

continue
morbiditeits
registratie
peilstations
nederland

1988/1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

Uitgave van : de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

Omslag : Naar een ontwerp van A. Ruinaard, destijds verbonden aan het Ministerie van WVC (aangepast aan de NIVEL - huisstijl door M. Cornelius).

Typewerk : M. Heshusius-van Valen

Druk : Boekbinderij Post

Lay-out : M. Heshusius-van Valen

Secretariaat : Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

ISBN : CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bartelds, A.I.M.

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland/
uitg. van de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek
van de eerstelijnsgezondheidszorg; Ministerie van
Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Geneeskundige
Hoofdinspectie van het Staatstoezicht op de Volksge-
zondheid. - 1977 - - Utrecht: Nederlands instituut
voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Registratie 1988/1989. - , fig, tab
ISBN 90-6905-134-6 geb.

SISO 601.8 UDC 312.6(492)

Trefw.: medische registratie; Nederland

uitgifte datum Mei 1991

Gegevens uit dit verslag mogen alleen met bronvermelding worden overgenomen.

INHOUD	pag.
VOORWOORD	
INLEIDING	1
BEGELEIDINGSCOMMISSIE	3
BIJeenKOMST PEILSTATIONMEDERKERS	4
SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND	8
DE PRAKTIJKPOPULATIE	12
OMVANG EN CONTINUITEIT VAN DE RAPPORTAGE	14
DE WEEKSTAAT	18
VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT	19
- Influenza(-achtig ziektebeeld)	21
- Het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri	27
- Sterilisatie bij de man	41
- Sterilisatie bij de vrouw	45
- Morning-after pil voorgeschreven	50
- Brandwonden	56
- Suïcide(poging)	62
- Acute ongewone hoofdpijn	66
- Zwangerschap (ondanks a.c.)	69
- Mammografie	74
- C.A.I.D.S.	83
- Opname/ontslag psychiatrische patiënten	88
- Echografie aangevraagd	93
- Dementie	97
- Voorschrijven Rohypnol	99
- Verwijzing Logopedie	105
EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING	108
INCIDENTELE ONDERZOEKEN	116
- Euthanasie	116
- Anorexia nervosa en boulimie	127
- Incest	129
ALGEMENE OPMERKINGEN - weekstaat 1990	131
PUBLIKATIES VANUIT DE PEILSTATIONS	132
- Deelnemende artsen 1988-1989	135
- weekstaat 1988-1989	137
- Alfabetische lijst van onderwerpen	
- op de weekstaat	139
- van incidentele onderzoeken	142

- Leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking per 1-1-1989	143
TABELLEN 1a-3d	144
NOTEN	160

VOORWOORD

Een jaarverslag over een periode van twee jaar is ongebruikelijk in de traditie van de CMR Peilstations.

Niettemin is in overleg met de Begeleidingscommissie daartoe besloten teneinde een achterstand in de werkzaamheden in te lopen. Een achterstand deels ontstaan door het afronden van enkele bijzondere projecten. Een drietal publikaties zijn daarvan het resultaat: 'Kanker registratie gepeild', 'The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy en 'Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild'.

Het voorliggende verslag geeft informatie over de trend in een aantal verschijnselen in de jaren tot en met 1989.

Zo zet de daling van het aantal verrichte sterilisaties door; zoals eerder bij vrouwen zichtbaar werd daalt nu voor 't eerst ook het percentage ooit gesteriliseerde mannen.

Er is sprake van een toename van het aantal consulten bij de huisarts waarin AIDS aan de orde komt en de indruk bestaat dat er een toename is van het aantal vrouwen dat ondanks een adequaat te achten anticonceptie zwanger wordt.

Er is in de verslagperiode vergeleken met 1987 geen toename te constateren van het aantal verzoeken om toepassing van euthanasie. Evenmin is er over een periode van 5 jaar een toename van het aantal eetstoornissen vastgesteld.

Het verslag bevat ook informatie over onderwerpen die gedurende een korte periode zijn geregistreerd.

Een blik op de inhoudsopgave geeft inzicht in het uiteenlopende karakter van deze onderwerpen. De CMR Peilstations is een registratieproject in de eerstelijnsgezondheidszorg en naar onze overtuiging draagt de verzamelde informatie bij aan het inzicht in het functioneren van die eerstelijnsgezondheidszorg.

Prof. dr J. van der Zee
waarnemend voorzitter begeleidingscommissie Peilstations

INLEIDING

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over gebieden met een verschillende graad van urbanisatie (zie pagina 8-11).

Door de deelnemende huisartsen, de Peilstationartsen, wordt wekelijks een formulier ingezonden, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen worden gerapporteerd: de zogenaamde weekstaat. Op deze weekstaat is een leeftijdsindeling aangebracht en waar nodig ook een indeling naar geslacht (zie pagina 137-138).

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 19).

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

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

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

Bij het beschouwen van de onderwerpen, die in de loop der jaren op de weekstaat hebben gestaan (zie pagina 139-141) 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 wekelijkse 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 verslag wordt geen uitputtende (statistische) analyse van het verzamelde materiaal noch een uitvoerige beschouwing gegeven; het doel is van bepaalde onderwerpen basisgegevens te verzamelen en door te geven.

In 1988-1989 zijn de contacten in het International Primary Care Network voortgezet. In dit internationale netwerk is in 1988-1989 geen onderzoek verricht.

Deelname aan een tweede internationaal netwerk vindt plaats sinds eind 1988. Eurosentinel is een vanuit het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie te Brussel georganiseerde samenwerking van peilstationnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap en Zwitserland. De doelstelling van dit project is het tot standkomen van peilstationnetwerken in landen van de Europese Gemeenschap te bevorderen en vervolgens de samenwerking tussen deze netwerken. In 1989 is een eerste onderzoek door Eurosentinel verricht: in oktober van dat jaar zijn door de huisartsen in de verschillende landen gegevens verzameld over door hen aangevraagde bloedonderzoeken.

De onderzoeken in zowel het International Primary Care Network als Eurosentinel bieden de mogelijkheid vergelijkingen te maken tussen landen.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

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

1. twee vertegenwoordigers van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
2. de directeur van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (voorzitter);
3. een vertegenwoordiger van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg;
4. twee vertegenwoordigers van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid;
5. twee vertegenwoordigers van de Peilstations;
6. een vertegenwoordiger van de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten;
7. twee leden op grond van specifieke deskundigheid;

De commissie was in 1989 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mevrouw Drs. J.M. Bensing ²
	Dr H. Bijkerk, arts ⁴ (tot 1-4-'89)
	F.K.A. Fokkema, huisarts ⁵
	P. van Leeuwen, statisticus ⁷ vanaf (1-5-'88)
	J.J.L. Pieters, arts ⁴ (tot 1-4-'89)
	C.A. Postema, arts ⁴ (vanaf 1-4-'89)
	H.O. Sigling, huisarts ^{5,6}
	W.A. van Veen, arts ¹
	Drs. J.J. Zandvliet ¹
	Prof. dr J. van der Zee ³
Projectleider:	A.I.M. Bartelds, huisarts
Secretaresses:	Mevrouw E.E. Colet-van Woezik
	Mevrouw M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft zowel in 1988 als in 1989 tweemaal vergaderd. De Begeleidingscommissie kende één vacature.

BIJEENKOMST PEILSTATIONMEDEWERKERS 1988 en 1989

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

Verslag wordt gedaan van afgesloten registraties en problemen bij het verzamelen van de gegevens over onderwerpen die verscheidene jaren op de weekstaat staan worden besproken en tenslotte worden nieuwe rubrieken op de weekstaat geïntroduceerd.

Zonodig komen organisatorische aspecten van de Peilstations ter sprake.

Bijeenkomst 1988

Op de bijeenkomst op 9 januari 1988 zijn door K. van der Meer, huisarts, de eerste resultaten besproken van de registratie en follow-up van de patiënten met een cerebrovasculair accident. De registratie ervan heeft plaatsgehad in 1986 en 1987.

In de verslaglegging over 1986 en 1987 zijn de eerste resultaten van deze registratie besproken. In 1990 zijn in Huisarts en Wetenschap in twee artikelen de definitieve resultaten van dit onderzoek gepresenteerd. (zie ook lijst van publikaties per 1-1-1991 blz. 132).

O. Sigling, huisarts en lid van de Begeleidingscommissie bespreekt in een tweede inleiding enkele resultaten van zijn studie onder de peilstationartsen naar de ervaringen en opvattingen van huisartsen betreffende patiënten met een depressief syndroom. Deze studie vond plaats tijdens de registratie van het voorkomen van het depressief syndroom in de huisartspraktijk in 1983-1985.

De gegevens die door de peilstationartsen zijn verzameld hebben betrekking op:

- a. de omvang van de medische hulpverlening door huisartsen bij een depressief syndroom (de "registratiegegevens") en
- b. de kwalitatieve kenmerken van het therapeutische handelen bij een depressief syndroom (de "vragenlijst gegevens").

In de rapportage over de jaren 1983, 1984 en 1985 zijn de gegevens die betrekking hebben op de omvang besproken. In zijn inleiding bespreekt

Sigling thans de kwalitatieve kenmerken van het therapeutisch handelen van de huisarts bij een depressief syndroom.

Het profiel van de opvattingen en keuzes van de peilstationarissen met betrekking tot het handelen bij patiënten met een depressief syndroom is als volgt.

De peilstationarissen vindt dat niet iedere patiënt met een depressief syndroom behandeld moet worden en dat niet-medicamenteuze behandeling de voorkeur verdient, alleen dan wel in combinatie met medicijnen. In de praktijk schrijft hij wel iets vaker medicijnen voor dan zijn voorkeur aangeeft, waarbij de sederende tricyclische verbindingen iets meer de voorkeur genieten dan de recent ontwikkelde verbindingen. Ook de niet-sederende tricyclische verbindingen vonden bij hem in de onderzoeksperiode 1983-1985 nog toepassing. Tenslotte verwijst de peilstationarissen voor een depressief syndroom bij voorkeur naar een psychiater, hoewel het RIAGG en het algemeen maatschappelijk werk, goede alternatieven vormen. Het blijkt dat voor de huisarts niet de nadere diagnostiek maar de ontbrekende eigen competentie alsook het niet aanslaan van de behandeling en het gevaar voor suïcide de meest voorkomende indicaties tot verwijzing vormen. Gerichte psychotherapie vormt vaker een reden tot verwijzing dan gerichte farmacotherapie. Factoren in de arts-patiënt relatie vormen voor de helft van de artsen soms een reden tot verwijzing, voor een kwart echter nooit.

Deze niet meer dan globale oriëntatie op een aantal aspecten van het handelen van de huisarts bij patiënten met een depressief syndroom roept, zo besluit de heer Sigling, vele vragen op betreffende de achtergrond van dit handelen.

Hoe uniform en consistent is dit handelen? In welke mate berust het op inzicht en deskundigheid respectievelijk op intuïtie en improvisatie? Welke gevoelsmatige factoren spelen een rol in het contact met depressieve patiënten?

En tenslotte welke ontologische opvattingen over de depressie liggen aan dit alles ten grondslag. Met andere woorden, aldus Sigling, wat is een depressie nu eigenlijk voor een fenomeen?

Het onderzoek naar deze vragen is nog niet afgesloten en de inleider hoopt later daarover te kunnen berichten.

In de derde inleiding introduceert de aan het Academisch Ziekenhuis van de Rijksuniversiteit van Utrecht verbonden neuroloog Dr E. Wijdicks de nieuwe rubriek 'acute ongewone hoofdpijn'. Hij bespreekt de resultaten van een recente case-control studie naar het voorkomen van acute ongewone

en heftige hoofdpijn bij patiënten die opgenomen waren met een subarachnoïdale bloeding. Van deze patiënten bevestigde ongeveer de helft dat zij een dergelijke hoofdpijnaanval in de maanden voorafgaande aan de subarachnoïdale bloeding doorgemaakt hadden. Bij patiënten die waren opgenomen voor een herseninfarct was dat significant minder het geval en bij 100 patiënten die om niet-neurologische redenen waren opgenomen kwam een dergelijke hoofdpijn in de anamnese niet voor.

De verwachting bestaat dat de prognose van een subarachnoïdale bloeding gunstiger is bij herkenning van de zogenaamde "warning leak" die de acute ongewone hoofdpijn veroorzaakt en de behandeling van de oorzaak ervan: een kleine bloeding in de aneurysmawand zonder dat het tot een ruptuur komt of een bloeding als gevolg van een kleine niet doorzettende ruptuur.

De inleider bespreekt de kliniek van de subarachnoïdale bloeding ten behoeve van de peilstationartsen met het doel de herkenning ervan te bevorderen. De procedure van de registratie wordt besproken met de peilstationartsen.

Bijeenkomst 1989

De bijeenkomst van 1989 begint met het onderwerp waarmee de bijeenkomst van 1989 was geëindigd: de acute ongewone hoofdpijn als mogelijke waarschuwing enkele maanden vooraf gaande aan een subarachnoïdale bloeding.

Mevrouw F. Linn, arts-assistent in opleiding tot neuroloog aan het Academisch Ziekenhuis van de Rijksuniversiteit in Utrecht, bespreekt de uitkomsten van de registratie over het jaar 1988. Het aantal meldingen van patiënten met acute ongewone hoofdpijn is gering: 30 over het jaar 1988. Van deze 30 zijn 21 verwezen naar een neuroloog voor nader onderzoek. Een van hen bleek een subarachnoïdale bloeding te hebben; een andere patiënt leed aan een geruptureerde arterio-veneuze malformatie. Twee patiënten bleken aan een virale meningitis te lijden en 17 van de verwezen patiënten een acute ongewone hoofdpijn e.c.i.. Mevrouw Linn gaat in op de karakteristieken van de gemelde patiënten.

Prof. dr J. van Gijn, eveneens verbonden aan de afdeling neurologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht beschouwt deze uitkomsten in het licht van de doelstellingen van de registratie van deze rubriek. Hij constateert een lagere incidentie vergeleken met eerder onderzoek in Nederland.

Hij schetst de verdere planning van het onderzoek en gaat in op de uitbreiding van het aantal deelnemende huisartsen. Deze wordt noodzakelijk geacht vanwege het geringe aantal meldingen in 1988 van acute ongewone hoofdpijn en de wens meer inzicht te krijgen in de incidentie van subarach-

noïdale bloedingen in Nederland. Bij de Nederlandse Hartstichting zal een aanvraag worden ingediend voor uitbreiding van het project.

Een tussentijds bericht over de registratie van eetstoornissen wordt gegeven door H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog, thans werkzaam op de afdeling psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht.

In 1985 en 1986 werden door de artsen 101 patiënten gemeld die met zekerheid voldeden aan de gehanteerde DSM-III criteria voor anorexia nervosa en bulimia nervosa. Van deze patiënten was het merendeel vrouw: 96 van de 101.

Er is een verschil in leeftijd waarop de beide onderscheiden eetstoornissen zich manifesteren. Anorexia nervosa manifesteert zich in de puberteit en in de adolescentie; bulimia nervosa komt meer voor bij jonge volwassenen.

Van de patiënten met een eetstoornis krijgt slechts een klein percentage geen behandeling; 50% van de patiënten met bulimia en 75% van de patiënten met anorexia nervosa wordt naar de geestelijke gezondheidszorg verwezen.

De registratie van deze eetstoornissen loopt door tot 1-1-1990; er zijn dan over een periode van 5 jaar gegevens beschikbaar.

In de derde inleiding beschrijft mevrouw drs. Van der Veer van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne het antistofpatroon tegen een aantal virussen in de peilstationspopulatie.

In de bevolking zijn thans 3 groepen te onderscheiden.

1. de mensen boven de 40 jaar, die niet of slechts gedeeltelijk gevaccineerd zijn en over een natuurlijk verworven immuniteit beschikken,
2. de overgangsgroep van de 30 tot 40 jarigen, die deels niet en deels wel gevaccineerd is en
3. de groep onder de 30 jaar waarbij het percentage gevaccineerden boven de 95 ligt.

Mevrouw van der Veer bespreekt de uitval in de seraverzameling en vermeldt met nadruk de ontbrekende gegevens in de jongere leeftijdsgroepen. In discussie met de peilstationartsen komt naar voren dat het consequent inzamelen van serummonsters bij vooral de jonge kinderen indruist tegen de normale gang van zaken in de praktijk. Bij een nieuwe ronde van verzamelen van sera zal in de organisatie ervan met dit aspect rekening gehouden moeten worden.

SPREIDING DER PEILSTATIONS OVER NEDERLAND

figuur 1
 PEILSTATIONS
 Continue Morbiditeits Registratie
 1989



Het aantal peilstations is in 1988 en in 1989 45. Het aantal huisartsen in de peilstationpraktijken is in beide jaren 61.

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

- A voor provinciegroep Groningen, Friesland en Drenthe (noordelijke provincies);
- B voor provinciegroep Overijssel, Gelderland en Flevoland (oostelijke provincies);
- C voor provinciegroep Utrecht, Noord- en Zuid-Holland (westelijke provincies);
- D voor provinciegroep Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (zuidelijke provincies);
- 1 voor de urbanisatiegroep A₁-A₄ (plattelandsgemeenten)¹;
- 2 voor de urbanisatiegroep B₁-B₄, C₁-C₄ (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter);
- 3 voor de urbanisatiegroep C₅ (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 104-105) geeft een overzicht van de huisartsen die in 1988 en 1989 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In 13 peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen 2 of meer huisartsen, te weten 11 maal tussen 2 artsen, 1 maal tussen drie artsen en 1 maal tussen 4 artsen. In januari 1988 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 55; bij de peilstationartsen 50. Er zijn 7 apotheekhoudende peilstationartsen, 3 in urbanisatiegroep 1 en 4 in urbanisatiegroep 2, dat is 12% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 12².

Tabel 1 en 2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provincie- en urbanisatiegroep in de jaren 1970-1989. Aanpassing aan de geldende maatstaven voor de indeling naar urbanisatiegraad vindt waar en wanneer dat nodig is plaats.

Vergelijking met het aantal huisartsen in Nederland in de verschillende subgroepen laat zien dat de peilstationsartsen een evenredige vertegenwoordiging vormen (zie verslag 1981, p. 13).

Tabel 1: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1970-1989³.

provinciegroep	A		B		C		D	
	Groningen, Friesland en Drenthe		Overijssel, Gelderland en Flevoland		Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1970	7	6	10	9	22	22	14	14
1971	7	6	10	9	23	22	13	13
1972	7	6	9	8	23	22	12	12
1973	8	6	10	9	25	22	13	12
1974	8	6	10	9	27	21	13	12
1975	8	6	9	8	28	21	14	12
1976	8	6	9	7	29	21	14	11
1977	8	6	10	7	28	20	13	11
1978	9	6	12	9	27	21	13	11
1979	10	6	12	9	27	21	12	10
1980	10	6	13	9	27	21	12	10
1981	10	6	11	9	27	21	13	10
1982	10	6	11	9	27	21	13	10
1983	10	6	11	9	27	21	14	10
1984	10	6	11	9	27	21	14	10
1985	10	6	10	8	25	21	14	10
1986	10	6	10	8	26	21	14	10
1987	10	6	9	7	28	21	14	10
1988	10	6	10	8	28	21	14	10
1989	10	6	10	8	28	21	13	10

Tabel 2: verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per urbanisatiegroep in de jaren 1970-1989

urbani- satie groep	1		2		3		Nederland	
	plattelands gemeenten		verstedelijkte plattelands- gemeenten te- zamen met ge- meenten met een stedelijk karakter		gemeenten met 100.000 of meer inwoners			
	aantal		aantal		aantal		aantal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1970	10	9	28	27	15	15	53	51
1971	12	11	26	24	15	15	53	50
1972	11	10	25	23	15	15	51	48
1973	12	11	28	23	16	15	56	49
1974	12	11	30	23	16	14	58	48
1975	13	11	30	22	16	14	59	47
1976	14	11	30	20	16	14	60	45
1977	13	11	29	19	17	14	59	44
1978	10	8	35	25	16	14	61	47
1979	11	8	35	25	15	13	61	46
1980	11	8	36	25	15	13	62	46
1981	11	8	36	25	14	13	61	46
1982	11	8	36	25	14	13	61	46
1983	11	8	37	25	14	13	62	46
1984	11	8	37	25	14	13	62	46
1985	10	7	35	25	14	13	59	45
1986	10	7	36	25	14	13	60	45
1987	10	7	37	24	14	13	61	44
1988	9	6	39	26	14	13	62	45
1989	9	6	38	26	14	13	61	45

DE PRAKTIJKPOPULATIES

Er heeft in 1987 een telling van alle praktijkpopulaties plaats gehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-'88 voor de verwerking gebruikt. In 1989 heeft een nieuwe telling plaats.

Bij de opzet van het project is gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% uit de Nederlandse bevolking. Hierbij is rekening gehouden met een geografische spreiding (de hiervoor genoemde provinciegroepen) en met een spreiding over regio's met verschillende graad van urbanisatie (urbanisatiegroepen). Er is nagegaan of nog steeds voldaan wordt aan dit uitgangspunt. De hier volgende overzichten laten zien dat dit in grote lijnen nog steeds het geval is.

De Nederlandse bevolking nam met 90.292 toe (per 1-1-1989).

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

		aantal inwoners Nederland ⁴	aantal patiënten peilstations ⁵ (met percentages)	
provinciegroep	A	1.593.456	22.224	(1.4%)
	B	3.012.305	23.662	(0.8%)
	C	6.570.200	65.921	(1.0%)
	D	3.627.811	34.681	(0.9%)
urbanisatiegroep	1	1.688.736	22.177	(1.3%)
	2	9.572.574	90.638	(0.9%)
	3	3.542.462	33.694	(0.9%)
geslacht	mannen	7.316.590	71.714	(1.0%)
	vrouwen	7.488.650	74.795	(1.0%)
totaal		14.805.240	146.509	(1.0%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) en urbanisatiegraad 1 (het platteland) zijn relatief iets oververtegenwoordigd.

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

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

Er is met betrekking tot de leeftijdsgroepen een kleine verschuiving opgetreden: in de jongste leeftijdsgroepen zijn er vergeleken met de voorgaande telling meer subgroepen met een percentage kleiner dan één, in de oudste daarentegen minder. Dit wijst op een geringe veroudering van de peilstationpopulatie, de populatie verouderd als het ware met de (projectgetrouwe) peilstationartsen mee. Er dient evenwel voor gewaakt te worden dat dit geen vertekening gaat geven.

OMVANG EN CONTINUÏTEIT VAN DE RAPPORTAGE

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 1989 bedroeg het 11.700 (52 weken x 5 dagen x 45 peilstations). In tabel 4 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4: maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1976	11.925	10.095	84.7%
1977	11.440	10.163	88.8%
1978	12.090	10.592	87.6%
1979	11.960	10.518	87.9%
1980	12.190	10.618	87.1%
1981	11.960	10.520	88.0%
1982	11.960	10.627	88.8%
1983	11.960	10.515	87.9%
1984	11.960	10.546	88.2%
1985	11.700	10.340	88.4%
1986	11.700	10.284	87.9%
1987	11.660	10.035	86.1%
1988	11.700	10.307	88.1%
1989	11.700	10.380	88.7%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 1989 nagenoeg gelijk aan dat van de voorgaande jaren.

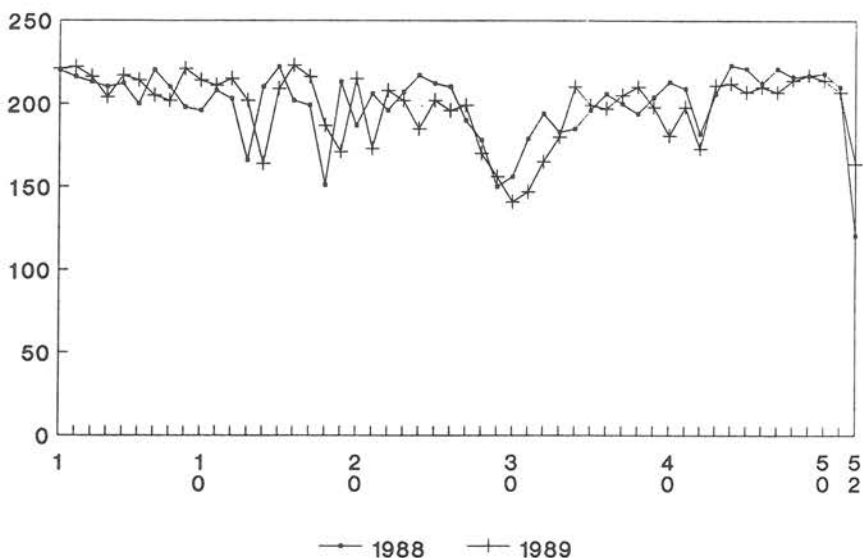
Een uitsplitsing naar provincie- en urbanisatiegroep is in het volgende staatje te zien. Er blijken geen grote verschillen te bestaan.

De grote steden zijn met 86.6% het laagste, de noordelijke provincies met 92.9% het hoogste.

per provinciegroep	per urbanisatiegroep
A 92.9%	1 92.9%
B 88.5%	2 88.9%
C 87.6%	3 86.6%
D 88.6%	

In figuur 2 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is iets meer dan 25 (maximaal $45 \times 5 = 225$).

Figuur 2
Het aantal dagen, dat in 1989 per week is geregistreerd



Tabel 5 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 1989 per peilstation is 29, duidelijk lager dan in het jaar 1987.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 35 en 17 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

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

aantal dagen niet gerap- porteerd	aantal peilstations								
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
0	2	1	2	2	1	0	0	1	1
1- 9	9	9	7	6	8	7	4	7	6
10-19	2	2	5	3	1	4	7	2	6
20-29	3	6	1	7	8	7	1	5	5
30-39	18	15	12	9	10	10	5	15	15
40-49	8	10	14	17	15	13	16	13	9
50-59	2	3	4	1	2	2	10	2	2
60-69	1	0	1	1	0	1	1	0	1
70-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-89	1	0	0	0	0	0	0	0	0
90-99	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 99	0	0	0	0	0	1	0	0	0
totaal aantal peilsta- tions	46	46	46	46	45	45	44	45	45
gemiddelde mediaan	31	29	31	31	30	31	37	27	29
	38	34.5	37	35	34	34.5	43	35	33

Nadere beschouwing van deze tabel laat een verbetering van de rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt praktisch niet meer voor. In 1987 is een verslechtering te constateren vergeleken met de jaren 1985 en 1986. In 1988 en 1989 is er sprake van een herstel.

DE WEEKSTAAT (bijlage 2, pagina 137-138)

De rubrieken op de weekstaat voor 1988 en 1989 werden als volgt samengesteld; tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer op de weekstaat is opgenomen:

	1988	1989
1. Nieuwe gevallen van influenza(-achtig ziektebeeld)(1970);	+	+
2. Het maken van een cervixuitstrijkje (1976);	+	+
3. Opname psychiatrische patiënt (1988);	+	-
4. Ontslagen psychiatrische patiënten (1986)	+	-
5. Sterilisatie bij de man verricht (1972);	+	+
6. Sterilisatie bij de vrouw verricht (1974);	+	+
7. Morning-after pil voorgeschreven (1972);	+	+
8. Brandwonden (1988);	+	+
9. Suicide(pogingen) (1979);	+	+
10. Acute ongewone hoofdpijn (1988);	+	+
11. Echografie aangevraagd (1988);	+	-
12. Dementie (1987);	+	-
13. Voorschrijven Rohypnol (1987);	+	-
14. Zwangerschap (ondanks a.c.) (1987);	+	+
15. (Poli)klinische mammografie (1988);	+	+
16. C.A.I.D.S. (1988);	+	+
17. Verwijzing voor logopedie (1989);	-	+

Er wordt in principe uitgegaan van week-rapportage, dat betekent dat ook patiënten die in een 'vrij weekeinde' door de waarnemer worden gezien, worden gemeld, met uitzondering van influenza(-achtig ziektebeeld).

Telefonisch gestelde diagnoses of telefonisch gegeven adviezen worden in principe niet op de weekstaat aangetekend: ook hierop is influenza een uitzondering.

Een alfabetische opgave van de onderwerpen is in bijlage 3 te vinden (pagina 139-141); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

VERWERKING VAN DE GEGEVENS OP DE WEEKSTAAT

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 1988 en 1989. De gegevens werden zoals gebruikelijk verwerkt op het computercentrum van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Er worden als routine drie tabellen geproduceerd:

1. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar leeftijdsgroep;
2. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar provinciegroep;
3. Het absolute aantal patiënten per geslacht naar urbanisatiegroep;

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

Met uitzondering van de per peilstation verstrekte informatie worden de gegevens eveneens per 10.000 van de totale peilstationpopulatie uitgedrukt (relatieve frequenties). De frequenties zijn op hele getallen afgerond. Bij een frequentie onder de 0.5 per 10.000 inwoners is deze afgerond tot '0'. Indien geen enkel geval wordt gerapporteerd is dit aangegeven met '-'.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 relatieve incidentie of prevalentie steeds per 10.000 inwoners c.q. mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 4 (pagina 143) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1989 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 144-159).

Tabellen: 1a, 1b, 1c, en 1d: het aantal patiënten per 10.000 van de leeftijdsgroep⁶.

Tabellen: 2a, 2b, 2c, en 2d: het aantal patiënten per 10.000 van de provinciegroep.

Tabellen: 3a, 3b, 3c, en 3d: het aantal patiënten per 10.000 van de urbanisatiegroep.

INFLUENZA(-achtig ziektebeeld)

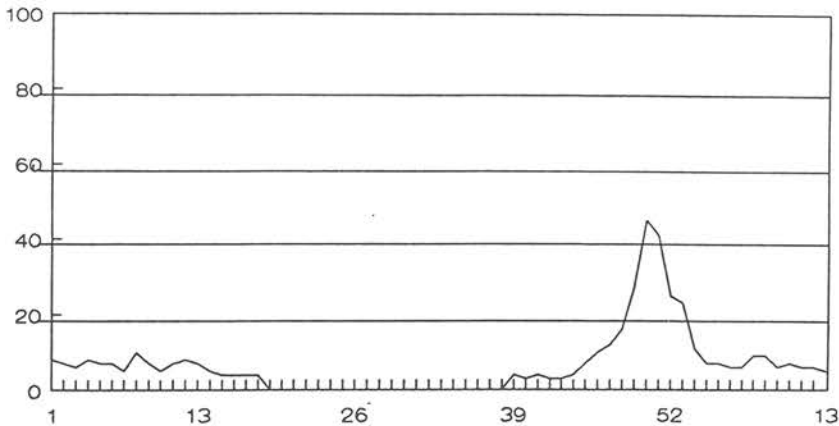
De rubriek influenza⁷ is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

Influenza 1988-1989 en 1989-1990

In figuur 3.1-3.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provincie- en urbanisatiegroep voor het seizoen 1988-1989⁸. In figuur 4.1-4.3 wordt het aantal nieuwe gevallen van influenza gegeven voor het seizoen 1989-1990. In het verslag over 1987 werd het beloop van influenza in de eerste weken van 1988 al besproken.

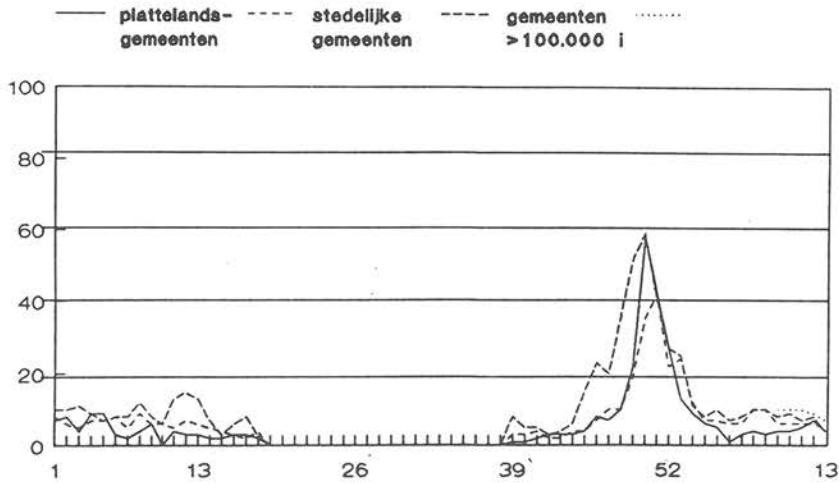
Figuur 3.1

Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1988-1989



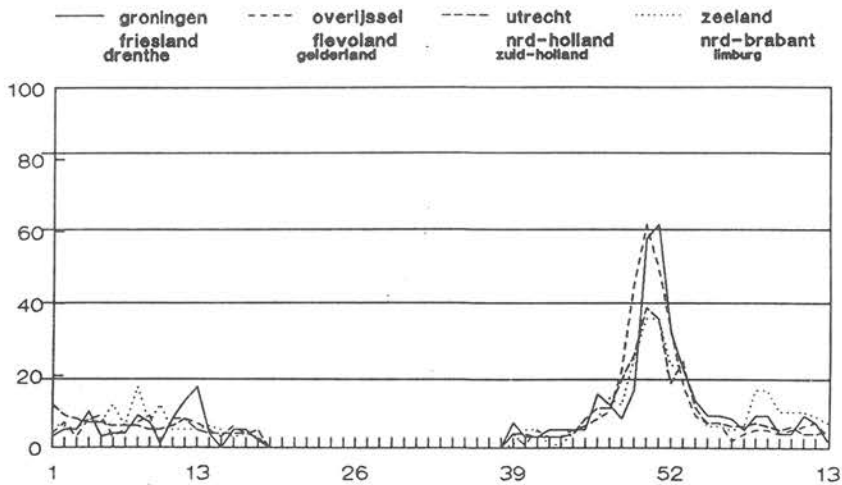
Figuur 3.2

Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1988-1989



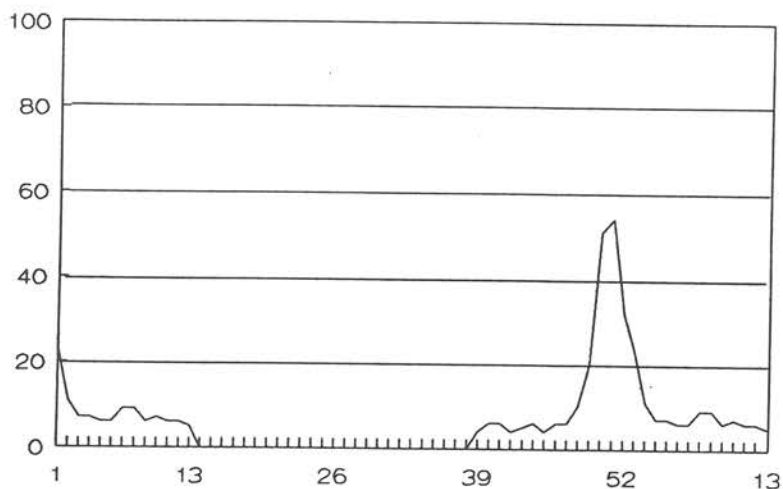
Figuur 3.3

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1988-1989



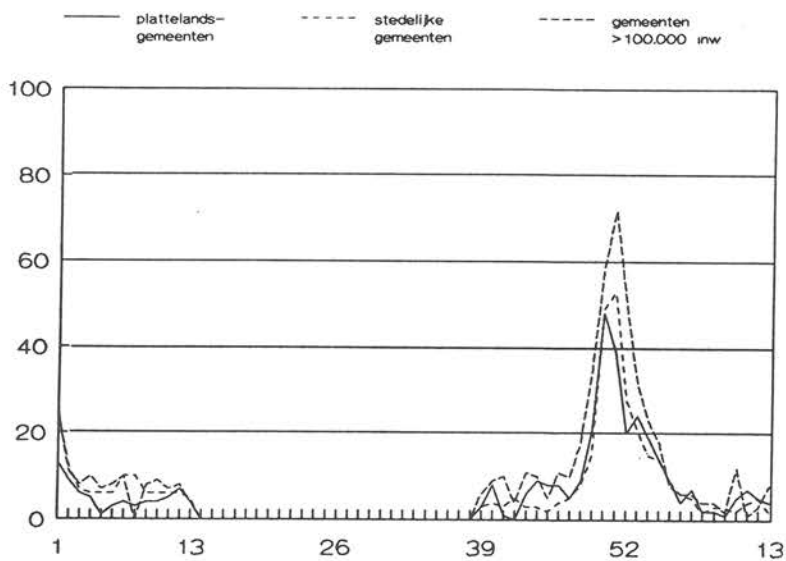
Figuur 4.1

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 1989-1990



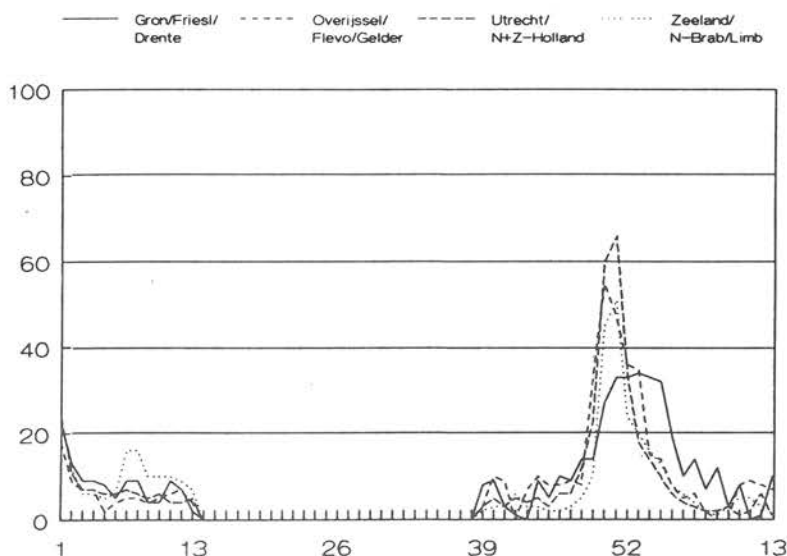
Figuur 4.2

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per urbanisatiegroep, 1989-1990



Figuur 4.3

Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 1989-1990



Seizoen 1987-1988

Sinds enige seizoenen, vanaf het seizoen 82/83, is het beeld dat gedurende een bepaalde periode de wekelijkse incidenties van influenza-achtige ziektebeelden ruim tienmaal zo hoog zijn als buiten het influenzaseizoen. Het seizoen 1986-1987 vormde hierop een uitzondering. Het beloop was milder. Het seizoen 1987-1988 kent een nog mildere influenzagolf. In de eerste weken van 1988 begint de incidentie licht op te lopen; in week 8 wordt de hoogste incidentie bereikt: 10 personen per 10.000 inwoners. Dit is nauwelijks een toename boven het niveau door het jaar heen. Voorzover er isolaties gedaan zijn werd het influenza-A virus gevonden.

Seizoen 1988-1989

Voor het eerst sinds een aantal jaren is er in 1988 weer sprake van een duidelijke toename van de meldingen van influenza-achtige aandoeningen in de laatste weken van het jaar. Vanaf week 46 ligt de incidentie boven de 10 per 10.000 inwoners. Voor het land is de incidentie het hoogst in week 50 van 1988: 45 per 10.000 inwoners.

In de eerste weken van januari 1989 lopen de wekelijkse meldingen weer snel terug. Ook dit seizoen is de omvang van de griep epidemie dus beperkt.

De noordelijke en oostelijke provincies kennen in het seizoen 88/89 van de provinciegroepen de hoogste incidentie: resp. 62 en 63 per 10.000. Van de urbanisatiegraad groepen is het ditmaal het platteland waar de hoogste incidentie in enige week wordt gevonden: 58 per 10.000 inwoners in week 50.

De grote steden kennen echter een 'griepgolf' die langer duurt (zie ook figuur 3 en 4). Er wordt in hoofdzaak influenza A geïsoleerd (H_3N_2 en een enkele isolatie van H_1N_1).

Seizoen 1989-1990

Ook in het seizoen 1989-1990 is het begin van de epidemische verheffing aandoeningen aan het einde van het kalenderjaar gesitueerd.

Vanaf week 48 van het jaar 1989 liggen de incidentiecijfers voor Nederland boven de 10 per 10.000 inwoners. In week 51 wordt de hoogste incidentie van dit seizoen gemeld: 54 per 10.000 inwoners.

De hoogste incidentie in de subgroepen worden gevonden in de oostelijke provincies in week 51: 66 per 10.000 inwoners. En in de grote steden: 72 per 10.000 inwoners.

In de eerste weken van 1990 lopen de incidenties van de meldingen van griepachtige aandoeningen snel terug. In week 4 ligt het aantal meldingen weer onder de 10 per 10.000 inwoners.

Ook in het seizoen 1989-1990 zijn hoofdzakelijk influenza A stammen geïsoleerd.

Tabel 6: aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1980-1989

jaar	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
totaal										
kalender										
jaar	425	491	497	396	502	464	630	365	399	410
hoogste										
weekinci-										
dentie per										
'seizoen'	36	20	42	53	57	71	26	9	44	54

Overzien we de epidemieën van de afgelopen 10 jaren dan is die van het seizoen 1986-1987 in die periode de mildste geweest. In het seizoen 1987-1988 kan in het geheel niet van een griep-epidemie gesproken worden. In 1988 is voor het eerst sinds jaren sprake van een 'griepgolf' aan het einde van het kalenderjaar. In 1989 is er opnieuw sprake van een 'griepgolf' aan het einde van het kalenderjaar.

Leeftijds- en geslachtsverdeling

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

De leeftijdsverdeling laat evenals de voorgaande jaren zien dat voor de leeftijdsgroep onder de vijf jaar de huisarts het meest frequent voor influenza-achtige aandoeningen geraadpleegd is. In de andere groepen zijn de aantallen nagenoeg gelijk.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

HET MAKEN VAN EEN UITSTRIJKJE VAN DE CERVIX UTERI

In 1976 is het maken van een uitstrijkje van de cervix uteri voor de eerste maal op de weekstaat geplaatst. Het doel was aanvankelijk inzicht te krijgen in de omvang van deze werkzaamheden naast het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Men moet zich echter terdege realiseren dat de peilstation-artsen geen aselechte groep huisartsen zijn, hetgeen bij deze rubriek van invloed kan zijn. Een beschouwing waarbij naar de al of niet aanwezigheid van trends wordt gekeken is echter wel degelijk zinvol.

De rubriek is onderverdeeld naar de indicatie tot het maken van een cervixuitstrijkje, te weten klachten en/of symptomen, op 'preventieve' gronden op initiatief van de peilstationarts of van de vrouw en een aparte kolom in het geval het een herhalingsuitstrijkje betrof, ongeacht de indicatie tot het maken van het vorige uitstrijkje. Als termijn waarbinnen een tweede of volgend uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje dient te worden gerapporteerd, is 3 jaar aangehouden. Voor het jaar 1988 betekent dit, dat een uitstrijkje als herhalingsuitstrijkje wordt gerapporteerd wanneer de peilstationarts na 1-1-1986 zelf reeds eerder een uitstrijkje bij de betreffende vrouw heeft afgenomen. En voor het jaar 1989 dat een uitstrijkje als herhaling wordt gerapporteerd wanneer na 1-1-1987 door de huisarts al eerder een uitstrijkje bij de betreffende vrouw is afgenomen. Deze termijn is gelijk aan het interval tussen twee bevolkingsonderzoekronden.

Deze rubriek heeft een wat gewijzigde doelstelling gekregen aangezien in maart 1982 de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het voornemen kenbaar maakte het beleid betreffende het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom te wijzigen. Op 25-08-1988 is tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de beroepsorganisaties van de huisartsen overeenstemming bereikt over de vergoeding voor het maken van uitstrijkjes bij ziekenfondspatiënten in het kader van het bevolkingsonderzoek (vooralsnog gericht op vrouwen van 35-54 jaar, en met een screeningsinterval van drie jaar). Daarmee is het mogelijk geworden in heel Nederland het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in 1989 te starten. Bij navraag onder de peilstationartsen is in 1989 in 37 van de peilstations ook inderdaad het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker realiteit.

In 1988 was het bevolkingsonderzoek in slechts 22 van de 45 peilstations een feit.

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

Tabel 7: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
klachten en/ of symptomen	62	57	57	65	57	62	65	59	76	72
'preventief' initiatief peilstation- arts	168	184	171	174	204	197	230	192	176	170
'preventief' initiatief vrouw	93	110	126	120	132	127	168	153	193	351
herhalings- uitstrijkje	148	159	170	168	182	184	170	211	246	237
Totaal	471	510	524	527	575	570	633	615	691	830

Het totale aantal uitstrijkjes (830 per 10.000 vrouwen) is in 1989 beduidend hoger dan in enig jaar daarvoor. In 1989 start op veel plaatsen in het land het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl. Bij het bekijken van deze tabellen moet men, zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, rekening houden met de vastgelegde termijn van drie jaar waarbinnen een uitstrijkje als een herhalingsuitstrijkje geldt.

Het aantal uitstrijkjes wegens klachten en/of symptomen bevindt zich in 1988 en 1989 op een hoger niveau dan de laatste jaren: rond de 60 per 10.000 vrouwen vanaf 1980, in 1988 76 en in 1989 72 per 10.000 vrouwen. Bij deze rubriek moet de afspraak om elk uitstrijkje dat bij eenzelfde vrouw binnen een bepaalde periode wordt gemaakt als een herhalingsuitstrijkje te registreren in gedachte worden gehouden. Het werkelijke aantal uitstrijkjes dat wegens klachten of symptomen wordt gemaakt, zal dus hoger liggen. De rubriek herhalingsuitstrijkjes is toegenomen; in 1988 246 en in 1989 237 per 10.000 vrouwen.

Sinds 1987 wordt ook in de subgroep herhalingsuitstrijkjes een onderverdeling gehanteerd in: wegens klachten en of symptomen, preventief op initiatief van de huisarts en preventief op initiatief van de vrouw. In de jaren 1987-1989 is er een vrijwel constant aantal van ± 60 herhalingsuitstrijkjes per 10.000 vrouwen gemaakt wegens klachten en of symptomen. Het overgrote deel van deze herhalingsuitstrijkjes wordt gemaakt bij vrouwen in de leeftijd van 30-54 jaar.

Het totale aantal eerste uitstrijkjes dat op preventieve indicatie werd gemaakt, dus zowel op initiatief van de huisarts als van de vrouw, is in 1988 hoger dan in 1987, respectievelijk 369 en 345 per 10.000 vrouwen. De toename is in 1989 aanzienlijk: tot 521 per 10.000 vrouwen.

Deze subrubrieken maken het mogelijk om uit de totale aantallen het aantal vrouwen dat door deze methode door de huisarts wordt bereikt, te berekenen. Het aantal vrouwen dat langs deze weg tenminste éénmaal in de drie jaar is bereikt, is in het totaal van deze tabel 8 te zien. In deze tabel zijn alleen de aantallen eerste uitstrijkjes per 10.000 vrouwen opgenomen, met een onderverdeling voor de indicatie tot het maken van het cervixuitstrijkje en per provincie en urbanisatiegroep (vergelijk ook figuur 5 en 6). Het totale aantal eerste uitstrijkjes is in 1988 weer gestegen en wel met name in de rubriek 'preventief initiatief vrouw': in 1987 153 per 10.000 vrouwen tegen 193 per 10.000 vrouwen in 1988. In 1989 is vooral deze rubriek aanzienlijk gestegen. Komt een vrouw met een verzoek om een uitstrijkje na aangeschreven te zijn in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker dan wordt dat geturfd onder deze rubriek. Immers ook al wordt de vrouw in het kader van het bevolkingsonderzoek 'opgeroepen' een uitstrijkje te laten maken het is haar beslissing dit al of niet door de huisarts te laten uitvoeren. Op initiatief van de arts wordt in 1988 en 1989 minder vaak een uitstrijkje gemaakt dan in 1987 het geval was (179 en 170 per 10.000 vrouwen in 1988 en 1989 tegen 192 in 1987).

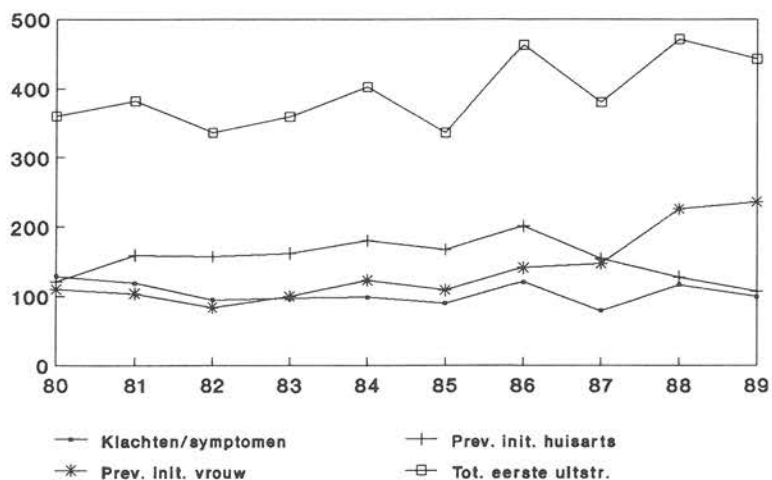
Tabel 8: aantal door peilstation gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkje per provincie- en urbanisatiegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
klachten en/of symptomen	1980	129	61	52	44	73	51	90	62
	1981	119	59	41	52	73	39	95	57
	1982	95	65	44	58	78	37	98	57
	1983	97	99	49	53	90	44	105	65
	1984	99	97	37	45	78	42	84	57
	1985	90	92	45	52	85	49	78	62
	1986	121	106	42	43	93	54	75	65
	1987	79	92	46	48	79	49	69	59
	1988	117	127	56	51	118	58	96	76
	1989	100	127	54	48	102	57	90	72
'preventief' initiatief peilstationarts	1980	121	170	207	105	186	119	306	168
	1981	159	189	223	112	239	147	247	184
	1982	157	146	183	174	203	148	212	171
	1983	162	202	175	156	237	138	226	174
	1984	180	206	217	190	229	161	308	204
	1985	167	232	196	195	235	151	288	197
	1986	201	210	248	229	243	186	334	230
	1987	154	175	204	202	173	162	278	192
	1988	128	112	179	255	128	161	261	179
	1989	107	118	201	189	131	143	271	170
'preventief' initiatief vrouw	1980	110	83	104	66	67	92	120	93
	1981	104	112	125	80	107	113	104	110
	1982	84	129	149	98	115	117	157	126
	1983	100	130	137	88	131	111	136	120
	1984	123	128	145	113	142	124	147	132
	1985	109	105	147	116	121	116	157	127
	1986	141	155	201	134	155	158	205	168
	1987	147	165	179	101	169	132	194	153
	1988	226	154	233	130	137	174	292	195
	1989	236	240	456	283	234	380	340	351
totaal	1980	360	314	363	215	326	262	516	323
	1981	382	360	389	244	419	299	446	351
	1982	336	340	376	330	396	302	467	354
	1983	359	431	361	297	458	293	367	359
	1984	402	431	399	348	449	327	539	393
	1985	366	429	388	363	441	316	523	386
	1986	463	471	491	406	491	398	614	463
	1987	380	432	429	351	421	343	541	404
	1988	471	393	468	436	383	393	649	450
	1989	443	485	711	520	467	580	701	593

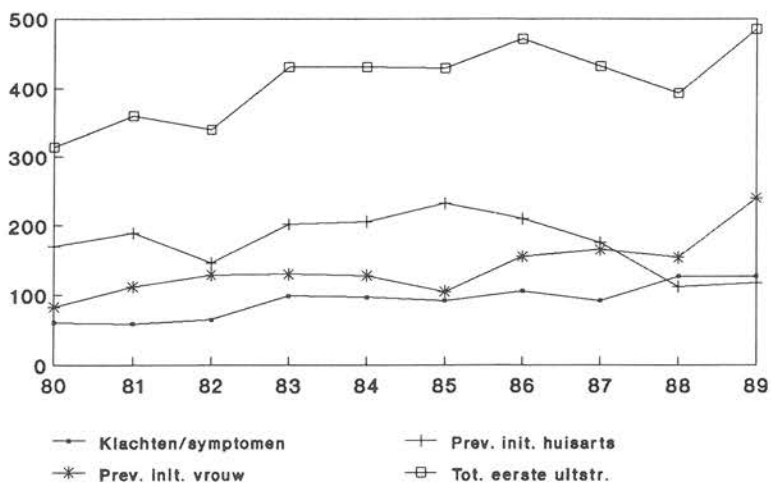
Figuur 5

Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per provinciegroep naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

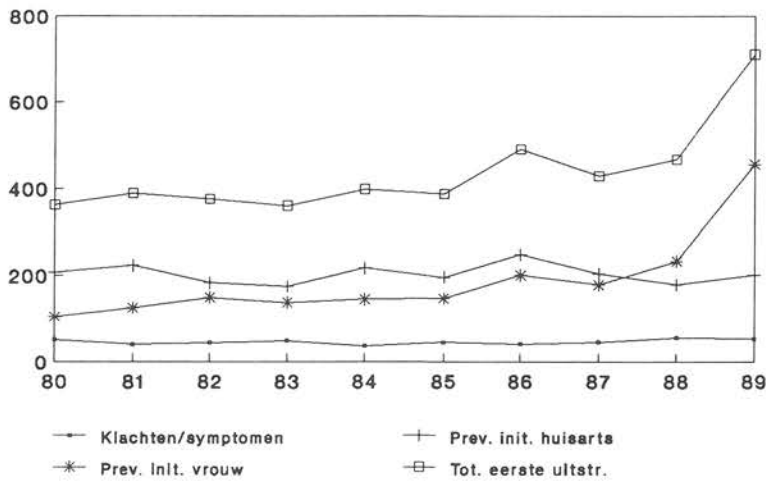
provinciegroep A



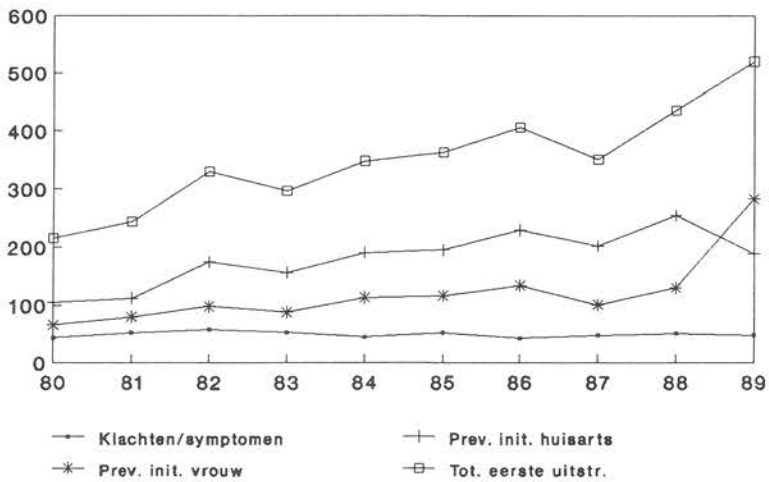
provinciegroep B



provinciegroep C



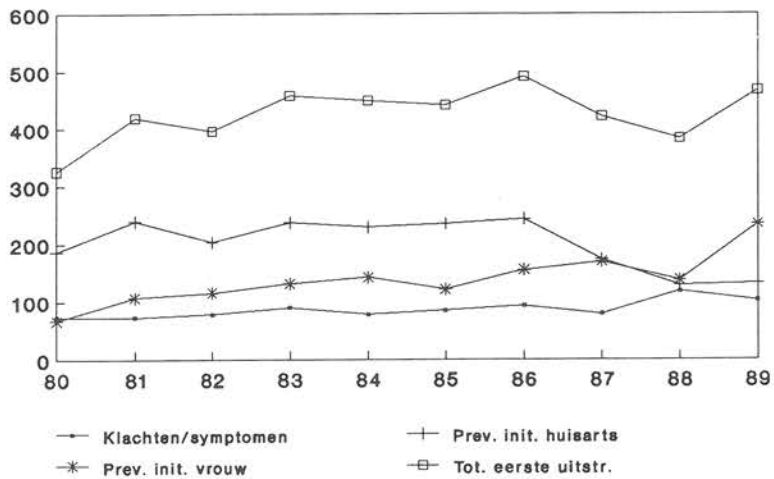
provinciegroep D



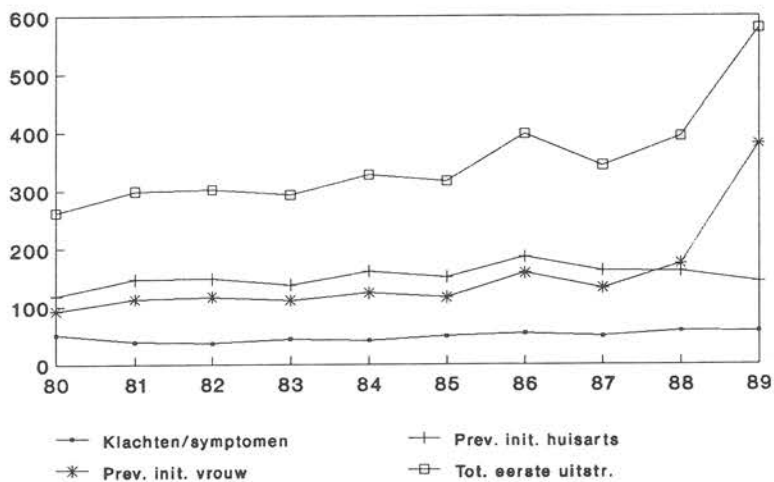
Figuur 6

Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri, per urbanisatiegroep en voor Nederland, naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

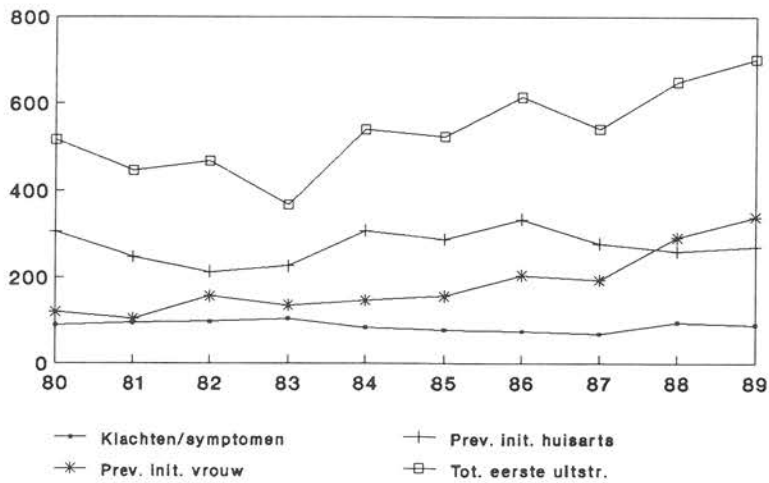
urbanisatiegroep 1



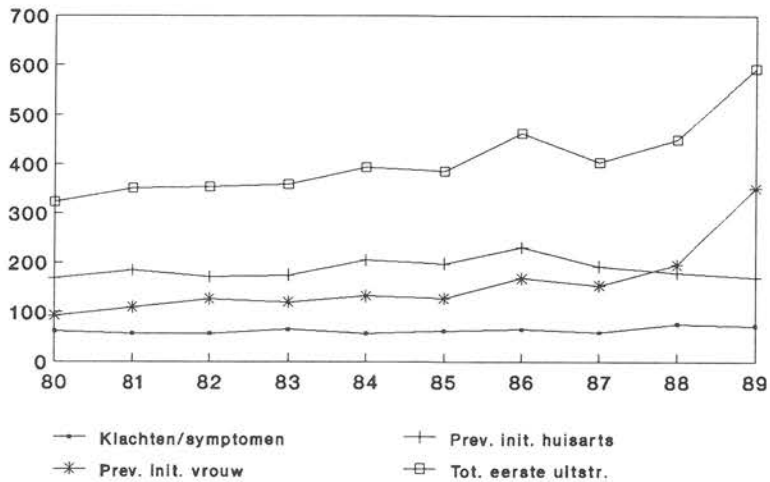
urbanisatiegroep 2



urbanisatie groep 3



Nederland



Leeftijdsverdeling

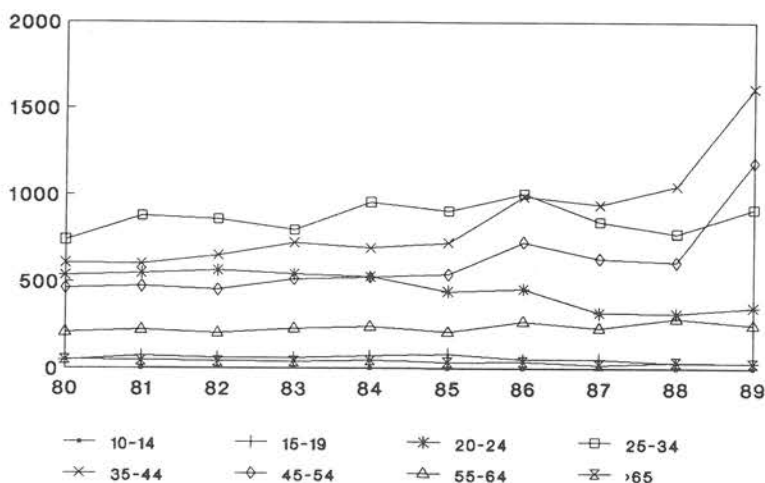
Tabel 9 geeft een overzicht van het aantal 'eerste' uitstrijkjes per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 7).

Tabel 9: aantal door peilstations gemaakte 'eerste' cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

	leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1980	-	47	536	740	607	464	211	51
1981	(2)	72	548	879	602	473	225	47
1982	-	64	565	859	651	455	207	43
1983	-	63	543	797	724	515	233	42
1984	(2)	72	529	957	693	525	244	48
1985	(2)	86	446	908	724	543	212	38
1986	(2)	54	459	1008	991	729	273	42
1987	-	57	323	845	943	634	236	24
1988	(2)	33	319	777	1050	612	292	38
1989	(2)	32	353	919	1616	1187	253	32

Figuur 7

Aantal 'eerste' uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1980-1989



De toename van het aantal gemaakte 'eerste' uitstrijkjes vanaf 1987 wordt zoals verwacht gevonden in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. In de leeftijdsgroep van 25-34 jaar is er ook een toename maar deze is aanzienlijk geringer. Overigens is in eerdere jaren (1984-1986) het aantal uitstrijkjes in de laatst genoemde leeftijdsgroep op een dergelijk niveau geweest.

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

Tabel 10: aantal door peilstationartsen gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

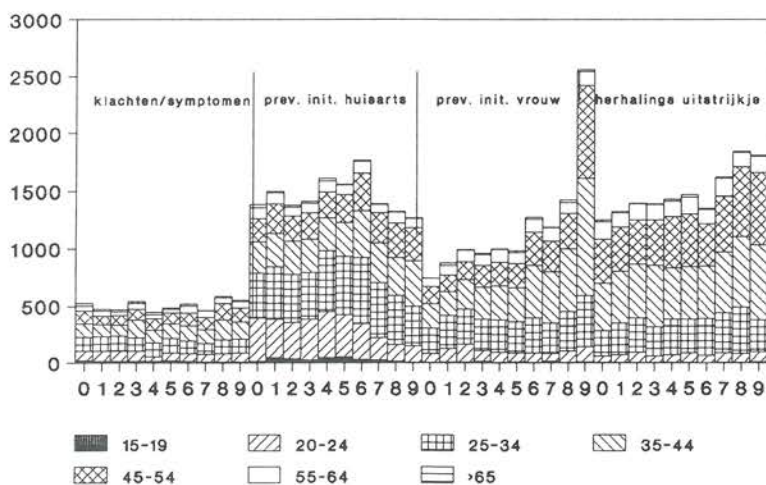
		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
klachten en/ of sympto- men	1980	21	84	122	121	108	47	20
	1981	16	90	127	106	72	46	17
	1982	16	92	130	97	85	31	17
	1983	19	88	117	153	96	51	18
	1984	14	44	123	110	98	36	19
	1985	20	71	128	129	93	32	14
	1986	14	67	117	131	111	63	16
	1987	13	63	94	124	110	51	11
	1988	11	72	126	170	148	51	9
	1989	13	75	123	151	125	54	12
preventief, initiatief peilstation- arts	1980	18	379	389	274	206	95	26
	1981	47	339	460	291	253	94	13
	1982	38	318	422	292	214	79	16
	1983	29	357	410	288	230	85	14
	1984	50	400	533	287	222	97	20
	1985	53	374	506	297	238	87	7
	1986	35	310	580	405	325	100	10
	1987	26	196	483	345	265	70	5
	1988	16	146	431	327	303	99	4
	1989	(6)	146	345	399	290	75	6
preventief, initiatief vrouw	1980	8	73	229	212	150	69	(5)
	1981	9	119	292	205	148	85	17
	1982	10	155	307	262	156	97	10
	1983	15	98	270	283	189	97	10
	1984	8	85	287	296	205	111	9
	1985	13	76	274	298	212	93	17
	1986	(5)	82	311	455	293	110	18
	1987	18	64	268	431	269	115	8
	1988	7	101	345	550	305	94	25
	1989	13	132	451	1067	808	125	15
herhalingsuit- strijkje	1980	6	55	224	416	385	149	17
	1981	(6)	68	279	454	385	119	14
	1982	(6)	89	304	468	387	135	8
	1983	(3)	60	255	539	397	132	8
	1984	5	65	318	446	444	136	15
	1985	7	82	296	457	461	146	19
	1986	-	64	325	459	369	125	9
	1987	(8)	79	353	532	483	154	15
	1988	6	78	408	612	607	123	12
	1989	12	86	282	657	624	137	13

Tabel 10: aantal door peilstationarsten gemaakte cervixuitstrijkjes naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van het uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989 (vervolg)

		leeftijdsgroep						
		15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
totaal	1980	53	591	964	1023	849	360	68
	1981	78	616	1158	1056	858	344	61
	1982	70	654	1163	1119	842	342	51
	1983	66	603	1052	1263	912	365	50
	1984	77	594	1275	1139	969	380	63
	1985	93	603	1204	1181	1004	358	57
	1986	54	523	1333	1450	1098	398	53
	1987	65	402	1198	1432	1127	390	39
	1988	40	397	1310	1659	1363	367	50
	1989	44	437	1201	2274	1847	391	46

Figuur 8

Aantal uitstrijkjes gemaakt van de cervix uteri naar leeftijdsgroep en naar indicatie tot het maken van een uitstrijkje, per 10.000 vrouwen, 1980-1989



De aantallen op medische indicatie gemaakte uitstrijkjes brengen geen nieuwe aspecten aan het licht; vergeleken met 1987 zijn de aantallen in vrijwel alle leeftijdsgroepen iets hoger. Dit is zowel in 1988 als in 1989 het geval.

Het aantal preventieve uitstrijkjes op initiatief van de peilstationarts is in de meeste leeftijdsgroepen in 1988 lager dan in 1987. Uitzonderingen vormen de hogere leeftijdsgroepen: van 45 jaar en ouder. De op verzoek van de vrouw gemaakte uitstrijkjes nemen over de gehele linie, en vooral in de leeftijdsgroepen tussen 35 en 54 jaar, in aantallen toe. Herhalingsuitstrijkjes worden in 1988 in bijna alle leeftijdsgroepen wat vaker afgenomen dan in 1987 het geval was. In 1989 worden vooral in de oudere leeftijdsgroepen meer herhalingsuitstrijkjes afgenomen. In de leeftijdsgroepen tot 35 jaar neemt het aantal herhalingsuitstrijkjes af.

Tabel 11: proportionele verdeling gemaakte uitstrijkjes naar leeftijdsgroep voor alle peilstations (in procenten) 1984-1989

leeftijdsverdeling totaal aantal uitstrijkjes				
jaar	< 35	35-54	> 54	totaal
1984	45.9	46.8	7.4	100
1985	42.2	48.6	9.2	100
1986	42.5	49.8	7.6	100
1987	35.8	55.0	9.2	100
1988	36.1	57.4	6.5	100
1989	27.0	66.0	7.0	100
leeftijdsverdeling 'eerste' uitstrijkje				
1984	52.5	40.7	6.8	100
1985	48.7	42.8	8.5	100
1986	45.4	47.1	7.5	100
1987	40.0	51.5	8.5	100
1988	39.7	53.6	6.7	100
1989	29.7	63.8	6.5	100

Het percentage uitstrijkjes van het totaal neemt toe voor de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. Het aandeel van de uitstrijkjes gemaakt bij vrouwen ouder dan 54 jaar blijft ongeveer gelijk.

Een afname is te constateren in het percentage uitstrijkjes van het totaal bij de vrouwen jonger dan 35 jaar.

Vanaf 1987 is er al sprake van een toename van het percentage uitstrijkjes in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar. De verdere toename lijkt vooral het gevolg te zijn van de in 1989 op gang gekomen nieuwe vorm van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker.

De toename van het aantal uitstrijkjes is het grootst in de leeftijdsgroep van 35-54 jaar waarbij de indicatie is 'initiatief van de vrouw'. Dit initiatief is waarschijnlijk sterk gestimuleerd door het schrijven dat in het kader van het nieuwe bevolkingsonderzoek aan vrouwen in deze leeftijdsgroep is gericht.

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

Deze rubriek is in 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE MAN

Sinds 1972 staat de bij de man verrichte sterilisatie als rubriek op de weekstaat.

De uit deze rubriek verkregen gegevens worden samen met die uit de rubrieken sterilisatie bij vrouwen verricht en morning-after pil voorgeschreven onder meer gebruikt voor het opstellen van een Nederlandse bijdrage aan het rapport van de Raad van Europa "Country Report of the Netherlands" en bij berekening van het beloop van de bevolking. De jaarlijkse gepubliceerde gegevens vormen een partieel doch vooralsnog onmisbaar beoordelingsinstrument ter zake van ontwikkelingen op het terrein van geboortenregelend gedrag.

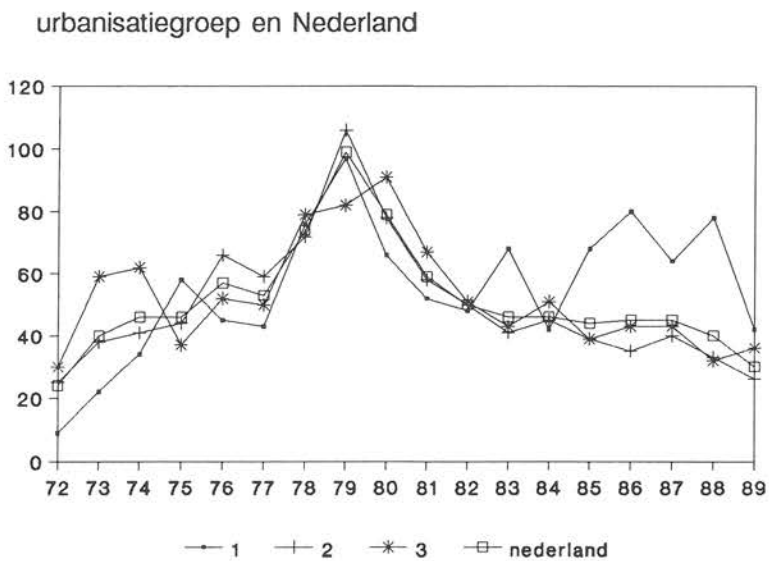
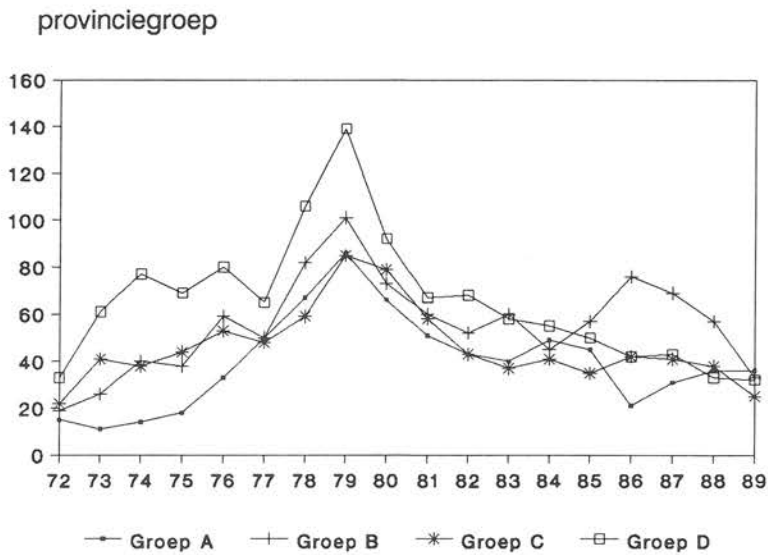
Het aantal per 10.000 mannen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor heel Nederland in tabel 12 gegeven (vergelijk figuur 9).

Tabel 12: aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen, 1980-1989

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1980	66	73	79	92	66	78	91	79
1981	51	60	58	67	52	58	67	59
1982	43	52	43	68	48	50	51	50
1983	40	60	37	58	68	41	43	46
1984	49	45	41	55	42	45	51	46
1985	45	57	35	50	68	39	39	44
1986	21	76	42	42	80	35	43	45
1987	31	69	41	43	64	40	43	45
1988	36	57	38	33	75	33	32	40
1989	36	33	25	32	42	26	36	30

Figuur 9

Aantal bij mannen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1972-1989



Na pieken rond 1979 was gedurende een vijftal jaren het aantal sterilisaties rond de 45 per 10.000 mannen gebleven. In 1988 is een daling opgetreden van dit aantal; deze ontwikkeling zet door in 1989. In dat jaar vinden er nog 30 sterilisaties per 10.000 mannen plaats.

Na extrapolatie komt men op 29.500 sterilisaties voor heel Nederland in 1988 en 22.000 in 1989. Een uitsplitsing per kwartaal biedt de gelegenheid om na te gaan of een wijziging in frequentie een reactie kan zijn op een of ander gebeuren waardoor de populariteit van deze methode kan zijn beïnvloed. Tussen de kwartalen bestaat echter weinig verschil.

Zoals ook in de vorige verslagen is gezegd, mag men, indien geen andere factoren een rol spelen, na verloop van tijd een stabilisatie verwachten als gevolg van een in het zicht komen van het einde van een 'historisch inhaaleffect'.

Indien er in 1989 27.000 sterilisaties bij mannen zouden zijn verricht (de zogenoemde 'vervangingsfactor'), dan zou het percentage ooit gesteriliseerde mannen gelijk aan dat van 1988 zijn gebleven. Aangezien in werkelijkheid 22.000 ingrepen werden uitgevoerd, was er in 1989 voor het eerst sprake van een daling van het percentage ooit gesteriliseerde mannen. Dit percentage mannen in de Nederlandse bevolking, dat -statistisch gesproken- tot de vruchtbare leeftijdscategorie behoort, nam af van 12,4% in 1988 tot 12,3% in 1989⁹.

Een interessante ontwikkeling is dat het percentage mannen dat zich ooit heeft laten steriliseren in de jongere leeftijdsgroep de laatste jaren een duidelijke daling vertoont. In 1981 was 5,5% van de mannen tussen 22 en 31 jaar gesteriliseerd terwijl dat in 1989 nog maar 2,5% is.

In figuur 11 (zie pagina 47) is per jaar het aantal sterilisaties per 10.000 mannen van alle subgroepen samen vergeleken met die van de vrouwen. Er blijkt een grote overeenkomst te bestaan.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsspecifieke verdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen is in tabel 13 gegeven (vergelijk figuur 12 zie pagina 48).

Tabel 13: aantal bij mannen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen, 1980-1989

	Leeftijdsgroep					
	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64
1980	-	11	222	267	52	(6)
1981	-	7	175	197	24	8
1982	-	9	125	185	27	(3)
1983	-	(6)	119	159	33	(2)
1984	-	8	105	157	36	(3)
1985	-	-	110	151	25	(5)
1986	-	(2)	110	145	34	(3)
1987	-	(2)	85	160	35	(6)
1988	-	(2)	78	139	33	(3)
1989	-	-	56	121	19	-

De hoogste frequentie is gedurende alle jaren in de leeftijdsgroep 35-44 jaar te zien. Er is nog steeds een vermindering van het aantal verrichte sterilisaties op de leeftijd: van 25-34 jaar. Tot 1989 laat een betrekkelijk constant aantal mannen zich steriliseren boven de leeftijd van 44 jaar: rond de 30 per 10.000 mannen. In 1989 is dat aantal echter plotseling afgenomen tot 19 per 10.000.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1971 ten minste 614.500 sterilisaties bij mannen zijn verricht, dat is bij 8,4% van de huidige mannelijke bevolking. Voor een nadere beschouwing wordt verwezen naar de volgende paragraaf, waarin de rubriek 'sterilisaties verricht bij de vrouw' wordt behandeld.

De rubriek sterilisaties is voor 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

STERILISATIE BIJ DE VROUW

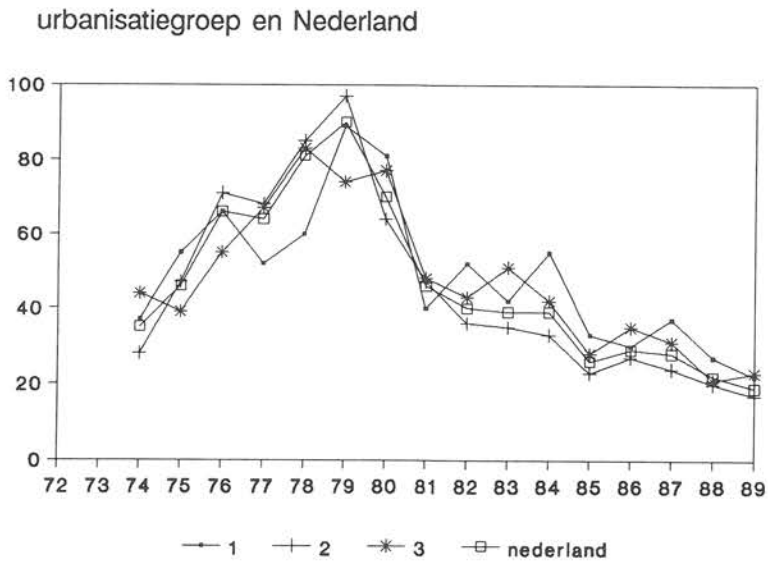
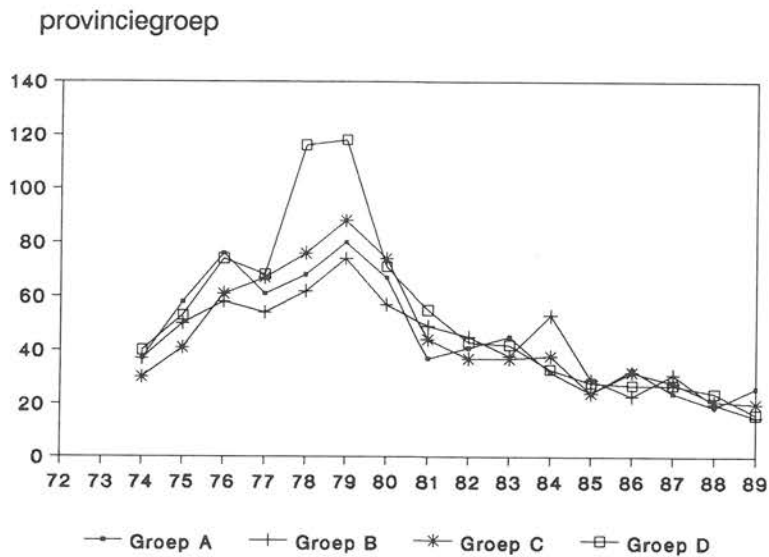
De bij de vrouw verrichte sterilisatie is in 1974 als rubriek op de weekstaat opgenomen (bij de man verricht in 1972). In 1988 werden 22 sterilisaties per 10.000 vrouwen verricht, in 1989 was dit 19. Extrapolatie van deze cijfers naar heel Nederland levert een aantal van 16.000 sterilisaties in 1988 en 14.000 in 1989 op.

Het aantal per 10.000 van alle vrouwen per provincie- en urbanisatiegroep is met het aantal voor Nederland in tabel 14 gegeven (vergelijk figuur 10).

Tabel 14: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 vrouwen, 1980-1989

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1980	67	57	74	71	81	64	77	70
1981	37	49	44	55	40	47	48	46
1982	41	45	37	43	52	36	43	40
1983	45	38	37	42	42	35	51	39
1984	32	53	38	33	55	33	42	39
1985	24	29	24	28	33	23	28	26
1986	33	23	32	27	30	27	35	29
1987	24	31	28	27	37	24	31	28
1988	19	20	21	24	27	20	21	22
1989	26	15	20	16	22	17	23	19

Figuur 10
 Aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties, per provincie- en urbanisatiegroep
 en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1972-1989



In 1988 en 1989 is na een drietal jaren met ongeveer hetzelfde aantal sterilisaties een verdere daling opgetreden van het aantal vrouwen dat zich laat steriliseren. In de onderscheiden subgroepen treden enige schommelingen op; de tendens over de jaren is toch in elke subgroep dezelfde.

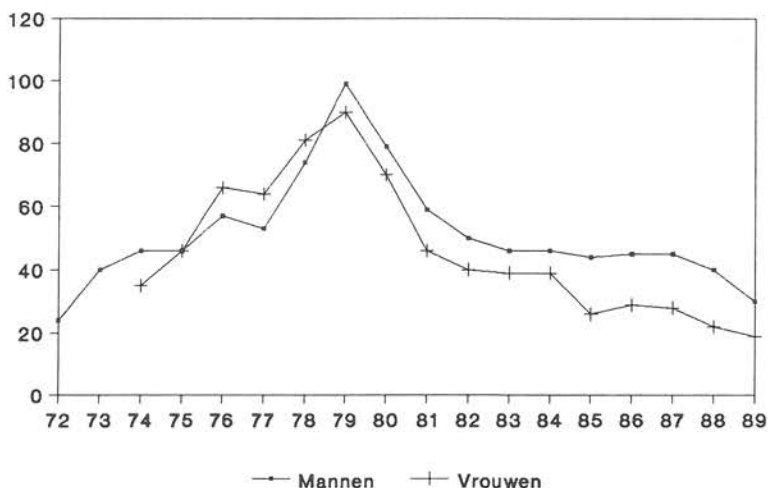
In figuur 11 is een vergelijking tussen het aantal sterilisaties bij vrouwen en mannen per jaar weergegeven. De curven vertonen tot 1985 een grote mate van overeenkomst. De opmerkingen die in het vorige hoofdstuk over het beloop zijn gemaakt, gelden ook hier. Vanaf 1985 zijn de curven voor mannen en vrouwen uiteen gaan lopen; in 1988 en 1989 zijn er weer meer overeenkomsten vast te stellen.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van het aantal verrichte sterilisaties per 10.000 vrouwen is in tabel 15 gegeven (vergelijk figuur 12).

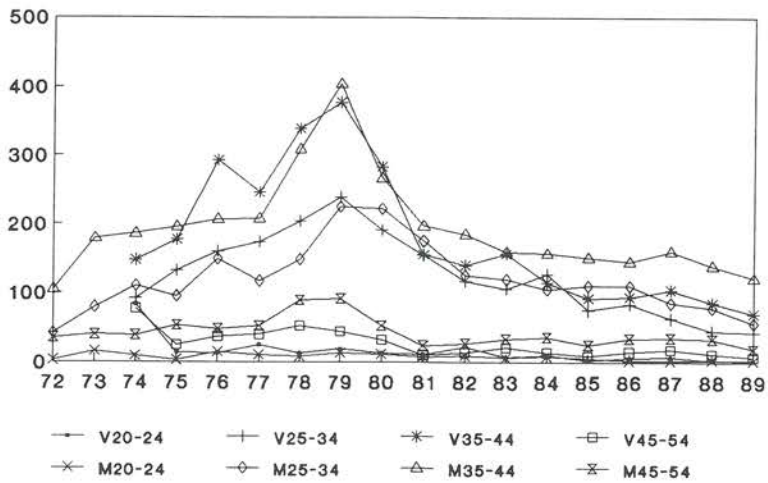
Figuur 11

Aantal verrichte sterilisaties per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor Nederland 1972-1989



Figuur 12

Aantal verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1972-1989



Tabel 15: aantal bij vrouwen verrichte sterilisaties naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
1980	-	-	13	191	283	32
1981	(2)	-	11	154	155	10
1982	-	-	22	117	140	14
1983	-	-	7	106	156	21
1984	-	-	10	127	115	14
1985	-	-	(3)	75	92	9
1986	-	(2)	6	84	94	15
1987	-	-	7	63	104	18
1988	-	-	(3)	45	85	12
1989	-	(2)	(2)	43	70	(7)

De dalende tendens is in alle leeftijdsgroepen aanwezig. Het verschijnsel sterilisatie bij de vrouw speelt zich thans in grote hoofdzaak af tussen de leeftijd van 25-45 jaar.

Een cumulatieve berekening laat zien dat in Nederland na 1973 in totaal bij tenminste 502.500 vrouwen een sterilisatie is verricht, dat is 6,7% van de huidige totale vrouwelijke bevolking. Het is echter meer reëel om de cijfers alleen te betrekken op vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-49) en om daarbij tegelijkertijd het sterilisatiepatroon van de man te betrekken. In dat geval blijkt dat in 1975 bij \pm 6% van de (echt)paren de vrouw of de man gesteriliseerd was. Dit percentage is nadien gestegen via 18,5 in 1980, 22,4 in 1984 tot 23,0 in 1986. In 1987 is dit voor het eerst licht gedaald. Deze daling zet door in 1988 en 1989. In 1989 is dit percentage 22,3%. Het aantal sterilisaties (bij mannen én vrouwen) dat op grond van deze berekening in 1988 en 1989 samen verricht had moeten worden om het totale percentage gelijk te laten blijven aan dat van 1987 bedroeg 98.000. In werkelijkheid lag dit aantal op 82.000 (51.000 mannen en 31.000 vrouwen). Sinds 1985 is er sprake van een daling van het percentage gesteriliseerde vrouwen in de vruchtbare leeftijdsgroep (15-49). In 1984 bereikte dit percentage haar top met 10,9%, waarna het geleidelijk afnam tot 10,2% in 1989. Aangezien in 1989 voor het eerst ook het aantal sterilisaties bij mannen onder de vervangingswaarde bleef kan er nu duidelijk gesproken worden van een afnemende populariteit van sterilisaties als methode van geboorteregeling. Volgens Dr E. Ketting, die deze berekeningen maakte, hangt een en ander waarschijnlijk met twee factoren samen. In de eerste plaats willen vrouwen op steeds latere leeftijd (nog) kinderen krijgen, waardoor een beslissing tot sterilisatie steeds meer wordt uitgesteld en vaak ook afgesteld. En in de tweede plaats zijn de bezwaren tegen op latere leeftijd nog gebruiken van orale anticonceptie mede door de introductie van lichter gedoseerde typen, de laatste jaren duidelijk verminderd, waardoor de noodzaak van sterilisatie afneemt.

Veel duidelijker nog dan bij mannen, neemt de populariteit van sterilisaties bij jonge vrouwen bijgevolg de laatste jaren snel af. In 1980 was 6,9% van de vrouwen van 25-29 jaar gesteriliseerd, tegen 2,0% in 1989. Sinds 1985 is er nu ook sprake van een behoorlijke daling onder de 30-34 jarige vrouwen (van 13,8% in 1985 naar 7,7% in 1989). In de leeftijdsgroep van 35-44 jaar is de daling veel geringer (van 21,2% in 1985 naar 19,9% in 1989).

De rubriek sterilisaties is voor 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

MORNING-AFTER PIL VOORGESCHREVEN

In 1972 is voor de eerste maal aan de peilstationartsen gevraagd te rapporteren wanneer zij de morning-after pil voorschrijven.

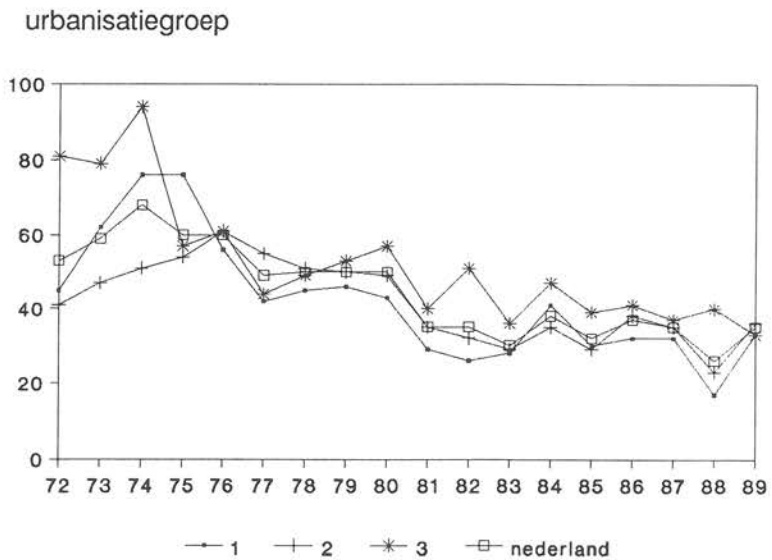
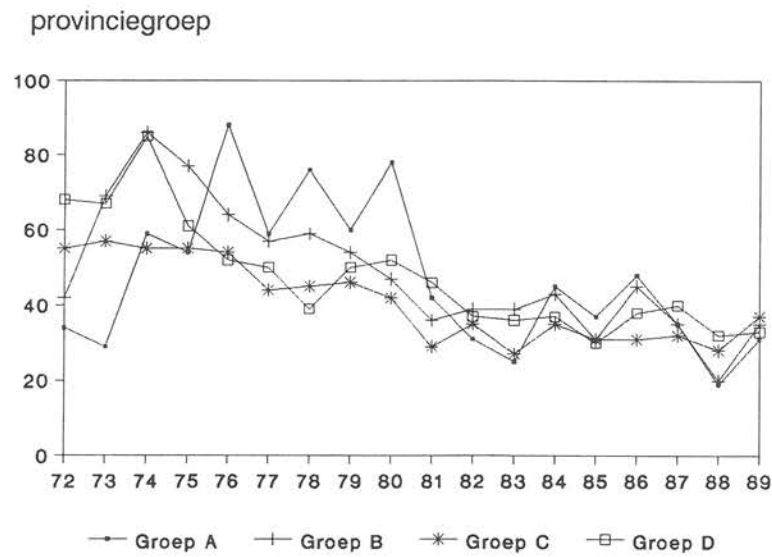
Tabel 16 geeft de frequentie inzake voorschrijven van de morning-after pil, per provincie- en urbanisatiegroep, en voor Nederland (vergelijk figuur 13).

Tabel 16: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1980-1989

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1980	78	47	42	52	43	49	57	50
1981	42	36	29	46	29	35	40	35
1982	31	39	35	37	26	32	51	35
1983	25	39	27	36	28	29	36	30
1984	45	43	35	37	41	35	47	38
1985	37	31	31	30	30	29	39	32
1986	48	45	31	38	32	38	41	37
1987	35	35	32	40	32	35	37	35
1988	19	20	28	32	17	23	40	26
1989	31	35	37	33	33	36	33	35

Figuur 13

Aantal malen dat de morning-afterpil is voorgeschreven, per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1982-1989



Sinds 1981 schommelt het aantal afgegeven recepten voor de morning-after pil rond de 35 per 10.000 vrouwen. Hierin is 1988 een uitzondering.

Op praktijkniveau is gecontroleerd voor de uitschieter van 1988. Er blijkt geen sprake te zijn van vertekening door enkele praktijken noch voor de daling van 1987 naar 1988 noch voor de stijging van 1988 naar 1989.

In 1988 schrijven 25 peilstationartsen minder morning-after pilrecepten uit, 10 meer en in 9 praktijken zijn de cijfers voor 1987 en 1988 dezelfde.

In 1989 stijgt het aantal voorschriften vergeleken met 1988 in 30 peilstations. In 12 peilstations wordt minder voorgeschreven; in 2 peilstations worden in 1988 en 1989 evenveel voorschriften afgegeven.

De kwartaalcijfers zien dat in de 2e helft van 1988 er minder morning-after pillen zijn voorgeschreven dan in de kwartalen daarvoor en in de vier kwartalen van 1989.

Leeftijdverdeling

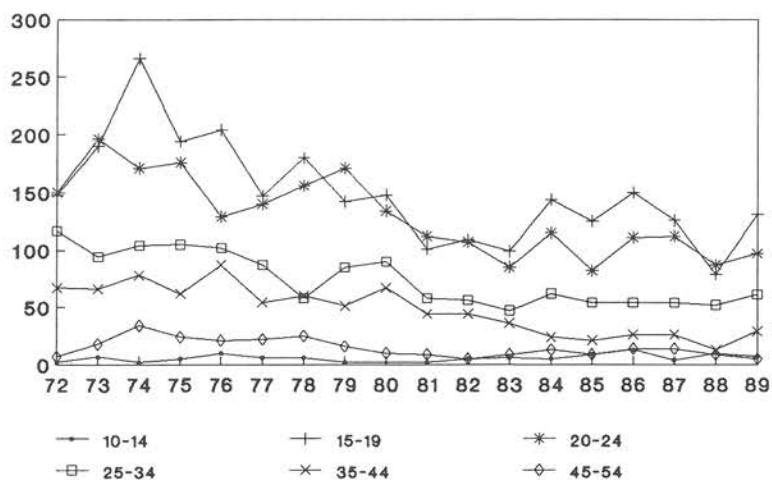
Tabel 17 geeft de leeftijdsverdeling van het voorschrijven van de morning-after pil (vergelijk figuur 14).

Tabel 17: aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1972-1989

	leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
1980	-	148	134	90	67	10
1981	(2)	101	112	58	44	9
1982	(5)	109	107	56	44	(5)
1983	(6)	99	85	47	36	9
1984	(5)	144	115	62	24	13
1985	9	125	82	54	21	9
1986	13	150	111	54	26	14
1987	(4)	126	112	54	26	14
1988	10	79	87	52	13	9
1989	(7)	131	97	61	29	(5)

Figuur 14

Aantal malen dat de morning-after pil is voorgeschreven naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1972-1989



De tijdelijke afname van het aantal voorschriften voor de morning-after pil in 1988 heeft plaats in nagenoeg alle leeftijds-, provincie- en urbanisatie groepen.

Het laat zich op basis van onze gegevens niet vaststellen wat 1988 tot zo'n bijzonder jaar maakt voor wat betreft de voorschriften voor de morning-after pil.

Omdat een 5-jarenklasse voor de jongere leeftijd een te grove indeling is, wordt bij de melding onder de 20 jaar verzocht de exacte leeftijd op te geven; met ingang van 1980 geschiedt dit eveneens voor patiënten ouder dan 50 jaar. Melding boven 50 jaar kwam in 1988 twee maal en in 1989 een maal voor. De absolute aantallen onder de 20 jaar zijn in tabel 18 te vinden.

Tabel 18: absoluut aantal malen dat de morning-after pil werd voorgeschreven aan vrouwen onder de 20 jaar, 1980-1989

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
11 jaar	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
12 jaar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 jaar	-	1	1	1	1	1	-	-	-	1
14 jaar	-	-	1	2	2	4	5	2	1	-
15 jaar	8	13	12	5	7	3	7	6	1	2
16 jaar	20	9	14	16	21	18	16	15	9	12
17 jaar	32	14	17	23	21	32	30	11	10	7
18 jaar	23	17	16	15	28	15	15	11	3	4
19 jaar	17	16	16	7	12	6	8	16	22	49
totaal	100	70	78	70	92	79	81	61	46	75

De gegevens in tabel 18 lijken erop te duiden dat de leeftijd waarop voorschriften voor de morning-after pil worden verstrekt iets naar boven opschuift. In de jaren 1988 en 1989 zijn het in de leeftijdsgroep van 10-20 jaar vooral de 19 jarige vrouwen die een voorschrift krijgen. In de jaren ervoor waren het meer de 16-18 jarigen.

De extrapolatie van de gevonden frequenties van de morning-after pil op de Nederlandse bevolking staan op blz. 113.

Vanaf 1983 is, op verzoek van Dr. M.R. van Santen, gyneacoloog te Zoetermeer, ook gevraagd het voorgeschreven preparaat te noteren. Dit om na te gaan of de 'nieuwe morning-after pil' (thans 2x2 tabletten à 0.250 mg levonorgestril en 0.050 mg ethinylestradiol, op één dag) de 'oude' (5 mg ethinylestradiol, gedurende 5 dagen) heeft verdrongen. Dit blijkt het geval te zijn. In 1980 gebruikte men nog in vrijwel 100% van de gevallen 5 mg EE, 1986 was dat percentage volgens deze registratie nog maar 15.

In de loop van 1986 verschenen publicaties waarin de effectiviteit van de 'nieuwe morning-after pil' in twijfel werd getrokken¹⁰. Ook anderen publiceerden over de grotere faalkans van de "alternatieve 2x2"-methoden¹¹. Daarin wordt geconcludeerd dat de faalkans acceptabel klein is; het falen met deze "alternatieve 2x2"-methoden blijkt vooral te wijten aan de moeizame **bruikbaarheid** ervan. Ook is gesuggereerd dat een 5-daagse behandeling meer dan één coïtus beschermt.

In 1987 wordt door de artsen in 30% van de voorschriften weer 5 mg ethinylestradiol gedurende 5 dagen uitgereikt aan de vrouwen. Binnen een jaar tijd lijkt hier dus een belangrijke verandering te zijn opgetreden. In 1988 was het percentage voorschriften voor 5 mg ethinylestradiol 29 en in 1989 23.

Thans heeft het er alle schijn van dat de huisarts zich meer inspant nauwkeurig de juiste indicatie (één coïtus) te stellen en alleen de juiste 50-er-preparaat voor te schrijven. Het vertrouwen in de morning-after pil lijkt daarmee hersteld.

Enige voorzichtigheid bij de interpretatie blijft echter geboden. Voorts zijn er aanwijzingen dat zelfmedicatie meer en meer voorkomt met de 'nieuwe morning-after pil' omdat deze morning-after pil tabletten gemakkelijk verkrijgbaar zijn. Foutief gebruik zoals verscheidene malen per cyclus, toepassing bij meer dan één onbeschermd coïtus of het gebruik van de verkeerde tabletten is denkbaar. In deze registratie wordt vastgesteld hoe vaak de huisarts gevraagd wordt de morning-after pil voor te schrijven.

Deze rubriek is voor 1990 op de weekstaat gehandhaafd met vermelding van het voorgeschreven produkt.

BRANDWONDEN

Brandwonden worden in de literatuur beschreven als de meest ernstige letsels die de mens kunnen treffen. De ernst wordt onder andere veroorzaakt doordat de brandwondpatiënt het ongeval zelf veelal zeer bewust meemaakt. Bovendien zijn de blijvende gevolgen van de verwondingen niet zelden aanzienlijk.

Over het totale aantal patiënten met brandwonden in Nederland zijn geen exacte gegevens beschikbaar. De Stichting Medische Registratie (S.M.R.) van de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG) maakt melding van jaarlijks ruim 4000 patiënten met brandwonden die in Nederlandse ziekenhuizen worden opgenomen. Van deze patiënten worden er jaarlijks 450 opgenomen in de gespecialiseerde brandwondencentra in het land (Beverwijk, Groningen en Rotterdam).

Verondersteld wordt dat per jaar door de huisarts 50.000 mensen met een brandwond worden behandeld. Dit cijfer is echter gebaseerd op een schatting.

De Nederlandse Brandwonden Stichting kent als een van haar doelstellingen het ondernemen van voorlichtingsactiviteiten inzake primaire en secundaire preventie van brandwonden. In het kader van onderzoek naar de mogelijkheden voor de preventie van brandwonden is van belang dat meer kwantitatieve informatie over door de huisarts behandelde brandwonden beschikbaar komt.

Immers, pas na analyse van het totale probleem van de brandwonden, en daaronder valt ook een nadere beschrijving van de omvang ervan, kunnen effectieve activiteiten in het kader van primaire en secundaire preventie worden ondernomen.

De vakgroep Gezondheidsvoorlichting en- opvoeding (GVO) van de Rijksuniversiteit Limburg (RL) (hoofd Prof. dr G.J. Kok) kreeg van de Nederlandse Brandwonden Stichting de opdracht een dergelijke analyse te verrichten. Voor het verzamelen van informatie over de door de huisarts behandelde brandwonden werden de CMR-Peilstations benaderd.

In de registratie wordt aandacht geschonken aan een vijftal aspecten:

1. de incidentie van brandwonden in Nederland waarvoor de huisarts wordt geconsulteerd,
2. de ernst van deze brandwonden, uitgedrukt in de oppervlakte en diepte van de verbranding,
3. de door de huisarts ingestelde behandeling,
4. de verwijzingen door de huisarts van patiënten met brandwonden,
5. het ontstaan van de brandwond, de toedracht van het ongeval.

In deze rapportage worden de uitkomsten vermeld van de registratie op de weekstaat. De rapportage over de analyse van de middels een aanvullende vragenlijst verzamelde gegevens betreffende de overige aandachtspunten zal elders plaatsvinden door Mevr. drs. O. van Rijn, van de vakgroep GVO van de RU Limburg.

Uitkomsten van de registratie

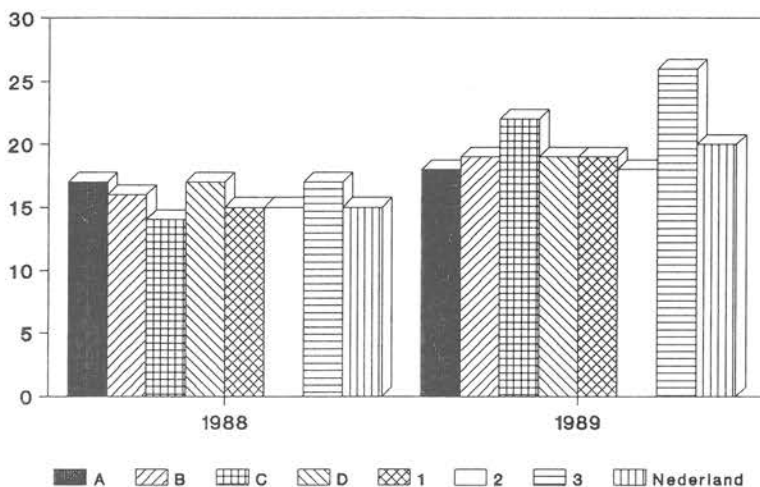
In tabel 19 worden de aantallen patiënten vermeld die de huisarts voor het eerst wegens een brandwond consulteren, naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 15).

Tabel 19: aantal patiënten met een brandwond waarvoor de huisarts voor het eerst is geconsulteerd per urbanisatie- en provinciegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, voor 1988 en 1989

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1988	M	17	16	14	17	15	15	17	15
1989		18	19	22	19	19	18	26	20
1988	V	19	12	26	24	16	21	31	22
1989		30	12	23	30	15	25	29	24
1988	T	18	14	20	20	16	18	24	19
1989		24	16	22	25	17	21	27	22

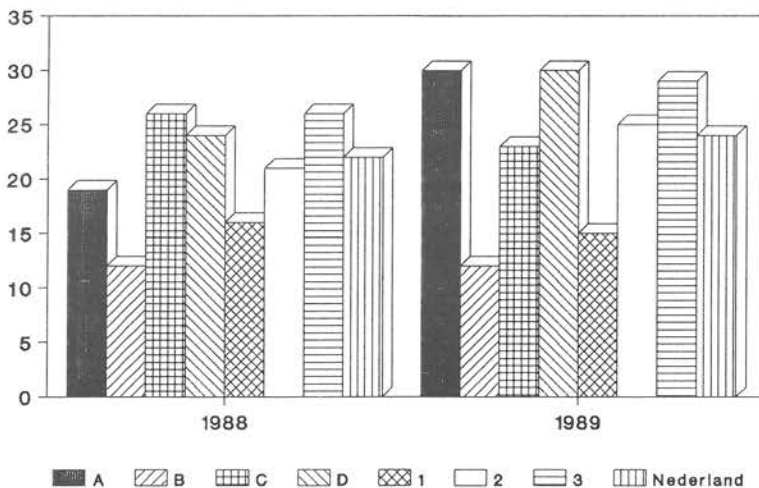
Figuur 15

Aantal eerste consulten wegens een brandwond per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1988-1989



Figuur 15

Aantal eerste consulten wegens een brandwond per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1989



Het aantal meldingen van eerste consulten bij de huisarts voor een brandwond is in beide jaren nagenoeg gelijk (± 20 per 10.000 personen).

Vrouwen bezoeken blijkens deze registratie iets meer dan mannen hun huisarts met een nieuwe brandwond (ratio vrouwen: mannen in 1988 1.47 en in 1989 1.20).

In de oostelijke provincies zijn beide jaren de minste meldingen gedaan; van platteland naar grote stad is er een toenemend aantal meldingen (van ± 16 tot ± 25 per 10.000 inwoners).

Er zijn geen belangrijke verschillen tussen de kwartalen vastgesteld in beide jaren.

Leeftijdverdeling

In tabel 20 zijn de aantallen patiënten die de huisarts voor 't eerst met een brandwond consulteren weergegeven naar leeftijd en geslacht (vergelijk figuur 16).

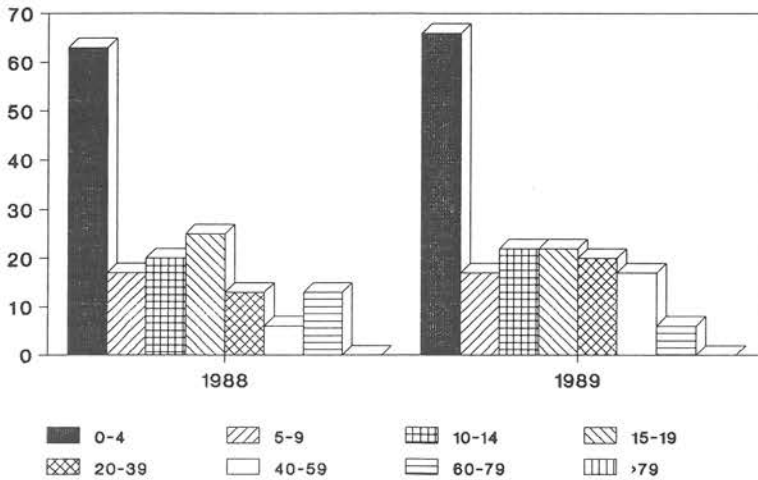
Tabel 20: aantal patiënten met een brandwond, waarvoor de huisarts voor 't eerst is geconsulteerd naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen

		Leeftijdsgroep							
		<4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60-79	>79
1988	M	63	17	20	25	13	6	13	0
1989		66	17	22	22	20	17	6	0
1988	V	56	15	2	16	29	15	17	(19)
1989		44	21	17	26	26	24	19	(21)
1988	T	60	16	11	21	21	12	15	(13)
1989		54	19	19	24	23	20	13	(14)

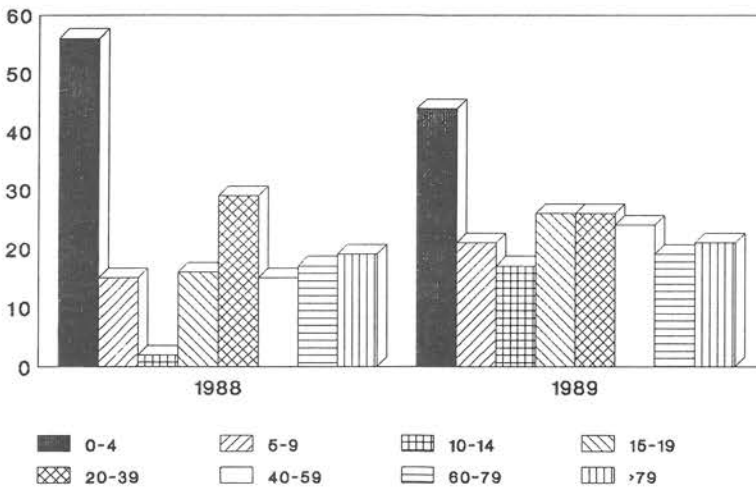
Figuur 16

Aantal patiënten met een brandwond, waarvoor de huisarts voor 't eerst is geconsulteerd naar leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1988-1989

mannen



vrouwen



De incidentie is het hoogst bij jonge kinderen.

Bij de kinderen onder de 20 jaar is de incidentie het hoogste bij jongens. Vanaf de leeftijd van 20 jaar vertonen vrouwen hogere incidentie cijfers. De nadere analyse van de bij deze registratie ingevulde aanvullende vragenlijsten zal de naar verwachting leeftijdspecifieke ongevals- mechanismen aan het licht moeten brengen. Daarover zal, zoals gezegd, separaat worden gerapporteerd.

Het onderwerp is in 1990 van de weekstaat afgevoerd.

SUICIDE(POGING)

In de jaren 1970-1972 heeft de suïcidepoging, geslaagd of niet-geslaagd, op de weekstaat gestaan. In overleg met de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid heeft de begeleidingscommissie besloten deze peiling te herhalen, zodat in 1979 het onderwerp weer op de weekstaat werd geplaatst.

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 het probleem.

De naam van de rubriek is tevens de definitie.

Van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is in samenwerking met Prof. dr. R.F.W. Diekstra, klinisch psycholoog te Leiden, een vragenformulier opgesteld. Op dit formulier staat ondermeer de vraag of de poging al dan niet geslaagd is geweest en op welke wijze de poging heeft plaatsgehad. Tevens worden vragen gesteld over contacten met de medische sector voorafgaande aan de suïcide(poging). Het essentiële is hier niet of de poging geslaagd was; het gaat primair om de intentie van de patient(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 1985-1989 respectievelijk 90, 90, 96, 83 en 89.

Het aantal pogingen per provincie- en urbanisatiegroep per 10.000 inwoners is in tabel 21 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de relatief lage frequentie beperkte waarde.

Wanneer naar de urbanisatiegraad gekeken wordt dan worden consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. Dit was in 1988 en 1989 ook 't geval namelijk 12 respectievelijk 10 per 10.000 inwoners.

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

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

Tabel 21: aantal meldingen van een suïcide(poging) per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1980-1989

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1980	9	4	8	5	4	7	9	7
1981	6	4	7	7	3	7	7	6
1982	10	5	9	6	2	6	15	8
1983	16	5	11	8	4	8	16	10
1984	4	4	9	9	4	5	15	7
1985	6	3	8	5	6	6	11	6
1986	8	5	7	6	5	4	15	7
1987	6	6	8	7	5	5	14	7
1988	9	4	7	5	3	5	12	6
1989	6	9	6	8	7	6	10	7

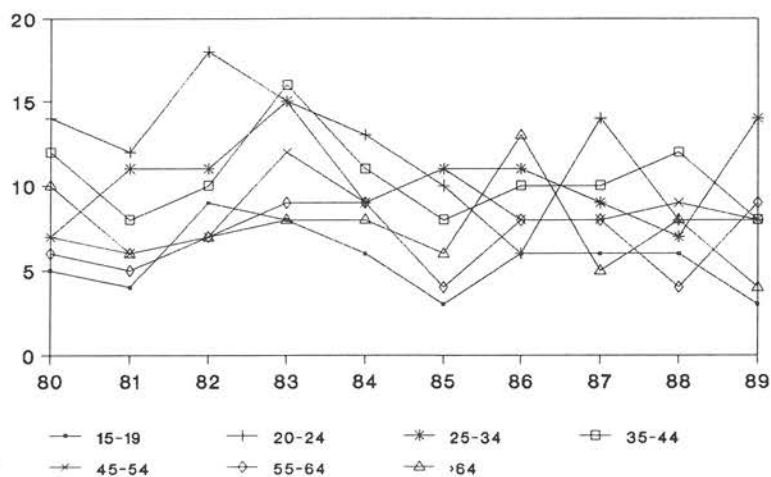
Leeftijdsverdeling

Tabel 22 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 17).

Tabel 22: aantal meldingen van een suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1980-1989

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	<64
1980	-	5	14	7	12	7	6	10
1981	(2)	4	12	11	8	6	5	6
1982	-	9	18	11	10	7	7	7
1983	-	8	15	15	16	12	9	8
1984	-	6	13	9	11	9	9	8
1985	(1)	3	10	11	8	11	4	6
1986	(4)	6	6	11	10	8	8	13
1987	-	6	14	9	10	8	8	5
1988	-	6	8	7	12	9	4	8
1989	-	(3)	8	14	8	8	9	4

Figuur 17
Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1980-1989



Ook met betrekking tot leeftijdsgroepen is de uitsplitsing van beperkte waarde vanwege de geringe absolute aantallen en de hierbij gemakkelijk optredende oscillaties. De leeftijdsgroepen van de 25-34 jarigen en de 65-plussers laten de laatste jaren dergelijke schommelingen zien. Deze rubriek is in 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJN

Er zijn aanwijzingen dat een subarachnoïdale bloeding voorafgegaan wordt door een zogenaamde 'warning leak'¹² (zie ook het verslag van de jaarlijkse bijeenkomst, pag. 4). Deze waarschuwendende bloeding zou een kleine bloeding in de aneurysmawand kunnen zijn zonder dat het tot een ruptuur komt of een bloeding als gevolg van een kleine, niet doorzettende ruptuur. Deze 'warning leak' zou zich uiten in de vorm van een acute, ongewone en heftige hoofdpijn, zoals de patiënt die nog nimmer heeft meegemaakt.

De verwachting bestaat dat de prognose van een subarachnoïdale bloeding gunstiger is bij de herkenning en behandeling van de 'warning leak'. De patiënt is nog in een goede conditie en de 'bloeding' nog van geringe omvang. Neurochirurgisch ingrijpen in die situatie is eenvoudiger dan wanneer er sprake is van een bloeding van grotere omvang.

Het onderzoek waarin de bovengenoemde aanwijzingen voor het optreden van een 'warning leak' zijn gevonden betrof een case-control studie onder ziekenhuispatiënten: patiënten die opgenomen waren met een subarachnoïdale bloeding en als controles patiënten opgenomen wegens een herseninfarct en bij 100 patiënten die om niet-neurologische redenen waren opgenomen.

Bij de tweede controle-groep kwam een acute ongewone zeer heftige hoofdpijn niet in de anamnese voor. In de controlegroep van neurologische patiënten significant minder.

Naast de vraag naar de incidentie van acute ongewone heftige hoofdpijn in de algemene praktijk is er de vraag of deze acute ongewone hoofdpijn ook wordt gevolgd door een subarachnoïdale bloeding binnen een jaar. Hoofdpijn is geen ongewone klacht die aan de huisarts wordt gepresenteerd; kan de huisarts te midden van deze ruis de acute heftige ongewone hoofdpijn als signaal wel herkennen? Is dat wel mogelijk?

Dr. E. Wijdicks, neuroloog verbonden aan de afdeling Neurologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht is de rubriekhouder van deze registratie. Elke patiënt die de huisarts consulteert met een acute ongewone heftige hoofdpijn dient te worden gemeld.

Criteria voor de registratie zijn:

- hoofdpijn die van de ene op de andere seconde ontstaat of binnen een minuut maximaal van intensiteit wordt, en
- zeer heftig en ongebruikelijk is en
- minstens een uur bestaat.

De lokalisatie van de hoofdpijn is niet van belang; er kunnen andere symptomen optreden (bewustzijnsverlies van korte duur, misselijkheid en of braken, een hangend ooglid en eventueel dubbelzien).

In een aanvullende vragenlijst worden nadere gegevens van de patiënt geregistreerd. Indien de patiënt wordt verwezen wordt door de onderzoekers (dr. E. Wijdicks en mevrouw drs. F. Linn) contact opgenomen met de neuroloog waarheen is verwezen.

Rapportage over dit deel van het onderzoek heeft elders plaats.

In tabel 23 worden de aantallen patiënten met een acute ongewone en heftige hoofdpijn vermeld per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners.

Tabel 23: aantallen patiënten met acute ongewone en heftige hoofdpijn per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1988-1989

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1988	M	4	3	1	1	4	2	1	2
1989		1	2	1	3	1	2	3	2
1988	V	1	3	3	2	3	2	3	2
1989		1	1	1	3	1	1	1	1
1988	T	2	3	2	2	3	2	2	2
1989		1	1	1	3	1	2	1	1

Bij deze geringe incidentie is het niet verantwoord uitspraken te doen over de verschillen tussen de subgroepen.

leeftijdsverdeling

In tabel 24 worden de aantallen patiënten met een acute ongewone heftige hoofdpijn vermeld naar leeftijd en geslacht.

Tabel 24: aantal patiënten met acute ongewone heftige hoofdpijn per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 1988-1989

Leeftijdsgroep	1988		1989	
	M	V	M	V
< 10	-	-	-	-
10-19	(2)	(1)	(2)	-
20-29	(1)	(2)	(1)	(1)
30-39	(5)	(4)	(2)	(1)
40-49	(3)	(2)	(2)	(1)
50-59	-	(4)	(1)	-
60-69	-	(7)	(4)	(5)
70-79	(1)	-	(2)	(2)
> 79	-	-	-	(4)

Blijkens de registratie tot nu toe komt acute ongewone en heftige hoofdpijn onder de leeftijd van 10 jaar niet voor.

Er lijkt geen specifieke leeftijdsverdeling voor dit probleem te bestaan.

De rubriek is in 1990 op de weekstaat gehandhaafd. Vanaf begin 1990 is het aantal bij deze registratie betrokken huisartsen aanzienlijk uitgebreid. Dit laatste is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

ZWANGERSCHAP ONDANKS ADEQUAAT TE ACHTEN ANTICONCEPTIE

In Nederland is sprake van een belangrijke mate van acceptatie en gebruik van adequaat te achten methoden van anticonceptie.

Uit het Onderzoek Gezinsvorming 1982 van het Centraal Bureau voor Statistiek¹³ blijkt dat in dat jaar 38% van de vrouwen in de leeftijdsgroep van 18-37 jaar de pil of de prikpil gebruikt, 8% een I.U.D., in 13% of de vrouw of de man is gesteriliseerd, in 6% van de relaties een condoom wordt gebruikt en 2% een andere methode van anticonceptie gebruikt, waaronder het pessarium, periodieke onthouding en coïtus interruptus.

In de genoemde leeftijdsgroep is 4% van de vrouwen zwanger; eveneens 4% is onvruchtbaar gebleken en 24% tenslotte gebruikt geen anticonceptie. Dit laatste in de meeste gevallen omdat men een kind wenst of omdat men geen seksuele relatie heeft.

Bij de keuze voor een methode van anticonceptie is een van de criteria de mate van betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de gebruikte methode is daarvan een aspect en het juiste gebruik van de methode een ander. Bij het falen van anticonceptie is veelal op voorhand niet duidelijk waar de oorzaak ligt. Onderzoek naar de oorzaken van falen van anticonceptie en naar zwangerschap als gevolg daarvan vindt regelmatig plaats¹⁴.

Dit onderzoek vond echter veelal plaats bij vrouwen die zich voor het laten afbreken van een ongewenst zwangerschap hadden gemeld bij een van de abortusklinieken die deelnamen aan de Permanente Registratie Abortus door Stimezo Nederland.

Deze groep vrouwen is uiteraard niet representatief voor die vrouwen die als gevolg van het falen van de anticonceptie zwanger worden. Een aantal vrouwen zal namelijk besluiten zwangerschap te accepteren en te voldragen.

Overleg met Dr. E. Ketting, toenmalig onderzoeker van Stimezo Nederland en thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek, en Dr. M.R. van Santen, gynaecoloog te Zoetermeer leidde tot het besluit het onderwerp falende anticonceptie op de weekstaat te plaatsen.

Gevraagd wordt te registreren wanneer bij een vrouw een zwangerschap is vastgesteld ondanks adequate maatregelen ter voorkoming van zwangerschap.

Middels een aanvullende vragenlijst registreert de peilstationarts de duur van de zwangerschap, de leefsituatie van de vrouw, de methode van anticonceptie welke is gebruikt, de mogelijke oorzaak van het falen en voor zover bekend het verloop van de zwangerschap (spontane abortus, abortus provocatus, intentie de zwangerschap te voldragen).

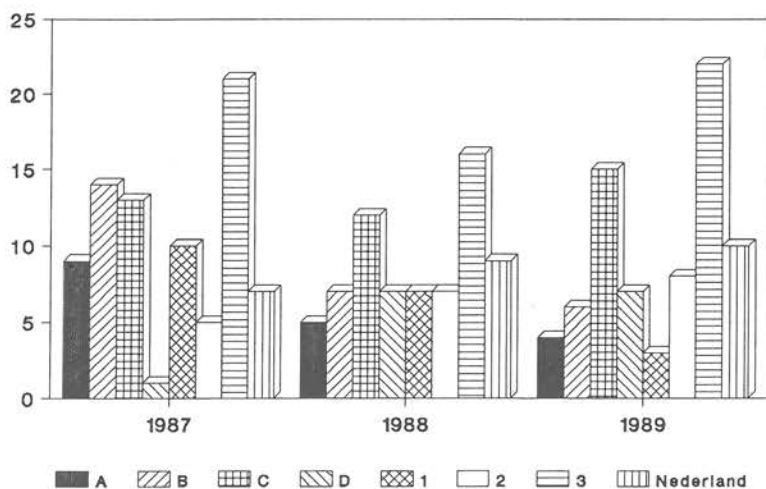
In tabel 25 worden de aantallen vrouwen met een zwangerschap, ondanks adequate anticonceptie gegeven per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland. De cijfers hebben betrekking op de vruchtbare leeftijd (vergelijk figuur 18).

Tabel 25: aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat te achten anticonceptie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 vrouwen van 10-49 jaar in 1987-1989

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1987	9	14	13	1	10	5	21	7
1988	5	7	12	7	7	7	16	9
1989	4	6	15	7	3	8	22	10

Figuur 18

Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1987-1989



Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van deze gegevens; incidentie de gebeurtenis komt in absolute zin weinig frequent voor. De cijfers geven de indruk dat het falen van adequaat te achten anticonceptie meer voorkomt in het westen van het land en in de grote steden. Ook lijkt er sprake van enige toename.

Leeftijdsverdeling

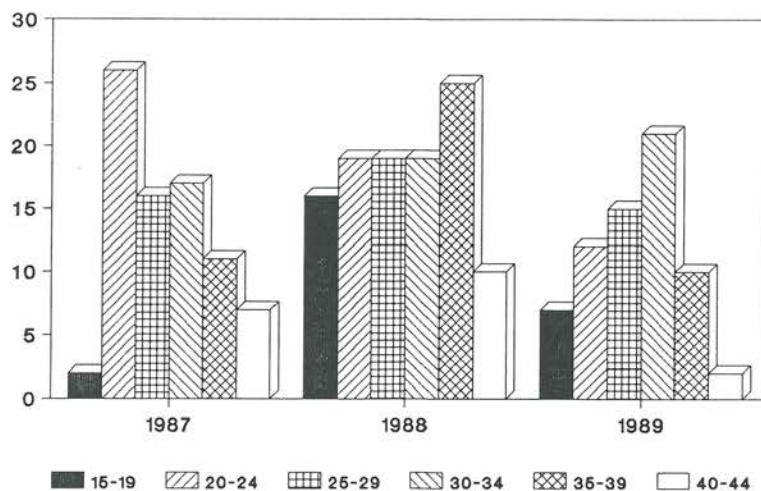
Tabel 26 geeft het voorkomen van zwangerschap ondanks adequate anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1989 (vergelijk figuur 19).

Tabel 26: aantal zwangerschappen ondanks adequaat te achten anticonceptie per leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen in 1987-1989

	leeftijdsgroep					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
1987	2	26	16	17	11	7
1988	16	19	19	19	25	10
1989	13	20	26	40	19	4

Figuur 19

Aantal vrouwen met een zwangerschap ondanks adequaat geachte anticonceptie per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1987-1989



In deze registratie van 1987-1989 zijn geen zwangerschappen ondanks adequaat te achten anticonceptie gemeld onder de leeftijd van 15 jaar en boven de leeftijd van 44 jaar.

1988

Van de 62 gemelde zwangerschappen worden 20 voldragen. Er treedt 3 maal een spontane abortus op en tweemaal een extra-uterine graviditeit. Van de 62 vrouwen vragen 30 om beëindiging van de zwangerschap. In 7 gevallen is op moment van registratie nog niet bekend hoe de afloop van de zwangerschap zal zijn.

Van de 33 ongehuwden laten 20 vrouwen de zwangerschap afbreken; bij een vrouw treedt een extra-uterine graviditeit op. Van 4 vrouwen is geen beslissing bekend en 8 vrouwen kiezen voor het voldragen van de zwangerschap. Van de 29 gehuwde vrouwen kiezen er 10 voor een abortus. Er treden 3 spontane abortussen op en ook een extra-uterine graviditeit. Van 3 is geen keuze bekend; 12 voldragen de zwangerschap.

1989

Van de 68 gemelde zwangerschappen worden 30 voldragen, er treden 2 spontane abortussen op en eenmaal een partus bij 28 weken de overige zwangerschappen (33) zijn of zullen worden beëindigd. In 2 situaties is ten tijde van de registratie nog niet beslist over het verloop van de zwangerschap. Van de ongehuwden laten 23 van de 38 vrouwen de zwangerschap afbreken; er worden 15 zwangerschappen uitgedragen.

Van de 30 zwangerschappen, die ondanks anticonceptie in een relatie van gehuwden ontstaat is het aantal zwangerschappen dat afgebroken wordt 10,15 zwangerschappen bij gehuwden worden voldragen.

Deze gegevens vormen de eerste, ooit in Nederland verzamelde, die een indruk geven van het al of niet kiezen voor abortus bij een ongeplande zwangerschap bij adequaat geacht gebruik van anticonceptie.

De resultaten over de periode 1987-1989 laten zien dat 52% van de vrouwen voor abortus kiest en 36% voor het voldragen van de zwangerschap. Van de ongehuwde vrouwen kiest bijna tweederde voor beëindiging van de zwangerschap; van de gehuwde vrouwen bijna 40%.

In 1990 is deze rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

MAMMOGRAFIE 1988-1989

De discussie over een landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker heeft decennia lang geduurd. In 1968 stelde de commissie 'Vroege opsporing en behandeling van Kanker' van het Koningin Wilhelminafonds nog dat "een massaal onderzoek naar borstkanker weinig zinvol lijkt".

De uitkomsten van de in 1963 in New York gestarte H.I.P.-studie, die vanaf 1971 beschikbaar kwamen gaven echter een duidelijke daling te zien van de sterfte aan borstkanker in de groep vrouwen die ouder dan 50 jaar waren. Deze resultaten waren aanleiding in Utrecht en Nijmegen proefprojecten op te zetten. Uit beide projecten afkomstige gegevens maken waarschijnlijk dat screening op borstkanker een gunstig effect heeft op de sterfte aan deze aandoening.

In 1987 brachten zowel de Gezondheidsraad als de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een positief advies uit over de aanvaardbaarheid 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,gedurende de jaren 1990-1993.

Het aantal mammografieën dat jaarlijks in de Nederlandse ziekenhuizen wordt verricht is niet goed bekend. Naar schatting bedraagt het aantal voor 1987 110 à 140 duizend. Over de indicaties op grond waarvan onderzoeken aangevraagd zijn is nog minder bekend.

Het wordt door het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur en de Ziekenfondsraad beleidsmatig van belang geacht goed geïnformeerd te zijn over de huidige aantallen mammografieën en vooral ook over verschuivingen die hierin op kunnen treden wanneer het bevolkingsonderzoek gefaseerd ingevoerd wordt.

De gefaseerde invoering van het landelijk onderzoek betekent dat gedurende een periode van enkele jaren op de ene plaats wel en elders geen bevolkingsonderzoek plaats zal hebben. Waar wel bevolkingsonderzoek plaats heeft, zullen vrouwen jonger dan 50 jaar vooralsnog niet in de gelegenheid worden gesteld deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Dit in afwachting van de resultaten van nader wetenschappelijk onderzoek.

Deze beide omstandigheden kunnen leiden tot een extra beroep op de aanwezige capaciteit. Zowel vrouwen in gebieden waar nog geen screeningsonderzoek plaatsheeft als vrouwen onder de 50 jaar kunnen van mening zijn dat ook zij voor een mammografie in aanmerking dienen te komen.

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 1-1-1987 voor het jaar 1988 en na 1-1-1988 voor het jaar 1989 ooit een mammografie is verricht. Is bij een vrouw na de van toepassing zijnde datum ooit een mammografie verricht en wordt er **opnieuw** een dergelijk onderzoek gedaan dan dient dit te worden geregistreerd onder de subgroep 'herhalingsonderzoek'. Beide subgroepen kennen een nader onderscheid naar indicatiegebied: klachten en symptomen enerzijds en anderzijds louter preventieve overwegingen.

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 het onderzoek naar de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker verricht in opdracht van het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (projectleider Prof. dr P.J. van der Maas, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam).

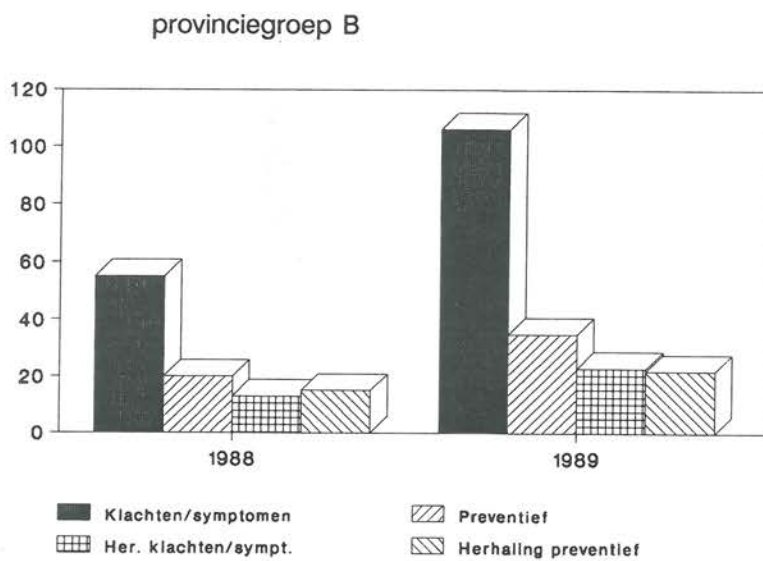
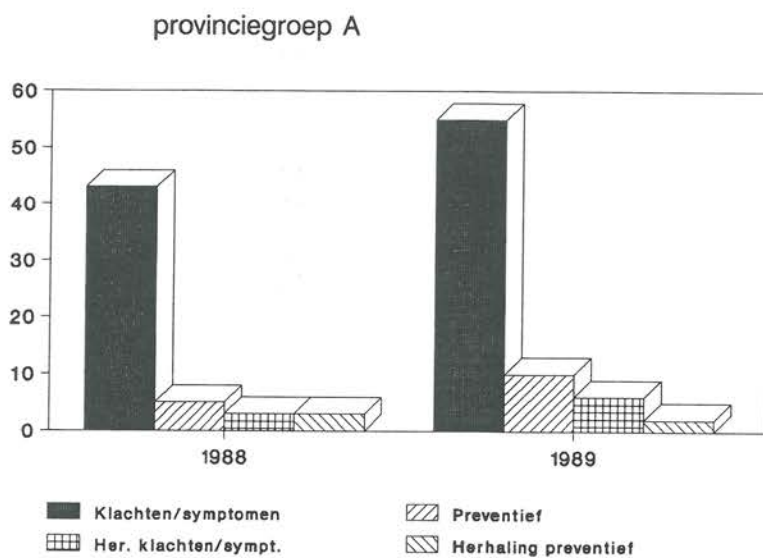
In tabel 27 worden de aantallen mammografieën vermeld per provincie- een urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 20 en 21).

Tabel 27: aantal mammografieën per provincie- en urbanisatiegroep en Nederland per 10.000 vrouwen in 1988 en 1989

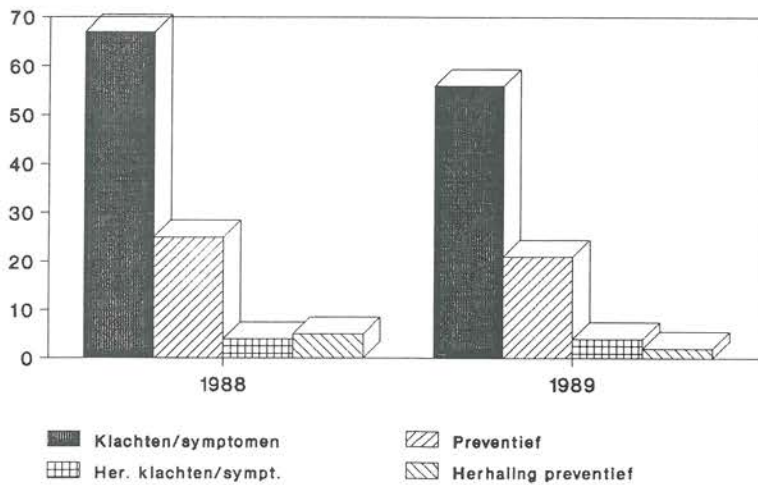
		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
eerste mammo- grafie klachten/ symptomen	1988	43	55	67	69	60	62	62	62
	1989	55	106	56	70	112	56	69	67
'preventief'	1988	5	20	25	12	20	17	19	18
	1989	10	35	21	14	42	15	18	20
herhalingsmammo- grafie klachten/ symptomen	1988	3	13	4	9	12	6	4	6
	1989	6	23	4	7	20	6	7	8
'preventief'	1988	3	15	5	8	14	5	4	6
	1989	2	22	2	8	21	4	4	7

Figuur 20

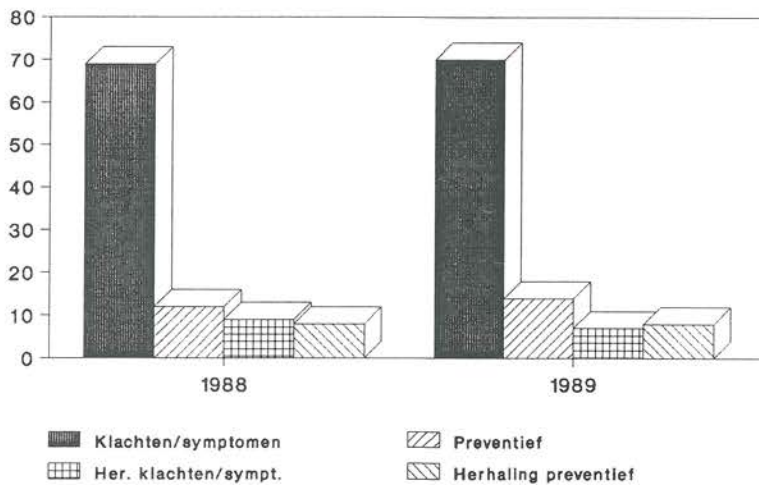
Aantal mammografieën per provinciegroep, per 10.000 vrouwen, 1988-1989



provinciegroep C

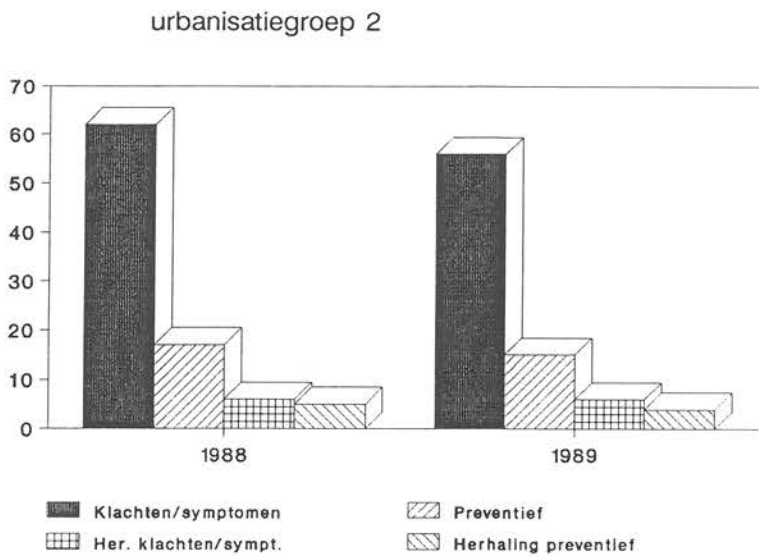
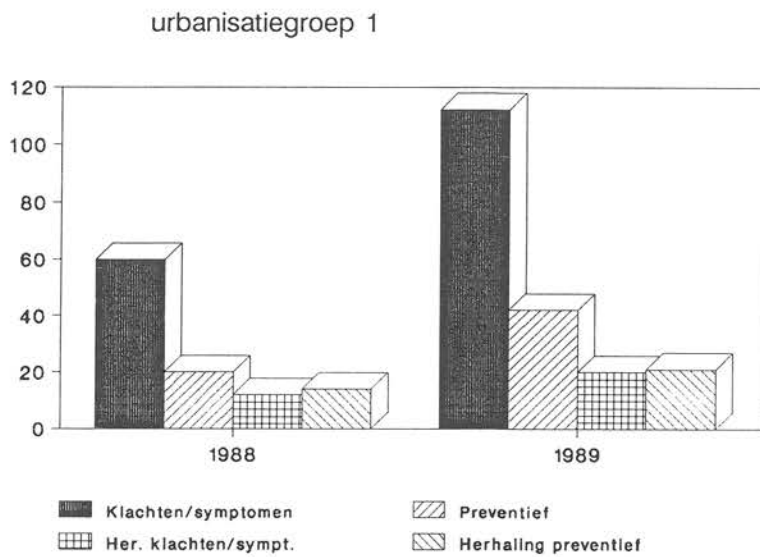


provinciegroep D

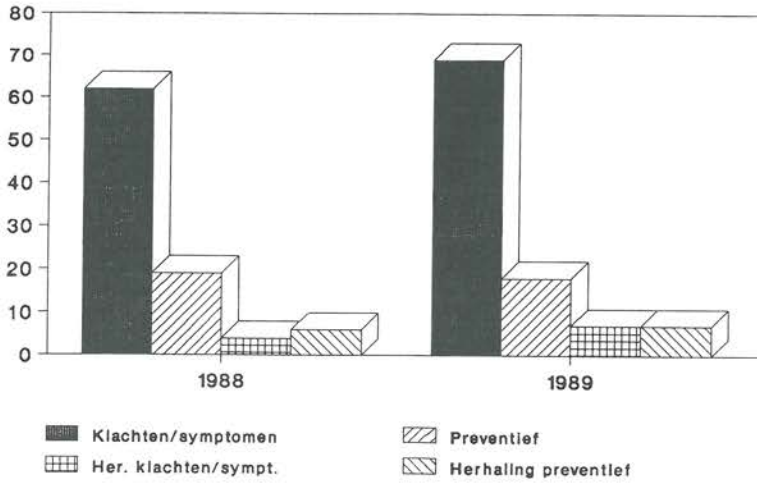


Figuur 21

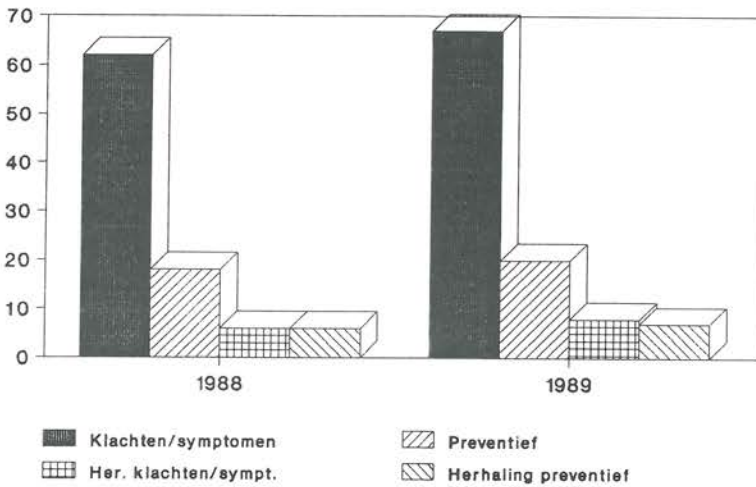
Aantal mammografieën per urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 1988-1989



urbanisatiegroep 3



Nederland



In de oostelijke provincies worden in de meeste indicatiegroepen meer mammografieën aangevraagd dan in de andere provincies. Enkel voor de eerste mammografieën in 1988 is dit niet van toepassing.

Voor het platteland geldt hetzelfde; ook daar worden, behalve in het eerste registratiejaar voor de eerste mammografieën, meer onderzoeken aangevraagd dan in de beide andere urbanisatiegroepen.

Het totale aantal mammografieën ligt in 1989 elf procent hoger dan het jaar ervoor. Deze stijging blijkt vooral op te treden in de oostelijke provincies en op het platteland. Een kwart van de mammografieën is als preventief geregistreerd.

In tabel 28 worden de aantallen mammografieën vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen).

Tabel 28: aantal mammografieën naar leeftijdsgroep per 10.000 vrouwen voor 1988 en 1989

leeftijds- groep	indicatie eerste mammografie klacht./sympt.		('preventief')		herhalings mammografie klacht./sympt.		('preventief')	
	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989
15-19	(4)	(6)	-	-	-	-	(2)	-
20-24	32	34	(2)	(5)	(2)	(2)	-	-
25-29	61	66	11	14	(2)	(5)	(2)	(2)
30-34	114	98	30	26	10	11	(6)	(6)
35-39	135	138	35	51	14	16	(11)	18
40-44	145	181	50	42	18	24	12	18
45-49	134	174	45	39	18	16	16	21
50-54	92	104	32	55	14	14	(9)	14
55-59	75	92	20	35	(9)	14	(12)	17
60-64	65	74	31	28	(3)	(6)	(9)	(12)
65-69	53	35	18	(11)	(4)	(4)	-	(4)
70-74	33	21	(4)	(13)	(4)	(8)	(4)	-
75-79	(10)	31	(5)	-	(5)	(10)	(5)	-
80-84	(7)	-	-	-	-	-	(7)	-
>84	-	(9)	-	-	-	-	-	-

De registratie laat zien dat mammografieën vooral aangevraagd worden in de leeftijdsgroepen tussen 35 en 50 jaar. Dit "worried-well" patroon is voor beide jaren waarin tot nu toe is geregistreerd, hetzelfde.

Opmerkelijk is dat er tot dusver nog géén toename optreedt in het aantal **eerste** preventieve mammografieën in de leeftijd tussen 40 en 50 jaar. In de leeftijd tussen 50 en 60 en de groep 35-39 jaar is echter wél een sterke toename aanwijsbaar voor preventieve mammografieën.

Het merendeel van de door de peilstationartsen aangevraagde mammografieën vallen buiten die leeftijdsgroepen, die door het voorgestelde bevolkingsonderzoek worden omvat (zie ook tabel 29).

Tabel 29: proportionele verdeling mammografieën naar drie leeftijdsgroepen. Procenten

leeftijdsverdeling totaal aantal mammografieën				
jaar	<50	50-69	>69	totaal
1988	73	24	3	100
1989	72	25	3	100
Leeftijdsverdeling 'eerste' mammografieën				
1988	74	24	2	100
1989	73	25	2	100

In 1990 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd.

CONCERN ABOUT AIDS 1988 en 1989

Huisartsen worden in hun praktijk slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en seropositiviteit. Slechts huisartsen in Amsterdam en enkele andere grote steden en een enkele huisarts daarbuiten zullen in hun praktijk patiënten hebben die aan AIDS lijden of die seropositief zijn.

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 (sexsuele) relaties kan een reden zijn dat vragen leven over risico's besmet te worden met het H.I.V.

Van belang wordt geacht inzicht te krijgen in deze fenomenen.

In 1988 is gestart met de rubriek 'Concern about AIDS'. De Engelse aanduiding van de rubriek is afkomstig uit het project waarin peilstationnetwerken uit verschillende Europese landen gelijktijdig een aantal gegevens registreren die betrekking hebben op de onder de bevolking levende bezorgdheid over AIDS, voorzover die leidt tot een bezoek aan een huisarts.

Het doel van de registratie is de hulpvragen te inventariseren waaruit ongerustheid over of angst voor AIDS naar voren komt. Daarbij betreft het de hulpvragen van patiënten die niet aan AIDS lijden of niet 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.

De rubriek wordt verscheidene jaren op de weekstaat geplaatst.

Gevraagd wordt elk consult te registreren waarin òf door de patiënt of door de huisarts het onderwerp AIDS ter sprake wordt gebracht. In de aanvullende 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 plaats¹⁵. (drs. M. Moons en drs. L. Peters, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg).

In tabel 30: aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners 1988-1989

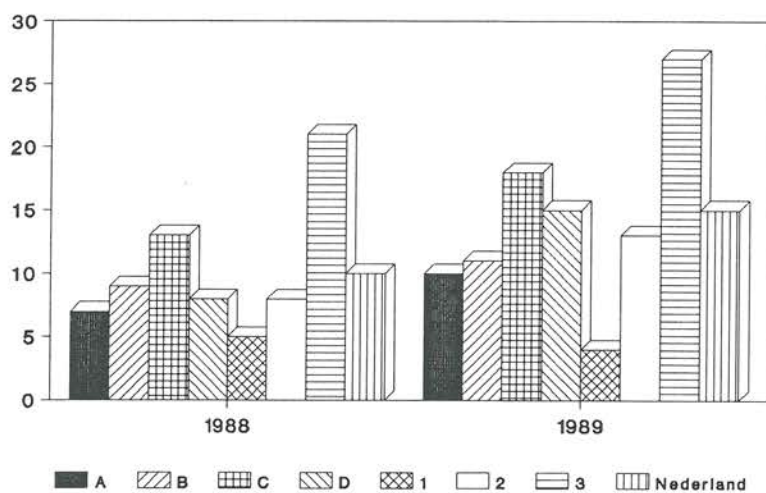
	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	7	9	13	8	5	8	21	10
1989	10	11	18	15	4	13	27	15

In 1989 zijn er meer consulten over AIDS dan in 1988: respectievelijk 15 versus 10 per 10.000 inwoners. De huisartsen in de westelijke provincies worden in 1988 en 1989 meer met vragen over AIDS geconfronteerd dan elders in Nederland. Dit geldt nog sterker voor de huisartsen in de grote steden (vergelijk figuur 22).

Uit aanvullende gegevens blijkt dat bijna 60% van alle consulten door een man wordt afgelegd. Onder de bellers van de AIDS-infolijn is het percentage mannen iets hoger bijna 66¹⁶.

Figuur 22

Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1988-1989



Leeftijdverdeling

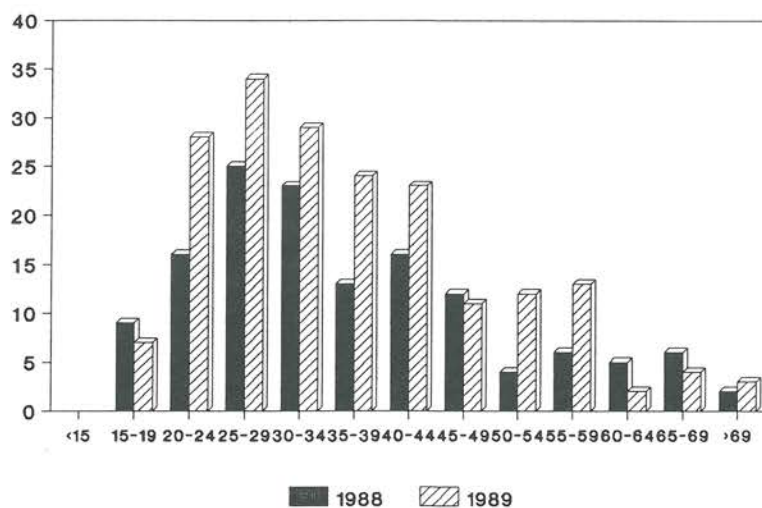
In tabel 31 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tesamen (vergelijk figuur 23).

Tabel 31: aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1988-1989

Leeftijdsgroep	1988	1989
< 15	-	-
15-19	9	7
20-24	16	28
25-29	25	34
30-34	23	29
35-39	13	24
40-44	16	23
45-49	12	11
50-54	4	12
55-59	6	13
60-64	(5)	(2)
65-69	(6)	(4)
<69	(2)	(3)

Figuur 23

Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1988-1989



Het merendeel van de vragen over AIDS bij de huisartsen wordt gesteld in de leeftijdsgroep van 20-44 jaar: in 1988 75% en in 1989 79%. Het jaarverslag van de AIDS-infolijn geeft een nagenoeg even hoog percentage.

Bij onze registratie is geen invloed vastgesteld van het seizoen: de kwartaalcijfers liggen gedurende beide jaren op eenzelfde niveau.

De rubriek is voor 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

Eind 1990 zullen de eerste gegevens uit de gemeenschappelijke registratie in het kader van het project van de Europese Gemeenschap (Eurosentinel) worden gepresenteerd.

NIJEW OPGENOMEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN EN ONTSLAGEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN 1986-1988

Na ontslag uit een psychiatrische voorziening breekt voor een patiënt in het algemeen een moeilijke periode aan waarin een nieuw evenwicht in het functioneren in een anders geregeleerde omgeving gevonden moet worden. Per jaar staan bijna 34.000 mensen voor deze opgave¹⁷. Een aantal van deze ongeveer 34.000 mensen staat in enig jaar verscheidene malen voor de opgave zich te redden buiten de muren van de instelling.

De vraag rijst of en zo ja door wie deze mensen begeleid worden bij dit zoeken naar een nieuw evenwicht. Een deel van het antwoord is, dat, in de eerste drie maanden na het ontslag de helft van deze mensen contact heeft met een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Of de andere helft van de ontslagen patiënten ook een vorm van professionele zorg krijgt is onbekend.

In 1985 werd in een gemeente in het noorden van het land door de afdeling Sociale psychiatrie van de Rijks Universiteit van Groningen onderzoek verricht naar de contacten van een honderdtal ontslagen psychiatrische patiënten met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en met de eerstelijnsgezondheidszorg. Het initiatief voor dit onderzoek was genomen door de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Bij dit onderzoek ging de belangstelling vooral uit naar het aandeel van de eerstelijnsgezondheidszorg in de nazorg voor de ontslagen psychiatrische patiënt. Er wordt hier niet ingegaan op de behoefte aan of noodzaak van professionele zorg na het ontslag.

Al bij de opzet van dit onderzoek bestond er belangstelling voor de vraag in hoeverre de bevindingen in de onderzoeksgemeente representatief zouden zijn voor het hele land.

Door de heer W. Frankenberg, arts en lid van het onderzoekersteam, is aan de begeleidingscommissie van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations het verzoek voorgelegd een deel van de vraagstelling van het zo juist genoemde onderzoek te herhalen.

Gevraagd wordt het eerste contact met of over een patiënt na diens ontslag uit een psychiatrische voorziening te registreren ongeacht de tijd tussen ontslag en het eerste contact, en ook ongeacht of het eerste contact verband houdt met de psychiatrische problematiek van de betrokkene. Onder deze registratie vallen dus ook de contacten met anderen dan de patiënt (partner, familie, bureu, politie enzovoort) voorzover het over de ontslagen patiënt gaat. Naar aanleiding van dit eerste contact wordt een vragenformulier ingevuld. De vragen, die voor een deel identiek zijn met de vragen die in het eerdergenoemde onderzoek zijn gesteld, betreffen aspecten van de opname van de patiënt, het ontslag, de berichtgeving over het ontslag en het eerste contact na het ontslag zelf. Ook over enkele aspecten van de nazorg voor de ontslagen patiënten zijn vragen gesteld. De gegevens die op deze wijze verzameld zijn, worden door de Groningse onderzoeksgroep verwerkt. Rapportage daarover heeft inmiddels elders plaatsgevonden¹⁸.

In tabel 32 worden de eerste contacten met of over ontslagen psychiatrische patiënten weergegeven naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 personen.

Tabel 32: aantal consulten met of over ontslagen psychiatrische patiënten naar provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 inwoners, voor 1986-1988

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1986	11	8	8	7	7	7	11	8
1987	8	8	10	8	4	7	17	9
1988	13	10	15	9	5	11	20	12

Uit de gegevens van het Nationaal Ziekenhuis Instituut blijkt dat bijna 34.000 patiënten in 1986 uit alle psychiatrische ziekenhuizen tesamen zijn ontslagen. Van de ontslagen patiënten (exclusief overleden patiënten) keert 63% terug naar het eigen milieu. Dat zijn ruim 21.000 patiënten.

Op basis van deze aantallen kan worden verwacht dat in 1% van de Nederlandse populatie 15 patiënten per 10.000 inwoners in 1986 ontslagen zijn uit een psychiatrisch ziekenhuis.

Het aantal geregistreerde **eerste** contacten na ontslag in 1986 is lager dan het verwachte aantal: 8 versus 15 per 10.000 inwoners.

Op de jaarlijkse bijeenkomst in januari 1987 is dit probleem besproken met de peilstationartsen in aanwezigheid van de rubriekhouder de heer W. Frankenberg. In overleg met de peilstationartsen is de registratieprocedure aangepast.

In de loop van 1987 is duidelijk geworden dat ook met de gewijzigde registratieprocedure er geen verandering is opgetreden in het aantal meldingen. In 1988 is er sprake van een toename van het aantal meldingen, dat echter nog achter blijft bij het aantal verwachte meldingen.

De cijfers van 1987 zijn aanleiding geweest te besluiten voor 1988 opnieuw veranderingen aan te brengen in de registratie. Nu in de vorm van een nieuwe rubriek op de weekstaat: opname psychiatrische patiënt.

In tabel 33 worden de meldingen van de opgenomen psychiatrische patiënten weergegeven voor de provinciegroepen en naar urbanisatiegraad en voor Nederland.

Tabel 33: aantal nieuw opgenomen psychiatrische patiënten naar provinciegroep en urbanisatiegraad per 10.000 inwoners voor 1988

	provinciegroep				urbanisatiegraad			Neder- land
	A	B	C	D	1	2	3	
1988	12	12	13	12	6	12	17	12

Het aantal meldingen van nieuw opgenomen psychiatrische patiënten komt in grote lijnen overeen met het aantal meldingen van (eerste contacten met of over) ontslagen psychiatrische patiënten.

Het probleem van de verschillen tussen de verwachte en de gemelde aantallen blijft bestaan. Mogelijke verklaringen van deze verschillen zijn elders besproken.

Leeftijdverdeling

In tabel 34 worden de gegevens gepresenteerd van het aantal eerste contacten met of over een ontslagen psychiatrische patiënt naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners.

Tabel 34: aantal eerste contacten met of over een ontslagen psychiatrische patiënt naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners voor 1986-1988

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1986	(1)	(1)	10	13	13	11	11	7
1987	(1)	5	12	13	16	9	11	6
1988	0	(2)	8	19	26	9	13	13

In tabel 35 staan de gegevens van de nieuw opgenomen psychiatrische patiënten naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners.

Tabel 35: aantal nieuw opgenomen psychiatrische patiënten naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners voor 1988

	Leeftijdsgroep							
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1988	0	(4)	12	19	26	13	8	15

Onder de twintig jaar worden weinig opnames en eerste contacten met of over ontslagen patiënten gemeld. Dit komt overeen met de verwachting. Het aantal ontslagen kinderen uit psychiatrische voorzieningen bedraagt landelijk ongeveer 400 per jaar. Opname en ontslag uit een psychiatrische voorziening doet zich dus vooral voor boven de leeftijd van twintig jaar. In de jaren 1986 en 1987 zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen niet groot. Het jaar 1988 vormt daarop een uitzondering. In de leeftijdsgroepen van 25-34 en 35-44 jaar is er in 1988 sprake van duidelijk meer meldingen van opnames en eerste contacten na een ontslag. Dit kan het gevolg zijn

van de andere wijze van registreren. De leeftijdsverdeling van opgenomen en ontslagen psychiatrische patiënten komt met elkaar overeen.

De rubriek is in 1989 van de weekstaat afgevoerd.

ECHOGRAFIE

De echografie wordt beschouwd als een betrouwbaar en veilig hulpmiddel bij de diagnostiek van een aantal aandoeningen. In specifieke toepassingsgebieden zoals de diagnostiek van aandoeningen van de galblaaswegen heeft de techniek andere onderzoeksmethoden overtroffen. Als een niet-invasieve methode kan het agressievere onderzoeken vervangen.

Het indicatiegebied voor de toepassing van de echografie is nog steeds in ontwikkeling. Verbetering van de techniek zal nog plaatshebben. Of daarmee ook de toepassing van deze techniek nog zal toenemen is evenwel de vraag. De bereikbaarheid van een orgaan en de expertise van de echografist blijven in de toekomst de beperkende factoren.

Nieuwe diagnostische technieken worden in eerste instantie door specialisten gehanteerd. Bij gebleken verbetering van de diagnostiek van een aandoening met behulp van een nieuwe techniek gaan ook huisartsen van zo'n techniek gebruik maken. Ook voor het uitsluiten van een aandoening kan de nieuwe onderzoeksmethode worden gebruikt.

Thans is de situatie in Nederland dat op een enkele uitzondering na alle ziekenhuizen over de zogenaamde real-time apparatuur beschikken. Middels een verzoek aan de radioloog kan de huisarts over deze onderzoekstechniek beschikken.

De vraag is in welke mate dit plaatsheeft.

De peilstationarts wordt gevraagd elke aanvraag om echografie te melden met daarbij de reden van de aanvraag, de klinische vraagstelling, en de regio van het lichaam of orgaan waarvan een echografie is gevraagd.

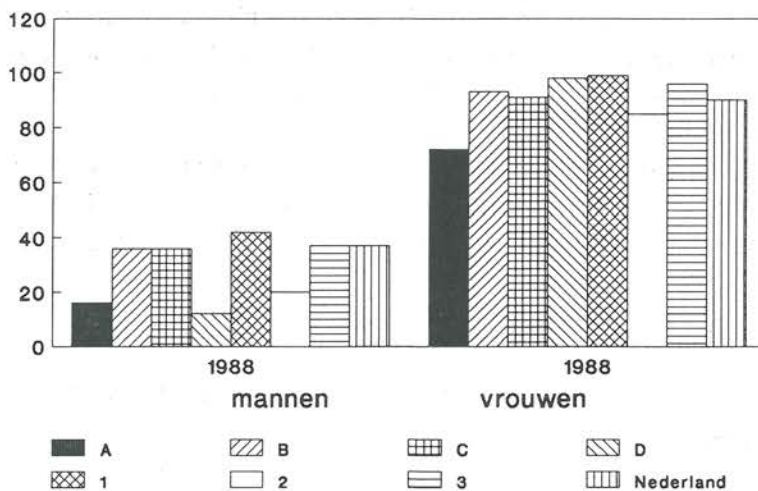
In tabel 36 worden de aantallen aanvragen voor echografie vermeld per provincie en- urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 24).

Tabel 36: aantal aanvragen voor echografie per provincie en- urbanisatiegroep voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1988

	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder-land
	A	B	C	D	1	2	3	
M	16	36	36	12	42	20	37	27
V	72	93	91	98	99	85	96	90
T	45	65	64	56	70	53	68	59

Figuur 24

Aantal aanvragen voor echografie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1988



In de noordelijke provincies worden minder echografieën aangevraagd dan in een van de andere provinciegroepen: 45 per 10.000 inwoners versus \pm 60 per 10.000 inwoners.

Op het verstedelijkt platteland en in de kleine steden is het aantal aanvragen lager dan in beide andere urbanisatiegroepen: 53 per 10.000 inwoners versus \pm 70 per 10.000 inwoners.

Er is een duidelijk verschil in het aantal aanvragen dat voor mannen en dat voor vrouwen wordt gedaan: 27 per 10.000 mannen versus 90 per 10.000 vrouwen.

In de subgroepen varieert de verhouding vrouwen en mannen van 8,2: 1 in de zuidelijke provincies tot 2,4: 1 op het platteland. Dit zijn aanzienlijke verschillen.

In twee praktijken wordt geen enkele melding gemaakt van echografisch onderzoek; het hoogste aantal aanvragen per 10.000 patiënten in één peilstation is 141. De mediaan is 51 aanvragen per 10.000 patiënten; het gemiddelde is 59 (spreiding 0-141).

Tussen de kwartalen zijn met betrekking tot het aantal verzoeken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen geen belangrijke verschillen gevonden.

Leeftijdsverdeling

In tabel 37 worden de aanvragen voor echografie vermeld naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen.

Tabel 37: aantal aanvragen voor echografie naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1988

Leeftijdsgroep	mannen	vrouwen
1- 9	(3)	(4)
10-19	5	19
20-29	14	123
30-39	38	134
40-49	28	122
50-59	43	108
60-69	52	82
70-79	63	76
> 79	(33)	61

De leeftijdsverdeling van de aanvragen voor echografie is minder vreemd dan op het eerste gezicht lijkt.

Onder het jaar is de echografie van de heup een goed alternatief voor de röntgenfoto bij de diagnostiek van heupdysplasie¹⁹.

In deze registratie wordt in 6 van de 45 peilstations echografisch onderzoek van de heup aangevraagd bij kinderen onder het jaar (2% van alle aanvragen). Tot de leeftijd van 20 jaar zijn er vervolgens weinig aanvragen: de aandoeningen die met echografie opgespoord kunnen worden komen in dat traject weinig voor.

In ruim 38% van de aangevraagde echografieën betreft het onderzoek van de onderbuik bij een vrouw; veelal in de leeftijd van 25-49 jaar.

Echografisch onderzoek van de bovenbuik heeft meer plaats bij vrouwen dan bij mannen. Het betreft nagenoeg altijd patiënten ouder dan 30 jaar.

Bij 12% van de aangevraagde onderzoeken wordt naar mogelijke pathologie in de nierregio gezocht. De leeftijd van de patiënten varieert van 7-87 jaar; bij bijna de helft van de aanvragen ligt de leeftijd van de patiënt tussen de 30 en de 50 jaar. (Deze groep maakt 29.4% van de populatie uit).

Wegens een verdenking op afwijkingen in de mamma wordt bij 6% van de patiënten een echografie aangevraagd. De jongste patiënte was 16 jaar; de oudste 80. Bijna tweederde van de aangevraagde echografie van de mamma heeft plaats bij vrouwen tussen de 30 en de 50 jaar.

Onderzoek van de schildklier met deze techniek wordt weinig aangevraagd (1% van alle aanvragen; de leeftijd ligt boven de 40 jaar). Het scrotum wordt ook in 1% van de aanvragen als onderzoeksgebied genoemd. Het betreft dan mannen van 35 jaar en ouder.

Het onderwerp is in 1989 van de weekstaat afgevoerd.

DEMENTIE

In de nota 2000 van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ontbreken gegevens over het voorkomen van het dementiëel syndroom (verder aangeduid als "dementie"). Het inzicht in het voorkomen van lichte en meer gevorderde stadia van dementie buiten de intramurale sector is gebrekkig. Het is niet bekend welke zorg van huisartsen wordt gevraagd voor mensen die als dement worden beschouwd.

Besloten is het onderwerp op de weekstaat te plaatsen en te proberen in de loop van een aantal jaren gegevens te verzamelen betreffende demente patiënten in de huisartspraktijk.

In 1987 staat het onderwerp voor het eerste jaar op de weekstaat. Gevraagd wordt het eerste contact in 1987 te registreren met een patiënt of over een patiënt waarvan de huisarts meent dat deze lijdende is aan beginnende of evidente dementie.

Van een definitie van dementie is afgezien; in de toelichting op de weekstaat is een globale beschrijving van dementie gegeven: "kenmerken van dementie zijn naast vergeetachtigheid ook problemen met de oriëntatie en met de oordeelsvorming. Als algemene noemer wordt wel gezegd dat er sprake is van algemene psychische verlangzaming en bij dement gedrag falen de compensatiemechanismen om de moeilijkheden die door de algemene psychische verlangzaming ontstaan te hanteren. Specifieke functiestoornissen van bepaalde hersengebieden zoals apraxie en afasie kunnen optreden".

In 1988 is de registratieprocedure van deze rubriek gewijzigd.

Na overleg met Prof. dr B. Meyboom- De Jong van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen is een aanvullende vragenlijst opgesteld met als doel nadere gegevens te verzamelen over de door de huisartsen als dement beoordeelde patiënten en over de zorg welke de huisartsen gedurende het jaar 1988 aan elk van deze patiënten besteedden.

Het doel van de registratie is daarmee tweeledig:

1. het vóórkomen van dement gedrag en dementie in de huisartspraktijk nagaan en

2. inzicht verwerven in de kwalitatieve aspecten van dementie in de huisartspraktijk.

Over dit aanvullende onderzoek zal onderleiding van Prof. dr Meyboom- De Jong elders worden gerapporteerd.

Gevraagd is elk contact met of over een dement geachte patiënt te registreren en van elk contact een aanvullende vragenlijst in te vullen.

In deze rapportage worden dus de aantallen contacten van de huisarts met of over een dement geachte patiënt besproken.

Leeftijdsverdeling

In tabel 38 zijn de aantallen contacten met of over dement geachte patiënten in 1988 vermeld per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen.

Tabel 38: aantal contacten met of over dement geachte patiënten per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen 1988

		Leeftijdsgroep				
		65-69	70-74	75-79	80-84	>84
1988	M	53	302	429	1011	1894
	V	88	341	796	1241	2201
	T	72	324	648	1163	2104

Het aantal contacten met of over dement geachte patiënten neemt toe met de leeftijd van 72 per 10.000 inwoners van 65-69 jaar tot 2104 per 10.000 inwoners in de leeftijdsgroep ouder dan 84 jaar.

Er zijn meer contacten met dement geachte vrouwelijke patiënten dan met dement geachte mannelijke patiënten.

Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen de peilstations in het aantal contacten met dement geachte patiënten.

Het valt te verwachten dat het aanvullende onderzoek naar de zorg voor dement geachte patiënten de achtergronden van deze aanzienlijke verschillen zal ophelderen. Het voert hier te ver op deze verschillen in te gaan.

Deze rubriek is in 1989 van de weekstaat afgevoerd.

VOORSCHRIFTEN FLUNITRAZEPAM (Rohypnol)

Bij de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid bestaat voortdurende zorg over het voorschrijven van psychotrope stoffen door artsen. De zorg van de Geneeskundige Hoofdinspectie betreft het oneigenlijke gebruik van dergelijke middelen, dat wil zeggen het gebruik voor niet-medische doeleinden veelal in combinatie met alcohol en of andere psychotrope stoffen. Ook de mogelijke bijwerkingen van genoemde middelen baren zorg.

Enkele van de mogelijke problemen zijn:

- slaperigheid in het verkeer en bij het bedienen van machines;
- intoxicaties met als mogelijke gevolgen coma of overlijden;
- fysiek agressief gedrag als gevolg van door alcohol veroorzaakte agitatie;
- crimineel gedrag waarvan men zich achteraf weinig of niets meer kan herinneren.

In de loop van 1986 bereikten de Geneeskundige Hoofdinspectie berichten over een toename van het oneigenlijke gebruik van ditmaal het middel flunitrazepam.

Aangezien er geen inzicht bestond in de wijze waarop dit middel 'op de markt' kwam en het officieel slechts op voorschrift van een arts mag worden verstrekt richtte de Geneeskundige Hoofdinspectie een verzoek aan de Begeleidingscommissie van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations aandacht aan het voorschrijven van flunitrazepam te besteden.

Aan de peilstationarts wordt gevraagd te registreren wanneer zij een recept voor flunitrazepam uitschrijven voor een patiënt uit de eigen praktijk. Het betreft zowel voorschrift voor tabletten van 1mg. als die van 2mg.

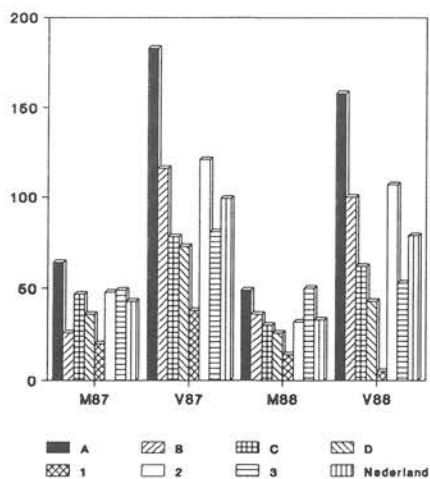
In tabel 39 wordt het aantal voorschriften voor flunitrazepam gegeven per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland (vergelijk figuur 25).

Tabel 39: aantal voorschriften flunitrazepam per provincie- en urbanisatiegroep en Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1987-1988

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1987	M	64	26	47	36	20	48	49	43
1988		49	36	30	26	14	32	50	33
1987	V	183	116	78	73	38	121	81	99
1988		158	100	62	43	5	107	53	79
1987	T	124	71	63	55	29	86	66	72
1988		105	68	47	35	9	71	51	56

Figuur 25

Aantal voorschriften flunitrazepam per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1987-1989



In 1988 wordt minder Rohypnol[®] voorgeschreven dan in 1987. In beide jaren krijgen vrouwen ruim 2 maal zoveel voorschriften flunitrazepam als mannen uitgereikt.

Het aantal voorschriften in de noordelijke provincies is opmerkelijk hoog vergeleken met de andere provinciegroepen. Hetzelfde geldt voor de urbanisatiegroep 2. De gegevens per peilstation laten zien dat in 1987 in 9 peilstations en in 1988 in 8 peilstations flunitrazepam in het geheel niet wordt voorgeschreven. In een peilstation is in beide jaren meer dan 100 maal een voorschrift flunitrazepam gemeld.

Nagegaan wordt hoe het aantal voorschriften flunitrazepam zich per kwartaal heeft ontwikkeld. Een remmende invloed van zowel de registratie als de negatieve publiciteit rond dit middel is te verwachten op het voorschrijfgedrag.

In tabel 40 is het aantal voorschriften flunitrazepam per kwartaal voor Nederland weergegeven (vergelijk figuur 26).

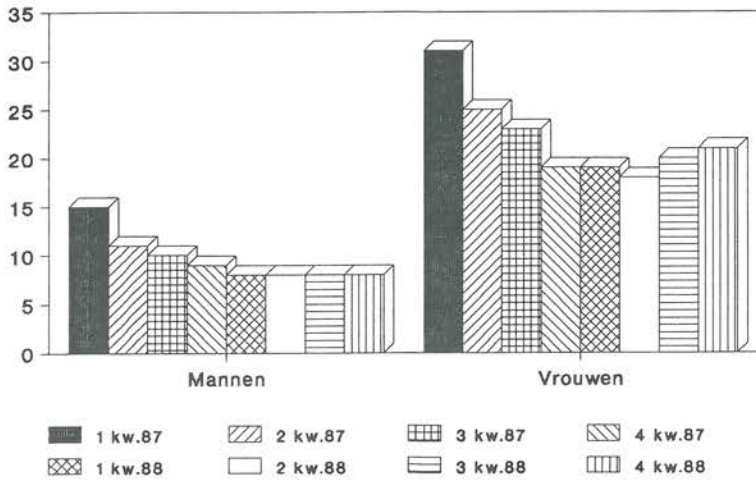
Tabel 40: aantal voorschriften flunitrazepam per kwartaal per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen voor Nederland voor 1987-1988

		1e kwartaal	2e kwartaal	3e kwartaal	4e kwartaal
1987	M	15	11	10	9
	V	31	25	23	19
	T	23	18	17	14
1988	M	8	8	8	8
	V	19	18	20	21
	T	14	13	14	15

(Als gevolg van afrondprocedures bij het berekenen van relatieve frequenties kunnen kleine verschillen in de totalen zijn ontstaan)

Figuur 26

Aantal voorschriften flunitrazepam per kwartaal en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1987-1989



Vastgesteld wordt dat de registratie in het begin een geleidelijke daling laat zien van het aantal voorschriften flunitrazepam. Dit kan zoals verwacht werd zowel het gevolg zijn van de negatieve publiciteit rond het middel als van de registratie zelf (Hawthorne effect).

Leeftijdsverdeling

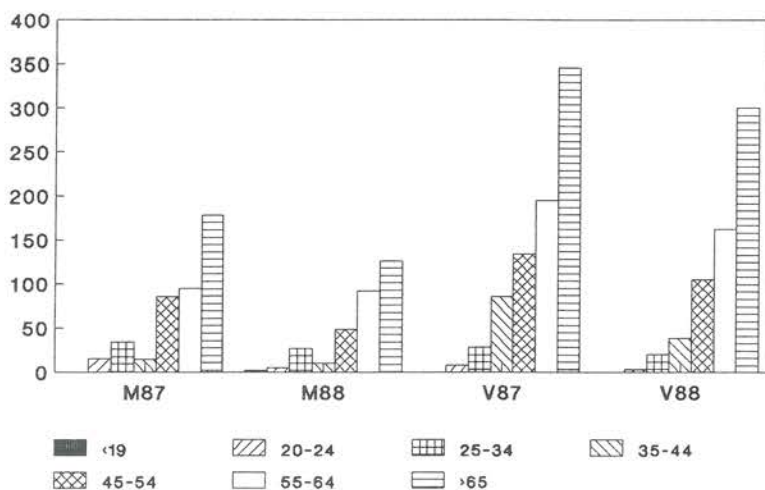
In tabel 41 is de leeftijdsverdeling gegeven van de mannen en vrouwen die in 1987 een voorschrift voor flunitrazepam hebben ontvangen (vergelijk figuur 27).

Tabel 41: aantal voorschriften voor een flunitrazepam per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1987-1988

		leeftijdsgroep						
		<19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1987	M	-	15	34	14	85	95	178
1988		(2)	(5)	27	10	48	92	126
1987	V	-	8	28	85	134	195	346
1988		-	(3)	20	38	105	162	300
1987	T	-	12	31	50	109	148	278
1988		(1)	(4)	24	24	77	128	232

Figuur 27

Aantal voorschriften flunitrazepam per leeftijdsgroep, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1987-1989



Deze cijfers spreken voor zich: een met de leeftijd sterk oplopend aantal voorschriften voor genoemd middel. Bij vrouwen begint zoals verwacht de toename van het aantal voorschriften op jongere leeftijd dan bij mannen. Bij

de mannen vormt de leeftijdsgroep 35-44 jaar een uitzondering: deze gebruiken relatief weinig flunitrazepam.

De rubriek is per 1989 van de weekstaat afgevoerd.

VERWIJZING VOOR LOGOPEDIE, 1989

Stoornissen in het hanteren van de taal (begrijpen, spreken, lezen en schrijven) zijn problemen die de kwaliteit van het bestaan ernstig aantasten.

De weinige gegevens die beschikbaar zijn over het aantal logopedische behandelingen geven alleen een kwantitatief beeld: er is een toename van de omvang van de logopedische hulp.

In het licht van het ontbreken van een onderzoekstraditie op dit terrein is het van belang systematisch wetenschappelijke kennis te vergaren, onderzoek te verrichten naar effecten van behandeling en epidemiologisch en theorievormend onderzoek te doen. Een eerste stap in dit proces is het inzicht verwerven in de omvang van het aantal verwijzingen voor logopedie door de huisarts en een aantal inhoudelijke en procedurele aspecten ervan.

Gevraagd wordt elke patiënt voor wie een verwijzing naar of machtiging voor logopedie wordt aangevraagd te registreren. Zowel nieuwe verwijzingen als een verlenging van een lopende behandeling. Op een aanvullend registratieformulier worden over een drietal onderwerpen vragen gesteld:

1. de stoornis(sen) waarvoor de logopedie wordt aangevraagd,
2. of deze verwijzing een eerste dan wel verlenging- of herhalingsaanvragen betreft en
3. van wie het initiatief tot de verwijzing uitgaat.

Dit aanvullende onderzoek staat onder leiding van dr. J. Dekker (NIVEL) en wordt in samenwerking met medewerkers van de studierichting logopedie van de Hogeschool Midden Nederland uitgevoerd. Rapportage daarvan heeft elders plaats.

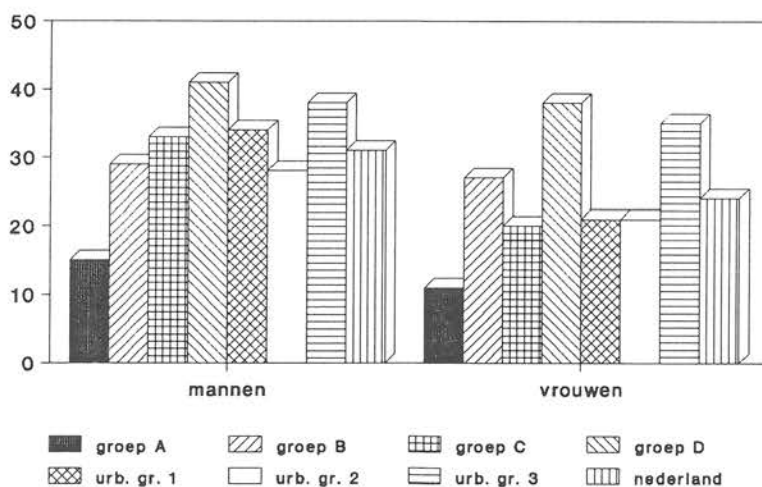
In tabel 42 worden de aantallen verwijzingen voor logopedie in 1989 vermeld naar provincie en- urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen (vergelijk figuur 28).

Tabel 42: aantal verwijzingen voor logopedie naar provincie en- urbanisatiegroep en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1989

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
1989	M	15	29	33	41	34	28	38	31
	V	11	27	20	38	21	21	35	24
	T	13	28	26	40	28	24	37	28

Figuur 28

Aantal verwijzingen voor logopedie per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1989



Meer mannen dan vrouwen worden voor logopedie verwezen: respectievelijk 31 en 24.

In de noordelijke provincies wordt het minste voor logopedie verwezen; in de zuidelijke provincies het meeste. In de oostelijke en westelijke provincies is het aantal verwijzingen nagenoeg gelijk.

De grote steden laten een duidelijk hoger aantal verwijzingen voor logope

die zien dan de beide andere urbanisatiegroepen, waartussen weinig verschil bestaat.

De kwartaalcijfers laten een hoger aantal verwijzingen voor logopedie zie in de tweede helft van het jaar: respectievelijk 6, 5, 8 en 9 per 10.000 inwoners per jaar.

Leeftijdsverdeling

In tabel 43 is de leeftijdsverdeling gegeven van de mannen en vrouwen die in 1989 zijn verwezen voor logopedie.

Tabel 43: aantal verwijzingen voor logopedie per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen in 1989

Leeftijdsgroep	M	V	T
< 10	170	102	138
10-19	27	16	22
20-29	17	25	20
30-39	10	13	12
40-49	(1)	10	6
50-59	10	10	10
60-69	(4)	10	7
70-79	(13)	16	15
> 79	(8)	(16)	14

De leeftijdsverdeling van de verwijzingen voor logopedie weerspiegelt het leeftijdsspecifieke karakter van de stoornissen waarvoor logopedie gebruikelijk is.

Onder de 10 jaar zijn dat de taal (ontwikkelings)stoornissen, eventuele preverbaal stoornissen, stotteren en broddelen en spraak(ontwikkelings)stoornissen. Het aantal jongens dat verwezen wordt is duidelijk hoger dan het aantal meisjes.

Op oudere leeftijd spelen vooral de afatische stoornissen en dysarthrieën een rol.

De nadere analyse van de aanvullende gegevens zal meer gedetailleerd inzicht geven in de achtergrond van deze leeftijdsverdeling.

Het onderwerp is in 1990 op de weekstaat gehandhaafd.

EXTRAPOLATIE VAN GEVONDEN FREQUENTIES OP DE NEDERLANDSE BEVOLKING

Het volgende overzicht geeft een globale indruk van het aantal patiënten, consulten, handelingen en gebeurtenissen in Nederland, indien wordt uitgegaan van de frequenties, berekend uit de resultaten van de Continue Morbiditeits Registratie door Peilstations. Bij de bestudering hiervan dient, evenals in de vorige verslagen werd opgemerkt, niet uit het oog te worden verloren dat, alhoewel de populatie van de peilstations een redelijk goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking is (zie ook pagina 11-12), de peilstationartsen een selecte groep zijn. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'cervixuitstrijkje'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suicide(poging)' blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, als gevolg van het feit dat dit gebeuren vermoedelijk niet altijd aan de huisarts wordt gemeld²⁰.

Met betrekking tot het registreren op zichzelf is vrijwel zeker te stellen dat de peilstationartsen als een selecte groep handelen; dit kan echter het project slechts ten goede komen. Evenwel wordt dus aangeraden om **niet alleen** naar de geëxtrapoleerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapoleerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1980-1989 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1980	6.994	7.097	14.091
1981	7.048	7.159	14.207
1982	7.082	7.204	14.286
1983	7.103	7.237	14.340
1984	7.125	7.269	14.394
1985	7.150	7.305	14.455
1986	7.184	7.345	14.529
1987	7.224	7.391	14.615
1988	7.273	7.441	14.714
1989	7.317	7.488	14.805

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
influenza	1980			425			599.000
	1981			491			697.000
	1982			497			710.000
	1983			396			568.000
	1984			502			722.000
	1985			464			671.000
	1986			630			915.000
	1987			365			533.000
	1988			399			591.000
	1989			410			607.000
cervix- uitstrijkje - met klachten en/of symptomen	1980		62			44.000	
	1981		57			41.000	
	1982		57			41.000	
	1983		65			47.000	
	1984		57			41.000	
	1985		62			45.000	
	1986		65			48.000	
	1987		59			43.500	
1988		76			56.500		
1989		72			54.000		

* zie pagina 115

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

rubriek	frequentie* incidentie (per 10.000)*				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-preventief,	1980		168			119.000	
initiatief	1981		184			132.000	
peilstation-	1982		171			123.000	
arts	1983		174			126.000	
	1984		204			148.000	
	1985		197			144.000	
	1986		230			169.000	
	1987		192			142.000	
	1988		176			131.000	
	1989		170			126.500	
-preventief,	1980		93			66.000	
initiatief	1981		110			79.000	
vrouw	1982		126			91.000	
	1983		120			87.000	
	1984		132			96.000	
	1985		127			93.000	
	1986		168			124.000	
	1987		153			113.000	
	1988		193			143.000	
	1989		351			263.000	

* zie pagina 115

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

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000 ¹)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
-herhalings- onderzoek (binnen 3 jaar)	1980		148			105.000	
	1981		159			114.000	
	1982		170			122.000	
	1983		168			121.000	
	1984		182			132.000	
	1985		184			134.000	
	1986		170			125.000	
	1987		211			156.000	
	1988		246			183.000	
	1989		237			177.000	
cervix- uitstrijkje totaal	1980		471			334.000	
	1981		510			365.000	
	1982		524			377.000	
	1983		527			381.000	
	1984		575			417.000	
	1985		570			416.000	
	1986		633			465.000	
	1987		615			455.000	
	1988		691			514.000	
	1989		830			622.000	

* zie pagina 115

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

rubriek	frequentie incidenties (per 10.000 ¹)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
sterilisatie	1980	79	70		55.000	50.000	105.000
	1981	59	46		42.000	33.000	74.000
	1982	50	40		35.000	29.000	64.000
	1983	46	39		33.000	28.000	61.000
	1984	46	39		33.000	28.000	61.000
	1985	44	26		32.000	19.000	51.000
	1986	45	29		32.500	21.500	54.000
	1987	45	28		32.500	20.500	53.000
	1988	40	22		29.500	16.500	46.000
	1989	30	19		22.000	14.000	36.000
cumulatief					648.500 ¹	524.500 ²	
morning-after pil voorge- schreven	1980		50			35.000	
	1981		35			25.000	
	1982		35			25.000	
	1983		30			22.000	
	1984		38			28.000	
	1985		32			23.000	
	1986		36			27.000	
	1987		35			26.000	
	1988		26			19.500	
	1989		35			26.000	
brandwonden	1988	15	22	19	11.000	16.500	28.000
	1989	20	24	22	15.000	18.000	33.000

* zie pagina 115

1) vanaf 1972

2) vanaf 1974

Extrapolatie van gevonden incidenties¹ op de Nederlandse bevolking (vervolg).

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000 ¹)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
suicide (-poging)	1980			7			10.900
	1981			6			8.500
	1982			8			11.500
	1983			10			14.500
	1984			7			10.000
	1985			6			8.750
	1986			7			10.600
	1987			7			10.250
	1988			6			9.000
	1989			7			10.250
zwangerschap	1987		7			5.000	
ondanks	1988		9			6.500	
a.c.	1989		10			7.500	
mammografiën							
eerste mammo-							
grafie							
-klachten/	1988		62			46.000	
symptomen	1989		67			50.000	
-preventief	1988		18			13.500	
	1989		20			15.000	

* zie pagina 115

Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking
(vervolg)

rubriek	frequentie incidenties(per 10.000*)				Nederland** (absolute aantallen)		
	jaar	m	v	totaal	m	v	totaal***
herhalings mammografiën							
-klachten/	1988		6			4.500	
symptomen	1989		8			6.000	
-preventief	1988		6			4.500	
	1989		7			5.000	

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

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

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

INCIDENTELE ONDERZOEKEN

Sinds 1976 bestaan binnen het kader van het Peilstationproject de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Het betreft hier onderzoeken naar relatief gezien weinig voorkomende ziekten of gebeurtenissen. Voor een overzicht van de aldus behandelde onderwerpen wordt verwezen naar het tweede gedeelte van bijlage 3. Hier wordt verslag gedaan van de over 1988 en 1989 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de weekstaat-onderwerpen is daarin gelegen, dat de gegevens slechts eenmaal per jaar worden opgevraagd: in principe direct bij de afloop van het jaar. Deze werkwijze maakt het ook mogelijk om gegevens over onderwerpen, waarvan de wens tot registratie pas in de loop van het jaar wordt kenbaar gemaakt, retrospectief te verzamelen. Een voorwaarde is evenwel in dat geval dat het iets moet zijn dat goed in het geheugen van de arts is gegrift.

Euthanasie (verzoek tot toepassen)

In 1976 is voor de eerste maal aandacht geschonken aan de vraag gesteld aan de huisarts om euthanasie te willen toepassen.

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 actieve euthanasie, hetzij direct, hetzij indirect toe te passen en zo ja, wat de aanleiding hiertoe was. Tevens wordt geïnformeerd naar de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, de plaats van verpleging of verzorging en het al of niet gebruik maken van een 'euthanasieverklaring'²¹.

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

Het aantal verzoeken in 1988 was 37. Het aantal patiënten met een maligniteit is evenals in de voorgaande jaren relatief gezien weer groot: 61% van hen heeft een, meestal gemetastaseerde, kwaadaardige nieuwvorming.

Van de 37 patiënten verbleven 26 thuis; 5 patiënten woonden in een verzorgingshuis en 5 patiënten verzochten om toepassing van euthanasie tijdens verblijf in het ziekenhuis. Eén patiënt was wisselend in het ziekenhuis en thuis. Het overgrote deel betrof verzoeken tot toepassen van de directe vorm van euthanasie: 30 patiënten. Bij 15 verzoeken werd gebruik gemaakt van een schriftelijke verklaring.

1989

In 1989 was het aantal verzoeken 34. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 80% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 29; een patiënt woont in een verzorgingshuis. Drie patiënten verblijven thuis maar worden in latere fase van het ziekbed opgenomen in een ziekenhuis. Eén patiënt ligt aanvankelijk in het ziekenhuis; na het onderzoek gaat deze patiënt naar huis.

Om directe euthanasie vragen 29 van de 34 patiënten; bij 22 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring".

Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-1989.

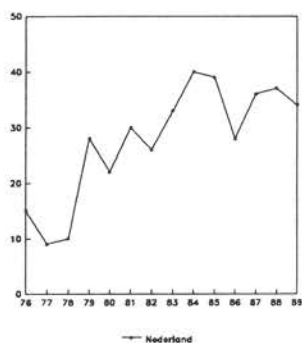
De verdeling van het aantal verzoeken per provincie- en urbanisatiegroep en per geslacht is in tabel 44 te vinden (vergelijk figuur 29).

Tabel 44: absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provincie- en urbanisatiegroep en voor Nederland 1976-1989

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

Figuur 29

Aantal absolute patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen, voor Nederland, 1976-1989



Het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provincie- en urbanisatiegroep is weergegeven in tabel 45 en tabel 46.

Tabel 45: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-1989

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	7	20	10
gemiddeld aantal verzoeken	8	6	11	6
Spreiding	0 - 15	2 - 20	0 - 20	1 - 13

Tabel 46: gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar urbanisatiegraad 1976-1989

	urbanisatiegraad		
	1	2	3
aantal peilstations	6	24	13
gemiddeld aantal verzoeken	6	8	10
Spreiding	2 - 15	0 - 20	1 - 20

Deze gegevens laten zien dat verzoeken om toepassing van euthanasie meer worden gedaan in de westelijke provincies en in de grote steden.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 47 te vinden.

Tabel 47: absoluut aantal patiënten, dat aan de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar leeftijdsgroep, 1976-1989

	<55	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
1976	2	4	3	3	3	15
1977	2	3	2	2	-	9
1978	3	2	3	2	-	10
1979	3	7	12	2	4	28
1980	2	5	5	7	3	22
1981	8	4	5	10	3	30
1982	-	6	10	8	2	26
1983	3	10	9	9	2	33
1984	5	13	9	10	3	40
1985	8	8	9	11	3	39
1986	7	3	12	3	3	28
1987	6	9	8	9	4	36
1988	6	7	11	10	4	37
1989	4	6	12	11	-	34

Overzicht van de gemelde verzoeken.

In de overzichtsbundel welke verscheen bij gelegenheid van het 20-jarige bestaan van de CMR-Peilstations zijn tot en met 1987 gemelde verzoeken beschreven: in totaal 316 verzoeken²².

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 387 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 208 gedaan door een man.

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 sprake is van bekende pathologie: 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 en leukemie,
- cardiovasculaire aandoeningen,
- chronische obstructieve longaandoening en,
- symptomen en onvolledig omschreven aandoeningen,
- overige ziekten, inclusief neurologische en endocrinologische aandoeningen en aids.

De indeling van de aandoeningen waaraan de patiënten lijden 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 48.

Tabel 48: aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-1989

	n	%
maligne neoplasma	269	70
hart- en vaatziekten	32	8
chronische obstructieve longziekten	21	5
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	24	6
overige ziekten	41	11
totaal	387	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 49.

Tabel 49: percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (tussen haakjes absolute aantallen), 1976-1989

	< 55		55-64		65-74		75-84		> 84	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
maligne aandoeningen	80	(48)	88	(72)	87	(94)	50	(50)	14	(5)
hart- en vaatziekten	0	(0)	1	(1)	2	(2)	19	(19)	27	(10)
chron. obst. longziekten	2	(1)	5	(4)	3	(3)	10	(10)	8	(3)
symtomen en onvolledig	3	(2)	2	(2)	1	(1)	3	(3)	43	(16)
overige ziekten	15	(9)	4	(3)	7	(8)	18	(18)	8	(3)

Op relatief jongere leeftijd vormen vooral de maligne aandoeningen een reden 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 en vergevorderde stadia van terminale nierinsufficiëntie en rheumatoïde artritis als aanleiding tot een verzoek genoemd.

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

In tabel 50 is de procentuele verdeling gegeven van het aantal verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar per aandoening.

Tabel 50: percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-1989 (n=absolute aantallen verzoeken)

	< 65		> 64		totaal
	%	n	%	n	%
alle aandoeningen	37	(142)	63	(245)	100
alle maligniteiten	45	(120)	55	(149)	100
hart- en vaatziekten	3	(1)	97	(31)	100
chr. obstr. long- ziekten	24	(5)	76	(16)	100
symptomen en onvol- ledig omschreven ziekten	17	(4)	83	(20)	100
overige ziekten	29	(12)	71	(29)	100

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat een onverwacht beeld zien (tabel 51).

Tabel 51: 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)

	< 65		> 64		totaal
	%	n	%	n	%
alle maligniteiten	45	(120)	55	(149)	100
maag	39	(11)	61	(17)	100
colon/rectum	45	(18)	55	(22)	100
trachea/long	41	(29)	59	(42)	100
borst	62	(18)	38	(11)	100
overige	45	(45)	55	(56)	100

Wanneer borstkanker de aanleiding tot het verzoek is is het percentage patiëntes onder de 65 jaar duidelijk afwijkend van het percentage bij de andere lokalisaties. Een verklaring hiervoor is niet voorhanden.

Het gebruik van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 64% in 1989.

Bij een eventuele extrapolatie dient men tevens in aanmerking te nemen dat de huisartsen, die werkzaam zijn in de peilstations praktijken niet noodzakelijk representatief zijn voor de Nederlandse huisartsen waar het het onderwerp euthanasie betreft.

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

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1988.

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
95	V	decubitus	ellende
88	V	ascites	geen zin meer in het bestaan en de wens om te sterven
87	V	c.v.a.	duur sterfbed
85	M	cara/osteoporose	pijn, benauwdheid en bedlegerig
84	M	decomp. cordis	benauwdheid, aftakeling
83	M	gemetastaseerd maagcarcinoom	pijn
83	V	coloncarcinoom	pijn
79	V	decomp. cordis	actiesradius van 10m
78	M	non-Hodgkin lymfoma	uitgebreide huidlocalisaties en ulceraties
78	V	coloncarcinoom	voelt zich overlast voor kinderen
76	M	longcarcinoom	angst voor pijn en benauwdheid
75	V	ernstig emphyseem	depressief
75	V	m.parkinson	nutteloos voort te leven degeneratie
75	V	endogene depressie	wil niet verder leven
74	V	gemetastaseerd ovariumcarcinoom	pijn

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1988 (vervolg)

leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
73	M	uitgeleefd	duur sterfbed
73	V	diabetes mell.met vele complicaties	totale invalidering en pijn
72	V	gemetastaseerd ovarium carcinoom	aftakeling, veelvuldig braken,
69	M	maagcarcinoom met metastasen	niet meer kunnen eten en pijn
69	V	maagcarcinoom	dood-op van de verzorging
68	V	oesophaguscarcinoom	angst voor 'wegteren'
67	V	mammacarcinoom en pulmonale hypertensie	dyspnoe
66	M	longcarcinoom	cachexie, dyspnoe
65	M	longcarcinoom	pijn, braken
65	M	cardiomyopathie	tijdsduur, lang ziekbed
64	M	coloncarcinoom ingroei in blaas	koliek, pijnen
61	V	ovarium carcinoom met peritonitus	tijdsduur
59	M	ernstige cara en osteogenesis imper- fecta	ziekte, afhankelijk zijn en geestelijk lijden
57	M	gemetastaseerd longcarcinoom	ontluistering, achteruit- gang
57	M	longfibrose	ernstige dyspnoe
54	M	rectumcarcinoom	pijn, cachemie, enorm oedeem benen
54	V	Hodgkin	(angst voor) benauwdheid
50	M	Grawitz-tumor	duur sterfbed
46	M	hersensmetastase bij longcarcinoom	angst voor decorumverlies
44	M	melanoom	pijn, snelle progressie
42	V	coloncarcinoom	pijn en totale ontredde- ring
35	M	aids	menswaardig sterven

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1989

Leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
84	M	ouderdomsverveling	genoeg van het leven
84	M	hypothyreoidie, dwarslaesie, CARA	zinloosheid leven
83	M	maagcarcinoom	algemene malaise
83	V	osteoporose, beginnende dementie	pijn, genoeg van het leven
81	M	terminale levercirrhose	uitzichtloosheid
81	V	bejaard zijn	"ze was 't zat"
79	M	longcarcinoom	angst voor benauwdheid
79	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	pijn
78	M	longcarcinoom	dyspnoe
76	M	non-Hodgkin lymfoma	vrees voor onwaardig einde
75	M	longcarcinoom	angst voor langdurige pijn
75	V	gemetastaseerd rectumcarcinoom	ontluistering, pijn
74	M	maagcarcinoom	ontluistering
74	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	pijn, braken
73	M	maagcarcinoom	braken
72	M	farynxcarcinoom	angst voor langdurig lijden
72	M	maagcarcinoom	pijn, braken
72	M	pulmonale insufficiëntie bij CARA	angst om te stikken
72	M	longcarcinoom	pijn, benauwdheid
71	V	recidief cervixcarcinoom	geen uitzicht meer
71	V	pancreascarcinoom	pijn
66	M	Emfyseem, ulcus pepticum	zinloosheid van het bestaan
66	V	Grawitztumor	pijn
65	M	sigmoidcarcinoom en metastasen	aftakeling

Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 1989 (vervolg)

Leeftijd	geslacht	aanwezige ziekte	aanleiding tot het verzoek
63	V	non-Hodgkin + afbraak eigen ery's	algemene malaise
63	V	non-Hodgkin lymfoom	pijn afhankelijkheid
60	M	cadiacarcinoom	pijn, terminaalstadium
56	M	oesofaguscarcinoom	pijn
56	V	mammacarcinoom	zwakte/pijn
55	M	pleuritis carcinomatososa	pijn
54	V	non-Hodgkin lymfoom	benauwdheid
51	V	metastasen onbekende primaire tumor	pijn
49	M	gemetastaseerd coloncarcinoom	onwaardige laatste jaren
47	M	metastasen maagcarcinoom	ontluistering

Het onderzoek is in het jaar 1990 gecontinueerd.

Anorexia nervosa en boulimie

Onzekerheid over de mate van voorkomen van 'eetstoornissen', zoals anorexia nervosa en boulimie, deed H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog werkzaam op de afdeling Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Utrecht, besluiten een verzoek aan de Begeleidingscommissie te richten onderzoek naar het voorkomen van deze aandoening in de peilstationpraktijken te mogen doen. Anorexia nervosa is een ernstige stoornis, waarvan gezegd wordt dat de incidentie toeneemt. Anderen stellen echter: uit het feit dat anorexia nervosa nu vaker wordt gediagnostiseerd dan vroeger, kan, gelet op het gebrek aan epidemiologische gegevens, zowel worden geconcludeerd dat anorexia toeneemt als ook dat deze toename slechts het gevolg is van een grotere bekendheid met en betere diagnostiek van het ziektebeeld²³. Aangezien de huisarts een cruciale rol toebedacht wordt bij de vaststelling van de eetstoornissen en aangezien vooral een vroege vaststelling van deze stoornissen voor het beloop en de behandeling van belang wordt geacht, besloot de Begeleidingscommissie het verzoek te honoreren.

De registratie heeft plaats in de vorm van een zogenaamd incidenteel onderzoek. Uitgebreide rapportage over dit onderzoek heeft elders plaats.

Retrospectief is aan de peilstationartsen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld zoals: betrof het een in 1988 respectievelijk in 1989 voor het eerst vastgestelde eetstoornis en werd patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener. Ook werden enkele gegevens betreffende lichamelijke aspecten van de aandoening gevraagd.

Tabel 52 geeft de verdeling van deze patiënten naar leeftijdsgroep en geslacht.

Tabel 52: absoluut aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, naar leeftijd en geslacht in 1985-1989

		10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>59
1985	M	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
1986		1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
1987		-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-
1988		-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
1989		-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-
1985	V	3	11	11	17	5	8	4	4	-	2	2
1986		1	8	18	8	4	5	1	-	2	1	2
1987		-	9	8	14	5	7	3	-	1	2	2
1988		-	6	9	15	7	9	3	1	1	1	2
1989		2	12	13	15	7	5	7	2	1	1	1

Eetstoornissen komen vooral voor bij vrouwen in de leeftijd van 15 tot 44 jaar.

De verdeling per provincie- en urbanisatiegroep is in tabel 53 te vinden.

Tabel 53: absoluut aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provincie- en urbanisatiegroep in 1985-1989 en per 10.000 inwoners. Beide geslachten tesamen.

		provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land
		A	B	C	D	1	2	3	
absoluut	1985	8	15	33	16	9	36	27	72
	1986	4	5	39	5	5	27	21	53
	1987	8	9	30	9	6	30	30	56
	1988	4	11	32	9	5	31	20	56
	1989	9	8	40	12	4	43	22	69
per 10.000	1985	4	5	4	5	4	4	7	4
	1986	2	2	7	2	2	3	7	4
	1987	4	4	5	3	3	4	6	4
	1988	2	5	5	3	2	3	6	4
	1989	4	3	6	3	2	5	7	5

De frequentie van voorkomen van eetstoornissen ligt, wanneer we op deze registratie afgaan in de grote steden en in de westelijke provincies hoger dan in de elders.

Een toename is niet te bespeuren in de landelijke incidenties.

Het onderzoek naar eetstoornissen is per 1990 gestopt.

Incest

Over 1988 is een incidenteel onderzoek gedaan naar gevallen van incest die in de loop van 1988 aan de peilstationarissen bekend zijn geworden.

Onderscheid daarbij is gemaakt tussen:

1. incest in het verleden gepleegd maar niet meer actueel. Een patiënte of patiënt neemt in 1988 voor het eerst de huisarts in vertrouwen over het probleem dat in het verleden heeft gespeeld;
2. incest ook nog in 1988 gepleegd.

Als kenmerken van incest zijn gehanteerd dat het plaatsvindt binnen de beslotenheid van het gezin, veelal meisjes het slachtoffer zijn en mannen de dader en dat het seksuele handelingen betreft tegen de wil van het slachtoffer in. Behalve vader, moeder en kinderen kunnen ook opa, stiefvader, (nieuwe) vriend van moeder en een al dan niet inwonende oom de dader(s) zijn.

Van de 61 artsen werkzaam in de peilstations melden 23 artsen in totaal 32 gevallen van incest zoals omschreven. De 38 andere artsen melden geen nieuwe, actuele gevallen van incest; 37 artsen ook geen nieuw bekend geworden incest problematiek die in het verleden gespeeld heeft. Voor één arts was het niet mogelijk deze laatste categorie te registreren.

Van de 32 meldingen betrof één melding het vermoeden van op dat moment actuele incestproblematiek. De overige 31 meldingen betroffen incestproblematiek die in het verleden gespeeld heeft, niet meer actueel was per 1-1-1988 maar in 1988 voor het eerst met de huisarts werd besproken.

De incest had meestal plaatsgehad voor 1983 (bij 24 vrouwen).

In 6 gevallen betrof het incest die in de loop van 1988 was gestopt.

Alle meldingen hadden betrekking op vrouwelijke slachtoffers.

Meestal werd door de vrouwen zelf de incest aan de huisarts bekend gemaakt (25 maal). Bij de meisjes jonger dan 20 jaar was de moeder meestal betrokken bij het bekend worden van de incestproblematiek (6 van de 7 gevallen).

De leeftijd van de vrouwelijke slachtoffers varieerde van 4 tot 68 jaar; 21 van de 32 vrouwen waarvan in 1988 bekend werd dat ze met incestproblemen te maken hebben gehad waren tussen de 20 en 45 jaar. De leeftijd van het slachtoffer waarbij per 1-1-1989 actuele incest werd vermoed was 7 jaar.

Uit deze registratie komt naar voren dat de huisarts vooral wordt geconfronteerd met incest wanneer deze niet meer actueel plaats heeft.

De gegevens laten geen uitspraken toe over de frequenties van voorkomen van incest.

ALGEMENE OPMERKINGEN

1. De weekstaat voor 1990 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a. Influenza(-achtig ziektebeeld)
 - b. Cervixuitstrijkje
 - c. Verwijzing voor Logopedie
 - d. Sterilisatie verricht bij de man
 - e. Sterilisatie verricht bij de vrouw
 - f. Morning-after pill voorgeschreven
 - g. Diabetes Mellitus
 - h. Suicide(poging)
 - i. Acute ongewone hoofdpijn
 - J. Zwangerschap ondanks anticonceptie
 - k. (Poli) klinische mammografie
 - l. C.A.I.D.S.
 - m. Mazelen/bof
2. De incidentele onderzoeken voor 1990 betreft het onderwerp euthanasie.
3. Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
4. Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
5. Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

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

Overzicht per 1 januari 1991.

- BARTELDS, A.I.M., J. FRACHEBOUD, J. VAN DER ZEE. The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Nivel Utrecht, 1989
- BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1987. Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 2 p. 74-77
- BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1985. Huisarts en Wetenschap; 30, 1987, no. 7, p. 222-226
- BARTELDS, A.I.M. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, 1986. Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 10, p. 392-394
- COLLETTE, H.J.A. The Sentinel Practices System in the Netherlands. In: Environmental Epidemiology, P. E. Leaveron (ed) New York: Praeger Special Studies, 1982, p. 149-155
- COLLETTE, H.J.A., H. BIJKERK. Vijftien jaar Peilstations Nederland, 1970-1984. Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no. 6, p. 207-210
- COLLETTE, H.J.A., H. INKLAAR, Maatschappij en Sport. Epidemiologische aspecten van sportletsels verkregen uit de Continue Morbiditeits Registratie van de Peilstations. Medisch Contact; 1982, no. 42, p. 1344-1146
- DIEKSTRA, R.F.W., A.C. DE GRAAF, M. VAN EGMOND. Over de epidemiologie van suïcidepogingen: een sample-survey onderzoek in huisartsenpraktijken. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 15, p. 398-404
- DIEKSTRA, R.F.W., A.C. DE GRAAF, M. VAN EGMOND. On the epidemiology of attempted suicide: a sample survey among general practitioners. Crisis; 5, 1984, no. 24, p. 108-118
- DIEKSTRA, R.F.W., M. VAN EGMOND. Suïcide and attempted suicide in general practice, 1979-1986. Acta Psychiatrica Scand inavica; 79, 1989, p. 268-275
- EGMOND, M. VAN, R.F.W. DIEKSTRA, A.C. DE GRAAF. Suïcides onder patiënten in de huisartspraktijk. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 24, p. 934-937

- EGMOND, M. VAN, R.F.W. DIEKSTRA, A.C. DE GRAAF. Suïcidepogingen onder patiënten in de huisartspraktijk 1979-1984. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 24, p. 777-783
- EGMOND, M. VAN. De beoordeling van suïciderisico door de huisarts. Kan de huisarts suicidepogingen voorkomen? Leiden: Rijksuniversiteit, 1988. Dissertatie (Hoofdstuk 1)
- EPIDEMIOLOGIE van Suïcidepogingen: de naald in de hooiberg: Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 19, p. 549-550 Discussie
- FRACHEBOUD, J. Hartinfarct: hartbewaking of thuisblijven? Utrecht: Nivel, 1987
- FRACHEBOUD, J., J. BERKEL, F.H. BONJER, H.J.A. COLLETTE. Thuisbehandeling na een acuut hartinfarct: hoe vaak en welke patiënten? Huisarts en Wetenschap; 32, 1989, no. 5, p. 162-164
- FROOM, J., L. CULPEPPER, P. Grob. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network; British Medical Journal; rol. 300, 1990, p. 582-586
- HOFMAN, A., H.J.A. COLLETTE, A.I.M. BARTELD. Incidence and Risk Factors of Parkinson's Disease in The Netherlands. Neuro-Epidemiology; 1989, no. 8, p. 296-299
- INKLAAR, H., F. KESSEL, H.J.A. COLLETTE, G.P.H. HERMANS, P.J.S. BOON. De epidemiologie van sportletsels in de huisartspraktijk: onderzoeksverslag. Oosterbeek: Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg, 1985
- INKLAAR, H. Sportletsels in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, no. 9, p. 265-268
- KETTING, E. Contraception and Fertility in the Netherlands. International Family Planning Perspectives; 8, 1982, no. 4
- KETTING, E., P. LESEMAN. Abortus en anticonceptie 1983-1984. Stimezo 1986, (hoofdstuk 3,) p. 65-77
- KERSSENS, J.J., P.P. GROENEWEGEN. Referrals to physiotherapy: the relation, between the number of referrals and the inclination to refer. Social Science of Medicine; 30, 1990, no. 7, p. 797-804
- MEER, K. VAN DER, R.J.A. SMITH. C.V.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking. Huisarts en wetenschap; 33, 1990, no. 4, p. 141-144
- MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH. T.I.A.-patiënten in de huisartspraktijk: een onderzoek onder 1 procent van de Nederlandse bevolking. Huisarts en Wetenschap; 33, 1990, no. 5, p. 184-188

- MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH. Beroerte: opname in het ziekenhuis: overwegingen van huisartsen rond de vraag waar patiënten met een beroerte verzorgd moeten worden. In: L.vr. Schure e.a. (ed). Een huisarts wel-beschouwd. Utrecht: Bunge, 1989, p. 39-46
- MEER, K., VAN DER, R.J.A. SMITH, G.J. BREMER. Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild. Utrecht: Nivel, 1990
- MOONS, M.A.W., L. PETERS. Huisarts en vragen over AIDS. Medisch Contact; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057
- OLTHOF, G. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1984. Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, no. 6, p. 190-193
- SANTEN, M.R. VAN, A.A. HASPELS. Interception 11: Post coital low dose estrogens and norgestrel combination in 633 women. Contraception; 31, 1985, no. 3
- SANTEN, M.R. VAN, A.A. HASPELS. A comparison of high dose estrogens versus low dose ethinylestradiol and norgestrel combination in post-coital interception: a study in 493 women. Fertility and Sterility; 43, 1985, no. 2
- SANTEN, M.R. VAN. Postcoital interception and contragestion. Utrecht: 1987
- SPIEKSMAN, Fr.Th.M., A. VAN DER ASSEM, H.J.A. COLLETTE. Airborne Pollen Concentration in Leiden. The Netherlands, 1977-1981. II Poaceae (grasses), variation and relation to hay fever. Grana; 24, 1985, p. 99-108
- STROOM-KRUYSWIJK, J.H. VAN DER. Residuen van Penicilline G in melk. Dissertatie, Utrecht: 1985, p. 56-58
- THIEN, W.M.A.H., W.H.J. ROGMANS. Naar een betere registratie van ongevallen in de privésfeer. Medisch Contact; 38, 1983, no. 36, p. 1126-1129
- VECHT-HART, C.M., P.A.H. VAN NOORD. Kankerregistratie gepeild. Utrecht: Nivel, 1989

BIJLAGE 1

Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 1988 en 1989

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
S. Vriesinga	Oostermeer	Friesland
H.W. Reinking (tot 1-6-'88)/ F.M. van Soest/R.F. Sparenburg/ H.D.W.A.van Gijsel/Mw. J. Kappert (vanaf 1-6-'88) (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Mailette de Buy Wenniger*)	Schoonoord	Drenthe
H. Nap*)	Gramsbergen	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps comb.-praktijk)	Swifterband	Flevoland
S. Rijpma*)	Laren	Gelderland
G.D. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
J.H. de Boer/J. van Noort (comb.-praktijk)	Zelhem	Gelderland
B.G.W.M. Arts	Nijmegen	Gelderland
M.A.J. Janssen	Nijmegen	Gelderland
F.K.A. Fokkema/Mw. I.K.I.de Jongh- Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
P.J. Kromeich/J.J. Dijkstra (comb.-praktijk)	Utrecht	Utrecht
W.J. van Bodegom*)	Linschoten	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	Noord-Holland
J.Th. Koop	Amstelveen	Noord-Holland
Mw. A.J. Arbouw/H.O. Sigling/ E.A. Reijnders (comb.-praktijk)	Amstelveen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland

BIJLAGE 1 (vervolg)

Deelnemende artsen in 1988 en 1989

Mw. Y.E.V. van Hazel	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
B.J.M. Aulbers/J.E.G. Nieuwkamer (comb.-praktijk)	Delft	Zuid-Holland
G. van Gangelen	Sliedrecht	Zuid-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	Zuid-Holland
F.L. Reynders	Rotterdam	Zuid-Holland
A. Lagendijk	Dordrecht	Zuid-Holland
R. Kanters	Den Haag	Zuid-Holland
G. Dorrenboom	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg- Sleeboom (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasmaan/M. Draaisma (comb.-praktijk)	Maassluis	Zuid-Holland
M. Reyerse (tot 1-4-'88)		
R.R. Lankhorst (vanaf 1-4-'88)	Middelburg	Zeeland
P.R.L. Vercauteren/ H.J.W.A. Meijerink (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
A. Hoevenaars	Uden	Noord-Brabant
A.P.M. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
S.P.F. van Rijn	Eindhoven	Noord-Brabant
S.H.H.M. van der Meer	Rosmalen	Noord-Brabant
A.M.H.J.A. Sluijters/ J.A.M. Keulers (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
J.P.C. Moors	Rosmalen	Noord-Brabant
R.J.F.M. Leygraaf(tot 25-3-'89)/ A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (vanaf 1-7-'89) (comb.-praktijk)	Etten	Noord-Brabant
R.A.M. de Jong	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Weekstaat t.b.v. centrale registratie

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATION 1989

Proj. no.	Regel no.	Verlegjaar	Week no.	Code peilstat.	Regio
4 0 0		8 9	8-9		14
1-3	4-5	6-7	8-9	10-13	

Regel no.	Leeftijdsgroep	Influenza (-achtig ziektebeeld?)	Cervixuitrijke						Sterilisatie verricht(?)	Moring -after pill voorgeschreven?)	Brandwonden?)	Suicide(poging)19)	Acute ongewone hooi(cp)in1)	Zwangerschap (ondanks a.c.)12)	(Poliklinische Mammografie				C.A.I.D.S.13)	Leeftijdsgroep	Regel no.					
			Na 1-1-1989 ingevonden op grond van?		Na 1-1-1989 voorafgaand aan?		Na 1-1-1989 voorafgaand aan?								Na 1-1-1989 voorafgaand aan?	Na 1-1-1989 voorafgaand aan?	Na 1-1-1989 voorafgaand aan?	Na 1-1-1989 voorafgaand aan?								
		M+V	V	V	V	V	V	M	V	M	M+V	M	V	V	M+V											
01	< 1																	< 1	01							
02	1-4																	1-4	02							
03	5-9																	5-9	03							
04	10-14																	10-14	04							
05	15-19																	15-19	05							
06	20-24																	20-24	06							
07	25-29																	25-29	07							
08	30-34																	30-34	08							
09	35-39																	35-39	09							
10	40-44																	40-44	10							
11	45-49																	45-49	11							
12	50-54																	50-54	12							
13	55-59																	55-59	13							
14	60-64																	60-64	14							
15	65-69																	65-69	15							
16	70-74																	70-74	16							
17	75-79																	75-79	17							
18	80-84																	80-84	18							
19	> 85																	> 85	19							
4-5		15-17	18-20	21-23	24-26	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	42-44	45-47	48-50	51-53	54-56	57-59	60-62	63-65	66-68	69-71	72-74	75-77	78-80	81-83		84-86

Week nummer : _____
 Opgemaakt o.d.: _____

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

BIJLAGE 3a

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1990 (alfabetisch)

onderwerpen

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
aids (angst voor)	1988-1990
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgescreven	1976
brandwonden	1988-1989
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1990
dementie	1987-1988
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
hartinfarct	1978 en 1983-1985
hondebeten	1987
hoofdpijn (acute, ongewone)	1988-1990
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-1990
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
letsels van het steun- en bewegings- apparaat	1984
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-1990
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1990 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1990
morning-after pil voorgeschreven	1972-1990
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit >28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rookverslaving (consult)	1974
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983
sterilisatie bij de man verricht	1972-1990
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1990
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-1990
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/ recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1989-1990
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale proble- matiek	1986-1987
voorschrijven rohypnol	1987-1988

Onderwerpen op de weekstaat 1970-1990 (alfabetisch) (vervolg)

Onderwerpen

woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1990

BIJLAGE 3b

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-1990
(alfabetisch)

onderwerpen

alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1977-1990
incest	1988
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984

BIJLAGE 4

Leeftijdopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 1989 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	466	446	912
5- 9	452	433	885
10-14	467	445	912
15-19	595	570	1.165
20-24	644	619	1.263
25-29	653	625	1.278
30-34	608	585	1.193
35-39	586	560	1.146
40-44	588	557	1.145
45-49	446	422	868
50-54	388	378	766
55-59	358	368	726
60-64	317	353	670
65-69	277	335	612
70-74	199	272	471
75-79	142	233	375
80-84	81	164	245
>84	50	123	173
totaal	7.317	7.488	14.805

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

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

ALLE PEILSTATIONS

JAAR: 1986

WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJD- GROEP	POPULATIE										"INFLU- CERVIJUITSTRIJKJE ENZA"									
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V
<1 JR	326	318	644	1708	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1-4 JR	3117	3026	6143	914	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5-9 JR	4220	3896	8116	647	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10-14 JR	4036	4231	8267	408	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15-19 JR	5570	5476	11046	312	11	15	7	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20-24 JR	5965	5969	11934	332	72	145	101	32	29	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25-29 JR	5887	5715	11602	346	100	392	273	68	126	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
30-34 JR	5320	5292	10612	448	151	469	416	144	282	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
35-39 JR	5232	5134	10366	372	181	372	612	142	177	283	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
40-44 JR	4945	4972	9917	338	159	282	489	145	165	338	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
45-49 JR	3771	3798	7569	330	161	277	287	211	182	287	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
50-54 JR	3473	3463	6936	294	136	329	332	110	127	297	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
55-59 JR	3236	3470	6706	306	49	161	118	61	40	81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
60-64 JR	2968	3232	6200	329	53	37	68	40	9	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
65-69 JR	2438	2869	5297	332	32	7	49	7	18	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
70-74 JR	1867	2401	4268	301	8	4	21	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
75-79 JR	1306	1936	3242	293	5	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
80-84 JR	723	1398	2121	396	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
>85 JR	497	1071	1568	387	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAAL	64886	67646	132532	396	76	176	193	64	81	101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

ALLE PEILSTATIONS

LETTIJDUS- GROEP	POPULATIE		ONTSLAG PSYCH.PT		STERILISATIE		M.A.PIL		BRANDWONDEN		SUICIDE (POGING)	
	M	V	M+V	T	M	V	T	V	M	V	T	M+V
<1 JR	326	318	644		0	0	0	0	0	92	93	0
1-4 JR	3117	3026	6143		0	0	0	0	61	53	57	0
5-9 JR	4220	3896	8116		0	0	0	0	17	15	16	0
10-14 JR	4036	4231	8267		0	0	0	10	20	2	11	0
15-19 JR	5570	5475	11045		2	0	0	79	25	16	21	6
20-24 JR	5965	5959	11924		8	2	3	87	12	30	21	8
25-29 JR	5887	5715	11602		22	27	7	17	56	17	28	7
30-34 JR	5320	5292	10612		15	128	81	105	47	9	30	20
35-39 JR	5232	5134	10366		35	166	115	141	16	12	29	13
40-44 JR	4945	4972	9917		16	111	54	83	10	4	22	13
45-49 JR	3771	3798	7569		12	66	21	44	8	13	13	5
50-54 JR	3473	3463	6936		6	0	3	1	9	3	13	12
55-59 JR	3235	3470	6705		12	0	0	0	0	3	3	3
60-64 JR	2968	3232	6200		13	3	0	2	0	14	15	5
65-69 JR	2438	2859	5297		11	4	0	2	0	12	35	9
70-74 JR	1857	2401	4258		7	0	0	0	0	11	8	2
75-79 JR	1306	1936	3242		9	0	0	0	0	15	10	12
80-84 JR	723	1398	2121		24	0	7	5	0	0	29	19
>85 JR	497	1071	1568		13	0	0	0	0	0	9	6
TOTAL	64896	67646	132542		12	39	22	30	26	15	22	19

CONTINUE NURSGIDIGTSREGISTRATIE PEILSTATIONS

CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISBERD

JAAR: 1983 WEEK: 01 T/M 52

ALLE PEILSTATIONS

LEEFTIJDS-
GROEP

POPULATIE

ACUTE ONGEMONE HOOFDPIJN

ECHOGRAFIE

DEMENTIE

ACUTE ONGEMONE HOOFDPIJN

ECHOGRAFIE

DEMENTIE

	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
<1 JR	326	318	644	0	0	0	153	378	264	0	0	0
1-4 JR	3117	3026	6143	0	0	0	6	0	3	0	0	0
5-9 JR	4220	3896	8116	0	0	0	0	8	4	0	0	0
10-14 JR	4036	4231	8267	0	2	1	5	5	5	0	0	0
15-19 JR	5570	5475	11045	4	0	2	5	29	17	0	2	1
20-24 JR	5965	5959	11924	0	0	0	20	86	53	0	0	0
25-29 JR	5687	5715	11402	2	4	3	9	164	85	2	2	2
30-34 JR	5320	5292	10612	4	6	5	36	146	90	0	2	1
35-39 JR	5232	5134	10366	6	2	4	40	136	88	0	2	1
40-44 JR	4945	4972	9917	2	2	2	36	113	75	2	2	2
45-49 JR	3771	3798	7569	5	3	4	16	134	75	3	3	3
50-54 JR	3473	3463	6936	0	6	3	46	98	72	0	0	0
55-59 JR	3235	3470	6705	0	3	2	40	112	78	37	38	37
60-64 JR	2968	3232	6200	0	6	3	40	87	65	7	6	6
65-69 JR	2438	2859	5297	0	7	4	66	77	72	53	98	72
70-74 JR	1867	2401	4268	0	0	0	65	87	78	302	341	324
75-79 JR	1306	1936	3242	8	0	3	61	62	62	429	796	648
80-84 JR	723	1398	2121	0	0	0	55	79	71	1011	1241	1163
>85 JR	497	1071	1568	0	0	0	0	37	26	1894	2201	2104
TOTAAL	64866	67646	132532	2	2	2	27	89	58	48	102	75

CONTINUE MUREIDITEITSREGISTRATIE FEILSTATIONS
CUMULATIEF ALLE FEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1988

ALLE FEILSTATIONS

WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS- GROEP POPULATIE VOORSCHRIFT ROHPNDL ZWANGER OPNAME (POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE C.AIDS

VOORSCHRIFT ROHPNDL ZWANGER OPNAME 1.1.87 I.1.87 HERHAL. C.AIDS
ONDANKS PSYCH. IE PAAL IE PAAL WEGENS PREVENT. WEGENS PREVENT.

	M	V	T	M	V	T	V	M+V	V	V	V	V	M+V
<1 JR	326	318	644	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3117	3026	6143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4220	3896	8116	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4036	4231	8267	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	5570	5475	11045	2	0	1	16	4	4	0	0	2	9
20-24 JR	5965	5959	11924	5	3	4	19	12	32	2	2	0	16
25-29 JR	5887	5715	11602	22	32	27	19	20	61	11	2	2	25
30-34 JR	5320	5292	10612	32	8	20	19	18	114	30	10	6	23
35-39 JR	5232	5134	10366	12	38	23	25	32	135	35	14	16	13
40-44 JR	4945	4972	9917	8	42	25	10	19	145	50	18	12	16
45-49 JR	3771	3798	7569	29	66	48	0	13	134	45	18	16	12
50-54 JR	3473	3463	6936	66	144	105	0	12	92	32	14	9	4
55-59 JR	3235	3470	6705	136	138	137	0	10	75	20	9	12	6
60-64 JR	2968	3232	6200	47	136	119	0	6	65	31	3	9	5
65-69 JR	2438	2859	5297	90	243	176	0	9	53	18	4	0	6
70-74 JR	1857	2401	4258	151	341	258	0	9	33	4	4	4	5
75-79 JR	1306	1936	3242	61	176	130	0	12	10	5	5	5	3
80-84 JR	723	1398	2121	125	521	386	0	33	7	0	0	7	0
>85 JR	497	1071	1568	202	215	210	0	13	0	0	0	0	0
TOTAAL	64886	67646	132532	33	78	56	9	12	61	18	6	6	10

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		"INFLU- CERVIJUITSTRIJKJE ENZA"		"INFLU- 1.1.86 1.1.86 HERHAL. HERHAL. HERHAL. ENZA" 1E MAAL 1E MAAL 1E MAAL WEGENS PR.HUI. PR.VR. WEGENS PR.HUI. PR.VR.					
	M	V	T	M+V	M	V				
A1+A4	10360	10398	20759	377	118	128	137	64	76	69
B1-B3,C1-C4	40276	42015	82292	333	58	161	174	65	76	112
C5	14241	15233	29474	615	96	261	292	67	101	98
TOTAAL	64877	67646	132525	999	76	179	196	65	82	102

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		ONTSLAG PSYCH.PT		STERILISATIE		M.A.PTL BRANDWONDEN		SUICIDE (POGING)		
	M	V	T	M+V	M	V	T	M	V	T	
A1+A4	10360	10398	20759	5	75	27	51	17	15	16	3
B1-B3,C1-C4	40276	42015	82292	11	33	20	27	23	15	21	5
C5	14241	15233	29474	20	32	21	26	40	17	31	12
TOTAAL	64877	67646	132525	12	40	22	30	26	15	22	6

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		ACUTE ONGEWONE HOOFDFIJN		ECHOGRAFIE		DEMENTIE				
	M	V	T	M	V	T	M	V			
A1+A4	10360	10398	20759	4	3	42	99	70	7	15	11
B1-B3+C1-C4	40276	42015	82292	2	2	20	85	53	54	97	76
C5	14241	15233	29474	1	3	2	37	96	68	62	124
TOTAAL	64877	67646	132525	2	2	27	90	59	48	104	76

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		VOORSCHRIFT ROHPNDL		ZWANGER-OPNAME		(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE		C.AIDS				
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M+V			
A1+A4	10360	10398	20759	14	5	9	7	6	60	20	12	14	5
B1-B3+C1-C4	40276	42015	82292	32	107	71	7	12	62	17	6	5	8
C5	14241	15233	29474	50	53	51	16	17	62	19	4	4	21
TOTAAL	64877	67646	132525	33	79	56	9	12	62	18	6	6	10

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

"INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE
ENZA"

"INFLU- 1.1.86 1.1.86 HERHAL. HERHAL. HERHAL.
ENZA" 1E MAAL 1E MAAL 1E MAAL WEGENS PR.HUI. PR.VR.
WEGENS PR.HUI. PR.VR.

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE			"INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE ENZA"						
	M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	
GR+FR+DR	10339	10819	21159	425	117	128	226	58	38	83
OV+GLD+FLE	10908	10914	21822	461	127	112	154	61	81	60
UTR+NH+ZH	28291	29939	58230	395	56	179	233	72	106	128
ZLD+NB+LIM	15339	15974	31314	359	51	255	130	61	68	96
TOTAAL	64877	67646	132523	399	76	179	195	65	82	102

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

ONTSLAG PSYCH.PT

ONTSLAG PSYCH.PT M.A.PIL BRANDMONDEN
ONTSLAG PSYCH.PT M.A.PIL BRANDMONDEN

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE			ONTSLAG PSYCH.PT						SUICIDE (POGING)					
	M	V	T	M+V	M	V	T	V	M	V	T	M+V	T	M+V	
GR+FR+DR	10339	10819	21159	13	36	19	27	17	17	17	18	9	18	9	
OV+GLD+FLE	10908	10914	21822	10	57	20	39	20	16	12	14	4	14	4	
UTR+NH+ZH	28291	29939	58230	13	38	21	30	28	14	26	20	7	20	7	
ZLD+NB+LIM	15339	15974	31314	9	33	24	28	32	17	24	20	8	20	8	
TOTAAL	64877	67646	132523	12	40	22	30	26	15	22	19	6	19	6	

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP POPULATIE ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJN ECHOGRAFIE DEMENTIE
ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJN ECHOGRAFIE DEMENTIE

	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	10339	10819	21159	4	1	2	16	72	45	10	18	14
OV+GLD+FILE	10908	10914	21822	3	3	3	36	93	65	5	28	16
UTR+NH+ZH	28291	29939	58230	1	3	2	36	91	64	49	116	84
ZLD+NB+LIM	15339	15974	31314	1	2	2	12	98	56	102	191	147
TOTAAL	64877	67646	132625	2	2	2	27	90	59	48	104	76

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1988 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP POPULATIE VOORSCHRIFT ROHYPNOL ZWANGER OPNAME (POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE C-AIDS
ONDANKS PSYCH.PT
VOORSCHRIFT ROHYPNOL ZWANGER OPNAME 1.1.87 HERHAL. HERHAL. C-AIDS
ONDANKS PSYCH. 1E MAAL 1E MAAL WEGENS PREVENT. WEGENS PREVENT.

	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M+V	V	V	M+V
GR+FR+DR	10339	10819	21159	49	158	105	5	12	43	5	3	3	7
OV+GLD+FILE	10908	10914	21822	36	100	68	7	12	55	20	13	15	9
UTR+NH+ZH	28291	29939	58230	30	62	47	12	13	67	25	4	5	13
ZLD+NB+LIM	15339	15974	31314	26	43	35	7	12	69	12	9	3	8
TOTAAL	64877	67646	132625	33	79	55	9	12	62	18	6	6	10

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

ALLE PEILSTATIONS

LEEFTIJD-
GROEP

POPULATIE

"INFU- ENZA"
"INFU- ENZA"
"INFU- ENZA"
"INFU- ENZA"

1-1-87
1E MAAL
HEGENS PR. HUI.
1-1-87
1E MAAL
HEGENS PR. HUI.
1-1-87
1E MAAL
HEGENS PR. HUI.
1-1-87
1E MAAL
HEGENS PR. HUI.

	M		V		T		M+V		V		V		V	
<1 JR	335	331	666	1924	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3131	3030	6161	941	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4227	3917	8144	567	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4056	4265	8321	340	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	5601	5484	11085	277	13	6	13	4	4	4	4	4	4	4
20-24 JR	5974	5965	11939	295	76	146	133	42	27	17	17	17	17	17
25-29 JR	5904	5735	11639	345	122	365	326	70	66	51	51	51	51	51
30-34 JR	5345	5317	10662	404	122	331	574	109	141	126	126	126	126	126
35-39 JR	5237	5135	10372	370	168	433	1181	134	152	327	327	327	327	327
40-44 JR	4982	5010	9992	357	146	363	946	142	158	405	405	405	405	405
45-49 JR	3790	3803	7593	373	147	260	686	174	179	318	318	318	318	318
50-54 JR	3485	3471	6957	361	92	320	907	136	147	294	294	294	294	294
55-59 JR	3243	3469	6712	405	86	118	190	65	58	98	98	98	98	98
60-64 JR	2977	3224	6201	377	25	31	59	12	22	28	28	28	28	28
65-69 JR	2444	2865	5309	403	28	24	49	31	7	4	4	4	4	4
70-74 JR	1964	2415	4279	442	25	4	21	0	8	4	4	4	4	4
75-79 JR	1308	1942	3250	366	5	5	0	0	10	0	0	0	0	0
80-84 JR	719	1408	2127	504	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0
>85 JR	498	1075	1573	395	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAAL	65121	67861	132982	405	71	168	344	60	65	110	110	110	110	110

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD
JAAR: 1989
WEEK: 01 T/M 52

ALLE PEILSTATIONS

LEEFTIJDS-
GROEP

POPULATIE
VERWIJZING LOGOPEDIE
STERILISATIE
M.A.P.I.L
BRANDHONDEN

VERWIJZING LOGOPEDIE
STERILISATIE
M.A.P.I.L
BRANDHONDEN

	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
<1 JR	395	331	666	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	15
1-4 JR	3131	3030	6161	89	69	80	0	3	2	0	0	70	50	60	
5-9 JR	4227	3917	8144	229	128	181	0	6	3	0	0	17	20	18	
10-14 JR	4056	4265	8321	54	16	35	0	0	0	0	7	22	15	19	
15-19 JR	5601	5484	11085	7	15	11	0	2	1	131	23	27	25		
20-24 JR	5974	5965	11939	17	32	24	0	2	1	99	30	25	28		
25-29 JR	5904	5735	11639	15	14	15	20	26	23	68	24	33	28		
30-34 JR	5345	5317	10662	8	15	11	92	58	75	56	13	30	22		
35-39 JR	5237	5135	10372	13	8	11	149	90	120	29	13	16	15		
40-44 JR	4982	5010	9992	2	6	4	74	52	63	28	34	24	29		
45-49 JR	3790	3603	7393	0	13	7	37	13	25	8	8	24	16		
50-54 JR	3486	3471	6957	6	9	7	0	0	0	3	9	23	16		
55-59 JR	3243	3469	6712	15	6	10	0	0	0	0	15	23	19		
60-64 JR	2977	3224	6201	3	3	3	0	0	0	0	0	19	10		
65-69 JR	2444	2865	5309	4	18	11	0	0	0	0	4	14	9		
70-74 JR	1864	2415	4279	11	12	12	0	0	0	0	11	37	26		
75-79 JR	1308	1942	3250	15	5	9	0	0	0	0	8	5	6		
80-84 JR	719	1408	2127	0	29	19	0	0	0	0	0	21	14		
>85 JR	498	1075	1573	20	0	6	0	0	0	0	0	0	0		
TOTAAL	65121	67861	132982	30	22	26	29	19	24	35	20	24	22		

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE FEILSTATIONS
 CUMULATIEF ALLE FEILSTATIONS GESTANDARDEISEERD
 JAAR: 1989

BLAD 3
 20-03-91

ALLE FEILSTATIONS

WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-
 GROEP

POPULATIE
 SUICIDE ACUTE ONGEHONE HOOPDPINZMANGER
 (POBING) ONDANKS

SUICIDE ACUTE ONGEHONE HOOPDPINZMANGER
 (POBING) ONDANKS

	M	V	T	M+V	M	V	T	V	T	V
<1 JR	335	331	666	0	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3131	3030	6161	0	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4227	3917	8144	0	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4056	4265	8321	0	3	0	0	1	0	0
15-19 JR	5601	5484	11085	3	2	0	0	1	13	0
20-24 JR	5974	5965	11939	8	2	2	2	2	20	0
25-29 JR	5904	5735	11639	11	0	0	0	0	26	0
30-34 JR	5345	5317	10662	17	2	0	0	1	40	0
35-39 JR	5237	5135	10372	7	2	2	2	2	20	0
40-44 JR	4982	5010	9992	8	0	0	0	0	4	0
45-49 JR	3790	3803	7593	12	5	3	4	0	0	0
50-54 JR	3486	3471	6957	3	0	0	0	0	0	0
55-59 JR	3243	3469	6712	7	3	0	2	0	0	0
60-64 JR	2977	3224	6201	10	3	6	5	0	0	0
65-69 JR	2444	2865	5309	6	4	4	4	0	0	0
70-74 JR	1864	2415	4279	7	5	0	2	0	0	0
75-79 JR	1308	1942	3250	3	0	5	3	0	0	0
80-84 JR	719	1408	2127	5	0	7	5	0	0	0
>85 JR	498	1075	1573	0	0	0	0	0	0	0
TOTAAL	65121	67861	132982	7	2	1	1	1	10	0

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE FEILSTATIONS
CUMULATIEF ALLE FEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

LEEFTIJDS-
GROEP

POPULATIE

(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE C.AIDS

1.1.88 1.1.88 HERHAL. HERHAL. C.AIDS
1E MAAL 1E MAAL WEGENS PREVENT.
WEGENS PREVENT.

	M	V	T	V	V	V	V	V	MHV
<1 JR	335	331	666	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3131	3030	6161	0	0	0	0	0	0
5-9 JR	4227	3917	8144	0	0	0	0	0	0
10-14 JR	4056	4265	8321	0	0	0	0	0	0
15-19 JR	5601	5484	11085	6	0	0	0	0	7
20-24 JR	5974	5965	11939	34	5	2	0	0	28
25-29 JR	5904	5735	11639	66	14	5	2	2	34
30-34 JR	5345	5317	10662	98	26	11	6	6	29
35-39 JR	5237	5135	10372	138	51	16	18	18	24
40-44 JR	4982	5010	9992	180	42	24	18	18	24
45-49 JR	3790	3803	7593	174	42	16	18	18	11
50-54 JR	3486	3471	6957	104	55	14	14	14	12
55-59 JR	3243	3469	6712	92	35	14	17	13	13
60-64 JR	2977	3224	6201	74	28	6	12	2	2
65-69 JR	2444	2865	5309	35	11	4	4	4	4
70-74 JR	1864	2415	4279	21	12	8	0	0	2
75-79 JR	1308	1942	3250	31	0	10	0	0	6
80-84 JR	719	1408	2127	0	0	0	0	0	0
>85 JR	498	1075	1573	9	0	0	0	0	6
TOTAAL	65121	67861	132982	67	20	8	7	14	14

JAAR: 1989
 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		"INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE ENZA"										
	M	T	M+V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
A1+A4	10391	10422	20814	341	103	130	242	53	65	109			
B1-B3+C1-C4	40394	42143	82542	354	57	142	379	63	57	130			
C5	14328	15300	29628	616	90	271	334	60	87	59			
TOTAAL	65113	67865	132984	409	71	169	347	61	65	111			

"INFLU- 1.1.87 1.1.87 1.1.87 HERHAL. HERHAL. HERHAL.
 ENZA" IE MAAL IE MAAL IE MAAL WEGENS PR.HUI. PR.VR.
 WEGENS PR.HUI. PR.VR.

JAAR: 1989
 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE		VERWIJZING LOGOPEDIE		STERILISATIE		M.A.PIL		BRANDWONDEN				
	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T			
A1+A4	10391	10422	20814	34	21	27	41	22	32	35	19	14	17
B1-B3+C1-C4	40394	42143	82542	28	21	24	26	17	21	36	18	25	21
C5	14328	15300	29628	35	27	31	33	23	28	33	26	29	27
TOTAAL	65113	67865	132984	30	22	26	30	19	24	35	20	24	22

VERWIJZING LOGOPEDIE STERILISATIE M.A.PIL BRANDWONDEN
 M.A.PIL BRANDWONDEN

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE					SUICIDE ACUTE ONGEHONE HOOFDPIJNZHANGER (POGING)					
	M	V	T	M+V	M V T	M	V	T	M+V	M V T	
A1+A4	10391	10422	20814	7	1	1	1	1	3		
B1-B3;C1-C4	40394	42143	82542	6	2	1	1	1	8		
C5	14328	15300	29628	10	3	1	2	2	22		
TOTAAL	65113	67865	132984	7	2	1	1	1	10		

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
URBANISATIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

URBANISATIE- GROEP	POPULATIE					(POLY)KLINISCHE MAMMOGRAFIE C.AIDS				
	M	V	T	M+V	M V T	M	V	T	M+V	M V T
A1+A4	10391	10422	20814	111	43	20	20	5		
B1-B3;C1-C4	40394	42143	82542	56	15	6	4	13		
C5	14328	15300	29628	69	18	7	4	27		
TOTAAL	65113	67865	132984	67	20	8	7	15		

1-1-88 1-1-88 HERHAL. HERHAL. C.AIDS
1E-MAL 1E-MAL WEGENS PREVENT.
WEGENS PREVENT.

PROVINCIE- GROEP POPULATIE "INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE
 ENZA"
 ENZA" 1.1.87 1.1.87 HERHAL. HERHAL. HERHAL.
 ENZA" IE MAAL IE MAAL IE MAAL WEGENS PR.HUI. PR.VR.
 WEGENS PR.HUI. PR.VR.
 JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	"INFLU- CERVIXUITSTRIJKJE ENZA"											
		M	V	T	M+V	V	V	V	V	V	V	V	V
GR+FR+DR	10393	10869	21264	402	100	106	260	49	38	95			
OV+GLD+FLE	10875	10878	21754	415	128	118	240	59	80	62			
UTR+NH+ZH	28364	30001	58367	434	54	201	453	66	57	130			
ZLD+NB+LIM	15481	15117	31599	366	48	189	283	61	88	120			
TOTAAL	65113	67865	132984	409	71	169	347	61	65	111			

PROVINCIE- GROEP POPULATIE VERWIJZING LOGOPEDIE
 VERWIJZING LOGOPEDIE
 JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	VERWIJZING LOGOPEDIE											
		M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	10393	10869	21264	14	11	13	36	26	31	30	17	29	24
OV+GLD+FLE	10875	10878	21754	25	15	20	33	15	24	36	19	12	16
UTR+NH+ZH	28364	30001	58367	32	21	26	29	20	23	37	22	23	22
ZLD+NB+LIM	15481	15117	31599	41	38	40	32	16	24	33	19	30	25
TOTAAL	65113	67865	132984	30	22	26	30	19	24	35	20	24	22

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	SUICIDE ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJNZWANGER (POGING)	SUICIDE ACUTE ONGEWONE HOOFDPIJNZWANGER (POGING)	M	V	T	M+V	M	V	T	V
GR+FR+DR	10393	10869	21264	6	1	1	1	1	1	1	4
OV+GLD+FLE	10875	10878	21754	9	2	1	1	1	1	1	6
UTR+NH+ZH	28364	30001	58367	6	1	1	1	1	1	1	15
ZLD+NB+LIM	15481	16117	31599	8	3	3	3	3	3	7	7
TOTAAL	65113	67865	132984	7	2	1	1	1	1	10	

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS
PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD GESTANDAARDISEERD

JAAR: 1989 WEEK: 01 T/M 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE	(POLI)KLINISCHE MAMMOGRAFIE	C-AIDS					
GR+FR+DR	10393	10869	21264	54	10	6	2	9
OV+GLD+FLE	10875	10878	21754	106	36	23	21	11
UTR+NH+ZH	28364	30001	58367	56	21	4	2	18
ZLD+NB+LIM	15481	16117	31599	70	14	7	8	15
TOTAAL	65113	67865	132984	67	20	8	7	15

1.1.88 1.1.88 HERHAL. HERHAL. C-AIDS
1E MAAL 1E MAAL WEGENS WEGENS
PREVENT. PREVENT.

NOTEN

1. Typologie van de Nederlandse gemeenten naar urbanisatiegraad, 1-1-1971 (Centraal Bureau voor de Statistiek).
2. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg per 1 januari 1988, p. 32, tabel 10. Uitgave NIVEL, Utrecht.
3. De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen. De tabellen die met een combinatie van een cijfer en een letter zijn aangeduid, zijn met de bijlagen en de figuren achter de tekst opgenomen. Bij de behandeling van de verschillende rubrieken worden deze laatste tabellen niet steeds weer aangehaald.
4. 1-1-1989, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.
5. Praktijktelling 1987.
6. In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders is vermeld.
7. Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
 - a. Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
 - b. De infectie moet gepaard gaan met een 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).

8. Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequentie per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).
9. De in dit hoofdstuk gemaakte berekeningen zijn gemaakt door Dr. E. Ketting, thans werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Sociaal-Seksuologisch Onderzoek.
10. Wibaut, P. De onbetrouwbaarheid van de alternatieve morning-after pil, Huisarts en Wetenschap 1986, 29, blz. 306-307.
11. 1. Rademakers J., Ketting E. Hoe betrouwbaar is de 'alternatieve' 2x2 morning-after pil? Medisch Contact 1987; 42: blz. 89-92.
2. Santen M.R. van, Haspels A.A. Ingezonden. Medisch Contact 1987; 42: blz. 230.
3. De 2x2-morning-after pil: een verantwoord alternatief? Gen. Bul. 1987; 21: blz. 47-49.
12. Warning Headache in Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Robert D. Verweij M.D.: Eelco F.M. Wijdicks M.D.; Jan van Gijn M.D., Arch Neurol-vol 45, sept. 1988.
13. Onderzoek Gezinsvorming C.B.S.
14. Zie o.a. rapport Abortus en anticonceptie 1985/'84. Dr. E. Ketting en P. Leseman, Stimezo Nederland, Den Haag 1986.
15. Moons, M.A.W., L. Peters in Huisarts en vragen over AIDS. M.C.; 45, 1990, no. 36, p. 1055-1057.
16. Nationale Commissie bestrijding, AIDS-infolijn, jaarverslag 1988, 1989.
17. Psychiatrische Ziekenhuizen in cijfers. J.U. Brouwer en J.M. Spaan, NZI, juni 1988.
18. W. Frankenberg and G.H.N.M. ter Horn. Contacts of general practitioners with discharged psychiatric patients. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 235. Nivel, Utrecht 1989.
19. G.A.A. Daries. Echografie in Bijblijven 3, 1987, nr. 10.

20. R.F.W. Diekstra en M. van Egmond. Suicide and attempted suicide in general practice. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 202. Nivel, Utrecht 1989.
21. Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
22. A.I.M. Bartelds. Requests for application of euthanasia. In The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy, blz. 259. Nivel, Utrecht 1989.
23. Weeda-Mannak, W.L. Anorexia Nervosa, towards an early identification. Dissertatie 1984, Maastricht.