



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (G.A. Donker, *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005**

G.A. Donker



ISBN 90-6905-7980

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 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

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Internationale samenwerking	11
<b>2 Begeleidingscommissie</b>	<b>13</b>
<b>3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2005</b>	<b>15</b>
<b>4 Methoden algemeen</b>	<b>19</b>
4.1 Praktijken	20
4.2 De praktijkpopulaties	22
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	25
4.4 De weekstaat	29
4.5 Analyses	30
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	32
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	34
<b>5 Influenza (achtige ziektebeelden)</b>	<b>37</b>
<b>6 Waterpokken</b>	<b>51</b>
<b>7 Kinkhoest</b>	<b>61</b>
<b>8 Acute gastro-enteritis</b>	<b>69</b>
<b>9 Angst voor aids</b>	<b>87</b>
<b>10 Urethritis bij de man</b>	<b>95</b>
<b>11 Suïcide(poging)</b>	<b>101</b>
<b>12 Consult rookverslaving</b>	<b>109</b>

<b>13 Sportletsels</b>	<b>117</b>
<b>14 Ongewenste zwangerschap</b>	<b>123</b>
<b>15 Seksuele problematiek en seksueel geweld</b>	<b>129</b>
<b>16 Levensindeonderzoek</b>	<b>137</b>
<b>17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassen)</b>	<b>143</b>
<b>18 Terminale Sedatie</b>	<b>155</b>
<b>19 Eetstoornissen</b>	<b>161</b>
<b>20 Antibiotica resistentie <i>Staphylococcus aureus</i></b>	<b>167</b>
<b>21 Algemene opmerkingen</b>	<b>171</b>
<b>22 Literatuurlijst</b>	<b>173</b>
<b>23 Voetnoten</b>	<b>181</b>
<b>Bijlage 1: deelnemende artsen in 2005</b>	<b>185</b>
<b>Bijlage 2: weekstaat 2005</b>	<b>187</b>
<b>Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2006 (alfabetisch)</b>	<b>188</b>
<b>Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken</b>	<b>191</b>
<b>Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking</b>	<b>192</b>
<b>Bijlage 6: jaartabellen</b>	<b>193</b>

# Voorwoord

Voor de CMR-Peilstations werd het jaar 2005 vooral gekenmerkt door de opvolging van Aad Bartelds als projectleider door Gé Donker en de introductie van elektronisch registreren van peilstationgegevens.

Aad Bartelds nam na 22 jaar afscheid als projectleider van de CMR-peilstations met een boeiend symposium over onder zijn leiding tot stand gekomen onderzoek. Zijn betekenis als inspiratiebron bleek uit de veelzijdigheid aan onderwerpen dat de revue passeerde. Samen met een groot aantal peilstationshuisartsen met een lange staat van dienst heeft Aad gezorgd voor continuïteit in de gegevensverzameling van de CMR-peilstations, waarvoor wij hem nog eens hartelijk dank willen zeggen. Hij droeg de verantwoordelijkheid voor beleidsrelevante informatie en werkte mee aan tal van wetenschappelijke publicaties. Ook na zijn officiële afscheid levert Aad desgevraagd nog graag zijn bijdrage aan publicaties en zelfs aan enkele hoofdstukken van dit jaarrapport om de continuïteit te waarborgen. Het stokje werd per 1 augustus 2005 overgenomen door Gé Donker, net als Aad part-time huisarts, maar ook al jaren bij het NIVEL werkzaam als epidemioloog en senior onderzoeker.

Een tweede belangrijke ontwikkeling in 2005 was het maken van een begin met de elektronische gegevensverzameling. Bijna een kwart van de peilstationpraktijken startte met registreren middels de peilstationmodule in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Van deze praktijken werd veel gevraagd, omdat geruime tijd zowel elektronisch als met pen en papier geregistreerd moest worden om eventuele zwakke punten in het nieuwe systeem tijdig op te sporen en te corrigeren. Van de andere peilstations werd in 2005 eveneens extra inspanning gevraagd, omdat zij als voorbereiding op het elektronisch registreren veelal een aanvang maakten met codering van ziekten volgens de International Classification of Primary Care (ICPC). Nog niet alle HISsen zijn klaar voor de verbouwing, reden waarom vooral

praktijken met Microhis en Medicom de aanvang met elektronische gegevensverzameling nog even moesten uitstellen. Voor alle geleverde extra inspanningen is een dankwoord aan de peilstationhuisartsen op zijn plaats. Dit jaarrapport is nog geheel gebaseerd op gegevens uit de papieren registratie en wat dat betreft vergelijkbaar met voorgaande rapporten.

Jaarlijks is er een gering verloop in de praktijken die deelnemen aan de CMR-peilstations. In 2005 ontstond daardoor een ondervertegenwoordiging van de praktijken in zuid-Limburg, reden waarom in de loop van 2005 specifiek in deze provincie deelnemers werden geworven. De nieuwe praktijken startten met uitsluitend elektronische registratie en stroomden pas officieel in 2006 in.

Inhoudelijk bezien is de start van de rapportage van sportletsels van belang. Er wordt steeds meer gesport in Nederland. Vooral vrouwen van middelbare en oudere leeftijd beoefenen steeds vaker recreatiesporten, zodat naar verwachting het aantal sportletsels zal toenemen en er mogelijk een leeftijdsverschuiving plaatsvindt. Hoe vaak er bij de huisarts hulp gezocht wordt voor sportletsels is niet goed bekend. Op verzoek van de Stichting Consument en Veiligheid werd de rubriek in 2005 op de weekstaat geplaatst. Zoals te lezen in dit rapport zien huisartsen meer mannen dan vrouwen met sportletsels en is momenteel de tienerleeftijd een risicoleeftijd voor sportletsels. Plattelandsartsen behandelen meer sportletsels, waarschijnlijk vanwege de grotere afstand naar het ziekenhuis.

In de loop van 2005 werd ook een aanvang gemaakt met het onderzoeken van het voorkomen en de antibioticagevoeligheid van *Stafylococcus Aureus* in de huisartspraktijk. Deze bacterie veroorzaakt vaak huidinfecties en is in veel landen toenemend resistent voor antibiotica, hetgeen met name in gezondheidszorginstellingen als een groot probleem ervaren wordt. Aan deze studie nam bijna de helft van de peilstations op vrijwillige basis deel, waarmee in 2005 een kleine 3000 samples bij een ongeselecteerde populatie gegenereerd werden. De voorlopige resultaten, zoals te lezen in dit rapport, laten zien dat het in Nederland met de antibioticaresistentie in de huisartspraktijk meevalt. De uitkomsten ondersteunen restrictief antibioticabeleid in de huisartspraktijk, zoals vastgelegd in richtlijnen voor huisartsen.

Een andere nieuw hoofdstuk in dit rapport betreft het levenseinde-onderzoek in samenwerking met de vrije universiteiten van Amsterdam en Brussel, en de studie met betrekking tot de praktijk van het toepassen van terminale sedatie. Naast het al langer lopende onderzoek betreffende euthanasie zal er met behulp van deze nieuwe studies meer inzicht ontstaan met betrekking tot de rol van de huisarts in de zorg aan het levenseinde en in de plaats van zorg en overlijden, en de veranderingen, die daarin plaatsvinden met de komst van b.v. hospices. Hoewel er geen grote seizoensschommelingen waren, bleek de sterfte in het eerste kwartaal van 2005 het hoogst, de periode waarin er ook een griep epidemie was.

De influenza epidemie van het afgelopen seizoen begon pas na de jaarwisseling 2005/2006. De epidemie piekte pas in de tweede helft van februari 2006 en de piek was minder hoog dan in het voorgaande jaar ondanks de aandacht in de media en bij beleidsmakers voor pandemie-dreiging. De epidemie duurde echter wel langer dan in de voorgaande jaren en het hele seizoen circuleerden zowel influenza A- als B-virussen. De stammen weken enigszins af van de vaccinstammen, zodat reeds in januari 2006 door de WHO werd besloten de samenstelling van het vaccin voor het komende seizoen opnieuw aan te passen.

Prof. dr. J. van der Zee  
Voorzitter Begeleidingscommissie.





# 1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid (zie pagina 19-22).

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 187)

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 30).

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. 188-191.

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 2005 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: aan het einde van het seizoen 2004-2005 wordt door alle EU Landen deelgenomen aan EISS. Daarnaast participeren ook Noorwegen, Roemenië en Zwitserland in de Europese Influenza Surveillance. EISS wordt gecoördineerd vanuit het Nivel.

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

In 1998 is op initiatief van het Nivel en in samenwerking met Dr. Douglas Fleming (UK), de projectleider van de Engelse Peilstations (Weekly Returns Service), subsidie verkregen voor een project dat tot doel heeft de gezondheidsinformatie uit de netwerken van huisartsenpeilstations in landen van de EU op elkaar af te stemmen. De CMR-Peilstations participeerde ook in dit project, waarvoor in 2000 de gegevens zijn verzameld (zie ook hoofdstuk 6). 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.

In 2005 is de internationale samenwerking beperkt gebleven tot de deelname in EISS.



## 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 2005 als volgt samengesteld:

<b>Begeleidingscommissie:</b>	Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, gezondheidswetenschapper-epidemioloog (RIVM) F.K.A. Fokkema, huisarts (peilstationarts) R.C. Sardeman, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg) J.S. van Vliet, afdelingshoofd Ziektepreventie (Ministerie van VWS) Drs. D. de Bakker, sociaal geograaf, Hoofd onderzoeksafdeling (NIVEL) Dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog (Universiteit Maastricht/SWAB) Mw. W. Slingerland, beleidsmedewerker. (Ministerie van VWS) A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog (Ministerie van VWS)(tot 01.09.2005) J.K. van Wijngaarden, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg) Prof. dr J. van der Zee, voorzitter (NIVEL)
<b>Projectleider:</b>	A.I.M. Bartelds, huisarts (tot 01.08.2005) Dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog (vanaf 01.08.2005)
<b>Secretaresse:</b>	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 2005 tweemaal vergaderd.

### 3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2005

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 2005.

Het influenza virus vertoont tot de jaarwisseling 2004/2005 nog weinig activiteit. Er zijn niettemin aanwijzingen dat er mogelijk iets bijzonders kan gaan gebeuren in dit influenza seizoen. De afgelopen seizoenen was er sprake van epidemieën van een geringe omvang waardoor de groepsimmunitet is gedaald. Daarmee is de kans op een epidemie van grotere omvang gegroeid. Een andere aanwijzing is dat er een geringe maar significante antigene drift is opgetreden vergeleken met het virus dat het vorige seizoen circuleerde.

In het voorgaande seizoen was er ook sprake van een duidelijke antigene drift zelfs groter dan die in het huidige seizoen. Dit had echter geen grote epidemie tot gevolg.

De heer J.C. de Jong, viroloog verbonden aan de afdeling Virologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam bespreekt deze ontwikkelingen in het huidige influenza seizoen.

De mogelijke mismatch dit seizoen tussen de vaccinstam en het circulerende virus is aanleiding een project te introduceren waarin het mogelijk is gedurende de eerste weken van het lopende seizoen de vaccineffectiviteit bij risicogroepen in het veld te bepalen. Het doel van het project is een signaal op te vangen voor een snellere inzet van antivirale middelen met name in verpleeghuizen.

De toename van de resistentie van bacteriën tegen antibiotica is sinds jaren een bron van toenemende bezorgdheid. De Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) en het NIVEL hebben een werkovereenkomst onderzoek te doen naar de stand van de resistentie van bacteriën tegen antibiotica in de huisartspraktijk. Mevrouw E. Stobberingh, medisch microbioloog verbonden aan de afdeling Medische Microbiologie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht, bespreekt de eerste uitkomsten van het onderzoek naar de resistentie van uropathogenen in de jaren 2003 en 2004. In die jaren zijn in 21 peilstations bijna 4000 ongeselecteerde urincults verzameld voor nader onderzoek. Mevrouw Stobberingh presenteert enkele van de resultaten van deze analyse: in bijna 2/3 van de onderzochte urinemonsters wordt de *E. coli*-bacterie gevonden, die voor bijna 30 % ongevoelig blijkt voor amoxicilline, en voor bijna 20% voor trimetoprim en cotrimoxazol. De resistentie van de *E.coli* bacterie tegen nitrofurantoïne blijkt nagenoeg 0 te zijn.

Nu het onderzoek naar de resistentie van de uropathogenen afgesloten is presenteert mevrouw Stobberingh een nieuw project: het bepalen van de prevalentie van de *Staphylococcus aureus*-bacterie buiten het ziekenhuis en het verpleeghuis en de resistentie van deze bacterie tegen methicilline en de macrolides (erythromycine, claritomycine en azythromycine).

In 2005 start voor de duur van 3 jaar een nieuw onderzoek naar het voorkomen van sportletsels in de huisartspraktijk. Mevrouw I. Vriend, onderzoeker verbonden aan de Stichting Consument en Veiligheid in Amsterdam, introduceert de nieuwe rubriek bij de peilstationmedewerkers. Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de patiëntenstromen van de patiënten met een sportletsel.

Daarvoor moet het aantal en de aard van de sportblessures dat door de huisarts wordt gezien worden vastgesteld, welke behandeling een patiënt krijgt en of de patiënt doorverwezen wordt en naar welke behandelaar. De 2<sup>e</sup> doelstelling is inzicht te krijgen in de oorzaken en de risicofactoren voor het oplopen van sportletsels.

Gegevens over sportblessures zijn aanwezig in meerdere bronnen. Er zijn enquêtes over ongevallen en bewegingen in Nederland (ObiN) en in het Letsel Informatie Systeem (LIS) worden in samenwerking met de Stichting Consument en Veiligheid door een aantal afdelingen voor Spoedeisende Eerste Hulp van ziekenhuizen gegevens over o.a. sportletsels vastgelegd. De inzichten zullen uit deze drie bronnen gebruikt gaan worden in een landelijk



blessurepreventiebeleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De CMR Peilstations was en is anno 2005 een registratie met pen op papier. Nu nagenoeg alle huisartsen een elektronisch medisch dossier van hun patiënten bijhouden wordt een registratie met pen op papier als achterhaald beschouwd. Door medewerkers van het NIVEL is een plan opgesteld de registratie door de peilstationartsen anders in te gaan richten: 'van weekstaat naar elektronisch medisch dossier.'

De heer Bartelds, projectleider van de CMR Peilstations, bespreekt het plan en de uitwerking ervan in 2005 met de aanwezige peilstationmedewerkers. Gesproken werd ook over de mogelijke trendbreuk, die een zo grote verandering in de wijze waarop gegevens verzameld worden, tot gevolg zou kunnen hebben. Daarom werd onder meer afgesproken in elke praktijk een aantal maanden de registratie met pen en papier naast de elektronische wijze van gegevensverzameling te verrichten en de uitkomsten nauwkeurig te vergelijken alvorens de registratie op papier gestaakt kan worden.



## 4 Methoden algemeen

figuur 4.1  
PEILSTATIONS  
Continue Morbiditeits Registratie  
2005

## 4.1 Praktijken

In 2005 is het aantal peilstations 49. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 65.

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);<sup>1</sup>
- 2 voor de stedelijkheidsgraad 4-3-2 (verstedelijkte plattelandsgemeenten tezamen met gemeenten met stedelijk karakter);
- 3 voor de stedelijkheidsgraad 1 (gemeenten met 100.000 of meer inwoners).

Bijlage 1 (pagina 185-186) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2005 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In elf peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten negen maal tussen twee artsen, een maal tussen drie artsen, en een maal tussen zes artsen. In januari 2005 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 73%; bij de peilstationartsen 22.5%. Er zijn zeven apotheekhoudende peilstationartsen, vijf in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 10.8% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 7.7<sup>2</sup>

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1996 - 2005.

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. Zoals gemeld echter niet meer in 2004.

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1996-2005<sup>3</sup>

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.
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
2004	12	5	7	6	23	17	14	10
2005	12	5	12	11	28	24	13	9

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1996-2005

stedelijkheidsgraad	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.
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
2004	6	4	39	25	11	9	56	38
2005	11	9	43	31	11	9	65	49

\* 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.

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 steeds minder het geval is.

De Nederlandse bevolking nam in 2004 met 47.494 toe tot 16.305.526 per 1-1-2005.

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2005

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
<b>provinciegroep:</b>			
N	1.701.418	23.967	(1,4)
O	3.447.301	29.998	(0,9)
W	7.228.775	71.501	(1,0)
Z	3.928.032	31.650	(0,8)
<b>geslacht:</b>			
mannen	8.065.979	77.832	(1,0)
vrouwen	8.239.547	79.284	(1,0)
totaal (1-1-2005)	16.305.526	157.116	(1,0)

\* Praktijktelling 2003

\*\* 1-1-2005, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

De totale populatie van alle peilstations gezamenlijk is met ingang van 2005 bijna 160.000 personen, bijna 1% van de Nederlandse bevolking van ruim 16 miljoen inwoners. Echter, in Limburg is er in de loop van het jaar een ondervertegenwoordiging ontstaan, reden waarom daar in 2005 opnieuw geworden is. De daar geworven praktijken zijn gestart met elektronisch registreren en per 1-1-2006 officieel ingestroomd.

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 2005

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



### 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 2005 bedroeg het 12.740 (52 weken x 5 dagen x 49 peilstations). In tabel 4.5 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4.5 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar (1995-2005)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
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%
2004	10.070	7.983	79.3%
2005	12.740	10.011	78.6%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2005 vergelijkbaar met dat van de voorgaande jaren.

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

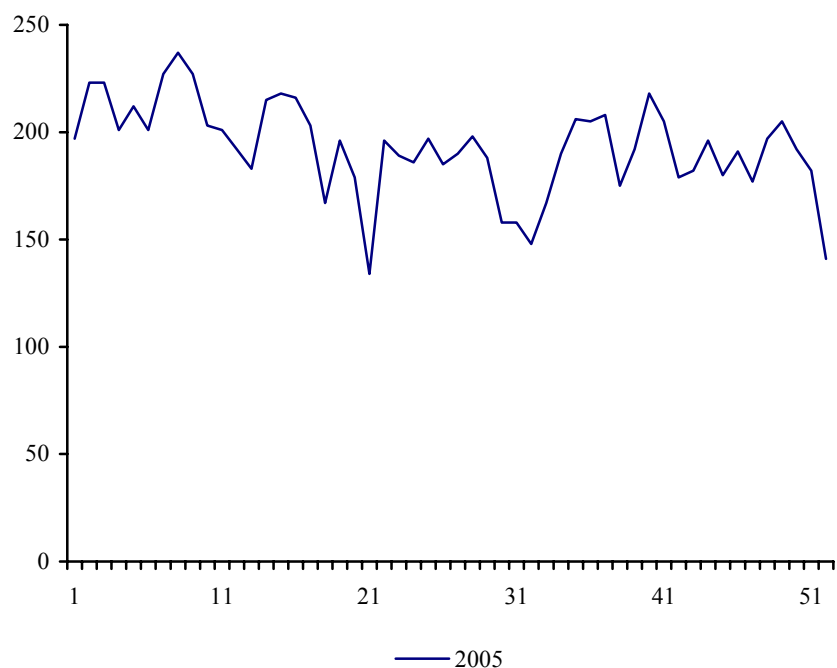
De rapportage in de grote steden is met 78.2 % het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de noordelijke provincies is met 86.8% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en stedelijkheidsgraad, 2005

provinciegroep		stedelijkheidsgraad	
N	86.8%	1	80.3%
O	81.8%	2	78.7%
W	78.7%	3	78.2%
Z	75.9%		

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 52 (maximaal  $49 \times 5 = 245$ ).

Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2005 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 2005 per peilstation is 55, dat is hetzelfde als in 2004.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 62 en 32 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 (1996-2005)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0	4	3	3	3	3	3	3	2	2	1
1-9	4	4	5	4	4	1	1	1	-	-
10-19	2	2	2	1	1	2	1	1	-	1
20-29	5	6	4	3	1	1	-	2	3	4
30-39	6	6	7	10	4	3	7	5	3	7
40-49	13	12	9	14	16	14	12	12	9	12
50-59	7	6	5	3	11	7	8	7	15	11
60-69	1	1	6	1	2	5	2	3	2	4
70-79	-	1	-	-	4	3	1	1	-	2
80-89	-	-	-	1	1	3	2	-	1	2
90-99	-	-	1	1	-	2	-	-	-	1
>99	1	1	1	2	2	1	7	8	3	4
totaal aantal peilstations	43	42	43	43	47	45	44	42	38	49
gemiddelde	35	37	39	39	43	49	56	59	55	56
mediaan	40	40	40	40	46	48	48	48	52	49

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 2005 in 49% van de peilstations voor. Ziekte van de huisarts of assistente, een staking, verhuizing praktijk zijn de reden van langere tijd niet rapporteren.

#### 4.4 De weekstaat (bijlage 2, pagina 187)

De rubrieken op de weekstaat voor 2005 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 Levensindeonderzoek (2005);
- 3 Waterpokken (2000);
- 4 Consult rookverslaving (2003);
- 5 Suïcide(pogingen) (1979);
- 6 Urethritis bij man (1992);
- 7 Angst voor AIDS (1988);
- 8 Gastro-enteritis (1996);
- 9 Ongewenste zwangerschap (2003);
- 10 Seksuele problematiek en seksueel geweld (2003);
- 11 Kinkhoest (1998);
- 12 Sportletsels (2005);

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 188-190); 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 2005. De gegevens werden op het Nivel verwerkt.

Er worden als routine voor elk onderwerp drie tabellen geproduceerd:

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

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

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

In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie steeds per 10.000 inwoners, mannen of vrouwen berekent. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 5 (pagina 192) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2005 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

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 193-199).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2005, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2005, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 3 Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2005, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>

#### 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 22-24), 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 'suicide-(poging)<sup>5</sup> 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 geëxtrapoleerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapoleerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.



Tabel 4.8 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1996-2005 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
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
2004	8.046	8.212	16.258
2005	8.066	8.240	16.306

\* 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<sup>e</sup> kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,48 - 1,52 per 10.000 (2<sup>e</sup> kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 1619 (3<sup>e</sup> 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 (1970-2005)

### 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. Het in die winter beschreven optreden van luchtweg infecties wordt beschouwd als een goede beschrijving van een influenza epidemie. Sinds het einde van de 12<sup>e</sup> eeuw zijn meerdere, soms wereldwijde, uitbraken van wat op influenza leek beschreven.

In de 20<sup>ste</sup> 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-'70) waarvan die in de jaren 1918-'19 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<sup>e</sup> 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/'93 worden door peilstationartsen in een toenemend aantal Europese landen bij patiënten met een influenza achtig-ziektebeeld (IAZ) 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 haar raadplegen met een acute luchtweg infectie, IAZ genoemd, dat moet voldoen aan een aantal criteria: de criteria van Pel.<sup>6</sup> Van de patiënt wordt tevens de leeftijd gerapporteerd. De arts wordt daarnaast gevraagd bij 2 patiënten per week een keel- en neuswat af te nemen, die voor nader onderzoek worden 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.

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

Het griepseizoen 2005/2006 kent tot de jaarwisseling een rustig beloop. Tot en met - week 52 van 2005 werd geen verhoogde influenza-activiteit gemeld. Van verhoogde influenza-activiteit is sprake wanneer de incidentie het basisniveau van 3 per 10.000 overstijgt. In de eerste week van het nieuwe jaar 2006 was de griepincidentie wel meteen boven dit basisniveau met 5 patiënten per 10.000 inwoners en pas in week 15 was de griepincidentie weer terug op het basisniveau. Een aantal weken bleef de griepincidentie vervolgens beperkt tot 5 à 6 per 10.000 inwoners, maar vanaf week 5 zette de griepepidemie echt door. De piek werd bereikt in week 7 met een incidentie van 13.8 per 10.000 inwoners (vlak voor de voorjaarsvakantie op lagere en middelbare scholen); een aanzienlijk lagere piek dan in het voorgaande jaar.

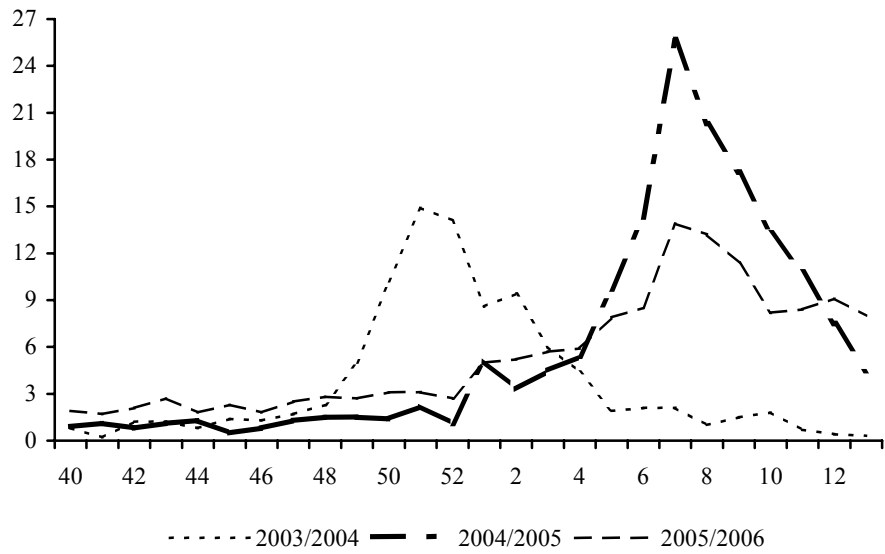
Tijdens het seizoen 2005/2006 is in week 51 in de peilstationmonsters het eerste influenzavirus (influenza A/H3 geïsoleerd. Daarvoor waren er vanuit andere bronnen al influenzavirussen (A en B) geïsoleerd.

Tijdens het hele seizoen wordt naast influenza A/H3 ook influenza B geïsoleerd. Influenza A/H1 is dit jaar niet geïsoleerd in de peilstationmonsters. Zoals vaker is vastgesteld blijkt het aandeel van de B-virussen in vergelijking met de A/H3 virussen groter onder de huisarts-patiënten dan onder de ziekenhuispatiënten.

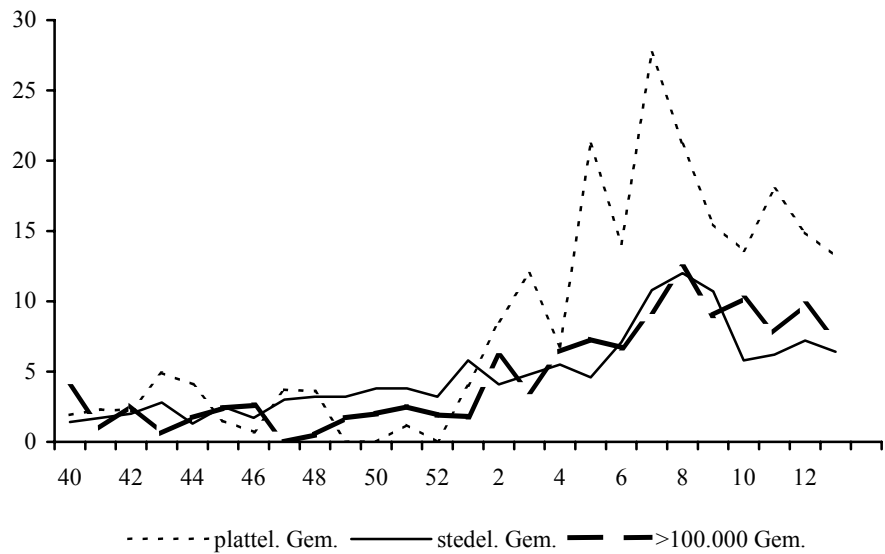
Er waren dit jaar geen grote regionale verschillen in influenza-activiteit. De hoogste incidentie is dit seizoen gemeten in het westen des lands in week 7 (14,5 per 10.000 inwoners).

De incidentie was dit seizoen veelal wat hoger in de plattelandspraktijken, mogelijk omdat deze vaker apotheekhoudend zijn en er een wat completer beeld van het aantal patiënten met IAZ ontstaat door de daar verstrekte zelfzorgmedicatie.

Figuur 5.1 Aantal patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2003/2004, 2004/2005 en 2005/2006

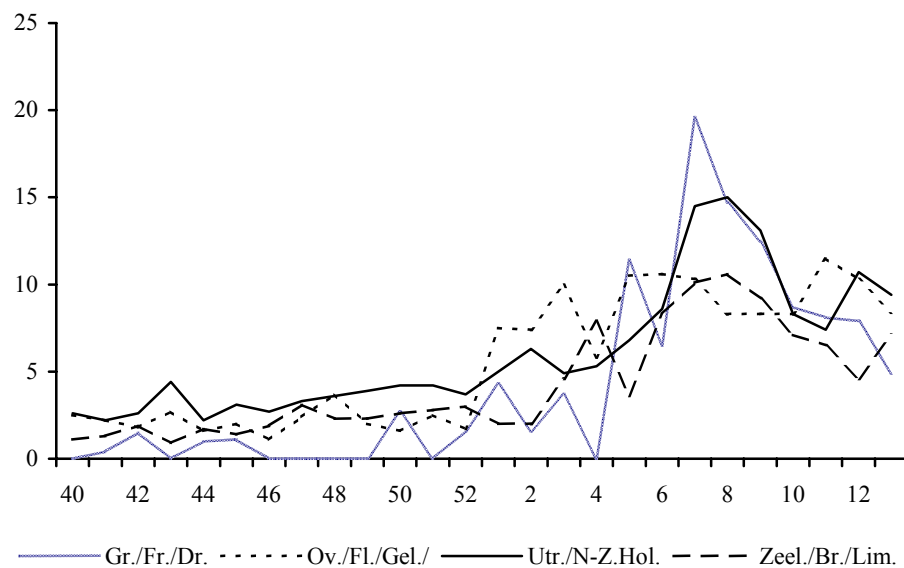


Figuur 5.2 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, naar mate van verstedelijking in 2005/2006





Figuur 5.3 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2005/2006



Tabel 5.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1996-2006

jaar	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
totaal kalender jaar	155	233	248	254	197	113	157	122	71	208	
hoogste week- incidentie per 'seizoen' (=week 40 - week 20)	29	17	23	32	7	13	7	15	26	14	

## 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*** (m+v)
<b>influenza achtige aandoeningen</b>		
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
2004	71	115.500
2005	208	339.000

\* 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

Het seizoen 2005/2006 liet in tegenstelling tot het voorgaande jaar een milde epidemie zien, mogelijk ten gevolge van het uitbreken vlak voor de voorjaarsvakantie. De epidemie hield wel vrij lang aan. De activiteit kwam na de jaarwisseling voorzichtig op gang om pas eind januari goed door te zetten. De piek wordt bereikt in week 7: 13.8 per 10.000 inwoners namen in die week contact op met hun huisarts. Daarna nam de activiteit heel geleidelijk af. In week 15 was het basisniveau weer bereikt. Het hele seizoen circuleerden de 2 influenza virussen; het influenza B-type werd het vaakst geïsoleerd. De stammen wijken enigszins af van de vaccinstammen, zodat in januari reeds werd besloten de samenstelling van het vaccin voor het komende seizoen opnieuw aan te passen.

### **Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2005/2006** **([www.eiss.org](http://www.eiss.org))**

In heel Europa werd het griepseizoen 2005-2006 gekenmerkt door een late start. Verder bereikte de piek van het seizoen in alle landen niet meer dan middelmatige influenza-activiteit. Het hele seizoen circuleerden influenza A en B-stammen, doch meer B (62%) dan A. Op het eind van het seizoen werd influenza A in de meeste landen vaker vastgesteld, doch nog steeds minder vaak dan influenza B.

Een verhoogde activiteit van influenza werd het eerst in Nederland gemeld in de eerste week van het nieuwe jaar 2006. Engeland volgde in week 5 van 2006. In week 13 werd verhoogde activiteit gemeld in 21 Europese landen. Een aantal landen heeft echter het hele seizoen geen verhoogde influenza-activiteit gehad: n.l. Oostenrijk, Duitsland, Hongarije, Portugal, Roemenië, Schotland en Wales. Alleen in Letland (week 8) en Estonië (week 11) zijn hoge influenzapieken vastgesteld.

In week 14 wordt het einde van het influenzaseizoen aangekondigd. De hoogste consultatiegemiddelden werden gerapporteerd bij kinderen van 0-14 jaar.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

## Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Dijkstra F., Plas van de S.M., Meijer A., Wilbrink B., Jong de J.C., Bartelds A.I.M.

*Surveillance van respiratoire infectieziekten in 2004/2005.* Infectieziekten Bulletin 2005, jaargang 16, nr. 6, 195

Plas van der S.M. *Influenza-seizoen in het teken van antigene driftvariant.* Infectieziekten Bulletin, 2004, jaargang 15, nr. 3, 88-90

Wilbrink B. *Opnieuw weinig influenza tijdens winter 2002/2003.* Infectieziekten Bulletin 2003, jaargang 14, nr. 5, 156

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 viruskweek.* 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 respiratoire 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.

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.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2004-2005. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2004-2005.

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2005-2006. Uitgave NIC, Nivel, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2005-2006.

## Epidemiologische mededelingen

Jong de J.C., Rimmelzwaan G.F., Bartelds A.I.M., Meijer A., Fouchier R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2004/'05 in Nederland met de grootste epidemie van de laatste 5 jaar, door virusvariant A/California, en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2005/'06.* Ned. Tijdschr. Geneesk. 2005; 149(42): 2355-61

Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Fouchier R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2003/'04 in Nederland met een beperkte epidemie door de virusvariant A/Fujian, en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2004/'05.* Ned. Tijdschr. Geneesk. 2004; 148(40): 1984-88

Jong de J.C., Rimmelzwaan G.F., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Fouchier 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; 147(40): 1971-75

Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Fouchier R.A.M., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 2001/'02 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2002/'03.* Ned. Tijdschr. Geneeskunde 2002; 146(39): 1846-50

Jong de J.C., Rimmelzwaan G.F., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Fouchier 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., Fouchier 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

Uphoff H., Stalleicken I., Bartelds A., Phiesel B., Kistemann B.T. *Are influenza surveillance data useful for mapping presentations?* Virus Research, 103 (2004) 35-46

Geographical information system (GIS) based on mappings of influenza data are (<http://www.b3e.jussieu.fr80/sentiweb/fr>) and influenza data are commonly aggregated for rather large areas (<http://www.eiss.org>, <http://oms2b3e.jussieu.fr/FluNet>). The most limiting factors for the use of morbidity-data from practices in GIS-based mappings are differences which are not related to morbidity. These differences may be due to consultation behaviour, interpretation of the case definition, age distribution of patients and other reasons. In order to reduce the impact of these non-morbidity related differences on the interpretation, the data of many practices are usually pooled and consequently rather large areas are presented. Extracting and harmonising the signals for increased morbidity from practices is a presupposition for mapping with a sufficient geographical resolution. The possibility to harmonise by reducing those confounding differences on a practice level is investigated.

Different harmonisation methods were applied to data from Germany where acute respiratory infections (ARI) per consultations are registered and from The Netherlands where influenza (ILI) per population are registered. The harmonisation of the indices between countries was achieved by scaling them in relation to the level of the index representative for the peak activity during a usual influenza epidemic. The Kriging method is applied as a means of spatial prediction for the influenza data. The preliminary results are discussed with respect to resulting mappings.

#### **Eiss-publicaties**

European Influenza Surveillance Scheme. *Seasonal influenza activity in most European countries seems to be over*, 7 April 2006: 182. (<http://www.eiss.org>).

European Influenza Surveillance Scheme. *Low and decreasing levels of influenza activity in Europe*. 15 April 2005: 151. (<http://www.eiss.org>).

WHO. *Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2005-2006 northern hemisphere influenza season*. Weekly Epidemiological Record 25 February 2005; 8 (80): 71-75 (<http://www.who.int/wer/2005/wer8008.pdf>)

WHO. *Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2006-2007 northern hemisphere influenza season*  
(<http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2007north/en/>)

Meijer A, Valette M, Manuguerra J-C, Pérez-Breña P, Paget J, Brown C, van der Velden K *and on behalf of the Virology Working Group of the European Influenza Surveillance Scheme. Implementation of the Community Network of Reference Laboratories for Human Influenza in Europe.* Journal of Clinical Virology 2005; 34(2): 87-96.

Paget WJ, Meerhoff TJ, Meijer A on behalf of EISS. *Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe during the 2003-2004 season.* Eurosurveillance 2005; 10(4): 107-111

Meerhoff TJ, Meijer A, Paget WJ on behalf of EISS. *Methods for sentinel virological surveillance of influenza in Europe - an 18-country survey.* Eurosurveillance 2004; 9(1): 1-4

Paget WJ, Meerhoff TJ, Rebelo de Andrade H on behalf of EISS. *Heterogeneous influenza activity across Europe during the winter of 2002-2003.* Eurosurveillance 2003; 8(12): 230-239

Thomas Y, Kaiser L, Wunderli W on behalf of EISS *Task Group on Near Patient Test. The use of near patient tests in influenza surveillance: Swiss experience and EISS recommendations.* Eurosurveillance 2003; 8(12): 240-246

Uphoff H, Cohen J-M, Fleming D, Noone A. *Harmonisation of national influenza surveillance morbidity data from EISS: a simple index.* Eurosurveillance 2003; 8(7-8): 156-164

Aguilera JF, Paget WJ, Mosnier A, Heijnen ML, Uphoff H, van der Velden J, Vega T, Watson JM. *Heterogeneous case definitions used for the surveillance of influenza in Europe.* European Journal of Epidemiology 2003; 18(8): 733-736

Fleming DM, van der Velden J, Paget WJ. *The evolution of influenza surveillance in Europe and prospects for the next ten years.* Vaccine 2003; 21: 1749-1753



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



## 6 Waterpokken

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (2000-2004) G.A. Donker (2005)

### 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. Sinds 2001 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.<sup>7</sup>

## **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 2001-2005 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 is elders gepubliceerd (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis).

## **Resultaten**

Het aantal patiënten met waterpokken wordt in tabel 6.1 vermeld per 10.000 personen per provinciegroep naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 6.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 personen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2000-2005

	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
2004	9	29	29	31	39	18	36	25
2005	10	18	24	17	14	18	28	19

Na de toenemende incidenties in 2000-2002 daalt sinds 2003 het aantal meldingen weer. In 2005 was de incidentie het hoogst in het westen en net als in voorgaande jaren het laagst in het noorden des lands. In tegenstelling tot de twee voorgaande jaren was in 2005 de incidentie het laagst op het platteland en het hoogst in de grote steden

### Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten, die de huisartsen per 10.000 personen per kwartaal hebben gemeld, zijn weergegeven in tabel 6.2.

Tabel 6.2 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 patiënten per kwartaal in 2000-2005

	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
2004	8	9	5	3
2005	6	5	4	4

Waterpokken is in het eerste half jaar van 2005 iets meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in de voorgaande jaren 2000-2004

### **Leeftijdsverdeling**

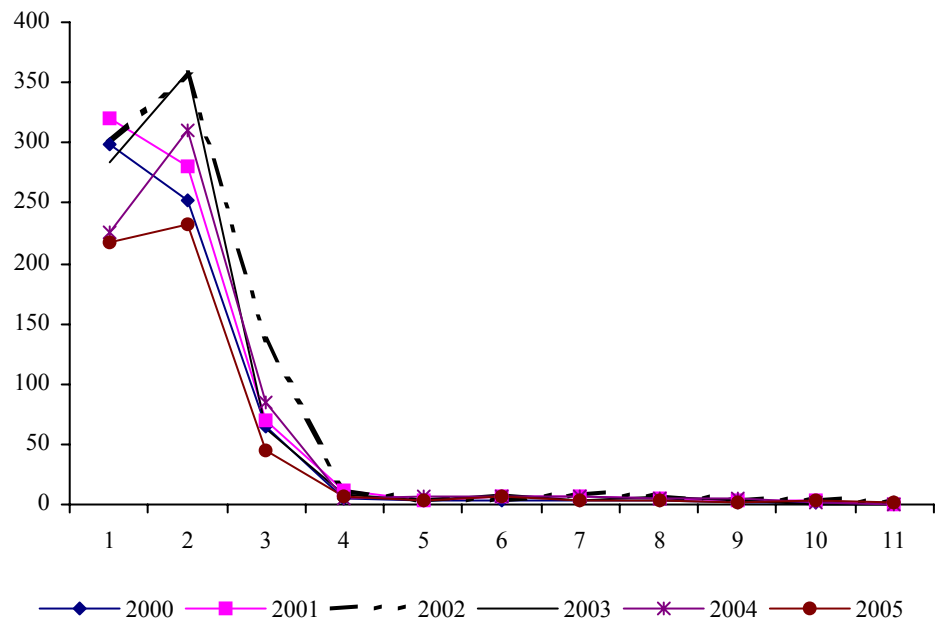
Het voorkomen van waterpokken in Nederland per 10.000 per leeftijdsgroep wordt vermeld in tabel 6.3.

Tabel 6.3 Aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland in 2000-2005

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)	-	-
2004	225	311	85	(5)	(7)	(6)	(6)	(5)	(5)	(2)	-
2005	217	232	44	6	4	6	4	3	2	3	2

Waterpokken komt vooral voor bij de jongste leeftijdsgroepen onder 10 jaar en is in 2005 bij elk van die leeftijdsgroepen afgenomen vergeleken bij het voorgaande jaar.

Figuur 6.1 Aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2000-2005



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				



## Extrapolatie

Tabel 6.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>waterpokken</b>		
2000	22	32.000
2001	24	38.500
2002	32	51.500
2003	27	44.000
2004	25	40.500
2005	19	31.000

\* 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. Sinds 2003 is de incidentie gedaald. Deze daling zegt niet zoveel, omdat het gebruikelijk is dat epidemieën eens in de 3 à 4 jaar voorkomen. Waterpokken komt het meest voor onder de leeftijd van 10 jaar en vooral onder de vijf jaar. Ook in Engeland en Wales komt waterpokken voor op jongere leeftijd. Dit in tegenstelling tot in Portugal en Spanje waar waterpokken meer voorkomt bij oudere kinderen.

Een consequentie van het frequent voorkomen van waterpokken in 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 tegenstelling tot de twee voorgaande jaren kwam in 2005 waterpokken het meest voor in de westelijke provincies en in de grote steden.

In 2006 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

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.



## 7 Kinkhoest

Rubriekhouder: dr. H. de Melker, RIVM-CIE (1998-2005)

### 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 onvoldoende. 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.<sup>8</sup> Daarom worden sinds juli 2001 kinderen op 4 jarige leeftijd nogmaals ingeënt met een apart acellulair vaccin. Vanaf 2005 zijn de vaccinaties met het hele-cel vaccin in het eerste levensjaar vervangen door een acellulair vaccin.

Kinkhoest is een van de ziekten waarvoor aangifte verplicht is. Het ziektebeloop en de criteria voor registratie brengen echter een forse onderrapportage 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. Niet elke huisarts meldt alle bevestigde gevallen van kinkhoest 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.

## **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. 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 2005 werden 75 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 6.

Deze incidentie is lager dan in het voorgaande jaar, maar hoger dan in de twee voorafgaande jaren. (zie tabel 7.1).

Tabel.7.1 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2005

	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
2004	6	10	8	9	7	7	12	8
2005	0	6	6	11	6	6	5	6

In de noordelijke provincie zijn geen gevallen van kinkhoest gemeld in tegenstelling tot het voorgaande jaar. In het zuiden van het land was de incidentie het hoogst. De verdeling naar stedelijkheidsgraad liet nauwelijks verschillen zien.

In tabel 7.2 wordt het aantal personen met kinkhoest weergegeven per provincie groep en naar mate van verstedelijking en voor Nederland waarbij de gegevens van het eerder genoemde peilstation in de zuidelijke provinciegroep D niet zijn meegeteld. Na 2001 zijn er geen verschillen meer gevonden.



Tabel 7.2 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2002 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

### Verdeling naar leeftijdsgroep

In tabel 7.3 worden het aantal personen met kinkhoest vermeld per 10.000 inwoners.

Tabel 7.3 Aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen 1998-2005

leeftijdsgroep	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	2000 <sup>2</sup>	2001 <sup>1</sup>	2001 <sup>2</sup>	2002 <sup>1</sup>	2002 <sup>2</sup>	2003 <sup>1</sup>	2004 <sup>1</sup>	2005 <sup>1</sup>
<1	(17)	(17)	85	54	46	29	14	5	(7)	(29)	8
1-4	37	6	61	46	104	99	23	21	14	35	30
5-9	22	36	51	38	56	15	19	20	11	33	18
10-14	6	27	22	9	19	19	13	10	(3)	23	10
15-19	(4)	7	8	(3)	10	9	(1)	(2)	(4)	10	3
20-24	(1)	(2)	-	-	-	-	(1)	(1)	-	(3)	-
25-29	(2)	7	4	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	-	-
30-34	(2)	(4)	4	(1)	4	4	(3)	(1)	(1)	6	5
35-39	(2)	7	8	(4)	7	6	(1)	(1)	(3)	6	4
40-44	-	5	7	(3)	(3)	(2)	(4)	(0)	-	-	1
45-49	(1)	5	(3)	(3)	7	6	-	-	(1)	(3)	6
50-54	(2)	(2)	7	(1)	(2)	0	(1)	(1)	(1)	(6)	4
55-59	-	(3)	8	(3)	(2)	(2)	-	-	-	(3)	5
60-64	-	(7)	10	(5)	(5)	(4)	(2)	(2)	(2)	-	6
65-69	(2)	(2)	(5)	0	-	-	-	-	-	(5)	-
>64	-	-	(3)	(2)	(2)	(1)	(1)	(1)	-	(0)	2

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 0-15 jaar.

## 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)
<b>kinkhoest</b>		
1998	5	7.500
1999	10	15.750
2000	12	19.000
2001	12	19.000
2002	4	6.500
2003	3	5.000
2004	8	13.000
2005	6	9.800
1998****	4	6.250
1999	7	11.000
2000	7	11.000
2001	11	17.500

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

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

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

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

Over de resultaten betreffende de diagnostiek wordt separaat gerapporteerd.

## 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. Conform de aangiftecijfers is er ook in de peilstationcijfers elke 2 á 3 jaar een verheffing in de incidentie te zien.

Kinkhoest komt het hele jaar voor in alle leeftijdsgroepen. Er is wel een duidelijke seizoenstrend: in het 3<sup>e</sup> kwartaal worden de meeste meldingen gedaan (gegevens niet getoond). Volgens de huisartsen peiling komt kinkhoest het meest voor bij 0-15 jarigen. De incidentie is in 2005 lager dan in het voorgaande jaar, maar hoger dan in de twee daarraan voorafgaande jaren.

De rubriek is in 2006 gehandhaafd op de weekstaat.

## 8 Acute gastro-enteritis

Rubriekhouder: dr. Y. van Duynhoven (RIVM-CIE) (1992-1993) (1996-2005)

### Inleiding

Gastro-enteritis behoort tot de top tien van aandoeningen in Nederland wat betreft incidentie en draagt bij tot een aanzienlijke zorgbelasting in de eerste lijn.<sup>9</sup>

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

Aanvankelijk (tot 1999) richtte het onderzoek zich met name op het vervolgen van trends in de incidentie en zorgbelasting van gastro-enteritis, campylobacteriose en salmonellose naast het vaststellen van de omvang van de zorgbelasting, die is toe te schrijven aan specifieke ziekteverwekkers.

Over de resultaten van dit onderzoek 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 2001-2005 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 worden niet op de weekstaat 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 fecesonderzoek. 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.

Sinds 2003 wordt alleen gevraagd acute gastro-enteritis te melden waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen gevallen waarbij geen en waarbij wel fecesonderzoek 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 8.1 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland.

Tabel 8.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2005

	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
2004	76	115	90	135	141	91	109	103
2005	73	125	90	101	131	82	117	96
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
2004	61	102	98	107	136	82	97	94
2005	45	112	96	108	100	87	107	93

Tabel 8.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1996-2005 (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
2004	68	109	94	121	138	86	103	98
2005	59	119	93	104	116	85	112	94

Het aantal meldingen van gastro-enteritis lag in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2001-2005 werden duidelijk meer patiënten met gastro-enteritis gemeld dan in de voorgaande jaren. De hoogste incidentie voor zowel mannen als vrouwen werd gezien in 2003, waarna in de laatste 2 jaar de incidentie weer afnam.

In 2005 komt het hoogste aantal meldingen uit de oostelijke regio. In 2005 is de incidentie in de noordelijke provincies net als in alle voorgaande jaren het laagst. In 2005 is de incidentie op het platteland net als in de twee voorgaande jaren het hoogst, maar het verschil met de grote steden is klein.



## Leeftijdverdeling

In tabel 8.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 8.1).

Tabel 8.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen, 1996-2005

leeftijdsgroep	mannen									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<1	244	288	447	319	628	765	733	490	811	855
1-4	211	206	226	259	302	365	464	440	359	297
5-9	73	77	84	110	164	164	181	166	145	185
10-14	53	55	53	82	93	81	92	156	96	82
15-19	24	16	37	57	71	94	68	85	72	85
20-24	46	51	55	69	68	85	76	103	88	93
25-29	47	53	63	54	86	43	105	97	91	81
30-34	40	50	49	60	69	68	83	97	90	63
35-39	32	54	55	32	75	71	71	65	67	63
40-44	36	26	62	48	87	69	67	52	66	42
45-49	37	29	37	28	70	50	47	61	60	46
50-54	27	32	46	49	35	52	58	58	79	53
55-59	35	31	30	39	37	50	49	51	68	55
60-64	33	32	17	45	55	92	30	82	45	71
65-69	19	38	41	65	37	44	76	62	81	62
70-74	37	25	46	31	48	83	85	95	48	72
75-79	48	31	88	36	75	47	78	53	120	62
80-84	57	(12)	81	27	81	58	58	110	167	158
>84	49	54	80	58	44	47	(53)	98	163	202

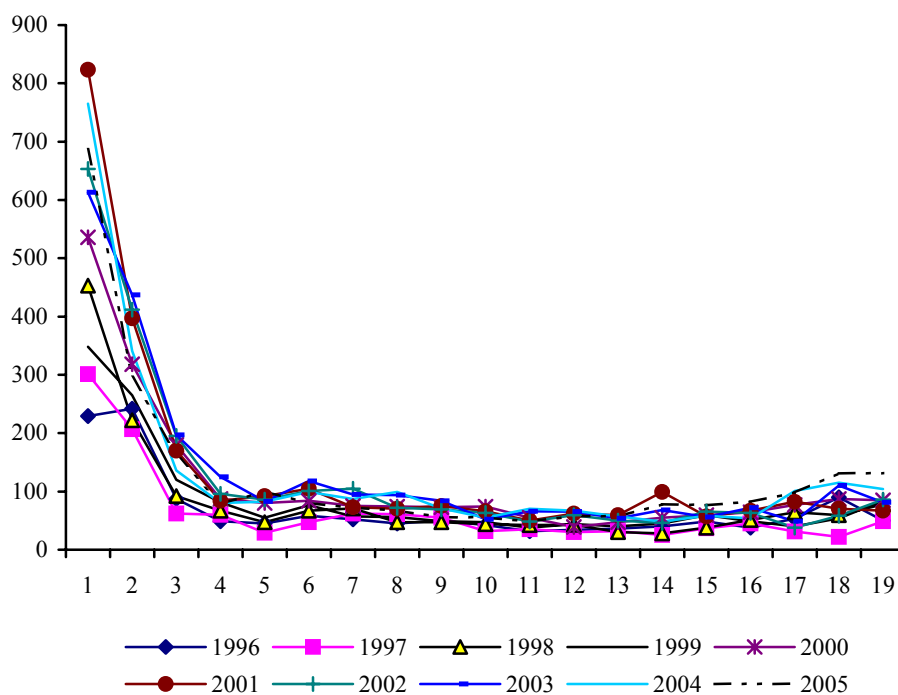
Tabel 8.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 vrouwen, 1996-2005 (vervolg)

vrouwen										
leeftijdsgroep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<1	364	317	460	379	432	886	574	738	717	509
1-4	276	208	217	271	335	428	357	435	322	294
5-9	102	47	101	130	198	176	210	230	126	140
10-14	46	65	80	80	82	88	100	91	63	77
15-19	67	43	57	53	89	90	105	82	92	115
20-24	68	44	77	82	99	122	125	132	110	67
25-29	57	71	78	60	64	101	105	93	83	63
30-34	50	72	45	52	80	72	60	91	109	71
35-39	68	56	39	66	71	79	68	105	75	49
40-44	47	38	27	46	61	62	59	53	45	68
45-49	26	42	47	48	39	51	48	72	80	51
50-54	41	27	40	39	44	73	59	72	54	61
55-59	36	32	30	43	56	68	51	58	50	59
60-64	47	16	31	44	55	106	61	53	51	84
65-69	72	36	36	53	78	70	56	50	36	88
70-74	40	60	56	63	77	54	46	53	60	91
75-79	56	31	49	43	78	106	(10)	47	88	123
80-84	109	28	48	68	90	82	59	110	84	115
>84	51	47	77	94	102	76	99	75	82	103

Tabel 8.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 1996-2005 (vervolg)

leeftijdsgroep	totaal									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<1	299	301	453	348	536	823	653	613	765	687
1-4	242	207	222	265	318	397	412	437	341	296
5-9	87	62	92	120	180	170	195	197	136	163
10-14	49	60	67	81	87	84	96	125	80	79
15-19	45	29	47	55	80	92	86	83	82	100
20-24	58	47	67	76	84	105	101	118	99	80
25-29	52	62	71	57	75	73	105	95	87	72
30-34	45	61	47	56	74	70	72	94	99	67
35-39	50	55	47	49	73	75	69	84	71	56
40-44	42	32	44	47	74	66	63	52	55	55
45-49	32	35	42	38	55	50	48	66	70	49
50-54	34	30	43	44	39	62	59	65	67	57
55-59	36	32	30	40	47	59	50	54	57	57
60-64	40	25	28	45	55	99	46	68	48	78
65-69	48	37	38	59	59	57	65	56	58	76
70-74	38	45	51	49	64	67	63	72	54	82
75-79	53	31	64	40	77	82	38	49	101	98
80-84	90	22	59	54	87	70	58	110	115	131
>84	50	49	78	84	85	67	86	81	104	131

Figuur 8.1 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1996-2005



#### 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 de hele registratieperiode worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen. Sinds 2000 voor jongens en sinds 2001 voor meisjes was de incidentie duidelijk hoger dan in de voorgaande jaren. Ook in 2005 lag de incidentie nog op een relatief hoog niveau, alhoewel deze voor de 1-4 jarigen, net als in 2004, weer wat was gedaald.

In 2000-2005 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. In 2005 wordt net als in 2003-2004 ook een hogere incidentie gevonden voor personen boven de 75 jaar. Dit komt vooral door de hogere incidentie bij mannen in die leeftijd.

### Seizoensinvloeden

In tabel 8.3 worden de aantallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 8.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2005

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
2004		28	22	24	28
2005		29	19	25	22
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
2004		21	23	24	26
2005		30	20	23	19

Tabel 8.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2005 (vervolg)

kwartaal	1	2	3	4
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
2004	25	22	24	27
2005	30	19	24	21

Doorgaans wordt de hoogste incidentie gezien in het eerste en derde kwartaal van een jaar. Over het algemeen zijn de verschillen tussen de seizoenen klein. In 2005 werd de hoogste incidentie waargenomen in het eerste kwartaal.

#### **Fecesonderzoek bij acute gastro-enteritis**

In tabel 8.4 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.

Tab 8.4 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 2001-2005

	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
2004	17	29	24	20	30	15	34	22
2005	21	13	25	22	18	19	33	21

Het aantal aanvragen is sinds 2003 aanzienlijk hoger dan in de beide voorgaande jaren. In 2005 werd in de westelijke provinciegroep het meest frequent dit onderzoek aangevraagd. In de oostelijke provinciegroep het minst frequent, terwijl in 2003 en 2004 het aantal aanvragen in deze provinciegroep juist het hoogste was.

In 2004 en 2005 wordt feces-onderzoek bij acute gastro enteritis het meest gevraagd in de grote steden.

### Leeftijdsverdeling

Het aantal aanvragen voor feces onderzoek bij acute gastro-enteritis per leeftijdsgroep en per 10.000 personen is opgenomen in tabel 8.5.

Tabel 8.5 Aantal aanvragen voor fecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2005

	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
<1	69	7	86	13	90	15	49	6	82	11
1-4	39	10	50	12	78	18	45	13	57	16
5-9	13	8	11	6	36	18	30	15	18	10
19-14	7	8	13	13	15	12	15	19	24	23
15-19	12	12	19	22	13	16	17	21	32	24
20-24	13	12	17	17	32	27	22	22	17	17
25-29	9	11	13	12	32	34	22	25	16	19
30-34	14	19	15	21	26	31	27	27	22	25
35-39	10	15	13	18	19	37	17	24	20	27
40-44	9	15	10	17	22	33	23	42	22	28
45-49	14	26	9	19	19	29	20	29	19	28
50-54	17	26	6	10	19	29	24	36	12	18
55-59	12	20	14	28	16	30	23	40	16	22
60-64	11	12	12	26	11	16	12	25	17	18
65-69	8	17	(4)	6	17	30	32	60	25	25
70-74	10	17	(5)	7	15	21	19	32	13	14
75-79	8	10	(6)	15	31	63	(7)	7	3	3
80-84	23	31	-	0	13	12	(10)	9	20	13
>84	23	33	-	0	(5)	6	(7)	7	0	0

% = (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 dan ook relatief vaker fecesonderzoek aan.

## Extrapolatie

Tabel 8.6 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal***
<b>gastro-enteritis</b>						
1996	51	69	60	9.000	54.000	93.000
1997	52	57	54	40.000	45.000	85.000
1998	64	65	65	50.000	51.000	101.000
1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500
2002	104	98	101	83.000	79.500	162.500
2003	109	112	110	87.500	91.500	179.000
2004	103	94	98	83.000	85.500	163.500
2005	96	93	94	77.400	76.600	153.300

\* 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 was de incidentie het hoogst, vooral in het eerste kwartaal. Dit viel samen met de hoge

incidentie van norovirussen in het seizoen 2002/2003.<sup>10</sup> Sindsdien is de incidentie weer gedaald. De hogere incidentie in het eerste kwartaal van 2005 viel opnieuw samen met een meer dan gemiddeld actief norovirus-seizoen vanaf oktober 2004 tot april 2005.

In tegenstelling tot voorgaande jaren werd in 2005 het laagste aantal meldingen gedaan in de oostelijke provincies. Net als in 2004 werden de meeste meldingen gedaan in de grote steden.

In overeenstemming met een dalend aantal meldingen van acute gastro-enteritis in 2004 en 2005 was er in deze laatste twee jaren ook een dalend aantal fecesonderzoeken.

In het kader van de reguliere zorg vragen huisartsen relatief vaker faecesonderzoek aan bij patiënten ouder dan 14 jaar. Dit is het gevolg 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 vooral bij meer ernstige klachten, die langer aanhouden. Ook diarree aansluitend op een buitenlandse reis komt bij jongeren en volwassenen vaker voor.

De rubriek is in 2006 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd. De aanvullende vragenlijst bij aangevraagd fecesonderzoek is in 2003 gestopt. De gegevens over het aanvragen van fecesonderzoek door de huisartsen zoals tot 2003 geregistreerd en de uitkomsten van dit onderzoek zijn voor publicatie aangeboden.

## Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Kroneman A, Vennema H, Duynhoven YTHP van, Duizer E, Koopmans M. *High number of norovirus outbreaks associated with a GGII.4 variant in the Netherlands: does this herald a world-wide increase?* <http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/041223.asp#1>

Van den Brandhof WE, Bartelds AIM, Koopmans MPG, Van Duynhoven YTHP. *General practitioner practices in requesting laboratory tests for patients with gastroenteritis in the Netherlands, 2001-2002*; BMC Family Practice, geaccepteerd

Pelt W van, Wannet WJB, Van de Giessen AW, Mevius DJ, Koopmans MPG, Duynhoven YTHP van. *Trends in gastro-enteritis van 1996 tot en met 2004: hoogste aantal ziekenhuisopnames sinds 1996, maar afnemende trend van laboratoriumbevestigde salmonellose en campylobacteriose*. Infectieziekten Bulletin 2005;16:250-6

Pelt W van, Duynhoven YTHP van. *Trends in gastro-enteritis in Nederland; notitie met betrekking tot 2004*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, (juli) 2005

Duynhoven YTHP van. *Gastroenteritis in the Netherlands: studies on risk factors and burden of illness*. Proceedings EU-RAIN Conference: Food pathogen epidemiology: microbes, maladies and methods, 2-3 december 2004, Padua, Italy

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



## 9 Angst voor aids

Rubriekhouder: drs. L. Peters en dr. J.J. Kerssens, NIVEL(1988-2005)

### 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 voorlichtingscampagnes 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 en 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 9.1.



Tabel 9.1 Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1996-2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2004	6	41	36	20	13	17	59	25
2005	15	26	32	16	7	23	51	25

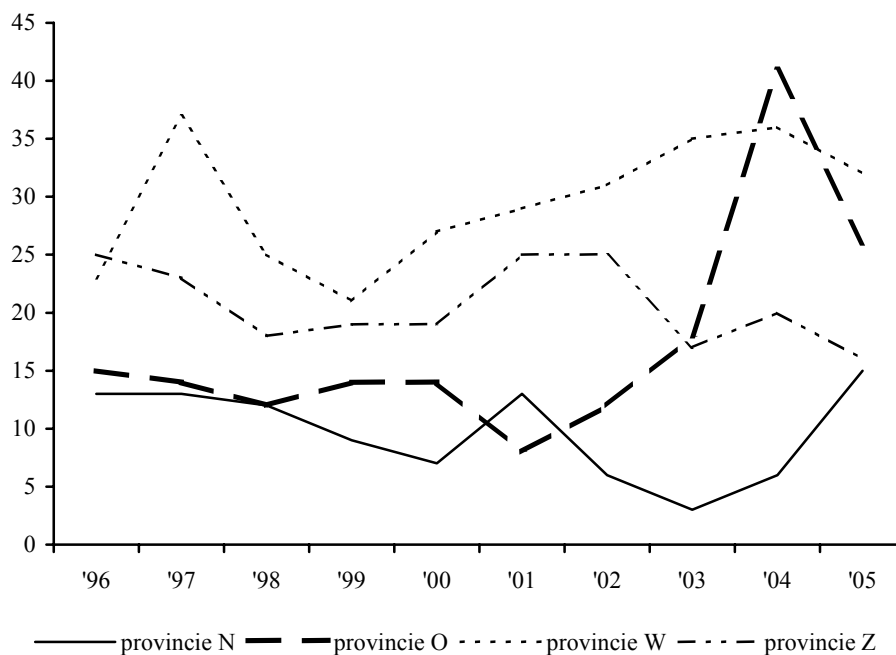
De huisartsen in de grote steden hebben duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 9.1).

De westelijke provincies lieten in 2005 het hoogste aantal meldingen zien. In 2004 werden de meeste consulten per 10.000 inwoners over AIDS gemeld in de oostelijke provincies.

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 2005 is er 272 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 2005 is dit aantal 288. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 9.1 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1996-2005



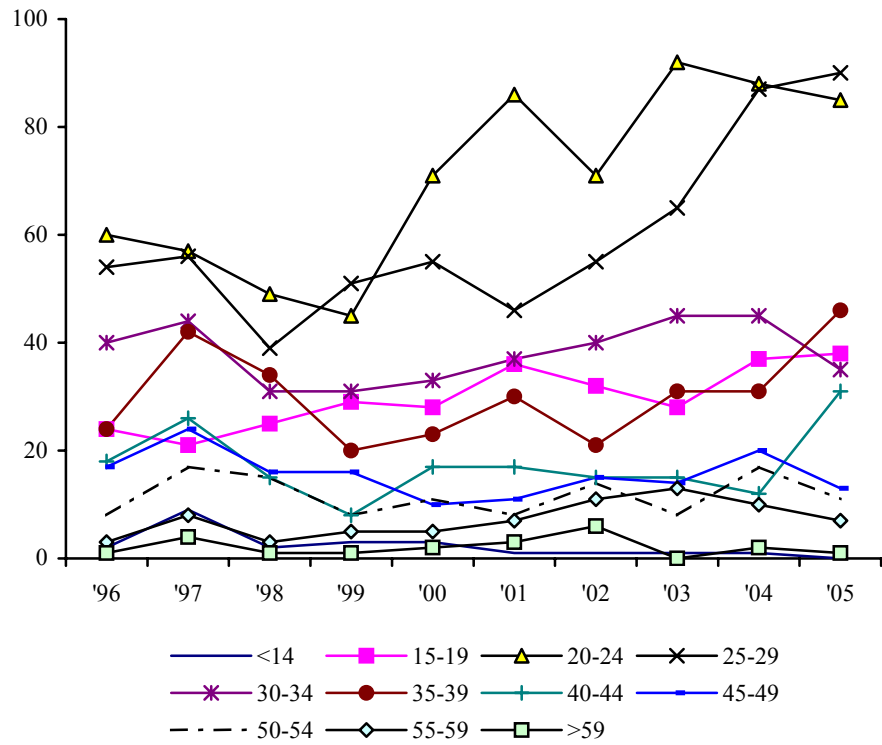
### Leeftijdsverdeling

In tabel 9.2 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 9.2). In 2005 worden de meeste vragen gesteld door de patiënten in de leeftijdsgroep 25-29 jaar. Dit verschuift daarmee naar iets oudere leeftijd vergeleken bij de voorgaande jaren.

Tabel 9.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1996-2005

leeftijdsgroep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<14	(2)	9	(2)	(3)	(3)	(1)	(1)	(1)	(1)	0
15-19	24	21	25	29	28	36	32	28	37	38
20-24	60	57	49	45	71	86	71	92	88	85
25-29	54	56	39	51	55	46	55	65	87	90
30-34	40	44	31	31	33	37	40	45	45	35
35-39	24	42	34	20	23	30	21	31	43	46
40-44	18	26	15	8	17	17	15	15	12	31
45-49	17	24	16	16	10	11	15	14	20	13
50-54	8	17	15	8	11	8	14	8	17	11
55-59	(3)	(8)	(3)	5	(5)	7	11	13	10	7
>59	(1)	(4)	(1)	(2)	(2)	(3)	6	-	(2)	1

Figuur 9.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1996-2005



## Extrapolatie

Tabel 9.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>angst voor aids</b>		
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
2004	25	40.500
2005	25	40.750

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

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

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

## 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 was er weer een toename zichtbaar tot een

stabiel niveau sinds 2004. Het merendeel van de vragen over AIDS aan de huisarts wordt in de jaren tot en met 2004 gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2005 71% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 jaar. Dit percentage is in 2005 duidelijk hoger dan in 2004 (44.5%) en vergelijkbaar met 2003 (76%). 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 2004 en 2005 is er een sterk toegenomen "incidentie" onder de 25-29 jarigen.

De rubriek is voor 2006 op de weekstaat gehandhaafd.

### **Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit Continue Morbiditeits Registratie Peilstations**

Kerssens J.J. Vragen aan de huisarts over HIV en AIDS, van 1998-2004. SOAIDS, 2005; 2:8-9

Kerssens J.J. Vragen aan de huisarts over HIV en AIDS, van 1998 – 2004. SOAIDS 2005; 2: 8-9

Kerssens J.J., Peters L. Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 2004. Utrecht, NIVEL, 2005

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

## 10 Urethritis bij de man

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (1992-2004) G.A. Donker (NIVEL) 2005

### 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 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. In 2006 is opnieuw een wijziging in de SOA-surveillance gepland.

## **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 10.1 gegeven.



Tabel 10.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1996-2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2004	3	5	16	18	9	12	20	13
2005	2	12	18	9	14	9	24	12

De landelijke incidentie van urethritis was na een daling in de eerste helft van de jaren negentig van 1996-2000 redelijk constant. Van 2001 tot 2003 nam de incidentie toe, doch in 2004 en 2005 was de incidentie aanzienlijk lager dan in de voorafgaande acht jaar.

Net als in de meeste voorgaande jaren werd in 2005 urethritis meer gemeld in de oostelijke en westelijke provincies. Het aantal meldingen was consequent het laagst in de noordelijke provincies. In 2005 was net als in voorgaande jaren de incidentie in de grote steden het hoogst.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

## Leeftijdverdeling

In tabel 10.2 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld.

Tabel 10.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1996-2005

leeftijdsgroep	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<14	-	-	(0)	-	(0)	(0)	(0)	5	-	-
15-19	(5)	(5)	(7)	13	(10)	(5)	(8)	(12)	(7)	8
20-24	22	(7)	22	15	28	45	27	34	28	36
25-29	28	15	26	26	26	37	25	51	26	21
30-34	27	27	26	39	39	33	35	36	31	22
35-39	27	35	18	36	24	18	22	41	18	21
40-44	21	19	26	12	34	39	29	22	15	20
45-49	20	33	20	21	14	19	18	19	8	12
50-54	29	19	23	31	14	11	31	17	19	9
55-59	41	28	24	15	20	38	33	34	14	5
60-64	36	28	21	24	26	37	64	(4)	(0)	7
65-69	19	21	12	45	37	26	38	53	10	8
70-74	59	(20)	26	41	39	31	37	43	(6)	5
75-79	(21)	0	15	-	31	(13)	-	(8)	(0)	14
80-84	-	(24)	27	-	(23)	0	(12)	(12)	(13)	10
>84	(33)	-	-	-	(44)	(31)	(18)	(20)	(0)	0

Het merendeel van de patiënten (58%) is tussen de 20-44 jaar oud. In 2005 was net als in 2004 de hoogste incidentie bij de 20-24 jarigen.

## Extrapolatie

Tabel 10.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	m	m
<b>urethritis bij man</b>		
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
2004	13	10.500
2005	12	9.680

\* 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 het feit dat de hoogste incidentie consequent in de grote steden geregistreerd werd.

De laatste twee jaren was de incidentie aanzienlijk lager dan in de voorgaande 8 jaren. De geëxtrapoleerde incidentie kwam in 2005 voor het eerst in tien jaar onder de 10.000 gevallen van urethritis in Nederland. De noordelijke provincies scoorden consequent het laagst in de incidentie van urethritis. De leeftijdsgroep 20-24 jaar scoort het hoogst in incidentie. Dat is de leeftijd waarop veel jongeren wel seksueel actief zijn, maar nog geen vaste partner hebben. Aandacht voor voorlichting aan jongeren met betrekking tot veilig seksueel gedrag blijft geboden.

De rubriek is in 2006 gehandhaafd. Sinds 2004 is de huisartsen gevraagd aanvullend microbiologisch onderzoek te laten doen.

# 11 Suïcide(poging)

Rubriekhouder: dr. P. Verhaak (NIVEL) (1979-2005)

## 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 onder meer 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 2000-2005 respectievelijk 87, 93, 47, 43, 55 en 71.

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 2002 en 2003 worden het laagste aantal suïcide(pogingen) gemeld van de laatste 10 jaar. In 2004 en 2005 lag het aantal weer iets hoger.

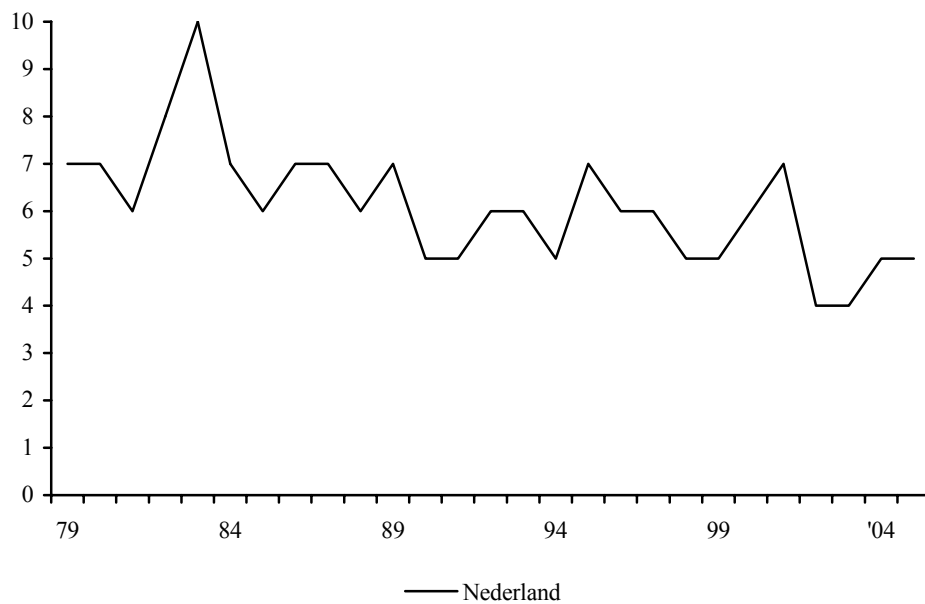
Wanneer naar de stedelijkheidsgraad gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000 en 2002, consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden.

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, doch in 2005 was het oosten des lands koploper.

Tabel 11.1 Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1996-2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
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
2004	2	3	6	6	3	5	9	5
2005	4	9	6	2	2	6	8	5

Figuur 11.1 Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2005



### 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 7 jaar.

Tabel 11.2 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1996-2005

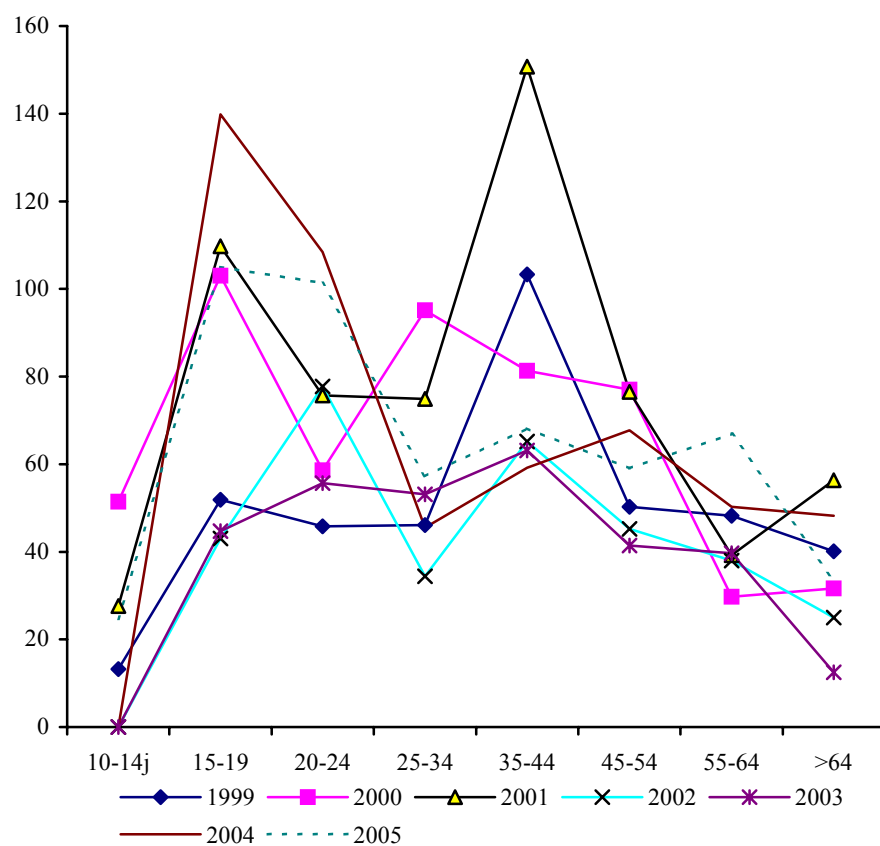
leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1996	(1)	6	8	13	8	6	4	5
1997	(1)	(5)	10	6	10	5	6	7
1998	-	(3)	12	6	9	6	2	6
1999	(1)	(5)	5	4	11	5	11	4
2000	(5)	10	6	10	8	8	6	3
2001	(3)	11	8	7	15	8	3	7
2002	-	(4)	8	3	6	5	4	(3)
2003	-	(4)	6	5	6	4	4	(1)
2004	-	14	11	5	6	7	5	5
2005	3	11	10	6	7	6	7	3

Tabel 11.3 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2005

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)
2004	-	139,8	108,4	45,5	59,2	67,7	50,3	48,2
2005	24,7	105,0	101,3	57,2	68,2	59,0	66,9	33,5



Figuur 11.2 Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2005



## 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)
<b>suïcide (pogingen)</b>		
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
2004	5	8.000
2005	5	8.150

\* 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 de afgelopen twee jaren enige 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. In 2004 en 2005 worden relatief hoge incidenties gemeld bij jonge mensen van 15 tot 24 jaar.

Deze rubriek is in 2006 op de weekstaat gehandhaafd.

### **Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations**

Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, Zee J van der. *The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003*. BMC Fam Pract 2005;6:45. Abstract printed below.

The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003.

**BACKGROUND:** Many patients attempting or committing suicide consult their general practitioner (GP) in the preceding period, indicating that GPs might play an important role in prevention. The aim of the present study was to analyse the epidemiology of suicidal behaviour in Dutch General Practice in order to find possible clues for prevention.

**METHOD:** Description of trends in suicide and suicide attempts occurring from 1983-2003 in the Dutch General Practice Sentinel Network, representing 1% of the Dutch population. The data were analysed with regard to: 1) suicidal behaviour trends and their association with household situation; 2) presence of depression, treatment of depression and referral rate by GPs; 3) contact with GP before suicide or suicide attempt and discussion of suicidal ideation. **RESULTS:** Between 1983 and 2003 the annual number of suicide and suicide attempts decreased by 50%. Sixty percent of the patients who committed or attempted suicide were diagnosed as depressed, of whom 91% were treated by their GP with an antidepressant. Living alone was a risk factor for suicide (odds ratio 1.99; 95% CI 1.50 to 2.64), whereas living in a household of 3 or more persons was a relative risk for a suicide attempt (odds ratio 1.81; 95% CI 1.34 to 2.46). Referral to a psychiatrist or other mental health professionals occurred in 65% of the cases. GPs

recalled having discussed suicidal ideation in only 7% of the cases, and in retrospect estimated that they had foreseen suicide or suicide attempts in 31% and 22% of the cases, respectively, if there had been contact in the preceding month. CONCLUSION: With regard to the prescription of antidepressants and referral of suicidal patients to a psychiatrist, Dutch GPs fulfil their role as gatekeeper satisfactorily. However, since few patients discuss their suicidal ideation with their GP, there is room for improvement. GPs should take the lead to make this subject debatable. It may improve early recognition of depressed patients at risk and accelerate their referral to mental health professionals.

Marquet R.L., Bartelds A., Schellevis F. *No indication for increased rate of suicide attempts by SSRIs in the Netherlands*. British Medical Journal. 2005; 330: nr. 3 March

Marquet R.L., Bartelds A, Visser GJ, 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

Marquet R.L., Bartelds A.I.M., Zee van der J., Schellevis F.G. *Suicide and suicide attempts in the Netherlands: the role of general practitioners*. European Journal of Public Health. 2002; 14: nr. 4, p. 14, Abstract. 12 th Annual EUPHA meeting

## 12 Consult rookverslaving

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (2003-2004) H. Verkleij, RIVM (2005)

### 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’.<sup>11</sup>

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. Op de website ‘Nationaal Kompas Volksgezondheid’ blijkt dat in 2004 28% van alle volwassenen in Nederland rookte (31% van de mannen en 25% van de vrouwen). Het percentage rokende volwassenen is het hoogst tussen de vijfendertig en vijfenvijftig jaar en beduidend lager onder de 65-plussers.

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 goed bekend.

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt de rubriek in 2003 op de weekstaat geplaatst. Doel is vast te stellen hoe vaak de huisarts door de patiënt wordt geconsulteerd over diens rookgedrag. In 2005 hebben de huisartsen na elk consult met betrekking tot rookverslaving bovendien een korte vragenlijst ingevuld om aanvullende gegevens te verkrijgen.

Wie nam het initiatief om over stoppen met roken te praten en waarom, en welk type begeleiding of behandeling gaf de huisarts.

## **Methode**

Gevraagd wordt te registeren wanneer het roken of een rookverslaving een substantieel onderdeel van het consult bij de huisarts is. Onderscheid wordt gemaakt naar geslacht. Na melding van een dergelijk consult vulde de huisarts in 2005 een korte vragenlijst met nadere gegevens in.

## **Resultaten**

Het aantal personen dat in 2005 de huisarts consulteert over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar verstedelijking is weergegeven in tabel 12.1.

Tabel 12.1 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 2003-2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
<b>mannen</b>								
2003	53	111	77	87	108	67	102	81
2004	56	106	47	97	71	62	87	68
2005	14	116	59	75	77	67	51	66
<b>vrouwen</b>								
2003	47	96	71	102	97	63	112	79
2004	39	91	69	90	97	55	99	71
2005	22	101	65	98	79	75	45	71
<b>totaal</b>								
2003	50	104	74	94	103	65	107	80
2004	45	98	58	94	84	58	93	70
2005	18	108	62	86	78	71	48	68

In 2005 hebben bijna evenveel personen de huisarts geconsulteerd over een rookverslaving als in 2004: 68 versus 70. In 2004 en 2005 was het aantal consulten bij mannen iets kleiner dan bij vrouwen.

In de oostelijke provincies is in de drie gerapporteerde jaren 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. De graad van verstedelijking laat over de drie jaren geen consistente samenhang met het aantal consulten betreffende rookverslaving zien.

## Seizoensinvloeden

Het aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal in 2005 wordt gepresenteerd in tabel 12.2.

Tabel 12.2 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt over het roken per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal, in 2003-2005

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
<b>consult rookverslaving</b>				
<b>mannen</b>				
2003	25	18	18	21
2004	20	15	16	17
2005	19	16	16	14
<b>vrouwen</b>				
2003	22	15	18	23
2004	21	19	13	18
2005	22	15	15	18
<b>totaal</b>				
2003	25	16	18	22
2004	20	17	14	18
2005	21	15	15	16

De goede voornemens rond de jaarwisseling zijn net als in de voorgaande jaren goed zichtbaar in de tabel met in het eerste kwartaal een piek in het aantal patiënten dat komt voor een consult over het roken.



## Leeftijdverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per 10.000 per leeftijdsgroep dat in 2003-2005 de huisarts over hun rookverslaving raadpleegt is opgenomen in tabel 12.3.

Tabel 12.3 Aantal personen die de huisarts consulteert over het roken per 10.000 naar leeftijdsgroep en geslacht voor Nederland in 2003-2005

leeftijdsgroep	mannen			vrouwen			totaal		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
10-14	(3)	(6)	0	(9)	(3)	0	(6)	(5)	0
15-19	26	(7)	28	64	(14)	43	45	10	35
20-24	55	38	21	73	49	37	64	43	29
25-29	77	59	55	88	69	77	83	64	66
30-34	76	75	65	93	71	86	85	73	76
35-39	92	90	72	76	98	83	84	94	77
40-44	113	131	96	167	132	133	140	131	114
45-49	126	141	121	159	126	132	142	134	126
50-54	163	156	124	155	177	132	159	167	128
55-59	197	101	135	140	99	106	169	100	121
60-64	146	49	81	78	86	127	112	68	104
65-69	111	100	105	50	108	70	79	104	87
70-74	56	30	77	22	45	51	37	38	63
75-79	38	(26)	96	10	(23)	24	22	24	53
80-84	-	(26)	42	(7)	-	13	(4)	(10)	24
>84	-	-	18	(7)	-	0	(5)	-	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 25 jaar neemt het aantal gestaag toe.

De meeste consulten over rookverslaving vinden in alle drie jaren plaats onder 40-60 jarigen. De piek verschuift wel naar iets jongere leeftijd en ligt in 2004 en 2005 bij de 50-54 jarigen.

## Extrapolatie

Tabel 12.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal*** (m+v)
<b>consult rookverslaving</b>						
2003	81	79	80	65.000	65.000	130.000
2004	68	71	70	55.000	58.500	113.500
2005	66	71	68	53.200	58.500	111.700

\* 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 in het eerste kwartaal het vaakst over het roken geconsulteerd.

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.

De piekleeftijd lijkt naar iets jongere leeftijd te verschuiven. Dit lijkt niet geheel onlogisch. Vanaf 35 jaar beginnen in toenemende mate mensen hun gezondheid als minder goed te ervaren.<sup>11</sup> 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 2006.

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

Jacobs-van de Bruggen M., Baan C., Verkleij H., Donker G. *Stoppen met roken advies huisartsen in 2005: 478 consulten onderzocht*. Bilthoven 2006, RIVM rapport 260702/01

Bladeren F. van, Jacobs M. *Behandeling van tabaksverslaving*. Medisch Contact 2006;61(13): 450



## 13 Sportletsels

Rubriekhouder: Mw. I. Vriend (Stichting Consument en Veiligheid) (2005)

### Inleiding

Lichaamsbeweging vermindert de medische consumptie, leidt tot minder arbeidsverzuim en verhoogt de productiviteit.<sup>12</sup> De economische winst door sport en bewegen is berekend op 725 miljoen euro per jaar.<sup>12, 13</sup> Sport kent echter ook een schaduwzijde, een verhoogd risico op blessures, letsels en andere sportgerelateerde problemen. Over de omvang van sportgerelateerde problemen is weinig bekend.<sup>14</sup> De huisarts ziet in de meeste gevallen de sportletsels waarvoor medische behandeling nodig is. Er wordt steeds meer gesport in Nederland. Vooral vrouwen van middelbare en oudere leeftijd beoefenen steeds vaker recreatiesporten, zodat naar verwachting het aantal sportletsels zal toenemen en er mogelijk een leeftijdsverschuiving plaatsvindt.<sup>13</sup> Hoe vaak er bij de huisarts hulp gezocht wordt voor sportletsels is niet goed bekend.

Op verzoek van de Stichting Consument en Veiligheid werd de rubriek in 2005 op de weekstaat geplaatst. Doel is vast te stellen hoe vaak de huisarts door de patiënt wordt geconsulteerd voor sportletsels. Huisartsen hebben na elke consult met betrekking tot sportletsels bovendien een korte vragenlijst ingevuld om aanvullende gegevens te verkrijgen met betrekking tot de aard van het sportletsel en de toedracht van het ongeval.

### Resultaten

Mannen bezoeken de huisartsen 2,5 maal zo vaak als vrouwen met sportletsels. Het bezoek aan de huisarts met sportletsels is op het platteland het hoogst en neemt af met de mate van verstedelijking (tabel 13.1). Mogelijk is het bezoek aan de huisarts omgekeerd evenredig aan de afstand

tot het ziekenhuis. In het noorden ziet de huisarts minder sportletsels dan in de rest van het land (tabel 13.1)

Tabel 13.1 Aantal meldingen van een sportletsel per provinciegroep en mate van stedelijkheid en voor heel Nederland per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, 2005

		provinciegroep				stedelijkheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2005	m	65	161	154	91	151	129	98	128
2005	v	29	62	63	55	72	59	26	56
2005	t	47	112	107	73	111	94	61	92

### Seizoensinvloeden

In de zomer worden duidelijk minder sportletsels gezien dan in de rest van het jaar (tabel 13.2). Het feit dat het wedstrijdseizoen en trainingen van veel sporttakken eindigen in mei en de zomervakantie spelen hierbij ongetwijfeld een rol.

Tabel 13.2 Aantal meldingen van een sportletsel per kwartaal per 10.000 inwoners, 2005

		week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2005	m	30	33	27	38
2005	v	15	13	12	16
2005	t	23	23	19	27

### Leeftijdsverdeling

Sportletsels komen met uitzondering van de babyleeftijd op bijna alle leeftijden voor (tabel 13.3), maar kennen een piek bij meisjes van 10-14 jaar en bij jongens op iets oudere leeftijd (15-19 jaar). Daarna neemt het aantal sportletsels en waarschijnlijk ook het beoefenen van sport bij zowel mannen als vrouwen geleidelijk af met de leeftijd.

Tabel 13.3 Aantal meldingen van sportletsels per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en voor Nederland, 2005

	mannen	vrouwen	totaal
leeftijdsgroep	2005	2005	2005
<1	-	-	-
1-4	3	3	3
5-9	69	61	65
10-14	245	243	244
15-19	435	182	311
20-24	314	75	192
25-29	239	72	155
30-34	141	28	85
35-39	107	41	75
40-44	112	42	78
45-49	97	51	75
50-54	58	40	49
55-59	46	26	36
60-64	26	19	22
65-69	39	11	25
70-74	19	0	9
75-79	0	0	0
80-84	11	6	8
>85	18	0	5

### Extrapolatie

Extrapolatie van de gegevens naar landelijke cijfers leert dat de huisartsen ongeveer 150.000 sportletsels per jaar behandelen.



Tabel 13.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			.Nederland** (absolute aantallen)		
	M	v	totaal (m+v)	m	v	totaal*** (m+v)
<b>sportletsels</b>						
2005	128	56	92	103.000	46.000	150.000

\* 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 cijfers geven inzicht in de omvang van het probleem sportletsels in de huisartspraktijk, zo'n 150.000 per jaar, waarbij mannen een veel grotere kans op een letsel blijken te hebben dan vrouwen. De letsels komen op alle leeftijden voor, maar pieken op de tienerleeftijd bij meisjes (10-14 jaar) en jongens (15-19 jaar). Het feit dat plattelandsartsen meer sportletsels behandelen heeft ongetwijfeld te maken met de grotere afstand tot het ziekenhuis, waardoor directe hulp in het ziekenhuis een minder aantrekkelijke optie is. Het langer vervolgen van sportletsels kan inzicht geven in de trend in het optreden van deze letsels en eventuele verschuiving met betrekking tot leeftijd en geslacht.

Deze rubriek is in 2006 op de weekstaat gehandhaafd



## 14 Ongewenste zwangerschap

Rubriekhouder: mevr. dr. I. Vanwesenbeeck (Rutgers Nisso Groep) (2003-2005)

### Inleiding

Het registreren van ongewenste zwangerschappen is niet eenvoudig omdat het niet objectief is vast te stellen. Voordat ongewenste zwangerschappen als onderwerp in de CMR-peilstations werden opgenomen, waren alleen de abortuscijfers bekend als indicator van het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. In Nederland worden per jaar ongeveer 33.500 zwangerschappen afgebroken, waarvan er 4.200 zijn uitgevoerd bij vrouwen die niet in Nederland wonen. Vanaf het begin van de jaren negentig is het aantal abortussen in Nederland gestegen: in 1994 was het abortuscijfer 6,0 per 1.000 vrouwen in de leeftijd van 15-44 jaar, tien jaar later is het cijfer opgelopen tot 8,7 per 1.000 vrouwen.<sup>15</sup>

De abortuscijfers zijn, alhoewel een goede indicatie, niet te beschouwen als een incidentiecijfer voor ongewenste zwangerschappen. Er zijn meer ongewenste zwangerschappen, omdat een deel van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn niet zullen overgaan tot het laten afbreken van hun zwangerschap en dus een kind zullen krijgen. Deze ongewenste zwangerschappen zijn in de statistieken niet terug te vinden als ongewenst. Ook is het zo dat een aantal zwangerschappen die eindigen met een abortus niet ongewenst geweest zullen zijn. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er sprake is van een ernstige aangeboren afwijking.

Inzicht in de omvang van ongewenste zwangerschap in de huisartspraktijk en de ontwikkeling daarvan in de komende jaren is een belangrijke aanvulling op bestaande registraties.

## Methode

Gevraagd wordt elke patiënt met een door haar ongewenste zwangerschap te registreren. Over elke melding wordt een aanvullende vragenlijst ingevuld met achtergrondinformatie over de patiënt en het ontstaan van de zwangerschap. Deze vragenlijsten worden verwerkt door de Rutgers Nisso Groep (mevr. Dr. I. Vanwesenbeeck). Hierover zal afzonderlijk gepubliceerd worden.

## Resultaten

In 2005 zijn weer minder meldingen gedaan van ongewenste zwangerschap dan het jaar ervoor. Omgerekend naar de totale bevolking gaat het om 19 meldingen per 10.000 vrouwen (tabel 14.1).

Uitgesplitst naar provinciegroep en naar urbanisatiegraad, blijkt dat in 2005 in de zuidelijke provincies en op het platteland het aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap dat de huisarts consulteerd het laagste is.

Tabel 14.1 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 in 2003-2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2003	29	31	32	17	36	21	39	28
2004	13	23	28	19	14	20	32	22
2005	15	24	24	8	11	18	36	19

In de grote steden melden zich in 2005, evenals in de voorgaande jaren, het vaakst vrouwen met een ongewenste zwangerschap bij de huisarts.

### Leeftijdverdeling

Het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap is weergegeven in tabel 14.2.

Tabel 14.2 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen in 2003-2005

leeftijdverdeling	2003	2004	2005
<10	-	-	-
10-14	30	-	-
15-19	79	60	48
20-24	108	83	57
25-29	53	43	58
30-34	48	54	45
35-39	52	49	45
40-44	22	22	23
45-49	10	(3)	4
50-54	7	-	-
>54	-	-	-

In de leeftijdsgroep 10-14 jaar wordt door de peilstations in 2003 een absoluut aantal van 10 ongewenste zwangerschappen gemeld, wat neerkomt op 30 per 10.000 meisjes. In 2004 en 2005 waren in deze leeftijdsgroep geen meldingen. In de leeftijdsgroep 15-19 werden in 2003 26 meldingen gedaan en dit komt neer op 79 per 10.000 meisjes. In 2004 is het aantal gedaald tot 17 wat overeenkomend met 60 ongewenste zwangerschappen per 10.000

meisjes in deze leeftijdsgroep. In 2005 was het aantal 18 overeenkomend met 48 per 10.000 tieners. Van het totaal van het absolute aantal gemelde ongewenste zwangerschappen was 14% onder de 20 jaar.

Het hoogste aantal ongewenste zwangerschappen was in 2005 in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar en verschoof daarmee in vergelijking met voorgaande jaren naar watr oudere leeftijd. Er is een opmerkelijke afname van het aantal meldingen door de jongere leeftijdsgroepen.

## Extrapolatie

Tabel 14.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	v	v
<b>ongewenste zwangerschap</b>		
2003	28	22.000
2004	22	18.000
2005	19	16.000

\* 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

Als de 19 meldingen van ongewenste zwangerschap per 10.000 vrouwen worden omgerekend voor de groep bij wie een zwangerschap zou kunnen optreden (de leeftijdsgroep 15-44 jaar), dan blijkt dat er 5,6 ongewenste zwangerschappen per 10.000 vrouwen worden gemeld bij de huisarts. Dit aantal is lager dan de 8,7 per 10.000 vrouwen die in 2004 een abortus hebben laten doen. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor het verschil. Ten eerste blijkt uit cijfers van de Landelijke Abortus Registratie dat ongeveer drie van de tien abortus-cliënten niet wordt verwezen door een huisarts.<sup>16</sup> Ten tweede zijn er een aantal vrouwen die niet tot een abortus overgaan.

De cijfers van 2005 laten zien dat er sprake is van aanzienlijk minder meldingen van ongewenste zwangerschap in de jongere leeftijdsgroepen. Ook het CBS constateert een recente daling van het aantal tienermoeders maar die daling is minder groot dan die in de CMR. Een mogelijke reden voor het verschil zou kunnen zijn dat tieners minder vaak hun huisarts bezoeken naar aanleiding van een ongewenste zwangerschap, maar via andere kanalen (bijvoorbeeld internet) hulp zoeken. Hierover is echter op basis van de nu beschikbare gegevens geen uitsluitsel te geven.

De rubriek is in 2006 gehandhaafd.





## 15 Seksuele problematiek en seksueel geweld

Rubriekhouder: Dr. I. Vanwesenbeeck (Rutgers Nisso Groep) (2003-2005)

### 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 ernstiger 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, het geslacht van de partner waaruit de seksuele voorkeur valt af te leiden), 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, voorschrijven medicatie, 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 2005 werden er door de peilstations 34 meldingen gedaan van seksueel geweld. Het betrof 11 mannen en 23 vrouwen, hun leeftijd varieerde tussen de 3 en 61 jaar. In tabel 15.1 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. Het aantal meldingen in 2005 is aanzienlijk hoger dan in voorgaande jaren, waarschijnlijk vooral te duiden als betere casefinding.

Vrouwen komen vaker dan mannen bij de huisarts in verband met seksueel geweld: 34 van elke 100.000 vrouwen en 17 van elke 100.000 mannen kwamen bij de huisarts in 2005.

Tabel 15.1 Aantal meldingen dat de huisarts raadpleegt na seksueel geweld per 100.000 mannen en per 100.000 vrouwen, 2003-2005

		Nederland
2003	m	3
2004		3
2005		2
2003	v	13
2004		14
2005		3

### 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 15.2.

Tabel 15.2 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem per provinciegroep en mate van stedelijkheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003-2005

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2003	m	5	14	25	19	10	19	22	18
2004		6	39	38	13	12	21	34	23
2005		10	31	28	24	24	22	36	25
2003	v	4	6	5	9	7	4	10	5
2004		4	9	14	11	17	8	12	10
2005		4	22	16	14	16	15	15	15

Mannen raadplegen in 2005 bijna 2 maal zo vaak de huisarts in verband met een seksueel probleem dan vrouwen. In de drie registratiejaren is er bij zowel mannen als vrouwen een stijgende tendens. Er wordt minder vaak een seksueel probleem gemeld in de noordelijke provincies. De meeste meldingen komen uit de oostelijke provincies. In de grote steden melden zich de meeste mannen met een seksueel probleem. Bij de vrouwen zijn er nauwelijks verschillen in het aantal meldingen naar stedelijkheid.

### Leeftijdsverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem is weer gegeven in tabel 15.3

Tabel 15.3 Aantal meldingen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003-2005

	2003	2004	2005	2003	2004	2005
	m			v		
1-4	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	8
15-19	-	3	8	-	18	29
20-24	3	13	26	11	15	47
25-29	5	15	19	14	26	23
30-34	6	12	4	10	7	17
35-39	8	4	11	4	16	13
40-44	26	27	26	7	12	11
45-49	12	24	38	5	11	11
50-54	42	63	47	5	23	31
55-59	45	49	59	9	15	14
60-64	32	41	68	4	8	19
65-69	35	76	51	-	5	11
70-74	72	78	77	-	-	-
75-79	23	34	21	-	-	-
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 40 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 20-24 jaar en die voor mannen 70-74. Daarnaast is er een duidelijke toename van het aantal mannen tussen 20 en 25 jaar, tussen 45 en 50 jaar, en tussen 60 en

65 jaar dat de huisarts raadpleegt. Bij de vrouwen is er sprake van een duidelijke toename tussen 15 en 20 jaar, tussen 50 en 55 jaar en tussen 60-64 jaar. Vrouwen ouder dan 70 komen nauwelijks bij de huisarts in verband met een seksueel probleem.

## Extrapolatie

Tabel 15.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*		Nederland** (absolute aantallen)		totaal*** (m+v)
	m	v	m	v	
<b>seksueel probleem</b>					
2003	18	5	14.500	6.000	20.500
2004	23	10	18.500	8.250	26.750
2005	25	15	20.165	12.360	32.525

\* 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 2005 het meest gemeld door vrouwen tot 70 jaar. Het aantal meldingen van seksueel geweld ligt voor vrouwen hoger dan voor mannen. Het totaal aantal meldingen is gering, maar er is een stijgende tendens.

Mannen raadplegen bijna 2 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 zich voortzettende trend in het bezoek van de huisarts met seksuele problemen of wegens seksueel geweld.

In 2006 is deze rubriek ongewijzigd gehandhaafd.

### **Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations**

Kedde H, Donker GA. *Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen – gegevens uit de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland*. Huisarts en Wetenschap 2006; 49:410-4

Kedde Hans, Vroege Jos, Vanwesenbeeck Ine, Bartelds Aad. *De incidentie van seksuele problemen in de huisartspraktijk gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland*. Tijdschr. voor Seksuologie 2005; 29: 143-9





## 16 Levensindeonderzoek

Rubriekhouder: Prof. L. Deliens, Vrije Universiteit Brussel (2005)

### Inleiding

Mensen willen zeggenschap over hun leven inclusief de tijd vlak voor hun sterven en hoe en wanneer ze sterven. Het percentage mensen dat niet acuut overlijdt en medische behandeling en zorg nodig heeft tot aan het overlijden neemt toe. Thans overlijden mensen vooral op oudere leeftijd en het aantal sterfgevallen per 1000 personen neemt toe vanwege een absolute en relatieve toename van het aantal oudere mensen.

Zowel nationaal als internationaal bestaat weinig wetenschappelijk onderzoek over de omstandigheden waarin patiënten overlijden. Bestaande grootschalige epidemiologische onderzoeken hebben in kaart gebracht hoeveel patiënten overlijden, ten gevolge van welke aandoening, en of het overlijden al dan niet vooraf werd gegaan door een medische beslissing aan het levenseinde. Schaars is de informatie omtrent de zorg aan het levenseinde, de plaats van zorg en overlijden, de kwaliteit van het sterven en de rol van de huisarts in de zorg aan het levenseinde.

Voor de planning van zorgvoorzieningen en de verbetering van de zorg voor patiënten in de laatste maanden van hun leven is onderzoek noodzakelijk.

### Methode

De peilstationartsen wordt gevraagd het overlijden te melden van de patiënt die bij hem in de praktijk ingeschreven staat en die niet onverwacht en plotseling is overleden. Per patiënt worden nadere gegevens gevraagd over de zorg die de patiënt de laatste 3 maanden van zijn leven heeft ontvangen en van welke zorgverlener, aan welke ziekte(en) de patiënt in die tijd heeft geleden en het hoe en waar van het overlijden.

Een zelfde onderzoek wordt in een meer uitgebreide vorm in de Belgische Peilpraktijken uitgevoerd.  
Over de uitkomsten van het nadere onderzoek wordt elders gepubliceerd.

### Resultaten

Het aantal voor het levenseinde onderzoek gemelde overleden patiënten per 10.000 personen naar provinciegroep en naar mate stedelijkheid en voor Nederland in 2005 worden weergegeven in tabel 16.1.

Tabel 16.1 Aantal gevallen levenseindeonderzoek per 10.000 personen naar provinciegroep en naar stedelijkheid en voor Nederland in 2005

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2005	26	50	46	62	40	49	40	48

### Seizoensinvloeden

In tabel 16.2 worden het aantal gemelde patiënten voor het levenseinde onderzoek per 10.000 personen per kwartaal weer gegeven.

Tabel 16.2 Aantal gevallen voor het levenseindeonderzoek per 10.000 personen per kwartaal in 2005

	Week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2005	13	11	12	11

In het eerste kwartaal is het aantal overleden personen gemeld voor het levenseinde onderzoek iets hoger dan in de andere kwartalen. In 2005 is er in het eerste kwartaal sprake geweest van een influenza epidemie gepaard gaande met een iets hogere sterfte.

### **Leeftijdsverdeling**

De leeftijdsverdeling van het aantal gemelde patiënten voor het levenseinde onderzoek per leeftijdsgroep in 2005 is weer gegeven in tabel 16.3.

Tabel 16.3 Aantal gevallen voor het levenseindeonderzoek per 10.000 personen leeftijdsgroep in 2005

leeftijdverdeling	2005
<1	26
1-4	0
5-9	-
10-14	3
15-19	3
20-24	0
25-29	1
30-34	0
35-39	7
40-44	10
45-49	10
50-54	20
55-59	38
60-64	68
65-69	85
70-74	131
75-79	268
80-84	402
>85	1106

In het eerste levensjaar sterven baby's onder meer aan niet met het leven verenigbare aangeboren afwijkingen. Daarna is tot 50 jaar het aantal sterfgevallen per leeftijdsgroep erg laag om vanaf 50 jaar gestaag toe te nemen.

## Extrapolatie

Tabel 16.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>levenseindeonderzoek</b>		
2005	48	78.000

\* 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

In 2005 was in Nederland de totale sterfte 8,4 per 1000 inwoners (CBS: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Men moet zich realiseren dat een deel van de overleden patiënten in Nederland niet onder de zorg van de huisarts valt.

In de 2<sup>e</sup> Nationale Studie is aanvankelijk een “incidentie” van overlijden van 4,1 per 1000 gevonden persoonlijke mededeling van Francois S. Dit is als onderrapportage beschouwd. In de onderhavige registratie met 4,8 per 1000 lijkt daar ook sprake van te zijn, met name in het noorden des lands.

In 2006 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd.



## 17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassen)

Rubriekhouder: G.A. Donker, NIVEL (1976-2005)

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

De artsen worden aan het begin van het jaar op de hoogte gebracht van het komende onderzoek. Aan alle peilstationartsen wordt aan het einde van het jaar een formulier gezonden met het verzoek te vermelden of in het afgelopen jaar aan hen door een patiënt(e) zelf de vraag is gesteld om euthanasie, danwel hulp bij zelfdoding en zo ja, wat de aanleiding hiertoe was. Tevens wordt geïnformeerd naar de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, de plaats van verpleging of verzorging en het al of niet gebruik maken van een 'euthanasieverklaring'.<sup>17</sup>

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

In 2005 is het aantal verzoeken 35, (13 mannen en 22 vrouwen). Dit is iets meer dan in het voorgaande jaar (28), deels samenhangend met toename van het aantal peilstations. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 83% een maligniteit. Dit is vergelijkbaar met het voorgaande jaar, maar ligt iets boven het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2003.

De meeste patiënten (91%) overlijden thuis aan euthanasie: één in het ziekenhuis, één in een hospice en van één patiënt was de verblijfplaats niet bekend.

Bij 31 verzoeken (86%) wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 33 patiënten. Eén patiënt vraagt om hulp bij euthanasie of zelfdoding. En twee

om hulp bij zelfdoding. Bij 21 (60%) van de 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 1976-2005

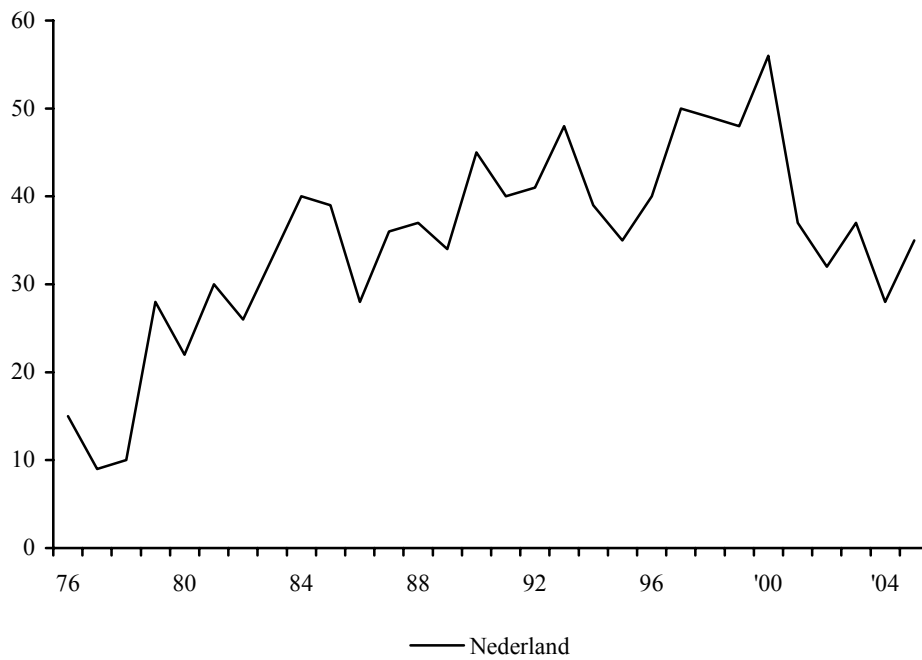
De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en per geslacht is in tabel 18.1 te vinden (vergelijk figuur 17.1).

Tabel 17.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1996-2005

absoluut	provinciegroep		stedelijkheidsgraad				Nederland			
	m	v	N	O	W	Z		1	2	3
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
2004	15	13	3	3	16	6	2	19	7	28
2005	13	22	2	7	23	3	5	24	6	35



Figuur 17.1 Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-2005



De gegevens per 10.000 inwoners (niet getoond hier in verband met kleine aantallen) 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 17.2 te vinden.

Tabel 17.2 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1996-2005

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
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
2004	3	6	13	5	1	28
2005	4	8	13	8	2	35

### Overzicht van de gemelde verzoeken

Inmiddels zijn sinds 1976 de gegevens bekend over 1047 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 535 gedaan door een man (51%).

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 die leidden tot het verzoek om euthanasie verliep ondanks de hiervoor genoemde problemen in het algemeen moeiteloos: 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 17.3. De verdeling in 2005 is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Tabel 17.3 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-2005

	N	%
maligne neoplasmata	789	75
hart- en vaatziekten	58	6
chronische obstructieve longziekten	45	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	50	5
overige ziekten	105	10
totaal	1047	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 17.4.

Tabel 17.4: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd, 1976-2005

	≤54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	≥85 %
maligne aandoeningen	74	96	12	66	31
hart- en vaatziekten	0	1	1	12	21
chron. obst. longziekten	1	2	1	8	10
symptomen en onvolledig	3	1	1	4	26
overige ziekten	19	8	1	12	13

Onder de 85 jaar vormen vooral de maligne aandoeningen een aanleiding om de huisarts om euthanasie te vragen.

Ook CVA en ernstige COPD worden als aanleiding tot een verzoek genoemd en soms al op relatief jonge leeftijd.

Wanneer iemand met een slecht vaatstelsel niet overlijdt aan een myocardinfarct of een cerebrovasculair accident kan de kwaliteit van het leven ernstig aangetast zijn. Ook de chronisch obstructieve longaandoeningen kunnen ernstige invaliditeit en lijden met zich meebrengen.

Euthanasie bij M. Alzheimer (verzoek vroegtijdig geuit tijdens wilsbekwaamheid) en amyotrofische lateraalsclerose (ALS) vielen in de categorie overige ziekten en komen vooral op oudere leeftijd voor. Onder de leeftijd van 55 jaar is deze groep uiterst heterogeen: cystische fibrose, multipele sclerose, HIV, maar ook vitale depressie. In 2005 komt een verzoek in deze leeftijdscategorie niet voor.

In tabel 17.5 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 17.5 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-2005 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	≤65 jaar %	≥64 jaar %
alle aandoeningen	1047	35	65
alle maligniteiten	789	39	61
hart- en vaatziekten	58	3	97
chr. obstr. long- ziekten	45	13	87
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	50	16	84
overige ziekten	105	45	55

Een nadere onderverdeling van de maligniteiten naar lokalisatie van de tumor en de leeftijd van de patiënt laat het volgende beeld zien (tabel 17.6).

Tabel 17.6 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), 1976-2005

	n	≤65 jaar %	≥ 64 jaar %
alle maligniteiten	789	39	61
maag	71	39	61
colon/rectum	119	28	72
trachea/long	209	34	66
borst	83	55	45
overige	307	41	59

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

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 90% in 2005.

### **Beschouwing**

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989).<sup>18</sup>

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. 1991<sup>19</sup>, Pijnenborg e.a.<sup>20</sup> 1994, Van der Wal e.a. 1994.<sup>21</sup> Van der Maas e.a.).<sup>22</sup> In 2001 is opnieuw grootschalige 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, 2003).<sup>23</sup>

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 2004 is het aantal verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding licht gestegen. Sinds 2000 lijkt een daling in te zetten, mogelijk omdat terminale sedatie meer gebruikelijk wordt. De relatief kleine absolute aantallen verzoeken aan de Peilstation-artsen kunnen per jaar aanzienlijke verschillen vertonen zodat het noodzakelijk is met voortschrijdende gemiddelden te werken.

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 euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consequent een iets groter aandeel bij mannen ongeveer 51% versus 49% bij vrouwen in de periode 1976-2005. Het jaar 2005 vormt hierop een uitzondering, omdat het aandeel vrouwen groter was (63%).

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. 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 1976-2005 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 31%.

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 levensbeëindiging 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).<sup>24</sup> M. Alzheimer blijkt geen absolute contra-indicatie meer voor euthanasie mits het verzoek is ingediend als de patiënt nog wilsbekwaam is.

Tabel 17.7 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2005

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
97	v	CVA	coma
85	v	coloncarcinoom	pijn, ondraaglijk lijden
81	m	prostaatacinoom	depressief
81	v	ALS	uitzichtloosheid
79	v	peritomyitis carcinomatosa	ondraaglijk lijden
77	v	longcarcinoom	uitzichtloosheid
76	m	m. kahler	pijn, algeheel onwel
75	m	longcarcinoom	ontluistering
75	m	m. alzheimer	al eerder geuite wens
75	v	mammacarcinoom + metastasen	aftakeling, ontluistering, pijn
73	v	CVA	
73	v	maligniteit – onbekend type	ontluistering
72	m	kleincellig bronchuscarcinoom	aftakeling, verlies onafhankelijkheid
70	v	uitgezaaid longcarcinoom	
68	m	longcarcinoom	terminale status veel pijn
68	v	ALS	angst te stikken
68	v	parotistumor	onbehandelbare pijn
68	v	longcarcinoom	ernstige dyspnoe
67	m	pancreaskopcarcinoom	onhoudbaar lijden
67	m	bronchuscarcinoom	terminale fase, ondraaglijk lijden
67	v	longcarcinoom met metastasen	toenemende pijnklachten ondanks medicatie
66	v	mammacarcinoom	ondraaglijk lijden
65	m	kleincellig longcarcinoom	pijn klachten
64	m	ernstige copp	geen vooruitzicht, geen kwaliteit van leven
64	v	blaascarcinoom	totale aftakeling en pijn



Tabel 17.7 Verzoek om actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2005 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
63	m	blaascarcinoom met metastasen	toename pijn, levenskwaliteit
60	v	bijniercarcinoom met metastasen	algehele aftakeling
60	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	totale aftakeling
56	m	slokdarmcarcinoom met metastasen	
56	v	mammacarcinoom met metastasen	moe, misselijk, ascites
55	v	mammacarcinoom	achteruitgang conditie
47	m	rectumcarcinoom met metastasen	angst voor pijn
41	v	longcarcinoom	“preventief” voor de toekomst
40	v	mammacarcinoom	repiratieve insufficiëntie
28	v	ewingcarcoom	ondraaglijk lijden

Het onderzoek wordt in het jaar 2006 gecontinueerd.

### Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de 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.



## 18 Terminale Sedatie

Rubriekhouder: G.A. Donker, NIVEL (2005)

### Inleiding

Ook bij optimale palliatieve zorg komen in de terminale fase van een ziekteproces situaties voor, waarbij de behandeling niet leidt tot voldoende verlichting van symptomen. Men spreekt dan van refractaire symptomen, waarbij er sprake is van ernstig lijden van de patiënt.

Het gaat daarbij vooral om ernstige vormen van onrust, benauwdheid, pijn, misselijkheid braken en angst. Voor alle betrokkenen bij een sterfbed, waarbij sprake is van refractaire symptomen, is dat een indringende ervaring. De patiënt lijdt ernstig en kan wanhopig worden, de naasten kunnen het lijden van hun partner, ouder of familielid moeilijk aanzien en de behandelaars en zorgverleners hebben het gevoel te falen.

In toenemende mate wordt het ernstige lijden kort voor het overlijden minder geaccepteerd. Het wordt als betekenisloos ervaren en er wordt een beroep gedaan op behandelaars dit lijden te verlichten. De behandelaars kunnen in deze situaties onder voorwaarden besluiten tot wat (diepe) sedatie genoemd wordt: het in geringe of ernstiger mate, eventueel kortdurend, verlagen van het bewustzijn met behulp van sedativa (slaapmiddelen). Het doel is het lijden te verlichten en niet het leven te beëindigen.

Sedatie door huisartsen in de zorg voor terminale patiënten thuis wordt in 2,5% van de sterfgevallen toegepast (Van der Wal, 2003).<sup>24</sup>

Er is discussie of voor het overgaan tot (terminale) sedatie de (huis)arts aan dezelfde criteria zou moeten voldoen als bij het inwilligen van een verzoek om euthanasie. De vrees is geuit dat de onder de medische bevoegdheid

vallende beslissing over te gaan tot terminale sedatie een alternatief wordt voor de inwilliging van een verzoek om euthanasie dat extern wordt getoetst. Het is de vraag in hoeverre terminale sedatie en euthanasie elkaar aanvullen ten aanzien van verlichting van het levenseinde. In hoeverre worden deze methoden voor verschillende symptomen en groepen patiënten aangewend, of bestaat er sterke overlap in de patiëntenpopulaties, waarbij zij aangewend worden?

Inzicht in de praktijk van de terminale sedatie door huisartsen kan daarover uitsluitsel geven.

## **Methode**

De huisartsen worden aan het begin van het registratiejaar op de hoogte gebracht van het onderzoek. Aan alle peilstationartsen wordt gevraagd te noteren wanneer de huisarts overgegaan is tot een (terminale) sedatie en aan het einde van het registratiejaar wordt een formulier gezonden voor nadere informatie. De huisarts wordt gevraagd of zij in het afgelopen jaar over is gegaan tot (terminale) sedatie en wat daartoe de aanleiding was. Voorts wordt gevraagd aan welke ziekte de patiënt leed, of er ook sprake was van een verzoek om euthanasie en wie er bij de beslissing over te gaan tot de (terminale) sedatie betrokken zijn geweest.

## **Resultaten**

In 2006 zijn 26 patiënten gemeld waarbij tot (terminale) sedatie is besloten. Het aantal mannen is 17 (65%). Van de patiënten lijdt 73% aan een vorm van kanker. Van 3 patiënten is geen onderliggend lijden vermeld.

Bij 22 patiënten (85%) geeft de arts aan dat 2 of meer refractaire symptomen de aanleiding zijn geweest voor de beslissing het bewustzijn van de patiënt te gaan verlagen. Wanneer er één symptoom is vermeld betreft het 2 patiënten met onbehandelbare benauwdheid en 2 patiënten met onbehandelbare pijn.

Van de symptomen die de aanleiding zijn tot het besluit te gaan sederen wordt onbehandelbare pijn het meest frequent genoemd: 19 maal (73%). Benauwdheid en angst worden bij 13 patiënten genoemd (50%).

Van de 26 gemelde patiënten hebben 6 ook een verzoek om euthanasie gedaan. In 3 situaties is de patiënt niet betrokken bij de beslissing; in alle situaties is er in overleg met de familie besloten tot de sedatie. De verpleging/verzorging is bij 14 van de 26 patiënten betrokken bij de beslissing en in 9 gevallen is een andere arts geraadpleegd.

Uit de westelijke provincies worden 15 patiënten gemeld, uit de noordelijke en de oostelijke provinciegroepen beide 4 gevallen en uit de zuidelijke provincies 3.

In de grote steden wordt het minste aantal patiënten gemeld: 2. De meeste patiënten worden gemeld in de kleine steden en op het verstedelijkte platteland (17) en 7 patiënten in de plattelandsgemeenten.

Bij 3 patiënten jonger dan 60 jaar is tot (terminale) sedatie besloten; in de leeftijdsgroep van 55-64 jaar is het aantal 9, van de 65-74 jarigen 3, van de 75-84 jarigen 8 en bij 2 patiënten van 85 jaar en ouder is de behandeling toegepast. Van één patiënt is de leeftijd niet bekend.

## **Discussie**

Evenals bij de verzoeken om euthanasie (zie hoofdstuk 17) is kanker de veruit meest voorkomende aandoening waaraan patiënten lijden, waarbij besloten is tot (terminale) sedatie.

Anders dan bij de verzoeken om euthanasie wordt in 2005 bij duidelijk meer mannen dan vrouwen besloten tot sedatie. Er is geen informatie beschikbaar over de mogelijke achtergronden van dit verschil. Wel is bekend dat longcarcinoom meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen en dat de daarbij optredende soms onbehandelbare benauwdheid een reden kan zijn voor terminale sedatie. Dit zou het verschil kunnen verklaren.

Het wekt geen verbazing dat er een grote overeenstemming is in de aanleiding tot het overgaan tot (terminale) sedatie en de aanleidingen te

vragen om euthanasie. Onduidelijk blijft nog of het besluit over te gaan tot terminale sedatie bij de 6 patiënten waarvan ook een verzoek om euthanasie is gemeld, is ingegeven om het uitvoeren van euthanasie te vermijden. In al deze 6 gevallen is de beslissing genomen samen met de patiënt en de familie. Een verschil met de meldingen van de verzoeken om euthanasie is dat er in de zuidelijke provincies en de grote steden minder meldingen zijn van toegepaste (terminale) sedatie dan in de overige provinciegroepen en urbanistiegraadgroepen.

Het hoogste aantal meldingen van verzoeken om euthanasie en van de meldingen van (terminale) sedatie komen uit de westelijke provinciegroep en het verstedelijkte platteland en de kleinere steden.

De gegevens over 2006 en de jaren daarna moeten aangeven of de overeenkomsten en verschillen tussen de verzoeken om euthanasie en het besluiten en overgaan tot (terminale) sedatie blijven bestaan en meer houvast geven voor conclusies. Nader onderzoek naar de verschillen, indien die blijven bestaan, lijkt relevant.

Tabel 18.1 Overzicht van de patiënten waarbij tot (terminale) sedatie is besloten.

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
98	v	ileus en blaasretentie	delier, pijn en angst
87	m	aneurysma aorta abdomalis en longcarcinoom	pijn
84	m	gemetastaseerd coloncarcinoom	braken, verslikken en angst
83	v	cachexie en humerusfractuur	pijn
82	m	decompensatio cordis en emfyseem	delier, dyspnoe, pijn en angst
81	v	ovariumcarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijkheid en angst

Tabel 18.1 Overzicht van de patiënten waarbij tot (terminale) sedatie is besloten (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
77	m	blaascarcinoom en levercirrhose	dyspnoe en pijn
77	m	gemetastaseerd longcarcinoom	ernstige delier, dyspnoe, pijn en angst
75	m	longcarcinoom	dyspnoe en angst
73	m	terminale polycythaemia vera	pijn en angst
67	m	gemetastaseerd coloncarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijkheid en angst
65	m	hersensmetastasen van longcarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijkheid en angst
64	v	blaascarcinoom	ernstige delier, dyspnoe, pijn, misselijkheid en angst
64	m	?	ernstige delier, dyspnoe en angst
62	m	?	dyspnoe
61	m	hersensmetastasen	ernstige delier, pijn en misselijkheid
60	v	gemetastaseerd bijniercarcinoom	pijn, misselijkheid en braken
59	v	gemetastaseerd coloncarcinoom	pijn, misselijkheid en braken
57	m	mondcarcinoom	dyspnoe en pijn
56	m	prostaatcarcinoom met metastasen en dwarslaesie	dyspnoe
54	v	acute lymfatische leukemie	pijn, misselijkheid en braken

Tabel 18.1 Overzicht van de patiënten waarbij tot (terminale) sedatie is besloten (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
42	v	?	ermstige delier, dyspnoe en pijn
40	m	darmcarcinoom	pijn en braken
39	m	duodenumcarcinoom	pijn en braken
?	v	kanker	misselijkheid en angst

Het onderzoek wordt in het jaar 2006 gecontinueerd.



## 19 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Psycho-Medisch Centrum (1985-1989, 1995-2005)

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. Door middel van een nieuwe registratie vanaf 1995 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 2005 vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener? Voorts werd gevraagd naar de samenstelling van het gezin waaruit de patiënt voort kwam 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 Centrum Eetstoornissen Ursula, in Leidschendam. In tabel 19.1 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 1995-2005. 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 19.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2005 en de aantallen per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
<b>absoluut/jaar</b>								
<b>Gem:</b>								
1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
1997	12	10	11	9	8	29	4	42
1998	10	17	15	9	5	36	10	51
1999	4	14	12	13	1	38	4	43
2000	4	9	13	9	3	26	6	34
2001	5	6	6	7	4	19	1	24
2002	2	12	14	8	5	24	7	36
2003	1	14	24	4	2	29	12	43
2004	3	11	14	11	3	30	6	37
2005	4	8	15	1	10	16	2	28

Tabel 19.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2005 en de aantallen per 10.000 vrouwen (vervolg)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
<b>per 10.000 vrouwen</b>								
1995	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	(3.3)	8.5	5.4	8.4	(1.1)	7.9	4.4	5.2
2000	(3.2)	4.6	3.9	6.1	(2.3)	4.9	3.8	4.2
2001	3.4	4.0	2.5	4.6	(4.4)	4.0	0.9	3.6
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
2004	(1.3)	7.0	2.6	2.9	(2.9)	3.5	2.3	3.0
2005	(3.3)	5.4	4.1	(0.6)	8.2	4.9	(1.2)	3.5

Het absolute aantal meldingen is in 2005 lager dan in de drie voorafgaande jaren. Het relatieve aantal is vergelijkbaar met het voorgaande jaar. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 96%.

Vanaf 2002 is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het hoogst in de oostelijke provinciegroep. Eetstoornissen worden in 2005 weer het meest gemeld in de verstedelijkte gebieden en forensen gemeenten.

In tabel 19.2 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 19.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2005

vrouwen	1985-1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gem.												
1-4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
10-14	1	1	1	0	2	-	1	1	1	-	1	1
15-19	8	13	15	10	9	7	9	6	5	5	5	9
20-24	12	14	9	11	14	7	5	2	3	7	10	2
25-29	14	10	7	7	5	6	9	4	8	7	8	2
30-34	6	9	4	3	4	6	4	5	2	5	-	6
35-39	7	8	6	3	11	9	3	3	5	5	2	1
40-44	4	2	2	4	4	6	1	-	4	6	5	6
45-49	1	4	1	1	1	-	1	-	2	5	4	-
50-54	1	2	-	-	-	-	1	1	2	2	-	-
55-59	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1

In 2005 was er 1 melding van een mannelijke patiënt.

### Conclusies

De prevalentie van eetstoornissen laat de laatste 3 jaar een dalende trend zien. Er zijn dit jaar opvallend weinig patiënten in de grote steden gerapporteerd, hoewel uit eerder onderzoek blijkt dat verstedelijking een

risicofactor is. Er is geen duidelijke verklaring voor het feit dat de prevalentie in het oosten des lands wat hoger is dan elders. Ook in 2006 zal een onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

### **Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations**

Son E.G. van, Hoeken D. van, Bartelds A.I.M., Furth E.F. van, Hoek H.W. *Time trends in the incidence of eating disorders: A. primary care study in the Netherlands* Int Eat Disord 2006; 39

Son van G.E., Hoeken van D., Furth van E.F., Bartelds A.I.M., Hoek H.W. *Incidentie eetstoornissen in jaren 90: afname bulimia nervosa?* Ned. Congres voor Eetstoornissen, Rotterdam 4-6 okt. 2004

Son van G.E., Hoeken van D., Furth van E.F., Bartelds A.I.M., Hoek H.W. *Bulimia nervosa incidence and degree of urbanization are linked: implications for etiology.* Eating Disorder Research Society congres, 2004

Son van G. E., Furth van E. F., Schellevis F., Hoeken van D., Hoek H.W. *De incidentie van Anorexia Nervosa (AN) en Boulimia Nervosa (BN) in de Nederlandse huisartsenzorg.* Ned. Congres voor Eetstoornissen, Rotterdam 5-6 okt. 2004

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



## 20 Antibiotica resistentie *Staphylococcus aureus* in de huisartsenpraktijk

Rubriekhouder: mw. E. Stobberingh, Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (2005)

Antibiotica resistentie wordt wereldwijd als een toenemend probleem ervaren. Hoewel in Nederland de prevalentie van antibiotica-resistente micro-organismen nog relatief laag is, wordt ook hier een toename in resistentie waargenomen met name in gezondheidszorginstellingen. Algemeen wordt antibiotica-gebruik als belangrijkste risicofactor voor antibiotica resistentie beschouwd en aangezien ongeveer 80% van het totale humaan antibiotica-gebruik door huisartsen wordt voorgeschreven zal optimaal gebruik van antibiotica door huisartsen bijdragen aan het beheersen van het antibiotica resistentie probleem. Optimaal gebruik van antibiotica betekent gebruik van het juiste middel, bij de juiste indicatie en de juiste duur. De huisarts zal voor de keuze van de antibiotische therapie in het merendeel van de gevallen niet de beschikking hebben over de antibiotica gevoeligheid van de te behandelen verwekker. Dientengevolge zal de keuze gebaseerd moeten zijn op ervaring en/of op actuele epidemiologische data betreffende de antibiotica gevoeligheid van de te behandelen bacteriepopulatie. Het belang om over deze gegevens te kunnen beschikken en daarmee een bijdrage te kunnen leveren aan het beheersen van het resistentieprobleem is ook door de SWAB, de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid, onderkend. Een van de structurele activiteiten van de SWAB is antibiotica-resistentie surveillance van micro-organismen zowel binnen als buiten het ziekenhuis. In de afgelopen jaren werd de antibiotica-gevoeligheid voor uro-pathogenen en luchtweg-pathogenen bepaald. In 2005 werd het onderzoek gestart naar de antibiotica gevoeligheid van *Staphylococcus aureus*, een belangrijke verwekker van huidinfecties.

Peilstation huisartsen werd gevraagd om bij 50–100 patiënten, die hun spreekuur bezoeken met een niet-infectieuze aandoening, een neuswat af te nemen en deze, voorzien van het codenummer van de huisarts, op te sturen in een voorgefrankeerde envelop naar het bacteriologisch laboratorium van het academisch ziekenhuis Maastricht voor isolatie en bepaling van de antibiotica-gevoeligheid voor verschillende antibiotica volgens de SWAB standaard. Daarnaast werd ook de gevoeligheid voor mupirocin en fusidinezuur bepaald. De resultaten van de ingestuurde kweken worden na afloop van het onderzoek aan de huisartsen teruggerapporteerd.

Zeventien peilstationpraktijken en tien andere huisartspraktijken deden op vrijwillige basis mee aan het onderzoek. In oktober 2005 werd met afname van monsters gestart. In totaal werden 2856 watten ingestuurd, het aantal teruggestuurde watten per huisarts varieerde van 1 tot 150. Uit 671 watten werd een *Staphylococcus aureus* (23%) geïsoleerd. De antibiotica resistentie bedroeg 64% tegen penicilline en 6,2% tegen claritromycine. Resistentie tegen mupirocin was 1%, tegen fusidine zuur 5%. Alle isolaten waren gevoelig voor co-trimoxazol en vancomycine. Eén isolaat was resistent tegen methicilline.

De deelnemende huisartsen waren verspreid over Nederland (Zuid - Limburg is enigszins over vertegenwoordigd). Er werd geen geografisch verschil in resistentie waargenomen, mogelijk ten gevolge van de relatief lage resistentiepercentages.

Dit incidentele onderzoek strekt zich ook uit over de eerste helft van 2006.

### **Conclusies**

Behalve het te verwachten hoge percentage resistentie voor penicilline (64%), varieerde de resistentie tegen de andere onderzochte antibiotica van 0% tot 6,2%.

Voor de huisarts betekenen deze lage resistentie percentages, ook voor mupirocin en fusidinezuur, dat het huidige beleid waarschijnlijk geen aanpassing behoeft. Restrictief gebruik van antibiotica blijft geboden.



Daarnaast suggereren de resultaten dat de toenemende resistentie van *Staphylococcus aureus* in gezondheidszorg instellingen (onverwachte multi/methicilline resistente *Staphylococcus aureus*) zijn oorsprong waarschijnlijk niet in de open populatie vindt.



## 21 Algemene opmerkingen

- 1 De weekstaat voor 2006 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
  - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
  - b Levensindeonderzoek.
  - c Waterpokken.
  - d Consult i.v.m. rookverslaving.
  - e Suicide(poging).
  - f Urethritis bij man.
  - g Angst voor AIDS.
  - h Gastro-enteritis.
  - i Ongewenste zwangerschap.
  - j Seksuele problematiek.
  - k Kinkhoest.
  - l Sportletsels.
  - m Seksueel geweld.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2006 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen en terminale sedatie.
- 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.

Dr. G.A. Donker, epidemioloog-projectleider



## 22 Literatuurlijst

### Lijst van overige publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de 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

## ARI-EL studie

- Bartelds Aad, Gageldonk-Lafeber Rianne, Heijnen Marie-Louise, Peeters Marcel, Plas Sinome van der, Wilbrink Berry. *ARI-EL: case-controle onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn*. Huisarts en Wetenschap 2006 , 49(5) 244-247
- Gageldonk-Lafeber van A.B., Heijnen M.L.A., Bartelds A.I.M., Peters M.F., Plas van der S.M., Wilbrink B. *A case-control study on acute respiratory tract in general practitioner patients in The Netherlands*. CID 2005;41 490-497
- Nys S., Tjhie J.H.T., Bartelds A.I.M., Heijnen M.L.A., Peeters M.F., Stobberingh E.E. *Erythromycin resistance in the commensal throat flora of patients visiting the general practitioner: a reservoir for resistance genes for potential pathogenic bacteria*. Int J Antimicrob Agents. 2005 Aug; 26(2): 133-7
- Gageldonk-Lafeber van A.B., Heijnen M.-L. A., Bartelds A.I.M., Peeters M.F., Plas van der S.M., Wilbrink B. *ARI-EL: case-control onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn*. Oktober 2000-Oktober 2003; rapportage aan opdrachtgever
- 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 H., Heijnen M.L.A. *Humaan MetaPneumoVirus, een nieuw ontdekt virus. Vóórkomen in de ARI-EL studie*. Infectieziekten Bulletin, 2002;13: 360-61
- Brandhof van den W.E., Bartelds A.I.M., Peeters M.F., Wilbrink B., Heijnen M.L.A. *ARI-EL: een case-controle 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; 13: 104-110
- Heijnen M.L.A., e.a. *Start ARI-EL-studie*. Infectieziekten Bulletin, 2000; 11: 178-180

## 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.

**Method**e 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.

## Diabetes Mellitus

Donker Gé, Flemming Douglas, Schellevis Francois, Spreeuwenberg Peter. *Behandeling van diabetes mellitus door de huisarts in vijf Europese landen: eenheid binnen Europa*. Huisarts en Wetenschap 2005, 48(9): 449-53

Donker G.A., Fleming D.M., Schellevis F.G., Spreeuwenberg P. *Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries*. Family Practice 2004; 21:364-69

**Background.** In many European countries, maturity onset diabetes mellitus (DM) is to a large extent managed in general practice.

**Objective.** Our aim was to compare management of DM in general practice in five European countries in order to contribute to international guidelines on the management of DM by GPs.

**Methods.** Routine monitoring of patients presenting with DM was performed during a 12 months period (1999-2000) to GPs in established sentinel practice surveillance networks in five European countries (Belgium, Croatia, England, Spain and The Netherlands). Results were stratified by age and country.

**Results.** The proportion of patients treated by diet only varied from 13% (The Netherlands) to 25% (Spain); diet and oral antidiabetics from 51% (England) to 62% (Belgium); a combination of diet and insulin varied from 15% (Belgium and Croatia) to 26% (The Netherlands); and a combination of diet, oral antidiabetics and insulin was ,10% in all countries. In the older age groups, insulin is prescribed most frequently in The Netherlands. Spain and Croatia show high consultation rates for DM; England and The Netherlands show low rates. Referral percentages vary considerably between countries (highest in Croatia).

**Conclusions.** National differences found included the use of insulin in the elderly, the consultation frequency in general practice and the referral rate to ophthalmologist and diabetic specialist. Further quantitative and qualitative studies are needed to explore the needs for support in diabetes management in general practice in Europe.

### **Herpes Zoster**

Fleming D.M., Bartelds A., Chapman S.R., Cross K.W. *The consistency of shingles and its significance for health monitoring.* European Journal of Epidemiology, 2004, 19: 1113-1118

Accurate estimation of monitored populations is essential for epidemiological study. Many countries do not have systems of patient registration and routine disease surveillance is thereby hindered. We studied the incidence of shingles over time and investigated the hypothesis that the incidence is consistent and could be used as a proxy for estimating the monitored population. Annual incidence rates of shingles reported in the Weekly Returns Service (WRS) since 1970 and in the Dutch Sentinel Network (DSN) over the period 1998-2001 were studied. Gender specific annual rates (1998-2001) were compared after standardising for age. The population in the DSN was estimated by applying the WRS incidence rates to the numbers of DSN incident cases. The incidence of shingles was annually and seasonally consistent. Incidence in males was similar in both networks and in females approximately 18% greater in the WRS: in age groups 15-64 years, incidence was similar in both networks, but in children 0-14 years and in persons

65 years and over, it was higher in the WRS. The total populations in the DSN estimated from average age/gender specific rates in the WRS were within 12% of the observed in each of the 4 years surveyed. The incidence of shingles in the two countries was sufficiently close to estimated the surveyed population aged 15-64 years from knowledge of incident cases in the community. Routine monitoring of shingles in sentinel practice networks is commended as a method of assuring recording quality and as a means of estimating the survey population where the registered population is not known.

### **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

### **Resistentie tegen antibiotica van uropathogenen**

Nys S., Tjhie J.H.T., Bartelds A.I.M., Heijnen M-L,A., Peeters M.F., Stobberingh E.E. *Erythromycine resistance in the commensal throat flora of patients visiting the general practitioner: a reservoir for resistance genes for potential pathogenic bacteria*. Int. J. of antimicrobial Agents 2005 Aug; 26 (2):133-137

Nys S., Bartelds A.I.M., Stobberingh E.E. *Acute ongecompliceerde urineweginfectie: antibiotische therapie en antibioticum resistentie* Inf. Bul. 2005 (16) nr.: 8 291-295

### **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; 17(6):508-13



## 23 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 2005. 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 Waterpokken bij een zwangere met ernstige gevolgen voor moeder en kind. Mantel 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.
- 8 Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens. Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996.

- 9 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D., Kramers P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.
- 10 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.
- 11 Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapportnr.: 270551001. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2002.
- 12 Baarveld F, Enst GC van, Schuling J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. *Behandeling en verloop van niet-acute sport-gerelateerde problemen van de onbderste extremiteit.* *Huisarts & Wetenschap* 2005;49:187-192.
- 13 Sport, bewegen en gezondheid: *Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
- 14 Rapportage Sport 2003. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2003.
- 15 Wijsen C. Jaarverslag van de Landelijke Abortus Registratie 2003. RNG-rapport, Juni 2004.
- 16 Abortus in Nederland. C. Wijsen, J. Rademakers. Eburon. Delft, 2003.
- 17 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasia onder bepaalde voorwaarden.
- 18 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.
- 19 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.
- 20 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.
- 21 Wal van der G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994; 308: 1346-9.

- 22 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.
- 23 Wal van der Gerrit, Agnes van der Heide. *Medische besluitvorming aan het einde van het leven.* De Tijdstroom, Utrecht, 2003.
- 24 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 2005

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, Mw. F.B. van Heest*)(comb.-praktijk)	Schoonoord	Drenthe
J.F.E. Borm	Albergen	Overijssel
D. de Jong*)	Laren	Gelderland
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
E.J. van Apeldoorn	Heerde	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
J.H.M. van der Holst	Groenlo	Gelderland
L.B.P.M. Hendriks	Steenderen	Gelderland
Mw. A. Schonewille	Emmeloord	Flevoland
L.J. de Jong	Biddinghuizen	Flevoland
F.K.A. Fokkema (tot 01.07.2005)/ Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian (comb.-praktijk)	Amersfoort	Utrecht
L.J.A.L. Kroft	Amersfoort	Utrecht
Mw. M.G.C.L. Smit (vanaf 01.07.2005)	Amersfoort	Utrecht
P.B. den Hertog	Utrecht	Utrecht
A.H.F. Eijgenstijn	Utrecht	Utrecht
G.B.A. Baars	Utrecht	Utrecht

## Bijlage 1: deelnemende artsen in 2005 (vervolg)

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
C. Miedema	Enkhuizen	Noord-Holland
Mw. T.H. van Leerum*	Muiden	Noord-Holland
J.V.M. Noordeloos	Bloemendaal	Noord-Holland
W.R.C. Klaassen	Opmeer	Noord-Holland
C. Koeman	Opmeer	Noord-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing	Den Haag	Zuid-Holland
C.M. Limburg	Rotterdam	Zuid-Holland
J. Hoornweg	Voorhout	Zuid-Holland
Mw.E. Sleetboom	Voorhout	Zuid-Holland
B.P. Ponsioen	Brielle	Zuid-Holland
O.C. van Eysden	Voorschoten	Zuid-Holland
J.F.A. Mocking	Nieuwveen	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-Leur	Noord-Brabant
J.J.J. Meulenberg	Eindhoven	Noord-Brabant
J.D.M. Schelfhout	Eindhoven	Noord-Brabant

\*) Apotheek-houdend

## **Bijlage 2: weekstaat 2005**

### **Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2006 (alfabetisch)**

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute respiratoire aandoening	2001-2004
aids (angst voor)	1988-2006
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 1996-2006
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994

### Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2006 (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)	1970-2006
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2006
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
levenseindeonderzoek	2005-2006
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	2003-2006
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

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

rohypnol voorgeschreven	1987-1988
rookverslaving (consult)	1974 en 2003-2006
seksuele problematiek en seksueel geweld	2003-2006
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2006
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983 en 1992 2005-2006
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	1992-2006
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	2000-2006
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 1977-2005 (alfabetisch)

acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997-2000
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
antibiotica resistentie stafylococcus aureus in de huidartspraktijk	2005-2006
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-2006
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2006
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
terminale sedatie	2005-2006
vaccinatie tegen influenza	1992

## Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2005(CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	517	494	1.011
5-9	506	482	988
10-14	517	493	1.010
15-19	500	479	979
20-24	490	479	969
25-29	498	495	993
30-34	599	593	1.192
35-39	667	647	1.314
40-44	663	645	1.308
45-49	606	596	1.202
50-54	562	551	1.113
55-59	563	551	1.114
60-64	413	411	824
65-69	329	349	678
70-74	264	314	578
75-79	190	270	460
80-84	119	216	335
>84	63	175	238
totaal	8.066	8.240	16.306

(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  
 week: 1 t/m 52

Alle Peilstations

Leeftijds-

Groep

Jaar 2005

"Influenza"

Urethritis

CAIDS

Gastro-enteritis  
geen fecesweek

Leeftijdsgroep	Populatie		Levensinde- Onderzoek		Suicide- (poging)		Urethritis		CAIDS		Gastro-enteritis geen fecesweek		
	M	V	M+V	M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	M+V	M	V	M+V
<1	690	649	1339	508	26	0	0	0	0	0	855	509	687
1-4	3468	3261	6729	334	0	0	0	0	0	0	297	294	296
5-9	4213	3932	8145	230	0	0	0	0	0	0	185	240	163
10-14	4166	3917	8083	165	3	3	0	0	0	0	82	77	79
15-19	3881	3735	7617	162	3	11	8	38	38	38	85	115	100
20-24	3891	4010	7901	181	0	10	36	85	85	93	670	63	80
25-29	4224	4308	8532	159	1	6	21	90	90	81	63	71	72
30-34	5376	5324	10700	192	0	6	22	35	35	63	71	49	67
35-39	5698	5552	11250	199	7	9	21	46	46	63	49	56	56
40-44	5433	5262	10695	224	10	5	20	31	31	42	68	55	55
45-49	4954	4716	9670	185	10	7	12	13	13	46	51	49	49
50-54	4504	4460	8965	205	20	5	9	11	11	53	61	57	57
55-59	4377	4253	8630	170	38	8	5	7	7	55	59	57	57
60-64	3097	3225	6322	190	68	5	7	2	2	71	83	78	78
65-69	2573	2719	5292	234	85	0	8	2	2	62	88	76	76
70-74	2079	2538	4617	240	131	0	5	0	0	72	91	82	82
75-79	1456	2107	3562	250	268	3	14	0	0	620	123	99	99
80-84	952	1567	2519	282	402	16	0	0	0	158	115	131	131
>84	545	1357	1902	263	1106	5	0	0	0	202	103	131	131
Totaal	65578	66893	132471	208	48	5	12	25	25	96	93	94	94

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations  
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd  
 Week 1 t/m 52  
 Jaar 2005

Alle Peilstations Leeftijds- Groep	Populatie		Gastro-enteritis feceskweeks			Kink- hoest			Water- pokken			Sportletsels		
	M	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
<1	690	649	101	62	82	8	8	217	0	0	0	0	0	0
1-4	3468	3261	40	74	57	30	30	232	3	3	3	3	3	3
5-9	4213	3932	26	10	18	18	18	44	69	61	69	69	61	65
10-14	4166	3917	22	26	24	10	10	6	245	243	245	245	243	244
15-19	3881	3735	26	38	32	3	3	4	435	182	435	435	182	311
20-24	3891	4010	10	22	17	0	0	6	314	75	314	314	75	192
25-29	4224	4308	10	23	16	0	0	4	239	72	239	239	72	155
30-34	5376	5324	21	24	22	5	5	3	141	28	141	141	28	85
35-39	5698	5552	26	14	20	4	4	2	107	41	107	107	41	75
40-44	5433	5262	18	25	22	1	1	3	112	42	112	112	42	78
45-49	4954	4716	18	19	19	6	6	2	97	51	97	97	51	75
50-54	4504	4460	18	71	12	3	3	1	58	40	58	58	40	49
55-59	4377	4253	21	12	16	5	5	0	46	26	46	46	26	36
60-64	3097	3225	10	25	17	6	6	0	26	19	26	26	19	22
65-69	2573	2719	16	33	25	0	0	4	39	11	39	39	11	25
70-74	2079	2538	19	8	13	2	2	0	19	0	19	19	0	9
75-79	1456	2107	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80-84	952	1567	32	13	20	0	0	0	11	6	11	11	6	8
>84	545	1357	0	0	0	0	0	0	18	0	18	18	0	5
Totaal	65578	66893	21	22	21	6	6	19	128	56	128	128	56	92

Continue Morbiditeits Registratie Nederland  
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd  
 Week 1 t/m 52  
 Jaar 2005

Alle Peilstations Leeftijds- Groep	Populatie			Conult Rook. verslaving			Ongew. Zwanger			Sexuele problemen			Sexueel geweld		
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
<1	690	649	1339	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	3468	3261	6729	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3
5-9	4213	3932	8145	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
10-14	4166	3917	8083	0	0	0	0	0	0	0	8	4	2	0	1
15-19	3881	3735	7617	28	43	36	48	48	29	18	29	18	0	5	3
20-24	3891	4010	7901	21	37	29	57	26	47	37	47	37	3	8	5
25-29	4224	4308	8532	55	77	66	58	19	23	21	23	21	0	5	2
30-34	5376	5324	10700	65	86	76	45	4	17	10	17	10	0	6	3
35-39	5698	5552	11250	72	83	77	45	11	13	12	13	12	2	4	3
40-44	5433	5262	10695	96	133	114	23	26	11	19	11	19	0	10	5
45-49	4954	4716	9670	121	132	126	4	38	11	25	11	25	2	4	3
50-54	4504	4460	8965	124	132	118	0	47	31	39	31	39	4	2	3
55-59	4377	4253	8630	135	106	121	0	59	14	37	14	37	5	0	2
60-64	3097	3225	6322	81	127	104	0	68	19	43	19	43	0	0	0
65-69	2573	2719	5292	105	70	87	0	51	11	30	11	30	12	0	6
70-74	2079	2538	4617	77	51	63	0	77	0	35	0	35	0	0	0
75-79	1456	2107	3562	96	24	53	0	21	0	8	0	8	0	0	0
80-84	952	1567	2519	42	13	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>84	545	1357	1902	18	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal	65578	66893	132471	66	71	68	19	25	15	20	15	20	2	3	3

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Alle Peilstations

Provincie-  
groep

Populatie

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Gastro-enteritis  
geen fecesweek

	Populatie		M+V		M+V		M+V		M+V		M+V		M+V	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
GR+FR+DR	11002	11109	22110	122	26	4	2	15	73	45	59			
OV+GLD+FLE	12915	12735	25650	199	50	9	12	26	125	112	119			
UTR+NH+ZH	28786	30243	59029	225	46	6	18	32	90	96	93			
ZLD+NB+LIM	12876	12806	25681	254	62	2	9	16	101	108	104			
Totaal	65578	66893	132471	208	48	5	12	25	96	93	94			

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstation gestandaardiseerd

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Alle peilstations

Provincie-  
groep

Populatie

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Sportletsels

	Populatie		M+V		M+V		M+V		M+V		M+V		M+V	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
GR+FR+DR	11002	11109	22110	21	22	21	0	9	65	29	47			
OV+GLD+FLE	12915	12735	25650	10	15	13	6	18	161	62	112			
UTR+NH+ZH	28786	30243	59029	24	26	25	6	24	154	63	107			
ZLD+NB+LIM	12876	12806	25681	23	21	22	11	17	91	55	73			
Totaal	65578	66893	132471	21	22	21	6	19	128	56	92			

Continue Morbiditeits registratie Peilstatiox

Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Alle Peilstations  
Provincie-  
groep

Provincie- groep	Populatie		Consult rookverslaving		Ongew. Zwang.		Sexuele problemen		Sexueel geweld		
	M	V	M	V	M+V	V	M	V	M	V	
GR+FR+DR	11002	11109	14	22	18	15	10	4	7	2	3
OV+GLD+FLE	12915	12735	116	101	108	24	31	22	27	0	2
UTR+NH+ZH	28786	30243	59	65	62	24	28	16	22	2	4
ZLD+NB+LIM	12876	12806	75	98	87	8	24	14	19	2	5
Totaal	65578	66893	69	71	68	19	25	15	20	2	4

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

Jaar 2005

Week 1 t/m 52

Alle Peilstations  
Stedelijkheid

Stedelijkheid	Populatie		"Influenza"		Levens einde onderzoek		Suicide- (poging)		Urethritis		CAIDS		Gastro-enteritis geen fecesweek	
	M	V	M+V	V	M+V	V	M+V	V	M	V	M	V	M	V
5	11517	11473	22990	225	44	2	14	7	131	100	116			
4-3-2	43613	44548	88160	215	53	6	9	23	82	87	85			
1	10448	10872	21320	160	36	8	24	51	117	107	112			
Totaal	65578	66893	132471	208	48	5	12	25	96	93	94			

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations  
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

Alle peilstations Stedelijkheid	Jaar 2005										Week 1 t/m 52			
	Populatie					Gastro-enteritis feceskweek					Kink- hoest	Water- pokken	Sportletels	
	M	V	M+V	M	V	M	V	M+V	M+V	M+V	M	V	M+V	
5	11517	11473	22990	19	17	18	18	6	14	151	72	111		
4-3-2	43613	44548	88160	18	20	19	19	6	18	129	59	94		
1	10448	10872	21320	32	35	33	33	5	28	98	26	61		
Totaal	65578	66893	132471	21	22	21	21	6	19	128	56	92		

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations  
Stedelijkheidsgraad naar Ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

Alle peilstations Stedelijkheid	Jaar 2005										Week 1 t/m 52			
	Populatie					Consult rookverslaving					Ongew. Zwang.	Sexuele problematiek	Sexueel geweld	
	M	V	M+V	M	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
5	11517	11473	22990	77	79	78	11	24	16	20	0	5	3	
4-3-2	43613	44548	88160	67	75	71	18	22	15	18	2	3	3	
1	10448	10872	21320	51	45	48	36	36	15	25	2	4	3	
Totaal	65578	66893	132471	66	71	69	19	25	15	20	2	3	3	