

komen hangt van de situatie af waarin de nieuw opgeleiden aan het werk zullen gaan. Dat is niet een medisch probleem, het wordt bepaald door de structuur van de maatschappij en de daarvan afhankende structuur van de gezondheidszorg. Wetenschap en onderwijs zijn beide medeverantwoordelijk voor wat er met de resultaten van hun werk wordt gedaan.

Daarom eindig ik met de dubbele verantwoordelijkheid vast te stellen voor wat wij als opleiders doen. In de opleiding hoort zoveel besef voor maatschappelijke verhoudingen te worden ingebracht als nodig is om artsen voort te brengen die hun plaats in de gemeenschap kennen en de opleiders kunnen hun universitaire opdracht niet volbrengen zonder als

opleider en als staatsburger mee te werken aan het tot stand brengen van een verantwoorde gezondheidszorg.

Daarmee ben ik terug bij het probleem van de kwaliteit van het werk van de huisarts, die precies van deze beide factoren afhankelijk is, van een goede opleiding en van een adequate gezondheidszorg.

Vier jaar continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations*

In 1970 is een gezamenlijk project gestart van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut.

Dit project omvat ruim 50 huisartsen, verspreid door Nederland, die een aantal voor de gezondheidszorg relevante gegevens verzamelen. Doel van dit artikel is meer bekendheid te geven aan het bestaan van dit project.

Het aantrekkelijke van dit project is, dat continu een aantal morbiditeitsdata wordt verzameld gedurende één of meer jaren. Veranderingen in incidentie kunnen op deze wijze gemakkelijk worden signaleerd.

Het is duidelijk dat niet alle morbiditeitsgegevens in de huisartspraktijk continu kunnen worden verzameld. Dit zou een te grote belasting worden voor de deelnemende huisartsen. Gekozen is dan ook voor de volgende opzet:

OPZET VAN HET PROJECT

Sinds het begin in 1970 hebben 51-56 peilstationartsen per jaar aan dit project deelgenomen. De peilstations zijn zodanig over het land verspreid, dat zowel in de provincials als in de urbanisatiegroepen, ongeveer één peilstationarts per 250.000

inwoners aanwezig is. In *figuur 1* en in *het bijbehorend overzicht* is de situatie in 1973 gegeven.

Alle deelnemende artsen zijn actieve leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de meesten hadden reeds eerder deelgenomen in vroegere morbiditeitsstudies. Er is dus sprake van een positieve selectie.

Een aantal peilstationartsen vormt combinatiepraktijken. Het aantal combinatiepraktijken in 1973 is zeven: vijf peilstations met twee en een peilstation met drie artsen.

De leeftijd/geslachtsverdeling van de populatie van het project is redelijk vergelijkbaar met de leeftijd/geslachtsverdeling van het gehele land.

De gegevens worden verzameld op zogenaamde weekstaten, welke wekelijks naar het Nederlands Huisartsen Instituut worden gezonden. Na administratieve verwerking aldaar, worden deze opgestuurd naar de Geneeskundige Hoofdinspectie, die de gegevens controleert en voor verdere verwerking naar de Hoofdafdeling Epidemiologie en Informatica doorzendt. Per kwartaal levert de computer een overzicht van de geregistreerde gegevens, dat de deelnemende huisartsen, wordt toegestuurd en waaruit zij hun eigen verrichtingen kunnen aflezen.

Als routine worden drie tabellen geproduceerd:

1. Het aantal patiënten per geslacht, per leeftijd;

Samenvatting. Vier jaren continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations. Een methode om morbiditeits- en behandelingsgegevens in de huisartspraktijk te verzamelen wordt beschreven. Deze methode lijkt in de praktijk te hebben voldaan. Belangrijke resultaten worden weergegeven met name over abortus, pilgebruik, morning-after-pill, tranquillizers- en druggebruik. Criteria voor het kiezen van de te verzamelen gegevens worden beschreven. Kort wordt ingegaan op de beperkingen van dergelijke morbiditeitsonderzoekingen.

2. het aantal patiënten per geslacht, per provinciegroep;
3. het aantal patiënten per geslacht, per urbanisatiegroep.

Het gaat primair om epidemiologische peilstations. Enige criteria om in de weekstaat te worden opgenomen, zijn:

1. de maatschappelijke relevantie;
2. de wetenschappelijke relevantie;
3. de relevantie voor de uitvoering van het project.

De voorwaarden waaraan elk voorstel moet voldoen zijn:

- a. De eis om de vraagstelling scherp en eenduidig te definiëren;
- b. de mogelijkheid om de data op een eenvoudige wijze te verzamelen om te voorkomen dat de huisarts wordt overbelast.

De eerste eis is er de oorzaak van dat het dikwijls de grootste moeite

* Uit het Nederlands Huisartsen Instituut (directie: C. P. Bruins en J. C. Oeberius Kapteijn).

kost een gegeven in het programma op te nemen.

Onder maatschappelijk relevante gegevens verstaan wij die gegevens, welke uit maatschappelijk oogpunt van belang zijn. Met wetenschappelijk relevante gegevens bedoelen wij die gegevens, welke voor het wetenschappelijk onderzoek van belang zijn, respectievelijk voor de bevordering van de huisartsgeneeskunde.

Aanvankelijk nam de commissie voor het merendeel puur medische gegevens in de weekstaat op, doch de laatste paar jaar hebben meer medisch/maatschappelijke verschijnselen de overhand gekregen. Na vier jaar verzamelen van een aantal gegevens komt er thans enig reliëf in. Er zijn bepaalde tendenzen waar te nemen.

De volgende gegevens zijn verzameld gedurende vier jaar (1970 tot en met 1973):

1. Adviezen voor geboorteregeling (pilconsulten en overige), verdeeld in:
 - a. primaire consulten
 - b. herhaal-consulten (alleen in 1970)
2. Verzoek om abortus
3. Nieuwe gevallen van influenza-achtige ziektebeelden)

De volgende gegevens zijn verzameld gedurende drie jaar:

1. Abortus provocatus (lege artis of niet lege artis, 1971 tot en met 1973).
2. Nieuwe gevallen van suicidepogingen (1970 tot en met 1972), geslaagd of niet geslaagd

De volgende gegevens zijn verzameld gedurende twee jaar (1972 en 1973):

1. Tranquillizers voor de eerste maal in verslagjaar voorgeschreven
2. Sterilisatie van de man:
 - a. consult (1972)
 - b. verrichtingen, 1972 en 1973
3. Consult druggebruik
4. Morning-after-pill voorgeschreven

De volgende gegevens zijn gedurende één jaar verzameld

1. Rubella-achtige ziekteverschijnselen, 1971
2. Acute diaree van onbekende oorsprong, 1970
3. Ongevallen, 1971
4. Tonsillectomie/adenotomie, 1971
5. Otitis media met of zonder tonsillectomie/adenotomie, 1971
6. Kindermishandeling, 1973

Figuur 1 en overzicht. Peilstations continue morbiditeitsregistratie in 1972 en verdeling van het aantal peilstations per provincie- en urbanisatiegroep in 1973.

Provinciegroep	Aantal deelnemende artsen
A. Groningen, Friesland en Drenthe	8
B. Overijssel, Gelderland en Zuidelijke IJsselmeerpolders	10
C. Utrecht, Noord- en Zuid-Holland	25
D. Zeeland, Noord-Brabant en Limburg	13
Nederland	56

Urbanisatiegroep	Aantal deelnemende artsen
1. Plattelandsgemeenten	12
2. Gemeenten met een stedelijk karakter tezamen met verstedelijkte plattelandsgemeenten	28
3. Gemeenten met 100.000 of meer inwoners	16
Nederland	56



De vragen op de weekstaat voor 1974 zijn door de programmacommissie als volgt samengesteld:

1. Nieuwe gevallen van influenza (-achtige) ziektebeelden
2. Tranquillizer voorgeschreven
3. Adviezen geboortenregeling (uitsluitend primaire consulten)
4. Consult inzake rookverslaving
5. Sterilisatie van de man verricht
6. Sterilisatie van de vrouw verricht
7. Morning-after-pill voorgeschreven
8. Verzoek om abortus
9. Abortus provocatus
10. (Vermoeden op) kindermishandeling.

ENIGE RESULTATEN*

1. Voorgeschreven tranquillizers

Volstaan werd met eenmalige rapportering in het verslagjaar van patiënten aan wie tranquillizers werden voorgeschreven. De reden hiervan is, dat in het eerste kwartaal 1972 er wel een poging is gedaan, alle voorgeschreven tranquillizers te registreren, maar deze poging is mislukt, met name omdat het voorschrijfgedrag van de artsen met betrekking tot de hoeveelheid en de dosering erg verschillend is, waardoor een goede registratie van eerste en herhalingsrecepten moeilijkheden opleverde. Bovendien bleek de gebruikte definitie van tranquillizers moeilijkheden op te leveren.

Vanaf het tweede kwartaal 1972 is afgesproken alleen een eenmalige rapportering van het gebruik van een tranquillizer te noteren. Het nadeel van een eenmalige registratie is, dat chronische gebruikers niet zichtbaar worden. Toch geeft een eenmalige registratie wel enig inzicht hoeveel mensen ooit in een gegeven jaar tranquillizers gebruiken. De melding betrof uitsluitend patiënten, aan wie Librium, Meprobaat, Nobrium, Seresta of Valium is gegeven.

De indicatie waarop een tranquilli-

zer werd voorgeschreven is niet van belang. Er wordt nog wel eens een tranquillizer als spierrelaxans gebruikt, bijvoorbeeld bij lage rugpijn. Men kan zich evenwel ook de vraag stellen of bij deze klachten geen psychische factoren mede een rol spelen en of niet secundair een als spierrelaxans voorgeschreven tranquillizer hierop invloed uitoefent.

Bespreking. De landelijke frequentie (572 per 10.000) is gelijk aan die in 1972 (579 per 10.000). Daar de landelijke frequentie in 1972 slechts betrekking heeft op drie kwartalen, lijkt de conclusie gerechtvaardigd, dat in 1973 minder vaak één van de genoemde tranquillizers is voorgeschreven.

Op de bijeenkomst van de peilstationartsen in januari 1974 werd door verschillende peilstationartsen opgemerkt, dat zij mede als gevolg van de hoge frequentie van voorschrijven van tranquillizers in 1972, zich kritischer hebben opgesteld en minder vaak tranquillizers hebben voorgeschreven. Deze registratie heeft dus effect gehad op het eigen gedrag van de huisarts. De meeste van de genoemde tranquillizers worden voor-

geschreven in de zuidelijke provincies, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg en in de urbanisatiegroep 3, dat wil zeggen de gemeenten met 100.000 of meer inwoners.

Er is een duidelijk overwogen van het aantal vrouwelijke patiënten in de leeftijdsgroepen boven negen jaar, waarbij opvalt dat de frequentie bij vrouwen van 15 tot en met 19 jaar reeds belangrijk hoger is dan bij mannen. De top wordt bereikt bij mannen en vrouwen van 45 tot en met 54 jaar.

Omgerekend werden in Nederland in 1973 aan 766.000 mensen een van de genoemde tranquillizers voor de eerste maal dat jaar voorgeschreven. Dit betekent 6 procent van de bevolking of wel 1 op de 17 Nederlanders.

2. Primaire consulten inzake ovulatievermindering („pilgebruik”) vanaf 1970

Bespreking. Tot en met 1972 blijkt de frequentie jaarlijks toe te nemen. Hieraan is in 1973 een einde gekomen. Dit geldt ook voor de meeste provincie- en urbanisatiegroepen. In de noordelijke provincies blijkt de frequentie echter nog steeds toe te nemen. De conclusie lijkt gerecht-

Tabel a. Aantal patiënten aan wie tranquillizers werd voorgeschreven, per provincie- en urbanisatiegroep per 10.000.

Jaar	Aantal patiënten							
	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1973	474	551	573	621	563	532	641	572

Tabel b. Extrapolatie van de betreffende tranquillizers gevonden gegevens per tienduizend personen op de Nederlandse bevolking.*

Rubriek	Periode	Frequentie per 10.000		Totaal	Nederland		Totaal
		Man	Vrouw		Man	Vrouw	
Tranquillizers voor eerste maal die periode voorgeschreven	1973	426	712	572	284.000	478.000	766.000

* Voor meer gedetailleerde bespreking van de resultaten wordt verwezen naar de successievelijke jaarverslagen, verkrijgbaar bij het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht.

* Niet uit het oog moet worden verloren, dat de peilstationartsen een select gekozen groep zijn. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen.

vaardigd, dat er een zekere nivelleringsring valt te constateren. De frequenties in de verschillende provincie- en urbanisatiegroepen naderen elkaar steeds meer. Zo blijken de frequenties in het midden en westen en het zuiden van het land (groepen C en D) — respectievelijk 487 en 481 — en in de urbanisatiegroepen 2 en 3 — respectievelijk 470 en 479 — vrijwel aan elkaar gelijk te zijn en weinig af te wijken van het landelijk gemiddelde (457). Opmerkelijk is ook dat de hoge frequentie in de overwegend katholieke zuidelijke provincies valt waar te nemen. Op het platteland gaat men dus ook veel meer dan voorheen de pil gebruiken.

Er valt een duidelijke toename te constateren in de jongere leeftijdsgroepen. Sinds 1970 neemt de frequentie in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar jaarlijks belangrijk toe. In 1973 is zij de leeftijdsgroep 20 tot en met 24 jaar dicht genaderd. De frequentie van 10 tot en met 14 jaar is eveneens duidelijk toegenomen in 1973.

Ruim 300.000 geslachtsrijpe vrouwen — ruim 7 procent — gebruikten in 1973 de pil.

3. Morning-after-pill, geregistreerd sinds 1972

Bespreking. In 1973 werd aan nauwelijks meer vrouwen dan in 1972 de morning-after-pill voorgeschreven, respectievelijk aan 59 en 52 vrouwen per 10.000 vrouwen. De frequentie is in de oostelijke provincien en in de plattelandsgemeenten duidelijk toegenomen. In de overige provinciegroepen blijkt zij gelijk of slechts weinig toe of afgenomen te zijn.

Vergeleken met 1972 zijn de frequenties in 1973 in de leeftijdsgroep 10 tot en met 24 en 45 tot en met 54 duidelijk toegenomen. De hoogste frequentie wordt gezien in de leeftijdsgroepen 15 tot en met 19 en 20 tot en met 24 jaar.

In 1973 hebben veertigduizend vrouwen de morning-after-pill gebruikt voor zover de huisarts hiermede bemoeienis had. Dit wijst in de richting dat de morning-after-pill een

Tabel c. Aantal primaire consulten inzake ovulatiereguleerder per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1970-1973.

Jaar	Aantal primaire consulten							
	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1970	194	278	408	351	235	327	446	345
1971	186	294	417	443	246	396	418	374
1972	283	411	489	497	390	448	506	454
1973	342	407	487	481	393	470	479	457

Tabel d. Extrapolatie van het pilgebruik per tienduizend vrouwen op de Nederlandse bevolking (zie voetnoot bij tabel b.).

Rubriek	Periode	Frequentie per 10.000	Nederland
Primaire consulten inzake ovulatiereguleerder	1970	345	225.000
	1971	374	246.000
	1972	454	302.000
	1973	457	307.000

Tabel e. Aantal vrouwen aan wie de morning-after-pill werd voorgeschreven, per provincie- en urbanisatiegroep, per 10.000 vrouwen, 1972-1973.

Jaar	Aantal patiënten							
	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1972	34	42	55	68	45	41	81	53
1973	29	69	57	67	62	47	79	59

belangrijke plaats inneemt in de reeks voorbehoedsmiddelen.

4. Het aantal verzoeken om abortus, geregistreerd vanaf 1970

Bespreking. Het totaal aantal verzoeken om abortus is in 1971 duidelijk toegenomen. Er lijkt in 1972 en 1973 een stabilisatie te zijn bereikt, of zelfs een kleine teruggang. In 1972 was er duidelijk een toename van verzoeken om abortus van 15-tot 19-jarigen; in 1973 heeft deze toename niet doorgezet; er is zelfs een afname.

In 1973 hebben 24.000 vrouwen een verzoek gericht aan huisartsen om abortus te laten plegen (figuur 2).

5. Abortus provocatus (lege artis), geregistreerd vanaf 1971

Bespreking. Het aantal niet lege

Tabel f. Extrapolatie van de Morning-after-pill per tienduizend vrouwen op de Nederlandse bevolking (zie voetnoot bij tabel b.).

Rubriek	Periode	Frequentie per 10.000	Nederland
Morning-after-pill voorgeschreven	1972	53	35.000
	1973	59	40.000

artis-gevallen, dat heeft plaatsgevonden, is te verwaarlozen (0-2 gevallen per 10.000 vrouwen per jaar). In 1972 heeft zich een stijging voorgedaan van het aantal gevallen abortus provocatus, ten opzichte van 1971. In 1973 is de totale frequentie evenwel constant gebleven.

Evenals in voorgaande jaren werden in 1973 de hoogste frequenties in de leeftijdsgroep 15-24 jaar gevon-

den. Bovendien is er een stijging van de frequentie in deze leeftijdsgroep in de loop van 1971 tot en met 1973. De totale frequentie in 1973 is echter gelijk gebleven aan 1972.

In 1973 hebben zich 21.000 vrouwen laten aborteren, voor zover de huisartsen hiervan in kennis zijn gesteld. Omgerekend voor het aantal

geslachtsrijpe vrouwen komt men tot de volgende constatering: ongeveer een half procent van de vrouwen hebben zich laten aborteren.

In tabel l wordt de relatie gegeven tussen verzoeken om abortus en legaal uitgevoerde abortus.

Bespreking. In 1971 blijkt 40 tot 68

procent van de verzoeken om abortus geresulteerd te hebben in een abortus provocatus. In 1973 zijn deze percentages aanzienlijk toegenomen, 81 tot 99 procent. De hoogste percentages (91 tot 99%) worden in de leeftijdsgroepen 15 tot en met 24 gevonden. Het is enigermate speculatief, doch de cijfers in 1973 geven de indruk, dat hoe jonger de vrouw is, hoe groter de kans is dat haar verzoek om abortus wordt gehonoreerd. In de leeftijd van 15 tot en met 19 jaar is in 1973 het aantal verzoeken om abortus zelfs gelijk met het aantal verrichte abortus. Uiteraard kan de mogelijkheid niet worden uitgesloten, dat een abortus provocatus heeft plaatsgevonden zonder medeweten van de huisarts. Dit betekent dat een onbekend aantal gevallen van abortus provocatus niet eerst als verzoek om abortus werd gerapporteerd.

Tabel g. Aantal verzoeken om abortus per provincie- en urbanisatie-groep, per 10.000 vrouwen, 1970-1973.

Jaar	Aantal verzoeken om abortus							
	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1970	12	14	44	24	9	22	33	2
1971	31	35	45	53	24	40	62	43
1972	20	31	48	45	20	30	76	41
1973	18	38	41	30	26	28	55	36

Tabel i. Aantal gevallen van abortus provocatus, lege artis, per provincie- en urbanisatiegroep, 1971-1973.

Jaar	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1971	19	26	20	25	13	16	38	22
1972	21	21	37	28	16	20	57	30
1973	21	25	34	33	19	20	57	31

Tabel j. Aantal gevallen van abortus provocatus, lege artis, naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1971-1973.

Jaar	Leeftijdsgroep					
	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54
1971	4	50	43	52	42	5
1972	2	69	68	70	49	11
1973	—	86	91	56	48	4

Tabel l. Aantal verzoeken om abortus (A) en het aantal gevallen van abortus provocatus (B) naar leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen, 1971-1973.*

Jaar	Leeftijdsgroep											
	15-19			20-24			25-34			35-44		
	A	B	%	A	B	%	A	B	%	A	B	%
1971	102	50	49	108	43	40	97	52	54	62	42	68
1972	122	69	57	84	68	81	87	70	80	72	49	68
1973	87	86	99	100	91	91	68	56	82	59	48	81

* De frequenties die betrekking hebben op het aantal gevallen van abortus provocatus zijn ook als percentages uitgedrukt van het aantal verzoeken om abortus.

6. Sterilisatie bij de man, geregistreerd sinds 1972

Bespreking. Bij de man verrichte sterilisatie blijkt in 1973 belangrijk te zijn toegenomen. Deze toeneming valt, met uitzondering van de noor-

Tabel h. Extrapolatie van het aantal verzoeken om abortus per tienduizend vrouwen op de Nederlandse bevolking (zie voetnoot bij tabel b).

Rubriek	Periode	Frequentie per 10.000	Nederland
Aantal verzoeken om abortus ..	1970	29	19.000
	1971	43	28.000
	1972	41	27.000
	1973	36	24.000

Tabel k. Extrapolatie van abortus provocatus per tienduizend vrouwen op de Nederlandse bevolking (zie voetnoot bij tabel b).

Rubriek	Periode	Frequentie	Nederland
Abortus lege artis verricht	1971	22	14.000
	1972	30	20.000
	1973	31	21.000

delijke provincies, in de overige provinciegroepen en alle urbanisatiegroepen te constateren. De hoogste frequenties worden waargenomen in de zuidelijke provincies en in de gemeenten met 100.000 of meer inwoners, respectievelijk 61 en 59 per 10.000 mannen. Evenals in 1972 werd de hoogste frequentie in de leeftijdsgroep 35 tot en met 44 jaar waargenomen, namelijk 179 verrichte sterilisaties per 10.000 mannen in 1973.

Bespreking. Het aantal bij de man verrichte sterilisaties is in 1973 duidelijk toegenomen, namelijk tot 27.000.

7. Consult druggebruik, geregistreerd sinds 1972

Het aantal primaire en herhalingsconsulten inzake druggebruik per 10.000 mannen en vrouwen per provincie- en urbanisatiegroepen in 1972 en 1973 is in de *tabel o* weergegeven.

De hoogste frequenties worden evenals in 1972 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar waargenomen (respectievelijk 34 en 24 voor mannen en vrouwen). De leeftijdsgroepen 20-24

Tabel m. Aantal verrichte sterilisaties bij de man, per provincie- en urbanisatiegroep per 10.000 mannen, 1972 en 1973.

Jaar	Provinciegroep				Urbanisatiegroep			Nederland
	A	B	C	D	1	2	3	
1972	15	19	22	33	9	25	30	24
1973	11	26	41	61	22	38	59	40

en 25-34 jaar volgen daarop met frequenties van respectievelijk 16 en 3 en respectievelijk 3 en 3. De mannelijke patiënten overwegen in het algemeen duidelijk. Het is bekend dat vele druggebruikers de huisarts niet consulteren, doch andere zogenaamde alternatieve hulpverleners. Deze cijfers geven dan ook niet meer dan een indruk van de consulten bij de huisarts.

In 1974 is deze categorie niet meer opgenomen in de registratie.

NEVENONDERZOEKINGEN

1. Gedurende het influenza-onderzoek 1973/1974 werd evenals in 1971/1972 en 1972/1973 door de mobiele unit van het Nationale Influenza Centrum te Rotterdam een

Tabel n. Extrapolatie van sterilisatie bij de man per tienduizend mannen op de Nederlandse bevolking (zie voetnoot bij tabel b).

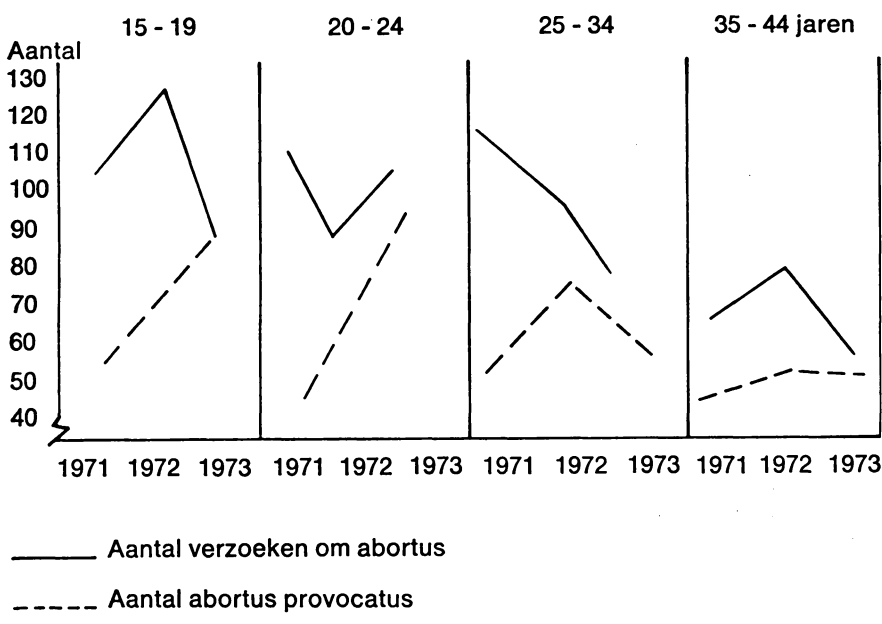
Rubriek	Periode	Frequentie per 10.000	Nederland
Sterilisatie van de man verricht	1972	24	16.000
	1973	40	27.000

onderzoek ingesteld naar de etiologie van door peilstationartsen gerapporteerde ziektebeelden. Hieraan werd door acht peilstationartsen deelgenomen. De resultaten van dit onderzoek zullen door het Nationale Influenza Centrum worden gepubliceerd.

2. Parallel aan de weekrapportage van de beschreven medisch/maatschappelijke verschijnselen is een viertal scherp omschreven ziekten longitudinaal gevolgd, namelijk hartinfarct, angina pectoris, cerebrovasculair accident en epileptiform beeld.

De doelstelling was niet alleen gegevens te krijgen over het longitudinale verloop van deze vier ziekten, doch ook of dit onderzoek bij de weekstaatrapportage zou kunnen worden ingepast. Een aantal gegevens over de patiënten met deze ziekten wordt na respectievelijk één week, zes weken, drie maanden, één en twee jaar verzameld. Het registreren van nieuwe patiënten met angina pectoris is 15 september 1971 afgesloten. Het registreren van nieuwe patiënten met respectievelijk hartinfarct, cerebrovasculair accident en epileptiform beeld is 1 januari 1974 afgesloten. Het totale materiaal zal

Figuur 2. Schematische weergave van het aantal verzoeken om abortus naar leeftijdsgroep per tienduizend vrouwen, 1971-1973.



Tabel o. Aantal primaire- en herhalingsconsulten inzake druggebruik per 10.000 mannen c.q. vrouwen en per provincie- en urbanisatiegroep, 1972-1973.

Jaar		Primaire consulten															
		Provinciegroep								Urbanisatiegroep						Nederland	
		A		B		C		D		1		2		3			
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
1972	....	5	—	1	—	6	4	1	2	2	—	1	1	8	5	3	2
1973	....	12	7	6	1	3	2	5	4	3	2	4	3	8	4	5	2
Jaar		Herhalingsconsulten															
		A		B		C		D		1		2		3			
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
1972	....	7	1	—	—	15	9	1	6	—	—	0	3	25	16	8	6
1973	....	2	—	49	—	7	5	3	2	1	—	21	1	12	9	14	3

na twee jaar follow-up van de genoemde gevallen worden bewerkt.

DISCUSSIE OVER DE METHODE

Bijna alle peilstations hebben de gehele periode van vier jaar meegedaan. Hieruit kan de conclusie worden getrokken, dat deze methode als methode van beperkte morbiditeitsregistratie heeft voldaan. Vermeldenswaard is dat het merendeel van de registratie gedaan wordt door de doktersassistenten.

De deelnemende huisartsen hebben elkaar tot dusverre tweemaal ontmoet. Zij hebben een belangrijke bij-

drage in de introductie van nieuwe gegevens en de mogelijkheden om de gegevens te verzamelen in de huisartspraktijk.

Natuurlijk heeft deze methode ook haar beperkingen, welke eigen zijn aan elke morbiditeitsstudie in de huisartspraktijk:

1. De resultaten zijn niet geheel representatief voor de totale bevolking; niet iedere patiënt of cliënt gaat naar zijn huisarts met de hier onderzochte symptomen of problemen.
2. De huisarts zelf is ook een belangrijke factor in de presentatie van problemen, speciaal wanneer wij

denken aan „familyplanning”, seksualiteit en abortus. Met deze dokterfactor moet zeer goed rekening worden gehouden. Wetenschappelijk onderzoek over beide factoren is noodzakelijk. Ondanks deze beperkingen kunnen wij toch een redelijke indruk krijgen van de ontwikkelingen die er in de presentatie van morbiditeit in de huisartspraktijk zijn.

Wij hopen dat in de toekomst de computer ons tot hulp kan zijn bij het verzamelen van de totale morbiditeit, zoals deze zich aan de huisarts presenteert. Realisatie kan van groot belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, dus niet alleen voor de morbiditeitsregistratie, doch ook voor wetenschappelijk onderzoek, organisatie en de behandeling van patiënten.

Summary. Four years of continuous morbidity registration in general practice with the aid of sounding-stations. A method of collecting morbidity and therapy data in general practice is described. This method appears to have stood the test of actual practice. Important findings are presented specifically concerning abortion, use of oral contraceptives, morning-after pill, tranquillizers and drugs. Criteria used in the selection of data to be collected are described. The limitations of morbidity studies of this type are briefly discussed.