

Gezondheidsproblemen onder de algemene Nederlandse populatie en kwetsbare groepen tijdens de coronapandemie

Lang-cyclische COVID-19-monitoringsrapportage
(2022 afgezet tegen 2018/2019)

Mark Bosmans
Julie Penders
Babet Kanis
Peter Spreeuwenberg
Christos Baliatsas
Mariëtte Hooiveld
Michel Dückers



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

December 2024

ISBN 978-94-6122-885-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport is onderdeel van een serie onderzoeken naar het verloop van gezondheidsproblemen tijdens de coronapandemie. Aan de hand van data van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en microdata van het CBS wordt in deze publicatie de situatie in het derde coronajaar (2022) vergeleken met de situatie voorafgaand aan de pandemie (2018 en 2019). Daarbij ligt de focus op de algehele populatie en enkele kwetsbare groepen. Daarmee komt de opzet overeen met het rapport over het tweede coronajaar (Kanis et al., 2023) met het verschil dat in het huidige rapport zich richt op 2022 en hierin uitgebreider wordt gekeken naar de gezondheidsproblemen tijdens de coronamaatregelen. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 van Netwerk GOR¹ (de 25 GGD'en, GGD GHOR Nederland, RIVM, ARQ en het Nivel). Het doel van deze monitor is om de gezondheidsproblemen tijdens de coronapandemie in kaart te brengen en het maakt deel uit van het brede Gezondheidsonderzoeksprogramma COVID-19 van ZonMw, gefinancierd door het ministerie van VWS.

Deze lang-cyclische rapportage voorziet in een aanvulling en verdieping van eerdere inzichten uit kort-cyclische kwartaalrapportages. De kwartaalrapportages beperken zich tot trends in gezondheidsproblemen die op weekbasis worden geregistreerd door deelnemende huisartsen in de algemene populatie. In het huidige rapport kon het verloop van zorggebruik in het algemeen en van verschillende potentieel kwetsbare groepen in kaart worden gebracht. Zo is gekeken naar de verschillen in gezondheidsproblemen tijdens de pandemie bij mensen met een laag inkomen of met bestaande fysieke of mentale problemen. Daarnaast worden in dit rapport de relaties tussen coronamaatregelen en gezondheidsproblemen beschreven. Gedurende de looptijd van de Integrale Gezondheidsmonitor wordt dit verdiepende onderzoek jaarlijks uitgevoerd om de impact van de coronapandemie op de gezondheid beter te begrijpen.

De auteurs

¹ Zie [Gezondheidsonderzoek COVID-19 | RIVM, z.d.](#)

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Achtergrond	9
1.1 Dit rapport	9
1.2 Leeswijzer	10
2 Methoden	11
2.1 Databronnen	11
2.2 Overzicht variabelen	12
2.3 Descriptief overzicht onderzoekspopulatie	16
2.4 Statistische analyses	16
3 Resultaten	19
3.1 Belangrijkste bevindingen	19
4 Discussie	24
4.1 Gebruik huisartsenzorg in 2022	24
4.2 Coronamaatregelen en gezondheidsproblemen	26
4.3 Implicaties	26
4.4 Sterke punten	27
4.5 Beperkingen	27
4.6 Conclusie	28
Referenties	30
Bijlage A – Figuren bij analyses	32
Bijlage B – Figuren bij opvallende interactie-effecten	56
Bijlage C – Trendlijnen per provincie	66
Bijlage D – Impact van coronamaatregelen	76

Samenvatting

Over dit onderzoek

Dit onderzoek is onderdeel van de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 van Netwerk GOR, die de effecten van de pandemie op de gezondheid van de Nederlandse bevolking in kaart brengt. Dit rapport vergelijkt de ontwikkeling van gezondheidsproblemen in het derde jaar van de pandemie (2022) met de jaren voor de pandemie (2018 en 2019) bij de Nederlandse bevolking. Dit onderzoek gebruikt een combinatie van drie databronnen. De eerste databron omvat elektronische patiëntendossiers van de huisartsenpraktijken deelnemend aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. De patiënten uit praktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse populatie. De leeftijds- en geslachtsverdeling komen in grote mate overeen. De patiëntendossiers zijn representatief voor heel Nederland en geven inzicht in gezondheidsproblemen, medicatievoorschriften en zorggebruik. Voor de gezondheidsproblemen geven we ook een overzicht per provincie. De tweede databron bestaat uit microdatabestanden van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze zijn gebruikt voor het toevoegen van sociaaleconomische status (huishoudinkomen), migratieachtergrond en de prevalentie van dood door suïcide (naast de suïcidepogingen (en gedachten) die in de huisartsregistraties voorkomen). Om de gezondheidsproblemen tijdens de coronamaatregelen te onderzoeken, zijn gegevens van Nivel Zorgregistraties gecombineerd met gegevens over de mate waarin de Nederlandse samenleving op dat moment te maken had met beperkende maatregelen. Dit is gedaan aan de hand van de derde databron: informatie over de data waarop specifieke maatregelen van kracht waren in Nederland, volgens het RIVM². Het gaat specifiek om de volgende maatregelen: lockdowns, schoolsluitingen, sportschoolsluitingen, thuiswerkadvies en thuiswerkplicht. Er zijn meerdere soorten regressieanalyses uitgevoerd om verschillen in de prevalentie van gezondheidsproblemen en zorggebruik tussen 2022 en 2018/2019 te analyseren, waarbij tevens is gekeken naar verschillen tussen weken met en zonder bepaalde maatregelen. De keuze voor gezondheidsuitkomsten en potentieel kwetsbare groepen is gebaseerd op systematische literatuurstudies (bijv. Bosmans et al., 2022a, 2022b) en eerdere bevindingen van de zogenoemde kort- en lang-cyclische monitoringsactiviteiten binnen de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 (bijv. Baliatsas et al., 2022, Van Duinkerken et al., 2022).

Hoofdbevindingen

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de ontwikkeling van de mate waarin verschillende gezondheidsproblemen in 2022 bij de huisarts geregistreerd werden divers is. Voor een aantal gezondheidsproblemen dat in deze studie is onderzocht is sprake van een toename tussen 2018/2019 en 2022, voor andere juist een afname. Een enkele keer is er in 2022 een afname ten opzichte van de periode voor de pandemie (2018/2019), terwijl in 2021 (Kanis et al., 2023) nog sprake was van een toename. De verbanden zijn in de regel echter klein en dienen dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

² Zie voor een tijdslijn van alle maatregelen [Tijdslijn van coronamaatregelen 2020 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2021 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2022 | RIVM, z.d.](#)

Het is zeer opvallend dat het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ fors is toegenomen. Deze stijging is zelfs nog sterker dan in eerdere coronajaren. Mogelijk gerelateerd aan deze toename van verwijzingen is ook de in 2022 blijvende toename in het aantal contacten met de praktijkhouder (POH) GGZ ten opzichte van voor de pandemie. Verder zet de trend van minder visites en meer (vooral korte) consulten door in 2022.

In 2022 registreert de huisarts vaker obesitas dan voor de pandemie. Hier was veel aandacht voor tijdens de pandemie, omdat overgewicht een risicofactor was voor gevolgen van virusinfectie en ziektelast, wat mensen mogelijk heeft aangemoedigd tot huisartsbezoek. De grootste verschillen tussen 2022 en 2018/2019 bestaan echter uit een lagere prevalentie van een aantal gezondheidsproblemen. Zo wijst de analyse op sterke afnames in klachten rondom problemen op het werk of op de opleiding, voor een prikkelbaar/boos gevoel of gedrag en voor sociale problemen.

Verschillen met 2021

Een groot verschil ten opzichte van het vorige rapport over 2021, is dat er in 2022 een lagere prevalentie bij de huisarts was voor een prikkelbaar/boos gevoel of gedrag dan vóór de pandemie, terwijl dit in 2021 juist hoger was. Verder valt op dat de het aantal registraties van reuk- of smaakverlies – hoewel nog steeds hoger dan in 2018/2019 – minder hoog is dan in 2021. Aan de andere kant is in 2022 het aantal registraties van geheugen- en concentratieproblemen en van benauwdheid nog meer toegenomen vergeleken met 2021. De prevalentie van hoesten is, na een flinke afname in 2020 en 2021, weer naar een ‘normaal’ niveau teruggekeerd, en het aantal geregistreerde klachten problemen met de toegankelijkheid van zorg is in 2022 ook niet meer hoger.

Kwetsbare groepen

De in dit rapport gevonden verbanden zijn voor een aantal groepen groter dan voor andere groepen. Bij jongeren (5 t/m 14 jaar en 15 t/m 24 jaar) valt op dat de prevalentie van suïcidepogingen (en gedachten) hoger is dan bij andere leeftijdsgroepen. Ook is de toename in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ het sterkst in deze groep.

Bij de groep met reeds bestaande sociale problemen zijn eveneens grotere associaties met gezondheidsproblemen te zien. Deze groep wordt, net als de jongeren, in 2022 vaker verwezen naar gespecialiseerde GGZ dan voor de pandemie. Ook was in 2022 de prevalentie van geneesmiddelengebruik hoger in deze groep. Bij degenen zonder sociale problemen is deze toename niet te zien. Hetzelfde geldt voor alcohol- en middelenmisbruik. Daarnaast neemt bij deze groep de prevalentie tabaksmisbruik niet af.

Een andere groep die opvalt, zijn mensen met bestaande psychische problemen. Binnen deze groep stijgt het aantal consulten met de POH-GGZ sterker. Bovendien krijgen mensen in deze groep in 2022 vaker antidepressiva en antipsychotica voorgeschreven dan voor de pandemie. Deze toename is onder degenen zonder bestaande psychische problemen niet te zien. Ook is de toename in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ iets groter bij degenen met bestaande psychische problemen dan bij mensen zonder bestaande psychische problemen.

Tot slot is in 2022 bij mensen met een laag inkomen sprake van een sterkere toename van geneesmiddelenmisbruik dan bij mensen met een hoger inkomen.

Provinciale verschillen

De huisartsenzorg heeft zich in 2022 niet in alle provincies op dezelfde manier ontwikkeld. Deze verschillen reflecteren vermoedelijk verschillende samenstellingen van de bevolking; de ene

provincie kent meer kwetsbare populaties dan de andere. Wat vooral opvalt, is dat in een aantal provincies het aantal geregistreerde psychische problemen als angst en depressie afneemt (in Groningen en Flevoland), terwijl het in andere provincies juist toeneemt (in Utrecht, Noord-Brabant en Limburg).

Gezondheidsproblemen tijdens coronamaatregelen

De huisarts heeft voor alle leeftijdsgroepen vaker angst- en depressieklachten geregistreerd tijdens sluitingen van sportscholen en tijdens lockdowns, maar niet tijdens schoolsluitingen. Een andere opvallende uitkomst is dat moeheid en problemen op het werk/school minder vaak geregistreerd werden tijdens perioden met thuiswerkadvies, lockdowns en schoolsluitingen. Daarnaast is er tijdens de maatregelen (vooral bij sportschoolsluitingen) een hogere incidentie van obesitas. Tijdens perioden met schoolsluitingen zijn ook minder geheugen- en concentratieproblemen en relatieproblemen geregistreerd door huisartsen. Tot slot is te zien dat tijdens de periode van verplicht thuis werken (slechts één keer ingevoerd, relatief aan het eind van de coronaperiode) er duidelijk meer prikkelbaarheid geregistreerd werd.

Bij deze resultaten moet in algemene zin worden opgemerkt dat het niet mogelijk is causale verbanden te leggen tussen de maatregelen en de uitkomstmaten. We kunnen op basis van deze analyses niet concluderen dat de coronamaatregelen hebben geleid tot meer of minder klachten; wel laat de analyse zien dat dat in de weken dat de maatregelen actief waren, de incidentie van deze gezondheidsproblemen hoger was dan in de referentieweken. Het is ook moeilijk om de maatregelen uit elkaar te halen, omdat ze vaak overlappen (zie figuur 2.1). Verder worden mogelijk vertraagde effecten (bijv. mensen die een aantal weken/maanden wachten met naar de huisarts gaan voor een psychische klacht) in deze analyse niet gezien. Daarom moeten deze resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Niettemin, de bevindingen bieden een beter inzicht in de patronen van gezondheidsproblemen tijdens verschillende fasen van de pandemie. Ze laten zien dat de coronamaatregelen samen zijn gegaan met schommelingen in het aantal gezondheidsproblemen geregistreerd door de huisarts.

Conclusie

Dit rapport geeft inzicht in de impact van de coronapandemie op de fysieke en mentale gezondheid op langere termijn. De resultaten laten zien dat de gezondheidsklachten, aandoeningen, contacten en verwijzingen die huisartsen in 2022 registreren deels anders zijn dan in de jaren voor de pandemie. Sommige van deze veranderingen zijn zorgwekkend, zoals bijvoorbeeld de toename in de registratie van obesitas, het hogere aantal verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ en de toegenomen registraties rondom suïcidaliteit (pogingen en gedachten) onder jongeren. Daarnaast komen sommige klachten die ook worden genoemd als mogelijke post-covid-klachten in 2022 nog steeds vaker voor dan voor de pandemie, maar andere gezondheidsproblemen die ook vaak voorkomen bij post-covid juist minder vaak. Bepaalde kwetsbare groepen (jongeren, mensen met bestaande psychische of sociale problemen, mensen met een laag inkomen) kennen een grotere toename in gezondheidsproblemen dan anderen. Hoewel niet duidelijk is in hoeverre deze veranderingen toe te schrijven zijn aan de pandemie (ook andere factoren spelen mee) is het belangrijk deze ontwikkelingen te blijven monitoren.

Dit rapport laat ook zien dat de perioden waarin de onderzochte coronamaatregelen van kracht waren gepaard gingen met een toename in huisartsregistraties van verschillende (mentale) gezondheidsproblemen. Sportschoolsluitingen en lockdowns lijken de sterkste relatie met

gezondheidsproblemen te hebben. Het is echter onmogelijk causaliteit vast te stellen, of de invloed van de zeer vaak overlappende maatregelen goed uit elkaar te trekken.

Hoewel verklaringen voor de gevonden veranderingen niet met 100% zekerheid te geven zijn, is het belangrijk om te monitoren hoe de nasleep van een grote crisis als de pandemie op langere termijn verband houdt met de gezondheid en het zorggebruik van de bevolking. Hierbij moet met name aandacht zijn voor kwetsbare groepen. Voor de praktijk is het belangrijk om deze inzichten mee te nemen in de voorbereiding op een mogelijke toekomstige pandemie of andere crisis, om zo gericht te werken aan een weerbaardere bevolking.

Achtergrond

Sinds maart 2020 wordt Nederland geconfronteerd met de wereldwijde COVID-19-pandemie. Een COVID-19-besmetting kan gezondheidsproblemen met zich meebrengen. In de meeste gevallen zijn deze gezondheidsproblemen mild, maar ernstigere gezondheidsproblemen kunnen leiden tot ziekenhuisopname of zelfs overlijden. Ook kunnen de gevolgen van een besmetting langdurig zijn, bekend als post-covid-syndroom. Veelvoorkomende klachten zijn onder andere vermoeidheid, geheugen- en concentratieproblemen, hoofdpijn en benauwdheid (RIVM, 2022). Om de overdracht van het virus te beperken, zijn sinds de uitbraak op meerdere momenten maatregelen ingevoerd, zoals lockdowns, afstand houden en thuiswerken (Rijksoverheid, z.d.). Naast directe effecten op de gezondheid door besmetting met het virus, zijn gezondheidsproblemen ook terug te voeren op de getroffen maatregelen. Die indirecte effecten kunnen gerelateerd zijn aan uitgestelde zorg, chronische stress, veranderde leefstijl, vermindering van sociaal contact, een verslechterde financiële situatie en afgenomen sociale zekerheid (Bosmans et al., 2022b; Findling et al., 2020; Nicola et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2021; Stockwell et al., 2021).

De coronapandemie en de getroffen maatregelen raken de gehele samenleving. Sommige groepen zijn echter extra kwetsbaar gebleken voor zowel de directe als de indirecte gevolgen van COVID-19 voor de gezondheid. Zo liet de vorige ronde van deze analyses – het jaar 2021 (het tweede jaar van de pandemie in Nederland) vergeleken met 2019 – zien dat onder de jeugd (tot en met 25 jaar) het zorggebruik voor sommige gezondheidsproblemen hoger was bij vrouwen, jongeren uit gezinnen met lage inkomens, en jongeren met een migratieachtergrond (Van Duinkerken et al., 2022). Uit analyses van de COVID-19 literatuur (Bosmans et al., 2022a, 2022b; De Vetten-McMahon et al., 2024) komen jongeren en jongvolwassenen eveneens naar voren als een kwetsbare groep, naast ouderen en mensen met bestaande fysieke of psychische problemen.

Dit rapport

Deze studie is een onderdeel van de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19 van Netwerk GOR. Het doel van deze monitor is inzicht bieden in de (in)directe effecten op de gezondheid van de COVID-19- pandemie. Binnen dit onderdeel van de Integrale Gezondheidsmonitor, de zogenoemde ‘lang-cyclische’ monitor van huisartsenregistraties, worden meerdere databronnen gecombineerd. Dit monitoronderdeel bestaat uit een jaarlijkse analyse van gezondheidsgegevens zoals vastgelegd door huisartsen verspreid over het hele land. De lang-cyclische monitor geeft inzicht in het verloop van gezondheidsproblemen en zorggebruik over een langere periode en maakt analyse van trends mogelijk. Ook kunnen verschillen tussen groepen mensen en regio’s worden geanalyseerd. In deze studie ligt de focus op de ontwikkeling van gezondheidsproblemen tussen 2022 en referentiejaar 2018/2019 bij de algehele populatie. Daarbij wordt in het bijzonder gekeken naar de verschillen tussen potentieel kwetsbare groepen en minder kwetsbare groepen. Ook wordt verkend of enige samenhang met beperkende maatregelen aannemelijk is. Tot slot heeft het onderzoek aandacht voor verschillen tussen provincies.

Ontwikkeling prevalentie in derde coronajaar vergeleken met periode voor de pandemie – Door het gebruik van data van de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is het mogelijk om het verschil in prevalentie van relevante gezondheidsmaten tussen 2022 en referentiejaar 2018/2019 met

terugwerkende kracht te onderzoeken. Dit stelt ons in staat om de gevonden informatie uit eerder (internationaal) onderzoek te toetsen in de Nederlandse context en om te zien hoe gezondheidseffecten zich vertalen naar zorggebruik.

Overeenkomsten en verschillen tussen kwetsbare groepen – Door het combineren van de Nivel Zorgregistraties-gegevens met microdata van het Centraal Bureau van Statistiek (CBS) met daarin achtergrondkenmerken van individuen, kan er nog een extra verdiepingsslag worden gemaakt. Door mogelijke risico- en beschermende factoren mee te nemen, kan worden vastgesteld of potentieel kwetsbare groepen qua gezondheidsproblemen en zorggebruik afwijken van de algehele bevolking in 2022 ten opzichte van 2018/2019.

Invloed van coronamaatregelen – Eén van de mogelijke verklaringen voor eventuele verschillen tussen coronajaren en 2018/2019 is de impact van het COVID-19-virus zelf – dit is bijvoorbeeld waarschijnlijk het geval voor de toename van reuk- en smaakverlies, een symptoom dat typisch is voor COVID-19. Andere veranderingen kunnen niet zo direct worden verklaard, zoals bepaalde psychische gezondheidsproblemen. Bij deze patronen is het mogelijk dat de coronamaatregelen bijdragen aan de gevonden verschillen.

Een eerste verkennende analyse in een eerder rapport (Kanis et al., 2023) laat zien dat de prevalentie van hoesten relatief laag is bij een hoge *stringency index* (zie figuur 2.1 in het hoofdstuk Methoden), en dat hoesten toeneemt na versoepeling van maatregelen. Daarnaast is de prevalentie van prikkelbaarheid hoger bij een hogere *stringency index*. Dit eerdere rapport beschrijft hoe prikkelbaarheid een maand na de afname van de *stringency index* ook weer afneemt, om bij een volgende golf van maatregelen weer te stijgen. Tot slot is er tijdens perioden van strenge maatregelen een stijging waarneembaar in problemen met de toegankelijkheid van zorg. Na versoepeling van maatregelen volgt er een duidelijke daling, waarna het aantal klachten hierover stabiliseert.

In dit rapport onderzoeken we de impact van vijf coronamaatregelen die een grote invloed hebben gehad op de mogelijkheid van mensen om anderen te ontmoeten: lockdowns, schoolsluitingen, sportschoolsluitingen, thuiswerkadvies en thuiswerkplicht. In figuur 2.1 in het volgende hoofdstuk geven we een beschrijving en een tijdslijn van deze maatregelen. Om dit te analyseren, hebben we gekeken of in weken waarin deze maatregelen actief waren mensen vaker of minder vaak met de genoemde gezondheidsproblemen naar de huisarts gingen dan in de weken (ook in pre-coronajaren) waarin ze niet actief waren. Deze analyses richtten zich op een selectie van de uitkomsten: angst, depressie, moeheid, obesitas, problemen met opleiding of werk, geheugen- en concentratieproblemen, prikkelbaarheid, en relatieproblemen. Zie hoofdstuk 2 voor verdere details over de analyses.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk van dit rapport zijn de belangrijkste en meest opvallende resultaten beschreven. De overige resultaten zijn opgenomen in de bijlage. In de tekst wordt verwezen naar figuren die eveneens terug te vinden zijn in de bijlage, maar de tekst kan ook zonder deze figuren worden begrepen.

Methoden

Dit onderzoek is een vervolg op het rapport van Kanis en collega's (2023) en hanteert een vergelijkbare methodiek. In dit eerdere rapport is gekeken naar coronajaar 2021 in vergelijking met referentiejaar 2018/2019, terwijl het huidige rapport zich richt op een vergelijking van 2022 met 2018/2019, waarbij we ook reflecteren op de verschillen tussen de huidige bevindingen en die van het vorige rapport.

Databronnen

Dit onderzoek richt zich op een selectie van acute symptomen/gezondheidsproblemen, chronische aandoeningen, medicatievoorschriften en zorggebruik (zie tabel 1). Voor de jaren 2018, 2019 en 2022 zijn gegevens verkregen uit elektronische patiëntendossiers (EPD's) van alle huisartsenpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Beschikbare data zijn benut van 374 praktijken, met in 2018 1.601.835 ingeschreven patiënten, 1.491.338 ingeschreven patiënten in 2019 en in 2022 1.727.970 ingeschreven patiënten. Deze studie is goedgekeurd volgens de *governance code* van Nivel Zorgregistraties onder gegevensaanvraagnummer: NZR-00323.018. De patiënten uit de Nivel Zorgregistraties praktijken vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse populatie (Heins et al., 2023; Nielen et al., 2021), en de leeftijds- en geslachtsverdeling komen in grote mate overeen. De gegevens zijn gepseudonimiseerd om anonimiteit van de patiënten te waarborgen. De huisarts registreert ieder contact in het Huisarts Informatiesysteem met behulp van de *International Classification of Primary Care* (ICPC) (Lamberts & Wood, 1987). Dit classificatiesysteem wordt in Nederland door alle huisartsen gebruikt. Verder registreert de huisarts voorgeschreven medicatie met gebruikmaking van de Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatie (ATC) (WHO, 2003).

De prevalentiecijfers zijn voor elke onderzochte uitkomst (die aangeeft of iemand bekend is bij de huisarts met een bepaald gezondheidsprobleem) berekend voor elk jaar, op basis van geconstrueerde ziekte-episodes (de periode van de eerste registratie van de diagnose tot de geschatte hersteldatum) (Nielen et al., 2019, 2021). De berekeningen van het zorggebruik zijn gebaseerd op door de zorgverlener gedeclareerde verrichtingen bij de zorgverzekeraar (Nielen et al., 2021).

Met behulp van unieke BSN-pseudoniemen is het mogelijk om data van de Nivel Zorgregistraties op persoonsniveau te koppelen aan microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), met daarin opgenomen achtergrondkenmerken. Vervolgens kunnen allerlei factoren worden meegenomen in statistische analyses, zoals sociaaleconomische status, migratieachtergrond en suïcide.

Tot slot is de informatie over wanneer bepaalde coronamaatregelen in Nederland van kracht waren afkomstig van de website van het RIVM³.

³ Zie voor een tijdslijn van alle maatregelen [Tijdslijn van coronamaatregelen 2020 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2021 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2022 | RIVM, z.d.](#)

Privacyaspecten

Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG). De gezondheidsgegevens zijn gepseudonimiseerd om anonimiteit van de patiënten te waarborgen. Uit deze data kunnen onderzoekers dus geen individuen herleiden zonder hiervoor onevenredige inspanning te leveren en/of niet-toegestane handelingen te verrichten. In het Privacyreglement van het Nivel staat precies omschreven welke gegevens worden gebruikt en hoe de onderzoekers daarmee omgaan (Nivel, 2020). Het Nivel houdt zich aan de Code Goed Gedrag, opgesteld door de Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV).

Overzicht variabelen

De selectie van te onderzoeken uitkomstvariabelen (tabel 2.1) en risicofactoren (tabel 2.2) is gebaseerd op systematisch literatuuronderzoek (Bosmans et al., 2022a; 2022b); andere bevindingen van de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19, zoals de kort-cyclische monitor, waarin wordt gekeken naar wekelijkse trends van symptomen die bij de huisarts worden gepresenteerd (Baliatsas et al., 2022); en het eerste rapport uit de reeks rapporten met lang-cyclische resultaten (Van Duinkerken et al., 2022).

Uitkomstvariabelen

De onderzochte uitkomstvariabelen zijn te vinden in tabel 2.1. In deze tabel staan:

- Op welke ICPC-codes geregistreerde gezondheidsproblemen gebaseerd zijn.
- Welke voorgeschreven medicatie we analyseren.
- Verwijzingen naar secundaire zorg, waaronder psychiatrie en gespecialiseerde psychologen, evenals patiënten die bijvoorbeeld eerst bij de POH-GGZ zijn geweest.
- Zorggebruik, waarbij ‘consulten’ bezoeken aan de huisarts zijn, en ‘visites’ bezoeken van de huisarts aan huis. We maken hier ook onderscheid in de duur van consulten en visites⁴.
- Naast gegevens over ‘suïcidaliteit’ uit EPD’s – huisartsen registreren onder ICPC-code P77 (zie tabel 1) suïcidepogingen (en gedachten) (De Beurs et al., 2016) – zijn ook gegevens over suïcide uit CBS-microdata meegenomen (ICD-10 codes X60-X84). Het CBS definieert suïcide als ‘een overlijden waarbij het slachtoffer zelf een handeling heeft verricht met als uitdrukkelijk doel zichzelf het leven te benemen’. Pogingen tot zelfdoding en euthanasie worden echter niet als suïcide geregistreerd⁵.

Risicofactoren

De volgende (potentiële) risicofactoren zijn meegenomen: leeftijd, geslacht, migratieachtergrond, laag inkomen, bestaande chronische fysieke aandoeningen/lichamelijke comorbiditeiten, bestaande psychische problemen/comorbiditeiten en bestaande sociale problemen. Zie tabel 2.2 voor de definities van deze risicofactoren.

⁴ Per 1 januari 2019 is er een verandering doorgevoerd. Consulten korter dan 5 minuten zijn toegevoegd in de registraties. Voor deze korte consulten is alleen een vergelijking gemaakt tussen 2022 en 2019 en wordt 2018 weggelaten.

⁵ Zie [Hoogenboezem, 2021](#).

Tabel 2.1 Onderzochte uitkomstvariabelen per type uitkomst en database

Kleurlegenda				
Prevalentie ziekte-episodes (ICPC-codes) (Nivel)	Voorgeschreven medicatie (ATC-codes) (Nivel)	Verwijzingen naar secundaire psychische zorg (Nivel)	Zorggebruik (consulten) (Nivel)	Doodsoorzaken (CBS) (ICD-10-codes)
Uitkomstvariabelen		Soort code	Code(s)	Soort variabele
Cluster benauwd/kortademig		ICPC	R02/R03/R04/R29	Dichotoom
Cluster psychische gezondheidsproblemen		ICPC	P01/P02/P03	Dichotoom
Angstig/nerveus/gespannen gevoel		ICPC	P01	Dichotoom
Crisis/voorbijgaande stressreactie (incl. PTSS)		ICPC	P02	Dichotoom
Down/depressief gevoel		ICPC	P03	Dichotoom
Hoesten		ICPC	R05	Dichotoom
Hoofdpijn		ICPC	N01/N02	Dichotoom
Moeheid		ICPC	A04	Dichotoom
Misselijkheid		ICPC	D09	Dichotoom
Geheugen-/concentratie-/oriëntatieproblemen		ICPC	P20	Dichotoom
Duizeligheid		ICPC	N17	Dichotoom
Slaapproblemen		ICPC	P06	Dichotoom
Prikkelbaar of boos gevoel of gedrag		ICPC	P04	Dichotoom
Suïcidepogingen (en gedachten)		ICPC	P77	Dichotoom
Reuk-smaakverlies		ICPC	N16	Dichotoom
Cluster gewichtsverandering		ICPC	T07/T08	Dichotoom
Gewichtstoename		ICPC	T07	Dichotoom
Gewichtsverlies		ICPC	T08	Dichotoom
Obesitas		ICPC	T82	Dichotoom
Angst		ICPC	P01/P74	Dichotoom
Depressie		ICPC	P76	Dichotoom
Overspannen zijn		ICPC	P78	Dichotoom
Chronisch alcoholmisbruik		ICPC	P15	Dichotoom
Tabakmisbruik		ICPC	P17	Dichotoom
Geneesmiddelmisbruik		ICPC	P18	Dichotoom
Drugsmisbruik		ICPC	P19	Dichotoom
Probleem met opleiding + probleem met werk		ICPC	Z07/Z05	Dichotoom
Eenzaamheid		ICPC	Z04	Dichotoom
Probleem toegankelijkheid/beschikbaarheid zorg		ICPC	Z10	Dichotoom
Cluster sociale problemen		ICPC	Z01/Z03/Z04/Z05/Z06/Z07/Z10/Z12	Dichotoom
Cluster verlies van naaste		ICPC	Z15/Z19/Z23	Dichotoom
Antidepressiva		ATC	N06A	Dichotoom
Anxiolytica		ATC	N05B	Dichotoom
Antipsychotica		ATC	N05A	Dichotoom
Pijnstillers		ATC	N02B	Dichotoom

Kleurlegenda				
Prevalentie ziekte-episodes (ICPC-codes) (Nivel)	Voorgeschreven medicatie (ATC-codes) (Nivel)	Verwijzingen naar secundaire psychische zorg (Nivel)	Zorggebruik (consulten) (Nivel)	Doodsoorzaken (CBS) (ICD-10-codes)
Verwijzingen naar secundaire psychische zorg				Dichotoom
Reguliere huisartsenzorg totaal				Count
Consulten korter dan 5 minuten				Count
Consulten tussen 5 en 20 minuten				Count
Consulten langer dan 20 minuten				Count
Reguliere visites korter dan 20 minuten				Count
Reguliere visites langer dan 20 minuten				Count
Mentale gezondheid (POH-GGZ)				Count
Doodsoorzaak suïcide		ICD-10	X60-X84	Dichotoom

Tabel 2.2 Definities voor de potentiële risicofactoren die meegenomen zijn in de analyses

Kleurlegenda	
Afkomstig uit Nivel Zorgregistraties	Afkomstig uit CBS-microdata
Kwetsbare groep	Definitie
Mensen met bestaande/comorbide psychische problemen	Patiënt met prevalentie ziekte-episode van tenminste één van de volgende ICPC-codes: P01, P02, P03, P04, P15, P18, P19, P28, P29, P71, P72, P73, P74, P76, P77, P78, P79, P80, P98, P99 (Nivel Zorgregistraties).
Mensen met chronische fysieke aandoeningen/lichamelijke comorbiditeiten	Patiënt met prevalentie diagnoses van tenminste één van de volgende ICPC-codes: T90 R83 R88 R89 R91 R95 R96 A79, B72, B73, B74, D74, D75, D76, D77, F74, H75, K72, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78, K28, K73, K74, K75, K76, K77, K78, K79, K80, K81, K82, K83, K84, T82 B90 T99 (Nivel Zorgregistraties).
Mensen met sociale problemen	Patiënt met prevalentie diagnoses van tenminste één van de volgende ICPC-codes: Z04, Z05, Z07, Z10, Z12, Z16, Z20, Z21, Z24, Z25. Het gaat hier bijv. om relatieproblemen met partner of gezinsleden; maar ook om problemen ten gevolge van geweld.
Leeftijd	Leeftijd zoals geregistreerd in de GBA
Geslacht	Geslacht zoals geregistreerd in de GBA.
Migratieachtergrond	Indeling in drie groepen: Geen migratieachtergrond, westerse migratieachtergrond, niet-westerse migratieachtergrond.
Laag inkomen	Indeling van gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen in twee groepen op basis van CBS-gegevens: een laag inkomen tot het 20 ^e percentiel (onder ±19.600 bruto per jaar); alles daarboven een gemiddeld tot en met hoog inkomen.

Tabel 2.3 Uitkomstmaten voor de analyses over maatregelen (met dikgedrukt hoe er in de tekst naar gerefereerd wordt)

Uitkomstvariabelen	ICPC-code(s)
Cluster angst	P01/P74
Cluster depressie	P03/P76
Prikkelbaarheid	P04
Moeheid	A04
Geheugen- en concentratieproblemen	P20
Relatieproblemen	Z12
Problemen met opleiding/op het werk/overspannen zijn	Z07/Z05/P78
Obesitas/gewichtstoename/diabetes	T82/T07/T90

Leeftijd. Leeftijd is berekend op basis van de leeftijd op 31 december van het jaar waarin het gezondheidsprobleem voor het eerst in de data voorkwam. Dit is vervolgens opgedeeld in vijf categorieën: 5 t/m 14 jaar; 15 t/m 24 jaar; 25 t/m 44 jaar; 45 t/m 74 jaar; en 75 jaar en ouder. Deze categorieën zijn gekozen op basis van resultaten uit eerdere publicaties van de Integrale Gezondheidsmonitor COVID-19; vergelijkbaarheid met andere onderdelen van de monitor; en de wens om het aantal te onderzoeken leeftijdsgroepen beperkt te houden. De groep kinderen van 0 t/m 4 jaar is niet meegenomen, omdat veel van de onderzochte gezondheidsproblemen en gezondheidsproblemen in deze groep (vrijwel) niet voorkomen en lastig te interpreteren zijn, met name psychische gezondheidsproblemen die relevant zijn voor dit onderzoek (denk bijv. aan sociale problemen, suïcidepogingen en middelenmisbruik).

Geslacht. Mensen in de steekproef worden als man of vrouw gecategoriseerd op basis van CBS-gegevens.

Migratieachtergrond. Volgens het CBS heeft een persoon een migratieachtergrond als één of beide ouder(s) in het buitenland zijn geboren. Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (tweede generatie)⁶. Mensen van wie de beide ouders in Nederland zijn geboren, worden als 'personen met een Nederlandse achtergrond' geregistreerd. In dit rapport maken we tevens onderscheid tussen 'westerse' en 'niet-westerse' migratie, welke we beide vergelijken met mensen zonder migratieachtergrond.

Inkomen. In dit rapport vergelijken we twee groepen: het 20^e percentiel en lager categoriseren we als 'laag inkomen', en alles daarboven wordt gecategoriseerd als 'gemiddeld tot en met hoog inkomen'. Het gaat hier om het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen in 2022. Dit is gebaseerd op het besteedbaar inkomen van een huishouden, gecorrigeerd voor de omvang en samenstelling van dat huishouden. Voor het besteedbaar inkomen wordt uitgegaan van het bruto-inkomen, verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen. (Betaalde inkomensoverdrachten bestaan uit overdrachten tussen huishoudens, zoals: alimentatie betaald aan de ex-partner; premies inkomensverzekeringen; premies betaald voor sociale verzekeringen, volksverzekeringen en particuliere verzekeringen in verband met werkloosheid, ziekte, arbeidsongeschiktheid, ouderdom en overlijden).

⁶ Zie *Migratieachtergrond* | CBS, z.d.

Descriptief overzicht onderzoekspopulatie

In tabel 2.4 staat een beschrijving van de onderzoekspopulatie. Deze patiënten zijn een goede afspiegeling van de Nederlandse populatie (Heins et al., 2023). Ook wordt per risicofactor het percentage patiënten dat in deze groep valt beschreven.

Tabel 2.4 Demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie, per jaar

	2018	2019	2022
Aantal personen (n)	1.601.835	1.491.338	1.727.970
Gemiddelde leeftijd (jaar)	42,0	42,2	42,7
Geslacht			
Man (referentiegroep)	49,4%	49,5%	49,4%
Vrouw	50,6%	50,5%	50,6%
Migratieachtergrond			
Geen migratieachtergrond (referentiegroep)	78,0%	79,4%	77,7%
Westerse migratieachtergrond	9,3%	8,9%	9,6%
Niet-westerse migratieachtergrond	12,8%	11,7%	12,8%
Inkomen			
Gemiddeld tot hoog inkomen (referentiegroep)	83,4%	84,2%	84,0%
Laag inkomen	16,6%	15,8%	16,0%
Bestaande fysieke comorbiditeiten⁷			
Zonder bestaande comorbiditeit (referentiegroep)	69,6%	69,4%	46,3%
Met bestaande comorbiditeit	30,4%	30,6%	53,7%
Bestaande psychische comorbiditeiten			
Zonder bestaande comorbiditeit (referentiegroep)	85,7%	85,6%	85,0%
Met bestaande comorbiditeit	14,3%	14,4%	15,1%
Bestaande sociale problemen			
Zonder bestaande comorbiditeit (referentiegroep)	98,0%	98,0%	98,4%
Met bestaande comorbiditeit	2,0%	2,0%	1,6%

Statistische analyses

Rekening houdend met de hiërarchische structuur van de data, waarin patiënten zijn geclusterd in huisartsenpraktijken, zijn er longitudinale/panel data *mixed-effects* regressiemodellen uitgevoerd. Het betreft in het bijzonder multilevel logistische regressieanalyses voor de prevalentie van gezondheidsproblemen, aandoeningen en medicatievoorschriften (dichotome variabelen) en negatief binomiale regressieanalyses voor zorggebruik/aantal consulten (*count* variabelen), waarbij het jaar is meegenomen als onafhankelijke variabele/primaire voorspeller (2022 ten opzichte van 2018/2019).

Wanneer het niet mogelijk was om het multilevel model uit te voeren, is gebruik gemaakt van een *generalized estimation equations* (GEE) model. De analyses zijn gecorrigeerd voor de invloed van

⁷ In tabel 2.2 staat beschreven hoe deze groepen zijn gedefinieerd.

individuele kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, de registratieduur bij een huisartsenpraktijk per kwartaal ('jaardeel'), laag huishoudeninkomen en migratieachtergrond.

Afhankelijk van het type analyse zijn de resultaten weergegeven als *odds ratio's* (OR) voor de analyses van dichotome variabelen (zie tabel 2.1) en als *incidence rate ratio's* (IRR) voor zorggebruik, met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI's).

Voor de analyses over potentieel kwetsbare groepen zijn interactietermen toegevoegd aan de modellen om te bepalen of de relaties tussen jaar (2022 vs. 2018/2019) en gezondheidsproblemen anders verlopen voor kwetsbare groepen.

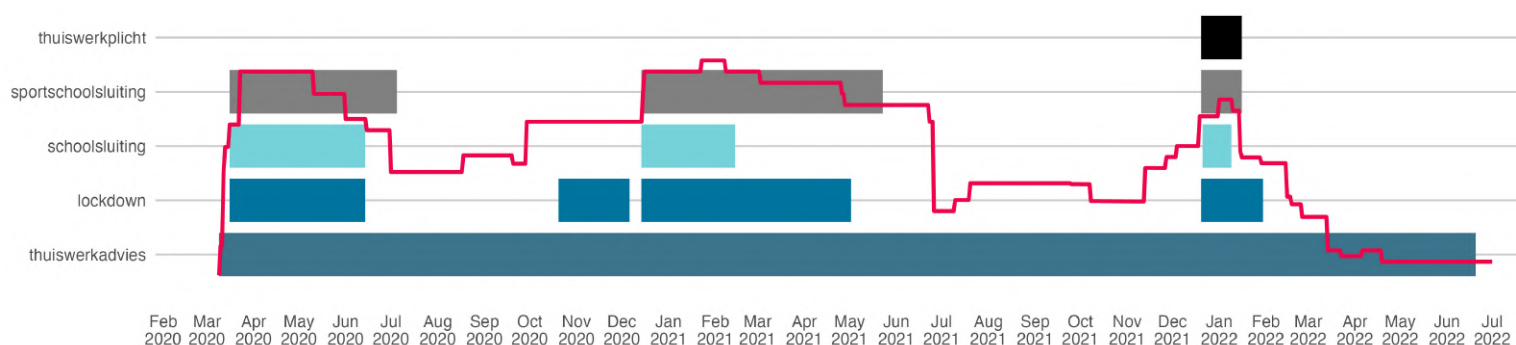
Voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn de hiervoor besproken analyses per leeftijdsgroep uitgevoerd (hier is dus geen interactieterm toegevoegd aan het model en daarom worden er ook geen lijngrafieken gepresenteerd).

Om trends beter in beeld te brengen, zijn voor bovenstaande analyses ook de analyses uit het vorige rapport (Kanis et al., 2023) in de figuren opgenomen, waarin 2021 wordt vergeleken met 2018/2019. Deze analyses worden in het grijs weergegeven en zijn niet meegenomen in de berekeningen voor dit rapport; de verschillen tussen 2022 en 2021 zijn niet statistisch getoetst.

Als laatste zijn analyses uitgevoerd om de relatie te onderzoeken tussen het al dan niet actief zijn van coronamaatregelen en de prevalentie van gezondheidsproblemen. Omdat deze analyses op een veel preciezer niveau moeten worden uitgevoerd (namelijk op weekniveau i.p.v. op jaarniveau) hebben we de data op weekniveau geanalyseerd door het aantal episoden per praktijk, jaar, weekstart, geslacht, en leeftijdscategorie. Met deze geaggregeerde data zijn de verschillen tussen jaren geanalyseerd en gestratificeerd naar leeftijd en gender. Er is gecorrigeerd voor de algemene gemiddelden van 2018-2019 en 2020-2022, met specifieke referentiejaren en -categorieën voor leeftijd en gender, en een controlevariabele voor de registratieduur om incomplete registraties te corrigeren. Vervolgens keken we naar de vijf maatregelen (d.w.z. naar de weken waarin deze van kracht waren) en zijn de maatregel-effecten verder gestratificeerd naar leeftijd en geslacht per jaar, wat inzicht biedt in specifieke effecten voor subgroepen. De modellen zijn geschat aan de hand van Poisson-regressies.

Voor alle analyses is gebruikgemaakt van het statistische programma STATA (versie 16.0) (StataCorp, 2019). Voor de analyses voor de relatie tussen coronamaatregelen en de prevalentie van gezondheidsproblemen is gebruik gemaakt van MLwiN.

2.1 Tijdslijn van de maatregelen die mee zijn genomen in analyses, met in het rood de stringency index*



***Noot:** de stringency index geeft informatie over de striktheid van de maatregelen in Nederland en is afkomstig van het Oxford Coronavirus Government Response Tracker project (Hale et al., 2021). Deze stringency index meet de striktheid van de maatregelen in een land op basis van negen indicatoren. Deze zijn op dagelijkse basis beschikbaar tot eind 2022. Zie Kanis et al. (2024) voor analyses met deze stringency index.

Resultaten

Belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste en meest opvallende bevindingen. Gedetailleerde informatie over alle associaties is te vinden in de bijlage.

Prevalentie gezondheidsproblemen

In 2022 was de prevalentie van een aantal gezondheidsproblemen, zoals geregistreerd door huisartsen (en volgend uit het Nivel Zorgregistraties episode-construct), hoger dan in 2018/2019. Bij andere gezondheidsproblemen lag deze juist lager (zie figuur A1). Het ging echter overwegend om kleine verbanden, waardoor voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie ervan. Er was wel een duidelijke toename te zien in door de huisarts geregistreeerde obesitas, en een opvallende afname in problemen met opleiding of werk; prikkelbaar/boos gevoel of gedrag, en sociale problemen.

Het algemene patroon van gezondheidsproblemen vertoont veel overeenkomsten met dat in het vorige rapport (Kanis et al., 2023), toen 2021 werd vergeleken met 2018/2019 (zie ook figuur A1). De prevalentie van obesitas en crisis/voorbijgaande stress bleef in 2022 op een verhoogd niveau ten opzichte van 2018/2019, net als in 2021.

Er valt ook een aantal verschillen op tussen de *odds ratio's* van 2022 en 2021. In 2021 registreerden huisartsen vaker een prikkelbaar/boos gevoel of gedrag in vergelijking met 2018/2019. Ook valt de verandering van problemen met beschikbaarheid/toegankelijkheid van zorg op: in 2022 kwam dit minder vaak voor dan in 2018/2019, terwijl er in 2021 juist een lichte toename zichtbaar was in geregistreeerde gezondheidsproblemen. Ditzelfde geldt voor gewichtstoename. Hoewel reuk- of smaakverlies nog steeds vaker voorkwam dan in 2018/2019, is dit gedaald ten opzichte van 2021. De prevalentie van gewichtstoename was in 2022 wat lager dan in 2018/2019. In 2021 was deze juist iets hoger.

Het aantal geregistreeerde geheugen- en concentratieproblemen en benauwdheid was hoger in 2022 dan in 2021. Een ander opvallend punt is gewichtsverlies: in 2022 was de prevalentie van gewichtsverlies wat hoger dan in 2018/2019, vergeleken met een juist iets lagere prevalentie in 2021. Wat betreft hoesten was er in 2021 nog een sterke daling in ten opzichte van 2018/2019, maar in 2022 was er geen duidelijk verschil meer.

Verschillen tussen kwetsbare groepen

Om te analyseren wat de verschillen zijn tussen 2022 en 2018/2019 voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn de *odds ratio's* voor iedere groep apart berekend. Enkele opvallende verschillen tussen leeftijdsgroepen komen naar voren (zie figuren A2 t/m A6).

- Bij **kinderen van 5-14 jaar** is de prevalentie van geregistreeerde zelfmoordpogingen en -gedachten in 2022 hoger dan in 2018/2019. Dit was in 2021 ook het geval.
- Voor **jongeren van 15-24 jaar** worden reuk- en smaakverlies vaker geregistreeerd dan in 2018/2019, maar minder vaak dan in 2021. Ook valt bij deze groep een lichte toename te zien in sociale problemen (o.a. burnout) ten opzichte van 2018/2019, terwijl er in 2021 geen verandering is waargenomen.
- Bij **volwassenen van 25-44 jaar** was, net als bij de jongere groepen, sprake van een toename in reuk- en smaakverlies in 2022 ten opzichte van 2018/2019, maar het niveau lag lager dan in 2021.

Ook viel bij hen op dat men minder bij de huisarts kwam voor prikkelbaarheid dan in 2018/2019, terwijl dat in 2021 juist vaker was.

- Bij de leeftijdsgroep van **45-74 jaar** was obesitas juist het gezondheidsprobleem met de grootste toename ten opzichte van 2018/2019, net als in 2021. Bij deze leeftijdsgroep zijn er ook enkele verbanden die anders uitvielen dan in 2021 (vergeleken met 2018/2019). Een opvallend verschil doet zich voor bij prikkelbaar of boos gevoel of gedrag: in 2022 is de prevalentie lager dan in 2018/2019, terwijl deze in 2021 juist hoger was dan vóór de pandemie. Toegankelijkheid of beschikbaarheid van zorg was in 2022 minder vaak een probleem dan in 2018/2019, terwijl er in 2021 nauwelijks verschil zichtbaar was.
- Bij de **75-plussers** zijn de associaties met gezondheidsproblemen overwegend klein in 2022, net als in het jaar daarvoor. Wel kwam chronisch alcoholmisbruik vaker voor dan in 2018/2019. Ook is het opvallend dat hoesten in 2022 duidelijk vaker werd dan in 2021, maar nog steeds minder dan in 2018/2019.

Om de relaties tussen jaar en gezondheidsproblemen te onderzoeken binnen de overige kwetsbare groepen, zijn de interacties tussen deze groepen en het jaar 2022 geanalyseerd. Ook zijn deze effecten vergeleken met hoe de effecten er in 2021 uit zagen.

- **Geslacht (figuur A7):** Wat betreft interactie-effecten van geslacht, waren de effecten veelal klein. Er viel ook niks op vergeleken met de effecten in 2021.
- **Inkomen (figuur A8):** In figuur B1 is te zien dat onder mensen met een laag inkomen in 2022 het door de huisarts geregistreerde geneesmiddelenmisbruik sterker is toegenomen dan onder mensen met een hoog inkomen. In 2021 registreerden huisartsen vaker het verlies van naasten bij mensen met een laag inkomen, maar in 2022 waren er nauwelijks verschillen tussen inkomensgroepen hierin.
- **Migratieachtergrond (figuur A9 en A10):** Wat betreft de interactie-effecten voor het hebben van een westerse migratieachtergrond waren er geen opvallende bevindingen. Er waren weinig significante effecten, en het patroon kwam overeen met dat van 2021 ten opzichte van 2018/2019. Voor mensen met een niet-westerse migratieachtergrond waren er ook niet veel significante verschillen, en volgde het zorggebruik veelal het patroon van 2021 ten opzichte van 2018/2019. Problemen met toegankelijkheid/beschikbaarheid van zorg lijken in 2022 het meest af te wijken ten opzichte van 2021. In beide jaren was deze klacht het meest prevalent onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. De klacht nam echter door de tijd ook het sterkst af onder mensen met een niet-westerse migratieachtergrond; deze afname was in 2022 nog sterker dan in 2021.
- **Fysieke comorbiditeiten (figuur A11):** Er is sprake van enkele weliswaar significante maar kleine (negatieve) interactie-effecten. Hoewel suïcidepogingen (en gedachten) vaker voorkomen onder mensen met fysieke comorbiditeiten, is er in deze groep wel een afname te zien in 2022, terwijl er in de groep zonder comorbiditeiten een toename zichtbaar is (zie figuur B3). Dit verschil tussen af- en toename ten opzichte van 2018/2019 is in 2022 sterker dan in 2021.
- **Psychische comorbiditeiten (figuur A12):** De prevalentie van de onderzochte gezondheidsproblemen verschilt niet tussen mensen met en zonder bestaande psychische problemen.
- **Sociale problemen (figuur A13):** Het grootste interactie-effect treedt op bij geneesmiddelenmisbruik; hier is een stijging te zien in de groep met sociale problemen en dit is niet het geval in de groep zonder sociale problemen (zie figuur B4). Er zijn overigens ook, net als in 2021, opvallende effecten te zien voor andere soorten middelenmisbruik. Onder mensen met sociale problemen is er een verhoogd risico op alcohol- en drugsmisbruik. De afname van tabaksmisbruik is niet zichtbaar onder mensen met sociale problemen (zie figuren B5, B6 en B7). Prikkelbaar/boos gevoel of gedrag wordt vaker geregistreerd bij mensen met sociale problemen dan zonder sociale problemen in zowel 2022 als in 2018/2019. Bij de groep zonder sociale

problemen is sprake van iets meer afname in 2022 ten opzichte van 2019/2019. Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag is ongeveer even vaak geregistreerd bij mensen met sociale problemen in 2022 en 2018/2019 (zie figuur B8). Hoewel dit effect niet statistisch significant is, laat de huidige analyse net als het vorige rapport een effect zien bij suïcide als doodsoorzaak onder mensen met sociale problemen (zie figuur B9). Echter, omdat het effect niet significant is, moeten we voorzichtig zijn met de interpretatie van dit resultaat.

Prescripties

Over het algemeen zijn er weinig in het oog springende verschillen zichtbaar ten opzichte van 2021. Net als in 2021, zien we in 2022 een afname in het aantal voorgeschreven pijnstillers ten opzichte van 2018/2019; een lichte afname in voorgeschreven anxiolytica; en een zeer lichte toename in voorgeschreven antipsychotica en antidepressiva (zie figuur A14).

Als we per leeftijdsgroep kijken (zie figuren A15 t/m A19) valt op dat in 2022 bij alle groepen (met uitzondering van de 75-plussers) het voorschrijven van pijnstillers iets dichterbij het niveau van 2018/2019 ligt. In 2021 werden pijnstillers bij deze groepen aanzienlijk minder voorgeschreven dan in 2018/2019. In 2022 is deze afname minder groot. Bij de 75-plussers is de afname ten opzichte van 2018/2019 in 2022 niet gewijzigd. Het aantal voorschriften van antidepressiva en antipsychotica bleef bij de meeste leeftijdsgroepen (behalve 5-14 jaar en 75 en ouder) licht verhoogd ten opzichte van voor de pandemie. De meeste effecten zijn vergelijkbaar met 2021 en blijven over het algemeen klein.

De meeste interactie-effecten zijn eveneens zeer klein. Een uitzondering hierop vormt de groep met psychische comorbiditeiten. Verschillen in medicatievoorschriften tussen mensen met en zonder psychische comorbiditeiten zijn wat groter. Op (de niet-significante associatie met) pijnstillers na, zijn alle verschillen ten opzichte van 2018/2019 in 2022 licht toegenomen vergeleken met 2021. Het grootste effect is zichtbaar bij antipsychotica (zie figuur A25); er was een toename in het voorschrijven van antipsychotica en antidepressiva onder mensen met psychische comorbiditeiten. Deze toename was niet te zien onder mensen zonder psychische comorbiditeiten (zie figuren B10 en B11).

Verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ

Figuur A27 geeft weer dat het aantal mensen dat door de huisarts is verwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is toegenomen ten opzichte van 2018/2019. Dit was al het geval in 2021, maar in 2022 was de toename nog groter (zie ook Heins et al, 2023). Het is belangrijk te benadrukken dat de verwijzingsinformatie voor de gespecialiseerde GGZ slechts voor een deel van de praktijken beschikbaar is, en het is onbekend voor hoeveel patiënten deze informatie precies geldt. Daarnaast zijn er geen gegevens beschikbaar over verwijzingen naar de basis-GGZ.

Wat betreft de verwijzingen per leeftijdsgroep (figuur A28), is te zien dat de stijging van verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ vooral sterk was onder de jongere leeftijdsgroep, met het grootste effect bij de 15-24-jarigen en 5-14-jarigen. Over het algemeen zijn de associaties iets sterker in 2022 dan in 2021, met uitzondering van de 75-plussers, waar in beide jaren geen associatie zichtbaar was.

Figuur A29 laat enkele kleine interactie-effecten zien tussen kwetsbare groepen. Het patroon over 2022 is grotendeels vergelijkbaar met 2021 ten opzichte van 2018/2019, met uitzondering van de groep met door de huisarts geregistreerde sociale problemen (zie figuur B12): in 2022 was hier een groot interactie-effect zichtbaar, wat betekent dat bij mensen met sociale problemen sprake is van een sterkere toename in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ dan bij mensen zonder sociale

problemen. In 2021 was dit niet het geval. Ook vrouwen (figuur B13) en mensen met psychische comorbiditeiten (figuur B14) kenden een iets grotere toename in verwijzingen. Dit was in 2021 ook al zo.

Zorggebruik

In 2022 was er een toename zichtbaar in consulten korter dan 5 minuten, tussen de 5 en 20 minuten, en in consulten met de POH-GGZ, net als in 2021. Daarnaast was er vooral een afname in reguliere visites, met name die korter dan 20 minuten (zie figuur A30). Zie voor een uitgebreide beschrijving van het zorggebruik in 2022 Heins en collega's (2023).

De verschillende leeftijdsgroepen (figuren A31 t/m A35) volgen veelal hetzelfde patroon. Alleen bij de groep van 25-44-jarigen was er overwegend een afname van reguliere visites langer dan 20 minuten, in plaats van de kortere visites.

Ook bij de andere groepen zijn de verschillen in zorggebruik over het algemeen relatief klein (figuren A36 t/m A42). Uitzonderingen zijn: 1) een sterkere afname in reguliere visites korter dan 20 minuten voor mensen met fysieke comorbiditeiten (zie figuur B15); 2) een juist minder sterke afname in reguliere visites langer dan 20 minuten onder mensen met psychische comorbiditeiten (zie figuur B16); en 3) een sterkere toename in consulten met de POH-GGZ voor mensen met psychische comorbiditeiten (zie figuur B17). Voor mensen met sociale problemen was een sterkere toename te zien in consulten (zowel korter dan 5 minuten als tussen 5 en 20 minuten; zie figuren B18 en B19) dan bij mensen zonder sociale problemen. In 2021 was hier ook sprake van, maar dit was nog sterker in 2022.

Provinciale verschillen

Bij het onderzoeken van de trends in de prevalentie van gezondheidsproblemen sinds 2018, en specifiek de veranderingen in 2022, vielen de volgende dingen op:

- **Groningen:** een afname van depressie en reuk- en smaakproblemen en een toename in klachten over gewichtsverandering.
- **Flevoland:** een afname in psychische klachten als depressie en angst.
- **Utrecht:** een toename in angst- en psychische klachten, en tegelijkertijd een afname van sociale problemen.
- **Noord-Holland:** een afname van prikkelbaarheid en sociale klachten (na een stijging in 2021).
- **Zeeland:** schommelingen; een toename in depressie, suïcidepogingen (en gedachten), overspanning (na een grote dip) en obesitas, maar tegelijkertijd een afname in hoofdpijn, reuk- en smaakproblemen, slapeloosheid, geheugen- en concentratieproblemen, en een afname in psychische en sociale klachten.
- **Noord-Brabant:** toename van angst, psychische klachten en duizeligheid.
- **Limburg:** toename van angstklachten, misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid, slapeloosheid, obesitas en een lichte toename van suïcidepogingen (en gedachten).

Zie bijlage C voor specifieke prevalenties per 100.000 inwoners per provincie.

Coronamaatregelen

Om het verband tussen de coronamaatregelen en gezondheidsproblemen te onderzoeken, zijn voor een selectie van de uitkomsten aanvullende analyses gedaan. Deze uitkomsten zijn angst, depressie, moeheid, obesitas, problemen met opleiding of werk, geheugen- en concentratieproblemen, prikkelbaarheid, en relatieproblemen (zie tabel 2.3 in het hoofdstuk Methoden voor meer informatie).

over de bijbehorende ICPC-codes). We waren geïnteresseerd in vijf maatregelen die een grote invloed hebben gehad op de mogelijkheid van mensen om anderen te ontmoeten: lockdowns, schoolsluitingen, sportschoolsluitingen, thuiswerkadvies en thuiswerkplicht⁸. Om dit te analyseren, hebben we gekeken of de incidentie van genoemde klachten in de weken waarin deze maatregelen actief waren hoger was dan in de weken (ook in pre-coronajaren) waarin ze niet actief waren. We bespreken hier de belangrijkste bevindingen, zie voor alle resultaten bijlage D.

- **Angst.** De sluitingen van sportscholen en lockdowns gingen samen met een hogere incidentie van klachten van angst (zowel gevoelens van angst als gediagnosticeerde angststoornissen: P01 en P74), waarbij de sluiting van sportscholen nog een sterkere relatie liet zien dan de lockdown. De relatie tussen de incidentie van angstklachten en perioden met sportschoolsluitingen was het sterkst voor 45- t/m 74-jarigen. Daarentegen hadden verplicht thuiswerken, schoolsluitingen en het thuiswerkadvies een omgekeerd verband met de klachten: er was juist een lagere incidentie van angstklachten tijdens deze maatregelen. Het thuiswerkadvies toont hierbij het sterkste verband: deze maatregel ging gepaard met de laagste incidentie van angstklachten bij de huisarts.
- **Depressie.** Perioden met sluitingen van sportscholen hadden, net als bij angst, de grootste relatie met de incidentie van klachten van depressie (zowel depressieve gevoelens als gediagnosticeerde depressiestoornissen: P03 en P76), gevolgd door lockdowns. Opvallend hier is dat het verband met sportschoolsluitingen het grootst was voor 45- t/m 74-jarigen, terwijl het verband met lockdowns het grootste was voor 5-14- en 15-24-jarigen. Daarnaast vertonen de relaties tussen schoolsluitingen en thuiswerkadviezen en depressie een vergelijkbaar patroon als voor angst; ook voor depressieklachten was de incidentie bij de huisarts lager tijdens deze maatregelen. Het thuiswerkadvies liet de sterkste associatie zien: in deze weken werden de minste klachten van depressie gerapporteerd. De relatie met verplicht thuiswerken was niet significant.
- **Moeheid.** Alleen het thuiswerkadvies, lockdowns en schoolsluitingen hadden een significante relatie met de incidentie van moeheid. Tijdens deze maatregelen waren er minder klachten van moeheid. Deze negatieve relatie was tijdens schoolsluitingen het sterkst. Het verband tussen het thuiswerkadvies en moeheid was groter voor 5-14- en 15-24-jarigen.
- **Obesitas.** Tijdens sluitingen van sportscholen en tijdens lockdowns was er een hogere incidentie van obesitas. Verplicht thuis werken en schoolsluitingen gingen juist samen met een lagere incidentie van obesitas, waarbij schoolsluitingen de sterkste relatie hadden. Er was geen significante relatie met het advies om thuis te werken.
- **Problemen met opleiding/werk.** Slechts twee maatregelen hadden een significante relatie met problemen met de opleiding of op het werk. Zowel het thuiswerkadvies als schoolsluitingen gingen gepaard met een lagere incidentie van klachten omtrent problemen met de opleiding of op het werk. De relatie met schoolsluitingen was het sterkst.
- **Geheugen- en concentratieproblemen.** De incidentie van geheugen- en concentratieproblemen was lager tijdens perioden met schoolsluitingen of het advies om thuis te werken. Lockdowns gingen juist gepaard met een lichte toename van geheugen- en concentratieproblemen.
- **Prikkelbaar/boos gevoel of gedrag.** Voor de incidentie van prikkelbaarheid was er alleen een relatie met verplicht thuiswerken te zien. Deze maatregel ging gepaard met een hogere incidentie van prikkelbaarheid. Deze hogere incidentie was veel sterker bij 45-74-jarigen dan bij andere leeftijdsgroepen.
- **Relatieproblemen.** Alleen perioden met schoolsluitingen hadden een significante relatie met de incidentie van klachten omtrent relatieproblemen; tijdens schoolsluitingen was de incidentie van deze klachten lager.

⁸ Zie voor een tijdslijn van alle maatregelen [Tijdslijn van coronamaatregelen 2020 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2021 | RIVM, z.d.](#); [Tijdslijn van coronamaatregelen 2022 | RIVM, z.d.](#)

Discussie

Dit rapport geeft enerzijds een update van analyses over jaartrends in gebruik van huisartsenzorg tijdens de coronapandemie (Kanis et al., 2023) en anderzijds laat het nieuwe resultaten zien met betrekking tot verschillende coronamaatregelen.

Gebruik huisartsenzorg in 2022

De resultaten laten zien dat de ontwikkeling van verschillende gezondheidsproblemen in 2022 divers is. Voor een deel van de gezondheidsproblemen is sprake van een statistisch significante toename tussen 2018/2019 en 2022, voor een ander deel juist van een afname. Ook zijn er ten opzichte van 2021 in beide richtingen verschuivingen vastgesteld, waarbij effecten in 2022 sterker of juist zwakker waren dan in 2021. Een enkele keer was er in 2022 een afname ten opzichte van de periode voor de pandemie (2018/2019), terwijl in 2021 nog sprake was van een toename. Dit algemene beeld geldt zowel voor de gehele bevolking als voor potentieel kwetsbare groepen. De verbanden zijn in de regel echter klein en dienen dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Onder de gehele bevolking is de prevalentie van obesitas zoals geregistreerd door huisartsen in 2022 hoger dan voor de pandemie. Maar in 2022 bestonden de grootste verbanden juist uit een afname van het aantal geregistreerde gezondheidsproblemen vergeleken met voor de pandemie. Zo waren er vergeleken met voor de pandemie duidelijke afnamen in geregistreerde problemen rondom opleiding of werk, prikkelbaar/boos gevoel of gedrag, en sociale problemen.

Opvallend zijn ook enkele verschillen tussen 2022 en 2021. In het oog springt met name dat een prikkelbaar/boos gevoel of gedrag minder vaak is geregistreerd in 2022. In 2021 was hier juist nog sprake van een relatieve toename. Een belangrijk verschil tussen 2021 en 2022 is dat er in 2021 nog meerdere periodes zijn geweest met veel coronamaatregelen. In het begin van 2022 zijn alle maatregelen gaandeweg blijvend afgeschaft. Veranderingen de incidentie van een prikkelbaar/boos gevoel of gedrag zouden mogelijk samen kunnen hangen met deze verandering in omstandigheden.

Verder valt op dat het aantal door de huisarts geregistreerde geheugen- en concentratieproblemen en benauwdheid in 2022 nog verder is toegenomen dan in 2021, vergeleken met voor de pandemie. Aan de andere kant is de prevalentie van reuk- of smaakverlies – hoewel nog steeds verhoogd ten opzichte van 2018/2019 – juist lager dan in 2021. Deze klachten worden ook genoemd als veelvoorkomende klachten bij post-covid, al is voor deze geregistreerde klachten niet met zekerheid te zeggen in hoeverre deze te linken zijn aan een besmetting met het coronavirus (Brus et al., 2022; Davis et al., 2021). Waarom een deel van deze klachten in 2022 vaker voorkwam dan in 2021 en een deel minder, is moeilijk te zeggen. Mogelijk houden sommige klachten langer aan dan andere, of is men inmiddels bekend met deze restklacht en is deze voor velen niet de klacht waar zij het meeste last van hebben, waardoor hiervoor de huisarts minder wordt bezocht. Natuurlijk hangen deze gezondheidsproblemen niet uitsluitend samen met post-covid, dus een andere verklaring is ook mogelijk.

Andere verschillen tussen 2022 en 2021, mogelijk samenhangend met veranderende virusomstandigheden en maatregelen, zijn dat hoesten, na een flinke afname in 2020 en 2021, weer naar een pre-pandemisch niveau is teruggekeerd, en dat men niet meer vaker bij de huisarts komt

voor problemen met toegankelijkheid van de zorg. Dit zou samen kunnen hangen met enerzijds het afschaffen van het advies om thuis te blijven bij klachten, en anderzijds met het verder inhalen van uitgestelde zorg in 2022.

Naast veranderingen in het aantal geregistreerde gezondheidsproblemen, vallen ook andere veranderingen op in huisartsenzorg vergeleken met voor de pandemie. Het meest opvallend is dat het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ fors is toegenomen. Deze stijging is zelfs nog sterker dan in eerdere coronajaren. Het is duidelijk dat er een groeiende groep is die behoefte heeft aan hulp voor ernstigere mentale klachten en aandoeningen. Hoewel dit niet direct te linken is aan de pandemie, hangt het mogelijk wel samen met (groeiende) wachtlijsten voor een deel van deze zorg. Hieraan gerelateerd lijkt ook de in 2022 gelijk gebleven toename ten opzichte van voor de pandemie die te zien is in het aantal contacten met de praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ. Verder zet de trend van minder huisartsvisites en meer (vooral korte) huisartsconsulten door in 2022 (Heins et al., 2023). Ook dit hangt waarschijnlijk niet samen met de pandemie, maar eerder met capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg (Flinterman et al., 2023).

Wanneer we kijken naar de kwetsbare groepen die we in dit onderzoek nader onderzochten, dan valt op dat de verbanden voor een aantal groepen groter zijn dan voor andere. Eén van de groepen die opvalt zijn de jongeren (leeftijdsgroepen 5 t/m 14 jaar en 15 t/m 24 jaar). In deze groep was een hogere incidentie suïcidepogingen (en gedachten) dan in andere leeftijdsgroepen. Ook was de toename in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ het sterkst in deze leeftijdsgroepen. Bij de groep met bestaande sociale problemen waren ook een aantal grotere effecten zichtbaar. Deze groep werd, net als de jongeren, vaker verwezen naar gespecialiseerde GGZ dan voor de pandemie. Ook kwamen zij in 2022 vaker bij de huisarts voor geneesmiddelengebruik. Bij andere groepen bleef deze toename uit. Hetzelfde geldt voor alcohol- en middelenmisbruik. De mensen met bestaande sociale problemen waren ook de enige groep waarbij het geregistreerde tabaksmisbruik niet afnam. Een andere groep die opvalt zijn mensen met bestaande psychische problemen. Onder deze groep nam het aantal consulten met de POH-GGZ sterker toe. Bovendien kregen mensen in deze groep in 2022 vaker antidepressiva en antipsychotica voorgeschreven dan voor de pandemie. Deze toename was in degenen zonder bestaande psychische problemen niet te zien. Ook was de toename in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ iets groter bij degenen met bestaande psychische problemen dan bij mensen zonder bestaande psychische problemen. Tot slot is te zien dat in 2022 onder mensen met een laag inkomen een sterkere toename was in door de huisarts geregistreerd geneesmiddelenmisbruik dan onder mensen met een hoger inkomen.

De prevalentie van geregistreerde gezondheidsproblemen heeft zich in 2022 niet in alle Nederlandse provincies op dezelfde manier ontwikkeld. Dit komt mogelijk door een andere samenstelling van de bevolking; de ene provincie kent meer kwetsbare populaties dan de andere. Wat vooral opvalt is dat in een aantal provincies het aantal personen met psychische problemen als angst en depressie afneemt (in Groningen en Flevoland) en in andere juist toeneemt (in Utrecht, Noord-Brabant en Limburg). Verder valt op dat er in Noord-Holland sprake was van flinke afnames in geregistreerde prikkelbaarheid en sociale problemen. In 2021 waren er hiervoor juist flinke toenames te zien. Het aantal vastgelegde gezondheidsproblemen in Zeeland schommelt sterk. Dit hangt waarschijnlijk samen met het relatief kleinere aantal praktijken uit die provincie binnen de Nivel Zorgregistraties.

Coronamaatregelen en gezondheidsproblemen

De huisarts registreerde vaker angst- en depressieklachten tijdens sluitingen van sportscholen en tijdens lockdowns, maar niet tijdens schoolsluitingen, ook niet als specifiek naar de leeftijdsgroepen van 5-14 en 15-24 jaar wordt gekeken. Een andere opvallende uitkomst was dat moeheid en problemen op het werk/school minder vaak geregistreerd werden tijdens een aantal maatregelen (thuiswerkadvies, lockdowns en schoolsluitingen). Een sterkere associatie was te zien bij obesitas: al tijdens de maatregelen (vooral bij sportschoolsluitingen) keerde dit vaker in de registraties terug en niet alleen op langere termijn. Tijdens perioden met schoolsluitingen en verplicht thuiswerken was de incidentie van de in de huisartspraktijk geregistreerde obesitas lager. Schoolsluitingen gingen ook gepaard met een lager aantal geheugen- en concentratieproblemen en relatieproblemen. Tot slot is te zien dat het verplicht thuis werken (ingesteld slechts één keer, relatief aan het eind van de coronaperiode) gepaard ging met duidelijk meer registraties van prikkelbaarheid.

Bij deze resultaten hoort de bijsluiter dat in dit rapport geen causale verbanden zijn vastgesteld maar associaties. We kunnen op basis van deze analyses niet zeggen dat de coronamaatregelen de volledige of gedeeltelijke oorzaak vormden van meer of minder geregistreerde klachten; we kunnen enkel stellen dat in de weken dat de maatregelen actief waren mensen ook meer of minder met deze gezondheidsproblemen naar de huisarts gingen dan in andere weken. Een serieuze beperking is dat het onmogelijk is om de maatregelen uit elkaar te halen omdat ze vaak overlappen. Verder worden mogelijk vertraagde effecten (bijv. mensen die een aantal weken/maanden wachten met het naar de huisarts gaan met een psychische klacht) in deze analyse niet gezien. Vertraagde effecten zijn een mogelijke verklaring voor het gevonden grotere verband tussen sportschoolsluitingen en angst en depressieklachten, dan schoolsluitingen. In figuur 2.1 in het hoofdstuk Methoden is weergegeven dat sportschoolsluitingen steeds ongeveer tegelijk startten met schoolsluitingen, maar wel langer doorliepen. Daarom moet er voorzichtig omgegaan worden met deze resultaten. Ondanks deze beperkingen, bieden de bevindingen wel waardevolle inzichten in de patronen van gezondheidsproblemen tijdens verschillende fasen van de pandemie. Ze laten zien dat de coronamaatregelen samen zijn gegaan met schommelingen in het aantal klachten bij de huisarts. Deze resultaten kunnen richting geven voor toekomstig onderzoek naar de bredere gezondheidsimpact van dergelijke maatregelen en de ondersteuning van de mentale en fysieke gezondheid tijdens langdurige crises.

Implicaties

Bij een toename van klachten in huisartsregistraties is het de vraag of meer mensen last hebben van bepaalde gezondheidsproblemen, of dat meer mensen hiervoor de huisarts hebben geraadpleegd. Ook is het van belang om rekening te houden met de mogelijkheid dat er in 2021 sprake was van een inhaalslag met betrekking tot gezondheidsproblemen waarvoor mensen in de eerste fase van de pandemie nog niet naar de huisarts konden of wilden gaan. In 2020 was er minder zorg beschikbaar; in 2021 was er daardoor mogelijk een soort ‘overcompensatie’ waardoor mensen alsnog naar de huisarts gingen voor gezondheidsproblemen die wellicht al eerder speelden. Omdat deze patronen in 2022 meer zijn gestabiliseerd zien we dat voor een groot aantal gezondheidsproblemen de toename in het aantal registraties bij de huisarts vergeleken met voor de pandemie lager was dan in 2021, of dat er zelfs sprake was van een afname. Het is daardoor in 2022 beter mogelijk om de lange-termijneffecten van de pandemie te destilleren. Wat zijn blijvende veranderingen in gebruik van huisartsenzorg? Welke gezondheidsproblemen zijn blijvend verhoogd of komen blijvend minder voor?

Dit rapport bevestigt dat het gebruik van huisartsenzorg in 2022 deels anders is dan in de jaren voor de pandemie. Sommige van deze veranderingen zijn zorgwekkend, zoals bijvoorbeeld de toename van obesitas, het vergrote aantal verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ en de incidentie van suïcidaliteit (gedachten en pogingen) onder jongeren. Hoewel niet duidelijk is in hoeverre deze veranderingen nog toe te schrijven zijn aan de pandemie, is het belangrijk deze ontwikkelingen te blijven monitoren.

Ook is het verstandig om kwetsbare groepen in de gaten te houden. Het gaat hier specifiek om jongeren, mensen met bestaande psychische problemen, mensen met sociale problemen en mensen met een laag inkomen.

Sterke punten

De Nivel Zorgregistraties omvatten medische gegevens van een grote hoeveelheid personen die representatief is voor heel Nederland. Daarnaast is de kwaliteit van de dataregistraties bij de aangesloten huisartsen over het algemeen hoog. Doordat deze dataverzameling al lang loopt, kon worden vergeleken tussen de jaren voor de pandemie en momenten tijdens de pandemie. Dit onderzoek, gericht op het derde coronajaar (2022 ten opzichte van 2018 en 2019), biedt een verdiepend inzicht in het verloop en de ontwikkeling van gezondheidsproblemen bij de Nederlandse bevolking. Daarnaast biedt de combinatie van zorgregistratiedata en CBS-microdata de mogelijkheid om aspecten die samenhangen met risico's of bescherming mee te nemen in het monitoren van gezondheidsontwikkeling voor, tijdens en na de COVID-19-pandemie. Dit biedt extra inzicht in de specifieke rol van risico- en beschermende factoren. De analyses zijn gebaseerd op registraties door de huisarts en het CBS, die objectief/klinisch vastgestelde morbiditeitsgegevens bieden. Deze gegevens zijn niet onderhevig zijn aan de herinnering van de patiënt of aan zelfselectie, wat kan bijdragen aan een grotere betrouwbaarheid en consistentie in de resultaten. Hoewel zelfrapportage waardevolle informatie kan bieden, zijn de klinische registraties in dit onderzoek bijzonder geschikt voor het verkrijgen van betrouwbare gegevens over gezondheidsproblemen.

Beperkingen

Hoewel de huisartsengegevens inzicht geven in gezondheidsproblemen in de populatie, gaat niet iedereen met gezondheidsproblemen naar de huisarts. Er is dus een risico op onderrapportage. In het eerste coronajaar 2020 was dit verder vergroot door de coronamaatregelen, en door terughoudendheid van mensen om de huisarts te bezoeken om de zorg niet verder te belasten en/of uit angst voor besmetting. Hierdoor gingen mensen gemiddeld genomen minder vaak naar de huisarts. In 2021 speelde dit ook deels, maar was er waarschijnlijk ook een kleine inhaalslag, waarbij mensen naar de huisarts gingen voor klachten die al langer speelden. In 2022 is dit effect waarschijnlijk grotendeels verdwenen, maar we kunnen niet met zekerheid zeggen in hoeverre dat klopt. Ook in het begin van 2022 waren er immers nog strenge maatregelen. Tevens kunnen er andere verklaringen zijn dan alleen de coronapandemie en de maatregelen; de afname van problemen rondom opleiding of werk kan ook verklaard worden door een veranderende arbeidsmarkt. Andere veranderingen die we rapporteren kunnen mogelijk onderdeel zijn van algemenere trends die al eerder (de jaren voor de coronapandemie) zijn ingezet. Daarom zou toekomstig onderzoek rekening moeten houden met een langer tijdsbestek om te kunnen analyseren in hoeverre de coronapandemie en de maatregelen samengaan met een trendbreuk op de langere termijn.

Naast de invloed van de coronapandemie is het altijd de vraag of hogere registraties van contacten met de huisarts betekenen dat meer mensen last hebben van een gezondheidsprobleem, of dat meer mensen met de klacht de weg naar zorg hebben gevonden. In 2020, een jaar waarbij de zorg verminderd toegankelijk was, en mensen soms ook zorg meden uit angst voor besmetting of om de zorg niet nog verder te belasten, zou dat laatste zeker hebben kunnen meegespeeld. In 2022 is er echter geen reden om aan te nemen dat patiënten zich opeens heel anders zijn gaan gedragen. Aangezien we in het huidige onderzoek pre-coronajaren (2018 en 2019) als referentiekader hebben gebruikt, is een toename in geregistreerde huisartscontacten eerder te interpreteren als een toename van gezondheidsproblemen in de bevolking, dan als een toename in hulpzoekgedrag alleen. Een andere beperking is dat in de dataset van 2022 een grotere groep is met bestaande fysieke problemen dan in de voorgaande coronajaren. Verder geldt voor een kleine groep dat er geen data van die persoon zijn van vóór 2022 (omdat die persoon in 2022 nieuw is ingeschreven). Van die personen weten we niet of men in 2021 ook bepaalde acute problemen had. Voor bestaande (chronische) aandoeningen geldt dit niet. Dit betekent dat een klein deel van de mensen die nu is gekenmerkt als iemand zonder bestaande problemen mogelijk wel bestaande fysieke, psychische of sociale problemen had, en dus bij deze kwetsbare groep hoort.

Bij de resultaten in dit rapport moet in algemene zin worden opgemerkt dat het niet mogelijk is *causale* verbanden te leggen tussen de coronamaatregelen en de uitkomstmaten. We kunnen op basis van deze analyses bijvoorbeeld niet concluderen dat de coronamaatregelen hebben geleid tot meer of minder klachten; wel laat de analyse zien dat dat in de weken dat de onderzochte maatregelen actief waren, mensen ook meer of minder met deze gezondheidsproblemen naar de huisarts gingen dan in de referentieweken. Het is moeilijk om de maatregelen uit elkaar te halen, omdat ze vaak overlappen. Het is daarnaast mogelijk dat de data bij een zeer klein deel van de personen onvolledig zijn, bijvoorbeeld omdat een persoon is overgestapt van huisarts. Dit speelt echter zowel in weken dat maatregelen actief zijn als in weken zonder maatregelen, dus we verwachten een beperkte invloed op de resultaten. Verder worden mogelijk vertraagde effecten (bijv. mensen die een aantal weken/maanden wachten met naar de huisarts gaan voor een psychische klacht) in deze analyse niet gezien. Daarom moeten deze resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Niettemin, de bevindingen bieden een beter inzicht in de patronen van gezondheidsproblemen tijdens verschillende fasen van de pandemie. Ze laten zien dat de coronamaatregelen samen zijn gegaan met schommelingen in het aantal gezondheidsproblemen geregistreerd door de huisarts.

Conclusie

De resultaten voorzien in een aanvulling op eerdere rapporten en geven in het bijzonder meer inzicht in de impact van de pandemie op fysieke en mentale gezondheid op de langere termijn. In coronajaar 2022 is er een grote toename in door de huisarts geregistreerde obesitas, in consulten met de POH-GGZ en in verwijzingen naar gespecialiseerde GGZ. Sommige klachten die ook worden genoemd als mogelijke post-covid-klachten komen in 2022 nog steeds vaker voor, maar voor andere klachten geldt dit juist minder vaak. Sommige kwetsbare groepen (jongeren, mensen met bestaande psychische of sociale problemen en mensen met een laag inkomen) zijn harder geraakt dan anderen. Perioden waarin de onderzochte maatregelen (lockdowns, schoolsluitingen, sportschoolsluitingen, thuiswerkadvies en thuiswerkplicht) gingen gepaard met een toename in de incidentie van verschillende (mentale) gezondheidsproblemen. Sportschoolsluitingen en lockdowns laten het sterkste verband zien. Het is echter onmogelijk causaliteit vast te stellen, of de invloed van de zeer vaak overlappende maatregelen goed uit elkaar te trekken.

Wel moet worden vastgesteld dat de meeste van de gevonden verbanden in dit onderzoek relatief klein zijn. Verklaringen voor de gevonden veranderingen zijn daarbij niet met volledige zekerheid te geven. Wel benadrukken de resultaten het belang van voortdurende monitoringsactiviteiten in de nasleep van een grote crisis. Duidelijk is dat de verbanden die sinds de pandemie waarneembaar zijn op langere termijn doorwerken in de gezondheid en het zorggebruik van de bevolking. Duidelijk is bovendien dat die effecten verschillen tussen kwetsbare groepen. Voor de praktijk is het belangrijk om deze inzichten mee te nemen in de voorbereiding op een mogelijke toekomstige pandemie of andere crisis, om zo gericht te werken aan een weerbaardere bevolking.

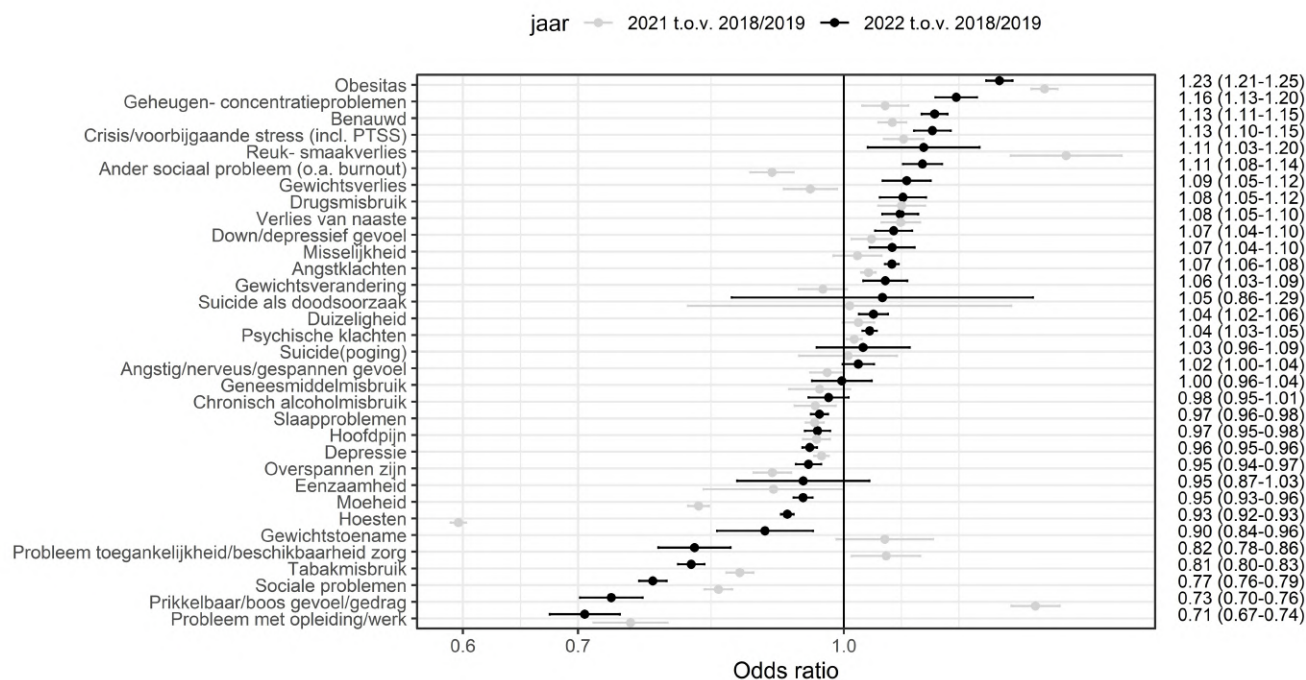
Referenties

- Baliatsas, C., Hooiveld, M., Dückers, & M., Bosmans, M. (2022). *Kort-cyclisch Cijferoverzicht gezondheidsmonitor COVID-19: 1e gegevensrapportage jeugd (augustus-oktober 2021)*. Utrecht: Nivel.
- Bosmans, M., Marra, E., Alblas, E., Baliatsas, C., de Vetten, M.e, van Gameren, R., Schulp, S., Moleman, Y., Bhattathiri, G., Gerbecks, J., Ditchchev, L., & Dückers, M. (2022a). *De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn van de jeugd: een systematische literatuurstudie*. Utrecht/Bilthoven: Nivel, RIVM.
- Bosmans, M., de Vetten, M., Alblas, E., van Duinkerken, A., van Leersum-Bekebrede, L., Heshusius, J., de Kort, J., Rahmon, I., Wentink, B., Willems, P., Stekelenburg, R., Moleman, Y., Marra, E., Ditchchev, L., & Dückers, M. (2022b). *De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn van de bevolking: deel 2. Een systematische literatuurstudie*. Utrecht/Bilthoven: Nivel, RIVM.
- Brus, I., Spronk, I., Tieleman, P., Biere-Rafi, S., & Polinder, S. (2022). *De invloed van Long COVID op gezondheid, dagelijks leven, werk en zorg*. <https://www.c-support.nu/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Long-COVID-onderzoek-jaar-1-l-definitief.pdf>
- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P., & Akrami, A. (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*, 38, 101019. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>
- De Beurs, D. P., Hooiveld, M., Kerkhof, A. J., Korevaar, J. C., & Donker, G. A. (2016). Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk, 1983-2013. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, D745.
- Van Duinkerken, A., Bosmans, M., Dückers, M., & Baliatsas, C. (2022). *Gezondheidsproblemen bij de jeugd in het eerste jaar van de COVID-19 pandemie in Nederland: lang-cyclische monitoringsrapportage 2019-2020*. Utrecht: Nivel.
- Findling, M. G., Blendon, R. J., & Benson, J. M. (2020). Delayed care with harmful health consequences—reported experiences from national surveys during coronavirus disease 2019. *JAMA Health Forum*, 1(12), e201463. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.1463>
- Flinterman, L., Vis, E., Keuper, J., van Schaaik, A., & Batenburg, R. (2023). *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. Utrecht: Nivel.
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.
- Heins, M., Bes, J., Weesie, Y., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., Hellwich, M., van Dijk, L., Knottnerus, B., Overbeek, L., Hasselaar, J., Hek, K., & Vanhommerig, J. (2023). *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022*. Utrecht: Nivel.
- Kanis, B., Bosmans, M., Baliatsas, C., Hooiveld, M., van Duinkerken, A., & Dückers, M. (2023). *Gezondheidsproblemen onder de algemene Nederlandse populatie en kwetsbare groepen tijdens de coronapandemie: lang-cyclische COVID-19-monitoringsrapportage (2021 afgezet tegen 2018/19)*. Utrecht: Nivel.

- Lamberts, & H., Wood, M. (1987). *ICPC, International Classification of Primary Care*. Oxford University Press, New York, NY.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International journal of surgery (London, England)*, 78, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Nielen, M., Weesie, Y., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., de Leeuw, E., Urbanus, T., van Dijk, L., Korevaar, J., Hasselaar, J., & Hek, K. (2021). *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020*. Utrecht: Nivel.
- Nielen, M. M., Spronk, I., Davids, R., Korevaar, J. C., Poos, R., & Hoeymans, N. (2019). Estimating morbidity rates based on routine electronic health records in primary care: Observational study. *JMIR Med. Inform*, 7(3), e11929. <https://doi.org/10.2196/11929>
- Nivel. (2020). *Privacyreglement Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: met technische toelichting pseudonimisering*. Utrecht: Nivel.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Coronavirus tijdlijn*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England journal of medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- RIVM. (2022). *De ziekte COVID-19*. <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/ziekte>.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2021). *Een jaar met corona*. SCP. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/03/03/een-jaar-met-corona>
- StataCorp. (2019). *Stata Statistical Software: Release 16*. StataCorp LLC, College Station, TX.
- Stockwell, S., Trott, M., Tully, M., Shin, J., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D., Schuch, F., & Smith, L. (2021). Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 7(1), e000960. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960>
- De Vetten-Mc Mahon, M., Bosmans, M., Rozema, M., Juscikowski, R., Noltee, R., Knops, N., de Graaf, E.e, Toet, L., Marra, E., Alblas, E., & Dückers, M. (2024). *De gevolgen van de coronapandemie voor de gezondheid en het welzijn van de bevolking: deel 3: Een systematische literatuurstudie*. Utrecht/Bilthoven: Nivel, RIVM.
- WHO. (2003). *Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*. Nordic Council on Medicines. Oslo, Norway.

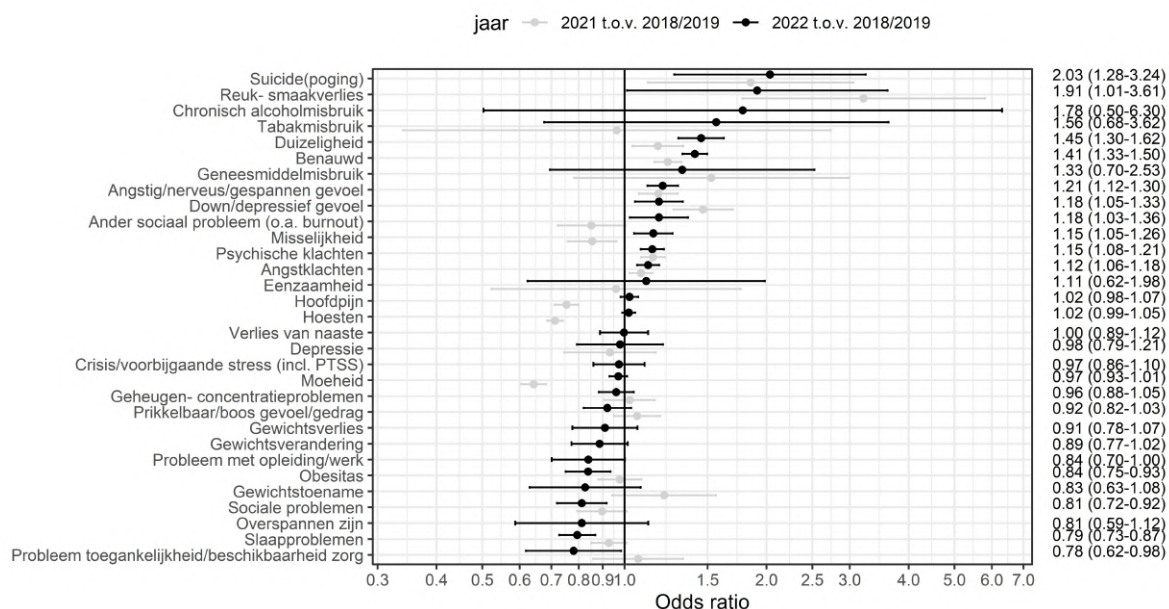
Bijlage A – Figuren bij analyses

A1 Odds ratio's (met 95%-BI) voor de prevalentie van gezondheidsproblemen in 2022 t.o.v. 2018/2019 in de algemene onderzoekspopulatie, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

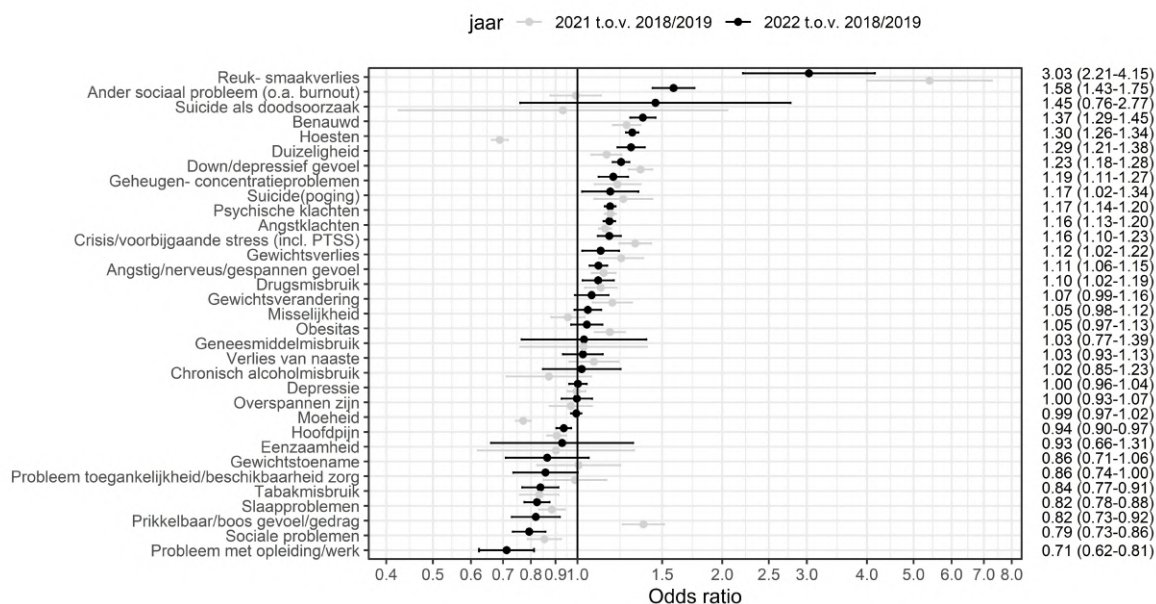


Leeftijd

A2 Odds ratio's (met 95%-BI) voor 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 5- t/m 14-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

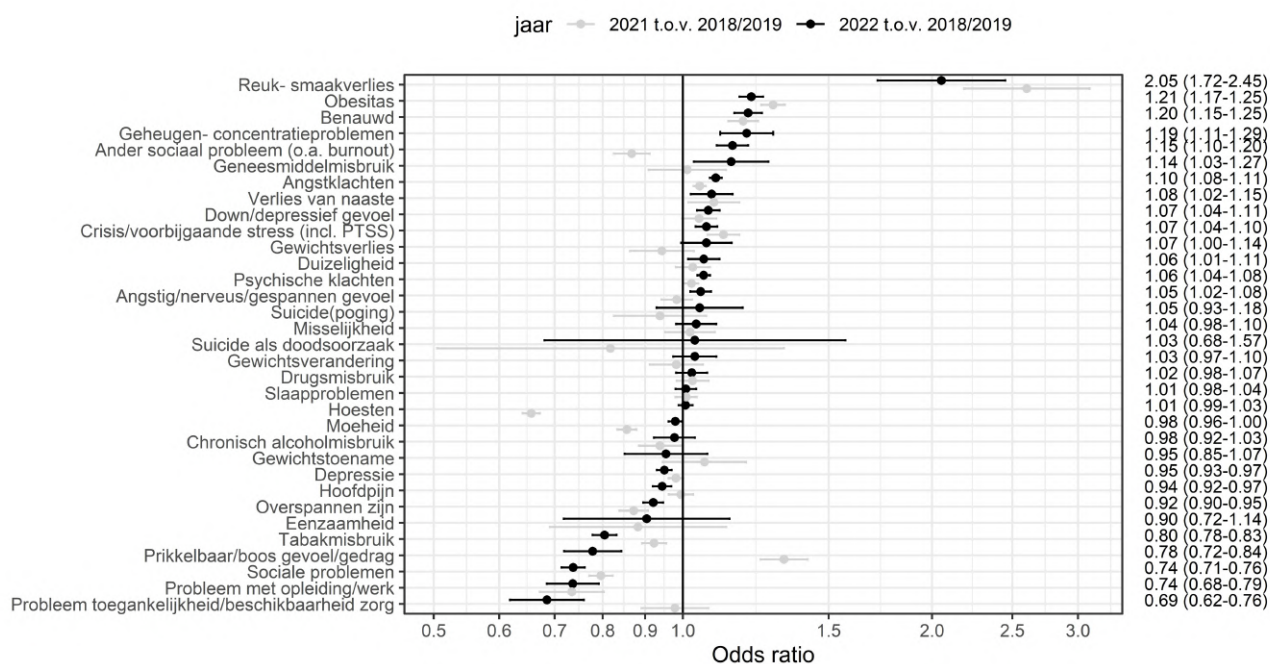


A3 Odds ratio's (met 95%-BI) voor 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 15- t/m 24-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



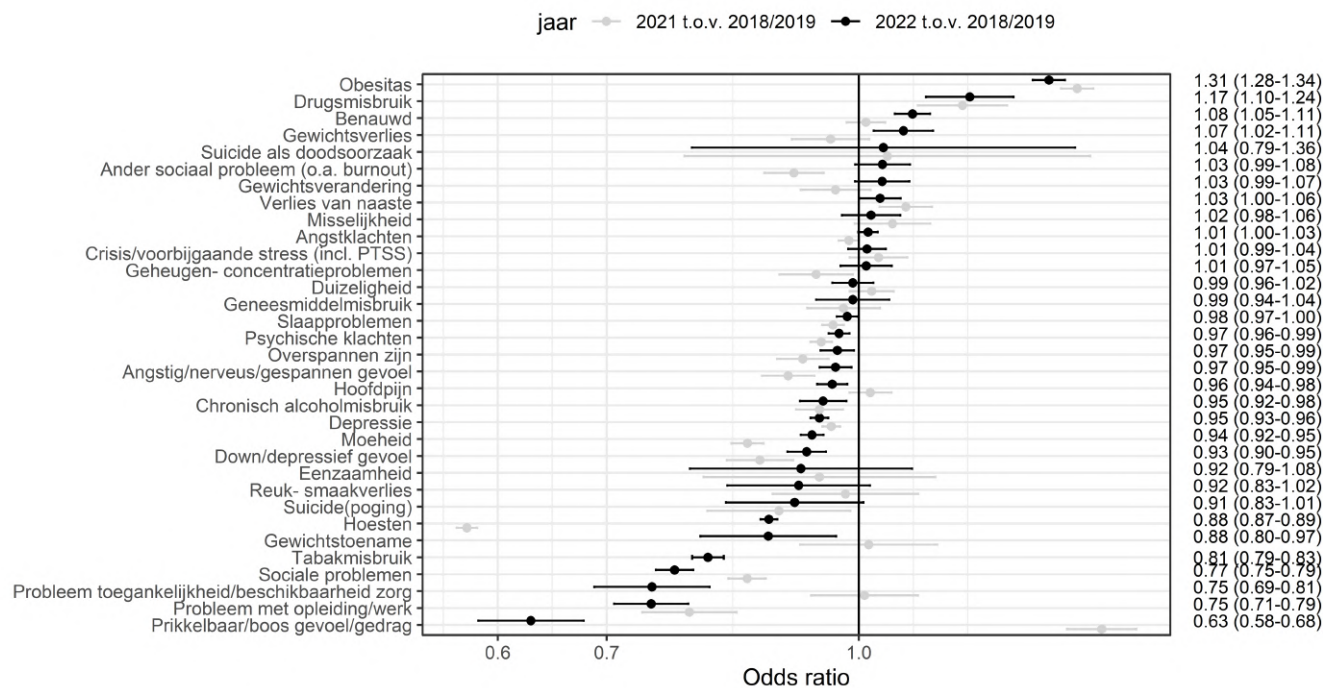
A4

Odds ratio's (met 95%-BI) voor 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 25- t/m 44-jarigen,
vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



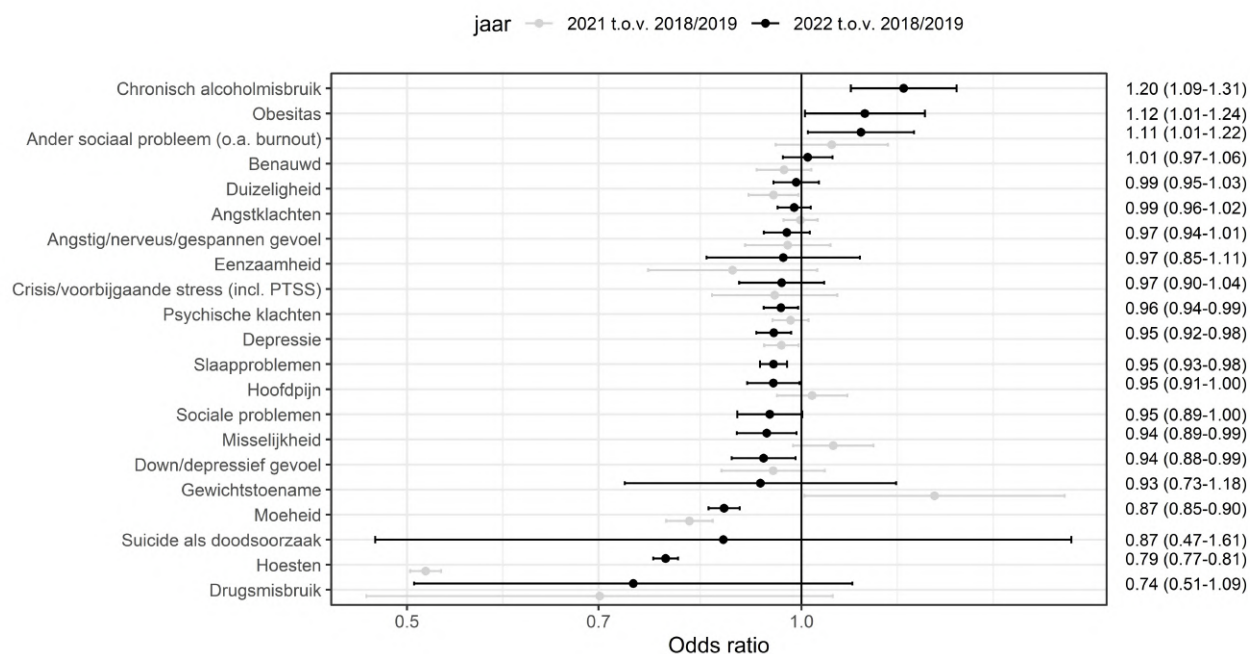
A5

Odds ratio's (met 95%-BI) voor 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 45- t/m 74-jarigen,



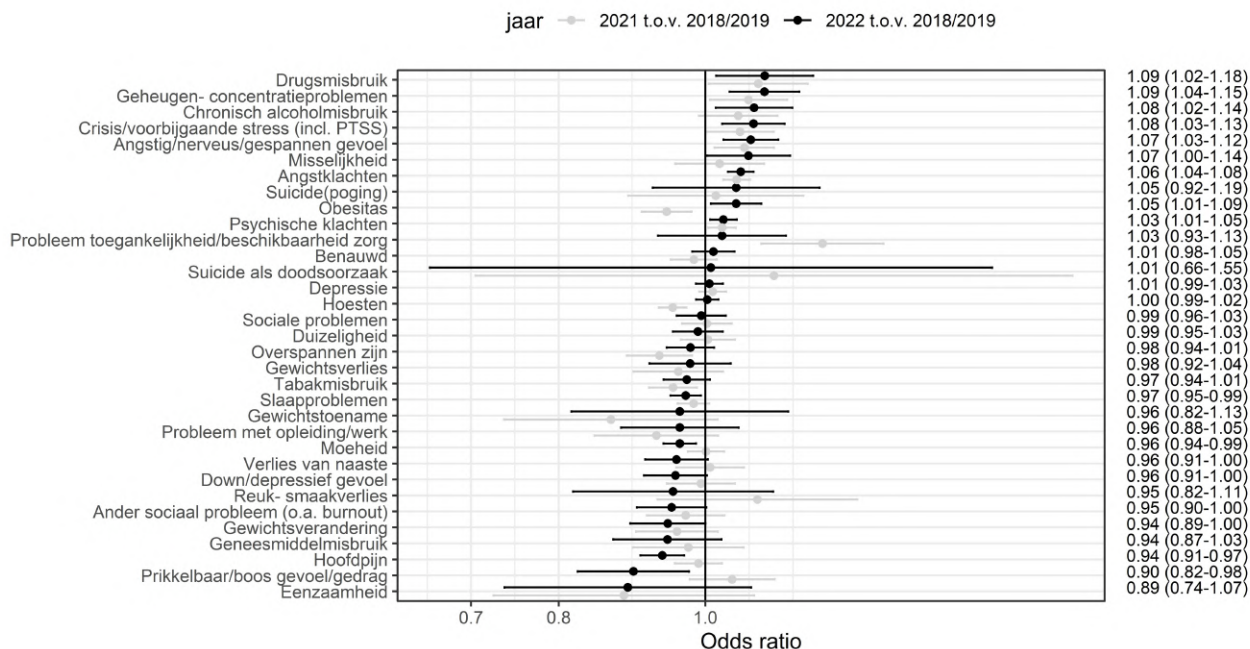
vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

A6 Odds ratio's (met 95%-BI) voor 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 75 jaar en ouder, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



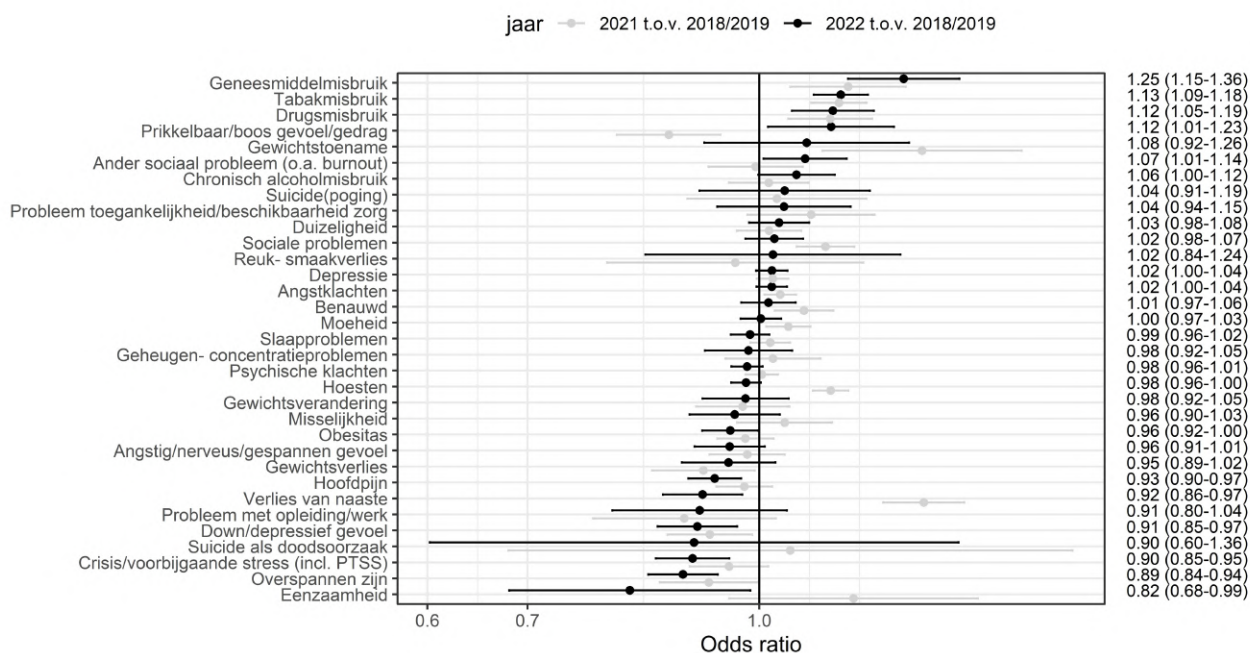
Geslacht

A7 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen geslacht (vrouwen t.o.v. mannen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



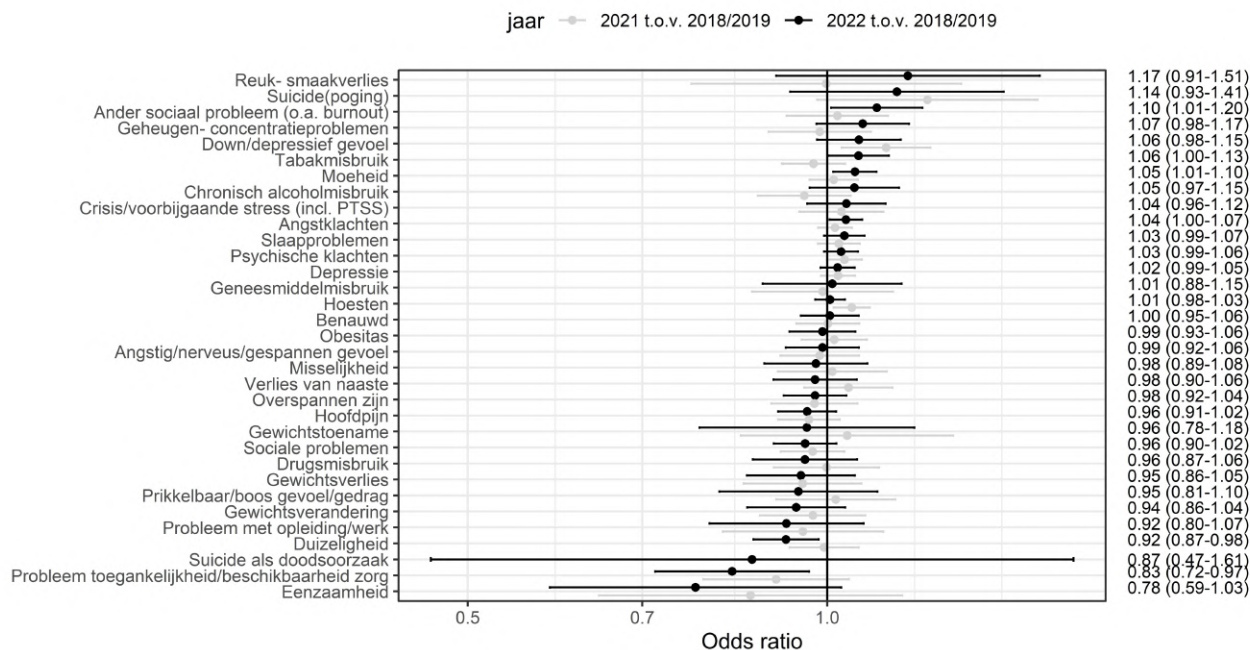
Inkomen

A8 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen inkomen (laag t.o.v. normaal/hoog) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken voor 2021 t.o.v. 2018/2019

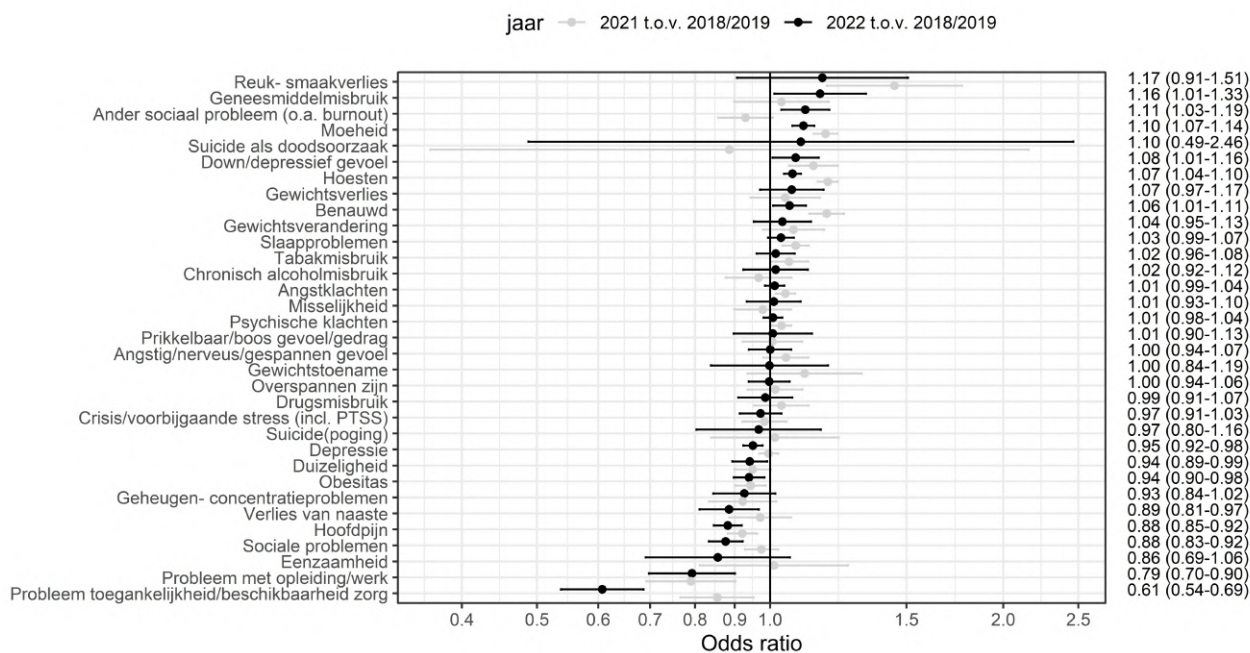


Migratieachtergrond

A9 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen westerse migratieachtergrond (t.o.v. mensen zonder migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken voor 2021 t.o.v. 2018/2019

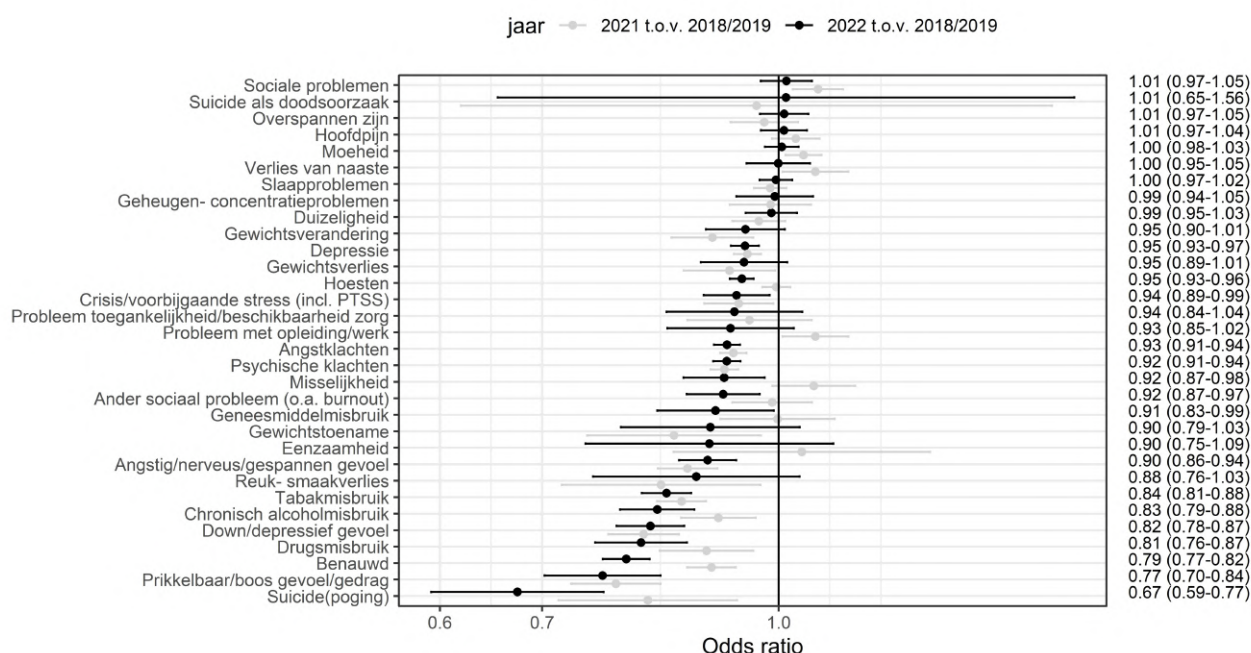


A10 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen niet-westerse migratieachtergrond (t.o.v. mensen zonder migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken voor 2021 t.o.v. 2018/2019

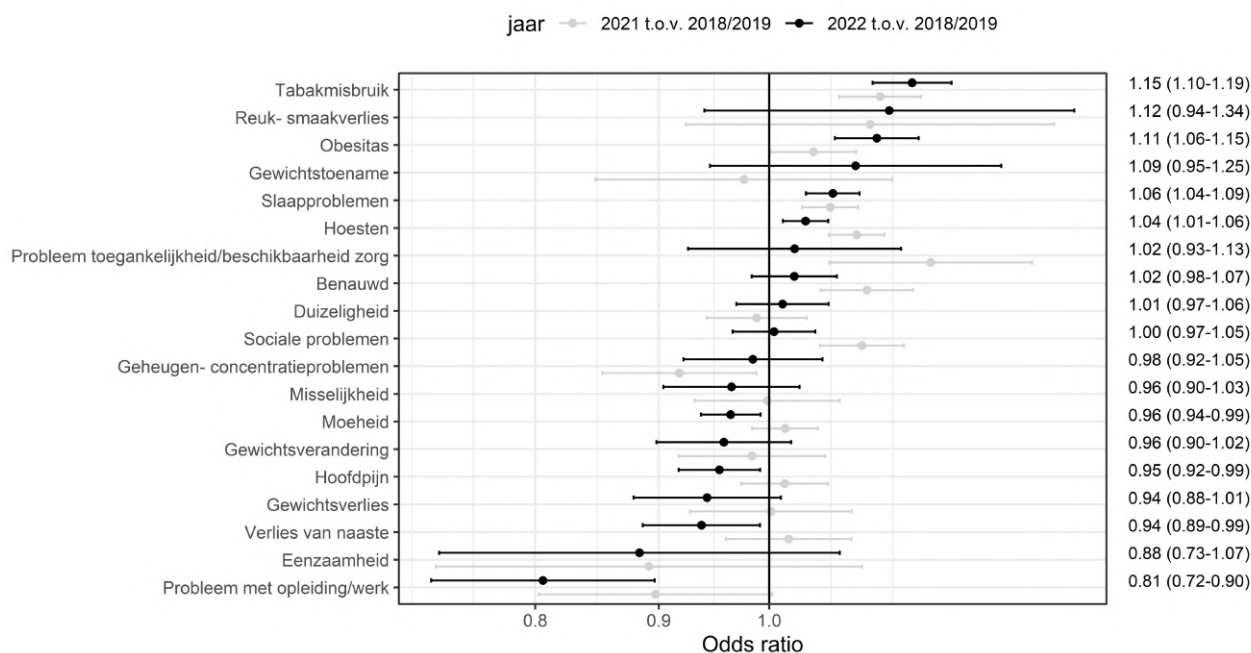


Fysieke en psychische comorbiditeiten

A11 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen fysieke comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken voor 2021 t.o.v. 2018/2019

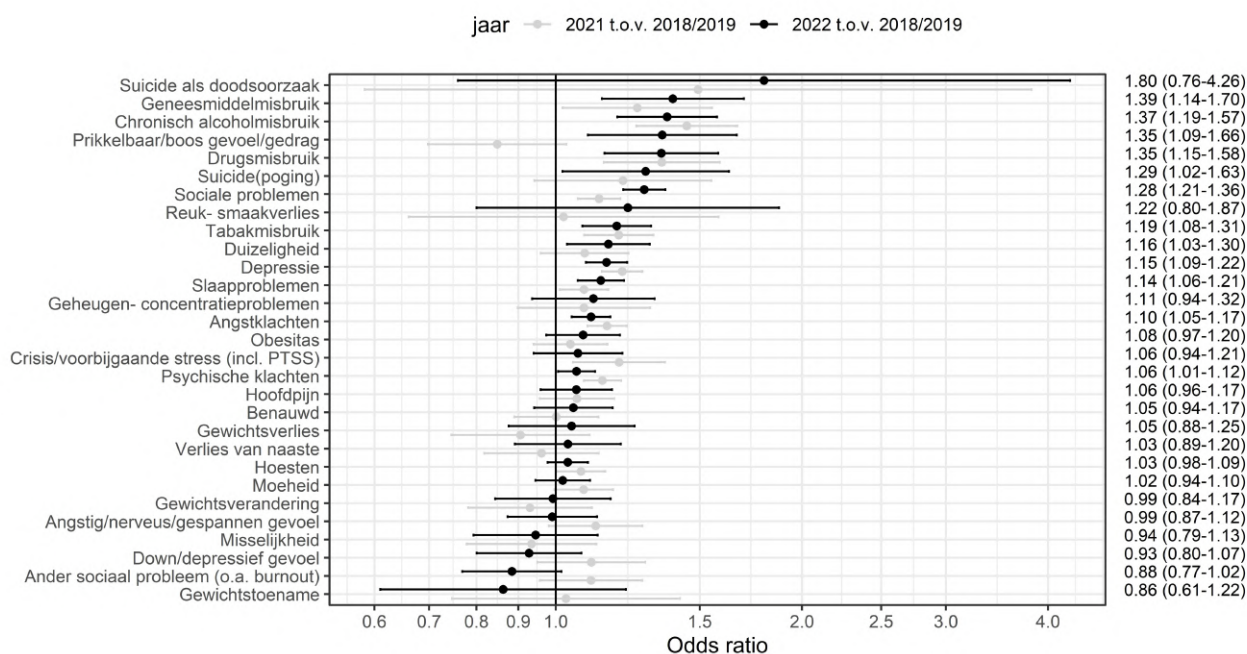


A12 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen psychische comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2021 t.o.v. 2018/2019), vergeleken voor 2021 t.o.v. 2018/2019



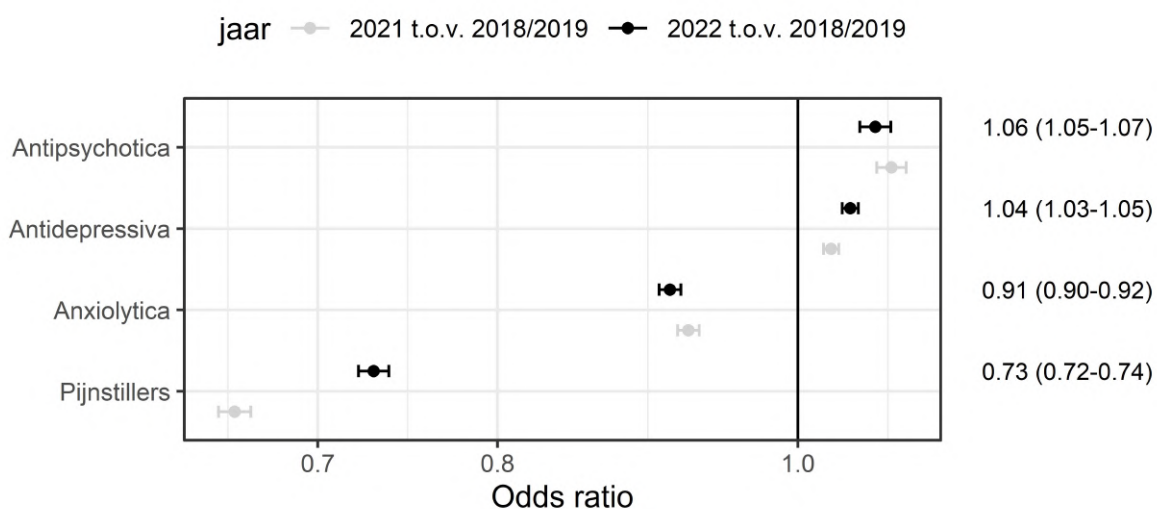
Sociale problemen

A13 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen sociale problemen (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



Algemene frequentie prescripties

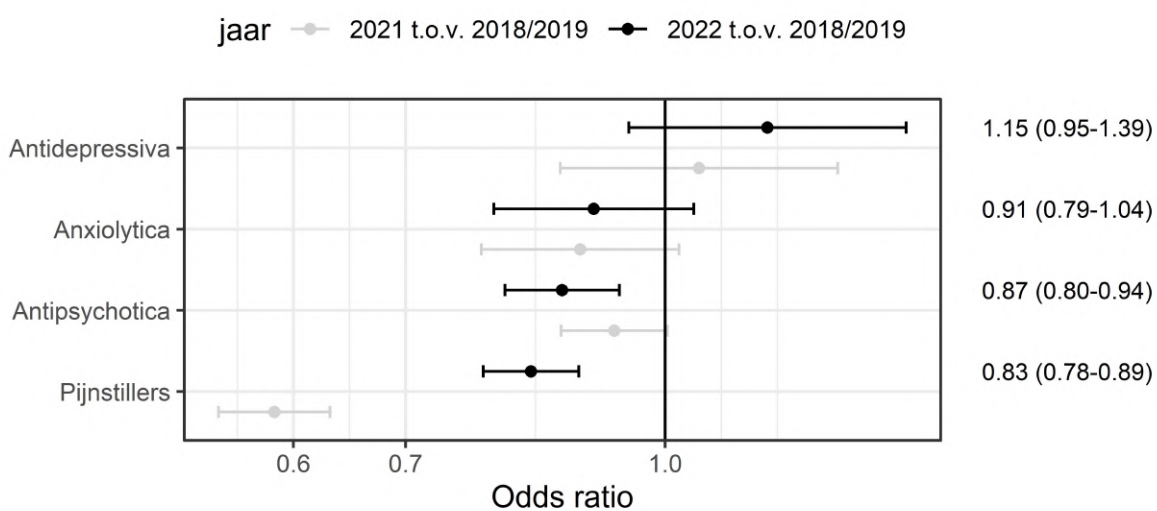
A14 Odds ratio's (met 95%-BI) voor de prevalentie van voorgeschreven medicatie in 2022 t.o.v. 2018/2019, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



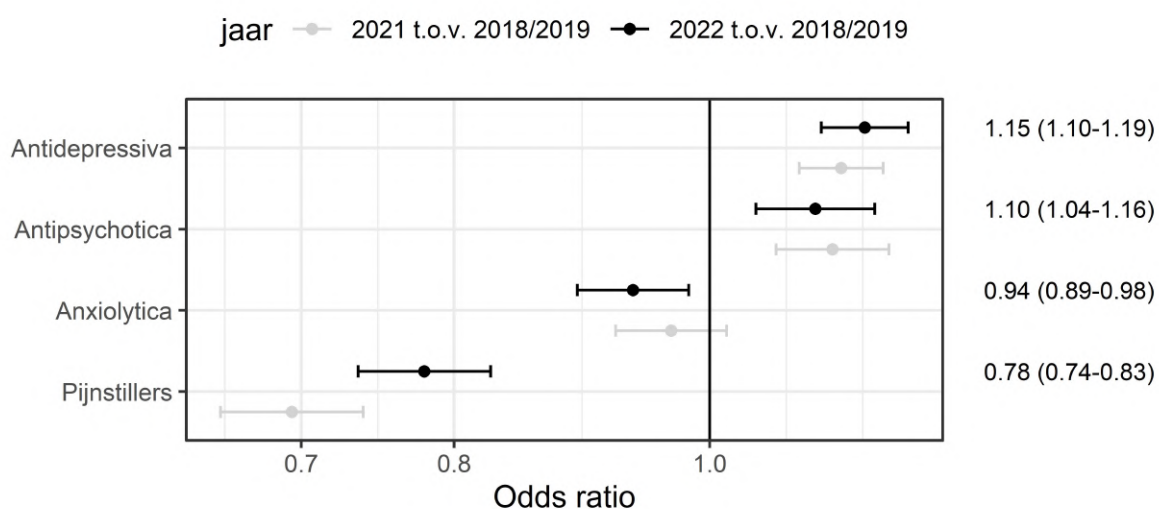
Frequentie prescripties in kwetsbare groepen

Leeftijd

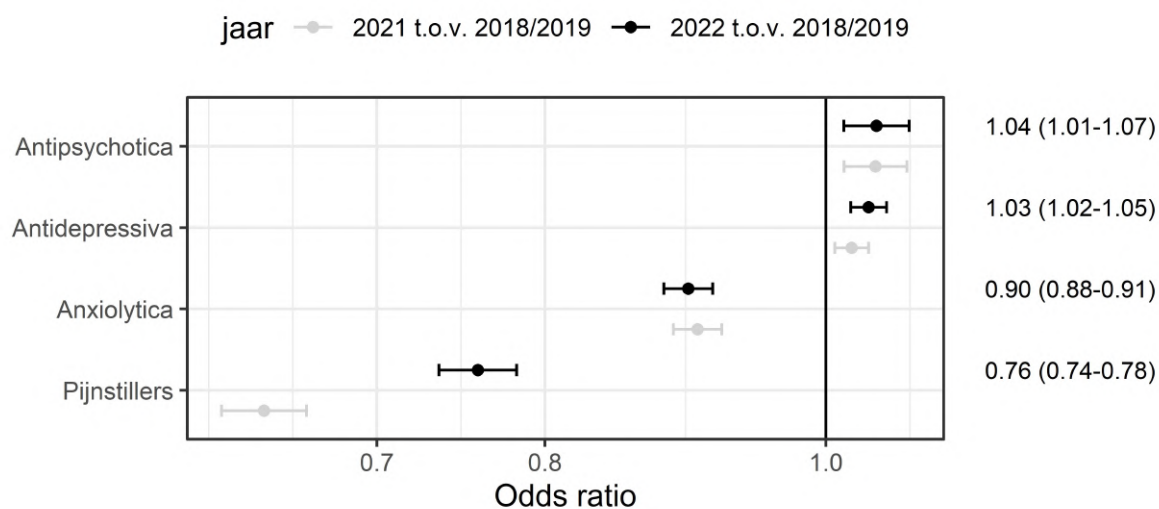
A15 Odds ratio's (met 95%-BI) voor prescripties in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 5- t/m 14-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2019/2018



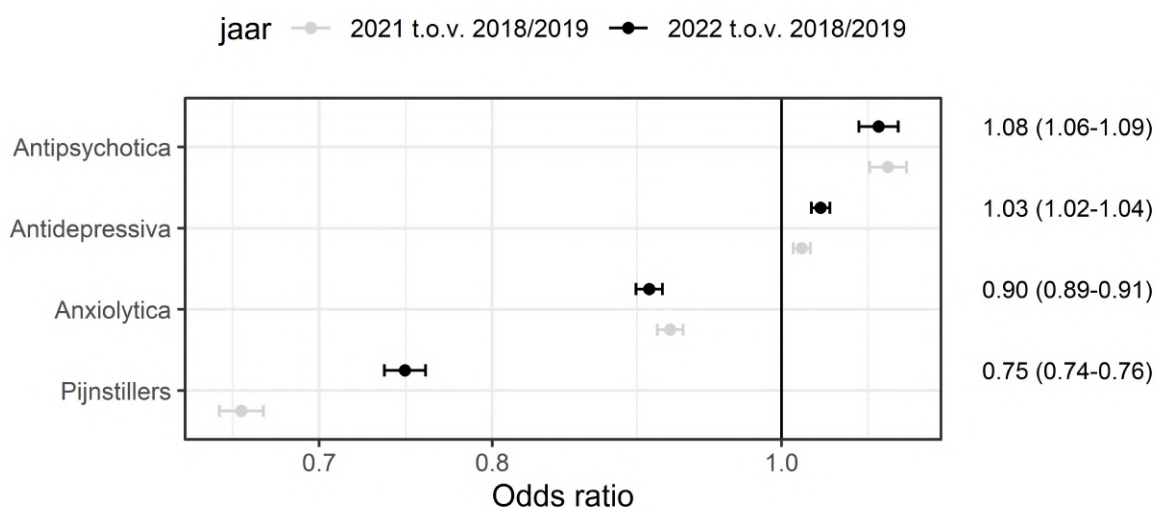
A16 Odds ratio's (met 95%-BI) voor prescripties in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 15- t/m 24-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



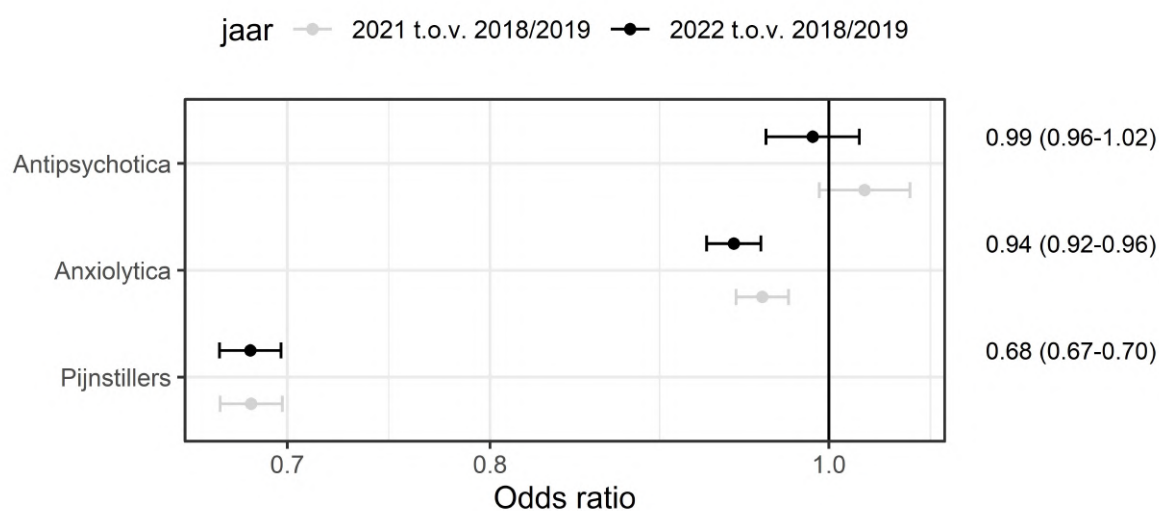
A17 Odds ratio's (met 95%-BI) voor prescripties in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 25- t/m 44-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



A18 Odds ratio's (met 95%-BI) voor prescripties in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 45- t/m 74-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

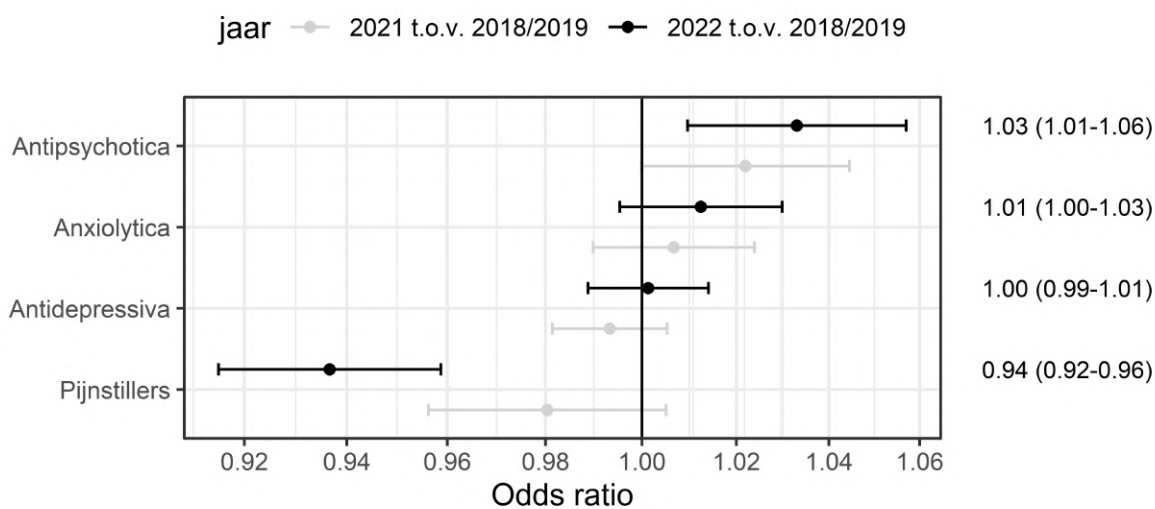


A19 Odds ratio's (met 95%-BI) voor prescripties in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 75 jaar en ouder, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



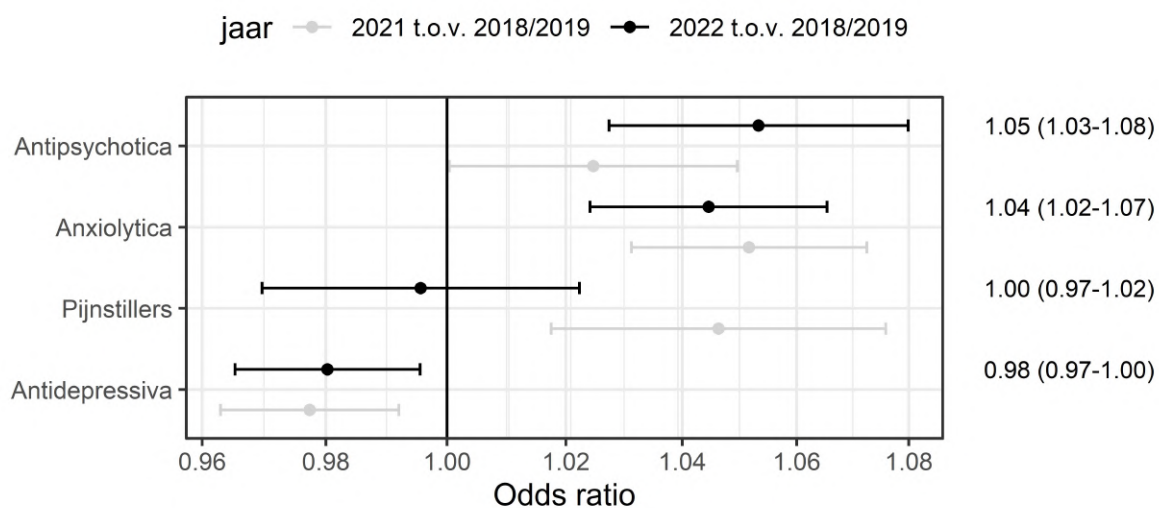
Geslacht

A20 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen geslacht (vrouwen t.o.v. mannen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



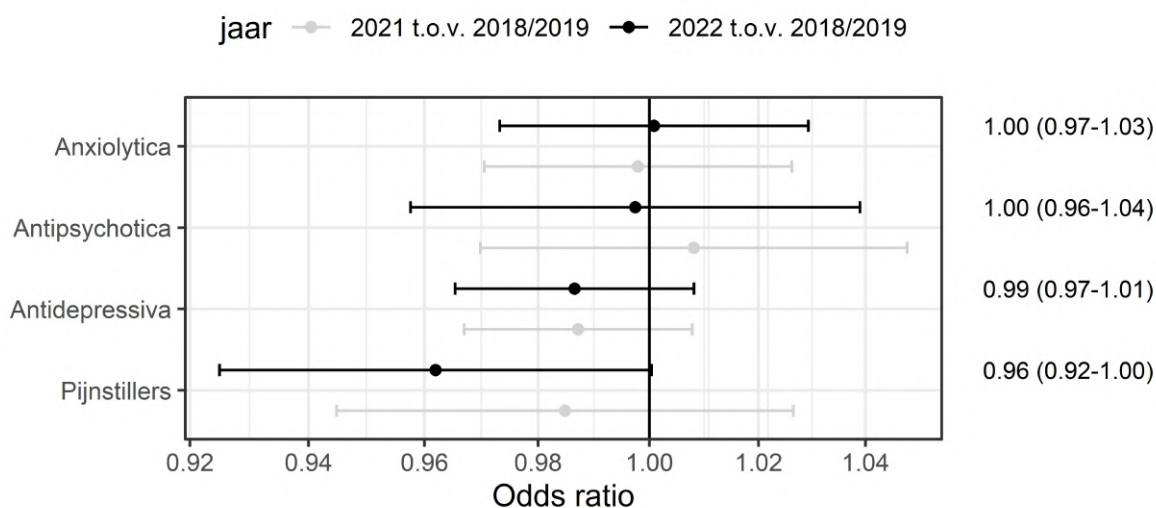
Inkomen

A21 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen inkomen (laag t.o.v. normaal/hog) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

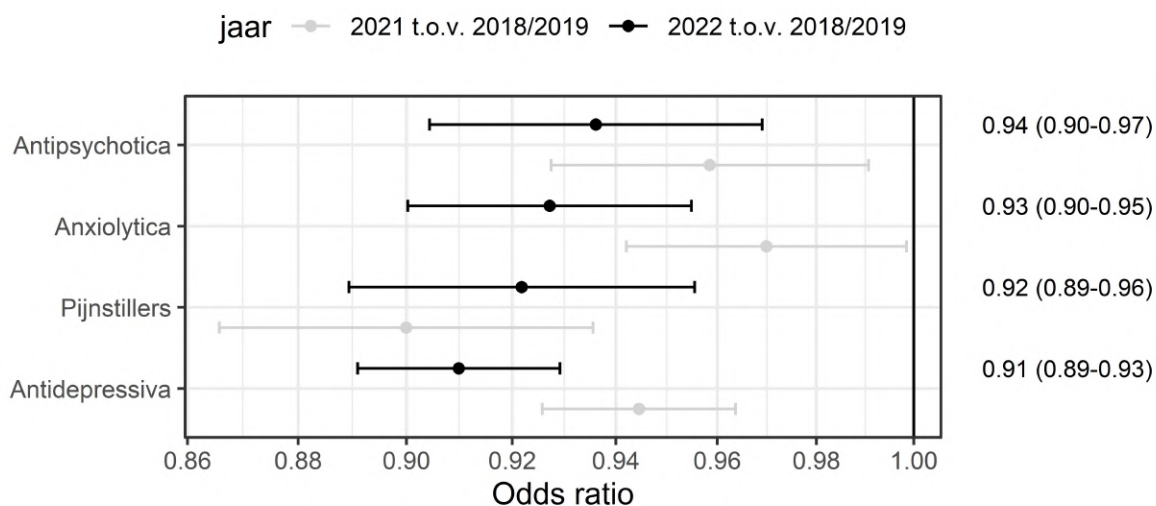


Migratieachtergrond

A22 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen migratieachtergrond (westerse migratie t.o.v. geen migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

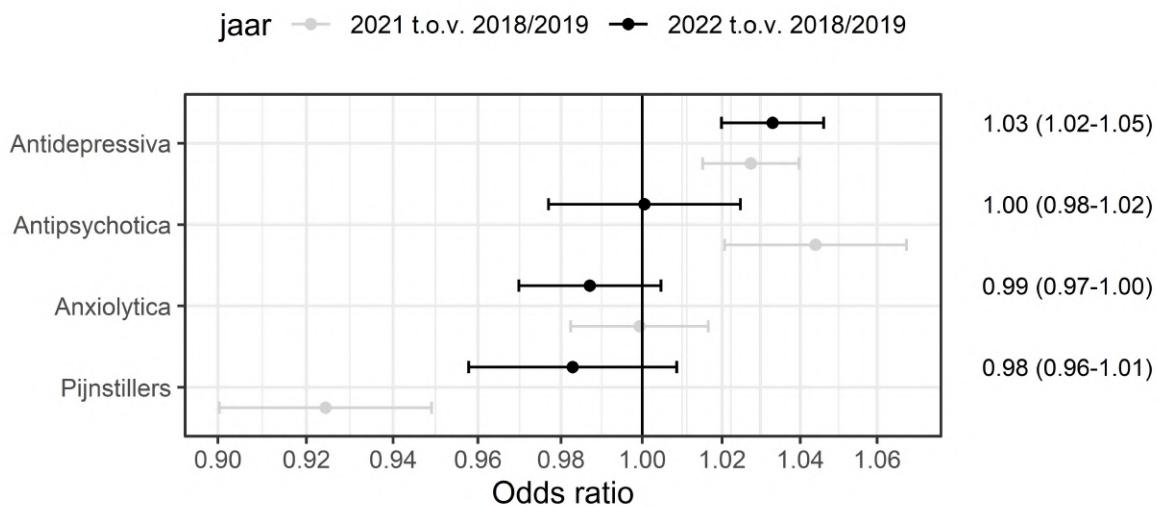


A23 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen migratieachtergrond (niet-westerse migratie t.o.v. geen migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

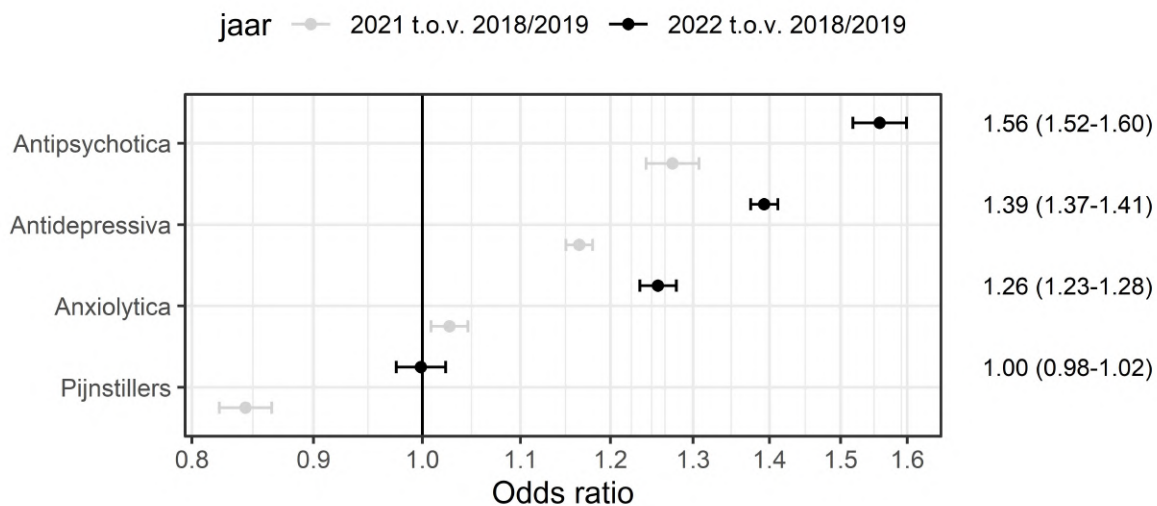


Fysieke en psychische comorbiditeiten

A24 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen fysieke comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v.

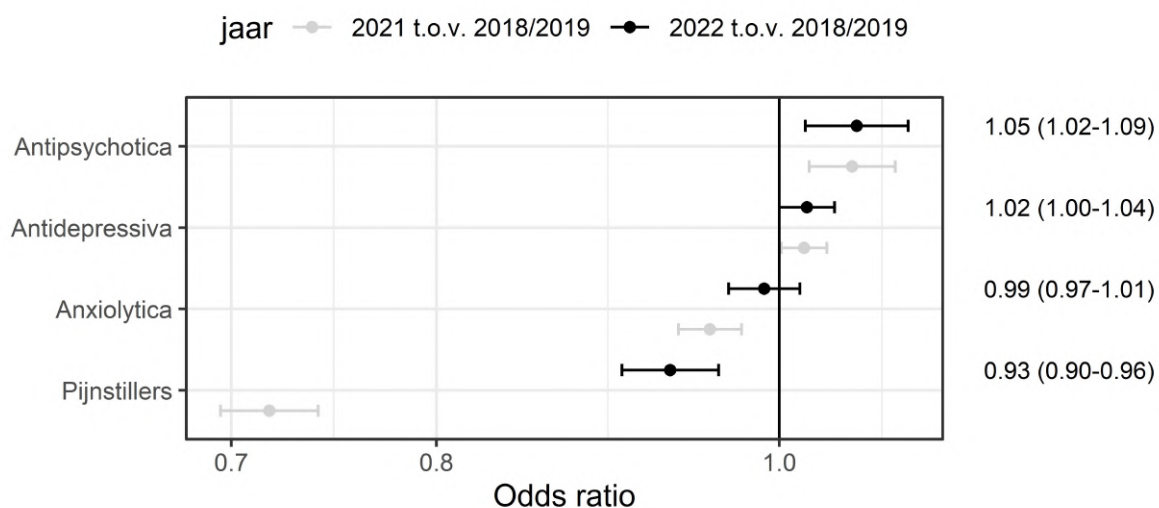


A25 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen psychische comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



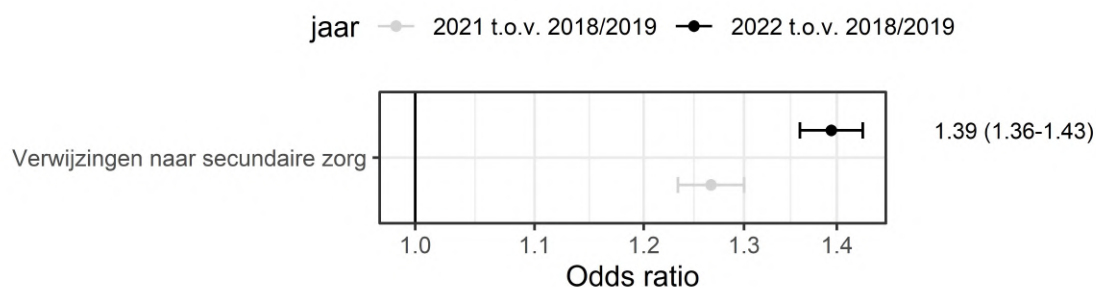
Sociale problemen

A26 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen sociale problemen (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



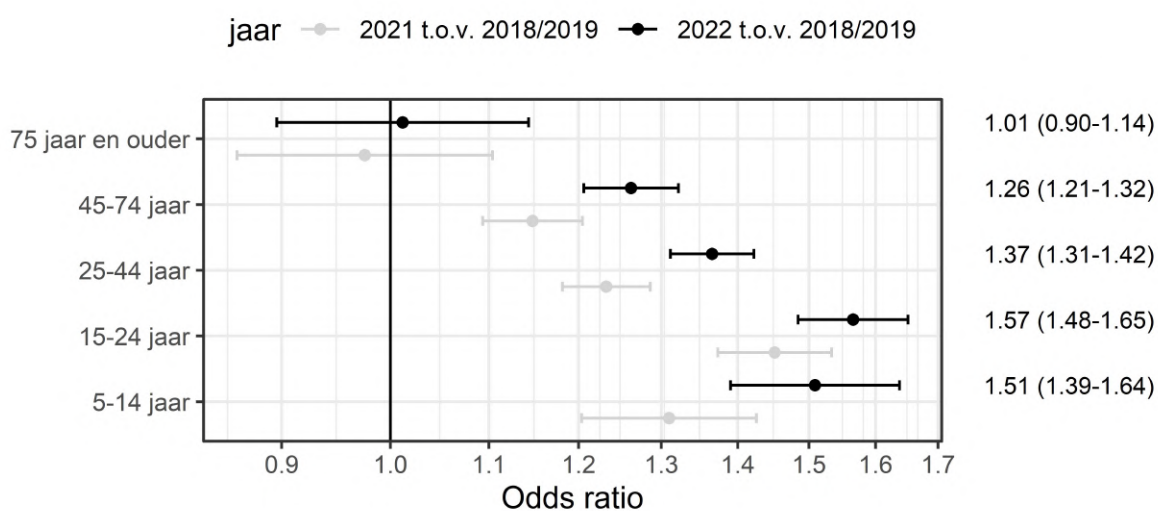
Algemene prevalentie verwijzingen

A27 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen naar secundaire zorg voor psychische problemen in 2022 t.o.v. 2018/2019, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

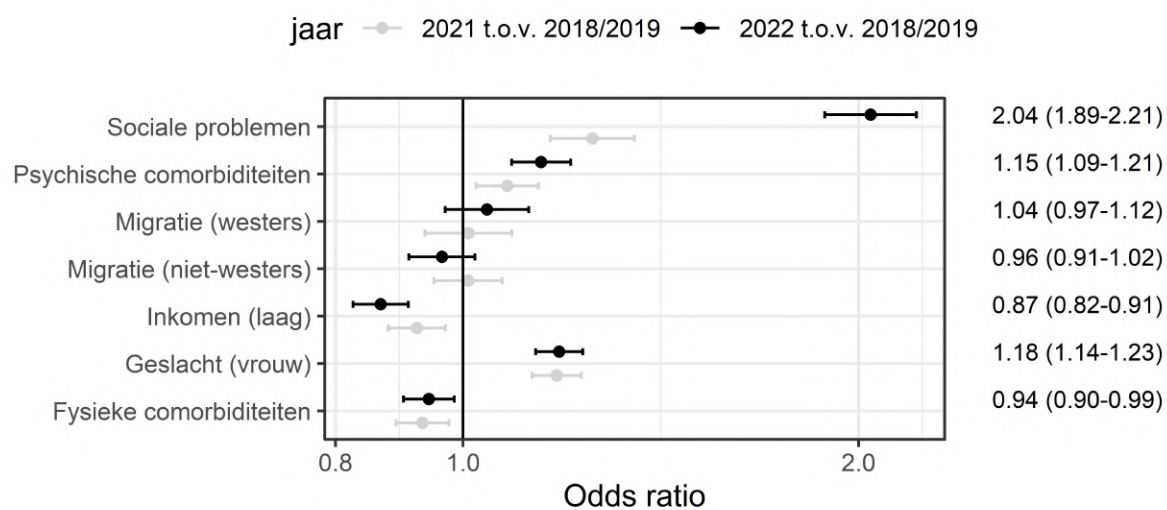


Prevalentie verwijzingen in kwetsbare groepen

A28 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen naar secundaire zorg voor psychische problemen in 2022 t.o.v. 2018/2019 per leeftijdsgroep, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

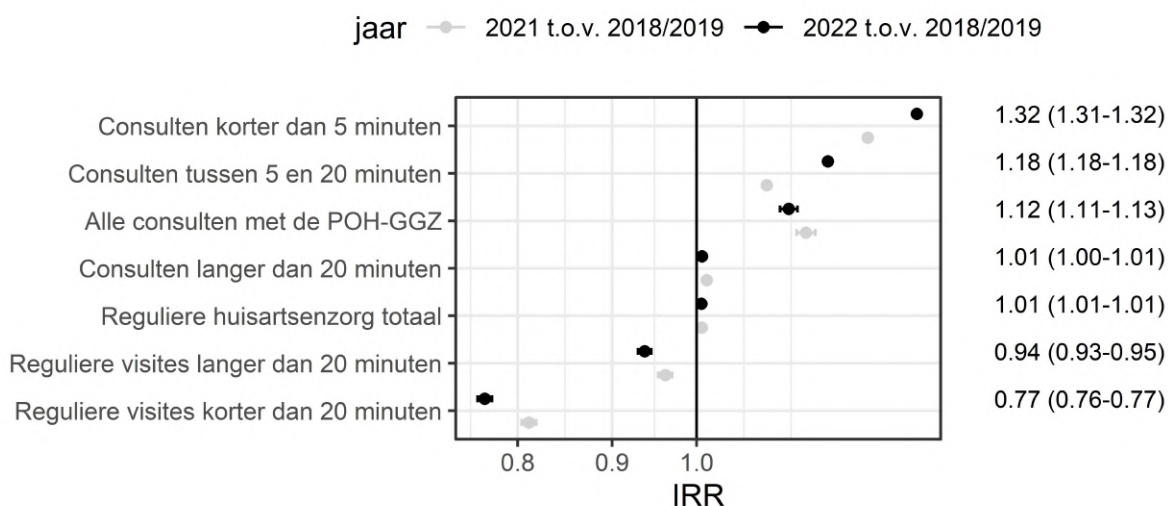


A29 Odds ratio's (met 95%-BI) van alle interactie-effecten tussen kwetsbare groepen en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor verwijzingen naar secundaire zorg voor psychische problemen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



Algemene prevalentie zorggebruik

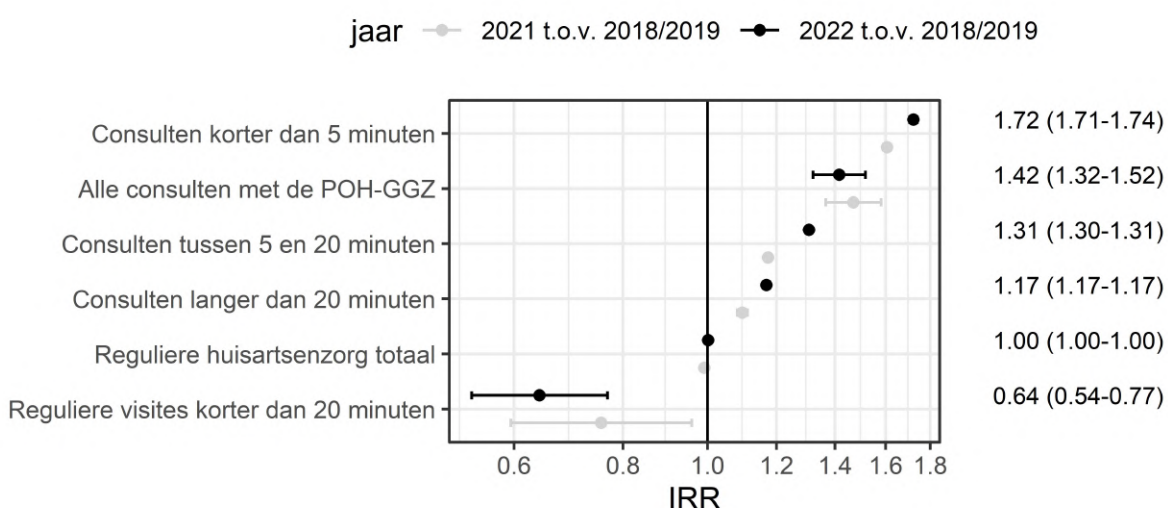
A30 Odds ratio's (met 95%-BI) voor de prevalentie van zorggebruik in 2022 t.o.v. 2018/2019, vergeleken met 2022 t.o.v. 2018/2019, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



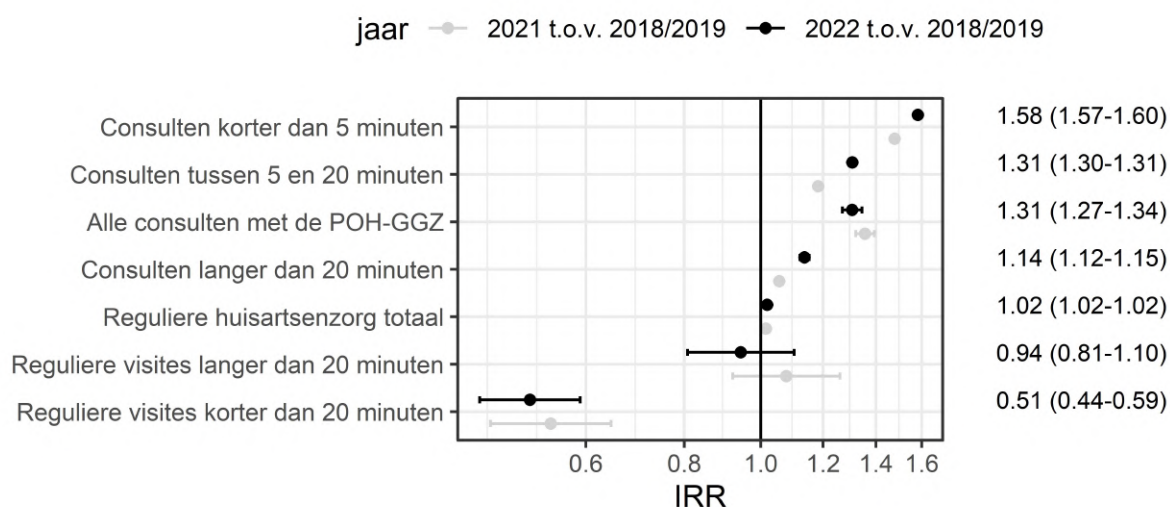
Prevalentie zorggebruik in kwetsbare groepen

Leeftijd

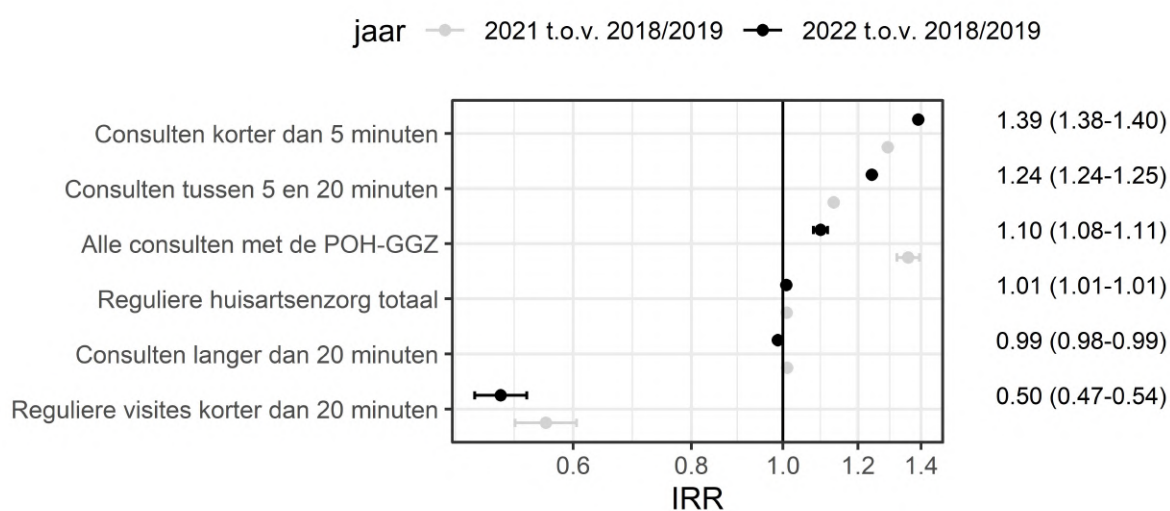
A31 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 5- t/m 14-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



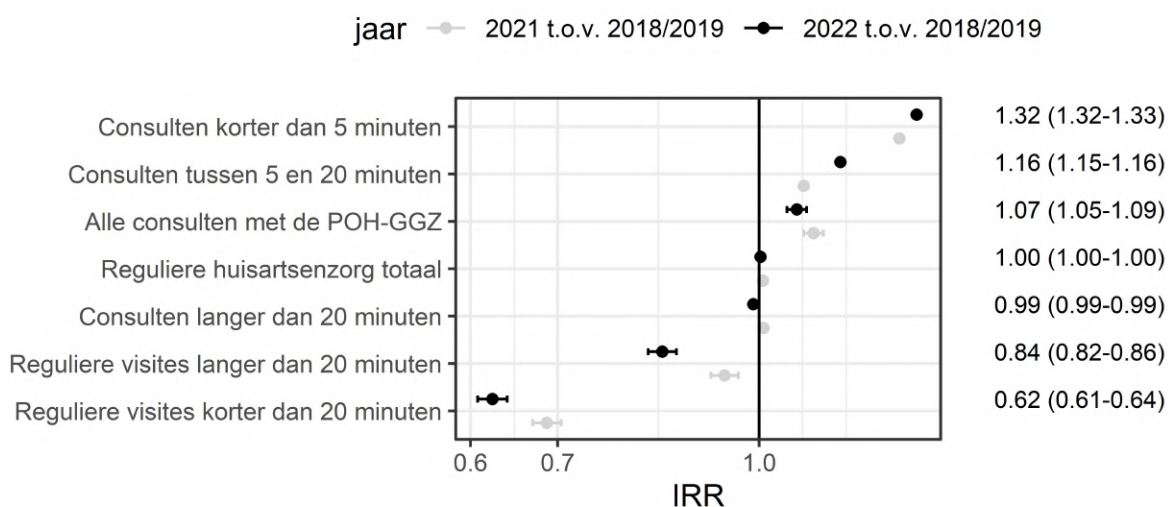
A32 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 15- t/m 24-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



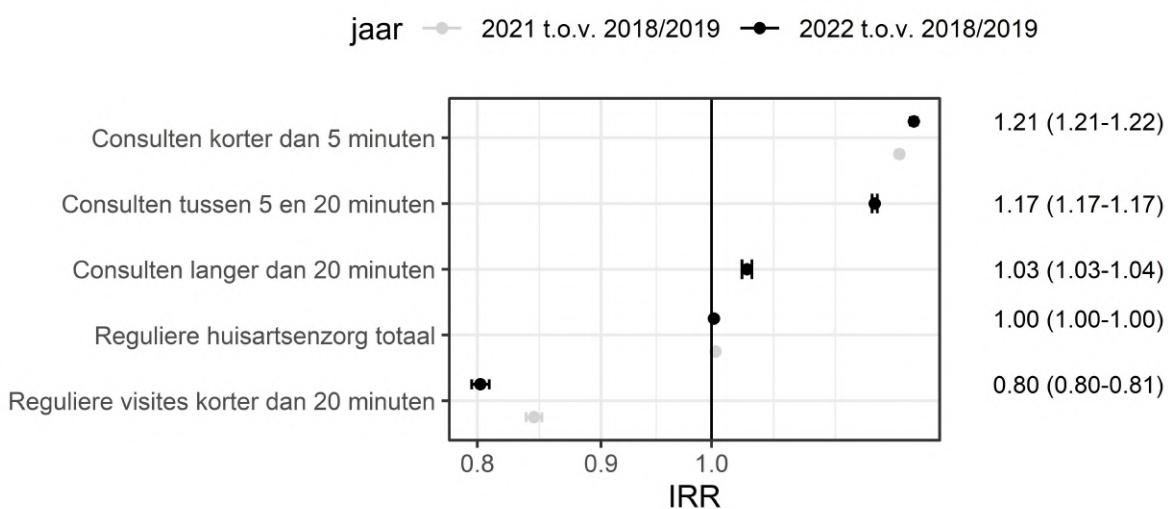
A33 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 25- t/m 44-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



A34 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 45- t/m 74-jarigen, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

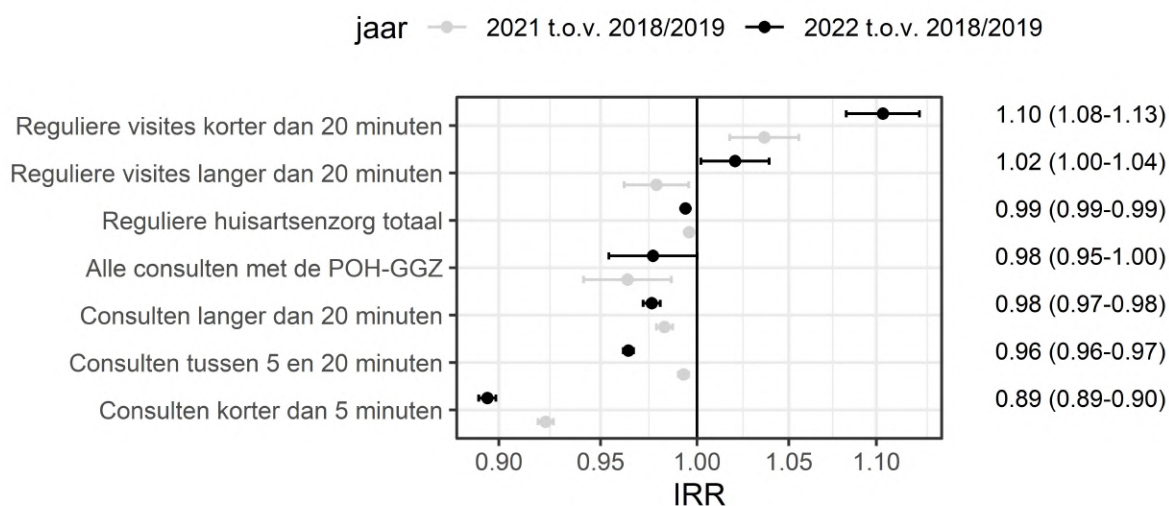


A35 Odds ratio's (met 95%-BI) voor verwijzingen in 2022 t.o.v. 2018/2019 onder 75 jaar en ouder, vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



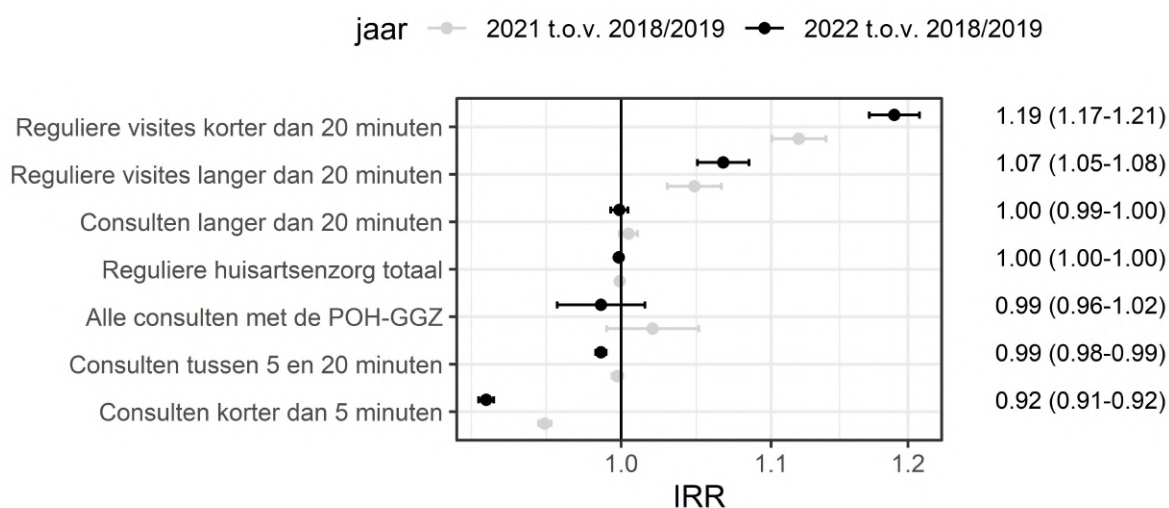
Geslacht

A36 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen geslacht (vrouwen t.o.v. mannen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



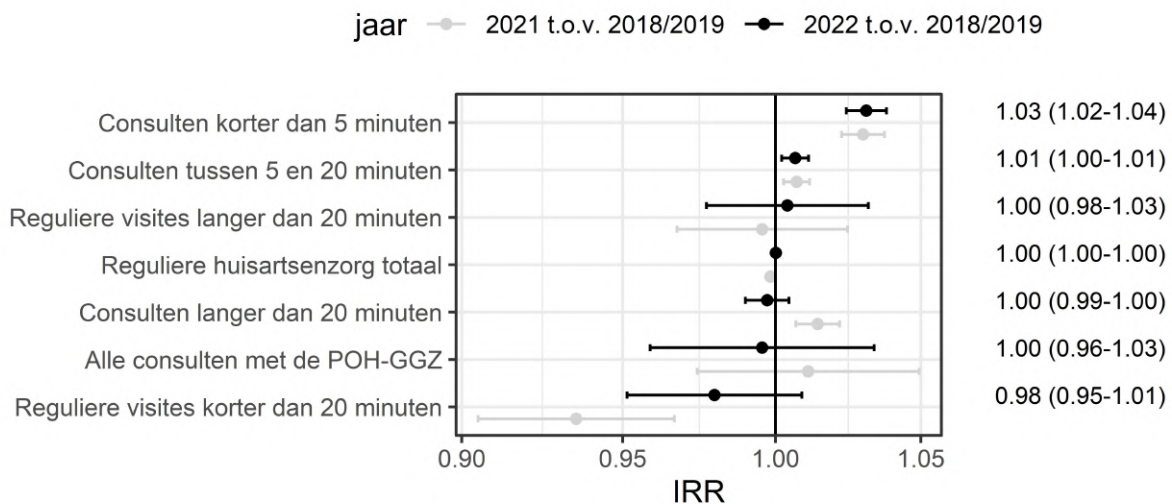
Inkomen

A37 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen inkomen (laag t.o.v. normaal/hoo) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

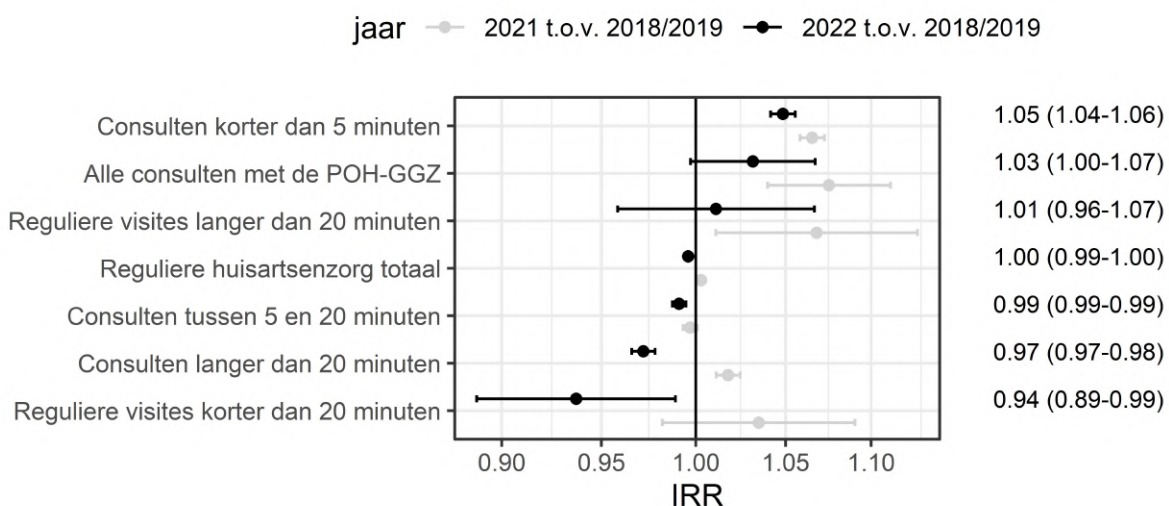


Migratieachtergrond

A38 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen migratieachtergrond (westers t.o.v. geen migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

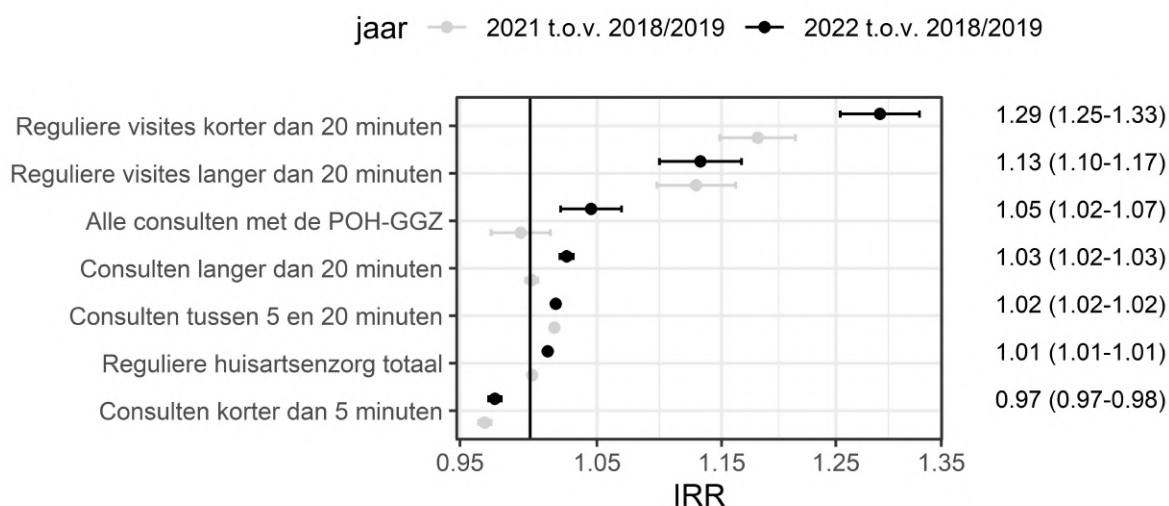


A39 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen migratieachtergrond (niet-westers t.o.v. geen migratieachtergrond) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

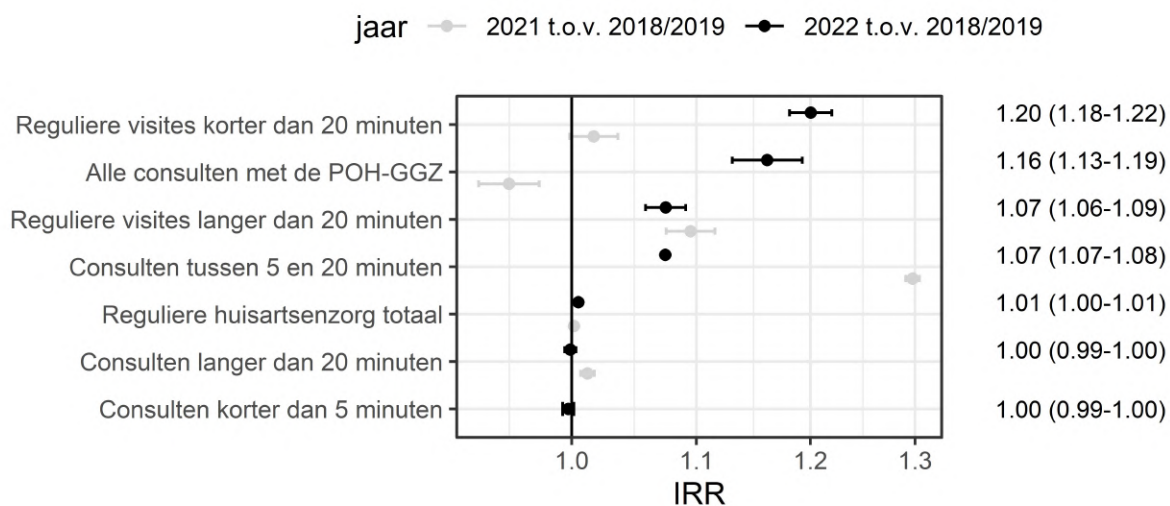


Fysieke en psychische comorbiditeiten

A40 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen fysieke comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

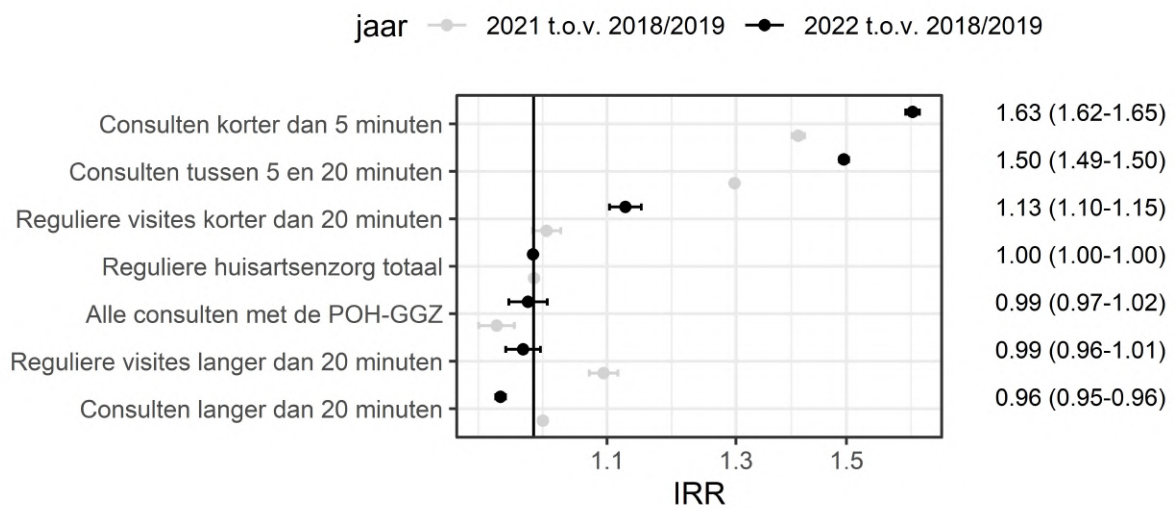


A41 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen psychische comorbiditeiten (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019



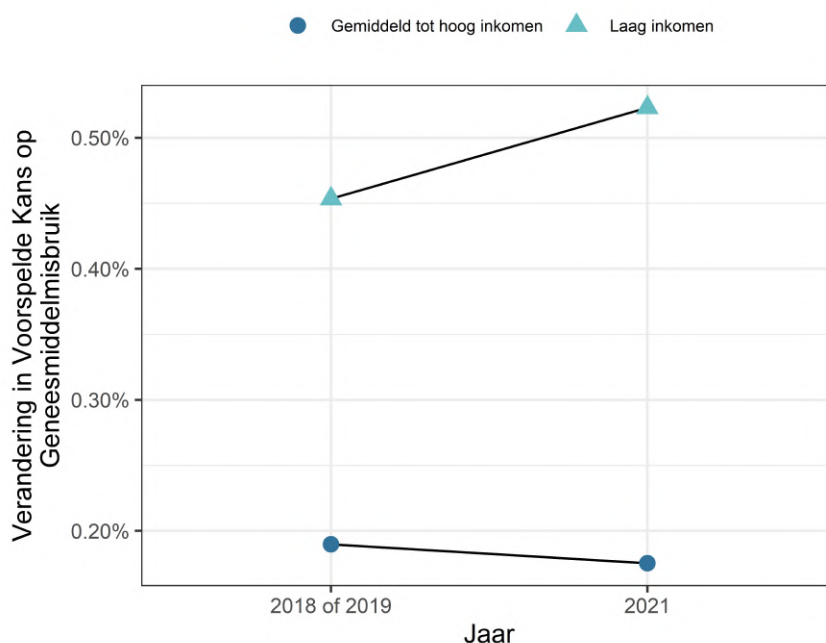
Sociale problemen

A42 Odds ratio's (met 95%-BI) van de interactie-effecten tussen sociale problemen (wel t.o.v. niet aanwezig) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019), vergeleken met 2021 t.o.v. 2018/2019

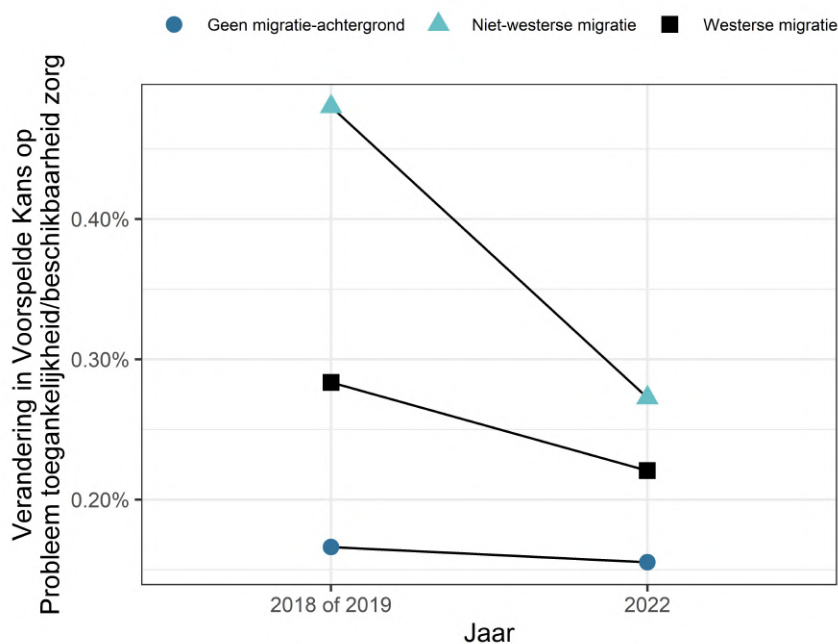


Bijlage B – Figuren bij opvallende interactie-effecten

B1 Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen inkomen (gemiddeld tot hoog t.o.v. laag) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor geneesmiddelmisbruik

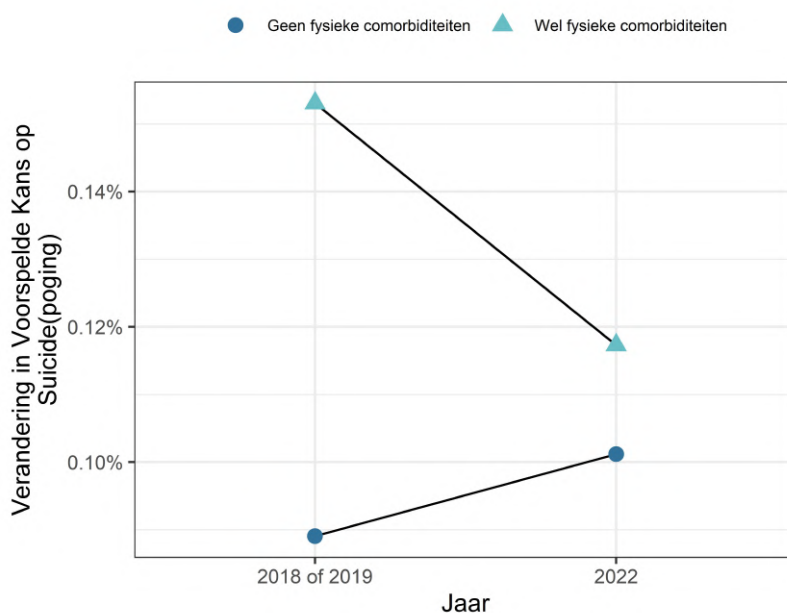


B2 Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen migratieachtergrond (geen t.o.v. westerse en niet-westerse migratie) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor problemen rondom toegankelijkheid van zorg



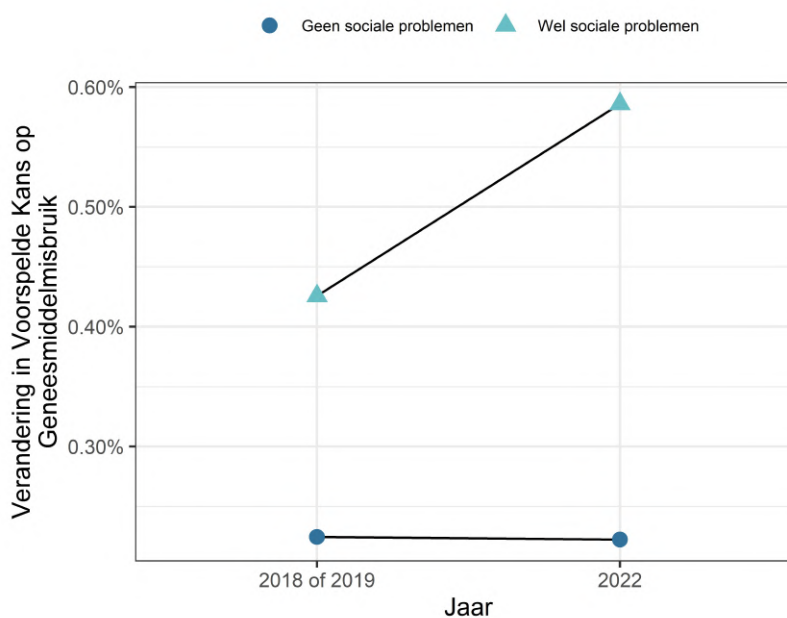
B3

Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen fysieke comorbiditeiten (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor suïcidepogingen (en gedachten)



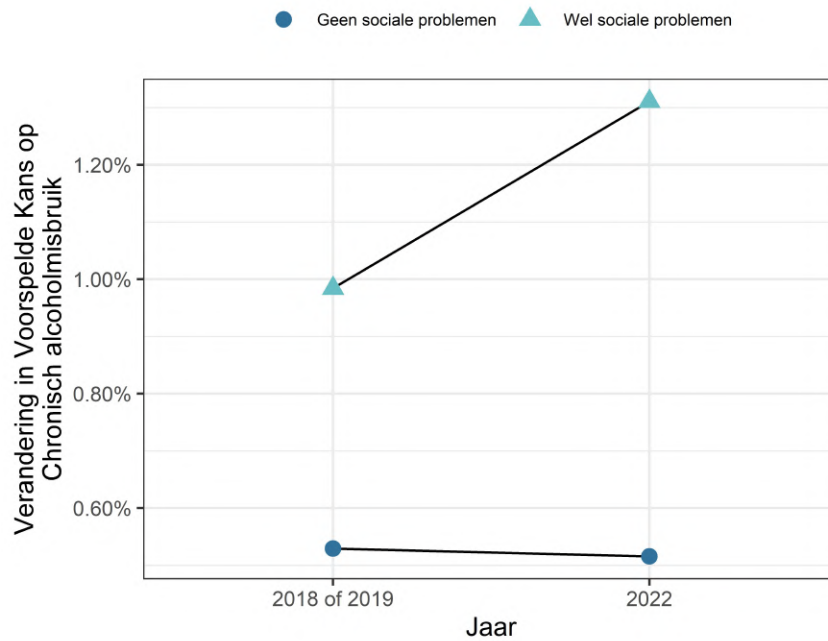
B4

Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor geneesmiddelmisbruik



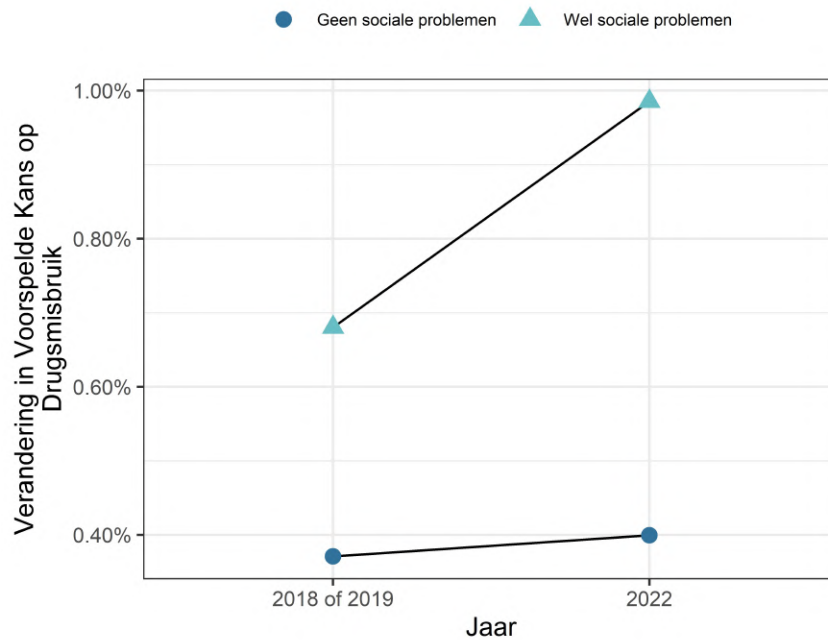
B5

Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor alcoholmisbruik

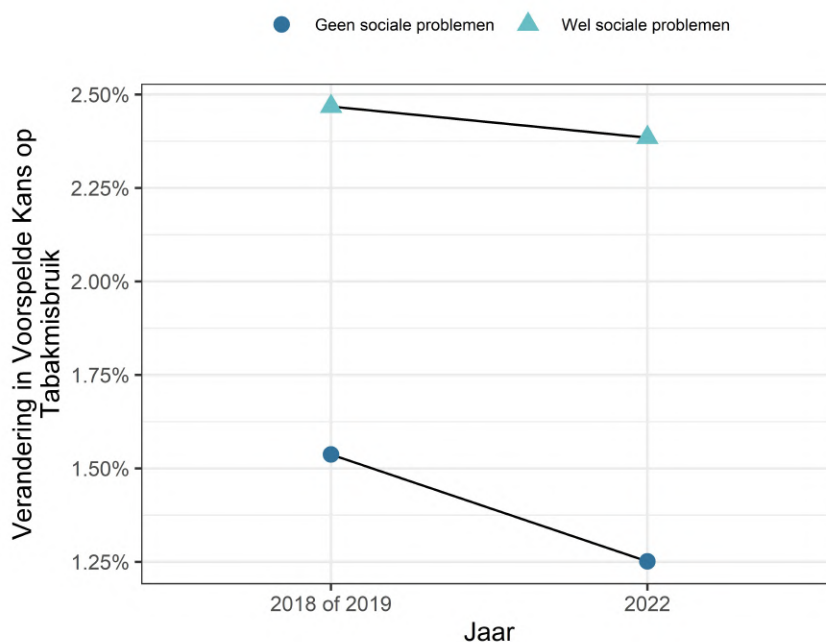


B6

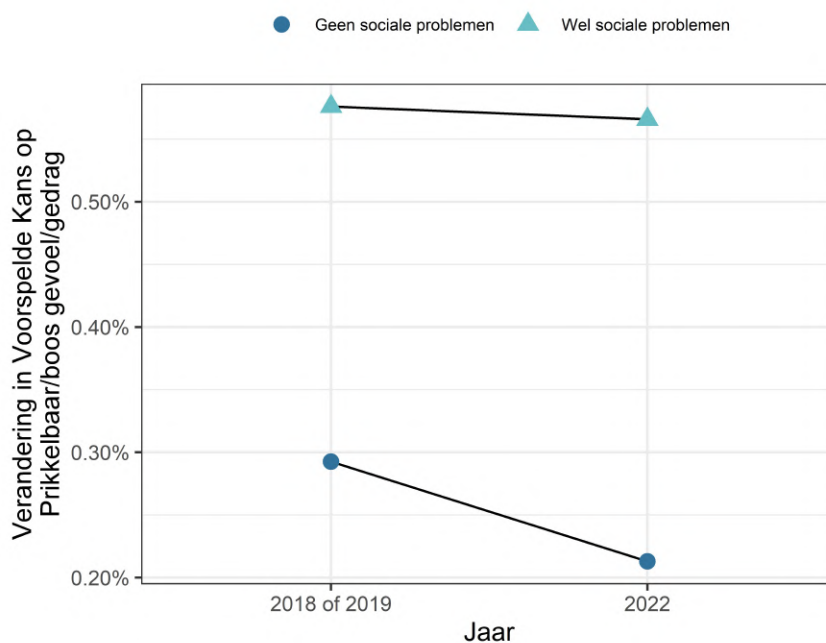
Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor drugsmisbruik



B7 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel sociale problemen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor tabakmisbruik*

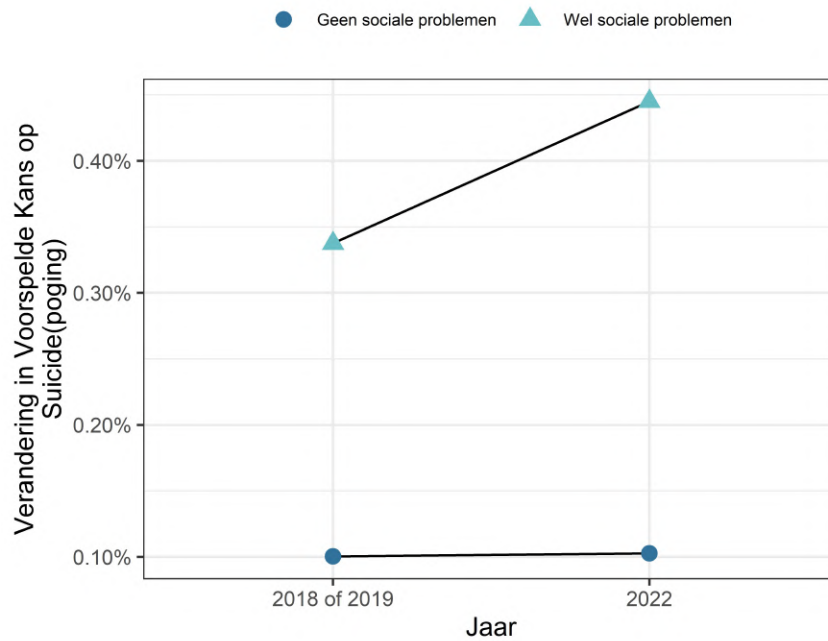


B8 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor een prikkelbaar/boos gevoel/gedrag*



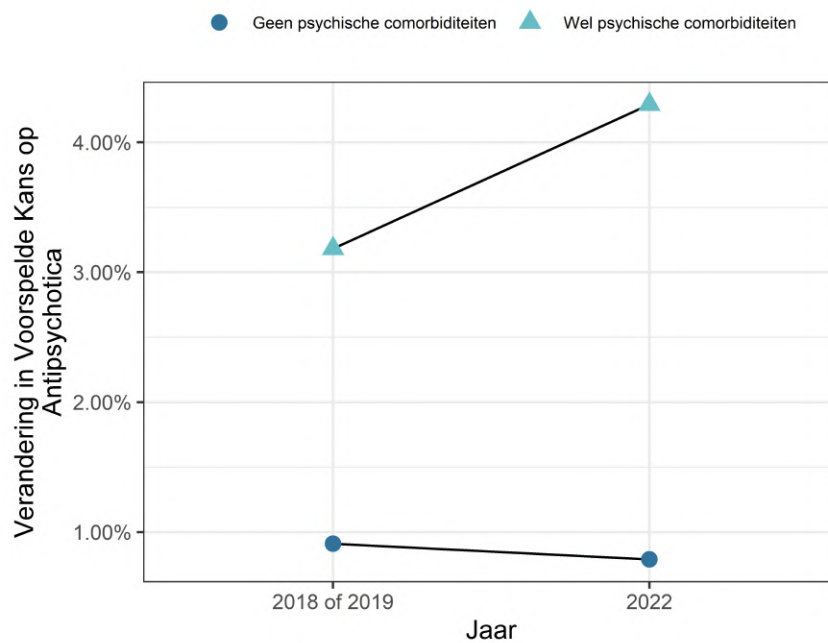
B9

Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor suïcidepogingen (en gedachten)

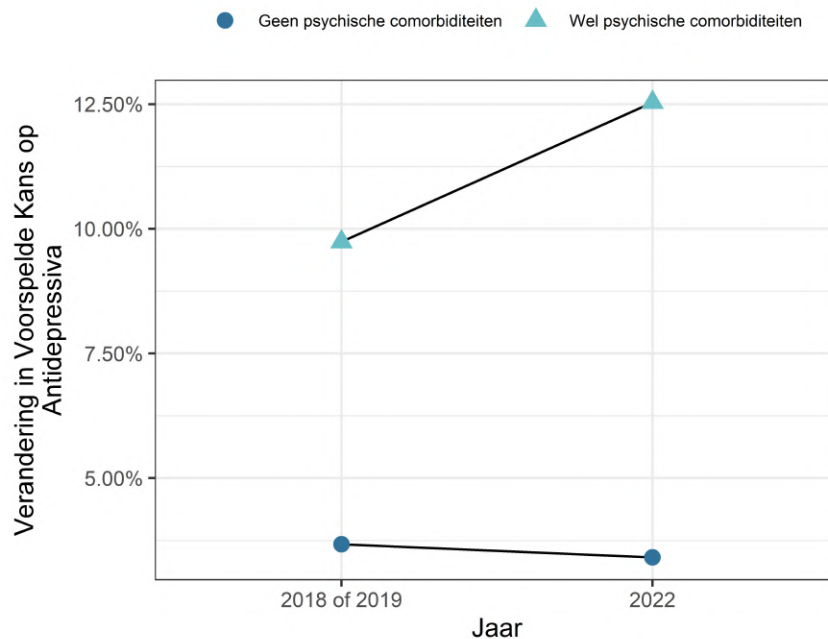


B10

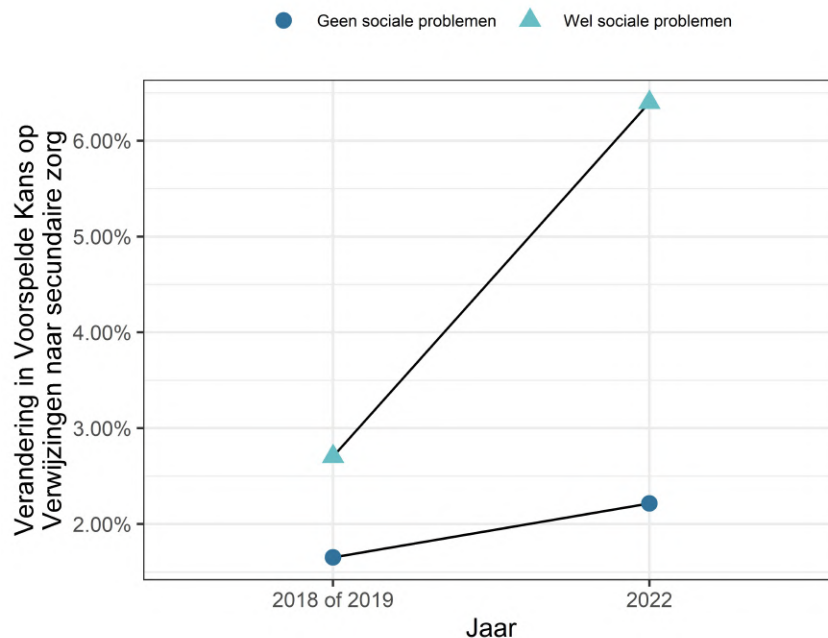
Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen psychische comorbiditeiten (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor voorgeschreven antipsychotica



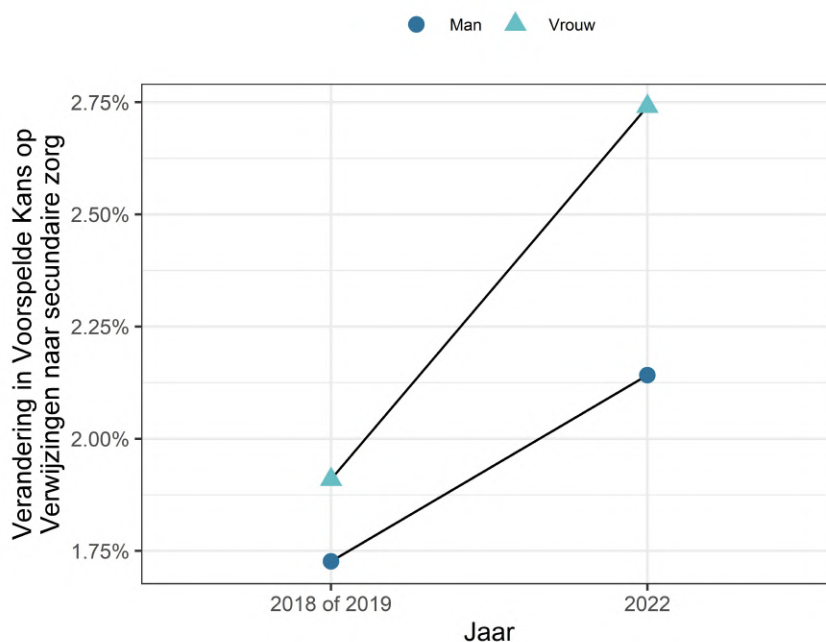
B11 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen psychische comorbiditeiten (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor voorgeschreven antidepressiva*



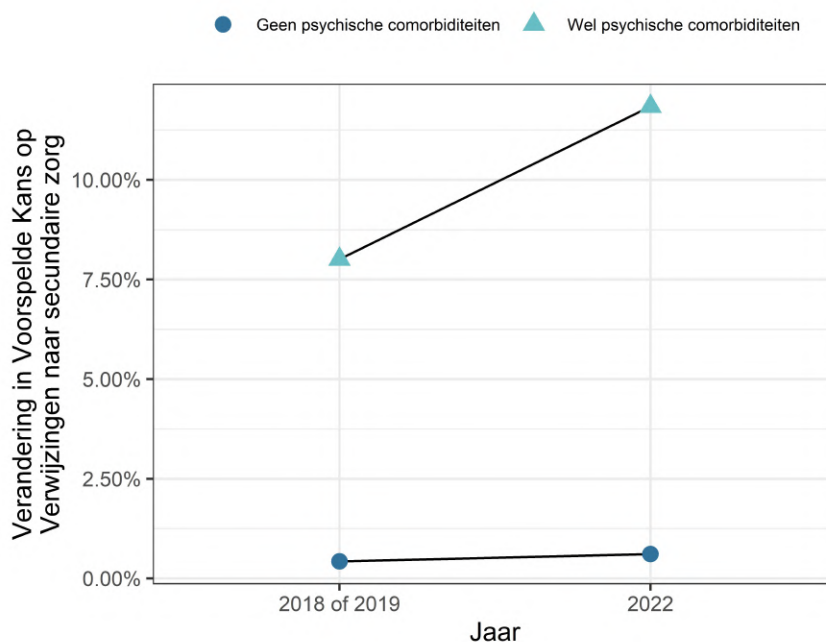
B12 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel sociale problemen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor verwijzingen naar secundaire zorg*



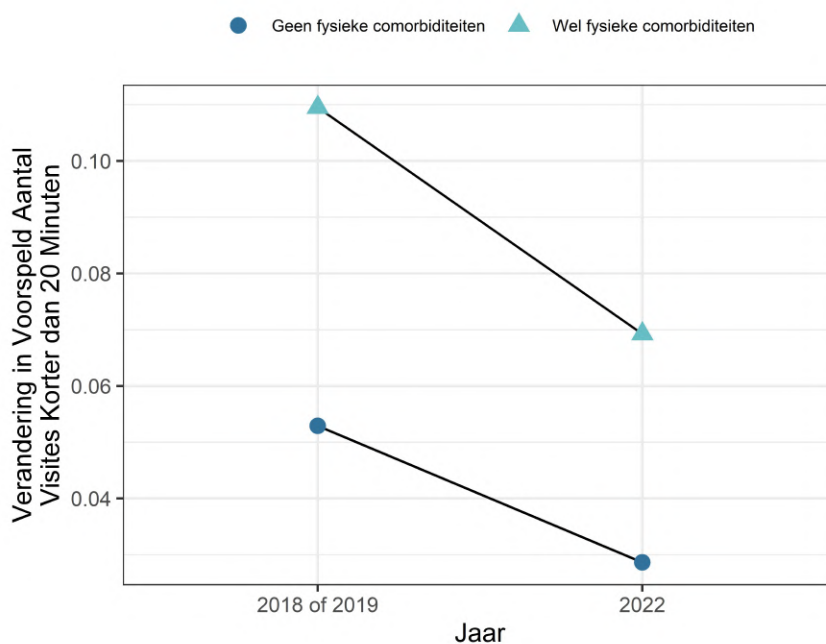
B13 Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen geslacht (mannen t.o.v. vrouwen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor verwijzingen naar secundaire zorg



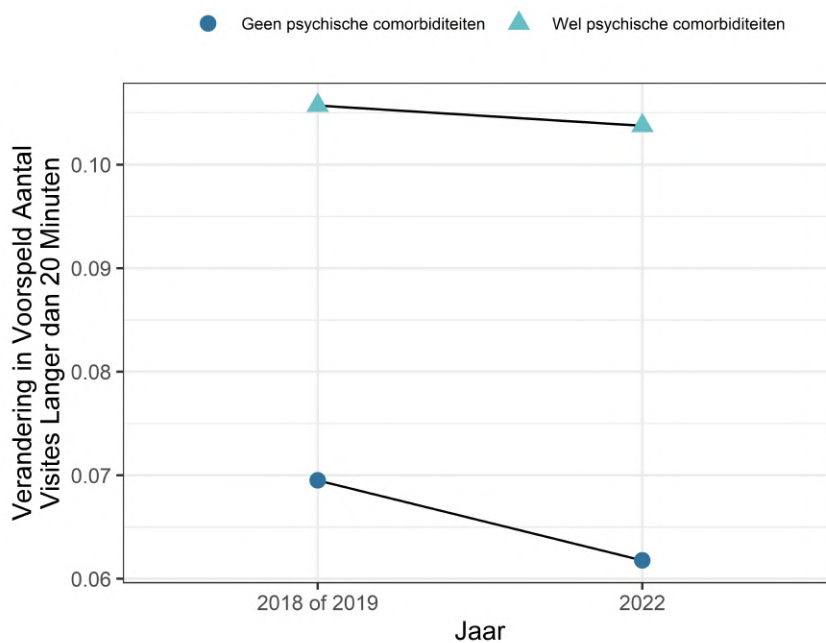
B14 Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen psychische comorbiditeiten (geen t.o.v. wel psychische comorbiditeiten) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor verwijzingen naar secundaire zorg



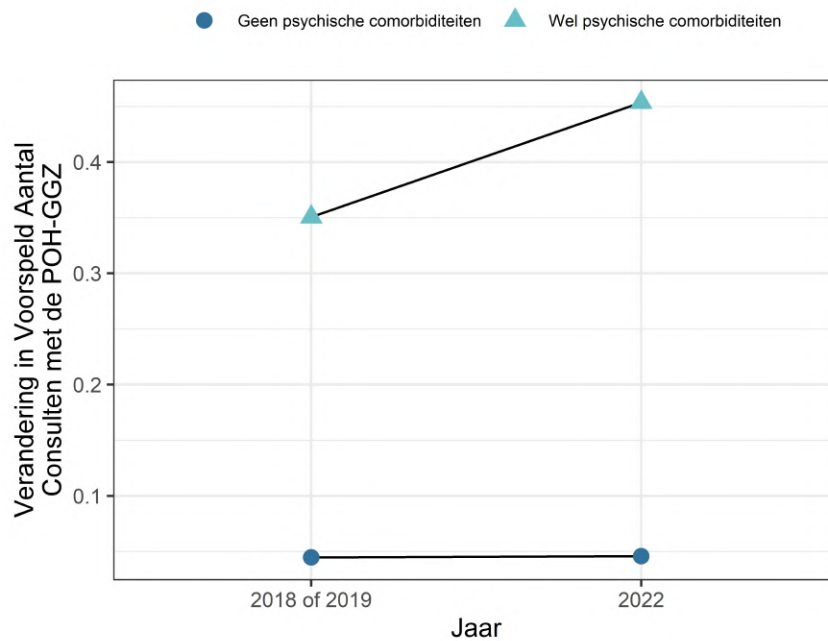
B15 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen fysieke comorbiditeiten (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) huisartsvisites korter dan 20 minuten*



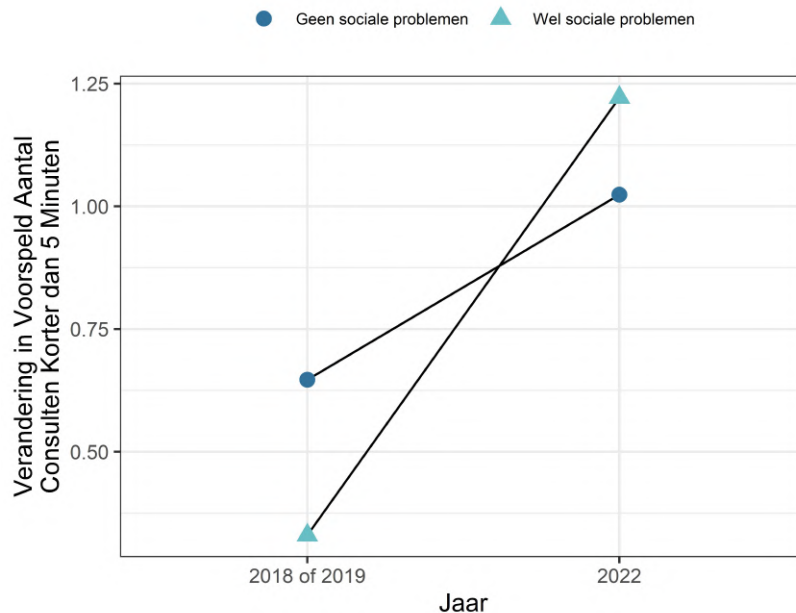
B16 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen psychische comorbiditeiten (geen t.o.v. wel sociale problemen) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor huisartsvisites langer dan 20 minuten*



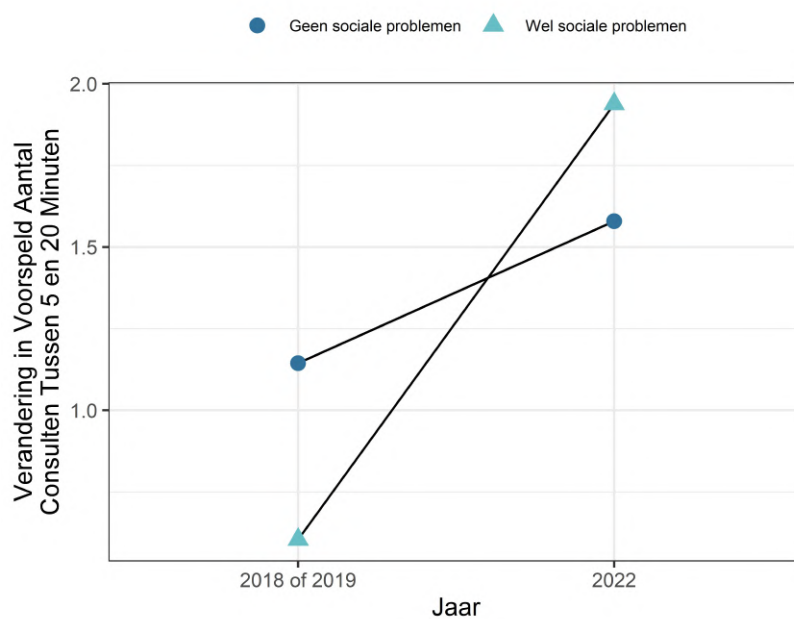
B17 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen psychische comorbiditeiten (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor consulten met de POH-GGZ*



18 *Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor huisartsconsulten van korter dan 5 minuten*



B19 Verandering in voorspelde kans o.b.v. van het interactiemodel tussen sociale problemen (geen t.o.v. wel) en jaar (2022 t.o.v. 2018/2019) voor huisartsconsulten tussen 5 en 20 minuten

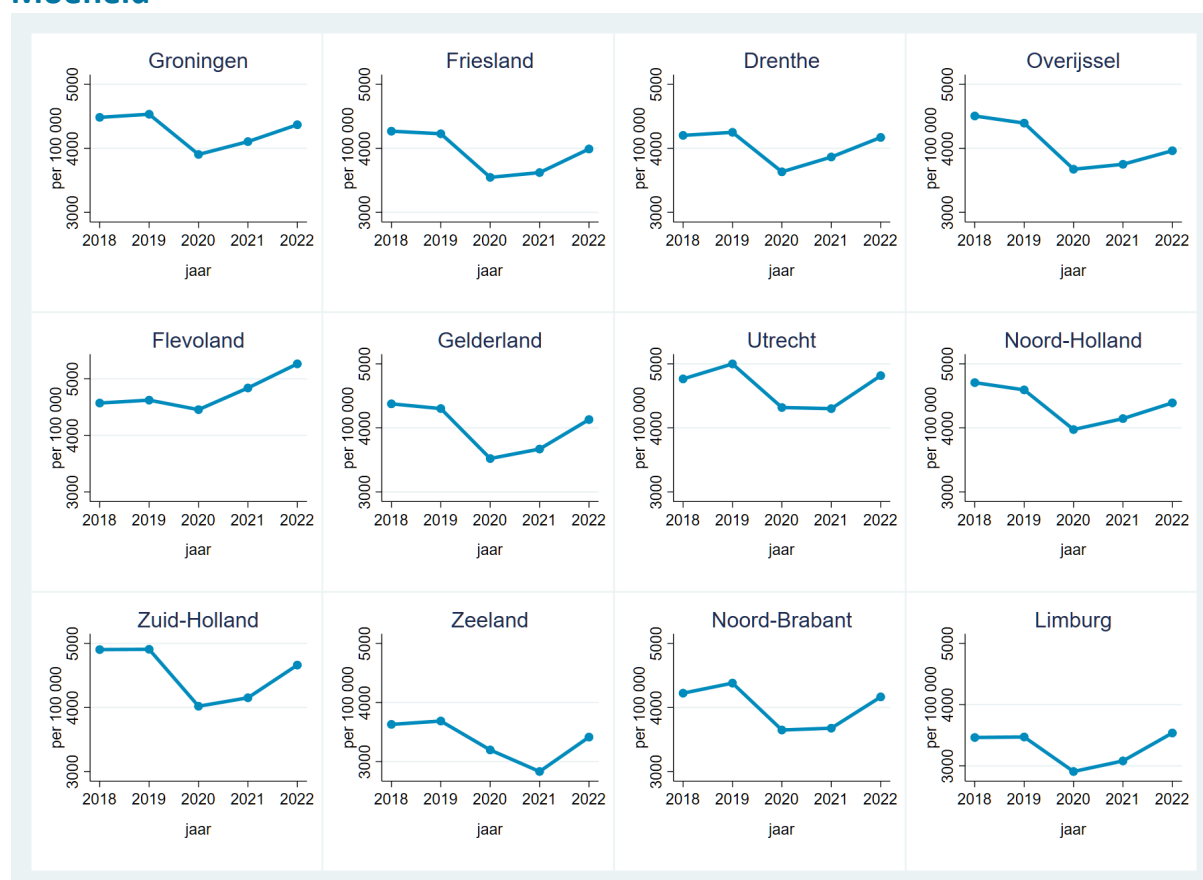


Bijlage C – Trendlijnen per provincie

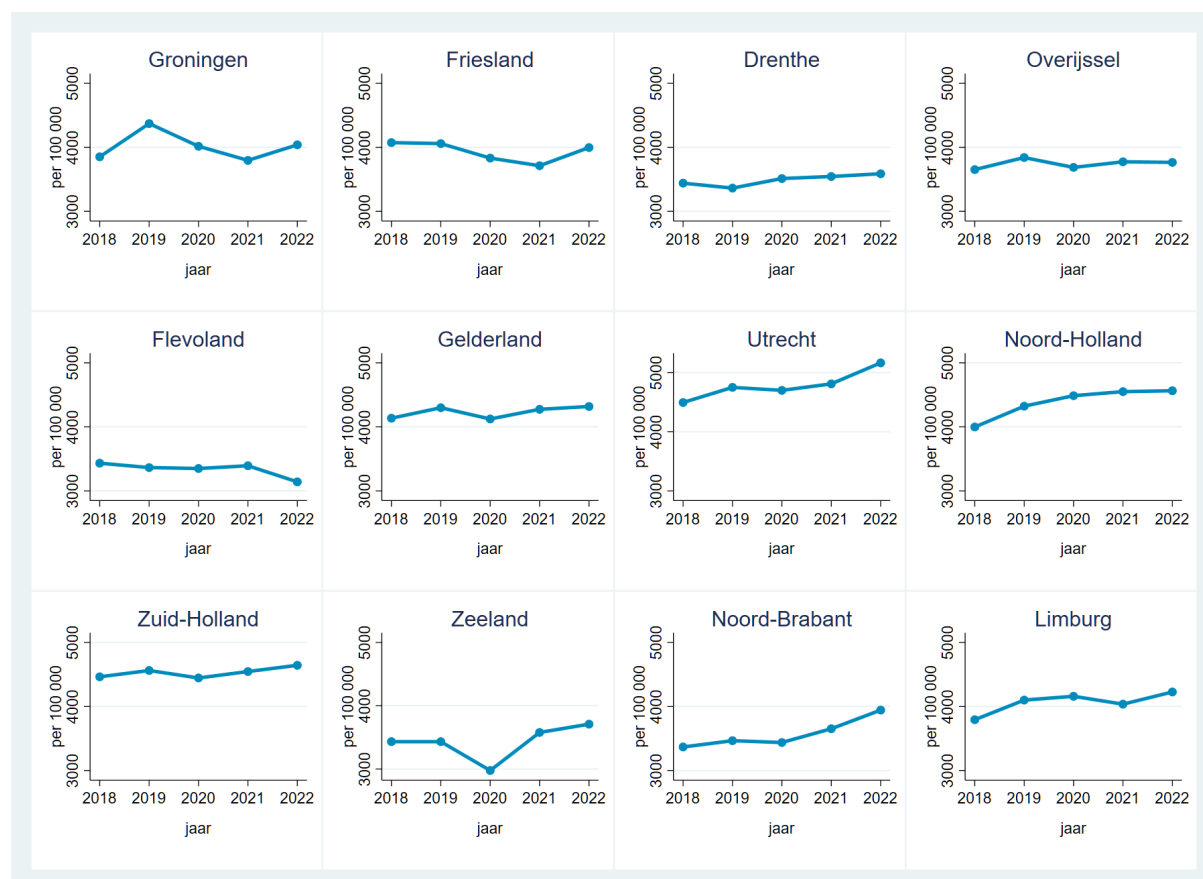
In deze bijlage wordt per provincie trendlijnen van de prevalentie van gezondheidsproblemen weergegeven van de jaren 2018-2021. Dit is gebaseerd op dezelfde gegevens over gezondheidsproblemen als in de hoofdtekst van dit rapport.

Hoewel in het huidige rapport de focus niet op het jaar 2020 ligt, is dit jaar in deze figuren wel weergegeven om een compleet beeld van het verloop van de prevalentie van gezondheidsproblemen over de tijd weer te geven.

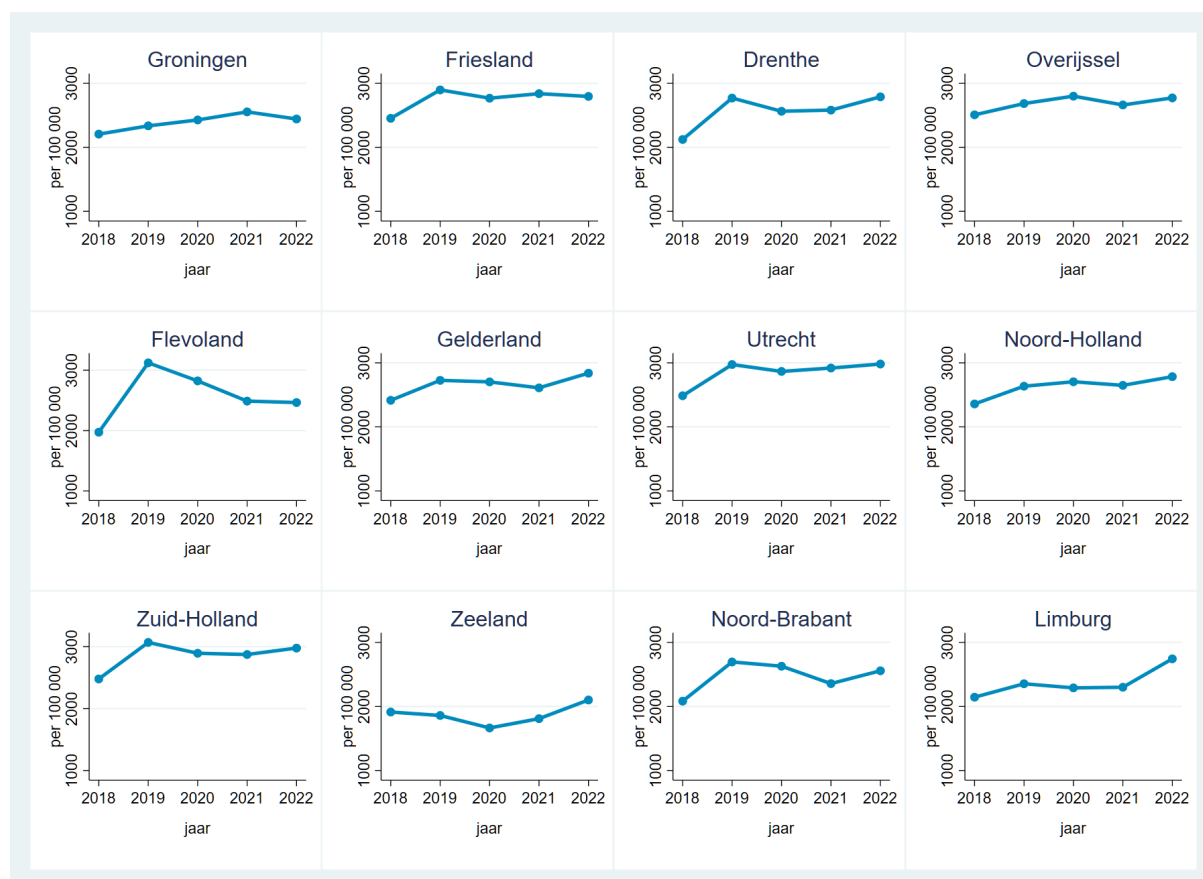
Moeheid



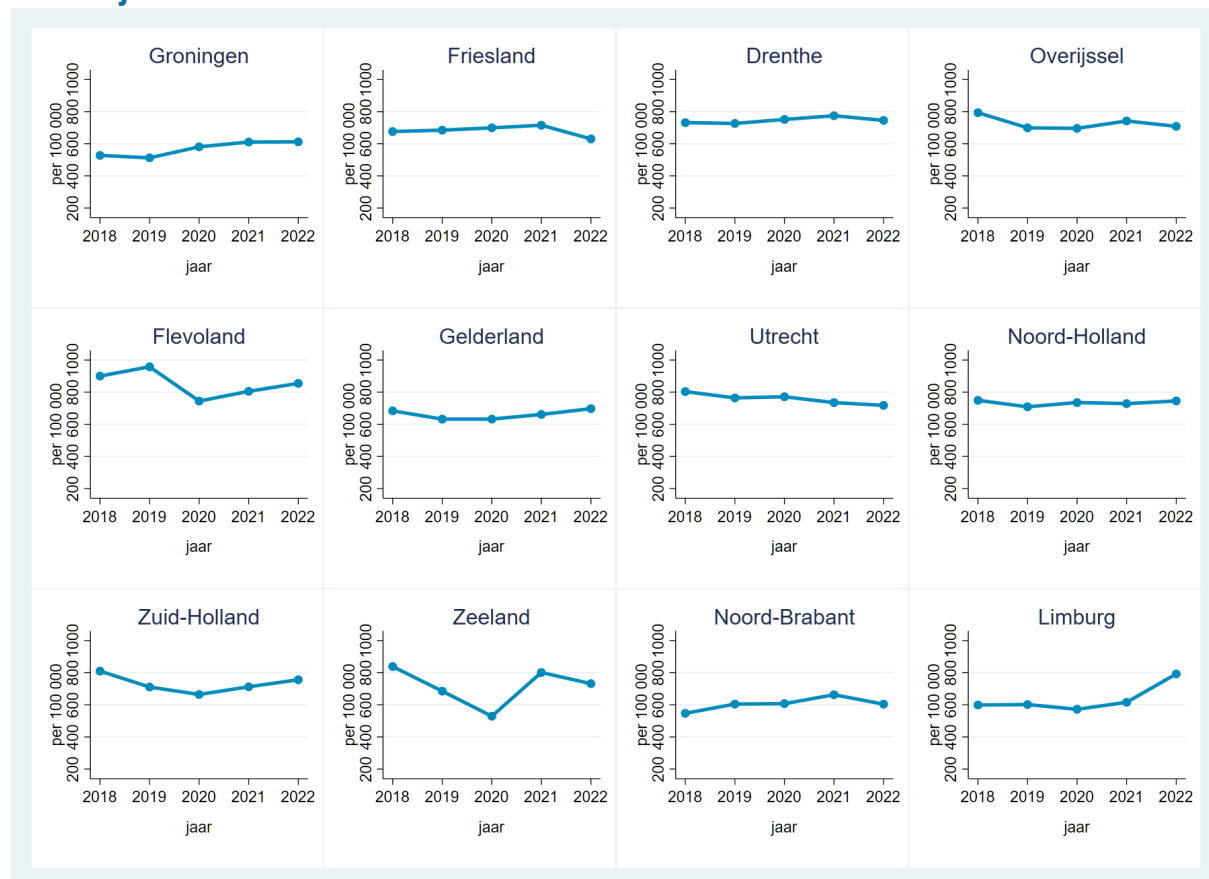
Angst



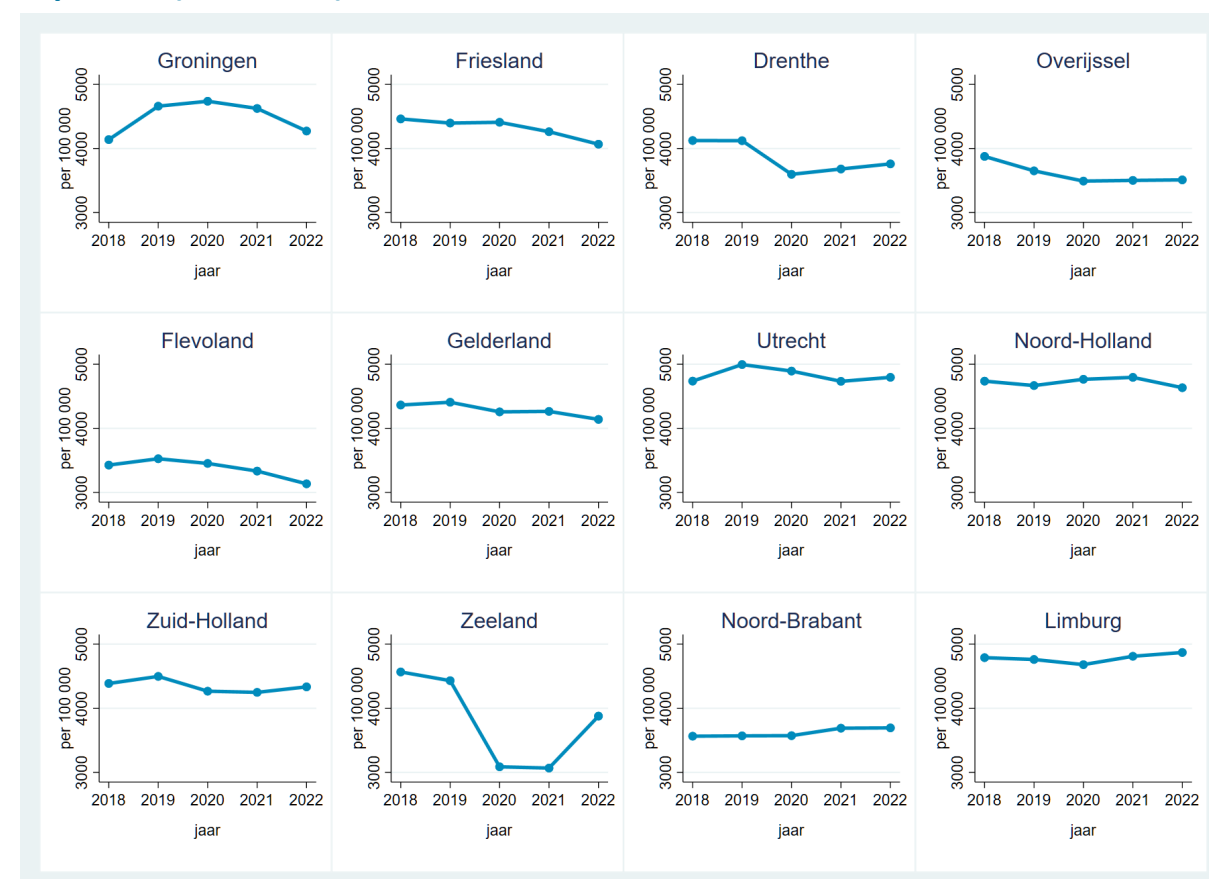
Benauwdheid



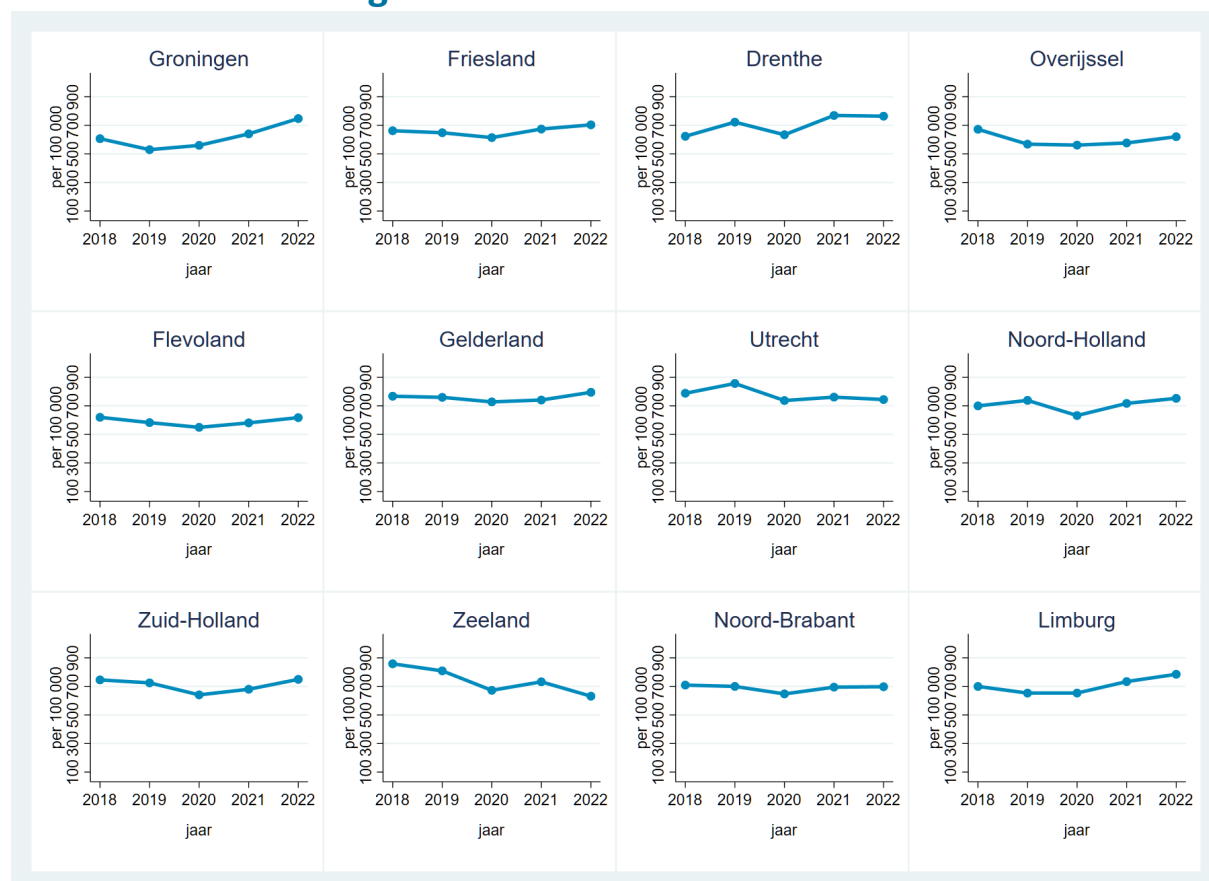
Misselijkheid



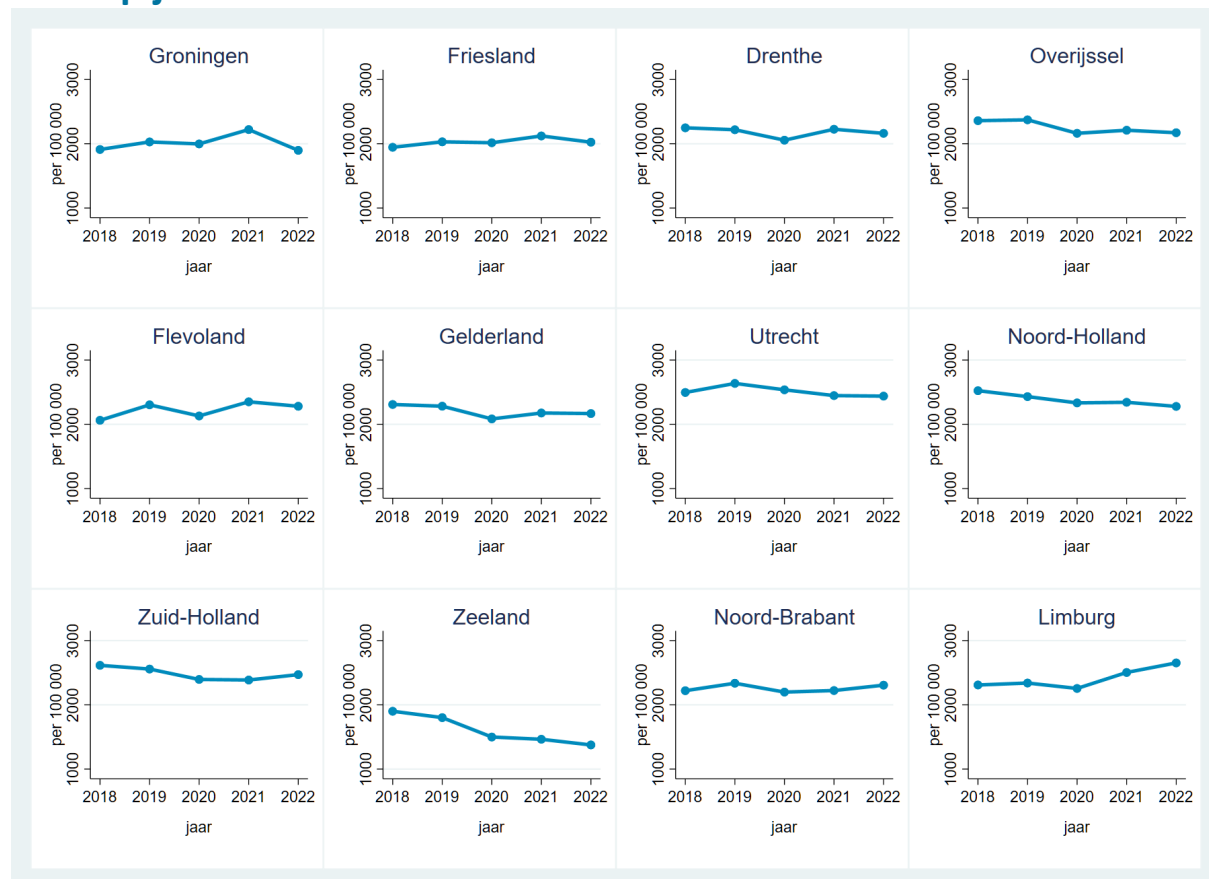
Depressie (P03 + P76)



Gewichtsverandering



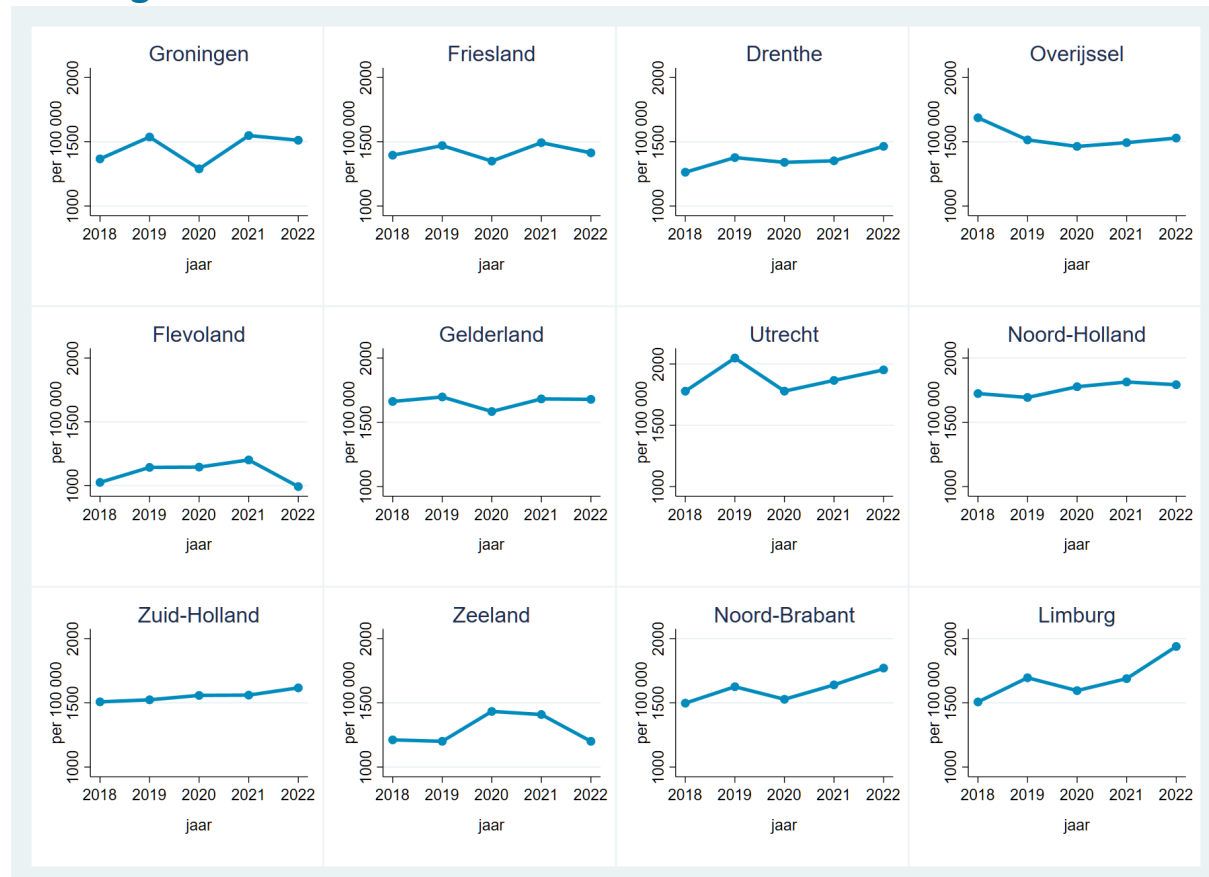
Hoofdpijn



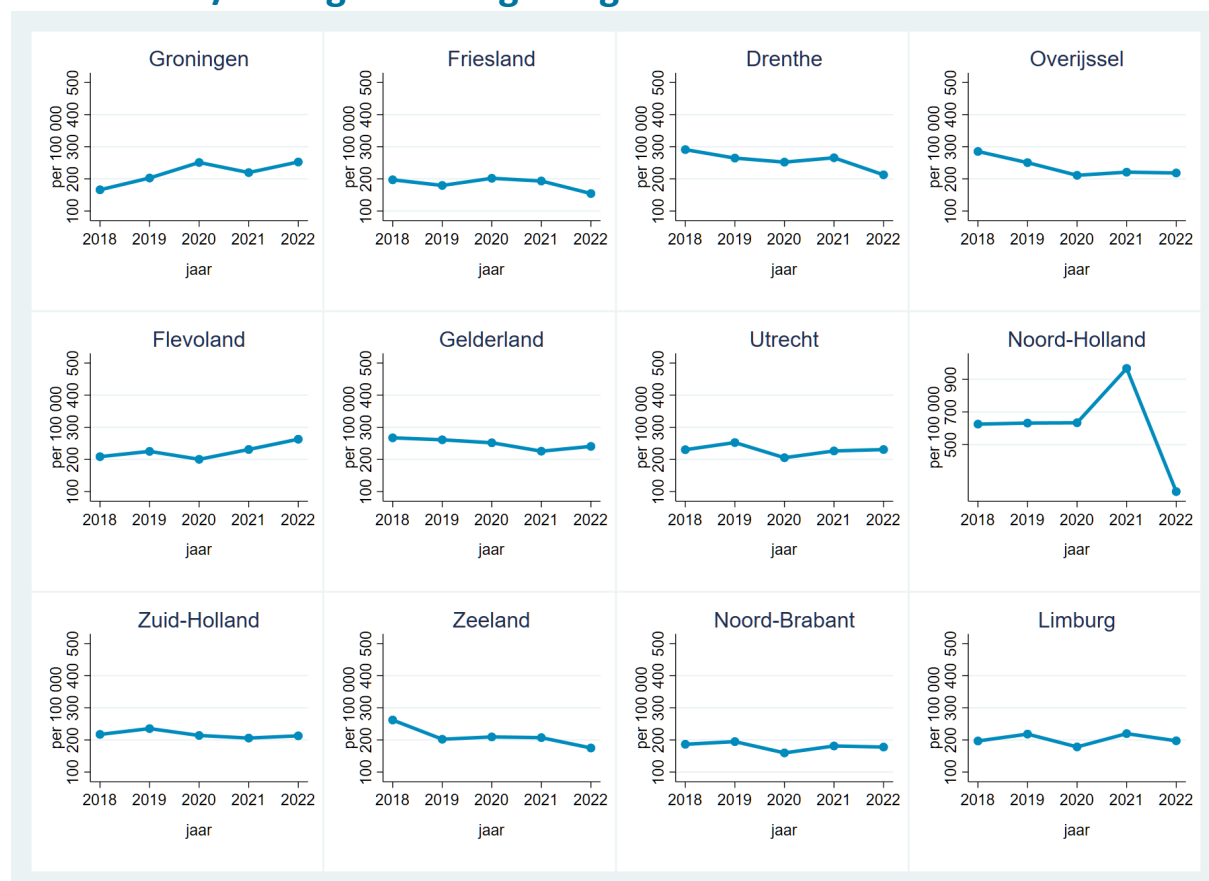
Reuk- smaakverlies



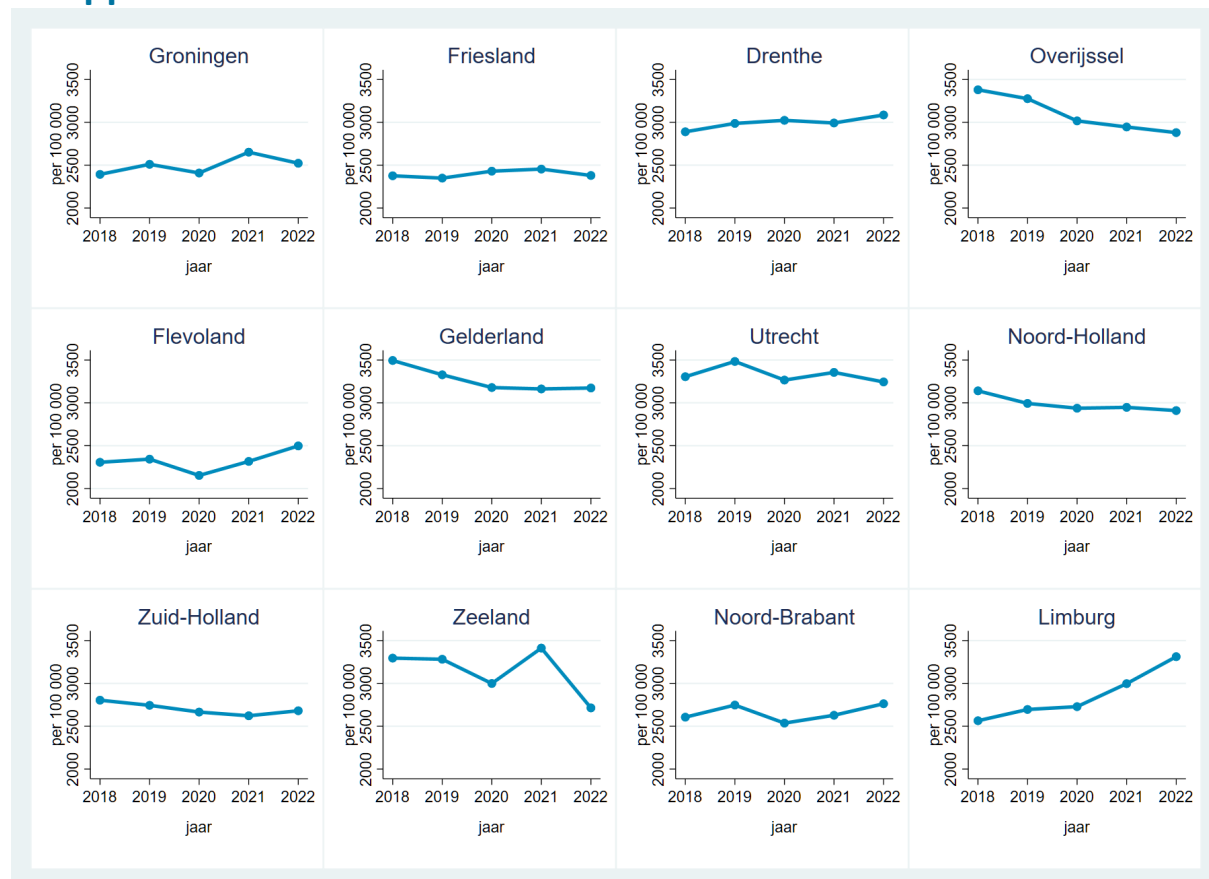
Duizeligheid



Prikkelbaar/boos gevoel of gedrag



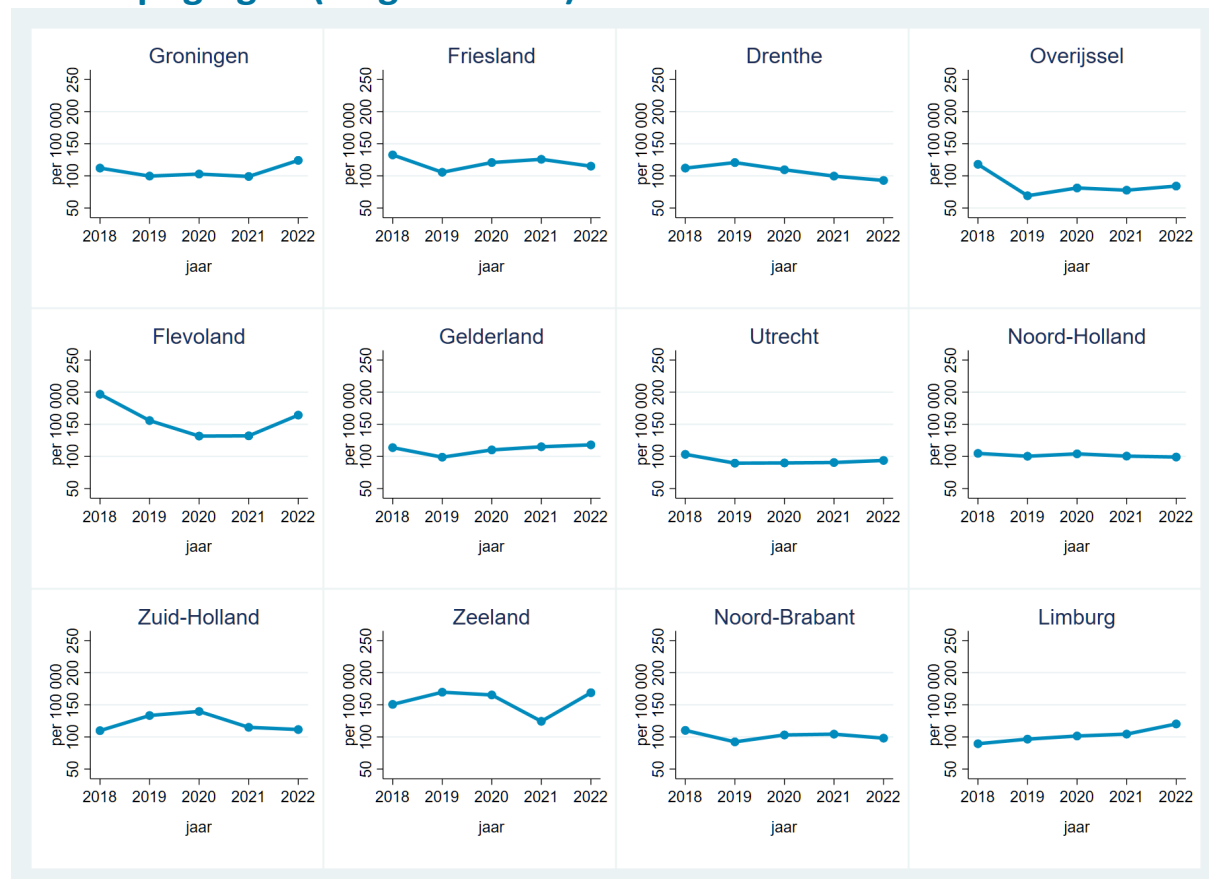
Slaapproblemen



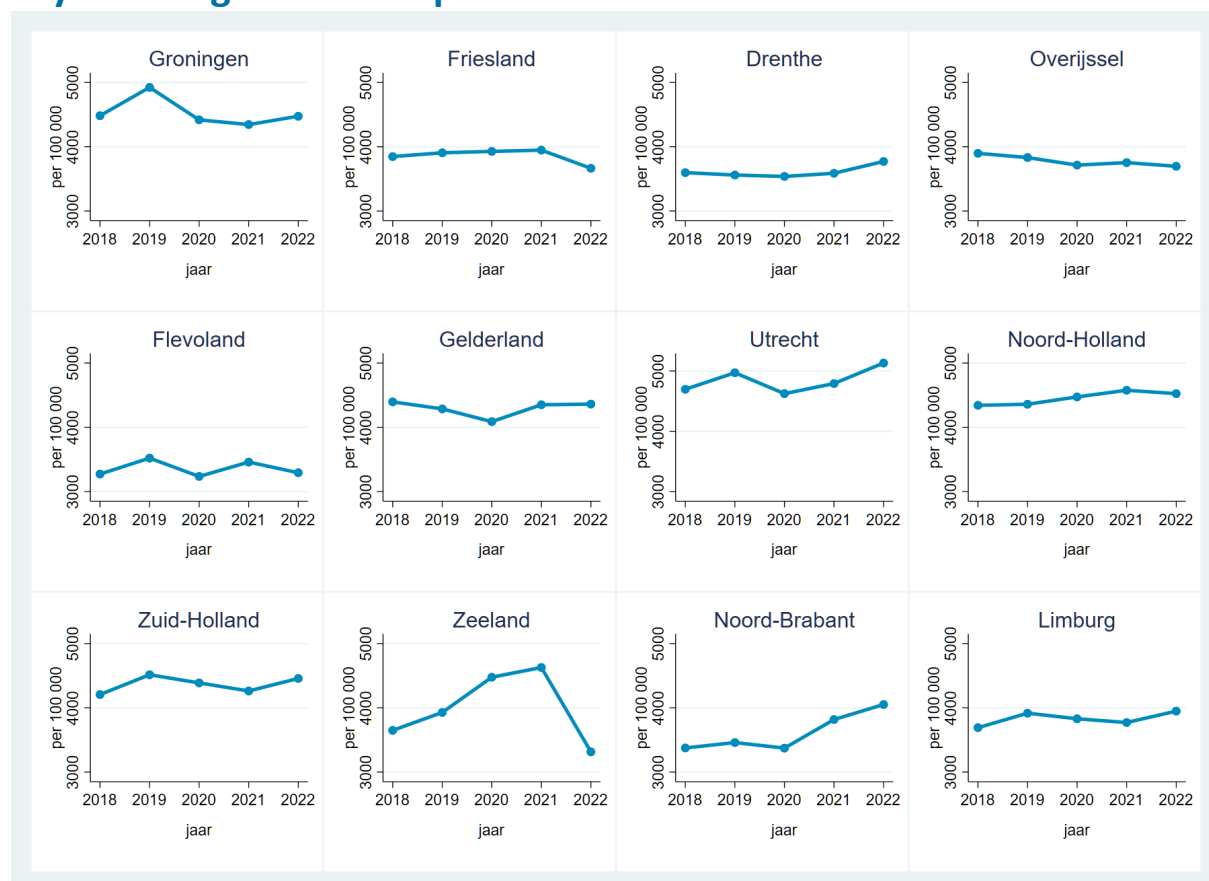
Geheugen-, concentratie- en oriëntatieproblemen



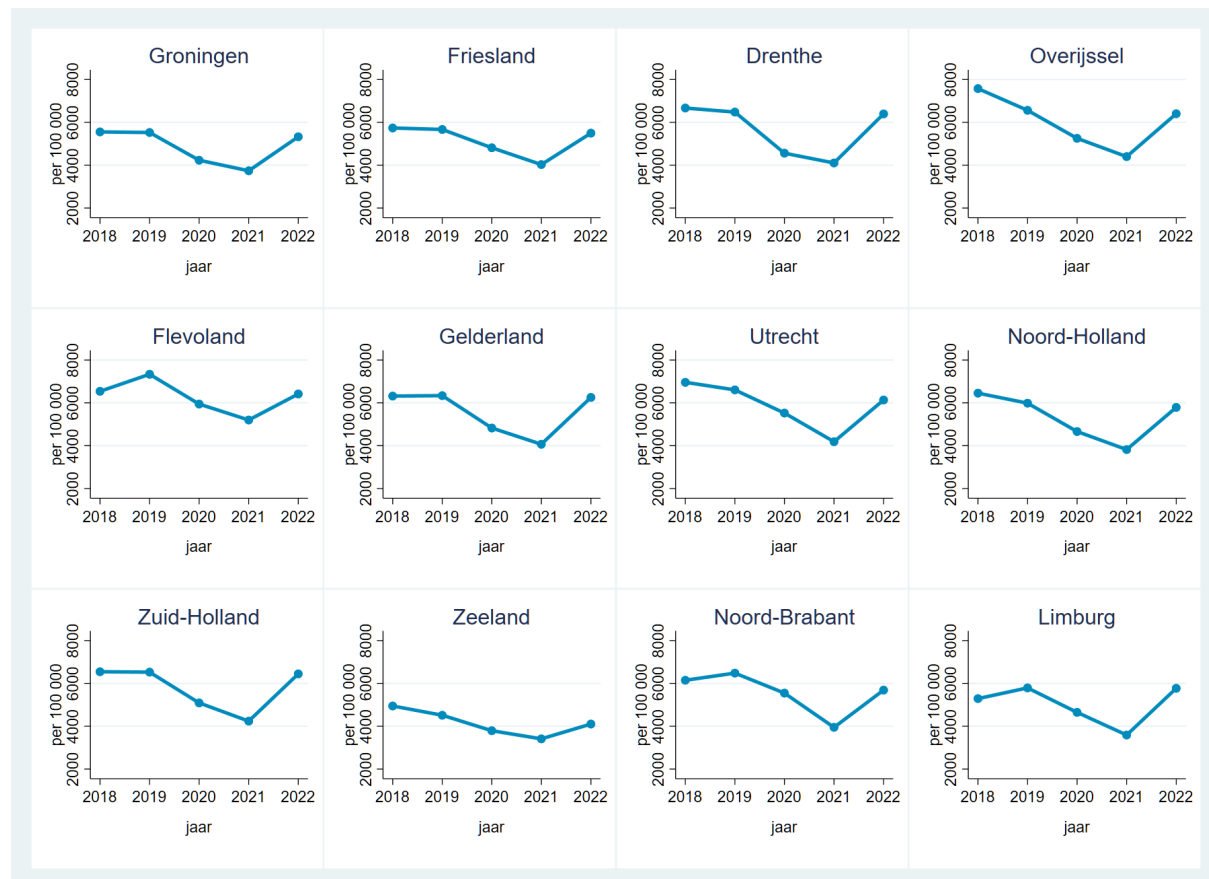
Suïcidepogingen (en gedachten)



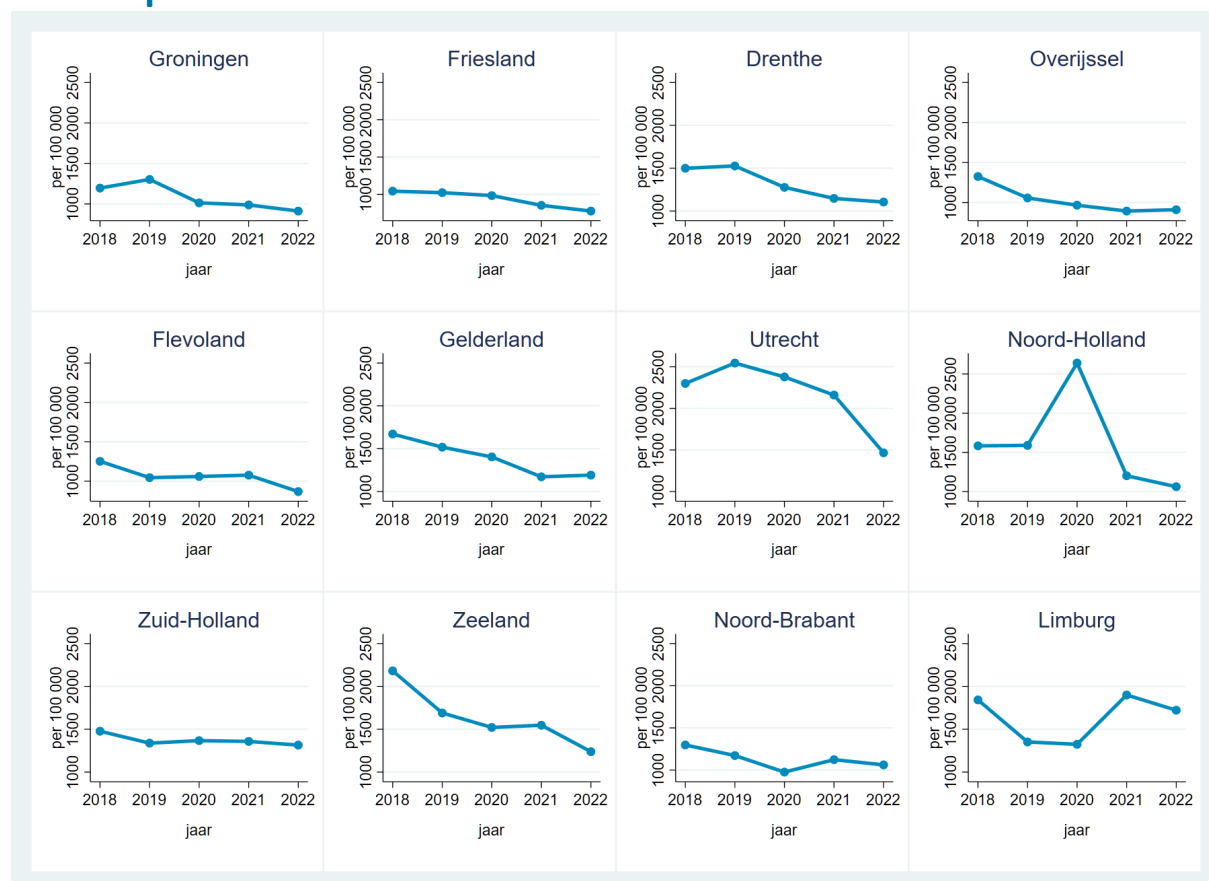
Psychische gezondheidsproblemen



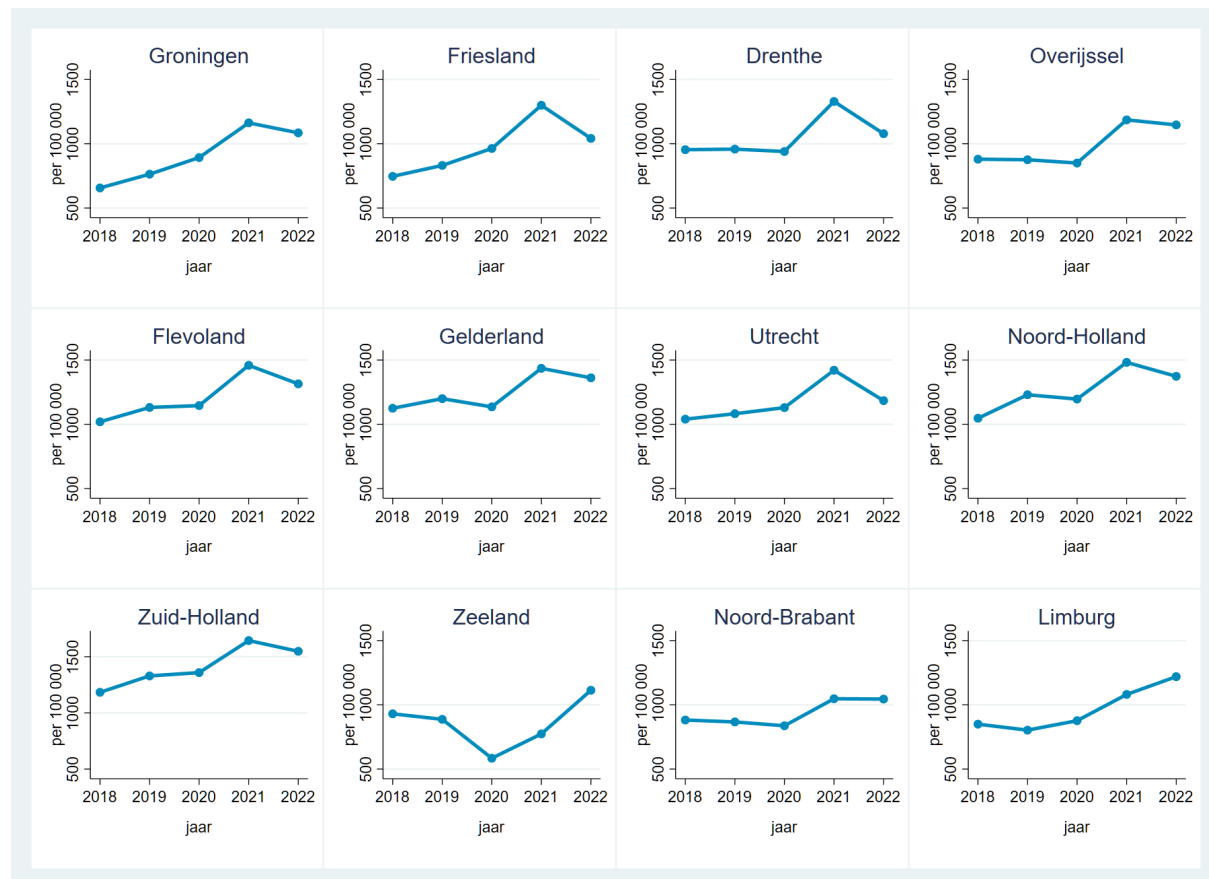
Hoesten



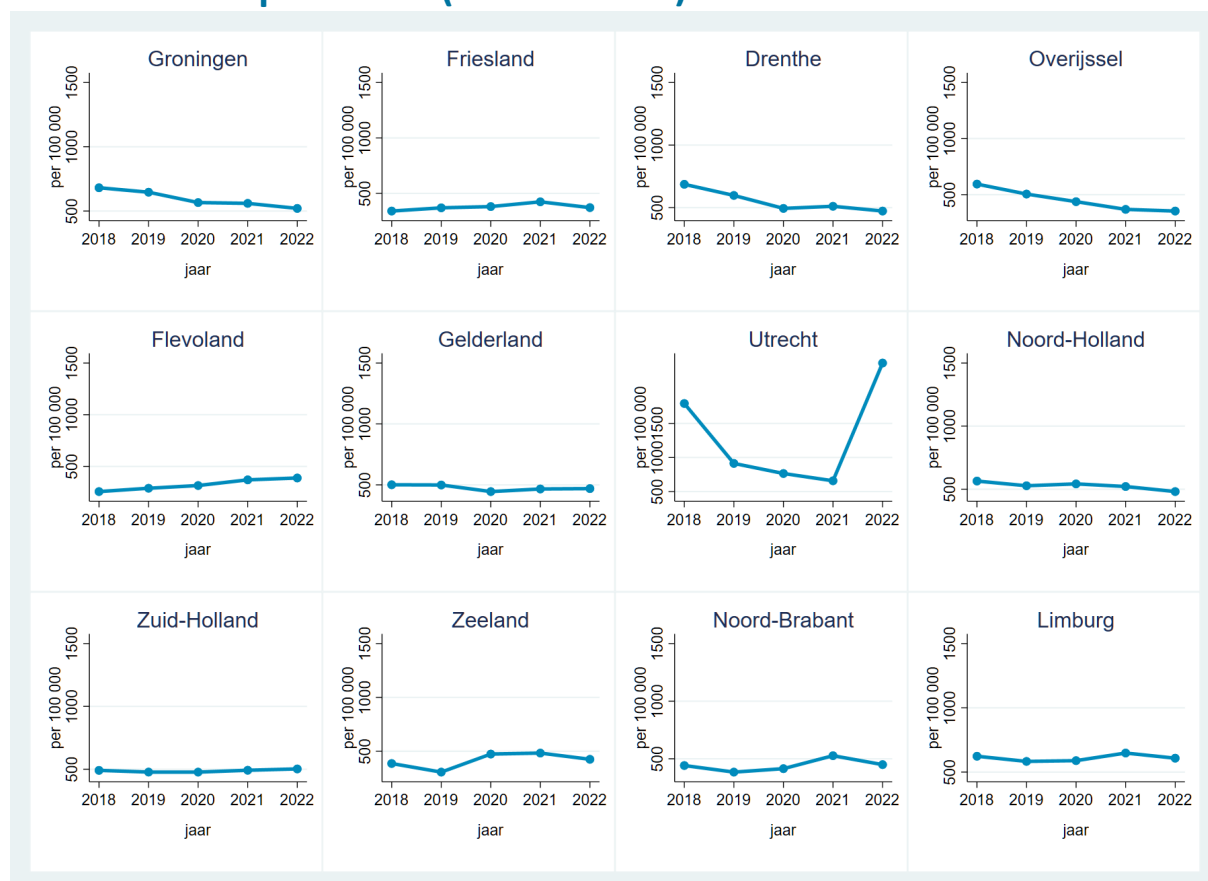
Sociaal probleem



Obesitas



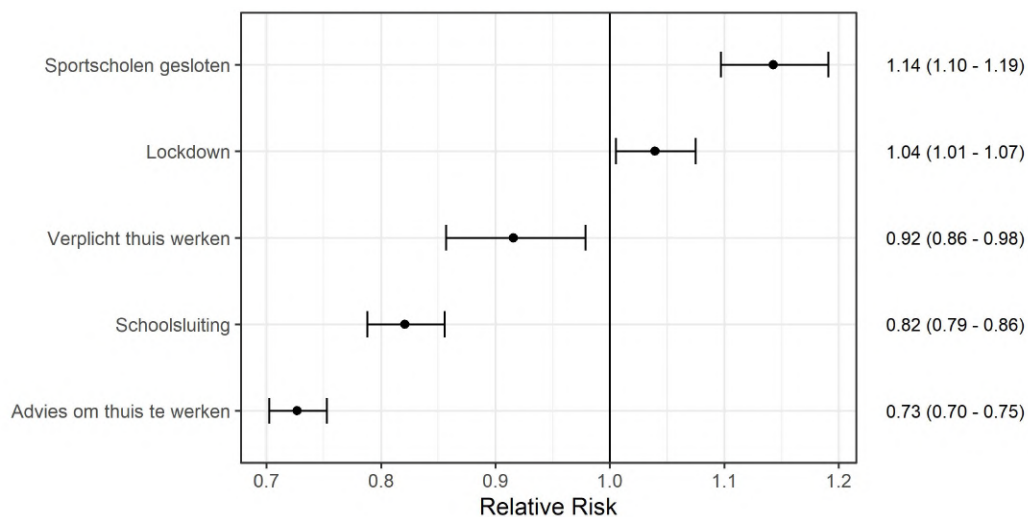
Ander sociaal probleem (o.a. burnout)



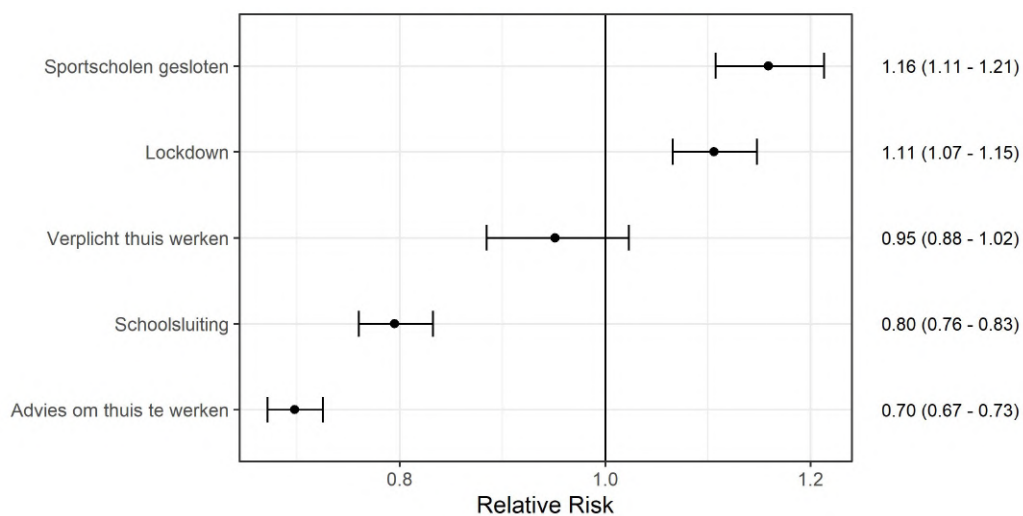
Bijlage D – Impact van coronamaatregelen

In de titels van deze figuren wordt het woord 'effecten' genoemd; dit betekent niet dat het causale effecten zijn, maar dat de statistische geschatte effecten uit modellen worden weergegeven.

D1 *Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op angst (P01 + P74)*

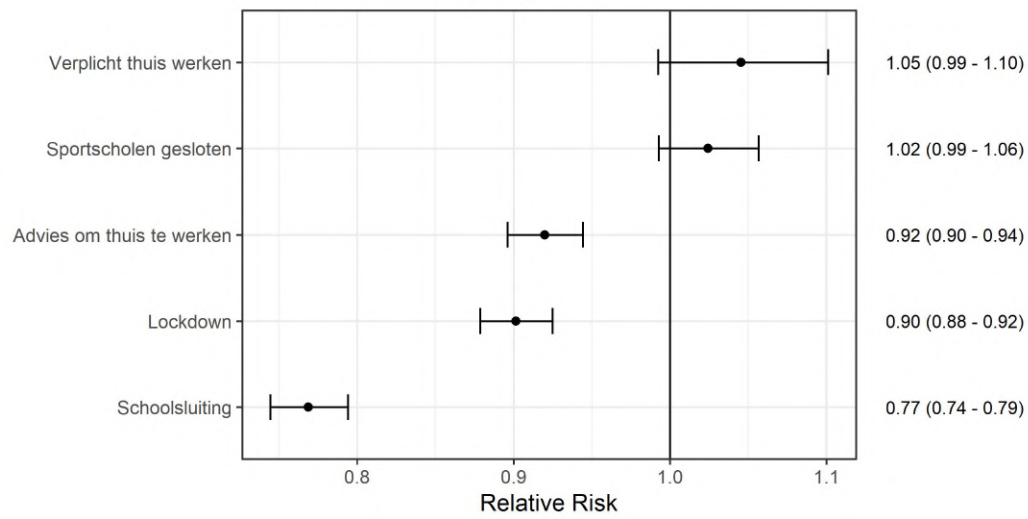


D2 *Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op depressie (P03 + P76)*



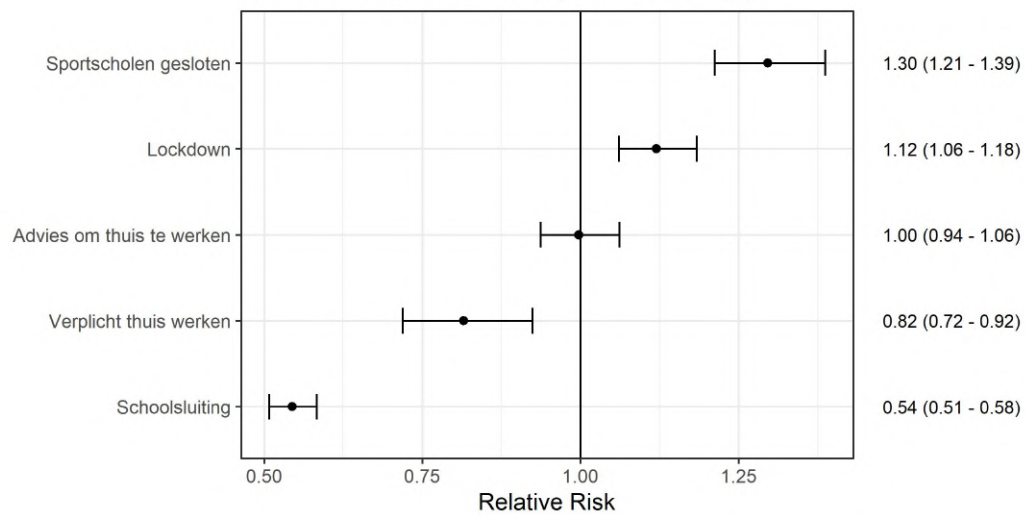
D3

Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op moeheid



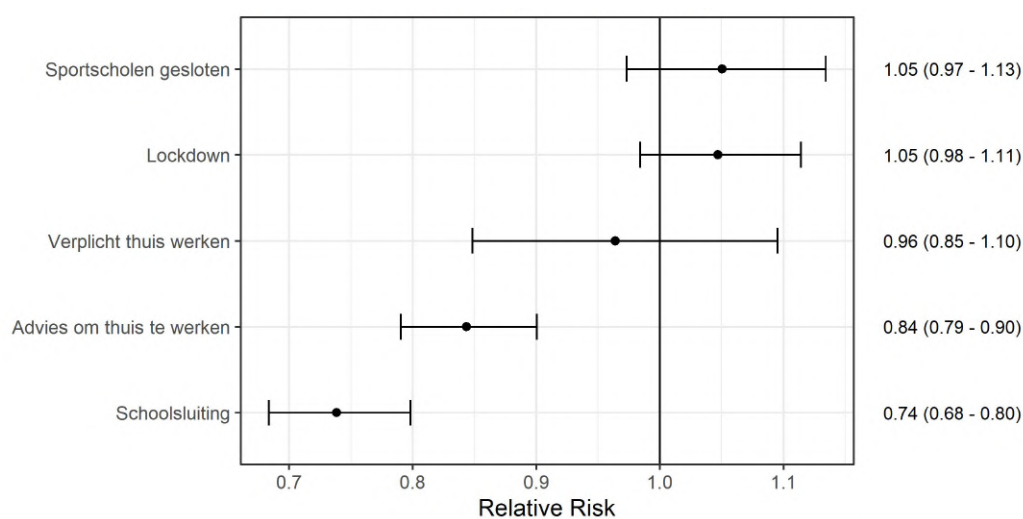
D4

Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op obesitas



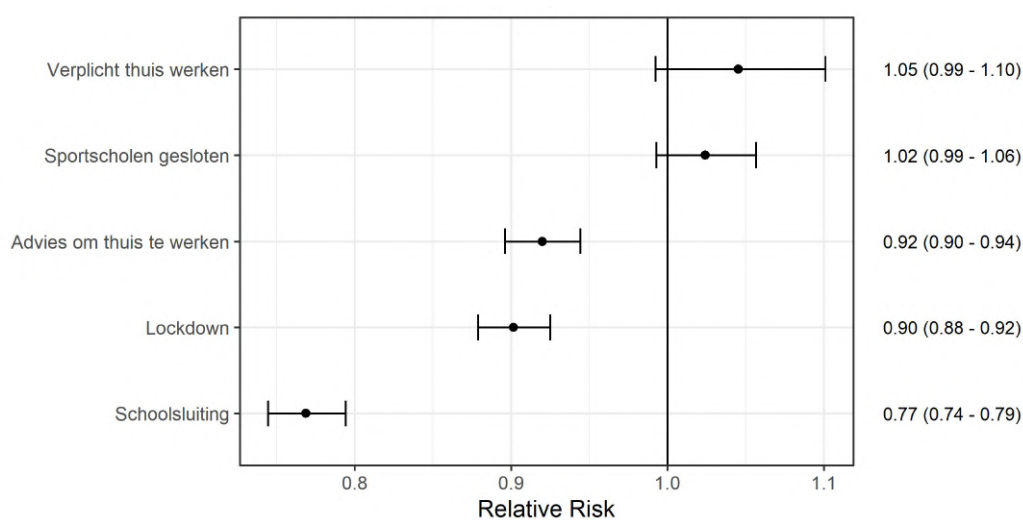
D5

Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op werk (Z05 + Z07 + P78)

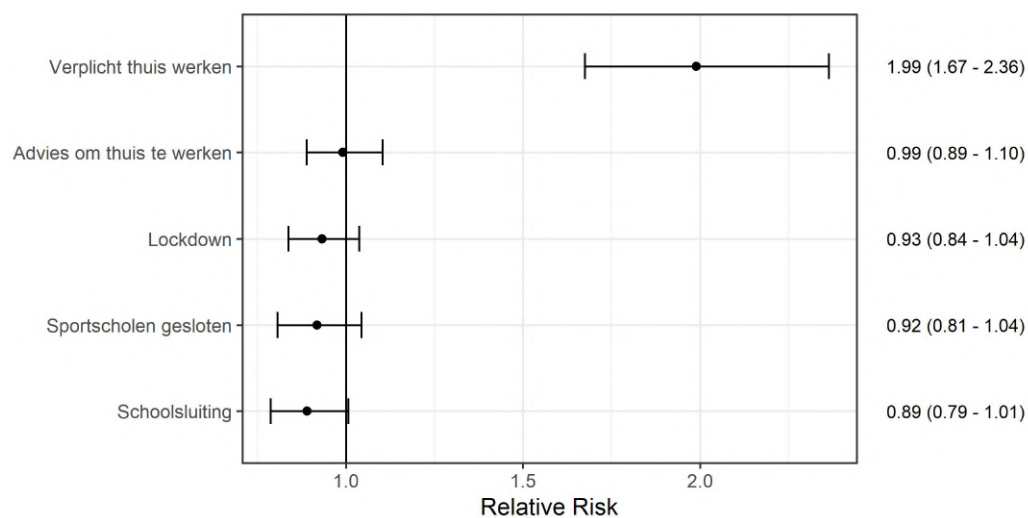


D6

Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op geheugen- en concentratieproblemen



D7 *Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op prikkelbaarheid*



D8 *Geschatte effecten verschillende coronamaatregelen op relatie*

