

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1999

A.I.M. Bartelds

Utrecht, augustus 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

NIVEL Nederlands Instituut voor de Gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht Nederland
T 030 2 729 700 F 030 2 729 729
www.nivel.nl

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

Gegevensverzameling : M. Heshusius-van Valen

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

Druk : Drukkerij Anraad

Secretariaat : Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

Auteur : A.I.M. Bartelds

ISBN : ISBN 90-6905-438-8
SISO 601.8 UDC 312.6(492)

Trefw.: Nederland, influenza surveillance, voorschrijven van hulpmiddelen, mammografie, hondenbeten, herpes zoster, sterilisatie man/vrouw, urethritis, suïcide(poging), angst voor Aids, acute gastro-enteritis, prostaatlijden, kinkhoest, verzoeken om euthanasie, eetstoornissen

"Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld"

uitgifte datum : Augustus 2000

INHOUD

pag.

VOORWOORD	
INLEIDING	1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE	3
BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS	4
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND	5
DE PRAKTIJKPOPULATIE	9
OMVANG EN CONTINUÏTEIT VAN DE RAPPORTAGE	11
DE WEEKSTAAT	14
VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT	15
- Influenza(-achtig ziektebeeld)	17
- Hulpmiddel	28
- Mammografie	31
- Sterilisatie bij de man	42
- Sterilisatie bij de vrouw	47
- Hondenbeten	54
- Herpes Zoster	58
- Suïcide(poging)	61
- Urethritis bij man	65
- Angst voor AIDS	69
- Fysiek geweld	75
- Gastro-enteritis	78
- Prostaatlijden	85
- Kinkhoest	89
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING	94
INCIDENTELE ONDERZOEKEN	
- Verzoeken om euthanasie	99
- Eetstoornissen	109
- Agressie tegen huisarts en assistente	113
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 2000	115
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS	116
- Deelnemende artsen 1999	120
- weekstaat 1999	122

- Alfabetische lijst van onderwerpen	
- op de weekstaat	123
- van incidentele onderzoeken	126
- Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1999	127
JAARTABELLEN	128
NOTEN	134

VOORWOORD

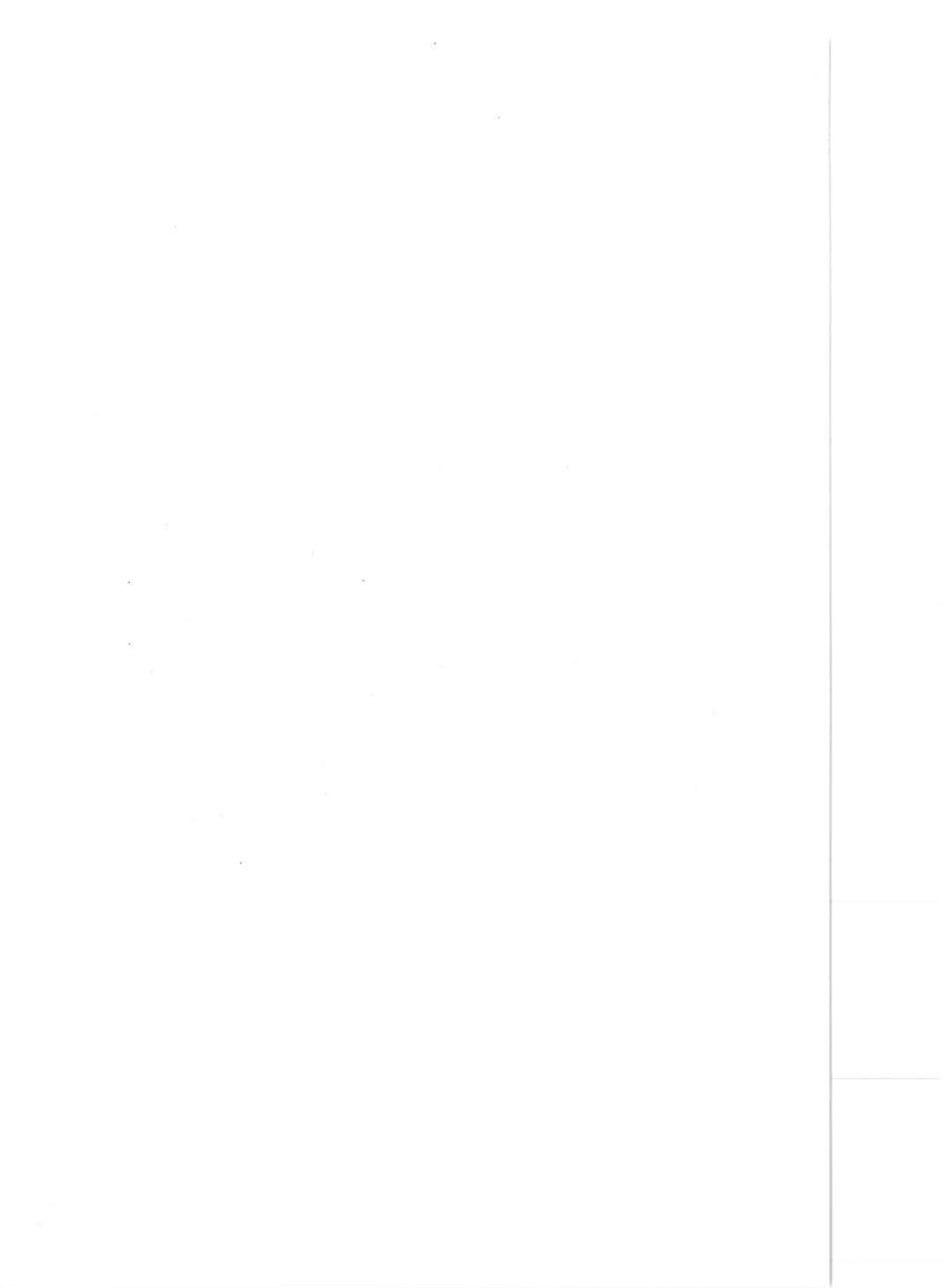
De beperkte mogelijkheden van het programma, - maximaal 15 onderwerpen per jaar op de weekstaat -, staat continue registratie van meerdere onderwerpen niet toe. In dat geval kan gekozen worden voor intermitterend registreren. Voorbeeld van zo'n rubriek is hondenbeten: geregistreerd in 1986-87 en in 1998-99.

In de ruim 10 jaar tussen deze beide registratieperioden is het aantal mensen dat in 1998-99 door de huisarts wordt behandeld voor een hondenbeet tot ongeveer 40% van het aantal in 1986-87 gedaald. Uit andere bron blijkt dat het aantal honden in Nederland afgenomen is. De afname van het aantal door de huisarts wegens een hondenbeet behandelde patiënten is echter groter dan de afname van het aantal honden. Op de Spoedeisende Eerste Hulpafdelingen van ziekenhuizen is ook een afname van het aantal behandelde patiënten vastgesteld. Vooruitgang in het omgaan met honden lijkt bereikt.

De bezorgdheid besmet te zijn met het HIV virus neemt nog steeds af. Dat geldt voor mensen, die via de huisarts een test op HIV-antistoffen kunnen laten doen en ook voor de huisarts, die bij bekend zijn van risicovol gedrag van een patiënt toch niet vaker het initiatief neemt een test aan te vragen. Dit terwijl deskundigen aangeven dat de verbeterde behandelmogelijkheden een minder terughoudend testbeleid rechtvaardigen

Sinds 1976 registreren de peilstationartsen verzoeken om euthanasie van patiënten uit hun praktijk. Na een geleidelijke stijging van het aantal verzoeken om euthanasie in de eerste 15 jaar van deze registratie is het aantal verzoeken in de laatste 10 jaar stabiel te noemen. Het percentage van de patiënten, die vragen om euthanasie, dat lijdt aan een kwaadaardige aandoening blijft gelijk: tussen de 70 en 80%. Het aandeel van de patiënten in de leeftijdsgroep van 65-85 jaar ligt tussen de 50 en 65%

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 ongeveer 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 5-6).

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 122).

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 15).

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 vijf 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;
4. Er moet sprake zijn van behoefte aan informatie op nationaal representatief niveau en
5. de CMR-Peilstations vormt de meest geschikte informatiebron;

De registratie voor een rubriek wordt stopgezet wanneer naar de mening van de rubriekhouder voldoende lang gegevens zijn verzameld. Wanneer een andere registratie min of meer dezelfde informatie gaat verzamelen of wanneer er onoverkomelijke problemen zijn gerezen bij het registreren van de gegevens.

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 123-125) 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 uitputtende (statistische) analyse van het verzamelde materiaal noch uitvoerige beschouwingen gegeven; het doel is van bepaalde onderwerpen basis gegevens te verzamelen en door te geven.

Internationale samenwerking

Vanaf 1985 neemt de CMR-Peilstations deel in internationale projecten.

Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS) is momenteel het project met de langste historie. In EISS werken niet enkel de netwerken van huisartsen peilstations samen maar ook de nationale influenza centra van de deelnemende landen: België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Italië, Portugal, Schotland, Spanje, Tsjechië, Zwitserland en Nederland. EISS wordt gecoördineerd vanuit het NIVEL.

Voor de coördinatie van EISS door het Nivel is financiering van de Europese Commissie verkregen.

In 1998 is op initiatief van het Nivel en in samenwerking met Dr. Douglas Fleming (UK), de projectleider van de Engelse Peilstations (Weekly Returns Service), subsidie aangevraagd en verkregen voor een project dat tot doel heeft de gezondheidsinformatie uit de netwerken van huisartsenpeilstation in landen van de EU op elkaar af te stemmen.

De CMR-Peilstations participeert ook in dit project, waarvoor in 2000 de gegevensverzameling zal plaats hebben.

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 1999 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, ⁷ gezondheidswetenschapper-epidemioloog F.K.A. Fokkema, huisarts ⁵ W. Reijmerink ¹ Dr. F.G. Schellevis, huisarts-epidemioloog ³ H.O. Sigling, huisarts ⁷ Dr. H. Verkleij, socioloog ⁷ J. Vesseur, arts ⁴ A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog ¹ J.K. van Wijngaarden, arts ⁴ Prof. dr J. van der Zee ² , voorzitter
Projectleider:	A.I.M. Bartelds, huisarts
Secretaresses:	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

In 1997 is Dr. D.M. Fleming, directeur van de Birmingham Research Unit van het Royal College of General Practitioners, als adviseur van de CMR-Peilstations aangetrokken.

De begeleidingscommissie heeft in 1999 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kent een vacature. (een vertegenwoordiger van de peilstationartsen). De commissie kent drie leden op grond van specifieke deskundigheid in 1999, terwijl de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten niet vertegenwoordigd zijn.

BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1999

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.

De CMR-Peilstations is een flexibel en registratie netwerk dat geschikt is gegeven de bestaande infrastructuur relatief snel informatie over een probleem te verzamelen. Het gebruik van hulpmiddelen in de gezondheidszorg, variërend van verbandmiddelen en injectiespuiten en naalden tot rollators en sta- opstoelen, brengt steeds meer kosten met zich mee. In 1999 wordt in de CMR-Peilstations een begin gemaakt met het in kaart brengen van het voorschrijven van hulpmiddelen door huisartsen. Mw. dr. C.H.M. van der Ende verbonden aan het Nivel introduceert dit onderwerp en schetst de doelstelling van de registratie van deze rubriek. In discussie met de aanwezige huisartsen wordt de registratie zoals oorspronkelijk opgezet bijgesteld om overbelasting van de praktijken te vermijden.

Actieve surveillance van infectieziekten maakt vast deel uit van het jaarlijkse programma van de CMR-Peilstations. De surveillance van Sexueel Overdraagbare Aandoeningen in Nederland en de mogelijke rol daarin van de huisarts c.q. een registratie netwerk van huisartsen wordt besproken door de heer J.E.A.M. van Bergen, huisarts en werkzaam bij de Stichting SOA-bestrijding.

Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, projectleider gastro-intestinale infecties van het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne informeert de aanwezigen over het Sensor-project. Sensor staat voor Surveillance van Enterale infecties in Nederland door Systematisch Onderzoek en Registratie. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de praktijken van de huisartsen die deelnemen in de CMR-Peilstations en is een belangrijke aanvulling op het patiënt controle onderzoek dat in de jaren 1996-1999 uitgevoerd wordt.

Over het incidenteel onderzoek naar verzoeken om euthanasie van 1976-1998 rapporteert de heer A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider van de CMR-Peilstations. Hij vergelijkt de uitkomsten van de registratie in de CMR-Peilstations met ander onderzoek dat in Nederland naar dit onderwerp is gedaan. Op details zijn er verschillen in de uitkomsten; in grote lijnen is er overeenkomst.

SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1
 PEILSTATIONS
 Continue Morbiditeits Registratie
 1999



Het aantal peilstations is in 1999 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);¹
- 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 121-122) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1999 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 16 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten elf maal tussen twee artsen, vier maal tussen drie artsen, en een maal tussen zes artsen. In januari 1999 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 56,5%; bij de peilstationartsen 61,2%. Er zijn vijf apotheekehoudende peilstationartsen, drie in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 7,5% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 8,9%.²

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1990-1999.

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 1990-1999³

provincie-groep	A		B		C		D	
	Groningen, Friesland en Drenthe		Overijssel, Gelderland en Flevoland		Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
1997	12	6	15	11	19	15	18	10
1998	12	6	16	12	23	16	14	9
1999	12	6	17	12	24	16	14	9

Tabel 2: Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1990-1999

stedelijkheidsgraad	1		2		3		Totaal	
	plattelands gemeenten ¹⁾		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.
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
1997	10	7	43	27	11	8	64	42
1998	11	8	44	28	10	7	65	43
1999	10	7	47	29	10	7	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 1997 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-'98 voor de verwerking gebruikt. In 1999 heeft een nieuwe telling plaatsgevonden waarvan de gegevens vanaf 01-01-2000 gebruikt worden.

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 gebieden 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 1998 toe tot 15.760.225 per 1-1-1999.

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

		aantal inwoners Nederland ⁴	aantal patiënten peilstations ⁵ (met percentages)	
provinciegroep	A	1.648.303	25.079	(1.5%)
	B	3.283.690	37.443	(1.1%)
	C	6.980.659	47.610	(0.7%)
	D	3.847.582	35.522	(0.9%)
stedelijkheidsgraad	1	2.418.182	20.812	(0.9%)
	2	10.578.648	105.605	(1.0%)
	3	2.763.395	19.237	(0.7%)
geslacht	mannen	7.793.271	71.263	(0.9%)
	vrouwen	7.966.954	74.391	(0.9%)
totaal (1-1-1999)		15.760.225	145.654	(0.9%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) is oververtegenwoordigd. Provinciegroep C evenals de grote steden zijn ondervertegenwoordigd.

Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevingsadressendichtheid.¹

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

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). In geval 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 1999 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
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%
1997	10.920	9.340	85.5%
1998	11.395	9.733	85.4%
1999	11.180	9.500	85 %

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1999 iets lager dan dat van de voorgaande jaren.

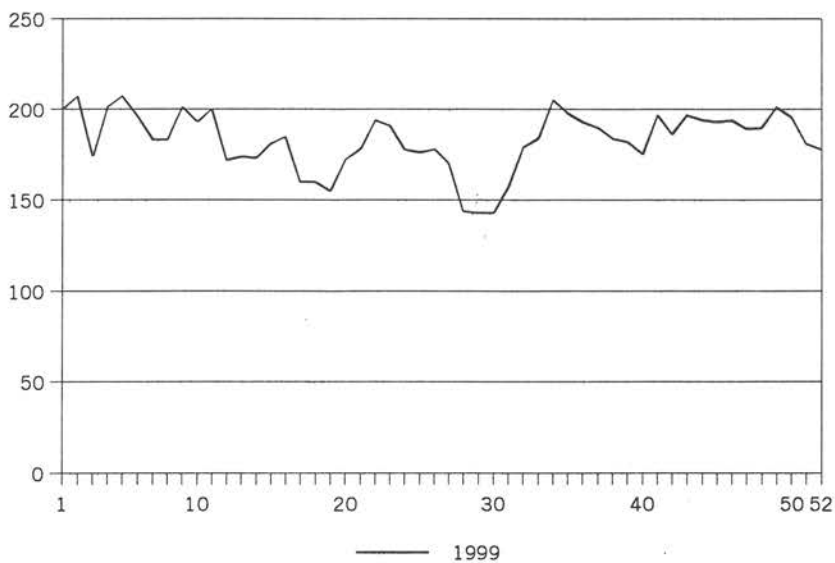
Een uitsplitsing naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De rapportage in verstedelijkte plattelands gemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter is met 84.2% het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 92% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

per provinciegroep	per stedelijkheidsgraad
A 92 %	1 88.7%
B 83.2%	2 84.2%
C 83.9%	3 84.6%
D 84.4%	

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

Figuur 2: Het aantal dagen dat in 1999 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 1999 per peilstation is 39, dat is iets hoger dan in 1998.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 47 en 25 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

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

aantal dagen niet gerap- porteerd	aantal peilstations									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
0	2	1	2	3	4	3	4	3	3	3
1-9	5	7	7	7	2	3	4	4	5	4
10-19	5	3	4	1	5	3	2	2	2	1
20-29	6	11	5	6	2	6	5	6	4	3
30-39	11	10	13	13	13	11	6	6	7	10
40-49	10	9	9	11	12	12	13	12	9	14
50-59	2	1	1	3	5	3	7	6	5	3
60-69	1	0	1	-	2	-	1	1	6	1
70-79	1	0	-	-	-	1	-	1	-	-
80-89	1	0	-	-	-	1	-	-	-	1
90-99	0	0	-	-	-	-	-	-	1	1
≥ 100	0	1	1	1	-	1	1	1	1	2
totaal aantal peilstations	44	43	43	45	45	44	43	42	43	43
gemiddelde	32	30	29	32	32	35	35	37	39	39
mediaan	33	29	33	34	37	37	40	40	40	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 1999 in bijna 19% van de peilstations voor. Dit is minder dan in 1998. Ziekte van de peilstationarts is de meest voorkomende reden van langere tijd niet rapporteren.

DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 122)

De rubrieken op de weekstaat voor 1999 werden als volgt samengesteld; tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer op de weekstaat is opgenomen:

1. Influenza(-achtig ziektebeeld)(1970);
2. Hulpmiddel (1999);
3. Hondenbeten (1998);
4. Herpes Zoster (1997)
5. Sterilisatie bij de man verricht (1972);
6. Sterilisatie bij de vrouw verricht (1974);
7. Suïcide(pogingen) (1979);
8. (Poli)klinische mammografie (1988);
9. Urethritis bij man (1992);
10. Angst voor-AIDS (1988);
11. Fysiek geweld (1996);
12. Gastro-enteritis (1996);
13. Prostaatlijden (1997);
14. Kinkhoest (1998).

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 aangekend: ook hierop is influenza een uitzondering.

Een alfabetische opgave van de onderwerpen is in bijlage 3 te vinden (pagina 123-125); 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 1999. De gegevens werden op het NIVEL verwerkt.

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 122) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1999 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 128-133).

1. Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 1999, week 01 t/m 52, blad 1-3^e.
2. Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1999, week 01 t/m 52, blad 1-3^e.
3. Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 1999, week 01 t/m 52, blad 1-3^e.

INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

De rubriek influenza⁷ is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig 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.

Aan het European Influenza Surveillance Scheme (EISS, www.eiss.org) wordt elk jaar vanaf week 40 wekelijks de incidentie van influenza achtige aandoeningen gemeld. Informatie over de resultaten van het onderzoek van de door de peilstationartsen afgenomen neus- en keelwatten op influenza-virussen wordt door het RIVM aan EISS gemeld.

Influenza 1998/1999 en 1999/2000

Seizoen 1998/1999

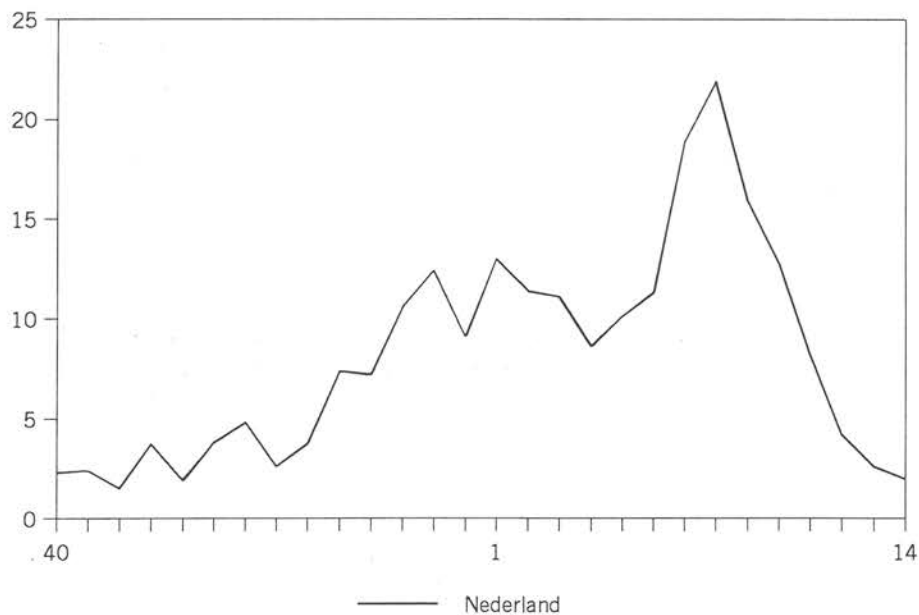
In figuur 3.1-3.3 wordt het aantal gevallen van influenza achtige aandoeningen gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad voor het seizoen 1998/1999.⁸ In figuur 4.1-4.3 voor het seizoen 1999/2000. In het verslag over 1998 werd het beloop van de influenza-achtige aandoeningen in de eerste weken van 1999 al besproken.

Het verloop van de influenza-activiteit gedurende het seizoen 1998-1999 is ongebruikelijk te noemen. Op de eerste plaats is er duidelijk sprake geweest van twee elkaar opvolgende griepgolven. Als gevolg daarvan is de periode met significant verhoogde influenza-activiteit langer geweest dan gebruikelijk. De piekincidentie in absolute zin is niet uitzonderlijk hoog geweest: 23 per 10.000 inwoners in week 8 van 1999.

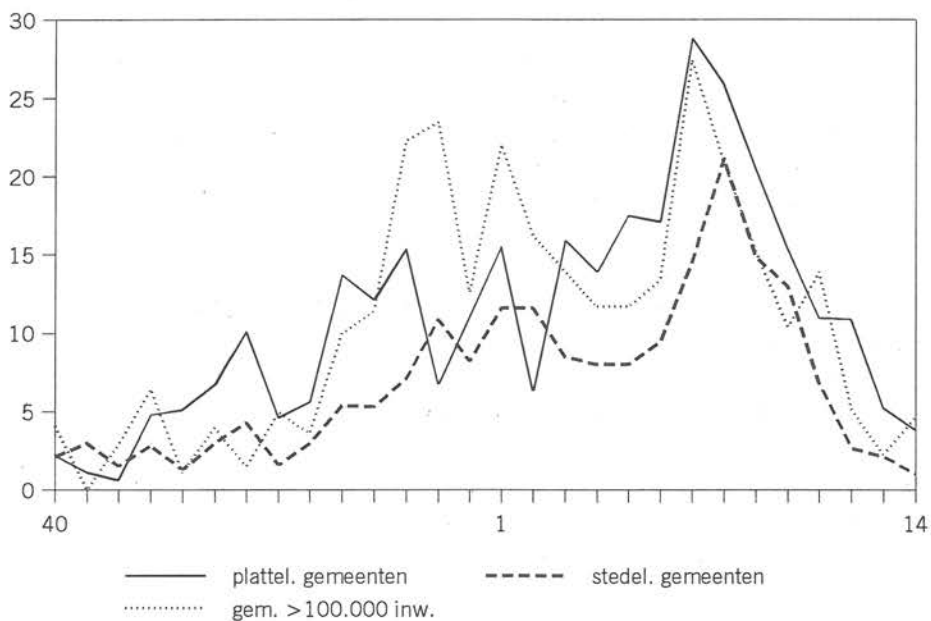
In week 47 van 1998 wordt het eerste influenza virus van het seizoen geïsoleerd: een influenza B-virus. In de weken erna neemt het aantal influenza B-virussen uit de praktijken van de peilstationartsen toe. In week 49 neemt de incidentie voor het eerst duidelijk toe.

Vanaf week 50 worden ook influenza A-virussen geïsoleerd zij het aanvankelijk duidelijk minder in aantal dan de influenza B-virussen. Na week 2 van 1999 krijgt het influenza A-virus de overhand. Zowel het influenza A(H₃N₂) als het influenza B-virus zijn langdurig actief geweest in het seizoen. Ongewoon is ook dat het influenza B-virus zo vroeg in het seizoen al aanwezig is.

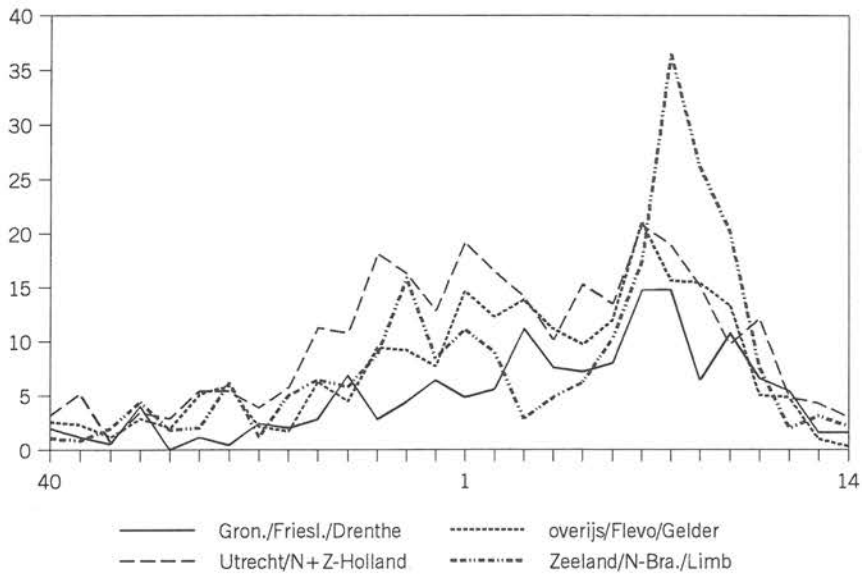
Figuur 3.1: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1998/1999



Figuur 3.2: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1998-1999

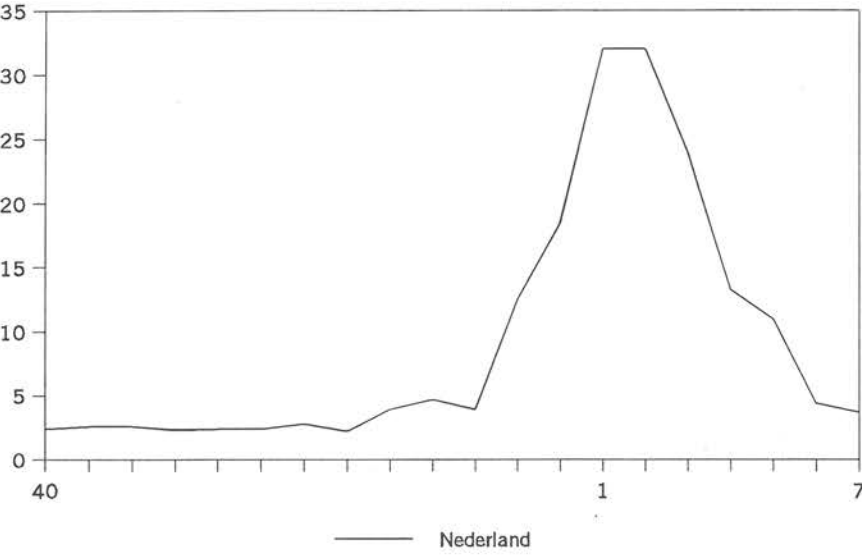


Figuur 3.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1998-1999

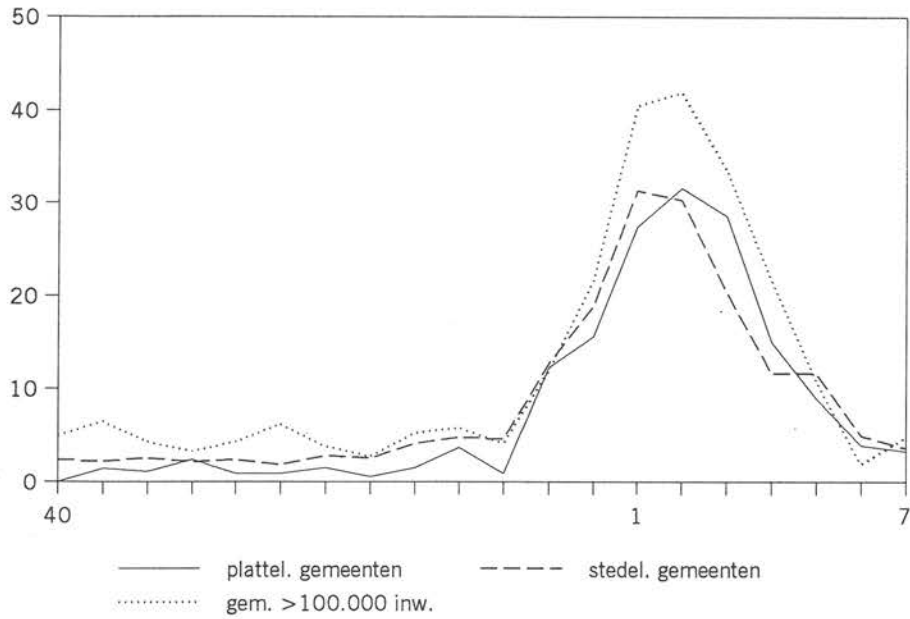


Seizoen 1999/2000

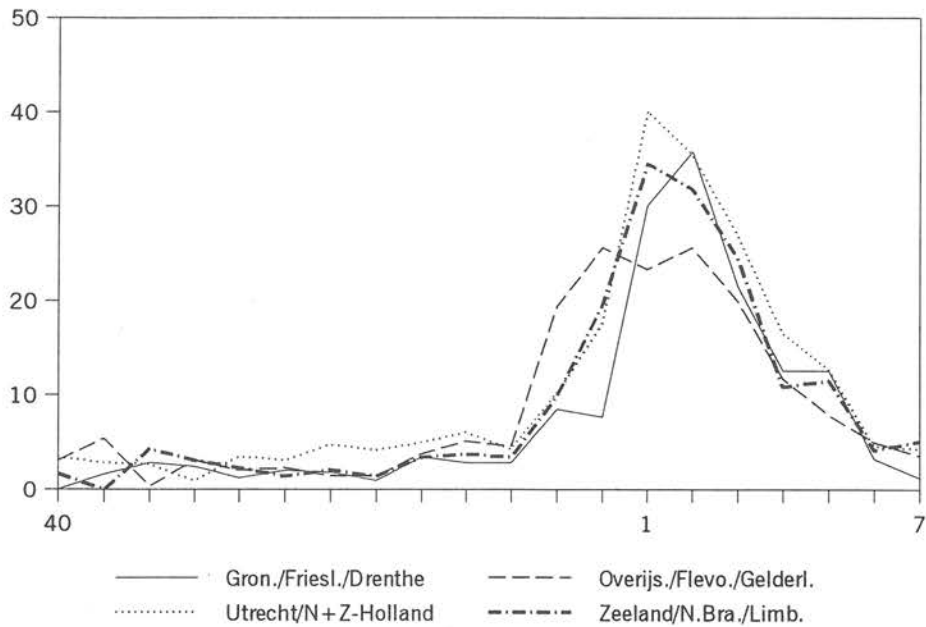
Figuur 4.1: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1999/2000



Figuur 4.2: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1999/2000



Figuur 4.3: Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1999/2000



Seizoen 1999/2000

Al in week 40 van het seizoen 1999-2000 ontvangt het Nationale Influenza Centrum in Rotterdam de eerste isolaten. Het betrof influenza A virussen van het H₃N₂ subtype. De overeenkomst met de vaccinstam voor dit subtype, A/Sydney/5/97, is groot. Ook de sporadische influenza A isolaten in de weken erna zijn van dit subtype.

In week 45 wordt het eerste influenza virus in een keel/neuswat ingestuurd door een peilstationarts gevonden. De aanloop naar een griepgolf is duidelijk wanneer vanaf week 47 het aantal isolaties van influenza A virussen uit de peilstation praktijken oploopt.

In week 51 stijgt het aantal meldingen van influenza achtige ziektebeelden boven de 10 per 10.000 inwoners.

De geïsoleerde virussen zijn influenza A H₃N₂ virussen die niet belangrijk afwijken van de vaccinstam voor dit subtype.

In week 1 en 2 van 2000 wordt de hoogste incidentie van dit seizoen vastgesteld: 32 meldingen per 10.000 inwoners. In de westelijke provincies heerst de griep het meest: 40 meldingen per 10.000 inwoners. De grote steden hebben in week 2 het hoogste aantal meldingen: 42 per 10.000 inwoners.

De duur van deze griepgolf is gemiddeld: 8 weken.

Tabel 6: Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1990-2000

jaar	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
totaal											
kalender											
jaar	225	348	244	484	107	315	155	233	248	254	
hoogste											
weekinci-											
dentie per											
'seizoen'	24	40	27	54	16	39	29	17	23	32	

Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 1999/2000.

In het seizoen 1999/2000 is in alle in het Europeesche Influenza Surveillance Scheme deelnemende landen het influenza A(H₃N₂) dominant. De meeste activiteit van het virus is geregistreerd in de periode december 1999 en januari 2000.

Influenza A(H₁N₁) virussen zijn met uitzondering van Spanje sporadisch geïsoleerd; het influenza B-virus is vooral tegen het einde van de periode met verhoogde influenza activiteit in met name Engeland en Wales actief.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd

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

RIMMELZWAAN, G.F., J.C. DE JONG, A.I.M. BARTELD, J.W. DORIGO-ZETSMA, R.A.M. FOUCHIER EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

Het influenzaseizoen 1998/99; vaccinsamenstelling voor 1999/2000

Epidemiologische mededeling, Ned. Tijdschr. Geneeskunde, 1999; 143(40): 2015-18

De eerste aanwijzing van griepactiviteit in Nederland in het influenzaseizoen 1998/99 was de isolatie van een influenza B-virus in week 47 van 1998. In de daaropvolgende weken nam de klinische influenza-activiteit langzaam toe tot week 1 van 1999, waarna gedurende 3 weken een langzame afname werd waargenomen. Vanaf week 6 van 1999 nam de influenza-activiteit weer toe om opnieuw een hoogtepunt te bereiken in week 8 van 1999. De eerste golf van influenza-activiteit ging gepaard met de isolatie van met name influenza-B-virussen terwijl gedurende de tweede golf voornamelijk influenza-A-virussen van het A/H₃N₂-subtype werden geïsoleerd. De antigene eigenschappen van de A(H₃N₂)-virusvariant kwamen sterk overeen met die van virussen die ook vorig jaar werden geïsoleerd en met de vaccinstam A/Sydney/5/97 die voor dit subtype werd gebruikt. De influenza-B-virussen weken in zekere mate af van de gebruikte vaccinstam B/Harbin/7/94, alhoewel moet worden geconstateerd dat deze stam desondanks een goede bescherming heeft geboden tegen de epidemische stammen. Dit seizoen speelden A(H₁N₁)-virussen geen rol van betekenis en kon slechts een klein aantal virussen van dit subtype worden geïsoleerd aan het einde van het influenzaseizoen. Voor het seizoen 1999/2000 wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen dat de influenzavaccins de volgende (of vergelijkbare) virusstammen bevatten: A/Sydney/5/97 (H₃N₂), A/Beijing/262/95 (H₁N₁) en B/Beijing/184/93.

FLEMING, D.M., M. ZAMBON, A.I.M. BARTELD, J.C. DE JONG.

The duration and magnitude of influenza epidemics: A study of surveillance data from sentinel general practices in England, Wales and the Netherlands

Eur. J. of Epid., 1999; 467-473

Weekly incidence data for influenza-like illness, routinely collected in sentinel general practices in England and Wales and in the Netherlands over 10 winter periods (week 37 in one year to week 20 in the next, 1987/1988-1996/1997) were examined in conjunction with matching virus isolate data to define epidemic periods of influenza in the two countries. We first defined the background rates of recording influenza-like illness which occurred at times when only sporadic or no isolations of virus were reported. The background rates were similar in the two networks with mean weekly incidence in England and Wales of 28.1 per 100,000 (all ages) and in the Netherlands 29.8. Epidemic periods defined as lying above the upper 95% confidence level of the background rate lasted on an average of about 10 weeks. Once epidemics were recognised, peak incidence was generally achieved within 4 weeks. The excess population (all ages) consulting general practitioners during influenza epidemic periods was calculated and background incidence rates expressed as a percentage of the total population. In the 10 periods surveyed, the percentage of the population consulting and diagnosed with influenza-like illness in England and Wales ranged from 0.4% in 1991/1992 to 1.7% in 1989/1990 and the Netherlands from 0.5% in 1990/1991 to 2.1% in 1989/1990. The duration and epidemic periods were broadly similar in the two countries through the excess consulting population

during the 10 epidemics studies averaged 0.85% in England and Wales compared with 1.39% in the Netherlands. There were substantial differences between the two countries in the impact of influenza in individual years, as measured in the consulting population even though the predominant virus (sub)type were similar.

ALBERT, J. DE NEELING, WILFRID VAN PELT, CEES HOL, ERIC E.J. LIGTVOET, LUC J. M. SABBE, AAD BARTELDSD AND JAN D.A. VAN EMBDEN.

Temporary Increase in Incidence of Invasive Infection Due to Streptococcus pneumoniae in the Netherlands

CID 1999; 29, December; 1579-80

WILBRINK, B., J.W. DORIGO-ZETSMA, A.I.M. BARTELDSD, M.J.W. SPRENGER, M.L.A. HEIJNEN.
Surveillance of respiratory pathogens and influenza like illnesses in general practices in the Netherlands in winter 1998/99.

European Society for Clinical Virology, Budapest, sept, 1999.

DORIGO-ZETSMA, J.W.

Respiratoire infecties in Nederland: voorlopige resultaten NIVEL/RIVM surveillance winter 1998/99.

Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 6; 119-120

WILBRINK, B., J.W. DORIGO-ZETSMA.

Respiratoire infecties in Nederland: Moleculaire diagnostiek.

Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 4; 75-78

HEIJNEN, M.L.A., A.I.M. BARTELDSD, G.F. RIMMELZWAAN, J.W. DORIGO-ZETSMA, J.C. DE JONG, M.J.W. SPRENGER.

Respiratoire infecties in Nederland: Update influenza en respiratoire syncytieel virus in winter 1998/99.

Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 2; 81-84

HEIJNEN, M.L.A., J.W. DORIGO-ZETSMA, A.I.M. BARTELDSD, B. WILBRINK, M.J.W. SPRENGER.

Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices. The Netherlands, winter 1997/98.

Eurosurveillance vol.4- no. 7/8 1999

BESTEBROER, T.M., A.I.M. BARTELDSD, M.F. PEETERS, A.C. ANDEWEG, J.J. KERSSSENS, K. BIJLSMA, G.F. RIMMELZWAAN, T.G. KIMMAN, C. VERWEIJ EN J.C. DE JONG

Virological NIVEL/RIVM surveillance of respiratory virus infections in the 1996/97 season

RIVM, 1999, Report no. 245607 005

TJHIE, JEROEN H.T., R. ROOSENDAAL, A.J.C. VAN DEN BRULE, T.M. BESTEBROER, J.C. DE JONG, M.J.W. SPRENGER, A.I.M. BARTELD, C.M.J.E. VANDENBROUCKE-GRAULS.

PCR Detection of chlamydia pneumoniae and mycoplasma pneumonia in children with upper respiratory tract infections in general practices in the Netherlands during 1992-1997.

Proc. Of the 9th Int. Symp. on Hum. Chlamydia Inf., 1998. San Francisco CA, 9410 blz. 51-54

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. 254607003

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

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

RIVM, 1995, Rapport nr. 245607002

JONG DE J.C., A.I.M. BARTELD, T.M. BESTEBROER, K. BIJLSMA, C. VERWEIJ, M.W. VERWEIJ-UITERWAAL, A.G. WERMENBOL EN A.M. VAN LOON

Virologische NIVEL/RIVM Surveillance van respiratoire virusinfecties in het seizoen 1993/94.

RIVM, 1994, Rapport nr. 243614002

JONG DE J.C., A.I.M. BARTELD AND A.M. VAN LOON.

Virological NIVEL/RIVM surveillance of influenza-like illnesses (ILI) in the 1992/93 season.

RIVM, 1993, Rapport nr. 243614001

JONG DE J.C., E.C.J. CLAAS, A.I.M. BARTELD, K. BIJLSMA, G.F. RIMMELZWAAN EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

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

Infectieziekten Bulletin, 1996, jaargang 7 nr. 5

JONG DE J.C. E.C.J. CLAAS, A.I.M. BARTELD.

Influenza 1994/95: een carnavalsstorm in een glas bier.

Infectieziekten Bulletin, 1995, jaargang 6, nr. 3

JONG DE J.C., A.I.M. BARTELD, A.D.M.E. OSTERHAUS.

Influenza 1993/94: De herfstepidemie.

Infectieziekten Bulletin, 1994, jaargang 5, nr. 1

JONG DE J.C., T.M. BESTEBROER, A.I.M. BARTELD, A.C. ANDEWEG, M.F. PEETERS, T.G. KIMMAN, K. BIJLSMA, C. VERWEIJ, E.C.J. CLAAS AND A.D.M.E. OSTERHAUS.

Respiratory Infections in General Practices

Abstract voor de vergadering van de European Society for Clinical Virology van 30 augustus tot 2 september 1998 in Hamburg.

BESTEBROER, T.M., A.I.M. BARTELD, K. BIJLSMA, H. BOSWIJK, C. VERWEIJ, M. VERWEIJ, AND J.C. DE JONG.

Surveillance of respiratory pathogens in general practis in the Netherlands in 1994/95.

RIVM, 1995; poster for the meeting of the Federation of European Microbiological Societies

CLAAS, C.J. ERIC, JAN C. DE JONG, AAD I.M. BARTELD e.a.

Influenza types and patient population.

Letter to the Lancet: 1995, Vol 346, No. 8968, p. 180.

SPRENGER, M.J.W., P.G.H. MULDER, W.E.P. BEGER AND N. MASUREL.

Influenza: Relation of Morbidity Parameters-Netherlands, 1970-1989.

Inter. Jour. of Epid., 1991, vol. no. 4, p. 1118-1124

SPRENGER, M.J.W.

The impact of influenza.

Dissertatie Rotterdam 1990

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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1997-1998. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 1997-1998

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1998-1999. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 1998-1999

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 1999-2000. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 1999-2000

EPIDEMIOLOGISCHE MEDEDELINGEN

CLAAS, E.C.J., A.I.M. BARTELD, J.W. DORIGO-ZETSMA, G.F. RIMMELZWAAN, J.C. DE JONG EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

Het influenzaseizoen 1997/98 en de vaccinsamenstelling voor 1998/99.

Epidemiologische mededeling, Ned Tijdschr Geneeskunde, 1998; 142(44) : 2423-7

RIMMELZWAAN, G.F., J.C. DE JONG, A.I.M. BARTELD, E.C.J. CLAAS, J.K. VAN WIJNGAARDEN EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

Influenza in het seizoen 1996/97; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1997/98.

Ned Tijdschr. Geneesk., 1997, 141: 1743-7

CLAAS, E.C.J., J.C. DE JONG, A.I.M. BARTELDs, G.F. RIMMELZWAAN, J.K. VAN WIJNGAARDEN EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

Influenza in het seizoen 1995/96; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1996/97.

Ned. Tijdschr. Geneesk., 1996, 140: 2047-0

CLAAS, E.C.J., J.C. DE JONG, A.I.M. BARTELDs, G.F. RIMMELZWAAN, J.K. VAN WIJNGAARDEN EN A.D.M.E. OSTERHAUS.

Influenza in het seizoen 1994/95; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1995/96.

Ned. Tijdschr. Geneesk., 1995, 139: 2154-8

CLAAS, E.C.J., J.C. DE JONG, A.I.M. BARTELDs, J.K. VAN WIJNGAARDEN, N. MASUREL EN A.D.M.E. OSTERHAUS

Influenza in het seizoen 1993/94; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1994/95.

Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, 138: 1966-9

MASUREL, N., A.I.M. BARTELDs, A.M.J.W. BAARS, J.K. VAN WIJNGAARDEN EN E.C.J. CLAAS.

Influenza in het seizoen 1992/93; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1993/94.

Ned. Tijdschr. Geneesk., 1993, 137: 1987-0

EISS-PUBLICATIES

SNACKEN, R., J.C. MANUGUERRA, P. TAYLOR.

European Influenza Surveillance Scheme on the Internet.

Meth. Inform Med, 1998, 37: 266-70

ZAMBON, M.

Sentinel surveillance of influenza in Europe, 1997/1998.

Eurosurveillance Vol, 3, no 3 March 1998

FLEMING, D., J.M. COHEN.

Experience of European Collaboration in influenza surveillance in the winter 1993/94.

Publ Health Medicine, 1996; 18: 133-142

SNACKEN, R., M. BENSADON, A. STRAUSS.

The CARE Telematics Networks for the surveillance of influenza in Europe.

Meth Inform Med, 1995; 34: 518-22

SUBMITTED:

FLEMING, D.M., M. ZAMBON, A.I.M. BARTELDs.

Population estimates of persons presenting to general practitioners with influenza-like illness, 1987-1996.

J. Epid. and Inf., 1999

VOORSCHRIJVEN VAN HULPMIDDELEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

De afgelopen jaren is de aandacht voor hulpmiddelen sterk toegenomen. Demografische maatschappelijke en technologische ontwikkelingen spelen hierbij een rol. De overheid oriënteert zich op mogelijkheden ziekenhuiszorg te vervangen door thuiszorg. Het inzetten van hulpmiddelen kan er aan bijdragen mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Als gevolg van technologische ontwikkelingen komen steeds nieuwe en verbeterde hulpmiddelen op de markt beschikbaar.

De kosten voor hulpmiddelen zijn de afgelopen jaren met een groter percentage toegenomen dan de totale kosten van de gezondheidszorg. Voor extramurale hulpmiddelen zijn de kosten tussen 1990 en 1995 met ruim 11% per jaar gestegen. De kosten stijgingen maken beleidsmaatregelen noodzakelijk. Het gebrek aan inzicht in de omvang, met name inzicht in de indicatiestelling ontbreekt, en de effecten van het gebruik van hulpmiddelen vormt hierbij een probleem.

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het voorschrijven van hulpmiddelen in de extra murale gezondheidszorg. Inzicht in de rol van de huisarts in het voorschrijven van hulpmiddelen zal inzicht geven in de omvang van en de variatie in het gebruik van hulpmiddelen. De verstrekking van medische hulpmiddelen door de huisarts is grotendeels vastgelegd in de Regeling Hulpmiddelen 1996. In deze regeling wordt aangegeven welke voorwaarden en toepassingsindicaties worden gesteld aan het recht op een hulpmiddel. In deze regelgeving vraagt de zorgverzekeraar in veel gevallen om een omschrijving van de indicatiestelling van de voorschrijver.

Het initiatief tot voorschrijven ligt niet alleen bij de huisarts. De vraag kan ook uitgaan van de patiënt diens familie of van andere hulpverleners zoals wijkverpleegkundigen, ziekenverzorger, fysiotherapeuten of ergotherapeuten.

Om inzicht te krijgen in de rol van de huisarts zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke hulpmiddelen worden voorgeschreven door de huisarts en hoe vaak worden ze voorgeschreven?
2. Bij welke aandoeningen worden hulpmiddelen voorgeschreven door de huisarts en welke hulpmiddelen zijn dit?
3. Op wiens initiatief worden hulpmiddelen voorgeschreven?
4. Wordt er door de huisarts op het voorschrift een nadere indicatiestelling verwoord, en zo ja, bij welke hulpmiddelen is dit het geval?

In deze rapportage wordt alleen op aspecten van de eerste onderzoeksvraag ingegaan. Beschreven wordt welke categorieën hulpmiddelen zijn door de huisarts voorgeschreven en wat de frequentie van voorschrijven is.

Op de weekstaat zijn daartoe de volgende hulpmiddelen onderscheiden:

- hulpmiddelen op het lichaam gedragen (prothese/orthese, pruik, elastische kous, schoenvoorziening, gehoormiddel, verzorgingshulpmiddel e.d.);
- hulpmiddelen ter bevordering van de ADL-activiteiten (rollator, andere loophulpmiddelen, aangepast meubilair e.d.);
- Hulpmiddelen noodzakelijk voor de medische behandeling/verzorging (injectiespuiten, draagbare uitwendige infuuspompen, dieetpreparaat, hulpmiddel diabetes, apparatuur positieve uitademingsdruk e.d.).

Gevraagd wordt de patiënt aan wie een hulpmiddel is voorgeschreven te melden en de aanvullende vragenlijst in te vullen.

Uitvoerige rapportage waarin antwoord gegeven wordt op alle onderzoeksvragen heeft elders plaats (Nivel, drs. M. Biermans en Dr. E. Van den Ende).

Het aantal personen waaraan een hulpmiddel is voorgeschreven per 10.000 personen per provincie en naar mate van verstedelijking en voor Nederland is gegeven in tabel 7.

Tabel 7: Aantal personen aan wie een hulpmiddel is voorgeschreven per 10.000 personen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 1999

hulpmiddel	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
op 't lichaam gedragen	111	93	143	73	127	107	92	108
ter bevordering van ADL-activiteit	33	40	47	19	39	35	42	36
noodzakelijk voor medische behandeling	24	59	27	19	42	32	25	32

In de zuidelijke provincie groepen krijgen duidelijk minder personen hulpmiddelen voorgeschreven krijgen dan elders in Nederland. Voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens is geboden. En er bestaat een belangrijke variatie in de regelingen geldend voor het voorschrijven van afzonderlijke hulpmiddelen. Regelingen welke niet

altijd evengoed bekend zijn bij de huisarts. Het voorschrijven van hulpmiddelen heeft betrekking op een groot aantal aandoeningen en uiteenlopende situaties.

Leeftijdverdeling

In tabel 8 is het aantal mensen gegeven aan wie een hulpmiddel is voorgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep.

Tabel 8: Aantal personen aan wie een hulpmiddel is voorgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep, 1999

leeftijdverdeling	hulpmiddel		
	op het lichaam gedragen	ter bevordering ADL-activiteiten	noodzakelijk voor medische behandeling
<1	(8)	-	42
1- 4	(6)	-	14
5- 9	27	-	21
10-14	15	7	11
15-19	16	(5)	17
20-24	33	(2)	6
25-29	23	4	12
30-34	47	9	13
35-39	36	(4)	15
40-44	81	10	17
45-49	68	(4)	25
50-54	89	14	27
55-59	130	32	29
60-64	137	24	50
65-69	203	47	61
70-74	305	87	111
75-79	550	262	147
80-84	729	481	166
> 85	1128	617	206

Vooraf op hogere leeftijd worden voor patiënten hulpmiddelen voorgeschreven. Het percentage personen dat een op het lichaam gedragen hulpmiddel (prothesen/orthesen, elastische kous, schoenvoorziening, orthopedisch schoeisel, gehoorhulpmiddel, visueel hulpmiddel, verzorgingshulpmiddel) voorgeschreven krijgt is 1.3 voor de 55-59 jarigen en loopt op tot 11.3 voor de mensen boven de 85 jaar. Ook de hulpmiddelen ter ondersteuning van de ADL-(algemene dagelijkse levens-) verrichtingen worden progressief met de leeftijd voorgeschreven. In mindere mate is dat het geval met de hulpmiddelen noodzakelijk voor medische behandeling zoals injectiespuiten, dieetpreparaten, hulpmiddelen diabetes e.d.

De rubriek is in deze vorm niet op de weekstaat 2000 gehandhaafd. De registratie in 2000 is geconcentreerd op de hulpmiddelen voorgeschreven bij incontinentie.

MAMMOGRAFIE

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 is het bevolkingsonderzoek landelijk dekkend geworden voor vrouwen van 50-69 jaar. Sinds 1998 worden ook vrouwen van 70-74 (gefaseerd) uitgenodigd.

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.

Omdat het bevolkingsonderzoek landelijk dekkend geworden is, en tevens uitgebreid met de leeftijdsgroep 70-75 jaar, is er vanaf 1998 geen sprake meer van een situatie waarin het bevolkingsonderzoek op de ene plaats wel en op de andere plaats niet is uitgevoerd.

De gegevens van de CMR-Peilstations zullen gebruikt worden voor het in kaart brengen van eventuele opportunistische screening, door monitoring van:

- het aantal door de huisarts aangevraagde mammografieën in de leeftijdsgroep jonger dan 50 jaar en ouder dan 69 (sinds 1998: 74) jaar;
- het aantal door de huisarts aangevraagde mammografieën in de leeftijdsgroep 50-69 (sinds 1998: 74) jaar, buiten het bevolkingsonderzoek om.

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 1-1-1998 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1998 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).⁹ Dezelfde groep verricht een evaluatie van de feitelijke kosten en effecten.

In tabel 9 worden de aantallen mammografieën aangevraagd door de huisarts buiten het bevolkingsonderzoek vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland (vergelijk figuur 5 en 6).

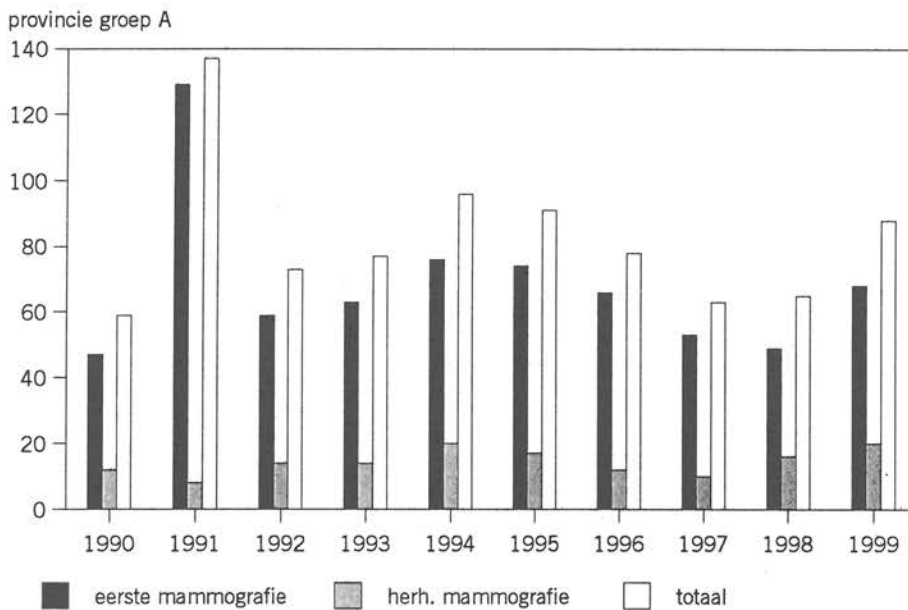
Tabel 9: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1990-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammografie								
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
1997	53	95	95	94	88	83	101	87
1998	49	90	82	108	81	90	61	84
1999	68	105	115	94	93	97	115	99
herhalingsmammografie								
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
1997	10	83	15	32	70	30	16	34
1998	16	80	24	24	24	43	17	36
1999	20	72	23	28	38	37	25	36

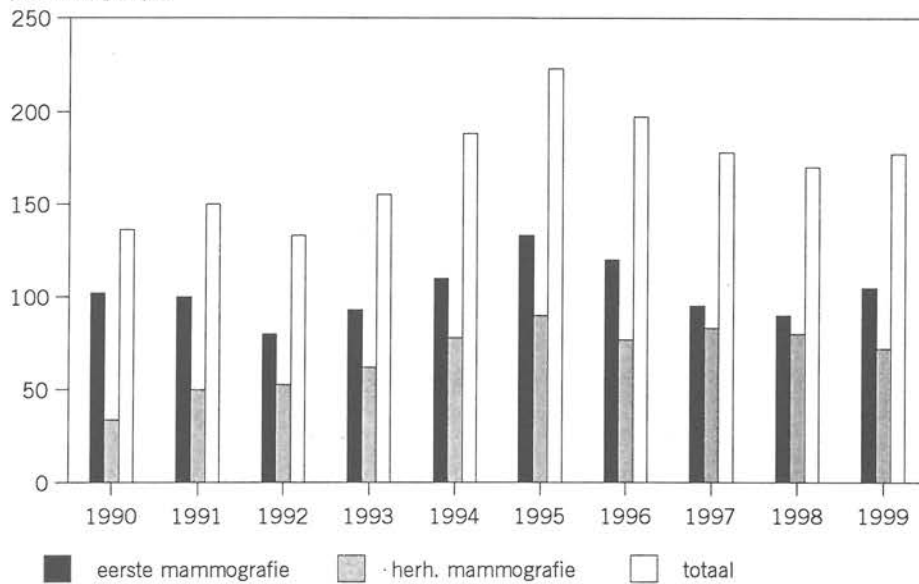
Tabel 9: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1990-1999(vervolg)

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
		totaal	1990	59	136	102	141	145	
	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
	1997	63	178	110	126	158	113	117	121
	1998	65	170	106	132	105	133	78	120
	1999	88	177	138	122	131	134	140	135

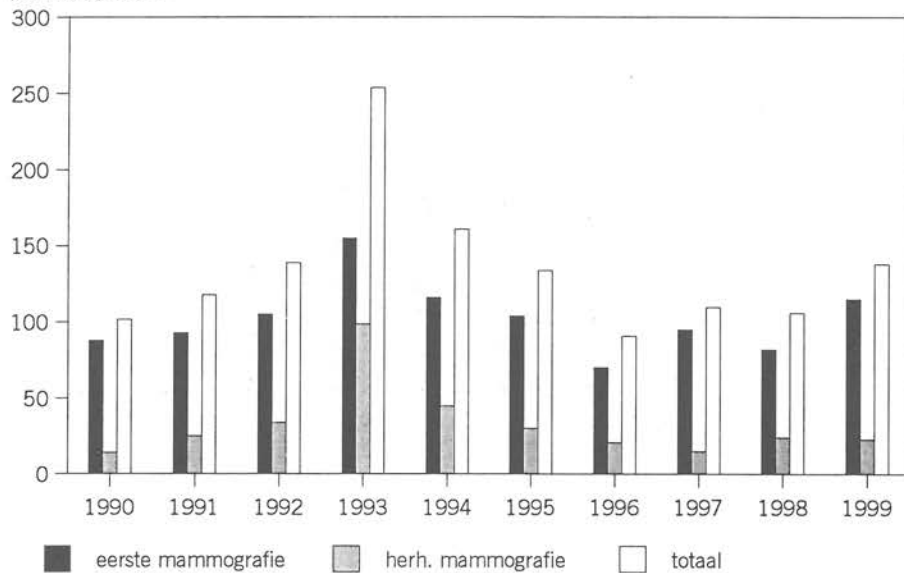
Figuur 5: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1990-1999



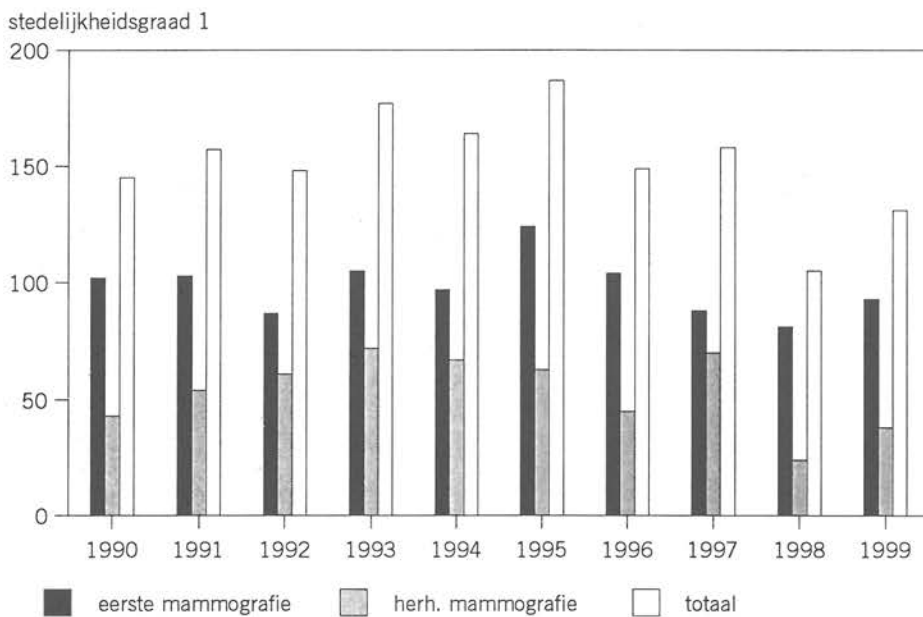
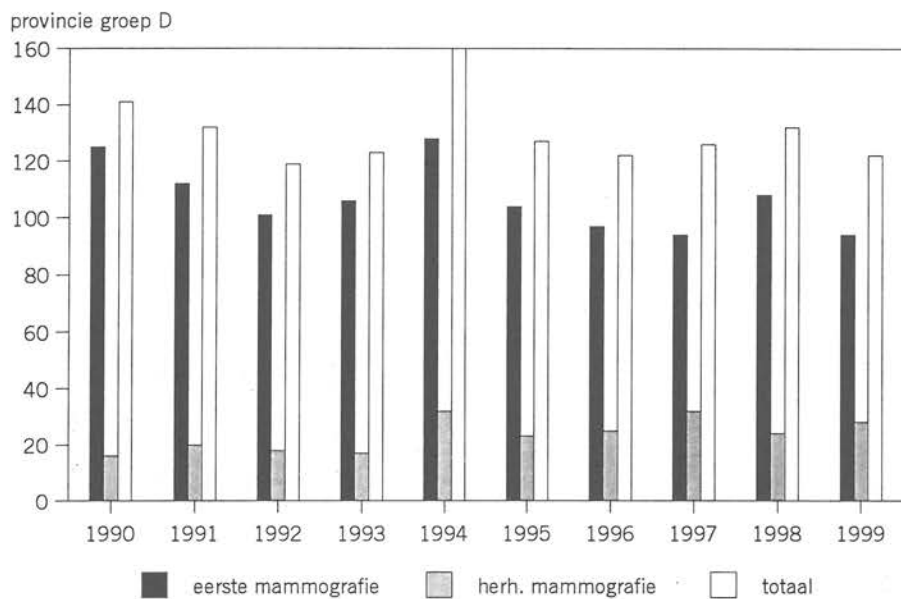
provincie groep B



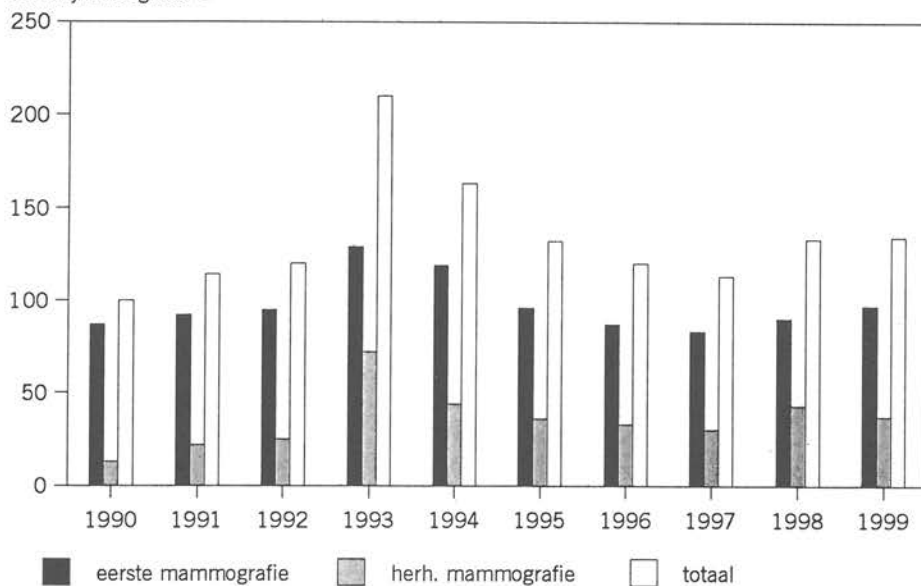
provincie group C



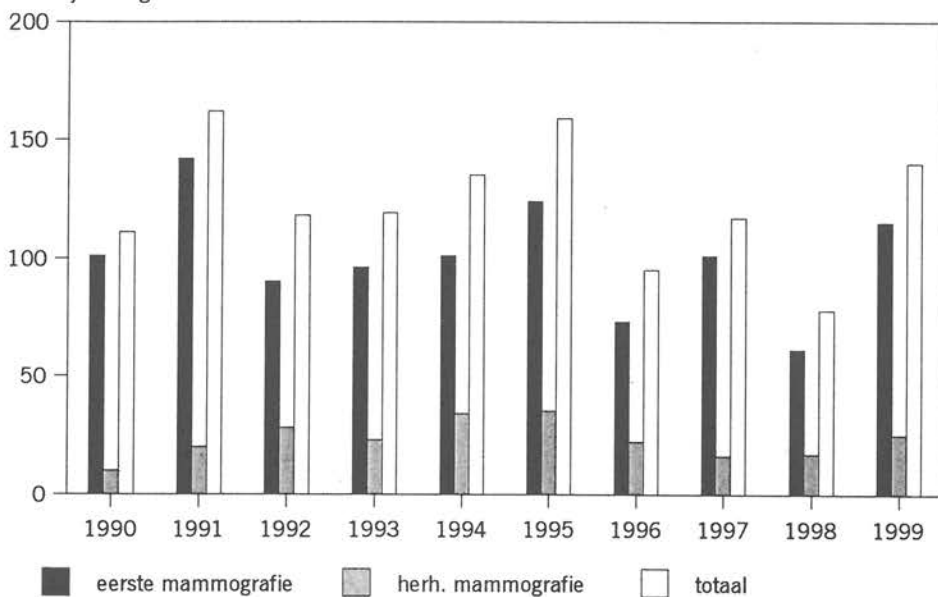
Figuur 6: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1990-1999

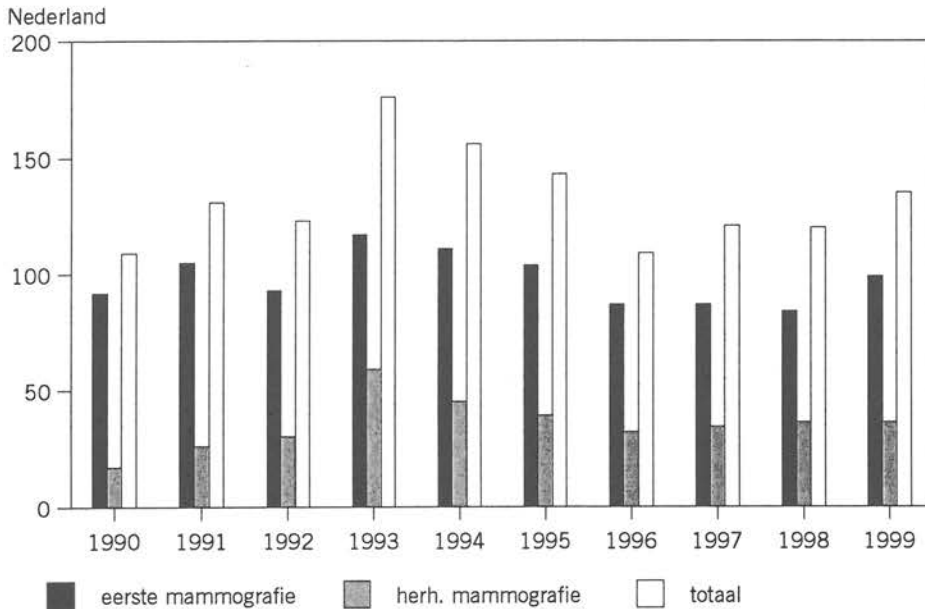


stedelijkheidsgraad 2



stedelijkheidsgraad 3





Het aantal mammografieën aangevraagd door de huisarts is na een tweetal jaren stabiel geweest te zijn in 1999 weer gestegen. De toename betreft vooral 1^e mammografieën.

In de stedelijkheidsgraad 3, (grote steden) fluctueert het aantal meldingen van door de huisarts aangevraagde mammografieën per jaar sterk. Hiervoor is nog geen verklaring gevonden.

Uitgezocht wordt of de plaatselijke aanvang van het bevolkingsonderzoek op borstkanker van invloed is op deze uitkomsten. Voor de periode tot en met 1995 is dit reeds beschreven. Binnenkort zullen deze analyses met de periode 1995-2000 worden uitgebreid (Dr. H.J. de Koning, Erasmus Universiteit).

In tabel 10 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen.

Tabel 10: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar leeftijds-
groep per 10.000 vrouwen voor Nederland; 1990-1999

	leeftijdsgroep									
	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
eerste mammografie										
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
1997	97	160	214	241	128	114	48	61	96	57
1998	90	150	231	254	125	85	61	57	64	63
1999	121	188	246	295	166	123	64	78	66	53
herhalings mammografie										
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)
1997	27	58	59	99	92	81	48	43	28	(16)
1998	29	61	80	111	78	104	17	43	24	(5)
1999	20	51	101	112	84	64	51	25	20	19
totaal										
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
1997	124	218	273	340	220	195	96	104	124	73
1998	119	211	311	365	203	189	78	100	88	68
1999	141	239	347	407	250	187	115	103	86	72

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 buiten het bevolkingsonderzoek om worden

aangevraagd. Bij de vrouwen ouder dan 75 jaar heeft dit onderzoek relatief weinig plaats.

Bij vooral de vrouwen in de leeftijdsgroep van 40-50 jaar neemt het aantal aanvragen voor mammografie door de huisarts de laatste vier jaar weer toe. Zowel het aantal 1^e mammografieën als het aantal herhalings mammografieën. Er is mogelijk dus sprake van 'periodieke screening' buiten het bevolkingsonderzoek om bij deze leeftijdsgroep.

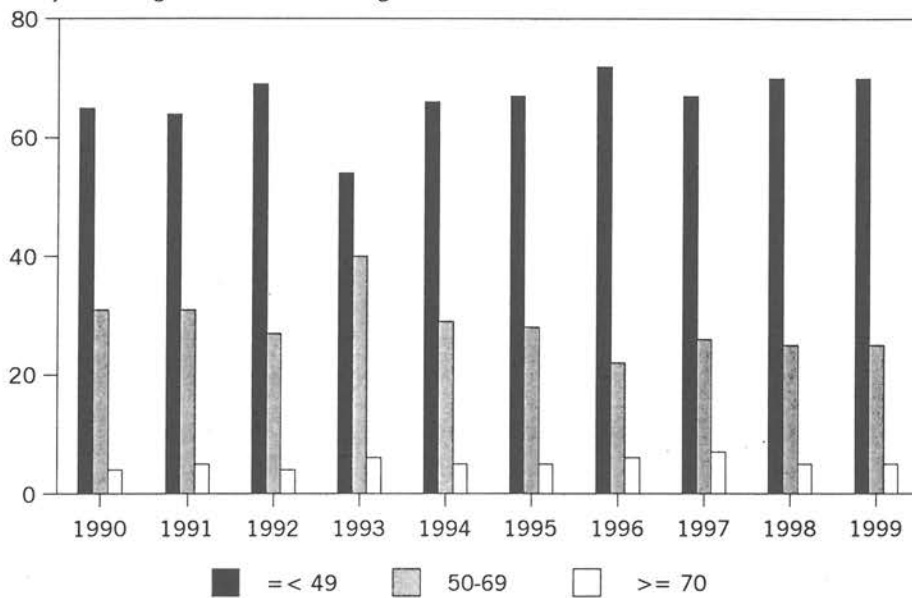
Tabel 11: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd naar drie leeftijdsgroepen. (procenten) 1990-1999

	leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën			totaal
	<49	50-69	≥70	
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
1997	67	26	7	100
1998	70	25	5	100
1999	70	25	5	100
	leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën			
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
1997	72	20	8	100
1998	73	20	6	99
1999	72	23	5	100

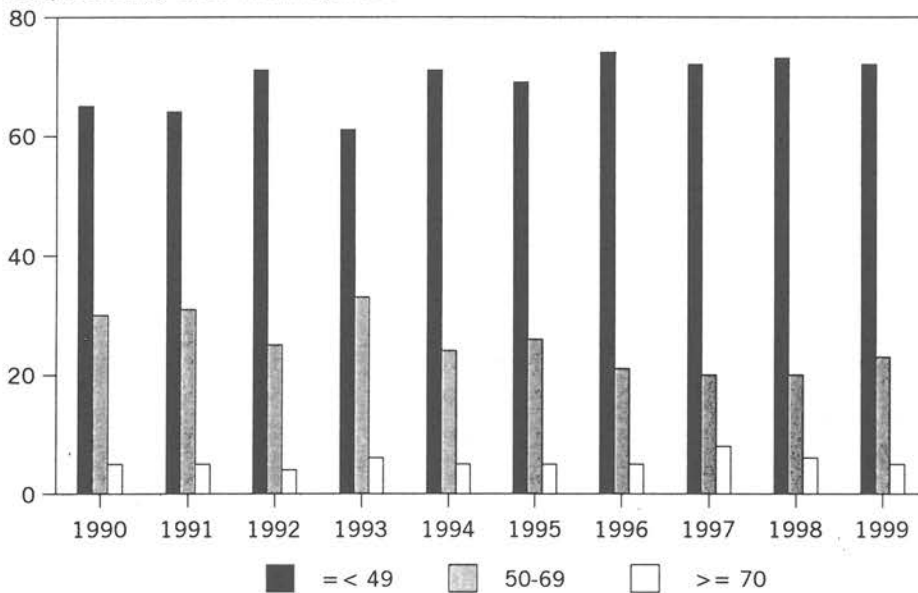
Het aandeel van de vrouwen jonger dan 50 jaar blijft onveranderd hoog bij zowel de eerste mammografie als bij de herhalingsonderzoeken. In deze leeftijdsgroep is het aandeel van vooral vrouwen van 40-50 jaar hoog.

Figuur 7: Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd in drie leeftijdsgroepen (procenten), 1990-1999

leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën



leeftijdverdeling 'eerste' mammografieën



In 2000 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

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

BEEMSTERBOER, P.P.M., H.J. DE KONING, C.W.N. LOOMAN, G.J.J.M. BORSBOOM, A.I.M.
BARTELDI AND P.J. VAN DER MAAS.

Mammography Request in General Practice During the Introduction of Nationwide Breast Cancer Screening, 1988-1995

European Journal of Cancer, 1999, vol. 35, no 3 pp. 450-454

Introducing an organised breast cancer screening programme for certain age groups in a population might induce opportunistic screening in adjacent (non-invited) age groups and influence health behaviour in the target population. We analysed the effect of the start of the Dutch national screening programme on the number of mammographies requested by 43-45 general practices for the age groups 30-39, 40-49, 50-69 and 70+ years, using logistic regression analysis. In all age groups an immediate increase was observed in the number of mammography requests after the start of the screening, which was largest and statistically significant in the target population of the screening programme (age 50-69 years). More than 2 years after the start of screening, the number of mammography requests in all age groups had decreased to the level before the start and in the age group 50-69 years the number of mammographies was significantly lower than before the screening started. The unexpected increase in mammographies after the start of the breast cancer screening programme might be related to registry problems or to the process of building up the screening programme. Eventually there was a decrease in the number of mammographies in the target population, probably an effect of the introduction of the national screening programme. Opportunistic screening was not clearly demonstrated in adjacent age groups.

BEEMSTERBOER, P.P.M.

Evaluation of Screening Programmes. Studies on breast cancer and prostate cancer

Dissertatie Rotterdam, 1999, hoofdstuk 3.

STERILISATIE BIJ DE MAN

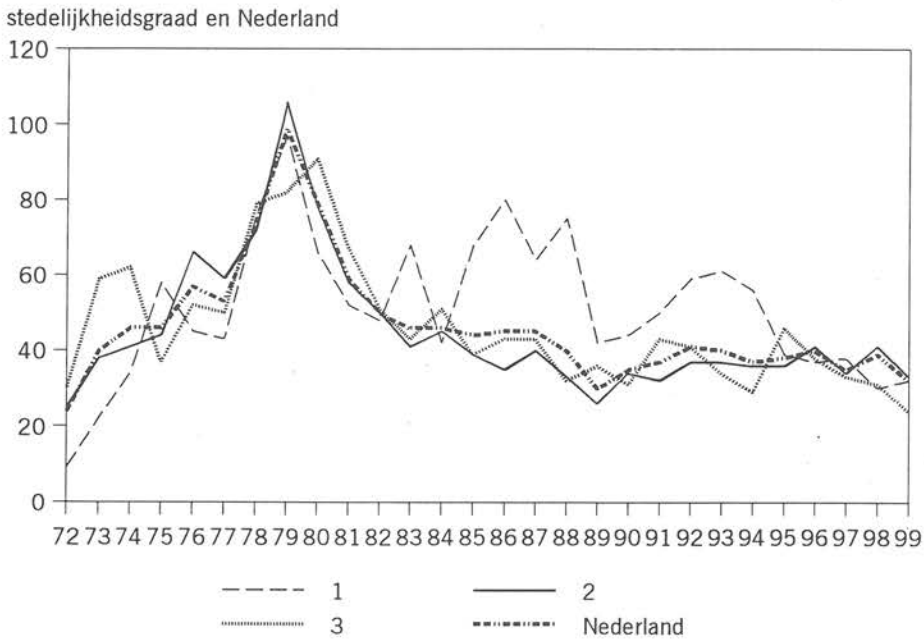
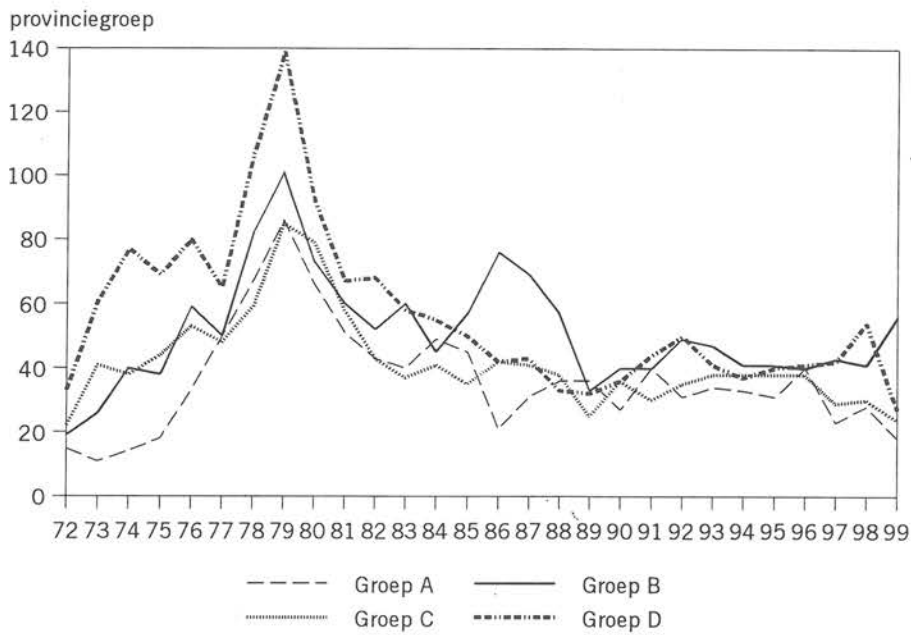
Sinds 1972 staat de bij de man verrichte sterilisatie als rubriek op de weekstaat. De uit deze rubriek verkregen gegevens worden, samen met die uit de rubriek sterilisatie bij vrouwen verricht onder meer gebruikt voor het opstellen van een Nederlandse bijdrage aan het rapport van de Raad van Europa "Country Report of the Netherlands" en bij berekening van het beloop van de bevolking. De jaarlijks gepubliceerde gegevens vormen een partieel 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 12 gegeven (vergelijk figuur 8).

Tabel 12: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen, 1990-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1997	23	43	29	42	38	34	33	35
1998	28	41	30	54	30	41	31	39
1999	18	56	24	27	32	33	24	32

Figuur 8: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1999



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, het jaar 1997 uitgezonderd. Het jaar 1999 laat opnieuw een daling zien tot 32 per 10.000 mannen.

In de oostelijke provincies is in 1999 het aantal sterilisaties bij mannen opmerkelijk toegenomen. Het aantal van 56 per 10.000 mannen is het hoogste in de afgelopen 10 jaar en ligt duidelijk boven het niveau van de andere provinciegroepen. Dit geldt overigens niet voor sterilisatie van de vrouw (zie hierna).

Na extrapolatie komt men op 25.000 sterilisaties voor heel Nederland in 1999. 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 1999 verrichte sterilisaties was aanmerkelijk lager dan de vervangingsfactor (ongeveer 10.000); 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 daalde het percentage ooit gesteriliseerde mannen in 1999 enigszins ten opzichte van 1998. Het percentage ooit gesteriliseerde mannen dat statistisch gesproken tot de vruchtbare leeftijdsgroep behoort (17-51 jaar)¹⁰ bedroeg in 1999 11,8%. Dit percentage was al sinds 1986 nagenoeg constant, maar is nu voor het eerst gedaald. Bij vrouwen daalt het echter al vele jaren (zie hierna).

In figuur 10 (zie pagina 49) 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 veel populairder is dan sterilisatie van de vrouw. In 1999 was de verhouding sterilisatie mannen: vrouwen gelijk aan 65:35.

Leeftijdverdeling

De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 13 gegeven (vergelijk figuur 11 zie pagina 50).

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 2% en in 1999 nog maar 0,5% was.

Tabel 13: Aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen 1990-1999

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
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
1997	(2)	(7)	71	154	106	70	21
1998	-	10	89	144	128	71	28
1999	(5)	14	69	122	132	47	7

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 1999 is het hoogste aantal sterilisaties voor 't eerst verrassend bij de mannen van 40-44 jaar.

Opvallend sinds 1992 is het hogere aantal sterilisaties bij mannen van 45 jaar en ouder dan voorheen. In 1999 daalt het aantal sterilisaties bij oudere mannen ten opzichte van 1998 aanzienlijk: 47 versus 71 per 10.000 mannen in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar en 7 versus 28 per 10.000 in de leeftijdsgroep 50-54 jaar.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ongeveer 924.000 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 11,8% 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 per 01-01-2000 van de weekstaat afgevoerd.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

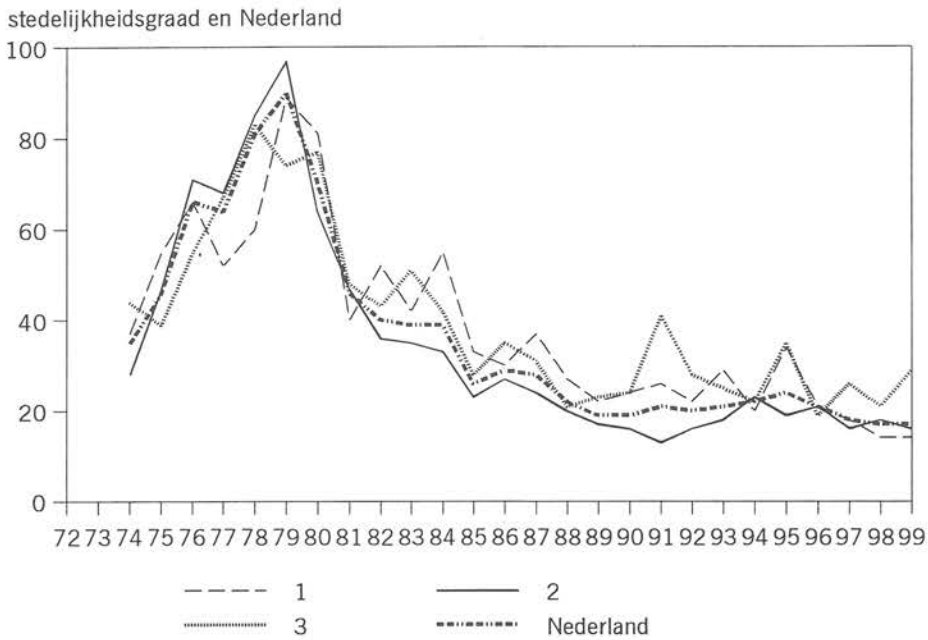
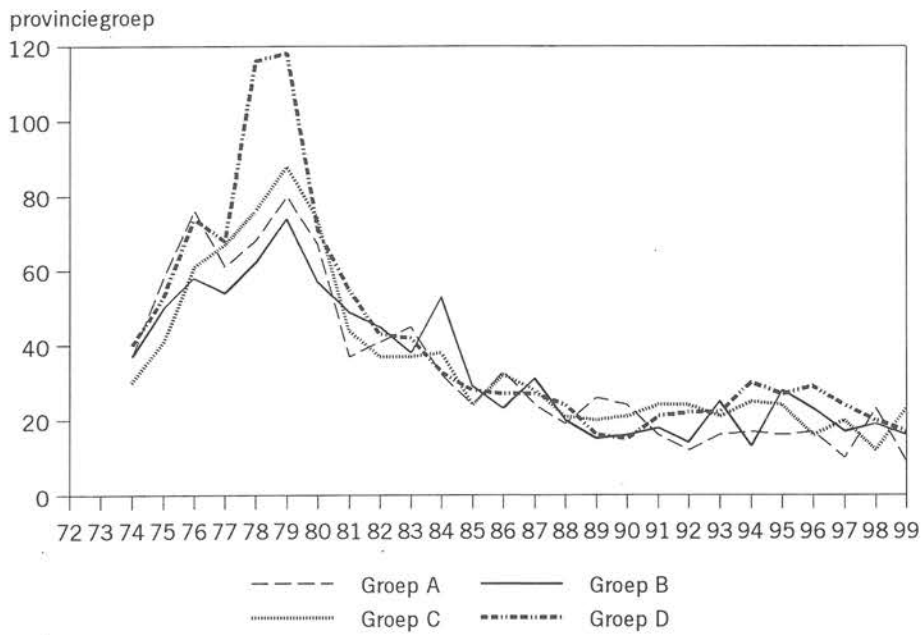
De bij de vrouw verrichte sterilisatie is in 1974 als rubriek op de weekstaat opgenomen (bij de man vanaf 1972). In 1999 werden 17 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, vrijwel gelijk aan de twee voorgaande jaren. Extrapolatie van dit cijfer naar heel Nederland levert een aantal van 13.500 sterilisaties in 1999. Het aantal per 10.000 van alle vrouwen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland in tabel 14 gegeven (vergelijk figuur 9).

Tabel 14: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1990-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1997	10	17	20	24	18	16	26	18
1998	23	19	12	20	14	18	21	17
1999	9	16	23	17	14	16	29	17

De westelijke provincie groep laat in 1999 bij de vrouwen de hoogste aantallen sterilisaties zien. In de grote steden ligt het aantal sterilisaties bij vrouwen al jarenlang hoger dan op het platteland en in de forensengemeenten en kleine steden.

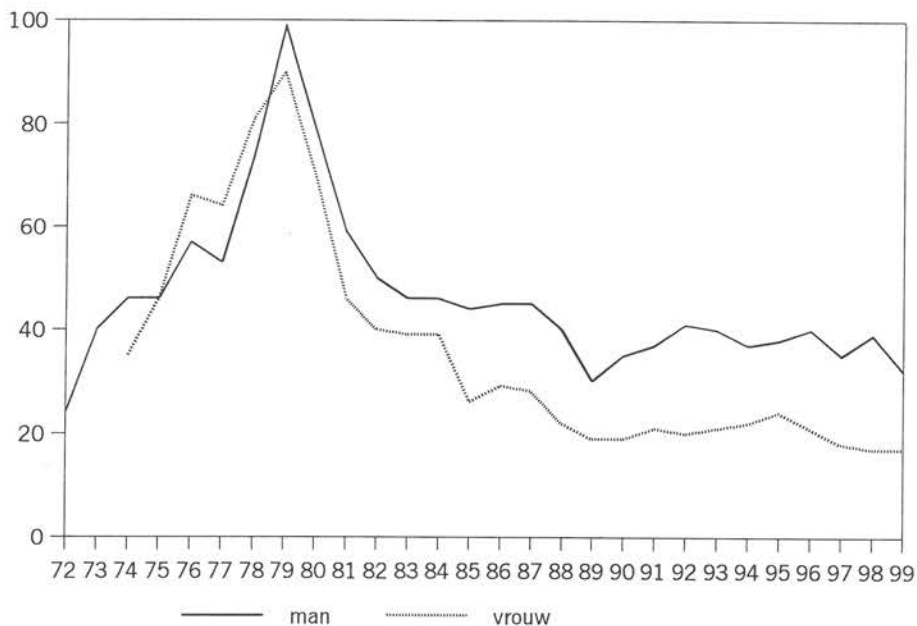
Figuur 9: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1974-1999



Sinds 1995 daalt het aantal sterilisaties bij vrouwen geleidelijk. In de onderscheiden subgroepen treden wel enige schommelingen op; maar zonder duidelijke richting.

In figuur 10 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.

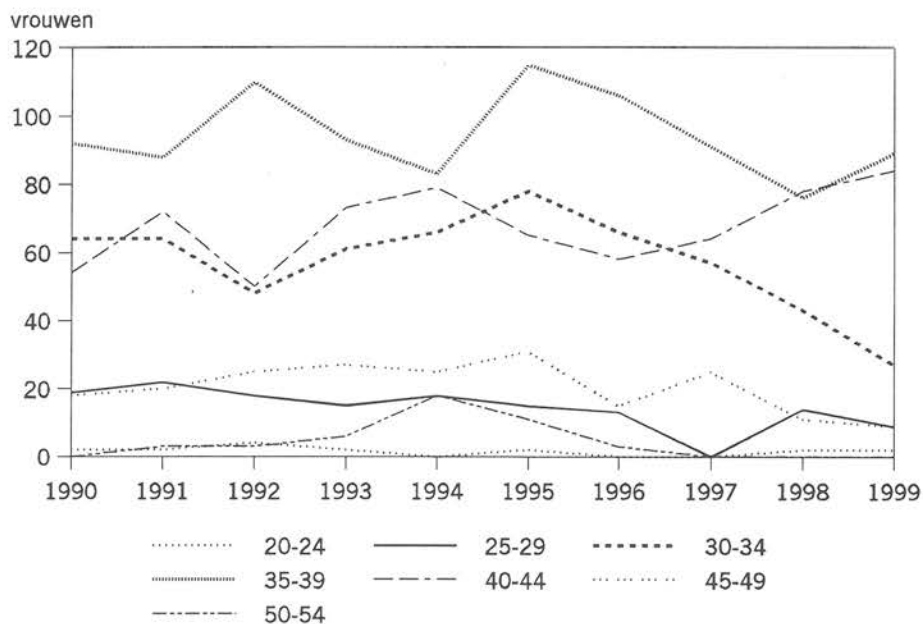
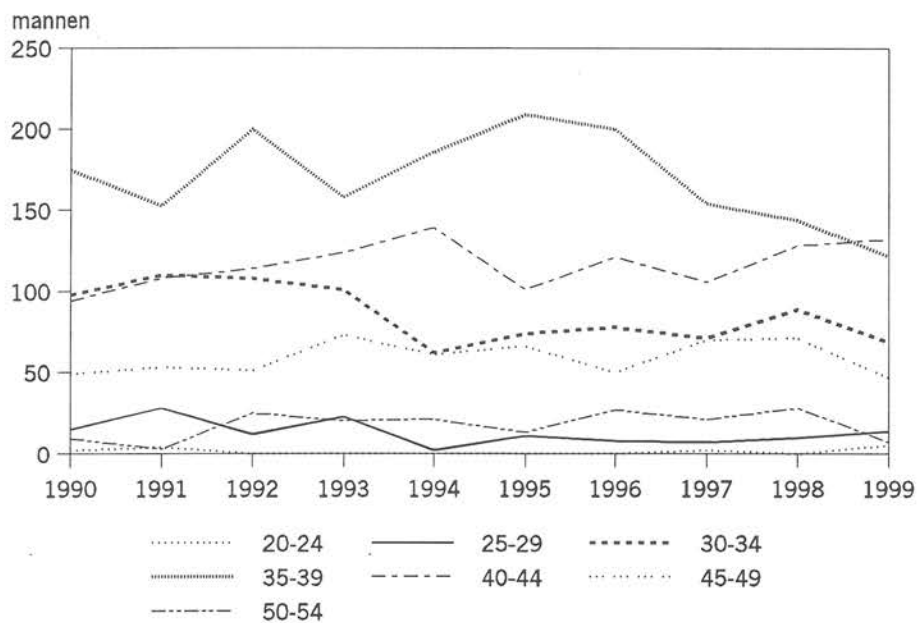
Figuur 10: Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1999



Leeftijdverdeling

De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 11).

Figuur 11: Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1990-1999



Tabel 15: Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1990-1999

	leeftijdsgroep						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
1990	(2)	10	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)
1997	-	-	57	91	64	25	-
1998	(2)	14	43	76	78	11	-
1999	(2)	9	27	89	84	9	-

Sterilisaties bij vrouwen worden vooral verricht tussen de 30 en 45 jaar; onder die leeftijd komt het weinig meer voor. In de leeftijdsgroep tot 40 jaar daalt het aantal sterilisaties de laatste jaren snel, terwijl het aantal in de groep >40 tamelijk stabiel blijft.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1973 in totaal bij tenminste 679.500 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 8,5% 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 1999 19,2%. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1999 verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1999 bedroeg 63.800. In werkelijkheid lag dit aantal op 38.500 (25.000 mannen en 13.500 vrouwen).

Tabel 16: Percentage vrouwen en mannen, behorende tot de vruchtbare leeftijdsgroep, dat ooit een sterilisatie heeft ondergaan, 1980-1999

Jaar	vrouwen per 100 15-49 j.	mannen per 100 17-51 j.	totaal m+v per 100 15-51 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	12,2	20,6
1997	8,1	12,2	20,3
1998	7,8	12,2	20,0
1999	7,4	11,8	19,2

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 7,4% in 1999. Bij mannen bleef het percentage gesteriliseerden tussen 1986 en 1998 opmerkelijk constant. In 1999 daalt dit voor het eerst ook, net als onder vrouwen. Het percentage gesteriliseerde vrouwen en mannen samen daalt sinds 1986 (zie tabel 16). Er kan daarom gesproken worden van een afnemende populariteit van sterilisaties als methode van geboortenregeling met name bij vrouwen, maar nu ook in het algemeen. 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. Het percentage 40-49 jarige vrouwen dat de pil gebruikt is gestegen van 8,6% in 1985 tot 20,8% in 1997. (CBS, Stat. Jaarboek 1998).

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 0,4% in 1999. Sinds 1984 is er nu ook sprake van

een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13,8% in 1984 naar 2,5% in 1999). In de leeftijdsgroep van 40-49 jaar is de daling verhoudingsgewijs geringer (van 25,2% in 1985 naar 19,5% in 1999). Verreweg het hoogste percentage gesteriliseerde vrouwen is nu te vinden in de leeftijdsgroep 45-49 jaar: 23,6%. Dit wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de grote aantallen vrouwen die zich rond 1985 op 30-35 jarige leeftijd lieten steriliseren inmiddels tegen de 50 lopen. Overigens is het interessant dat Nederland, één van de weinige landen is waar veel meer mannen dan vrouwen gesteriliseerd zijn. Deze verhouding ligt momenteel op 62% mannen tegen 38% vrouwen. (In de vruchtbare leeftijdsgroep waren in 1998 489.000 mannen en 294.000 vrouwen gesteriliseerd).

Hoe belangrijk sterilisatie nog altijd is als methode van geboortenregeling moge tot slot blijken uit het feit dat op dit moment rond de leeftijd van 50 jaar ruim 31% van alle mannen en bijna 24% van alle vrouwen gesteriliseerd is. Dat betekent dat meer dan de helft van alle paren op enig moment heeft besloten deze stap te nemen.

De rubriek sterilisaties is per 01-01-2000 van de weekstaat afgevoerd.

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

KETTING, E., A.P. VISSER

Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained.

Patient Education and Counseling 23 (1994) 161-171

HONDENBETEN

Het Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij heeft via de Gezondheids- en welzijnwet voor dieren de mogelijkheid regels te stellen ten aanzien van agressieve dieren.

Voor het beoordelen van de noodzaak ook daadwerkelijk ten aanzien van bepaalde rassen van honden beperkingen te stellen heeft dit Ministerie behoefte aan informatie.

Over hondenbeten wordt informatie verzameld door SIG-Zorginformatie over opnamen in het ziekenhuis en door Stichting Consument en Veiligheid op afdelingen voor spoed eisende Eerste Hulp voor poliklinische behandelde patiënten.

In 1986 en 1987 is door de CMR-Peilstations het onderwerp hondenbeten geregistreerd. Het aantal door huisartsen behandelde patiënten met een hondenbeet bleek toen tweemaal zo hoog te zijn als het aantal in ziekenhuizen behandelde of opgenomen patiënten.

Het Ministerie van Landbouw heeft de CMR-Peilstations gevraagd in 1998 het onderwerp opnieuw op de weekstaat te plaatsen.

De peilstationarts wordt gevraagd elke patiënt (mannen en vrouwen apart), die de arts voor 't eerst met een hondenbeet consulteert te registreren.

Daarnaast wordt gevraagd een vragenlijst aan de slachtoffers met een hondenbeet uit te reiken. Dit vragenformulier komt overeen met het formulier dat gebruikt wordt door de afdeling voor Spoedeisende Eerste Hulp van de ziekenhuizen, die betrokken zijn bij het onderzoek van Stichting Consument en Veiligheid. De slachtoffers met een hondenbeet wordt gevraagd het vragenformulier naar Stichting Consument en Veiligheid op te sturen.

Stichting Consument en Veiligheid (drs. H. Toet) zal over dit onderdeel van het onderzoek verslag doen.

Het aantal personen met een hondenbeet per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking is met het aantal voor Nederland gegeven in tabel 17.

Tabel 17: Aantal personen dat de huisarts voor de 1^e maal consulteert met een hondenbeet per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, per provinciegroep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland voor 1986-1987 en 1998-1999

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1986	M	29	42	26	35	39	31	25	31
1987		32	44	19	30	41	29	17	28
1986	V	28	24	22	18	29	22	17	22
1987		19	26	17	13	27	18	11	26
1998	M	11	15	6	9	22	8	4	10
1999		4	21	7	16	21	11	9	12
1998	V	7	9	9	14	13	9	8	10
1999		9	26	6	9	21	12	4	12
1998	T	9	12	7	11	17	9	6	10
1999		7	23	7	13	21	12	7	12

Tien tot twaalf op de 10.000 inwoners van Nederland worden in 1998-1999 door de huisarts behandeld voor een hondenbeet. Dit aantal ligt aanmerkelijk lager vergeleken met de jaren 1986-1987 toen 27 op de 10.000 inwoners voor een hondenbeet door de huisarts werden behandeld.

De huisarts behandelt in 1998 en 1999 evenveel vrouwen als mannen voor de gevolgen van een hondenbeet.

In de registratie van 1986-1987 waren er iets meer mannen, die voor dit doel de huisarts consulteerden.

De meeste patiënten met een hondenbeet worden in 1998 en 1999 gemeld in de oostelijke provincies; de minste in de westelijke en noordelijke provincies. Ook in 1986-1987 werd deze verdeling gevonden.

Evenals in 1986-1987 worden in 1998 en 1999 op het platteland de meeste patiënten met een hondenbeet door de huisarts behandeld. In de grote steden is dit aantal het laagst.

Een tweetal aspecten speelt hierbij een rol: op het platteland komen meer bijtende honden voor dan in de grote steden en/of patiënten in grote steden gaan na een beet door een hond niet naar de huisarts maar naar de polikliniek voor spoedeisende eerste hulp.

Seizoensinvloeden

In tabel 18 worden de aantallen personen, die voor 't eerst de huisarts met een hondenbeet consulteren per kwartaal weergegeven.

Tabel 18: Aantal personen dat de huisarts voor de 1^e maal met een hondenbeet consulteert per 10.000 personen per kwartaal voor 1986-1987 en 1998-1999

		1 ^e kwartaal	2 ^e kwartaal	3 ^e kwartaal	4 ^e kwartaal
M	1986	6	10	8	6
	1987	8	8	7	9
	1998	2	3	2	2
	1999	3	2	4	2
V	1986	5	7	6	4
	1987	4	4	6	4
	1998	3	2	2	2
	1999	1	3	5	2

Het seizoen blijkt geen belangrijke invloed te hebben op het aantal patiënten, dat met een hondenbeet de huisarts bezoekt (alleen eerste consulten).

Leeftijdverdeling

In tabel 19 zijn de aantallen patiënten verdeeld die met een hondenbeet de huisarts voor de eerste maal consulteren per leeftijdsgroep.

Tabel 19: Aantal personen dat de huisarts voor de 1^e maal consulteert wegens een hondenbeet per leeftijdsgroep, 1986-1987 en 1998-1999

leeftijdsgroep	mannen				vrouwen			
	1986	1987	1998	1999	1986	1987	1998	1999
1-4	41	29	(9)	(9)	27	27	(10)	26
5-9	55	25	12	17	41	13	12	13
10-14	49	36	15	18	26	26	(8)	19
15-19	43	33	(5)	8	39	26	(3)	13
20-24	26	32	10	5	17	20	13	19
25-34	31	36	8	7	21	16	10	8
35-44	29	17	9	16	23	16	11	15
45-54	17	28	9	18	27	24	15	8
55-64	28	32	18	8	20	18	8	13
>64	18	14	10	14	13	6	7	9

Net als in de vorige registratieperiode (1986-1987) zijn er in 1998 geen zuigelingen door de huisarts wegens een hondenbeet behandeld. In 1999 is een zuigeling voor

een hondenbeet door de huisarts behandeld. Ook worden evenals in de jaren 1986-1987 in 1998 en 1999 vooral de jongeren (1-19 jaar) door de huisarts wegens een hondenbeet behandeld. Relatief is het aandeel van de jongeren wel gedaald.

Vergeleken met 10 jaar geleden worden er aanzienlijk minder mensen voor een hondenbeet door de huisarts behandeld: in 1998 en 1999 nog ongeveer 40% van het aantal mensen in 1986-1987.

Informatie uit andere bron laat zien dat tussen 1987 en 1996 het aantal honden in Nederland met 30% afgenomen is. Tussen 1987 en 1991 daalde tevens het aantal behandelingen op de poliklinieken voor spoedeisende eerste hulp. Vervolgens stabiliseerde dit aantal in de jaren 1992-1996 op het huidige niveau.

De rubriek wordt in 2000 niet gecontinueerd.

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

MULDER, S.

Door een hond gebeten.

Stichting Consument en Veiligheid, 1989, Rapport nr. 56

HERPES ZOSTER

In een aantal Europese landen functioneren peilstationsnetwerken ten behoeve van het epidemiologisch onderzoek in de gezondheidszorg. De peilstationartsen verzamelen gegevens voor het monitoren van omschreven problemen bij hun patiënten. Na adequate analyse geven deze gegevens een indicatie voor de trend in het voorkomen van een omschreven probleem.

Het doel van peilstationsnetwerken is het geven van enig inzicht in het voorkomen van ziekten in de bevolking. Een belangrijke vraag daarbij is of datgene wat in een netwerk van peilstationpraktijken wordt geregistreerd ook inderdaad weergeeft wat er aan ziekte en problemen in de bevolking voorkomt. Het gebruik van de juiste gegevens over de omvang van de populatie in de peilstationpraktijken (= de noemer) kan de onzekerheid op dit punt verminderen.

Zorgvuldig bijgehouden praktijkpopulaties en leeftijd- en geslachtsregisters worden algemeen aanvaard als de meest wenselijke noemer. Deze zijn echter niet in elk gezondheidszorgsysteem beschikbaar; in deze situatie zijn mathematische modellen ontwikkeld voor het schatten van de 'populatie at risk'.

Ondanks het beschikbaar zijn van deze modellen wordt nog steeds gezocht naar andere mogelijkheden de population at risk te bepalen. Een van deze mogelijkheden is het gebruik maken van een indicator-aandoening. De gedachte daarbij is dat wanneer een aandoening een constante incidentie heeft het waarschijnlijk mogelijk is met behulp van deze incidentie de populatie at risk af te leiden.

Deze gedachte is geformuleerd door D.M. Fleming en K.W. Cross van de Weekly Return Service van de Royal College of General Practitioners in Birmingham (UK).¹¹ De vraag die vervolgens beantwoord moest worden is welke aandoening leidt nageenog altijd tot een bezoek aan de huisarts, kent een relatief constante incidentie en is eenvoudig te diagnosticeren.

Herpes zoster is zo'n aandoening bleek uit het onderzoek van de gegevens in de Weekly Return Service verzameld gedurende 27 jaar.

De volgende stap in het onderzoek naar de mogelijkheden herpes zoster als indicator-aandoening te kunnen gebruiken is het registreren ervan in een ander peilstationnetwerk dan het Engelse. De CMR-Peilstations Nederland is daarvoor gevraagd. Per 1 Januari 1997 is herpes zoster op de weekstaat opgenomen.

Van de peilstationartsen wordt gevraagd de patiënten waarbij de arts de diagnose herpes zoster stelt te melden.

De aandoening is dermate karakteristiek dat is afgezien van een nadere omschrijving ervan.

In tabel 20 wordt de incidentie van herpes zoster weergegeven naar provinciegroep en graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en per 10.000 personen.

Tabel 20: aantal nieuwe gevallen van herpes zoster naar provinciegroep en graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en per 10.000 personen in 1997-1999

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1997	M	7	32	31	23	24	23	35	24
1998		11	33	36	26	32	30	33	28
1999		18	28	36	23	19	29	31	27
1997	V	12	39	37	29	29	29	40	30
1998		22	32	44	46	41	24	45	37
1999		28	46	43	28	36	36	46	37
1997	T	10	35	34	26	27	26	38	28
1998		16	32	40	36	36	22	39	33
1999		23	37	39	26	28	32	39	32

Huisartsen melden iets meer vrouwen met herpes zoster dan mannen. Dit komt overeen met de bevindingen in de Engelse peilstations.

Aanvankelijk opvallend laag is het aantal meldingen door huisartsen in de noordelijke provincies. In 1999 is het aantal meldingen in de noordelijke provincies gestegen ten opzichte van de andere provinciegroepen.

Herpes zoster wordt in de meest dicht bevolkte gebieden meer gemeld dan in de minder verstedelijkte gebieden en op het platteland.

Leeftijdsverdeling.

De leeftijdsverdeling van het aantal nieuwe gevallen van herpes zoster per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen is in tabel 21 gegeven.

Tabel 21: aantal nieuwe gevallen van herpes zoster naar leeftijd per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1997-1999

leeftijdsgroep	mannen			vrouwen			totaal		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
<1	-	-	-	-	-	(17)	-	-	(8)
1-4	(6)	(9)	9	(7)	(16)	7	(7)	(12)	8
5-9	(8)	12	12	(8)	22	23	8	17	17
10-14	(5)	13	8	14	10	24	9	12	16
15-19	13	20	28	(11)	23	5	12	21	17
20-24	18	14	15	(8)	13	17	13	14	16
25-29	15	12	16	12	24	24	14	18	20
30-34	13	30	23	13	23	22	13	27	22
35-39	21	20	30	12	13	13	17	17	22
40-44	32	24	21	26	27	27	29	25	34
45-49	29	41	19	40	34	42	34	38	30
50-54	40	32	28	52	43	39	46	37	33
55-59	31	39	46	52	64	74	42	51	60
60-64	35	55	66	52	98	105	44	77	86
65-69	30	41	57	39	71	92	35	57	76
70-74	81	92	67	88	99	102	85	96	87
75-79	61	59	48	77	83	82	71	73	66
80-84	98	54	94	111	90	41	106	78	58
>85	(54)	120	58	94	92	36	82	160	42

Herpes zoster neemt met de leeftijd toe; dit reeds bekende gegeven wordt in deze registratie bevestigd. Deze bevinding stemt overeen met die gedaan in de Engelse peilstations.

De voorlopige conclusie over de nu 3 jaar durende registratie is dat de incidentie van herpes zoster over de tijd niet geheel constant is. Een langere tijdreeks zal nodig zijn om uit te wijzen of de incidentie op langere termijn wel in enige mate constant is.

De rubriek herpes zoster is in 2000 op de weekstaat gehandhaafd.

SUICIDE(POGING)

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

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

De naam van de rubriek is tevens de definitie.

Van de Inspectie voor de gezondheidszorg kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is in samenwerking met dr. R.F.W. Diekstra, destijds hoogleraar klinisch psychologie 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 1994-1999 respectievelijk 74, 95, 80, 76, 71 en 61.

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.

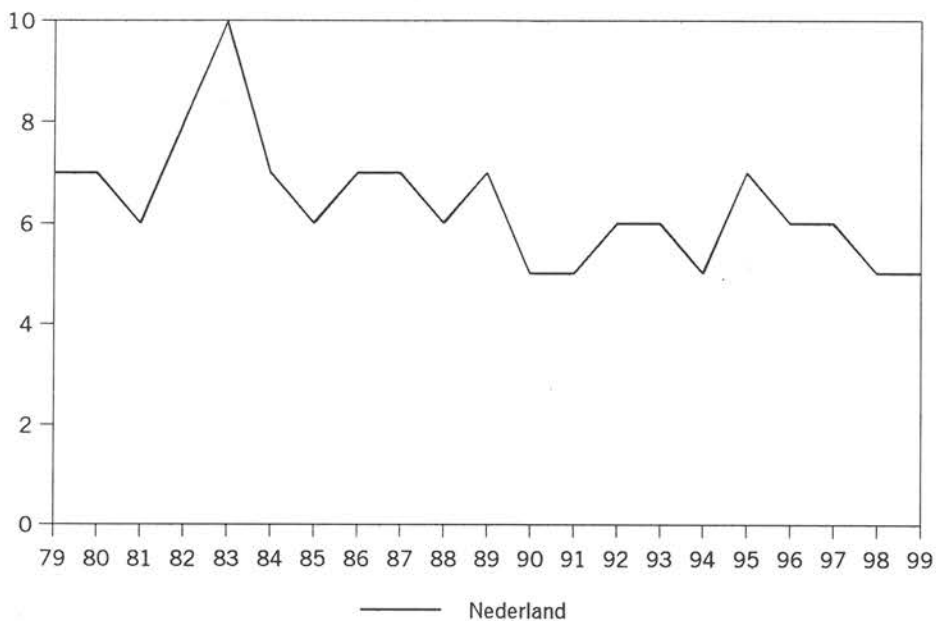
De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen.

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

Tabel 22: Aantal meldingen van een suicide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1990-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1997	3	3	9	8	3	6	12	6
1998	5	4	6	7	4	4	11	5
1999	2	5	4	7	5	4	8	5

Figuur 12. Aantal meldingen van suicide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-1999



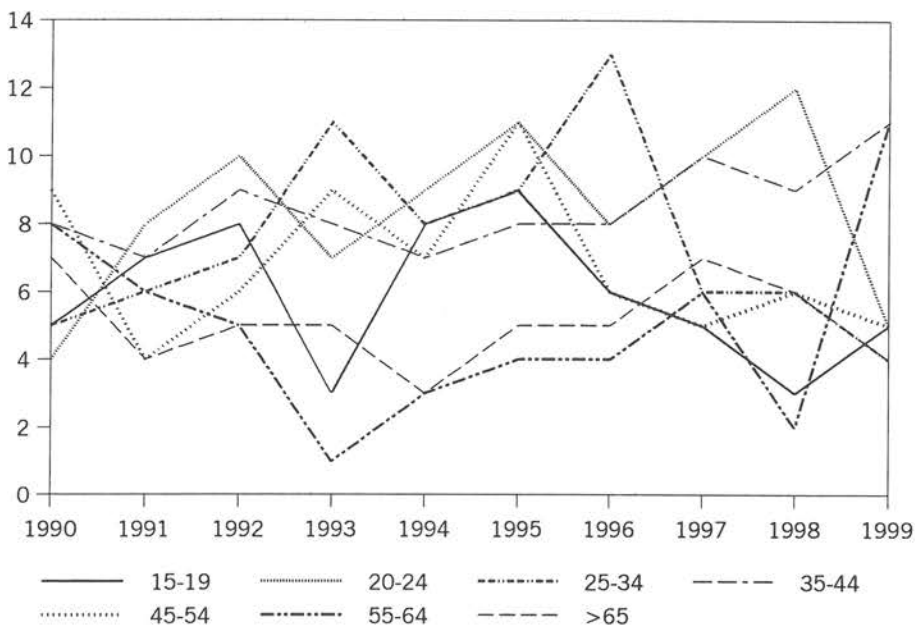
Leeftijdsverdeling

Tabel 23 geeft de frequentie van de suicide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 13).

Tabel 23: Aantal meldingen van een suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1990-1999

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
1997	(1)	(5)	10	6	10	5	6	7
1998	-	(3)	12	6	9	6	2	6
1999	(1)	5	5	4	11	5	11	4

Figuur 13: Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1990-1999



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

Deze rubriek is in 2000 op de weekstaat gehandhaafd.

**PUBLIKATIES 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

URETHRITIS BIJ DE MAN

Seksueel-Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn naast luchtweg-, maagdarm- en urineweginfecties 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 voor een deel onduidelijk ondanks een groot aantal (kleinschalige) onderzoeken.

Er bestaat een aangifteplicht voor hepatitis B en scabies (B-ziekten) en tot 1 april 1999 voor gonorrhoe en syfilis (C-ziekten). Onderrapportage en onderdiagnostiek 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. Zo lijken er voor chlamydia trachomatis andere dan de klassiekerisicogroepen te bestaan.

Inzicht is gewenst in het voorkomen van SOA in Nederland. Onderzoeken op kleine schaal en vaak regio gebonden kunnen slechts een gedeeltelijk inzicht verschaffen. Registratie in de CMR Peilstations Nederland kan een goede aanvulling op dergelijke onderzoeken geven. De registratie van het ziektebeeld omzeilt het probleem van onderdiagnostiek bij verwekker specifieke registraties.

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 indertijd 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 24 gegeven.

Tabel 24: Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1992-1999

	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
1997	12	23	22	11	33	10	34	17
1998	15	16	23	12	18	17	20	17
1999	9	29	25	12	5	20	39	20

De landelijke incidentie van urethritis is na een daling in de 1^e helft van de jaren negentig nu sinds 1996 redelijk constant: 17-21 per 10.000 mannen. In de laatste 2 jaar daalt het voorkomen op het platteland sterk.

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

De meest opvallende bevindingen bij de registratie van urethritis bij mannen is wel het aanvankelijk consequent lage voorkomen ervan in de kleinere steden en forenzen-gemeenten. In 1999 is er een omslag: voor het eerst is het voorkomen van urethritis het laagst op het platteland. Een verklaring daarvoor is op dit moment niet te vinden. Wel valt op dat het voorkomen van P.I.D. eenzelfde verdeling over de stedelijkheidsgraad laat zien (zie jaarverslag 1998).

Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

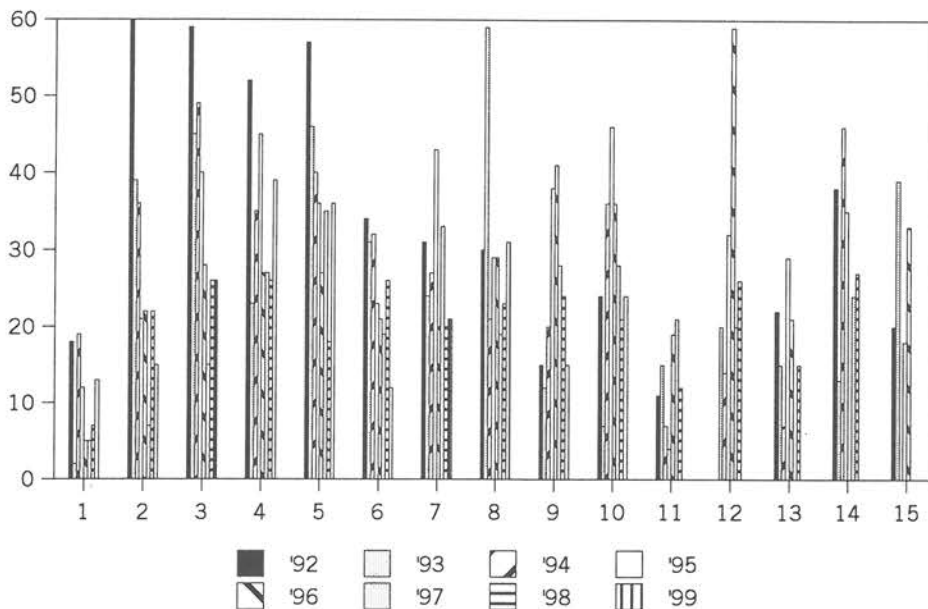
Leeftijdsverdeling

In tabel 25 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 14).

Tabel 25: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1999

leeftijdsgroep	mannen							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
≤ 15	(0)	-	-	(2)	-	-	(0)	-
15-19	18	(2)	19	12	(5)	(5)	(7)	13
20-24	60	39	36	21	22	(7)	22	15
25-29	59	45	49	40	28	15	26	26
30-34	52	23	35	45	27	27	26	39
35-39	57	46	40	36	27	35	18	36
40-44	34	31	32	23	21	19	26	12
45-49	31	24	27	43	20	33	20	21
50-54	30	59	21	29	29	19	23	31
55-59	15	(12)	20	38	41	28	24	15
60-64	24	(7)	36	46	36	28	21	24
65-69	(11)	(15)	(7)	(4)	19	21	12	45
70-74	-	(20)	(14)	32	59	(20)	26	41
75-79	(22)	(15)	(7)	(29)	(21)	0	15	-
80-84	(38)	(13)	(46)	(35)	-	(24)	27	-
≥ 85	(20)	(39)	-	(18)	(33)	0	0	-

Figuur 14: Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-1999



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.¹²

De rubriek is in 2000 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. Bij de start van een meer definitieve relatie wordt zekerheid gewenst over het eventueel besmet zijn van de partners.

Van belang wordt geacht inzicht te krijgen in deze fenomenen. In 1988 is gestart met de rubriek 'Angst voor AIDS'.

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.¹³ (J.J. Kerssens en L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

Tabel 26: Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1990-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
1997	13	14	37	23	7	20	57	24
1998	12	12	25	18	11	16	36	18
1999	9	14	21	19	12	15	33	17

Aanvankelijk is het aantal consulten over AIDS enkele jaren constant. Vanaf 1992 treedt een stijging op, welke tot in 1994 is doorgezet. Vanaf 1995 is er sprake van een dalende trend. Op het jaar 1997 na.

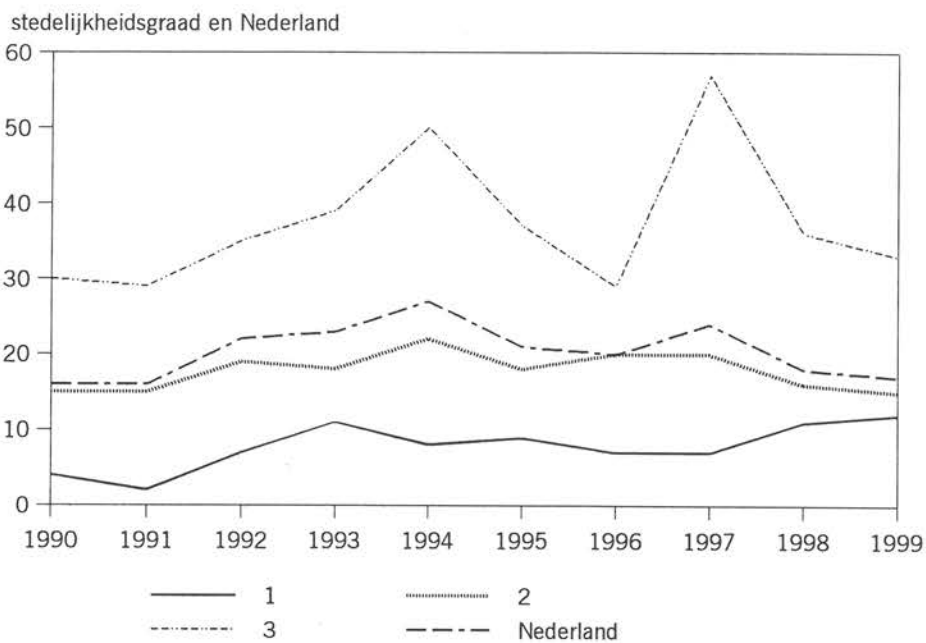
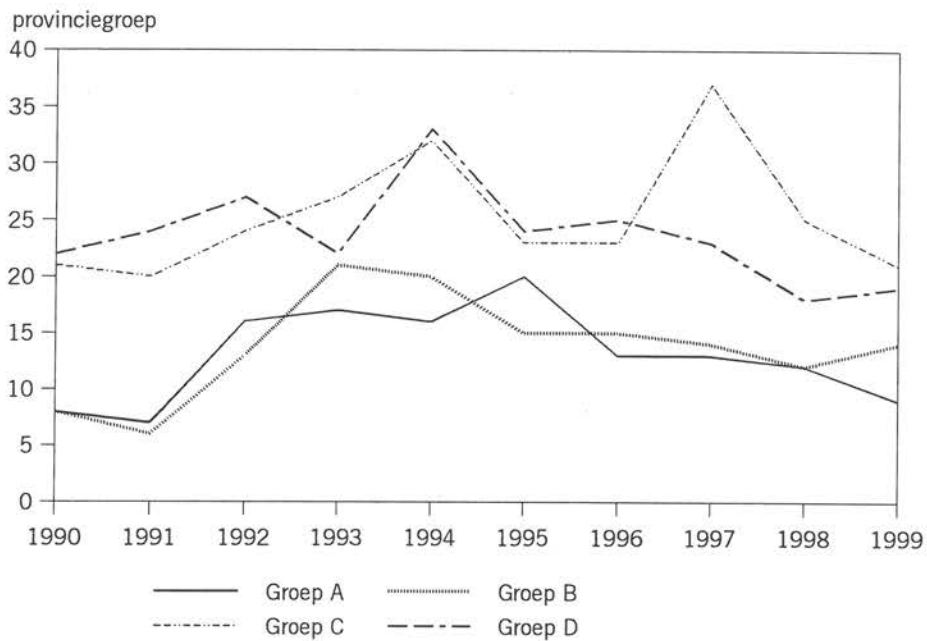
De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 15).

De westelijke provincies en in mindere mate de zuidelijke provincies laten onveranderd het hoogste aantal meldingen zien.

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 1999 is er 188 maal om een test verzocht.

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 1999 is dit aantal 157. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 15: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1990-1999



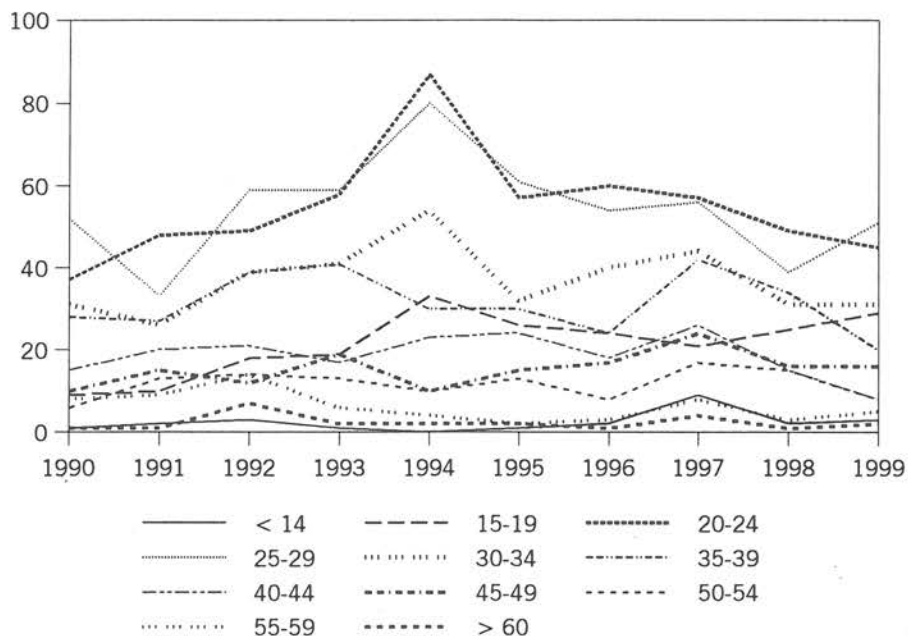
Leeftijdverdeling

In tabel 27 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 16).

Tabel 27: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1990-1999

Leeftijdsgroep	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
≤ 14	(1)	(2)	(3)	(1)	-	(1)	(2)	9	(2)	(3)
15-19	9	10	18	29	33	26	24	21	25	29
20-24	37	48	49	58	87	57	60	57	49	45
25-29	52	33	59	59	80	61	54	56	39	51
30-34	31	26	39	41	54	32	40	44	31	31
35-39	28	27	39	41	30	30	24	42	34	20
40-44	15	20	21	17	23	24	18	26	15	8
45-49	10	15	12	19	10	15	17	24	16	16
50-54	(6)	13	14	13	10	13	8	17	15	8
55-59	8	9	14	(6)	(4)	(2)	(3)	(8)	(3)	5
≥ 60	(1)	(1)	7	(2)	(2)	(2)	(1)	(4)	(1)	(2)

Figuur 16: Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1990-1999



Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door de leeftijdsgroep van 20-39 jaar. In de peilstationregistratie is in 1999 evenals in 1998 72% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 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. Vanaf 1995 is juist bij deze leeftijdsgroep een sterke daling opgetreden. De laatste twee jaar is het aantal AIDS-consulten stabiel.

De rubriek is voor 2000 op de weekstaat gehandhaafd.

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

KERSSENS, J.J., I. PETERS.

Hulpvragen bij de huisarts in de periode 1988 tot en met 1998.

Utrecht, NIVEL 1999

ROS, C.C., J.J. KERSSENS, M. FOETS AND L. PETERS.

Trends in HIV-related consultation in Dutch general practice.

International Journal of STD & AIDS, 1999; 10: 294-299

KERSSENS, J.J., L. PETERS.

Tien jaar vragen over HIV en AIDS bij de huisarts.

Aidsbestrijding, 1998, no. 42, p. 10-12

Met uitzondering van een enkele dokter in Amsterdam en Rotterdam, worden Nederlandse huisartsen slechts in beperkte mate geconfronteerd met aids-patiënten en seropositiviteit. De ervaring van huisartsen met zorg voor hiv-geïnfecteerde cliënten en patiënten die aids hebben is daarom beperkt. Toch bevindt de huisarts zich in principe in een gunstige positie om een bijdrage te leveren aan de preventie en voorlichting op het gebied van hiv. Een huisarts is immers veelal bekend met de achtergronden van een patiënt en kan in een persoonlijk contact inspelen op individuele vragen en op ongerustheid met betrekking tot aids en seropositiviteit. Met name ook voor niet als hiv-positief bekende staande patiënten. En omdat de resultaten van therapie bij vroegbehandeling zijn verbeterd, wordt het steeds belangrijker om een goede inschatting te kunnen maken voor de eventuele noodzaak om tot een hiv-test te besluiten.

Handelen huisartsen

De ontwikkeling van aids-gerelateerde hulpvragen bij de huisarts, vanaf 1988 tot en met 1997, laat zien dat het laatste jaar in de meeste opzichten aansluit bij de voorgaande jaren. Er is geen sprake van enige sprongsgewijze veranderingen in het aantal aids-gerelateerde hulpvragen, noch in het aantal afspraken voor een hiv-test. De beschikbaarheid van een betere medicatie heeft - op korte termijn althans - geen grote weerslag gehad op het aantal hulpvragen over aids bij de Nederlandse huisarts van patiënten die niet (bewezen) seropositief zijn. Coutinho acht de voordelen van vroegbehandeling inmiddels zo groot dat artsen patiënten die behoren tot en

risicogroep en nog niet getest zijn, zouden moeten wijzen op de nieuwe behandelingsmogelijkheden.² Afgaande op het feit dat meer dan 90% van de contacten tot stand komt op initiatief van de patiënt lijkt dit beleid in de Nederlandse huisartspraktijk nog geen ingang gevonden te hebben. Met betrekking tot aids handelen huisartsen nog steeds reactief. Zelf het onderwerp testen aanroeren gebeurt weinig, ook nu er de laatste jaren geen sprake meer is van een terughoudend test beleid. Dat geldt overigens niet alleen voor ons land. Alhoewel huisartsen goed op de hoogte zijn van risicofactoren en menen volgens de richtlijnen te handelen bij het aanbevelen van een HIV-test,³ valt dat in de dagelijkse praktijk tegen. Engelse huisartsen lijken het moeilijk te vinden om te praten over de hiv-test en over seksueel risicogedrag.⁴ Ook Amerikaanse artsen verzuimen routinematig de hiv-test ter sprake te brengen bij patiënten met risicogedrag.⁵ Daarom blijven de Verenigde Staten veel mensen die in het verleden risico hebben gelopen ongetest. Artsen hebben er een positief beeld van hun screeningscapaciteit, maar dat beeld strookt niet met de werkelijkheid.⁶ Waarschijnlijk is de Nederlandse situatie in dit opzicht niet anders.

KERSSENS, J.J., L. PETERS.

Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1997.

Nivel, juli 1998, Utrecht

ROS, C.C., J.J. KERSSENS, M. FOETS, L. PETERS.

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

Nivel, april 1997, Utrecht

MOONS, MARIAN A.W., LOE PETERS, AAD I.M. BARTELDLS, JAN J. KERSSENS

Concerns about AIDS in general practice.

BMJ, 1996; 312: 285-6

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 networks in various European Countries.

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

CASTEREN, V. VAN, A. BARTELDLS, e.a.

Prescription of HIV-test by Sentinel networks of general practitioners in various European countries .

Poster presentation for the VII th International Conference on AIDS. Florence 16-21 Juni, 1991

MOONS, M.A.W., L. PETERS.

Huisarts en vragen over AIDS.

Medisch Contact; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057

EENZIJDIG FYSIEK GEWELD TEGEN PERSONEN

Tot voor kort is éénzijdig 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 eenzijdig fysiek geweld meegemaakt te hebben en 11,4% herhaalde malen.¹⁴ 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 éénzijdig 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 eenzijdig geweld; vechtpartijen waarbij twee partijen vallen buiten de omschrijving.

De huisarts wordt gevraagd de slachtoffers van eenzijdig 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 eenzijdig 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 28.

Tabel 28: Aantal meldingen van slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld per provincie groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en vrouwen in 1996-1999

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
mannen	1996	7	4	5	7	7	6	2	6
	1997	6	3	10	11	6	8	8	8
	1998	8	6	9	6	8	7	13	8
	1999	6	6	6	12	3	8	9	7
vrouwen	1996	3	6	5	4	5	5	4	5
	1997	11	6	13	10	2	9	23	10
	1998	10	5	12	7	5	8	19	9
	1999	11	6	10	16	4	11	17	11
totaal	1996	5	5	5	5	6	6	3	5
	1997	8	4	11	10	4	9	16	9
	1998	9	5	11	6	6	7	16	8
	1999	9	6	8	14	4	9	13	9

Het aantal slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld is de laatste drie jaren constant: 8-9 per 10.000 inwoners. Er vindt relatief meer eenzijdig fysiek geweld plaats in de grote steden.

Seizoensinvloeden

Er zijn weinig verschillen in de aantallen slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld vastgesteld tussen de kwartalen van het jaar 1999. Het aantal meldingen in het 1^e half jaar lag iets boven dat in het 2^e half jaar van 1999.

Leeftijdsverdeling

In tabel 29 is de leeftijdsverdeling weergegeven van het aantal slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld voor Nederland.

Tabel 29: Aantal slachtoffers van eenzijdig fysiek geweld per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1996-1999

leeftijdsgroep	mannen				vrouwen				totaal			
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999
1-4	0	-	-	-	(3)	(3)	(3)	(3)	(1)	(2)	(2)	(2)
5-9	(4)	(5)	12	(2)	(2)	(3)	(5)	(8)	(3)	(4)	8	5
10-14	9	13	3	11	(2)	22	(8)	13	6	17	8	12
15-19	31	32	22	26	14	16	21	29	23	24	21	27
20-24	10	18	22	15	(4)	25	(6)	9	7	21	14	12
25-29	(3)	12	9	7	(5)	9	12	15	4	10	10	11
30-34	8	(5)	14	7	12	25	13	22	10	15	13	14
35-39	-	(4)	(4)	6	(7)	10	(4)	8	4	7	(4)	7
40-44	(6)	(2)	(6)	10	(8)	(6)	12	13	7	(4)	9	11
45-49	(2)	(8)	(3)	4	(4)	-	15	11	3	(4)	(3)	8
50-54	(5)	(5)	(6)	9	(3)	5	7	5	4	(5)	9	7
55-59	(3)	-	-	6	(3)	10	12	9	3	(5)	-	8
60-64	-	-	(4)	-	-	7	-	-	-	(4)	(2)	-
65-69	(4)	-	(5)	11	-	-	-	11	(2)	-	(4)	8
70-74	-	(5)	-	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)	(2)	(5)	8	2

Voor de leeftijdsgroep van 15-19 jaar blijkt het slachtoffer te worden van eenzijdig fysiek geweld. Jongens zijn in 1996 en in 1998-1999 vaker het slachtoffer dan meisjes; in 1997 even vaak.

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

Daders van eenzijdig fysiek geweld waarvoor de huisarts wordt geconsulteerd zijn vooral mannen (87%). Wanneer vrouwen het slachtoffer zijn is de dader in meerderheid een bekende (80%); zijn mannen het slachtoffer dan is ruim 65% van de daders onbekend. Dit patroon is gedurende de nu vier jaar durende registratie duidelijk geworden.

Het onderwerp is in 2000 afgevoerd van de weekstaat.

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.¹⁵ 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 Zoönosen;
3. het vaststellen van de omvang van de zorgbelasting die is toe te schrijven aan specifieke ziekte 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 fecesmonster in te sturen. De huisartsen vragen ook een controle persoon, zonder klachten van gastro-enteritis deze vragenlijst in te vullen en een fecesmonster in te sturen.

Zowel de fecesmonsters van de patiënten als die van de controle personen worden op het RIVM onderzocht. De vragenlijsten evenals de uitslagen van het fecesonderzoek worden geanalyseerd op het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM (Mw. Drs. M.A.S. de Wit en Dr. Y. van Duijnhoven).

In tabel 30 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 30: 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 1996-1999

		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
	1997	26	54	68	51	29	51	85	52
	1998	27	89	81	46	55	61	97	64
	1999	26	111	67	53	52	65	95	67
	V	1992	35	53	52	97	43	57	74
1993		34	55	42	69	34	45	71	50
1996		43	79	63	88	81	69	62	69
1997		25	64	68	59	48	52	89	57
1998		24	79	85	56	61	60	99	65
1999		22	109	84	66	76	66	117	74
T		1992	37	47	52	104	41	48	78
	1993	33	54	46	78	32	48	76	53
	1996	41	63	56	77	60	60	59	60
	1997	26	59	68	55	38	51	87	54
	1998	26	84	83	51	58	60	98	65
	1999	24	110	76	59	64	66	107	71

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 1996-1999 worden meer vrouwen dan mannen gemeld met gastro-enteritis: 57-74 versus 51-67 respectievelijk per 10.000 vrouwen en per 10.000 mannen. In de jaren 1992-1993 was dit verschil minder duidelijk.

Sinds 1998 stijgt het aantal meldingen uit de oostelijke provinciegroep. In 1999 komt het hoogste aantal meldingen uit de oostelijke regio. In de zuidelijke provincies is er van 1996 naar 1997 een daling van het aantal meldingen waarna het aantal min of meer constant blijft; dit treedt niet op in andere provinciegroepen. De grote steden melden over alle jaren en in toenemende mate meer acute gastro-enteritis dan de beide andere stedelijkheids groepen.

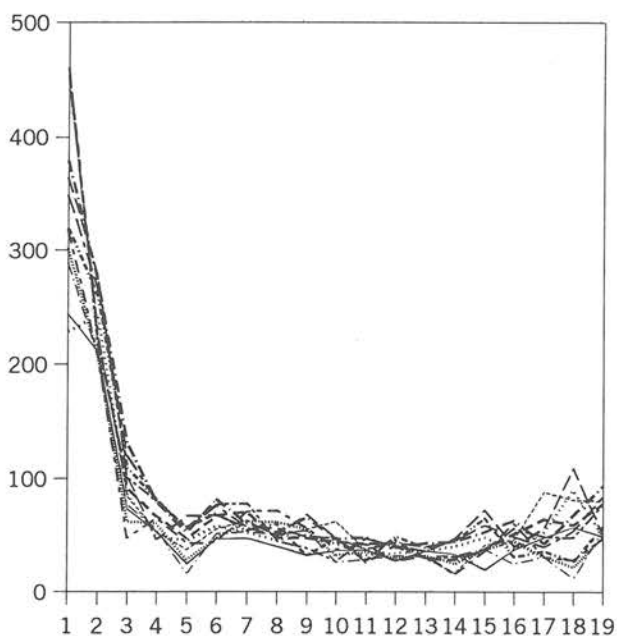
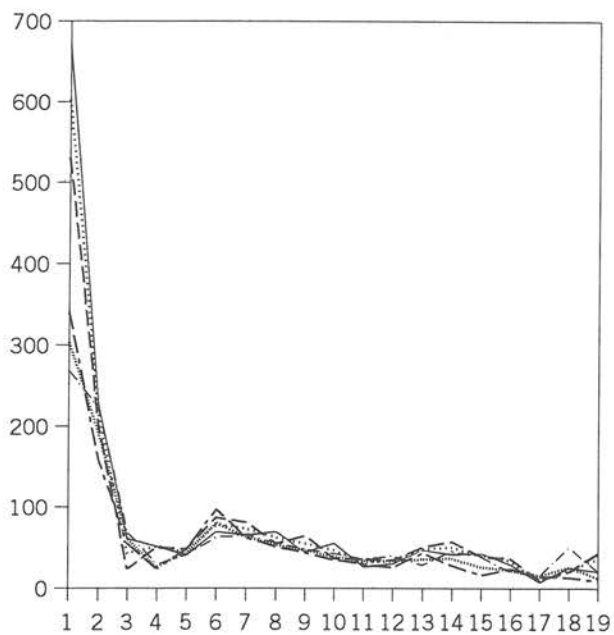
Leeftijdsverdeling

In tabel 31 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 17).

Tabel 31: Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-1999

leeftijdsgroep	M				V				T			
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999
≤ 1	244	288	447	319	364	317	460	379	229	301	453	348
1- 4	211	206	226	259	276	208	217	271	242	207	222	265
5- 9	73	77	84	110	102	47	101	130	87	62	92	120
10-14	53	55	53	82	46	65	80	80	49	60	67	81
15-19	24	16	37	57	67	43	57	53	45	29	47	55
20-24	46	51	55	69	68	44	77	82	58	47	67	76
25-29	47	53	63	54	57	71	78	60	52	62	71	57
30-34	40	50	49	60	50	72	45	52	45	61	47	56
35-39	32	54	55	32	68	56	39	66	50	55	47	49
40-44	36	26	62	48	47	38	27	46	42	32	44	47
45-49	37	29	37	28	26	42	47	48	32	35	42	38
50-54	27	32	46	49	41	27	40	39	34	30	43	44
55-59	35	31	30	39	36	32	30	43	36	32	30	40
60-64	33	32	17	45	47	16	31	44	40	25	28	45
65-69	19	38	41	65	72	36	36	53	48	37	38	59
70-74	37	25	46	31	40	60	56	63	38	45	51	49
75-79	48	31	88	36	56	31	49	43	53	31	64	40
80-84	57	(12)	81	27	109	28	48	68	90	22	59	54
≥ 85	49	54	80	58	51	47	77	94	50	49	78	84

Figuur 17: Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996-1999



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 1996-1999 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 de leeftijdsgroepen tussen 10-80 jaar verschilt de incidentie weinig.

Seizoensinvloeden

In tabel 32 worden de aantallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 32: Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per seizoen, per 10.000 inwoners, voor 1997-1999

kwartaal	1	2	3	4	totaal
M 1997	10	13	20	10	53
1998	20	10	17	17	64
1999	17	14	18	18	67
V 1997	12	15	19	11	57
1998	20	12	16	18	66
1999	21	17	22	15	75
T 1997	11	14	19	11	55
1998	20	11	16	17	66
1999	19	15	20	16	70

Doorgaans wordt de hoogste incidentie gezien in het 1^e dan wel 3^e kwartaal van een jaar. Over het algemeen zijn de verschillen klein tussen de seizoenen.

Resultaten van de feceskweken

Over de uitkomsten van het onderzoek van de fecesmonsters 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 2000 op de weekstaat. In 2000 zullen echter geen fecesmonsters onderzocht worden.

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

WIT DE M.A.S., M.P.G. KOOPMANS, L.M. KORTBEEK, W.J. VAN LEEUWEN, J. VINJE, A.I.M. BARTELDS, Y.T.H.P. VAN DUIJNHOFEN

Interim report of a study on gastroenteritis in sentinel practices in the Netherlands (NIVEL) 1996-1999.

Results of the first two years.

RIVM, Bilthoven, januari 1999 rapportnr. 216852003.

Inleiding In 1996 is een onderzoek gestart naar gastro-enteritis bij patiënten die zich met gastro-enteritis bij de huisarts melden. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) en heeft de volgende doelen: schatten van (trends in) de incidentie van gastro-enteritis waarvoor een huisarts wordt geconsulteerd, evalueren van het effect bij mensen van een preventief programma bij productie-dieren om het aantal Salmonella- en Campylobacter-infecties terug te dringen, schatten van het relatieve belang van een breed panel van micro-organismen in het veroorzaken van gastro-enteritis en het identificeren van risicofactoren. De dataverzameling zal in 1999 worden afgerond. In dit rapport worden de resultaten van de eerste twee jaar van dit onderzoek gepresenteerd.

Methode Het onderzoek bestaat uit twee delen: een enumeratie-studie en een patiënt-controle-onderzoek. Alle patiënten die een NIVEL-huisarts (40-45 Peilstations) consulteren worden geturfd, naar geslacht en leeftijdsgroep. Huisartsen die deelnemen aan het patiënt-controle-onderzoek (33-36 peilstations) vragen bovendien elke patiënt die hen consulteerd voor gastro-enteritis en een op leeftijd gemaakte controle om een vragenlijst in te vullen en een fecesmonster te verzamelen.

Resultaten De incidentie van gastro-enteritis waarvoor een huisarts wordt geconsulteerd, was 77 per 10.000 persoonjaren van mei 1996 tot mei 1998. De incidentie was significant hoger bij personen tot 5 jaar dan bij personen van 5 jaar en ouder. Ook werd een hogere incidentie gevonden voor vrouwen en voor stedelijke gebieden. Een lagere incidentie werd gevonden in de noordelijke regio in vergelijking tot de rest van Nederland. Van alle patiënten die een deelnemende huisarts consulteerd nam 40% deel aan het patiënt-controleonderzoek. In 34% van deze patiënten en in 7% van de controles werd een pathogeen in de feces aangetoond. Dit percentage was hoger in de leeftijdsgroepen tot 15 jaar (47%), en bij patiënten die minder dan 7 dagen klachten hadden voor zij de huisarts consulteerden (46%). Campylobacter spp werd geïsoleerd in de feces van 10% van de patiënten, Salmonella spp in 4% en Shigella spp en Yersinia spp in minder dan 1%. Deze bacteriën werden vrijwel niet gevonden bij controles. VTEC werd gevonden bij minder dan 1% van zowel patiënten als controles. Rotavirus en SRSV werden elk gevonden bij 5% van de patiënten, adenovirus bij 3% en astrovirus bij 1%. Giardia Lamblia werd zowel bij patiënten (6%) als bij de controles gevonden (4%). Entamoeba histolytica, Cryptosporidium en Cyclospora werden gevonden bij 1-2% van de patiënten. Dientamoeba fragilis werd veel gevonden bij patiënten (10%) en nog vaker bij controles (15%). Als onafhankelijke risicofactoren voor gastro-enteritis werden onder meer gevonden: het hebben van een chronische maag-darmaandoening (OR=6.5 95% b.i. 3.6-11.4) en reizen naar Azië (OR=25.8 95% b.i. 3.0-22.9) en andere ontwikkelingslanden (OR=8.7 95% b.i. 1.1-70.4). Voor bacteriële, virale en parasitaire gastro-enteritis werden verschillen in risicofactoren

gevonden; bijvoorbeeld, parasitaire gastro-enteritis bleek samen te hangen met zwemmen in een zwembad en met het aanwezig zijn van een kind dat de basisschool bezoekt in het huishouden.

Conclusie In de incidentie van huisartsconsulten voor gastro-enteritis van 77 per 10.000 personen lijkt een lichte daling te observeren t.o.v. de incidentie van 90 per 10.000 personen in een vergelijkbaar onderzoek in 1991-1993. De belangrijkste verwekkers van gastro-enteritis waarvoor de huisarts wordt geconsulteerd waren *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, rotavirus, SRV en *Giardia Lamblia* en *Dientamoeba fragilis*. Deze laatste twee werden echter ook veel bij controles aangetroffen. De incidentie en het percentage positief voor *Salmonella* spp, *Salmonella* Enteritidis en *Campylobacter* leken enigszins gedaald ten opzichte van een vergelijkbaar onderzoek in 1992-1993. De risicofactoren voor de verschillende groepen pathogenen kunnen dienen als handvat bij het bepalen van preventieve maatregelen voor het oplopen van een infectie met deze pathogenen. Definitieve resultaten en meer uitgebreide risicoanalyse zullen worden gepresenteerd nadat de gegevensverzameling is afgerond.

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. BORG DORFF

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

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

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

RIVM, 1995, Rapport nr. 149101012.

GOOSSEN, E.S.M., A.M.M. HOOGENBOOM-VERDEGAAL, A.I.M. BARTELD, M.J.W. SPRENGER, M.W. BORG DORFF.

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

Infectieziekten Bulletin, jaargang, 1995, nr. 4

'PROSTAATLIJDEN'

Vroege opsporing van frequent voorkomende vormen van kanker in de hoop met een tijdige behandeling verder onheil te voorkomen blijft geboden. Invoering van bevolkingsonderzoek op kanker eist onderzoek vooraf naar het effect van vroege opsporing.

Prostaatkanker is een frequent voorkomende kanker bij mannen. Screening op prostaatkanker is echter nog controversieel, zodat onderzoek gaande is naar het effect van vroege opsporing van prostaatkanker.

Het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam is betrokken bij de evaluatie van een gerandomiseerde studie naar het effect van vroege opsporing van prostaatkanker.

Deze vroege opsporing heeft plaats door middel van rectaal toucher, transrectale ultrasonografie door een uroloog en een PSA-bepaling in het bloed.

De huisarts kan een rectaal toucher doen en heeft de mogelijkheid een PSA-bepaling aan te vragen. Voor een goede evaluatie van het effect van vroege opsporing van prostaatkanker is het van belang in kaart te brengen hoe vaak de huisarts deze beide onderzoeken doet respectievelijk aanvraagt in de situatie wanneer er geen screening is ingevoerd.

De registratie door de CMR-Peilstations is een goede mogelijkheid inzicht te krijgen in het doen van rectaal toucher en het aanvragen van een PSA-bepaling door de huisarts.

De peilstationarts wordt gevraagd alle verrichte rectaal touchers en alle aangevraagde PSA-bepalingen te melden die worden uitgevoerd om 'prostaatlijden' vast te stellen. Ook wordt gevraagd te melden wanneer op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken een patiënt wordt verwezen met een verdenking op prostaatkanker.

Het aantal malen dat de huisarts een rectaal toucher doet, een PSA-bepaling aanvraagt en op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken met de verdenking op prostaatkanker verwijst naar de uroloog is in tabel 33 gegeven per 10.000 mannen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor heel Nederland.

Tabel 33: aantal verrichte rectaal toucher, aangevraagde psa-bepalingen en verwijzingen op verdenking prostaatanker per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen in 1997-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
rectaal toucher								
1997	64	144	147	97	164	100	147	116
1998	45	120	167	105	124	107	170	117
1999	46	102	124	99	84	91	153	98
PSA-bepaling								
1997	26	113	85	90	134	70	78	81
1998	33	109	103	69	121	71	105	83
1999	42	111	108	62	151	63	123	84
verwijzing								
1997	7	12	11	7	15	8	12	9
1998	7	19	20	7	24	12	14	14
1999	3	18	14	5	15	11	17	11

In de noordelijke provincies wordt in alle jaren het laagste aantal verrichte onderzoeken gemeld. Dit betreft zowel het aantal verrichte rectaal touchers als de aangevraagde PSA bepalingen.

De verschillen in verrichte rectaal touchers en aangevraagde PSA-bepalingen tussen de stedelijkheidsgraad groepen zijn hoewel aanzienlijk toch duidelijk minder groot. Voor vrijwel alle provinciegroepen en stedelijkheidsgraad groepen geldt dat meer patiënten worden verwezen met de verdenking op prostaatanker als er meer onderzoek gedaan is. In 1998 is er een aanzienlijke toename van het aantal mannen dat is verwezen met de verdenking op prostaatanker. In 1999 is het aantal verwijzingen met de verdenking op prostaatanker weer gedaald.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van de mannen waarbij rectaal toucher wordt gedaan, een PSA-bepaling wordt aangevraagd en van mannen die worden verwezen met de verdenking op prostaatanker is gegeven in tabel 34.

Tabel 34: aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-1999

leeftijdsgroep	rectaal toucher			psa-bepaling			verwijzing		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
<15	-	(5)	-	-	-	-	-	-	-
15-19	(3)	7	(3)	(3)	(2)	-	-	-	-
20-24	11	7	-	-	-	-	-	-	-
25-29	15	(2)	(5)	-	-	(3)	-	-	-
30-34	27	21	28	(2)	(5)	(4)	-	-	-
35-39	39	31	21	12	(4)	11	-	-	-
40-44	59	52	48	17	18	23	-	-	(2)
45-49	112	94	61	62	53	28	(4)	(2)	(2)
50-54	252	151	101	138	101	94	(3)	(2)	(2)
55-59	326	281	254	245	194	260	16	33	18
60-64	347	419	372	333	357	316	25	48	49
65-69	453	523	438	381	365	421	55	81	45
70-74	505	672	526	308	477	397	86	103	72
75-79	428	374	380	321	440	416	69	103	93
80-84	390	578	442	463	349	416	61	134	54
>85	144	321	155	162	361	214	(0)	20	78

Meer gericht onderzoek op 'prostaatlijden' heeft plaats vanaf de leeftijd van 45-49 jaar. In eerste instantie wordt vooral het rectaal toucher als onderzoek gedaan. Vanaf de leeftijdsgroep 55-59 jaar wordt het aanvragen van een PSA-bepaling relatief omvangrijker. Verwijzing met verdenking op prostaatkanker neemt vooral toe vanaf de leeftijdsgroep 60-64 jaar.

In 1997 is van de mannen van 60-80 jaar ongeveer 4,5% onderzocht met een rectaal toucher; in 1998 is dit 5% en in 1999 4.3%. Bij ongeveer 3,4% van de mannen is in 1997 een PSA-bepaling gedaan, bij 4% in 1998 en bij 3.8% in 1999. Het aantal mannen van 60-80 jaar dat verwezen is met de verdenking op prostaatkanker is gestegen van 0.5% in 1997 naar 0.8% in 1998. In 1999 daalt dit aantal naar 0.6%.

De rubriek 'prostaatlijden' is in 2000 op de weekstaat gehandhaafd.

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

BEEMSTERBOER, P.P.M.

Evaluation of Screening Programmes. Studies on breast cancer and prostate cancer

Dissertatie, Rotterdam, 1999 (hoofdstuk 6).

KINKHOEST

Vaccinatie tegen kinkhoest (*Bordetella pertussis*) is opgenomen in het Rijksvaccinatie programma. De dekkingsgraad van dit programma is hoog (>90%).

Verrassend was dat in de loop van de jaren negentig kinkhoest in enkele verheffingen opnieuw opdook: in 1989-1990, 1993-1994 en in 1996-1997. Nadere analyse leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven kinkhoest gevallen toegenomen was¹⁶.

Bij de analyse was gebruik gemaakt van de wettelijke aangifte bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, van ziekenhuisopnamen geregistreerd door SIG-Zorginformatie, van de seradiagnostiek door het RIVM en de *Bordetella*-isolatie geregistreerd door de Streeklaboratoria.

Informatie uit de huisartspraktijk was niet beschikbaar of in andere bronnen als zodanig niet te achterhalen. Voor goede surveillance van infectieziekten is de huisartspraktijk echter onmisbaar en de informatie uit de huisartspraktijk aanvullend op die van andere bronnen. Nader onderzoek naar de verandering in de epidemiologie van kinkhoest is gewenst. Besloten is de rubriek kinkhoest in 1998 op de weekstaat te plaatsen.

De peilstationartsen wordt gevraagd elke patiënt met kinkhoest te registreren. Het vaak weinig typische beloop van de aandoening bij gevaccineerden maakt een casus omschrijving niet eenvoudig.

Voor kinkhoest wordt de volgende omschrijving aangehouden:

- langdurige hoestklachten (langer dan 3 weken) met de min of meer typische kenmerken en/of
- bewezen *Bordetella pertussis* infectie (volgens het stroomschema optimale laboratoriumdiagnostiek van het Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding).

Het aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking is met het aantal voor Nederland aangegeven in tabel 35.

Tabel 35: Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-1999

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	12	2	6	1	5
1999	3	5	11	17	5	11	7	10

Het voorkomen van kinkhoest over het land is in 1999 opnieuw net als in 1998 ongelijk. In de zuidelijke provincies is het aantal gevallen van kinkhoest hoog: 17 per 10.000 personen versus 3-5 per 10.000 personen in de noordelijk en oostelijke provinciegroepen.

Ook in de stedelijkheidsgroep 2, de kleinere steden (< 100.000 inwoners) en de forensengemeenten, is het aantal gevallen van kinkhoest hoog in vergelijking met het voorkomen in de grote steden en op het platteland.

Seizoensinvloeden

In tabel 36 wordt het voorkomen van kinkhoest per kwartaal weergegeven.

Tabel 36: Aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen per kwartaal in 1998-1999

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-53
1998	1	0	1	4
1999	1	2	4	2

De meldingen van kinkhoest over 1998 geven aan dat in het laatste kwartaal van 1998 een nieuwe verheffing van kinkhoest aan de orde is. In 1999 treedt de verheffing vanaf het tweede kwartaal op en bereikt de verheffing in het derde kwartaal het hoogste punt.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van de personen met kinkhoest is vermeld in tabel 37.

Tabel 37: Aantal personen met kinkhoest per leeftijdsgroep per 10.000 personen 1998-1999

leeftijdsgroep	1998	1999
<1	(17)	(17)
1- 4	37	46
5- 9	22	36
10-14	6	27
15-19	(4)	7
20-24	(1)	(2)
25-29	(2)	7
30-34	(2)	(4)
35-39	(2)	7
40-44	-	5
45-49	(1)	5
50-54	(2)	(2)
55-59	-	(3)
60-64	-	(7)
65-69	(2)	(2)
>69	-	-

Opvallend is de bevinding dat kinkhoest in alle leeftijdsgroepen voorkomt. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 1-4 jaar, gevolgd door de 5-9 en 10-14 jarigen.

De rubriek is in 2000 gehandhaafd op de weekstaat.

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 9-10), de peilstationartsen een selecte groep vormen. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'mammografie'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suicide(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.¹⁷

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, 1989-1998 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
1997	7.697	7.870	15.567
1998	7.740	7.914	15.654
1999	7.793	7.967	15.760

* 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	1990			225			335.000
achtige aan- doeningen	1991			348			522.000
	1992			244			370.000
	1993			484			772.500
	1994			106			162.500
	1995			315			480.000
	1996			115			178.000
	1997			233			360.000
	1998			248			365.000
	1999			254			400.000
	hulpmiddelen -op het lichaam gedragen	1999			108		
-ter bevordering van ADL-functie	1999			36			57.000
-noodzakelijk voor de medische be- handeling	1999			32			50.500
sterilisatie	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
	1997	35	18		27.000	14.000	41.000
	1998	28	17		21.500	13.500	45.000
	1999	32	17		25.000	13.500	38.500
cumulatief					924.000 ¹	679.500 ²	

zie pagina 97

1) vanaf 1972

2) vanaf 1974

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***
suicide	1990			5			7.500
(-pogingen)	1991			5			7.500
	1992			6			9.000
	1993			6			9.000
	1994			5			7.500
	1995			7			10.750
	1996			6			9.250
	1997			6			9.250
	1998			5			7.750
	1999			5			7.750
eerste	1990		92			69.000	
mammografie	1991		105			80.000	
	1992		92			75.000	
	1993		117			90.000	
	1994		111			86.000	
	1995		104			81.000	
	1996		87			68.000	
	1997		87			68.500	
	1998		84			66.500	
	1999		99			79.000	
herhalings	1990		17			13.000	
mammogra-	1991		26			19.500	
fieën	1992		30			23.000	
	1993		59			45.500	
	1994		45			35.000	
	1995		39			30.500	
	1996		32			25.000	
	1997		34			27.000	
	1998		36			28.500	
	1999		36			28.750	

* zie pagina 97

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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
mammogra- fieën totaal	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	
	1997		121			95.500	
	1998		120			95.000	
	1999		135			107.750	
urethritis bij man	1992	31			23.000		
	1993	23			17.500		
	1994	25			19.000		
	1995	26			20.000		
	1996	21			16.000		
	1997	17			13.000		
	1998	17			13.000		
1999	20			15.500			
angst voor aids	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
	1997			24			37.500
	1998			18			28.000
	1999			17			27.750
hondenbeten	1998	10	10	10	7.500	8.000	15.750
	1999	12	12	12	9.250	9.500	18.750
eenzijdig fysiek geweld	1996	6	5	5	4.250	3.750	8.000
	1997	8	10	9	6.250	7.750	14.000
	1998	8	9	8	6.250	7.250	13.500
	1999	7	11	9	5.500	8.750	14.250

* zie pagina 97

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

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
gastro- enteritis	1996	51	69	60	39.000	54.000	93.000
	1997	52	57	54	40.000	45.000	85.000
	1998	64	65	65	50.000	51.000	101.000
	1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
herpes zoster	1997	24	30	28	18.500	23.750	43.000
	1998	28	37	33	21.500	29.250	50.750
	1999	27	37	32	21.000	29.500	50.500
'prostaatlijden' - rectaal toucher	1997	116			89.250		
	1998	117			90.500		
	1999	90			76.500		
- PSA-bepaling	1997	81			62.250		
	1998	83			64.250		
	1999	84			65.500		
- verwijzing uroloog	1997	9			7.000		
	1998	14			11.000		
	1999	11			8.500		
kinkhoest	1998			5			7.500
	1999			10			15.750

* 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.

Betrouwbaarheidsintervallen

Rond de geschatte incidenties en prevalenties voor de gehele Nederlandse bevolking moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges. Onderstaande tabel geeft hiervan een indruk zowel voor relatieve als absolute aantallen.

De tabel moet als volgt gelezen worden: als in de totale patiëntenpopulatie van de peilstationpraktijken van ca. 144.000 patiënten een frequentie van 0,1 per 10.000 patiënten gevonden wordt (1^e kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,011 - 0,5 per 10.000 (2^e kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 156 (3^e kolom) en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen 17 en 776. In de tabel is weergegeven hoe deze schattingen liggen bij een gevonden frequentie in de peilstations van 0,1 tot 1.000 per 10.000 patiënten met een paar tussenliggende 'stappen'. Vooral bij de lagere frequenties zijn de betrouwbaarheidsintervallen ruim.

Tabel 38: Betrouwbaarheidsintervallen van schattingen van incidentie en prevalentie en peilstationpraktijken per 10.000 en de absolute aantallen.

frequentie per 10.000		Nederland (absolute aantallen)	
frequentie	95%BI	frequentie	95%BI
0,1	0,011-0,5	156	17-776
1,0	0,6-1,7	1.557	895-2.659
10	8-12	15.567	13.181-18.375
100	95-105	155.671	147.838-163.911
1.000	985-1016	1.556.711	1.532.761-1.580.992

Voor de totale groep van mannen en vrouwen afzonderlijk die elk ongeveer de helft van de totale bevolking uitmaken zijn de betrouwbaarheidsmarges slechts iets ruimer dan in de tabel weergegeven. Voor afzonderlijk 5- of 10 jaarsleeftijdsgroepen zijn de betrouwbaarheidsmarges vanzelfsprekend veel ruimer, omdat deze groepen in omvang kleiner zijn. Zo bedroeg in 1997 het aantal meldingen van suïcidepogingen 6 per 10.000 personen (betrouwbaarheidsinterval 4,8-7,4 per 10.000). Voor de leeftijdsklasse 25-24 jaar bedroeg het aantal suïcidepogingen ook 6 per 10.000 personen. Het betrouwbaarheidsinterval (0,8-28) is hier echter veel breder.

(met dank aan Drs. R. Gijsen en Dr. H. Verkleij, RIVM)

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 1999 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'.¹⁸

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

In 1999 is het aantal verzoeken 48. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 73% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 45. Van 2 patiënten is de verblijfplaats niet opgegeven; een patiënt verblijft in het ziekenhuis.

Bij 42 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 48 patiënten. Vier patiënten vragen enkel hulp bij zelfdoding. Bij 31 van de 48 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.

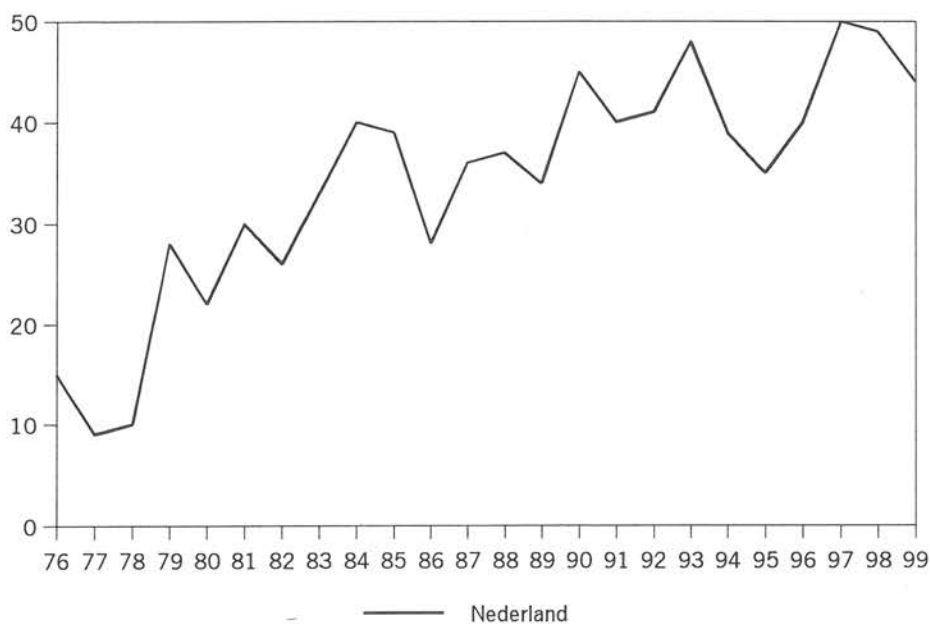
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1999.

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 39 te vinden (vergelijk figuur 18).

Tabel 39: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1990-1999

absoluut	M		V		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
					A	B	C	D	1	2	3	
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		
1997	24	26	11	11	23	5	2	38	10	50		
1998	27	22	3	14	25	7	5	32	12	49		
1999	31	17	9	5	25	9	5	29	14	48		

Figuur 18: Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-1999



Gerekend over de gehele periode 1976-1999 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 40 en tabel 41.

Tabel 40: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1999*

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	6	19	9
gemiddeld aantal verzoeken	18.7	18.2	26.9	11.3
spreiding	1 - 41	7 - 43	13 - 57	4 - 20

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Tabel 41: Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-1999*

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	5	19	11
gemiddeld aantal verzoeken	17.2	15.6	26.4
spreiding	19 - 27	0 - 41	6 - 57

* 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.

Leeftijdverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 42 te vinden.

Tabel 42: Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1990-1999

	≤54	55-64	65-74	75-84	≥85	totaal
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
1997	12	7	17	9	5	50
1998	6	10	19	7	7	49
1999	5	6	16	15	6	48

Overzicht van de gemelde verzoeken.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 822 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 424 gedaan door een man (52%).

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 43.

Tabel 43: Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1999

	n	%
maligne neoplasma	609	74
hart- en vaatziekten	51	6
chronische obstructieve longziekten	36	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	41	5
overige ziekten 81	85	10
totaal	822	90

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 44.

Tabel 44: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-1999

	≤ 54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥ 85 %
maligne aandoeningen	76	89	89	63	25
hart- en vaatziekten	0	1	2	13	23
chron. obst. longziekten	1	3	2	8	10
symptomen en onvolledig	3	1	1	4	30
overige ziekten	21	6	6	11	13

Onder de 85 jaar vormen vooral de maligne aandoeningen een aanleiding om de huisarts om euthanasie te vragen. Onder de leeftijd van 55 jaar vormt de groep overige aandoeningen een uitermate heterogene groep: cystic fibrosis, multiple sclerose en aids worden genoemd maar ook de vitale depressie.

Op hogere leeftijd worden eindstadia van endocrinologische aandoeningen als diabetes mellitus, terminale nierinsufficiëntie en ver gevorderde stadia van reumatoïde artritis als aanleiding tot een verzoek genoemd.

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

In tabel 45 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 45: Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1999 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	823	35	65
alle maligniteiten	609	40	60
hart- en vaatziekten	51	2	98
chr. obstr. long- ziekten	36	14	86
symptomen en onvol- ledig omschreven ziekten	41	15	85
overige ziekten	85	44	56

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 46).

Tabel 46: 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), 1976-1999

	n	≤ 64 jaar %	> 65 jaar %
alle maligniteiten	609	39	61
maag	57	39	61
colon/rectum	90	25	75
trachea/long	162	35	65
borst	63	57	43
overige	235	40	60

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 88% in 1999.

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 1989¹⁹).

Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige 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. 1991²⁰, Pijnenborg e.a. 1994²¹, Van der Wal e.a. 1994²²). Recent is er opnieuw een grootschalige studie onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde (Van der Maas e.a. 1996²³). In dat kader is ook de in 1991 vastgestelde meldingsprocedure bij euthanasie en hulp bij zelfdoding geëvalueerd (Van der Wal e.a. 1996²⁴).

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 ziekteproces 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 expliciete 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: ongeveer 55% versus 45% in de periode 1976-1999.

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), 1999.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
95	M	geen	genoeg van het leven
89	V	slokdarmcarcinoom	achteruitgang, pijn
88	V	hersentumor	geestelijke achteruitgang
87	M	prostaatacarcinoom	pijn
87	V	depressief	eenzaamheid, achteruitgang
86	M	terminale decomp. cordis	toenemende kortademigheid
82	M	bronchuscarcinoom	dyspnoe, aftakeling
82	V	endogene depressie	redicief depressie
82	V	ovariumcarcinoom en metastasen	ontluistering, afhankelijkheid
81	V	fobie, diabetes mellitus, decomp. cordis	'zinloos leven'
80	M	COPD KZ-syndroom	angst psychotische herbeleving
80	M	prostaatacarcinoom	terminale fase, ernstige moeheid
78	M	Grawitztumor	lijden
77	M	primaire urinewegcarcinoom	algemene malaise
77	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	pijn, angst, achteruitgang
76	M	longcarcinoom	terminaal, hemoptoe
76	M	lever metastasen darmcarcinoom	angst voor langdurig zinloos lijden
76	M	blaascarcinoom	pijn, icterus, algemene malaise
76	M	terminaal COPD	uitzichtloosheid, benauwdheid
75	M	decomp cordis	ondraaglijk lijden
75	V	mammacarcinoom en diffuse ossale metastasen	verlies perspectief, uitzichtloos, verlies zelfstandigheid
74	M	prostaatacarcinoom	terminaal
74	V	maligne lymfoom	korte levensverwachting
74	V	myelodysplastisch syndroom	geen therapeutische mogelijkheden
72	M	levercirrose, long tumor, nierfunctie	vroeg waarnemer om euthanasie
72	M	longcarcinoom	pijn
72	V	longcarcinoom	benauwdheid, zinloosheid
71	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	pijn, angst, achteruitgang
70	M	maagcarcinoom	zinloosheid, algemene malaise
70	V	longcarcinoom	pijn, ondraaglijk lijden
69	M	coloncarcinoom	uitzichtloze situatie en persoonlijke devaluatie
68	M	longcarcinoom	ondraaglijk lijden
68	V	mammacarcinoom	lever, botmetastasen
67	M	Grawitztumor en metastasen	pijn, aftakeling, afhankelijkheid
67	M	gemetastaseerd niercarcinoom	angst voor ontluistering

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1999.

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
66	M	ALS	toename dyspnoe
65	M	COPD en coloncarcinoom	ondraaglijk lijden
64	V	gemetastaseerd ovariumcarcinoom	pijn
61	M	decomp cordis, diabetes mellitus	angst, toename dyspnoe
60	M	gemetastaseerd bronchuscarcinoom	pijn, dyspnoe, achteruitgang
60	M	gemetastaseerd schildkliercarcinoom	ontluistering
60	M	longcarcinoom en metastasen	ondraaglijk lijden
56	V	gemetastaseerd longcarcinoom	dreigende verstikking
50	V	ovariumcarcinoom	pijn
49	M	ALS	verslikken
46	V	mammacarcinoom	uitzichtloosheid
43	M	M. Grawitz met longmetastasen	dyspnoe
33	M	hoge dwarslaesie	uitzichtloosheid

Het onderzoek wordt in het jaar 2000 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 peilstationartsen geregistreerd in een incidenteel onderzoek. Door middel van een nieuwe registratie in 1995 en volgende jaren kan mogelijk de vraag beantwoord worden of er sprake is van een toename van deze eetstoornis.

Retrospectief is in 1999 de peilstationartsen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld. Betrof het een in 1999 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 47 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 1995-1999. Deze getallen zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbelstellingen en bevatten zowel incidentele als prevalentie getallen. De vermelde getallen dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Tabel 47: Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-1999 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
absoluut/jaar								
gem: 1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
1997	12	10	11	9	8	29	4	42
1998	10	17	15	9	5	36	10	51
1999	4	14	12	13	1	38	4	43
per 10.0000								
vrouwen 1995	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
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	3.3	8.5	5.4	8.4	1.1	7.9	4.4	5.2

In de oostelijke en zuidelijke provincie groepen is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het hoogst in 1999.

Eetstoornissen worden in 1999 het meest gemeld in de verstedelijkte gebieden en forensen gemeenten.

In tabel 48 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 48: Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-1999

vrouwen	1985-1989 gem.	1995	1996	1997	1998	1999
1- 4	-	-	-	1	-	-
5- 9	-	-	-	1	-	-
10-14	1	1	1	0	2	-
15-19	8	13	15	10	9	7
20-24	12	14	9	11	14	7
25-29	14	10	7	7	5	6
30-34	6	9	4	3	4	6
35-39	7	8	6	3	11	9
40-44	4	2	2	4	4	6
45-49	1	4	1	1	1	-
50-54	1	2	-	-	-	-
55-59	1	-	-	-	1	1
80-84	-	-	-	-	-	1

In 1999 waren er 4 meldingen van mannelijke patiënten.

Ook in 2000 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

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

Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders.

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

Objective: The purpose of this study was to examine the incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among patients in primary care and to evaluate the impact of urbanization, age and sex differences, and changes over time. **Method:** During 1985-1989, 58 general practitioners, trained in diagnosing eating disorders, registered all of their patients who had diagnoses of anorexia nervosa and/or bulimia nervosa according to strict criteria. The study population (N=151,781) was 1% of the population of the Netherlands; the distribution of sexes, ages, geographical locations, and degrees of urbanization in the study group was representative of the Dutch population. Main outcome measures were rates of newly detected cases and age-adjusted rates ratios. **Results:** The crude annual incidence rate of detected cases in primary care per 100,000 person-years was 8.1 for anorexia nervosa and 11.5 for bulimia nervosa. The incidence of bulimia nervosa was lowest in rural areas, intermediate in urbanized areas, and highest in 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.

HOEK, H.W., M. MAIWALD, A. BARTELD, J. BOSVELD.

The incidence of eating disorders and the influence of urbanization.

1992, Abstract Fifth International Conference on Eating Disorders, New York

HOEK, H.W.

The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care.

Psychological Medicine, 1991, 21, p. 455-460

AGRESSIE TEGEN DE HUISARTS EN DE ASSISTENTE

De aandacht voor en bezorgdheid over agressie ook tegen hulpverleners neemt toe. Beroepsorganisaties organiseren congressen waarop agressie tegen assistentes en artsen aan de orde komt.

Middels een jaarlijkse peiling in de peilstationpraktijken zal agressie tegen de huisarts of tegen de assistente van de huisarts worden geregistreerd. In 1997 is de eerste peiling geweest.

De artsen wordt gevraagd te melden of in hun praktijk uitingen van agressie tegen de assistente of de arts aan de orde is geweest. Onderscheid wordt gemaakt in agressie geuit gedurende de normale dagelijkse praktijk uitoefening en agressie tijdens avond-, nacht-, en weekenddienst. Gevraagd wordt verder of het een patiënt ingeschreven in de eigen praktijk betreft dan wel een patiënt uit een andere praktijk.

Bij de uitingen van agressie wordt onderscheid gemaakt tussen bedreiging met fysiek geweld, bedreiging met een wapen, daadwerkelijk geweld, verbale en seksuele intimidatie en overige als bedreiging ervaren uitingen.

Tenslotte wordt per geregistreerde uiting van agressie aangegeven of deze gericht was tegen de assistente dan wel de huisarts.

Van de 43 peilstations melden 21 een of meer situaties waarin de assistente of de arts zich in enigerlei vorm agressief bejegend voelde. Dit is aanzienlijk minder dan in 1997.

De verdeling van het aantal peilstations dat gemeld heeft naar provinciegroep en naar mate van verstedelijking is in tabel 49 weergegeven.

Tabel 49: aantal peilstations dat agressie tegen assistente of huisarts naar provinciegroep en mate van verstedelijking in 1997-1999 (% tussen haakjes)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1997	3 (50)	8 (72)	11 (73)	9 (90)	5 (71)	19 (70)	7 (83)	31 (74)
1998	2 (33)	4 (36)	9 (60)	6 (60)	1 (14)	15 (56)	5 (62,5)	21 (50)
1999	1 (26)	8 (67)	10 (13)	5 (55)	3 (43)	11 (38)	4 (57)	24 (56)

Ruim de helft van de peilstations heeft in 1999 met het verschijnsel agressie te maken gehad. De noordelijke provincies minder dan de andere; in de andere provincies zijn 6 tot 7 van de 10 praktijken erbij betrokken.

In de grote steden melden meer peilstations agressie tegen de assistente en de arts dan daarbuiten.

Tijdens de normale openingstijden worden vooral de assistentes in de praktijk agressief bejegend; verbale intimidatie komt aanzienlijk meer voor dan sexueel getinte intimidatie of dreiging met fysiek geweld of een wapen (respectievelijk 22.4 maal versus 9 maal).

De huisartsen worden overdag minder vaak verbaal geïntimideerd (76 maal) maar relatief vaker bedreigd (6 maal).

Tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten worden in absolute zin minder gevallen van dreiging of intimidatie gemeld. Relatief zal dreiging of intimidatie waarschijnlijk vaker voorkomen, maar voor het onderbouwen van deze uitspraak ontbreken noodzakelijke gegevens over het aantal patiëntpraktijk contacten overdag en tijdens de diensten. De huisartsen worden tijdens de diensten vooral verbaal geïntimideerd; dreiging met fysiek geweld of een wapen komt aanzienlijk minder voor (13 meldingen van dreiging met geweld versus 91 meldingen van verbale intimidatie). De dreiging met fysiek geweld of een wapen wordt tijdens de diensten vooral geuit door patiënten ingeschreven bij andere huisartsen dan de huisarts die op dat moment dienst doet (9 versus 4). De verdeling van de verbale intimidatie is 6 maal een verbale intimidatie door een andere dan 'eigen' patiënt versus 21 maal eigen patiënt.

Er bestaan tussen de artsen grote verschillen; bij 'softe zaken' als dreiging en intimidatie bestaat de kans op interpretatie verschillen. Feitelijk geweld tegen de assistente of de huisarts is zeldzaam.

In 2000 zal dit incidentele onderzoek worden herhaald.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 2000 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a. Influenza(-achtig ziektebeeld).
 - b. Zanamivir voorschrift (Relenza).
 - c. Machtiging incontinentie materiaal.
 - d. Waterpokken.
 - e. Depressie.
 - f. Herpes zoster.
 - g. Diabetes mellitus.
 - h. Suïcide(poging).
 - i. (Poli) klinische mammografie.
 - j. Urethritis bij man.
 - k. Angst voor AIDS.
 - l. Gastro-enteritis.
 - m. Prostaatlijden.
 - n. Kinkhoest.
2. De incidentele onderzoeken voor 2000 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen, agressie tegen huisarts en assistente en diabetes mellitus.
3. Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
4. Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
5. Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

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

ALGEMEEN

BARTELD, 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.

BARTELDS, A.I.M.

Validation of Sentinel Data.

Das Gesundheitswesen. 55 (1993) 3-7. Sonderheft 1.

The Dutch Sentinel Practice Network "de Peilstations" started in 1970. The purpose of this network is to gain a better insight into the epidemiology of a number of illnesses and conditions as they are presented to the general practitioner. The network is sponsored by the Ministry of Welfare, Public Health and Culture. Value was attached to the distribution of the spotter physicians over the country and by degree of urbanisation. The presence of 1% of the population of the four provinces groups and the three urbanisation groups has been observed in the practices of the spotter physicians. The completeness of the registration, the internal and the external validity of the data collected by the physicians are discussed.

CASTEREN, V. VAN, DECLERECQ, E, e.a.

Study of the use of some selected groups of laboratory tests in general practice Brussel: Eurosentinel

Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, 1991

COLLETTE, H.J.A., H. BIJKERK.

Vijftien jaar Peilstations Nederland, 1970-1984.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 6, p. 207-210

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

BRANDWONDEN

RIJN, O.J.L., VAN,

Burn injuries among young children.

Dissertatie Maastricht, 1991 (hoofdstuk 2)

CEREBROVASCULAIR ACCIDENT

MEER, K. VAN DER, R.J.A. SMITH.

C.V.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking.

Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 4, p. 141-144

MEER, K. VAN DER, R.J.A. SMITH.

T.I.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking.

Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 5, p. 184-188

MEER, K. VAN DER, R.J.A. SMITH, G.J. BREMER.

Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild.

Utrecht: NIVEL, 1990

CHRONISCHE BENIGNE PIJN

KERSSENS, J.J. P.F.M. VERHAAK, A.I.M. BARTELDSD, M.J. SORBI, J.M. BENSING.

The Epidemiology of Chronic Benign Pain Disorders in General Practice.

Submitted to PAIN, June, 1999

DIABETES MELLITUS

RUWAARD, DIRK, RONALD GIJSEN, AAD I.M. BARTELDSD, 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.

HARTINFARCT

VAN DER PAL-DE BRUIN, K.M., H. VERKLEIJ, J. JANSEN, A. BARTELDSD, D. KROMHOUT.

The incidence of suspected myocardial infarction in Dutch general practice in the period 1978-1994.

European Heart Journal, 1998, 19, 429-434

HOOFDPIJN ACUTE ONGEWONE

LINN, F.H.H., E.F.M. WIJDICKS, Y. VAN DER GRAAF, F.A.C. WEERDESTEYN-VAN VLIET, A.I.M. BARTELDSD, I. VAN GIJN.

Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage.

The Lancet 1994; 344: 590-593.

MALIGNITEITEN

VECHT-HART, C.M., P.A.H. VAN NOORD.

Kankerregistratie gepeild.

Utrecht: NIVEL, 1989

OTITIS MEDIA ACUTA

CULPEPPER, L., J. FROOM,

Acute Otitis Media in Adults.

Journal of the American Board of Family Practice, 1993.

FROOM, J., L. CULPEPPER, P. GROB.

Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network;

British Medical Journal; vol. 300, 1990, p. 582-586

VERWIJZING VOOR LOGOPEDIE

DEKKER, J., J.M. DRIESSEN, H. STUMPEL, e.a.

Verwijzing door huisartsen naar logopedisten.

Huisarts en Wetenschap : 35, 1992, no. 11, p. 425-427

VERWIJZING /MAGTIGING FYSIOTHERAPIE

KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN.

Referrals to psysiotherapie: the relation between the number of refferals and the inclination to refer.

Social Science Medicine; 30, 1990, no. 7, p. 797-804

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 1999

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
S. Vriesinga	Oostermeer	Friesland
F.M. van Soest/R.F. Sparenburg/ H.D.W.A.van Gijssel/Mw. M. Schellens/ Mw. J. Sanders/S.A. van Dijk (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Maillette de Buy Wenniger*)	Schoonoord	Drenthe
S. Kranenburg	Deventer	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps/B. Jansen (comb.-praktijk)	Swifterbant	Flevoland
H. Kroeze	Zeewolde	Zuid-Flevoland
D. de Jong*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
Dr. S. Verhoeven	Heerde	Gelderland
J.H. de Boer(tot 1-4-'99/Mw. I. Bruin-van Ingen/ Mw. M. Burger J.G.B. van der Wielen(vanaf 1-4-'99) (comb.-praktijk)	Zelhem	Gelderland
B.G.W.M. Arts	Nijmegen	Gelderland
M.A.J. Janssen	Nijmegen	Gelderland
W.J.A. Besselink	Doesburg	Gelderland
M.T.W. van der Velden	Dieren	Gelderland
F.K.A. Fokkema/Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
P.J. Kromeich/Mw. L.G.M. Ketting-Stroet/ Mw. A.E. van Niel (comb.-praktijk)	Utrecht	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse/Mw. A.M. Kruize-Mosch (comb.-praktijk)	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland

BIJLAGE 1 (vervolg)

Deelnemende artsen in 1999

Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb.-praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
Mw. A.J. Arbouw/Mw. Y.M. van Dun (comb. praktijk)	Amstelveen	Noord-Holland
D.E. Kuenen H.R. Neijs*)	Haarlem Broek in Waterland	Noord-Holland Noord-Holland
Mw. A. Verdam-de Witte A.M. van Meurs J.C.B.M. Rensing Mw. S.G. Vreugdenhil/R.J. Kuiper (comb. praktijk) C.M. Limburg J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg- Sleeboom (comb.-praktijk) D. Pasman R.R. Lankhorst P.R.L. Vercauteren/H.J.W.A. Meijerink/ J.A.P.A. Warringa (comb.-praktijk) C.H.G.M. van Moorsel A.M.P. Linsen S.P.F. van Rijn/M.L.F. Klomp (comb.-praktijk) J.A.M. Keulers/Mw. W.H. van der Laan (comb.-praktijk) M.G.A.M. de Gouw A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (comb.-praktijk) R.A.M. de Jong	Hilversum Den Haag Den Haag Dordrecht Rotterdam Voorhout Maassluis Middelburg Terneuzen Uden Oirschot Eindhoven Ravenstein Rosmalen Etten Maastricht	Zuid-Holland Zuid-Holland Zuid-Holland Zuid-Holland Zuid-Holland Zuid-Holland Zeeland Zeeland Noord-Brabant Noord-Brabant Noord-Brabant Noord-Brabant Noord-Brabant Noord-Brabant Limburg

*) Apotheek-houdend

BIJLAGE 3a

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2000 (alfabetisch)

onderwerpen	
abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-2000
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespensteek	1992-1993
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1998
chronische benigne pijnstoornis	1995-1996
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985 en 2000
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1994 en 2000
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1999
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-2000
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis	1994
herpes zoster	1997-2000
hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
hulpmiddel	1999-2000
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2000
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2000
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2000 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen	
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1997
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-2000
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
oestrogenen voorschrift	1994-1998
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)	1994-1998
prostaatlijden	1997-2000
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	1972-1999
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1999
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-2000
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2000
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2000 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

vermoeden op bijwerking cosmetica	1992-1993
waterpokken	2000
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

BIJLAGE 3b

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2000 (alfabetisch)

onderwerpen	
acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997-2000
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-2000
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2000
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

Leeftijdopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 1999 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	500	477	977
5- 9	509	486	995
10-14	483	462	945
15-19	473	451	924
20-24	489	478	967
25-29	626	608	1.234
30-34	671	641	1.312
35-39	659	637	1.296
40-44	604	590	1.194
45-49	575	557	1.132
50-54	567	547	1.114
55-59	420	410	830
60-64	350	359	709
65-69	302	339	641
70-74	240	309	549
75-79	175	269	444
80-84	93	183	276
≥ 85	57	164	221
totaal	7.793	7.967	15.760

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

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
LEEFTIJDSGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS' GESTANDARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.28

JAAR: 1999

WEEK: 1 t/m 52

LEEF TIJDS- GROEP	POPULATIE	"INFLU- ENZA"		HULPMIDDEL		HONDENBETEN		STERILISATIE					
		M	V	T	M+V	M+V	M+V	M	V	T	M	V	T
<1 JR	596	581	1177	535	8	0	42	17	0	8	0	0	0
1-4 JR	3285	3065	6350	450	6	0	14	9	26	17	0	0	0
5-9 JR	4091	3916	8008	256	27	0	21	17	13	15	0	0	0
10-14 JR	3801	3744	7546	167	15	7	11	18	19	19	0	0	0
15-19 JR	3890	3756	7646	237	16	5	17	8	13	10	0	0	0
20-24 JR	4034	4634	8668	219	33	2	6	5	19	13	5	2	3
25-29 JR	5751	5874	11624	184	23	4	12	7	5	6	14	9	11
30-34 JR	5645	5532	11177	281	47	9	13	7	11	9	69	27	48
35-39 JR	5343	5271	10614	302	36	4	15	17	11	14	122	89	106
40-44 JR	4832	4752	9583	257	91	10	17	14	19	17	132	84	109
45-49 JR	4718	4550	9268	275	68	4	25	17	13	15	42	9	26
50-54 JR	4257	4152	8408	252	89	14	27	19	2	11	7	0	4
55-59 JR	3272	3259	6532	276	130	32	29	9	15	12	6	3	5
60-64 JR	2880	2958	5839	240	137	24	50	7	10	9	0	0	0
65-69 JR	2468	2811	5279	220	203	47	61	12	11	11	0	0	0
70-74 JR	1940	2558	4498	231	305	87	111	21	12	16	0	0	0
75-79 JR	1393	2081	3474	213	550	262	147	0	14	9	0	0	0
80-84 JR	746	1477	2223	148	729	481	166	27	0	9	0	0	0
>85 JR	515	1380	1895	206	1182	617	206	19	0	5	0	0	0
TOTAAL	63455	66350	129805	254	108	36	32	12	12	12	32	17	24

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
LEEFTIJDSGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEEND

ALLE PEILSTATIONS EXCL.28 JAAR: 1999 WEEK: 1 t/m 52

LEEFTIJDS- GROEP	LEEFTIJDS- GROEP			POPULATIE			HERPES ZOSTER			SUICIDE (POGING)			MAMMOGRAFIE			FYSIEK GEWELD			URETHRI- TIS			CAIDS		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
<1	JR	596	581	1177	0	17	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	JR	3285	3065	6350	9	7	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
5-9	JR	4091	3916	8008	12	23	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	JR	3801	3744	7546	8	24	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
15-19	JR	3890	3756	7646	28	5	17	5	16	3	26	29	27	13	29	13	29	13	29	13	29	13	29	13
20-24	JR	4034	4634	8668	15	17	16	5	41	6	15	9	12	15	45	12	15	45	12	15	45	12	15	45
25-29	JR	5751	5874	11624	16	24	20	5	58	10	7	15	11	26	51	11	26	51	11	26	51	11	26	51
30-34	JR	5645	5532	11177	23	22	22	3	121	20	7	22	14	39	31	14	39	31	14	39	31	14	39	31
35-39	JR	5343	5271	10614	30	13	22	11	188	51	6	8	7	36	20	7	36	20	7	36	20	7	36	20
40-44	JR	4832	4752	9583	21	27	24	9	246	101	10	13	11	12	8	11	12	8	11	12	8	11	12	8
45-49	JR	4718	4550	9268	19	42	30	6	295	112	4	11	8	21	16	8	21	16	8	21	16	8	21	16
50-54	JR	4257	4152	8408	28	39	33	4	166	84	9	5	7	31	8	7	31	8	7	31	8	7	31	8
55-59	JR	3272	3259	6532	46	74	60	2	123	64	6	9	8	15	5	8	15	5	8	15	5	8	15	5
60-64	JR	2880	2958	5839	66	105	86	9	64	51	0	0	0	24	3	0	24	3	0	24	3	0	24	3
65-69	JR	2468	2811	5279	57	92	76	4	78	25	4	11	8	45	2	4	45	2	4	45	2	4	45	2
70-74	JR	1940	2558	4498	67	102	87	4	66	20	0	4	2	41	2	0	41	2	0	41	2	0	41	2
75-79	JR	1393	2091	3474	43	82	66	3	53	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	JR	746	1477	2223	94	41	58	9	27	20	0	14	9	0	0	14	9	0	0	14	9	0	0	0
>85	JR	515	1380	1895	58	36	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAAL		63455	66350	129805	27	37	32	5	99	36	7	11	9	20	17	9	20	17	9	20	17	9	20	17

04.07.2000

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 LEEFTIJDGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.28

JAAR: 1999

WEEK: 1 t/m 52

LEEFTIJDGROEP

POPULATIE

GASTRO-ENTERITIS

PROSTAATLIJDEN

KINK-
HOESTRECTAAL
TOUCHER

PSA

VERWIJ-
ZINGKINK-
HOEST

LEEFTIJDGROEP	POPULATIE	GASTRO-ENTERITIS		PROSTAATLIJDEN		KINK- HOEST		RECTAAL TOUCHER		PSA		VERWIJ- ZING		KINK- HOEST	
		M	V	T	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
<1 JR	596	581	1177	319	379	348	0	0	0	0	0	0	0	0	17
1-4 JR	3285	3065	6350	259	271	265	0	0	0	0	0	0	0	0	46
5-9 JR	4091	3916	8008	110	130	120	0	0	0	0	0	0	0	0	36
10-14 JR	3801	3744	7546	82	80	81	0	0	0	0	0	0	0	0	27
15-19 JR	3890	3756	7646	57	53	55	3	0	0	0	0	0	0	0	7
20-24 JR	4034	4634	8668	69	92	76	0	0	0	0	0	0	0	0	2
25-29 JR	5751	5874	11624	54	60	57	5	3	0	0	0	0	0	0	7
30-34 JR	5645	5532	11177	60	52	56	28	4	0	0	0	0	0	0	4
35-39 JR	5343	5271	10614	32	66	49	21	11	0	0	0	0	0	0	7
40-44 JR	4832	4752	9583	48	46	47	48	23	2	5	0	0	0	0	5
45-49 JR	4718	4550	9268	28	48	38	61	28	2	5	0	0	0	0	5
50-54 JR	4257	4152	8408	49	39	44	101	94	2	2	0	0	0	0	2
55-59 JR	3272	3259	6532	37	43	40	254	260	18	3	0	0	0	0	3
60-64 JR	2880	2958	5839	45	44	45	372	316	49	7	0	0	0	0	7
65-69 JR	2468	2811	5279	65	53	59	438	421	45	2	0	0	0	0	2
70-74 JR	1940	2558	4498	31	63	49	526	397	72	0	0	0	0	0	0
75-79 JR	1393	2081	3474	36	43	40	380	416	93	0	0	0	0	0	0
80-84 JR	746	1477	2223	27	68	54	442	416	54	0	0	0	0	0	0
>85 JR	515	1380	1895	58	94	84	155	214	78	0	0	0	0	0	0
TOTAAL	63455	66350	129805	67	74	71	98	84	11	10	0	0	0	0	10

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.23

JAAR: 1999
WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE		"INFELU- ENZA"		HULPMIDDEL		HONDENBETEN		STERILISATIE				
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V	M	V	T			
GR+FR+DR	11952	12276	24229	163	111	33	24	4	9	7	18	9	13
OV+GLD+FLE	16437	16462	32900	279	93	40	59	21	26	23	56	16	36
UTR+NH+ZH	19680	22104	41784	281	143	47	27	7	6	7	24	23	23
ZLD+NB+LIM	15387	15509	30895	263	73	19	19	16	9	13	27	17	22
TOTAAL	63456	66351	129807	254	108	36	32	12	12	12	32	17	24

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.23

JAAR: 1999
WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE		HERPES ZOSTER		SUICIDE (POGING)		SUICIDE (POGING)		MAMMOGRAFIE		FYSIEK GEWELD		URETHRI- TIS		CAIDS	
	M	V	T	M+V	T	M+V	T	M+V	V	V	M	V	T	M	T	M+V
GR+FR+DR	11952	12276	24229	18	28	23	2	68	20	6	11	9	9	9	9	9
OV+GLD+FLE	16437	16462	32900	28	46	37	5	105	72	6	6	6	29	14	14	14
UTR+NH+ZH	19680	22104	41784	36	43	39	4	115	23	6	10	8	25	21	21	21
ZLD+NB+LIM	15387	15509	30895	23	28	26	7	94	28	12	16	14	12	19	19	19
TOTAAL	63456	66351	129807	27	37	32	5	99	36	7	11	9	20	20	20	20

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.28 JAAR: 1999 WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE		GASTRO-ENTERITIS		PROSTAATLIJDEN		KINK- HOEST		
	M	V	M	V	T	M	M	M	M+V
GR+FR+DR	11952	12276	26	22	24	46	42	3	3
OV+GLD+FLE	16437	16462	32900	111	109	110	102	111	18
UTR+NH+ZH	19680	22104	41784	67	84	76	124	103	14
ZLD+NB+LIJ	15387	15509	30895	53	66	59	99	62	5
TOTAAL	63456	66351	129807	67	74	71	98	84	11

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS EXCL.28 JAAR: 1999 WEEK: 1 t/m 52

STEDELIJK- HEID	POPULATIE		"INFILU- ENZA"		HULPMIDDEL		HONDENBETEN		STERILISATIE				
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M	V	T	M	V	T	
5	9482	9400	18883	222	127	39	42	21	21	21	32	13	22
4-3-2	46111	47898	94009	247	107	35	32	11	12	12	33	16	24
1	7862	9053	16916	328	92	42	25	9	4	7	24	29	27
TOTAAL	63456	66351	129807	254	108	36	32	12	12	12	32	17	24

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD
 ALLE PEILSTATIONS EXCL.28

BLAD 2

04.07.2000

JAAR: 1999

WEEK: 1 t/m 52

STEDELIJK- HEID	POPULATIE		HERPES ZOSTER		SUICIDE (POGING)		MAMMOGRAFIE		FYSIEK GEWELD		URETHRI- TIS		CAIDS	
	M	V	M	V	T	M+V	V	V	M	V	T	M	M	M+V
5	9482	9400	19	36	29	5	93	38	3	4	4	5	5	12
4-3-2	46111	47898	29	36	32	4	97	37	8	11	9	20	15	15
1	7862	9053	31	46	39	8	115	25	9	17	13	39	33	33
TOTAAL	63456	66351	27	37	32	5	99	36	7	11	9	20	17	17

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

BLAD 3

04.07.2000

JAAR: 1999

WEEK: 1 t/m 52

STEDELIJK- HEID	POPULATIE		GASTRO-ENTERITIS		PROSTAATLIJDEN		RECTAAL TOUCHER		PSA		VERMIJ- ZING		KINK- HORST	
	M	V	M	V	T	M	T	M	M	M	M	M	M	M+V
5	9482	9400	52	76	64	84	151	15	5					
4-3-2	46111	47898	65	66	66	91	63	9	11					
1	7862	9053	95	117	107	153	123	17	7					
TOTAAL	63456	66351	67	74	71	98	84	11	10					

NOTEN

1. Dulk C.J. den, H. van de Stadt, J.M. Vliegen. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Mnd, stat. bevolk, (CBS) 92/7.
2. Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 1999. NIVEL, Utrecht.
3. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
4. 1-1-1999, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.
5. Praktijktelling 1997.
6. In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.
7. Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
 - a. Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
 - b. De infectie moet gepaard gaan met een temperatuurverhoging van tenminste 38° rectaal.
 - c. Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).
8. Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequentie per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).
9. De Koning H.J., B.M. van Ineveld, G.J. van Ootmarsum. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990.
10. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting te Zeist.
11. Douglas Fleming, K.W. Cross, Estimating the Population at Risk bij Indicator Disease in Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Health Care Research in Countries of the European Community. Ed. M. Schlaud, 1999, Amsterdam; p. 119-121.
12. Amsterdams Peilstation Project. Jaarverslag, 1990. GG en GD, Amsterdam, blz. 10-12.
13. Kerssens, J.J., L. Peters. Angst voor AIDS. Hulpvragen bij de huisarts in de periode 1988 tot en met 1998. Utrecht, NIVEL 1999.

14. Römkens Renée: Onder ons gezegd en gezwegen. Geweld tegen vrouwen in man-vrouw relaties. Rijswijk, 1989.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiene Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard, D., Kramers, P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.
16. Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens, Pertusis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996.
17. 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.
18. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
19. 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.
20. 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
21. 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.
22. Van der Wal G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. BMJ 1994; 308: 1346-9.
23. 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.
24. 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 Medicine, 1996, 1706.

