
	1993		780			599.500	
	1994		802			622.000	
	1995		793			618.000	
1996		888			695.000		
sterilisatie	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
1996	40	21		30.500	16.500	47.000	
cumulatief					850.500 <sup>1</sup>	638.500 <sup>2</sup>	

\* zie pagina 122

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***
suïcide (-pogingen)	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
	1996			6			9.250
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	
1996		87			68.000		
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	
1996		32			25.000		

\* zie pagina 122



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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000 <sup>a</sup> )				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
mammogra- fieën totaal	1988		92			68.500	
	1989		102			76.000	
	1990		109			82.000	
	1991		131			99.500	
	1992		122			93.500	
	1993		176			135.500	
	1994		156			121.000	
	1995		143			111.500	
	1996		119			93.000	
P.I.D.	1993		7			5.500	
	1994		9			7.000	
	1995		8			6.250	
	1996		7			5.500	
urethritis bij man	1992	31			23.000		
	1993	23			17.500		
	1994	25			19.000		
	1995	26			20.000		
	1996	21			16.000		
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
	1996			20			31.000
lever-, galblaas en pancreasziekte (incident en prevalent) (incident)	1995	22	24	23	17.000	19.000	36.000
	1996	12	12	12	9.000	9.500	18.500

\* zie pagina 122

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>
hepatitis A	1994			1,4			2.200
	1995			1,6			2.500
	1996			0,2			300
hepatitis B	1994			0,6			1.000
	1995			0,2			300
	1996			0,1			150
overige hepatitis	1994			1,1			1.700
	1995			0,4			600
	1996			0,5			750
eenzijdig fysiek geweld	1996	6	5	5	4.250	3.750	8.000
gastro- enteritis	1996	51	69	60	39.000	54.000	93.000

\* 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 over de in 1996 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>21</sup>

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

In 1996 is het aantal verzoeken 40. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 80% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 37; drie patiënten verblijven in een ziekenhuis.

Bij 35 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 38 pa-

tiënten 7 patiënten vragen eveneens om hulp bij zelfdoding. Twee patiënten vragen enkel hulp bij zelfdoding. Bij 30 van de 40 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.

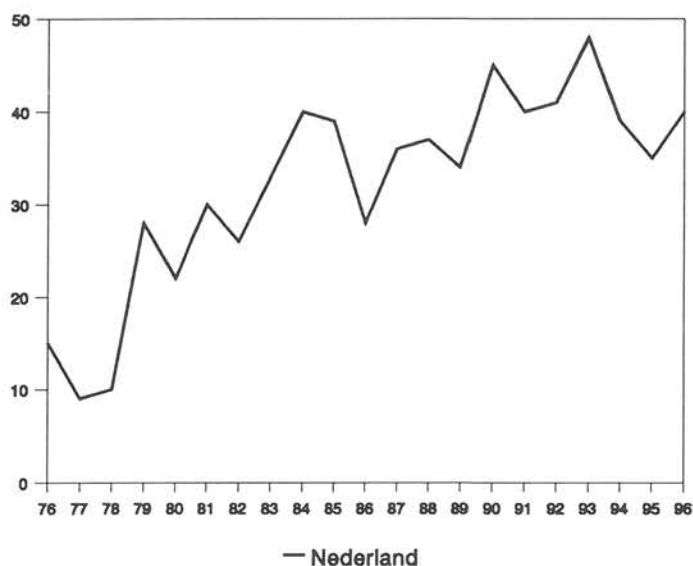
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1996.

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 37 te vinden (vergelijk figuur 24).

Tabel 37: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1987-1996

absoluut	M		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
			A	B	C	D	1	2	3	
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
1996	24	16	8	9	19	4	7	20	13	40

Figuur 24: Absolute aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding, voor Nederland, 1976-1996



Gerekend over de gehele periode 1976-1996 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 38 en tabel 39.

Tabel 38: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1996\*

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	16	10
gemiddeld aantal verzoeken	14,8	12,6	18,8	10,7
Spreiding	0 - 31	3 - 37	0 - 46	2 - 23

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

Tabel 39: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-1996\*

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	20	13
gemiddeld aantal verzoeken	12.5	12.8	20
Spreading	3 - 24	0 - 31	2 - 46

\* 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 40 te vinden.

Tabel 40: Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1987-1996

	≤54	55-64	65-74	75-84	≥85	totaal
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
1996	5	10	14	7	4	40

### Overzicht van de gemelde verzoeken.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 675 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 372 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 41.

Tabel 41: Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1996

		n%
maligne neoplasma	494	73
hart- en vaatziekten	43	6
chronische obstructieve longziekten	31	4.5
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	34	5
overige ziekten	73	11
<b>totaal</b>	<b>675</b>	<b>99.5</b>

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

Tabel 42: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-1996

	≤ 54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥ 85 %
maligne aandoeningen	76	89	87	61	23
hart- en vaatziekten	0	1	3	13	23
chron. obst. longziekten	1	3	3	9	10
symptomen en onvolledig	3	2	1	5	31
overige ziekten	20	5	7	12	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 rheumatoïde artritis als aanleiding tot een verzoek genoemd.

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

In tabel 43 is per aandoening de leeftjidsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 43: Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1996 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	675	36	64
alle maligniteiten	494	41	59
hart- en vaatziekten	42	2	98
chr. obstr. long- ziekten	31	16	84
symptomen en onvol- ledig omschreven ziekten	34	17	83
overige ziekten	73	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 44).

Tabel 44: Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten met een maligniteit jonger en ouder dan 65 jaar naar lokalisatie van de tumor (n=absolute aantallen), 1976-1996

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle maligniteiten	494	41	59
maag	50	38	62
colon/rectum	71	34	66
trachea/long	137	36	64
borst	52	58	42
overige	184	43	57

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

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 87.5% in 1996.

## Beschouwing

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989<sup>22</sup>).

Sindsdien zijn er belangrijke grootschallige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland te aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslissingen rond het levenseinde van patiënten (Van der Maas e.a. 1991<sup>23</sup>, Pijnenborg e.a. 1994<sup>24</sup>, Van der Wal e.a. 1994<sup>25</sup>). Recent is er opnieuw een grootschallige studie onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseind (Van der Maas e.a. 1996<sup>26</sup>). In dat kader is ook de in 1991 vastgestelde meldingsprocedure bij euthanasie en hulp bij zelfdoding geëvalueerd (Van der Wal e.a. 1996<sup>27</sup>).

De methodologische verschillen tussen de genoemde onderzoeken en de registratie door de huisartsen van de CMR-Peilstations zijn aanzienlijk. Het voert te ver die hier te bespreken. Een verschil moet echter worden vermeld; in tegenstelling tot de recente andere genoemde onderzoeken zijn de gegevens van de CMR-Peilstations exclusief van huisartsen afkomstig.

In 1990 blijkt het verschil in het gemiddeld aantal verzoeken om euthanasie dat een huisarts per jaar krijgt niet groot: in de CMR-Peilstations 0,74 en in het onderzoek van het CBS en de Erasmusuniversiteit 0,8 gemiddeld per huisarts.

Het aantal meer expliciete verzoeken om euthanasie op een bepaald moment in het ziekte proces is tussen 1990 en 1995 met 9% gestegen (Van der Maas, 1996). Het aantal overledenen nam toe met iets meer dan 5%.

De registratie van het aantal explicite verzoeken om euthanasie door de artsen van de CMR-Peilstations geeft in de periode 1990-1995 eveneens een toename te zien; zij het een geringere dan de door van der Maas e.a. vastgestelde 9%. Het aantal verzoeken om euthanasie lijkt een 'natuurlijk' plafond te bereiken van ongeveer 3 per 10.000 patiënten, dat wil zeggen gemiddeld 0,75 verzoeken per huisarts per jaar.

De relatief kleine absolute aantallen verzoeken aan de Peilstationartsen kunnen per jaar aanzienlijke verschillen vertonen zodat het noodzakelijk is met voortschrijdende gemiddelden te werken.



Een opvallend verschil, een van de weinige, tussen de interview-studie en het overlijdensakten-onderzoek uitgevoerd door van der Maas e.a. betreft de geslachtsverdeling van de patiënten waarbij het verzoek om euthanasie is ingewilligd.

In 1995 wordt volgens het overlijdensakte-onderzoek euthanasie meer toegepast bij vrouwen dan bij mannen. In de interview studie van 1995 en in het onderzoek uit 1990 is de geslachtsverhouding omgekeerd.

De registratie van de verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consequent een groter aandeel van de mannen boven de vrouwen: 55% versus 45% in de periode 1976-1996.

In de onderzoeken tot nu toe is een uitkomst zeer consistent aanwezig: het zijn vooral patiënten met een maligne aandoening die om euthanasie vragen en waarbij een dergelijk verzoek wordt ingewilligd ( $\pm$  80%). Eveneens wordt veelal vastgesteld dat dit aandeel van de patiënten met een maligniteit op oudere leeftijd afneemt.

#### Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1996.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
92	V	recidiverende decompensatio cordis	uitzichtloosheid
86	V	mammacarcinoom	pijn
85	M	prostaatacarcinoom	toenemende pijn en invaliditeit door wervel metastasen
85	M	adenocarcinoom	algehele achteruitgang, uitzichtloosheid
82	M	hodgakin lymfoom	kortademigheid
82	M	coloncarcinoom	ontluistering, wilde niet meer
80	M	terminale CARA	
77	V	pancreascarcinoom met metastasen	aftakeling
75	M	keeltumor	dreigende verstikking
75	M	longcarcinoom	grote lijdensdruk
74	M	longcarcinoom	progressieve dyspnoe
74	M	gemetastaseerd longcarcinoom	ontluistering, pijn, afhankelijkheid
73	V	ovariumcarcinoom	pijn, enorme tumor, dreigende urineweg obstructie
72	M	longcarcinoom	pijn, cachexie
71	M	prostaatacarcinoom	geleidelijke cachexie
69	V	Ziekte van Parkinson	achteruitgang
68	M	non hodgakin lymfoom	pijn
68	V	mammacarcinoom met metastasen	

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1996.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
66	M	ALS	benauwdheid aanvallen angst
66	M	progressief groeiend mesothelioom	toenemende benauwdheid aanvallen en pijn
66	M	longcarcinoom	benauwdheid
65	M	emfyseem en non hoge kin lymfoom	ernstige benauwdheid
65	M	longcarcinoom	uitzichtloosheid ziekte, toename dyspnoe
65	V	sigmoidcarcinoom	maleise
65	V	Ziekte van Parkinson	zinloosheid
64	M	prostaatacarcinoom	invaliditeit, toenemende pijnen, hartlijden
64	M	pancreaskopcarcinoom	uitzichtloosheid
63	M	mammacarcinoom met metastasen	uitzichtloosheid
63	V	non hodgakin lymfoom	angst voor pijn en lijden
62	M	coloncancinoom met metastasen	
60	M	longcarcinoom met metastasen	
59	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	
57	V	ALS	achteruitgang, op de hoogte van ellendig verloop
56	V	metastatisch proces in cerebro	
56	V	depressie	uitzichtloosheid
49	V	terminale fase gemetastaseerd mammacarcinoom	ondragelijk lijden
48	M	longcarcinoom met metastasen	ondraaglijke pijn, cachexie
46	V	mammacarcinoom	hersensmetastasen, acute achteruitgang
38	V	mammacarcinoom met metastasen	
32	M	longcarcinoom	benauwdheid

Het onderzoek wordt in het jaar 1997 gecontinueerd.



## 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 peilstationarissen 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 is evenals in 1995 ook weer eind 1996 de peilstationarissen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld. Betrof het een in 1996 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 45 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 1985-1989 en 1995-1996.

Tabel 45: Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-1996 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>absoluut/jaar</b>								
gem: 1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
<b>per 10.000</b>								
vrouwen 1995 <sup>1)</sup>	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2

1) In het verslag over 1995 is per abuis het voorkomen berekend over de gehele populatie (mannen en vrouwen).

Eetstoornissen worden het meest gemeld in de westelijke provincies en in de middelgrote plaatsen en steden.

In tabel 46 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 46: Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-1996

vrouwen	1985-1989 gem.	1995	1996
10-14	1	1	1
15-19	8	13	15
20-24	12	14	9
25-29	14	10	7
30-34	6	9	4
35-39	7	8	6
40-44	4	2	2
45-49	1	4	1
50-54	1	2	-
55-59	1	-	-

In 1996 werd 1 jongen van 14 jaar gemeld met een eetstoornis.

Ook in 1997 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

## EEN PUBLIKATIE 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 the 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-year 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 1997 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
  - a. Influenza(-achtig ziektebeeld);
  - b. Cervixuitstrijkje;
  - c. Lever-, galblaas- en pancreasziekte;
  - d. Herpes zoster;
  - 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;
  - o. Prostaatlijden.
2. De incidentele onderzoeken voor 1997 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen en agressie tegen huisarts en assistente.
3. Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
4. Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
5. Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

## LIJST VAN RAPPORTEN OP BASIS OF MEDE OP BASIS VAN DE GE- VENS UIT CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE PEILSTATIONS

**Overzicht per 1 januari 1997 (vanaf 1-1-1991).**

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

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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1993-1994. 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.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1996-1997. Uitgave NIC,NIVEL, RIVM en GHI. Uitgebracht door NIC, 1996-1997.

## LIJST VAN PUBLIKATIES OP BASIS OF MEDE OP BASIS VAN DE GE- GEVENS 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.

**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. FROOM,

**Acute Otitis Media in Adults.**

*Journal of the American Board of Family Practice*, 1993.

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

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

**Results:** Compared with children, adults sought care more quickly after symptoms onset, were more likely to have a tonsillectomy and/or adenoidectomy, and to complain of ear pain, decreased hearing, sore throat, and ear discharge. Children were more likely to have a history of recent upper respiratory infection, serous otitis, and ear tubes; symptoms of fever, diarrhea and vomiting; and tympanic membrane (TM) findings of redness, bulging, and ear tubes in place.

History of reduced hearing, allergy, prophylactic antibiotics, and TM findings characterized as opaque or dull, fluid, draining pus, perforation, and not visualized were equally frequent in both age groups. For adults, neither type nor duration of antibiotic affected outcome. Patients receiving antibiotics had lower rates of recovery than those who did not. The likelihood of a poor outcome increased with an increasing number of past episodes of OAM and with increasing age.

**Conclusion:** 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. BARTELDIS, 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.

LINN, F.H.H., E.F.M. WIJCKES, Y. VAN DER GRAAF, F.A.C. WEERDESTEYN-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.

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 to 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 of 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 antibodies against poliomyelitis. This may be explained by the fact that vaccination against poliomyelitis in military service started in 1973. Among those born between 1930 and 1950, most of the persons lacking antibodies to poliomyelitis were found. This was true of the three types of poliovirus.

Vaccination against measles was included in the National Immunization programme in 1976. The participants in 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 countryside 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 recognized in the serological responsiveness to rubella.



GOUSEN, E.S.M., A.M.M. HOOGENBOOM-VERDEGAAL, A.I.M. BARTELD, M.J.W. SPRENGER, M.W. BORGENDORFF.

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

RIVM, 1995, Rapportnummer 149101012.

In the Netherlands gastro-enteritis is among the ten diseases with the highest incidence rates. A sentinel study on the incidence of gastro-intestinal disorders 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 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 gastro-intestinal complaints was 55.3 per 10,000 person years, after correction for non-response it was 89.9 per 10,000 person 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 age groups 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 incidences were 11.7 and 3.5 and 0.6 per 10,000 person years. The *Salmonella* incidence rate was 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 age groups under five. The (late) summer months, as expected, showed the highest incidence rates. Incidence rates for gastro-enteritis 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 generalized 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.

SCHWARTZ, F.W. PROF. Dr. e.a.

**The European Denominator Project.**

Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Health Care Research in Countries of the European Community.  
Hannover, 1996.

The third analysis shows that concerning the physician as the denominator is of use only if it can be related in a reasonably reliable way to the underlying population at risk. The steps required to relate the population to an individual will vary in differing countries. To extrapolate from the number of physicians to an estimate of the underlying population, each national sentinel network must make assumptions about the relationship between the sentinel practice physicians and any national list of doctors (preferably general practitioners).

The fourth analysis indicates that while the yearly contact group is not perfect denominator, it is nevertheless, the only realistic one that can be used at present. There is a better way of estimating the true population, patient registration, but it does not exist in all countries. Without patient registration there is no known method to obtain closer estimate of the denominator.

**1 Summary**

In most European countries, sentinel practice networks have been established as an epidemiological tool in the health care system. In such networks, data are gathered from office-based physicians to monitor defined events among their patients (e.g., influenza and mumps). After adequate analysis, these data indicate spatial and temporal trends in event frequencies.

The areas covered by such sentinel practice are communities, countries, or in some cases countries. Though surveillance systems can be very useful in small regions, national differences or global trends in the frequency and distribution of health problems can be demonstrated only by joining the results of single sentinel networks. Obtaining comparable data is vital to primary care research between different regions or different countries.



### **1.1 Approaches to the Denominator in Sentinel Research**

The goal of sentinel practice networks is to provide some information on the epidemiology of disease in the general population. Since the target population would be "probed" by a network of medical practices, there is uncertainty concerning whether the frequencies and rates observed in the network may be regarded as an unbiased reflection of the true epidemiology. Use of appropriate denominator at different levels of complexity. The more complex the denominator, the more the uncertainty may be overcome. Approaches to the denominator include: crude numbers of cases, number of sentinel practice, number of consultations, yearly or quarterly contact group, and total population (most desirable denominator).

### **1.2 The Denominator Problem**

Chapter 4 of this report presents a review of literature, published over the last two decades, related to the denominator problem. Articles are presented in relation to the two major approaches to estimating the practice denominator, patient register methods and mathematical models. This review shows that there is no single method for solving the denominator problem. Well-kept practice lists and well-maintained age-sex registers seem to be the most reliable approach. Mathematical models have been developed to estimate the population at risk in health systems where no practice list other of registration is available.

### **1.3 Current Denominator Concepts in European Countries**

The current approaches to the denominator in the subject are examined in Chapter 5. In Belgium, there are two sentinel networks with GPs. However, since there are no patients lists in Belgium, the best way to estimate the size of the denominator population for Belgium seems to be by means of the number of patient contacts per practitioner.

In France, all data collected by the Sentinel General Practitioners (SGPs) are analysed weekly and automatically returned to them through electronic bulletins. Because the French are free to choose the GPs and to visit specialists by themselves, information about one SGP's practice is difficult or impossible to collect routinely. For this reason, a direct approach to estimating the population under surveillance cannot be used, and mathematical approaches seem warranted.

In Germany, no overall sentinel system exists, but insurers could (in theory) supply data on encounters. However, since there are more than 100 insurers covering subgroups of the population (mostly based on professions), it would be difficult to obtain information on all encounters in a given area. The MORBUS sentinel practice network was set up to remedy this situation and to regularly report the absolute number of physician with patients having a specified condition (e.g., asthma in children aged 0-8 years). Several approaches to the denominator are possible with MORBUS: contact denominator, patient denominator, served population denominator, and total population denominator.

In the Netherlands, nearly inhabitants are registered at a specific general practice, and in general specialist or hospital care is accessible only after referral by a GP. Therefore, most epidemiological calculations are based on the formal registration of patients in the participating practices. The population at risk is, in general, comparable with the total Dutch population with regard to age and sex distribution.

Similarly, in the United Kingdom, primary health care is provided by a system in which persons are registered with a specific GP who is responsible for providing total and comprehensive care regardless of the disease. The denominator is given, by age and sex, for each of the practice recording units as the population registered in the practice at the midpoint of the week reported.

#### **1.4 Utilisation of Health Service-Key Determinants**

Chapter 7 examines the relationship between the epidemiology of a disease and health service utilisation, which is heavily influenced by other factors. Literature from health psychology, health economics, medical sociology, and anthropology contributes to the current knowledge of the variables that influence health care utilisation.

#### **1.5 Comparisons of Sentinel Data Related to Different Denominators**

In Chapter 8, comparisons of sentinel data denominators are examined to help determine their relative utility under different conditions. The trend of suicide attempts was reviewed, comparing Dutch and Belgian data and the results expressed by two types of denominators: GP and population. In that study, incidence aligned more closely with population than the denominator.

In a second study, examining time-series data on HIV testing different countries, direct an indirect estimation of the population under surveillance was compared. Another study examined whether a comparison between time series of measles data in four different countries could argue for external validity of two denominator approaches (direct and indirect estimation of the population under surveillance). Again, data from sources were compared (two German, a United Kingdom and a French source) as to the consultation rate for adult asthmatics, to determine the optimum denominator for this epidemiological problem. Finally, a fourth study calculated contact for different periods of the year to assess the strength of variation among rates for different seasons. The purpose was to determine the interpretability of contact data, as a denominator, if incidence is measured at different times of the year.

#### **1.6 Potential Ways of Harmonising Denominators**

Chapter 9 reviews potential ways to harmonise the denominators for international comparisons. Four studies were undertaken for this purpose and emphasised: indicator disease, reference population, the physician as denominator, and the yearly contact group.

In the second study, "Estimation by Utilisation Rates from a Reference Population", the number of patients consulting for any reason in an unknown population is compared with patients consulting rates in a reference population. The period covered is at least one year; and the number of patients who consulted for any reason are the numerator (not the number who consulted for a particular illness).

## BIJLAGE 1

### Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 1996

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeke	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. Kranenburg	Deventer	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps/B. Jansen comb.-praktijk)	Swifterbant	Flevoland
D. de long*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
J.H. de Boer/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
F.K.A. Fokkema/Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
P.J. Kromeich	Utrecht	Utrecht
W.J. van Bodegom*)	Linschoten	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	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
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland

## BIJLAGE 1 (vervolg)

### Deelnemende artsen in 1996

G.C.J.M. van Rooy/C.J.J. Kloos/ P.van Dijk/Mw. B. Hart/W. van Dijk (comb.-praktijk)	Schiedam	Zuid-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	Zuid-Holland
A. Lagendijk	Dordrecht	Zuid-Holland
R. Kanters	Den Haag	Zuid-Holland
B. Adèr	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg- Sleeboom/J. Schinkelshoek (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman	Maassluis	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.R.L. Vercauteren/H.J.W.A. Meijerink/ J.A.P.A. Warringa (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
C.H.G.M. van Moorsel	Uden	Noord-Brabant
A.M.P. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
S.P.F. van Rijn/M.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



CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATION 1996

Proj. no.	verslagjaar				Code peilstat.	Week no.
4 0 0 0	9	6				

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

Week nummer: \_\_\_\_\_ Opgemaakt d.d.: \_\_\_\_\_ Aantal dagen gerapporteerd (zie voetnoot 1) 0 1 2 3 4 5

Zie ommezijde voor voetnoten

## BIJLAGE 3a

### Onderwerpen op de weekstaat 1970-1997 (alfabetisch)

---

onderwerpen

---

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-1997
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespesteek	1992-1993
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1997
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
exanthema e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1997
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-1997
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis	1994
herpes zoster	1997
hondebeten	1987
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-1997
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1997
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1997
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990

---



## Onderwerpen op de weekstaat 1970-1997 (alfabetisch) (vervolg)

---

### Onderwerpen

---

mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
oestrogenen voorschrift	1994-1997
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)	1994-1997
prostaatlijden	1997
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	1972-1997
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1997
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-1997
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-1997
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 1977-1997  
(alfabetisch)

---

onderwerpen	
acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-1997
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-1997
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 1996 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	502	479	981
5- 9	493	471	964
10-14	461	442	903
15-19	473	451	924
20-24	547	533	1.080
25-29	663	634	1.297
30-34	677	645	1.322
35-39	630	608	1.238
40-44	586	568	1.154
45-49	614	589	1.203
50-54	460	440	900
55-59	390	385	775
60-64	338	354	692
65-69	291	337	628
70-74	237	315	552
75-79	155	244	399
80-84	91	183	274
≥ 85	54	154	208
totaal	7.662	7.832	15.494

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

CONTINUE PARADITYPTISNGESTRIJKE FETILISATIONS  
 CUMULATIEF ALLE FETILISATIONS (A-STANDAARDISLEK)  
 JAAR: 1976  
 WEEK: 01 Y/M 52

ALLE FETILISATIONS

LEEF TIJDS- GROEP	POPULATIE		"INFLU- LENZA"				"INFLU- LENZA"				LEVER-1, GALBLAAS EN PANCREASZIEKTE				STERILISATIE			
	M	V	M+V	V	V	V	M	V	V	V	M	V	V	V	M	V	V	V
<1 JR	576	497	1073	365	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3652	3408	7060	221	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4516	4223	8739	149	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0
10-14 JR	4363	4153	8516	98	0	0	0	0	0	2	5	4	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	4205	4158	8363	114	12	7	0	2	2	5	4	0	0	0	0	0	0	0
20-24 JR	4995	5275	10270	130	72	72	8	13	4	8	6	0	0	0	0	0	0	0
25-29 JR	6421	6312	12733	149	94	295	36	62	0	6	3	8	13	10				
30-34 JR	6311	6046	12357	166	136	1463	93	283	11	10	11	10	11	78	66	72		
35-39 JR	5965	5667	11632	180	117	1283	76	460	8	7	8	200	106	155				
40-44 JR	5298	5312	10610	149	113	1195	102	573	19	13	16	121	58	90				
45-49 JR	5424	5293	10717	146	79	1067	142	538	6	4	5	60	15	33				
50-54 JR	4095	3936	8031	147	114	1120	112	668	20	25	22	27	3	15				
55-59 JR	3430	3337	6767	157	54	1129	60	545	23	15	19	6	0	3				
60-64 JR	3045	3171	6216	208	32	445	28	183	26	32	29	0	0	0				
65-69 JR	2601	3074	5675	152	23	29	13	29	31	33	32	0	0	0				
70-74 JR	2190	2756	4946	166	11	10	11	4	32	22	26	0	0	0				
75-79 JR	1453	2139	3592	151	9	5	0	0	28	14	20	0	0	0				
80-84 JR	882	1564	2446	172	0	0	6	0	79	32	49	0	0	0				
85 JR	612	1386	1998	50	0	0	0	0	16	14	15	0	0	0				
TOTAAL	70024	71607	141631	155	61	560	46	221	12	12	12	40	21	30				

## CONTINUE MONITORINGGISTRATIE FILIATIONS

CUMULATIEF ALLE FILIATIONS GESTANDMAKISERD

JAAR: 1996

MEET: 01/11/96

## ALLE FILIATIONS

LEEFTIJDS- GROUP	POPULATIE			DE-STRO- GENEN	CHRONISCHE P.LIJNTOORNIS	SUICIDE (PUGING)	MAMMOGRAFIE	FYSIEK GEWELD	P.I.D.
	M	V	T						
<1 JR	576	497	1073	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3652	3408	7060	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4516	4223	8739	0	0	0	0	4	2
10-14 JR	4363	4183	8546	0	0	0	0	9	2
15-19 JR	4205	4158	8363	0	2	1	6	10	0
20-24 JR	4995	5275	10270	0	4	4	8	46	0
25-29 JR	6421	6312	12733	0	0	13	6	70	10
30-34 JR	6311	6046	12357	0	5	17	11	127	27
35-39 JR	5985	5667	11652	11	12	38	24	4	158
40-44 JR	5298	5312	10610	43	4	36	20	11	211
45-49 JR	5424	5293	10717	85	15	21	18	8	200
50-54 JR	4095	3936	8031	168	7	36	21	5	173
55-59 JR	3430	3337	6767	17	20	15	18	4	90
60-64 JR	3045	3171	6216	41	10	10	10	3	60
65-69 JR	2601	3074	5675	13	0	16	12	2	33
70-74 JR	2190	2756	4946	36	9	18	14	4	69
75-79 JR	1453	2139	3592	42	0	5	3	11	52
80-84 JR	882	1564	2446	32	11	0	4	8	13
>85 JR	612	1386	1998	14	0	0	0	0	29
TOTAAL	70024	71607	141631	278	6	15	10	6	87

CONTINUE REGISTRATIE PEELSTATIENS  
CUMULATIEF ALLE PEELSTATIENS (STANDAARDISEERD)  
JAAR: 1996  
WEEK: 01 T/M 52

ALLE PEELSTATIENS

LEEFTIJD- GROEP	POPULATIE			URETHRI- TIS		CAIDS		GASTRO-ENTERITIS		/M 52	
	M	V	T	M	M+V	M	V	T	/M 52	/M 52	
<1	JR	576	497	1073	0	0	244	364	299		
1-4	JR	3652	3408	7060	0	0	211	276	242		
5-9	JR	4516	4223	8739	0	0	73	102	97		
10-14	JR	4353	4183	8536	0	2	53	46	49		
15-19	JR	4205	4189	8393	5	24	24	67	45		
20-24	JR	4995	5275	10270	22	60	46	68	58		
25-29	JR	6421	6312	12733	28	54	47	57	52		
30-34	JR	6311	6046	12357	27	40	40	50	45		
35-39	JR	5985	5567	11552	27	24	32	48	50		
40-44	JR	5298	5312	10610	21	18	36	47	42		
45-49	JR	5424	5293	10717	20	17	37	26	32		
50-54	JR	4095	3936	8031	29	8	27	41	34		
55-59	JR	3430	3337	6767	41	3	35	36	36		
60-64	JR	3045	3171	6216	39	2	33	47	40		
65-69	JR	2601	3074	5675	19	2	19	72	48		
70-74	JR	2190	2756	4946	59	0	37	40	38		
75-79	JR	1483	2139	3622	21	0	48	56	53		
80-84	JR	862	1564	2446	0	4	57	109	90		
>85	JR	612	1386	1998	33	0	49	51	50		
TOTAAL		70024	71607	141631	21	20	51	69	60		



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

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE				"INELU- ENZA"				"INELU- ENZA"				STERILISATIE				
	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	11784	12054	23837	78	82	529	52	178	5	8	6	39	17	28			
OV+GLD+FLF	15914	15613	31527	245	63	513	60	186	14	15	15	40	23	32			
UTR+NH+ZH	25647	26848	52392	113	40	598	36	263	9	7	8	38	16	27			
ZLD+NB+LJM	16770	17081	33851	185	77	578	46	214	17	17	17	41	29	36			
TOTAAL	70015	71596	141607	185	61	561	46	221	12	12	12	40	21	30			

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

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE				DESTRO- GENEN				DESTRO- GENEN				P.I.D.				
	M	V	T	M+V	M	V	T	M+V	M	V	T	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	11784	12054	23837	5	0	3	1	6	66	12	7	3	5	4			
OV+GLD+FLF	15914	15613	31527	33	6	11	9	5	120	77	4	6	5	10			
UTR+NH+ZH	25647	26848	52392	31	8	24	16	4	70	21	5	5	5	7			
ZLD+NB+LJM	16770	17081	33851	37	5	12	9	9	97	25	7	5	6	6			
TOTAAL	70015	71596	141607	28	6	15	10	6	87	33	6	5	5	7			

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDEISEERD  
JAAR: 1996  
WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE		URETHRI- TIS		CAIDS		GASTRO-ENTERITIS		/M 52	
	M	V	M	M+V	M	V	M	T	/M 52	/M 52
GR+FR+DK	11784	12084	23837	9	13	39	43	41		
OV+GLD+FLE	15914	15613	31527	41	15	47	79	63		
UTR+NH+ZH	25647	26848	52392	21	23	49	63	56		
ZLD+NB+LIM	16770	17061	33831	11	25	66	88	77		
TOTAAL	70015	71596	141607	21	20	51	69	60		

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDEISEERD  
JAAR: 1996  
WEEK: 01 T/M 52

STEDELIJK- HEIDSGRAAD	POPULATIE		"INFLU- ENZA"		"INFLU- ENZA"		LEVER-, GALBLAAS EN PANCREASZIEKTE		STERILISATIE	
	M	V	M+V	V	M	V	M	T	M	T
A1+A4	10227	9965	20191	291	53	343	37	244	17	21
B1-B3+C1-C4	46420	47228	93646	131	65	538	49	238	12	12
C5	13368	14403	27770	134	53	784	42	146	6	4
TOTAAL	70015	71596	141607	155	61	561	46	221	12	12

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
JAAR: 1996

BLAD 2  
17-07-97

WEEK: 01 T/M 52

STEDELIJK- HEIDSGRAAD	POPULATIE			OESTRO- GENEN		CHRONISCHE BENIGNE PIJNSTOORNIS		SUICIDE (POGING)		FYSIEK GEWELD		P.I.D.	
	M	V	T	V	M	V	M	V	M	V	M	V	T
A1+A4	10227	9965	20191	38	7	14	10	1	104	45	7	5	6
B1-B3+C1-C4	46420	47228	93646	25	5	11	8	6	87	33	6	5	7
C5	13368	14403	27770	32	7	28	18	7	73	22	2	4	3
TOTAAL	70015	71596	141607	28	6	15	10	6	87	33	6	5	7

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS  
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD  
JAAR: 1996

BLAD 3  
17-07-97

WEEK: 01 T/M 52

STEDELIJK- HEIDSGRAAD	POPULATIE			URETHRI- TIS		CAIDS		GASTRO-ENTERITIS		/M 52	
	M	V	T	M	M	M	V	M	V	M	V
A1+A4	10227	9965	20191	47	7	40	81	60			
B1-B3+C1-C4	46420	47228	93646	15	20	51	69	60			
C5	13368	14403	27770	22	29	56	62	59			
TOTAAL	70015	71596	141607	21	20	51	69	60			

## NOTEN

1. Ruwaard Dirk Ronald Gijsen, Aad I.M. Bartelds, Remy A. Hirasing, Harry Verkley, Daan Kromhout. Is the Incidence of Diabetes Increasing in All-groups in the Netherlands? *Diabetes Care*, volume 19, number 3. March 1996.
2. Dulk C.J. den, H. van de Stadt, J.M. Vliegen. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. *Mnd, stat. bevolk.* (CBS) 92/7.
3. Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 1996. NIVEL, Utrecht.
4. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
5. 1-1-1996, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.
6. Praktijktelling 1995.
7. In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.
8. Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
  - a. Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
  - b. De infectie moet gepaard gaan met een temperatuurverhoging van tenminste 38° rectaal.
  - c. Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.  
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (*Huisarts en Wetenschap* 8, 321).
9. Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequentie per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).
10. De Koning H.J., B.M. van Ineveld, G.J. van Ootmarsum. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990.
11. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting, thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek.
12. Moors J.P.C., Met overgangsklachten bij de huisarts. *Voordracht Vereniging Studie Climacterium*, 1992.
13. Gezondheidsraad (1986). Advies inzake pijnbehandeling. Den Haag

14. Bleker O.P., W.I. van der Meijden. Chlamydia trachomatis-infecties: complicaties bij de vrouw. SOA-bulletin 13, (1992) 6, blz. 8-9.
15. Amsterdams Peilstation Project. Jaarverslag, 1990. GG en GD, Amsterdam, blz. 10-12.
16. Ros, C.C., J.J. Kerssens, e.a. Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996. Nivel, Utrecht, april 1997.
17. Nationale Commissie bestrijding, AIDS-Infolijn, jaarverslag 1989-1990, Amsterdam 1991.
18. Römken Renée: Onder ons gezegd en gezwegen. Geweld tegen vrouwen in man-vrouw relaties. Rijswijk, 1989.
19. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiene Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard, D., Kramers, P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.
20. Diekstra, R.F.W., en M. van Egmond. Suicide and attempted suicide in general practice. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 202. Nivel, Utrecht 1989.
21. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
22. Bartelds A.I.M. Request for application of euthanasia. In: Bartelds A.I.M. Fracheboud J, van der Zee J. (eds). The Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989.
23. Van der Maas P.J., J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, C.W.N. Looman. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet 1991; 338: 669-74
24. Pijnenborg L., J.J.M. van Delden, J.W.P.F. Kardaun, J.J. Glerum, P.J. van der Maas. Nationwide study of decisions concerning the end of life practice in the Netherlands. BMJ 1994; 309: 1209-9.
25. Van der Wal G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. BMJ 1994; 308: 1346-9.
26. Van der Maas Paul J., Gerrit van der Wal, e.a. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. Special report from the Netherlands, Volume 335, number 22, 1699.
27. Van der Wal Gerrit, Paul J. van der Maas, e.a., Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. The New England Journal of Medicine, 1996, 335: 1706.

