



## **Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2002**

A.I.M. Bartelds



ISBN 90-6905-634-8

<http://www.nivel.nl>

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

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 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>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Internationale samenwerking	10
<b>2 Begeleidingscommissie</b>	<b>13</b>
<b>3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2002</b>	<b>15</b>
<b>4 Methoden algemeen</b>	<b>17</b>
4.1 Praktijken	18
4.2 De praktijkpopulaties	20
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	23
4.4 De weekstaat	27
4.5 Analyses	28
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	30
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	32
<b>5 Influenza (achtige ziektebeelden)</b>	<b>35</b>
5.1 Inleiding	35
5.2 Methode	36
5.3 Resultaten	37
5.4 Extrapolatie	40
5.5 Discussie	41
5.6 Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2002/2003	41
<b>6 Verzoek om neuraminidase remmer voorschrift</b>	<b>47</b>
6.1 Inleiding	47
6.2 Methode	47
6.3 Resultaten	48
6.4 Extrapolatie	49
6.5 Discussie	49

<b>7 Acute respiratoire infecties, in de eerste lijn (ARI-EL studie)</b>	<b>51</b>
7.1 Inleiding	51
7.2 Methode	52
7.3 Resultaten	53
7.4 Extrapolatie	58
7.5 Discussie	58
<b>8 Waterpokken</b>	<b>61</b>
8.1 Inleiding	61
8.2 Methode	62
8.3 Resultaten	62
8.4 Extrapolatie	65
8.5 Discussie	65
<b>9 Depressie</b>	<b>69</b>
9.1 Inleiding	69
9.2 Methode	69
9.3 Resultaten	70
9.4 Extrapolatie	74
9.5 Discussie	74
<b>10 Diabetes Mellitus: incidente patiënten (NIDDM en IDDM)</b>	<b>77</b>
10.1 Inleiding	77
10.2 Methode	77
10.3 Resultaten	78
10.4 Extrapolatie	80
10.5 Discussie	80
<b>11 Suïcide(poging)</b>	<b>83</b>
11.1 Inleiding	83
11.2 Methode	83
11.3 Resultaten	84
11.4 Extrapolatie	88
11.5 Discussie	89
<b>12 Verwijzingen van en consultatie bij psychische stoornissen (GGZ)</b>	<b>91</b>
12.1 Inleiding	91
12.2 Methode	92
12.3 Resultaten	92

12.4 Extrapolatie	96
12.5 Discussie	96
<b>13 Urethritis bij de man</b>	<b>99</b>
13.1 Inleiding	99
13.2 Methode	100
13.3 Resultaten	100
13.4 Extrapolatie	103
13.5 Discussie	104
<b>14 Angst voor aids</b>	<b>105</b>
14.1 Inleiding	105
14.2 Methode	106
14.3 Resultaten	106
14.4 Extrapolatie	111
14.5 Discussie	112
<b>15 Acute gastro-enteritis</b>	<b>115</b>
15.1 Inleiding	115
15.2 Methode	116
15.3 Resultaten	116
15.4 Fecesonderzoek bij acute gastro enteritis	124
15.5 Extrapolatie	126
15.6 Discussie	127
<b>16 'Prostaatlijden'</b>	<b>129</b>
16.1 Inleiding	129
16.2 Methode	130
16.3 Resultaten	130
16.4 Extrapolatie	136
16.5 Discussie	137
<b>17 Kinkhoest</b>	<b>139</b>
17.1 Inleiding	139
17.2 Methode	140
17.3 Resultaten	141
17.4 Extrapolatie	144
17.5 Discussie.	145

<b>18 Incidentele onderzoeken</b>	<b>147</b>
18.1 Euthanasie (verzoek tot toepassen)	147
18.2 Leeftijdsverdeling	152
18.3 Overzicht van de gemelde verzoeken.	152
18.4 Beschouwing	156
<b>19 Eetstoornissen</b>	<b>161</b>
<b>20 Algemene opmerkingen</b>	<b>165</b>
<b>21 Literatuurlijst</b>	<b>167</b>
<b>22 Voetnoten</b>	<b>171</b>
<b>Bijlage 1: deelnemende artsen in 2002</b>	<b>175</b>
<b>Bijlage 2: weekstaat 2002</b>	<b>177</b>
<b>Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2003 (alfabetisch)</b>	<b>178</b>
<b>Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken</b>	<b>181</b>
<b>Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking</b>	<b>182</b>
<b>Bijlage 6: jaartabellen</b>	<b>183</b>

## Voorwoord

Van alle in 2002 geregistreerde onderwerpen leverde het onderwerp ‘behandeling van depressie in de huisartspraktijk’ de meest relevante gegevens op. Anno 2002 blijkt met name het medicatiebeleid bij depressie af van de NHG-standaard Depressie. Voorts krijgen jongeren met een depressie relatief meer therapeutische aandacht. Bij de meeste aangemelde patiënten is volgens de normen van de NHG-standaard sprake van een ernstige depressie en zij krijgen in veel gevallen medicatie voorgeschreven door de huisarts. Ook wanneer daar volgens de NHG-standaard geen indicatie voor is schrijven de huisartsen veel vaker een antidepressivum voor uit de groep van de SSRI's, een relatief nieuwe groep antidepressiva.

Dit zijn uitkomsten van de registratie door de huisartsen van de CMR Peilstations van alle nieuw gevallen van depressie in 2000, waarbij symptomen, medicatie, begeleiding en verwijzing zijn vastgelegd. De vraagstelling van dit onderzoek was in hoeverre het feitelijke handelen van de huisarts overeenkomt met de aanbevelingen uit de NHG-standaard Depressie. De standaard dateert uit 1994 en is overigens inmiddels herzien inclusief het medicatiebeleid.

Vanaf 2000 is het aantal nieuwe gevallen van waterpokken waarvoor de huisarts wordt geconsulteerd toegenomen. Het voorkomen ervan is het hoogst in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar. De dalende leeftijd waarop kinderen waterpokken krijgen is eveneens waargenomen in Engeland, Wales, Schotland en Slovenië. Het is mogelijk het gevolg van het op jongere leeftijd bijeen brengen van kinderen in de kinderopvang. Of deze verklaring nu van toepassing is of niet, een consequentie is dat vrouwen, die voor de 2<sup>e</sup> of volgende keer zwanger zijn, meer risico lopen met waterpokken in aanraking te komen. De vraag of tegen waterpokken ingeënt moet gaan worden is daarmee urgenter geworden.

Met lichte verbazing is vastgesteld dat er voor het derde seizoen op rij van weinig influenza activiteit sprake is geweest. Althans van humane influenza. Dit was een gelukkige omstandigheid tijdens de uitbraak van de vogelpest in Nederland. Er zijn bij personen bij de vogelpest betrokken besmettingen vastgesteld met het vogel influenzavirus A/H7/N7; geen aanwijzingen zijn gevonden voor het ontstaan van een zogenaamd 'reassortment' (uitwisseling) van genen van een menselijk influenza virus en het vogel influenza virus, dat de uitbraak van de vogelpest veroorzaakte.

Prof. dr. J. van der Zee  
voorzitter van de Begeleidingscommissie.



# 1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid (zie pagina 17-20).

Door de deelnemende huisartsen, de Peilstationartsen, wordt wekelijks een formulier ingezonden, waarop bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen worden gerapporteerd: de zogenaamde weekstaat. Op deze weekstaat is een leeftijdsindeling aangebracht en waar nodig ook een indeling naar geslacht (zie pagina 177)

Elke twee jaar vindt een telling plaats van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 28).

Elk jaar worden de rubrieken die op de weekstaat zullen worden geplaatst door de begeleidingscommissie vastgesteld. Hierbij worden ook verzoeken of suggesties van anderen in overweging genomen. 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. 178-180.

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

Naast de wekelijks in te sturen staten is in 1976 door de CMR-Peilstations een begin gemaakt met de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Hierbij worden aan de artsen aan het einde van het jaar vragen gesteld over niet frequent voorkomende ziekten of gebeurtenissen in het afgelopen jaar. In het verslag wordt noch een uitputtende (statistische) analyse van de verzamelde gegevens noch uitvoerige beschouwingen gegeven; het doel is een basale beschrijving te geven van de gegevens waarover dat jaar is gerapporteerd.

## **1.1 Internationale samenwerking**

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

Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS) is momenteel het project met de langste historie. In EISS werken niet alleen de netwerken van huisartsen peilstations samen maar ook de nationale influenza centra van de deelnemende landen: België, Duitsland, Ierland, Engeland, Frankrijk, Italië,

Noorwegen, Polen, Roemenië, Slowakije, Slovenië, Portugal, Schotland, Spanje, Tsjechië, Zwitserland en Nederland. EISS wordt gecoördineerd vanuit het Nivel.

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

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

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



## 2 Begeleidingscommissie

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

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

De commissie was in 2002 als volgt samengesteld:

**Begeleidingscommissie:** Mw. G.D. van Dijk, psycholoog<sup>1</sup>  
(tot 01-09-2002)  
Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven,<sup>7</sup>  
gezondheidswetenschapper-epidemioloog  
Ir. J. Geraedts senior beleidsmedewerker<sup>1</sup>  
(vanaf 01-09-2002)  
F.K.A. Fokkema, huisarts<sup>5</sup>  
R.C. Sardeman, arts<sup>4</sup>  
Dr. F.G. Schellevis, huisarts-epidemioloog<sup>3</sup>  
Dr. H. Verkleij, socioloog<sup>7</sup>  
A.A.M. Vloemans, arts-epidemioloog<sup>1</sup>  
J.K. van Wijngaarden, arts<sup>4</sup>  
Prof. dr J. van der Zee, voorzitter<sup>2</sup>

**Projectleider:** A.I.M. Bartelds, huisarts  
**Secretaresse:** Mevrouw M. Heshusius-van Valen

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

De begeleidingscommissie heeft in 2002 eenmaal vergaderd. De begeleidingscommissie kent een vacature (een vertegenwoordiger van de peilstationartsen), terwijl de gezamenlijke Nederlandse Universitaire Instituten niet vertegenwoordigd zijn.

### 3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2002

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 2002.

In week 40 van 2000 is de ARI-EL studie van start gegaan. Deze studie omvat een patient-controle onderzoek naar acute luchtweg infecties in de huisartspraktijk. Mevr. dr. ir. M.L.Heijnen, de projectleider van deze studie en toen werkzaam op het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM, maakt de tussenbalans op na het eerste jaar van het onderzoek. In het eerste jaar zijn 257 patiënten en 227 controles bemonsterd waarvan 203 patiënten en 215 controles aan alle inclusiecriteria voldeden. In 53% van de monsters afgenomen bij patiënten werden virussen aangetroffen tegen in 19% van de monsters van controle personen. Bacteriën werden vaak in dezelfde frequentie gevonden bij patiënten en controle personen. Alleen de beta-hemolytische streptococci groep A werden vaker gevonden bij patiënten.

De projectleider uitte tevredenheid over het verloop van de studie en constateerde dat ondanks het rustige influenzaseizoen 2000-2001 de verwachte aantallen monsters ingestuurd werden.

De ontwikkeling van resistentie van bacteriën tegen antibiotica is een toenemend probleem in de gezondheidszorg. Mevr. dr. E.G. Stobberingh, medisch microbioloog verbonden aan de Academisch Ziekenhuis Maastricht bespreekt de opzet van een mogelijk onderzoek in de praktijken van de peilstationsartsen naar de resistentie tegen antibiotica van uropathogenen. Zij belicht de achtergronden van een dergelijke studie en bespreekt met de

aanwezige peilstationartsen de uitvoerbaarheid van een dergelijk onderzoek. De peilstationartsen blijken belangstelling te hebben deel te nemen aan een dergelijke studie.

Dr. P. Verhaak, psycholoog en verbonden aan het Nivel, presenteert de resultaten van de registratie van de rubriek depressie, die sinds 2000 op de weekstaat stond. Een belangrijke onderdeel van dit onderzoek is vraag hoe de huisartsen in hun dagelijkse besluitvorming en handelen de richtlijnen in dit geval over depressies van het Nederlands Huisartsen Genootschap in de praktijk brengen. De analyse van de gegevens van het eerste jaar registreren wordt met de peilstationartsen besproken.

Per 31.12.2002 loopt de financiering van de CMR Peilstations af en derhalve moet in 2002 een nieuw verzoek om subsidiering worden ingediend bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aan de leiding van het Nivel is te kennen gegeven dat naar een afstemming gestreefd moet worden met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). LINH is een huisartsennetwerk waarin, anders dan in de CMR Peilstations het geval is, gegevens over arts-patientcontacten onttrokken worden aan het elektronisch medisch dossier. Dr. F. Schellevis, huisarts-epidemioloog verbonden aan het Nivel en projectleider van de 2<sup>e</sup> Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk schetst de consequenties voor de CMR Peilstations van de door het Ministerie gewenste integratie van beide netwerken.



## 4 Methoden algemeen

figuur 4.1  
PEILSTATIONS  
Continue Morbiditeits Registratie  
2002

## 4.1 Praktijken

In 2002 is het aantal peilstations 44. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 65.

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

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

Bijlage 1 (pagina 175-176) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2002 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In veertien peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten tien maal tussen twee artsen, drie maal tussen drie artsen, en een maal tussen zes artsen. In januari 2002 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 58,3%; bij de peilstationartsen 32%. Er zijn vijf apotheekhoudende peilstationartsen, drie in stedelijkheidsgraad 1 en twee in stedelijkheidsgraad 2, dat is 11,4% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 7,6<sup>2</sup>

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en stedelijkheidsgraad in de jaren 1993-2002. Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevings-adressendichtheid.

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

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

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1993-2002 <sup>3</sup>

provincie- groep	A; Groningen, Friesland en Drenthe		B; Overijssel, Gelderland en Flevoland		C; Utrecht, Noord- en Zuid-Holland		D; Zeeland, Noord- Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1993	10	6	12	10	28	19	15	10
1994	10	6	13	11	26	18	15	10
1995	12	6	14	11	24	17	15	10
1996	12	6	14	10	26	17	15	10
1997	12	6	15	11	19	15	18	10
1998	12	6	16	12	23	16	14	9
1999	12	6	17	12	24	16	14	9
2000	13	6	17	12	27	21	12	8
2001	13	6	15	10	23	19	14	10
2002	13	6	15	10	23	18	14	10

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per stedelijkheidsgraad in de jaren 1993-2002

stedelijkheids- graad	1; plattelands- gemeenten *		2; verstedelijkte plattelands- gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk- karakter		3; gemeenten met 100.000 of meer inwoners		totaal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1993	10	6	38	26	17	13	65	45
1994	9	7	41	29	14	9	64	45
1995	10	7	42	28	13	9	65	44
1996	10	7	43	27	14	9	67	43
1997	10	7	43	27	11	8	64	42
1998	11	8	44	28	10	7	65	43
1999	10	7	47	29	10	7	67	43
2000	10	7	46	29	13	11	69	47
2001	10	7	43	27	13	11	66	45
2002	10	7	43	27	12	10	65	44

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

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

De Nederlandse bevolking nam in 2001 met 118.210 toe tot 16.105.285 per 1-1-2002.

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2002

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
<b>provinciegroep:</b>			
A	1.685.463	26.707	(1,6)
B	3.384.986	33.046	(1,0)
C	7.500.417	53.617	(0,7)
D	3.534.419	34.834	(1,0)
<b>geslacht:</b>			
mannen	7.971.967	73.063	(0,9)
vrouwen	8.133.318	75.141	(0,9)
totaal (1-1-2002)	16.105.285	148.204	(0,9)

\* Praktijktelling 2001

\*\* 1-1-2002, Centraal Bureau voor de Statistiek, Personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (CPR) zijn buiten beschouwing gelaten.

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

Tabel 4.4 Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijdsklasse, provinciegroep en voor Nederland in 2002

	provinciegroep								Nederland	
	A		B		C		D		M	V
	M	V	M	V	M	V	M	V		
0-4	1.6	1.5	0.9	0.9	0.6	0.6	1.0	1.0	0.9	0.9
5-9	1.5	1.6	1.0	0.9	0.6	0.6	1.0	1.0	0.9	0.9
10-14	1.5	1.5	0.9	1.0	0.6	0.6	0.9	0.9	0.8	0.8
15-19	1.6	1.6	0.9	0.9	0.6	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9
20-24	1.6	1.7	0.8	0.9	0.7	0.8	0.9	1.1	0.9	1.0
25-29	1.8	2.1	1.0	1.1	0.8	0.9	1.0	1.1	1.0	1.1
30-34	1.9	1.9	1.1	1.0	0.8	0.8	1.1	1.1	1.0	1.0
35-39	1.7	1.7	1.0	1.0	0.7	0.7	1.0	0.9	0.9	0.9
40-44	1.7	1.7	1.0	0.9	0.7	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9
45-49	1.6	1.6	0.9	0.9	0.7	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9
50-54	1.5	1.6	0.9	1.0	0.8	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9
55-59	1.3	1.3	1.0	1.0	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9
60-64	1.5	1.5	1.1	1.1	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9
65-69	1.4	1.4	1.1	1.0	0.7	0.6	1.0	1.0	0.9	0.9
70-74	1.3	1.4	1.1	0.9	0.7	0.7	1.0	1.1	0.9	0.9
75-79	1.3	1.4	1.1	0.9	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9
80-84	1.3	1.4	1.1	0.8	0.8	0.8	1.0	1.0	1.0	0.9
>84	1.6	1.4	1.5	0.9	0.9	0.9	1.2	1.2	1.1	1.0
totaal	1.6	1.6	1.0	1.0	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	0.9

### 4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 2002 bedroeg het 11.440 (52 weken x 5 dagen x 44 peilstations). In tabel 4.5 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4.5 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar (1993-2002)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1993	11.700	10.269	87.8%
1994	11.700	10.227	87.4%
1995	11.400	9.900	86.5%
1996	11.180	9.663	86.4%
1997	10.920	9.340	85.5%
1998	11.395	9.733	85.4%
1999	11.180	9.500	85.0%
2000	12.220	10.217	83.5%
2001	11.700	9.455	80.8%
2002	11.440	8.948	78.2%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2002 lager dan dat van de voorgaande jaren.

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

De rapportage in de grote steden is met 71.1% het laagste van de stedelijkheidsgraad groepen. In de oostelijke provincies is met 82.8% de rapportage het hoogste van de provinciegroepen.

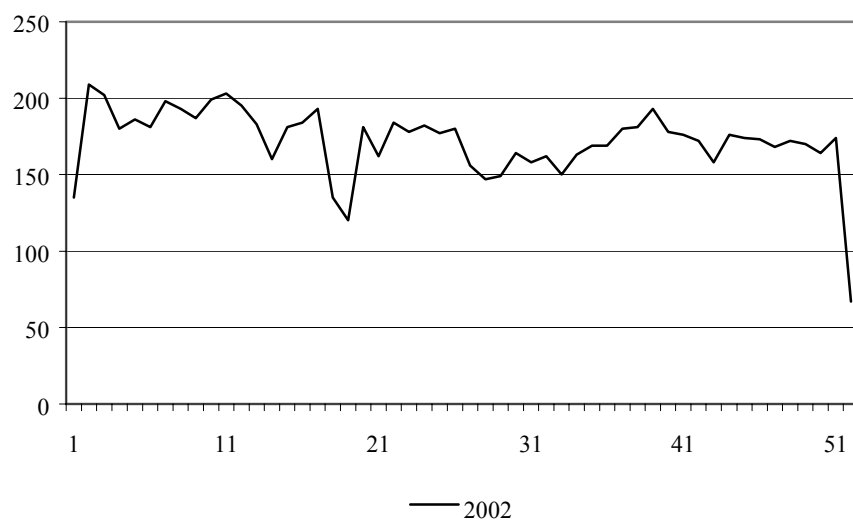
Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en stedelijkheidsgraad, 2002

provinciegroep		stedelijkheidsgraad	
A	82.1%	1	81.6%
B	82.8%	2	80%
C	76%	3	71.1%
D	75.3%		

In figuur 4.2 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is 48 (maximaal  $44 \times 5 = 220$ ).



Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2002 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 2002 per peilstation is 56, dat is hoger dan in 2001.

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 67 en 34 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 (1993-2002)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3
1-9	7	2	3	4	4	5	4	4	1	1
10-19	1	5	3	2	2	2	1	1	2	1
20-29	6	2	6	5	6	4	3	1	1	-
30-39	13	13	11	6	6	7	10	4	3	7
40-49	11	12	12	13	12	9	14	16	14	12
50-59	3	5	3	7	6	5	3	11	7	8
60-69	-	2	-	1	1	6	1	2	5	2
70-79	-	-	1	-	1	-	-	4	3	1
80-89	-	-	1	-	-	-	1	1	3	2
90-99	-	-	-	-	-	1	1	-	2	-
>99	1	-	1	1	1	1	2	-	1	7
totaal aantal peilstations	45	45	44	43	42	43	43	47	45	44
gemiddelde	32	32	35	35	37	39	39	43	49	56
mediaan	34	37	37	40	40	40	40	46	48	48

Nadere beschouwing van deze tabel laat een afname van de rapportage door de jaren heen zien. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 2002 in bijna 45% van de peilstations voor. Dit is lager dan in 2001. Ziekte van de huisarts of assistente zijn de reden van langere tijd niet rapporteren.

#### 4.4 De weekstaat (bijlage 2, pagina 177)

De rubrieken op de weekstaat voor 2002 werden als volgt samengesteld; tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer op de weekstaat is opgenomen:

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

Er wordt in principe uitgegaan van week-rapportage. Dat betekent dat ook patiënten die in een 'vrij weekeinde' door de waarnemer worden gezien, worden gemeld, met uitzondering van influenza(-achtig ziektebeeld). Telefonisch gestelde diagnoses of telefonisch gegeven adviezen worden in principe niet op de weekstaat aangetekend: ook hierop is influenza een uitzondering.

Een alfabetische opgave van alle onderwerpen sinds 1970 is in bijlage 3 te vinden (pagina 178-180); 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 2002. De gegevens werden op het Nivel verwerkt.

Er worden als routine voor elk onderwerp drie tabellen geproduceerd:

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

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

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

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

In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie steeds per 10.000 inwoners c.q. mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 5 (pagina 182) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2002 gegeven.

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

De gegevens van de artsen die 0, 1 of 2 dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt, dat wil zeggen dat zowel de gemelde gevallen in

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

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

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

De volgende jaartabellen zijn ingesloten (pagina 183-189).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2002, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2002, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 3 Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2002, 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 21-22), de peilstationartsen een selecte groep vormen. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Als voorbeeld kan men denken aan de rubriek 'prostaatlijden'; 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 geëxtrapolerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofd-stukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapolerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

Tabel 4.8 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 1993-2002 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1993	7.535	7.704	15.239
1994	7.586	7.755	15.341
1995	7.627	7.797	15.424
1996	7.662	7.832	15.494
1997	7.697	7.870	15.567
1998	7.740	7.914	15.654
1999	7.793	7.967	15.760
2000	7.846	8.018	15.864
2001	7.910	8.077	15.987
2002	7.972	8.133	16.105

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

Tabel 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
0,1	0,011-0,5	156	17-776
1,0	0,6-1,7	1.557	895-2.659
10	8-12	15.567	13.181-18.375
100	95-105	155.671	147.83-163.911
1.000	985-1016	1.556.711	1.532.761-1.580.922



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

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



## 5 Influenza (achtige ziektebeelden)

Rubriekhouder: Nationaal Influenza Centrum (1970-2002)

### 5.1 Inleiding

Ook in de geïndustrialiseerde wereld is influenza een belangrijk volksgezondheidsprobleem.

Influenza wordt in verband gebracht met een toename 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 ziekte-verzuim wat verlies aan productie inhoudt en van absentie op scholen.

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

De historie van goed beschreven uitbraken van respiratoire infecties gaat terug tot de jaren 1173-1174. De in dat seizoen beschreven optreden van luchtweg infectie wordt beschouwd als een goede beschrijving van een influenza epidemie. Sinds het einde van de 12<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 (1968-1970) waarvan die in de jaren 1918-1919 de meeste indruk en ook angst heeft achter gelaten. Plusminus 40 miljoen doden over de hele wereld.

Jaren later, 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 1992/1993 worden door peilstationartsen in een toenemend aantal Europese landen bij patiënten met een influenza achtig ziektebeeld of een acute luchtweginfectie een neus- en/of keelwat afgenomen, welke voor onderzoek naar het laboratorium van het Nationale Influenza Centrum worden verstuurd voor nader onderzoek. Zo ook in Nederland.

## 5.2 Methode

De peilstationarts registreert van de patiënten die hem raadplegen met een acute luchtweg infectie, influenza-achtig ziektebeeld genoemd, dat moet voldoen aan een aantal criteria: de criteria van Pel.<sup>6</sup> Van de patiënt wordt tevens de leeftijd vastgesteld in een van de gehanteerde leeftijdsgroepen. De arts wordt daarnaast gevraagd bij maximaal 2 patiënten per week een keel- en neuswat af te nemen, die voor nader onderzoek wordt opgestuurd naar het RIVM (Laboratorium voor Infectieziekten diagnostiek en Screening). In dit laboratorium wordt naar een aantal ziekteverwekkers waaronder influenza- en RS-virus gezocht. Het aantal ziekteverwekkers waarnaar gezocht wordt kan per jaar verschillen. Zie ook het hoofdstuk over de ARI-El-studie (acute respiratoire infectie in de eerste lijn).

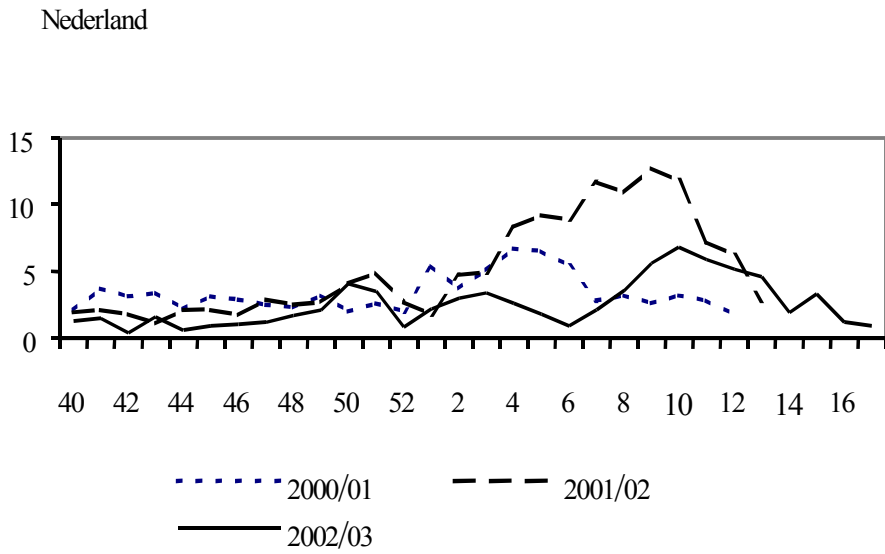
De resultaten worden anders dan in de andere hoofdstukken gebruikelijk is per 'griep'seizoen weergegeven dat wil zeggen van week 40 tot en met week 20 in het jaar daarop.

### **5.3 Resultaten**

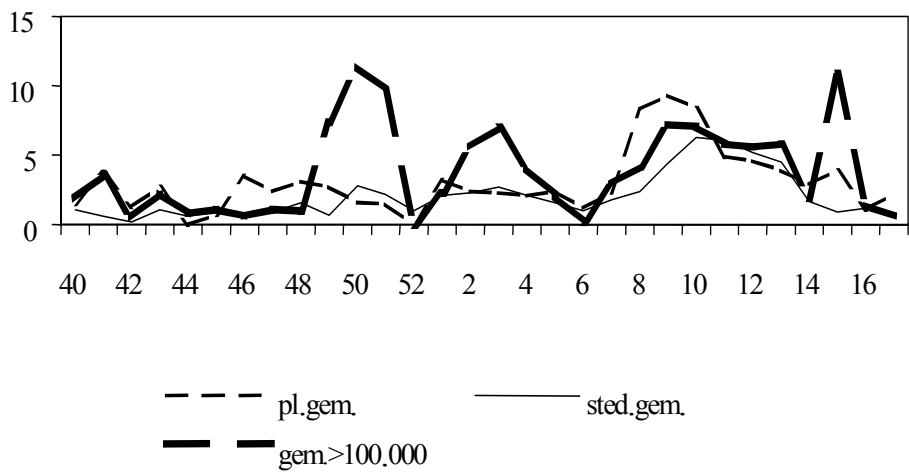
Het seizoen 2002-2003 was een rustig griepseizoen: de hoogste incidentie werd bereikt in week 10 van 2003, met 7 meldingen per 10.000 personen. Het seizoen is rustig geweest even als de beide voorgaande seizoenen. (zie figuur 5.1).

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

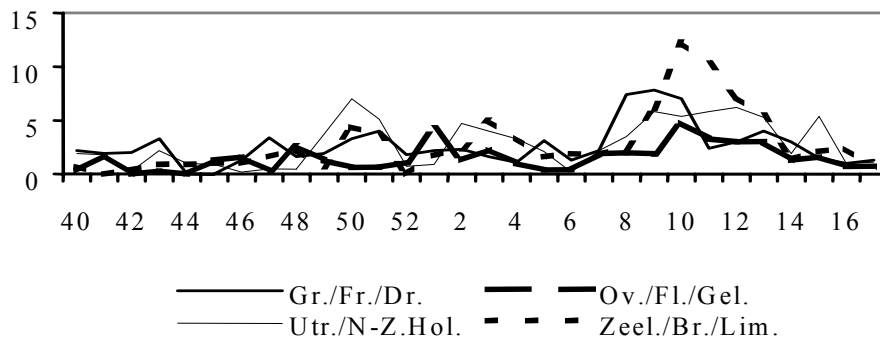
Figuur 5.1 Aantal patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2000/2001, 2001/2002 en 2002/2003.



Figuur 5.2 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, naar mate van verstedelijking in 2002/2003.



Figuur 5.3 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2002/2003.



## 5.4 Extrapolatie

Tabel 5.1 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>influenza achtige aandoeningen</b>						
1993			484			772.500
1994			106			162.500
1995			315			480.000
1996			115			178.000
1997			233			360.000
1998			248			365.000
1999			254			400.000
2000			197			312.500
2001			113			180.500
2002			157			253.000

\* 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.



## 5.5 Discussie

Opmerkelijk is dat er nu voor het 3<sup>e</sup> seizoen op rij weinig influenza activiteit is. Althans van humane influenza. De influenza onder vogels en dan vooral onder kippen heeft wel de gemoederen bezig gehouden niet in de laatste plaats door de mogelijkheden van het ontstaan van een reassortment van het menselijke influenza A/H<sub>3</sub>N<sub>2</sub> en vogel influenza A/H<sub>7</sub>N<sub>7</sub> virus.

De incidentie bij de mens is in geen enkele week boven de 7 per 10.000 inwoners uitgekomen.

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

## 5.6 Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2002/2003 ([www.eiss.org](http://www.eiss.org))

In het seizoen 2002/2003 is er relatief laat sprake van toename van de activiteit van het influenza virus. Voor de jaarwisseling worden sporadisch influenza virussen geïsoleerd: meer influenza B dan influenza A.

Vanaf week 5 neemt het aantal meldingen van influenza achtig ziektebeeld toe. Aanvankelijk in Spanje, Portugal, Italië en enkele Oost Europese landen. In week 7 begint de influenza activiteit in Centraal Europese landen (Zwitserland, Tjechië en Duitsland) toe te nemen. In tegenstelling tot in de genoemde West Europese landen is in de Centraal Europese landen vooral sprake van influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>).

Er is sprake van 2 onderscheiden patronen: de meer West-Europese griep activiteit aanvankelijk veroorzaakt door het influenza B-virus en later door het influenza A-virus en de Midden- en Oost Europese activiteit veroorzaakt door het influenza A(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) virus. In West Europa wordt de piek een tot twee weken eerder gemeten (week 7-8) dan in de rest van Europa (week 9-10).

Meer dan 99% van de geïsoleerde virussen in het EISS netwerk kwamen overeen met de stammen in het influenza vaccin voor het seizoen 2002/2003 (A/New Caledonia(H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>), A/Moscow(H<sub>3</sub>N<sub>2</sub>) en B/Hong Kong-like).

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

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

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

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

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

Brandhof van den W.E., Bartelds A.I.M, Wilbrink B., Verweij C., Bijlsma K., Nat van der H., Boswijk H., Pronk J.D.D., Dorigo-Zetsma J.W., Heijnen M.L.A. *Surveillance of acute 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 practrices*. European Journal of Epidemiology, 2000, 16; 1099-1106.

Heijnen M.L.A., Pronk J.D.D., Bartelds A.I.M., Wilbrink B. *Respiratoire infecties in Nederland: voorlopige resultaten NIVEL/RIVM surveillance winter 1999/2000*. Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11 nr. 6; 97-98.

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

- Fleming D.M., Zambon M., Bartelds A.I.M. *Population estimates of persons presenting to general practitioners with influenza-like illness in sentinel practice networks in England and Wales, and in the Netherlands.* Epidemiol. Infect. 2000, 124, 245-253
- Fleming D.M., Zambon Bartelds A.I.M., Jong de J.C. *The duration and magnitude of influenza epidemics: A study of surveillance data from sentinel general practices in England, Wales and the Netherlands.* Eur. J. of Epid., 1999; 467-473
- Wilbrink B., Pronk J.D.D., Bartelds A.I.M., Dorigo-Zetsma J.W., Heijnen M.L.A. *Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices in The Netherlands, winter 1999/2000.* European Society for Clinical Virology, Glasgow, Sept. 2000.
- Bartelds A.I.M., Zee van der J. *Geen paniek door griep.* Medisch Contact, 2000, nr. 18; 651-654.
- Neeling de Albert J., Pelt van Wilfrid, Hol Cees, Ligtvoet Eric E.J., Sabbe Luc J.M., Bartelds Aad, Embden van Jan D.A. *Temporary Increase in Incidence of Invasive Infection Due to Streptococcus pneumoniae in the Netherlands.* CID 1999; 29, December; 1579-80
- Wilbrink B., Dorigo-Zetsma., Bartelds A.I.M., Sprenger M.J.W., Heijnen M.L.A. *Surveillance of respiratory pathogens and influenza like illnesses in general practices in the Netherlands in winter 1998/'99.* European Society for Clinical Virology, Budapest, Sept, 1999.
- Dorigo-Zetsma J.W. *Respiratoire infecties in Nederland: voorlopige resultaten NIVEL/RIVM surveillance winter 1998/99.* Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 6; 119-120
- Wilbrink B., Dorigo-Zetsma J.W. *Respiratoire infecties in Nederland: Moleculaire diagnostiek.* Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 4; 75-78
- Heijnen M.L.A., Bartelds A.I.M., Rimmelzwaan G.F., Dorigo-Zetsma J.W., Jong de J.C, Sprenger M.J.W. *Respiratoire infecties in Nederland: Update influenza en respiratoire syncytieel virus in winter 1998/99.* Infectieziekten Bulletin, 1999, jaargang 10 nr. 2; 81-84
- Heijnen M.L.A., Dorigo-Zetsma J.W., Bartelds A.I.M., Wilbrink B., Sprenger M.J.W. *Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices. The Netherlands, winter 1997/98.* Eurosurveillance 1999, 4: 8-4

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

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

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

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.

### **Epidemiologische mededelingen**

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

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

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

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

Claas E.C.J., Bartelds A.I.M., Dorigo-Zetsma J.W., Rimmelzwaan G.F., Jong de J.C., Osterhaus A.D.M.E. *Het influenzaseizoen 1997/'98 en de vaccinsamenstelling voor 1998/'99*. Ned Tijdschr Geneeskunde, 1998; 142(44) : 2423-7

## **Eiss-publicaties**

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

Eurosurveillance 2002; 7(11): 147-57

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

Manuguerra J.C., Mosnier A. *On a behalf of EISS (European Influenza Surveillance Scheme).* Surveillance of influenza in Europe from October 1999 to February 2000. Eurosurveillance 2000; 5: 63-68



## 6 Verzoek om neuraminidase remmer voorschrift

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (2000-2002)

### 6.1 Inleiding

Van de beschikbaarheid van de neuraminidasaremmers, de nieuwe specifieke anti-influenza middelen, wordt invloed verwacht op de praktijkvoering van artsen.<sup>7</sup>

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

Deze aandacht voor het enkele jaren geleden geïntroduceerde middel tegen griep kan voor iemand met een griep-achtig ziektebeeld die voorheen geen contact met de huisarts gezocht zou hebben omdat een specifieke behandeling niet beschikbaar was, aanleiding zijn nu wel de huisarts te consulteren. Vertekening treedt dan op in de uitkomsten van de registratie in vergelijking met voorgaande jaren. De registratie van de verzoeken om een voorschrift voor een neuraminidase remmer is bedoeld de omvang van deze vertekening te bepalen.

### 6.2 Methode

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

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

### 6.3 Resultaten

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

Tabel 6.1 Aantal personen dat om een voorschrift voor neuraminidase remmer verzocht per 10.000 personen per provinciegroep, naar mate van verstedelijking en voor Nederland, 2000-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2000	1	2	3	1	2	2	4	2
2001	(0)	(0)	(0)	(2)	(1)	(1)	(0)	(0)
2002	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)



## 6.4 Extrapolatie

Tabel 6.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>zanamivir voorschrift</b>						
2000			2			3.000
2001			(0)			-
2002			(0)			-

\* 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.

## 6.5 Discussie

Verzoeken om een neuraminidase remmer voor te schrijven zijn in de jaren 2000-2002 zelden gemeld.

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

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

De bijzondere situatie ontstaan door uitbraak van vogelpest ((oviaire influenza) en de aandacht ervoor in de media hebben mogelijk in 2003 tot meer aanvraag om een neuraminidase remmer geleid.

De rubriek is in 2003 op de weekstaat gehandhaafd.

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

Rubriekhouder: mevr. dr. Ir. M-L. Heijnen (RIVM-CIE) (2000-2002)

### 7.1 Inleiding

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

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

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

De huidige surveillance levert informatie op over welke respiratoire virussen (inclusief *M. pneumoniae* en *C. Pneumoniae*) in welke frequentie aangetroffen worden bij personen die hun huisarts consulteren voor een

influenza-achtig ziektebeeld. Deze kennis is van belang voor effectieve preventie en controle van acute luchtweginfecties. Aanwijzingen kunnen worden gevonden over de mogelijke doelgroepen voor (te ontwikkelen) vaccins, zoals tegen RS-virus of rhinovirus, en antivirale middelen, zoals tegen influenza- en rhinovirus.

Ondanks dat de huidige surveillance van respiratoire infecties veel informatie oplevert zijn er openstaande vragen. Vragen die in de lopende surveillance niet beantwoord kunnen worden. Een aantal van deze vragen, die de ARI-EL-studie wil beantwoorden, zijn;

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

## 7.2 Methode

Voor het beantwoorden van deze vragen is door het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie van het RIVM in samenwerking met het Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening van het RIVM, het streeklaboratorium voor de Volksgezondheid in Tilburg en de CMR-Peilstations de ARI-EL-studie opgezet: ARI-EL = acute respiratoire infecties in de eerste lijn. (Projectleiding tot 01-04-2003 Mw. Dr. ir. M-L. Heijnen,

werkzaam op het RIVM-CIE). Het betreft een zogenaamde case-control studie (personen met en zonder acute luchtwegklachten).

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

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

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

Uitgebreide rapportage vindt elders plaats; over de voorlopige resultaten van het eerste studie jaar is dat reeds gedaan.<sup>8</sup> Hier wordt volstaan met de presentatie van het aantal gemelde gevallen, uitgesplitst naar verschillende kenmerken.

### 7.3 Resultaten

Het aantal patiënten met een acute respiratoire infectie wordt in tabel 7.1 vermeld per 10.000 inwoners per provincie groep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001-2002.

Tabel 7.1 Aantal meldingen van patiënten met een ARI per 10.000 naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2001-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>ARI(-IAZ)</b>								
2001	118	384	296	667	231	429	275	374
2002	109	413	421	709	289	439	497	426
<b>IAZ</b>								
2001	144	59	116	136	109	100	166	113
2002	156	81	168	214	135	156	178	156
<b>ARI(+IAZ)</b>								
2001	262	443	412	803	340	529	441	487
2002	265	494	589	923	424	595	675	582

In de zuidelijke provincies worden veruit de meeste patiënten met een ARI(+IAZ) gemeld; in de noordelijke provincies de minste. Naar stedelijkheidsgraad uitgesplitst zijn de verschillen minder groot; wel worden in de grote steden meer patiënten met een ARI(+ IAZ) gemeld dan op het platteland.

### Leeftijdsverdeling

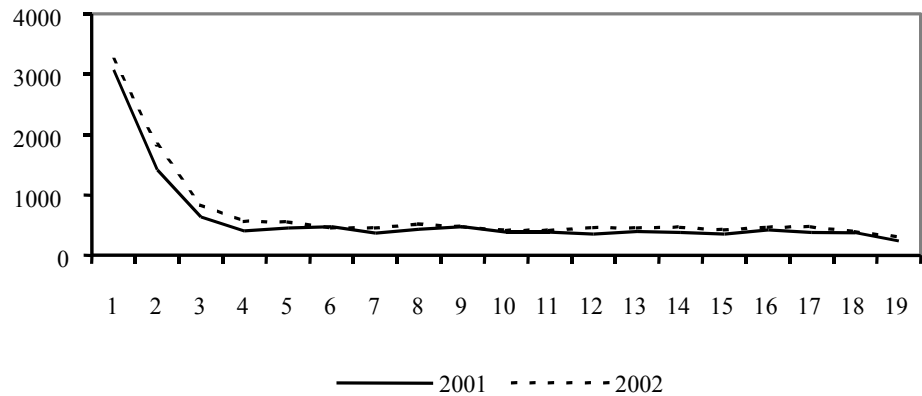
In tabel 7.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde patiënten met een ARI (exclusief IAZ) of IAZ naar leeftijdsgroep weergegeven.

Tabel 7.2 Aantal meldingen van patiënten met een ARI(-IAZ) en IAZ per leeftijdsgroep in 2001-2002, per 10.000 inwoners

leeftijdsgroep	IAZ		ARI(-IAZ)		Totaal	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
<1	356	445	2715	2791	3071	3236
1-4	212	330	1199	1504	1411	1834
5-9	112	190	528	643	640	833
10-14	87	174	318	384	405	558
15-19	101	125	350	429	451	554
20-24	119	111	352	342	471	453
25-29	103	131	266	322	369	453
30-34	124	152	309	369	433	521
35-39	138	152	335	318	473	470
40-44	96	142	286	272	382	414
45-49	108	142	274	268	382	410
50-54	107	154	245	304	352	458
54-59	109	132	283	316	392	448
60-64	97	154	278	313	375	467
65-69	90	151	263	269	353	420
70-74	99	120	320	343	419	463
75-79	73	130	302	342	375	472
80-84	70	129	307	263	377	392
>84	27	106	216	196	243	302

De huisartsen melden vooral jonge patiënten (< 10 jaar) met een acute respiratoire infectie. Het verschil voor leeftijd is groter voor ARI(-IAZ) dan voor IAZ. Dit betekent niet persé dat acute luchtweginfecties op andere leeftijd aanzienlijk minder voorkomen. Deze registratie betreft immers patiënten waarvoor de huisarts is geconsulteerd.

Figuur 7.1 Aantal meldingen van patiënten met ARI per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners in 2001-2002



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	

### Seizoensinvloeden

In tabel 7.3 wordt per kwartaal het door de huisarts gemelde aantal patiënten met acute respiratoire infecties (minus influenza achtige ziektebeelden) en influenza achtige ziektebeelden vermeld per 10.000 personen voor 2001-2002 en voor Nederland.



Tabel 7.3 Aantal meldingen per kwartaal van patiënten met een ARI-(-IAZ) en IAZ per 10.000 patiënten in 2001-2002

kwartaal	1	2	3	4
<b>IAZ</b>				
2001	54	15	8	33
2002	101	17	11	22
<b>ARI(-IAZ)</b>				
2001	128	70	57	114
2002	148	78	61	135
<b>totaal</b>				
2001	128	85	65	147
2002	249	95	72	157

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

## 7.4 Extrapolatie

Tabel 7.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>acute respiratoire infecties</b>						
2001			374			598.000
2002			426			686.000

\* 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.

## 7.5 Discussie

Acute respiratoire infecties bij jonge kinderen (<10 jaar) worden het meest gemeld. Deze bevindingen heeft ongetwijfeld te maken met de wens van ouders de huisarts te raadplegen wanneer hun kind erg verkouden is. Ook voor andere infectie ziekten (zie acute gastro enteritis, hoofdstuk 15 en kinkhoest, hoofdstuk 17) wordt dit patroon vastgesteld.

De registratie van de acute respiratoire infecties wordt in 2003 voortgezet.

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

Wilbrink B., Hoogen van den, Heijnen M.L.A. *Humaan MetaPneumoVirus, een nieuw ontdekt virus. Vóórkomen in de ARI-EL studie.* Infectieziekten Bulletin, 2002, jaargang 13, nr. 9, 360-61

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

Brandhof van den W.E., Bartelds A.I.M., Peeters M.F., Wilbrink B., Heijnen M.L.A. *ARI-EL: een case-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, jaargang 13 nr.3; 104-110

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

Heijnen M.L.A., e.a. *Start ARI-EL-studie*. Infectieziekten Bulletin, 2000, jaargang 11, nr. 9,  
blz. 178-180

## 8 Waterpokken

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (2000-2002)

### 8.1 Inleiding

Het verzoek waterpokken op de weekstaat van 2000 te plaatsen is afkomstig van de projectleiders van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks'-project (dr. D.M. Fleming en dr. F.G. Schellevis). Dit project is een onderdeel van een omvangrijk project van de Europese Unie: het European Community Health Indicators Project. In 2001 en 2002 is de registratie voortgezet op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

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

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

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

Waterpokken is een van de infectieuze aandoeningen die, als mensen de situatie al niet zelf kunnen hanteren, grotendeels in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt begeleid. Alleen voor de gevaarlijke complicaties als een

varicellapneumonie of -meningitis, veelal op volwassen leeftijd, moet er beroep gedaan worden op gespecialiseerde ziekenhuiszorg.

## **8.2 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 2001-2002 is alleen het aantal patiënten waarbij de huisarts de diagnose waterpokken gesteld heeft, geregistreerd.

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

## **8.3 Resultaten**

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

Tabel 8.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 personen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland in 2000-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2000	11	17	23	29	21	21	19	20
2001	17	28	25	22	17	24	27	24
2002	18	45	31	30	21	33	32	32

Er lijkt sprake te zijn van een stijgende trend sinds 2000. In 2002 is er een opvallende hogere incidentie in de oostelijke provincies. De laagste incidentie wordt consequent in de noordelijke provincies gezien. In 2001 en 2002 wordt de laagste incidentie gezien in de plattelandsgemeenten.

### Seizoensinvloeden

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

Tabel 8.2 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 patiënten per kwartaal in 2000-2002

	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

Waterpokken zijn in de eerste 26 weken van 2002 duidelijk meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in 2000 en 2001. In 2002 bleef de incidentie in de tweede helft van het jaar relatief wat hoger.

### Leeftijdsverdeling

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

Tabel 8.3 Aantal gevallen van waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland in 2000-2002

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)



De toename van de incidentie in 2002 lijkt met name het gevolg van de hogere incidentie bij de 1-4 en 5-9 jarigen.

## 8.4 Extrapolatie

Tabel 8.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>waterpokken</b>						
2000			22			32.000
2001			24			38.500
2002			32			51.500

\* 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.

## 8.5 Discussie

Vanaf 2000 is het aantal gevallen van waterpokken in de huisartspraktijk toegenomen. Waterpokken komen het meest voor onder de leeftijd van 10 jaar en vooral onder de vijf jaar. Ook in Engeland en Wales komen

waterpokken voor op jongere leeftijd. Dit in tegenstelling tot in Portugal en Spanje waar waterpokken meer voorkomen bij oudere kinderen. Een consequentie van het voorkomen van waterpokken in 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 2002 heeft er net als in 2001 in de oostelijke provincies het meeste waterpokken geheerst. Anders dan in de voorgaande jaren worden nu de meeste waterpokkeninfecties gemeld in de suburbane gebieden.

In 2003 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

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

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

Sentinel practice networks have been established in many European countries to monitor disease incidence in the community. To demonstrate the value of sentinel networks an international study on the incidence of chicken pox has been undertaken. Chickenpox was chosen as an acute condition for which incidence data are important to the determination of health policy on vaccine use. The project examined the incidence of chickenpox reported in sentinel networks in England and Wales, the Netherlands, Portugal and Spain (two regional networks) in January-June 2000 and the potential underestimate from patients who did not consult. An investigation of secondary household contact cases was undertaken. Reported incidence of chickenpox (all ages) in England and Wales was 25 per 10,000, in the Netherlands 13 per 10,000, in Portugal 21 per 10,000, in Spain Castilla y Leon 27 per 10,000 and in Spain Basque 55 per 10,000. Analysis of secondary contact cases suggested underestimation of incidence between 2.4% in Spain Castilla y Leon and 32.2% in The Netherlands. There was a trend towards incidence at an earlier age in England and Wales and in the Netherlands compared with Portugal and Spain. Whilst

there was little problem in reliably identifying the number of incident cases in the recording networks and relating the non-consulting contact cases to them, the security of the denominator remains a problem where networks are comprised of differing categories of health care provider. It is essential that numerator and denominator information are made available specifically for each category.



## 9 Depressie

Rubriekhouder: dr. P. Verhaak (NIVEL) (1983-1985, 2000-2002)

### 9.1 Inleiding

In Nederland is veel onderzoek gedaan naar het voorkomen van depressieve klachten in de huisartspraktijk. Huisartsen hebben het voorkomen van depressies bij patiënten in hun praktijk geregistreerd (o.a. in de CMR-Peilstations in 1983-1985). Ook zijn huisarts ondervraagd over hun attitude ten aanzien van het omgaan met depressieve patiënten. Tenslotte is de interactie tussen patiënt en huisarts op videotape bestudeerd.<sup>9</sup>

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

### 9.2 Methode

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

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

### 9.3 Resultaten

Het aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor heel Nederland gegeven in tabel 9.1.

Tabel 9.1 Aantal nieuwe patiënten met een depressie per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen in 2000-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>mannen</b>								
2000	20	28	21	38	19	28	25	26
2001	19	36	18	35	17	32	13	26
2002	5	31	25	37	23	27	19	25
<b>vrouwen</b>								
2000	25	33	63	56	31	50	54	48
2001	21	42	40	61	27	47	33	42
2002	7	41	33	46	15	37	31	33
<b>totaal</b>								
2000	23	31	43	47	25	39	40	37
2001	20	39	29	48	22	40	24	34
2002	6	36	29	42	19	32	25	29

Het aantal patiënten met een depressie is in 2002 verder gedaald. In de jaren 2000-2002 is het aantal nieuwe vrouwelijke patiënten met een depressie hoger dan het aantal bij de mannen. In 2002 is het verschil tussen vrouwen en mannen vergeleken met de voorgaande 2 jaren duidelijk minder geworden.

De hoogste aantallen nieuwe patiënten met een depressie worden gemeld in de zuidelijke provincies. In de noordelijke provincies worden aanzienlijk minder nieuwe patiënten met een depressie gemeld. In 2002 is er in de noordelijke provincies een opmerkelijke daling van het aantal nieuwe patiënten met een depressie bij zowel de vrouwen als de mannen. Deze daling is vastgesteld in alle peilstations in de noordelijke provincies.

Tussen de gebieden met uiteenlopende mate van verstedelijking zijn de verschillen in het voorkomen van nieuwe patiënten met een depressie minder groot. Over de jaren, 2000-2002, worden de minste nieuwe patiënten met een depressie gemeld op het platteland. De aantallen zijn het hoogst in de verstedelijkte gebieden en de kleine steden.

### **Seizoensinvloeden**

In tabel 9.2 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie per kwartaal gegeven.

Tabel 9.2 Aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per kwartaal voor Nederland in 2000-2002

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
<b>mannen</b>				
2000	8	5	5	8
2001	7	6	7	6
2002	8	6	5	6
<b>vrouwen</b>				
2000	14	13	10	12
2001	13	11	7	11
2002	9	7	7	10
<b>totaal</b>				
2000	11	10	8	10
2001	10	9	7	9
2002	8	7	6	8

De fluctuaties per kwartaal zijn in het algemeen beperkt. In de eerste kwartalen van 2000-2002 worden de meeste nieuwe patiënten met een depressie gemeld, in de derde kwartalen de minste.

### Leeftijdsverdeling

In tabel 9.3 worden de aantallen nieuwe patiënten met een depressie naar leeftijdsgroep en geslacht vermeld voor Nederland in 2000-2002.



Tabel 9.3 Aantal nieuwe patiënten met een depressie per 10.000 naar leeftijdsgroep en geslacht voor Nederland in 2000-2002

leeftijdsgroep	mannen			vrouwen			totaal		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
0-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	(3)	-	-	(5)	(3)	-	(4)	(1)	-
15-19	23	16	8	24	20	15	23	18	11
20-24	18	21	19	44	22	32	32	21	26
25-29	29	35	29	63	42	34	47	39	31
30-34	23	16	37	59	62	40	41	40	39
35-39	36	33	22	57	51	34	46	42	28
40-44	29	43	29	74	53	46	51	48	38
45-49	32	54	36	62	77	58	47	66	46
50-54	45	39	38	75	62	37	60	50	37
55-59	28	32	46	38	51	48	33	42	47
60-64	42	37	24	45	58	51	48	48	37
65-69	32	24	42	61	51	8	48	38	24
70-74	19	21	32	38	50	67	30	37	52
75-79	44	27	28	61	28	39	54	27	35
80-84	46	62	81	77	61	20	66	61	42
>84	59	31	35	78	51	63	72	45	55

De hoogste aantallen nieuwe patiënten in 2002 met een depressie worden gemeld in de leeftijdsgroepen 70-74 jaar en boven de 84 jaar. Het betreft in beide leeftijdsgroepen echter kleine absolute aantallen.

Bij kinderen onder de 15 jaar zijn in 2002 geen nieuwe patiënten met een depressie gemeld.

## 9.4 Extrapolatie

Tabel 9.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>depressie</b>						
2000	26	48	37	20.500	37.500	58.000
2001	26	42	34	20.500	34.000	56.500
2002	25	39	29	20.000	26.500	46.500

\* 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.

## 9.5 Discussie

Boven de leeftijd van 19 jaar worden consequent meer vrouwen dan mannen met een nieuwe depressie gemeld (behalve bij de 65-69 jarigen en de 80-84 jarigen in 2002). In de periode 2000-2002 is het aantal nieuwe vrouwelijke patiënten met een depressie gedaald. Bij de mannen is het aantal nieuwe depressies constant gebleven.

Bij vrouwen is in de leeftijdsgroep 30-74 jaar het aantal nieuwe patiënten met een depressie relatief hoog. Bij mannen is dat in de leeftijdsgroep 45-60 jaar.

De daling in 2002 van het aantal nieuwe vrouwen met een depressie wordt in de meeste leeftijdsgroepen gezien maar is het meest opvallend bij de 65-69 jarigen en de 80-84 jarigen.

De rubriek is in 2003 van de weekstaat afgevoerd

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

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

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

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

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

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

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



## **10 Diabetes Mellitus: incidente patiënten (NIDDM en IDDM)**

Rubriekhouder: Dr. F. Schellevis (NIVEL) (1980-1983, 1990-1994, 2000-2002)

### **10.1 Inleiding**

Het voorkomen van nieuwe, incidente patiënten waarbij diabetes mellitus is geconstateerd is in twee eerdere perioden onderwerp van registratie geweest in de CMR-Peilstations.<sup>10</sup>

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

In 2000 is de derde registratieperiode van incidente patiënten met diabetes mellitus gestart. Naast dat deze hernieuwde registratie van de rubriek diabetes mellitus in het beleid van de CMR-Peilstations past, worden de gegevens in 2000 ook verzameld ten behoeve van het 'Health Monitoring in Sentinel Practice Networks'-project dat ook door de EU wordt gefinancierd. (zie ook hoofdstuk 8 waterpokken).

### **10.2 Methode**

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

### 10.3 Resultaten

De aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus worden in tabel 10.1 vermeld per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen per provinciegroep en naar mate van stedelijkheid en voor Nederland 1990-93 en 2000-2002.

Tabel 10.1 Aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en vrouwen naar provinciegroep en mate van stedelijkheid en in Nederland 1990-1993 en 2000-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>mannen</b>								
1990-93	13	13	18	17	12	15	24	16
2000	16	26	18	35	30	23	17	23
2001	15	28	26	24	23	24	25	24
2002	8	22	27	29	19	23	25	23
<b>vrouwen</b>								
1990-93	13	17	20	17	16	16	24	17
2000	14	21	21	32	26	19	29	22
2001	9	22	19	34	20	21	23	24
2002	10	23	22	39	36	22	21	24
<b>totaal</b>								
1990-93	13	15	19	17	14	15	24	17
2000	15	24	20	33	28	21	24	23
2001	12	25	22	29	22	22	24	23
2002	9	22	24	34	28	22	23	23

## Leeftijdsverdeling

In tabel 10.2 worden de aantallen nieuwe diabetes mellitus patiënten per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep vermeld.

Tabel 10.2 Aantallen nieuwe patiënten met diabetes mellitus per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen naar leeftijdsgroep in 1990-1993 en 2000-2002

leeftijds- groep	m v t			m			v			t		
	1990-93			2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
<10	(1)	(1)	(1)	(2)	(4)	(2)	(0)	-	(0)	(1)	(2)	(1)
10-19	(2)	(2)	(2)	(1)	-	(1)	(0)	(4)	(4)	(1)	(2)	(5)
20-20	(3)	(3)	(3)	6	(2)	(1)	(3)	(1)	(3)	5	(2)	(2)
30-39	(7)	(3)	(4)	5	4	7	7	7	8	6	5	7
40-49	15	14	14	18	26	22	22	16	14	20	21	19
50-59	37	33	35	52	51	49	35	26	43	43	39	46
60-69	46	49	48	61	70	58	53	58	66	57	64	62
70-79	70	71	71	95	99	76	77	83	72	85	90	75
>79	61	57	59	71	28	84	68	75	61	69	60	68

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

## 10.4 Extrapolatie

Tabel 10.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>diabetes mellitus nieuwe patiënt</b>						
1990-93	16	17	17	12.250	13.250	25.500
2000	23	22	23	18.000	17.500	35.500
2001	24	21	23	19.000	17.000	36.000
2002	23	24	23	18.500	19.000	37.000

\* 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.

## 10.5 Discussie

Vergeleken met 1990-1993 worden in 2000-2002 30% meer nieuwe diabetes patiënten gemeld. In de zuidelijke provinciegroep is het aantal incidentie diabetes mellitus patiënten in 2000-2002 duidelijk hoger dan in de andere provinciegroepen; nieuwe diabetes mellitus patiënten worden het minst gemeld in de noordelijke provincies.



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

In 2000-2002 worden net als in de jaren 1990-1993 voor heel Nederland nagenoeg evenveel mannen als vrouwen gemeld waarbij recent diabetes mellitus is vastgesteld. Deze constatering is minder van toepassing voor de provinciegroep en naar mate van verstedelijking.

In 2001 worden in de zuidelijke provinciegroep in tegenstelling tot in de drie andere provinciegroepen duidelijk meer vrouwen dan mannen met een recent gediagnosticeerde diabetes mellitus gemeld. In 2002 worden opnieuw in de zuidelijke provincies maar nu ook in de noordelijke provincies meer vrouwen dan mannen met een nieuwe diabetes mellitus gemeld.

Ook op het platteland worden in 2002, anders dan in 2000 en 2001, meer vrouwen met een recent vastgestelde diabetes mellitus gemeld.

De rubriek is in 2003 van de weekstaat afgevoerd.



# 11 Suïcide(poging)

Rubriekhouder: dr. P. Verhaak (NIVEL) (1979-2002)

## 11.1 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).

## 11.2 Methode

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

Van de Inspectie voor de gezondheidszorg kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is een vragenformulier opgesteld. Op dit formulier staat ondermeer de vraag of de poging al dan niet geslaagd is en op welke wijze de poging heeft plaatsgehad. Tevens worden vragen gesteld over contacten met de medische sector voorafgaande aan de suïcide(poging).

### 11.3 Resultaten

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 1997-2002 respectievelijk 76, 71, 61, 87, 93 en 47.

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 wordt het laagste aantal suïcide(pogingen) gemeld van de laatste 10 jaar.

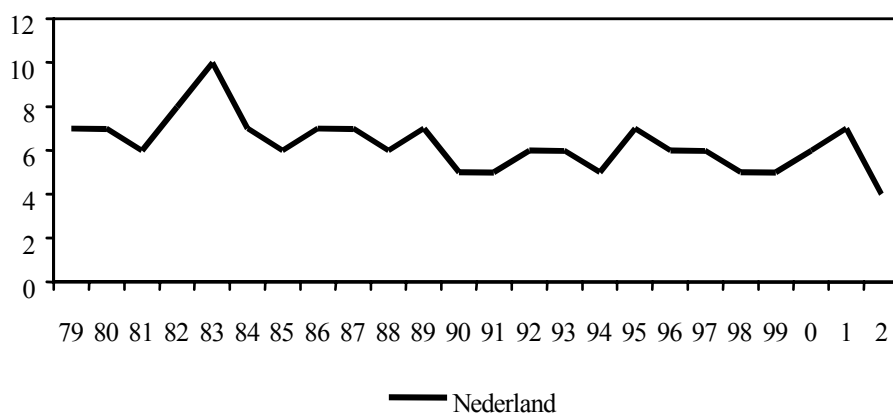
Wanneer naar de stedelijkheidsgraad gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000 en 2002, consistent de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden.

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

Tabel 11.1 Aantal meldingen van een suïcide(poging) per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1993-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1993	6	4	5	8	3	5	9	6
1994	5	6	5	5	3	4	9	5
1995	5	5	7	10	3	7	10	7
1996	6	5	4	9	1	6	7	6
1997	3	3	9	8	3	6	12	6
1998	5	4	6	7	4	4	11	5
1999	2	5	4	7	5	4	8	5
2000	6	7	6	7	7	6	6	6
2001	6	5	7	11	5	7	10	7
2002	3	5	4	3	5	4	4	4

Figuur 11.1 Aantal meldingen van suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2002



## Leeftijdverdeling

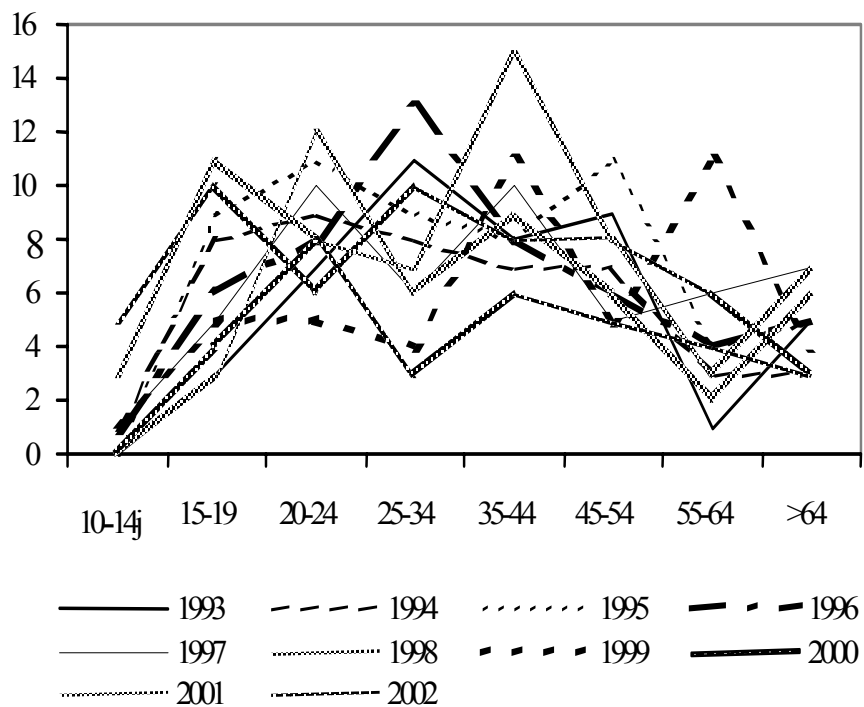
Tabel 11.2 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep (zie ook figuur 11.2).

Tabel 11.2 Aantal meldingen van een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1993-2002

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1993	-	(3)	7	11	8	9	1	5
1994	(1)	8	9	8	7	7	3	3
1995	-	9	11	9	8	11	4	5
1996	(1)	6	8	13	8	6	4	5
1997	(1)	(5)	10	6	10	5	6	7
1998	-	(3)	12	6	9	6	2	6
1999	(1)	(5)	5	4	11	5	11	4
2000	(5)	10	6	10	8	8	6	3
2001	(3)	11	8	7	15	8	3	7
2002	-	4	8	3	6	5	4	3

Figuur 11.2 Aantal meldingen van suicide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1993-2002

11.4



## Extrapolatie

Tabel 11.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>suïcide (pogingen)</b>						
1993			6			9.000
1994			5			7.500
1995			7			10.750
1996			6			9.250
1997			6			9.250
1998			5			7.750
1999			5			7.750
2000			6			9.500
2001			6			9.500
2002			4			6.500

\* aantal patiënten, consulten, etc. per 10.000 mannen en/of vrouwen (gegevens peilstations)  
 \*\* extrapolatie van de incidenties op de Nederlandse bevolking (van het betreffende jaar), afgerond op duizendtallen  
 \*\*\* als gevolg van afronden kunnen verschillen in de totalen ontstaan.



## 11.5 Discussie

De cijfers geven géén steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(pogingen) in Nederland. In 2002 is het laagste aantal patiënten gemeld sinds de aanvang van de registratie van deze rubriek in 1979.

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

Deze rubriek is in 2003 op de weekstaat gehandhaafd.



## 12 Verwijzingen van en consultatie bij psychische stoornissen (GGZ)

Rubriekhouder: Dr. P. Verhaak (NIVEL) (2001-2002)

### 12.1 Inleiding

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

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

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

In 2001 is door de CMR-Peilstations een begin gemaakt met een registratie van het verwijzen van of consulteren bij psychische stoornissen. De vragen die zullen worden beantwoord zijn:

- hoe vaak verwijst de huisarts op jaarbasis patiënten met psychische stoornissen/psychosociale problemen naar het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijns psycholoog, de vrijgevestigde psychotherapeut, de vrijgevestigde psychiater, het RIAGG of de psychiatrische polikliniek;
- hoe vaak raadpleegt de huisarts op jaarbasis bovengenoemde instanties/disciplines met betrekking tot patiënten met psychische stoornissen/psychosociale problemen;

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

## **12.2 Methode**

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

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

## **12.3 Resultaten**

Het aantal patiënten dat is verwezen of waarvoor consultatie is gepleegd in 2001-2002 per 10.000 inwoners per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad is met het aantal voor Nederland gegeven in tabel 12.1.

Tabel 12.1 Aantal patiënten met psychische stoornissen dat is verwezen voor en het aantal patiënten waarvoor is geconsulteerd per provinciegroep en naar stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, in 2001-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>consultatie GGZ</b>								
2001	3	3	18	7	3	5	31	9
2002	0	5	8	7	6	4	13	6
<b>verwijzing GGZ</b>								
2001	24	53	103	67	52	57	128	69
2002	16	53	72	66	43	52	82	55

In de westelijke provincies worden zowel de meeste consultaties als de meeste verwijzingen gemeld: een factor van 4-5 meer dan in de noordelijke provincies, van waaruit de laagste aantallen worden gemeld.

Van het platteland naar de grote stad is er sprake van een duidelijke gradiënt. In de grote steden wordt in 2002 2 maal frequenter iemand uit de GGZ geconsulteerd dan op het platteland. Er wordt ook 2 maal vaker verwezen in de grote steden.

### Seizoensinvloeden

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

Tabel 12.2 Aantal patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen of waarover is geconsulteerd per 10.000 inwoners per kwartaal in 2001-2002

	week 1-13	Week 14-26	week 27-39	week 40-52
<b>consultatie GGZ</b>				
2001	3	3	2	1
2002	2	1	2	1
<b>verwijzing GGZ</b>				
2001	24	16	14	14
2002	15	16	12	12

In de eerste helft van 2002 zijn evenals in 2001 iets meer patiënten met een psychische stoornis verwezen dan in het 2<sup>e</sup> half jaar (31 versus 24 per 10.000 per 26 weken).

### Leeftijdsverdeling

Het aantal patiënten met een psychische stoornis die zijn verwezen naar of waarover consultatie met de GGZ is geweest per 10.000 per leeftijdsgroep is vermeld in tabel 12.3.

Tabel 12.3 Aantal patiënten verwezen naar de GGZ of waarover de GGZ is geconsulteerd per 10.000 per leeftijdsgroep in 2001-2002

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

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

## 12.4 Extrapolatie

Tabel 12.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>GGZ</b>						
<b>- consultatie</b>						
2001			9			14.500
2002			6			10.000
<b>- verwijzing</b>						
2001			69			110.500
2002			55			90.000

\* 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.

## 12.5 Discussie

Huisartsen geven er de voorkeur aan mensen met psychische stoornissen of psychosociale problemen te verwijzen. Het consulteren van een deskundige uit de geestelijke gezondheidszorg om zelf een patiënt met deze problemen te begeleiden is niet in trek.



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

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

De rubriek is gehandhaafd op de weekstaat 2003



## 13 Urethritis bij de man

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds (NIVEL) (1992-2002)

### 13.1 Inleiding

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

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

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

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

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

## **13.2 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'.

## **13.3 Resultaten**

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

Tabel 13.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1993-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1993	15	32	25	19	36	16	33	23
1994	20	32	28	14	26	18	39	25
1995	14	40	32	11	43	18	42	26
1996	9	41	21	11	47	15	22	21
1997	12	23	22	11	33	10	34	17
1998	15	16	23	12	18	17	20	17
1999	9	29	25	12	5	20	39	20
2000	19	24	23	17	10	21	31	19
2001	12	24	26	24	13	23	32	23
2002	8	30	28	23	8	26	26	23

De landelijke incidentie van urethritis is na een daling in de eerste helft van de jaren negentig nu sinds 1996 redelijk constant.

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

Aan de daling van het voorkomen van urethritis op het platteland is in 1999 een eind gekomen. Sindsdien schommelt de incidentie rond de 10 per 10.000 mannen.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

## Leeftijdverdeling

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

Tabel 13.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1993-2002

leeftijdsgroep	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<14	-	-	(2)	-	-	(0)	-	(0)	(0)	(0)
15-19	(2)	19	12	(5)	(5)	(7)	13	(10)	(5)	(8)
20-24	39	36	21	22	(7)	22	15	28	45	27
25-29	45	49	40	28	15	26	26	26	37	25
30-34	23	35	45	27	27	26	39	39	33	35
35-39	46	40	36	27	35	18	36	24	18	22
40-44	31	32	23	21	19	26	12	34	39	29
45-49	24	27	43	20	33	20	21	14	19	18
50-54	59	21	29	29	19	23	31	14	11	31
55-59	(12)	20	38	41	28	24	15	20	38	33
60-64	(7)	36	46	36	28	21	24	26	37	64
65-69	(15)	(7)	(4)	19	21	12	45	37	26	38
70-74	(20)	(14)	32	59	(20)	26	41	39	31	37
75-79	(15)	(7)	(29)	(21)	0	15	-	31	(13)	-
80-84	(13)	(46)	(35)	-	(24)	27	-	(23)	0	(12)
>84	(39)	-	(18)	(33)	-	-	-	(44)	(31)	(18)

Urethritis wordt onder de 15 jaar zelden gemeld.

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

## 13.4 Extrapolatie

Tabel 3.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>urethritis bij man</b>						
1993	23					17.500
1994	25					19.000
1995	26					20.000
1996	21					16.000
1997	17					13.000
1998	17					13.000
1999	20					15.500
2000	21					16.500
2001	23					18.000
2002	23					18.500

\* 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.

### **13.5 Discussie**

De meest opvallende bevindingen bij de registratie van urethritis bij mannen is wel het aanvankelijk consequent lage voorkomen ervan in de kleinere steden en forenzengemeenten. In 1999 is er een omslag: voor het eerst is het voorkomen van urethritis het laagst op het platteland.

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

De rubriek is in 2003 gehandhaafd.



## 14 Angst voor aids

Rubriekhouder: drs. L. Peters en dr. J.J. Kerssens, NIVEL(1988-2002)

### 14.1 Inleiding

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

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

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

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

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

## 14.2 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.

## 14.3 Resultaten

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

Tabel 14.1 Aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt, naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 inwoners 1993-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1993	17	21	27	22	11	18	39	23
1994	16	20	32	33	8	22	50	27
1995	20	15	23	24	9	18	37	21
1996	13	15	23	25	7	20	29	20
1997	13	14	37	23	7	20	57	24
1998	12	12	25	18	11	16	36	18
1999	9	14	21	19	12	15	33	17
2000	7	14	27	19	10	15	41	19
2001	13	8	29	25	6	18	41	20
2002	6	12	31	25	8	17	46	20

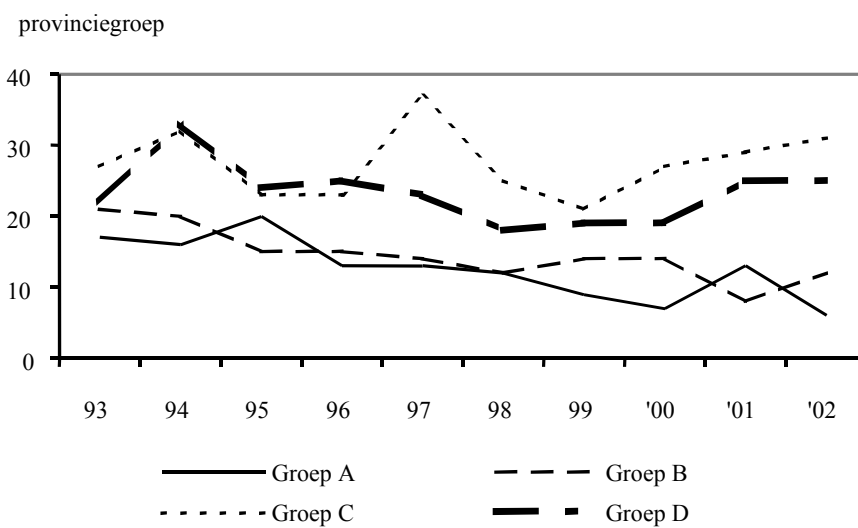
De huisartsen in de grote steden hebben echter duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 14.1).

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

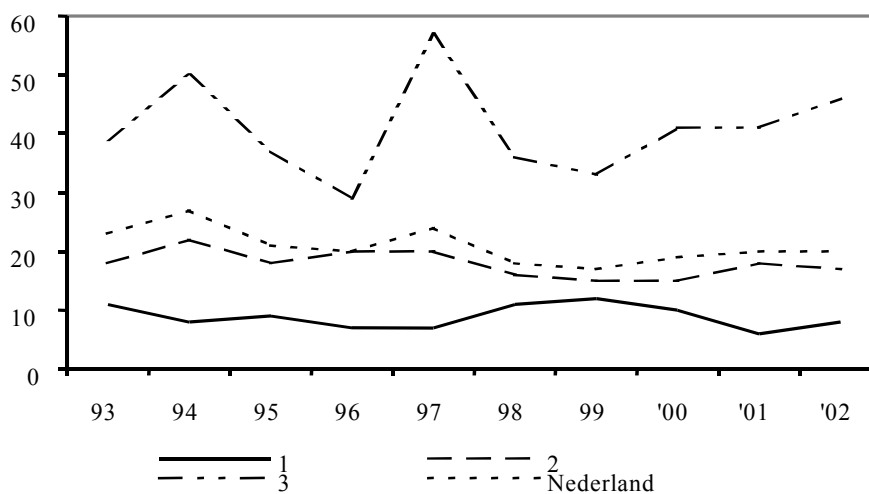
Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op HIV-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. Vanaf 1995 is het aantal verzoeken om een test op HIV-antistoffen gedaald. In 2000 is 204 maal en in 2002 is er 230 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 2002 is dit aantal 227. In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 14.1 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 inwoners, 1993-2002



stedelijkheidsgraad en Nederland



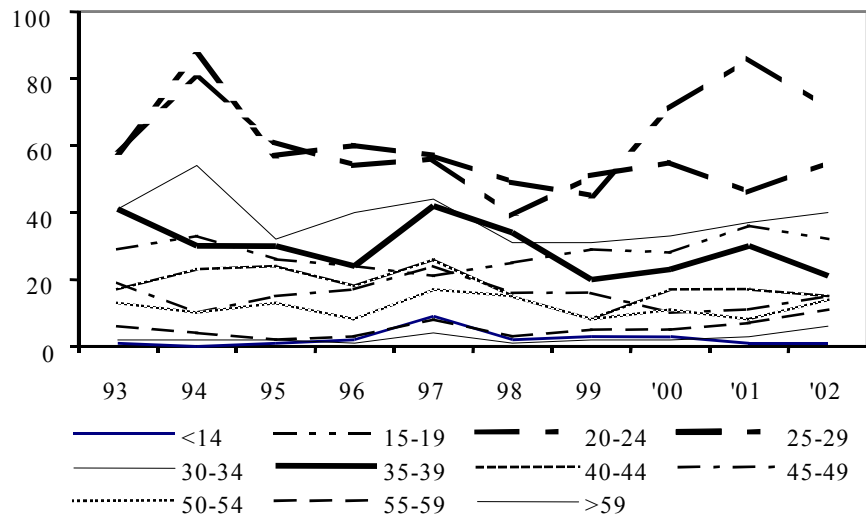
## Leeftijdverdeling

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

Tabel 14.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1993-2002

leeftijdsgroep	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<14	(1)	-	(1)	(2)	9	(2)	(3)	(3)	(1)	(1)
15-19	29	33	26	24	21	25	29	28	36	32
20-24	58	87	57	60	57	49	45	71	86	71
25-29	59	80	61	54	56	39	51	55	46	55
30-34	41	54	32	40	44	31	31	33	37	40
35-39	41	30	30	24	42	34	20	23	30	21
40-44	17	23	24	18	26	15	8	17	17	15
45-49	19	10	15	17	24	16	16	10	11	15
50-54	13	10	13	8	17	15	8	11	8	14
55-59	(6)	(4)	(2)	(3)	(8)	(3)	5	(5)	7	11
>59	(2)	(2)	(2)	(1)	(4)	(1)	(2)	(2)	(3)	6

Figuur 14.2 Aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1993-2002



## 14.4 Extrapolatie

Tabel 14.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>angst voor aids</b>						
1993			23			35.000
1994			27			41.500
1995			21			32.000
1996			20			31.000
1997			24			37.500
1998			18			28.000
1999			17			27.750
2000			19			30.000
2001			20			32.000
2002			20			32.000

\* 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.

## 14.5 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 weer constant.

Het merendeel van de vragen over AIDS wordt bij de huisarts gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2002 ruim 68% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 jaar. Dit percentage is de laatste jaren constant. Tot en met 1994 is in alle leeftijdsgroepen tussen 15 en 35 jaar het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt toegenomen. Vanaf 1995 is juist bij deze leeftijdsgroepen een sterke daling opgetreden. In 2000 - 2002 is er een sterk toegenomen "incidentie" onder de 20-24 jarigen tegen deze dalende trend in.

De rubriek is voor 2003 op de weekstaat gehandhaafd.

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

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

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

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

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

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



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

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



## 15 Acute gastro-enteritis

Rubriekhouder: dr. Y. van Duynhoven (RIVM-CIE) (1992-1993) (1996-2002)

### 15.1 Inleiding

Gastro-enteritis behoort tot de top tien van aandoeningen in Nederland wat betreft incidentie en het draagt bij tot een aanzienlijke zorgbelasting in de eerste lijn.<sup>11</sup>

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

Het doel van het onderzoek tot en met 1999 was:

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

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

Vanaf 2000 is de rubriek gehandhaafd in verband met het eerst genoemde doel: het volgen van trends in de incidentie van acute gastro-enteritis in de huisartspraktijk. In 2001 en 2002 is aanvullende informatie verzameld over in het kader van de reguliere zorg uitgevoerde laboratoriumdiagnostiek van consulterende patiënten.

## 15.2 Methode

De peilstationarts wordt in deze registratie gevraagd iedere persoon te melden met een nieuwe episode van gastro-enteritis. Een nieuwe episode houdt in dat de patiënt voor het eerst wordt gezien tijdens deze episode en na een eventuele eerdere melding tenminste 14 dagen klachtenvrij is geweest. Patiënten die de huisarts uitsluitend telefonisch consulteren behoeven niet op de weekstaat te worden gemeld.

In 2001 en 2002 wordt gevraagd tevens te melden wanneer de huisarts in het kader van de regulier geboden zorg besluit tot het laten doen van feces onderzoek. Gevraagd wordt naar de reden van de aanvraag van het onderzoek, op welke micro-organismen is getest en of er antibiotica voorgeschreven zijn.

Indien fecesonderzoek is aangevraagd wordt de huisarts enkele weken later gevraagd de uitkomsten daarvan mee te delen aan het NIVEL.

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).

## 15.3 Resultaten

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

Tabel 15.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996-2002

		provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
		A	B	C	D	1	2	3	
1992	M	38	40	52	112	38	59	82	62
1993		32	53	49	88	31	53	80	56
1996		39	47	49	66	40	51	56	51
1997		26	54	68	51	29	51	85	52
1998		27	89	81	46	55	61	97	64
1999		26	111	67	53	52	65	95	67
2000		41	108	102	85	66	85	131	90
2001		76	98	78	122	102	90	95	93
2002		65	109	106	113	81	99	151	104
1992	V	35	53	52	97	43	57	74	60
1993		34	55	42	69	34	45	71	50
1996		43	79	63	88	81	69	62	69
1997		25	64	68	59	48	52	89	57
1998		24	79	85	56	61	60	99	65
1999		22	109	84	66	76	66	117	74
2000		46	104	97	106	77	90	112	92
2001		55	108	97	169	100	106	127	109
2002		58	108	113	110	70	95	135	98

Tabel 15.1 Aantal gevallen van acute gastro-enteritis per provinciegroep en mate van verstedelijking en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 1992-1993 en 1996-2002 (vervolg)

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1992 T	37	47	52	104	41	48	78	62
1993	33	54	46	78	32	48	76	53
1996	41	63	56	77	60	60	59	60
1997	26	59	68	55	38	51	87	54
1998	26	84	83	51	58	60	98	65
1999	24	110	76	59	64	66	107	71
2000	44	105	99	96	71	87	121	91
2001	65	103	88	145	101	98	112	101
2002	58	109	113	110	76	97	143	101

Het aantal meldingen van gastro-enteritis ligt in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2001 en 2002 worden meer patiënten met gastro-enteritis gemeld dan in de voorgaande jaren.

In 2002 komt het hoogste aantal meldingen uit de oostelijke, westelijke en zuidelijke regio. In de oostelijke provincies is het aantal meldingen sinds 1999 hoog. In 2002 is het aantal vergelijkbaar met dat in de westelijke en zuidelijke provincies.

De grote steden melden over alle jaren meer acute gastro-enteritis dan de beide andere stedelijkheidsgroepen

## Leeftijdverdeling

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

Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 mannen, 1996-2002

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

Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 vrouwen, 1996-2002 (vervolg)

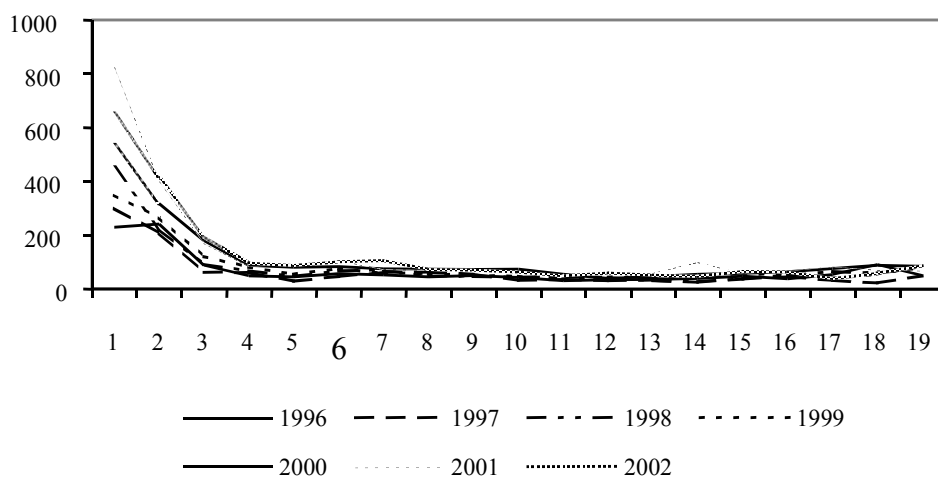
leeftijdsgroep	vrouwen						
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<1	364	317	460	379	432	886	653
1-4	276	208	217	271	335	428	357
5-9	102	47	101	130	198	176	210
10-14	46	65	80	80	82	88	96
15-19	67	43	57	53	89	90	86
20-24	68	44	77	82	99	122	101
25-29	57	71	78	60	64	101	105
30-34	50	72	45	52	80	72	72
35-39	68	56	39	66	71	79	69
40-44	47	38	27	46	61	62	63
45-49	26	42	47	48	39	51	48
50-54	41	27	40	39	44	73	59
55-59	36	32	30	43	56	68	50
60-64	47	16	31	44	55	106	46
65-69	72	36	36	53	78	70	65
70-74	40	60	56	63	77	54	63
75-79	56	31	49	43	78	106	(38)
80-84	109	28	48	68	90	82	58
>84	51	47	77	94	102	76	86



Tabel 15.2 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 1996-2002 (vervolg)

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

Figuur 15.1 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1996-2002



leeftijdsverdeling

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

In beide registratieperioden worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen. In 2002 is de incidentie onder de nuljarigen vergeleken met 2001 lager, maar nog steeds beduidend hoger dan eind jaren '90. De daling in 2002 is met name het gevolg van een daling onder de meisjes in deze leeftijdsgroep. De incidentie bij de 1-4 jarigen en de 5-9 jarigen is in 2002 iets hoger dan in 2001. Onder de 1-4 jarige jongens is in 2002 sprake van een verdere stijging. Bij de meisjes in deze leeftijdsgroep is dat niet het geval. In 1996-2002 is bij 5-9 jarigen, anders dan in de jaren 1992-1993, sprake van een duidelijk hogere incidentie vergeleken met de leeftijdsgroepen 10-80 jaar.

## Seizoensinvloeden

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

Tabel 15.3 Aantal meldingen van acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1997-2002

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
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
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

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

## 15.4 Fecesonderzoek bij acute gastro enteritis

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

Tabel 15.4 Aantal malen dat door de huisarts fecesonderzoek bij acute gastro enteritis is aangevraagd per provinciegroep en naar graad van verstedelijking en voor Nederland per 10.000 inwoners 2001-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
2001	5	16	16	15	17	13	14	14
2002	7	11	16	19	14	13	19	14

Over de jaren 2001-2002 vragen de huisartsen evenveel feces onderzoek aan voor acute gastro enteritis. In de westelijke en zuidelijke provinciegroepen wordt het meest frequent dit onderzoek aangevraagd. In de noordelijke provinciegroep het minst frequent.

In 2001 wordt feces onderzoek bij acute gastro enteritis het meest gevraagd op het platteland; in 2002 is dat het geval 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 15.5.

Tabel 15.5 Aantal aanvragen voor fecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2002

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

% = aantal fecesonderzoeken: aantal meldingen acute gastro enteritis 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. De meeste aanvragen voor fecesonderzoek wordt 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 met die klachten van acute gastro enteritis de huisarts bezoeken vraagt de huisarts vaker fecesonderzoek aan.

## 15.5 Extrapolatie

Tabel 15.6 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<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	79.5000	162.500

\* 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.

## 15.6 Discussie

Sinds 1999 ligt het aantal meldingen van acute gastro enteritis duidelijk op een hoger niveau dan de jaren ervoor.

In 2002 is het aantal mannen met acute gastro enteritis verder toegenomen; bij vrouwen is het aantal in 2002 lager dan in 2001.

In vergelijking met de drie overige provinciegroepen wordt consequent het laagste aantal meldingen gedaan in de noordelijke provincies.

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

De rubriek is in 2003 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd  
De aanvullende vragenlijst bij aangevraagd fecesonderzoek is in 2003 gestopt.

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

Wit de M.A.S. *Epidemiology of gastroenteritis in the Netherlands*. Thesis 2002.

Wit de M.A.S., Kortbeek L.M., Koopmans M.P.G., Jager de C.J., Wannet W.J.B., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Comparison of gastroenteritis cases in a general practice-based study and a community-based study*. *Epidemiol. Infect.* 2001; 127(3): 389-97

Wit de M.A.S., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Wannet W.J.B., Vinje J., Leusden van F., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Sensor, a Population-based Cohort Study on Gastroenteritis in the Netherlands: Incidence and Etiology*. American Journal of Epidemiology, 2001, Vol, 154, No (7): 666-674

Wit de M.A.S., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Leeuwen van N.J., Vinje J., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Etiology of Gastroenteritis in Sentinel General Practices in the Netherland*. Clinical Infectious Diseases, 2001; 33:280-8

Wit de M.A.S., Koopmans M.P.G., Kortbeek L.M., Leeuwen van N.J., Bartelds A.I.M., Duijnhoven van Y.T.H.P. *Gastroenteritis in Sentinel General Practices, the Netherlands*. Emerging Infectious Diseases, Januari 2001, vol. 7, no. 1:



## 16 'Prostaatlijden'

Rubriekhouder: dr. H.J. de Koning, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit (1997-2002)

### 16.1 Inleiding

Vroege opsporing van frequent voorkomende vormen van kanker in de hoop met een tijdige behandeling verder onheil te voorkomen blijft geboden.

Invoering van bevolkingsonderzoek op kanker eist onderzoek vooraf naar het effect van vroege opsporing. Prostaatkanker is een frequent voorkomende kanker bij mannen. Screening op prostaatkanker is echter nog controversieel, zodat onderzoek gaande is naar het effect van vroege opsporing van prostaatkanker.

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

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

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

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

## 16.2 Methode

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

## 16.3 Resultaten

Het aantal malen dat de huisarts een rectaal toucher doet, een PSA-bepaling aanvraagt en op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken met de verdenking op prostaat-kanker verwijst naar de uroloog is in tabel 16.1 gegeven per 10.000 mannen naar provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor heel Nederland.

Tabel 16.1 Aantal verrichte rectaal touchers, aangevraagde psa-bepalingen en verwijzingen op verdenking prostaatkanker per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen in 1997-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
<b>rectal toucher</b>								
1997	64	144	147	97	164	100	147	116
1998	45	120	167	105	124	107	170	117
1999	46	102	124	99	84	91	153	98
2000	44	75	89	105	62	84	84	80
2001	80	77	95	106	96	91	87	91
2002	71	83	110	69	84	83	105	86

Tabel 16.1 Aantal verrichte rectaal touchers, aangevraagde psa-bepalingen en verwijzingen op verdenking prostaat­kanker per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland, per 10.000 mannen in 1997-2002 (vervolg)

<b>PSA-bepaling</b>								
1997	26	113	85	90	134	70	78	81
1998	33	109	103	69	121	71	105	83
1999	42	111	108	62	151	63	123	84
2000	35	130	84	92	184	69	90	89
2001	56	129	85	102	185	82	63	94
2002	42	141	75	95	185	76	57	89
<b>verwijzing</b>								
1997	7	12	11	7	15	8	12	9
1998	7	19	20	7	24	12	14	14
1999	3	18	14	5	15	11	17	11
2000	5	16	12	8	8	12	11	11
2001	10	15	12	10	16	12	8	12
2002	5	22	9	3	11	10	5	10

Bij het onderzoek bij prostaatklachten treedt een verschuiving op: er wordt in de jaren 1997-2002 minder vaak een rectaal toucher verricht terwijl het aantal aanvragen voor psa-bepaling toeneemt van 1997-2001. In 2002 daalt het aantal aanvragen voor psa-bepalingen voor het eerst licht

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

In de noordelijke provincies wordt in alle jaren het laagste aantal verrichte onderzoeken gemeld. Dit betreft zowel het aantal verrichte rectaal touchers als de aangevraagde PSA bepalingen. Ook het aantal verwijzingen ligt lager. In de zuidelijke provincies wordt ook minder verwezen met de verdenking op prostaatcarcinoom. In 2002 valt de sterke stijging op in de oostelijke

provincies van het aantal aangevraagde PSA-bepalingen maar vooral van het aantal verwijzingen.

De verschillen in verrichte rectaal touchers en aangevraagde PSA-bepalingen tussen de stedelijkheidsgraad groepen zijn ook aanzienlijk.

### **Leeftijdsverdeling**

De leeftijdsverdeling van de mannen waarbij rectaal toucher wordt gedaan, een PSA-bepaling wordt aangevraagd en van mannen die worden verwezen met de verdenking op prostaatkanker is gegeven in tabel 16.2.

Tabel 16.2 Aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht, waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-2002

leeftijdsgroep	rectaal toucher					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<15	-	(5)	-	(5)	(0)	(0)
15-19	(3)	7	(3)	(3)	-	(3)
20-24	11	7	-	(3)	(51)	(3)
25-29	15	(2)	(5)	7	(4)	(4)
30-34	27	21	28	20	18	11
35-39	39	31	21	15	24	22
40-44	59	52	48	32	33	25
45-49	112	94	61	58	86	78
50-54	252	151	101	105	98	118
55-59	326	281	254	200	227	184
60-64	347	419	372	282	313	257
65-69	453	523	438	366	390	438
70-74	505	672	526	304	351	446
75-79	428	374	380	342	392	311
80-84	390	578	442	301	458	300
>84	144	321	155	236	205	123

Tabel 16.2 Aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht, waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-2002(vervolg)

leeftijdsgroep	psa-bepaling					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<15	-	-	-	-	-	-
15-19	(3)	(2)	-	-	-	-
20-24	-	-	-	(3)	-	-
25-29	-	-	(3)	-	(6)	-
30-34	(2)	(5)	(4)	6	(2)	(2)
35-39	12	(4)	11	7	(7)	(6)
40-44	17	18	23	25	27	21
45-49	62	53	28	64	80	62
50-54	138	101	94	136	111	89
55-59	245	194	260	219	257	195
60-64	333	357	316	380	317	318
65-69	381	365	421	444	433	462
70-74	308	477	397	420	444	484
75-79	321	440	416	299	392	403
80-84	463	349	416	277	470	300
>84	162	361	214	281	268	246

Tabel 16.2 Aantal mannen waarbij een rectaal toucher is verricht, waarbij een PSA-bepaling is aangevraagd en het aantal mannen dat is verwezen per 10.000 mannen naar leeftijdsgroep in 1997-2002(vervolg)

leeftijdsgroep	verwijzing					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<15	-	-	-	-	(0)	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-24	-	-	-	-	-	-
25-29	-	-	-	-	-	-
30-34	-	-	-	-	-	-
35-39	-	-	-	-	(2)	-
40-44	-	-	(2)	(4)	-	-
45-49	(4)	(2)	(2)	-	-	-
50-54	(3)	(2)	(2)	12	(9)	(2)
55-59	16	33	18	17	27	11
60-64	25	48	49	26	41	27
65-69	55	81	45	67	40	80
70-74	86	103	72	96	72	69
75-79	69	103	93	50	86	64
80-84	61	134	54	58	111	23
>84	(0)	20	78	44	310	70

## 16.4 Extrapolatie

Tabel 16.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>'prostaatlijden</b>						
<b>- rectaal toucher</b>						
1997	116			89.250		
1998	117			90.500		
1999	90			76.500		
2000	80			62.750		
2001	91			72.000		
2002	86			68.500		
<b>- psa bepaling</b>						
1997	81			62.250		
1998	83			64.250		
1999	84			65.500		
2000	89			70.000		
2001	94			74.250		
2002	89			70.000		



Tabel 16.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking (vervolg)

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal	m	v	totaal***
<b>- verwijzing uroloog</b>						
1997	9			7.000		
1998	14			11.000		
1999	11			8.500		
2000	11			8.500		
2001	12			9.500		
2002	10			8.000		

\* 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.

## 16.5 Discussie

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

In 1997 is van de mannen van 60-80 jaar ongeveer 4,5% onderzocht met een rectaal toucher. In 2002 zijn er weer minder patiënten gemeld waarbij een rectaal toucher is gedaan: 3,4%. Bij ongeveer 3,4% van de mannen is in

1997 een PSA-bepaling gedaan. In 2001 is dit 4%; in 2002 3.9%. Het aantal mannen van 60-80 jaar dat verwezen is met de verdenking op prostaatkanker is gestegen van 0.5% in 1997 naar 0.8% in 1998. In 1999 daalt dit aantal naar 0.6%. Even als in 2000 is dit percentage in 2001 0,6. In 2002 ligt het een fractie lager.

De rubriek 'prostaatlijden' is in 2003 van de weekstaat afgevoerd.

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

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

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

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

## 17 Kinkhoest

Rubriekhouder: dr. H. de Melker, RIVM-CIE (1998-2002)

### 17.1 Inleiding

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

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

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

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

Het vaccin dat in de vijftiger jaren werd ontwikkeld was effectief in het bestrijden van de infectie, maar heeft niet tot uitroeiing van de bacterie geleid. De bacterie is blijven circuleren en sinds 1996 is de incidentie van kinkhoest in Nederland, ondanks de hoge vaccinatiegraad, toegenomen. Om de paar jaar treden epidemische verheffingen op. Analyse van beschikbare gegevens leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven gevallen van kinkhoest toegenomen was.<sup>12</sup>

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. En heeft de arts wel alle gegevens dan meldt nog niet elke huisarts de patiënt bij de GGD.

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

## 17.2 Methode

De peilstationarts wordt gevraagd elke patiënt met kinkhoest te registreren. Onderscheid wordt gemaakt naar geslacht en naar leeftijdsgroep van de patiënt. Het vaak weinig typische beloop van kinkhoest bij gevaccineerde personen maakt een casusomschrijving niet eenvoudig. Voor kinkhoest wordt de volgende omschrijving aangehouden: langdurige hoestklachten (langer dan 3 weken) met de min of meer typische kenmerken en/of bewezen *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie (volgens het protocol optimale laboratoriumdiagnostiek van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding).

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

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

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.

### 17.3 Resultaten

Verdeling naar provinciegroep en urbanisatiegraad.

In het jaar 2002 werden 54 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 4.

Deze incidentie is beduidend hoger dan in 2001 (zie tabel 17.1.)

Tabel.17.1 Aantal personen met kinkhoest per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland per 10.000 personen, 1998-2002

	provinciegroep				stedelijkheidsgraad			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	12	2	6	1	5
1999	3	5	11	17	5	11	7	10
2000	3	7	10	33	4	13	17	12
2001	3	5	15	22	6	11	22	12
2002	2	2	5	7	2	4	7	4

De verdeling van het voorkomen van kinkhoest over het land is in 2002 net als in de jaren 1998-2001 ongelijk. In de zuidelijke provincies is het aantal gevallen van kinkhoest hoog: 7 per 10.000 personen versus 2-5 per 10.000 personen in de noordelijke en oostelijke provinciegroepen. In de stedelijkheidsgroep 3, de grote steden (> 100.000 inwoners) is het aantal gevallen van kinkhoest hoog in vergelijking met het voorkomen in de beide andere stedelijkheidsgroepen.

In 2000 is van alle gemelde kinkhoest gevallen de helft afkomstig van een peilstationarts in het zuiden van het land. In 2001 was dat nog een achtste; in 2002 ook een achtste.

In tabel 17.2 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.

Tabel 17.2 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
	A	B	C	D	1	2	3	
1998	2	4	2	8	2	5	1	4
1999	3	5	11	8	5	8	7	7
2000	3	7	10	4	4	5	7	7
2001	3	5	15	7	6	9	22	11
2002	2	2	5	6	2	4	7	4

Ook na de correctie voor één peilstation in de zuidelijke provincies is het voorkomen van kinkhoest het hoogst in deze provincies. In 2002 wordt opnieuw kinkhoest vooral in de grote steden gemeld.

### Verdeling naar leeftijdsgroep.

In tabel 17.3 worden het aantal personen met kinkhoest vermeld per 10.000 inwoners.

Tabel 17.3 Aantal personen met kinkhoest per 10.000 personen 1998-2002

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

1 Alle peilstations

2 Alle peilstations exclusief één peilstation in provinciegroep D

Kinkhoest komt in alle leeftijdsgroepen voor. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 1-4 jaar, gevolgd door de 5-9 en de nul-jarigen. Ook in een jaar waarin er sprake is van weinig kinkhoest zoals de jaren 1998 en 2002.

## 17.4 Extrapolatie

Tabel 17.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

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

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

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

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

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



## 17.5 Discussie.

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

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

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

De rubriek is in 2003 gehandhaafd op de weekstaat.



## 18 Incidentele onderzoeken

Sinds 1976 bestaan binnen het kader van het Peilstationproject de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'. Het betreft hier onderzoeken naar relatief gezien weinig voorkomende ziekten of gebeurtenissen. Voor een overzicht van de aldus behandelde onderwerpen wordt verwezen naar het tweede gedeelte van bijlage 3. Hier wordt verslag gedaan over de in 2002 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de weekstaat-onderwerpen is daarin gelegen, dat de gegevens slechts eenmaal per jaar worden opgevraagd: in principe direct bij de afloop van het jaar. Deze werkwijze maakt het ook mogelijk om gegevens over onderwerpen, waarvan de wens tot registratie pas in de loop van het jaar wordt kenbaar gemaakt, retrospectief te verzamelen. Een voorwaarde is evenwel in dat geval dat het iets moet zijn dat goed in het geheugen van de arts is gegrift.

### 18.1 Euthanasie (verzoek tot toepassen)

Rubriekhouder: A.I.M. Bartelds, NIVEL (1976-2002)

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>13</sup>

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

In 2002 is het aantal verzoeken 32. Van de patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 90% een maligniteit. Dit ligt duidelijk boven het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2002.

Het aantal patiënten dat thuis verzorgd wordt is 30.

Bij 27 verzoeken wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasie verklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 31 patiënten. Eén patiënt vraagt hulp bij zelfdoding. Bij 23 van de 32 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.

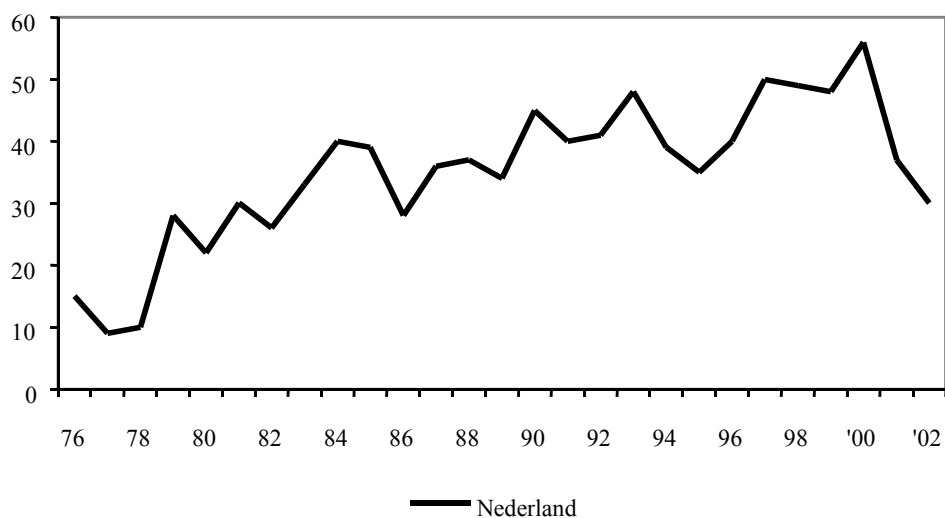
Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2002.

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

Tabel 18.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep en stedelijkheidsgraad en voor Nederland 1993-2002

absoluut	provinciegroep						stedelijkheidsgraad			Nederland
	M	V	A	B	C	D	1	2	3	
1993	23	25	2	9	23	14	5	19	24	48
1994	26	13	4	14	14	7	10	18	11	39
1995	18	17	5	8	12	10	2	16	17	35
1996	24	16	8	9	19	4	7	20	13	40
1997	24	26	11	11	23	5	2	38	10	50
1998	27	22	3	14	25	7	5	32	12	49
1999	31	17	9	5	25	9	5	29	14	48
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56
2001	19	18	4	8	16	9	5	21	11	37
2002	19	11	4	7	17	4	4	19	9	32

Figuur 18.1 Absolute aantal patiënten, dat een peilstationarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding voor Nederland, 1976-2002



Gerekend over de gehele periode 1976-2002 is per peilstation (dus niet per huisarts) het gemiddelde aantal verzoeken om euthanasie en de spreiding per provinciegroep en stedelijkheidsgraad weergegeven in tabel 18.2 en tabel 18.3.

Tabel 18.2 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar provinciegroep 1976-2002

	provinciegroep			
	A	B	C	D
aantal peilstations	6	6	12	7
gemiddeld aantal verzoeken	21,2	13,7	28,8	15,3
spreiding	1-44	8-25	16-44	10-25

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

Tabel 18.3 Gemiddeld aantal verzoeken per peilstation naar stedelijkheidsgraad 1976-2002

	stedelijkheidsgraad		
	1	2	3
aantal peilstations	5	19	8
gemiddeld aantal verzoeken	22	18,1	27,1
spreiding	14-33	0-44	12-45

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

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

## 18.2 Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 18.4 te vinden.

Tabel 18.4 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1993-2002

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
1993	10	5	17	13	3	48
1994	4	7	15	11	2	39
1995	14	5	12	2	2	35
1996	5	10	14	7	4	40
1997	12	7	17	9	5	50
1998	6	10	19	7	7	49
1999	5	6	16	15	6	48
2000	13	13	11	18	1	56
2001	8	3	9	12	5	37
2002	6	5	6	9	6	32

## 18.3 Overzicht van de gemelde verzoeken.

Inmiddels zijn de gegevens bekend over 947 verzoeken om toepassing van euthanasie. Van deze verzoeken werden 491 gedaan door een man (52%).



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

Een vijftal groepen aandoeningen wordt gehanteerd:

- maligne neoplasmata;
- cardiovasculaire aandoeningen;
- chronische obstructieve longaandoeningen;
- symptomen en onvolledig omschreven aandoeningen;
- overige ziekten, inclusief neurologische en endocrinologische aandoeningen en aids.

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

De aandoeningen waarbij om euthanasie is verzocht zijn vermeld in tabel 18.5.

Tabel 18.5 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie 1976-2002

	N	%
maligne neoplasmata	710	75
hart- en vaatziekten	56	6
Chronische obstructieve longziekten	41	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	46	5
overige ziekten	94	10
totaal	947	100

De verdeling van de aandoeningen waarbij om euthanasie wordt verzocht naar leeftijd staat vermeld in tabel 18.6.

Tabel 18.6: Percentage verzoeken per aandoening van het totaal aantal meldingen naar leeftijd (n=absolute aantal verzoeken), 1976-2002

	<54 %	55-64 %	65-74 %	75-84 %	>84 %
maligne aandoeningen	87	88	89	66	27
hart- en vaatziekten	0	1	2	12	22
chron. obst.	1	2	2	8	10
longziekten	3	1	1	4	29
symptomen en onvolledig					
overige ziekten	18	7	6	10	12

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

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

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

In tabel 18.7 is per aandoening de leeftijdsverdeling (patiënten jonger en ouder dan 65 jaar) vermeld.

Tabel 18.7 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten jonger en ouder dan 65 jaar naar aandoening 1976-2002 (n=absolute aantallen verzoeken)

	n	<64 jaar %	>64 jaar %
alle aandoeningen	945	36	64
alle maligniteiten	710	40	60
hart- en vaatziekten	56	4	96
chr. cbstr. long- ziekten	41	12	88
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	45	16	84
overige ziekten	93	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 18.8).

Tabel 18.8 Percentage verzoeken om toepassing van euthanasie door patiënten met een maligniteit jonger en ouder dan 65 jaar naar lokalisatie van de tumor (n=absolute aantallen), 1976-2002

	n	<65 jaar %	> 64 jaar %
alle maligniteiten	710	39	61
maag	63	40	60
colon/rectum	110	29	71
trachea/long	189	37	63
borst	73	58	43
overige	275	41	59

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

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 90% in 2002.

#### 18.4 Beschouwing

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989).<sup>14</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>15</sup>, Pijnenborg e.a.<sup>16</sup> 1994, Van der Wal e.a. 1994<sup>17</sup>. Van der

Maas e.a.<sup>18</sup>). In 2001 is opnieuw grootschalig onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde.

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

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

Het aantal meer expliciete verzoeken om euthanasie op een bepaald moment in het ziekteproces is tussen 1990 en 1995 met 9% gestegen. Tussen 1995 en 2001 is dit aantal niet gestegen, terwijl het aantal sterfgevallen wel is gestegen (Van der Wal, 2003<sup>19</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 2001 is het aantal verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding licht gestegen: van 35 naar 37. De relatief kleine absolute aantallen verzoeken aan de Peilstationartsen kunnen per jaar aanzienlijke verschillen vertonen zodat het noodzakelijk is met voortschrijdende gemiddelden te werken. Het aantal verzoeken om euthanasie lijkt een 'natuurlijk' plafond te bereiken van ongeveer 3 per 10.000 patiënten, dat wil zeggen gemiddeld 0,75 verzoeken per huisarts per jaar.<sup>20</sup>

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

De registratie van de verzoeken om eveneens euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consequent een groter aandeel van de mannen boven de vrouwen: ongeveer 52% versus 48% in de periode 1976-2001.

In de drie genoemde onderzoeken tot nu toe is één uitkomst zeer consistent aanwezig: het zijn vooral patiënten met een maligne aandoening die om euthanasie vragen en waarbij een dergelijk verzoek wordt ingewilligd (in 2001: 77%). Eveneens wordt vastgesteld dat het aandeel van de patiënten met een maligniteit op oudere leeftijd afneemt.

De gegevens van de CMR-Peilstations laten dit beeld ook zien: in de periode 1976-2002 leed 75% van de patiënten die verzochten om euthanasie of hulp bij zelfdoding aan kanker. In de leeftijdsgroep van 75-84 jaar daalt dit percentage tot 66%; vanaf 85 jaar is het nog slechts 27%.

Tabel 18.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2002

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
92	V	darmkanker	doorgegroeid; vrees voor ontluistering
88	M	gemetastaseerd bronchuscarcinoom	progressieve benauwdheid, achteruitgang
88	M	terminale COPP	progressieve dyspnoe
87	V	multiple degeneratieve afwijkingen	falen pijnstilling
86	M	papil van vateri carcinoom	angst voor hulpeloosheid
85	V	terminaal hartfalen	gaf de strijd op en wilde snel einde
84	V	darmcarcinoom	eindfase moeheid aftakeling
83	V	coloncarcinoom	uitzichtlooslijden
82	M	rectumcarcinoom	pijn rectaal, algehele achteruitgang
78	M	coloncarcinoom	klaar met het leven, geen uitzicht op beter
76	M	gemetastaseerd prostaatcarcinoom	onbehandelbare pijn

Tabel 18.9 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2002 (vervolg).

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
78	V	M. Parkinson	loopt en eet zeer slecht geen fut meer
76	M	op knappen staand aneurysma, status na CVA en amputatie beide benen	angst voor verdere ontluistering
75	M	longcarcinoom met hersen metastasen	geestelijke achteruitgang
73	M	gemetastaseerd prostaatcarcinoom	
71	V	Grawitzcarcinoom, gemetastaseerd	lijden
69	M	rectumcarcinoom	doorgroei blaas
68	M	laryxcarcinoom	slechte toestand
68	M	gemetastaseerd rectumcarcinoom	algehele achteruitgang
67	M	longcarcinoom	moeizame behandelbare pijn
63	M	longcarcinoom met metastasen	ontluistering, lijden onhoudbaar
63	M	progressieve spinale spieratrofie	angst voor ontluistering, controle verlies
62	M	longcarcinoom met metastasen	
62	M	prostaatcarcinoom	algehele achteruitgang
56	M	pancreaskopcarcinoom	iceturus en cachexie
53	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	ondraaglijk lijden
49	V	gemetastaseerd longcarcinoom	pijn, ontluistering
48	V	gemetastaseerd uteruscarcinoom	vrees voor ontluistering
45	V	gemetastaseerd mammacarcinoom	pijn
37	V	terminaal mammacarcinoom	
29	M	ziekte van Hodgkin	eind fase, dyspnoe, pijn

Het onderzoek wordt in het jaar 2003 gecontinueerd.





## 19 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Psycho-Medisch Centrum (1985-1989, 1995-2002)

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

Retrospectief is in 2002 de peilstationartsen per patiënt bij wie er sprake was van een eetstoornis een aantal vragen gesteld. Betrof het een in 2002 vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener. Naar de samenstelling van het gezin waaruit de patiënt voort kwam is gevraagd en naar een aantal lichamelijke aspecten van de aandoening.

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

In tabel 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 1995-2002. 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 1995-2002 en de aantallen per 10.000 vrouwen

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

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

In 2002 is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het hoogst in de zuidelijke provinciegroep.  
Eetstoornissen worden ook in 2002 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 1995-2002

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

In 2002 was er 1 melding van een mannelijke patiënt.

Ook in 2003 zal een incidenteel onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

Hoek W.Hans, Bartelds Aad I.M., Bosveld Jaqueline J.F., Graaf van der Yolanda, Limpens Veronique E.L., Maiwald Margo, Spaaij Caroline J.K. *Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders*. Am J Psychiatry, 1995; 152:1272-1278.

Objective: The purpose of this study was to examine the incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among patients in primary care and to evaluate the impact of urbanization, age and sex differences, and changes over time. Method: During 1985-1989, 58 general practitioners, trained in diagnosing eating disorders, registered all of their patients who had diagnoses of anorexia nervosa and/or bulimia nervosa according to strict criteria. The study population (N=151,781) was 1% of the population of the Netherlands; the distribution of sexes, ages, geographical locations, and degrees of urbanization in the study group was representative of the Dutch population. Main outcome measures were rates of newly detected cases and age-adjusted rates ratios. Results: The crude annual incidence rate of detected cases in primary care per 100,000 person-years was 8.1 for anorexia nervosa and 11.5 for bulimia nervosa. The incidence of bulimia nervosa was lowest in rural areas, intermediate in urbanized areas, and highest in the cities (6.6, 19.9, and 37.9, respectively, per 100,000 females per year); no rural-urban differences for anorexia nervosa were found. Pronounced sex and age differences in incidence rates were observed. Over the 5-year period, there was no time trend in the incidence of anorexia nervosa, but the incidence of bulimia nervosa tended to increase. Conclusions: The incidence rates of eating disorders-as defined by detection rates in primary care are higher than previously reported. Urbanization seems to be a risk factor for bulimia nervosa but not for anorexia nervosa.

Hoek H.W. *The incidence and prevalence of anorexia nervosa and boulimia nervosa in primary care*. Psychological Medicine, 1991, 21, p. 455-460

## 20 Algemene opmerkingen

- 1 De weekstaat voor 2003 is door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
  - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
  - b Neuraminidase-remmer (voorgeschreven).
  - c Waterpokken.
  - d Milieu gerelateerde gezondheidsklacht.
  - e Consult i.v.m. rookverslaving.
  - f Suïcide(poging).
  - g GGZ.
  - h Urethritis bij man.
  - i Angst voor AIDS.
  - j Gastro-enteritis.
  - k Ongewenste zwangerschap.
  - l Sexuele problematiek en sexueel geweld.
  - m Kinkhoest.
  - n Acute Respiratoire Infectie.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2003 betreffen de onderwerpen euthanasie en eetstoornissen.
- 3 Suggesties die betrekking hebben op de vraagstelling van de weekstaten worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
- 4 Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
- 5 Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider



## 21 Literatuurlijst

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

#### Algemeen

Bartelds A.I.M., Fracheboud J., Zee van der J. *The Dutch Sentinel Practice Network; relevance for public health policy*. Nivel, Utrecht, 1989

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

The book consists of two parts.

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

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

The authors of the chapters in the second part of the book are often also the applicants for registration of a certain topic. One of the questions that is discussed in the chapters is what the importance has been of registration of the topics by the CMR Sentinel Stations. The results of registration of topics are presented in a number of chapters in a different way from than usual in the annual reports, of which to date 18 have been published (1970 to 1987 inclusive).

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

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

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

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

Schwartz F.W. Prof. Dr. e.a. *The European Denominator Project. Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Health Care Research in Countries of the European Community*. Hannover, 1996



## Chronische benigne pijn

Kerssens J.J., Verhaak P.F.M., Bartelds A.I.M., Sorbi M.J., Bensing J.M. *Unexplained severe chronic 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 (USCP) in general practice and to 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.

### **Diabetes Mellitus**

Ruwaard Dirk, Gijsen Ronald, Bartelds Aad I.M., Hirasing Remy A., Verkleij Harry, Kromhout.Daan. *Is the Incidence of Diabetes Increasing in All Age-groups in the Netherlands?* Diabetes Care, volume 19, number 3. March 1996.

### **Hartinfarct**

Pal van der-de Bruin K.M., Verkleij H., Jansen J., Bartelds A., Kromhout D. *The incidence of suspected myocardial infarction in Dutch general practice in the period 1978-1994.* European Heart Journal, 1998, 19, 429-434

### **Mammografie**

Beemsterboer, P.P.M., Koning de H.J., Looman C.W.N., Borsboom G.J.J.M., Bartelds A.I.M., Maas van der P.J. *Mammography Request in General Practice During the Introduction of Nationwide Breast Cancer Screening, 1988-1995.* European Journal of Cancer, 1999, vol. 35, no 3 pp. 450-454

Beemsterboer P.P.M. *Evaluation of Screening Programmes. Studies on breast cancer and prostate cancer.* Dissertatie Rotterdam, 1999, hoofdstuk 3.

### **Hoofdpijn acute ongewone**

Linn F.H.H., Wijdicks E.F.M., Graaf van der Y., Weerdesteyn-van Vliet F.A.C., Bartelds A.I.M, Gijn van I. *Pro spective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage.* The Lancet 1994; 344: 590-593.

### **Voorschrijven oestrogenen**

Donker G.A., Spreeuwenberg P., Bartelds A.I.M, Velden van der K., Foets M. *Hormone replacement therapy: changes in frequency and type of prescription by Dutch Gps during the last decade of the millennium.* Family Practice, 2000, vol. 17; no.6

## 22 Voetnoten

- 1 Dulk C.J. den, H. van der Stadt, J.M. Vliegen. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. *Mnd. Stat. Bevolk, (CBS) 92/7*.
- 2 Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 2002. Nivel, Utrecht.
- 3 De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
- 4 In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders vermeld.
- 5 Diekstra R.F.W. en M. van Egmond. Suicide and attempted suicide in general practice. In the Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy, blz. 202. NIVEL, Utrecht, 1989.
- 6 Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
  - a Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
  - b De infectie moet gepaard gaan met een temperatuursverhoging van tenminste 38° rectaal.
  - c Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.  
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).
- 7 Cox N.J., K. Subbaro. Influenza, *The Lancet* Vol. 354, October 9, 1999, p. 1277-1282.
- 8 Heijnen MLA, WE van den Brandhof, AIM Bartelds etc. *Infectieziekten Bulletin* (13) 3, 2002, blz. 104.

- 9 Sigling, H.O. Depression: a medical problem for the general practitioner? In: Bartelds A.I.M., J. Fracheboud, J. van der Zee (eds). *The Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy*,. Utrecht, NIVEL, 1989.
- Brink WVD, Ommel J. Depressie in de huisartspraktijk. Consequenties voor onderwijs onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1993, 35: 94-109.
- Marwijk HWJ, Zwan AAC, Mulder JDD. De huisarts en depressiviteit van ouderen. *Tijdschrift Gerontol Geriatr.*, 1991, 22:129-33.
- Ommel J, Koeter MWJ, Brink WVD, Willege G. Recognition, Management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psych*, 1991, 48: 700-6.
- Ommel J, Tiemens BG, Os TWDPV, Meer KVD, Jenner RHSVD. Betere herkenning en behandeling van depressie en soms sneller na nascholing van huisartsen. *Ned. Tijdschrift, Geneesk.* 1998, 142:252-7.
- Tiemens BG, Brink WVD, Ommel J. Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk. *H&W*, 1998, 41:109-16.
- 10 Ruwaard D., R. Gijzen, A. Bartelds, R. Harising, H. Verkleij, D. Kromhout. Is the Incidence of Diabetes Increasing in all age group? *Diabetes Care*, vol. 19, number 3, 1996.
- 11 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D., Kramers P.G.M. Den Haag. Sdu Uitgeverij, 1993: 42-47.
- 12 Melker H.E. de, M.A. Conyn-van Spaendonck, J.F.P. Schellekens. Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996.
- 13 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasia onder bepaalde voorwaarden.
- 14 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.
- 15 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.

- 16 Pijnenborg L., J.J.M. van Delden, J.W.P.F. Kardaun, J.J. Glerum, P.J. van der Maas. Nationwide study of decisions concerning the end of live practice in the Netherlands. *BMJ*, 1994; 309: 1209-9.
- 17 Wal van der G., R.L.M. Dillmann. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ*, 1994; 308: 1346-9.
- 18 Maas van der Paul J., Gerrit van der Wal, e.a. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of live in the Netherlands, 1990-1995. Special report from the Netherlands, Volume 335, number 22, 1996.
- 19 Wal van der Gerrit, Agnes van der Heide. *Medische besluitvorming aan het einde van het leven*. De Tijdstroom, utrecht, 2003.
- 20 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*, 2003, in press.



## Bijlage 1: deelnemende artsen in 2002

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

## Bijlage 1: deelnemende artsen in 2002 (vervolg)

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

\*) Apotheek-houdend



## **Bijlage 2: weekstaat 2002**

### **Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2003 (alfabetisch)**

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute respiratoire aandoening	2001-2002
aids (angst voor)	1988-2003
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 1996-2003
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994

### Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2003 (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)	1970-2003
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2003
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1997
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-2000
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
milieu gerelateerde gezondheidsklacht	2003
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
neuraminidaseremmer voorgeschreven	2003
oestrogenen voorschrift	1994-1998
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
ongewenste zwangerschap	2003
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
p.i.d. (pelvic inflammatory disease)	1994-1998
prostaatlijden	1997-2002
psoriasis	1976-1977
psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rohypnol voorgeschreven	1987-1988

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

rookverslaving (consult)	1974 en 2003
sexuele problematiek en seksueel geweld	2003
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2003
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983 en 1992
sterilisatie bij de man verricht	1972-1999
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1999
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2003
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	2000-2003
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 1977-2003 (alfabetisch)

acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997-2000
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-2003
diabetes mellitus	2000
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2003
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

## Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2002 (CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	519	496	1.015
5-9	506	483	989
10-14	509	486	995
15-19	483	459	942
20-24	490	480	970
25-29	540	532	1.072
30-34	668	645	1.313
35-39	679	651	1.330
40-44	637	620	1.257
45-49	585	572	1.157
50-54	581	564	1.145
55-59	490	476	966
60-64	376	379	755
65-69	310	338	648
70-74	252	312	564
75-79	183	273	456
80-84	104	196	300
>84	60	171	231
Totaal	7.972	8.133	16.105

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

## **Bijlage 6: jaartabellen**

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
Alle Peilstations												
Leeftijds- groep	Populatie		Jaar 2002			week: 1 t/m 52						
	M	V	T	"Influenza" M+V	Neuramini- daseremmer M+V	Suicide- (poging) M+V	Urethritis M	CAIDS M+V	Gastro-enteritis geen feceskweek M V		T	Feces- kweek M+V
<1	696	697	1394	445	0	0	0	0	733	574	653	86
1-4	3080	2911	5991	332	0	0	3	0	464	357	412	50
5-9	3756	3524	7280	191	0	0	0	0	181	210	195	11
10-14	3587	3414	7000	174	0	0	0	3	92	100	96	13
15-19	3548	3427	6975	125	0	4	8	32	68	105	86	19
20-24	3707	4011	7718	113	0	8	27	71	76	125	101	17
25-29	4481	4746	9227	133	0	4	25	55	105	105	105	13
30-34	5634	5500	11134	152	0	3	35	40	83	60	72	15
35-39	5372	5016	10387	153	0	9	22	21	71	68	69	13
40-44	4812	4754	9565	143	0	4	29	15	67	59	63	10
45-49	4483	4338	8821	143	1	7	18	15	47	48	48	9
50-54	4498	4371	8868	156	0	2	31	14	58	59	59	6
55-59	3691	3562	7254	132	1	6	33	11	49	51	50	14
60-64	3954	2954	5908	154	2	2	64	5	30	61	46	12
65-69	2380	2519	4899	151	0	4	38	4	76	56	65	4
70-74	1882	2376	4257	120	0	0	37	2	85	46	63	5
75-79	1414	2039	3453	130	0	6	0	3	78	10	38	6
80-84	866	1532	2398	129	0	0	12	0	58	59	58	0
>84	568	1418	1986	106	0	5	18	10	53	99	86	0
Totaal	61406	63108	124514	157	0	4	23	20	104	98	101	14



Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

Alle Peilstations Leeftijds- groep	Populatie		Jaar: 2002				week: 1 t/m/ 52				Depressie			Water- pokken
			Prostaatlijden		Kinkhoest	Diabetes Mellitus		M	V	T	M+V			
	rectaal toucher	PSA	Verwij- Zing	M		V	T					M	V	T
	M	V	T	M	M	M	M+V	M	V	T	M	V	T	M+V
<1	696	697	1394	0	0	0	14	14	0	7	0	0	0	301
1-4	3080	2911	5991	3	0	0	23	0	0	0	0	0	0	366
5-9	3756	3524	7280	0	0	0	19	0	3	1	0	0	0	137
10-14	3587	3414	7000	0	0	0	13	0	6	3	0	0	0	11
15-19	3548	3427	6975	3	0	0	1	3	3	3	8	15	11	3
20-24	3707	4011	7718	3	0	0	1	3	7	5	19	32	26	4
25-29	4481	4746	9227	4	0	0	2	0	0	0	29	34	31	8
30-34	5634	5500	11134	11	2	0	2	7	9	8	37	40	39	6
35-39	5372	5016	10387	22	6	0	1	7	6	7	22	34	28	3
40-44	4812	4754	9565	25	21	0	4	17	8	13	29	46	38	3
45-49	4483	4338	8821	78	62	0	0	29	21	25	36	58	46	1
50-54	4498	4371	8868	118	89	2	1	40	37	38	38	37	37	1
55-59	3691	3562	7254	184	195	11	0	60	51	55	46	48	47	0
60-64	2954	2954	5908	257	318	27	2	64	61	63	24	51	37	0
65-69	2380	2519	4899	433	462	80	0	50	71	61	42	8	24	0
70-74	1882	2376	4257	446	484	69	2	74	76	75	32	67	52	0
75-79	1414	2039	3453	311	403	64	0	78	74	75	28	39	35	0
80-84	866	1532	2398	300	300	23	0	115	85	96	81	20	42	0
>84	568	1418	1986	123	246	70	5	35	35	35	35	63	55	0
Totaal	61406	63108	124514	86	89	10	4	23	24	23	25	33	29	32

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations						
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd						
Jaar: 2002						
Week: 1 t/m 52						
Alle Peilstations Leeftijds groep	Populatie			GGZ		Acute respiratoire infectie
	M	V	T	verwijzing M+V	consultatie M+V	M+V
<1	696	697	1394	7	0	2791
1-4	3080	2911	5991	5	0	1504
5-9	3756	3524	7280	11	1	643
10-14	3587	3414	7000	21	4	384
15-19	3548	3427	6975	73	13	429
20-24	3707	4011	7718	98	8	342
25-29	4481	4746	9227	102	5	322
30-34	5634	5500	11134	76	4	369
35-39	5372	5016	10387	75	4	318
40-44	4812	4754	9565	81	7	272
45-49	4483	4338	8821	67	5	268
50-54	4498	4371	8868	52	6	304
55-59	3691	3562	7254	41	1	316
60-64	2954	2954	5908	37	7	313
65-69	2380	2519	4899	22	6	269
70-74	1882	2376	4257	26	5	343
75-79	1414	2039	3453	32	6	342
80-84	866	1532	2398	21	25	263
>84	568	1418	1986	25	15	196
Totaal	61406	63108	124514	55	6	426

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
Alle Peilstations Provincie- groep	Jaar 2002			Week 1 t/m 52								
	Populatie			“Influenza”	Neuramini- daseremmer	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	Gastro-enteritis geen fecesweek			Fecesweek
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	11898	12225	24123	156	0	3	8	6	65	52	58	7
OV+GLD+FLE	14375	14195	18571	81	0	5	30	12	109	108	109	11
UTR+NH+ZH	20710	22030	42738	169	0	4	28	31	121	106	113	16
ZLD+NB+LIM	14424	14660	29083	216	0	3	23	25	107	113	110	19
Totaal	61407	63109	124515	157	0	4	23	20	104	98	101	14

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations															
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd															
Alle Peilstations Provincie- groep	Jaar 2002			Week 1 t/m 52											
	Populatie			Prostaatlijden			Kinkhoest	Diabetes Mellitus			Depressie		Water- pokken		
	M	V	T	rectaal toucher	PSA	verwijzing	M	M+V	M	V	T	M	V	T	M+V
GR+FR+DR	11898	12225	24123	71	42	5	2	8	10	9	5	7	6	18	
OV+GLD+FLE	14375	14195	28571	83	141	22	2	22	23	22	31	40	36	46	
UTR+NH+ZH	20710	22030	42738	110	75	9	5	27	22	24	25	33	29	32	
ZLD+NB+LIM	14424	14660	29083	69	95	3	7	29	39	34	37	46	42	30	
Totaal	61407	63109	124515	86	89	10	4	23	24	23	25	33	29	32	

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations						
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd						
Alle Peilstations Provincie- Groep	Jaar 2002			Week 1 t/m 52		Acute respiratoire infectie  M+V
	Populatie			GGZ	Consultatie	
	M	V	T	verwijzing M+V	M+V	
GR+FR+DR	11898	12225	24123	16	0	109
OV+GLD+FLE	14375	14195	28571	53	5	413
UTR+NH+ZH	20710	22030	42738	72	8	421
ZLD+NB+LIM	14424	14660	29083	66	7	709
Totaal	61407	63109	124515	55	6	426

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
Alle Peilstations Stedelijkheid	Jaar 2002			Week 1 t/m 52								
	Populatie			“Influenza”	Neuramini- daseremmer	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	Gastro-enteritis geen fecesweek			fecesweek
	M	V	T	M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	V	T	M+V
5	8884	8814	17698	135	0	5	8	8	81	70	76	14
4-3-2	43386	44848	88233	157	0	4	26	17	99	95	97	13
1	9137	9448	18584	179	0	4	26	46	151	135	143	19
Totaal	61407	63109	124515	157	0	4	23	20	104	98	101	14

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations														
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd														
Alle Peilstations Stedelijkheid	Populatie		Jaar 2002			Week 1 t/m 52								
			Rectaal toucher	Prostaatlijden PSA	Verwij- zing	Kinkhoest	Diabetes Mellitus			Depressie		Water- pokken		
	M	V	T	M	M	M	M+V	M	V	T	M	V	T	M+V
5	8884	8814	17698	84	185	11	2	19	36	28	23	15	19	21
4-3-2	43386	44848	88233	83	76	10	4	23	22	22	27	37	32	34
1	9137	9448	18584	105	57	5	7	25	21	23	19	31	25	32
Totaal	61407	63109	124515	86	89	10	4	23	24	23	25	33	29	32

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations									
Stedelijkheidsgraad naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd									
Alle Peilstations Stedelijkheid	Populatie		Jaar 2002			Week 1 t/m 52			
				GGZ verwijzing	consultatie	Acute respiratoire infecties I			
	M	V	T	M+V	M+V				M+V
5	8884	8814	17698		43	6			289
4-3-2	43386	44848	88233		52	4			439
1	9137	9448	18584		82	13			497
Totaal	61407	63109	124515		55	6			426