

	<p>Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2002. De gegevens mogen met bronvermelding (Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2001, A.I.M. Bartelds) worden gebruikt.</p> <p>In deze elektronische versie ontbreken twee bijlagen, namelijk op blz. 15 het kaartje van Nederland en op blz. 139 de weekstaat (bijlage 2).</p> <p>Deze zijn wel terug te vinden in de gedrukte versie, die te bestellen is via <a href="mailto:receptie@nivel.nl">receptie@nivel.nl</a>.</p>
---	---

## **Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2001**

A.I.M. Bartelds

Utrecht, 2002

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729 [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

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

ISBN 90-6905-574-0  
SISO 601.8 UDC 312.6(492)

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

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	7
<b>1 Inleiding</b>	9
1.1 Internationale samenwerking	10
<b>2 Begeleidingscommissie</b>	11
<b>3 Bijeenkomst Peilstationmedewerkers</b>	13
<b>4 Spreiding der Peilstations over Nederland</b>	15
<b>5 De praktijkpopulatie</b>	19
<b>6 Omvang en continuïteit van de rapportage</b>	23
<b>7 De weekstaat</b>	27
<b>8 Verwerking van de gegevens op de weekstaat</b>	29
<b>9 Influenza(achtig-ziektebeeld)</b>	31
9.1 Influenza 2000/2001 en 2001/2002	31
9.2 Influenza (achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2001/2002	36

<b>10</b>	<b>Neuraminidaseremmer (voorschrift van)</b>	41
<b>11</b>	<b>Acute respiratoire infecties</b>	43
11.1	Leeftijdverdeling	45
11.2	Seizoensinvloeden	46

<b>12</b>	<b>Waterpokken</b>	49
12.1	Seizoensinvloeden	50
12.2	Leeftijdsverdeling	51
<b>13</b>	<b>Loophulpmiddel (voorschrift voor)</b>	53
13.1	Leeftijdsverdeling	55
<b>14</b>	<b>Depressie</b>	57
14.1	Seizoensinvloeden	59
14.2	Leeftijdsverdeling	60
<b>15</b>	<b>Herpes Zoster</b>	63
15.1	Leeftijdsverdeling	65
<b>16</b>	<b>Diabetes Mellitus</b>	67
16.1	Leeftijdsverdeling	69
<b>17</b>	<b>Suicide(poging)</b>	71
17.1	Leeftijdsverdeling	73
<b>18</b>	<b>Verwijzing van en consultatie bij psychische stoornis (GGZ)</b>	75
18.1	Seizoensinvloeden	76
18.2	Leeftijdsverdeling	77
<b>19</b>	<b>Urethritis bij man</b>	79
19.1	Seizoensinvloeden	80
19.2	Leeftijdsverdeling	81
<b>20</b>	<b>Angst voor AIDS</b>	83
20.1	Leeftijdsverdeling	86
<b>21</b>	<b>Gastro-enteritis</b>	89
21.1	Leeftijdsverdeling	91
21.2	Seizoensinvloeden	95
<b>22</b>	<b>Prostaatlijden</b>	97

22.1	Leeftijdsverdeling	99
<b>23</b>	<b>Kinkhoest</b>	103
23.1	Leeftijdsverdeling	105
<b>24</b>	<b>Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking</b>	107
24.1	Betrouwbaarheidsintervallen	114
<b>25</b>	<b>Incidentele onderzoeken</b>	115
25.1	Verzoeken om euthanasie	115
25.2	Leeftijdsverdeling	119
25.3	Overzicht van de gemelde verzoeken	119
25.4	Beschouwing	123
<b>26</b>	<b>Eetstoornissen</b>	127
<b>27</b>	<b>Algemene opmerkingen - weekstaat 2001</b>	131
<b>28</b>	<b>Literatuurlijst</b>	133
<b>Bijlagen:</b>		
	Bijlage 1: Deelnemende artsen in 2001	137
	Bijlage 2: Weekstaat 2001	139
	Bijlage 3: Alfabetische lijst van onderwerpen	140
	Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken	143
	Bijlage 5: Leeftijdsopbouw Nederlandse bevolking	144
	Bijlage 6: Jaartabellen	145

## Voorwoord

In 2001 werd een grote studie naar het vóórkomen van darminfecties in de huisartspraktijk afgesloten, die in samenwerking met het RIVM is verricht. In deze studie werd niet alleen onderzocht welke ziekteverwekkers een rol spelen bij patiënten die de huisartspraktijk met een darminfectie bezoeken, maar er is ook onderzoek gedaan naar de darmflora van 'gezonde' controle-patiënten.

Als men met een darminfectie de huisartspraktijk bezoekt, dan werden vaker bacteriën dan virussen als ziekteverwekker gevonden als men althans ziekteverwekkers vindt; bereikt de darminfectie de huisartspraktijk **niet** dan zijn de gevonden ziekteverwekkers vaker viraal dan bacterieel (Norwalk like virus, Sapporo virus). In verreweg de meeste gevallen is echter geen specifieke ziekteverwekker aanwijsbaar.

Na de studies van maagdarminfecties is in het najaar 2000 eveneens in samenwerking met het RIVM de Ariel-studie gestart: een patiënt-controle onderzoek naar acute respiratoire infecties in de eerste lijn. Meer nog dan maagdarminfecties vormen de infecties van de luchtwegen een belangrijke belasting van de zorgverlening in de eerste lijn. In dit verslag en ook elders wordt over de voorlopige uitkomsten van het eerste jaar van de Ari-el studie gerapporteerd. De studie zal in elk geval tot september 2002 worden voortgezet.

In tegenstelling tot wat gemeld is over de acute gastroenteritis zijn de laatste twee winterseizoenen voor wat betreft de acute luchtweginfecties rustig verlopen.

Chronische patiënten vormen een andere groep patiënten die in de eerste lijn veel zorg vragen. Na een onderbreking van 6 jaar is in 2000 opnieuw de incidentie van diabetes mellitus onderwerp van registratie.

De registratie bevestigt dat er sprake is van een 30% toename van diabetes mellitus in 2000-2001 in vergelijking met 1990-1993. Vermoedelijk zijn de intensievere opsporings methoden in de huisartspraktijk verantwoordelijk voor deze stijging.

Deelnemen in Europese projecten is voor de CMR Peilstations inmiddels een gegeven. Bijdragen worden geleverd in de surveillance van influenza achtige aandoeningen (EISS) en aan het Health Indicator Project van de Europese Unie via het deelproject Health Information from Primary Care.

Langzaam wordt er in de EU vooruitgang geboekt in de integratie van de informatie-verzameling over gezondheidsproblemen in de lidstaten.

Prof. dr. J. van der Zee  
voorzitter Begeleidingscommissie





# 1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid (zie pagina 15-19).

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 139).

Elke twee jaar vindt een telling plaats van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 29).

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

- 1 Het belang van het onderwerp moet worden beschreven.
- 2 Er moeten strenge en duidelijke criteria betreffende de te registreren ziekte of gebeurtenis te formuleren zijn.
- 3 Het toepassen van deze criteria mag niet te tijdrovend zijn en moet inpasbaar zijn in de praktijkvoering van de huisarts.
- 4 Er moet sprake zijn van behoefte aan informatie op nationaal representatief niveau.
- 5 De CMR-Peilstations vormt de meest geschikte informatiebron

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

In dit verslag wordt bij een rubriek die voor de eerste maal op de weekstaat is opgenomen enige achtergrondinformatie gegeven; bij de 'oude onderwerpen' dient men hiervoor een van de vorige verslagen te raadplegen. Voor een overzicht van het jaar dat een rubriek voor de eerste keer opgenomen is op de weekstaat zie pag 140-142.

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

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

In het verslag wordt noch een uitputtende (statistische) analyse van de verzamelde gegevens noch uitvoerige beschouwingen gegeven; het doel is een basale beschrijving te geven van de gegevens waarover dat jaar is gerapporteerd.

## **1.1 Internationale samenwerking**

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

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

Voor de coördinatie van EISS door het Nivel is financiering van de Europese Commissie verkregen ([www.eiss.org](http://www.eiss.org)).

In 1998 is op initiatief van het Nivel en in samenwerking met Dr. Douglas Fleming (UK), de projectleider van de Engelse Peilstations (Weekly Returns Service), subsidie verkregen voor een project dat tot doel heeft de gezondheidsinformatie uit de netwerken van huisartsenpeilstations in landen van de EU op elkaar af te stemmen. De CMR-Peilstations participeerde ook in dit project, waarvoor in 2000 de gegevens zijn verzameld.

Eind 2001 kreeg het 'Health Monitoring Project' een vervolg in het project 'Health Information from Primary Care' waardoor ook in 2002 en 2003 de samenwerking met andere peilstationsnetwerken in de EU voortgezet kan worden.

## 2 Begeleidingscommissie

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

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

De commissie was in 2001 als volgt samengesteld:

**Begeleidingscommissie:** Mw. G.D. van Dijk, psycholoog<sup>1</sup>  
Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven,<sup>7</sup>  
gezondheidswetenschap-per-epidemioloog  
F.K.A. Fokkema, huisarts<sup>5</sup>  
R.C. Sardeman, arts<sup>4</sup> vanaf 010901  
Dr. F.G. Schellevis, huisarts-epidemioloog<sup>3</sup>  
Dr. H. Verkleij, socioloog<sup>7</sup>  
J. Vesseur, arts<sup>4</sup> tot 010501  
A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog<sup>1</sup>  
J.K. van Wijngaarden, arts<sup>4</sup>  
Prof. dr J. van der Zee, voorzitter<sup>2</sup>

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

**Secretaresse:** Mevrouw M. Heshusius-van Valen

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

De begeleidingscommissie heeft in 2001 tweemaal vergaderd. De begeleidingscommissie kent een vacature (een vertegenwoordiger van de peilstationartsen), terwijl de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instututen niet vertegenwoordigd zijn.



### 3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2001

Contact tussen de registrerende artsen en hun medewerkers, de begeleidingscommissie, de rubriekhouders en de projectleiding is voor een registratieproject als de CMR-Peilstations van groot belang. Elk jaar, aan het begin van een nieuwe registratieperiode dat loopt van 01.01 tot en met 31.12, wordt daartoe een bijeenkomst gehouden.

In december 1999 is het verzamelen van gegevens ten behoeve van de populatie studie naar acute gastro enteritis afgerond. Mevr. Dr. M. de Wit, epidemioloog en verbonden aan het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie bespreekt de eerste uitkomsten van de studie en vergelijkt deze met de uitkomsten van de patiënt-controle studie bij patiënten die zich bij de huisarts melden.

In vergelijking met de studie bij de patiënten die de huisarts raadplegen wordt in de populatie studie een aanmerkelijk hoger aantal virale verwekkers van buikgriep gevonden. De klachten zijn daarbij minder heftig en zeker minder langdurig, dan bij buikgriep veroorzaakt door met name bacteriële verwekkers.

De gegevens over eetstoornissen verzameld door de peilstationartsen vormen een bijzonder bestand. Prof. dr. H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog verbonden aan het Parnassia Psycho-medisch Centrum benadrukt dat nog eens bij zijn presentatie van een aantal resultaten over de periode 1995-1999. Hij maakt tevens van de gelegenheid gebruik om met de peilstationartsen te discussiëren over een op te zetten follow-up onderzoek naar de patiënten welke in die periode gemeld zijn.

In het jaar 2000 zijn de gegevens verzameld ten behoeve van het Health Monitoring Project gefinancierd door de EU. Dr.F. Schellevis, huisarts-epidemioloog verbonden aan het Nivel, bespreekt de voorlopige resultaten van deze registratie van waterpokken en diabetes mellitus in België, Engeland en Wales, Portugal, Spanje en Nederland.

Het patiënt-controle onderzoek naar acute respiratoire infecties kreeg de naam ARI-EL, de naam van de luchtgeest uit de Griekse mythologie. De studie is gestart in week 40 van 2000 en zal gedurende 2 à 3 jaar worden voortgezet. Mevr. dr. Ir. M.L. Heijnen, de projectleider van deze studie en werkzaam op het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM, bespreekt met de peilstationartsen en assistenten de gang

van zaken tot dan toe en de eerste resultaten van het onderzoek van de keel- en neuswatten. In de keel- en neuswatten zijn tot op dat moment nog geen influenza virussen geïsoleerd; wel diverse andere virussen, -vooral rhinovirussen-, en bacteriën.

## 4 Spreiding der peilstations over Nederland

figuur 4.1  
PEILSTATIONS  
Continue Morbiditeits Registratie  
2001



In 2001 is het aantal peilstations 45. Het aantal huisartsen in de peilstationpraktijken is 66.

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

- A: voor provinciegroep Groningen, Friesland en Drenthe (noordelijke provincies);
- B: voor provinciegroep Overijssel, Gelderland en Flevoland (oostelijke provincies);
- C: voor provinciegroep Utrecht, Noord- en Zuid-Holland (westelijke provincies);
- D: voor provinciegroep Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (zuidelijke provincies);
- 1: voor de stedelijkheidsgraad 5 (plattelandsgemeenten)<sup>1</sup>;
- 2: voor de stedelijkheidsgraad 4-3-2 (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter):
- 3: voor de stedelijkheidsgraad 1 (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 137-138) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2001 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In veertien peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten tien maal tussen twee artsen, drie maal tussen drie artsen, en een maal tussen zes artsen. In januari 2001 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 58,9%; bij de peilstationartsen 56%. Er zijn vijf apotheehoudende peilstationartsen, drie in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 7,5% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 7,6<sup>2</sup>.

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1992-2001.

Aanpassing aan de geldende maatstaven voor de indeling naar stedelijkheidsgraad heeft plaats waar en wanneer dat nodig is.

Vergelijking met het aantal huisartsen in Nederland in de verschillende subgroepen laat zien dat de peilstationartsen een evenredige vertegenwoordiging vormen.

---

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

<sup>2</sup> Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 2001. Nivel, Utrecht

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1992-2001<sup>3</sup>

provincie- groep	A; Groningen, Friesland en Drenthe		B; Overijssel, Gelderland en Flevoland		C; Utrecht, Noord- en Zuid- Holland		D; Zeeland Noord-Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1992	10	6	10	8	29	19	14	10
1993	10	6	12	10	28	19	15	10
1994	10	6	13	11	26	18	15	10
1995	12	6	14	11	24	17	15	10
1996	12	6	14	10	26	17	15	10
1997	12	6	15	11	19	15	18	10
1998	12	6	16	12	23	16	14	9
1999	12	6	17	12	24	16	14	9
2000	13	6	17	12	27	21	12	8
2001	13	6	15	10	23	19	14	10

<sup>3</sup> De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1992-2001

stedelijkheids- graad	1; plattelands gemeenten <sup>4</sup>		2; verstedelijkte plattelands- gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk karakter		3; gemeenten met 100.000 of meer inwoners		totaal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.peilst.	
1992	10	6	37	24	16	13	63	43
1993	10	6	38	26	17	13	65	45
1994	9	7	41	29	14	9	64	45
1995	10	7	42	28	13	9	65	44
1996	10	7	43	27	14	9	67	43
1997	10	7	43	27	11	8	64	42
1998	11	8	44	28	10	7	65	43
1999	10	7	47	29	10	7	67	43
2000	10	7	46	29	13	11	69	47
2001	10	7	43	27	13	11	66	45

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

## 5 De praktijkpopulaties

Er heeft in 2001 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2002 voor de verwerking gebruikt. In 2003 heeft een nieuwe telling plaats.

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

De Nederlandse bevolking nam in 2000 met 123.125 toe tot 15.987.075 per 1-1-2001

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

	aantal inwoners Nederland <sup>2</sup>	aantal patiënten peilstations <sup>1</sup> (met percentages)
<b>provinciegroep:</b>		
A	1.671.534	24.584 (1.5%)
B	3.349.530	34.020 (1.0%)
C	7.448.216	56.524 (0.7%)
D	3.517.795	34.569 (1.0%)
<b>geslacht:</b>		
mannen	7.909.855	73.272 (0.9%)
vrouwen	8.077.220	76.425 (0.9%)
totaal (1-1-2001)	149.697	(0.9%)

Provinciegroep A (de noordelijke provincies) is oververtegenwoordigd. Provinciegroep D ondervertegenwoordigd. De vertegenwoordiging van de verschillende stedelijkheidsgraden was tot en met 2000 meer gelijk. In 2001 is de vertegenwoordiging van de verschillende stedelijkheidsgraden niet gecontroleerd. Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevingsadressendichtheid<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> Praktijktelling 1999.

<sup>2</sup> 1-1-2001, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.2 Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijdsklasse, provinciegroep en voor Nederland

	provinciegroep								Nederland	
	A		B		C		D		M	V
	M	V	M	V	M	V	M	V		
0- 4	1.3	1.4	0.8	0.9	0.6	0.6	1.0	1.0	0.8	0.8
5- 9	1.4	1.4	1.0	1.0	0.7	0.7	1.0	0.9	0.9	0.9
10-14	1.5	1.4	1.0	1.0	0.6	0.6	0.9	0.9	0.8	0.8
15-19	1.5	1.6	1.0	0.9	0.7	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9
20-24	1.4	1.6	0.9	1.0	0.7	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
25-29	1.8	1.9	1.2	1.2	0.8	1.0	1.1	1.2	1.1	1.2
30-34	1.6	1.6	1.2	1.1	0.8	0.9	1.1	1.1	1.0	1.0
35-39	1.5	1.6	1.0	1.0	0.8	0.8	1.0	0.9	0.9	0.9
40-44	1.4	1.5	1.0	0.9	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9
45-49	1.5	1.5	0.9	0.9	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9
50-54	1.4	1.4	1.0	1.0	0.7	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9
55-59	1.3	1.3	1.0	1.1	0.7	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9
60-64	1.4	1.4	1.1	1.1	0.7	0.7	1.0	0.9	0.9	0.9
65-69	1.4	1.3	1.1	1.1	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9
70-74	1.3	1.3	1.1	0.9	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9
75-79	1.3	1.3	1.1	0.9	0.8	0.8	1.1	1.0	1.0	0.9
80-84	1.4	1.2	1.1	0.9	0.7	0.8	1.1	1.1	0.9	0.9
≥ 85	1.4	1.5	1.9	1.0	1.0	0.9	1.2	1.3	1.2	1.1
totaal	1.5	1.5	1.0	1.0	0.7	0.8	1.0	1.0	0.9	0.9



## 6 Omvang en continuïteit van de rapportage

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 2001 bedroeg het 11.700 (52 weken x 5 dagen x 45 peilstations). In tabel 6.1 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 6.1 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1992	11.395	10.141	89.0%
1993	11.700	10.269	87.8%
1994	11.700	10.227	87.4%
1995	11.400	9.900	86.5%
1996	11.180	9.663	86.4%
1997	10.920	9.340	85.5%
1998	11.395	9.733	85.4%
1999	11.180	9.500	85.0%
2000	12.220	10.217	83.5%
2001	11.700	9.455	80.8%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2001 lager dan dat van de voorgaande jaren.



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

De rapportage in de grote steden is met 75.7% het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 86.3% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

Tabel 6.2 De rapportage per provinciegroep en stedelijkheidsgraad

provinciegroep	stedelijkheidsgraad
A 86.3%	1 83.5%
B 82.8%	2 82%
C 77.8%	3 75.7%
D 81.4%	

In figuur 6.1 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is 43 (maximaal  $45 \times 5 = 225$ ).

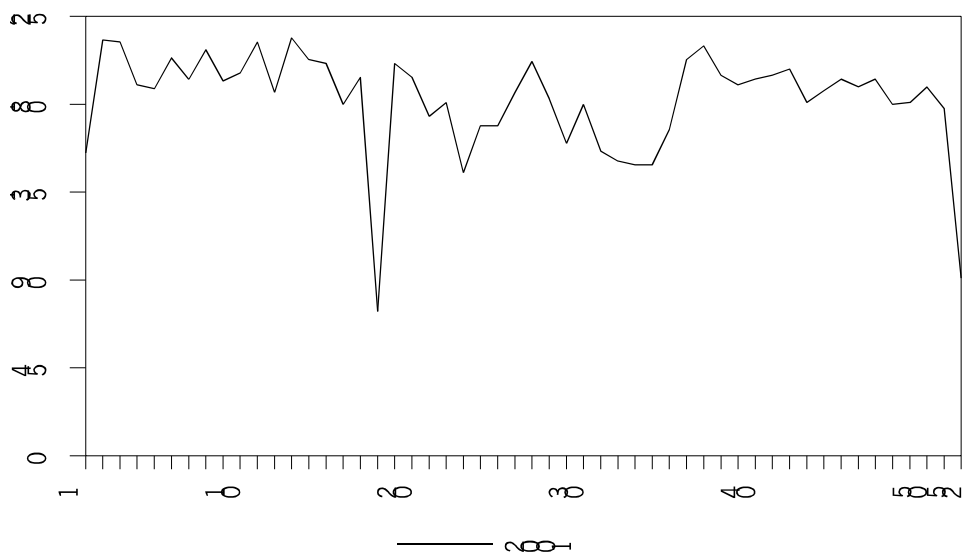
Figuur 6.1 Het aantal dagen dat in 2001 per week is geregistreerd

Tabel 6.3 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 2001 per peilstation is 49, dat is hoger dan in 2000.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 58 en 30 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

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

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
0	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3
1-9	7	7	2	3	4	4	5	4	4	1
10-19	4	1	5	3	2	2	2	1	1	2
20-29	5	6	2	6	5	6	4	3	1	1
30-39	13	13	13	11	6	6	7	10	4	3
40-49	9	11	12	12	13	12	9	14	16	14
50-59	1	3	5	3	7	6	5	3	11	7
60-69	1	-	2	-	1	1	6	1	2	5
70-79	-	-	-	1	-	1	-	-	4	3
80-89	-	-	-	1	-	-	-	1	1	3



90-99	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
≥ 100	1	1	-	1	1	1	1	2	-	1
totaal aantal peilstations	4345	45	44	43	42	43	43	47	45	
gemiddelde mediaan	29 33	32 34	32 37	35 37	35 40	37 40	39 40	39 40	43 46	49 48

---

Nadere beschouwing van deze tabel laat een afname van de rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 2001 in bijna 47% van de peilstations voor. Dit is hoger dan in 2000. Ziekte van de huisarts of assistente zijn de reden van langere tijd niet rapporteren. In 2001 is een 'staking' van de huisartsen mede de reden van de toename van de uitval.



## 7 De weekstaat (bijlage 2, pagina 139)

De rubrieken op de weekstaat voor 2001 werden als volgt samengesteld; tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer op de weekstaat is opgenomen:

- 1 Influenza(-achtig ziektebeeld)(1970);
- 2 Neuraminidaseremmer voorgeschreven (2000);
- 3 Loophulpmiddel voorgeschreven (2001);
- 4 Waterpokken (2000);
- 5 Depressie (2000);
- 6 Herpes Zoster (1997);
- 7 Diabetes mellitus (2000);
- 8 Suïcide(pogingen) (1979);
- 9 GGZ (2001);
- 10 Urethritis bij man (1992);
- 11 Angst voor AIDS (1988);
- 12 Gastro-enteritis (1996);
- 13 Prostaatlijden (1997);
- 14 Kinkhoest (1998);
- 15 Acute respiratoire infecties (2001).

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

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

Een alfabetische opgave van alle onderwerpen sinds 1970 is in bijlage 3 te vinden (pagina 140-142); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.



## 8 Verwerking van de gegevens op de weekstaat

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 2001. De gegevens werden op het Nivel verwerkt.

Er worden als routine voor elk onderwerp drie tabellen geproduceerd:

- 1 het absolute aantal patiënten per geslacht naar leeftijdsgroep;
- 2 het absolute aantal patiënten per geslacht naar provinciegroep;
- 3 het absolute aantal patiënten per geslacht naar stedelijkheidsgraad.

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

Met uitzondering van de per peilstation verstrekte informatie worden de gegevens eveneens per 10.000 van de totale peilstationpopulatie uitgedrukt (relatieve frequenties). De frequenties zijn op hele getallen afgerond. Bij een frequentie onder de 0.5 per 10.000 inwoners is deze afgerond tot '0'. Indien geen enkel geval wordt gerapporteerd is dit aangegeven met '-'.  
Een frequentie die gebaseerd is op minder dan 5 meldingen is tussen haakjes geplaatst. Wanneer het gaat om de frequentie van nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde periode dan spreekt men in de epidemiologie van incidentie; betreft het daarentegen alle aanwezige gevallen van die ziekte in een bepaalde periode of op een bepaald moment, dan duidt men dit aan met prevalentie. Men kent ook hierbij een absolute en een relatieve incidentie of prevalentie.

In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie steeds per 10.000 inwoners c.q. mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 5 (pagina 144) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2000 gegeven.

Wanneer in een peilstation niet gedurende de hele week wordt gerapporteerd (ziekte, vakantie, etc.), dan wordt dit gemeld.

De gegevens van de artsen die 0, 1 of 2 dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt, terwijl de betrokken populaties van deze praktijken voor de berekening van de frequentie niet worden meegeteld. De gegevens van de praktijken

waar over meer dan 2 dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Tot en met 1977 werd hierbij een correctiefactor toegepast. Bij het beschouwen van het aantal malen dat deze werd toegepast, bleek de invloed op het totaal zo gering te zijn, dat deze correctie met ingang van 1-1-1978 is afgeschaft. Bij navraag bij de artsen bleek bovendien dat bij afwezigheid van 1 of 2 dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvond.

De overzichten worden opgebouwd uit de weekcijfers, waarbij de frequenties worden berekend op de gemiddeld in het betreffende tijdsbestek aanwezige populatie.

In het kader van dit jaarverslag wordt, zoals reeds in de inleiding is vermeld, niet beoogd een volledige analyse van het materiaal te geven.

De volgende jaartabellen zijn ingesloten (pagina 145-153).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2001, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>1</sup>.
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2001, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>1</sup>.
- 3 Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2001, week 01 t/m 52, blad 1-3<sup>1</sup>.

---

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



## 9 Influenza(-achtig ziektebeeld)

De rubriek influenza<sup>2</sup> is de enige rubriek die sinds het begin van het peilstationsproject op de weekstaat voorkomt. De gegevens van deze rubriek worden regelmatig ook op internationaal niveau verspreid en gebruikt. Zodra een toename van de incidentie is geconstateerd, worden de aantallen wekelijks gerapporteerd aan de WHO in Genève, samen met virologische en serologische uitslagen. Op deze wijze neemt Nederland deel aan de mondiale influenza-surveillance.

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

### 9.1 Influenza 2000/2001 en 2001/2002

#### 9.1.1 Seizoen 2000/2001

In figuur 9.1-9.3 wordt het aantal gevallen van influenza-achtige aandoeningen gegeven per 10.000 inwoners per week voor Nederland en naar provinciegroep en stedelijkheids-grad voor het seizoen 2000/2001<sup>3</sup>. In figuur 9.4-9.6 voor het seizoen

---

<sup>2</sup> Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):

- Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
- De infectie moet gepaard gaan met een temperatuurverhoging van tenminste 38° rectaal.
- 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).

<sup>3</sup> Onder incidentie wordt hier en elders in de tekst verstaan de relatieve frequenties per 10.000 inwoners (c.q. mannen en vrouwen).

2001/2002. In het verslag over 2000 werd het beloop van de influenza-achtige aandoeningen in de eerste weken van 2001 al besproken.

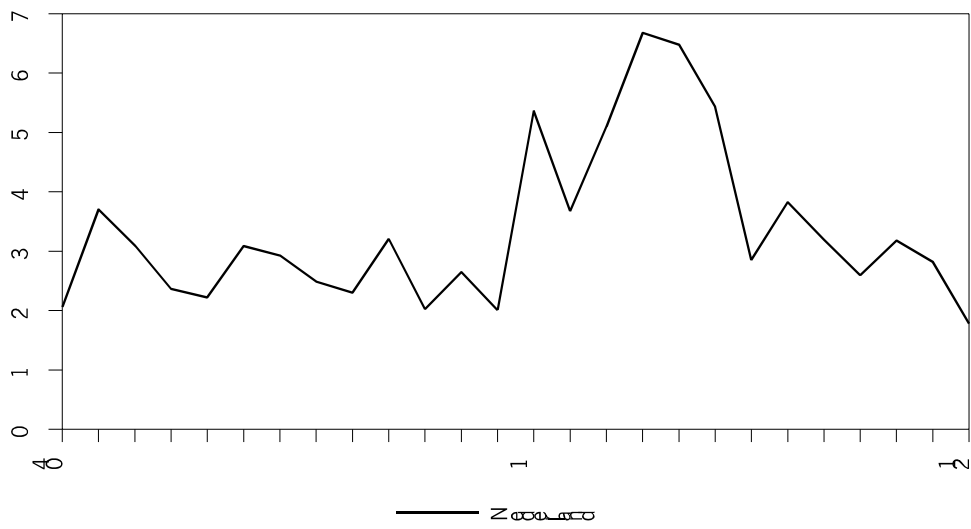
Het seizoen 2000/2001 is het mildste seizoen sinds de aanvang van de registratie van de influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) door de huisartsen van de CMR-Peilstations (zie tabel 9.1).

Het eerste influenza virus wordt dit seizoen in het kader van de NIVEL/RIVM-surveillance geïsoleerd in week 48. Het betreft het influenza A/H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>-virus.

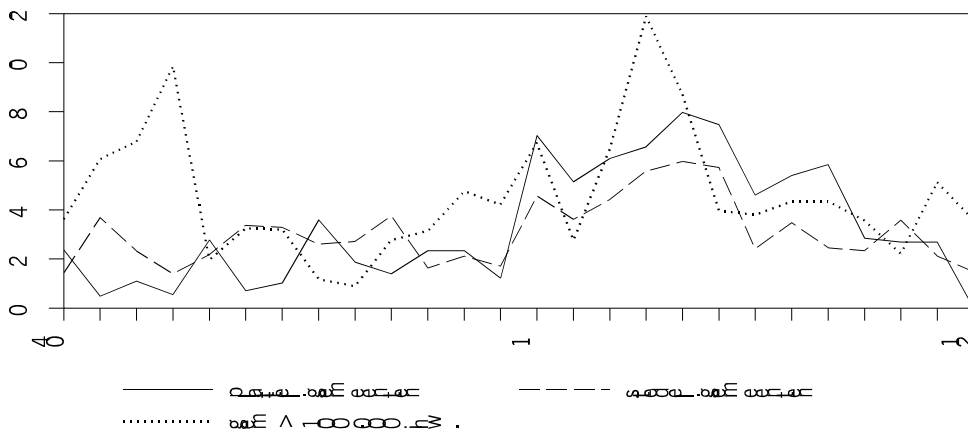
De klinische incidentie van influenza-achtige ziektebeelden laat in de eerste weken van 2001 een onbeduidende verheffing zien. De hoogste incidentie wordt waargenomen in week 4 en 5 met respectievelijk 6.7 en 6.5 IAZ per 10.000 inwoners. De hoogste incidentie in de provinciegroepen wordt geregistreerd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

Het influenza A/H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>-virus is de grote afwezige dit seizoen. Het influenza B-virus wordt slechts sporadisch gevonden (2x); het influenza A/H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> is de 'grote' aanwezige.

Figuur 9.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 2000/2001



Figuur 9.2 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 2000/2001



Figuur 9.3 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 2000/2001

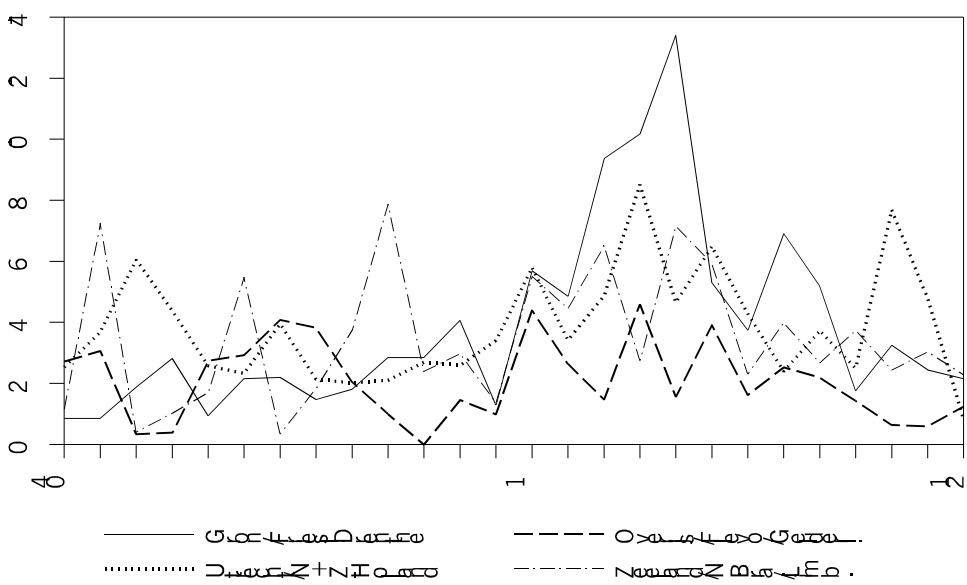
### 9.1.2 Seizoen 2001/2002

Evenals het vorige seizoen is het seizoen 2001-2002 een mild influenza seizoen. In week 2 van 2002 is er sprake van een lichte toename van influenza-activiteit; in week 4 neemt het aantal meldingen door de huisartsen pas duidelijk toe. In week 9 van 2002 wordt de hoogste incidentie gemeten: 12,7 per 10.000 inwoners.

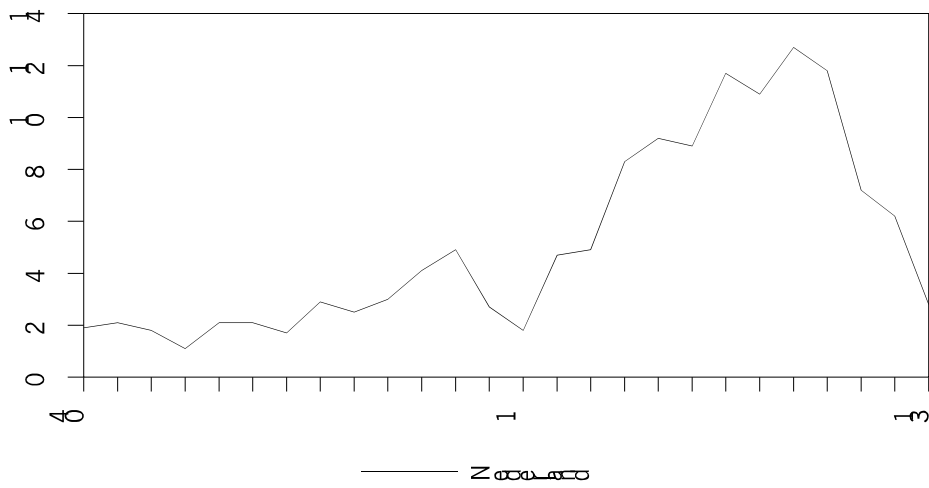
Vooral de zuidelijke provincies kennen dit seizoen influenza activiteit; in week 7 wordt de hoogste incidentie bereikt van 27 per 10.000. In mindere mate worden ook de westelijke provincies getroffen door de griep: 14 per 10.000 maxima in week 10. De oostelijke en noordelijke provincie groepen krijgen weinig met influenza te maken dit seizoen.

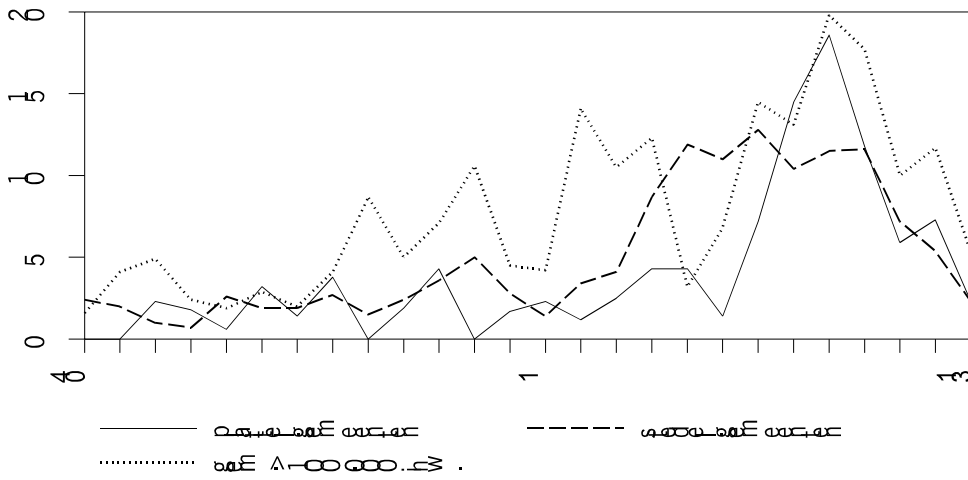
Het dominante subtype is influenza A/H<sub>3</sub>N<sub>1</sub> (93%); ook worden influenza B virussen geïsoleerd. Het gevonden influenza A subtype is nauw verwant aan de vaccinstam van het seizoen 2001/2002; bij het influenza B virus dat geïsoleerd wordt is dat niet het geval (zie ook [www.nl/influenza/influenza.html](http://www.nl/influenza/influenza.html)).

Figuur 9.4 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, voor Nederland, 2001/2002

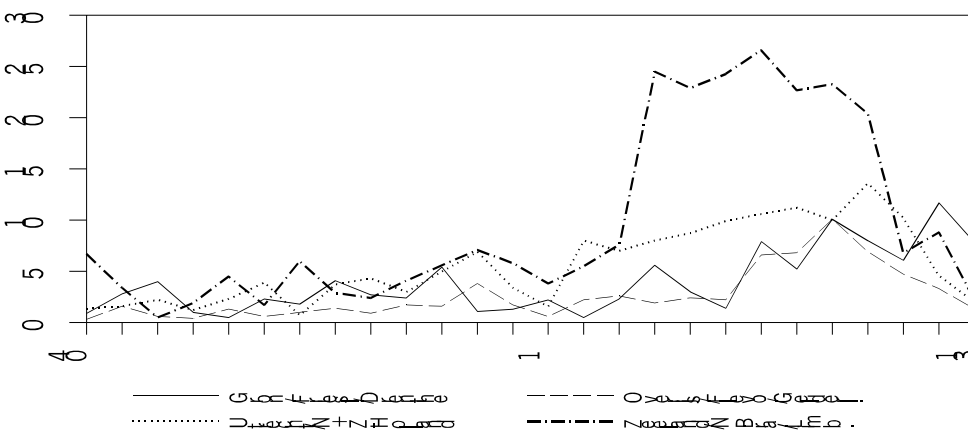


Figuur 9.5 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per stedelijkheidsgraad, 2001/2002





Figuur 9.6 Aantal inwoners met influenza(-achtig ziektebeeld) per week en per 10.000 inwoners, per provinciegroep, 2001/2002



Tabel 9.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1992-2002

jaar	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>totaal kalenderjaar</b>	244	484	107	315	155	233	248	254	197	113	
<b>hoogste weekincidentie per 'seizoen'</b>	27	54	16	39	29	17	23	32	7	13	

## 9.2 Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2001/2002.(www.eiss.org)

Het seizoen 2001/2002 verloopt evenals het seizoen 2000/2001 in de in het Europese Influenza Surveillance Scheme (EISS) deelnemende landen verschillend. In Frankrijk worden in week 47 de eerste sporadische influenza B-virussen geïsoleerd gevolgd door influenza A-virussen vanaf week 48 in Roemenië en Frankrijk. In Roemenië werd het influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) geïsoleerd; in Frankrijk het influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>). Het influenza A(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) virus werd in week 49 ook in Slovenië gevonden. In genoemde landen evenals in België is er vanaf week 50 sprake van toenemende activiteit.

Na de jaarwisseling zet de griep echter pas door in Europa, Frankrijk is het epicentrum vanwaar uit de influenza activiteit over West-Europa wordt verspreid: België, Spanje en wat later ook Zwitserland, Italië en Portugal. Zowel in Engeland, Ierland, Schotland en Wales als in Duitsland is het in week 3 van 2002 nog erg rustig. In deze landen is het seizoen rustig (Engeland, Wales, Schotland en Ierland) of komt de influenza activiteit pas later opgang (Duitsland, Italië, Polen, Tsjechië en Slowakije). Zowel influenza A en B virussen zijn actief waarbij influenza A (H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) dominant is.

Opmerkelijk dit influenza seizoen zijn de isolaties van influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>2</sub>) en een influenza B variant welke afwijkt van de vaccinstammen.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.



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

HEIJNEN M.L.A., G.F. RIMMELZWAAN, A.I.M. BARTELD, J.C. DE JONG, B. WILBRINK.

**Winter 2001/2002 in Nederland: een rustig seizoen.**

**Stand van zaken op 19 maart 2002.**

Infectieziekten Bulletin, 2002, jaargang 13, nr. 4, 156-157

Tot op heden is het een relatief rustig influenzaseizoen. De influenza-activiteit wordt vooral veroorzaakt door influenza-A-virussen. Alle tot nu toe getypeerde influenza-A-virusisolaten zijn van het A/H3N2-subtype en zijn nauw verwant aan de vaccinstam voor dit subtype. Van de 10 tot nu toe geanalyseerde influenza-B-virusisolaten uit Nederland wijken er 3 af van de vaccinstam voor dit type. In Europa is in het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk een nieuw influenzavirussubtype gedetecteerd, A/H1N2. Dit virus heeft géén pandemisch potentieel.

HEIJNEN M.L.A., A.I.M. BARTELD, J.C. DE JONG, G.F. RIMMELZWAAN, M.F. PEETERS, B. WILBRINK.

**Influenza en RS-virusinfecties in winter 2000/2001 stand van zaken op 12 februari 2001.**

Infectieziekten Bulletin, 2001, jaargang 12 nr. 2; 50-51

Until now it has been quiet concerning influenza this winter in the Netherlands, but possibly we are at the verge of the yearly epidemic. All but one Dutch influenza virus isolates characterised so far are of the A(H1N1) subtype and are related closely to the strain for this subtype in the vaccine. Until now, one influenza B virus has been isolated. The peak of the yearly epidemic of RS-virus infections was in week 1; the number of RS-virus infections reported started to decrease in week 2.

WILBRINK B., P. LEXMOND, H. VAN DER NAT, W.E. VAN DEN BRANDHOF, H. BOSWIJK, M.L.A. HEIJNEN.

**Influenzavirus-detectie; PCR versus virusweek.**

Infectieziekten Bulletin, 2001, jaargang 12 nr. 10; 365-367

During influenza surveillance nose/throat swabs from patients are routinely analysed by virus culture to detect influenzavirus. The swabs from 2 winters were also analysed by PCR resulting in a 21% increase in the detection of influenzavirus. However, the early warning of influenza being present was not advanced. Inf Bull; 12-10:365-367

BRANDHOF VAN DEN W.E., A.I.M. BARTELD, B. WILBRINK, C. VERWEIJ, K. BIJLSMA, H. VAN DER NAT, H. BOSWIJK, J.D.D. PRONK, J.W. DORIGO-ZETSMA, M.L.A. HEIJNEN.

**Surveillance of acute respiratory infections in general practice - The Netherlands, winter 1998/1999 and 1999/2000.**

RIVM, 2001, report 217617003.

TJHIE JEROEN H.T., J.W. DORIGO-ZETSMA, R. ROSENDAAL, A.J.C. VAN DER BRULE, TH.M. BESTEBROER, A.I.M. BARTELD, C.M.J.E. VANDENBROUCKE-GRAULS.

***Chlamydia pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae* in Children with Acute Respiratory Infection in General Practices in the Netherlands.**

Scan J Infect Dis, 2000, 13-17.

MEIJER A., C.F. DAGNELIE, J.C. DE JONG, A. DE VRIES, T.M. BESTEBROER, A.M. VAN LOON, A.I.M. BARTELD, J.M. OSSEWAARDE.

**Low prevalence of *Chlamydia pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae* among patients with symptoms of respiratory tract infections in Dutch general practices.**

European Journal of Epidemiology, 2000, 16; 1099-1106.

HEIJNEN M.L.A., J.D.D. PRONK, A.I.M. BARTELD, B. WILBRINK.

**Respiratory infections in Nederland: voorlopige resultaten NIVEL/RIVM surveillance winter 1999/2000.**

Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11 nr. 6; 97-98.

HEIJNEN M.L.A., A.I.M. BARTELD, G.F. RIMMELZWAAN.

**Influenza in winter 1999/2000.**

Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11 nr. 2; 24-26.

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

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

Epidemiol. Infect. 2000, 124, 245-253

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

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

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

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

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

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

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

**Geen paniek door griep.**

Medisch Contact, 2000, nr. 18; 651-654.

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

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

CID 1999; 29, December; 1579-80

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

**Surveillance of respiratory pathogens and influenza like illnesses in general practices in the Netherlands in winter 1998/99.**

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

DORIGO-ZETSMA J.W.

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

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

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

**Respiratoire infecties in Nederland: Moleculaire diagnostiek.**

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

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

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

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

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

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

Eurosurveillance 1999, 4: 8-4

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

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

RIVM, 1999, Report no. 217617 001

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

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

RIVM, 1999, Report no. 245607 005

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

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

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

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

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

## Epidemiologische mededelingen

JONG DE J.C., G.F. RIMMELZWAAN, A.I.M. BARTELD, B. WILBRINK, R.A.M. FOUCHER A.D.M.E.OSTERHAUS.

**Het influenzaseizoen 2000/'01 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2001/'02.**

Ned Tijdschr Geneesk 2001, 145(40); 1945-1950.

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

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

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

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

**Het influenzaseizoen 1998/'99; vaccinsamenstelling voor 1999/2000**

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

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

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

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

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

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

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

## Eiss-publicaties

MANUGUERRA J.C., A. MOSNIER.

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

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

MANUGUERRA J.C., A. MOSNIER AND W.J. PAGET

**Monitoring of influenza in the EISS European network member countries from October 2000 to April 2001.**

Eurosurveillance 2001; vol. 6 no. 9; 127-135.

## 10 Verzoek om zanamivir voorschrift

Van de beschikbaarheid van de neuramidasaremmers, de nieuwe specifieke anti-influenza middelen, wordt invloed verwacht op de praktijkvoering van artsen<sup>1</sup>.

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

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

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

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

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

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

---

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

Tabel 10.1 Aantal personen dat om een voorschrift voor zanamivir verzocht per 10.000 personen per provinciegroep, naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2001-2002

	Provinciegroep				Stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2000	1	2	3	1	2	2	4	2
2001	0	0	0	2	1	1	0	0

Verzoeken om zanamivir voor te schrijven zijn in 2001 zelden gemeld.

Alle verzoeken zijn gedaan in het eerste kwartaal van 2001. Het absolute aantal meldingen was 6.

Van 5 meldingen is aanvullende informatie ontvangen. In al deze 5 gevallen werd zanamivir voorgeschreven.

Bij de meerderheid van de verzoeken speelt een praktisch argument mee: een examen op korte termijn, een geplande vakantie of het sterven van een ouder.

In het seizoen 2000-2001 lijkt het beschikbaar zijn van zanamivir niet van invloed te zijn geweest op de registratie van de influenza-achtige ziektebeelden.

De rubriek is in 2002 van de weekstaat afgevoerd.

## 11 Acute respiratoire infecties, in de eerste lijn (ARI-EL studie)

De huisartsen van de CMR-Peilstations registreren sinds 1970 de patiënten die hen consulteren voor een influenza-achtig ziektebeeld. Per week en leeftijdsgroep. Op basis van klinische symptomen kan evenwel niet ondubbelzinnig worden afgeleid door welk pathogeen de ziekte is veroorzaakt. Mede om die reden neemt sinds het influenza seizoen 1992-1993 ongeveer driekwart van de peilstationartsen een neus- en keelwat af bij een aselekt deel van hun patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld. Deze monsters worden onderzocht op het Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening van het RIVM op respiratoire virussen, *Mycoplasma pneumoniae* en *Chlamydia pneumoniae* met behulp van viruskweek en PCR (polymerase chain reaction). Ieder monster gaat vergezeld van een inzendformulier met daarop informatie over afnamedata eerste ziektedag, leeftijd en geslacht van de patiënt, symptomen, diagnose, influenza vaccinatie status en enkele risico factoren.

De Nivel/RIVM surveillance van influenza achtige ziektebeelden (IAZ) draagt in belangrijke mate bij aan de early-warning voor influenza in Nederland.

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

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

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

- 1 Wat is de incidentie van respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. pneumoniae*) geassocieerd met ARI (acute respiratoire infectie) anders dan influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) bij huisarts-patiënten naar leeftijd en geslacht?
- 2 Wat is de incidentie van verschillende respiratoire infecties in de bevolking?
- 3 Wat is de jaar- en seizoensincidentie van respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. pneumoniae*) geassocieerd met ARI (inclusief IAZ) bij huisarts-patiënten en in de bevolking naar leeftijd en geslacht?
- 4 Wat is de incidentie van respiratoire bacteriën geassocieerd met ARI (inclusief IAZ) bij huisarts-patiënten en in de bevolking naar leeftijd en geslacht?
- 5 Welke medische consumptie gaat gepaard aan het doormaken van een ARI (inclusief IAZ), wat is de ziektelast van ARI (inclusief IAZ) en hoe vaak komen ARI (inclusief IAZ) asymptomatisch voor?

Voor het beantwoorden van deze vragen is door het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM in samenwerking met het Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening van het RIVM, het streeklaboratorium voor de Volksgezondheid in Tilburg en de CMR-Peilstations de Ari-el-studie opgezet: Ari-el = acute respiratoire infecties in de eerste lijn. (Projectleiding Mw. Dr. ir. M-L Heijnen, RIVM-CIE). Het betreft een zogenaamde case-control studie (personen met en zonder acute luchtwegklachten).

De NIVEL/RIVM surveillance van influenza achtige ziektebeelden is zo lang de studie loopt onderdeel van de ARI-EL studie.

De huisartsen registreren consulten voor influenza achtige ziektebeelden en andere acute respiratoire infecties naar leeftijd en week. Bij aselecte patiënten met een ARI (inclusief IAZ) en bij controles nemen de huisartsen keel- en neuswatten af en reiken vragenlijsten uit. In week 40 van 2000 is een start gemaakt met de verzameling van de gegevens.

De keel- en neuswat worden onderzocht op virussen (inclusief *M.pneumoniae* en *C. pneumoniae*) met behulp van viruskweek en PCR (RIVM-LIS). Het streeklaboratorium voor de Volksgezondheid onderzoekt de tweede keelwat op een aantal bacteriële pathogenen met behulp van bacteriekweek. Het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM verzamelt alle gegevens en uitslagen en analyseert de vragenlijsten.



Uitgebreide rapportage vindt elders plaats; over de voorlopige resultaten van het eerste studie jaar is dat reeds gedaan<sup>1</sup>.

Het aantal patiënten met een acute respiratoire infectie (exclusief influenza achtige ziektebeelden) wordt in tabel 11.1 vermeld per 10.000 inwoners per provincie groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001.

---

<sup>1</sup> Heijnen MLA, WE van den Brandhof, AIM Bartelds etc. Infectieziekten Bulletin (13) 3, 2002, blz. 104

Tabel 11.1 aantal patiënten met een ARI per 10.000 naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
ARI(-IAZ)	118	384	296	667	231	429	275	374
IAZ	144	59	116	136	100	166	113	
ARI(+IAZ)	262	443	412	803	340	529	441	487

In de zuidelijke provincies worden veruit de meeste patiënten met een ARI(+IAZ) gemeld; in de noordelijke provincies de minste. Naar stedelijkheidsgraad uitgesplitst zijn de verschillen minder groot.

### 11.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 11.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde patiënten met een ARI (exclusief IAZ) of IAZ naar leeftijdsgroep weergegeven

Tabel 11.2 aantal meldingen van patiënten met een ARI(-IAZ) en IAZ per leeftijdsgroep in 2001, per 10.000 inwoners

leeftijdsgroep	IAZ	ARI(-IAZ)	totaal
≤1	356	2715	3071
1-4	212	1199	1411
5-9	112	528	640
10-14	87	318	405
15-19	101	350	451
20-24	119	352	471
25-29	103	266	369
30-34	124	309	433
35-39	138	335	473
40-44	96	286	382
45-49	108	274	382
50-54	107	245	352
55-59	109	283	392
60-64	97	278	375
65-69	90	263	353
70-74	99	320	419
75-79	73	302	375
80-84	70	307	377
≥85	27	216	243

De huisartsen melden vooral jonge patiënten met een acute respiratoire infectie. Dit betekent niet dat acute luchtweg infecties op andere leeftijd niet of aanzienlijk minder voorkomen. Deze registratie betreft patiënten waarvoor de huisarts is geconsulteerd. Dat is deels wel te verwachten; populatieonderzoek zou op dit probleem meer licht kunnen laten schijnen.

## 11.2 Seizoensinvloeden

In tabel 11.3 wordt per kwartaal het door de huisarts gemelde aantal patiënten met acute respiratoire infecties (minus influenza achtige ziektebeelden) en influenza achtige ziektebeelden vermeld per 10.000 personen voor 2001 en voor Nederland.

Tabel 11.3 aantal meldingen per kwartaal van patiënten met een ARI(-IAZ) en IAZ per 10.000 patiënten in 2001

kwartaal	1	2	3	4
IAZ	54	15	8	33
ARI(-IAZ)	128	70	57	114
totaal	128	85	65	147

De hoogste incidenties worden gezien in het laatste en eerste kwartaal van het jaar. Dit is volgens verwachting gezien het seizoensgebonden voorkomen van luchtweg pathogenen

De registratie van de acute respiratoire infecties wordt in 2002 voortgezet.

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

BRANDHOF VAN DEN W.E., A.I.M. BARTELDLS, M.F. PEETERS, B. WILBRINK, M.L.A. HEIJNEN.

##### **ARI-EL: een case-control onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn**

Tussen rapportage over okt. 2000 t/m sept. 2001.

RIVM, 2002, report 217617006

HEIJNEN M.L.A., W.E. VAN DEN BRANDHOF, A.I.M. BARTELDLS, M.F. PEETERS, B. WILBRINK.

##### **ARI-EL: studie acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn.**

Infectieziekten Bulletin, 2002, jaargang 13 nr.3; 104-110

In October 2000 the ARI-EL study started: a case-control study on acute respiratory tract infections (ARI) in general practitioner (GP) patients. Aim is to gain insight in the incidence and aetiology of ARI, in risk factors for ARI and in health care demand and burden of illness due to ARI. GPs register visits for ARI weekly, and sample a maximum of 1 case and 1 control per week. The samples are analysed for respiratory pathogens by culture and PCR. Participating patients fill in a questionnaire at home. Part of the results of the first study year are presented. It appears the study is feasible, despite the burden for the GP's. The ARI-EL study continues until at least September 2002 to obtain sufficient data for statistical analyses with sufficient power to draw conclusions. The loss of data by applying the precise case and control definitions plus the fact that winter 2000/2001 was an extremely calm influenza season emphasize the need for datacollection during a sufficiently long period. Then this unique study will provide information on the yearly and seasonal incidence of ARI and associated pathogens, the burden of illness of ARI and health care demand and risk factors for ARI.

HEIJNEN M.L.A., e.a.

**Start ARI-EL-studie.**

Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11, nr. 9, blz. 178-180

## 12 Waterpokken

Het verzoek waterpokken op de weekstaat van 2000 te plaatsen is afkomstig van de projectleiders van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks' -project (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis). Dit project is een onderdeel van een omvangrijk project van de Europese Unie: het European Community Health Indicators project. In 2001 is de registratie voortgezet op verzoek van de Infectie voor de Gezondheidszorg.

Het doel van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks' is 'to contribute to the establishment of a Community health monitoring system with information from primary care by studying the feasibility of providing information about health indicators from primary care based sentinel practice networks'. Aan dit project nemen huisartsen netwerken uit een zestal Europese landen deel (België, Frankrijk, Spanje, Portugal, Engeland en Wales en Nederland).

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

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

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

Het onderzoek naar het voorkomen van waterpokken in de CMR-Peilstations bevat in 2000 drie elementen:

- de registratie van patiënten met waterpokken op de weekstaat;

- het verzamelen van informatie over het voorkomen van gemelde patiënt gerelateerde gevallen van waterpokken in de leefeenheid van deze patiënt waarvoor de huisarts niet is geraadpleegd;

- het verzamelen van informatie over het voorkomen van waterpokken waarvoor de huisarts niet is geconsulteerd.

In 2001 is alleen het aantal patiënten waarbij de huisarts de diagnose waterpokken gesteld heeft geregistreerd.

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

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

Tabel 12.1 aantal patiënten met waterpokken per 10.000 personen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2000-2001

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2000	11	17	23	29	21	21	19	20
2001	17	28	25	22	17	24	27	24

In 2001 heeft er in de oostelijke provincies het meeste waterpokken geheerst. De grote steden laten anders dan in 2000, in 2001 het hoogste aantal meldingen zien.

## 12.1 Seizoensinvloeden

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



Tabel 12.2 aantal patiënten met waterpokken per 10.000 patiënten per kwartaal in 2000-2001

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2000	6	7	4	3
2001	9	8	5	3

Waterpokken zijn in de eerste 26 weken van 2001 duidelijk meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in 2000.

## 12.2 Leeftijdsverdeling

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

Tabel 12.3 aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland in 2000-2001

leeftijdsgroep	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2000	298	253	64	5	3	4	4	5	(1)	(1)	(1)
2001	320	281	70	12	(4)	6	7	4	(3)	(3)	-

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

In 2002 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

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

## 13 Voorschrijven van loophulpmiddelen in de huisartspraktijk

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

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

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

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

Om inzicht te krijgen in de rol van de huisarts zijn in 1999 de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

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

Op de weekstaat 1999 zijn daartoe de volgende hulpmiddelen onderscheiden:

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

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

Een uitvoerige rapportage waarin antwoord gegeven wordt op de onderzoeksvragen uit 1999 heeft al elders plaats gevonden (Nivel, drs. M. Biermans en Dr. E. van den Ende, zie pag. 56).

In 2001 is de registratie beperkt tot het uitschrijven door de huisarts van machtigingen voor loophulpmiddelen.

Het aantal personen waarvoor een machtiging voor een loophulpmiddel is uitgeschreven per 10.000 personen per provincie en naar mate van verstedelijking en voor Nederland is gegeven in tabel 13.1.

Tabel 13.1 aantal personen voor wie een machtiging voor een loophulpmiddel is uitgeschreven per 10.000 personen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2001

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>machtiging voor loophulpmiddel</b>	7	14	22	15	15	16	17	16

Machtigingen voor loophulpmiddelen worden vooral meer aangevraagd in de westelijke en duidelijk minder in de noordelijke provincies. Tussen het platteland en de grote steden is het verschil minder groot.

### 13.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 13.2 is het aantal mensen gegeven voor wie een machtiging voor loophulpmiddel is uitgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep.

Tabel 13.2 Aantal personen voor wie een machtiging voor een loophulpmiddel is uitgeschreven per 10.000 personen per leeftijdsgroep, 2001

leeftijdverdeling	machtiging voor loophulpmiddel
40-44	(0)
45-49	(0)
50-54	6
55-59	(0)
60-64	10
65-69	22
70-74	41
75-79	65
80-84	50
≥ 85	82

Vooral op hogere leeftijd ( $\geq 60$  jaar) worden voor patiënten machtigingen voor loophulpmiddelen uitgeschreven. Vanaf 75 jaar is er een duidelijke toename van het aantal uitgeschreven machtigingen.

De registratie van hulpmiddelen is na 2001 gestaakt

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

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

**Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts**

Nivel, 2000.

## 14 Depressie

In Nederland is veel onderzoek gedaan naar het voorkomen van depressieve klachten in de huisartspraktijk. Huisartsen hebben het voorkomen van depressies bij patiënten in hun praktijk geregistreerd (o.a. in de CMR-Peilstations in 1983-1985), zijn ondervraagd over hun attitude ten aanzien van het omgaan met depressieve patiënten<sup>2</sup> en de interactie tussen patiënt en huisarts is op videotape bestudeerd.

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

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

---

<sup>2</sup> Sigling, H.O. Depression: a medical problem for the general practitioner? In: Bartelds A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy. Utrecht, NIVEL, 1989.

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

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

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

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

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

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

Het aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland gegeven in tabel 14.1.

Tabel 14.1: aantal nieuwe patiënten met een depressie per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1983-1985 en 2000-2001

	Provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>mannen</b>								
1983-85	56	48	39	53	42	37	72	46
2000	20	28	21	38	19	28	25	26
2001	19	36	18	35	17	32	13	26
<b>vrouwen</b>								
1983-85	109	89	75	102	81	73	145	90
2000	25	33	63	56	31	50	54	48
2001	21	42	40	61	27	47	33	42
<b>totaal</b>								
1983-85	83	69	60	74	61	57	110	69
2000	23	31	43	47	25	39	40	37
2001	20	39	29	48	22	40	24	34

In 2000-2001 worden vergeleken met de periode 1983-1985 er in het hele land en in alle subgroepen afzonderlijk aanzienlijk minder nieuwe patiënten met een depressie gemeld.



Het aantal nieuwe vrouwelijk patiënten met een depressie is in 2000-2001 bijna twee keer het aantal bij de mannen. Dit komt overeen met de gegevens uit de jaren 1983-1985.

In 2000-2001 wordt het hoogste aantal nieuwe patiënten met een depressie gemeld in de zuidelijke provincies. In de noordelijke provincies wordt ruim de helft minder nieuwe patiënten met een depressie gemeld. Ruim 15 jaar geleden werd in de noordelijke provincies het hoogste aantal gemeld; in de westelijke provincies het laagste.

Op het platteland melden de huisartsen het laagste aantal nieuwe patiënten met een depressie. In verstedelijkte gebieden en kleine steden zijn de aantallen nieuwe patiënten met een depressie duidelijk hoger dan op het platteland. In 2001 daalt het aantal nieuwe patiënten in de grote steden ten opzichte van 2000. In de jaren 1983-1985 werden duidelijk meer nieuwe patiënten gemeld in de grote steden. De aantallen op het platteland waren toen ook lager en vergelijkbaar met die in de forensengemeenten en de kleine steden.

Het valt buiten het kader van deze verslaglegging in te gaan op de verschillen tussen de registratie in 1983-1985 en die in 2000-2001. De doelstelling van de registratie in de jaren 1983-1985 verschilde van de huidige. In aanmerking genomen dat in de jaren 1983-1985 registratie pas plaats had wanneer de ernst van de depressie de arts tot enige vorm van nader omschreven actie bracht zijn de verschillen tussen beide registratie perioden in gemelde aantallen nieuwe patiënten met een depressie niettemin groot.

## **14.1 Seizoensinvloeden**

In tabel 14.2 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie per kwartaal gegeven.

Tabel 14.2 aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal voor Nederland in 2000-2001

	Week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
<b>mannen</b>				
2000	8	5	5	8
2001	7	6	7	6
<b>vrouwen</b>				
2000	14	13	10	12
2001	13	11	7	11
<b>totaal</b>				
2000	11	10	8	10
2001	10	9	7	9

De fluctuaties per kwartaal zijn in het algemeen beperkt. In het eerste kwartaal van 2001 worden evenals dit in 2000 het geval was de meeste nieuwe patiënten met een depressie gemeld, in het derde kwartaal de minste; respectievelijk 10 en 7 per 10.000 inwoners.

## 14.2 Leeftijdsverdeling

In tabel 14.3 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie naar leeftijdsgroep en geslacht vermeld voor Nederland in 2000-2001.

Tabel 14.3 aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 naar leeftijdsgroep en geslacht voor Nederland in 2000-2001

Leeftijdsgroep	mannen		vrouwen		totaal	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
0- 9	0	0	0	0	0	0
10-14	3	0	5	3	4	1
15-19	23	16	24	20	23	18
20-24	18	21	44	22	32	21
25-29	29	35	63	42	47	39
30-34	23	16	59	62	41	40
35-39	36	33	57	51	46	42
40-44	29	43	74	53	51	48
45-49	32	54	62	77	47	66
50-54	45	39	75	62	60	50
55-59	28	32	38	51	33	42
60-64	42	37	45	58	48	48
65-69	32	24	61	51	48	38
70-74	19	21	38	50	30	37
75-79	44	27	61	28	54	27
80-84	46	62	77	61	66	61
≥ 85	59	31	78	51	72	45

De hoogste aantallen nieuwe patiënten in 2001 met een depressie worden gemeld in de leeftijdsgroepen 45-49 jaar en 80-84 jaar.

Bij kinderen onder de 10 jaar zijn in 2001 geen nieuwe patiënten met een depressie gemeld. Onder de 10-14 jarigen is, net als in 2000 het aantal nieuwe patiënten laag. Boven de leeftijd van 19 jaar worden consequent meer vrouwen dan mannen met een nieuwe depressie gemeld.

Bij vrouwen is in de leeftijdsgroep 30-74 jaar het aantal nieuwe patiënten met een depressie relatief hoog. Bij mannen is dat in de leeftijdsgroep 40-64 jaar.

.

De rubriek is in 2002 op de weekstaat gehandhaafd.



## 15 Herpes Zoster

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

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

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

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

Deze gedachte is geformuleerd door D.M. Fleming en K.W. Cross van de Weekly Return Service van de Royal College of General Practitioners in Birmingham (UK)<sup>1</sup>.

De vraag die vervolgens beantwoord moest worden is welke aandoening leidt nagenoeg altijd tot een bezoek aan de huisarts, kent een relatief constante incidentie en is eenvoudig te diagnosticeren.

---

<sup>1</sup> Fleming, D.M. Cross, Estimating the Population at Risk bij Indicator Disease in Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Health Care Research in Countries of the European Community. Ed. M. Schlaud, 1999, Amsterdam; p.119-121.

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

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

Per 1 Januari 1997 is herpes zoster op de weekstaat opgenomen.

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

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

In tabel 15.1 wordt de incidentie van herpes zoster weergegeven naar provinciegroep en graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en per 10.000 personen.

Tabel 15.1 aantal nieuwe gevallen van herpes zoster naar provinciegroep en graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en per 10.000 personen in 1997-2001

		Provinciegroep				Stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1997	M	7	32	31	23	24	23	35	24
1998		11	33	36	26	32	30	33	28
1999		18	28	36	23	19	29	31	27
2000		21	25	35	41	18	32	40	31
2001		24	33	30	31	26	30	33	30
1997	V	12	39	37	29	29	29	40	30
1998		22	32	44	46	41	24	45	37
1999		28	46	43	28	36	36	46	37
2000		26	37	32	46	36	36	31	35
2001		18	28	31	55	17	36	36	33
1997	T	10	35	34	26	27	26	38	28
1998		16	32	40	36	36	22	39	33
1999		23	37	39	26	28	32	39	32
2000		23	31	34	43	27	34	36	33

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

Aanvankelijk opvallend laag is het aantal meldingen door huisartsen in de noordelijke provincies. In 1999 is het aantal meldingen in de noordelijke provincies gestegen ten opzichte van de andere provinciegroepen. In 2000-2001 is in de noordelijke provinciegroepen het aantal meldingen gelijk aan dat in 1999.

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

### 15.1 Leeftijdverdeling.

De leeftijdsverdeling van het aantal nieuwe gevallen van herpes zoster per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen is in tabel 15.2 gegeven.

Tabel 15.2 aantal nieuwe gevallen van herpes zoster naar leeftijd per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 1998-2001

leeftijdsgroep	Mannen				Vrouwen				Totaal			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
≤1	-	-	-	-	-	(17)	(18)	-	-	(8)	(9)	-
1-4	(9)	(9)	(6)	13	(16)	(7)	(12)	7	(12)	(8)	(9)	10
5-9	12	12	16	15	22	23	10	24	17	17	15	19
10-14	13	8	18	16	10	24	13	23	12	16	15	19
15-19	20	28	20	19	23	5	24	11	21	17	22	15
20-24	14	15	35	16	13	17	13	19	14	16	23	18
25-29	12	16	20	21	24	24	16	14	18	20	18	18
30-34	30	23	20	18	23	22	22	24	27	22	21	21
35-39	20	30	20	27	13	13	14	13	17	22	17	20
40-44	24	21	34	37	27	27	48	33	25	34	41	35
45-49	41	19	22	45	34	42	31	35	38	30	26	40
50-54	32	28	31	28	43	39	56	55	37	33	44	42
55-59	39	46	45	44	64	74	54	74	51	60	49	59
60-64	55	66	58	27	98	105	55	62	77	86	56	44
65-69	41	57	75	72	71	92	61	44	57	76	68	57
70-74	92	67	53	57	99	102	84	33	96	87	71	44
75-79	59	48	75	60	83	82	91	69	73	66	84	65
80-84	54	94	116	50	90	41	77	102	78	58	91	83
≥85	120	58	74	94	92	36	60	57	160	42	64	68

---

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

De voorlopige conclusie over de nu 5 jaar durende registratie is dat de incidentie van herpes zoster over de tijd niet geheel constant is. In het eerste jaar is de incidentie lager dan in de vier jaren erna wanneer de incidentie min of meer dezelfde is.

De rubriek herpes zoster is in 2002 van de weekstaat afgevoerd.



## 16 Diabetes Mellitus: incidente patiënten (NIDDM en IDDM)

Het voorkomen van nieuwe, incidente patiënten waarbij diabetes mellitus is geconstateerd is in twee eerdere perioden onderwerp van registratie geweest in de CMR-Peilstations<sup>1</sup>.

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

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

Vanaf 2000 registreren de huisartsen op de weekstaat de nieuwe patiënten met diabetes mellitus. Voor elke incidente patiënt wordt gevraagd aanvullende informatie te leveren. Deze informatie is gericht op de diagnostiek van diabetes mellitus patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg.

De aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus worden in tabel 16.1 vermeld per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar mate van stedelijkheid en voor Nederland 1990-93 en 2000-2001.

---

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

Tabel 16.1 aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en vrouwen naar provinciegroep en mate van stedelijkheid en in Nederland 1990-1993 en 2000-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>mannen</b>								
1990-93	13	13	18	17	12	15	24	16
2000	16	26	18	35	30	23	17	23
2001	15	28	26	24	23	24	25	24
<b>vrouwen</b>								
1990-93	13	17	20	17	16	16	24	17
2000	14	21	21	32	26	19	29	22
2001	9	22	19	34	20	21	23	24
<b>totaal</b>								
1990-93	13	15	19	17	14	15	24	17
2000	15	24	20	33	28	21	24	23
2001	12	25	22	29	22	22	24	23

Vergeleken met 1990-1993 worden in 2000-2001 30% meer nieuwe diabetes patiënten gemeld. In 2000-2001 worden net als in de jaren 1990-1993 voor heel Nederland nagenoeg evenveel mannen als vrouwen gemeld waarbij recent diabetes mellitus is vastgesteld. Deze constatering is niet van toepassing voor de provinciegroep en naar mate van verstedelijking.

In 2001 worden in de zuidelijke provinciegroep in tegenstelling tot in de drie andere provinciegroepen duidelijk meer vrouwen dan mannen met een recent gediagnosticeerde diabetes mellitus gemeld.

In de zuidelijke provinciegroep is het aantal incidente diabetes mellitus patiënten in 2000-2001 duidelijk hoger dan in de andere provinciegroepen; nieuwe diabetes mellitus patiënten worden het minst gemeld in de noordelijke provincies.

Er zijn minder verschillen in het aantal nieuwe diabetes mellitus tussen de drie urbanisatiegroepen.

## 16.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 16.2 worden de aantallen nieuwe diabetes mellitus patiënten per 10.000 man-nen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep vermeld.

Tabel 16.2 aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep in 1990-1993 en 2000-2001

leeftijdsgroep	1990-1993			2000-2001					
	M	V	T	M	V	T	M	V	T
≤10	(1)	(1)	(1)	(2)	(4)	(0)	-	(1)	(2)
10-19	(2)	(2)	(2)	(1)	-	(0)	(4)	(1)	(2)
20-29	(3)	(3)	(3)	6	(2)	(3)	(1)	5	(2)
30-39	(7)	(3)	(4)	5	4	7	7	6	5
40-49	15	14	14	18	26	22	16	20	21
50-59	37	33	35	52	51	35	26	43	39
60-69	46	49	48	61	70	53	58	57	64
70-79	70	71	71	95	99	77	83	85	90
≥80	61	57	59	71	28	68	75	69	60

In de leeftijdsgroep van 45-49 jaar begint de stijging van het aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus. Opmerkelijk is dat het aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus het hoogst is onder de 70-79 jarigen. In de daarop volgende leeftijdsgroep ≥80 is het aantal aanzienlijk lager dan het aantal onder de 70-79 jarigen.

De rubriek is in 2002 op de weekstaat gehandhaafd.



## 17 Suïcide(poging)

In overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het onderwerp in 1979 op de weekstaat opgenomen en sindsdien gehandhaafd.

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

De naam van de rubriek is tevens de definitie.

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

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 1996-2001 respectievelijk 80, 76, 71, 61, 87 en 93.

Het aantal pogingen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad per 10.000 inwoners is in tabel 17.1 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.

Wanneer naar de stedelijkheidsgraad gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000, consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden.

De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen. In 6 van de laatste 10 jaar wordt het hoogste aantal suïcide-(pogingen) in de zuidelijke provincies gemeld

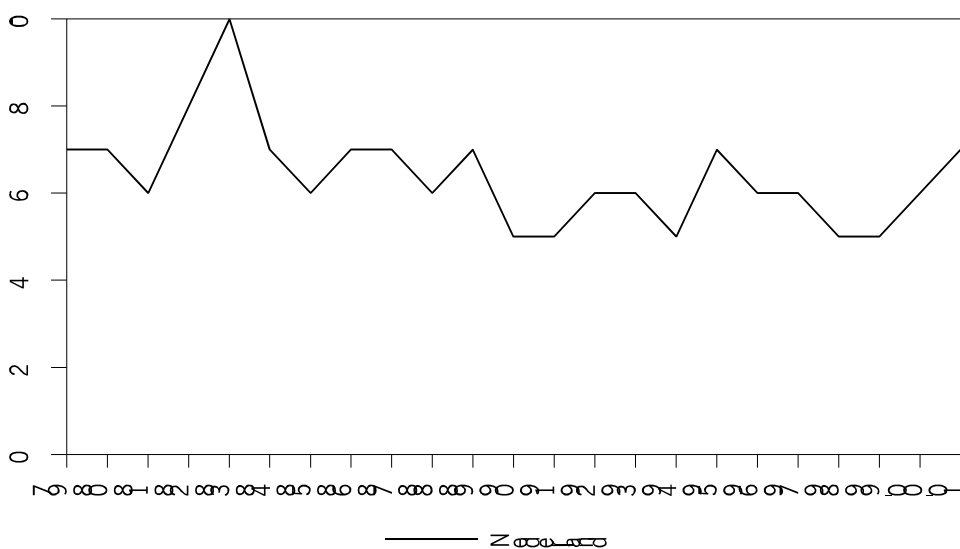
De cijfers geven géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(pogingen) in Nederland.

Tabel 17.1 Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1992-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992	12	4	6	5	3	7	7	6
1993	6	4	5	8	3	5	9	6
1994	5	6	5	5	3	4	9	5
1995	5	5	7	10	3	7	10	7
1996	6	5	4	9	1	6	7	6
1997	3	3	9	8	3	6	12	6
1998	5	4	6	7	4	4	11	5
1999	2	5	4	7	5	4	8	5
2000	6	7	6	7	7	6	6	6
2001	6	5	7	11	5	7	10	7

Figuur 17.1 Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2001

### 17.1 Leeftijdsverdeling

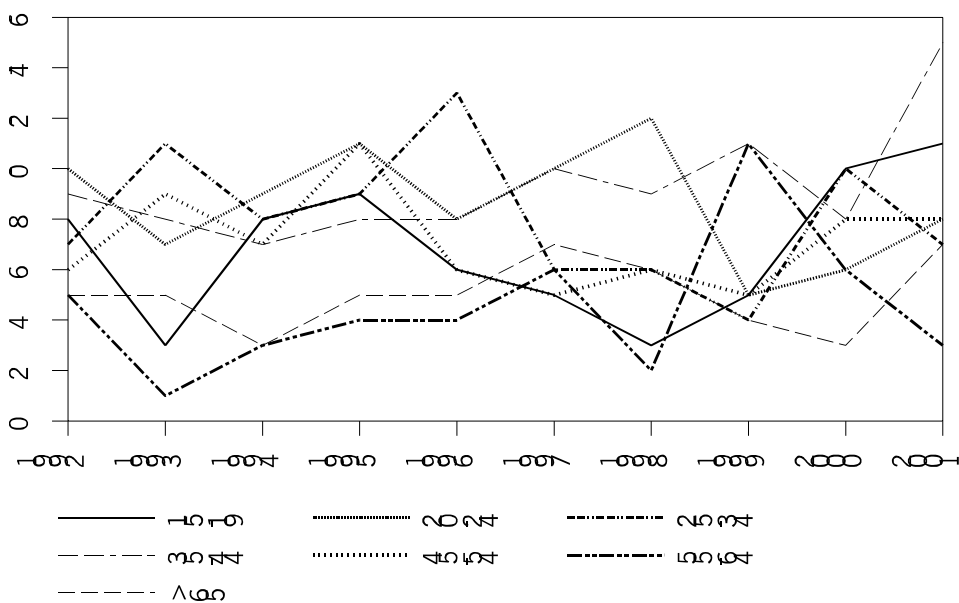


Tabel 17.2 geeft de frequentie van de suicide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 17.2).

Tabel 17.2 Aantal meldingen van een suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1992-2001

Leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥65
1992	(1)	8	10	7	9	6	5	5
1993	-	(3)	7	11	8	9	1	5
1994	(1)	8	9	8	7	7	3	3
1995	-	9	11	9	8	11	4	5
1996	(1)	6	8	13	8	6	4	5
1997	(1)	(5)	10	6	10	5	6	7
1998	-	(3)	12	6	9	6	2	6
1999	(1)	(5)	5	4	11	5	11	4
2000	(5)	10	6	10	8	8	6	3
2001	(3)	11	8	7	15	8	3	7

Figuur 17.2 Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1992-2001



Ook met betrekking tot leeftijdsgroepen is de uitsplitsing van beperkte waarde vanwege de geringe absolute aantallen en de hierbij gemakkelijk optredende oscillaties. Er komt geen duidelijke voorkeursleeftijd uit de registratie naar voren. Het aantal suicide pogingen bij mensen van 65 jaar en ouder is consequent laag.

Deze rubriek is in 2002 op de weekstaat gehandhaafd.



## 18 VERWIJZING VAN EN CONSULTATIE BIJ PSYCHISCHE STOORNISSEN (GGZ)

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert een beleid om de eerste lijns geestelijk gezondheidszorg te versterken: de capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk wordt uitgebreid, voor de samenwerking tussen de huisarts, de algemeen maatschappelijk werker en de eerstelijns psycholoog is meer geld beschikbaar en ook zijn er extra middelen voor het geven van consultatie vanuit de gespecialiseerde geestelijk gezondheidszorg naar de eerste lijn.

Onderzoek zal moeten uitwijzen of het gevoerde beleid tot de gewenste verandering leidt dat wil zeggen tot een samenhangende eerstelijns geestelijke gezondheidszorg met voldoende capaciteit.

Een van de aspecten is hoe het staat met het verwijzen naar en raadplegen van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg door huisartsen in geval van patiënten met psychische stoornissen.

In 2002 is door de CMR-Peilstations een begin gemaakt met een registratie van het verwijzen van of consulteren bij psychische stoornissen. De vragen die zullen worden beantwoord zijn:

1. hoe vaak verwijst de huisarts op jaarbasis patiënten met psychische stoornissen/psychosociale problemen naar het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijns psycholoog, de vrijgevestigde psychotherapeut, de vrijgevestigde psychiater, het RIAGG of de psychiatrische polikliniek;
2. hoe vaak raadpleegde de huisarts op jaarbasis bovengenoemde instanties/disciplines met betrekking tot patiënten met psychische stoornissen/psychosociale problemen;
3. zijn er in deze opzichten ontwikkelingen gedurende de drie jaar registratie en
4. is er in deze opzichten sprake van regionale verschillen?

De huisarts wordt gevraagd te registreren of hij een patiënt verwezen heeft in verband met psychische problemen. Ook wordt gevraagd te registreren wanneer de huisarts een GGZ-hulpverlener consulteert over een patiënt.

In dit verslag wordt gerapporteerd hoe vaak een verwijzing of consultatie heeft plaats gehad. Uitgebreide rapportage over de verzamelde gegevens over de verwijsbestemming/consultatiegever, de diagnose van de huisarts (ICPC-code), of er sprake is van een recidief, de ernst van de belangrijkste stoornis en de motivering voor de consultatie/verwijzing heeft elders plaats (dr. P. Verhaak, Nivel).

Het aantal patiënten dat is verwezen of waarvoor consultatie is gepleegd in 2001 per 10.000 inwoners per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland gegeven in tabel 18.1.

Tabel 18.1 aantal patiënten met psychiatrische stoornissen dat is verwezen voor en het aantal patiënten waarvoor is geconsulteerd per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, in 2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>2001</b>								
<b>consultatie GGZ</b>	3	3	18	7	3	5	31	9
<b>verwijzing GGZ</b>	24	53	103	67	52	57	128	69

In de westelijke provincies worden zowel de meeste consultaties als de meeste verwijzingen gemeld: bijna een factor van 5 meer dan in de noordelijk provincies, van waaruit de laagste aantallen worden gemeld.

Van het platteland naar de grote stad is er sprake van een duidelijke gradiënt. In de grote steden wordt 10 maal frequenter iemand uit de GGZ geconsulteerd dan op het platteland. Er wordt ruim 2 maal vaker verwezen in de grote steden.

## 18.1 Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen of waarvoor is geconsulteerd per kwartaal worden vermeld in tabel 18.2.

Tabel 18.2 aantal patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen of waarover is geconsulteerd per 10.000 inwoners per kwartaal in 2001

	Week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
<b>2001</b>				
<b>consultatie GGZ</b>	3	3	2	1
<b>verwijzing GGZ</b>	24	16	14	14

In de eerste helft van 2001 zijn meer patiënten met een psychische stoornis verwezen dan in het 2<sup>e</sup> half jaar (40 versus 28 per 10.000 per 26 weken). Ook is er in het eerste half jaar meer over patiënten met een psychische stoornis consultatie gevraagd.

## 18.2 Leeftijdsverdeling

Het aantal patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen naar of waarover consultatie met de GGZ is geweest per 10.000 per leeftijdsgroep is vermeld in tabel 18.3.

Tabel 18.3 aantal patiënten verwezen naar de GGZ of waarover de GGZ is geconsulteerd per 10.000 per leeftijdsgroep in 2001

leeftijdsgroep	consultatie GGZ	verwijzing GGZ
	2001	2001
≤5	-	-
5-9	-	31
10-14	6	39
15-19	8	73
20-24	10	124
25-29	13	109
30-34	8	103
35-39	19	82
40-44	11	91
45-49	16	92
50-54	17	68
55-59	4	67
60-64	2	31
65-69	4	30
70-74	5	23
75-79	5	35
80-84	26	53
≥85	9	50

Opvallend is dat geen patiënten onder de 5 jaar zijn gemeld als verwezen met een psychische stoornis of waarover consultatie is geweest.

Vanaf de leeftijd van 20 jaar neemt het aantal verwijzingen naar en consultaties van de GGZ snel toe.

Consultatie wordt het meest gevraagd in de leeftijdsgroep van 80-84 jaar en vervolgens bij de leeftijdsgroep van 35-55 jaar. Er zijn relatief weinig verwijzingen en consultaties in de leeftijdsgroep van 55-79 jaar.

De rubriek is gehandhaafd op de weekstaat 2002.

## 19 Urethritis bij de man

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn naast luchtweg-, maagdarm- en urineweginfecties de meest voorkomende infectieziekten in Nederland. Er zijn zo'n 20 verschillende verwekkers, die leiden tot uiteenlopende klachten. Chlamydia, gonorrhoe, syfilis, herpes, H.P.V.-infectie, hepatitis B en H.I.V.-infectie zijn de belangrijkste aandoeningen.

De epidemiologie van SOA in Nederland is voor een deel onduidelijk ondanks een groot aantal (kleinschalige) onderzoeken.

Er bestaat een aangifteplicht voor hepatitis B (B-ziekten) en tot 1 april 1999 voor gonorrhoe en syfilis (C-ziekten). Onder rapportage en onder diagnostiek is een erkend probleem bij de aangifteplichtige aandoeningen. Het is verder de vraag of gonorrhoe nog steeds als tracer-disease voor alle SOA kan worden gehanteerd. Zo lijken er voor chlamydia trachomatis andere dan de klassieke risicogroepen te bestaan.

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

In 2002 wordt een nieuwe surveillance van SOA en HIV-infecties geïmplementeerd in Nederland in samenwerking met een aantal GGD's, de SOA-poliklinieken en de AIDS-behandelaars.

De huisarts wordt gevraagd elke patiënt te melden waarbij een (sub)acute afscheiding uit de penis bestaat, waarbij doorgaans dysurie optreedt.

Deze omschrijving sluit aan bij de definitie zoals indertijd gehanteerd in het Amsterdams Peilstation project.

Wanneer bij een patiënt met urethritis tijdens het consult de ziekte AIDS ter sprake komt wordt de patiënt ook gemeld in de rubriek 'angst voor AIDS'.

Het aantal patiënten met urethritis per 10.000 mannen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland in tabel 19.1 gegeven.

Tabel 19.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1992-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992	16	40	45	10	46	14	65	31
1993	15	32	25	19	36	16	33	23
1994	20	32	28	14	26	18	39	25
1995	14	40	32	11	43	18	42	26
1996	9	41	21	11	47	15	22	21
1997	12	23	22	11	33	10	34	17
1998	15	16	23	12	18	17	20	17
1999	9	29	25	12	5	20	39	20
2000	19	24	23	17	10	21	31	19
2001	12	24	26	24	13	23	32	23

De landelijke incidentie van urethritis is na een daling in de eerste helft van de jaren negentig nu sinds 1996 redelijk constant. In 2001 is de incidentie weer hoger. In alle jaren voor 2001 wordt urethritis meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies. In 2001 zijn deze verschillen minder uitgesproken dan in de voorgaande jaren; het aantal meldingen is het laagst in de noordelijke provincies. Aan de daling van het voorkomen van urethritis op het platteland is in 2000 een eind gekomen.

De meest opvallende bevindingen bij de registratie van urethritis bij mannen is wel het aanvankelijk consequent lage voorkomen ervan in de kleinere steden en forenzengemeenten. In 1999 is er een omslag: voor het eerst is het voorkomen van urethritis het laagst op het platteland. Een verklaring daarvoor is op dit moment niet te vinden. De hoogste incidentie is wel consequent in de grote steden geregistreerd.

## 19.1 Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.





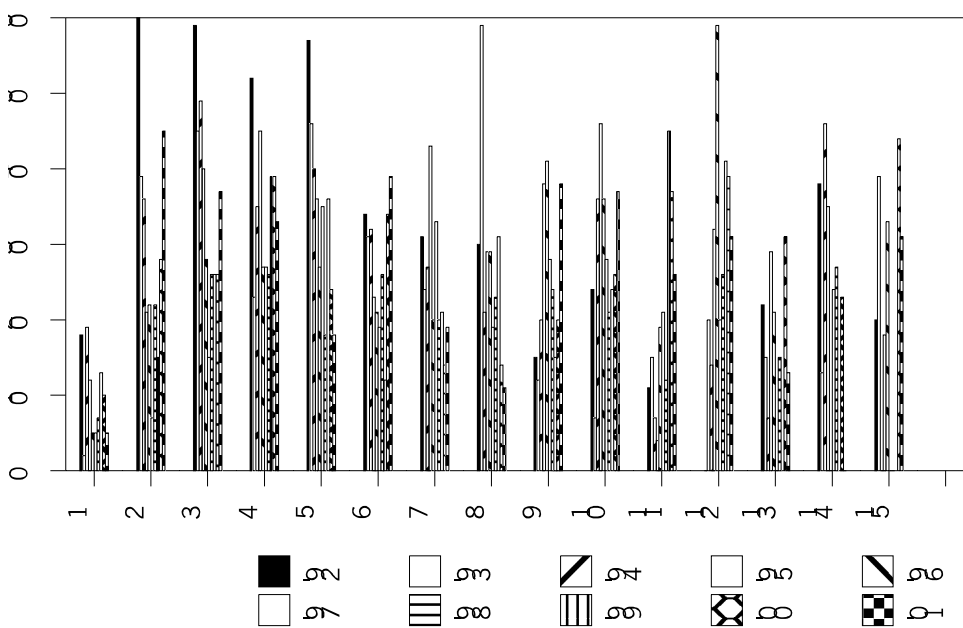
## 19.2 Leeftijdsverdeling

In tabel 19.2 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld (zie ook figuur 19.1).

Tabel 19.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-2001

leeftijdsgroep	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
≤ 15	(0)	-	-	(2)	-	-	(0)	-	(0)	(0)
15-19	18	(2)	19	12	(5)	(5)	(7)	13	(10)	(5)
20-24	60	39	36	21	22	(7)	22	15	28	45
25-29	59	45	49	40	28	15	26	26	26	37
30-34	52	23	35	45	27	27	26	39	39	33
35-39	57	46	40	36	27	35	18	36	24	18
40-44	34	31	32	23	21	19	26	12	34	39
45-49	31	24	27	43	20	33	20	21	14	19
50-54	30	59	21	29	29	19	23	31	14	11
55-59	15	(12)	20	38	41	28	24	15	20	38
60-64	24	(7)	36	46	36	28	21	24	26	37
65-69	(11)	(15)	(7)	(4)	19	21	12	45	37	26
70-74	-	(20)	(14)	32	59	(20)	26	41	39	31
75-79	(22)	(15)	(7)	(29)	(21)	0	15	-	31	(13)
80-84	(38)	(13)	(46)	(35)	-	(24)	27	-	(23)	0
≥ 85	(20)	(39)	-	(18)	(33)	0	0	-	(44)	(31)

Figuur 19.1 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1992-2001



Leeftijdsgroep

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

Urethritis wordt onder de 15 jaar zelden gemeld.

Het merendeel van de patiënten is tussen de 20-44 jaar oud. De hoogste incidentie wordt geregistreerd bij de 20-24 jarigen.

De rubriek is in 2002 gehandhaafd.

## 20 Angst voor aids

Huisartsen worden in hun praktijk slechts in beperkte mate geconfronteerd met AIDS-patiënten en seropositiviteit. De ervaring van huisartsen met zorg voor seropositieve patiënten en patiënten die aan AIDS lijden is beperkt.

Niettemin, zo is de verwachting, bestaat onder de bevolking, ondanks of dankzij, de uitgebreide publieke voorlichtingscampagne een zekere mate van bezorgdheid over deze aandoening. Voorlichtingsprogramma's zijn vaak algemeen en niet op elke vraag geven ze een antwoord.

Ook het huidige, vaak verscheidene partners omvattende, -al dan niet gelijktijdig-, patroon van (seksuele) relaties kan een reden zijn dat vragen leven over risico's besmet te worden met het H.I.V. Bij de start van een meer definitieve relatie wordt zekerheid gewenst over het eventueel besmet zijn van de partners.

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

Het doel van de registratie is de hulpvragen te inventariseren waaruit ongerustheid over of angst voor AIDS naar voren komt. Daarbij betreft het de hulpvragen van patiënten die niet aan AIDS lijden of niet bewezen seropositief zijn. Naast het inzicht in de mate waarin huisartsen met deze vragen worden geconfronteerd is het doel een beeld te krijgen van de vragenstellers en van de door de huisartsen ondernomen acties naar aanleiding van deze hulpvragen.

Gevraagd wordt elk consult te registreren waarin òf door de patiënt òf door de huisarts het onderwerp AIDS ter sprake wordt gebracht. In een vragenlijst worden enkele aanvul-lende gegevens over de patiënt geregistreerd, de redenen waarom de patiënt de arts bezoekt, of er gevraagd wordt om HIV-antistoffen te bepalen en of die vraag wordt gehonoreerd, of de arts om andere redenen dan de vraag van de patiënt voorstelt een dergelijke test te laten verrichten en indien een onderzoek gedaan wordt wat de uitslag ervan is.

Tenslotte wordt gevraagd naar de acties die de huisarts verder onderneemt in relatie tot de vraagstelling van de patiënt en of er een vervolcontact afgesproken wordt.

Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats zie pag. 88.  
 Tabel 20.1 Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1992-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992	16	13	24	27	7	19	35	22
1993	17	21	27	22	11	18	39	23
1994	16	20	32	33	8	22	50	27
1995	20	15	23	24	9	18	37	21
1996	13	15	23	25	7	20	29	20
1997	13	14	37	23	7	20	57	24
1998	12	12	25	18	11	16	36	18
1999	9	14	21	19	12	15	33	17
2000	7	14	27	19	10	15	41	19
2001	13	8	29	25	6	18	41	20

Vanaf 1995 is er sprake van een dalende trend. Vanaf 1998 is het aantal weer constant.

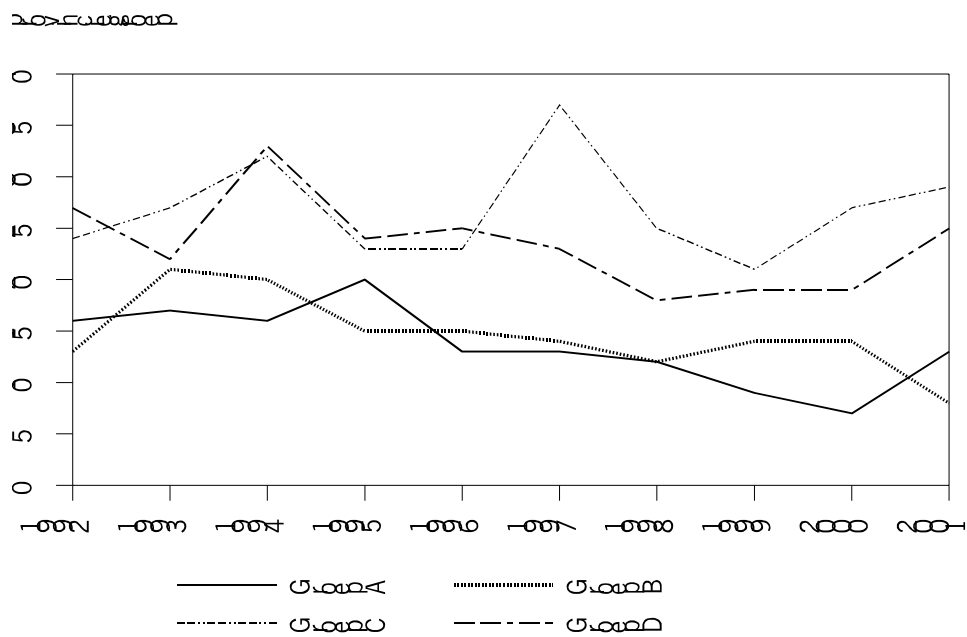
De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 20.1).

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

Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op H.I.V.-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. In 2001 is er 231 maal om een test verzocht.

Hoewel niet elk verzoek om een test wordt ingewilligd, nam ook het aantal tests dat wordt verricht aanvankelijk toe: van 121 in 1990 naar 259 in 1994. In 2001 is dit aantal 230. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 20.1 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1992-



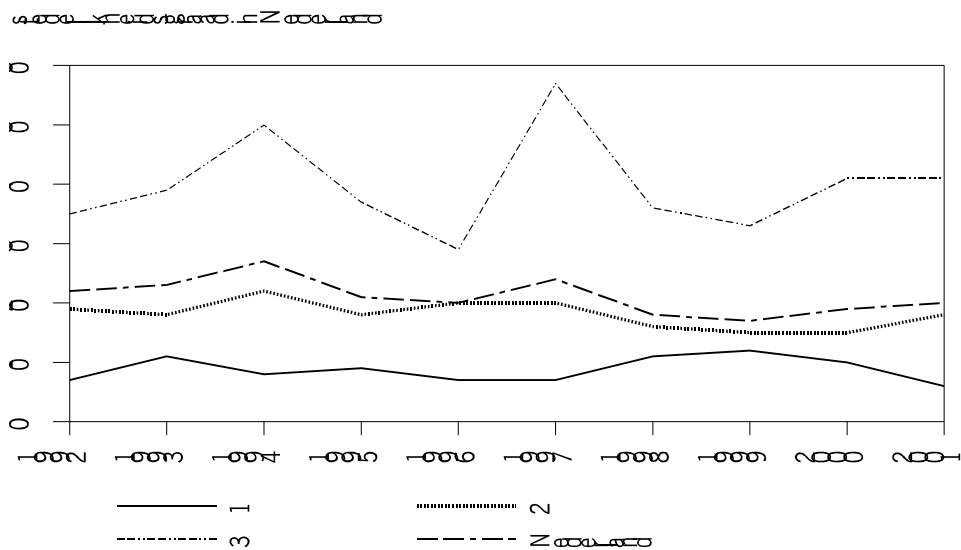
2001

## 20.1 Leeftijdverdeling

In tabel 20.2 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 20.2).

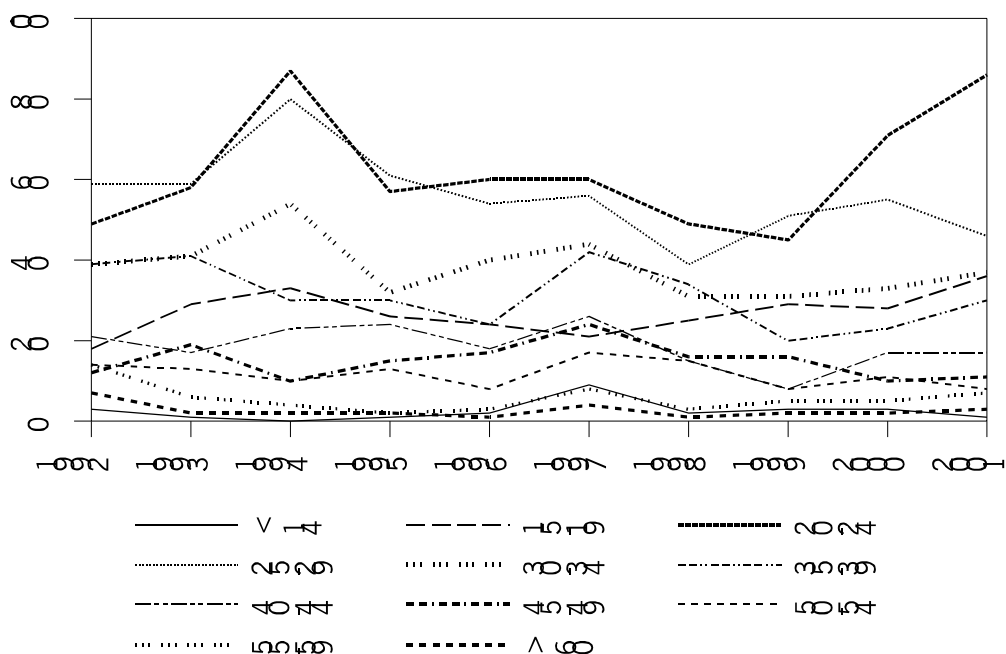
Tabel 20.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1992-2001

Leeftijdsgroep	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
≤ 14	(3)	(1)	-	(1)	(2)	9	(2)	(3)	(3)	(1)
15-19	18	29	33	26	24	21	25	29	28	36
20-24	49	58	87	57	60	57	49	45	71	86
25-29	59	59	80	61	54	56	39	51	55	46
30-34	39	41	54	32	40	44	31	31	33	37
35-39	39	41	30	30	24	42	34	20	23	30
40-44	21	17	23	24	18	26	15	8	17	17
45-49	12	19	10	15	17	24	16	16	10	11
50-54	14	13	10	13	8	17	15	8	11	8
55-59	14	(6)	(4)	(2)	(3)	(8)	(3)	5	(5)	7
≥ 60	7	(2)	(2)	(2)	(1)	(4)	(1)	(2)	(2)	(3)





Figuur 20.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1992-2001



Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2001 ruim 73% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 jaar. Dit percentage is de laatste jaren constant. Tot en met 1994 is in alle leeftijdsgroepen tussen 15 en 35 jaar het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt toegenomen. Vanaf 1995 is juist bij deze leeftijdsgroepen een sterke daling opgetreden. In 2000 en 2001 is er een sterk toegenomen "incidentie" onder de 20-24 jarigen tegen deze dalende trend in.

De rubriek is voor 2002 op de weekstaat gehandhaafd.



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

KERSSENS J.J., L. PEETERS

**Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 2000.**  
Utrecht, NIVEL, 2001

KERSSENS J.J., L. PETERS.

**Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1999.**  
Utrecht, NIVEL 2000

KERSSENS J.J., L. PETERS.

**Hulpvragen bij de huisarts in de periode 1988 tot en met 1998.**  
Utrecht, NIVEL 1999

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

**Trends in HIV-related consultation in Dutch general practice.**  
International Journal of STD & AIDS, 1999; 10: 294-299

KERSSENS J.J., L. PETERS.

**Tien jaar vragen over HIV en AIDS bij de huisarts.**  
Aidsbestrijding, 1998, no. 42, p. 10-12

KERSSENS J.J., L. PETERS.

**Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1997.**  
Nivel, juli 1998, Utrecht

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

**Vragen over AIDS bij de huisarts in de periode 1988-1996**  
Nivel, april 1997, Utrecht

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

**Concerns about AIDS in general practice.**  
BMJ, 1996; 312: 285-6

## 21 Acute gastro-enteritis

Gastro-enteritis behoort tot de top tien van aandoeningen in Nederland wat betreft incidentie en het draagt bij tot een aanzienlijke zorgbelasting in de eerste lijn<sup>2</sup>.

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

Het doel van het onderzoek tot en met 1999 is:

- 1 het vervolgen van trends in de incidentie en zorgbelasting van gastro-enteritis op basis van aanvullend patiënt controle onderzoek dat is uitgevoerd van mei 1996 tot mei 1999;
- 2 het vervolgen van trends in de incidentie van Campylobacteriose en Salmonellose in verband met de uitvoering van het Nationaal Plan Zoönosen;
- 3 het vaststellen van de omvang van de zorgbelasting die is toe te schrijven aan specifieke ziekte verwekkers.

Vanaf 2000 is de rubriek gehandhaafd in verband met het eerst genoemde doel: het volgen van trends in de incidentie.

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

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

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

---

<sup>2</sup> Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D., Kramers P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.

Gevraagd wordt tevens te melden wanneer de huisarts besluit tot het laten doen van feces onderzoek.

Als definitie van gastro-enteritis wordt gehanteerd:

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

In tabel 21.1 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 21.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996-2001

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1992	M	38	40	52	112	38	59	82	62
1993		32	53	49	88	31	53	80	56
1996		39	47	49	66	40	51	56	51
1997		26	54	68	51	29	51	85	52
1998		27	89	81	46	55	61	97	64
1999		26	111	67	53	52	65	95	67
2000		41	108	102	85	66	85	131	90
2001		76	98	78	122	102	90	95	93
1992	V	35	53	52	97	43	57	74	60
1993		34	55	42	69	34	45	71	50
1996		43	79	63	88	81	69	62	69
1997		25	64	68	59	48	52	89	57
1998		24	79	85	56	61	60	99	65
1999		22	109	84	66	76	66	117	74
2000		46	104	97	106	77	90	112	92
2001		55	108	97	169	100	106	127	109



Tabel 21.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996-2000 (vervolg)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992 T	37	47	52	104	41	48	78	62
1993	33	54	46	78	32	48	76	53
1996	41	63	56	77	60	60	59	60
1997	26	59	68	55	38	51	87	54
1998	26	84	83	51	58	60	98	65
1999	24	110	76	59	64	66	107	71
2000	44	105	99	96	71	87	121	91
2001	65	103	88	145	101	98	112	101

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2000 en 2001 worden meer patiënten met gastro-enteritis gemeld. In 1996-2001 worden meer vrouwen dan mannen gemeld met gastro-enteritis: 57-109 versus 51-90 respectievelijk per 10.000 vrouwen en per 10.000 mannen. De jaren 1998 en 2000 zijn daarop een uitzondering: in die jaren is het verschil niet zo groot.

In 2001 komt het hoogste aantal meldingen uit de zuidelijk regio waar een sterke stijging van de gemelde incidentie optreedt: 96 in 2000 versus 145 in 2001 nieuwe patiënten met gastro-enteritis per 10.000 inwoners

De grote steden melden over alle jaren meer acute gastro-enteritis dan de beide andere stedelijkheidsgroepen, alhoewel door een sterke stijging op het platteland en in de kleine steden en forensen gemeenten en een gelijk tijdige daling in de grote steden de verschillen afgenomen zijn.

## 21.1 Leeftijdsverdeling

In tabel 21.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 21.1).

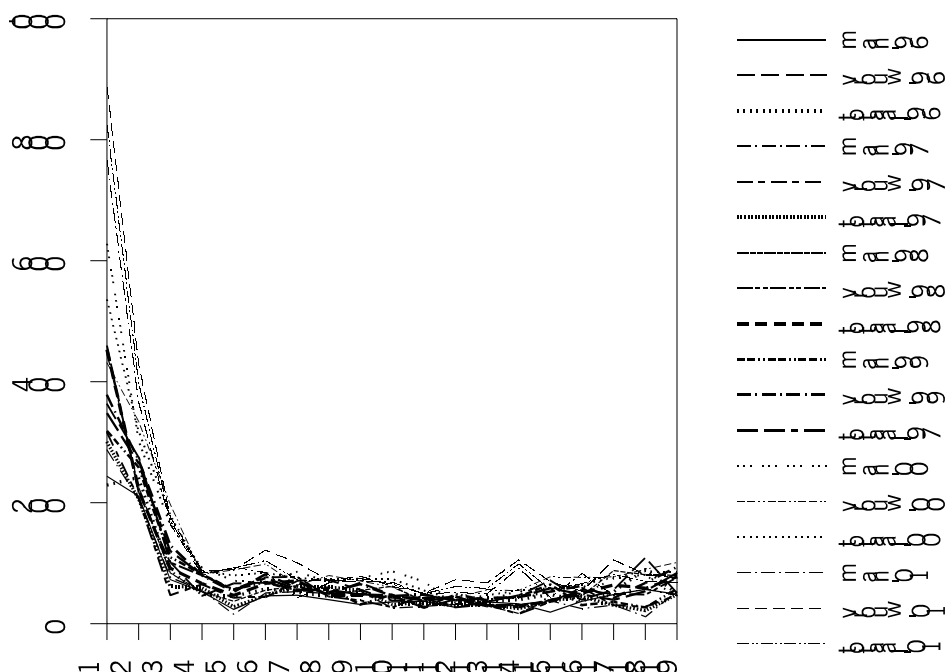
Tabel 21.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2001

leeftijds- groep	M						V					
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1996	1997	1998	1999	2000	2001
≤ 1	244	288	447	319	628	765	364	317	460	379	432	886
1- 4	211	206	226	259	302	365	276	208	217	271	335	428
5- 9	73	77	84	110	164	164	102	47	101	130	198	176
10-14	53	55	53	82	93	81	46	65	80	80	82	88
15-19	24	16	37	57	71	94	67	43	57	53	89	90
20-24	46	51	55	69	68	85	68	44	77	82	99	122
25-29	47	53	63	54	86	43	57	71	78	60	64	101
30-34	40	50	49	60	69	68	50	72	45	52	80	72
35-39	32	54	55	32	75	71	68	56	39	66	71	79
40-44	36	26	62	48	87	69	47	38	27	46	61	62
45-49	37	29	37	28	70	50	26	42	47	48	39	51
50-54	27	32	46	49	35	52	41	27	40	39	44	73
55-59	35	31	30	39	37	50	36	32	30	43	56	68
60-64	33	32	17	45	55	92	47	16	31	44	55	106
65-69	19	38	41	65	37	44	72	36	36	53	78	70
70-74	37	25	46	31	48	83	40	60	56	63	77	54
75-79	48	31	88	36	75	47	56	31	49	43	78	106
80-84	57	(12)	81	27	81	58	109	28	48	68	90	82
≥ 85	49	54	80	58	44	47	51	47	77	94	102	76

Tabel 21.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2001 (vervolg)

leeftijdsgroep	1996	1997	T 1998	1999	2000	2001
≤ 1	229	301	453	348	536	823
1- 4	242	207	222	265	318	397
5- 9	87	62	92	120	180	170
10-14	49	60	67	81	87	84
15-19	45	29	47	55	80	92
20-24	58	47	67	76	84	105
25-29	52	62	71	57	75	73
30-34	45	61	47	56	74	70
35-39	50	55	47	49	73	75
40-44	42	32	44	47	74	66
45-49	32	35	42	38	55	50
50-54	34	30	43	44	39	62
55-59	36	32	30	40	47	59
60-64	40	25	28	45	55	99
65-69	48	37	38	59	59	57
70-74	38	45	51	49	64	67
75-79	53	31	64	40	77	82
80-84	90	22	59	54	87	70
≥ 85	50	49	78	84	85	68

Figuur 21.1 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2001



Leeftijdverdeling

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

In beide registratieperioden worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen. In 2001 is de incidentie onder de nuljarigen sterk gestegen. In mindere mate stijgt de incidentie onder de 1-4 jarigen. In 1996-2001 is bij 5-9 jarigen, anders dan in de jaren 1992-1993, sprake van een duidelijk hogere incidentie vergeleken met de leeftijdsgroepen 10-80 jaar. De incidentie onder de 5-9 jarigen daalt in 2001 licht, maar is hoger dan in de jaren 1996-1999.



## 21.2 Seizoensinvloeden

In tabel 21.3 worden de aantallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 21.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2001

kwartaal	1	2	3	4
1997 M	10	13	20	10
1998	20	10	17	17
1999	17	14	18	18
2000	22	25	20	25
2001	29	20	24	19
1997 V	12	15	19	11
1998	20	12	16	18
1999	21	17	22	15
2000	24	25	21	24
2001	32	26	30	21
1997 T	11	14	19	11
1998	20	11	16	17
1999	19	15	20	16
2000	23	25	20	25
2001	30	23	27	20

Doorgaans wordt de hoogste incidentie gezien in het eerste dan wel derde kwartaal van een jaar. Over het algemeen zijn de verschillen klein tussen de seizoenen.

De rubriek is in 2002 gehandhaafd.

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

WIT DE M.A.S.

### **Epidemiology of gastroenteritis in the Netherlands.**

Thesis 2002.

WIT DE M.A.S., L.M. KORTBEEK, M.P. KOOPMANS, C.J. DE JAGER, W.J. WANNET, A.I.M. BARTELD, Y.T. VAN DUYNHOVEN.

### **Comparison of gastroenteritis cases in a general practice-based study and a community-based study.**

Epidemiol. Infect. 2001; 127(3): 389-97

WIT DE M.A.S., M.P.G. KOOPMANS, L.M. KORTBEEK, W.J.B. WANNET, J. VINJE, F. VAN LEUSDEN, A.I.M. BARTELD, Y.T.P. VAN DUYNHOVEN.

### **Sensor, a Population-based Cohort Study on Gastroenteritis in the Netherlands: Incidence and Etiology.**

American Journal of Epidemiology, 2001, Vol, 154, No (7): 666-674

WIT DE M.A.S., M.P.G. KOOPMANS, L.M. KORTBEEK, N.J. VAN LEEUWEN, J. VINJE, Y.T.H.P. VAN DUYNHOVEN.

### **Etiology of Gastroenteritis in Sentinel General Practices in the Netherlands.**

Clinical Infectious Diseases, 2001; 33:280-8

WIT DE M.A.S., M.P.G. KOOPMANS, L.M. KORTBEEK, N.J. VAN LEEUWEN, A.I.M. BARTELD, Y.T.H.P. VAN DUYNHOVEN.

### **Gastroenteritis in Sentinel General Practices, the Netherlands**

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

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

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

Results of the first two years.

RIVM, Bilthoven, januari 1999 rapportnr. 216852003.

## 22 'Prostaatlijden'

Vroege opsporing van frequent voorkomende vormen van kanker in de hoop met een tijdige behandeling verder onheil te voorkomen blijft geboden. Invoering van bevolkingsonderzoek op kanker eist onderzoek vooraf naar het effect van vroege opsporing. Prostaatkanker is een frequent voorkomende kanker bij mannen. Screening op prostaatkanker is echter nog controversieel, zodat onderzoek gaande is naar het effect van vroege opsporing van prostaatkanker.

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

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

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

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

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

Het aantal malen dat de huisarts een rectaal toucher doet, een PSA-bepaling aanvraagt en op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken met de verdenking op prostaatkanker verwijst naar de uroloog is in tabel 22.1 gegeven per 10.000 mannen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor heel Nederland.

Tabel 22.1 aantal verrichte rectaal touchers, aangevraagde psa-bepalingen en verwijzingen op verdenking prostaatkanker per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen in 1997-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>rectaal toucher</b>								
1997	64	144	147	97	164	100	147	116
1998	45	120	167	105	124	107	170	117
1999	46	102	124	99	84	91	153	98
2000	44	75	89	105	62	84	84	80
2001	80	77	95	106	96	91	87	91
<b>PSA-bepaling</b>								
1997	26	113	85	90	134	70	78	81
1998	33	109	103	69	121	71	105	83
1999	42	111	108	62	151	63	123	84
2000	35	130	84	92	184	69	90	89
2001	56	129	85	102	185	82	63	94
<b>verwijzing</b>								
1997	7	12	11	7	15	8	12	9
1998	7	19	20	7	24	12	14	14
1999	3	18	14	5	15	11	17	11
2000	5	16	12	8	8	12	11	11
2001	10	15	12	10	16	12	8	12

In de noordelijke provincies wordt in alle jaren het laagste aantal verrichte onderzoeken gemeld. Dit betreft zowel het aantal verrichte rectaal touchers als de aangevraagde PSA bepalingen. Ook het aantal verwijzingen ligt lager. In de zuidelijke provincies wordt ook minder verwezen met de verdenking op prostaatkanker. In de zuidelijke provinciegroepen en tussen de stedelijkheidsgraad groepen treden wel jaarlijks grote verschillen op.

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

Het aantal verwijzingen bij verdenking op prostaatkanker voor Nederland is meer constant.

## 22.1 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van de mannen waarbij rectaal toucher wordt gedaan, een PSA-bepaling wordt aangevraagd en van mannen die worden verwezen met de verdenking op prostaatkanker is gegeven in tabel 22.2.

Tabel 22.2 aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht, waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-2001

leeftijds- groep	rectaal toucher					psa-bepaling				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
≤15	-	(5)	-	(5)	(0)	-	-	-	-	-
15-19	(3)	7	(3)	(3)	-	(3)	(2)	-	-	-
20-24	11	7	-	(3)	(51)	-	-	-	(3)	-
25-29	15	(2)	(5)	7	(4)	-	-	(3)	-	(6)
30-34	27	21	28	20	18	(2)	(5)	(4)	6	(2)
35-39	39	31	21	15	24	12	(4)	11	7	(7)
40-44	59	52	48	32	33	17	18	23	25	27
45-49	112	94	61	58	86	62	53	28	64	80
50-54	252	151	101	105	98	138	101	94	136	111
55-59	326	281	254	200	227	245	194	260	219	257
60-64	347	419	372	282	313	333	357	316	380	317
65-69	453	523	438	366	390	381	365	421	444	433
70-74	505	672	526	304	351	308	477	397	420	444
75-79	428	374	380	342	392	321	440	416	299	392
80-84	390	578	442	301	458	463	349	416	277	470
≥85	144	321	155	236	205	162	361	214	281	268

Tabel 22.2 aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht, waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-2001(vervolg)

leeftijds- groep	1997	1998	verwijzing 1999	2000	2001
≤15	-	-	-	-	(0)
15-19	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-
35-39	-	-	-	-	(2)
40-44	-	-	(2)	(4)	-
45-49	(4)	(2)	(2)	-	-
50-54	(3)	(2)	(2)	12	(9)
55-59	16	33	18	17	27
60-64	25	48	49	26	41
65-69	55	81	45	67	40
70-74	86	103	72	96	72
75-79	69	103	93	50	86
80-84	61	134	54	58	111
≥85	(0)	20	78	44	(310)

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

In 1997 is van de mannen van 60-80 jaar ongeveer 4,5% onderzocht met een rectaal toucher. In 2001 zijn er duidelijk minder patiënten gemeld waarbij een rectaal toucher is gedaan: 3,6%. Bij ongeveer 3,4% van de mannen is in 1997 een PSA-bepaling gedaan. In 2001 is dit 4% evenals in 2000. Het aantal mannen van 60-80 jaar dat verwezen is met de verdenking op prostaatkanker is gestegen van 0.5% in 1997 naar 0.8% in 1998. In 1999 daalt dit aantal naar 0.6%. Even als in 2000 is dit percentage in 2001 0,6.

De rubriek 'prostaatlijden' is in 2002 op de weekstaat gehandhaafd.

**Publicatie op basis of mede op basis van de gegevens uit de continue morbiditeits registratie**

BEEMSTERBOER, P.P.M.

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

Dissertatie, Rotterdam, 1999 (hoofdstuk 6).





## 23 Kinkhoest

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

Verrassend was dat in de loop van de jaren negentig kinkhoest in enkele verheffingen opnieuw opdook: in 1989-1990, 1993-1994 en in 1996-1997. Nadere analyse leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven kinkhoest gevallen toegenomen was<sup>1</sup>.

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

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

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

Voor kinkhoest wordt de volgende omschrijving aangehouden:

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

---

<sup>1</sup> Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens, Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996

Het aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen per provinciegroep en naar mate van verstedelijking is met het aantal voor Nederland aangegeven in tabel 23.1.

Tabel 23.1 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2001

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	12	2	6	1	5
1999	3	5	11	17	5	11	7	10
2000	3	7	10	33	4	13	17	12
2001	3	5	15	22	6	11	22	12

De verdeling van kinkhoest over het land is in 2001 opnieuw net als in 1998-2000 ongelijk. In de zuidelijke provincies is het aantal gevallen van kinkhoest hoog: 22 per 10.000 personen versus 3-5 per 10.000 personen in de noordelijk en oostelijke provinciegroepen. Opmerkelijk is dat in 2000 van alle gemelde kinkhoest gevallen de helft afkomstig is van een peilstation in het zuiden van het land. In 2001 meldt dit peilstation nog een achste van het totaal aantal meldingen.

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

In tabel 23.2 wordt het aantal personen met kinkhoest weergegeven per provinciegroep en naar mate van verstedelijkheid en voor Nederland waarbij de gegevens van het eerder genoemde peilstation in de zuidelijke provinciegroep D niet zijn meegeteld.

Tabel 23.2 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2001 met uitsluiting van 1 peilstation

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	8	2	5	1	4
1999	3	5	11	8	5	8	7	7
2000	3	7	10	4	4	5	7	7
2001	3	5	15	7	6	9	22	11

In 2001 is duidelijk meer kinkhoest gemeld dan de jaren ervoor.

Na de correctie voor één peilstation in de zuidelijke provincies is het voorkomen van kinkhoest het hoogst in de westelijke provincies. In 2001 wordt opnieuw kinkhoest vooral in de grote steden gemeld.

### 23.1 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van de personen met kinkhoest is vermeld in tabel 23.3.

Tabel 23.3 Aantal personen met kinkhoest per leeftijdsgroep per 10.000 personen 1998-2001

leeftijdsgroep	1998	1999	2000 <sup>2</sup>	2000 <sup>3</sup>	2001 <sup>2</sup>	2001 <sup>3</sup>
≤1	(17)	(17)	85	54	46	29
1- 4	37	6	61	46	104	99
5- 9	22	36	51	38	56	15
10-14	6	27	22	9	19	19
15-19	(4)	7	8	(3)	10	9
20-24	(1)	(2)	0	0	0	0
25-29	(2)	7	4	(2)	(2)	(2)
30-34	(2)	(4)	4	(1)	4	4
35-39	(2)	7	8	(4)	7	6
40-44	-	5	7	(3)	(3)	(2)
45-49	(1)	5	3	(3)	7	6
50-54	(2)	(2)	7	(1)	(2)	0
55-59	-	(3)	8	(3)	(2)	(2)
60-64	-	(7)	10	(5)	(5)	(4)
65-69	(2)	(2)	(5)	0	-	-
≥69	-	-	(3)	(2)	(2)	(1)

Kinkhoest komt in alle leeftijdsgroepen voor. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 1-4 jaar, gevolgd door de 5-9 en de nul-jarigen.

De rubriek is in 2002 gehandhaafd op de weekstaat.

<sup>2</sup> Alle peilstations

<sup>3</sup> Alle peilstations exclusief één peilstation in provinciegroep D

## 24 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 20-21), de peilstationartsen een selecte groep vormen. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'mammografie'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suicide(poging)' blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, vermoedelijk als gevolg van het feit dat dit gebeuren niet altijd aan de huisarts wordt gemeld<sup>1</sup>. Met betrekking tot het registreren op zichzelf is vrijwel zeker te stellen dat de peilstationartsen als een selecte groep handelen; dit kan echter het project slechts ten goede komen. Evenwel wordt dus aangeraden om **niet alleen** naar de geëxtrapolerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapolerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

---

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

Tabel 24.1 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1992-2001 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1992	7.480	7.649	15.129
1993	7.535	7.704	15.239
1994	7.586	7.755	15.341
1995	7.627	7.797	15.424
1996	7.662	7.832	15.494
1997	7.697	7.870	15.567
1998	7.740	7.914	15.654
1999	7.793	7.967	15.760
2000	7.846	8.018	15.864
2001	7.910	8.077	15.987

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

Tabel 24.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>influenza achtige aandoeningen</b>						
1992			244			370.000
1993			484			772.500
1994			106			162.500
1995			315			480.000
1996			115			178.000
1997			233			360.000
1998			248			365.000
1999			254			400.000
2000			197			312.500
2001			113			180.500
<b>zanamivir voorschrift</b>						
2000			2			3.000
2001			0			
<b>acute respiratoire infecties</b>						
2001			374			598.000
<b>loophulpmiddel (machtiging)</b>						
2001			16			26.500
<b>waterpokken</b>						
2000			20			32.000
2001			24			38.500
<b>depressie</b>						
2000	26	48	37	20.500	37.500	58.000
2001	26	42	34	20.500	34.000	56.500

\* zie pagina 113



Tabel 24.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>diabetes mellitus nieuwe patiënt</b>						
1990-93	16	17	17	12.250	13.250	25.500
2000	23	22	23	18.000	17.500	35.500
2001	24	21	23	19.000	17.000	36.000
<b>suïcide (pogingen)</b>						
1992			6			9.000
1993			6			9.000
1994			5			7.500
1995			7			10.750
1996			6			9.250
1997			6			9.250
1998			5			7.750
1999			5			7.750
2000			6			9.500
2001						
<b>GGZ</b>						
- consultatie			9			14.500
- verwijzing		69			110.500	

\* zie pagina 113

Tabel 24.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>urethritis bij man</b>						
1992	31			23.000		
1993	23			17.500		
1994	25			19.000		
1995	26			20.000		
1996	21			16.000		
1997	17			13.000		
1998	17			13.000		
1999	20			15.500		
2000	21			16.500		
2001	23			18.000		
<b>angst voor aids</b>						
1992			22			33.500
1993			23			35.000
1994			27			41.500
1995			21			32.000
1996			20			31.000
1997			24			37.500
1998			18			28.000
1999			17			27.750
2000			19			30.000
2001			20			32.000
<b>gastro-enteritis</b>						
1996	51	69	60	9.000	54.000	93.000
1997	52	57	54	40.000	45.000	85.000
1998	64	65	65	50.000	51.000	101.000
1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500

\* zie pagina 113

Tabel 24.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking  
(vervolg)

rubriek	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>herpes zoster</b>						
1997	24	30	28	18.500	23.750	43.000
1998	28	37	33	21.500	29.250	50.750
1999	27	37	32	21.000	29.500	111.250
2000	31	35	33	24.250	28.000	52.250
2001	30	33	32	24.750	26.750	51.500
<b>'prostaatlijden'</b>						
<b>- rectaal toucher</b>						
1997	116			89.250		
1998	117			90.500		
1999	90			76.500		
2000	80			62.750		
2001	91			72.000		
<b>- PSA-bepaling</b>						
1997	81			62.250		
1998	83			64.250		
1999	84			65.500		
2000	89			70.000		
2001	94			74.250		
<b>- verwijzing uroloog</b>						
1997	9			7.000		
1998	14			11.000		
1999	11			8.500		
2000	11			8.500		
2001	12			9.500		

\* zie pagina 113

Tabel 24.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>kinkhoest</b>						
1998			5			7.500
1999			10			15.750
2000			12			19.000
2001			12			19.500
1998****			4			6.250
1999			7			11.000
2000			7			11.000
2001			11			17.500

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

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

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

\*\*\*\* minus de gegevens van één peilstation

## 24.1 Betrouwbaarheidsintervallen

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

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

Tabel 24.3 Betrouwbaarheidsintervallen van schattingen van incidentie en prevalentie en peilstationpraktijken per 10.000 en de absolute aantallen.

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

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

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

## 25 Incidentele onderzoeken

Sinds 1976 bestaan binnen het kader van het Peilstationproject de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Het betreft hier onderzoeken naar relatief gezien weinig voorkomende ziekten of gebeurtenissen. Voor een overzicht van de aldus behandelde onderwerpen wordt verwezen naar het tweede gedeelte van bijlage 3. Hier wordt verslag gedaan over de in 2001 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.

### 25.1 Euthanasie (verzoek tot toepassen)

In 1976 is voor de eerste maal aandacht geschonken aan de vraag gesteld aan de huisarts om euthanasie te willen toepassen. Bij deze registratie wordt niet de vraag gesteld of de huisarts een dergelijk verzoek heeft ingewilligd.

De artsen worden aan het begin van het jaar op de hoogte gebracht van het komende onderzoek. Aan alle peilstationartsen wordt aan het einde van het jaar een formulier gezonden met het verzoek te vermelden of in het afgelopen jaar aan hen door een patiënt(e) zelf de vraag is gesteld om euthanasie, danwel hulp bij zelfdoding en zo ja, wat de aanleiding hiertoe was. Tevens wordt geïnformeerd naar de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, de plaats van verpleging of verzorging en het al of niet gebruik maken van een 'euthanasieverklaring'<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.

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

In 2001 is het aantal verzoeken 37. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 78% een maligniteit.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 32. Vijf patiënten verblijven in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Bij 37 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 37 patiënten. Twee patiënten vragen enkel hulp bij zelfdoding. Bij 28 van de 37 verzoeken raadpleegde de huisarts een andere arts. Bij enkele meldingen van verzoeken waarbij geen andere arts geraadpleegd is wordt aangegeven dat de patiënt reeds voor de eventuele toepassing van euthanasie op natuurlijke wijze is gestorven.

Ook is er sprake van dat er nog geen andere arts is geraadpleegd omdat dat nog niet aan de orde was.

Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2001.

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 25.1 te vinden (vergelijk figuur 25.1).

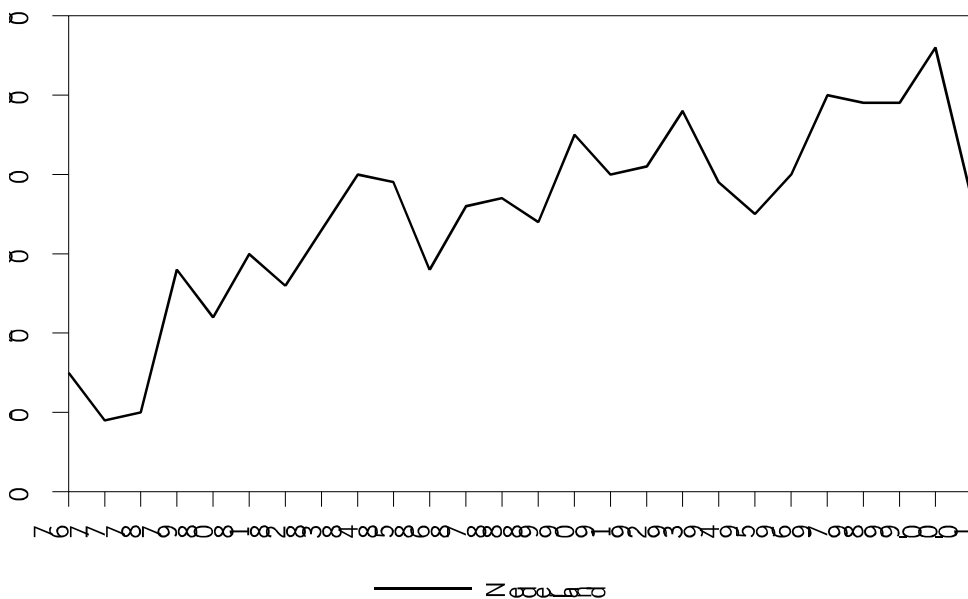
Tabel 25.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1992-2001

absoluut	M V		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
			A	B	C	D	1	2	3	
1992	22	19	7	8	20	6	4	20	17	41
1993	23	25	2	9	23	14	5	19	24	48
1994	26	13	4	14	14	7	10	18	11	39
1995	18	17	5	8	12	10	2	16	17	35
1996	24	16	8	9	19	4	7	20	13	40
1997	24	26	11	11	23	5	2	38	10	50
1998	27	22	3	14	25	7	5	32	12	49
1999	31	17	9	5	25	9	5	29	14	48
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56
2001	19	18	4	8	16	9	5	21	11	37





Figuur 25.1 Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-2001



Gerekend over de gehele periode 1976-2001 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 25.2 en tabel 25.3.

Tabel 25.2 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-2001

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	6	12	7
gemiddeld aantal verzoeken	20.5	16	27.5	15
spreiding	1 - 44	8 - 25	16 - 43	10 - 24

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

Tabel 25.3 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-2001

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	5	19	10
gemiddeld aantal verzoeken	21	17.6	26
spreiding	12 - 30	0 - 44	12 - 43

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

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

## 25.2 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 25.4 te vinden.

Tabel 25.4 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1992-2001

	≤54	55-64	65-74	75-84	≥85	totaal
1992	7	7	9	12	6	41
1993	10	5	17	13	3	48
1994	4	7	15	11	2	39
1995	14	5	12	2	2	35
1996	5	10	14	7	4	40
1997	12	7	17	9	5	50
1998	6	10	19	7	7	49
1999	5	6	16	15	6	48
2000	13	13	11	18	1	56
2001	8	3	9	12	5	37

### 25.3 Overzicht van de gemelde verzoeken.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 915 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 472 gedaan door een man (52%).

Inzicht in de aandoeningen waarbij om toepassing van euthanasie wordt gevraagd is verkregen door de International Classification of Diseases (1975, 9th version) als gids te gebruiken. Een van de problemen bij het indelen is de multiple pathologie die inherent is aan de hoge leeftijd. Een ander probleem is dat er soms geen melding is van ziekte: in de groep symptomen en onvolledig beschreven aandoeningen is het verzoek van een 92 jaar oude dame ondergebracht die leed aan de aandoening 'hoge leeftijd'.

Een vijftal groepen aandoeningen wordt gehanteerd:

- maligne neoplasmata;
- cardiovasculaire aandoeningen;
- chronische obstructieve longaandoeningen;
- symptomen en onvolledig omschreven aandoeningen;

- overige ziekten, inclusief neurologische en endocrinologische aandoeningen en aids.

De indeling van de aandoeningen waaraan de patiënten die om euthanasie verzoeken verliep ondanks de hiervoor genoemde problemen in het algemeen zonder moeite: de huisarts gaf in de vragenlijst aan wat naar zijn of haar oordeel in het kader van het verzoek de relevante aandoening was.

De aandoeningen waarbij om euthanasie is verzocht zijn vermeld in tabel 25.5.

Tabel 25.5 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-2001

	n	%
maligne neoplasma's	684	
hart- en vaatziekten	55	
chronische obstructieve longziekten	40	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	5	
overige ziekten	92	10
totaal	915	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 25.6.

Tabel 25.6: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n= absolute aantal verzoeken), 1976-2001

	≤ 54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥ 85 %
maligne aandoeningen	78	89	89	65	26
hart- en vaat- ziekten	0	1	2	123	23
chron. obst. longziekten	1	2	2	8	10
symptomen en onvolledig	3	1	1	4	29
overige ziekten	19	7	6	11	13

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

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

Wanneer iemand met een slecht vaatstelsel niet overlijdt aan een myocardinfarct 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 25.7 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 25.7 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-2001 (n=absolute aantal-len verzoeken)

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle aandoeningen	915	36	64
alle maligniteiten	684	40	60
hart- en vaatziekten	4	96	
chr. obstr. long- ziekten	40	13	87
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	16	84	
overige ziekten	92	45	55

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 25.8).

Tabel 25.8 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten met een maligniteit jonger en ouder dan 65 jaar naar lokalisatie van de tumor (n=absolute aantallen), 1976-2001

	n	≤ 64 jaar %	≥ 65 jaar %
alle maligniteiten	684	39	61
maag	63	40	60
colon/rectum	103	32	68
trachea/long	184	36	64
borst	69	58	43
overige	265	40	60

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

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

## 25.4 Beschouwing

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989)<sup>3</sup>.

Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland ten aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslis-singen rond het levenseinde van patiënten (Van der Maas e.a. 1991<sup>4</sup>, Pijnenborg e.a. 1994<sup>5</sup>, Van der Wal e.a. 1994)<sup>6</sup>. In 1995 is opnieuw\* grootschalige onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde (Van der Maas e.a. 1996)<sup>7</sup>. In dat kader is ook de in 1991 vast-gestelde meldingsprocedure bij euthanasie en hulp bij zelfdoding geëvalueerd (Van der Wal e.a. 1996)<sup>8</sup>.

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

---

<sup>3</sup> Bartelds A.I.M. Request for application of euthanasia. In: Bartelds A.I.M. Fracheboud J, van der Zee J. (eds). *The Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy*. Utrecht, NIVEL, 1989.

<sup>4</sup> Van der Maas P.J., J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, C.W.N. Looman. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *The Lancet* 1991; 338: 669-74.

<sup>5</sup> Pijnenborg L., J.J.M. van Delden, J.W.P.F. Kardaun, J.J. Glerum, P.J. van der Maas. Nationwide study of decisions concerning the end of live practice in the Netherlands. *BMJ* 1994; 309: 1209-9.

<sup>6</sup> Van der Wal G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994; 308: 1346-9.

<sup>7</sup> Van der Maas Paul J., Gerrit van der Wal, e.a. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. Special report from the Netherlands, Volume 335, number 22, 1699.

<sup>8</sup> Van der Wal Gerrit, Paul J. van der Maas, e.a. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *The New England Journal Medicine*, 1996, 1706.

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

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

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

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

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

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

De registratie van de verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consequent een groter aandeel van de mannen boven de vrouwen: ongeveer 55% versus 45% in de periode 1976-1999.

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



Tabel 25.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2001

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
96	M	M. Waldenström	moe, bedlegerig
94	M	terminale nierinsufficiëntie	moeheid, gebrek aan perspectief
94	V		levensmoe, woont zelfstandig
88	V	licht CVA en levensmoe	levensmoe
85	V	rectumcarcinoom	pijn
84	V	maagcarcinoom	pijn ten gevolge ernstige van osteoporose
83	M	M. Hodgkin	ondraaglijk lijden
83	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	pijnklachten, ontluistering, mis-selijkheid
81	M	bronchuscarcinoom	toenemende achteruitgang
80	M	collum fractuur	cachexie
79	M	gemetastaseerd longcarcinoom	
78	V	COPD, eczeem, osteoporose	kan niet meer
77	M	sigmoidcarcinoom; lokaal metastasen	braken, pijn, ileus
76	M	longcarcinoom	moe, bedlegerig, angst, dyspnoe
75	V	mammacarcinoom	ondraaglijke pijnen door bot metastasen
75	V	gemetastaseerd coloncarcinoom	
75	V	galwegcarcinoom	inoperabiliteit, aftakeling, col-lumfractuur
74	V	M. Parkinson	
73	M	gemetastaseerd darmcarcinoom	uitzichtloosheid
73	M	longcarcinoom	angst voor verlies zelfbeschik-king
72	V	longcacinoom metastasen cerebraal	
70	V	kleincellige longcarcinoom	ernstige verzwakking
70	V	COPD	ernstige dyspnoe pijn klachten
67	V	gemetastaseerd bronchuscarcinoom	
66	M	maligniteit	terminale fase
65	M	maagcacinoom	
63	M	maagcarcinoom	atonie maag
63	M	gemetastaseerd sacraal chordoom	angst, boosheid
62	M	kleincellige bronchuscarcinoom	benauwdheid, algehele zwakte, afhankelijkheid
54	M	astroctoom Gr. VI	achteruitgang, afasie, hemi pare-se

Tabel 25.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2001 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekte	aanleiding tot het verzoek
----------	----------	----------------	----------------------------

---

52	V	gemetastaseerd Grawitz tumor	ondraaglijk lijden met veel pijn
53	M	gemetastaseerd longcarcinoom	cachexie, pijnklachten, ontluistering
51	M	darmcarcinoom	inhumaan lijden
49	M	gemetastaseerd longcarcinoom	onvoldoende pijnbestrijding mogelijk
48	V	mammacarcinoom	metastasering dwarsleasie
43	V	hersentumor	pijn
39	M	progressieve Multiple Sclerose	volkomen hulpbehoevend

---

Het onderzoek wordt in het jaar 2002 gecontinueerd.

## 26 Eetstoornissen

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

Retrospectief is in 2001 de peilstationartsen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld. Betrof het een in 2001 vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener. Naar de samenstelling van het gezin waaruit de patiënt voort kwam is gevraagd en naar een aantal lichamelijke aspecten van de aandoening.

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

In tabel 26.1 is de verdeling weergegeven van het aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld (absoluut en per 10.000 inwoners) naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2001. Deze getallen zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen en bevatten zowel incidente als prevalentie getallen. De vermelde getallen dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Tabel 26.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2001 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>absoluut/jaar</b>								
<b>gem:</b>								
1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
1997	12	10	11	9	8	29	4	42
1998	10	17	15	9	5	36	10	51
1999	4	14	12	13	1	38	4	43
2000	4	9	13	9	3	26	6	34
2001	5	6	6	7	4	19	1	24
<b>per 10.000 vrouwen</b>								
1995	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	3.3	8.5	5.4	8.4	1.1	7.9	4.4	5.2
2000	3.2	4.6	3.9	6.1	2.3	4.9	3.8	4.2
2001	3.4	4.0	2.5	4.6	4.4	4.0	0.9	3.6

Het aantal meldingen is in 2001 laag ten opzichte van de voorgaande jaren. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 96%.

In 2001 is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis opnieuw het hoogst in de zuidelijke provinciegroep. Eetstoornissen worden in 2001 het meest gemeld in de verstedelijkte gebieden en foren-sen gemeenten.

In tabel 26.2 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 26.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2001

vrouwen	1985-1989 gem.	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1- 4	-	-	-	1	-	-	-	-
5- 9	-	-	-	1	-	-	-	1
10-14	1	1	1	0	2	-	1	1
15-19	8	13	15	10	9	7	9	6
20-24	12	14	9	11	14	7	5	2
25-29	14	10	7	7	5	6	9	4
30-34	6	9	4	3	4	6	4	5
35-39	7	8	6	3	11	9	3	3
40-44	4	2	2	4	4	6	1	-
45-49	1	4	1	1	1	-	1	-
50-54	1	2	-	-	-	-	1	1
55-59	1	-	-	-	1	1	-	-

In 2001 was er 1 melding van een mannelijke patiënt.

Ook in 2002 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

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

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

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

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

urbanized areas, and highest in the cities (6.6, 19.9, and 37.9, respectively, per 100,000 females per year); no rural-urban differences for anorexia nervosa were found. Pronounced sex and age differences in incidence rates were observed. Over the 5-year period, there was no time trend in the incidence of anorexia nervosa, but the incidence of bulimia nervosa tended to increase. **Conclusions:** The incidence rates of eating disorders-as defined by detection rates in primary care are higher than previously reported. Urbanization seems to be a risk factor for bulimia nervosa but not for anorexia nervosa.

HOEK, H.W.

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

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

## 27 Algemene opmerkingen

- 1 De weekstaat voor 2002 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
  - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
  - b Neuraminidase-remmer (voorgeschreven).
  - c Waterpokken.
  - d Depressie.
  - e Diabetes mellitus (nieuwe patiënt).
  - f Suicide(poging).
  - g GGZ.
  - h Urethritis bij man.
  - i Angst voor AIDS.
  - j Gastro-enteritis.
  - k Prostaatlijden.
  - l Kinkhoest.
  - m Acute Respiratoire Infectie.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2002 betreffen de onderwerpen euthanasie en eetstoornissen.
- 3 Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
- 4 Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
- 5 Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider





## 28 Lijst van overige publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit continue morbiditeits registratie peilstations

### Algemeen

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

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

Nivel, Utrecht, 1989

The Dutch sentinel practice network; relevance for public health policy, considers the now 20-year history of the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations the Netherlands.

The book consists of two parts.

In the first part general aspects are discussed: the origin of the project at the end of the sixties and the objectives, organization and procedure. For a number of characteristics (age and sex, size of practice etc.) a comparison is made between the spotter physicians and the total population of Dutch general practitioners. On other aspects, including the attitude of the physicians with regard to a number of facets of the work of the GP, the spotter physicians are compared with populations of GPs who have participated in other Nivel studies. Finally, the results are discussed of the analysis of the registration pattern of the spotter physicians over five years.

Topics varying from influenza(-like) illness to requests for application of euthanasia are discussed in the second part. A choice has been made among the long series of topics that have appeared on the weekly return during the existence of the sentinel stations or have been the subject of an incidental investigation.

The authors of the chapters in the second part of the book are often also the applicants for registration of a certain topic. One of the questions that is discussed in the chapters is what the importance has been of registration of the topics by the CMR Sentinel Stations.

The results of registration of topics are presented in a number of chapters in a different way from that usual in the annual reports, of which to date 18 have been published (1970 to 1987 inclusive).

In several respects this publication is therefore an extension of the usual publication policy of the CMR Sentinel Stations.

The book has been published in English to meet the need that exists in other countries for information on both Dutch health care and more specifically, the functioning of the Dutch general practitioner. The CMR Sentinel Stations is one of the projects in which information is collected on a continuous basis on problems and diseases submitted to the GP and action taken by the GP.

BARTELD, A.I.M.

**Validation of Sentinel Data.**

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

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

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

**The European Denominator Project.**

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

Hannover, 1996

**Chronische benigne pijn**

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

**The Epidemiology of Chronic Benign Pain Disorders in General Practice.**

European Journal of PAIN, Accepted

**Diabetes Mellitus**

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

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

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

**Hartinfarct**

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

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

European Heart Journal, 1998, 19, 429-434

## **Mammografie**

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

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

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

BEEMSTERBOER, P.P.M.

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

Dissertatie Rotterdam, 1999, hoofdstuk 3.

## **Hoofdpijn acute ongewone**

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

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

The Lancet 1994; 344: 590-593.

## **VOORSCHRIJVEN OESTROGENEN**

DONKER G.A., P. SPREEUWENBERG, A.I.M. BARTELD'S, K. VAN DER VELDEN, M. FOETS.

### **Hormone replacement therapy: changes in frequency and type of prescription by Dutch Gps during the last decade of the millennium.**

Family Practice, 2000, vol. 17; no.6



## BIJLAGE 1

### Continue Morbiditeits Registratie, Peilstations Deelnemende artsen in 2001

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
J.Th. Ubbink/P. Strikwerda (comb.-praktijk)	Groningen	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
P.S. Wiersema*	Oostermeer	Friesland
F.M. van Soest/H.D.W.A. van Gijssel/ Mw. M. Schellens/Mw. I. Hummelen		
Mw. C.A. Hoeksema-de Vries/S.A. van Dijk (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Maillette de Buy Wenniger*)	Schoonoord	Drenthe
S. Kranenborg	Deventer	Overijssel
Th.J. van Dam/P.P.A. Kemps/B. Jansen (comb.-praktijk)	Swifterbant	Flevoland
D. de Jong*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	Gelderland
Dr. S. Verhoeven	Heerde	Gelderland
Mw. I. Bruin-van Ingen/Mw. M. Burger/ J.G.B. van der Wielen(comb.-praktijk)	Zelhem	Gelderland
B.G.W.M. Arts/M.W.M. van Loenen (comb. -praktijk)	Nijmegen	Gelderland
N. Adamo	Doesburg	Gelderland
M.T.W. van der Velden	Dieren	Gelderland
F.K.A. Fokkema/Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
Mw. A.M.C. Raat (tot 14-05-01)	Hoogland	Utrecht
Mw. A.M. Wesselius	Utrecht	Utrecht
P.B. den Hertog	Utrecht	Utrecht
C.J. Post Uiterweer	Utrecht	Utrecht

## BIJLAGE 1 (vervolg)

Deelnemende artsen in 2001

A.H.F. Eijgenstijn	Utrecht	Utrecht
G.B.A. Baars	Utrecht	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse/Mw. A.M. Kruize-Mosch (comb.-praktijk)	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb. -praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
Mw. A. Verdam-de Witte	Hilversum	Noord-Holland
A.M. van Meurs Den Haag	Zuid-Holland	
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	Zuid-Holland
Mw. S.G. Vreugdenhil/R.J. Kuiper (comb. praktijk)	Dordrecht	Zuid-Holland
C.M. Limburg	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg/Mw.E. Hoornweg-Sleeboom (comb.-praktijk)	Voorhout	Zuid-Holland
D. Pasman	Maassluis	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst Middelburg	Zeeland	
P.R.L. Vercauteren/H.J.W.A. Meijerink/ J.A.P.A. Warringa (comb.-praktijk)	Terneuzen	Zeeland
C.H.G.M. van Moorsel	Uden	Noord-Brabant
A.M.P. Linsen	Oirschot	Noord-Brabant
J.A.M. Keulers/Mw. W.H. van der Laan (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
M.G.A.M. de Gouw	Rosmalen	Noord-Brabant
A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (comb.-praktijk)	Etten	Noord-Brabant
J.J.J. Meulenberg	Eindhoven	Noord-Brabant
J.D.M. Schelfhout	Eindhoven	Noord-Brabant
R.A.M. de Jong (tot 01-10-01)		
P. Smeets (vanaf 01-10-01)	Maastricht	Limburg

\*) Apotheek-houdend

## Bijlage 2

## Bijlage 3

### Onderwerpen op de weekstaat 1970-2002 (alfabetisch)

---

#### onderwerpen

---

abortus	1982-1983	
abortus provocatus		1971-1979
abortus (verzoek om)		1970-1975
acute respiratoire aandoening		2001-2002
aids (angst voor)		1988-2002
alcoholisme		1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven		1976
brandwonden		1988-1989
bije- of wespensteek		1992-1993
cerebrovasculair accident		1986-1987
cervixuitstrijkje		1976-1998
chronische benigne pijnstoornis		1995-1996
dementie		1987-1988
depressie		1983-1985 en 2000-2002
diabetes mellitus		1980-1983 en 1990-1994 en 2000-2002
diarree e causa ignota (acute)		1970
druggebruik (consult)		1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd		1988
exanthema e causa ignota		1970
fysiek geweld		1996-1999
gastro enteritis		1992-1993 en 1996-2002
geboortenregeling (adviezen)		1970-1976
GGZ		2001-2002
hartinfarct		1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis		1994
herpes zoster		1997-2001

---



## Onderwerpen op de weekstaat 1970-2002 (alfabetisch) (vervolg)

---

### Onderwerpen

---

hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten 1986	
hulpmiddel	1999-2002
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2002
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2002
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1997
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-2000
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
Neuraminidaseremmer	2002
oestrogenen voorschrift	1994-1998
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit $\geq$ 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
p.i.d. (pelvic inflammatory disease)	1994-1998
prostaatlijden	1997-2002
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rohypnol voorgeschreven	1987-1988
rookverslaving (consult)	1974
suicide(poging)	1970-1972 en 1979-2002
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977

---

## Onderwerpen op de weekstaat 1970-2002 (alfabetisch) (vervolg)

---

### Onderwerpen

---

sportletsels	1979-1983 en 1992
sterilisatie bij de man verricht	1972-1999
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1999
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2002
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
vermoeden op bijwerking cosmetica	1992-1993
waterpokken	2000-2002
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000-2001
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

---

## Bijlage 4

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2002 (alfabetisch)

---

onderwerpen

---

acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997-2000
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-2002
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2002
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

---

## Bijlage 5

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2001 (CBS)

Leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0- 4	512	489	1.001
5- 9	509	487	996
10-14	501	479	980
15-19	477	454	931
20-24	487	476	963
25-29	564	555	1.119
30-34	672	646	1.318
35-39	677	651	1.328
40-44	626	610	1.236
45-49	578	564	1.142
50-54	601	581	1.182
55-59	444	431	875
60-64	369	374	743
65-69	306	337	643
70-74	248	310	558
75-79	181	275	456
80-84	99	189	288
≥ 85	59	169	228
totaal	7.910	8.077	15.987

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

## Bijlage 6

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

## LEEFTIJDGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

LEEFTIJD- GROEP	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001		WEEK: 1 t/m 52					HERPES ZOSTER		
	POPULATIE			"INFLU- ENZA"	NEURAMINI- DASEREMMER	LOOPHULP- MIDDEL	WATER- POKKEN	DEPRESSIE			HERPES ZOSTER		
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V	M	V	T	M	V	T
<1 JR	575	519	1094	356	0	0	320	0	0	0	0	0	0
1-4 JR	3094	3034	6128	212	0	0	281	0	0	0	13	7	10
5-9 JR	4030	3811	7841	112	0	0	70	0	0	0	15	24	19
10-14 JR	3722	3510	7232	87	0	0	12	0	3	1	16	23	19
15-19 JR	3727	3565	7293	101	0	0	4	16	20	18	19	11	15
20-24 JR	3743	4181	7924	119	1	1	6	21	22	21	16	19	18
25-29 JR	5176	5651	10828	103	0	0	7	35	42	39	21	14	18
30-34 JR	6030	5842	11872	124	1	1	4	18	62	40	18	24	21
35-39 JR	5510	5287	10797	138	1	0	3	33	51	42	27	13	20
40-44 JR	4898	4866	9764	96	0	4	3	43	53	48	37	33	35
45-49 JR	4632	4526	9156	108	0	2	0	54	77	66	45	35	40
50-54 JR	4615	4532	9147	107	2	3	1	39	62	50	28	55	42
55-59 JR	3386	3511	6896	109	0	7	3	32	51	42	44	74	59
60-64 JR	2935	2926	5861	97	0	9	2	37	58	48	27	62	44
65-69 JR	2515	2732	5248	90	0	29	2	24	51	38	72	44	57
70-74 JR	1936	2413	4349	99	2	64	0	21	50	37	57	33	44
75-79 JR	1505	2173	3678	73	0	114	5	27	28	27	60	69	65
80-84 JR	808	1470	2278	70	0	259	0	62	61	61	50	102	83
>85 JR	635	1582	2218	27	0	185	0	31	51	45	94	57	68

TOTAAL	63470	66130	129599	113	0	16	24	26	42	34	30	33	32
--------	-------	-------	--------	-----	---	----	----	----	----	----	----	----	----

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 2

LEEFTIJDGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 03.06.2002

ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001		WEEK: 1 t/m 52							
LEEFTIJD- GROEP	POPULATIE			DIABETES MELLITUSS			SUICIDE (POGING)	GGZ		URETHRI- TIS	CAIDS	
	M	V	T	M	V	T	M+V	VERWIJ- ZING	CONSUL- TATIE	URETHRI- TIS	CAIDS	
	M	V	T	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M	M+V	
<1 JR	575	519	1094	0	0	0	0	0	0	0	0	
1-4 JR	3094	3034	6128	6	0	3	0	0	0	13	0	
5-9 JR	4030	3811	7841	2	0	1	0	31	0	0	0	
10-14 JR	3722	3510	7232	0	6	3	3	39	6	0	4	
15-19 JR	3727	3565	7293	0	3	1	11	73	8	5	36	
20-24 JR	3743	4181	7924	0	0	0	8	124	10	45	86	
25-29 JR	5176	5651	10828	4	2	3	6	109	13	37	46	
30-34 JR	6030	5842	11872	3	5	4	8	103	8	33	37	
35-39 JR	5510	5287	10797	5	8	6	18	82	19	18	30	
40-44 JR	4898	4866	9764	24	10	17	12	91	11	39	17	
45-49 JR	4632	4526	9156	28	22	25	5	92	16	19	11	
50-54 JR	4615	4532	9147	54	31	43	10	68	17	11	8	
55-59 JR	3386	3511	6896	47	20	33	4	67	4	38	7	
60-64 JR	2935	2926	5861	51	58	55	3	31	2	37	2	
65-69 JR	2515	2732	5248	91	59	74	6	30	4	20	4	
70-74 JR	1936	2413	4349	119	87	101	2	23	5	31	0	
75-79 JR	1505	2173	3678	73	78	76	5	35	5	13	0	
80-84 JR	808	1470	2278	25	95	70	4	53	26	0	0	
>85 JR	635	1582	2218	31	57	50	14	50	9	31	0	



TOTAAL	63470	66130	129599	24	21	23	7	69	9	23	20
--------	-------	-------	--------	----	----	----	---	----	---	----	----

CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS BLAD 3

LEEFTIJDGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD 03.06.2002

ALLE PEILSTATIONS EXCL.56 LEEFTIJD- GROEP	POPULATIE			GASTRO-ENTERITIS				PROSTAATLIJDEN			KINKHOES	A C U T E RES- PIRATOIRE INFECTIES
	M	V	T	GEEN FECESKWEEK			FECES- KWEEK	RECTAAL TOUCHER	PSA	VERWIJ- ZING	M+V	M+V
				M	V	T	M+V	M	M	M		
<1 JR	575	519	1094	765	886	823	64	35	0	0	46	2715
1-4 JR	3094	3034	6128	365	428	397	41	0	0	0	104	1199
5-9 JR	4030	3811	7841	164	176	170	14	0	0	0	50	528
10-14 JR	3722	3510	7232	81	88	84	7	0	0	3	19	318
15-19 JR	3727	3565	7293	94	90	92	11	0	0	0	10	350
20-24 JR	3743	4181	7924	85	122	105	13	5	0	0	0	352
25-29 JR	5176	5651	10828	43	101	73	8	4	6	0	2	266
30-34 JR	6030	5842	11872	68	72	70	13	18	2	0	4	309
35-39 JR	5510	5287	10797	71	79	75	11	24	7	2	7	335
40-44 JR	4898	4866	9764	69	62	66	9	33	27	0	3	286
45-49 JR	4632	4526	9156	50	51	50	13	86	80	0	7	274
50-54 JR	4615	4532	9147	52	73	62	16	98	111	9	2	245
55-59 JR	3386	3511	6896	50	68	59	12	227	257	27	1	283
60-64 JR	2935	2926	5861	92	106	99	12	313	317	41	5	278
65-69 JR	2515	2732	5248	44	70	57	10	390	433	40	0	263
70-74 JR	1936	2413	4349	83	54	67	11	351	444	72	2	320
75-79 JR	1505	2173	3678	47	106	82	8	392	392	86	3	302
80-84 JR	808	1470	2278	50	82	70	22	458	470	111	0	307
>85 JR	635	1582	2218	47	76	68	23	205	268	31	0	216

TOTAAL	63470	66130	129599	93	109	101	14	91	94	12	12	374
--------	-------	-------	--------	----	-----	-----	----	----	----	----	----	-----

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

ALLE PEILSTATIONS EXCL.56

JAAR: 2001

WEEK: 1 t/m 52

PROVINCIE- GROEP	POPULATIE			"INFLU- ENZA"	NEURAMINI- DASEREMMER	LOOPHULP- MIDDEL	WATER- POKKEN	DEPRESSIE			HERPES ZOSTER		
	M	V	T	"INFU- ENZA"	NEURAMINI- DASEREMMER	VOORGE- SCHREVEN	WATER- POKKEN	M	V	T	M	V	T
GR+FR+DR	11325	11672	22998	144	0	7	17	19	21	20	24	18	21
OV+GLD+FLE	15070	14843	29913	59	0	14	28	36	42	39	33	28	30
UTR+NH+ZH	22029	24398	46428	116	0	22	25	18	40	29	30	31	31
ZLD+NB+LIM	15046	15217	30263	136	2	15	22	35	61	48	31	55	43
TOTAAL	63470	66130	129601	112	0	16	24	26	42	34	30	33	32

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

PROVINCIE-	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001			WEEK: 1 t/m 52			GGZ	URETHRITIS	CAIDS
	POPULATIE GROEP			DIABETES MELLITUS			SUICIDE (POGING)					
	M	V	T	M	V	T	M+V	M+V	VERWIJ-ZING	CONSUL-TATIE	M	M+V
GR+FR+DR	11325	11672	22998	15	9	12	6	24	3	12	13	
OV+GLD+FLE	15070	14843	29913	28	22	25	5	53	3	24	8	
UTR+NH+ZH	22029	24398	46428	26	19	22	7	103	18	26	29	
ZLD+NB+LIM	15046	15217	30263	24	34	29	11	67	7	24	25	
TOTAAL	63470	66130	129601	24	21	23	7	69	9	23	20	

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 3

PROVINCIEGROEP NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

PROVINCIE- GROEP	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001		WEEK: 1 t/m 52		PROSTAATLIJDEN		KINKHOEST		A C U T E RES- PIRATOIRE INFECTIES
	POPULATIE			GASTRO-ENTERITIS			FECES- KWEEK	RECTAAL TOUCHER	PSA M	VERWIJ- ZING M	M+V	
	M	V	T	GEEN FECESKWEEK		M+V						
GR+FR+DR	11325	11672	22998	76	55	65	5	80	56	10	3	118
OV+GLD+FLE	15070	14843	29913	98	108	103	16	77	129	15	5	384
UTR+NH+ZH	22029	24398	46428	78	97	88	16	95	85	12	15	296
ZLD+NB+LIM	15046	15217	30263	122	169	145	15	106	102	10	22	677
TOTAAL	63470	66130	129601	93	109	101	14	91	94	12	12	374

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 1

## STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

STEDELIJK- HEID	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001		WEEK: 1 t/m 52							
	POPULATIE			"INFLU- ENZA"	NEURAMINI- DASEREMMER	LOOPHULP- MIDDEL	WATER- POKKEN	DEPRESSIE			HERPES ZOSTER		
	M	V	T	"INFLU- ENZA"	NEURAMINI- DASEREMMER	VOORGE- SCHREVEN	WATER- POKKEN	DEPRESSIE			HERPES ZOSTER		
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V	M	V	T	M	V	T
5	9392	9188	18581	109	1	15	17	17	27	22	26	17	22
4-3-2	43429	45292	88721	100	1	16	24	32	47	40	30	36	33
1	10649	11651	22300	166	0	17	27	13	33	24	33	36	35
TOTAAL	63470	66130	129601	112	0	16	24	26	42	34	30	33	32

## CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE PEILSTATIONS

BLAD 2

## STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

STEDELIJK- HEID	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001			WEEK: 1 t/m 52			GZZ	VERWIJ- ZING	CONSUL- TATIE	URETHRI- TIS	CAIDS					
	POPULATIE			DIABETES MELLITUS			SUICIDE (POGING)								M+V	M+V	M+V	M	M+V
	M	V	T	M	V	T	M+V	M+V	M+V										
5	9392	9188	18581	23	20	22	5	52	3	13	6								
4-3-2	43429	45292	88721	24	21	22	7	57	5	23	18								
1	10649	11651	22300	25	23	24	10	128	31	32	41								
TOTAAL	63470	66130	129601	24	21	23	7	69	9	23	20								



## STEDELIJKHEIDSGRAAD NAAR ZIEKTEBEELD CUMULATIEF ALLE PEILSTATIONS GESTANDAARDISEERD

03.06.2002

STEDELIJK- HEID	ALLE PEILSTATIONS EXCL.56			JAAR: 2001		WEEK: 1 t/m 52		PROSTAATLIJDEN			KINKHOEST	ACUTERES- PIRATOIRE INFECTIES
	POPULATIE			GASTRO-ENTERITIS			FECES- KWEEK	RECTAAL TOUCHER	PSA	VERWIJ- ZING	M+V	M+V
	M	V	T	GEEN FECESKWEEK								
5	9392	9188	18581	102	100	101	17	96	185	16	6	231
4-3-2	43429	45292	88721	90	106	98	13	90	82	12	11	429
1	10649	11651	22300	95	127	112	14	87	63	8	22	275
TOTAAL	63470	66130	129601	93	109	101	14	91	94	12	12	374