

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2000

A.I.M. Bartelds

Utrecht, 2001



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

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729 www.nivel.nl

Uitgave van het Nivel het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de
Inspectie voor de Gezondheidszorg

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

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 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.

Inhoud

Voorwoord	7
1 Inleiding	9
1.1 Internationale samenwerking	10
2 Begeleidingscommissie	11
3 Bijeenkomst Peilstationmedewerkers	13
4 Spreiding der Peilstations over Nederland	15
5 De praktijkpopulatie	19
6 Omvang en continuïteit van de rapportage	23
7 De weekstaat	27
8 Verwerking van de gegevens op de weekstaat	29
9 Influenza(achtig-ziektebeeld)	31
9.1 Influenza 1999/2000 en 2000/2001	31
9.2 Seizoen 2000/2001	34
9.3 Ari-el studie (Acute respiratoire infecties in de eerste lijn)	36
9.4 Influenza (achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 1999/2000	37
10 Zanamivir voorschrift	45
11 Incontinentie materiaal	47
11.1 Leeftijdsverdeling	49

12	Waterpokken	51
12.1	Seizoensinvloeden	52
12.2	Leeftijdsverdeling	53
12.3	Voorkomen van waterpokken in een aantal West Europese landen	53
13	Depressie	57
13.1	Seizoensinvloeden	59
13.2	Leeftijdsverdeling	60
14	Herpes Zoster	61
14.1	Leeftijdsverdeling	63
15	Diabetes Mellitus	65
15.1	Leeftijdsverdeling	67
16	Suicide(poging)	69
16.1	Leeftijdsverdeling	71
17	Mammografie	73
18	Urethritis bij man	85
18.1	Seizoensinvloeden	86
18.2	Leeftijdsverdeling	87
19	Angst voor AIDS	89
19.1	Leeftijdsverdeling	92
20	Gastro-enteritis	97
20.1	Leeftijdsverdeling	99
20.2	Seizoensinvloeden	103
21	Prostaatlijden	105
21.1	Leeftijdsverdeling	107
22	Kinkhoest	109
22.1	Leeftijdsverdeling	111

23	Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	113
23.1	Betrouwbaarheidsintervallen	121
24	Incidentele onderzoeken	123
24.1	Verzoeken om euthanasie	123
24.2	Leeftijdsverdeling	127
24.3	Overzicht van de gemelde verzoeken	127
24.4	Beschouwing	131
25	Eetstoornissen	135
26	Agressie tegen huisarts en assistente	139
27	Algemene opmerkingen - weekstaat 2000	143
28	Literatuurlijst	145
Bijlagen:		
	Bijlage 1: Deelnemende artsen in 2000	148
	Bijlage 2: Weekstaat 2000	150
	Bijlage 3: Alfabetische lijst van onderwerpen	151
	Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken	154
	Bijlage 5: Leeftijdsopbouw Nederlandse bevolking	155
	Bijlage 6: Jaartabellen	156

Voorwoord

Surveillance van infectieziekten blijft noodzakelijk, ook als er een tijdje weinig gebeurt, moet men waakzaam blijven.

Het voor u liggende verslag informeert de lezer net als andere jaren onder andere over het voorkomen van enkele infectieuze aandoeningen. Influenza achtige ziektebeelden zijn de laatste twee seizoenen relatief weinig gemeld. In het seizoen 2000/2001 worden zelfs de laagste incidentie cijfers geregistreerd sinds 1970, het jaar dat de CMR-Peilstations met de registratie startte. Niettemin blijft het influenza virus onvoorspelbaar en is de noodzaak van de surveillance van influenza onverminderd aanwezig. Het moment van een belangrijke drift of van een shift van het virus komt elk seizoen dichterbij.

De cijfers over het voorkomen van acute gastro-enteritis in de huisartspraktijk in de jaren negentig tonen het 'gaan' en komen van infectieuze aandoeningen.

In 2000 worden 91 patiënten met buikgriep door de huisartsen per 10.000 inwoners gemeld; in de jaren 1990 en 1997 respectievelijk 53 en 54 per 10.000 inwoners.

De door het RIVM in een aantal van de peilstations uitgevoerde Sensorstudie naar het voorkomen van acute gastro-enteritis in de bevolking laat zien dat in de bevolking kortdurende 'buikgriep', veelal door virussen veroorzaakt, aanzienlijk vaker voorkomt dan uit de gegevens verzameld door de huisartsen naar voren komt. De huisarts wordt daarvoor niet geraadpleegd.

De conclusie uit deze waarnemingen is dan ook dat de Surveillance van infectieziekten zo dicht mogelijk bij de bevolking als wenselijk en mogelijk onmisbaar is.

Bij het onderzoek bij prostaatklaagt lijkt er sprake te zijn van een omslag in het handelen van de huisarts. Sinds 1997 neemt het aantal verrichtte rectaal touchers af. Het aantal aangevraagde PSA-bepalingen stijgt.

Er is geen sprake van een toename van het aantal verwijzingen op verdenkingen van prostaatkanker.

Prof. dr. J. van der Zee
voorzitter Begeleidingscommissie

1 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 15-18).

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 150).

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 29).

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.
- 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. Voor een overzicht van het jaar dat een rubriek voor de eerste keer opgenomen is op de weekstaat zie pag 151-153.

Bij het beschouwen van de onderwerpen, die in de loop der jaren op de weekstaat

hebben gestaan 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 noch een 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.

1.1 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, Tsjecho, Zwitserland en Nederland. EISS wordt gecoördineerd vanuit het Nivel.

Voor de coördinatie van EISS door het Nivel is financiering van de Europese Commissie verkregen (www.eiss.org).

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 huisartsenpeilstations in landen van de EU op elkaar af te stemmen.

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

2 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:

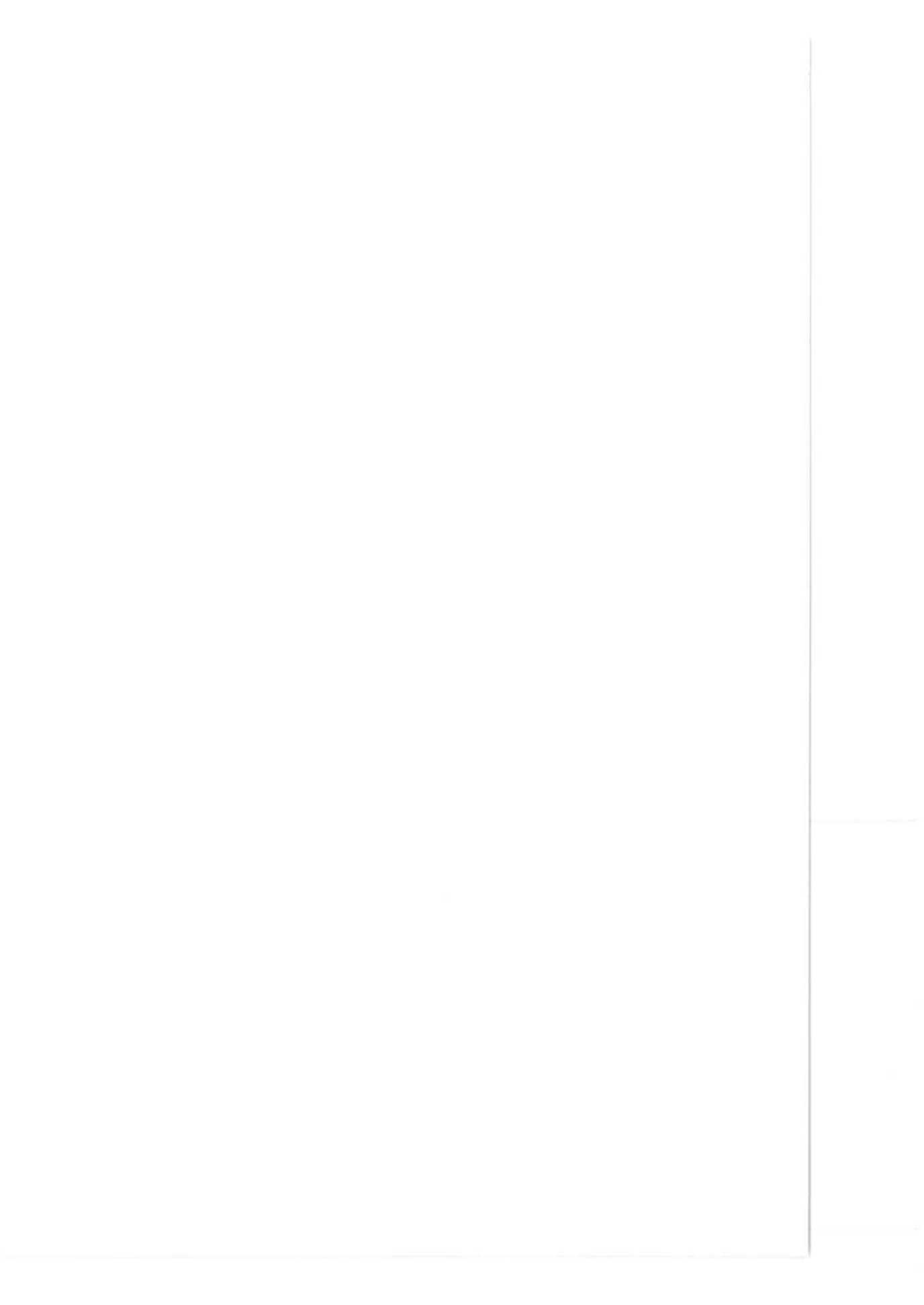
- 1 twee vertegenwoordigers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- 2 de directeur van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (voorzitter);
- 3 één vertegenwoordiger van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg;
- 4 twee vertegenwoordigers van de Inspectie voor de gezondheidszorg;
- 5 twee vertegenwoordigers van de Peilstations;
- 6 één vertegenwoordiger van de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten;
- 7 twee leden op grond van specifieke deskundigheid.

De commissie was in 2000 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, ⁷ gezondheidswetenschapper-epidemioloog
	F.K.A. Fokkema, huisarts ⁵
	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, voorzitter ²
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 2000 tweemaal vergaderd. De begeleidingscommissie kent een vacature (een vertegenwoordiger van de peilstationartsen). De commissie kent drie leden op grond van specifieke deskundigheid in 2000, terwijl de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten niet vertegenwoordigd zijn.



3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2000

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.

Sinds jaren om precies te zijn sinds 1985 neemt de CMR-Peilstations deel in Internationale projecten.

Aanvankelijk op incidentele basis; sinds de jaren negentig structureel. Elk jaar staan er enkele rubrieken op de weekstaat als gevolg van deelname in veelal Europese projecten, waarin informatie in de eerste lijnsgezondheidszorg wordt verzameld.

Dr. D.M. Fleming, hoofd van de Birmingham Research Unit van de Royal College of General Practitioners en adviseur van het Nivel, is de coördinator van de Weekly Returns Service, de Engelse Peilstations. Hij beschrijft de WRS waarbij de procedures van de registratie worden toegelicht en een aantal karakteristieke resultaten worden getoond. Zoals de overeenkomst in de registratie van het optreden van exacerbaties van Cara in de huisartsenpraktijk door de WRS en de registratie van de opnames in algemene ziekenhuis wegens exacerbaties van Cara in de ziekenhuis registratie. De informatie uit uiteenlopende bronnen komt overeen en de ene bron valideert de andere. De gestage verandering in het voorkomen van waterpokken naar leeftijd - de rubriek waterpokken is in het kader van het Health Monitoring Project op de weekstaat gezet - vraagt om bevestiging in andere registraties van huisartsen.

De situatie met betrekking tot de verspreiding van kinkhoest in Nederland is naar mening van Dr. J. Schellevis, arts-microbioloog werkzaam bij het Laboratorium voor Infectieziekten Surveillance van het RIVM, zorgelijk. Ook in 1998 en 1999 is er weer sprake geweest van een toename van de kinkhoestactiviteit. Hij gaat ook in op de discrepanties tussen de officiële aangifte cijfers van kinkhoest, de aantallen positieve één- en tweepuntserologie en de registratie van kinkhoest op basis van een klinische definitie door de CMR-Peilstations.

Voor de evaluatie van screening programma's op veel voorkomende vormen van kanker zijn gegevens nodig teneinde de effectiviteit van de screening te kunnen bepalen. De CMR-Peilstations registreren ten behoeve van de evaluatie van de screening op borstkanker en prostaatkanker een aantal onderwerpen: verzoeken om mammografie respectievelijk het doen van rectaal touchers, het aanvragen van PSA bepalingen en het

verwijzen onder de verdenking op prostaatcarcinoom.

Drs. J.M. Groenewoud, arts-onderzoeker werkzaam op het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam gaat in haar bijdrage in op de betekenis van de geregistreerde gegevens.

De CMR-Peilstations verzamelen in het kader van de Nivel/RIVM respiratoire surveillance belangrijke informatie die bijdraagt aan de early-warning voor influenza in Nederland. De Surveillance maakt incidentie schattingen (ook naar leeftijd, week/periode, urbanisatiegraad en regio) mogelijk van huisartsenconsulten vanwege influenza achtige aandoeningen (IAZ), van respiratoire virussen geassocieerd met IAZ en van influenza virus infecties in de bevolking (met aannames).

Ondanks de informatie die deze surveillance oplevert zijn er openstaande vragen met betrekking tot het voorkomen van respiratoire virussen en bacteriën bij patiënten die de huisarts bezoeken met en zonder symptomen van een acute luchtweginfectie of griep.

Dr. Ir. M.L. Heijnen, werkzaam bij het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM bespreekt een voorstel voor een nader onderzoek naar acute respiratoire infecties in de eerste lijn (ARI-EL).

Met de feedback van de aanwezige peilstationartsen zal het voorstel worden bijgesteld voordat het ter goedkeuring aan de Begeleidingscommissie wordt voorgelegd.

4 Spreiding der peilstations over Nederland

figuur 4.1
PEILSTATIONS
Continue Morbiditeits Registratie
2000



In 2000 is het aantal peilstations 47. Het aantal huisartsen in de peilstationpraktijken is 69.

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 148-149) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2000 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In vijftien peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten elf maal tussen twee artsen, drie maal tussen drie artsen, en een maal tussen zes artsen. In januari 2000 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 56,7%; bij de peilstationartsen 54%. Er zijn vijf apothekhoudende peilstationartsen, drie in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 7,3% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 8,3².

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1991-2001.

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.

¹ Dulk C.J. den, H. Van der Stadt, J.M. Vliegen. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Mnd, stat. Bevolk, (CBS) 92/7.

² Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 2000. Nivel, Utrecht

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1991-2000³

provincie- groep	A; Groningen, Friesland en Drenthe		B; Overijssel, Gelderland en Flevoland		C; Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		D; Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
2000	13	6	17	12	27	21	12	8

³ De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1991-2000

	1; plattelands gemeenten ⁴		2; verstedelijkte plattelands- gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter		3; gemeenten met 100.000 of meer inwoners		totaal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
stedelijkheids- graad								
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
2000	10	7	46	29	13	11	69	47

⁴ Vanaf 1994 is de nieuwe maatstaf voor mate van stedelijkheid zoals door het CBS wordt gehanteerd toegepast bij de indeling van de peilstations.

5 De praktijkpopulaties

Er heeft in 1999 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2000 voor de verwerking gebruikt. In 2001 heeft een nieuwe telling plaats.

Bij de opzet van het project is gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% uit de Nederlandse bevolking. Hierbij is rekening gehouden met een geografische spreiding (de hiervoor genoemde provinciegroepen) en met een spreiding over 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 1999 met 103.725 toe tot 15.863.950 per 1-1-2000

Tabel 5.1 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking

	aantal inwoners Nederland ²	aantal patiënten peilstations ¹ (met percentages)
provinciegroep:		
A	1.656.952	24.584 (1.5%)
B	3.313.989	39.177 (1.2%)
C	7.023.947	62.485 (0.9%)
D	3.869.062	29.205 (0.7%)
stedelijkheidsgraad:		
1	2.428.864	21.303 (0.9%)
2	10.661.913	103.747 (1.0%)
3	2.773.173	30.350 (1.1%)
geslacht:		
mannen	7.846.317	75.780 (0.9%)
vrouwen	8.017.633	79.620 (1.0%)
totaal (1-1-2000)	15.863.950	155.400 (1.0%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) is oververtegenwoordigd. Provinciegroep D ondervertegenwoordigd. De vertegenwoordiging van de verschillende stedelijkheidsgraden is meer gelijk.

Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevingsadressendichtheid².

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

¹ Praktijktelling 1999.

² 1-1-2000, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.2

Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijds-klasse, provinciegroep en stedelijkheidsgraad

	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	1.3	1.4	1.0	1.0	0.8	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9
5-9	1.4	1.4	1.2	1.2	0.8	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	1.0	0.9	1.1	1.2	0.9	0.9
10-14	1.5	1.4	1.2	1.2	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1.1	1.0	0.9	0.9
15-19	1.5	1.6	1.1	1.1	0.8	0.8	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9
20-24	1.5	1.6	1.0	1.2	0.9	1.1	0.7	0.8	0.8	1.0	1.0	1.1	0.8	1.0	0.9	1.1
25-29	1.7	1.8	1.4	1.4	0.9	1.1	0.8	0.8	1.0	1.1	1.0	1.1	1.0	1.4	1.0	1.2
30-34	1.6	1.6	1.3	1.2	1.0	1.1	0.8	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0	1.3	1.4	1.1	1.1
35-39	1.5	1.6	1.2	1.2	0.9	0.9	0.8	0.7	0.8	0.9	1.0	1.0	1.2	1.2	1.0	1.0
40-44	1.4	1.5	1.2	1.1	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	1.0	1.2	1.3	1.0	1.0
45-49	1.5	1.5	1.1	1.1	0.9	1.0	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	1.0	1.3	1.2	1.0	1.0
50-54	1.4	1.4	1.1	1.1	0.8	0.8	0.7	0.8	0.8	0.9	1.0	1.0	1.1	1.0	0.9	1.0
55-59	1.3	1.3	1.2	1.3	0.8	0.9	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	1.0	0.9	1.0
60-64	1.4	1.4	1.2	1.2	0.8	0.8	0.8	0.7	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9	1.0	0.9
65-69	1.4	1.3	1.3	1.2	0.8	0.8	0.8	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0
70-74	1.3	1.3	1.2	1.1	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	0.9	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9
75-79	1.2	1.3	1.2	1.0	0.9	0.9	0.8	0.7	1.1	0.9	1.0	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9
80-84	1.5	1.3	1.4	1.0	0.0	0.9	0.8	0.8	1.2	1.0	1.1	1.0	0.8	0.8	1.0	1.0
≥ 85	1.4	1.5	2.0	1.2	1.1	1.1	0.9	0.9	1.9	1.4	1.3	1.1	0.8	1.0	1.3	1.1
totaal	1.5	1.5	1.2	1.2	0.9	0.9	0.7	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0

6 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 2000 bedroeg het 12.220 (52 weken x 5 dagen x 47 peilstations). In tabel 6.1 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 6.1 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1991	11.180	9.903	88.6%
1992	11.395	10.141	89.0%
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	85.0%
2000	12.220	10.217	83.5%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2000 iets lager dan dat van de voorgaande jaren.

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

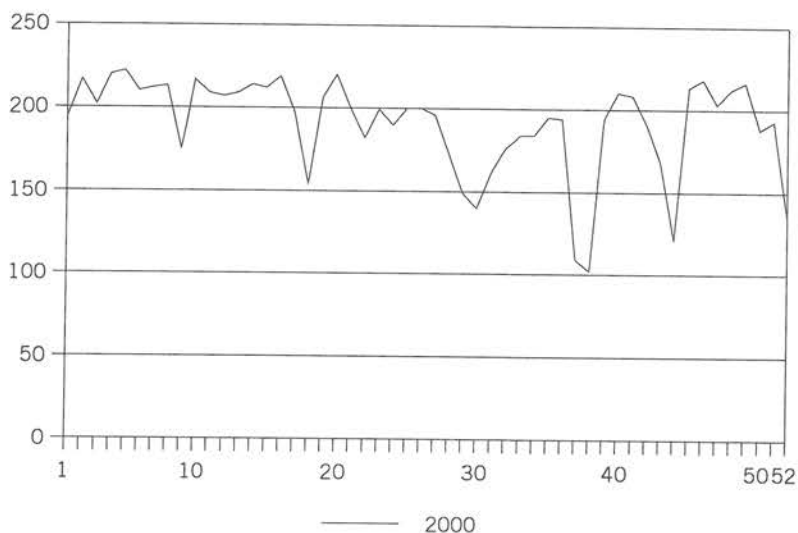
De rapportage in de grote steden is met 78.8% het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 89.7% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

Tabel 6.2 De rapportage per provinciegroep en stedelijkheidsgraad

provinciegroep		stedelijkheidsgraad	
A	89.7%	1	87.6%
B	84.7%	2	84.5%
C	80.3%	3	78.8%
D	86.0%		

In figuur 6.1 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 38 (maximaal $47 \times 5 = 235$).

Figuur 6.1 Het aantal dagen dat in 2000 per week is geregistreerd



Tabel 6.3 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 2000 per peilstation is 42, dat is iets hoger dan in 1999.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 51 en 24 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

Tabel 6.3 Frequentieverdeling van het aantal dagen waarover niet gerapporteerd werd, per peilstation

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
0	1	2	3	4	3	4	3	3	3	3
1-9	7	7	7	2	3	4	4	5	4	4
10-19	3	4	1	5	3	2	2	2	1	1
20-29	11	5	6	2	6	5	6	4	3	1
30-39	10	13	13	13	11	6	6	7	10	4
40-49	9	9	11	12	12	13	12	9	14	16
50-59	1	1	3	5	3	7	6	5	3	11
60-69	0	1	-	2	-	1	1	6	1	2
70-79	0	-	-	-	1	-	1	-	-	4
80-89	0	-	-	-	1	-	-	-	1	1
90-99	0	-	-	-	-	-	-	1	1	-
≥ 100	1	1	1	-	1	1	1	1	2	-
totaal aantal peilstations	43	43	45	45	44	43	42	43	43	47
gemiddelde mediaan	30 29	29 33	32 34	32 37	35 37	35 40	37 40	39 40	39 40	43 46

Nadere beschouwing van deze tabel laat een afname van de rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 2000 in bijna 36% van de peilstations voor. Dit is hoger dan in 1999. Ziekte van de peilstationarts en wisseling van de huisarts in een peilstation zijn de meest voorkomende redenen van langere tijd niet rapporteren.

7 De weekstaat (bijlage 2, pagina 150)

De rubrieken op de weekstaat voor 2000 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 Zanamivir voorschrift (2000);
- 3 Incontinentie materiaal (2000);
- 4 Waterpokken (2000);
- 5 Depressie (2000);
- 6 Herpes Zoster (1997);
- 7 Diabetes mellitus (2000);
- 8 Suicide(pogingen) (1979);
- 9 (Poli)klinische Mammografie (1988);
- 10 Urethritis bij man (1992);;
- 11 Angst voor AIDS (1988);
- 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 aangetekend: ook hierop is influenza een uitzondering.

Een alfabetische opgave van alle onderwerpen sinds 1970 is in bijlage 3 te vinden (pagina 151-153); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

8 Verwerking van de gegevens op de weekstaat

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 2000. 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 '-'.¹

Een frequentie die gebaseerd is op minder dan 5 meldingen is tussen haakjes geplaatst. Wanneer het gaat om de frequentie van nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde periode dan spreekt men in de epidemiologie van incidentie; betreft het daarentegen alle aanwezige gevallen van die ziekte in een bepaalde periode of op een bepaald moment, dan duidt men dit aan met prevalentie. Men kent ook hierbij een absolute en een relatieve incidentie of prevalentie.

In dit verslag wordt de 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 5 (pagina 155) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2000 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 156-164).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2000, week 01 t/m 52, blad 1-3¹.
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2000, week 01 t/m 52, blad 1-3¹.
- 3 Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2000, week 01 t/m 52, blad 1-3¹.

¹ In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.

9 Influenza(-achtig ziektebeeld)

De rubriek influenza¹ 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.

9.1 Influenza 1999/2000 en 2000/2001

9.1.1 Seizoen 1999/2000

In figuur 9.1-9.3 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 1999/2000². In figuur 9.4-9.6 voor het seizoen 2000/2001. In het verslag over 1999 werd het beloop van de influenza-achtige aandoeningen in de

¹ 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 temperatuursverhoging 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).

² Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequenties per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).

eerste weken van 2000 al besproken.

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.

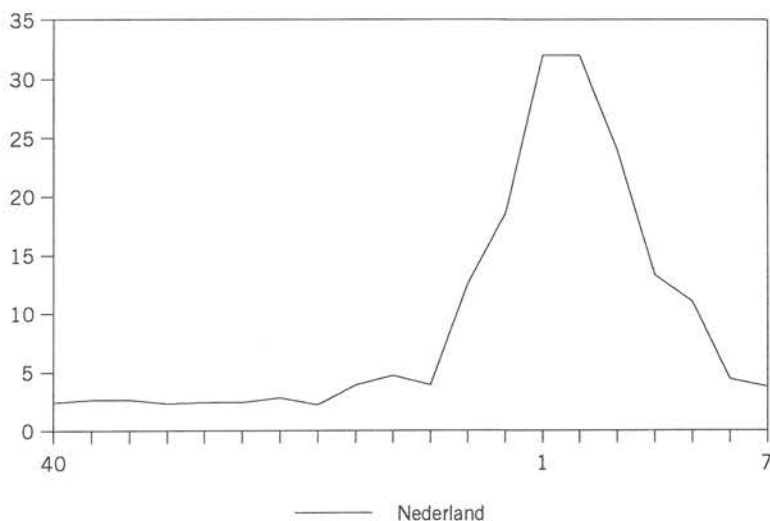
In week 51 stijgt het aantal meldingen van influenza-achtige ziektebeelden boven de 10 per 10.000 inwoners.

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

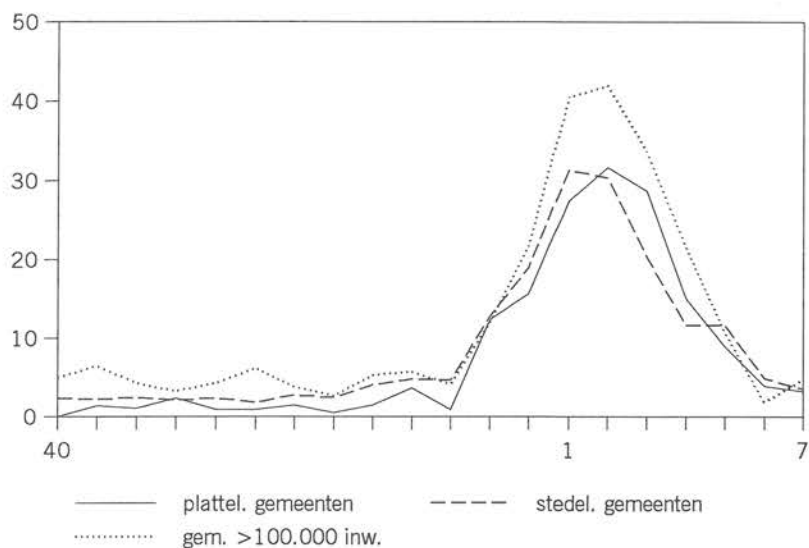
In week 1 en 2 van 2000 wordt de hoogste incidentie van dit seizoen vastgesteld: 32 meldingen per 10.000 inwoners. In de westelijke provincies heerst de griep het meest: 40 meldingen per 10.000 inwoners. De grote steden hebben in week 2 het hoogste aantal meldingen: 42 per 10.000 inwoners.

De duur van deze griepgolf is gemiddeld, namelijk 8 weken.

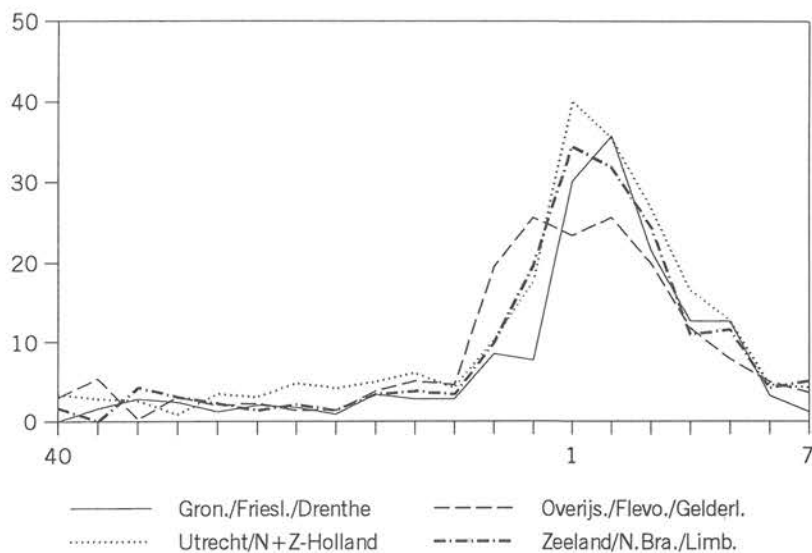
Figuur 9.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1999/2000



Figuur 9.2 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 1999-2000



Figuur 9.3 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1999-2000



9.1.2 Seizoen 2000/2001

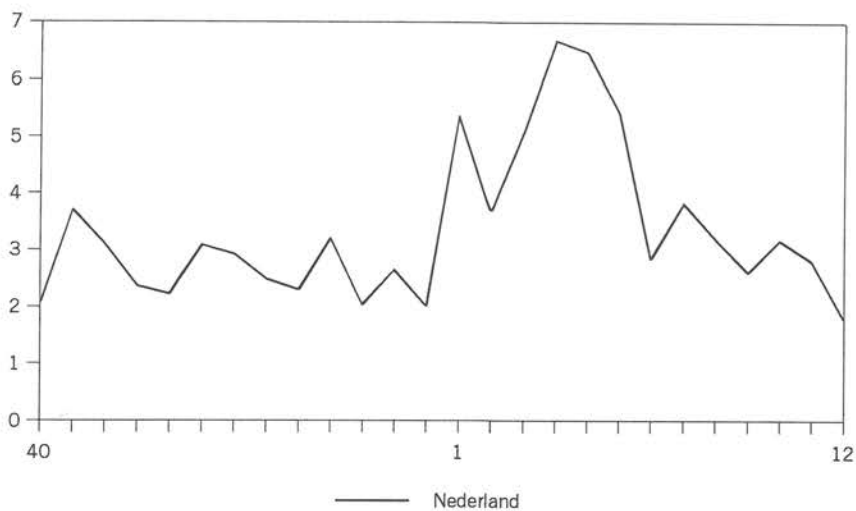
Het seizoen 2000/2001 is het mildste seizoen sinds de aanvang van de registratie van de influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) door de huisartsen van de CMR-Peilstations (zie tabel 9.1).

Het eerste influenza virus wordt dit seizoen in het kader van de NIVEL/RIVM-surveillance geïsoleerd in week 48. Het betreft het influenza A/H₁N₁-virus.

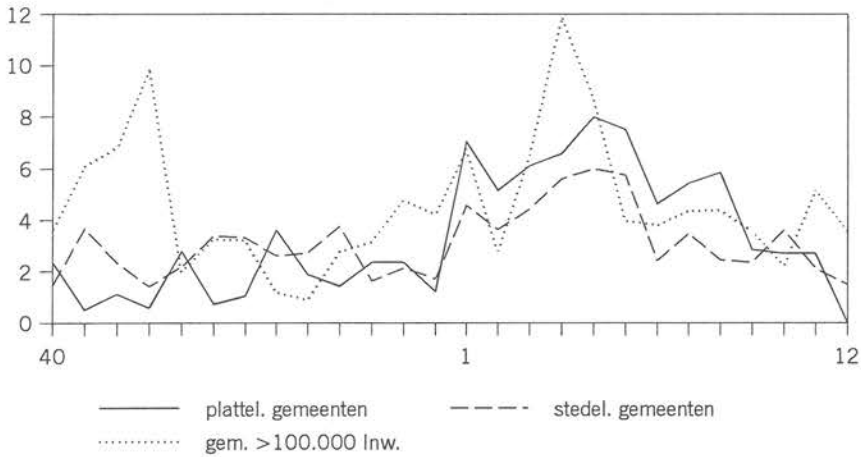
De klinische incidentie van influenza-achtige ziektebeelden laat in de eerste weken van 2001 een onbeduidende verheffing zien. De hoogste incidentie wordt waargenomen in week 4 en 5 met respectievelijk 6.7 en 6.5 IAZ per 10.000 inwoners. De hoogste incidentie in de provinciegroepen wordt geregistreerd in de noordelijke provincies in week 5: 13.4 per 10.000 inwoners. Met 11.2 per 10.000 inwoners in week 4 van 2001 wordt in de urbanisatie groepen de hoogste incidentie gemeten in de grote steden.

Het influenza A/H₃N₂-virus is de grote afwezige dit seizoen. Het influenza B-virus wordt slechts sporadisch gevonden (2x); het influenza A/H₁N₁ is de grote aanwezige.

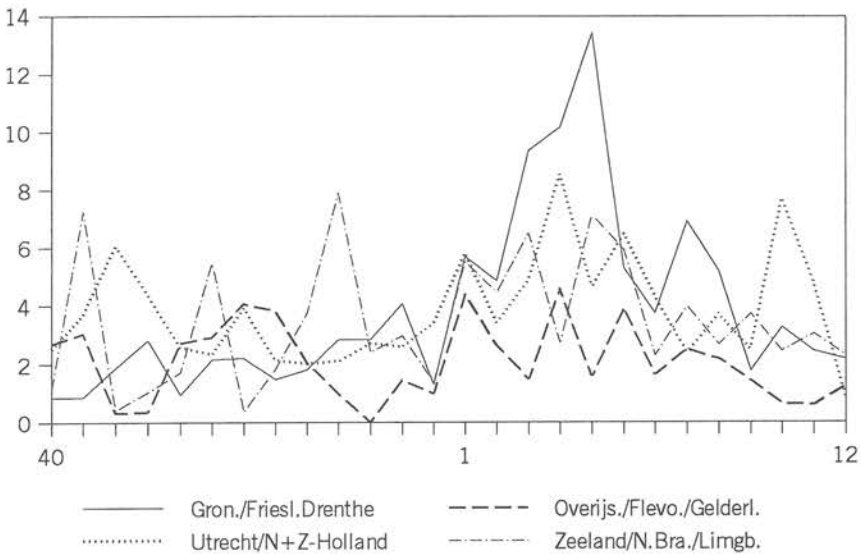
Figuur 9.4 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 2000/2001



Figuur 9.5 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 2000/2001



Figuur 9.6 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 2000/2001



Tabel 9.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1991-2001

jaar	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
totaal kalenderjaar	348	244	484	107	315	155	233	248	254	197	
hoogste weekincidentie per 'seizoen'	40	27	54	16	39	29	17	23	32	7	

9.2 ARI-EL studie (Acute respiratoire infecties in de eerste lijn)

De Nivel/RIVM surveillance van respiratoire infecties draagt in belangrijke mate bij aan de early-warning voor influenza in Nederland.

De klinische registratie van influenza-achtige ziektebeelden brengt de verspreiding van deze ziekten in de bevolking in kaart en de virologische surveillance bevestigt of het influenza virus de oorzaak is van de gemelde influenza-achtige ziektebeelden.

De huidige surveillance levert daarnaast informatie op over welke respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. Pneumoniae*) in welke frequentie aangetroffen worden bij personen die hun huisarts consulteren voor een influenza-achtig ziektebeeld of een andere acute luchtweginfectie. Deze kennis is van belang voor effectieve preventie en controle van acute luchtweginfecties. Aanwijzingen kunnen worden gevonden over de mogelijke doelgroepen voor (te ontwikkelen) vaccins, zoals tegen RS-virus of rhinovirus en antivirale middelen, zoals tegen influenza- en rhinovirus.

Ondanks dat de huidige surveillance van respiratoire infecties veel informatie oplevert zijn er open staande vragen. Vragen die in de lopende surveillance niet beantwoord kunnen worden. Een aantal van deze vragen zijn:

- 1 Wat is de incidentie van respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. pneumoniae*) geassocieerd met ARI (acute respiratoire infectie) anders dan influenza-achtig ziektebeeld (IZA) bij huisarts-patiënten naar leeftijd en geslacht?
- 2 Wat is de incidentie van verschillende respiratoire infecties in de bevolking?

- 3 Wat is de jaar- en seizoensincidentie van respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. pneumoniae*) geassocieerd met ARI (inclusief IZA) bij huisartspatiënten en in de bevolking naar leeftijd en geslacht?
- 4 Wat is de incidentie van respiratoire bacteriën geassocieerd met ARI (inclusief IAZ) bij huisartspatiënten en in de bevolking naar leeftijd en geslacht?

De huisartsen nemen bij patiënten met een ARI (inclusief IAZ) en bij controles keel- en neuswatten af en reiken vragenlijsten uit.

In week 40 van 2000 is een start gemaakt met de verzameling van de gegevens in het kader van de ARI-EL studie. (Projectleiding mevr. Dr. ir. M.L. Heijnen).

De Keel- en neuswatten worden onderzocht op virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. Pneumoniae*) op het Laboratorium voor infectieziekten diagnostiek en screening van het RIVM.

Het streeklaboratorium voor de Volksgezondheid Tilburg onderzoekt de tweede keel- wat op een aantal bacteriële pathogenen.

Het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM verzameld alle gegevens en analyseert de vragen lijsten.

Uit de verzamelde gegevens moet ook antwoord komen op de vragen welke medische consumptie gaat gepaard aan het doormaken van een ARI (inclusief IAZ), wat de ziektelast is van ARI (inclusief IAZ) en hoe vaak komen ARI (inclusief IAZ) asymptomatisch voor?

De duur van de gegevensverzameling zal 2 tot 3 jaar zijn. In het verslag over 2001 zullen eerste, voorlopige resultaten worden gerapporteerd.

9.4 Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 1999/2000.(www.eiss.org)

Het seizoen 2000/2001 verloopt in de in het Europese Influenza Surveillance Scheme (EISS) deelnemende landen verschillend. Eind december neemt de influenza activiteit op het vasteland van Europa voor het eerst toe. In Frankrijk, Duitsland, België en Denemarken worden dan uitsluitend influenza H₁N₁ virussen geïsoleerd. In Engeland en Wales is vooral het influenza B-virus actief.

Na de jaarwisseling neemt de activiteit van het influenza H₁N₁ virus toe. Eind januari wordt het hoogste punt bereikt van de overigens milde griepgolf van dit seizoen. In Midden Europa (Tsjechië, Duitsland, Denemarken) wordt meer influenza activiteit vastgesteld dan in West en Zuid Europa.

Op het einde van het seizoen wordt op het vaste land ook het influenza B-virus geïsoleerd.

Het influenza A(H₃H₂) virus was dit jaar de grote afwezige.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de continue morbiditeits registratie

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

Population estimates of persons presenting to general practitioners with influenza-like illness in sentinel practice networks in England and Wales, and in the Netherlands

Epidemiol. Infect. 2000, 124, 245-253

Incidence data by age of new episodes of influenza-like illness reported by sentinel general practice network in England and Wales and in The Netherlands over a 10-year period were examined to provide estimates of the consulting population during influenza epidemic periods. Baseline levels of recording in each group were calculated from weeks in which influenza viruses were not circulating and the excess over baseline calculated to provide the population estimates during influenza epidemics.

Influenza A/H₃N₂ epidemics were associated with higher population estimates for consultations than influenza B. Especially in the age groups 0-4 and 65 years and over. In the intervening age groups, population estimates were more consistent regardless of the virus type. Both networks reported simultaneous peaking of incidence rates in all of the age groups. There were substantial increases in the number of persons reporting other respiratory illnesses during influenza epidemics.

Population estimates of the consulting population provide the only secure basis for which health services resource utilization during influenza epidemics can be estimated

FLEMING, D.M., M. ZAMBON, A.I.M. BARTELDLS, 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 pre-dominant virus (sub)type were similar.

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

Het influenzaseizoen 1999/2000 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2000/01.

Ned Tijdschr. Geneesk. 2000, 144(41) 1968-1971

De eerste tekenen van griepactiviteit in Nederland in het influenzaseizoen 1999/2000 waren de isolaten van een influenza-A(H₃N₂)-virus in week 40 van 1999 en nog eens 2 in week 43. Vanaf week 50 werd een sterke toename waargenomen van de klinische influenza-activiteit die een piek bereikte in week 1 en 2 van 2000, waarna gedurende 4 weken een afname werd waargenomen. De influenza-activiteit ging gepaard met de isolatie van met name influenza-A(H₃N₂)-virussen. Aan het einde van de griepgolf werden sporadisch influenza-B- en influenza-A(H₁N₁)-virusvariant kwamen sterk overeen met virussen die vorig jaar werden geïsoleerd en met de vaccinstam A/Sydney/5/97. Influenza-B-virussen speelden geen rol van betekenis en kwamen in grote mate overeen met de vaccinstam B/Yamanashi/166/98. Ook werd een aantal A-virussen van het H₁N₁-subtype geïsoleerd. Van deze virussen bleek een aantal nauwe overeenkomsten te vertonen met de oude variant van influenza-A(H₁N₁)-virussen, A/Bayern/7/95, en een aantal bleek verwant aan de vaccinstam voor dit subtype, A/New Caledonia/20/99, die voor het volgend influenzaseizoen wordt aanbevolen. Voor het seizoen 2000/01 luidt de richtlijn van de Wereldgezondheidsorganisatie dat de influenzavaccins de volgende (of vergelijkbare) virusstammen moeten bevatten: A/Moscow/10/99 (H₃N₂), A(new Caledonia/20/99 (H₁N₁) en B/Beijing/184/93.

WILBRINK, B., J.D.D. PRONK, A.I.M. BARTELD, J.W. DORIGO-ZETSMA, M.L.A. HEIJNEN.

Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices in The Netherlands, winter 1999/2000.

European Society for Clinical Virology, Glasgow, Sept. 2000.

Introduction

NIVEL is running a surveillance network of 43 sentinel general practices (GP), covering 1% of the Dutch population, representative with respect to region, urbanisation, age and sex. The incidence of influenza-like illnesses (ILI) is calculated weekly during the winter season by NIVEL from the data of the network. On NIVEL request the system was extended with virus detection from nose/throat swabs by the RIVM. Swabs are obtained from patients with an acute respiratory infection (ARI), of whom about 70% are registered with ILI.

Aim of the study

To provide insight in the etiology of ARI in the primary health care population.

Results

In 56% (169) of the samples at least one pathogen was detected. Influenza viruses were detected most often (29%), followed by rhinoviruses (13%) (Table 1, Fig.1)

In 18 samples (6%) multiple infections were observed; one triple infections of rhinovirus and both corona viruses, and 17 double infections (Table 2).

PCR improved the detection: 68% of the rhinoviruses (28 of 41), 100% of the enteroviruses (8) and 91% of RSV (20 of 22) were detected by PCR only (Fig. 2).

Registration of ILI and isolation of influenza viruses were in accordance with each other, although a short lag in the ILI peak behind that of influenza virus isolates was seen (Fig. 3). However, in 28% of the patients registered with ILI other respiratory pathogens than influenza virus were detected (25% rhinovirus) and 45% no pathogens was detected (Fig. 4).

BARTELD, A.I.M., J. VAN DER ZEE.

Geen paniek door griep.

Medisch Contact, 2000, nr. 18

ALBERT, J. DE NEELING, WILFRID VAN PELT, CEES HOL, ERIC E.J. LIGTVOET, LUC J. M. SABBE, AAD BARTELD, 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. BARTELD, 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. BARTELD, G.F. RIMMELZWAAN, J.W. DORIGO-ZETSMA, J.C. DE JONG, M.J.W. SPRENGER.

Respiratoire infecties in Nederland: Update influenza en respiratoire syncytiaal 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. BARTELD, B. WILBRINK, M.J.W. SPRENGER.

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

Eurosurveillance 1999, 4: 8-4

HEIJNEN, M.L.A., A.I.M. BARTELD, B. WILBRINK, C. VERWEIJ, K. BIJLSMA, H. VAN DER NAT, H. BOSWIJK, A.S. DE BOER, M.J.W. SPRENGER, J.W. DORIG-ZETSMA.

Surveillance of acute respiratory infections in general practices - The Netherlands, winter 1997/98.

RIVM, 1999, Report no. 217617 001

To provide insight into the virological aetiology of influenza-like illnesses and other acute respiratory infections, nose/throat swabs were taken by 30 general practitioners of the sentinel surveillance network of the Netherlands Institute of Primary Health Care from a random selection of patients seen for such infections in their consultancies during the 1997/98 winter. The swabs were analysed at the National Institute of Public Health and the Environment for respiratory viruses, Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae using viral culture and polymerase chain reaction (PCR) analysis. At least one respiratory pathogen was detected in 52% of the 363 swabs. The most frequently detected viruses were influenza, mainly A(H3N2), and rhinoviruses, occurring in 23% and 21% of the swabs, respectively. Rhinoviruses predominated from September to December 1997, whereas influenza viruses prevailed from January to April 1998. Forty-five percent of respiratory pathogens (74% of the rhinoviruses and 86% of the enteroviruses and respiratory syncytial viruses) were detected by PCR analysis only. Influenza virus was isolated six times more often in swabs from patients with an influenza-like illness (i.e. in 30%) than in swabs from patients with another acute respiratory infection. In 23% of the patients with influenza-like illness, however, respiratory pathogens other than influenza were detected and in 46% no micro-organisms were detected. Results were compared with those of the five previous winters. Insight into virological aetiology of acute respiratory infections obtained through this surveillance (the only in the Netherlands carried out among general-practice patients) can contribute to effective prevention and control of such infections. Suggestions to improve the surveillance are offered.

BESTEBROER, T.M., A.I.M. BARTELD, M.F. PEETERS, A.C. ANDEWEG, J.J. KERSENS, 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

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 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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2000-2001. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2000-2001

Epidemiologische mededelingen

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

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

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.

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. BARTELD, 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

EISS-publicaties

MANUGUERRA, J.C., A. MOSNIER.

On a behalf of EISS (European Influenza Surveillance Scheme).

Surveillance of influenza in Europe from October 1999 to February 2000. Eurosurveillance 2000; 5: 63-68

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

10 Verzoek om zanamivir voorschrift

Van de beschikbaarheid van de neuramidasaremmers, de nieuwe specifieke anti-influenza middelen, wordt invloed verwacht op de praktijkvoering van artsen¹.

Effect kan ook verwacht worden op de uitkomsten van de registratie van influenza-achtige aandoeningen. Denkbaar is dat wanneer in het seizoen 1999/2000 een verhoogde influenza-activiteit wordt geregistreerd het middel zanamivir in de publiciteit zal komen.

Deze aandacht voor het nieuwe middel tegen griep kan voor iemand met een griep-achtig ziektebeeld die voorheen geen contact met de huisarts gezocht zou hebben omdat een specifieke behandeling niet beschikbaar was, aanleiding zijn nu wel de huisarts te consulteren.

Vertekening treedt dan op in de uitkomsten van de registratie in vergelijking met voorgaande jaren. De registratie van de verzoeken om een voorschrift zanamivir is bedoeld de omvang van deze vertekening te bepalen.

Gevraagd wordt elk verzoek om een voorschrift van zanamivir te registreren.

In de aanvullende vragenlijst wordt informatie gevraagd naar de achtergronden van het verzoek om het voorschrift zanamivir en of aan het verzoek is voldaan.

Het aantal personen dat om een voorschrift voor zanamivir verzocht per 10.000 personen per provincie groep en naar verstedelijking is gegeven in tabel 10.1

¹ Cox N.J., K. Subbaro. Influenza, The Lancet Vol. 354, October 9, 1999, p. 1277-1282

Tabel 10.1 Aantal personen dat om een voorschrift voor zanamivir verzocht per 10.000 personen per provinciegroep, naar mate van verstedelijking en voor Nederland

	Provinciegroep				Stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
verzoeken om Voorschrift zanamivir	1	2	3	1	2	2	4	2

Verzoeken om zanamivir voor te schrijven worden vooral gemeld in de grote steden in de westelijke provincies.

Alle verzoeken zijn gedaan in het eerste kwartaal van 2000. Het absolute aantal meldingen was 26.

Van 20 meldingen is aanvullende informatie ontvangen. In al deze 20 gevallen werd zanamivir voorgeschreven.

Van deze 20 patiënten zouden 8 de huisarts niet hebben bezocht wanneer zanamivir niet beschikbaar zou zijn geweest. Overigens waren niet al deze 8 patiënten op het moment van het verzoek ziek.

Zanamivir werd aan 3 patiënten voorgeschreven die een indicatie voor vaccinatie hebben; twee van hen waren gevaccineerd en kregen een griepachtig ziektebeeld. De derde patiënt was niet gevaccineerd vanwege een allergie voor kippeneiwit en werd ziek.

Bij een meerderheid van de verzoeken speelt een praktisch argument mee: een huwelijk op korte termijn of een naderende vakantie. Ook de wens om korter ziek te zijn in verband met het werk wordt als reden van het verzoek genoemd.

In het seizoen 1990-2000 lijkt het beschikbaar zijn van zanamivir niet van invloed te zijn geweest op de registratie van de influenza-achtige ziektebeelden.

De rubriek is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

11 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 kostenstijgingen 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 extramurale 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 andere hulpverleners zoals wijkverpleegkundigen, ziekenverzorgsters, fysiotherapeuten of ergotherapeuten.

Om inzicht te krijgen in de rol van de huisarts zijn in 1999 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?

Op de weekstaat 1999 zijn daartoe de volgende hulpmiddelen onderscheiden:

- hulpmiddelen op het lichaam gedragen (prothese/orthese, pruik, elastische kous, schoenvoorziening, gehoor middel, 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, apparaat voor 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 de onderzoeksvragen uit 1999 heeft al elders plaats gevonden (Nivel, drs. M. Biermans en Dr. E. Van den Ende).

In 2000 is de registratie beperkt tot het voorschrijven door de huisarts van machtigingen voor incontinentiemateriaal.

Naar verwacht wordt het voorschrijven van incontinentiemateriaal door een combinatie van factoren bepaald. Ten eerste door factoren gerelateerd aan de patiënt, zoals de vorm en mate van incontinentie, de oorzaak van de incontinentie en de mate van ADL-zelfstandigheid. Ten tweede kan verondersteld worden dat het voorschrijven van incontinentiemateriaal zowel door de NHG standaard als de regelgeving ten aanzien van de vaststelling van incontinentiemateriaal wordt bepaald.

De registratie beoogt de volgorde vraagstelling te beantwoorden:

- 1 Bij welke vormen van incontinentie wordt incontinentiemateriaal voorgeschreven en wat is de oorzaak van de incontinentie?
- 2 In welke mate zijn patiënten die incontinentiemateriaal voorgeschreven krijgen ADL-zelfstandig?
- 3 Vormt het geven van instructies voor blaastraining en/of bekkenbodemspieroefeningen onderdeel van de behandeling?

In deze rapportage wordt enkel weergegeven hoe vaak de huisarts een machtiging voor incontinentiemateriaal uitschrijft.

De uitvoerige beantwoording van deze onderzoeksvragen zal elders plaats hebben (drs. M. Dorgelo en Dr. E. van den Ende, NIVEL).

Het aantal personen waarvoor een machtiging voor incontinentiemateriaal is uitgeschreven per 10.000 personen per provincie en naar mate van verstedelijking en voor Nederland is gegeven in tabel 11.1.

Tabel 11.1 Aantal personen voor wie een machtiging is uitgeschreven per 10.000 personen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2000

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
machtiging voor incontinentie materiaal	15	25	34	25	18	28	29	27

Machtigingen voor incontinentie materiaal worden vooral in de westelijke provincies en weinig op het platteland uitgeschreven.

11.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 11.2 is het aantal mensen gegeven voor wie een machtiging voor incontinentiemateriaal is uitgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep.

Tabel 11.2 Aantal personen voor wie een machtiging is uitgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep, 2000

leeftijdverdeling	machtiging voor incontinentiemateriaal
<1	(27)
1- 4	(3)
5- 9	(1)
10-14	8
15-19	(1)
20-24	(1)
25-29	0
30-34	4
35-39	(2)
40-44	6
45-49	19
50-54	18
55-59	22
60-64	37
65-69	43
70-74	107
75-79	185
80-84	276
> 85	266

Vooraf op hogere leeftijd (> 70 jaar) worden voor patiënten machtigingen voor incontinentiemateriaal uitgeschreven. Vanaf 45 jaar is er een duidelijke toename van het aantal uitgeschreven machtigingen.

De rubriek is in deze vorm niet op de weekstaat 2001 gehandhaafd. De registratie in 2001 is geconcentreerd op de hulpmiddelen voorgeschreven wegens loopstoornissen.

Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de continue morbiditeitsregistratie

BIERMANS MARION, JOOST DEKKER, AAD BARTELD, ELS VAN DEN ENDE.

Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts

Nivel, 2000.

12 Waterpokken

Het verzoek waterpokken op de weekstaat van 2000 te plaatsen is afkomstig van de projectleiders van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks' -project (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis). Dit project is een onderdeel van een omvangrijk project van de Europese Unie: het European Community Health Indicators project.

Het doel van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks' is 'to contribute to the establishment of a Community health monitoring system with information from primary care by studying the feasibility of providing information about health indicators from primary care based sentinel practice networks'. Aan dit project nemen huisartsen netwerken uit een zestal Europese landen deel (B, F, S, P, UK, NI).

Het uitgangspunt is dat de eerstelijns gezondheidszorg bij uitstek geschikt is voor leveren van informatie over een drietal onderwerpen:

- informatie over de bedreiging van de volksgezondheid door overdraagbare infectieziekten;
- informatie over de incidentie en prevalentie van chronische ziekten en
- informatie over gezondheidsproblemen die belangrijke economische consequenties hebben (ziekteverzuim).

Waterpokken is een van de infectieuze aandoeningen die, als mensen de situatie al niet zelf kunnen hanteren, grotendeels in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt begeleid. Enkel voor de gevaarlijke complicaties als een varicellapneumonie of -meningitis, veelal op volwassen leeftijd, moet er beroep gedaan worden op gespecialiseerde ziekenhuiszorg.

De registratie van waterpokken in de CMR-Peilstations bevat in 2000 drie elementen:

- de registratie van patiënten met waterpokken op de weekstaat;
- het verzamelen van informatie over het voorkomen van index patiënt gerelateerde gevallen van waterpokken in de leefeenheid van de index patiënt waarvoor de huisarts niet is geraadpleegd;
- het verzamelen van informatie over het voorkomen van waterpokken waarvoor de huisarts niet is geconsulteerd.

In dit verslag wordt enkel gerapporteerd over de uitkomsten van de registratie van waterpokken op de weekstaat. Over de andere vraagstelling wordt elders gepubliceerd (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis).

Het aantal patiënten met waterpokken wordt in tabel 12.1 vermeld per 10.000 personen per provinciegroep naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 12.1 aantal patiënten met waterpokken per 10.000 personen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2000

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2000	11	17	23	29	21	21	19	20

In de zuidelijke en westelijke provincies worden meer dan twee maal zoveel patiënten met waterpokken gemeld dan in de noordelijke provincies: 29 versus 11 per 10.000 patiënten.

In de verschillende stedelijkheidsgraden verschilt het voorkomen van waterpokken minder.

12.1 Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten, die de huisartsen per 10.000 personen per kwartaal hebben gemeld zijn weergegeven in tabel 12.2.

Tabel 12.2 aantal patiënten met waterpokken per 10.000 patiënten per kwartaal in 2000

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2000	6	7	4	3

Waterpokken zijn in de eerste 26 weken van 2000 duidelijk meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar.

12.2 Leeftijdverdeling

Het voorkomen van waterpokken in Nederland per 10.000 per leeftijdsgroep wordt vermeld in tabel 12.3.

Tabel 12.3 aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland in 2000

leeftijdsgroep	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2000	298	253	64	5	3	4	4	5	(1)	(1)	(1)

Waterpokken komen het meest voor onder de leeftijd van 10 jaar en vooral onder de vijf jaar.

12.3 Voorkomen van waterpokken in een aantal West Europese landen

In de laatste zes maanden van 2000 is in vier landen, -Engeland en Wales, Portugal, Spanje en Nederland-, het voorkomen van waterpokken door de huisartsen geregistreerd. Navraag is gedaan of in gezinnen, waarin bij een kind door de huisarts waterpokken

vast is gesteld, drie weken voor en drie weken na het consult van de gemelde patiënt andere kinderen waterpokken hebben door gemaakt zonder dat daarvoor de huisarts is geconsulteerd.

Het voorkomen van waterpokken bij de huisarts in enkele landen van de EU per leeftijdsgroep is weergegeven in tabel 12.4. De incidentie per leeftijdsgroep na correctie voor die gevallen waarbij de huisarts niet is geraadpleegd is in tabel 12.4 weergegeven.

Tabel 12.4 Incidentie van waterpokken (januari - juni 2000) per 10.000 gevallen waarvoor de (huis)arts is geconsulteerd in vijf peilstations netwerken per leeftijdsgroep en totaal

	0-4	5-14	15+	totaal alle leeftijden
Engeland & Wales	270	44	5	25
The Netherlands	166	22	1	13
Portugal	183	77	4	21
Spain (pais Vasco)	898	151	10	145
Spain (Castilla y León)	344	114	4	57

Tabel 12.5 Incidentie van waterpokken (januari - juni 2000) per 10.000 na correctie voor de extra geïdentificeerde gevallen die niet de (huis)arts hebben geraadpleegd in vijf peilstationnetwerken per leeftijdsgroep en totaal (tussen haakjes: percentage toename na correctie)

	0 - 4	5 - 14	15+	totaal alle leeftijden
Engeland & Wales	311 (15%)	50 (14%)	5 (0%)	28 (12%)
The Netherlands	220 (33%)	30 (36%)	1 (0%)	17 (31%)
Portugal	222 (21%)	92 (19%)	5 (25%)	25 (19%)
Spain (Pais Vasco)	930 (3%)	156 (3%)	10 (0%)	150 (3%)
Spain (Castilla y Leon)	356 (4%)	120 (5%)	4 (0%)	59 (4%)

In Engeland en Wales, Portugal en Nederland is de incidentie van waterpokken van eenzelfde grootte orde variërend van 13-25 per 10.000. De incidentie in Spanje is veel hoger en verschilt aanzienlijk tussen beide netwerken.

Na correctie voor de opgespoorde patiënten die de (huis)arts niet hebben geconsulteerd blijven de hiervoor genoemde verschillen tussen de landen bestaan. De mate van correctie is het grootst in het Nederlandse peilstationnetwerk dat wil zeggen minder dan in de andere landen gaan in Nederland ouders met een kind met waterpokken naar de (huis)arts.

In 2001 is de rubriek waterpokken gehandhaafd omdat bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de besluitvorming over de invoering van vaccinatie tegen waterpokken behoefte bestaat aan landelijke cijfers over het voorkomen van waterpokken.

Publicatie op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie

FLEMING, D.M., F.G. SCHELLEVIS, W.J. PAGET.
Health Monitoring in Sentinel Practice Networks.
Final Report to the EU, Nivel, 2001

13 Depressie

In Nederland is veel onderzoek gedaan naar het voorkomen van depressieve klachten in de huisartspraktijk. Huisartsen hebben het voorkomen van depressies bij patiënten in hun praktijk geregistreerd (o.a. in de CMR-Peilstations in 1983-1985) zijn ondervraagd over hun attitude ten aanzien van het omgaan met depressieve patiënten (o.a. Sigling 1989)¹ en de interactie tussen patiënt en huisarts is op videotape bestudeerd.

Bij de registratie van depressie op de weekstaat in 2000 gaat het om de diagnose van de huisarts. De vraag daarbij zal zijn in welke mate de NHG Standaard Depressie door de huisartsen wordt gehanteerd bij de diagnostiek en begeleiding en behandeling van patiënten met depressieve klachten. Dit houdt in dat de registratie wordt gefocust op incidentie patiënten, dat wil zeggen op die situaties waarin het hanteren van de richtlijnen uit de standaard van het begin kan worden vastgelegd.

Gevraagd wordt elke nieuwe patiënt, waarbij de huisarts de diagnose depressie stelt te melden. De huisarts geeft per nieuwe patiënt informatie over de ernst van de depressie, over de nadere diagnostiek door de huisarts verricht en over de begeleiding en behandeling waartoe de huisarts besluit. Een patiënt wordt éénmaal gemeld.

In dit verslag wordt gerapporteerd over het voorkomen van nieuwe patiënten met een depressie. Uitgebreide rapportage over de verzamelde gegevens over diagnostiek, begeleiding en behandeling heeft elders plaats (Dr. P. Verhaak, Nivel)².

¹ Sigling, H.O. Depression: a medical problem for the general practitioner? In: Bartelds A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989.

² Brink WVD, Ommel J. Depressie in de huisartspraktijk. Consequenties voor onderwijs onderzoek en beleid. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1993; 35:94-109.

Marwijk HWJ, Zwan AAC, Mulder LDD. De huisarts en depressiviteit van ouderen. Tijdschrift Gerontol Geriatr., 1991, 22:129-33.

Ommel J, Koeter MWJ, Brink WVD, Willege G. Recognition, Management and course of anxiety and depression in general practice. Arch Gen Psych, 1991, 48:700-6

Het aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland gegeven in tabel 13.1.

Tabel 13.1: aantal nieuwe patiënten met een depressie per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1983-1985 en 2000

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
mannen								
1983-85	56	48	39	53	42	37	72	46
2000	20	28	21	38	19	28	25	26
vrouwen								
1983-85	109	89	75	102	81	73	145	90
2000	25	33	63	56	31	50	54	48
totaal								
1983-85	83	69	60	74	61	57	110	69
2000	23	31	43	47	25	39	40	37

In 2000 worden vergeleken met de periode 1983-1985 worden er in het hele land en in alle subgroepen afzonderlijk minder nieuwe patiënten met een depressie gemeld.

Het aantal nieuwe vrouwelijk patiënten met een depressie is in 2000 bijna twee keer het aantal bij de mannen. Dit komt overeen met de gegevens uit de jaren 1983-1985.

Ommel J, Tiemens BG, Os TWDPV, Meer KVD, Jenner RHSVD. Betere herkenning en behandeling van depressie en soms sneller herstel na nascholing van huisartsen. Ned. Tijdschrift. Geneesk., 1998; 142:252-7

Tiemens BG, Brink WVD, Meer KVD, Ommel J. Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk H&W, 1998, 41:109-16

In 2000 wordt het hoogste aantal nieuwe patiënten met een depressie gemeld in de zuidelijke provincies. In de noordelijke provincies wordt de helft minder nieuwe patiënten met een depressie gemeld. Ruim 15 jaar geleden werd in de noordelijke provincies nog het hoogste aantal gemeld; in de westelijke provincies het laagste.

Op het platteland melden de huisartsen het laagste aantal nieuwe patiënten met een depressie. In de grote steden en de verstedelijkte gebieden en kleine steden zijn de aantallen nieuwe patiënten met een depressie vergelijkbaar en duidelijk hoger dan op het platteland. In de jaren 1983-1985 werden duidelijk meer nieuwe patiënten gemeld in de grote steden. De aantallen op het platteland waren toen lager en vergelijkbaar met die in de forensengemeenten en de kleine steden.

Het valt buiten het kader van deze verslaglegging in te gaan op de verschillen tussen de registratie in 1983-1985 en die in 2000. De doelstelling van de registratie in de jaren 1983-1985 verschilde van die in 2000. In aanmerking genomen dat in de jaren 1983-1985 registratie pas plaats had wanneer de ernst van de depressie de arts enige vorm van nader omschreven actie bracht zijn de verschillen tussen beide registratie perioden in gemelde aantallen nieuwe patiënten met een depressie groot.

13.1 Seizoensinvloeden

In tabel 13.2 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie per kwartaal gegeven.

Tabel 13.2 aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal voor Nederland in 2000

	Week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
mannen	8	5	5	8
vrouwen	14	13	10	12
totaal	11	10	8	10

In het eerste kwartaal van 2000 worden de meeste nieuwe patiënten met een depressie gemeld, in het derde kwartaal de minste. Respectievelijk 11 en 8 per 10.000 inwoners.

13.2 Leeftijdverdeling

In tabel 13.3 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie naar leeftijdsgroep en geslacht vermeld voor Nederland in 2000.

Tabel 13.3 aantal nieuwe patiënten met een depressie naar leeftijdsgroep en geslacht voor Nederland in 2000

Leeftijdsgroep	mannen	vrouwen	totaal
0- 9	0	0	0
10-14	3	5	4
15-19	23	24	23
20-24	18	44	32
25-29	29	63	47
30-34	23	59	41
35-39	36	57	46
40-44	29	74	51
45-49	32	62	47
50-54	45	75	60
55-59	28	38	33
60-64	42	45	48
65-69	32	61	48
70-74	19	38	30
75-79	44	61	54
80-84	46	77	66
> 85	59	78	72

De hoogste aantallen nieuwe patiënten met een depressie worden gemeld op hogere leeftijd: vanaf 80 jaar.

Boven de leeftijd van 19 jaar worden consequent meer vrouwen dan mannen met een nieuwe depressie gemeld.

Bij vrouwen is ook in de leeftijdsgroep 40-54 jaar het aantal nieuwe patiënten met een depressie relatief hoog. Bij mannen is dat in de leeftijdsgroep 50-54 en 60-64 jaar.

Bij kinderen onder de 10 jaar zijn in 2000 geen nieuwe patiënten met een depressie gemeld.

De rubriek is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

14 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)¹.

De vraag die vervolgens beantwoord moest worden is welke aandoening leidt nagenoeg 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.

¹ Fleming, D.M. Cross, Estimating the Population at Risk by 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.

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 14.1 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 14.1 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 1997-2000

		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
2000		21	25	35	41	18	32	40	31
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
2000		26	37	32	46	36	36	31	35
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
2000		23	31	34	43	27	34	36	33

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. In 2000 was in de noordelijke provinciegroepen het aantal meldingen gelijk aan dat in 1999.

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

14.1 Leeftijdverdeling.

De leeftijdsverdeling van het aantal nieuwe gevallen van herpes zoster per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen is in tabel 14.2 gegeven.

Tabel 14.2 aantal nieuwe gevallen van herpes zoster naar leeftijd per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1997-2000

leeftijdsgroep	Mannen				Vrouwen				Totaal			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
<1	-	-	-	-	-	-	(17)	(18)	-	-	(8)	(9)
1-4	(6)	(9)	(9)	(6)	(7)	(16)	(7)	(12)	(7)	(12)	(8)	(9)
5-9	(8)	12	12	16	(8)	22	23	10	8	17	17	15
10-14	(5)	13	8	18	14	10	24	13	9	12	16	15
15-19	13	20	28	20	(11)	23	5	24	12	21	17	22
20-24	18	14	15	35	(8)	13	17	13	13	14	16	23
25-29	15	12	16	20	12	24	24	16	14	18	20	18
30-34	13	30	23	20	13	23	22	22	13	27	22	21
35-39	21	20	30	20	12	13	13	14	17	17	22	17
40-44	32	24	21	34	26	27	27	48	29	25	34	41
45-49	29	41	19	22	40	34	42	31	34	38	30	26
50-54	40	32	28	31	52	43	39	56	46	37	33	44
55-59	31	39	46	45	52	64	74	54	42	51	60	49
60-64	35	55	66	58	52	98	105	55	44	77	86	56
65-69	30	41	57	75	39	71	92	61	35	57	76	68
70-74	81	92	67	53	88	99	102	84	85	96	87	71
75-79	61	59	48	75	77	83	82	91	71	73	66	84
80-84	98	54	94	116	111	90	41	77	106	78	58	91
>85	(54)	120	58	74	94	92	36	60	82	160	42	64

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 4 jaar durende registratie is dat de incidentie van herpes zoster over de tijd niet geheel constant is. In het eerste jaar is de incidentie lager dan in de drie jaren erna wanneer de incidentie min of meer dezelfde is.

De rubriek herpes zoster is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

15 Diabetes Mellitus: incidente patiënten (NIDDM en IDDM)

Het voorkomen van nieuwe, incidente patiënten waarbij diabetes mellitus is geconstateerd is in twee eerdere perioden onderwerp van registratie geweest in de CMR-Peilstations¹.

Het intermitterend registreren van de incidentie van een chronische aandoening is een alternatief wanneer bij beperkte ruimte op de weekstaat het voorkomen van nieuwe gevallen van de aandoening niet continu kan worden gevolgd.

In 2000 is de derde registratie periode van incidente patiënten met diabetes mellitus gestart. Naast dat deze hernieuwde registratie van de rubriek diabetes mellitus in het beleid van de CMR-Peilstations past worden de gegevens in 2000 ook verzameld ten behoeve van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks' project dat ook door de EU wordt gefinancierd. (zie ook hoofdstuk 12 waterpokken).

Op de weekstaat 2000 registreren de huisartsen de nieuwe patiënten met diabetes mellitus. Aan het einde van het jaar wordt hen gevraagd de prevalentie patiënten op 01-01-2001 te registreren. Voor elke incidente en elke prevalentie patiënt wordt gevraagd aanvullende informatie te leveren. Deze informatie is gericht op de diagnostiek en de behandeling en begeleiding van diabetes mellitus patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg.

De aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus worden in tabel 15.1 vermeld per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar mate van stedelijkheid en voor Nederland 1980-83, 1990-93 en 2000.

¹ Ruwaard D., R. Gijsen, A. Bartelds, R. Harising, H. Verkley, D. Kromhout. Is the Incidence of Diabetes Increasing in all age group? *Diabetes Care*, vol. 19, number 3, 1996

Tabel 15.1 aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en vrouwen naar provinciegroep en mate van stedelijkheid en in Nederland 1990-93 en 2000

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
mannen								
1990-93	13	13	18	17	12	15	24	16
2000	16	26	18	35	30	23	17	23
vrouwen								
1990-93	13	17	20	17	16	16	24	17
2000	14	21	21	32	26	19	29	22
totaal								
1990-93	13	15	19	17	14	15	24	17
2000	15	24	20	33	28	21	24	23

In 2000 worden net als in de jaren 1990-1993 voor heel Nederland nagenoeg evenveel mannen als vrouwen gemeld waarbij recent diabetes mellitus is vastgesteld. Deze constatering is niet van toepassing voor de provinciegroep en naar mate van verstedelijking.

In de oostelijke provincies worden in tegenstelling tot in de drie andere provinciegroepen duidelijk minder vrouwen dan mannen met een recent gediagnosticeerde diabetes mellitus gemeld.

Bij meer vrouwen dan mannen wordt in de grote steden diabetes mellitus vastgesteld. Op het platteland en in de verstedelijkte gebieden wordt vaker diabetes mellitus vastgesteld bij mannen dan bij vrouwen.

In de zuidelijke provinciegroep is het aantal incidente diabetes mellitus patiënten duidelijk hoger dan in de andere provinciegroepen; nieuwe diabetes mellitus patiënten worden het minst gemeld in de noordelijke provincies. Ook in de voorafgaande registratie periode was de incidentie van diabetes mellitus in het zuiden hoger in vergelijking met de noordelijke en oostelijke provincies.

Nieuwe diabetes mellitus patiënten, zowel onder de mannelijke als de vrouwelijke patiënten, worden meer op het platteland gemeld dan in de grote steden en de verstedelijkte gebieden. In vergelijking met de periode 1980-1983 en 1990-1993 een opvallende bevinding.

15.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 15.2 worden de aantallen nieuwe diabetes mellitus patiënten per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep vermeld.

Tabel 15.2 aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep in 1990-93 en 2000

leeftijdsgroep	1990-1993			2000		
	M	V	T	M	V	T
<9	(1)	(1)	(1)	(2)	(0)	(1)
10-19	(2)	(2)	(2)	(1)	(0)	(1)
20-29	(3)	(3)	(3)	6	(3)	5
30-39	(7)	(3)	(4)	5	7	6
40-49	15	14	14	18	22	20
50-59	37	33	35	52	35	43
60-69	46	49	48	61	53	57
70-79	70	71	71	95	77	85
>80	61	57	59	71	68	69

In de leeftijdsgroep van 45-49 jaar begint de stijging van het aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus. Opmerkelijk is dat het aantal nieuwe patiënten met suikerziekte het hoogst is onder de 70-74 jarigen. In de daarop volgende leeftijdsgroep 75-79 is het aantal de helft van het aantal onder de 70-74 jarigen.

De rubriek is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

16 Suïcide(poging)

In overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg 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 1995-2000 respectievelijk 95, 80, 76, 71, 61 en 87.

Het aantal pogingen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad per 10.000 inwoners is in tabel 16.1 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.

Wanneer naar de stedelijkheidsgraad gekeken wordt dan worden tot 2000 consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. In 2000 zijn er weinig verschillen meer zichtbaar.

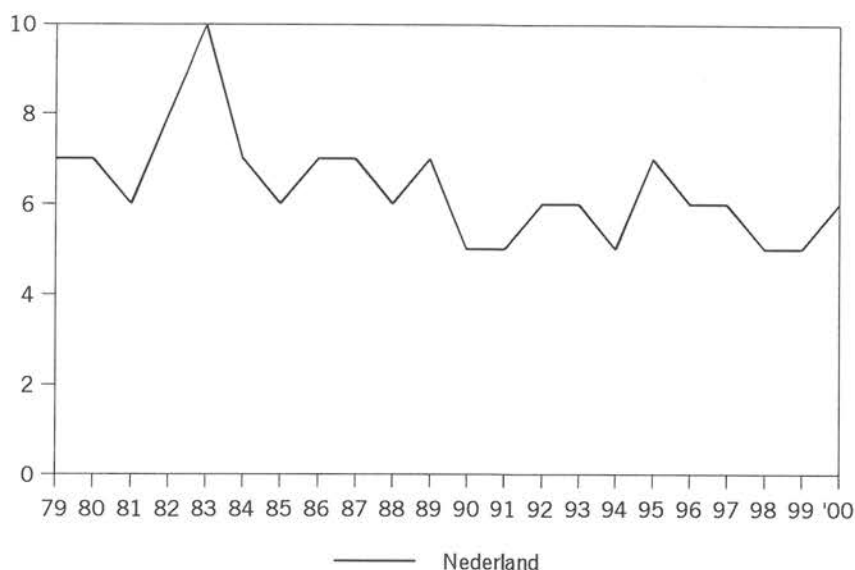
De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen.

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

Tabel 16.1 Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1991-2000

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
2000	6	7	6	7	7	6	6	6

Figuur 16.1 Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2000



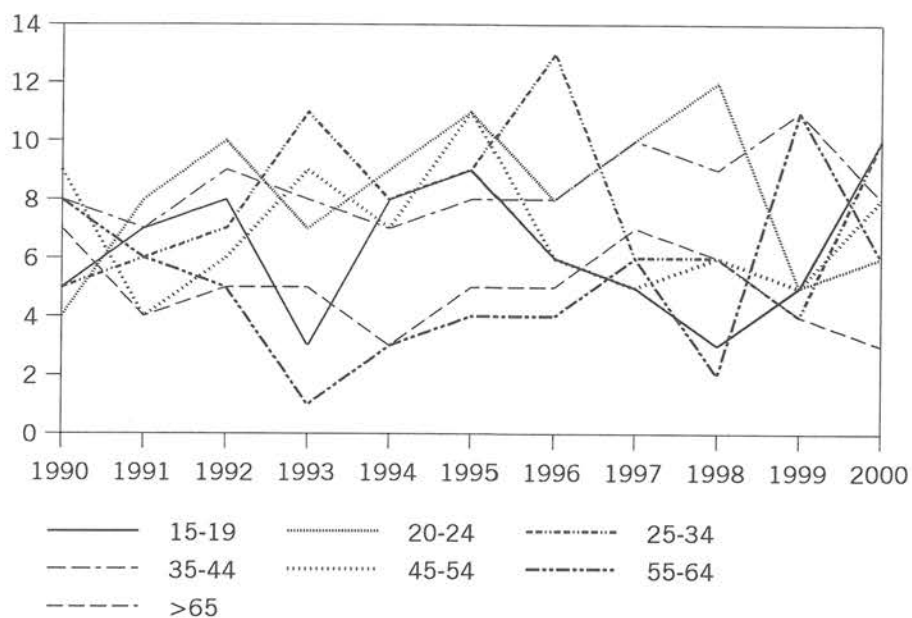
16.1 Leeftijdverdeling

Tabel 16.2 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 16.2).

Tabel 16.2 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1991-2000

Leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
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
2000	(5)	10	6	10	8	8	6	3

Figuur 16.2 Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1991-2000



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. Het valt op dat het aantal suïcide pogingen bij mensen van 65 jaar en ouder consequent laag is.

Deze rubriek is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

17 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 1-1-1999 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na 1-1-1999 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 onderzoek naar de te verwachten kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker 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)¹. Dezelfde groep verricht een evaluatie van de feitelijke kosten en effecten.

In tabel 17.1 worden de aantallen mammografieën aangevraagd door de huisarts buiten het bevolkingsonderzoek vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland (vergelijk figuur 17.1 en 17.2).

Tabel 17.1: Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1991-2000

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammografie								
1991	129	100	9	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
2000	53	88	80	99	72	84	76	81

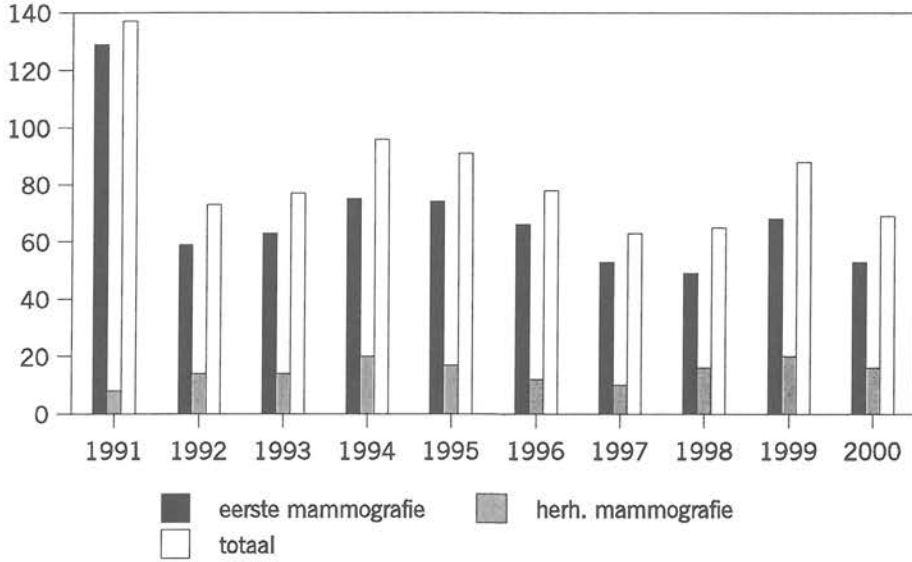
¹ De Koning H.J., B.M. van Ineveld, G.J. van Ootmarsum. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990.

Tabel 17.1 Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en Nederland per 10.000 vrouwen in 1991-2000 (vervolg)

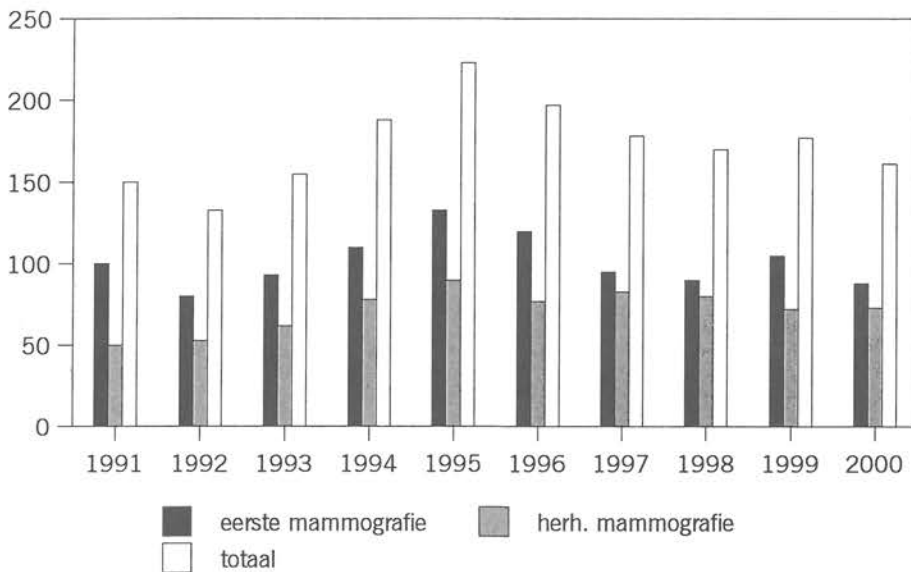
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
herhalingsmammografie								
1991	8	50	25	20	54	22	20	26
1992	14	53	34	18	61	25	28	30
1993	14	62	99	17	72	72	23	59
1994	20	78	45	32	67	44	34	45
1995	17	90	30	23	63	36	35	39
1996	12	77	21	25	45	33	22	32
1997	10	83	15	32	70	30	16	34
1998	16	80	24	24	24	43	17	36
1999	20	72	23	28	38	37	25	36
2000	16	73	34	35	44	37	52	41
totaal								
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
2000	69	161	114	124	116	121	128	122

Figuur 17.1 Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1991-2000

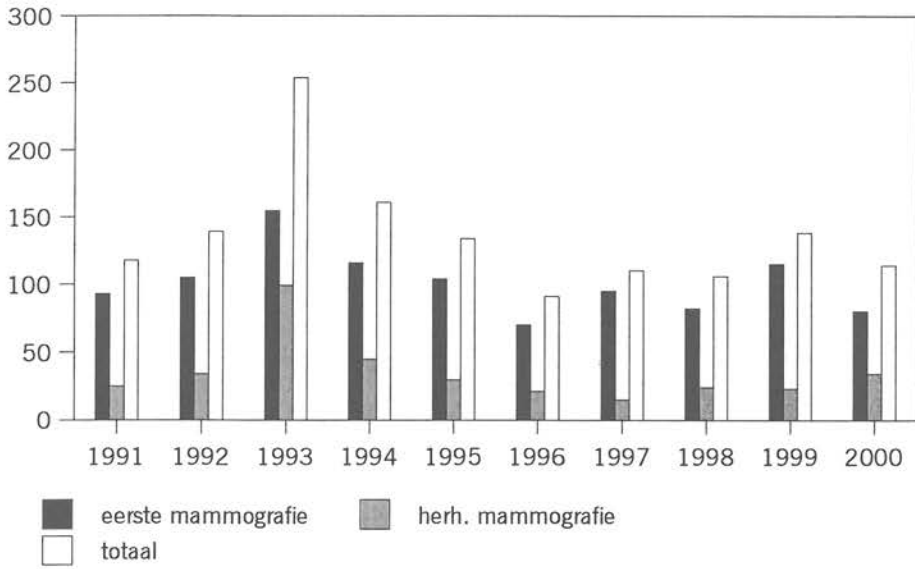
provincie groep A



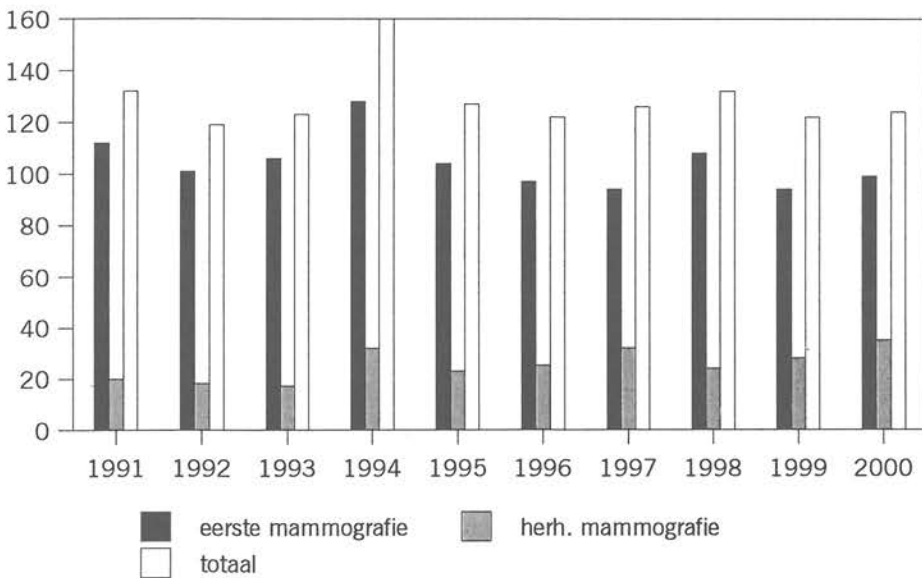
provincie groep B



provincie groep C

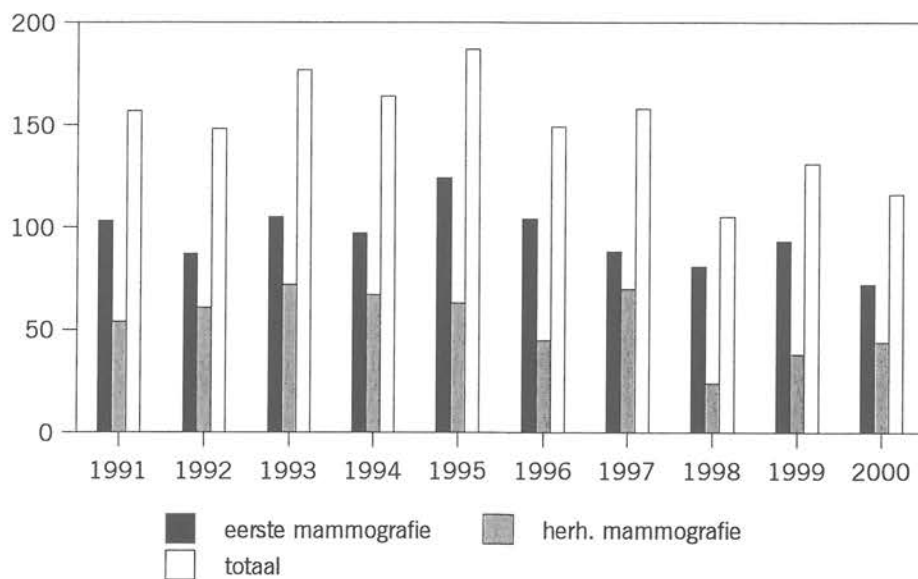


provincie goep D

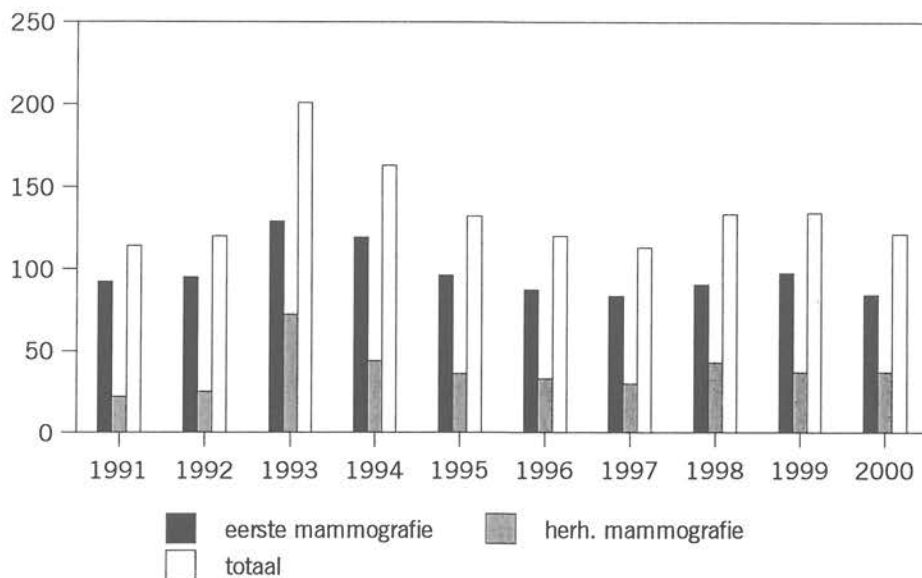


Figuur 17.2 Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1991-2000

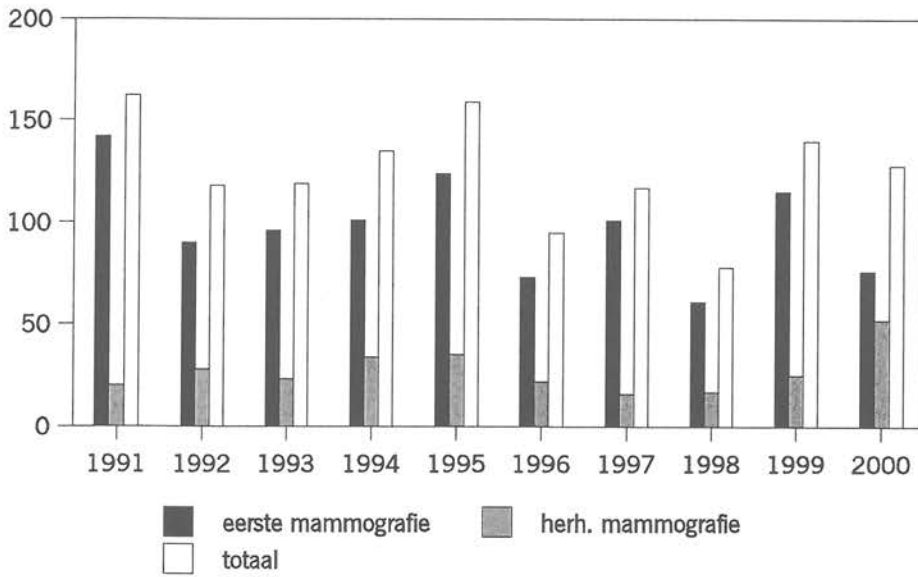
stedelijkheidsgraad 1



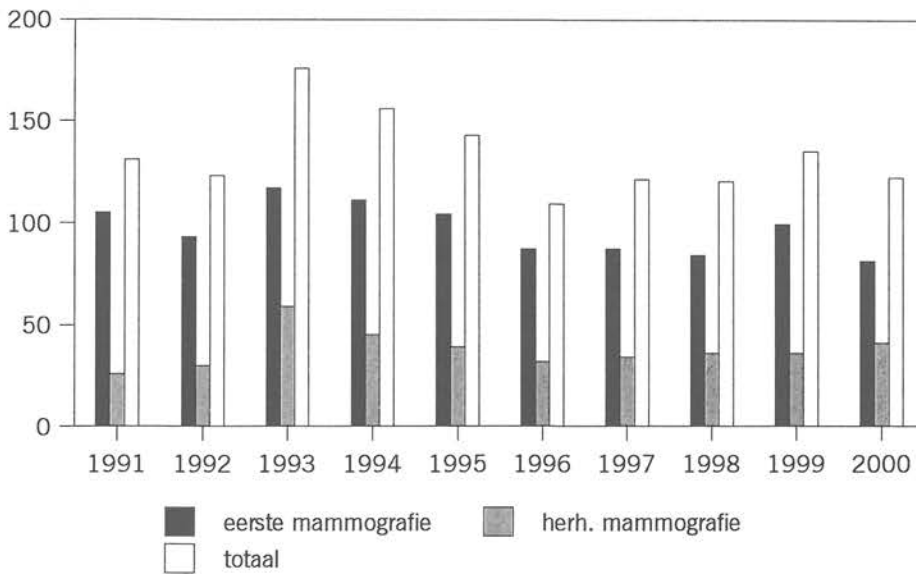
stedelijkheidsgraad 2



stedelijkheidsgraad 3



Nederland



Het aantal mammografieën aangevraagd door de huisarts is na een stijging in 1999 in 2000 weer gedaald. De afname betreft de eerste mammografieën.

Het aantal meldingen van door de huisarts aangevraagde mammografieën fluctueert 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 17.2 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen.

Tabel 17.2 Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor Nederland, 1991-2000

leeftijdsgroep	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
eerste mammografie										
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
2000	125	157	203	169	96	110	61	38	65	52
herhalings mammografie										
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
2000	27	71	103	103	86	78	87	14	15	35

Tabel 17.2 Aantal mammografieën door de huisarts aangevraagd naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor Nederland, 1991-2000 (vervolg)

leeftijdsgroep	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
totaal										
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
2000	152	228	306	272	182	188	148	52	80	87

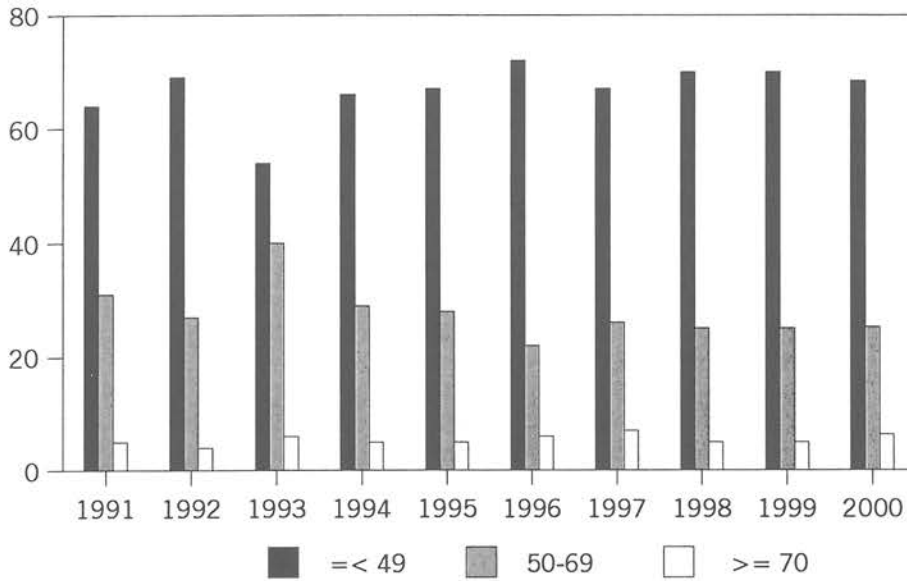
Steeds wordt in de afgelopen jaren het merendeel van de mammografieën aangevraagd voor vrouwen die buiten de leeftijdsgroep vallen, waarvoor het bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd. Het zijn vooral de vrouwen in de leeftijdsgroepen van 35-49 jaar waarbij mammografieën buiten het bevolkingsonderzoek om worden aangevraagd. Bij de vrouwen ouder dan 75 jaar heeft dit onderzoek relatief weinig plaats.

Tabel 17.3 Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd naar drie leeftijdsgroepen. (procenten) 1991-2000

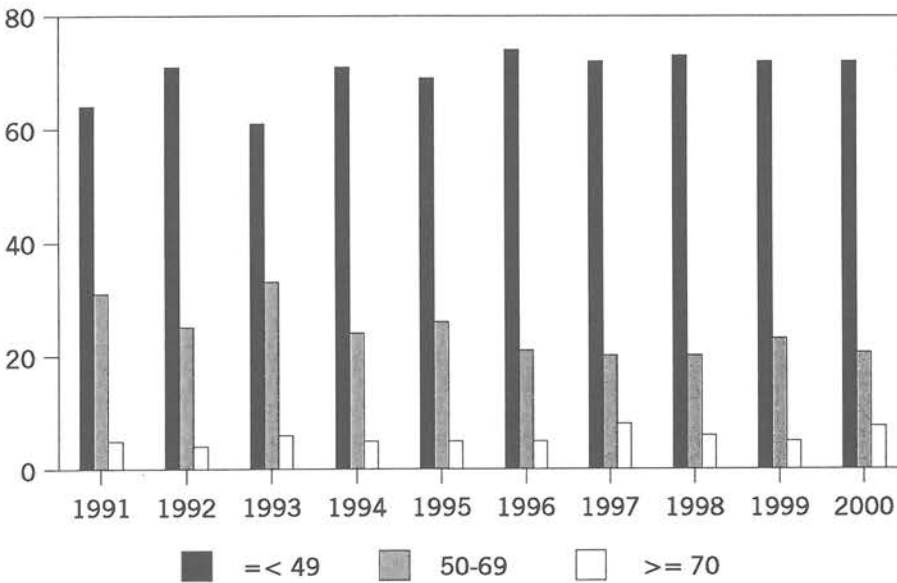
	leeftijdsverdeling totaal aantal mammografieën			
	≤49	50-69	≥70	totaal
1991	64	31	5	100
1992	69	27	4	100
1993	54	40	6	100
1994	66	29	5	100
1995	67	28	5	100
1996	72	22	6	100
1997	67	26	7	100
1998	70	25	5	100
1999	70	25	5	100
2000	68	25	6	99
	leeftijdsverdeling 'eerste' mammografieën			
1991	64	31	5	100
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
2000	72	21	8	101

Figuur 17.3 Proportionele verdeling alle mammografieën door de huisarts aangevraagd in drie leeftijdsgroepen (procenten), 1991-2000

leeftijdverdeling totaal aantal mammografieën



leeftijdverdeling 'eerste' mammografie



In 2001 is de rubriek van de weekstaat afgevoerd.

Publicatie 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. BARTELDIS 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 large 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.

18 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 (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 klassieke risicogroepen 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 18.1 gegeven.

Tabel 18.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1992-2000

	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
2000	19	24	23	17	10	21	31	19

De landelijke incidentie van urethritis is na een daling in de eerste helft van de jaren negentig nu sinds 1996 redelijk constant: 17-21 per 10.000 mannen. Aan de daling van het voorkomen van urethritis op het platteland is in 2000 een eind gekomen. In alle jaren voor 2000 wordt urethritis meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies. In 2000 zijn deze verschillen minder uitgesproken dan in de voorgaande jaren.

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., geregistreerd tot en met 1998, eenzelfde verdeling over de stedelijkheidsgraad laat zien (zie jaarverslag 1998).

18.1 Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

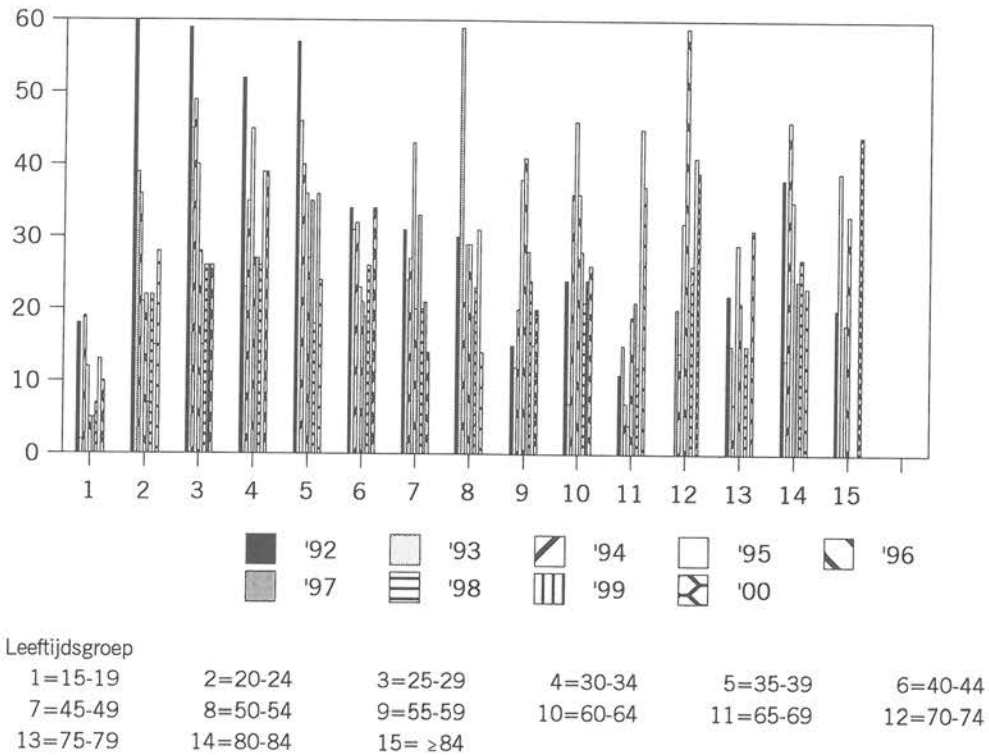
18.2 Leeftijdverdeling

In tabel 18.2 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 18.1).

Tabel 18.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-2000

leeftijdsgroep	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
≤ 15	(0)	-	-	(2)	-	-	(0)	-	(0)
15-19	18	(2)	19	12	(5)	(5)	(7)	13	(10)
20-24	60	39	36	21	22	(7)	22	15	28
25-29	59	45	49	40	28	15	26	26	26
30-34	52	23	35	45	27	27	26	39	39
35-39	57	46	40	36	27	35	18	36	24
40-44	34	31	32	23	21	19	26	12	34
45-49	31	24	27	43	20	33	20	21	14
50-54	30	59	21	29	29	19	23	31	14
55-59	15	(12)	20	38	41	28	24	15	20
60-64	24	(7)	36	46	36	28	21	24	26
65-69	(11)	(15)	(7)	(4)	19	21	12	45	37
70-74	-	(20)	(14)	32	59	(20)	26	41	39
75-79	(22)	(15)	(7)	(29)	(21)	0	15	-	31
80-84	(38)	(13)	(46)	(35)	-	(24)	27	-	(23)
≥ 85	(20)	(39)	-	(18)	(33)	0	0	-	(44)

Figuur 18.1 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-2000



Urethritis wordt onder de 15 jaar zelden gemeld.
 Het merendeel van de patiënten is tussen de 20-44 jaar oud.

Sinds 2 jaar is de incidentie van urethritis hoog onder de 65-74 jarigen. Hiervoor is tot op heden geen goede verklaring.

De rubriek is in 2001 gehandhaafd.

19 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 plaats¹. (J.J. Kerssens en L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

Tabel 19.1 Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1991-2000

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
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
2000	7	14	27	19	10	15	41	19

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. Vanaf 1998 is het aantal weer constant.

De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 19.1).

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

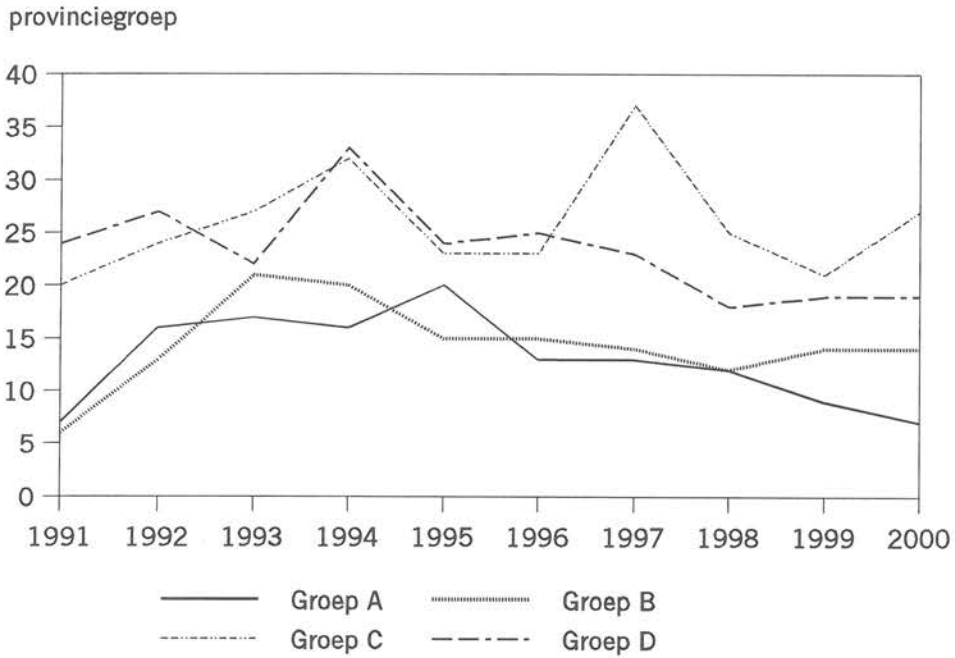
Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op H.I.V.-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. In 2000 is er 203 maal om een test verzocht.

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 2000 is dit

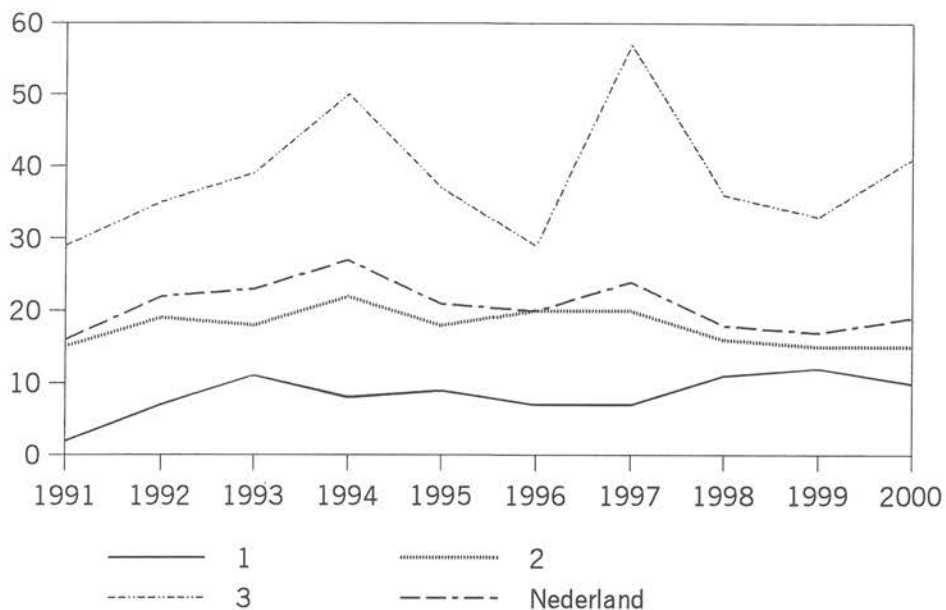
¹ Kerssens J.J., L. Peters. Angst voor AIDS. Hulpvragen bij de huisarts in de periode 1988 tot en met 1998. Utrecht, NIVEL 1999.

aantal 204. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 19.1 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1991-2000



stedelijkheidsgaad en Nederland



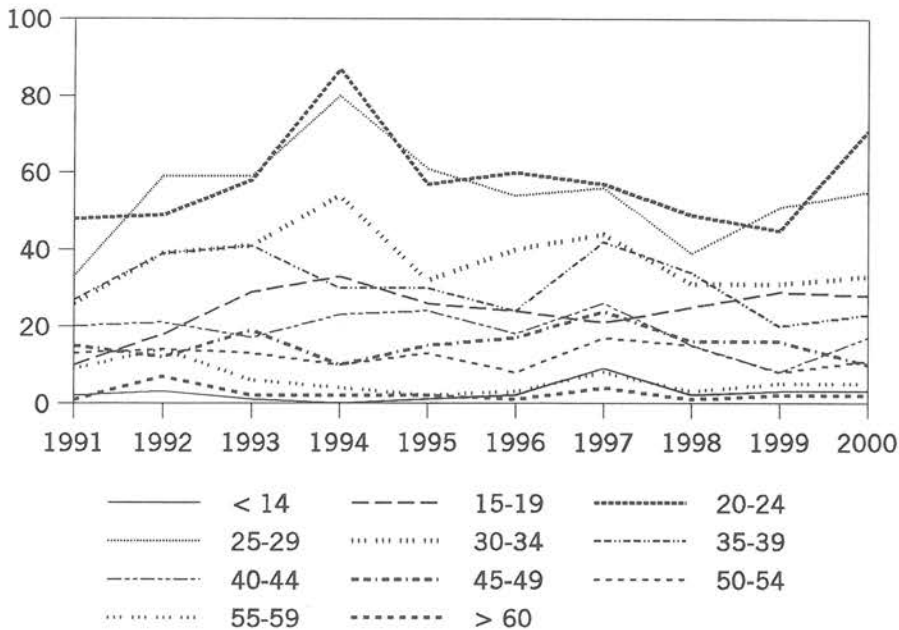
19.1 Leeftijdverdeling

In tabel 19.2 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 19.2).

Tabel 19.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1991-2000

Leeftijdsgroep	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
≤ 14	(2)	(3)	(1)	-	(1)	(2)	9	(2)	(3)	(3)
15-19	10	18	29	33	26	24	21	25	29	28
20-24	48	49	58	87	57	60	57	49	45	71
25-29	33	59	59	80	61	54	56	39	51	55
30-34	26	39	41	54	32	40	44	31	31	33
35-39	27	39	41	30	30	24	42	34	20	23
40-44	20	21	17	23	24	18	26	15	8	17
45-49	15	12	19	10	15	17	24	16	16	10
50-54	13	14	13	10	13	8	17	15	8	11
55-59	9	14	(6)	(4)	(2)	(3)	(8)	(3)	5	(5)
≥ 60	(1)	7	(2)	(2)	(2)	(1)	(4)	(1)	(2)	(2)

Figuur 19.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1991-2000



Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2000 evenals in 1999 ruim 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 waar in AIDS aan de orde komt toegenomen. Vanaf 1995 is juist bij deze leeftijdsgroepen een sterke daling opgetreden. In 2000 is er een sterk toegenomen incidentie onder de 20-24 jarigen tegen deze dalende trend in.

De rubriek is voor 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit continue morbiditeitsregistratie

KERSSENS, J.J., L. PETERS.

Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1999.

Utrecht, NIVEL 2000

KERSSENS, J.J., L. 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 bekend 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 1998, 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 een 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. BARTELDIS, 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.

20 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 lijn¹.

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 tot en met 1999 is:

- 1 het vervolgen van trends in de incidentie en zorgbelasting van gastro-enteritis op basis van aanvullend patiënt controle onderzoek dat is uitgevoerd van mei 1996 tot mei 1999;
- 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.

In 2000 is de rubriek gehandhaafd in verband met het eerst genoemde deel.

Over de resultaten van de onderzoek met betrekking tot doelstelling 2 en 3 wordt elders gerapporteerd (Centrum voor Infectieziekten en Epidemiologie van het RIVM, Mevrouw drs. M.A.S. de Wit en Dr. Y. van Duijnhoven).

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,

¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D., Kramers P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.

- 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 tabel 20.1 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 20.1 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 1996-2000

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1992	M	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
2000		41	197	102	85	66	85	131	90
1992	V	35	53	52	97	43	57	74	60
1993		34	55	42	69	34	45	71	50
1996		43	79	63	88	81	69	62	69
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
2000		46	104	97	106	77	90	112	92

Tabel 20.1 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 1996-2000 (vervolg)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992 T	37	47	52	104	41	48	78	62
1993	33	54	46	78	32	48	76	53
1996	41	63	56	77	60	60	59	60
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
2000	44	105	99	96	71	87	121	91

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2000 worden meer patiënten met gastro-enteritis gemeld. 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 2000 is, evenals in de jaren 1992-1993 dit verschil minder duidelijk.

Sinds 1998 stijgt het aantal meldingen uit de oostelijke provinciegroep.

Ook in 2000 komt het hoogste aantal meldingen uit de oostelijke regio. In de zuidelijke en noordelijke provincies is er van 1996 naar 1997 een daling van het aantal meldingen waarna het aantal min of meer constant blijft.

In 2000 doet zich in alle provinciegroepen een stijging voor.

De grote steden melden over alle jaren en in toenemende mate meer acute gastro-enteritis dan de beide andere stedelijkheids groepen.

20.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 20.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 20.1).

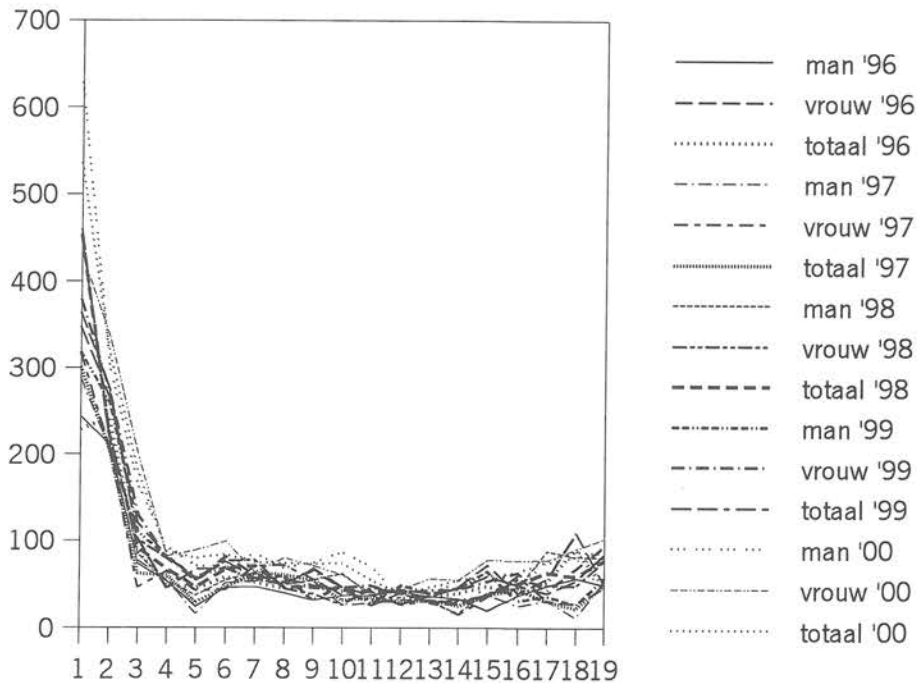
Tabel 20.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2000

leeftijdsgroep	M					V				
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
≤ 1	244	288	447	319	628	364	317	460	379	432
1- 4	211	206	226	259	302	276	208	217	271	335
5- 9	73	77	84	110	164	102	47	101	130	198
10-14	53	55	53	82	93	46	65	80	80	82
15-19	24	16	37	57	71	67	43	57	53	89
20-24	46	51	55	69	68	68	44	77	82	99
25-29	47	53	63	54	86	57	71	78	60	64
30-34	40	50	49	60	69	50	72	45	52	80
35-39	32	54	55	32	75	68	56	39	66	71
40-44	36	26	62	48	87	47	38	27	46	61
45-49	37	29	37	28	70	26	42	47	48	39
50-54	27	32	46	49	35	41	27	40	39	44
55-59	35	31	30	39	37	36	32	30	43	56
60-64	33	32	17	45	55	47	16	31	44	55
65-69	19	38	41	65	37	72	36	36	53	78
70-74	37	25	46	31	48	40	60	56	63	77
75-79	48	31	88	36	75	56	31	49	43	78
80-84	57	(12)	81	27	81	109	28	48	68	90
≥ 85	49	54	80	58	44	51	47	77	94	102

Tabel 20.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2000 (vervolg)

leeftijdsgroep	1996	1997	T 1998	1999	2000
≤ 1	229	301	453	348	536
1- 4	242	207	222	265	318
5- 9	87	62	92	120	180
10-14	49	60	67	81	87
15-19	45	29	47	55	80
20-24	58	47	67	76	84
25-29	52	62	71	57	75
30-34	45	61	47	56	74
35-39	50	55	47	49	73
40-44	42	32	44	47	74
45-49	32	35	42	38	55
50-54	34	30	43	44	39
55-59	36	32	30	40	47
60-64	40	25	28	45	55
65-69	48	37	38	59	59
70-74	38	45	51	49	64
75-79	53	31	64	40	77
80-84	90	22	59	54	87
≥ 85	50	49	78	84	85

Figuur 20.1 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2000



Leeftijdverdeling

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 1996-2000 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 in de jaren 1996-2000 de incidentie weinig.

In 2000 is een opvallende toename zichtbaar in het aantal nul jarigen en het aantal 1-4 jarigen. In mindere mate stijgt het aantal 5-9 jarigen.

20.2 Seizoensinvloeden

In tabel 20.3 worden de aantallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 20.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2000

kwartaal	1	2	3	4	totaal
1997 M	10	13	20	10	53
1998	20	10	17	17	64
1999	17	14	18	18	67
2000	22	25	20	25	90
1997 V	12	15	19	11	57
1998	20	12	16	18	66
1999	21	17	22	15	75
2000	24	25	21	24	92
1997 T	11	14	19	11	55
1998	20	11	16	17	66
1999	19	15	20	16	70
2000	23	25	20	25	91

Doorgaans wordt de hoogste incidentie gezien in het eerste dan wel derde kwartaal van een jaar. In 2000 zijn de hoogste incidenties in contrast hiermee in het tweede en vierde kwartaal opgetreden. Over het algemeen zijn de verschillen klein tussen de seizoenen.

Het onderwerp staat in gewijzigde vorm ook in 2001 op de weekstaat.

Publicaties 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, N.J. VAN LEEUWEN, A.I.M. BARTELD, Y.T.H.P. VAN DUIJNHOFEN.

Gastroenteritis in Sentinel General Practices, the Netherlands

Emerging Infectious Diseases, Januari 2001, vol. 7, no. 1.

From 1996 to 1999, the incidence of gastroenteritis in general practices and the role of a broad range of pathogens in the Netherlands were studied. All patients with gastroenteritis who had visited a general practitioner were reported. All patients who had visited a general practitioner for gastroenteritis (cases) and an equal number of patients visiting for nongastrointestinal symptoms (controls) were invited to participate in a case-control study. The incidence of gastroenteritis was 79.7 per 10,000 person years. *Campylobacter* was detected most frequently (10% of cases), followed by *Giardia lamblia* (5%), rotavirus (5%), Norwalk-like viruses (5%) and *Salmonella* (4%). Our study found that in the Netherlands (population 15.6 million), an estimated 128,000 persons each year consult their general practitioner for gastroenteritis, slightly less than in a comparable study in 1992 to 1993. A pathogen could be detected in almost 40% of patients (bacteria 16%, viruses 15%, parasites 8%).

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

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

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

RIVM, 1995, Rapport nr. 149101012.

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

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

Infectieziekten Bulletin, jaargang, 1995, nr. 4

21 '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 21.1 gegeven per 10.000 mannen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor heel Nederland.

Tabel 21.1: aantal verrichte rectaal touchers, aangevraagde psa-bepalingen en verwijzingen op verdenking prostaatanker per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen in 1997-2000

	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
2000	44	75	89	105	62	34	84	80
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
2000	35	30	84	92	184	69	90	89
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
2000	5	16	12	8	8	12	11	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. Ook het aantal verwijzingen ligt lager.

De verschillen in verrichte rectaal touchers en aangevraagde PSA-bepalingen tussen de stedelijkheidsgraad groepen zijn ook aanzienlijk. Bij het onderzoek bij prostaatklachten treedt een verschuiving op: er wordt in de jaren 1997-2000 minder vaak een rectaal toucher verricht terwijl het aantal aanvragen voor psa-bepaling toeneemt.

Het aantal verwijzingen bij verdenking op prostaatanker is meer constant.

21.1 Leeftijdverdeling

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 prostaatkanker is gegeven in tabel 21.2.

Tabel 21.2 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 1997-2000

leeftijds- groep	rectaal toucher				psa-bepaling				verwijzing			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
<15	-	(5)	-	(5)	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	(3)	7	(3)	(3)	(3)	(2)	-	-	-	-	-	-
20-24	11	7	-	(3)	-	-	-	(3)	-	-	-	-
25-29	15	(2)	(5)	7	-	-	(3)	-	-	-	-	-
30-34	27	21	28	20	(2)	(5)	(4)	6	-	-	-	-
35-39	39	31	21	15	12	(4)	11	7	-	-	-	-
40-44	59	52	48	32	17	18	23	25	-	-	(2)	(4)
45-49	112	94	61	58	62	53	28	64	(4)	(2)	(2)	-
50-54	252	151	101	105	138	101	94	136	(3)	(2)	(2)	12
55-59	326	281	254	200	245	194	260	219	16	33	18	17
60-64	347	419	372	282	333	357	316	380	25	48	49	26
65-69	453	523	438	366	381	365	421	444	55	81	45	67
70-74	505	672	526	304	308	477	397	420	86	103	72	96
75-79	428	374	380	342	321	440	416	299	69	103	93	50
80-84	390	578	442	301	463	349	416	277	61	134	54	58
>85	144	321	155	236	162	361	214	281	(0)	20	78	44

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%. In 2000 zijn er duidelijk minder patiënten gemeld waarbij een rectaal toucher is gedaan: 3,4%. Bij ongeveer 3,4% van de mannen is in 1997 een PSA-bepaling gedaan, bij 4% in 1998 en bij 3,8% in 1999. In 2000 is

dit weer 4%. 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%. In 2000 is het percentage gelijk aan dat in 1999.

De rubriek 'prostaatlijden' is in 2001 op de weekstaat gehandhaafd.

Publicatie 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).

22 Kinkhoest

Vaccinatie tegen kinkhoest (*Bordetella pertussis*) is opgenomen in het Rijksvaccinatie programma. De dekkingsgraad van dit programma is hoog (>96%).

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 was¹.

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 22.1.

¹ Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens, Pertusis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996

Tabel 22.1 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2000

	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
2000	3	7	10	33	4	13	17	12

De verdeling van kinkhoest over het land is in 2000 opnieuw net als in 1998-1999 ongelijk. In de zuidelijke provincies is het aantal gevallen van kinkhoest hoog: 33 per 10.000 personen versus 3-7 per 10.000 personen in de noordelijk en oostelijke provinciegroepen. Opmerkelijk is dat van alle gemelde kinkhoest gevallen de helft afkomstig is van een peilstation in het zuiden van het land. Deze bijzondere situatie wordt nog nader onderzocht.

In de stedelijkheidsgroep 3, de grote steden (> 100.000 inwoners) is het aantal gevallen van kinkhoest hoog in vergelijking met het voorkomen in de beide andere stedelijkheidsgroepen.

In tabel 22.2 wordt het aantal personen met kinkhoest weergegeven per provinciegroep en naar mate van verstedelijkheid en voor Nederland waarbij de gegevens van het peilstation in provinciegroep D niet zijn meegeteld.

Tabel 22.2 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2000 met uitsluiting van 1 peilstation

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	8	2	5	1	4
1999	3	5	11	8	5	8	7	7
2000	3	7	10	4	4	5	7	7

Na deze correctie is het voorkomen van kinkhoest het hoogste in de westelijke provincies, althans in 1999 en 2000. In 2000 wordt kinkhoest vooral in de grote steden gemeld.

22.1 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van de personen met kinkhoest is vermeld in tabel 22.3.

Tabel 22.3 Aantal personen met kinkhoest per leeftijdsgroep per 10.000 personen 1998-2000

leeftijdsgroep	1998	1999	2000 ²	2000 ³
<1	(17)	(17)	85	54
1- 4	37	6	61	46
5- 9	22	36	51	38
10-14	6	27	22	9
15-19	(4)	7	8	(3)
20-24	(1)	(2)	0	0
25-29	(2)	7	4	(2)
30-34	(2)	(4)	4	(1)
35-39	(2)	7	8	(4)
40-44	-	5	7	(3)
45-49	(1)	5	3	(3)
50-54	(2)	(2)	7	(1)
55-59	-	(3)	8	(3)
60-64	-	(7)	10	(5)
65-69	(2)	(2)	(5)	0
>69	-	-	(3)	(2)

Opvallend is de bevinding dat kinkhoest in alle leeftijdsgroepen voorkomt. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 0-4 jaar, gevolgd door de 5-9 en 10-14 jarigen.

De rubriek is in 2001 in gewijzigde vorm gehandhaafd op de weekstaat.

² Alle peilstations

³ Alle peilstations exclusief één peilstation in provinciegroep D

23 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandsebevolking

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 20-21), 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 gemeld¹. 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.

¹ Diekstra R.F.W., en M. van Egmond. Suicide and attempted suicide in general practice. In the Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy, blz. 202. Nivel, Utrecht 1989

Tabel 23.1 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1991-2000 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
2000	7.846	8.018	15.864

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza achtige aandoeningen						
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
2000			197			312.500
zanamivir voorschrift						
2000			2			3.000
incontinentie materiaal (machtiging)						
2000			27			43.000
waterpokken						
2000			20			32.000
depressie						
2000	26	48	37	20.500	37.500	58.000
diabetes mellitus nieuwe patiënt						
1980-83			12			17.000
1990-93	16	17	17	12.250	13.250	25.500
2000	23	22	23	18.000	17.500	35.500

* zie pagina 120

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
suicide (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
2000			6			9.500
eerste 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		
2000		81		65.000		

* zie pagina 120

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
herhalings mammografieën						
1991		26			19.500	
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	
2000		41			33.000	
mammografieën totaal						
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			5.500	
1998		120			95.000	
1999		135			107.750	
2000		122			98.000	

* zie pagina 120

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg0)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
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		
2000	21			16.500		
angst voor aids						
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
2000			19			30.000
gastro-enteritis						
1996	51	69	60	9.000	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
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250

* zie pagina 120

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
herpes zoster						
1997	24	30	28	18.500	23.750	43.000
1998	28	7	3	1.500	29.250	50.750
1999	27	37	32	21.000	29.500	50.500
2000	31	35	33	24.250	28.000	52.250
'prostaatlijden'						
- rectaal toucher						
1997	116			89.250		
1998	117			90.500		
1999	90			76.500		
2000	80			62.750		
- PSA-bepaling						
1997	81			62.250		
1998	83			64.250		
1999	84			65.500		
2000	89			70.000		
- verwijzing uroloog						
1997	9			7.000		
1998	14			11.000		
1999	1			8.500		
2000	11			8.500		

* zie pagina 120

Tabel 23.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
kinkhoest						
1998			5			7.500
1999			10			15.750
2000			12			19.000
1998****			4			6.250
1999			7			11.000
2000			7			11.000

* aantal patiënten, consulten, etc. per 10.000 mannen en/of vrouwen (gegevens peilstations)

** extrapolatie van de incidenties op de Nederlandse bevolking (van het betreffende jaar), afgerond op duizendtallen

*** als gevolg van afronden kunnen verschillen in de totalen ontstaan.

**** minus de gegevens van één peilstation

23.1 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 23.3 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 jaars leeftijdsgroepen 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)

24 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 2000 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.

24.1 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'¹.

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

In 2000 is het aantal verzoeken 56. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 82% een maligniteit.

¹ Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 47. Van 7 patiënten is de verblijfplaats niet opgegeven; drie patiënten verblijven in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Bij 48 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 51 patiënten. Vijf patiënten vragen enkel hulp bij zelfdoding. Bij 44 van de 56 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.

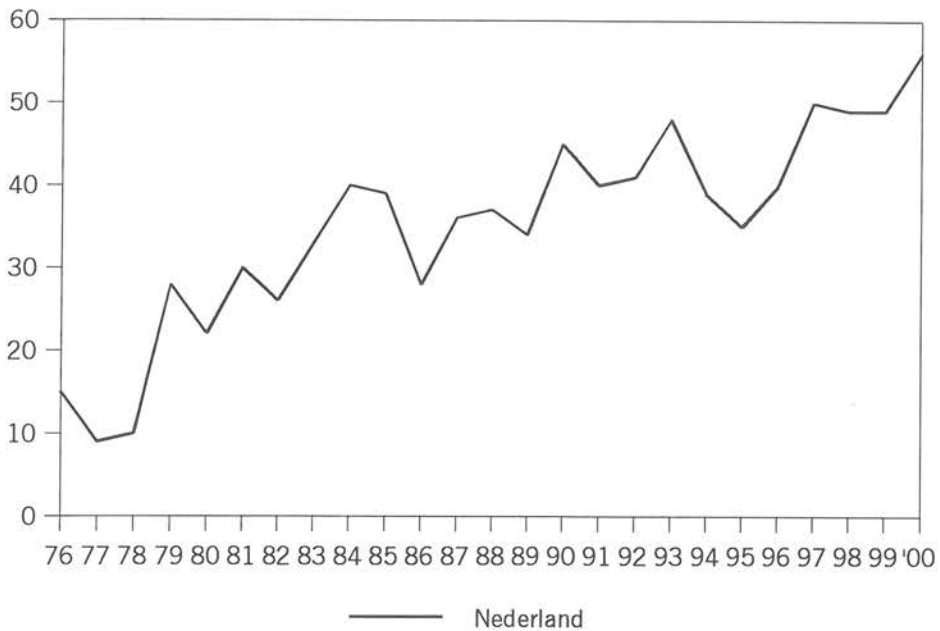
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2000.

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 24.1 te vinden (vergelijk figuur 24.1).

Tabel 24.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1991-2000

absoluut			provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	M	V	A	B	C	D	1	2	3	
1991	21	19	7	5	2	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
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56

Figuur 24.1 Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-2000



Gerekend over de gehele periode 1976-2000 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 24.2 en tabel 24.3.

Tabel 24.2 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-2000

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	6	12	8
gemiddeld aantal verzoeken	19.8	19.3	26.5	13.1
spreiding	1 - 41	8 - 43	13 - 41	8 - 22

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Tabel 24.3 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-2000

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	5	19	10
gemiddeld aantal verzoeken	19.8	16.7	24.4
spreiding	12 - 30	0 - 41	13

* 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.

24.2 Leeftijdverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 24.4 te vinden.

Tabel 24.4 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1991-2000

	≤54	55-64	65-74	75-84	≥85	totaal
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
2000	13	13	11	18	1	56

24.3 Overzicht van de gemelde verzoeken.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 878 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 453 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 24.5.

Tabel 24.5 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-2000

	n	%
maligne neoplasma	655	75
hart- en vaatziekten	54	6
chronische obstructieve longziekten	38	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	43	5
overige ziekten	89	10
totaal	878	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 24.6.

Tabel 24.6: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-2000

	≤ 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 24.7 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 24.7 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-2000 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	878	36	64
alle maligniteiten	655	40	60
hart- en vaatziekten	54	4	96
chr. obstr. long- ziekten	38	13	87
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	43	16	84
overige ziekten	88	45	55

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 24.8).

Tabel 24.8 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), 1976-2000

	n	≤ 64 jaar %	> 65 jaar %
alle maligniteiten	609	40	60
maag	57	40	60
colon/rectum	90	32	68
trachea/long	162	37	63
borst	63	55	45
overige	235	41	59

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

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 87% in 2000.

24.4 Beschouwing

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989)².

Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland ten aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslissingen rond het levenseinde van patiënten (Van der Maas e.a. 1991³, Pijnenborg e.a. 1994⁴, Van der Wal e.a. 1994)⁵. In 1995 is opnieuw* grootschalige onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde (Van der Maas e.a. 1996)⁶. In dat kader is ook de in 1991 vast-gestelde meldingsprocedure bij euthanasie en hulp bij zelfdoding geëvalueerd (Van der Wal e.a. 1996)⁷.

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. Eén verschil moet echter worden vermeld; in tegenstelling tot de recente andere genoemde onderzoeken zijn de gegevens van de CMR-Peilstations exclusief van huisartsen afkomstig.

-
- ² 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.
- ³ 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.
- ⁴ 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 live practice in the Netherlands. *BMJ* 1994; 309: 1209-9.
- ⁵ Van der Wal G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994; 308: 1346-9.
- ⁶ 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.
- ⁷ Van der Wal Gerrit, Paul J. van der Maas, e.a. Evaluation of the notification procedure for physicianassisted death in the Netherlands. *The New England Journal Medicine*, 1996, 1706.

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 één 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.

Tabel 24.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2000

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
88	V	CVA en ouderdom	geen zin meer
84	V	ovariumcarcinoom en acites	cachexie dyspnoe
83	V	longcarcinoom	ondraaglijk lijden
82	M	myocard infarct	hartfalen
80	M	recidief CVA bij hemiparese	volledig afhankelijk
80	V	CVA recidief	vroeg herhaaldelijk mes om er een einde aan te maken
79	M	longcarcinoom bij COPD	volkomen uitgeput
79	M	longcarcinoom	pijn
79	V	longcarcinoom	ondraaglijk lijden en aftakeling
78	V	pancreascarcinoom	ondraaglijk lijden
78	V	pancreascarcinoom	wil zo niet verder
78	V	coloncancinoom en metastasen	onbehandelbare pijnen
77	M	blaascarcinoom en diabetes mellitus	pijn en persoonlijke aftakeling
77	M	prostaatcarcinoom	pijn en algemene malaise
76	M	prostaatcarcinoom	cachexie
76	V	longcarcinoom	benauwdheid kan niet verder
76	V	depressie	
75	M	onbekende primaire tumor met metastasen	zinloosheid
75	M	prostaatcarcinoom met metastasen	ondraaglijk lijden
74	M	prostaatcarcinoom	pijn en ontluistering
74	M	adenocarcinoom dunne darm	pijn en bedlegerig
73	M	coloncancinoom	algemene malaise en pijn
73	M	bronchuscarcinoom	ondraaglijk lijden
73	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	veel pijn en prikkelhoest
73	V	terminaal stadium longfibrose	benauwdheid
71	V	mammacarcinoom	dreigende verstikking
69	M	prostaatcarcinoom en CVA	ondraaglijk lijden
68	V	COPD	angst en paniek
68	M	pancreaskopcarcinoom	pijn
66	M	prostaatcarcinoom	uitzichtloos pijnlijk lijden
64	M	bronchuscarcinoom	
63	M	multiple sclerose	volledig afhankelijk en slikklachten

Tabel 24.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2000 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
63	V	gemetastaseerd maagcarcinoom	niet te bestrijden misselijkheid en ileus
62	V	gemetastaseerd maagcarcinoom	
61	V	bronchuscarcinoom	angst voor afhankelijk worden
59	V	levercarcinoom	ondraaglijk lijden
57	M	Multiple Sclerose	kan helemaal niets meer
57	M	longcarcinoom met metastasen	ontluistering
56	M	Hodgkin	terminaal
56	M	longcarcinoom en metastasen	hersenenmetastasen
56	V	longcarcinoom met metastasen	dwarsleasie en pijn
55	V	melanoom en metastasen	toenemende pijn
55	V	pancreaskopcarcinoom	ondraagbaar lijden
54	V	levercarcinoom en metastasen	pijn en aftakeling
54	V	ovariumcarcinoom	cachexie
53	M	astrocytoom gr. IV recidief	volledig afhankelijk
53	M	coloncinoom	ontluistering
51	V	longcarcinoom	
50	M	gemetastaseerd blaascarcinoom	onbehandelbare pijnen
50	V	mammacarcinoom	terminaal
44	V	longcarcinoom en metastasen	moeilijke pijnbestrijding en aftakeling
43	M	longcarcinoom	angst voor verstikking
40	V	gemetastaseerd borstcarcinoom	angst voor benauwdheid en pijn
32	V	cervixcarcinoom	pijn en uitzichtloos lijden
31	M	hersentumor	ontluistering
31	V	psychiatrisch onduidelijk beeld	ontregeld uit behandeld

Het onderzoek wordt in het jaar 2001 gecontinueerd.

25 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 25.1 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 1995-2000. Deze getallen zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen en bevatten zowel incidente als prevalentie getallen. De vermelde getallen dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Tabel 25.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2000 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
2000	4	9	13	9	3	26	6	34
per 10.000								
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
2000	3.2	4.6	3.9	6.1	2.3	4.9	3.8	4.2

Het aantal meldingen is in 2000 laag ten opzichte van de voorgaande jaren. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 97%.

In 2000 is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het hoogst in de zuidelijke provinciegroep.

Eetstoornissen worden in 2000 het meest gemeld in de verstedelijkte gebieden en forensen gemeenten.

In tabel 25.2 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 25.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2000

vrouwen	1985-1989 gem.	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1- 4	-	-	-	1	-	-	-
5- 9	-	-	-	1	-	-	-
10-14	1	1	1	0	2	-	1
15-19	8	13	15	10	9	7	9
20-24	12	14	9	11	14	7	5
25-29	14	10	7	7	5	6	9
30-34	6	9	4	3	4	6	4
35-39	7	8	6	3	11	9	3
40-44	4	2	2	4	4	6	1
45-49	1	4	1	1	1	-	1
50-54	1	2	-	-	-	-	1
55-59	1	-	-	-	1	1	-

In 2000 was er 1 melding van een mannelijke patiënt.

Ook in 2001 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

Publicaties 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

26 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 geregistreeerde uiting van agressie aangegeven of deze gericht was tegen de assistente dan wel de huisarts.

Van de 45 peilstations melden 26 een of meer situaties waarin de assistente of de arts zich in enigerlei vorm agressief bejegend voelde of werd. Het percentage is vergelijkbaar met de 2 voorgaande jaren.

De verdeling van het aantal peilstations dat gemeld heeft naar provinciegroep en naar mate van verstedelijking is in tabel 26.1 weergegeven.

Tabel 26.1 aantal peilstations dat agressie tegen assistente of huisarts naar provinciegroep en mate van verstedelijking in 1997-2000 (% 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)
2000	5 (80)	5 (45)	11 (52)	4 (50)	4 (57)	14 (54)	6 (50)	26 (56)

Ook in 2000 heeft ruim de helft van de peilstations met uitingen van agressief gedrag te maken. Anders dan in de voorgaande jaren zijn in de noordelijke provinciegroepen nu het merendeel van de peilstations ermee in aanraking gekomen.

In de grote steden wordt in de loop van de jaren minder agressie gemeld.

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 81 maal versus 16 maal).

Een peilstation meldt dat verbale intimidatie wekelijks aan de orde is.

De huisartsen worden overdag minder vaak verbaal geïntimideerd dan de assistente (53 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 (8 meldingen van dreiging met geweld versus 71 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 (1 versus 8).

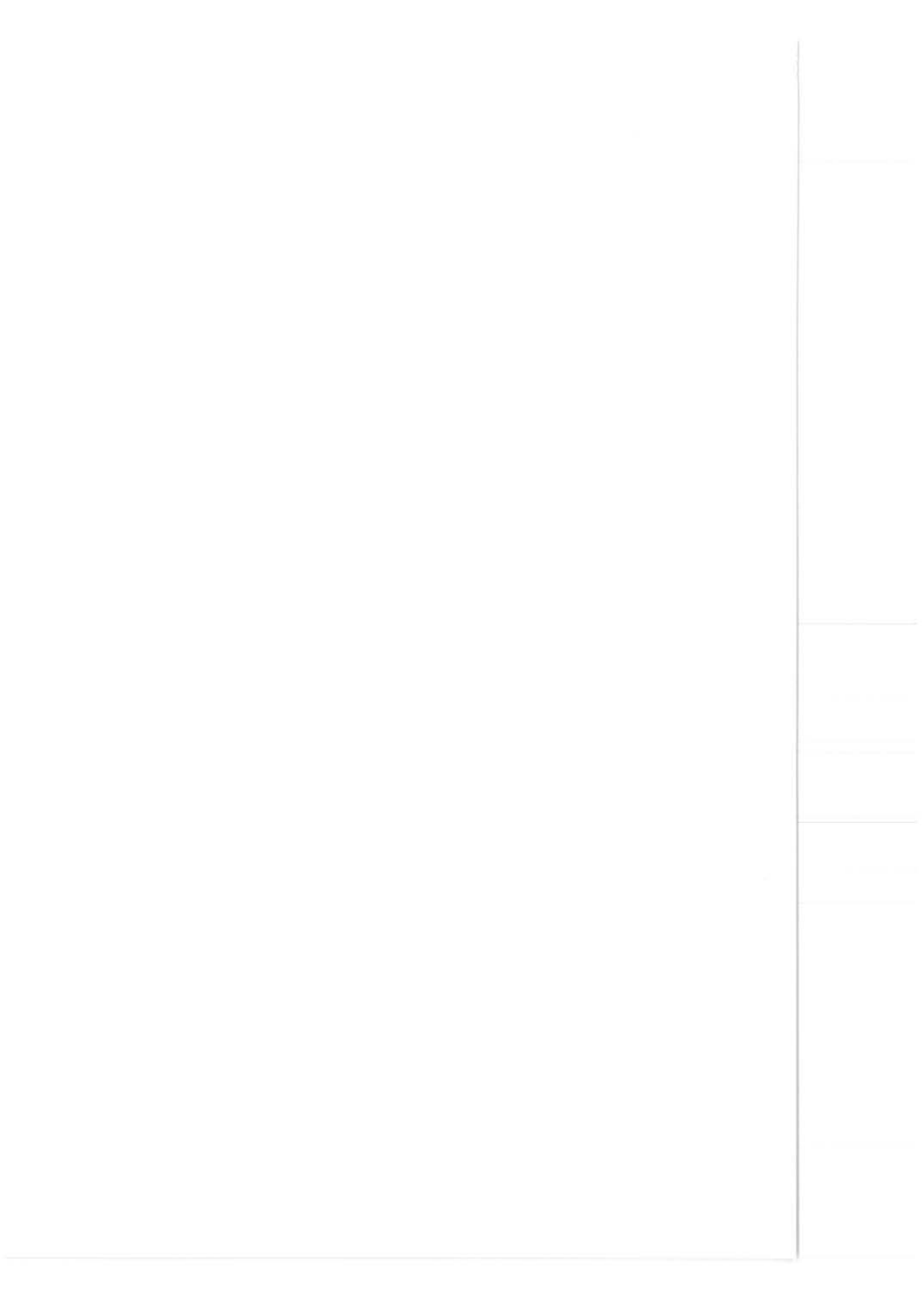
Er bestaan tussen de artsen grote verschillen; bij 'softe zaken' als dreiging en intimidatie bestaat de kans op interpretatie verschillen. Feitelijk geweld tegen de assistente of de huisarts is zeldzaam. In 2000 werden één assistente en twee huisartsen daadwerkelijk aangevallen.

In 2001 zal dit incidentele onderzoek niet worden herhaald.

27 Algemene opmerkingen

- 1 De weekstaat voor 2001 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
 - b Neuraminidase-remmer (voorgeschreven).
 - c Loophulpmiddel (voorgeschreven).
 - d Waterpokken.
 - e Depressie.
 - f Herpes zoster.
 - g Diabetes mellitus. (nieuwe patiënt)
 - h Suïcide(poging).
 - i GGZ.
 - j Urethritis bij man.
 - k Angst voor AIDS.
 - l Gastro-enteritis.
 - m Prostaatlijden.
 - n Kinkhoest.
 - O Acute Respiratoire Infectie.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2001 betreffen de onderwerpen euthanasie en eetstoornissen.
- 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



28 Lijst van publicaties 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.

BARTELD, 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.

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

Chronische benigne pijn

KERSSENS, J.J. P.F.M. VERHAAK, A.I.M. BARTELD, 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. BARTELD, REMY A. HIRASING, HARRY VERKLEIJ, DAAN KROMHOUT.

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

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

Hartinfarct

VAN DER PAL-DE BRUIN, K.M., H. VERKLEIJ, J. JANSEN, A. BARTELD, 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. BARTELDI, I. VAN GIJN.

Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage.

The Lancet 1994; 344: 590-593.

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 2000

Naam:	Plaats	:Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink/P. Strikwerda (comb.-praktijk)	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
S. Vriesinga (tot 1-10-00)		
P.S. Wiersema (vanaf 1-10-00)	Oostermeer	Friesland
F.M. van Soest/R.F. Sparenburg/ H.D.W.A.van Gijssel/Mw. M. Schellens/ Mw. C.A. Hoeksema-de Vries/S.A. van Dijk (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Maillette de Buy Wenniger*)	Schoonoord	Drenthe
S. Kranenburg	Deventer	Overijssel
Th.J. van Darn/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
Mw. I. Bruin-van Ingen/Mw. M. Burger/ J.G.B. van der Wielen(comb.-praktijk)	Zelhem	Gelderland
B.G.W.M. Arts	Nijmegen	Gelderland
M.A.J. Janssen	Nijmegen	Gelderland
W.J.A. Besselink (tot 1-10-00)		
N. Adamo (vanaf 1-11-00)	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
Mw. A.M.C. Raat	Hoogland	Utrecht

BIJLAGE 1 (vervolg)

Deelnemende artsen in 2000

Mw. A.M. Wesselius	Utrecht	Utrecht
P.B. den Hertog	Utrecht	Utrecht
C.J. Post Uiterweer	Utrecht	Utrecht
A.H.F. Eijgenstijn	Utrecht	Utrecht
G.B.A. Baars	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
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	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
Mw. A. Verdam-de Witte	Hilversum	Noord-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	Zuid-Holland
Mw. S.G. Vreugdenhil/R.J. Kuiper (comb. praktijk)	Dordrecht	Zuid-Holland
C.M. Limburg	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg- Sleeboom (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman	Maassluis	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.R.L. Vercauteren/H.J.W.A. Meijerink/ J.A.P.A. Warringa (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
C.H.G.M. van Moorsel	Uden	Noord-Brabant
A.M.P. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
J.A.M. Keulers/Mw. W.H. van der Laan (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
M.G.A.M. de Gouw	Rosmalen	Noord-Brabant
A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (comb.-praktijk)	Etten	Noord-Brabant
R.A.M. de Jong	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Bijlage 3

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2001 (alfabetisch)

onderwerpen

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute respiratoire aandoening	2001
aids (angst voor)	1988-2001
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 2000-2001
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1994 en 2000-2001
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exantheema e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1999
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-2001
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2001 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis	1994
herpes zoster	1997-2001
hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huiddierenbeten	1986
hulpmiddel	1999-2001
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2001
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2001
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
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	1997-2001
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988

Onderwerpen op de weekstaat 1970-2001 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

rohypnol voorgeschreven	1987-1988
rookverslaving (consult)	1974
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-2001
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
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2001
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
vermoeden op bijwerking cosmetica	1992-1993
waterpokken	2000-2001
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000-2001
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

Bijlage 4

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2001 (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 1995-2001
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2001
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 5

Leeftijdsofbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2000 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	504	480	984
5- 9	512	489	1.001
10-14	490	470	960
15-19	475	453	928
20-24	483	473	956
25-29	595	581	1.176
30-34	672	643	1.315
35-39	670	645	1.315
40-44	614	600	1.214
45-49	575	559	1.134
50-54	583	563	1.146
55-59	436	424	860
60-64	358	365	723
65-69	305	339	644
70-74	242	308	550
75-79	181	277	458
80-84	93	182	275
≥ 85	58	167	225
totaal	7.846	8.018	15.864

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

Bijlage 6

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
 LEEFTIJDSGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

BLAD 1

26.09.2001

LEEFTIJD- GROEP	ALLE PEILSTATIONS			JAAR: 2000			WEEK: 1 t/m 52			SUICIDE (POGING)			MAMMOGRAFIE			URETHRI- TIS			CAIDS		
	M	V	T	M+V	"INFLU- ENZA"	ZANA- MIVIR	HERPES ZOSTER	M+V	ZANA- MIVIR	HERPES ZOSTER	M+V	SUICIDE (POGING)	1-1- 1999	HER- HALING	URETHRI- TIS	URETHRI- TIS	CAIDS	M+V			
<1 JR	621	556	1178	501		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1-4 JR	3319	3254	6573	376		6	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5-9 JR	4338	4102	8440	167		16	10	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10-14 JR	3989	3790	7780	127		1	18	13	15	5	3	0	3	0	3	0	3	0	3		
15-19 JR	3948	3823	7770	118		1	20	24	22	10	18	0	10	0	10	0	10	28	28		
20-24 JR	3992	4548	8540	167		2	35	13	23	6	37	7	28	7	28	73	73	55	55		
25-29 JR	5456	6084	11540	164		2	20	16	18	12	58	16	26	16	26	33	33	33	33		
30-34 JR	6388	6267	12654	171		2	20	22	21	7	124	29	39	29	39	24	23	23	23		
35-39 JR	5893	5754	11647	211		3	20	14	17	9	156	73	24	73	24	34	17	17	17		
40-44 JR	5261	5238	10499	209		3	34	48	41	8	202	105	34	105	34	14	10	10	10		
45-49 JR	4985	4849	9834	207		4	22	31	26	6	169	103	14	103	14	11	11	11	11		
50-54 JR	4859	4800	9659	211		3	31	56	43	9	96	85	14	85	14	20	5	5	5		
55-59 JR	3555	3726	7282	198		3	45	54	49	5	110	78	20	78	20	26	2	2	2		
60-64 JR	3088	3116	6204	235		2	58	55	56	6	61	87	14	87	14	37	0	0	0		
65-69 JR	2682	2934	5616	180		2	75	61	68	0	37	14	15	14	39	0	0	0	0		
70-74 JR	2074	2613	4687	235		0	53	84	70	4	65	15	31	15	39	0	0	0	0		
75-79 JR	1608	2312	3920	176		0	75	91	84	5	52	35	31	35	31	0	0	0	0		
80-84 JR	865	1553	2419	207		0	116	77	91	8	64	0	23	0	23	0	0	0	0		
>85 JR	678	1674	2351	213		4	74	60	64	0	18	0	44	0	44	0	0	0	0		
TOTAAL	67597	70994	138591	197		2	31	35	33	6	81	41	21	41	21	19	19	19	19		

LEEFTIJDSGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 26.09.2001

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 2000

WEEK: 1 t/m 52

LEEFTIJDS- GROEP	POPULATIE				GASTRO-ENTERITIS				PROSTAATLIJDEN				KINK- HOEST		DIABETES MELLITUS	
	M	V	T	M	V	T	M	M	M	M	M	M	M	M	V	T
<1 JR	621	556	1178	628	432	535	0	0	0	0	0	0	0	85	0	0
1-4 JR	3319	3254	6573	301	338	319	0	0	0	0	0	0	0	61	3	2
5-9 JR	4338	4102	8440	164	197	180	0	0	0	0	0	0	0	51	2	1
10-14 JR	3989	3790	7780	93	82	87	5	0	0	0	0	0	0	22	3	1
15-19 JR	3948	3823	7770	71	89	80	3	0	0	0	0	0	0	8	0	0
20-24 JR	3992	4548	8540	68	99	84	3	3	0	0	0	0	0	0	2	1
25-29 JR	5456	6084	11540	86	64	75	7	0	0	0	0	0	4	11	3	7
30-34 JR	6388	6267	12654	69	80	74	20	6	0	0	0	0	4	3	11	7
35-39 JR	5893	5754	11647	75	71	73	15	7	0	0	0	0	8	7	3	5
40-44 JR	5261	5238	10499	87	61	74	32	25	4	4	7	13	11	13	11	12
45-49 JR	4985	4849	9834	70	39	55	58	64	0	0	5	22	33	22	33	27
50-54 JR	4859	4800	9659	35	44	39	105	136	12	7	8	35	38	35	38	36
55-59 JR	3555	3726	7282	37	56	47	200	219	17	7	8	73	32	73	32	52
60-64 JR	3088	3116	6204	55	55	55	282	350	26	10	10	45	35	45	35	40
65-69 JR	2682	2934	5616	37	78	59	365	444	67	5	78	78	72	78	72	75
70-74 JR	2074	2613	4687	48	77	64	304	419	96	2	121	111	111	111	111	115
75-79 JR	1608	2312	3920	75	78	77	342	299	50	5	62	39	48	62	39	48
80-84 JR	865	1553	2419	81	90	87	301	277	58	0	81	97	91	81	97	91
>85 JR	678	1674	2351	44	102	85	236	280	44	4	59	42	47	59	42	47
TOTAAL	67597	70994	138591	90	93	91	80	89	11	12	23	22	23	12	22	23

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

LEEFTIJDSGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDESEERD 26.09.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

LEEFTIJDS- GROEP	POPULATIE				DEPRESSIE		INCONTI- NENTIE	WATER- POKKEN
	M	V	T	M	V	T	INCONTI- NENTIE	WATER- POKKEN
<1 JR	621	556	1178	0	0	0	17	306
1-4 JR	3319	3254	6573	0	0	0	3	253
5-9 JR	4338	4102	8440	0	0	0	1	64
10-14 JR	3989	3790	7780	3	5	4	8	5
15-19 JR	3948	3823	7770	23	24	23	1	3
20-24 JR	3992	4548	8540	18	44	32	1	4
25-29 JR	5456	6084	11540	29	62	47	0	4
30-34 JR	6388	6267	12654	23	59	41	4	5
35-39 JR	5893	5754	11647	36	57	46	2	1
40-44 JR	5261	5238	10499	29	74	51	6	1
45-49 JR	4985	4849	9834	32	62	47	18	1
50-54 JR	4859	4800	9659	45	77	61	18	0
55-59 JR	3555	3726	7282	28	38	33	22	1
60-64 JR	3088	3116	6204	52	45	48	37	0
65-69 JR	2682	2934	5616	34	61	48	41	0
70-74 JR	2074	2613	4687	19	38	30	107	0
75-79 JR	1608	2312	3920	44	61	54	181	0
80-84 JR	865	1553	2419	46	77	66	281	0
>85 JR	678	1674	2351	59	78	72	268	0
TOTAAL	67597	70994	138591	26	48	37	27	20

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 16.10.2001

PROVINCIE- GROEP	ALLE PEILSTATIONS		JAAR: 2000		WEEK: 1 t/m 52		"INFLU- ENZA"	ZANA- MIVIR	HERPES ZOSTER	SUICIDE (POGING)	MAMMOGRAFIE	URETHRI- TIS	CAIDS
	POPULATIE	M	V	T	M+V	T							
GR+FR+DR	11596	11949	23545	171	1	21	26	23	6	53	16	19	7
OV+GLD+FLE	17747	17579	35326	175	2	25	37	31	7	88	73	24	14
UTR+NH+ZH	24939	27916	52854	231	3	35	32	33	6	80	34	22	27
ZLD+NB+LIM	13316	13551	26866	181	1	41	46	43	7	99	35	17	19
TOTAAL	67599	70995	138592	197	2	31	35	33	6	81	41	21	19

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDIGSEERD 16.10.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE		GASTRO-ENTERITIS		PROSTAATLIJDEN		KINK- HOEST		DIABETES MELLITUS					
	M	V	M	T	M	T	M	T	M	T				
GR+FR+DR	11596	11949	41	46	44	44	41	35	5	5	3	16	14	15
OV+GLD+FILE	17747	17579	108	107	108	108	76	130	16	16	7	26	21	23
UTR+NH+ZH	24939	27916	102	97	99	99	89	84	12	12	10	18	21	20
ZLD+NB+LIM	13316	135521	85	106	96	96	105	92	8	8	33	35	32	33
TOTAAL	67599	70995	90	93	91	91	80	89	11	11	12	23	22	23

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDESEERD 16.10.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE			DEPRESSIE		INCONTI- NENTIE		WATER- POKKEN	
	M	V	T	M	V	M+V	T	M+V	M+V
GR+FR+DR	11596	11949	23545	19	25	22	15	12	12
OV+GLD+FLE	17747	17579	35326	28	33	31	25	17	17
UTR+NH+ZH	24939	27916	52854	26	63	43	35	22	22
ZLD+NB+LIM	13316	13551	26866	39	56	48	25	28	28
TOTAAL	67599	70995	138592	26	48	37	27	20	20

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

STEDELJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 16.10.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

STEDELJK- HEID	POPULATIE		"INFLU- ENZA"	ZANA- MIVIR	HERPES ZOSTER	SUICIDE (POGING)	MAMMOGRAFIE	URETHRI- TIS	CAIDS			
	M	V	M+V	M+V	M	V	T	M+V	V	M	M+V	
5	9901	9689	19590	171	2	18	36	27	7	72	44	10
4-3-2	46802	49376	96178	181	1	32	35	34	6	84	38	21
1	10896	11929	22824	286	4	40	31	35	6	76	52	31
TOTAAL	67599	70995	138592	197	2	31	35	33	6	81	41	21

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

STEDELJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 16.10.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

STEDELJK- HEID	POPULATIE		GASTRO-ENTERITIS		PROSTAATLIJDEN		KINK- HOEST		DIABETES MELLITUS				
	M	V	M	V	M	T	M	M	M	V	T		
5	9901	9689	66	77	62	71	62	184	8	4	30	26	28
4-3-2	46802	49376	85	91	84	88	84	69	12	13	23	19	21
1	10986	11929	130	111	84	120	84	90	11	17	17	29	24
TOTAAL	67599	70995	90	93	80	91	80	89	11	12	23	22	23

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 16.10.2001

ALLE PEILSTATIONS JAAR: 2000 WEEK: 1 t/m 52

STEDELIJK- HEID	POPULATIE			DEPRESSIE			INCONTI- NENTIE		WATER- POKKEN	
	M	V	T	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V
5	9901	9689	19590	18	31	25	18	22		
4-3-2	46802	49376	96178	28	50	39	28	20		
1	10896	11929	22824	26	54	40	28	19		
TOTAAL	67599	70995	138592	26	48	37	27	20		