



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (A.I.M. Bartelds, *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2003*, NIVEL 2004) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2003

A.I.M. Bartelds



ISBN 90-6905-686-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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 in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Internationale samenwerking	9
2 Begeleidingscommissie	11
3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2003	13
4 Methoden algemeen	17
4.1 Praktijken	18
4.2 De praktijkpopulaties	20
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	23
4.4 De weekstaat	27
4.5 Analyses	28
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	30
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	32
5 Influenza (achtige ziektebeelden)	35
6 Verzoek om neuraminidaseremmer voorschrift	47
7 Acute respiratoire infecties in de eerste lijn (ARI-EL studie)	51
8 Waterpokken	61
9 Milieu-gerelateerde gezondheidsklachten	69
10 Consult rookverslaving	73
11 Suïcide(poging)	79
12 Verwijzingen van en consultatie bij psychische stoornissen (GGZ)	87

13 Urethritis bij de man	95
14 Angst voor aids	101
15 Acute gastro-enteritis	109
16 Ongewenste zwangerschap	126
17 Seksuele problematiek en seksueel geweld	132
18 Kinkhoest	140
19 Resistentie tegen antibiotica van uropathogen	148
20 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassen)	152
21 Eetstoornissen	166
22 Algemene opmerkingen	170
23 Literatuurlijst	172
24 Voetnoten	178
Bijlage 1: deelnemende artsen in 2003	182
Bijlage 2: weekstaat 2003	184
Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2004 (alfabetisch)	185
Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken	188
Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking	189
Bijlage 6: jaartabellen	190

Voorwoord

Aan de daling van het aantal meldingen van verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding sinds 2001 is in 2003 een einde gekomen. Door minder peilstationartsen dan in 2001 en 2002 zijn in 2003 weer meer verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding gemeld.

Deze trendbreuk is tegengesteld aan de ontwikkeling van het bij de Toetsingscommissies voor euthanasie gemelde aantal patiënten, waaraan euthanasie of hulp bij zelfdoding is gegeven. Het aantal bij deze instanties gemelde patiënten is in 2003 lager geweest dan in 2002.

De vraag is of euthanasie en hulp bij zelfdoding minder vaak wordt aangemeld bij de Toetsingscommissies of leidt een verzoek om euthanasie en hulp bij zelfdoding minder vaak ook tot het inwilligen ervan omdat de route van de terminale sedatie gekozen wordt? Terminale sedatie wordt als normaal medisch handelen beschouwd waarvoor geen meldingsplicht bestaat.

In 2005 kan terminale sedatie worden opgenomen in de registratie van de peilstationartsen.

Tegengestelde ontwikkelingen zijn ook vastgesteld in het voorkomen van een tweetal infectieziekten: de influenza-achtige aandoeningen en acute gastro-enteritis. Het seizoen 2003-2004 is opnieuw in Nederland althans net als de vorige winter een rustig influenza seizoen; acute gastro-enteritis wordt de laatste jaren sinds 2000 in toenemende mate gemeld. Een publicatie van het European Food-borne Viruses network leert dat het daarbij vooral om een nieuw genotype van het norovirus gaat.

Van norovirussen was in het patiëntcontrole onderzoek in 1998-1999 overigens al aangetoond het de meest voorkomende veroorzaker van acute gastro-enteritis is in de bevolking.

Hoewel virologen steeds opnieuw benadrukken dat het influenza virus onvoorspelbaar is tonen virologen zich er verbaasd over dat in het afgelopen seizoen de influenza-activiteit opnieuw laag is geweest. Virologen zijn er echter van overtuigd dat eens het influenza virus weer zal toeslaan. Surveillance blijft dus geboden.

Het onderzoek naar de resistentie van de veroorzakers van urineweginfecties in ongeselecteerde urinemonsters in de extramurale gezondheidszorg, dat in samenwerking met de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) wordt uitgevoerd, kan aanleiding zijn het voorschrijfadvis in de Standaard Urineweginfecties van het Nederlands Huisartsen Genootschap aan te passen. De eerste uitkomsten van dit onderzoek wijzen op een belangrijke mate van resistentie tegen een van de middelen die als eerste in aanmerking komen voor de behandeling van urineweginfecties.

Prof. dr. J. van der Zee
voorzitter van de 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 17-20).

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 183)

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 28).

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. Wordt een nieuwe rubriek vastgesteld dan wordt bepaald wie de rubriekhouder is: de persoon die de supervisie over de registratie van de rubriek heeft.

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. 184-186.

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'.

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 2003 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de weekstaatonderwerpen 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.

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, Ierland, Engeland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Polen, Roemenië, Slowakije, Slovenië, 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).

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 (zie ook hoofdstuk 8). 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 voorzien in een begeleidingscommissie ten behoeve van de uitvoering van het registratiesysteem.

De commissie was in 2003 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, gezondheidswetenschapper-epidemioloog (RIVM)
	Ir. J. Geraedts senior beleidsmedewerker (Ministerie van VWS)
	F.K.A. Fokkema, huisarts (peilstationarts)
	R.C. Sardeman, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg)
	Dr. F.G. Schellevis, huisarts-epidemioloog (NIVEL)
	Dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog (vanaf 01-10-2003 (Universiteit Maastricht/SWAB)
	Dr. H. Verkleij, socioloog (RIVM)
	A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog (Ministerie van VWS)
	J.K. van Wijngaarden, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg)
	Prof. dr J. van der Zee, voorzitter (NIVEL)
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 2003 eenmaal vergaderd.

3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2003

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 die loopt van 01.01 tot en met 31.12, wordt daartoe een bijeenkomst gehouden. Hier volgt een korte samenvatting van de presentaties op de bijeenkomst in januari 2003.

Sinds 1976 registreren de peilstationhuisartsen de verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding van patiënten uit hun praktijk. Over elke patiënt die een verzoek doet worden enkele gegevens verzameld. De huisarts wordt nadrukkelijk **niet** gevraagd te vermelden of het verzoek van de patiënt is gehonoreerd.

De heer dr. R.L. Marquet, arts-senioronderzoeker op het NIVEL geeft een overzicht van deze registratie over de jaren 1977-2001. Na een aantal jaren van toename is er de laatste jaren een stabilisatie van het aantal verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Er worden hoofdzakelijk verzoeken om euthanasie gedaan door patiënten die in meerderheid aan kanker lijden. Vooral kanker van het maagdarmkanaal en de longen. Het aantal patiënten dat een schriftelijke wilsverklaring heeft opgemaakt is in de loop van de jaren tot 2001 gestegen tot 87%.

Een duidelijke trend is vastgesteld in de redenen waarom patiënten om euthanasie vragen. Ondragelijke pijn is steeds minder een reden een verzoek om euthanasie te doen; de uitzichtloosheid van het lijden is in toenemende mate een belangrijke reden de huisarts te vragen om euthanasie.

Een nieuwe rubriek op de weekstaat vergt in sommige gevallen nadere toelichting. De nieuwe rubriek 'Milieugerelateerde gezondheidsklachten', welke in 2003 voor het eerst geregistreerd is, wordt toegelicht door de heer dr. R. van Poll, onderzoeker op de afdeling Milieu-epidemiologie van het

Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu. In Nederland bestaan verschillende meldpunten waar burgers terecht kunnen voor het melden van een milieu-gerelateerde gezondheidsklacht, maar vooronderzoeken hadden laten zien dat ook huisartsen regelmatig worden geconfronteerd met klachten waarvan de oorzaak in het milieu wordt gezocht. Het geschatte aantal loopt in de tienduizenden klachten per jaar in Nederland. Huisartsen zouden dan een belangrijke bron zijn voor informatie over milieu-gerelateerde gezondheidsklachten.

De heer van Poll bespreekt de definitie van een ‘milieu-gerelateerde gezondheidsklacht’: “een lichamelijke en/of psychische klacht die door de patiënt aan een agens (fysisch, chemisch van aard) in het binnen- en/of buitenmilieu wordt toegeschreven”. Hij bespreekt met de peilstationartsen een lijst van mogelijke klachten en van mogelijke milieu-oorzaken en de uitsluitingen daarvan zoals vooral de biologische agentia, die klachten kunnen veroorzaken.

Registratie in de tijd kan informatie geven over trends in het voorkomen van aandoeningen of gebeurtenissen in de huisartsenpraktijk. Ook wanneer het om zeldzaam voorkomende ziekten of aandoeningen gaat. De peilstation-huisartsen hebben van 1985–1989 patiënten met eetstoornissen geregistreerd en vanaf 1995-2001. Onderzoekers van het Landelijk Kennis- en Behandelcentrum voor Eetstoornissen, de Robert Fleury Stichting in Leidschendam hebben de gegevens verwerkt.

Mevrouw drs. G van Son, psychologe en verbonden aan de Robert Fleury Stichting bespreekt de eerste uitkomsten van het follow-up onderzoek van de patiënten gemeld vanaf 1995. Ook licht zij toe dat de registratie vanaf 2003 ook de eetbuistoornis (binge eating disorder) zal omvatten. Een nieuw onderscheiden eetstoornis.

Virologen zijn het erover eens dat een nieuwe wereldwijde influenza-pandemie een gegeven is. De vraag is slechts wanneer. Sinds een aantal jaren is duidelijk dat het wenselijk is dat er plannen in de kast liggen voor het geval de pandemie tot ontwikkeling komt. Plannen om de gevolgen van een griepandemie het hoofd te bieden en het maatschappelijke leven zo normaal mogelijk voortgang te laten hebben. Zoveel is duidelijk dat dat geen eenvoudige opgave zal zijn.

Ook in Nederland is een dergelijk ‘Influenza pandemic preparedness plan’ geschreven. In het plan wordt belang gehecht aan een goede surveillance van

influenza in de interpandemische periode en vroege fasen van de pandemie. In deze surveillance spelen in Nederland de peilstationartsen een belangrijke rol. Deze rol wordt nader beschreven door de heer dr. J van der Velden, internationaal voorzitter van het European Influenza Surveillance Scheme.

4 Methoden algemeen

figuur 4.1
PEILSTATIONS
Continue Morbiditeits Registratie
2003

4.1 Praktijken

In 2003 is het aantal peilstations 42. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 63.

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

- N voor provinciegroep Groningen, Friesland en Drenthe (noordelijke provincies);
- O voor provinciegroep Overijssel, Gelderland en Flevoland (oostelijke provincies);
- W voor provinciegroep Utrecht, Noord- en Zuid-Holland (westelijke provincies);
- Z voor provinciegroep Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (zuidelijke provincies);
- 1 voor de stedelijkheidsgraad 5 (plattelandsgemeenten);¹
- 2 voor de stedelijkheidsgraad 4-3-2 (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter);
- 3 voor de stedelijkheidsgraad 1 (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 181-182) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2003 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 2003 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 61,4%; bij de peilstationartsen 65%. Er zijn vijf apotheekhoudende peilstationartsen, drie in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 12% van het totaal aantal peilstation-artsen. Voor heel Nederland is dit percentage 8,1²

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1994 - 2003.

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

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

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

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1994-2003³

provincie- groep	N; Groningen, Friesland en Drenthe		O; Overijssel, Gelderland en Flevoland		W; Utrecht, Noord- en Zuid-Holland		Z; Zeeland, Noord- Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
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
2002	13	6	15	10	23	18	14	10
2003	11	5	14	9	24	18	14	10

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1994-2003

stedelijkheids- graad	1; plattelands- gemeenten *		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.
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
2002	10	7	43	27	12	10	65	44
2003	8	5	44	28	11	9	63	42

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

4.2 De praktijkpopulaties

Er heeft in 2003 een telling van alle praktijkpopulaties plaatsgehad; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2004 voor de verwerking gebruikt. In 2005 heeft een nieuwe telling plaats.

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

De Nederlandse bevolking nam in 2002 met 87.287 toe tot 16.192.572 per 1-1-2003.

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2003

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
provinciegroep:			
N	1.724.038	22.965	(1,3)
O	3.412.779	30.258	(0,9)
W	7.543.668	54.064	(0,7)
Z	3.542.087	34.834	(1,0)
geslacht:			
mannen	8.015.471	70.220	(0,9)
vrouwen	8.177.101	71.899	(0,9)
totaal (1-1-2003)	16.192.572	142.119	(0,9)

* Praktijktelling 2001

** 1-1-2003, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

Provinciegroep N (de noordelijke provincies) is oververtegenwoordigd. Provinciegroep W ondervertegenwoordigd. De vertegenwoordiging van de verschillende stedelijkheidsgraden was tot en met 2000 meer gelijk. De percentages van de mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de peilstationspraktijken, per leeftijdsklasse, en provinciegroep zijn als volgt.

Tabel 4.4 Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijdsklasse, provinciegroep en voor Nederland in 2003

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

4.3 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 2003 bedroeg het 10.920 (52 weken x 5 dagen x 42 peilstations). In tabel 4.5 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4.5 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar (1994-2003)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
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%
2002	11.440	8.948	78.2%
2003	10.920	8.445	77.3%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2003 lager dan dat van de voorgaande jaren.

Een uitsplitsing naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad is in het volgende staatje te zien.

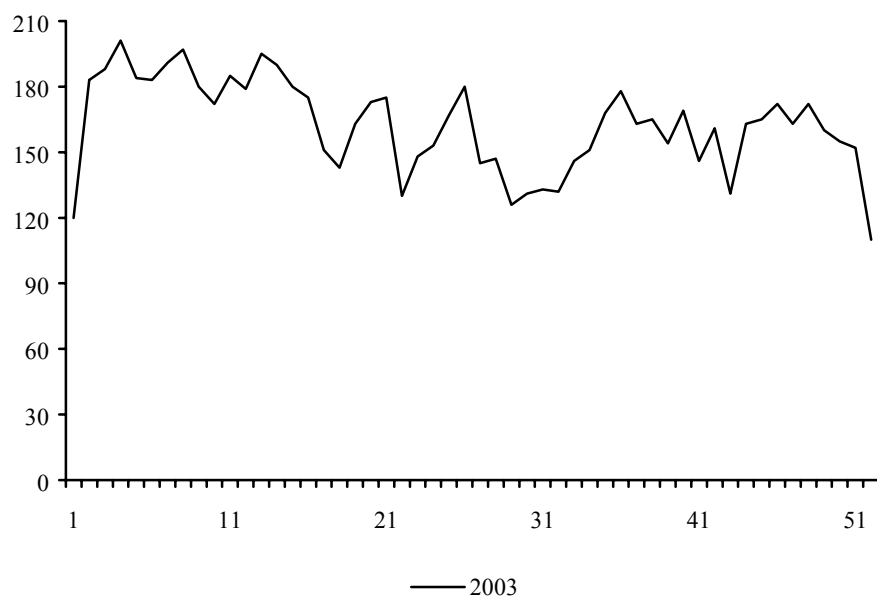
De rapportage in de grote steden is met 74 % het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 84.5% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en stedelijkheidsgraad, 2003

provinciegroep		stedelijkheidsgraad	
N	84.5%	1	86.2%
O	82.3%	2	76.6%
W	75.2%	3	74 %
Z	73.3%		

In figuur 4.2 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is 48 (maximaal $42 \times 5 = 210$).

Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2003 per week is geregistreerd



Tabel 4.7 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 2003 per peilstation is 59, dat is hoger dan in 2002.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 66 en 43 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.

Tabel 4.7 Frequentieverdeling van het aantal dagen waarover niet gerapporteerd werd, per peilstation (1994-2003)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2
1-9	2	3	4	4	5	4	4	1	1	1
10-19	5	3	2	2	2	1	1	2	1	1
20-29	2	6	5	6	4	3	1	1	-	2
30-39	13	11	6	6	7	10	4	3	7	5
40-49	12	12	13	12	9	14	16	14	12	12
50-59	5	3	7	6	5	3	11	7	8	7
60-69	2	-	1	1	6	1	2	5	2	3
70-79	-	1	-	1	-	-	4	3	1	1
80-89	-	1	-	-	-	1	1	3	2	-
90-99	-	-	-	-	1	1	-	2	-	-
>99	-	1	1	1	1	2	-	1	7	8
totaal aantal peilstations	45	44	43	42	43	43	47	45	44	42
gemiddelde	32	35	35	37	39	39	43	49	56	59
mediaan	37	37	40	40	40	40	46	48	48	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 2003 in ruim 40% van de peilstations voor. Ziekte van de huisarts of assistente zijn de reden van langere tijd niet rapporteren.

4.4 De weekstaat (bijlage 2, pagina 183)

De rubrieken op de weekstaat voor 2003 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 Waterpokken (2000);
- 4 Milieu-gerelateerde gezondheidsklachten (2003);
- 5 Consult rookverslaving (2003);
- 6 Suïcide(pogingen) (1979);
- 7 Verwijzing naar en consultatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (2001);
- 8 Urethritis bij man (1992);
- 9 Angst voor AIDS (1988);
- 10 Gastro-enteritis (1996);
- 11 Ongewenste zwangerschap (2003);
- 12 Seksuele problematiek en seksueel geweld (2003);
- 13 Kinkhoest (1998);
- 14 Acute respiratoire infecties (2001);

Er wordt in principe uitgegaan van weekrapportage. 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 184-186); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

4.5 Analyses

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 2003. 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.

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, mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 5 (pagina 188) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2003 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, dat wil zeggen dat zowel de gemelde gevallen in

de “teller” als de praktijkpopulatie in de “noemer” niet wordt meegeteld. De gegevens van de praktijken waar over meer dan 2 dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Hierbij wordt geen correctiefactor toegepast. Omdat bij navraag bij de artsen bleek dat bij afwezigheid van 1 of 2 dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvindt.

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 189-194).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2003, week 01 t/m 52, blad 1-3.⁴
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2003, week 01 t/m 52, blad 1-3.⁴
- 3 Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2003, week 01 t/m 52, blad 1-3.⁴

4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking

Bij elke rubriek wordt een globale indruk gegeven 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 20-22), 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 'consult rookverslaving'; het is mogelijk dat de peilstationarts van de modale huisarts verschilt in dit opzicht. Bij de rubriek 'suïcide-(poging)⁵ 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. 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.

Tabel 4.8 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1994-2003 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
2002	7.972	8.133	16.105
2003	8.016	8.177	16.193

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

4.7 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. 142.119 patiënten een frequentie van 1 per 10.000 patiënten gevonden wordt (1^e kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,48 - (1,5) per 10.000 (2^e kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 1619 (3^e kolom) en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen 777 en 2461. In de tabel is weergegeven hoe deze schattingen liggen bij een gevonden frequentie in de peilstations van 1 tot 1.000 per 10.000 patiënten met een paar tussenliggende 'stappen'. Vooral bij de lagere frequenties zijn de betrouwbaarheidsintervallen ruim.

Tabel 4.9 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	absoluut	95%BI
1	0,48-1,52	1619	777-2461
10	8,36-11,64	16193	13532-18854
100	94,83-105,17	161930	153553-17030
1.000	984,40-1015,60	1619300	1594043-1644557

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.

(met dank aan Drs. M. van den Berg, Nivel)

5 Influenza (achtige ziektebeelden)

Rubriekhouder: Nationaal Influenza Centrum (1970-2003)

Inleiding

Influenza is een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Influenza heeft een toename tot gevolg van het aantal consulten en visites door huisartsen, meer werk in de verzorgings- en verpleeghuizen, extra belasting van ziekenhuizen door meer verwijzingen en opnames en een toename van de sterfte. Daarnaast betekent influenza ziekteverzuim wat verlies aan productie inhoudt en van absentie op scholen.

Elk jaar komt influenza voor in de wereld en ook in Nederland. Het 'influenzaseizoen' loopt van week 40 tot week 20 van het jaar erop. In de zogenaamde interpandemische situatie komt een influenza epidemie op het Noordelijk halfrond eigenlijk alleen voor in de winter. Sinds het begin van de registratie van influenza-achtige ziektebeelden zijn de influenza epidemieën begonnen tussen medio november en begin maart.

De historie van goed beschreven uitbraken van respiratoire infecties gaat terug tot de jaren 1173-1174. De in dat seizoen beschreven optreden van luchtweg infectie wordt beschouwd als een goede beschrijving van een influenza epidemie. Sinds het einde van de 12^e eeuw zijn meerdere, soms wereldwijde, uitbraken van wat op influenza leek beschreven.

In de 20^{ste} eeuw is de wereld getroffen door een drietal pandemieën (de Spaanse griep (1918-19), de Aziatische griep (1957-58) en de Hong Kong griep (1968-1970) waarvan die in de jaren 1918-1919 de meeste indruk en ook angst heeft achter gelaten. Plusminus 40 miljoen doden over de hele wereld.

In 1933 pasten delen van de puzzel influenza in elkaar en werd het influenza virus aangetoond en verantwoordelijk gehouden voor kleine of meer omvangrijke uitbraken van acute luchtweginfecties waarbij sterfte niet

ongewoon was. Ook kon bewezen worden dat influenza overdraagbaar was van dier op dier, van dier op mens en van mens op mens.

Na de 2^e Wereldoorlog besloot in 1949 de inmiddels opgerichte Wereld Gezondheidsorganisatie tot de surveillance van influenza. Nationale Influenza Centra werden opgericht die gingen speuren naar het voorkomen van influenza en daarover rapporteerden aan de WHO. Het duurde tot begin van de jaren zestig dat de eerste registraties van start gingen waarbij het voorkomen van influenza onder de bevolking door peilstationartsen werd vastgelegd (in Engeland en Wales). Andere Europese landen volgden. Nederland in 1970 met de oprichting van de CMR Peilstations: een representatief landelijk netwerk dat vooraf gegaan was door lokale netwerken in een aantal grote steden.

Begin jaren negentig werd de surveillance van influenza opnieuw kwalitatief verbeterd. Vanaf 1992/1993 worden door peilstationartsen in een toenemend aantal Europese landen bij patiënten met een influenza achtig ziektebeeld of een acute luchtweginfectie een neus- en/of keelwat afgenomen, welke voor onderzoek naar het laboratorium van het Nationale Influenza Centrum worden verstuurd voor nader onderzoek. Zo ook in Nederland.

Methode

De peilstationarts registreert de patiënten die hem raadplegen met een acute luchtweg infectie, influenza-achtig ziektebeeld genoemd, dat moet voldoen aan een aantal criteria: de criteria van Pel.⁶ Van de patiënt wordt tevens de leeftijd vastgesteld in een van de gehanteerde leeftijdsgroepen.

De arts wordt daarnaast gevraagd bij maximaal 2 patiënten per week een keel- en neuswat af te nemen, die voor nader onderzoek wordt opgestuurd naar het RIVM (Laboratorium voor Infectieziekten diagnostiek en Screening). In dit laboratorium wordt naar een aantal ziekteverwekkers waaronder influenza- en RS-virus gezocht. Het aantal ziekteverwekkers waarnaar gezocht wordt kan per jaar verschillen. Zie ook het hoofdstuk over de ARI-EL-studie (acute respiratoire infectie in de eerste lijn).

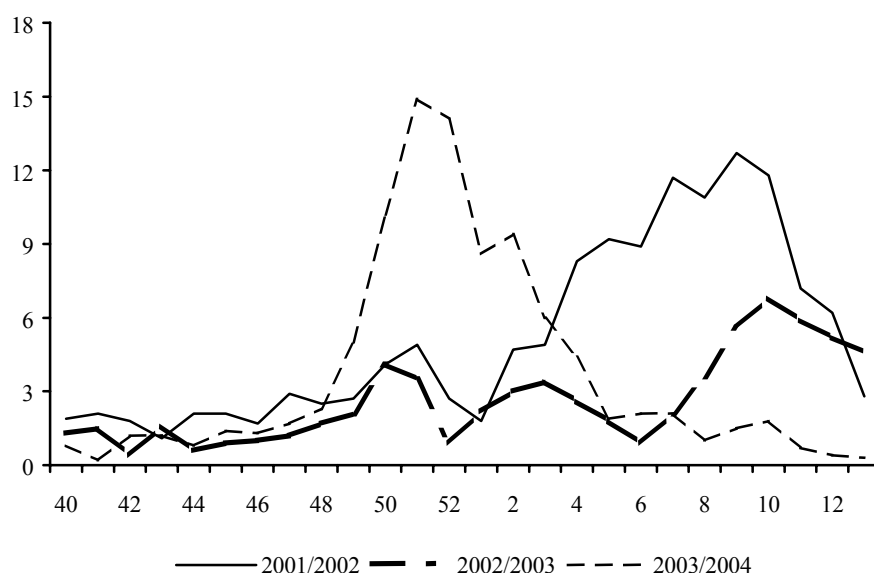
De resultaten worden anders dan in de andere hoofdstukken gebruikelijk is per 'griep' seizoen weergegeven dat wil zeggen van week 40 tot en met week 20 in het jaar daarop.

Resultaten

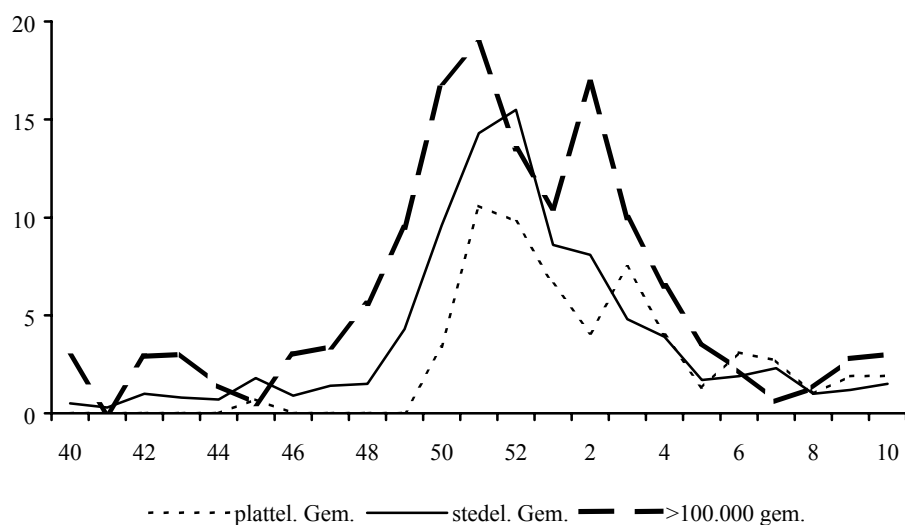
Ondanks het verschijnen van een nieuwe variant van het influenza A H₃ N₂-virus, het A/Fujian/411/02 is het seizoen 2003-2004 weer een rustig griepseizoen: de hoogste incidentie wordt bereikt in week 51 van 2003, met 15 meldingen per 10.000 personen (zie figuur 5.1). Deze incidentie is weliswaar 2 maal zo hoog als de hoogste incidentie van het vorige seizoen, maar lager dan de incidenties in de 10 voorafgaande jaren die als regel boven de 20 per 10.000 lagen.

In de zuidelijk provincies zijn de meeste patiënten met een griepachtig ziektebeeld gemeld. In de oostelijke provincies de minste (zie figuur 5.2). Inwoners op het platteland hebben dit seizoen minder geleden onder de griep dan de bewoners van de grote steden en de kleinere steden en forensen gemeenten (zie figuur 5.3).

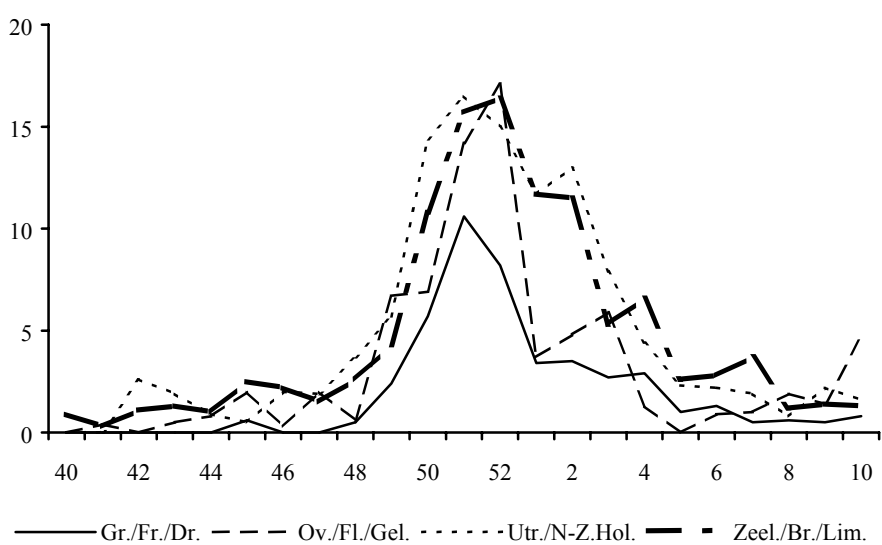
Figuur 5.1 Aantal patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2001/2002, 2002/2003 en 2003/2004



Figuur 5.2 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, naar mate van verstedelijking in 2003/2004



Figuur 5.3 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2003/2004



Tabel 5.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1994-2004

jaar	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
totaal kalender											
jaar	107	315	155	233	248	254	197	113	157	122	
hoogste week-											
incidentie per		16	39	29	17	23	32	7	13	7	15
'seizoen'											
(=week 40 - week 20)											

Extrapolatie

Tabel 5.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal***
influenza achtige aandoeningen		
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
2002	157	253.000
2003	122	197.500

* 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.

Discussie

Opmerkelijk is dat er in Nederland nu voor het 4e seizoen op een rij weinig influenza-activiteit is.

De incidentie bij de mens is in dit seizoen geen enkele week boven de 15 per 10.000 inwoners uitgekomen. Incidenties boven de 20 per 10.000 personen zijn in andere seizoenen een gewone zaak geweest.

Er zijn verschillen geweest in de griepactiviteit in de verschillende provinciegroepen en naar mate van verstedelijking, maar deze waren gering in vergelijking met andere jaren en ook vergeleken met de voorgaande, eveneens rustige, influenzaseizoenen.

Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2003/2004 (www.eiss.org)

In het seizoen 2003/2004 is er relatief vroeg in het seizoen al sprake van toename van de activiteit van het influenza virus.

Vanaf week 43 is er in Schotland, Engeland en Ierland toename van de influenza-activiteit. In week 45 rapporteert Spanje influenza activiteit in het hele land en Portugal volgt in week 46 evenals Noorwegen. In geen van de landen op Portugal na is de activiteit echter hoog. Vrijwel zonder uitzondering wordt in de verschillende landen de nieuwe variant A/Fujian geïsoleerd. Het zijn dit seizoen vooral de kinderen die de dupe zijn.

In de loop van december verspreidt het virus zich via Frankrijk naar België en Nederland. Na de jaarwisseling wordt het virus actief in de Midden- en Oost Europese landen; de piek van de activiteit ligt daar in de weken 4 - 8 van 2004.

In het 'Weekly Electronic Bulletin' over week 12 van 2004 schrijft het Coördinatie Centrum van EISS dat 97% van de isolaten tot dan toe van het A/Fujian type zijn.

Ondanks de aanvankelijke onrust over het A/Fujian virus verloopt het influenza seizoen 2003/2004 in heel Europa mild.

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., Rimmelzwaan G.F. Bartelds A.I.M., Jong de J.C., Wilbrink B. *Winter 2001/2002 in Nederland: een rustig seizoen. Stand van zaken op 19 maart 2002.* Infectieziekten Bulletin, 2002, jaargang 13, nr. 4, 156-157

Heijnen M.L.A., Bartelds A.I.M., Jong de J.C. Rimmelzwaan G.F., Peeters M.F., Wilbrink B. *Influenza en RS-virusinfecties in winter 2000/2001 stand van zaken op 12 februari 2001.* Infectieziekten Bulletin, 2001, jaargang 12 nr. 2; 50-51

Wilbrink B., Lexmond B, Nat van der H, Brandhof van den W.E, Boswijk H., Heijnen M.L.A. *Influenzavirus-detectie; PCR versus virusweek.* Infectieziekten Bulletin, 2001, jaargang 12 nr. 10; 365-367

Brandhof van den W.E., Bartelds A.I.M, Wilbrink B., Verweij C., Bijlsma K., Nat van der H., Boswijk H., Pronk J.D.D., Dorigo-Zetsma J.W., Heijnen M.L.A. *Surveillance of acute respiratory infections in general practice - The Netherlands, winter 1998/1999 and 1999/2000.* RIVM, 2001, report 217617003.

Tjhie Jeroen, H.T., Dorigo-Zetsma J.W., Roosendaal R., Brule van der A.J.C., Bestebroer T.M., Bartelds A.I.M., Vandenbroucke-Grauls C.M.J.E. *Chlamydia pneumoniae and Mycoplasma pneumoniae in Children with Acute Respiratoire Infection in General Practices in the Netherlands.* Scan J Infect Dis, 2000, 13-17.

Meijer A., Dagnelie C.F., Jong de J.C., Vries de A., Bestebroer T.M., Loon van A.M., Bartelds A.I.M., Ossewaarde J.M. *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., Pronk J.D.D., Bartelds A.I.M., Wilbrink B. *Respiratoire infecties in Nederland: voorlopige resultaten NIVEL/RIVM surveillance winter 1999/2000.* Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11 nr. 6; 97-98.

Heijnen M.L.A., Bartelds A.I.M., Rimmelzwaan G.F. *Influenza in winter 1999/2000* Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11 nr. 2; 24-26.

- Fleming D.M., Zambon M., Bartelds A.I.M. *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., Zambon Bartelds A.I.M., Jong de J.C. *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., Pronk J.D.D., Bartelds A.I.M., Dorigo-Zetsma J.W., Heijnen M.L.A. *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.
- Bartelds A.I.M., Zee van der J. *Geen paniek door griep.* Medisch Contact, 2000, nr. 18; 651-654.
- Neeling de Albert J., Pelt van Wilfrid, Hol Cees, Ligtvoet Eric E.J., Sabbe Luc J.M., Bartelds Aad, Embden van Jan D.A. *Temporary Increase in Incidence of Invasive Infection Due to Streptococcus pneumoniae in the Netherlands.* CID 1999; 29, December; 1579-80
- Wilbrink B., Dorigo-Zetsma., Bartelds A.I.M., Sprenger M.J.W., Heijnen M.L.A. *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., Dorigo-Zetsma J.W. *Respiratoire infecties in Nederland: Moleculaire diagnostiek.* Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 4; 75-78
- Heijnen M.L.A., Bartelds A.I.M., Rimmelzwaan G.F., Dorigo-Zetsma J.W., Jong de J.C, Sprenger M.J.W. *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., Dorigo-Zetsma J.W., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Sprenger M.J.W. *Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices. The Netherlands, winter 1997/98.* Eurosurveillance 1999, 4: 8-4

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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2001-2002. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ.
Uitgebracht door NIC, 2001-2002.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2002-2003. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ.
Uitgebracht door NIC, 2002-2003.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2003-2004. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ.
Uitgebracht door NIC, 2003-2004.

Epidemiologische mededelingen

Jong de J.C., Rimmelzwaan G.F., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Foucher R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2002/'03 in Nederland en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2003/'04*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2003, 4 oktober, 147(40)

Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Foucher R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2001/'02 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2002/'03*. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 2002, 28 september; 146(39)

Jong de J.C., Rimmelzwaan G.F., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Foucher R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2000/'01 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2001/'02*. Ned Tijdschr Geneesk 2001, 145(40); 1945-1950.

Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Bartelds A.I.M., Dorigo-Zetsma J.W., Foucher R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 1999/2000 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2000/'01*. Ned Tijdschr. Geneesk. 2000, 144(41) 1968-1971

Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Bartelds A.I.M., Dorigo-Zetsma J.W., Foucher R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 1998/'99; vaccinsamenstelling voor 1999/2000*. Ned. Tijdschr. Geneeskunde, 1999; 143(40): 2015-18

Eiss-publicaties

Paget W.J., Zambon M., Uphoff H., Bartelds A, on behalf of EISS. *Declining influenza activity in Europe while public concern over SARS has not increased general practice consultations for influenza-like illness or acute respiratory infections.* Eurosurveillance Weekly 7 (16): 17 april 2003

Paget W.J., Meerhoff T.J., Goddard N.L. *Mild to moderate influenza activity in Europe and the detection of novel A(H1N2) and B viruses during the winter of 2001-02.* Eurosurveillance 2002; 7(11): 147-57

Manuguerra J.C., Mosnier A., Paget W.J. *Monitoring of influenza in the EISS European network member countries from October 2000 to April 2001.* Eurosurveillance 2001; vol. 6 no. (9); 127-135.

Manuguerra J.C., Mosnier A. *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

6 Verzoek om neuraminidaseremmer voorschrift

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (2000-2003)

Inleiding

Van de beschikbaarheid van de neuraminidaseremmers, de nieuwe specifieke anti-influenza middelen, wordt invloed verwacht op de praktijkvoering van artsen.⁷

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, de neuraminidase remmers in de publiciteit zullen 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 voor een neuraminidase remmer is bedoeld de omvang van deze vertekening te bepalen.

Methode

Gevraagd wordt elk verzoek om een voorschrift voor een neuraminidase remmer te registreren.

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

Resultaten

Het aantal personen dat om een voorschrift voor een neuraminidase remmer verzocht per 10.000 personen per provincie groep en naar verstedelijking is gegeven in tabel 6.1

Tabel 6.1 Aantal personen dat om een voorschrift voor neuraminidase remmer verzocht per 10.000 personen per provinciegroep, naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2000-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	1	2	3	1	2	2	4	2
2001	(0)	(0)	(0)	(2)	(1)	(1)	(0)	(0)
2002	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
2003	-	(0)	2	(1)	(1)	1	(2)	1

Extrapolatie

Tabel 6.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
zanamivir voorschrift		
2000	2	3.000
2001	(0)	-
2002	(0)	-
2003	1	1.500

* 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.

Discussie

Verzoeken om een neuraminidase remmer voor te schrijven zijn in de jaren 2000-2003 zelden gemeld.

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 de seizoenen 2000-2001, 2001-2002 en 2002-2003 lijkt het beschikbaar zijn van een neuraminidase remmer niet van invloed te zijn geweest op de registratie van de influenza-achtige ziektebeelden.

De bijzondere situatie ontstaan door uitbraak van vogelpest (aviaire influenza) en de aandacht ervoor in de media hebben mogelijk in 2003 tot meer aanvraag om een neuraminidase remmer kunnen leiden. Dit wordt echter niet gevonden.

De rubriek is in 2004 op de weekstaat gehandhaafd.

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

Rubriekhouder: mevr. dr. S. van der Plas (RIVM-CIE) (2000-2003)

Inleiding

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 influenzaseizoen 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, influenzavaccinatiestatus en enkele risicofactoren.

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, die de ARI-EL-studie wil beantwoorden, 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 huisartspatiënten 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?

Methode

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 tot 01-04-2003 Mw. dr. ir. M-L. Heijnen na 01-04-2003 Mw. dr. R. van Gageldonk, werkzaam op het 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 aselechte 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 in Tilburg 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.⁸ Hier wordt volstaan met de presentatie van het aantal gemelde gevallen, uitgesplitst naar verschillende kenmerken.

Resultaten

Het aantal patiënten met een acute respiratoire infectie wordt in tabel 7.1 vermeld per 10.000 inwoners per provincie groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001-2003.

Tabel 7.1 Aantal meldingen van patiënten met een ARI per 10.000 naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
ARI(-IAZ)								
2001	118	384	296	667	231	429	275	374
2002	109	413	421	709	289	439	497	426
2003	161	374	489	762	270	536	503	481
IAZ								
2001	144	59	116	136	109	100	166	113
2002	156	81	168	214	135	156	178	156
2003	91	81	140	145	88	112	193	122
ARI(+IAZ)								
2001	262	443	412	803	340	529	441	487
2002	265	494	589	923	424	595	675	582
2003	252	455	629	907	358	648	696	603

In de zuidelijke provincies worden veruit de meeste patiënten met een ARI(+IAZ) gemeld; in de noordelijke provincies de minste. In de grote steden maar vooral ook in de kleine steden en forensengemeenten worden in 2003 meer patiënten met een ARI(+IAZ) gemeld dan in de voorgaande seizoenen.

Leeftijdverdeling

In tabel 7.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde patiënten met een ARI (exclusief IAZ) of IAZ naar leeftijdsgroep weergegeven.

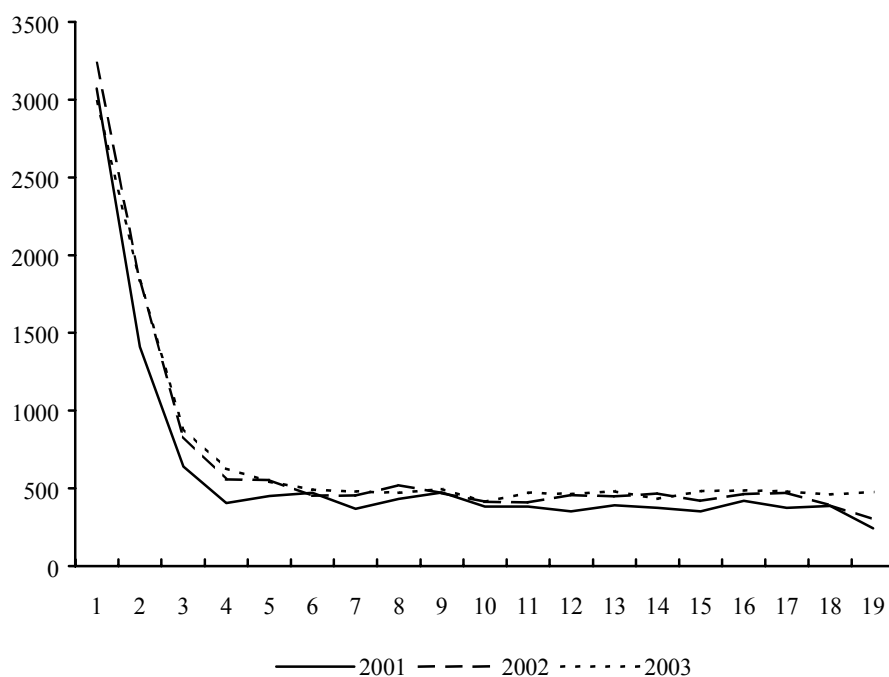
Tabel 7.2 Aantal meldingen van patiënten met een ARI(-IAZ) en IAZ per leeftijdsgroep in 2001-2003, per 10.000 inwoners

leeftijdsgroep	IAZ			ARI(-IAZ)			Totaal		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
<1	356	445	277	2715	2791	2716	3071	3236	2990
1-4	212	330	230	1199	1504	1610	1411	1834	1836
5-9	112	190	153	528	643	738	640	833	886
10-14	87	174	148	318	384	479	405	558	627
15-19	101	125	113	350	429	430	451	554	543
20-24	119	111	117	352	342	376	471	453	493
25-29	103	131	102	266	322	378	369	453	480
30-34	124	152	110	309	369	361	433	521	471
35-39	138	152	128	335	318	368	473	470	496
40-44	96	142	108	286	272	305	382	414	413
45-49	108	142	108	274	268	363	382	410	471
50-54	107	154	114	245	304	350	352	458	464
54-59	109	132	123	283	316	358	392	448	481
60-64	97	154	92	278	313	340	375	467	432
65-69	90	151	127	263	269	355	353	420	482
70-74	99	120	114	320	343	371	419	463	485
75-79	73	130	74	302	342	405	375	472	479
80-84	70	129	57	307	263	404	377	392	461
>84	27	106	81	216	196	395	243	302	476

De huisartsen melden vooral jonge patiënten (< 10 jaar) met een acute respiratoire infectie. Het verschil voor leeftijd is groter voor ARI(-IAZ) dan

voor IAZ. Dit betekent niet persé dat acute luchtweginfecties op andere leeftijd aanzienlijk minder voorkomen. Deze registratie betreft immers patiënten waarvoor de huisarts is geconsulteerd.

Figuur 7.1 Aantal meldingen van patiënten met ARI per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners in 2001-2003



leeftijdsverdeling

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=> 84	

Seizoensinvloeden

In tabel 7.3 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 2001-2003 en voor Nederland.

Tabel 7.3 Aantal meldingen per kwartaal van patiënten met een ARI (IAZ) en IAZ per 10.000 patiënten in 2001-2003

kwartaal	1	2	3	4
IAZ				
2001	54	15	8	33
2002	101	17	11	22
2003	46	12	4	57
ARI(-IAZ)				
2001	128	70	57	114
2002	148	78	61	135
2003	140	95	75	175
totaal				
2001	182	85	65	147
2002	249	95	72	157
2003	286	107	79	232

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

Extrapolatie

Tabel 7.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
acute respiratoire infecties		
2001	374	598.000
2002	426	686.000
2003	481	800.000

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

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

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

Discussie

Acute respiratoire infecties bij jonge kinderen (<10 jaar) worden het meest gemeld. Deze bevindingen heeft ongetwijfeld te maken met de wens van ouders de huisarts te raadplegen wanneer hun kind erg verkouden is. Ook voor andere infectie ziekten (zie acute gastro-enteritis, hoofdstuk 15 en kinkhoest, hoofdstuk 18) wordt dit patroon vastgesteld.

De registratie van de acute respiratoire infecties wordt in 2004 voortgezet.

Publicaties over de ARI-EL studie op basis of mede op basis van de gegevens uit de continue morbiditeits registratie

Bartelds A.I.M. *Is de kans groot dat een verkouden huisarts zijn patiënten aansteekt?*

Vademecum Permanente nascholing huisartsen. 2003, 21(41)

Wilbrink B., Hoogen van den, Heijnen M.L.A. *Humaan MetaPneumoVirus, een nieuw*

ontdekt virus. Vóórkomen in de ARI-EL studie. Infectieziekten Bulletin, 2002, jaargang 13, nr. 9, 360-61

Wetenschappers van de afdeling virologie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam hebben vorig jaar een nieuw virus ontdekt: het humaan MetaPneumo Virus (hMPV). Dit virus behoort tot de familie der paramyxovirussen, waartoe ook het Respiratoire Syncytiaal Virus (RSV) gerekend kan worden. De klinische symptomen van infectie met hMPV zijn vergelijkbaar met de symptomen die veroorzaakt worden door RSV. Deze variëren van milde klachten van de bovenste luchtwegen tot ernstige bronchiolitis en pneumonie, vaak gepaard gaand met ernstig hoesten, spierpijn en braken. Om de klinische relevantie van het virus nader te bepalen, is het materiaal van de ARI-EL studie gebruikt.

Brandhof van den W.E., Bartelds A.I.M., Peeters M.F., Wilbrink B., Heijnen M.L.A. *ARI-EL: een case-control onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de eerste Lijn.*

Tussenrapportage over okt. 2000 t/m 2001. RIVM rapport 21617006, 2002

Heijnen M.L.A., Brandhof van der W.E., Bartelds A.I.M., Peeters M.F., Wilbrink B. *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 data collection 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

8 Waterpokken

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (2000-2003)

Inleiding

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 en 2002 is de registratie voortgezet op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het doel van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks'-project 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 huisartsennetwerken uit een zestal Europese landen deel (België, Frankrijk, Spanje, Portugal, Engeland en Wales en Nederland).

Het uitgangspunt is dat de eerstelijnsgezondheidszorg 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 volwassen leeftijd, moet er

beroep gedaan worden op gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Waterpokken bij een zwangere vlak voor de bevalling is een uiterst zorgwekkende conditie voor zowel moeder als kind.⁹

Methode

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 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 2001-2003 is alleen het aantal patiënten waarbij de huisarts de diagnose waterpokken gesteld heeft, geregistreerd.

In dit verslag wordt gerapporteerd over de uitkomsten van de registratie van waterpokken op de weekstaat. Over de andere vraagstellingen over 2000 wordt elders gepubliceerd (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis).

Resultaten

Het aantal patiënten met waterpokken wordt in tabel 8.1 vermeld per 10.000 personen per provinciegroep naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 8.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 personen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2000-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	11	17	23	29	21	21	19	20
2001	17	28	25	22	17	24	27	24
2002	18	45	31	30	21	33	32	32
2003	15	38	27	28	46	22	26	27

Na de toenemende incidenties in 2000-2002 daalt in 2003 het aantal meldingen. In 2003 is de hoogste incidentie opnieuw in de oostelijke provincies. De laagste incidentie wordt consequent in de noordelijke provincies gezien. In 2001 en 2002 wordt de laagste incidentie gezien in de plattelandsgemeenten. In 2003 heerst er juist meer waterpokken in de plattelandsgemeenten.

Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten, die de huisartsen per 10.000 personen per kwartaal hebben gemeld, zijn weergegeven in tabel 8.2.

Tabel 8.2 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 patiënten per kwartaal in 2000-2003

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2000	6	7	4	3
2001	9	8	5	3
2002	9	11	7	5
2003	10	8	6	3

Waterpokken zijn in de eerste 26 weken van 2003 duidelijk meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in de voorgaande jaren 2000-2002.

Leeftijdsverdeling

Het voorkomen van waterpokken in Nederland per 10.000 per leeftijdsgroep wordt vermeld in tabel 8.3.

Tabel 8.3 Aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland in 2000-2003

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	4	(1)	(1)	(1)
2001	320	281	70	12	(4)	6	7	5	(3)	(3)	-
2002	301	359	136	11	(3)	(4)	8	6	(3)	(3)	(1)
2003	284	358	63	9	(3)	8	(4)	7	(4)	-	-

De afname van de incidentie in 2003 ten aanzien van 2002 lijkt met name het gevolg van de lagere incidentie bij de 5-9 jarigen.

Extrapolatie

Tabel 8.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
waterpokken		
2000	22	32.000
2001	24	38.500
2002	32	51.500
2003	27	44.000

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

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

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

Discussie

Vanaf 2000-2002 is het aantal gevallen van waterpokken in de huisartspraktijk toegenomen. In 2003 is de incidentie gedaald. Waterpokken komen het meest voor onder de leeftijd van 10 jaar en vooral onder de vijf jaar. Ook in Engeland en Wales komen waterpokken voor op jongere leeftijd. Dit in

tegenstelling tot in Portugal en Spanje waar waterpokken meer voorkomen bij oudere kinderen.

Een consequentie van het voorkomen van waterpokken in met name de jongste leeftijdsgroepen (<5 jaar) is dat vrouwen, die voor de tweede of volgende maal zwanger zijn, meer risico lopen met waterpokken in aanraking te komen.

In 2003 heeft er net als in 2002 in de oostelijke provincies het meeste waterpokken geheerst. Anders dan in de voorgaande jaren worden nu de meeste waterpokkeninfecties gemeld in de suburbane gebieden.

In 2004 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

Fleming D.M., Schellevis F.G., Paget W.J. *Health Monitoring in Sentinel Practice Networks. Final Report to the EU, Nivel, 2002*

Fleming D.M., Schellevis F.G., Bartelds A.I.M., Falcao I., Alonso T.V., Padilla M.L. *The incidence of chickenpox in the Community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks. European Journal of Epidemiology 17: 1023-1027, 2001*

Sentinel practice networks have been established in many European countries to monitor disease incidence in the community. To demonstrate the value of sentinel networks an international study on the incidence of chicken pox has been undertaken. Chickenpox was chosen as an acute condition for which incidence data are important to the determination of health policy on vaccine use. The project examined the incidence of chickenpox reported in sentinel networks in England and Wales, the Netherlands, Portugal and Spain (two regional networks) in January-June 2000 and the potential underestimate from patients who did not consult. An investigation of secondary household contact cases was undertaken. Reported incidence of chickenpox (all ages) in England and Wales was 25 per 10,000, in the Netherlands 13 per 10,000, in Portugal 21 per 10,000, in Spain Castilla y Leon 27 per 10,000 and in Spain Basque 55 per 10,000. Analysis of secondary contact cases suggested underestimation of incidence between 2.4% in Spain Castilla y Leon and

32.2% in The Netherlands. There was a trend towards incidence at an earlier age in England and Wales and in the Netherlands compared with Portugal and Spain. Whilst there was little problem in reliably identifying the number of incident cases in the recording networks and relating the non-consulting contact cases to them, the security of the denominator remains a problem where networks are comprised of differing categories of health care provider. It is essential that numerator and denominator information are made available specifically for each category.

9 Milieu-gerelateerde gezondheidsklachten

Rubriekhouder: dr. R. van Poll (RIVM) (2003)

Inleiding

In Nederland bestaan verschillende meldpunten waar burgers terecht kunnen voor het melden van een milieu-gerelateerde gezondheidsklacht, bijvoorbeeld: GGD-en, de gemeentelijke Milieudienst, de provinciale Klachtentelefoon, het Meldpunten netwerk Gezondheid en Milieu. Voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de omvang en aard van milieu-gerelateerde gezondheidsklachten een belangrijke signaalfunctie. De directie Gezondheidsbeleid van het ministerie van VWS heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu opdracht gegeven een inventarisatie uit te voeren naar de omvang en aard van milieu-gerelateerde klachten in de bevolking.

Uit een tweetal vooronderzoeken naar het melden van milieu-gerelateerde gezondheidsklachten blijkt dat ook huisartsen regelmatig worden geconsulteerd over dergelijke klachten. Exacte cijfers zijn niet bekend maar het geschatte aantal loopt in de tienduizenden klachten per jaar in Nederland. De gezamenlijke huisartsen in Nederland vormen hiermee het grootste meldpunt voor milieu-gerelateerde gezondheidsklachten in Nederland.

Methode

Gedurende het jaar 2003 wordt op de weekstaat de vraag opgenomen of de klacht waarmee de patiënt op het spreekuur van de huisarts komt milieu-gerelateerd is. Het uitgangspunt daarbij is dat de klacht *volgens de patiënt* toe te schrijven is aan een milieufactor. De huisartsen krijgen ter informatie een lijst van mogelijke klachten en mogelijke milieuoorzaken. En een lijst van uitsluitingen, waaronder met name door biologische agentia

veroorzaakte klachten vallen, bijvoorbeeld: klachten op basis van allergieën tegen stuifmeelkorrels, huisstofmijt e.d., maar ook reacties en ziekten als gevolg van insectensteken door wespen, bijen, muggen, teken e.d.

De definitie voor een milieu gerelateerde gezondheidsklacht is: 'een lichamelijke en/of psychische klacht die door de patiënt aan een agens (fysisch, chemisch van aard) in het binnen- en/of buitenmilieu wordt toegeschreven'.

Indien de gezondheidsklacht milieu-gerelateerd is vult de huisarts een vragenlijst in, die drie vragen omvat: beschrijving van de klacht, beschrijving van de oorzaak en de vraag of en zo ja of de patiënt zijn klacht al eerder bij een andere instantie kenbaar heeft gemaakt en zo ja welke instantie.

Resultaten

Het aantal personen dat de huisarts wegens een milieugerelateerde klacht consulteert per 10.000 personen per provinciegroep en naar verstedelijking is weer gegeven in tabel 9.1.

Tabel 9.1 Aantal personen dat de huisarts consulteert met een milieu-gerelateerde gezondheidsklacht per 10.000 personen per provinciegroep, naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2003.

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2003	(1)	(2)	2	(1)	(2)	1	3	2

De meeste milieu-gerelateerde gezondheidsklachten worden gemeld in de oostelijke en westelijke provincies. Het absolute aantal meldingen is echter gering: 20.

In de grote steden worden de meeste klachten gepresenteerd, daarna gevolgd door het platteland.

Extrapolatie

Tabel 9.2 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse bevolking.

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
milieu-gerelateerde gezondheidsklacht						
2003	1	2	2	1.000	2.000	3.000

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

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

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

Discussie

Bij deze registratie door de huisartsen van de CMR Peilstations worden niet die aantallen milieu-gerelateerde gezondheidsklachten gevonden die waren verwacht op basis van verkennende vooronderzoeken. In totaal 20 meldingen over een heel jaar.

Milieu-gerelateerde gezondheidsklachten worden uit het hele land gemeld. Meer in het westen en oosten en meer in de grote steden. Vrouwen komen vaker met deze klachten dan mannen.

De rubriek is in 2004 van de weekstaat afgevoerd.

10 Consult rookverslaving

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (2003)

Inleiding

‘Roken is nog steeds de belangrijkste determinant van ziekte en sterfte in Nederland en een belangrijke oorzaak van de stagnerende groei in levensverwachting van vrouwen. Bijna 15% van alle sterfgevallen is hieraan toe te schrijven’.¹⁰

Het beleid van de overheid is er op gericht het gaan roken zo mogelijk te voorkomen en te ontmoedigen dat eenmaal begonnen rookgedrag wordt voortgezet. In het rapport ‘Volksgezondheid op koers’ moet echter geconstateerd worden dat ‘het aantal Nederlanders dat rookt, te veel drinkt, te weinig beweegt en ongezond eet verontrustend hoog (blijft)’. De ongunstige ontwikkelingen gelden ook voor jongeren: jongeren zijn steeds meer gaan roken en drinken en vrijen steeds onveilig.

Roken is een bedreiging voor de gezondheid en het is niet verwonderlijk dat bij het stoppen met roken hulp wordt gezocht in de gezondheidszorg. Met hoge verwachtingen over mogelijke oplossingen brengen mensen ter sprake dat ze graag willen stoppen met roken of krijgen categorieën patiënten te horen dat stoppen met roken geboden is. Hoe vaak er bij de huisarts hulp gezocht wordt bij het stoppen met roken is niet bekend.

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt de rubriek op de weekstaat geplaatst. Doel is vast te stellen hoe vaak de huisarts door de patiënt wordt geconsulteerd over diens roken.

Methode

Gevraagd wordt te registeren wanneer het roken, een rookverslaving een substantieel onderdeel van het consult bij de huisarts is. Onderscheid wordt gemaakt naar geslacht.

Resultaten

Het aantal personen dat in 2003 de huisarts consulteert over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar verstedelijking is weergegeven in tabel 10.1.

Tabel 10.1 Aantal personen dat de huisarts consulteert over het roken per provinciegroep en naar stedelijkheid voor heel Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
mannen								
2003	53	111	77	87	108	67	102	81
vrouwen								
2003	47	96	71	102	97	63	112	79
totaal								
2003	50	104	74	94	103	65	107	80

Nagenoeg evenveel mannen als vrouwen consulteren de huisarts over hun rookverslaving.

In de oostelijke provincies is het aantal meldingen van personen die de huisarts consulteren wegens het roken het hoogst; het aantal is meer dan 2 maal zo hoog als in de noordelijke provincies, van waar het laagste aantal meldingen komt.

In de grote steden en op het platteland worden de huisartsen aanzienlijk vaker over rookverslaving geconsulteerd dan in de kleine steden en de verstedelijkte gebieden.

Seizoensinvloeden

Het aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal in 2003 wordt gepresenteerd in tabel 10.2.

Tabel 10.2 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal, in 2003

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
consult rookverslaving				
mannen	25	18	18	21
vrouwen	22	15	18	23
totaal	24	16	18	22

Het eerste kwartaal laat het hoogste aantal patiënten zien dat komt voor een consult over het roken; maar ook in het laatste kwartaal is het aantal aanzienlijk.

Leeftijdverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per 10.000 per leeftijdsgroep dat in 2003 de huisarts over hun rookverslaving raadpleegt is opgenomen in tabel 10.3.

Tabel 10.3 Aantal personen die de huisarts consulteert over het roken per 10.000 naar leeftijdsgroep en geslacht voor Nederland in 2003

leeftijdsgroep	mannen	vrouwen	totaal
	2003	2003	2003
10-14	(3)	(9)	(6)
15-19	26	64	45
20-24	55	73	64
25-29	77	88	83
30-34	76	93	85
35-39	92	76	84
40-44	113	167	140
45-49	126	159	142
50-54	163	155	159
55-59	197	140	169
60-64	146	78	112
65-69	111	50	79
70-74	56	22	37
75-79	38	10	22
80-84	-	(7)	(4)
>84	-	(7)	(5)

Al op jonge leeftijd bestaan er spijtoptanten waar het roken betreft. In de leeftijdsgroep 10-14 jaar betreft het een zeldzame witte raaf; vanaf de leeftijd van 15 jaar neemt het aantal al snel toe.

De meeste consulten over rookverslaving worden gedaan door de 40-60 jarigen. De piek ligt bij de 55-60 jarigen.

Extrapolatie

Tabel 10.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
consult rookverslaving						
2003	81	79	80	65.000	65.000	130.000

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

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

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

Discussie

De huisarts wordt vooral in de wintermaanden over het roken geconsulteerd.

De jaarwisseling springt er niet speciaal uit.

Ook op jonge leeftijd kort na het beginnen met roken zijn er mensen die hun huisarts bezoeken om over hun rookverslaving te praten. Vanaf de leeftijd van 15 jaar neemt het aantal mensen dat hun huisarts over roken consulteert snel toe. De meeste mensen met problemen met roken die besluiten hun huisarts te raadplegen zijn tussen de 40 en 60 jaar.

Dit lijkt niet geheel onlogisch. Vanaf 35 jaar beginnen in toenemende mate mensen hun gezondheid als minder goed te ervaren.¹¹ Op een gegeven moment wordt dan de overweging gemaakt het gedrag te veranderen en te stoppen met roken.

Voortzetting van de registratie gedurende een aantal jaren zal het mogelijk maken vast te stellen of er sprake zal zijn van een trend in het raadplegen van de huisarts bij het willen stoppen met roken.

De rubriek is gehandhaafd op de weekstaat van 2004.

11 Suïcide(poging)

Rubriekhouder: dr. P. Verhaak (NIVEL) (1979-2003)

Inleiding

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).

Methode

De naam van de rubriek is tevens de definitie. Het gaat primair om de intentie van de patiënt(e)(de poging), met de mogelijkheid dat suïcide het gevolg is van de handeling.

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 en op welke wijze de poging heeft plaatsgehad. Tevens worden vragen gesteld over contacten met de medische sector voorafgaande aan de suïcide(poging).

Resultaten

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 1998-2003 respectievelijk 71, 61, 87, 93, 47 en 43.

Het aantal pogingen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad per 10.000 inwoners is in tabel 11.1 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.

In 2003 wordt net als in 2002 het laagste aantal suïcide(pogingen) gemeld van de laatste 10 jaar.

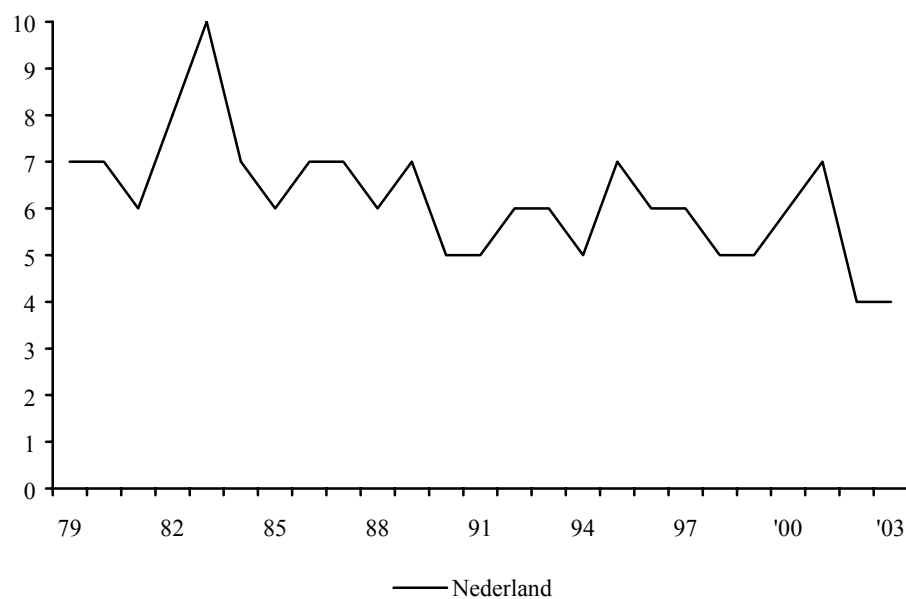
Wanneer naar de stedelijkheidsgraad gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000 en 2002, consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden.

De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen. In 7 van de laatste 10 jaar wordt het hoogste aantal suïcide-(pogingen) in de zuidelijke provincies gemeld.

Tabel 11.1 Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1994-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2002	3	5	4	3	5	4	4	4
2003	(1)	5	3	6	4	3	6	4

Figuur 11.1 Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2003



Leeftijdsverdeling

Tabel 11.2 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep voor de laatste 10 jaar.

In tabel 11.3 is de frequentie per 100.000 inwoners per leeftijdsgroep opgenomen voor de laatste 5 jaar.

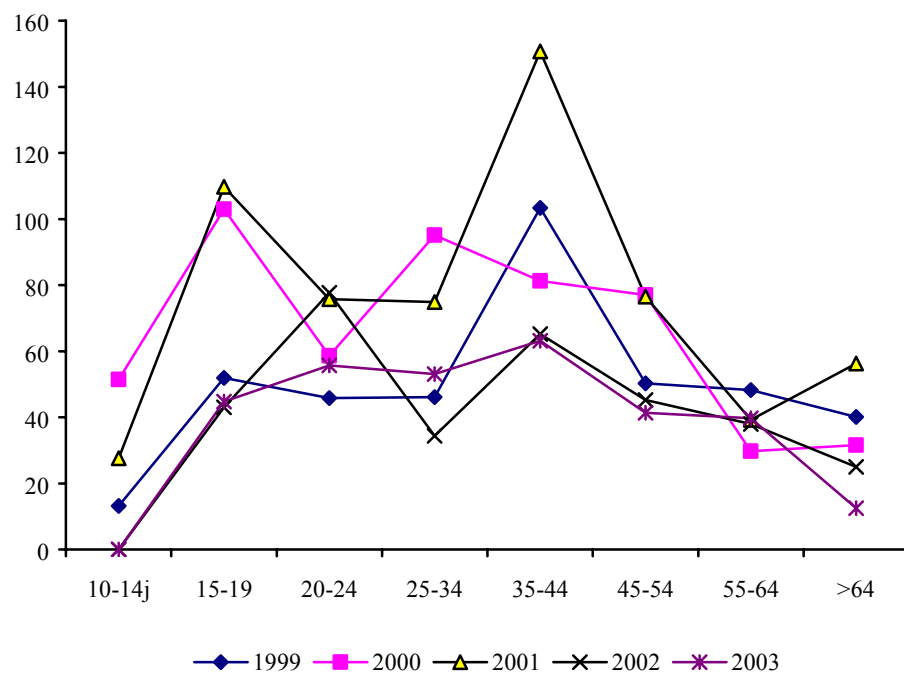
Tabel 11.2 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1994-2003

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
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
2002	-	(4)	8	3	6	5	4	(3)
2003	-	(4)	6	5	6	4	4	(1)

Tabel 11.3 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2003

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1999	(13,2)	(51,9)	45,8	46,1	103,3	50,3	48,2	40,1
2000	(51,4)	(103,0)	58,6	95,1	81,3	77,0	29,7	31,6
2001	(27,6)	(109,7)	75,7	75,9	150,7	76,5	39,2	56,3
2002	-	(43,0)	77,7	34,4	65,2	45,2	38,0	(25,0)
2003	-	(44,7)	56,7	53,1	63,1	41,4	39,7	(12,5)

Figuur 11.2 Aantal meldingen van suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2003



Extrapolatie

Tabel 11.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
suïcide (pogingen)		
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	6	9.500
2002	4	6.500
2003	4	6.500

* 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.

Discussie

De cijfers geven géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(pogingen) in Nederland. In 2002 en 2003 is het

laagste aantal patiënten gemeld sinds de aanvang van de registratie van deze rubriek in 1979.

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

Deze rubriek is in 2004 op de weekstaat gehandhaafd.

12 Verwijzingen van en consultatie bij psychische stoornissen (GGZ)

Rubriekhouder: Dr. P. Verhaak (NIVEL) (2001-2003)

Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert een beleid om de eerstelijns 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 2001 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:

- 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;
- hoe vaak raadpleegt de huisarts op jaarbasis bovengenoemde instanties/disciplines met betrekking tot patiënten met psychische stoornissen/psychosociale problemen;

- zijn er in deze opzichten ontwikkelingen gedurende de drie jaar registratie en
- is er in deze opzichten sprake van regionale verschillen?

Methode

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 verwijlsbestemming/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).

Resultaten

Het aantal patiënten dat is verwezen of waarvoor consultatie is gepleegd in 2001-2003 per 10.000 inwoners per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland gegeven in tabel 12.1.

Tabel 12.1 Aantal patiënten met psychische 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 2001-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
consultatie GGZ								
2001	3	3	18	7	3	5	31	9
2002	0	5	8	7	6	4	13	6
2003	2	5	9	6	4	5	14	6
verwijzing GGZ								
2001	24	53	103	67	52	57	128	69
2002	16	53	72	66	43	52	82	55
2003	23	47	94	80	29	73	104	70

In de westelijke provincies worden zowel de meeste consultaties als de meeste verwijzingen gemeld: een factor van 4-5 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 in 2003 ruim 3 maal frequenter iemand uit de GGZ geconsulteerd dan op het platteland. Er wordt bijna 4 maal vaker verwezen in de grote steden.

Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen of waarvoor is geconsulteerd per kwartaal worden vermeld in tabel 12.2.

Tabel 12.2 Aantal patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen of waarover is geconsulteerd per 10.000 inwoners per kwartaal in 2001-2003

	week 1-13	Week 14-26	week 27-39	week 40-52
consultatie GGZ				
2001	3	3	2	1
2002	2	1	2	1
2003	2	1	1	2
verwijzing GGZ				
2001	24	16	14	14
2002	15	16	12	12
2003	18	17	16	18

Anders dan in 2001 is er in 2002 en 2003 weinig verschil tussen de kwartalen.

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 12.3.

Tabel 12.3 Aantal patiënten verwezen naar de GGZ of waarover de GGZ is geconsulteerd per 10.000 per leeftijdsgroep in 2001-2003

leeftijdsgroep	consultatie GGZ			verwijzing GGZ		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
<5	-	-	(1)	-	(5)	10
5-9	-	(1)	-	31	11	39
10-14	6	(4)	(1)	39	21	29
15-19	8	13	(6)	73	73	88
20-24	10	8	(3)	124	98	126
25-29	13	5	8	109	102	115
30-34	8	4	9	103	76	119
35-39	19	4	12	82	75	97
40-44	11	7	9	91	81	82
45-49	16	5	11	92	67	92
50-54	17	6	6	68	52	62
55-59	4	1	(1)	67	41	69
60-64	2	7	(5)	31	37	34
65-69	4	6	(4)	30	22	26
70-74	5	5	(10)	23	26	17
75-79	5	6	(9)	35	32	12
80-84	26	25	(18)	53	21	40
>84	9	15	(5)	50	25	33

Opvallend is dat nagenoeg geen patiënten onder de 5 jaar zijn gemeld als verwezen met een psychische stoornis of waarover consultatie is geweest. Vanaf de leeftijd van 15 jaar neemt in het aantal verwijzingen naar en consultaties van de GGZ snel toe.

Extrapolatie

Tabel 12.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
GGZ		
- consultatie		
2001	9	14.500
2002	6	10.000
2003	6	10.000
- verwijzing		
2001	69	110.500
2002	55	90.000
2003	70	111.500

* 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.

Discussie

Als huisartsen voor mensen met psychische stoornissen of psychosociale problemen bij de GGZ te rade gaan, doen ze dat in ruim 90% door te verwijzen en in iets mindere dan 10% door consultatie te vragen

Werkelijk opvallend is dat er nagenoeg geen meldingen zijn van jonge kinderen (<5 jaar) met psychische stoornissen of psychosociale problemen die worden verwezen of waarvoor consultatie wordt gevraagd. Mogelijk zijn eventuele opvoedingsproblemen met kinderen met psychische stoornissen als probleem van de ouders geregistreerd. Of zijn de ouders verwezen door een arts van het consultatiebureau voor ouder- en kindzorg. Nadere analyse van de aanvullende vragenlijsten moet dat duidelijk maken.

Consultatie wordt het meest gevraagd in de leeftijdsgroep boven de 80 jaar. Er zijn echter relatief weinig verwijzingen van patiënten van 65 jaar en ouder.

De meeste verwijzingen hebben plaats tussen de 25-35 jaar.

De registratie van deze rubriek is per 2004 gestopt.

13 Urethritis bij de man

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (1992-2003)

Inleiding

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn naast luchtweg-, maag-darm- 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 HIV-infectie zijn de belangrijkste aandoeningen.

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

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

Inzicht is gewenst in het voorkomen van SOA in Nederland. Onderzoeken op kleine schaal en vaak regiogebonden 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 is 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.

Methode

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'.

Resultaten

Het aantal patiënten met urethritis per 10.000 mannen per provinciegroep en stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland in tabel 13.1 gegeven.

Tabel 13.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1994-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2002	8	30	28	23	8	26	26	23
2003	17	31	29	25	32	18	39	25

De landelijke incidentie van urethritis is na een daling in de eerste helft van de jaren negentig van 1996-2000 redelijk constant. Vanaf 2001 is de incidentie aan het toenemen.

In alle jaren voor 2001 wordt urethritis meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies. Sinds 2001 zijn deze verschillen minder uitgesproken dan in de voorgaande jaren; het aantal meldingen is consequent het laagst in de noordelijke provincies. In 2003 stijgt de incidentie in de noordelijke provincies aanzienlijk.

Aan de daling van het voorkomen van urethritis op het platteland is in 1999 een eind gekomen. Sindsdien schommelde de incidentie rond de 10 per 10.000 mannen. In 2003 is er een opmerkelijke stijging van de incidentie op het platteland. In de grote steden is er ook een aanzienlijke stijging.

Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

Leeftijdsverdeling

In tabel 13.2 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld.

Tabel 13.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1994-2003

leeftijdsgroep	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<14	-	(2)	-	-	(0)	-	(0)	(0)	(0)	5
15-19	19	12	(5)	(5)	(7)	13	(10)	(5)	(8)	(12)
20-24	36	21	22	(7)	22	15	28	45	27	34
25-29	49	40	28	15	26	26	26	37	25	51
30-34	35	45	27	27	26	39	39	33	35	36
35-39	40	36	27	35	18	36	24	18	22	41
40-44	32	23	21	19	26	12	34	39	29	22
45-49	27	43	20	33	20	21	14	19	18	19
50-54	21	29	29	19	23	31	14	11	31	17
55-59	20	38	41	28	24	15	20	38	33	34
60-64	36	46	36	28	21	24	26	37	64	(4)
65-69	(7)	(4)	19	21	12	45	37	26	38	53
70-74	(14)	32	59	(20)	26	41	39	31	37	43
75-79	(7)	(29)	(21)	0	15	-	31	(13)	-	(8)
80-84	(46)	(35)	-	(24)	27	-	(23)	0	(12)	(12)
>84	-	(18)	(33)	-	-	-	(44)	(31)	(18)	(20)

Urethritis wordt onder de 15 jaar weinig gemeld: in 2003 echter voor 't eerst meer dan ervoor.

Het merendeel van de patiënten (58%) is tussen de 20-44 jaar oud. De hoogste incidentie wordt geregistreerd bij de 65-69 jarigen, gevolgd door de 25-29 jarigen.

Extrapolatie

Tabel 13.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*		Nederland** (absolute aantallen)	
	m	totaal	m	totaal***
urethritis bij man				
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	
2002	23		18.500	
2003	25		20.000	

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

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

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

Discussie

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 was het voorkomen van urethritis het laagst op het platteland. In 2003 is het voorkomen op het platteland echter sterk gestegen en is er een iets minder opvallende toename in de grote steden.

De hoogste incidentie is wel consequent in de grote steden geregistreerd.

In het algemeen neemt de incidentie sinds 1999 weer toe. In 2003 voor het eerste is er ook een duidelijk aantal consulten onder de jongeren onder 15 jaar.

De rubriek is in 2004 gehandhaafd. In 2004 wordt de huisartsen gevraagd aanvullend microbiologisch onderzoek te laten doen.

14 Angst voor aids

Rubriekhouder: drs. L. Peters en dr. J.J. Kerssens, NIVEL(1988-2003)

Inleiding

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, uitgebreide publieke voorlichtingscampagne's 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 HIV 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 nog 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.

Methode

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

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

Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats.

Resultaten

Het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per 10.000 inwoners per provinciegroep en naar mate van stedelijkheidsgraad en voor Nederland wordt weergegeven in tabel 14.1.

Tabel 14.1 Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1994-2003

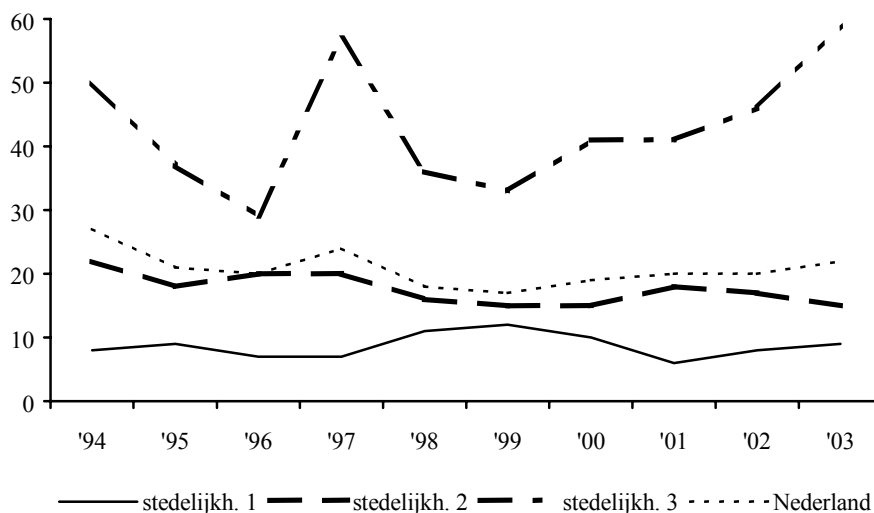
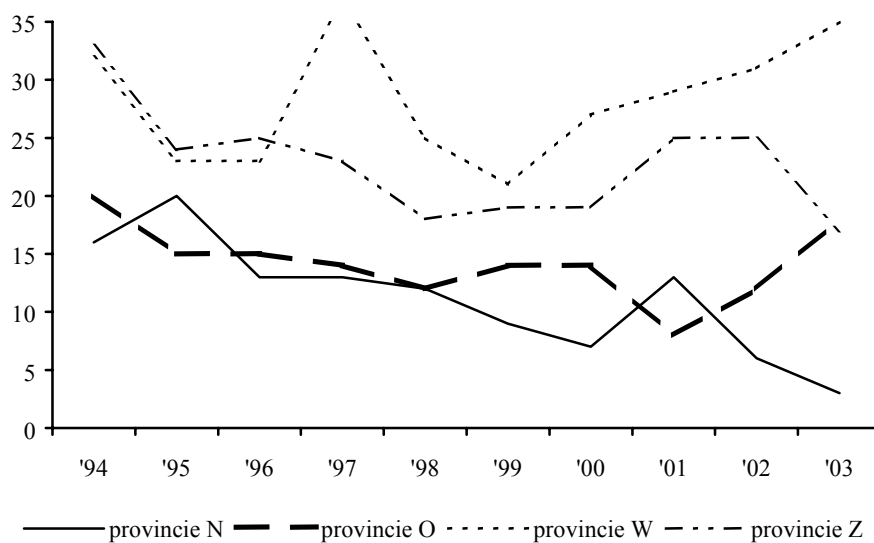
	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1994	16	20	32	33	8	22	50	27
1995	20	15	23	24	9	18	37	21
1996	13	15	23	25	7	20	29	20
1997	13	14	37	23	7	20	57	24
1998	12	12	25	18	11	16	36	18
1999	9	14	21	19	12	15	33	17
2000	7	14	27	19	10	15	41	19
2001	13	8	29	25	6	18	41	20
2002	6	12	31	25	8	17	46	20
2003	3	18	35	17	9	15	59	22

De huisartsen in de grote steden hebben duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 14.1).

De westelijke provincies laten onveranderd het hoogste aantal meldingen zien.

Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op HIV-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. Vanaf 1995 is het aantal verzoeken om een test op HIV-antistoffen gedaald. In 2000 is er een einde aan deze dalende trend gekomen en is het aantal meldingen weer toegenomen. In 2000 is 204 maal en in 2003 is er 228 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 2003 is dit aantal 236. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 14.1 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provincie-
groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000
inwoners, 1994-2003



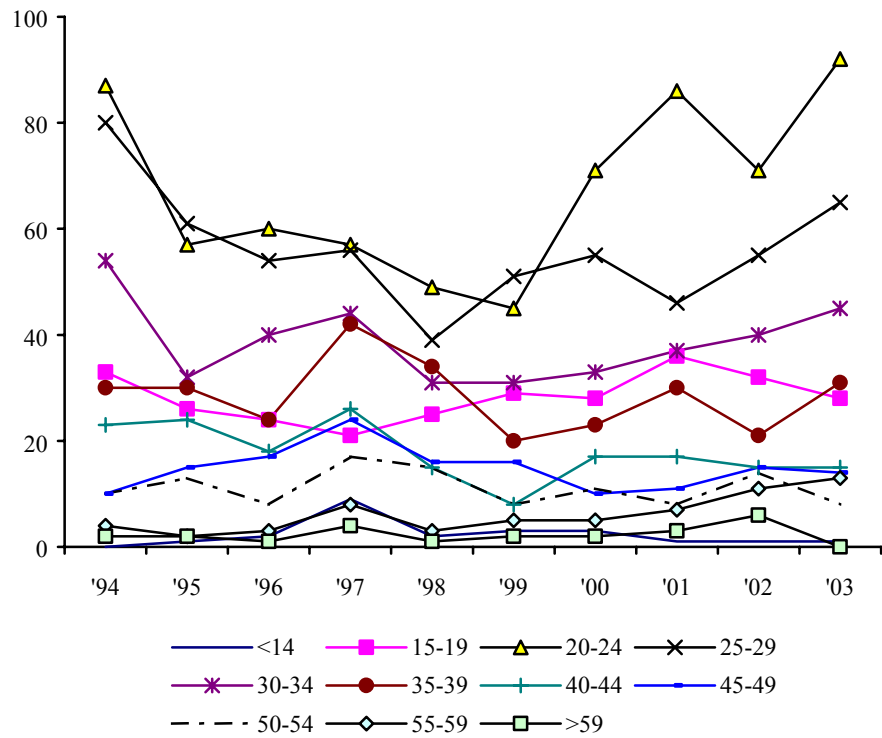
Leeftijdverdeling

In tabel 14.2 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 14.2).

Tabel 14.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1994-2003

leeftijdsgroep	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<14	-	(1)	(2)	9	(2)	(3)	(3)	(1)	(1)	(1)
15-19	33	26	24	21	25	29	28	36	32	28
20-24	87	57	60	57	49	45	71	86	71	92
25-29	80	61	54	56	39	51	55	46	55	65
30-34	54	32	40	44	31	31	33	37	40	45
35-39	30	30	24	42	34	20	23	30	21	31
40-44	23	24	18	26	15	8	17	17	15	15
45-49	10	15	17	24	16	16	10	11	15	14
50-54	10	13	8	17	15	8	11	8	14	8
55-59	(4)	(2)	(3)	(8)	(3)	5	(5)	7	11	13
>59	(2)	(2)	(1)	(4)	(1)	(2)	(2)	(3)	6	-

Figuur 14.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1994-2003



Extrapolatie

Tabel 14.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
angst voor aids		
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
2002	20	32.000
2003	22	35.500

* 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.

Discussie

Na een aanvankelijke stijging vanaf het begin van de registratie in 1988 zijn vanaf 1995 de aantallen consulten op een lager niveau dan voorheen constant gebleven tot 2000. Vanaf dat jaar is er weer een toename zichtbaar.

Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2003 76% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 jaar. Dit percentage is in 2003 hoger dan de laatste jaren. 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 2000-2003 is er een sterk toegenomen "incidentie" onder de 20-24 jarigen tegen deze dalende trend in.

De rubriek is voor 2004 op de weekstaat gehandhaafd.

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

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

Bergen van J.E.A.M., Kerssens J.J. *Huisarts en h.i.v. Veranderd contact tussen huisarts en patiënt*. Soa-bulletin, 2001; 22 (nr. 5): 4-5

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

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

Ros C.C., Kerssens J.J., Foets M., Peters L. *Trends in HIV-related consultation in Dutch general practice*. International Journal of STD & AIDS, 1999; 10: 294-299

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

15 Acute gastro-enteritis

Rubriekhouder: dr. Y. van Duynhoven (RIVM-CIE) (1992-1993) (1996-2003)

Inleiding

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.¹²

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 was:

- 1 het vervolgen van trends in de incidentie en zorgbelasting van gastro-enteritis mede op basis van aanvullend patiëntcontrole onderzoek 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.

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).

Vanaf 2000 is de rubriek gehandhaafd in verband met het eerst genoemde doel: het volgen van trends in de incidentie van acute gastro-enteritis in de huisartspraktijk. In 2001-2003 is aanvullende informatie verzameld over in het kader van de reguliere zorg uitgevoerde laboratoriumdiagnostiek van consulterende patiënten.

Methode

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.

In 2001 en 2002 is gevraagd tevens te melden wanneer de huisarts in het kader van de regulier geboden zorg besluit tot het laten doen van feces onderzoek. Gevraagd wordt naar de reden van de aanvraag van het onderzoek, op welke micro-organismen is getest en of er antibiotica voorgeschreven zijn. Indien fecesonderzoek is aangevraagd is de huisarts enkele weken later gevraagd de uitkomsten daarvan mee te delen aan het NIVEL.

In 2003 wordt alleen gevraagd acute gastro-enteritis te melden waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen gevallen waarbij geen en waarbij wel feces onderzoek is aangevraagd. Er wordt geen nadere navraag gedaan.

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).

Resultaten

In tabel 15.1 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 15.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2003

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
1996	M	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
2002		65	109	106	113	81	99	151	104
2003		111	127	103	104	121	103	117	109
1996	V	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
2002		58	108	113	110	70	95	135	98
2003		93	142	103	118	134	104	115	112

Tabel 15.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2003 (vervolg)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1996 T	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
2002	58	109	113	110	76	97	143	101
2003	102	134	103	111	128	103	116	110

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2001-2003 worden meer patiënten met gastro-enteritis gemeld dan in de voorgaande jaren.

In 2003 komt het hoogste aantal meldingen uit de oostelijke regio. In de oostelijke provincies is het aantal meldingen sinds 1999 hoog en in 2003 ook verder toegenomen. Opmerkelijk in 2003 is de verdubbeling van de incidentie in de noordelijke provincies ten opzichte van 2002. Er is in 2003 ook een sterke toename van de incidentie op het platteland, dat voor het eerst de hoogste incidentie kent, mede door een duidelijke daling in de incidentie in de grote steden.

Leeftijdverdeling

In tabel 15.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 15.1).

Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen, 1996-2003

leeftijdsgroep	mannen							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<1	244	288	447	319	628	765	733	490
1-4	211	206	226	259	302	365	464	440
4-5	73	77	84	110	164	164	181	166
10-14	53	55	53	82	93	81	92	156
15-19	24	16	37	57	71	94	68	85
20-24	46	51	55	69	68	85	76	103
25-29	47	53	63	54	86	43	105	97
30-34	40	50	49	60	69	68	83	97
35-39	32	54	55	32	75	71	71	65
40-44	36	26	62	48	87	69	67	52
45-49	37	29	37	28	70	50	47	61
50-54	27	32	46	49	35	52	58	58
55-59	35	31	30	39	37	50	49	51
60-64	33	32	17	45	55	92	30	82
65-69	19	38	41	65	37	44	76	62
70-74	37	25	46	31	48	83	85	56
75-79	48	31	88	36	75	47	78	53
80-84	57	(12)	81	27	81	58	58	110
>84	49	54	80	58	44	47	(53)	98

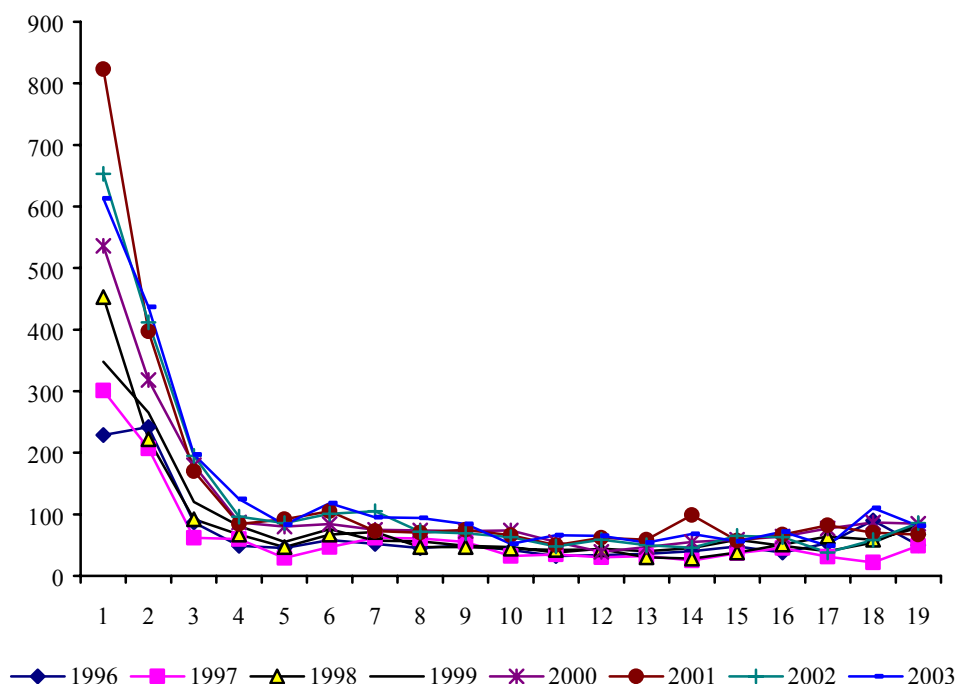
Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 vrouwen, 1996-2003 (vervolg)

leeftijdsgroep	vrouwen							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<1	364	317	460	379	432	886	574	738
1-4	276	208	217	271	335	428	357	435
5-9	102	47	101	130	198	176	210	230
10-14	46	65	80	80	82	88	100	91
15-19	67	43	57	53	89	90	105	82
20-24	68	44	77	82	99	122	125	132
25-29	57	71	78	60	64	101	105	93
30-34	50	72	45	52	80	72	60	91
35-39	68	56	39	66	71	79	68	105
40-44	47	38	27	46	61	62	59	53
45-49	26	42	47	48	39	51	48	72
50-54	41	27	40	39	44	73	59	72
55-59	36	32	30	43	56	68	51	58
60-64	47	16	31	44	55	106	61	53
65-69	72	36	36	53	78	70	56	50
70-74	40	60	56	63	77	54	46	53
75-79	56	31	49	43	78	106	(10)	47
80-84	109	28	48	68	90	82	59	110
>84	51	47	77	94	102	76	99	75

Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 1996-2003 (vervolg)

leeftijdsgroep	totaal							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<1	229	301	453	348	536	823	653	613
1-4	242	207	222	265	318	397	412	437
5-9	87	62	92	120	180	170	195	197
10-14	49	60	67	81	87	84	96	125
15-19	45	29	47	55	80	92	86	83
20-24	58	47	67	76	84	105	101	118
25-29	52	62	71	57	75	73	105	95
30-34	45	61	47	56	74	70	72	94
35-39	50	55	47	49	73	75	69	84
40-44	42	32	44	47	74	66	63	52
45-49	32	35	42	38	55	50	48	66
50-54	34	30	43	44	39	62	59	65
55-59	36	32	30	40	47	59	50	54
60-64	40	25	28	45	55	99	46	68
65-69	48	37	38	59	59	57	65	56
70-74	38	45	51	49	64	67	63	72
75-79	53	31	64	40	77	82	38	49
80-84	90	22	59	54	87	70	58	110
>84	50	49	78	84	85	67	86	81

Figuur 15.1 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1996-2003



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=> 84	

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

In 2000-2003 is bij 5-9 jarigen, anders dan in de jaren 1996-1999, sprake van een duidelijk hogere incidentie vergeleken met de leeftijdsgroepen 10-80 jaar. De verdere toename in de incidentie in 2003 is met name het gevolg

van een toename bij de 80-84 jarigen en in mindere mate bij de 10-14 en 20-24 jarigen.

Seizoensinvloeden

In tabel 15.3 worden de aantallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 15.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2003

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
2002		31	26	22	25
2003		41	22	29	15
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
2002		23	25	25	25
2003		39	24	26	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
2002		27	25	23	25
2003		40	23	28	18

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. In 2003 is de incidentie in het eerste kwartaal duidelijk het hoogst en hoger dan in andere jaren.

Fecesonderzoek bij acute gastro enteritis

In tabel 15.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal meldingen van acute gastro enteritis waarbij door de huisarts fecesonderzoek is aangevraagd per provinciegroep en naar graad van verstedelijking en voor Nederland.

Tabel 15.4 Aantal malen dat door de huisarts fecesonderzoek bij acute gastro enteritis is aangevraagd per provinciegroep en naar graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 inwoners 2001-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2001	5	16	16	15	17	13	14	14
2002	7	11	16	19	14	13	19	14
2003	20	31	26	25	34	23	20	25

Het aantal aanvragen is in 2003 ineens aanzienlijk hoger dan in de beide voorgaande jaren. In de oostelijke provinciegroep wordt het meest frequent dit onderzoek aangevraagd. In de noordelijke provinciegroep het minst frequent.

In 2003 wordt feces onderzoek bij acute gastro enteritis het meest gevraagd op het platteland; in 2002 is dat het geval in de grote steden.

Leeftijdverdeling

Het aantal aanvragen voor feces onderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep en per 10.000 personen is opgenomen in tabel 15.5.

Tabel 15.5 Aantal aanvragen voor fecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2003

	2001	%	2002	%	2003	%
<1	69	7	86	13	90	15
1-4	39	10	50	12	78	18
5-9	13	8	11	6	36	18
19-14	7	8	13	13	15	12
15-19	12	12	19	22	13	16
20-24	13	12	17	17	32	27
25-29	9	11	13	12	32	34
30-34	14	19	15	21	26	31
35-39	10	15	13	18	19	37
40-44	9	15	10	17	22	33
45-49	14	26	9	19	19	29
50-54	17	26	6	10	19	29
55-59	12	20	14	28	16	30
60-64	11	12	12	26	11	16
65-69	8	17	(4)	6	17	30
70-74	10	17	(5)	7	15	21
75-79	8	10	(6)	15	31	63
80-84	23	31	-	0	13	12
>84	23	33	-	0	5	6

% = (aantal fecesonderzoeken per 10.000: aantal meldingen acute gastro enteritis per 10.000) x 100

Het aantal meldingen van fecesonderzoek per 10.000 personen per leeftijdsgroep vertoont globaal het patroon van het totale aantal meldingen van acute gastro enteritis per leeftijdsgroep. Absoluut gezien worden de meeste aanvragen voor fecesonderzoek gedaan bij nul jarigen gevolgd door de 1-4 jarigen.

Dit is echter niet het geval wanneer het percentage wordt berekend van het aantal fecesonderzoeken per leeftijdsgroep ten opzichte van het totale aantal meldingen van acute gastro enteritis in die leeftijdsgroep.

Kinderen (>15 jaar) met acute gastro enteritis komen vaker bij de huisarts dan kinderen op oudere leeftijd en volwassenen. Bij mensen ouder dan 14 jaar die met klachten van acute gastro enteritis de huisarts bezoeken vraagt de huisarts vaker fecesonderzoek aan. In 2003 is er een duidelijke toename in het percentage aanvragen bij 20-29 jarigen, en 65-79 jarigen.

Extrapolatie

Tabel 15.6 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
gastro-enteritis						
1996	51	69	60	9.000	54.000	93.000
1997	52	57	54	40.000	45.000	85.000
1998	64	65	65	50.000	51.000	101.000
1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500
2002	104	98	101	83.000	79.500	162.500
2003	109	112	110	87.500	91.500	179.000

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

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

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

Discussie

Sinds begin 2000 ligt het aantal meldingen van acute gastro enteritis duidelijk op een hoger niveau dan de jaren ervoor. In 2003 is de incidentie vooral hoog in het eerste kwartaal. Dit valt mogelijk samen met de hoge incidentie van norovirus in het seizoen 2002/2003.¹³

In vergelijking met de drie overige provinciegroepen wordt consequent het laagste aantal meldingen gedaan in de noordelijke provincies. Wel is er in de noordelijke provincies een opmerkelijke stijging te zien in 2003. Ook is er in 2003 een sterk toenemende incidentie op het platteland, terwijl gelijktijdig de incidentie in de grote steden terugloopt.

Er is sprake van een aanzienlijke stijging van het aantal fecesonderzoeken dat de huisarts in 2003 aanvraagt; bijna een verdubbeling.

In het kader van de reguliere zorg vragen huisartsen relatief vaker fecesonderzoek aan bij patiënten ouder dan 14 jaar. Dit is het gevolg zijn van een verschil in consultatie gedrag bij acute gastro enteritis tussen kinderen (<15 jaar) en jongeren en volwassenen (>15 jaar). De laatste groep bezoekt de huisarts bij meer ernstige klachten, die langer aanhouden. Diarree aansluitend op een buitenlandse reis komt bij jongeren en volwassenen vaker voor.

In 2003 hebben de huisartsen bij ouderen (>69 jaar) duidelijk meer fecesonderzoek aangevraagd.

De rubriek is in 2004 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd
De aanvullende vragenlijst bij aangevraagd fecesonderzoek is in 2003 gestopt. Op basis van de gegevens over het aanvragen van fecesonderzoek door de huisartsen zoals tot 2003 geregistreerd en de uitkomsten van deze onderzoeken, kan voor het CIE van het RIVM nu worden volstaan met de registratie van het enkele gegeven of er fecesonderzoek is aangevraagd.

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

Brandhof W van den, Wit G.A. de, Wit M.A.S. de, Duynhoven Y.T.H.P. van. *Costs of gastroenteritis in the Netherlands*. Epidemiol Infect. 2004; 132:211-21

Wit M.A.S. de, Koopmans M.P.G., Duynhoven Y.T.H.P. van. *Risk factors for norovirus, Sapporo-like virus and group A rotavirus gastroenteritis*. Emerg Infect Dis 2003; 14:1563-70

- Duynhoven Y.T.H.P. van, Wit M.A.S. de, Kortbeek L.M., Koopmans M.P.G.
Voedselinfecties in Nederland. Ned. Tijdschr. Med. Microbiol. 2002;10:79-83
- Wit de M.A.S. *Epidemiology of gastroenteritis in the Netherlands*. Thesis 2002.
- Wit de M.A.S., Kortbeek L.M., Koopmans M.P.G., Jager de C.J., Wannet W.J.B., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *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., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Wannet W.J.B., Vinje J., Leusden van F., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *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., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Leeuwen van N.J., Vinje J., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Etiology of Gastroenteritis in Sentinel General Practices in the Netherland*. Clinical Infectious Diseases, 2001; 33:280-8
- Wit de M.A.S., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Leeuwen van N.J., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Gastroenteritis in Sentinel General Practices, the Netherlands*. Emerging Infectious Diseases, Januari 2001, vol. 7, no. 1:

16 Ongewenste zwangerschap

Rubriekhouder: mevr. dr. I. Vanwesenbeeck (Rutgers Nisso Groep) (2003)

Inleiding

Vanaf het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw is het abortuscijfer in Nederland gaan stijgen: in 1993 was het abortuscijfer 5,7 terwijl 10 jaar later het cijfer 8,5 per 1000 vrouwen is. In 2003 is er een einde gekomen aan de continue stijging. Het abortuscijfer is gedaald van 8.7 in 2002 naar 8.5 in 2003.¹⁴ Het abortuscijfer wordt berekend door het aantal abortusbehandelingen te delen door het aantal in Nederland woonachtige vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 15 tot 44 jaar. De voortzettende stijging van het abortuscijfer in ons land en een daling van het abortuscijfer in ons omringende landen heeft er toe geleid dat Nederland sinds 2000 niet meer het land is met het laagste abortuscijfer van de wereld.¹⁵ Overigens is het cijfer van 8,5 per 1000 vrouwen nog wel een van de laagste ter wereld. Ter vergelijking in Engeland en Wales was het cijfer in 2000 16,2 en in Zweden in 1999 18,1 per 1000 vrouwen.

De stijging van het abortuscijfer gedurende het laatste decennium roept vragen op: is er sprake van een toenemend aantal ongewenste zwangerschappen door een verminderde omvang en kwaliteit van de preventie of is er sprake van een toenemende intolerantie ten aanzien van het voldragen van een zwangerschap. Er is in Nederland jarenlang sprake van een efficiënt systeem van scholing over en beschikbaarheid van anticonceptie met als gevolg een hoge mate van effectief anticonceptiegebruik. Er zijn echter aanwijzingen dat het pilgebruik afneemt en het aantal soa's stijgt. Beide ontwikkelingen zijn indicaties voor een verslechtering van het anticonceptiegebruik in ons land.

Inzicht is wenselijk in de omvang van ongewenste zwangerschap en de ontwikkeling daarvan in de komende jaren.

Methode

Gevraagd wordt elke patiënt met een door haar ongewenste zwangerschap te registreren.

Resultaten

Het aantal vrouwen, dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep, naar urbanisatiegraad en voor Nederland per 10.000 vrouwen is opgenomen in tabel 16.1.

Tabel 16.1 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 in 2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2003	29	31	32	17	36	21	39	28

In de zuidelijke provincies is het aantal vrouwen dat met een ongewenste zwangerschap de huisarts consulteert het laagste. In de overige drie provinciegroepen ligt het aantal meldingen rond de 30 per 10.000 vrouwen. In de grote steden melden zich het vaakst vrouwen met een ongewenste zwangerschap bij de huisarts, maar ook het aantal meldingen in de plattelandsgemeenten is hoog. Het aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap is in de kleine steden en op het verstedelijkt platteland opvallend lager: 21 versus 36 en 39 per 10.000 vrouwen.

Leeftijdverdeling

Het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap is weergegeven in tabel 16.2.

Tabel 16.2 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen in 2003

leeftijdverdeling	2003
<10	-
10-14	30
15-19	79
20-24	108
25-29	53
30-34	48
35-39	52
40-44	22
45-49	10
50-54	7
>54	-

De leeftijd waarop de geslachtsrijpheid intreedt daalt nog steeds. Het verbaast daarom niet dat al op jonge leeftijd ongewenste zwangerschap voorkomt. In de leeftijdsgroep 10-14 jaar wordt door de peilstations een absoluut aantal van 10 ongewenste zwangerschappen gemeld, wat neerkomt op 30 per 10.000 meisjes. In de leeftijdsgroep 15-19 werden 26 meldingen gedaan en dit komt neer op 79 per 10.000 meisjes. Van het totaal van het absoluut aantal gemelde ongewenste zwangerschappen is 22% onder de 20 jaar. Ongewenste zwangerschappen komen voor tot in de leeftijdsgroep van 50-54 jaar. Het hoogste aantal ongewenste zwangerschappen komt voor in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar.

Extrapolatie

Tabel 16.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	v	v
ongewenste zwangerschap		
2003	28	22.000

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

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

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

Discussie

Niet elke ongewenste zwangerschap eindigt noodzakelijkerwijs in een abortus provocatus. Toch roept de stijging van het abortuscijfer sinds het begin van de jaren negentig vragen op over de omvang en de kwaliteit van het anticonceptiegebruik.

Van 1987-1991 hebben de peilstationartsen geregistreerd hoeveel vrouwen het spreekuur bezochten die ondanks adequaat geachte anticonceptie zwanger geworden waren. Dit aantal lag op gemiddeld 8 per 10.000 vrouwen.

Niet elke zwangerschap die ondanks anticonceptie ontstaat is ongewenst en dus is het getal 8 uit de jaren 1987-1991 duidelijk een laag getal vergeleken met de 28 ongewenste zwangerschappen per 10.000 vrouwen die nu in 2003 geregistreerd worden. Aan de andere kant is het aantal van 8 ongewenste

zwangerschappen ondanks adequaat anticonceptiegebruik niet volledig. Er ontstaan ook ongewenste zwangerschappen zonder dat er sprake was van anticonceptiegebruik.

Wordt het aantal ongewenste zwangerschappen in 2003 berekend voor de leeftijdsgroep van 15-44 jaar, de leeftijdsgroep waarvoor ook het abortuscijfer wordt berekend, dan is er sprake van 5,7 ongewenste zwangerschappen per 10.00 vrouwen in die leeftijdsgroep. Dit aantal is lager dan de 8,5 per 1000 vrouwen die een abortus provocatus hebben ondergaan. Een deel van de ongewenst zwangere vrouwen die bij de huisarts komen zal bovendien niet kiezen voor een abortus. De indruk die hieruit ontstaat is dat een aantal vrouwen zich zonder tussenkomst van de huisarts rechtstreeks tot één van de abortusklinieken wendt voor hulp. Uit cijfers van de Landelijke Abortus Registratie blijkt dat dat inderdaad het geval is. Drie van de tien abortuscliëntes werd niet verwezen door een huisarts.¹⁵

De rubriek is in 2004 gehandhaafd. In 2004 wordt met een vragenlijst nadere informatie gevraagd over de achtergrond en het ontstaan van de ongewenste zwangerschap.

17 Seksuele problematiek en seksueel geweld

Rubriekhouder: Dr. I. Vanwesenbeeck (Rutgers Nisso Groep) (2003)

Inleiding

Er zijn nauwelijks recente gegevens beschikbaar over het voorkomen van seksuele problemen en seksueel geweld in de huisartsenpraktijk. Op basis van de registratie bij de eerstelijnscentra voor seksualiteit en reproductieve gezondheid is wel enig inzicht in de seksuologische hulpverlening aldaar. Om inzicht te verkrijgen in seksuele problemen en seksueel geweld in de huisartsenpraktijk is het onderwerp in 2003 voor het eerst opgenomen in de CMR.

Seksuele problemen kunnen variëren van relatief onschuldige problemen als onvrede over de frequentie van het seksueel contact tot ernstigere problemen als parafiliën en genderidentiteitsproblemen. Seksueel geweld omvat zowel meldingen van slachtoffers, daders als overige mogelijke betrokkenheid bij seksueel geweld. Een gerichte registratie bij huisartsen kan voorzien in de behoefte aan overzicht over deze problematiek.

Methode

Gevraagd wordt elke patiënt die met een seksueel probleem of aansluitend op een uiting van seksueel geweld op het spreekuur komt te registreren. Onderscheid wordt gemaakt naar leeftijd en geslacht. Gevraagd wordt over elke melding een aanvullende vragenlijst in te vullen.

In de vragenlijst wordt geïnformeerd naar de etniciteit van de patiënt, de seksuele voorkeur van de patiënt, de aard van het probleem waarvoor hulp wordt gevraagd, welke acties door de huisarts tijdens het consult zijn ondernomen (anamnese, onderzoek gedaan of aangevraagd, geven van advies/informatie, of de patiënt is verwezen en zo ja naar welke

hulpverlener). De vragenlijsten worden verwerkt door de Rutgers Nisso Groep (mevr. Dr. I. Vanwesenbeeck). Hierover zal afzonderlijk gepubliceerd worden.

Resultaten

Het hebben van een seksueel probleem of betrokkenheid bij seksueel geweld zijn twee onderwerpen die, behalve de seksuele component, zeer verschillende achtergronden hebben. Het opnemen van seksueel geweld in de cijfers over seksuele problematiek leidt tot onzuiverheid van de cijfers en daarom worden de meldingen van seksueel geweld eerst apart beschreven.

Seksueel geweld

In 2003 werden er door de peilstations 11 meldingen gedaan van seksueel geweld. Het betrof 3 mannen en 8 vrouwen, hun leeftijd varieerde tussen de 5 en 60 jaar. Zes van de 11 meldingen waren door personen onder de 20 jaar. In tabel 2.1 staan de meldingen ongerekend naar 100.000 mannen en vrouwen. Gezien de lage incidentie wordt deze in de tabel per 100.000 in plaats van per 10.000 mannen en vrouwen gegeven. Uitsplitsing naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad is gezien de kleine aantallen niet zinvol.

Vrouwen komen vaker dan mannen bij de huisarts in verband met seksueel geweld: 13 van elke 100.000 vrouwen en 3 van elke 100.000 mannen kwamen bij de huisarts in 2003.

Tabel 17.1 Aantal meldingen dat de huisarts raadpleegt na seksueel geweld per 100.000 mannen en per 100.000 vrouwen, 2003

		Nederland
2003	M	3
	V	13

Seksuele problemen

Het aantal patiënten per 10.000 van de Nederlandse bevolking dat de huisarts raadpleegt met een seksueel probleem per provinciegroep, naar urbanisatiegraad en voor Nederland is opgenomen in tabel 17.2.

Tabel 17.2 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt met een seksueel probleem of na een uiting van seksueel geweld per provinciegroep en mate van stedelijkheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2003	M	5	14	25	19	10	19	22	18
	V	4	6	5	9	7	4	10	5

Mannen bezoeken ruim 3 maal zo vaak de huisarts met een seksueel probleem dan vrouwen. Het patroon voor de provinciegroepen en de

verstedelijkingsgraad is echter voor mannen en vrouwen hetzelfde. Er wordt minder vaak een seksueel probleem gemeld in de noordelijke provincies en in de plattelandsgemeentes. Het aantal meldingen van een seksueel probleem is voor de overige drie provinciegroepen en voor de twee hoogste verstedelijkingsgraden van een vergelijkbaar niveau.

Leeftijdsverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt met een seksueel probleem of na seksueel geweld is weer gegeven in tabel 17.3

Tabel 17.3 Aantal meldingen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt met een seksueel probleem per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003

	2003	2003
	M	V
1-4	-	-
5-9	-	-
10-14	-	-
15-19	-	-
20-24	3	11
25-29	5	14
30-34	6	10
35-39	8	4
40-44	26	7
45-49	12	5
50-54	42	5
55-59	45	9
60-64	32	4
65-69	35	-
70-74	72	-
75-79	23	-
80-84	24	-
>84	-	-

De leeftijd waarop vrouwen en mannen met een seksueel probleem naar de huisarts gaan vertoont opvallend veel verschil. Tot aan de leeftijd van 35 jaar bezoeken vrouwen vaker dan mannen de huisarts. Naarmate de leeftijd vordert bezoeken mannen veel vaker hun huisarts in verband met een seksueel probleem. De meest voorkomende leeftijd voor vrouwen is 25-29 jaar en die voor mannen 70-74. Vrouwen ouder dan 65 komen helemaal niet meer bij de huisarts in verband met een seksueel probleem.

Extrapolatie

Tabel 17.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
seksueel probleem/seksueel geweld						
2003	18	5		14.500	6.000	20.500

* 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.

Discussie

Seksueel geweld wordt in 2003 het meest gemeld door meisjes tot 20 jaar. Het aantal meldingen ligt voor vrouwen hoger dan voor mannen. Het totaal aantal meldingen is gering.

Mannen raadplegen ruim 3 maal zo vaak als vrouwen de huisarts met een seksueel probleem. Mannen in de leeftijd vanaf 40 jaar bezoeken het meest de huisarts met een seksueel probleem. Vrouwen bezoeken op jongere leeftijd de huisarts met een seksueel probleem. Analyse van de aanvullende gegevens uit de vragenlijsten zal meer inzicht geven in de aard van de problematiek van mannen en vrouwen.

De registratie van dit onderwerp in de CMR Peilstations is in 2003 voor het eerst opgenomen. Registratie van seksuele problemen en seksueel geweld in de komende jaren zal moeten leren of er sprake is van een trend in het bezoek van de huisarts met seksuele problemen of wegens seksueel geweld.

In 2004 is de rubriek ongewijzigd gehandhaafd.

18 Kinkhoest

Rubriekhouder: dr. H. de Melker, RIVM-CIE (1998-2003)

Inleiding

Kinkhoest is een acute, zeer besmettelijke infectie van de bovenste luchtwegen die veroorzaakt wordt door de bacterie *Bordetella pertussis* en in sommige gevallen door *Bordetella parapertussis*.

Kinkhoest kan zeer ernstige complicaties geven zoals hersenbeschadigingen en convulsies, atelectase van de long, pneumothorax en longemfyseem. De mortaliteit van kinkhoest is hoog, vooral bij zuigelingen jonger dan 4 maanden. De afweerstoffen, die de moeder eventueel wel heeft en die ook de placenta kunnen passeren, beschermen de zuigeling niet. Ook borstvoeding geeft geen bescherming tegen kinkhoest.

Immuniteit wordt opgebouwd zowel na het doormaken van kinkhoest als na vaccinatie, maar in beide gevallen neemt die na verloop van tijd weer af.

Vaccinatie tegen *Bordetella pertussis* is sinds het begin van de vijftiger jaren (1952) opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De dekkingsgraad van dit programma is hoog (>96%).

Het vaccin dat in de vijftiger jaren werd ontwikkeld was effectief in het bestrijden van de infectie, maar heeft niet tot uitroeiing van de bacterie geleid. De bacterie is blijven circuleren en sinds 1996 is de incidentie van kinkhoest in Nederland, ondanks de hoge vaccinatiegraad, toegenomen. Om de paar jaar treden epidemische verheffingen op. Analyse van beschikbare gegevens leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven gevallen van kinkhoest toegenomen was.¹⁶ Daarom worden sinds juli 2001 kinderen op 4 jarige leeftijd nogmaals ingeënt met een apart acellulair vaccin.

Kinkhoest is een van de ziekten waarvoor aangifte verplicht is. Het ziektebeloop en de criteria voor registratie brengen echter een forse onderrapport-

tage met zich mee en de cijfers van de Inspectie geven niet het werkelijke beeld weer. De registratie kan op 3 niveaus spaak lopen. Volwassenen, die enkele weken hoesten gaan niet gauw naar de huisarts. Als iemand wel naar de huisarts gaat en de arts vermoedt kinkhoest, dan zal niet altijd laboratoriumonderzoek worden aangevraagd. En heeft de arts wel alle gegevens dan meldt nog niet elke huisarts de patiënt bij de GGD.

Rechtstreekse registratie van kinkhoest in de huisartspraktijk is een mogelijkheid het probleem van de onderrapportage kleiner te maken. Informatie over het voorkomen van kinkhoest in de huisartspraktijk was eind jaren negentig niet beschikbaar en evenmin in andere bronnen als zodanig niet te achterhalen. Nader onderzoek naar de veranderingen in de epidemiologie van kinkhoest werd wenselijk geacht zeker na de invoering van een verbeterd vaccin in 1998. Besloten werd de rubriek kinkhoest in 1998 op de weekstaat te plaatsen. In 2000 is besloten dat vanaf de jaarklasse 1998 rond het 4^{de} levensjaar een revaccinatie met een acellulair vaccin aangeboden wordt.

Methode

De peilstationarts wordt gevraagd elke patiënt met kinkhoest te registreren. Onderscheid wordt gemaakt naar geslacht en naar leeftijdsgroep van de patiënt. Het vaak weinig typische beloop van kinkhoest bij gevaccineerde personen maakt een casusomschrijving 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/parapertussis* infectie (volgens het protocol optimale laboratoriumdiagnostiek van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding).

Bij deze omschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen klinische kinkhoest zonder bevestiging door het laboratorium en met laboratoriumonderzoek bevestigde symptomatische (al dan niet typische) *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie. Enkele weken na een melding krijgt de huisarts het verzoek aanvullende informatie te geven over de melding en over de uitkomsten van laboratoriumonderzoek wanneer dat aangevraagd is. Nagevraagd wordt welk onderzoek is verricht: serologie, kweek en of PCR. Ook wordt

gevraagd of de patiënt ooit is ingeënt tegen kinkhoest en indien dat het geval is hoeveel doses zijn toegediend.

De aanvullende informatie wordt gebruikt door het Centrum voor Infectieziekten en epidemiologie van het RIVM in Bilthoven bij de interpretatie van de ontwikkeling van Kinkhoest in Nederland.

Door in de registratie dit onderscheid te maken kan inzicht verkregen worden in de frequentie waarmee door de huisarts de diagnose kinkhoest gesteld wordt op alleen het klinische beeld. Deze informatie is aanvullend op andere bronnen over het voorkomen van kinkhoest in de bevolking.

Resultaten

Verdeling naar provinciegroep en urbanisatiegraad.

In het jaar 2003 werden 31 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 3.

Deze incidentie is beduidend lager dan in 2001 (zie tabel 18.1).

Tabel.181 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2003

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	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
2002	2	2	5	7	2	4	7	4
2003	0	(1)	4	3	0	2	7	3

De verdeling van het voorkomen van kinkhoest over het land is in 2003 net als in de jaren 1998-2002 ongelijk. In westelijke en de zuidelijke provincies is het aantal gevallen van kinkhoest hoog: 4 en 3 per 10.000 personen versus 0-1 per 10.000 personen in de noordelijke en oostelijke provinciegroepen. In de stedelijkheidsgroep 3, de grote steden (> 100.000 inwoners) is het aantal gevallen van kinkhoest hoog in vergelijking met het voorkomen in de beide andere stedelijkheidsgroepen.

In tabel 18.2 wordt het aantal personen met kinkhoest weergegeven per provinciegroep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland waarbij de gegevens van het eerder genoemde peilstation in de zuidelijke provinciegroep D niet zijn meegeteld.

Tabel 18.2 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2003 met uitsluiting van 1 peilstation

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	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
2002	2	2	5	6	2	4	7	4
2003	(0)	(1)	4	3	(0)	2	7	3

Verdeling naar leeftijdsgroep

In tabel 18.3 worden het aantal personen met kinkhoest vermeld per 10.000 inwoners.

Tabel 18.3 Aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen 1998-2003

leeftijdsgroep	1998	1999	2000 ¹	2000 ²	2001 ¹	2001 ²	2002 ¹	2002 ²	2003 ¹
<1	(17)	(17)	85	54	46	29	14	5	(7)
1-4	37	6	61	46	104	99	23	21	14
5-9	22	36	51	38	56	15	19	20	11
10-14	6	27	22	9	19	19	13	10	(3)
15-19	(4)	7	8	(3)	10	9	(1)	(2)	(4)
20-24	(1)	(2)	-	-	-	-	(1)	(1)	-
25-29	(2)	7	4	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
30-34	(2)	(4)	4	(1)	4	4	(3)	(1)	(1)
35-39	(2)	7	8	(4)	7	6	(1)	(1)	(3)
40-44	-	5	7	(3)	(3)	(2)	(4)	(0)	-
45-49	(1)	5	(3)	(3)	7	6	-	-	(1)
50-54	(2)	(2)	7	(1)	(2)	0	(1)	(1)	(1)
55-59	-	(3)	8	(3)	(2)	(2)	-	-	-
60-64	-	(7)	10	(5)	(5)	(4)	(2)	(2)	(2)
65-69	(2)	(2)	(5)	0	-	-	-	-	-
>64	-	-	(3)	(2)	(2)	(1)	(1)	(1)	-

1 Alle peilstations

2 Alle peilstations exclusief één peilstation in provinciegroep D

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. Ook in een jaar waarin er sprake is van weinig kinkhoest zoals de jaren 1998 en 2002-2003.

Extrapolatie

Tabel 18.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
kinkhoest		
1998	5	7.500
1999	10	15.750
2000	12	19.000
2001	12	19.000
2002	4	6.500
2003	3	5.000
1998****	4	6.250
1999	7	11.000
2000	7	11.000
2001	11	17.500
2002	4	6.500
2003	3	5.000

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

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

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

**** minus de gegevens van één peilstation

Discussie

Ondanks een hoge vaccinatiegraad tegen kinkhoest blijft kinkhoest voorkomen in de bevolking. De incidentie van kinkhoest is gemeten in de huisartspraktijk hoger dan uit de officiële aangiftecijfers naar voren komt. Op een aantal andere punten zijn de uitkomsten van de officiële aangifte van kinkhoest en van de registratie door huisartsen van kinkhoest in overeenstemming.

Kinkhoest komt het hele jaar voor in alle, dus ook de hogere leeftijdsgroepen. Er is wel een duidelijke seizoenstrend: in het 3^e kwartaal worden de meeste meldingen gedaan (gegevens niet getoond). Het voorkomen is het hoogst onder de 1-4 jarigen. Onder de 0-jarigen, 5-9 jarigen en 10-14 jarigen komt kinkhoest in beide registraties ook relatief veel voor.

In het 2^e half jaar van 2001 en de eerste 3 maanden van 2002 was er sprake van een epidemische verheffing van kinkhoest. De verheffing daarvoor was in 1999-2000.

De rubriek is in 2004 gehandhaafd op de weekstaat.

19 Resistentie tegen antibiotica van uropathogenen

rubriekhouder: dr. E Stobberingh, Universiteit van Maastricht (2003)

Inleiding

Resistentie van bacteriën tegen antibiotica is een bron van zorg. In Medisch Contact van 12 juli 2002 wordt dit nog eens onder woorden gebracht door dr. J. Kluytmans, arts-microbioloog: “Nederland bevindt zich samen met Scandinavië sowieso nog in een zeer bijzondere situatie met betrekking tot de resistentieproblematiek. Deze lijkt nog het meest op die van het dorpje van de dappere Galliers Asterix en Obelix, dat hardnekkig verzet blijft bieden tegen de almachtige en alom aanwezige Romeinen. Het is opvallend dat we dit verzet nog steeds volhouden. De toverdrank bestaat in dit geval uit een terughoudend antibioticabeleid en preventieve maatregelen.” Deze constatering van dr. Kluytmans wordt ondersteund door de eerste resultaten van het EARSS project (European Antimicrobial Resistance Surveillance System).¹⁷

Een terughoudend antibiotica beleid is een van de wapens in de preventie van resistentieontwikkeling en wordt steeds weer vastgesteld op basis van monitoring van de resistentie tegen antibiotica.

De Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) heeft tot taak landelijke richtlijnen voor een verantwoorde keuze van antibiotica op te stellen en ontvangt daarvoor een structurele subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Werkgroep Surveillance antibioticaresistentie in Nederland (SARIN), onderdeel van de SWAB, richt zich op het stimuleren en coördineren van resistentiesurveillance programma's en het bijdragen aan de informatievoorziening over resistentieontwikkeling.

In het SERINproject (Surveillance van extramurale resistentie in Nederland) is in 2003 voorzien in een onderzoek naar de resistentie van uropathogenen. Tussen de SWAB en het NIVEL is een intentieverklaring voor samenwerking getekend.

Methode

De op vrijwillige basis deelnemende peilstationartsen nemen patiënten op in de studie met klachten van zowel acute als recidiverende urineweginfecties onafhankelijk van de uitslag van de nitriettest en een eventueel gestarte antibiotische therapie. In versgeloosde ochtendurine wordt een uricult/dipslide gedoopt en voorzien van codenummer van de huisarts en volgnummer van de patiënt in een portvrije envelop opgestuurd naar het bacteriologisch laboratorium van het academisch ziekenhuis Maastricht. Isolatie en identificatie van de uropathogenen wordt verricht volgens standaard microbiologische richtlijnen en de antibiotica gevoeligheidsbepaling volgens de SWAB standaard.

De uitslagen van het onderzoek worden gerapporteerd naar de aanvragende peilstationartsen.

Resultaten

In 2003 zijn in totaal 2233 uricults ingezonden door de 21 deelnemende peilstations (31 huisartsen).

Van de patiënten is 86 % vrouw. Bij 2 % is het geslacht niet vermeld op het aanvraagformulier.

Het percentage positieve kweken is voor vrouwen 79 en voor mannen 56.

Uricults worden ingestuurd in alle provinciegroepen: 7% van de uricults is afkomstig uit de noordelijke provincies, 26 % uit de oostelijke, 47 % uit de westelijke en 20 % uit de zuidelijke provincies.

In de verschillende provinciegroepen zit respectievelijk 16, 21, 38 en 25 % van de populatie van alle peilstations.

In tabel 19.1 is een overzicht gegeven van de verdeling van het aantal positieve kweken en het totaal kweken naar leeftijd en geslacht.

Tabel 19.1 Aantal positieve urine kweken en het totaal aantal ingezonden urine kweken per leeftijdsgroep per geslacht, 2003

leeftijdsgroep	mannen	vrouwen
<=1	3/3	1/1
2-10	10/19	79/118
11-20	6/9	97/116
21-30	5/15	174/238
31-40	12/29	172/246
41-50	20/37	143/190
51-60	15/35	146/193
61-70	30/46	224/258
>=71	44/66	455/519

Discussie

Het grote verschil tussen mannen en vrouwen in aantal ingezonden uricult is niet verbazend; vrouwen krijgen vele malen vaker urineweg infecties dan mannen.

Bij het inzenden van uricults zijn de oostelijke en westelijke provincies oververtegenwoordigd; de noordelijke en zuidelijke provincies ondervertegenwoordigd

Pasteur had het inzicht al: de micro-organismen hebben het laatste woord. “De medicus moet blijven beseffen dat het antibioticum dat hij gebruikt ten bate van een patiënt zich door die toepassing in de toekomst kan keren tegen de genezing van andere patiënten”.¹⁸

Wanneer huisartsen 'spontaan' urine monsters opsturen voor een kweek en gevoeligheidsbepaling worden hoge resistentie percentages (amoxicilline 35% en trimetroprin 28%) gevonden. Een verklaring voor deze hoge percentages is dat de huisarts waarschijnlijk dan een kweek en

gevoeligheidsbepaling laat doen wanneer een behandeling met een eerste keuze middel niet het gewenste resultaat heeft gehad.

In het SERIN-project uropathogenen worden ongeselecteerde urinemonsters onderzocht. Verwacht mag worden dat de uitkomsten een nuancering tot gevolg kunnen hebben voor het antibioticabeleid in de huisartspraktijk zoals vastgelegd in de NHG-standaard urineweginfecties.

Dit onderwerp wordt in 2004 gecontinueerd.

20 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassen)

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds, NIVEL (1976-2003)

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'.¹⁹

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

In 2003 is het aantal verzoeken 37. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 76% een maligniteit. Dit komt overeen met het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2002.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 34; van deze 34 patiënten verbleven er 2 in een hospice.

Bij 33 verzoeken (90%) wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 36 patiënten. Eén patiënt vraagt hulp bij zelfdoding. Bij 29 (78%) 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 de eventuele uitvoering van de euthanasie of het geven van de hulp voor zelfdoding nog niet aan de orde was.

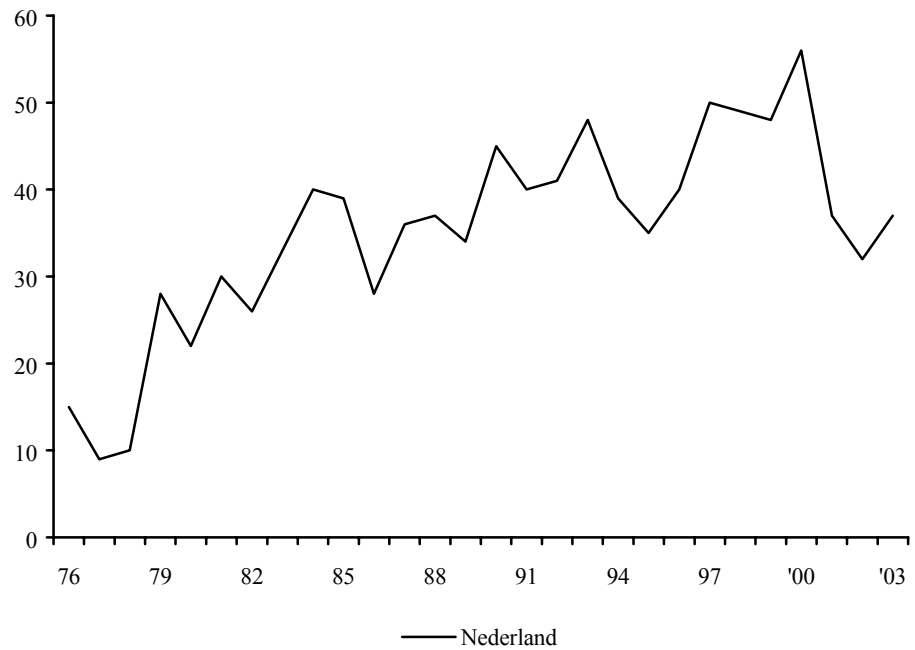
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2003

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 20.1 te vinden (vergelijk figuur 20.1).

Tabel 20.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1994-2003

absoluut	provinciegroep						stedelijkheidsgraad			Nederland
	M	V	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2002	19	11	4	7	17	4	4	19	9	32
2003	16	21	4	8	21	4	3	25	9	37

Figuur 20.1 Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-2003



Gerekend over de gehele periode 1976-2003 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 20.2 en tabel 20.3.

Tabel 20.2 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-2003

	provinciegroep			
	N	O	W	Z
aantal peilstations	5	4	12	7
gemiddeld aantal verzoeken	18,2	16,8	30,3	16,1
spreiding	1-46	9-27	17-46	10-25

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben.

Tabel 20.3 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-2003

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	4	19	8
gemiddeld aantal verzoeken	23,3	19,2	26,7
spreiding	14-33	1-46	13-46

* enkel peilstations die over de gehele periode gemeld hebben

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

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 20.4 te vinden.

Tabel 20.4 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1994-2003

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
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
2002	6	5	6	9	6	32
2003	5	6	12	6	8	37

Overzicht van de gemelde verzoeken

Inmiddels zijn sinds 1976 de gegevens bekend over 984 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 507 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 20.5.

Tabel 20.5 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-2003

	N	%
maligne neoplasmata	738	75
hart- en vaatziekten	58	6
chronische obstructieve longziekten	43	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	46	5
overige ziekten	99	10
totaal	984	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 20.6.

Tabel 20.6: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n=absolute aantal verzoeken), 1976-2003

	<54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	>84 %
maligne aandoeningen	78	87	89	66	30
hart- en vaatziekten	0	1	2	12	20
chron. obst.	1	2	2	8	10
longziekten	3	1	1	4	26
symptomen en onvolledig overige ziekten	19	8	6	10	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 20.7 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 20.7 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-2003 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	<64 jaar %	>64 jaar %
alle aandoeningen	984	35	65
alle maligniteiten	738	31	61
hart- en vaatziekten	58	4	96
chr. obstr. long- ziekten	41	12	88
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	48	16	84
overige ziekten	99	46	54

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 20.8).

Tabel 20.8 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), 1976-2003

	n	<65 jaar %	> 64 jaar %
alle maligniteiten	738	39	61
maag	63	39	61
colon/rectum	110	29	71
trachea/long	189	36	64
borst	73	56	44
overige	275	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 90% in 2002 en 2003.

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).²⁰

Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland ten aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslissingen rond het levenseinde van patiënten (Van der Maas e.a. 1991²¹, Pijnenborg e.a.²²1994, Van der Wal e.a. 1994.²³ Van der

Maas e.a.²⁴). In 2001 is opnieuw grootschalig onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde.

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 andere genoemde onderzoeken zijn de gegevens van de CMR-Peilstations exclusief van huisartsen afkomstig.

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

Het aantal meer expliciete verzoeken om euthanasie op een bepaald moment in het ziekteproces is tussen 1990 en 1995 met 9% gestegen. Tussen 1995 en 2001 is dit aantal niet gestegen, terwijl het aantal sterfgevallen wel is gestegen (Van der Wal, 2003²⁵).

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 (Van der Maas, 1996) vastgestelde 9%. Tussen 1995 en 2001 is het aantal verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding licht gestegen: van 35 naar 37. De relatief kleine absolute aantallen verzoeken aan de Peilstationartsen kunnen per jaar aanzienlijke verschillen vertonen zodat het noodzakelijk is met voortschrijdende gemiddelden te werken. 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.²⁶

In het onderzoek over 2001 vinden van der Wal e.a. (van der Wal, 2003) dat bij meer mannen dan vrouwen respectievelijk euthanasie of hulp bij zelfdoding was uitgevoerd 54 versus 46% en 60 versus 40%.

De registratie van de verzoeken om eveneens euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consequent een groter aandeel van de mannen boven de vrouwen: ongeveer 52% versus 48% in de periode 1976-2003.

In de drie genoemde 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 (in 200: 77%). Eveneens wordt vastgesteld dat het aandeel van de patiënten met een maligniteit op oudere leeftijd afneemt.

De gegevens van de CMR-Peilstations laten dit beeld ook zien: in de periode 1976-2003 leed 75% van de patiënten die verzochten om euthanasie of hulp bij zelfdoding aan kanker. In de leeftijdsgroep van 75-84 jaar daalt dit percentage tot 66%; vanaf 85 jaar is het nog slechts 27%.

De over langere periode verzamelde gegevens over de verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding laten een geleidelijke verandering zien in de redenen om de huisarts om levenbeëindiging te vragen. Ondraaglijke pijn en lichamelijke lijden worden minder belangrijke motieven; de uitzichtloosheid en het verlies aan waardigheid door de ziekte zijn nu meer de redenen om een euthanasie te vragen (Marquet, 2003).

Tabel 20.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2003

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
94	V	gynecologische tumor	pijn klachten
93	M	ziekte van Pick	verwardheid
88	M	longcarcinoom	pijn, onrust
86	M	'oud'	wil niet langer leven
86	M	coloncarcinoom	tot zover en niet verder
86	V	COPD	terminaal
86	V	metastasen, onbekend primaire tumor	pijn
86	V	farynxcarcinoom	infauste prognose
83	V	mammacarcinoom	ontluistering, dyspnoe
81	V	longcarcinoom	terminale fase

Tabel 20.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2003 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
80	M	gemetastaseerd maagcarcinoom	ontluistering, braken
80	V	ernstige COPD	veel pijn, dyspnoe
75	M	hepatocellulair carcinoom	niet te behandelen, misselijk, pijn
75	V	slecht ter been, arthrosis	algemene achteruitgang, depressief
73	M	longcarcinoom	terminaal lijden
73	M	gemetastaseerd pancreas carcinoom	angst voor ontluistering, pijn
73	V	gemetastaseerd mamma carcinoom	benauwdheid, pleuravocht
72	M	gemetastaseerd bronchuscarcinoom	ondraaglijk lijden
72	M	mesothelioom	toename afhankelijkheid, bedlegerig
72	V	hepatocellulair carcinoom	angst voor ondraaglijk lijden, terminaal
72	V	darmcarcinoom	uitzichtloosheid
71	M	maagcarcinoom	veel pijn
71	V	gemetastaseerd niercarcinoom	veel pijn
69	V	endometrium carcinoom	infauste prognose
68	M	coloncancinoom	angst voor ondraaglijk lijden, terminaal
67	M	pancreascarcinoom	ontluistering, afhankelijkheid, pijn, uitzichtloosheid
63	V	longcarcinoom	uitbehandeld
63	M	progressieve spinale spierdystrofie	angst voor ontluistering, afhankelijkheid
62	M	maagcarcinoom	angst te sterven
62	V	mamma carcinoom	terminaal lijden
62	V	gemetastaseerd coloncancinoom	te hoge lijdensdruk

Tabel 20.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2003 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
61	V	ALS	pijn, zwakte, niet kunnen eten/drinken
53	V	longcarcinoom	
52	V	ALS	eindfase
50	V	linitis plastica en metastasen	ondraaglijk lijden
49	V	mondbodemcarcinoom	
45	M	dwardslaesie, Diabetes Mellitus	ganggreen tenen, neuropatische pijn

Het onderzoek wordt in het jaar 2004 gecontinueerd.

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

Marquet R.L., Bartelds A., Visser G.J., Spreeuwenberg P., Peters L. *Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis*. BMJ, 2003; 327: 201-2.

Concern have been expressed that the Dutch policy on euthanasia (e) and physician assisted suicide (PAS) may lead to an exponential increase in the number of requests and use. Many Dutch general practitioners, nursing home physicians, and pharmacists have a fairly positive attitude and have become more tolerant over the years. We investigated the effect of increasing acceptance on the number of and underlying reasons for requests for E/PAS in Dutch general practice from 1977 to 2001.

21 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Psycho-Medisch Centrum (1985-1989, 1995-2003)

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 eetstoornissen.

De peilstationartsen is gevraagd om per patiënt een aantal gegevens te verstrekken. Betrof het een in 2003 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 in samenwerking met het Landelijk Kennis- en Behandelcentrum voor Eetstoornissen, de Ursela.

In tabel 21.1 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 1995-2003. 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 21.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2003 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
absoluut/jaar								
Gem:								
1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
1997	12	10	11	9	8	29	4	42
1998	10	17	15	9	5	36	10	51
1999	4	14	12	13	1	38	4	43
2000	4	9	13	9	3	26	6	34
2001	5	6	6	7	4	19	1	24
2002	2	12	14	8	5	24	7	36
2003	1	14	24	4	2	29	12	43
per 10.000 vrouwen								
1995	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	(3.3)	8.5	5.4	8.4	(1.1)	7.9	4.4	5.2
2000	(3.2)	4.6	3.9	6.1	(2.3)	4.9	3.8	4.2
2001	3.4	4.0	2.5	4.6	(4.4)	4.0	0.9	3.6
2002	(1.5)	7.3	5.4	3.5	4.9	4.5	4.5	4.6
2003	(0.8)	11.6	7.8	(2.3)	(1.8)	5.9	9.0	6.0

Het aantal meldingen is in 2003 ten opzichte van 2002 iets toegenomen. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 96%.

In 2003 is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het hoogst in de oostelijke provinciegroep. Eetstoornissen worden ook in 2003 weer het meest gemeld in de verstedelijkte gebieden en forensen gemeenten.

In tabel 21.2 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 21.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2003

vrouwen	1985-1989 gem.	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1-4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-
10-14	1	1	1	0	2	-	1	1	1	-
15-19	8	13	15	10	9	7	9	6	5	5
20-24	12	14	9	11	14	7	5	2	3	7
25-29	14	10	7	7	5	6	9	4	8	7
30-34	6	9	4	3	4	6	4	5	2	5
35-39	7	8	6	3	11	9	3	3	5	5
40-44	4	2	2	4	4	6	1	-	4	6
45-49	1	4	1	1	1	-	1	-	2	5
50-54	1	2	-	-	-	-	1	1	2	2
55-59	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

In 2003 was er 1 melding van een mannelijke patiënt.

Ook in 2004 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

Hoek W.Hans, Bartelds Aad I.M., Bosveld Jaqueline J.F., Graaf van der Yolanda, Limpens Veronique E.L., Maiwald Margo, Spaaij Caroline J.K. *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

22 Algemene opmerkingen

- 1 De weekstaat voor 2004 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
 - b Neuraminidaseremmer (voorgeschreven).
 - c Waterpokken.
 - d Consult i.v.m. rookverslaving.
 - e Suïcide(poging).
 - f Urethritis bij man.
 - g Angst voor AIDS.
 - h Gastro-enteritis.
 - i Ongewenste zwangerschap.
 - j Seksuele problematiek en seksueel geweld.
 - k Kinkhoest.
 - l Acute Respiratoire Infectie.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2004 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

23 Literatuurlijst

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

Algemeen

Bartelds A.I.M., Fracheboud J., Zee van der J. *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 than usual in the annual reports, of which to date 18 have been published (1970 to 1987 inclusive).

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

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

Bartelds A.I.M. *Validation of Sentinel Data*. Das Gesundheitswesen. 55 (1993) 3-7. Sonderheft 1.

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

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., Verhaak P.F.M., Bartelds A.I.M., Sorbi M.J., Bensing J.M. *Unexplained severe chronic pain in general practice*. European Journal of Pain 2002; 6: 203-212

The aim of this study was to estimate the prevalence of unexplained severe chronic pain (USCP) in general practice and to the report medical as well as psychological descriptions of patients suffering from this condition.

A total of 45 GPs in 35 different practices included patients throughout the year 1996. Patients were included according to the following criteria: between 18 and 75 years of age; pain which had lasted at least 6 months; pain is the most prominent aspect in the clinical presentation; pain is serious enough to justify clinical attention; pain has led to obvious discomfort and disability in daily life at least for 1 month. Medical aspects were measured with the IASP taxonomy while psychological aspects were derived from the MPI.

The overall prevalence of USCP was 7.91 per 1000 enlisted patients. Estimates ranged between 1.87 in the youngest age group and 13.50 in the 55-59 age category. The lower back and lower limbs were most frequently affected and 31% of the patients had pain in more than three major body sites. Pain was most frequently associated by the musculoskeletal system and most often (nearly) continuous. Mean severity of current pain was 3.7 on a scale from 0 (indicating no pain) to 6 (indicating a lot of pain). Mean rating of 'average pain in the last week' was 4.1. Regarding the psychosocial and behavioural aspects of pain, 27% of the patients could be described as perceiving severe pain while gaining social support for it. Fourteen per cent felt in the category 'pain combined with affective and relational distress' and 10% was classified as 'coping well with pain intensities lower than those of the other groups'. The other half of the patients were on average or not classifiable on these aspects.

Unexplained severe chronic pain lasting more than 6 months had an overall prevalence of 7.91 per 1000 enlisted patients, ranging from 1.87 in the youngest to 13.50 in the oldest patients in these 35 general practices in The Netherlands. Our prevalence estimate of USCP is low compared to other studies on chronic pain. Probably for three reasons: Firstly, our study was confined to unexplained pain and not all chronic pain. Secondly, our inclusion criteria focused the attention of very severe chronic pain patients, and thirdly, we have defined 'chronic' as more than 6 months, while others have been using shorter time spans.

Depressie

Verhaak P.F.M., Bartelds A.I.M., Schellevis F.G. *Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie*. Huisarts Wet. 2002; 45 (13):122-5.

Inleiding Depressie is een belangrijke aandoening in de huisartspraktijk. In dit artikel wordt beschreven in hoeverre het feitelijk handelen van huisartsen overeenkomt met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Depressie 1994.

Methode Huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland hebben van alle nieuwe gevallen van depressie in 2000 gegevens geregistreerd over symptomen medicatie verwijzing en beleid.

Resultaten Bij de meeste aangemelde patiënten is volgens de normen van de NHG-Standaard sprake van een ernstige depressie. Er wordt in veel gevallen medicatie voorgeschreven. Ook wanneer daar volgens de NHG-Standaard geen indicatie voor is in de meerderheid van de gevallen betreft dit SSRI's.

Verwijzingen vinden slechts sporadisch plaats en dan vooral bij jongeren. Huisartsen vragen patiënten vaak binnen twee weken terug te komen

Discussie Met name het medicatiebeleid wijkt af van de voorgestelde standaard. Voorts krijgen jongere patiënten relatief meer therapeutische aandacht.

Hartinfarct

Pal van der-de Bruin K.M., Verkleij H., Jansen J., Bartelds A., Kromhout D. *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., Koning de H.J., Looman C.W.N., Borsboom G.J.J.M., Bartelds A.I.M., Maas van der P.J. *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.

Prostaatlijden

Otto Suzie J., Crujisen van der Ingrid W., Liem Michael K., e.a. *Effective PSA contamination in the Rotterdam section of the European randomized study of screening for prostate cancer*. Int. J. Cancer, 2003; 105, 394-399.

Beemsterbroer P.M.M., Koning de H.J., Kranse R., e.a. *Prostate specific antigen testing and digital rectal examination before and during a randomized trial of screening for prostate cancer: European randomized study of screening for prostate cancer, Rotterdam*. The Journal of Urology, 2000, vol 164, 1216-1220.

Beemsterboer P.P.M. *Evaluation of Screening Programmes. Studies on breast cancer and prostate cancer*. Dissertatie, Rotterdam, 1999 (hoofdstuk 6).

Voorschrijven oestrogenen

Donker G.A., Spreeuwenberg P., Bartelds A.I.M, Velden van der K., Foets M. *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

24 Voetnoten

- 1 Dulk C.J. den, H. van der Stadt, J.M. Vliegen. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Mnd. Stat. Bevolk, (CBS) 92/7.
- 2 Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 2002. Nivel, Utrecht.
- 3 De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
- 4 In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders vermeld.
- 5 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.
- 6 Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
 - a Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
 - b De infectie moet gepaard gaan met een temperatuursverhoging van tenminste 38° rectaal.
 - c Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).
- 7 Cox N.J., K. Subbaro. Influenza, The Lancet Vol. 354, October 9, 1999, p. 1277-1282.
- 8 Heijnen MLA, WE van den Brandhof, AIM Bartelds etc. Infectieziekten Bulletin (13) 3, 2002, blz. 104.

- 9 Waterpokken bij een zwangere met ernstige gevolgen voor moeder en kind. Manten G.I.R., Derks J.B., Loon van A.M., Geraerds L.J. en Bruinise H.W. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2003, oktober; 147 (41) 2029-32.
- 10 Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapportnr.: 270551001. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002
- 11 Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 RIVM-rapportnr.: 270551001. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002, blz. 33.
- 12 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D., Kramers P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.
- 13 Lopman B., Vennema H., Kohli E., e.a. Increase in viral gastroenteritis outbreaks in Europe and epidemic spread of new norovirus variant. Lancet 2004; 363: 682-88.
- 14 Wijzen C. Jaarverslag van de Landelijke Abortus Registratie 2003. RNG-rapport, Juni 2004.
- 15 Abortus in Nederland. C. Wijzen, J. Rademakers, Eburon. Delft, 2003.
- 16 Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens. Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996.
- 17 EARSS, Annual Report 2001, ISBN 90-6960-098-6.
- 18 Everdingen J.J.E. van, G. Feenstra, J. Dankert. De balans verstoord in: 'Als Vanco valt'. De falende verdediging van geneesmiddelen tegen micro-organismen. 1996, Overveen ISBN 90-73459 13 3.
- 19 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasia onder bepaalde voorwaarden.
- 20 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.
- 21 Maas van der 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.

- 22 Pijnenborg L., J.J.M. van Delden, J.W.P.F. Kardaun, J.J. Glerum, P.J. van der Maas. Nationwide study of decisions concerning the end of life practice in the Netherlands. *BMJ*, 1994; 309: 1209-9.
- 23 Wal van der G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ*, 1994; 308: 1346-9.
- 24 Maas van der 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, *New E.J. of Med.* Volume 335, number 22, 1996.
- 25 Wal van der Gerrit, Agnes van der Heide. *Medische besluitvorming aan het einde van het leven*. De Tijdstroom, Utrecht, 2003.
- 26 Marquet Richard L., A. Bartelds, G.J. Visser, P. Spreeuwenberg and L. Peters. Twenty-five years requests for euthanasia and physicians-assisted suicide in Dutch general practice, *BMJ*, Volume 327; 201-202, 2003.

Bijlage 1: deelnemende artsen in 2003

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller	't Zand	Groningen
Y.Wapstra/K.Tanis (comb. -praktijk)	Franeker	Friesland
P.S. Wiersema*	Oostermeer	Friesland
F.M. van Soest/H.D.W.A. van Gijsel/ 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
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
P.B. den Hertog	Utrecht	Utrecht
A.H.F. Eijgenstijn	Utrecht	Utrecht

Bijlage 1: deelnemende artsen in 2003 (vervolg)

G.B.A. Baars	Utrecht	Utrecht
A.I.M. Bartelds	Huizen	Noord-Holland
C.W. Willeboordse/Mw. A.M. Kruize-Mosch (comb.-praktijk)	Heiloo	Noord-Holland
M.M. Spoor	Alkmaar	Noord-Holland
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb. -praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
Mw. M.C. Duijn/E. Simons (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
P. Smeets	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Bijlage 2: weekstaat 2003

Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2004 (alfabetisch)

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute respiratoire aandoening	2001-2004
aids (angst voor)	1988-2004
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 1996-2004
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994

Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2004 (alfabetisch)(vervolg)

hepatitis	1994
herpes zoster	1997-2001
hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
hulpmiddel	1999-2001
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2004
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2004
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
milieu gerelateerde gezondheidsklacht	2003
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
neuraminidaseremmer voorgeschreven	2003-2004
oestrogenen voorschrift	1994-1998
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
ongewenste zwangerschap	2003-2004
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
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

Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat (alfabetisch) (vervolg)

rookverslaving (consult)	1974 en 2003-2004
seksuele problematiek en seksueel geweld	2003-2004
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2004
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983 en 1992
sterilisatie bij de man verricht	1972-1999
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1999
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2004
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	2000-2004
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000-2001
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2004 (alfabetisch)

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 1995-2004
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2004
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 Nederlandse bevolking

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2003 (CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	523	499	1.022
5-9	504	481	985
10-14	513	490	1.003
15-19	492	467	959
20-24	492	481	973
25-29	519	512	1.031
30-34	656	639	1.295
35-39	676	649	1.325
40-44	646	630	1.276
45-49	590	578	1.168
50-54	570	554	1.124
55-59	526	513	1.039
60-64	386	387	773
65-69	312	337	649
70-74	257	315	572
75-79	184	271	455
80-84	109	202	311
>84	61	172	233
Totaal	8.016	8.177	16.193

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

Bijlage 6: jaartabellen

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd											
Alle Peilstations Leeftijds- groep	Populatie			Jaar 2003	week: 1 t/m 52			Gastro-enteritis geen fecesweek			
	M	V	T	“Influenza”	Neuramini- daseremmer	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	M	V	T
<1	677	666	1344	275	0	0	15	0	487	736	610
1-4	2987	2816	5803	229	0	0	3	0	442	433	438
5-9	3636	3398	7035	152	0	0	3	0	168	230	198
10-14	3467	3302	6768	148	0	0	6	3	156	97	127
15-19	3428	3310	6739	113	0	4	12	28	85	82	83
20-24	3498	3727	7225	116	0	6	34	91	103	131	118
25-29	4154	4322	8476	103	0	5	51	65	96	93	94
30-34	5263	5158	10421	109	0	6	36	45	97	91	94
35-39	5104	4779	9884	127	1	6	41	31	65	105	84
40-44	4625	4561	9186	108	0	7	24	15	52	53	52
45-49	4292	4176	8467	107	1	6	19	14	61	72	66
50-54	4309	4205	8514	114	0	2	19	8	58	71	65
55-59	3567	3436	7003	123	1	4	34	13	50	58	54
60-64	2812	2833	5644	92	7	4	4	0	82	53	67
65-69	2258	2416	4675	126	9	2	53	0	62	50	56
70-74	1786	2261	4047	114	5	0	45	0	95	53	72
75-79	1328	1933	3261	74	0	0	8	0	53	47	49
80-84	822	1457	2279	57	4	4	12	0	109	110	110
>84	513	1337	1850	81	5	0	19	0	97	75	81
Totaal	58525	60094	118619	122	1	4	25	22	109	112	110

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd											
Alle Peilstations Leeftijds- groep	Jaar 2003			week: 1 t/m 52							
	Populatie		T	Gastro-enteritis feceskweek			Kinkhoest	Waterpokken	GGZ		ARI-EL
M	V	M		V	T	M+V	M+V	M+V	verwijzing	consultatie	M+V
<1	677	666	1344	89	90	89	7	283	0	0	2716
1-4	2987	2816	5803	90	71	81	14	357	10	2	1610
5-9	3636	3398	7035	41	29	36	11	63	38	0	738
10-14	3467	3302	6768	14	15	15	3	9	25	1	479
15-19	3428	3310	6739	6	21	13	4	3	88	6	430
20-24	3498	3727	7225	26	38	32	0	8	126	3	376
25-29	4154	4322	8476	24	39	32	2	4	117	8	378
30-34	5263	5158	10421	23	31	27	1	7	119	9	361
35-39	5104	4779	9884	20	19	19	3	4	98	12	368
40-44	4625	4561	9186	28	15	22	0	0	82	9	305
45-49	4292	4176	8467	19	19	19	1	0	92	11	363
50-54	4309	4205	8514	21	17	19	1	1	62	6	350
55-59	3567	3436	7003	11	20	16	0	0	69	1	358
60-64	2812	2833	5644	11	11	11	2	0	34	5	340
65-69	2258	2416	4675	9	25	17	0	2	26	4	355
70-74	1786	2261	4047	6	22	15	0	0	17	10	371
75-79	1328	1933	3261	38	26	31	0	3	12	9	405
80-84	822	1457	2279	36	0	13	0	0	39	18	404
>84	513	1337	1850	19	0	5	0	0	32	5	395
Totaal	58525	60094	118619	25	25	25	3	27	70	6	481

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations														
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd														
Alle Peilstations Leeftijds- groep	Populatie			Milieu gerelateerde gezondheidsklacht			Consult rook- verslaving			weel 1 t/m 52 Ongewenste zwangerschap	Sexuele problematiek en sexueel geweld			
	jaar 2003	M	V	T	M	V	T	M	V	T	V	M	V	T
<1	677	666	1344	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	2987	2816	5803	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	3
5-9	3636	3398	7035	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4
10-14	3467	3302	6768	0	0	0	3	9	6	30	3	3	3	3
15-19	3428	3310	6739	3	0	1	26	63	45	79	0	6	3	3
20-24	3498	3727	7225	0	0	0	54	72	64	107	3	16	10	10
25-29	4154	4322	8476	0	2	1	77	88	83	53	5	14	9	9
30-34	5263	5158	10421	0	12	6	76	95	85	48	11	17	14	14
35-39	5104	4779	9884	6	0	3	92	75	84	52	8	6	7	7
40-44	4625	4561	9186	0	0	0	112	169	140	22	26	7	16	16
45-49	4292	4176	8467	2	2	2	126	158	142	10	12	7	9	9
50-54	4309	4205	8514	5	0	2	162	155	159	7	51	10	31	31
55-59	3567	3436	7003	3	0	1	196	140	168	0	62	3	33	33
60-64	2812	2833	5644	0	4	2	146	78	112	0	32	4	18	18
65-69	2258	2416	4675	0	0	0	111	50	79	0	35	0	17	17
70-74	1786	2261	4047	0	9	5	56	22	37	0	62	0	27	27
75-79	1328	1933	3261	0	0	0	38	10	21	0	23	0	9	9
80-84	822	1457	2279	0	0	0	0	7	4	0	12	0	4	4
>84	513	1337	1850	0	7	5	0	7	5	0	0	0	0	0
Totaal	58525	60094	118619	1	2	2	81	79	80	28	18	7	13	13

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd											
Alle Peilstations Provincie- groep	Populatie			Jaar 2003			Week 1 t/m 52				
	M	V	T	"Influenza"	Neuramini- daseremmer	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	Gastro-enteritis geen feceskweek		
				M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	V	T
GR+FR+DR	10078	10270	20349	90	0	1	17	3	110	92	101
OV+GLD+FLE	10469	10459	20929	81	0	5	32	18	126	142	134
UTR+NH+ZH	23591	24737	48328	140	2	3	29	35	103	103	103
ZLD+NB+LIM	14389	14627	29016	144	1	6	18	17	105	119	112
Totaal	58525	60094	118619	122	1	4	25	22	109	112	110

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd											
Alle Peilstations Provincie- groep	Populatie			Jaar 2003			week: 1 t/m 52				
	M	V	T	Gastro-enteritis feceskweek			Kinkhoest	Waterpokken	GGZ verwijzing	ARI-EL consultatie	
				M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V	M+V
GR+FR+DR	10078	10270	20349	16	24	20	0	15	24	2	159
OV+GLD+FLE	10469	10459	20929	30	32	31	1	38	47	5	376
UTR+NH+ZH	23591	24737	48328	25	27	26	4	27	94	9	489
ZLD+NB+LIM	14389	14627	29016	28	18	23	3	28	80	6	769
Totaal	58525	60094	118619	25	25	25	3	27	70	6	481

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations															
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd															
Alle Peilstations Provincie- groep	Populatie			jaar 2003						weel 1 t/m 52			Sexuele problematiek en sexueel geweld		
	M	V	T	Milieu gerelateerde gezondheidsklacht			Consult rook-verslaving			Ongewenste zwangerschap	M	V	T		
GR+FR+DR	10078	10270	20349	2	1	1	53	47	50	28	5	4	4		
OV+GLD+FLE	10469	10459	20929	2	2	2	111	96	103	31	14	9	11		
UTR+NH+ZH	23591	24737	48328	1	3	2	77	71	74	32	26	6	16		
ZLD+NB+LIM	14389	14627	29016	1	1	1	86	103	94	18	19	10	14		
Totaal	58525	60094	118619	1	2	2	81	79	80	28	18	7	13		

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
Alle Peilstations Stedelijkheid	Populatie			Jaar 2003			Week 1 t/m 52			Gastro-enteritis geen feceskweek		
	M	V	T	"Influenza"		Neuramini- daseremmer	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	M	V	T
5	11165	11167	22333	88		1	4	32	9	121	134	128
4-3-2	36512	37701	74211	111		1	3	18	15	103	104	103
1	10849	11226	22076	192		2	6	40	58	117	115	116
Totaal	58525	60094	118619	122		1	4	25	22	109	112	110

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
Alle Peilstations Stedelijkheid	Populatie			Jaar 2003			week: 1 t/m 52			GGZ		ARI-EL
				Gastro-enteritis feceskweek			Kinkhoest	Waterpokken	verwijzing	consultatie		
	M	V	T	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M+V	M+V	
5	11165	11167	22333	30	39	34	0	46	29	4	270	
4-3-2	36512	37701	74211	25	23	24	2	22	72	5	538	
1	10849	11226	22076	20	20	20	7	26	104	14	501	
Totaal	58525	60094	118619	25	25	25	3	27	70	6	481	

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations														
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd														
Alle Peilstations Stedelijkheid	Populatie			jaar 2003						weel 1 t/m 52				
				Milieu gerelateerde gezondheidsklacht			Consult rook-verslaving			Ongewenste zwangerschap	Sexuele problematiek en sexueel geweld			
	M	V	T	M	V	T	M	V	T	V	M	V	T	
5	11165	11167	22333	3	1	2	108	97	103	36	10	7	9	
4-3-2	36512	37701	74211	1	1	1	67	63	65	22	20	6	13	
1	10849	11226	22076	1	5	3	101	112	107	39	23	12	18	
Totaal	58525	60094	118619	1	2	2	81	79	80	28	18	7	13	

