

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2009

Mw. dr. G.A. Donker



ISBN 9789461220349

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Internationale samenwerking	9
2 Begeleidingscommissie	11
3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2009	13
4 Methoden algemeen	15
4.1 Praktijken	16
4.2 De praktijkpopulaties	18
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	22
4.4 De rubrieken en incidentele onderzoeken	27
4.5 Analyses	28
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	30
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	31
5 Influenza (achtige ziektebeelden)	33
6 Pneumonie	45
7 Waterpokken	53
8 Kinkhoest	61
9 Acute gastro-enteritis	69
10 Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA)	83
11 Urineweginfectie	89

12 Ongewenste zwangerschap	95
13 Levens einde onderzoek	101
14 Suïcide(poging)	109
15 Cosmetica allergie	117
16 Diabetes Mellitus	123
17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)	129
18 Palliatieve Sedatie	141
19 Eetstoornissen	151
20 Algemene opmerkingen	159
21 Literatuurlijst	161
22 Voetnoten	167
Bijlage 1: deelnemende artsen in 2009	171
Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2010 (alfabetisch)	173
Bijlage 3: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken	176
Bijlage 4: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking	177
Bijlage 5: jaartabellen	178

Voorwoord

Voor de CMR-Peilstations was het jaar 2009 het eerste jaar waarin de gegevens over de vaste rubrieken uitsluitend elektronisch werden vastgelegd. De meeste Huisartsinformatiesystemen (HISsen) bevatten een applicatie, de z.g. peilstationsmodule, die het vastleggen van deze gegevens faciliteert. Voor de deelnemende praktijken die gebruik maken van een HIS, waarin deze module (nog) niet geïntegreerd kon worden, is een webapplicatie beschikbaar. Aanvullende gegevens middels vragenlijsten worden nog grotendeels op papier geregistreerd. Dit jaarrapport is gebaseerd op elektronisch verzamelde gegevens via hetzij de peilstationsmodule hetzij de webapplicatie.

Inhoudelijk gezien is het starten van een nieuwe rubriek “Urineweginfecties” van belang. Gezien de toenemende (multi)resistentie die gesignaleerd wordt in de ziekenhuispopulatie en de toenemende prevalentie van de zgn. Extended Spectrum Beta-lactamases (ESBL) in de veterinaire sector is het belangrijk om inzicht te hebben in de antibioticagevoeligheid van ongeselecteerde uropathogenen afkomstig van patiënten uit de huisartsenpraktijk. Ook is gebleken dat gegevens over antibiotica gevoeligheid van uropathogenen geïsoleerd bij mannen nauwelijks beschikbaar zijn. De huisartsen sturen urinemonsters van hun patiënten met urineweginfecties op naar het Maastrichts Universitair Medisch Centrum voor bacteriologisch onderzoek en resistentiebepaling. Al na een half jaar waren er voldoende monsters van de algemene populatie verzameld en konden de peilstationspraktijken zich beperken tot speciale groepen, zoals zwangere vrouwen, kinderen en mannen. De uitkomsten van de studie zijn bij het verschijnen van dit jaarrapport al in het Engels gepubliceerd en een belangrijke onderbouwing voor de behandelrichtlijnen voor urineweginfecties in de huisartsenpraktijk. Dankzij de peilstations is het mogelijk om op deze wijze inzicht te krijgen in de resistentiepatronen in de extramurale setting.

De toegenomen aandacht voor ongewenste bijwerkingen van consumentenproducten, heeft geleid tot het starten van een registratie betreffende cosmetica-allergie in de peilstations in 2009. Mede naar aanleiding van een recent aangenomen resolutie van de Raad van Europa heeft de Voedsel- en Warenautoriteit aangegeven behoefte te hebben aan een registratiesysteem binnen Nederland voor ongewenste huidreacties na gebruik van bepaalde consumentenproducten. In dit jaarrapport is een eerste verslag van de omvang van dit probleem in de huisartsenpraktijk opgenomen met aandacht voor man-vrouw verschillen.

Het levenseinde-onderzoek leverde belangwekkende informatie op betreffende zorgaspecten en communicatie in de laatste levensfase en de verschillen daarin tussen Nederland en België. Studieresultaten werden gepresenteerd op nationale en internationale congressen en in het Engels en Nederlands gepubliceerd. Ook het sinds 1976 in de peilstations lopende onderzoek naar verzoeken tot euthanasie werd op een aantal internationale congressen gepresenteerd en met grote interesse ontvangen. De studie betreffende de vergelijking van trends in de omvang van en redenen tot verzoek om euthanasie voor en na de Nederlandse Euthanasiewet in 2002 werd in het Engels gepubliceerd.

Het jaar 2009 werd gekenmerkt door twee influenza-epidemieën. Na de gebruikelijke seizoensepidemie in januari/februari 2009 werd onverwacht eind april 2009 in Mexico een nieuwe griepvariant influenza A(H1N1) ontdekt. Op 13 juni was er sprake van een epidemie van deze nieuwe virusvariant in diverse landen in diverse werelddelen, die door de WHO tot pandemie verklaard werd. Dit noopte tot het wekelijks registreren en rapporteren van influenza-activiteit in de peilstationspraktijken gedurende het hele jaar 2009. De medewerking van de huisartsen aan het intensief blijven bemonsteren werd als erg positief ervaren en laat zien dat de CMR-Peilstations een belangrijke bijdrage leveren aan de surveillance van influenza, ook bij een pandemie. In dit jaarrapport is een kort en bondig verslag van de pandemie in Nederland opgenomen.

Prof. dr. F.G. Schellevis
Voorzitter begeleidingscommissie CMR Peilstations.

1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een informatiesysteem waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt met de in deze praktijk ingeschreven patiënten ongeveer 0,8% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling van het netwerk is rekening gehouden met een geografische spreiding en met de spreiding naar omgevingsadressendichtheid (zie pagina 15-22).

Door de deelnemende huisartsen, de Peilstationartsen, worden wekelijks gegevens vastgelegd en aangeleverd met betrekking tot bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen in de huisartspraktijk. Voor de CMR-Peilstations was het jaar 2009 het eerste jaar waarin de gegevens over de vaste rubrieken uitsluitend elektronisch werden vastgelegd en aangeleverd. De meeste Huisartsinformatiesystemen (HISsen) bevatten een applicatie, de z.g. peilstationsmodule, die het vastleggen van deze gegevens faciliteert. Voor de deelnemende praktijken die gebruik maken van een HIS, waarin deze module (nog) niet geïntegreerd kon worden, is een webapplicatie beschikbaar. Aanvullende gegevens middels vragenlijsten worden nog grotendeels op papier geregistreerd. Dit jaarrapport is gebaseerd op elektronisch verzamelde gegevens via hetzij de peilstationsmodule hetzij de webapplicatie.

Jaarlijks vindt een update plaats van de samenstelling van de populaties van de Peilstationspraktijken naar leeftijd en geslacht. Op deze wijze is de populatie bekend, waarop de verzamelde gegevens betrekking hebben (de z.g. epidemiologische noemer). Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 28). Elk jaar worden de rubrieken, waarover gegevens verzameld worden door de begeleidingscommissie vastgesteld. Hierbij worden ook verzoeken of suggesties van anderen voor nieuwe rubrieken in overweging genomen. Wordt een nieuwe rubriek vastgesteld dan wordt bepaald wie de rubriekhouder is: de persoon intern binnen het NIVEL of extern die de gegevens over het betreffende onderwerp nader analyseert.

Voor een nieuwe rubriek moet tenminste aan vijf voorwaarden worden voldaan:

- 1 Het belang van het onderwerp moet worden beschreven.
- 2 Er moeten strenge en duidelijke criteria betreffende de te registreren ziekte of gebeurtenis te formuleren zijn.
- 3 Het toepassen van deze criteria mag niet te tijdrovend zijn en moet inpasbaar zijn in de reguliere praktijkvoering van de huisarts.
- 4 Er moet sprake zijn van behoefte aan informatie op nationaal representatief niveau.
- 5 De CMR-Peilstations vormt de meest geschikte informatiebron.

De registratie voor een rubriek wordt stopgezet wanneer naar de mening van de rubriekhouder voldoende lang gegevens zijn verzameld, wanneer een andere registratie min of meer dezelfde informatie gaat verzamelen, of wanneer er onoverkomelijke problemen zijn gerezen bij het registreren van de gegevens.

In dit verslag wordt bij een rubriek, waarvan voor het eerst gegevens verzameld worden, enige achtergrondinformatie gegeven; bij de 'oude onderwerpen' dient men hiervoor een van de vorige verslagen te raadplegen. Voor een overzicht van het jaar dat voor een rubriek de gegevensverzameling gestart is zie pag. 173-176.

Bij het beschouwen van de onderwerpen, die in de loop der jaren onderzocht zijn komt men tot de conclusie, dat de naam Continue Morbiditeits Registratie eigenlijk niet het gehele werk dekt. Het zijn immers voor een gedeelte geen ziekten die worden geregistreerd, maar handelingen of gebeurtenissen. De naam Peilstations voldoet beter; er worden peilingen gedaan, soms gedurende een jaar, soms langer of continu. Als naam wordt dan ook "Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland" gekozen. In 1976 is door de CMR-Peilstations naast de reguliere wekelijkse dataverzameling een begin gemaakt met de zogenaamde 'incidentele onderzoeken'.

Het betreft hier onderzoeken naar relatief gezien weinig voorkomende ziekten of gebeurtenissen. Voor een overzicht van de aldus behandelde onderwerpen wordt verwezen naar het tweede gedeelte van bijlage 3. Hier wordt verslag gedaan over de in 2009 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de andere rubrieke is daarin gelegen, dat de gegevens slechts eenmaal per jaar worden opgevraagd: in principe direct bij de afloop van het

jaar. Deze werkwijze maakt het ook mogelijk om gegevens over onderwerpen, waarvan de wens tot registratie pas in de loop van het jaar wordt kenbaar gemaakt, retrospectief te verzamelen. Een voorwaarde is in dat geval dat het iets moet zijn dat goed in het geheugen van de arts is gegrift, bijvoorbeeld euthanasieverzoeken of het uitvoeren van palliatieve sedatie.

In het verslag wordt per onderwerp noch een uitputtende (statistische) analyse van de verzamelde gegevens noch een uitvoerige beschouwing gegeven; het doel is een basale beschrijving te geven van de gegevens waarover dat jaar is gerapporteerd.

1.1 Internationale samenwerking

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

De rapportage over het verloop van de griepepidemie op Europees niveau is momenteel het internationale project met de langste historie. Sinds september 2008 wordt dit internationale samenwerkingsproject van onder meer alle EU-landen uitgevoerd door de European Centers for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm. In ECDC werken niet alleen de netwerken van huisartsen peilstations samen maar ook de nationale influenza centra van de deelnemende landen. Naast alle EU landen participeren ook Noorwegen, Oekraïne, Zwitserland, Servië en Turkije.

2 Begeleidingscommissie

In de subsidieregeling met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is voorzien in een begeleidingscommissie ten behoeve van de uitvoering van het registratiesysteem.

De commissie was in 2009 als volgt samengesteld:

Begeleidingscommissie:	Mw. dr. Ir. B.H.B. van Benthem, staflid RIVM Drs. R. Poos RIVM Mw. drs. A. Schonewille, huisarts (peilstationarts) Mw. dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog (Maastricht Universitair Medisch Centrum) Mw. W. Slingerland, beleidsmedewerker. (Ministerie van VWS) Prof. Dr F.G. Schellevis, voorzitter (NIVEL)
Projectleider:	Mw. dr. G.A. Donker, huisarts- epidemioloog
Secretaresse:	Mw. M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 2009 tweemaal vergaderd.

In nauwe samenwerking met LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) waarin zowel het NIVEL als IQ Healthcare, naast de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) partners zijn, bestaat het projectteam van de CMR Peilstations uit de volgende personen:

Projectleider	Mw. dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog
Secretaresse	Mw. M. Heshusius-van Valen - NIVEL
Automatisering	Dhr J. Gravestein en Dhr. R. Davids - NIVEL Dhr. H. van den Hoogen, Dhr. S. Visscher, Dhr. W. Tiersma en Mw. J. Donkers - IQ Healthcare
Contactpersonen	Mw. C. Walk en Mw E. Wentink - IQ Healthcare

NB: IQ Healthcare was voorheen Afdeling Kwaliteit van Zorg (KWAZO), resp. Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), UMC St. Radboud te Nijmegen.

3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2009

Contact tussen de registrerende artsen en hun medewerkers, de begeleidingscommissie, de rubriekhouders en de projectleiding is voor een registratieproject als de CMR-Peilstations van groot belang. Elk jaar, aan het begin van een nieuwe registratieperiode die loopt van 1 januari tot en met 31 december, wordt daartoe een bijeenkomst gehouden. In 2009 werd deze jaarvergadering voor het eerst gecombineerd met de huisartsen en medewerkers van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsen (LINH). De huisartsen konden door een keuze uit diverse workshops deels hun eigen programma samenstellen. Deze benadering werd positief geëvalueerd.

Het programma op 24 januari 2009 bevatte onder andere de presentaties over de volgende rubrieken.

PLENAIR GEDEELTE

- 10.15 – 10.20** Opening door Prof. Dr. F. Schellevis, Programmaleider huisartsenzorg NIVEL
- 10.20 – 10.35** LINH en de peilstations: wat brengt ze samen? Dr. Francois Schellevis en Dr. Gé Donker, NIVEL

APART VOOR PEILSTATIONS- EN LINH PRAKTIJKEN

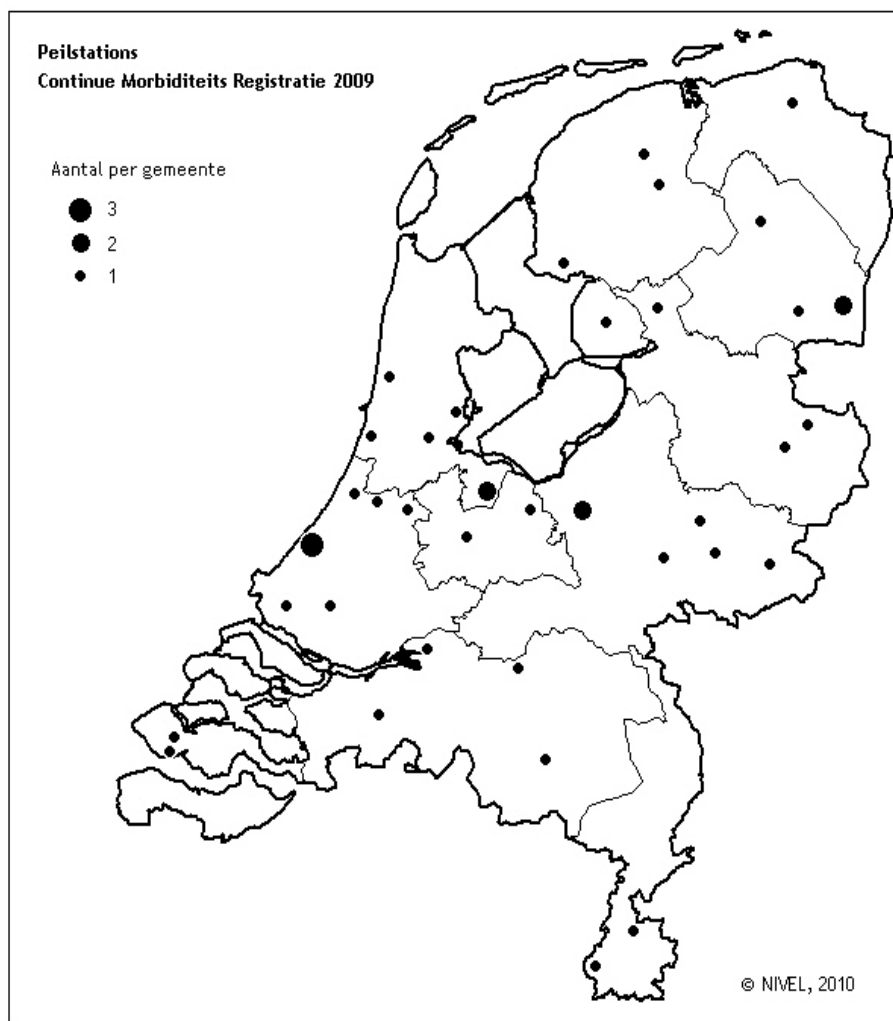
	<i>CMR Peilstations</i>	<i>LINH</i>
10.40 – 10.55	Wat registreren we in 2009 en hoe? Dr. Gé Donker, NIVEL.	Interactieve sessie rond:
10.55 – 11.10	Urineweginfecties – Wat is er bekend over antibioticaresistentie? Toelichting nieuwe rubriek peilstations. Dr. Ellen Stobberingh, univ. Maastricht.	- De kwaliteit van de registratie in LINH. Valkuilen en oplossingen. - Relatie met ADEPD richtlijn. - Interpretatie en bruikbaarheid van de LINH-feedbackrapporten.
11.10 – 11.25	Cosmetica allergie: wat is er bekend en wat niet? Toelichting nieuwe rubriek peilstations. Joanne Nijhof, RIVM.	Met medewerking van o.a. Khing Njoo (NHG), Henk van den Hoogen, Waling Tiersma.

KEUZESESSIES

	<i>Parallelsessie 1</i>	<i>Parallelsessie 2</i>
12.00 – 12.15	Het influenzaseizoen 2007/'08: veroorzaakt een oseltamivirresistent virus een ander soort griep? Dr. Adam Meijer, RIVM.	Opvallende trends in morbiditeit in de huisartsenpraktijk 2002-2005. Dr. Marion Biermans, universiteit Nijmegen.
12.20 – 12.35	Levensende-onderzoek: hoe gaat het met de patiënt? Michael Echteld, senior onderzoeker, VUmc.	Gevolgen van de stelselwijziging voor kosten van huisartsenzorg. Drs. Christel van Dijk, NIVEL.
12.40 – 13.00	Palliatieve zorg – praktische tips om essentiële onderwerpen te bespreken. Marijke van Daalen, huisarts.	Kwaliteitsindicatoren diabeteszorg: interpretatie van EPD-gegevens in de huisartsenpraktijk. Dr. Jozé Braspenning, IQ healthcare.

4 Methoden algemeen

Figuur 4.1



Voor locatie peilstation zie blz. 171.

4.1 Praktijken

In 2009 is het aantal peilstations 42. Het aantal deelnemende huisartsen in de peilstation-praktijken is 59.

Bij de bewerking en de bespreking in dit jaarverslag worden de volgende indelingen en codes gebruikt:

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

Bijlage 1 (pagina 171-172) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2009 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In negen peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten vijf maal tussen twee artsen twee maal tussen drie artsen, een maal tussen vier artsen en een maal tussen zes artsen. In januari 2009 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 80%; bij de peilstationartsen 44%. Er is in de peilstationsregistratie dus een relatieve oververtegenwoordiging van solistisch werkende artsen. Er zijn elf apotheehoudende peilstationartsen acht op het platteland en drie op het verstedelijkt platteland/kleine stad, dat is 26% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 7%.²

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en adressendichtheid in de jaren 2000-2009.

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 2000-2009³

provincie- groep	N; Groningen, Friesland en Drenthe		O; Overijssel, Gelderland en Flevoland		W; Utrecht, Noord- en Zuid-Holland		Z; Zeeland, Noord-Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
2000	13	6	17	12	27	21	12	8
2001	13	6	15	10	23	19	14	10
2002	13	6	15	10	23	18	14	10
2003	11	5	14	9	24	18	14	10
2004	12	5	7	6	23	17	14	10
2005	12	5	12	11	28	24	13	9
2006	10	4	9	9	25	22	9	7
2007	14	8	12	10	25	20	10	7
2008	14	8	12	10	24	19	11	8
2009	13	8	12	10	23	16	11	8

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations naar adressendichtheid in de jaren 2000-2009

adressendichtheid	1; plattelands- gemeenten		2; verstedelijkte plattelands- gemeenten tezamen met gemeenten met een stedelijk- karakter		3; gemeenten met 100.000 of meer inwoners		totaal	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
	2000	10	7	46	29	13	11	69
2001	10	7	43	27	13	11	66	45
2002	10	7	43	27	12	10	65	44
2003	8	5	44	28	11	9	63	42
2004	6	4	39	25	11	9	56	38
2005	11	9	43	31	11	9	65	49
2006	11	9	28	21	18	14	53	42
2007	12	10	36	26	13	9	61	45
2008	14	11	33	25	14	9	61	45
2009	10	9	32	24	17	9	59	42

4.2 De praktijkpopulaties

De praktijkpopulaties zijn in 2009 geteld; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2009 voor de verwerking gebruikt.

Bij de opzet van het project is gestreefd naar een steekproef van ongeveer 1% uit de Nederlandse bevolking. Hierbij is rekening gehouden met een

geografische spreiding (de hiervoor genoemde provinciegroepen) en met een spreiding over gebieden met verschillende omgevingsadressendichtheid. Er is nagegaan of nog steeds voldaan wordt aan dit uitgangspunt. De hier volgende overzichten laten zien dat het noorden des lands momenteel enigszins over en de andere regio's ondervertegenwoordigd zijn. De peilstationpraktijkpopulatie beslaat nu 0.8% van de Nederlandse bevolking. Met de werving van nieuwe praktijken wordt hier rekening mee gehouden.

De Nederlandse bevolking nam in 2008 met 80.388 toe tot 16.485.787 per 1-1-2009 (www.cbs.nl).

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2009

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
provinciegroep:			
N	1.708.821	27.360	(1,6)
O	3.499.946	27.438	(0,7)
W	7.338.872	48.792	(0,7)
Z	3.938.148	25.475	(0,7)
geslacht:			
mannen	8.156.396	63.351	(0,8)
vrouwen	8.329.391	65.714	(0,8)
totaal (1-1-2009)	16.485.787	129.065	(0,8)

* Praktijktelling 2009.

** 1-1-2009 Centraal Bureau voor de Statistiek.

De totale praktijkpopulatie van alle peilstations gezamenlijk is met ingang van 2009 129.065 personen, 0,8% van de Nederlandse bevolking van ruim 16 miljoen inwoners. De percentages van de mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de peilstationspraktijken, per leeftijdsklasse en provinciegroep worden weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.4 Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijdsklasse, provinciegroep en voor Nederland in 2009

	provinciegroep								Nederland	
	N		O		W		Z		m	v
	m	v	m	v	m	v	m	v		
0-4	1.6	1.6	0.9	0.9	0.6	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8
5-9	1.7	1.7	0.9	0.8	0.7	0.6	0.7	0.6	0.8	0.8
10-14	1.8	1.7	0.9	0.9	0.7	0.6	0.6	0.6	0.8	0.8
15-19	1.6	1.7	0.9	0.9	0.7	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8
20-24	1.4	1.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8
25-29	1.5	1.7	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8
30-34	1.5	1.5	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8
35-39	1.5	1.7	0.7	0.8	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8
40-44	1.7	1.7	0.8	0.8	0.6	0.7	0.7	0.6	0.8	0.8
45-49	1.7	1.8	0.8	0.8	0.6	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8
50-54	1.6	1.5	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8
55-59	1.5	1.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8
60-64	1.6	1.6	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
65-69	1.6	1.7	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
70-74	1.7	1.6	0.8	0.8	0.7	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8
75-79	1.5	1.5	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
80-84	1.5	1.3	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
>85	1.4	1.3	0.8	0.7	0.8	0.9	0.8	0.6	0.9	0.8
totaal	1.6	1.6	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.8

4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage

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

Het maximum aantal dagen waarover kan worden gerapporteerd, is afhankelijk van het aantal weken in het betreffende jaar en van het aantal peilstations. Voor 2009 bedroeg het 10.755 dat is 53 weken x 5 dagen x 38 peilstations; 4 peilstations hebben respectievelijk 35, 35, 49 en 18 weken geregistreerd, respectievelijk door toetreden tot de peilstations in de loop van het jaar (drie peilstations) en ziekte van een arts (een peilstation).

In tabel 4.5 worden de absolute aantallen en de percentages gegeven.

Tabel 4.5 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar (2000-2009)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
2000	12.220	10.217	83.5%
2001	11.700	9.455	80.8%
2002	11.440	8.948	78.2%
2003	10.920	8.445	77.3%
2004	10.070	7.983	79.3%
2005	12.740	10.011	78.6%
2006	10.465	7.905	75.5%
2007	10.860	9.205	84.8%
2008	10.450	9.087	87.0%
2009	10.755	9.381	87.0%

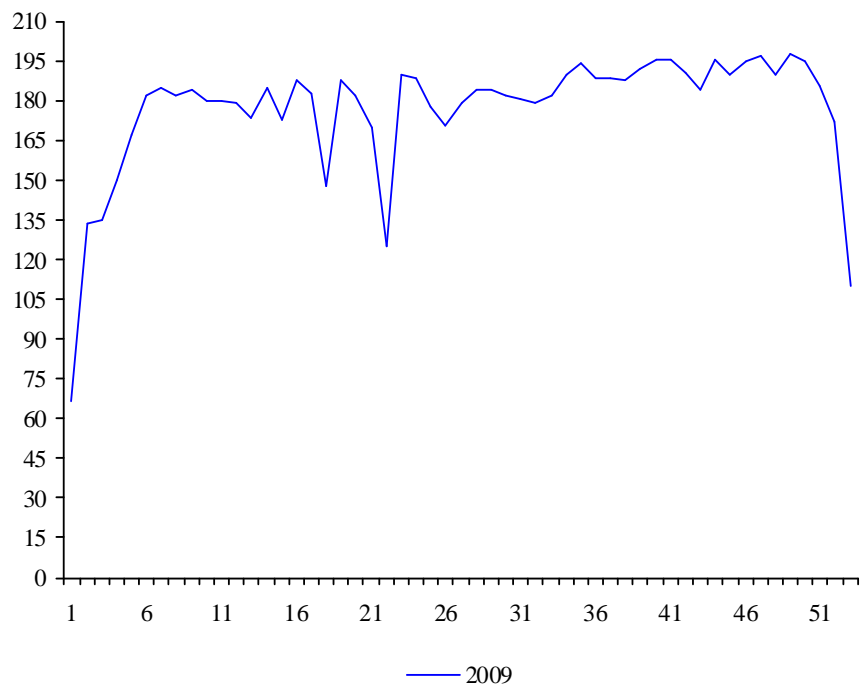
Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2009 vergelijkbaar met 2008, maar hoger dan in daaraan voorafgaande jaren. Een uitsplitsing naar provinciegroep en adressendichtheid is in het volgende staatje te zien.

Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en adressendichtheid 2009

provinciegroep		adressendichtheid	
N	93%	1	90%
O	86%	2	92%
W	87%	3	86%
Z	89%		

In figuur 4.2 is de rapportage per week in alle peilstations weergegeven. In deze figuur is duidelijk de invloed van de feestdagen te zien. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen per week is 26 (maximaal te registreren dagen is 210).

Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2009 per week is geregistreerd



Tabel 4.7 geeft de frequentieverdeling van het aantal dagen dat niet werd gerapporteerd per peilstation. Het gemiddelde aantal uitgevallen dagen in 2009 per peilstation is 33, dat is iets meer dan in 2008 (31).

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 34 en 29 dagen. Dit is in overeenstemming met de verwachting dat in samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage beter gegarandeerd is.

Tabel 4.7 Frequentieverdeling van het aantal dagen waarover niet gerapporteerd werd, per peilstation (2000-2009)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	3	3	3	2	2	1	2	3	8	-
1-9	4	1	1	1	-	-	1	8	3	7
10-19	1	2	1	1	-	1	1	6	15	8
20-29	1	1	-	2	3	4	3	5	4	10
30-39	4	3	7	5	3	7	4	5	2	9
40-49	16	14	12	12	9	12	8	6	4	4
50-59	11	7	8	7	15	11	8	5	1	1
60-69	2	5	2	3	2	4	7	2	2	1
70-79	4	3	1	1	-	2	-	1	2	-
80-89	1	3	2	-	1	2	1	-	1	-
90-99	-	2	-	-	-	1	1	2	1	-
>99	2	1	7	8	3	4	6	2	2	2
totaal aantal peilstations	47	45	44	42	38	49	42	45	45	42
gemiddelde	43	49	56	59	55	56	61	37	31	33
mediaan	46	48	48	48	52	49	66	31	17	23

Nadere beschouwing van deze tabel laat een toename van niet gerapporteerde dagen door de jaren heen zien tot 2006, waarna het weer is gedaald. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per

jaar, komt in 2009 in 10 % van de peilstations voor, in 2008 is dat 20%.
Ziekte van de huisarts, verhuizing van de praktijk en omschakelen naar een
nieuw elektronisch His-systeem, zijn de meest voorkomende redenen van
langere tijd niet rapporteren.

4.4 De rubrieken en incidentele onderzoeken

Over de volgende rubrieken werden in 2009 gegevens geregistreerd (tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar een rubriek voor de eerste keer is opgenomen):

- 1 Influenza(-achtig ziektebeeld)(1970);
- 2 Levens einde onderzoek (2005);
- 3 Waterpokken (2000);
- 4 Pneumonie (2007);
- 5 Suicide(pogingen) (1979);
- 6 SOA (2008);
- 7 Gastro-enteritis (1996);
- 8 Ongewenste zwangerschap (2003);
- 9 Urineweginfectie (2009);
- 10 Kinkhoest (1998);
- 11 Cosmetica allergie (2009);

Er wordt in principe uitgegaan van een wekelijkse rapportage. Dat betekent dat ook patiënten die buiten kantooruren door een waarnemer worden gezien, worden gemeld, met uitzondering van influenza(-achtig ziektebeeld). Telefonisch gestelde diagnoses of telefonisch gegeven adviezen worden in principe niet geregistreerd: ook hierop is influenza een uitzondering.

Daarnaast werd voor de volgende incidentele onderzoeken in 2009 geregistreerd (tussen haakjes wordt vermeld in welk jaar dit onderzoek voor de eerste keer is geregistreerd):

- 11 Eetstoornissen (1985);
- 12 Euthanasieverzoek (1976);
- 13 Palliatieve sedatie (2005);
- 14 Diabetes mellitus (2007);

Een alfabetische opgave van alle onderwerpen sinds 1970 is in bijlage 2 te vinden (pagina 173-176); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

4.5 Analyses

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie van onderwerpen in 2009. De gegevens werden op het NIVEL verwerkt.

Er worden als routine voor elk onderwerp drie tabellen gepresenteerd:

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

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

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

In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie in de huisartspraktijk steeds per 10.000 inwoners, mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 4 (pagina 177) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2009 gegeven.

De gegevens van de artsen die 0, 1 of 2 dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt, dat wil zeggen dat zowel de gemelde gevallen in de “teller” als de praktijkpopulatie in de “noemer” niet wordt meegeteld. De gegevens van de praktijken waar over meer dan 2 dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Hierbij wordt geen correctiefactor toegepast. Omdat

bij navraag bij de artsen bleek dat bij afwezigheid van 1 of 2 dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvindt.

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

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

De volgende jaartabellen zijn ingesloten (pagina 178-184).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2009, week 01 t/m 53, blad 1-3.⁴
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2009, week 01 t/m 53, blad 1-3.⁴
- 3 Adressendichtheid naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2009, week 01 t/m 53, blad 1-3.⁴

4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking

Bij elke rubriek wordt een globale indruk gegeven van het aantal patiënten, consulten, handelingen en gebeurtenissen in Nederland, indien wordt uitgegaan van de frequenties, berekend uit de resultaten van de Continue Morbiditeits Registratie door Peilstations. Bij de bestudering hiervan dient, evenals in de vorige verslagen werd opgemerkt, niet uit het oog te worden verloren dat, alhoewel de populatie van de peilstations een redelijk goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking is (zie ook pagina 19-22), de peilstationartsen een selecte groep vormen. In hoeverre de uitkomsten van de werkelijke situatie afwijken is dan ook niet zonder meer vast te stellen; deze afwijkingen kunnen verschillend zijn, afhankelijk van de aard van de rubriek. Men dient met name voorzichtig te zijn bij die rubrieken waar sprake is van interventie door de huisarts. Bij de rubriek 'suicide-(poging)⁵ blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, vermoedelijk als gevolg van het feit dat dit gebeuren niet altijd aan de huisarts wordt gemeld. Bij de rubrieken levenseinde, SOA en pneumonie werden alleen de praktijken, die deze gebeurtenissen of aandoeningen in hun praktijk rapporteerden in 2009 in de analyses betrokken om onderrapportage te verminderen. Met betrekking tot het registreren op zichzelf is vrijwel zeker te stellen dat de peilstationartsen als een selecte groep handelen; dit kan echter het project slechts ten goede komen. Evenwel wordt dus aangeraden om **niet alleen** naar de geëxtrapoleerde aantallen te kijken, maar ook de betreffende hoofdstukken te raadplegen. Voor een juiste interpretatie van de geëxtrapoleerde getallen wordt eerst de totale Nederlandse bevolking per jaar gegeven, in duizendtallen.

Tabel 4.8 Nederlandse bevolking naar geslacht in duizendtallen, 2000-2009 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
2000	7.846	8.018	15.864
2001	7.910	8.077	15.987
2002	7.972	8.133	16.105
2003	8.016	8.177	16.193
2004	8.046	8.212	16.258
2005	8.066	8.240	16.306
2006	8.077	8.257	16.334
2007	8.089	8.269	16.358
2008	8.112	8.293	16.405
2009	8.156	8.329	16.486

* De aantallen per 1 januari van het betreffende jaar.

4.7 Betrouwbaarheidsintervallen

Rond de geschatte incidenties en prevalenties voor de gehele Nederlandse bevolking moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges. Onderstaande tabel geeft hiervan een indruk zowel voor relatieve als absolute aantallen.

De tabel moet als volgt gelezen worden: als in de totale patiëntenpopulatie van de peilstationpraktijken van 129.065 patiënten een frequentie van 1 per 10.000 patiënten gevonden wordt (1^e kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,45 – 1,55 per 10.000 (2^e kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 1649 (3^e kolom) en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen 749 en 2548. In de tabel is weergegeven hoe deze schattingen liggen bij een gevonden frequentie in de peilstations van 1 tot 1.000 per 10.000 patiënten met een paar tussenliggende

'stappen'. Vooral bij de lagere frequenties zijn de betrouwbaarheidsintervallen ruim.

Tabel 4.9 Betrouwbaarheidsintervallen van schattingen van incidentie en prevalentie en peilstationpraktijken per 10.000 en de absolute aantallen

frequentie per 10.000		Nederland (absolute aantallen)	
frequentie	95%BI	absoluut	95%BI
1	0.45 – 1.55	1649	749 – 2548
10	8.28 – 11.72	16486	13.643 – 19.329
100	94.57 – 105.43	164860	155.911 – 173.809
1000	983.63 – 1016.37	1648600	1.621.617 – 1.675.583

Voor de totale groep van mannen en vrouwen afzonderlijk die elk ongeveer de helft van de totale bevolking uitmaken zijn de betrouwbaarheidsmarges slechts iets ruimer dan in de tabel weergegeven. Voor afzonderlijke 5- of 10 jaars leeftijdsgroepen zijn de betrouwbaarheidsmarges vanzelfsprekend veel ruimer, omdat deze groepen in omvang kleiner zijn.

(Met dank aan Mw. C. van Dijk, NIVEL)

5 Influenza (achtige ziektebeelden)

Rubriekhouder: Nationaal Influenza Centrum (1970-2009)

Inleiding

Influenza is een belangrijk volksgezondheidsprobleem.

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

Elk jaar komt influenza voor in de wereld en ook in Nederland. Het gebruikelijke 'influenzaseizoen' loopt van week 40 tot week 20 van het jaar erop. In de zogenaamde interpandemische situatie komt een influenza epidemie op het noordelijk halfrond eigenlijk alleen voor in de winter. Een pandemie komt ook buiten dit seizoen voor en dit fenomeen doet zich voor in 2009. Sinds het begin (1970) van de registratie van influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) zijn de influenza epidemieën begonnen tussen medio november en begin maart. Onverwacht dook vanaf eind april 2009 een nieuwe variant van influenza A(H1N1) op, het pandemische A(H1N1). Aanvankelijk geïmporteerd vanuit Mexico, later ook vanuit de Verenigde Staten en daarna vanuit andere landen. Op 13 juni was er een epidemie van deze nieuwe virusvariant in diverse landen op diverse werelddelen, die door de WHO tot pandemie verklaard werd. Dit noopt tot het wekelijks registreren en rapporteren van influenza-activiteit gedurende het hele jaar 2009.

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

In de 20^{ste} eeuw is de wereld getroffen door een drietal pandemieën (de Spaanse griep (1918-'19), de Aziatische griep (1957-'58) en de Hong Kong griep (1968-'70, waarvan die in de jaren 1918-'19 de meeste indruk en ook angst heeft achter gelaten (plusminus 40 miljoen doden over de hele wereld). In 1933 pasten delen van de puzzel influenza in elkaar en werd het influenza virus aangetoond en verantwoordelijk gehouden voor kleine of meer omvangrijke uitbraken van acute luchtweginfecties waarbij sterfte niet ongewoon was. Ook kon bewezen worden dat influenza overdraagbaar was van dier op dier, van dier op mens en van mens op mens.

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

Begin jaren negentig werd de surveillance van influenza opnieuw kwalitatief verbeterd. Vanaf 1992/'93 worden door peilstationartsen in een toenemend aantal Europese landen bij patiënten met een influenza achtig-ziektebeeld (IAZ) of een acute luchtweginfectie een neus- en/of keelwat afgenomen, welke voor onderzoek naar het laboratorium van het Nationale Influenza Centrum worden verstuurd voor virologisch onderzoek. Zo ook in Nederland.

Methode

Eind juni werd besloten om gedurende een jaar de griepsurveillance van de peilstations uit te breiden met 12 huisartspraktijken behorend tot het "Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg" (LINH). Een fijnmaziger netwerk van huisartspraktijken bood meer mogelijkheden om, indien nodig, twee maal per week te rapporteren.

De huisarts registreert de patiënten die haar raadplegen met een acute influenza achtige ziekte (IAZ), die moet voldoen aan een aantal criteria: de criteria van Pel.⁶ Van de patiënt wordt tevens de leeftijd gerapporteerd. De arts wordt daarnaast gevraagd bij 2 patiënten met IAZ per week een keel- en neuswat af te nemen, die voor nader onderzoek worden opgestuurd naar het RIVM (Laboratorium voor Infectieziekten diagnostiek en Screening). In dit laboratorium wordt naar een aantal ziekteverwekkers waaronder influenza- en RS-virus gezocht. Het aantal ziekteverwekkers waarnaar gezocht wordt kan per jaar verschillen. De resultaten worden anders dan in voorgaande jaren weergegeven van week 30 tot en met week 20 in het jaar daarop.

Resultaten

De baseline werd in het seizoen 2009/2010 gehandhaafd op 5,1 per 10.000. Deze lijn is gebaseerd op statistische berekening van de incidentie van IAZ gedurende de afgelopen 10 griepseizoenen buiten de epidemische periode. Van verhoogde influenza-activiteit is sprake wanneer de incidentie van IAZ het basisoniveau van 5,1 per 10.000 gedurende twee achtereenvolgende weken overstijgt en er in de naar het RIVM gezonden monsters ook influenzavirus aangetoond wordt. Deze door het Europese Influenza Surveillance Scheme (EISS) ontwikkelde methodiek voor de berekening van de baseline beoogt de baseline in diverse Europese landen op elkaar af te stemmen, rekening houdend met de diverse gezondheidssystemen. In Nederland werd het eerste geval van het pandemische griepvirus influenza AH1N1 op 30 april 2009 vastgesteld. Het werd een aangifteplichtige ziekte, zodat ook buiten de peilstationsregistratie de verspreiding in kaart gebracht kon worden. Tussen eind mei en half augustus werden vooral importgevallen en hun contacten gemeld. Aanvankelijk werd getracht de verspreiding van het virus te vertragen door behandeling van deze patiënten en hun huisgenoten met oseltamivir. Tot begin oktober bleef de transmissie binnen Nederland inderdaad beperkt. In de peilstations werd de eerste patiënt met bewezen pandemische influenza AH1N1 in week 29 gediagnosticeerd, reizend vanuit Ibiza. Daarna werden bijna wekelijks één of enkele importgevallen gemeld, ook uit de peilstations. De incidentie bleef tot week 41 op het achtergrondniveau van minder dan 5,1 gevallen op 10.000 inwoners. Vanaf 15 augustus 2009 (week 33) bleven alleen nog

ziekenhuisopnamen en overlijden wegens virologisch bevestigde infecties met het nieuwe virus meldingsplichtig.

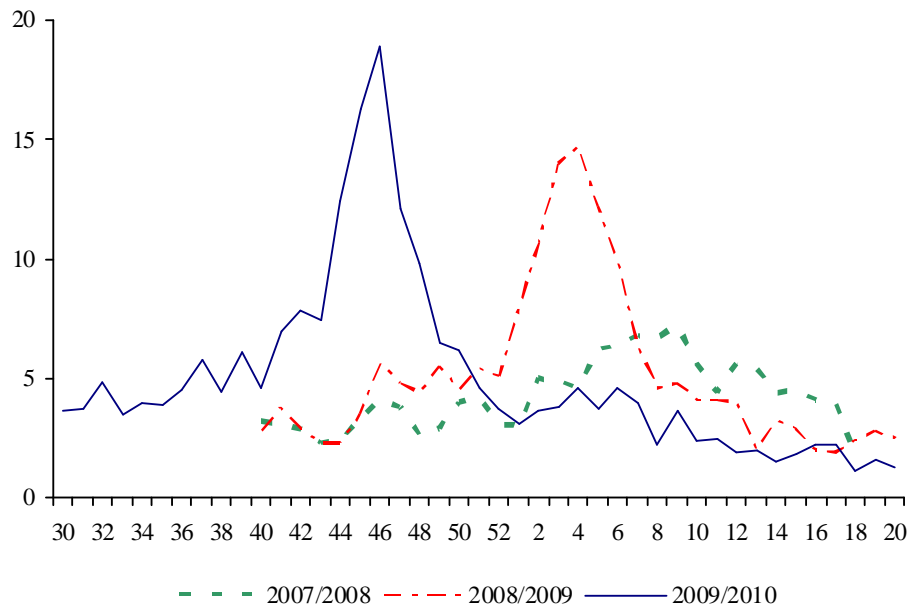
Begin oktober (week 41) verhief de IAZ-incidentie zich boven het achtergrondniveau. Tegelijkertijd stegen ook de wekelijkse aantallen virusdetecties en ziekenhuisopnamen en 2 weken later ook het wekelijkse aantal sterfgevallen aan de nieuwe griep (www.rivm.nl). Half november (week 46) werd met 19 gevallen op 10.000 inwoners de piek van de (milde) epidemie bereikt. In week 51 waren alle klinische en virologische indicatoren terug op achtergrondniveau en de incidentie bleef vervolgens onder de baseline in de eerste 20 weken van 2010. De epidemie duurde 10 achtereenvolgende weken (Figuur 5.1).

Bij bijna alle patiënten, waarbij influenzavirus in de monsters werd vastgesteld, werd het pandemische influenzavirus AH1N1 gevonden en bijna altijd was het virus gevoelig voor oseltamivir.

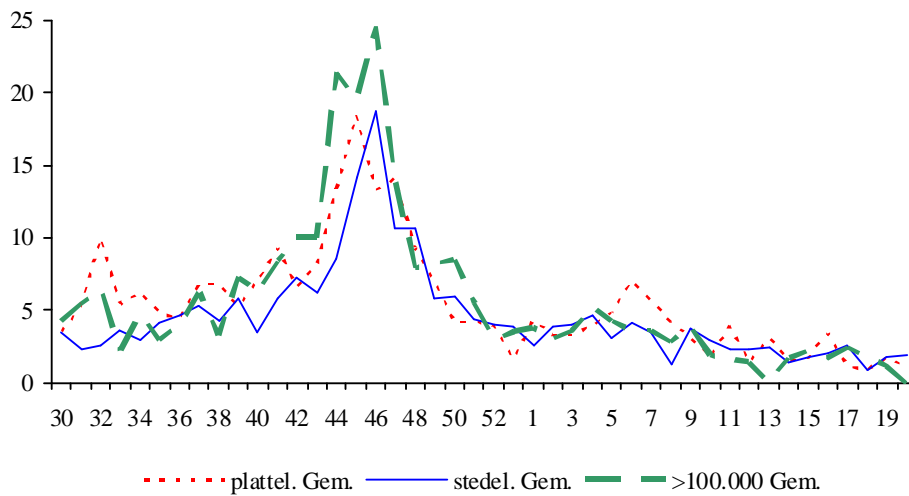
Er waren geen opvallende regionale verschillen in influenza-activiteit. De hoogste incidentie werd dit seizoen gemeten in het noorden des lands in week 46 (23,3 per 10.000 inwoners, Figuur 5.2).

De incidentie was in tegenstelling tot voorgaande seizoenen wat hoger in de grote steden (Figuur 5.3). Zoals gebruikelijk was de incidentie het hoogst in de leeftijdsgroep 0-4 jaar, ondanks de vanaf half november gestarte vaccinaties voor de leeftijdsgroep 6 maanden tot 4 jaar en voor huisgenoten van baby's van 0-6 maanden. Opvallend was de lage incidentie in de leeftijdsgroep ≥ 65 jaar (Figuur 5.4).

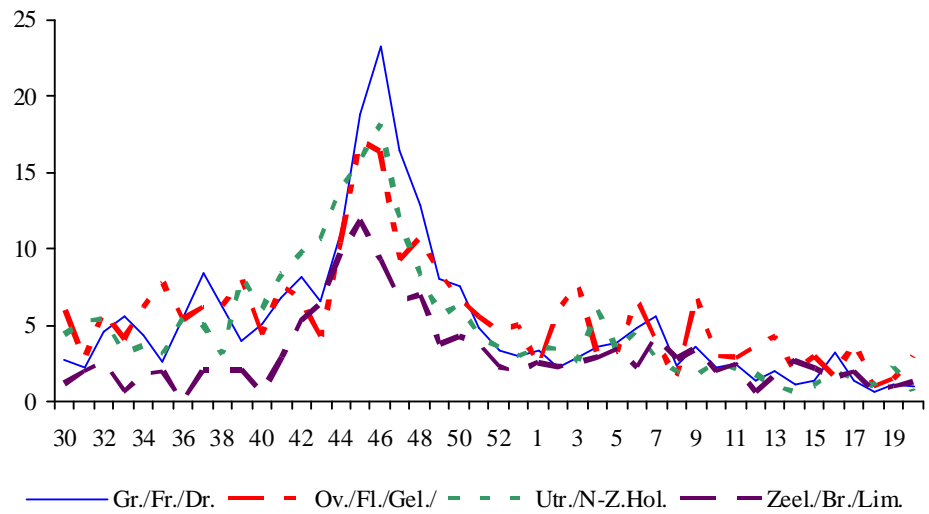
Figuur 5.1 Aantal incidente patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2007/2008, 2008/2009 en 2009/2010



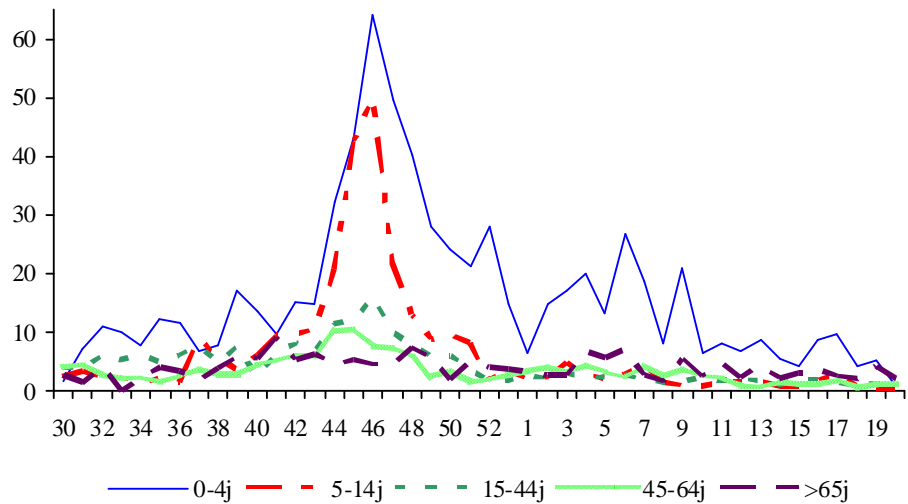
Figuur 5.2 Aantallen incidente patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, en naar mate van adressendichtheid in 2009/2010



Figuur 5.3 Aantallen incidente patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2009/2010



Figuur 5.4 Aantal incidente patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 per leeftijdsgroep, seizoen 2009-2010



Tabel 5.1 Aantal incidente patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld),
per 10.000 inwoners, 2000-2010

jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
totaal kalender											
jaar	197	113	157	122	71	208	190	134	131	168	275
hoogste week-											
incidentie per		7	13	7	15	26	14	8	7	15	19
'seizoen											
(=week 40 – week 20)											

Extrapolatie

Tabel 5.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal (m+v)
influenza achtige aandoeningen		
2000	197	313.000
2001	113	181.000
2002	157	253.000
2003	122	198.000
2004	71	116.000
2005	208	339.000
2006	190	310.000
2007	131	219.000
2008	168	276.000
2009	275	442.000

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

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

Discussie

De pandemie met het influenzavirus AH1N1 bleef in Nederland beperkt tot een milde epidemie, doch wel wat heftiger dan de voorgaande 3 seizoenen. De surveillance-activiteiten in de peilstations bleven in verband met de pandemie het gehele jaar intensief. De epidemie begint in week 41 en houdt tien weken aan. De piek wordt bereikt in week 46: 18,9 per 10.000 patiënten werden die week door de huisarts gemeld. Daarna nam de activiteit heel geleidelijk af. In week 51 was het basisniveau weer bereikt en een tweede piek bleef uit. Bij bijna alle patiënten, waarbij influenzavirus in de monsters werd vastgesteld, werd het pandemische influenzavirus AH1N1 gevonden en bijna altijd was het virus gevoelig voor oseltamivir. De huisartsen waren druk met 2 extra vaccinatierondes met het vaccin tegen influenza AH1N1 voor de bestaande risicogroepen en met de nieuwe risicogroep zwangeren in het tweede en derde trimester. De tijdens de epidemie uitgevoerde vaccinaties voor kinderen van 6 maanden tot 4 jaar en voor huisgenoten van kinderen van 0-6 maanden werden door de GGD verricht. Zoals gebruikelijk was de incidentie het hoogst in de leeftijdsgroep 0-4 jaar, ondanks deze vaccinatiecampagne. Opvallend laag was de incidentie in de leeftijdsgroep ≥ 65 jaar. Het pandemievirus is verwerkt in de samenstelling van het griepvaccin voor het komende seizoen.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Wijngaard van den C, Asten van L, Pelt van W, Doornbos G, Nagelkerke NJD, Donker GA, Hoek van der W, Koopmans MPG. *Syndromic surveillance for local outbreaks of lower-respiratory infections: Would it work?* Plos-one 2010;5(4): e10406.
doi:10.1371/journal.pone0010406

Wijngaard van den CC, Dijkstra F, Pelt van W, Asten van L, Kretschmar M, Schimmer B, Nagelkerke NJD, Vellema P, Donker GA, Koopmans MPG. *In search of hidden Q-fever outbreaks: linking syndromic hospital cluster to infected goat farms*. *Epidemiology and Infection* 2010; geaccepteerd voor publicatie.

Paget John W, Balderston C, Casas I, Donker G, Edelman L, Fleming D, e.a. *Assessing the burden of paediatric influenza in Europe: the European Paediatric Influenza Analysis (EPIA) project*. *Eur J Pediatr*. 2010:DOI 10.1007/s00431-010-1164-0

Friesema IHM, Koppeschaar CE, Donker GA, Dijkstra F, Noort van SP, Smalenburg R, Hoek van der W, Sande van der MAB. *Internet-based monitoring of influenza-like illness in the general population: Experience of five influenza seasons in the Netherlands*. *Vaccine* 2009;27:6353-6357

Kroes ACM. *Informatie over influenza*. .Editorial bij de bijdrage van Meijer A, Rimmelzwaan GF, Dijkstra F, Donker GA *Tijdschrift voor infectieziekten* 2009;4(5):174-5

Meijer A, Rimmelzwaan GF, Dijkstra F, Donker GA. *Actuele ontwikkelingen betreffende influenza; griepspotters in actie*. *Tijdschrift voor infectieziekten* 2009;4(5):176-84

Sande van der Marianne AB, Hoek van der Wim, Hooiveld Mariëtte, Donker GA, Steenbergen van Jim E, Boven van Michiel, Wallinga Jacco. *Bestrijding van de nieuwe influenza A(H1N1). 11*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2009;153:A770 en B420

Dijkstra F, Donker GA, Wilbrink B, Gageldonk-Lafeber van AB, Sande van der MAB. *Long time trends in influenza-like illness and associated determinants in The Netherlands*. *Epidemiol Infect* 2009;137(4):473-9

Donker G. *Hoge koorts & koude rillingen*. 10 vragen over griep. *Libelle* 2008;2:36-37

Gageldonk-Lafeber van Arianne B, Sande van der Marianne AB, Heijnen Marie-Louise A, Peeters Marcel F, Bartelds Aad IM, Wilbrink Berry. *Risk factors for acute respiratory tract infections in general practitioner patients in The Netherlands: a case-control study* *BMC Infectious Diseases* 2007;7:35(27 April 2007)

Gageldonk van R, Donker GA, Peeters M. *Voorspellen klachten een bacteriële bovensteluchtweginfectie?* Huisarts en Wetenschap 2007;50:85-86

Donker GA, Gravestein J. *De beste tijd voor griepvaccinatie.* Huisarts en Wetenschap 2007;50:41

Dijkstra F, Gageldonk-Lafeber van AB, Brandsema, P, Du Ry van Beest Holle M, Meijer A, Lubben van der IM, Wilbrink B, Sande van der MAB. *Respiratoire Infectieziekten in het jaar 2005/2006.* Infectieziekten Bulletin 2006; jaargang17:nr11:390-397

Dijkstra F, Gageldonk-Lafeber van AB, Brandsema P, Du Ry van Beest Holle M, Meijer A, Lubben van der IM, Wilbrink B, Sande van der MAB. *Jaarrapportage respiratoire infectieziekten 2005/2006.* http://www.rivm.nl/gezondheid/infectieziekten/centrum_izb/

Dijkstra F, Plas van der SM, Meijer A, Wilbrink B, Jong de JC Bartelds AIM. *Surveillance van respiratoire infectieziekten in 2004/2005.* Infectieziekten Bulletin 2005;jaargang16:nr 6:198-205

Epidemiologische mededelingen

Rimmelzwaan GF, Jong de JC, Donker GA, Meijer A, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. *Het influenzaseizoen 2007/'08 in Nederland: antigene variatie, resistentie tegen oseltamivir en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2008/'09.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008;152(39):2138-44

Jong de JC, Rimmelzwaan GF, Donker GA, Meijer A, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. *Het influenzaseizoen 2006/'07 in Nederland en de vaccinsamenstelling 2007/'08.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2007;151(39):2158-65

Rimmelzwaan GF, Jong de JC, Donker GA, Meijer A, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. *Het influenzaseizoen 2005/'06 in Nederland en de vaccinsamenstelling 2006/'07.* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2006;150(40):2209-14

Marquet Richard L, Bartelds Aad IM, Noort van Sander P, Koppeschaar Carl E, Paget John, Schellevis Francios G. and Zee van der Jouke. *Internet-based monitoring of influenza-like illness (ILI) in the general population of the Netherlands during the 2003-2004 influenza season* BMC Public Health 2006;6:242

Jong de JC, Rimmelzwaan GF, Bartelds AIM, Meijer A, Fouchier RAM, Osterhaus ADME.
*Het influenzaseizoen 2004/'05 in Nederland met de grootste epidemie van de laatste 5
jaar, door virusvariant A/California en de vaccinsamenstelling 2005/'06.* Nederlands
Tijdschrift voor Geneeskunde 2005;148(40):1984-88

6 Pneumonie

Rubriekhouder: Mw. dr. E. E. Stobberingh, SWAB (2007-2009)

Inleiding

Luchtweginfecties, met name pneumonieën, zijn een belangrijke reden tot het voorschrijven van antibiotica in de eerste lijn. Hoewel uit eerder onderzoek naar het voorkomen en de resistentie van bacteriële luchtwegpathogenen de ARI-EL studie geen verontrustende getallen ten aanzien van antibioticaresistentie naar voren zijn gekomen, is er reden 4 jaar na dato opnieuw onderzoek op dit terrein uit te voeren. Surveillance van antibiotica resistentie vereist een regelmatige monitoring van de betreffende micro-organismen (www.swab.nl). Deze studie kan tevens dienen als beschrijving van de nulsituatie na invoering van de pneumococcon vaccinatie bij kinderen in 2006.

Doel van de studie is het voorkomen van klinische pneumonie in de huisartspraktijk vast te stellen en de bacteriële verwekkers te identificeren.

De watten voor bacteriologisch onderzoek worden onderzocht op de meest voorkomende luchtwegpathogenen. Tevens wordt de gevoeligheid voor verschillende antibiotica, waaronder die welke veel door huisartsen worden voorgeschreven, bepaald.

Deze aanvullende bemonstering zal een voor Nederland representatief inzicht geven in het voorkomen van bacteriële pathogenen bij patiënten met verdenking op een onderste luchtweginfectie, en in het voorkomen van de antibiotica resistentie bij deze pathogenen. Deze data hebben directe klinische relevantie voor het beleid van de huisarts bij de behandeling van luchtweginfecties en zullen ook bij het aanpassen van NHG standaarden worden gebruikt.

Methode

De huisartsen van de peilstations wordt gevraagd bij een nieuwe patiënt met de klinische diagnose pneumonie ICPC-code R81 te registreren. De diagnose hoeft niet bewezen te zijn met een röntgenfoto van de longen, doch er wordt wel gevraagd of de diagnose bevestigd is met een thoraxfoto en of patiënt opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis. De volgende vragen worden gesteld.

- Is er een kweek afgenomen?
- Is de diagnose bevestigd met X-thorax?
- Is het CRP verhoogd?
- Is er leucocytose (leuco's >10 per mm³)?

De huisartsen wordt tevens verzocht bij elke nieuwe patiënt met klinische verschijnselen van pneumonie een keelwat af te nemen voor bacteriologisch onderzoek en op te sturen naar het Maastricht Universitair Medisch Centrum. De watten voor bacteriologisch onderzoek worden onderzocht op de meest voorkomende luchtwegpathogenen. Tevens wordt de gevoeligheid voor verschillende antibiotica, waaronder die welke veel door huisartsen worden voorgeschreven, bepaald. De watten worden aangeleverd door het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) met verzend/retour enveloppen en op de afdeling Medische Microbiologie van het MUMC onderzocht. Huisartsen kunnen na een week de uitslag van de bacteriologie tegemoet zien. Over de uitkomsten van het bacteriologisch onderzoek zal separaat gerapporteerd worden.

Indien influenza (achtige ziekte) de oorzaak is van pneumonie, wordt dat ook elektronisch gemeld en vindt tevens de gebruikelijke virologische diagnostiek op het RIVM plaats. De uitslagen van de virologische diagnostiek (PCR) komen eveneens na ongeveer een week, doch separaat. Peilstations, die geen enkele keer pneumonie gerapporteerd hadden werden niet meegenomen in de jaarlijkse analyses, omdat het zeer onwaarschijnlijk is dat dit in een jaar niet voorkomt in de praktijk.

Resultaten

Tabel 6.1 toont het aantal patiënten met pneumonie per regio en naar adressendichtheid. De incidentie ligt met 55 per 10.000 ondanks twee

griepepidemieën in 2009 iets lager dan vorig jaar en is het hoogst op het platteland. De resultaten hebben betrekking op 40 rapporterende peilstations.

Tabel 6.1 Aantal patiënten met pneumonie per 10.000 inwoners per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, 2007-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2007	39	47	62	61	73	45	68	54
2008	48	47	76	64	94	48	69	59
2009	63	65	56	26	94	40	65	55

Seizoensinvloeden

Uit de vergelijking van incidentie naar seizoen blijkt pneumonie het vaakst in de winter en het minst vaak in de zomer voor te komen. In 2009 werden er twee pieken gezien in dezelfde periode als de twee griepepidemieën. Namelijk het eerste en het laatste trimester (tabel 6.2).

Tabel 6.2 Aantal patiënten met pneumonie per 10.000 inwoners per kwartaal, 2007-2009

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2007	18	11	9	15
2008	19	13	9	17
2009	18	10	10	18

Leeftijdsverdeling

De incidentie van pneumonie blijkt het hoogst bij peuters (1-4 jaar) en bij ouderen (>65 jaar). De ouderen boven 85 jaar kennen de hoogste incidentie met 300 per 10.000 inwoners. Bij ouderen vanaf 70 jaar is de incidentie hoger bij mannen dan bij vrouwen. Op jongere leeftijd is er geen consistent verschil in incidentie tussen mannen en vrouwen (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Aantal patiënten met pneumonie per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2007-2009

leeftijdsgroep	2007			2008			2009		
	m	v	t	m	v	t	m	v	t
<1	(65)	(33)	49	107	75	92	17	18	17
1-4	113	92	103	116	69	93	110	46	78
5-9	32	48	40	73	46	60	39	31	35
10-14	15	23	19	31	11	21	35	44	39
15-19	25	23	24	31	7	19	38	21	29
20-24	(10)	(10)	10	20	8	14	16	25	21
25-29	(7)	(6)	(7)	(8)	12	10	10	16	13
30-34	15	30	23	31	38	34	24	32	28
35-39	38	36	37	39	40	40	44	48	46
40-44	26	47	36	59	42	50	33	46	39
45-49	35	38	36	44	31	37	45	47	46
50-54	34	37	35	67	44	56	35	46	40
55-59	81	78	80	29	68	48	58	62	60
60-64	43	71	57	65	68	67	70	56	63
65-69	128	77	102	77	83	80	75	73	74
70-74	124	88	105	122	50	84	122	106	114
75-79	200	92	138	198	143	167	122	92	105
80-84	225	152	178	466	119	249	291	123	181
>85	492	258	323	518	281	349	296	301	300
totaal	55	54	54	67	52	59	55	55	55

Extrapolatie

Tabel 6.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal (m+v)
pneumonie						
2007	55	54	54	44.000	45.000	89.000
2008	67	52	59	54.000	43.000	97.000
2009	55	55	55	45.000	46.000	91.000

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

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

Discussie

De registratie van pneumonie laat een duidelijke seizoenstrend zien met de hoogste incidenties in het eerste en laatste trimester, waarin in 2009 ook de griepiepidemieën vallen. Ondanks deze twee milde griepiepidemieën is de incidentie iets lager dan in het voorgaande jaar. Tevens was er geen opvallende verheffing tijdens beide griepiepidemieën. Er is alleen op hoge leeftijd een hogere incidentie bij mannen dan bij vrouwen, mogelijk mede als gevolg van een hogere co-morbiditeit samenhangend met roken bij mannen in die leeftijdscategorieën (COPD en hart- en vaatziekten). Interessant is uiteraard welke bacteriologische verwekkers bij deze patiënten

met pneumonie in de huisartspraktijk geïsoleerd zijn en voor welke antibiotica deze gevoelig zijn. Hierover zal separaat worden gerapporteerd. Ook uitbreiding van de diagnostiek met virologisch onderzoek lijkt interessant. Bij patiënten met influenza-achtige ziekte (IAZ) en pneumonie wordt dit al gedaan.

Deze rubriek wordt in 2010 voortgezet.

7 Waterpokken

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2000-2009)

Inleiding

Waterpokken is een van de infectieuze aandoeningen die, als mensen de situatie al niet zelf kunnen hanteren, grotendeels in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt begeleid. Alleen voor de gevaarlijke complicaties als een varicellapneumonie of -meningitis, veelal op volwassen leeftijd, moet er beroep gedaan worden op gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Waterpokken bij een zwangere vlak voor de bevalling is een uiterst zorgwekkende conditie voor zowel moeder als kind.⁷ Een studie kan dienen als nulmeting vóór het eventueel invoeren van een vaccinatie. In de Verenigde Staten en Japan wordt sinds 1997 op grote schaal gevaccineerd tegen waterpokken en in Duitsland sinds 2000. In Nederland is sinds 2007 een waterpokkenvaccin met levend verzwakt virus geregistreerd, dat gericht (b.v. voorafgaand aan chemotherapie of transplantatie) ingezet kan worden, doch voornamelijk niet toegevoegd is aan het Rijksvaccinatieprogramma.

Methode

In 2001-2009 is alleen het aantal patiënten waarbij de huisarts de diagnose waterpokken gesteld heeft, geregistreerd. In 2000 is aanvullende informatie verzameld betreffende het voorkomen van waterpokken in de leefeenheid van patiënten met waterpokken, die de huisarts raadpleegden en het voorkomen van waterpokken waarvoor de huisarts niet is geconsulteerd.

In dit verslag wordt gerapporteerd over de uitkomsten van de registratie van waterpokken. Over de aanvullende informatie verzameld in 2000 is elders gepubliceerd (zie onderstaande publicaties Fleming et al.).

Resultaten

Het aantal patiënten met waterpokken wordt in tabel 7.1 vermeld per 10.000 inwoners per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland.

Tabel 7.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 inwoners per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland, 2000-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	11	17	23	29	21	21	19	20
2001	17	28	25	22	17	24	27	24
2002	18	45	31	30	21	33	32	32
2003	15	38	27	28	46	22	26	27
2004	9	29	29	31	39	18	36	25
2005	10	18	24	17	14	18	28	19
2006	21	20	35	36	31	25	39	30
2007	10	11	29	28	17	21	27	21
2008	11	7	25	16	10	13	35	16
2009	10	7	17	4	9	10	16	11

Na de voorgaande epidemie in 2002 en een geleidelijke daling in het voorkomen van waterpokken in de jaren daarna, was er in 2006 weer een epidemie vergelijkbaar met die van 2002, vooral in het westen en zuiden des lands. In 2009 is de incidentie lager dan in de voorgaande twee jaren en is er dus geen epidemie geweest. De incidentie was de laatste jaren het hoogst in de grote steden.

Seizoensinvloeden

De aantallen patiënten, die de huisartsen per 10.000 inwoners per kwartaal hebben gemeld, zijn weergegeven in tabel 7.2.

Tabel 7.2 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 inwoners per kwartaal, 2000-2009

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2000	6	7	4	3
2001	9	8	5	3
2002	9	11	7	5
2003	10	8	6	3
2004	8	9	5	3
2005	6	5	4	4
2006	10	10	6	4
2007	7	8	2	4
2008	5	5	2	3
2009	3	3	3	2

Waterpokken is in het eerste half jaar van 2009 meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in de voorgaande jaren 2000-2008.

Leeftijdsverdeling

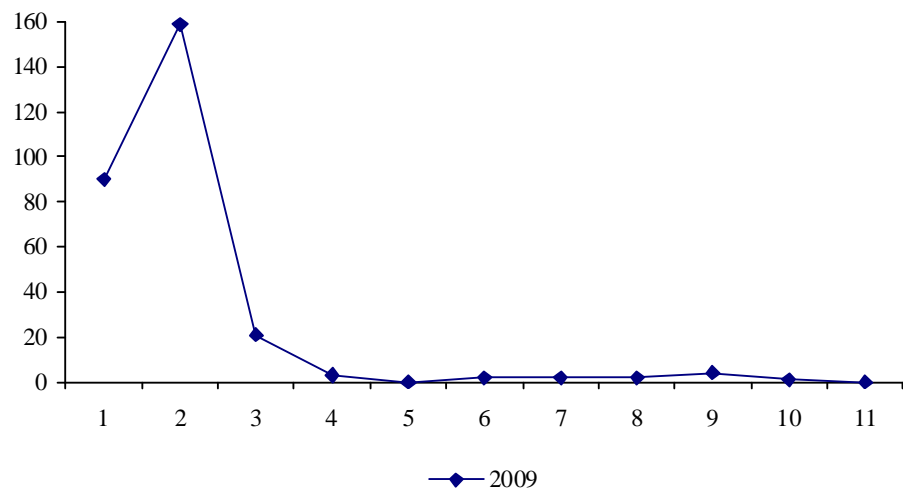
Het voorkomen van waterpokken in Nederland per 10.000 per leeftijdsgroep wordt vermeld in tabel 7.3.

Tabel 7.3 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2000-2009

leeftijdsgroep	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<1	298	320	301	284	225	217	305	235	207	90
1-4	253	281	359	358	311	232	331	278	199	159
5-9	64	70	136	63	85	44	102	53	41	21
10-14	5	12	11	9	(5)	(6)	7	(2)	8	(3)
15-19	3	(4)	(3)	(3)	(7)	(4)	(2)	(3)	(5)	(0)
20-24	4	6	(4)	8	(6)	(6)	13	(2)	(3)	(2)
25-29	4	7	8	(4)	(6)	(4)	(4)	(3)	(2)	(2)
30-34	4	5	6	7	(5)	(3)	(5)	(3)	(2)	(2)
35-39	(1)	(3)	(3)	(4)	(5)	(2)	8	(5)	(0)	(4)
40-44	(1)	(3)	(3)	-	(2)	(2)	(0)	(1)	(2)	(1)
45-49	(1)	-	(1)	-	-	(2)	(1)	(1)	(1)	(0)

Waterpokken komt vooral voor bij de jongste leeftijdsgroepen onder 10 jaar en is in 2009 bij elk van die leeftijdsgroepen aanzienlijk lager dan in het voorgaande jaar. Boven de leeftijd van 50 jaar komt waterpokken sporadisch voor, in 2009 één keer.

Figuur 7.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2009



Leeftijdsgroepen:

1=<1 jaar	2=1-4 jaar	3=5-9 jaar	4=10-14 jaar	5=15-19 jaar
6=20-24 jaar	7=25-29 jaar	8=30-34 jaar	9=35-39 jaar	10=40-44 jaar
11=45-49 jaar				

Extrapolatie

Tabel 7.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal (m+v)
waterpokken		
2000	22	32.000
2001	24	38.500
2002	32	51.500
2003	27	44.000
2004	25	40.500
2005	19	31.000
2006	30	49.000
2007	21	34.000
2008	16	26.000
2009	11	18.000

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

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

Discussie

Na epidemieën in 2002 en 2006 is in 2009 de incidentie weer lager dan in de voorgaande 2 jaren en is er dus niet sprake van een epidemie. Het is gebruikelijk dat epidemieën van waterpokken eens in de 3 à 4 jaar voorkomen. Net als in voorgaande jaren was de incidentie het hoogst in de dichter bevolkte gebieden van Nederland. Waterpokken komt het meest voor onder de leeftijd van 10 jaar en vooral onder de vijf jaar. Slechts weinigen consulteren hiervoor de huisarts. Een consequentie van het frequent voorkomen van waterpokken in de jongste leeftijdsgroepen (<5 jaar) is dat vrouwen, die voor de tweede of volgende maal zwanger zijn, meer risico lopen met waterpokken in aanraking te komen. Echter, ook onder hen is de beschermingsgraad hoog, omdat >90% de ziekte op jonge leeftijd doormaakt. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd het aantal complicaties van waterpokken in kaart te brengen alvorens advies uit te brengen over eventuele toevoeging van waterpokkenvaccinatie aan het Rijksvaccinatieprogramma.

In 2010 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Donker Gé, Haar van der Ella. *Waterpokken: vaccinatie invoeren of niet?* Huisarts en Wetenschap 2009;52(4):165

Boot HJ, Melker de HE, Stolk EA, Wit de GA, Kimman TG, *Assessing the introduction of universal varicella vaccination in the Netherlands.* Vaccine 2006;24(37-39):6288-99

Melker de HE, Berbers G, Hahné S, Rümke S, Hof van den S, Wit de A, Root H. *The epidemiology of varicella and Herpes Zoster in The Netherlands: implications for varicella zoster virus vaccination.* Vaccine 2006;24(18):3946-52

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

Fleming DM, Schellevis FG, Falcao I, Alonso TV, Padilla ML. *The incidence of chickenpox in the community. Lessons for disease surveillance in sentinel practice networks.* Eur J Epidemiol 2002;17:1023-1027

8 Kinkhoest

Rubriekhouder: Mw. dr. H. de Melker, RIVM (1998-2009)

Inleiding

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

Kinkhoest kan met name bij kinderen jonger dan 3 maanden zeer ernstige complicaties geven zoals hersenbeschadigingen en convulsies, atelectase van de long, pneumothorax, longemfyseem en zelfs sterfte. De mortaliteit van kinkhoest is hoog, vooral bij zuigelingen jonger dan 3 maanden. Immuniteit wordt opgebouwd zowel na het doormaken van kinkhoest als na vaccinatie, maar in beide gevallen neemt die na verloop van tijd weer af.

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

Het vaccin dat in de vijftiger jaren werd ontwikkeld was effectief in het bestrijden van de infectie, maar heeft niet tot uitroeiing van de bacterie geleid. De bacterie is blijven circuleren en sinds 1996 is de incidentie van kinkhoest in Nederland, ondanks de hoge vaccinatiegraad, toegenomen. Om de paar jaar treden epidemische verheffingen op. Analyse van beschikbare gegevens leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven ziektegevallen van kinkhoest toegenomen was.⁸ Daarom worden sinds juli 2001 kinderen op 4 jarige leeftijd nogmaals ingeënt met een apart acellulair vaccin. Vanaf 2005 zijn de vaccinaties met het hele-cel vaccin in het eerste levensjaar vervangen door een acellulair vaccin.

Kinkhoest is een van de ziekten waarvoor aangifte verplicht is. Het ziektebeloop en de criteria voor registratie brengen echter een forse onderrapportage met zich mee en de cijfers van de wettelijke meldingen geven niet het werkelijke beeld weer. De registratie kan op 3 niveau's spaak lopen. Veel

mensen, met name volwassenen, die enkele weken hoesten gaan niet gauw naar de huisarts. Als iemand wel naar de huisarts gaat en de arts vermoedt kinkhoest, dan zal niet altijd laboratoriumonderzoek worden aangevraagd. Bovendien meldt niet elke huisarts alle bevestigde gevallen van kinkhoest bij de GGD.

Rechtstreekse registratie van kinkhoest in de huisartspraktijk is een mogelijkheid het probleem van de onderrapportage kleiner te maken. Informatie over het voorkomen van kinkhoest in de huisartspraktijk was eind jaren negentig niet beschikbaar en evenmin in andere bronnen als zodanig te achterhalen. Nader onderzoek naar de veranderingen in de epidemiologie van kinkhoest werd wenselijk geacht, zeker na de invoering van een verbeterd vaccin in 1998. Besloten werd de rubriek kinkhoest in 1998 op de weekstaat te plaatsen. Gezien de recente veranderingen in het kinkhoestvaccinatiebeleid is het wenselijk de monitoring via de weekstaten te handhaven.

Methode

De peilstationarts wordt gevraagd elke patiënt met kinkhoest te registreren. Onderscheid wordt gemaakt naar geslacht en naar leeftijdsgroep van de patiënt. Het vaak weinig typische beloop van kinkhoest bij gevaccineerde personen maakt een casusomschrijving niet eenvoudig.

Voor kinkhoest wordt de volgende omschrijving aangehouden: langdurige hoestklachten (langer dan 3 weken) met min of meer typische kenmerken en/of bewezen *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie (volgens het protocol van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding).

Bij deze omschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen klinische kinkhoest zonder bevestiging door het laboratorium en met laboratoriumonderzoek bevestigde symptomatische (al dan niet typische) *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie. Door in de registratie dit onderscheid te maken kan inzicht verkregen worden in de frequentie waarmee door de huisarts de diagnose kinkhoest gesteld wordt op alleen het klinische beeld. Enkele weken na een melding krijgt de huisarts het verzoek aanvullende informatie te geven over de melding en over de uitkomsten van

laboratoriumonderzoek wanneer dat aangevraagd is. Ook wordt gevraagd of de patiënt ooit is ingeënt tegen kinkhoest en indien dat het geval is hoeveel doses zijn toegediend. De verkregen informatie wordt naast andere bronnen over het voorkomen van kinkhoest gebruikt door het Centrum voor Infectieziektebestrijding- Epidemiologie en Surveillance van het RIVM in Bilthoven bij de interpretatie van de epidemiologie van kinkhoest in Nederland.

Resultaten

Verdeling naar provinciegroep en omgevingsadressendichtheid.

In het jaar 2009 werden 32 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 3.

Deze incidentie is lager dan het voorgaande jaar (zie tabel 8.1).

Tabel 8.1 Aantal patiënten met kinkhoest per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners, 2000-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	3	7	10	4	4	5	17	7
2001	3	5	15	7	6	9	22	11
2002	2	2	5	6	2	4	7	4
2003	0	(1)	4	3	0	2	7	3
2004	6	10	8	9	7	7	12	8
2005	0	6	6	11	6	6	5	6
2006	1	7	2	1	7	2	2	3
2007	4	6	4	8	7	5	3	5
2008	3	1	3	15	5	5	2	5
2009	2	5	4	1	2	4	2	3

In het oosten van het land en in de middelgrote steden was de incidentie in 2009 het hoogst, doch dat is geen consistent beeld over alle registratiejaren.

Leeftijdsverdeling

In tabel 8.2 wordt het aantal patiënten met kinkhoest naar leeftijdsgroep vermeld per 10.000 inwoners.

Tabel 8.2 Aantal patiënten met kinkhoest per 10.000 inwoners 2000-2009

leeftijdsgroep	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<1	54	29	5	(7)	(29)	(8)	(18)	(8)	9	-
1-4	46	99	21	14	35	30	17	17	8	17
5-9	38	15	20	11	33	18	(7)	10	9	7
10-14	9	19	10	(3)	23	10	10	17	24	7
15-19	(3)	9	(2)	(4)	10	(3)	(7)	14	6	7
20-24	-	-	(1)	-	(3)	-	-	(3)	(2)	(2)
25-29	(2)	(2)	(2)	(2)	-	-	-	-	(3)	-
30-34	(1)	4	(1)	(1)	6	5	(3)	(6)	(2)	(2)
35-39	(4)	6	(1)	(3)	6	4	(1)	(1)	(4)	-
40-44	(3)	(2)	(0)	-	-	(1)	-	(5)	6	(3)
45-49	(3)	6	-	(1)	(3)	6	-	6	(1)	(1)
50-54	(1)	0	(1)	(1)	(6)	(4)	-	-	(1)	-
55-59	(3)	(2)	-	-	(3)	(5)	-	(1)	(4)	(1)
60-64	(5)	(4)	(2)	(2)	-	(6)	-	(2)	(2)	-
65-69	0	-	-	-	(5)	-	-	-	-	-
>69	(2)	(1)	(1)	-	(0)	(2)	-	-	-	-

Kinkhoest kan op elke leeftijd voorkomen. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 0-19 jaar, in het jaar 2009 vooral de subgroep van 1-4 jaar.

Extrapolatie

Tabel 8.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal (m+v)
kinkhoest		
2000	12	11.000
2001	12	17.500
2002	4	6.500
2003	3	5.000
2004	8	13.000
2005	6	9.800
2006	3	4.900
2007	5	8.000
2008	5	8.000
2009	3	5.000

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

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

Over de resultaten betreffende de diagnostiek wordt separaat gerapporteerd.

Discussie

Ondanks een hoge vaccinatiegraad tegen kinkhoest komt kinkhoest nog altijd veel voor in de bevolking. De incidentie van kinkhoest gemeten in de huisartspraktijk is hoger dan uit de officiële aangiftecijfers naar voren komt al wordt het verschil de laatste jaren kleiner.

Kinkhoest komt voor in alle leeftijdsgroepen. Volgens de huisartsenpeiling komt kinkhoest het meest voor bij 0-19 jarigen. Sinds de invoering van vaccinatie met acellulair vaccin op 4-jarige leeftijd in 2001 en de vervanging van het hele cel vaccin door acellulair vaccin in het eerste levensjaar vanaf 2005 leek de afgelopen jaren net als bij de aangiften de piekincidentie van de huisartsenregistratie geleidelijk naar hogere leeftijdsgroepen te verschuiven. In 2009 was dit niet het geval met een piekincidentie bij de leeftijdsgroep 1-4 jaar.

De rubriek is in 2010 gehandhaafd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Greeff de Sabine C, Lugnér Anna K, Heuvel van den Danielle M, Mooi Frits R, Melker de Hester E. *Economic analysis of pertussis illness in the Dutch population: Implications for current and future vaccination strategies*. Vaccine 2009;(27):1932-1937

9 Acute gastro-enteritis

Rubriekhouder: Dr. W. van Pelt (RIVM-CIE) (1992-1993) (1996-2009)

Inleiding

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

Vanaf 1996 is gastro-enteritis, opnieuw, opgenomen in de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Ook in 1992-1993 is het onderwerp in de peilstations geregistreerd.

Aanvankelijk (tot 1999) richtte het onderzoek zich met name op het volgen van trends in de incidentie van gastro-enteritis, campylobacteriose en salmonellose naast het vaststellen van de omvang van de zorgbelasting, die is toe te schrijven aan specifieke ziekteverwekkers. Over de resultaten van dit onderzoek is reeds elders gerapporteerd (Centrum voor Infectieziekten en Epidemiologie van het RIVM, Dr. M.A.S. de Wit en Dr. Y. van Duijnhoven).

Vanaf 2000 is de rubriek gehandhaafd in verband met het eerst genoemde doel: het volgen van trends in de incidentie van acute gastro-enteritis in de huisartsenpraktijk. In 2001 en 2002 is aanvullende informatie verzameld over in het kader van de reguliere zorg uitgevoerde laboratoriumdiagnostiek van consulterende patiënten. De resultaten van dat onderzoek zijn elders gepubliceerd (Van den Brandhof et al. 2006).

Methode

De peilstationarts wordt in deze registratie gevraagd iedere persoon te melden met een nieuwe episode van gastro-enteritis. Een nieuwe episode houdt in dat de patiënt voor het eerst wordt gezien tijdens deze episode en na een eventuele eerdere melding tenminste 14 dagen klachtenvrij is geweest.

Patiënten die de huisarts uitsluitend telefonisch consulteren worden niet gemeld.

In 2001 en 2002 is gevraagd tevens te melden wanneer de huisarts in het kader van de regulier geboden zorg besluit tot het laten doen van faecesonderzoek. Gevraagd werd naar de reden van de aanvraag van het onderzoek, op welke micro-organismen was getest en of er antibiotica voorgeschreven waren. Indien faecesonderzoek was aangevraagd, is de huisarts enkele weken later gevraagd de uitkomsten daarvan te rapporteren.

Sinds 2003 wordt alleen gevraagd acute gastro-enteritis te melden waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen gevallen waarbij geen en waarbij wel faecesonderzoek is aangevraagd. Er wordt geen nadere navraag gedaan naar de indicatie noch van de uitslag.

Als definitie van gastro-enteritis wordt gehanteerd:

- 3 of meer malen per dag dunne ontlasting, afwijkend van normaal voor deze persoon, ofwel;
- dunne ontlasting en 2 van de volgende symptomen: koorts, braken, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting, ofwel;
- braken en 2 van de volgende symptomen: koorts, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting.

Resultaten

In tabel 9.1 worden de aantallen meldingen van acute gastro-enteritis vermeld per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland.

Tabel 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2000-2009

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2000	m	41	108	102	85	66	85	131	90
2001		76	98	78	122	102	90	95	93
2002		65	109	106	113	81	99	151	104
2003		111	127	103	104	121	103	117	109
2004		76	115	90	135	141	91	109	103
2005		73	125	90	101	131	82	117	96
2006		85	135	112	167	121	119	126	121
2007		69	36	110	110	66	77	135	86
2008		92	53	89	130	105	71	150	90
2009		73	43	72	59	64	56	84	64
2000	v	46	104	97	106	77	90	112	92
2001		55	108	97	169	100	106	127	109
2002		58	108	113	110	70	95	135	98
2003		93	142	103	118	134	104	115	112
2004		61	102	98	107	136	82	97	94
2005		45	112	96	108	100	87	107	93
2006		71	124	122	143	107	122	112	117
2007		67	36	122	139	56	95	134	95
2008		83	57	91	152	88	79	158	93
2009		68	62	77	65	73	60	92	70

Tabel 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en vrouwen, 2000-2009 (vervolg)

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000 t	44	105	99	96	71	87	121	91
2001	65	103	88	145	101	98	112	101
2002	58	109	113	110	76	97	143	101
2003	102	134	103	111	128	103	116	110
2004	68	109	94	121	138	86	103	98
2005	59	119	93	104	116	85	112	94
2006	78	129	117	155	114	120	119	119
2007	69	36	116	124	61	86	135	90
2008	88	55	90	141	92	75	154	91
2009	70	53	75	61	69	58	88	67

Het aantal meldingen van gastro-enteritis lag in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2001-2008 werden duidelijk meer patiënten met gastro-enteritis gemeld dan in de voorgaande jaren. De hoogste incidentie voor zowel mannen als vrouwen werd gezien in 2006.

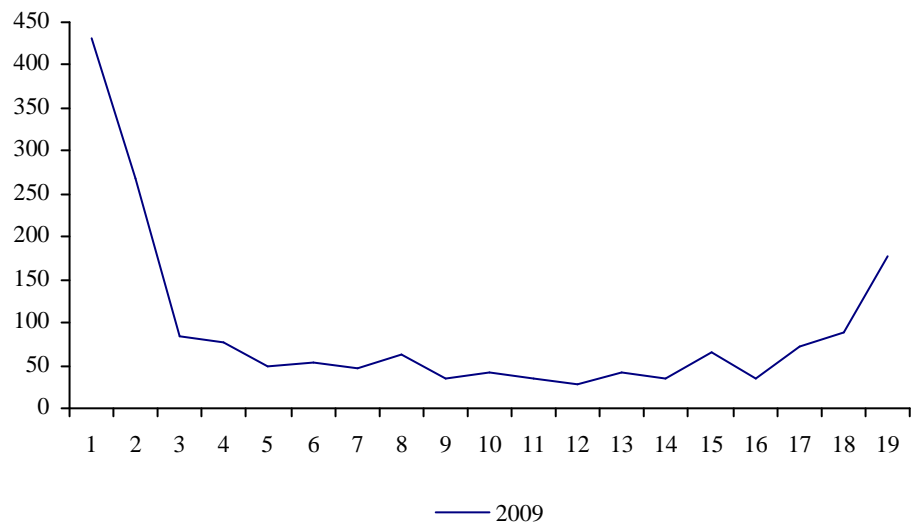
In 2009 is de incidentie lager dan in de voorgaande jaren voor mannen en vrouwen en is het hoogst in de grote steden en het westen des lands. Er is geen consistent verschil in incidentie tussen mannen en vrouwen.

Leeftijdverdeling

Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 2000-2009

	totaal									
leeftijdsgroep (jaar)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<1	536	823	653	613	765	687	690	588	689	432
1-4	318	397	412	437	341	296	472	349	368	267
5-9	180	170	195	197	136	163	156	114	114	85
10-14	87	84	96	125	80	79	107	56	61	76
15-19	80	92	86	83	82	100	84	53	54	49
20-24	84	105	101	118	99	80	121	84	85	53
25-29	75	73	105	95	87	72	104	82	80	46
30-34	74	70	72	94	99	67	80	84	83	64
35-39	73	75	69	84	71	56	86	44	72	35
40-44	74	66	63	52	55	55	61	38	56	42
45-49	55	50	48	66	70	49	65	49	44	36
50-54	39	62	59	65	67	57	67	57	42	28
55-59	47	59	50	54	57	57	67	76	53	41
60-64	55	99	46	68	48	78	61	48	54	36
65-69	59	57	65	56	58	76	92	63	73	65
70-74	64	67	63	72	54	82	102	100	61	35
75-79	77	82	38	49	101	98	125	131	119	72
80-84	87	70	58	110	115	131	193	152	141	88
>85	85	67	86	81	104	131	166	152	174	178

Figuur 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 2009



leeftijdverdeling

1=<1 jaar	2=1-4 jaar	3=5-9 jaar	4=10-14 jaar	5=15-19 jaar
6=20-24 jaar	7=25-29 jaar	8=30-34 jaar	9=35-39 jaar	10=40-44 jaar
11=45-49 jaar	12=50-54 jaar	13=55-59 jaar	14=60-64 jaar	15=65-69 jaar
16=70-74 jaar	17=75-79 jaar	18=80-84 jaar	19=>85 jaar	

In de hele registratieperiode worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen. In 2009 was de incidentie ook bij de jongste leeftijdsgroepen (0-1 en 1-4 jaar) lager dan in de voorgaande jaren. In 2009 wordt net als in 2003-2008 ook een hogere incidentie gevonden voor personen boven de 75 jaar.

Seizoensinvloeden

In tabel 9.3 worden de aantallen gemelde gevallen van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 9.3 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 2000-2009

kwartaal	1: week 1-13	2: week 14-26	3: week 27-39	4: week 40-52
2000	23	25	20	25
2001	30	23	27	20
2002	27	25	23	25
2003	40	23	28	18
2004	25	22	24	27
2005	30	19	24	21
2006	41	28	27	23
2007	25	24	18	22
2008	37	18	17	16
2009	24	11	15	14

Net als in de meeste andere jaren werd in 2009 de hoogste incidentie gezien in het winterseizoen (eerste kwartaal).

Faecesonderzoek bij acute gastro-enteritis

In tabel 9.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal meldingen van acute gastro-enteritis waarbij door de huisarts faecesonderzoek is aangevraagd per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland.

Tabel 9.4 Aantal malen dat door de huisarts faecesonderzoek bij acute gastro enteritis is aangevraagd per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners 2001-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2001	5	16	16	15	17	13	14	14
2002	7	11	16	19	14	13	19	14
2003	20	31	26	25	34	23	20	25
2004	17	29	24	20	30	15	34	22
2005	21	13	25	22	18	19	33	21
2006	35	10	32	18	22	24	34	26
2007	20	33	29	13	16	25	31	25
2008	6	3	13	22	9	11	13	11
2009	10	5	11	7	8	7	13	9

Het aantal aanvragen is in 2009 lager dan in de voorgaande jaren. In 2009 werd in de grote steden en in de westelijke provinciegroep vaker dit onderzoek aangevraagd consistent met de hogere incidentie in die gebieden.

Leeftijdsverdeling

Het aantal aanvragen voor faeces onderzoek bij acute gastro-enteritis per leeftijdsgroep en per 10.000 personen is opgenomen in tabel 9.5.

Tabel 9.5 Aantal aanvragen voor faecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2009

leeftijdsgroep(jaren)	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
<1	69	7	86	13	90	15	49	6	82	11
1-4	39	10	50	12	78	18	45	13	57	16
5-9	13	8	11	6	36	18	30	15	18	10
10-14	7	8	13	13	15	12	15	19	24	23
15-19	12	12	19	22	13	16	17	21	32	24
20-24	13	12	17	17	32	27	22	22	17	17
25-29	9	11	13	12	32	34	22	25	16	19
30-34	14	19	15	21	26	31	27	27	22	25
35-39	10	15	13	18	19	37	17	24	20	27
40-44	9	15	10	17	22	33	23	42	22	28
45-49	14	26	9	19	19	29	20	29	19	28
50-54	17	26	6	10	19	29	24	36	12	18
55-59	12	20	14	28	16	30	23	40	16	22
60-64	11	12	12	26	11	16	12	25	17	18
65-69	8	17	(4)	6	17	30	32	60	25	25
70-74	10	17	(5)	7	15	21	19	32	13	14
75-79	8	10	(6)	15	31	63	(7)	7	3	3
80-84	23	31	-	0	13	12	(10)	9	20	13
>85	23	33	-	0	(5)	6	(7)	7	0	0

% = (aantal faecesonderzoeken per 10.000/ aantal meldingen acute gastro enteritis per 10.000) x 100

Tabel 9.5 Aantal aanvragen voor faecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2009(vervolg)

leeftijdsgroep(jaren)	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
<1	45	6	118	17	28	4	(16)	4
1-4	61	13	77	18	30	8	31	12
5-9	25	16	27	19	(6)	5	(6)	7
10-14	19	17	9	14	(3)	5	(3)	4
15-19	26	31	21	29	(8)	15	(1)	2
20-24	42	35	29	26	12	14	12	23
25-29	41	39	35	30	13	16	14	30
30-34	31	38	25	23	10	12	(6)	9
35-39	19	22	24	35	12	17	11	31
40-44	23	38	13	25	(9)	16	(6)	26
45-49	10	15	22	31	(9)	20	(5)	14
50-54	22	33	18	24	12	29	(4)	11
55-59	19	28	14	15	15	28	11	39
60-64	27	43	26	35	(8)	15	(4)	10
65-69	20	22	23	27	(9)	12	15	42
70-74	21	21	15	13	(5)	8	17	57
75-79	26	19	10	7	(9)	8	(3)	4
80-84	31	16	17	10	13	9	0	0
>85	(7)	4	(12)	7	(2)	1	(14)	8

% = (aantal faecesonderzoeken per 10.000/ aantal meldingen acute gastro enteritis per 10.000) x 100

Het aantal meldingen van aangevraagd faecesonderzoek per 10.000 personen per leeftijdsgroep vertoont globaal het patroon van het totale aantal

meldingen van acute gastro-enteritis per leeftijdsgroep. Absoluut gezien worden de meeste aanvragen voor faecesonderzoek in 2009 gedaan bij de 1-4 jarigen.

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

Kinderen (<15 jaar) met acute gastro-enteritis komen vaker bij de huisarts dan kinderen op oudere leeftijd en volwassenen. Bij mensen ouder dan 14 jaar, die met klachten van acute gastro-enteritis de huisarts bezoeken, vraagt de huisarts dan ook relatief vaker faecesonderzoek aan met uitzondering van de oudste leeftijdsgroepen (>75 jaar).

Extrapolatie

Tabel 9.6 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal (m+v)
gastro-enteritis						
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500
2002	104	98	101	83.000	79.500	162.500
2003	109	112	110	87.500	91.500	179.000
2004	103	94	98	83.000	85.500	163.500
2005	96	93	94	77.400	76.600	153.300
2006	121	117	119	97.700	96.600	194.300
2007	86	95	90	71.200	80.200	151.400
2008	90	93	91	73.000	77.100	150.000
2009	64	70	67	52.000	58.000	110.000

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

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

Discussie

In 2009 was de incidentie lager dan in voorgaande jaren. In 2006 was de incidentie het hoogst, vooral in het eerste kwartaal. Net als in 2002/2003 viel dit samen met de hoge incidentie van Norovirussen en in 2006 was er sprake van een epidemie van Rotavirus.^{10,11}

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

De rubriek is in 2010 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Pelt W van, Notermans D, Mevius DJ, Vennema H, Koopmans MPG, Duynhoven YTHP van. *Trends in gastro-enteritis van 1996 – 2006: Verdere toename van ziekenhuisopnames, maar stabiliserende sterfte.* Infectieziekten Bulletin 2008;19(1).

Pelt van W, Friesema I, Doorduyn Y, Jager de CM, Duynhoven YTHP. *Trends in gastro-enteritis in Nederland; notitie met betrekking tot 2007.* RIVM project V/210221/TS. RIVM, Bilthoven, December 2008.

Pelt van W, Notermans D, Giessen AW, Mevius DJ, Vennema H, Koopmans M, Asten van L, Duynhoven van YTHP. *Trends in gastro-enteritis van 1996-2005; Toename van ziekenhuisopnames en sterfte: een toenemende rol van virale infecties?* Infectieziekten Bulletin 2006;10:364-70

Brandhof van den WE, Bartelds AIM, Koopmans MPG, Duynhoven van YTHP. *General practitioner practices in requesting laboratory tests for patients with gastroenteritis in the Netherlands, 2001-2002;* BMC Family Practice 2006;7:56

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

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

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

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

Brandhof van den W, Wit de GA, Wit de MAS, Duynhoven van YTHP. *Costs of gastroenteritis in the Netherlands*. Epidemiol Infect 2004;132:211-21

10 Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA)

Rubriekhouder: Mw. dr. I. van den Broek (RIVM)(2008-2009)

Inleiding

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) zijn naast luchtweg-, maag-darm- en urineweginfecties de meest voorkomende infectieziekten in Nederland. Chlamydia, gonorrhoe, syfilis, herpes, HPV-infectie, hepatitis B en HIV-infectie zijn de belangrijkste aandoeningen.

De nationale surveillance van SOA gebeurt met name via de elektronische SOAP registratie van het RIVM, waar sinds 2004 alle GGD SOA-poliklinieken hun consulten registreren, en de registratie van HIV-infecties (inclusief follow-up) van de Stichting HIV Monitoring.

De GGD-poliklinieken bieden laagdrempelige SOA-zorg aan hoogrisicogroepen en mensen die anoniem wensen te blijven. In de laatste jaren is het aantal SOA-consulten bij de GGD-poliklinieken sterk toegenomen.

Echter, huisartsen nemen naar schatting nog steeds tweederde tot driekwart van de SOA-gerelateerde consulten voor hun rekening. Dit werd recent bevestigd door incidentie cijfers voor 'angst voor SOA' en voor de belangrijkste SOA, geschat op basis van gegevens van LINH en vergeleken met die van de SOA-poli's. Ook bij huisartsen was een duidelijk stijgende trend van SOA-gerelateerde consulten waar te nemen (zie: van den Broek et al., in press). Deze trends worden vanaf 2008 ook in het jaarlijkse landelijke surveillance rapport van het RIVM beschreven (Koedijk et al., 2009). Registratie van SOA en HIV-consulten in de CMR Peilstations Nederland met toevoeging van een vragenlijst is een goede aanvulling op deze gegevens, met name omdat de vragenlijst meer inzicht in achtergrondkenmerken van de patiënten en redenen voor testen op SOA en HIV verschaft. In overleg met het RIVM en SOA AIDS Nederland werden de rubrieken 'angst voor AIDS' en 'urethritis bij mannen' per 1-1-2008

vervangen door de rubriek 'SOA' bij mannen en vrouwen. In dit hoofdstuk worden slechts cijfers met betrekking tot de SOA-gerelateerde consulten in de peilstations gerapporteerd. Over de aanvullende verzamelde gegevens wordt afzonderlijk gerapporteerd.

Methode

De huisartsen wordt gevraagd deze rubriek te scoren bij nieuwe consulten betreffende SOA-problematiek bij mannen en vrouwen tenzij het routinevoorlichting betreft bij b.v. nieuwe voorschriften van anticonceptiva. Bij het scoren van deze rubriek hoeft het geen bewezen SOA te betreffen. Ook 'angst voor' en 'mogelijk' SOA en/of AIDS worden gescoord. In aansluiting op het consult wordt een vragenformulier met extra informatie betreffende het consult ingevuld. Als er diagnostiek naar SOA wordt ingezet wordt het formulier aangevuld met het testformulier bevattende de testuitslag. De diagnostiek naar chlamydia, gonorrhoe, trichomonas, HIV- en/of syphilisdiagnostiek wordt door het eigen streeklaboratorium van de deelnemende praktijk verricht. Alleen peilstations, die deze problematiek minstens één maal in 2009 gerapporteerd hebben werden in de analyses meegenomen.

Resultaten

De resultaten zijn gebaseerd op de gegevens van 40 rapporterende peilstations. Het aantal nieuwe SOA gerelateerde consulten per 10.000 patiënten per provinciegroep en naar adressendichtheid wordt in tabel 10.1 gegeven. De incidentie is het grootst in het westen van Nederland (64 per 10.000) en in de grote steden (85 per 10.000). Het aantal SOA gerelateerde consulten bleef ongeveer gelijk in 2008 en 2009.

Tabel 10.1 Aantal nieuwe SOA-gerelateerde consulten per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners 2008-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2008	35	38	65	50	20	46	88	49
2009	37	22	64	46	21	37	85	45

Leeftijdsverdeling

In tabel 10.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde nieuwe SOA-gerelateerde consulten naar leeftijdsgroep vermeld. De leeftijdsgroep tussen 20 en 30 jaar consulteert de huisarts het meest met deze problemen. Meer vrouwen dan mannen consulteren de huisarts met betrekking tot SOA en/of angst voor AIDS.

Tabel 10.2 Aantal nieuwe SOA gerelateerde consulten per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 2008-2009

leeftijdsgroep	2008			2009		
	m	v	t	m	v	t
10-14	0	12	6	0	15	7
15-19	32	121	76	57	137	97
20-24	178	302	241	148	217	183
25-29	141	175	158	144	169	157
30-34	58	116	87	70	102	87
35-39	64	90	77	68	65	66
40-44	47	49	48	54	28	41
45-49	23	38	31	43	35	37
50-54	10	23	16	19	14	16
55-59	16	14	15	(12)	23	17
60-64	5	15	15	18	0	9
65-69	5	10	8	0	(4)	(2)
70-74	13	0	6	(10)	(14)	12
75-79				(7)	(5)	(6)
totaal	38	60	49	40	51	45

Extrapolatie

Tabel 10.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal (m+v)
SOA						
2008	38	60	49	31.000	50.000	81.000
2009	40	50	45	32.500	41.500	74.000

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

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

Discussie

Zoals te verwachten laat de registratie in de peilstations het hoogste aantal nieuwe SOA-gerelateerde consulten in de grote steden zien en in het westen van Nederland, waar ook de meeste grote steden zijn, met het hoogste risico op de leeftijd tussen 20 en 30 jaar. Meer vrouwen dan mannen consulteren de huisarts met betrekking tot SOA en/of angst voor AIDS. Deze trends zijn vergelijkbaar met die van LINH.

De incidentiecijfers van de peilstations zijn echter lager dan die berekend op basis van de gegevens van LINH. Daar werd de incidentie van SOA-gerelateerde consulten (episodes met ICPC-codes voor SOA/HIV en angst voor SOA/HIV als einddiagnose) geschat op 88 per 10.000 in 2007 en steeg

naar 137 per 10.000 in 2008; het landelijke totale aantal episodes bij de huisarts was naar schatting 143.000 in 2007 en 224.000 in 2008 (Koedijk et al., 2009 en jaarrapport RIVM). De lagere incidentiecijfers in de peilstations zijn een gevolg van o.a. het verschil in gehanteerde criteria voor ‘SOA-gerelateerde consulten’ waarvoor een vragenlijst werd ingevuld in de peilstations in vergelijking met die voor SOA-episodes op basis van ICPC codes. Aanvullende gegevens uit de verzamelde vragenlijsten zullen worden vergeleken met LINH en andere databronnen. Hierover wordt separaat gerapporteerd.

De rubriek SOA wordt in 2010 voortgezet.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Van den Broek IVF, Verheij RA, van Dijk CE, Koedijk FDH, van der Sande MAB and van Bergen JEAM. *Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers.* BMC Family Practice 2010;May 20:11:39

Vriend HJ, Donker GA, Bergen van JE, Sande van der MAB, Broek van den I. *Urethritis bij de man in de huisartspraktijk SOA's vooral op jongere leeftijd.* Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2009;153:A323

Koedijk FDH, Vriend HJ, van Veen MG, Op de Coul ELM, van den Broek IVF, van Sighem AI, Verheij RA, van der Sande MAB. *Sexually transmitted infections including HIV, in the Netherlands in 2008.* Annual STI-report RIVM, available at:
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/210261005.html>

Donker Gé, Wolters Irmin, Bergen van Jan. *Huisartsen moeten risicogroepen testen op hiv.* Huisarts en Wetenschap 2008; 51:(419)

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

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

11 Urineweginfectie

Rubriekhouder: Mw. dr. E. E. Stobberingh, SWAB (2009)

Inleiding

Urineweginfecties zijn veel voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk. De incidentie varieert afhankelijk van de populatie van 40-60 per 1000 patiënten per jaar. De antibiotische behandeling die de huisarts voor deze infectie voorschrijft berust in eerste instantie niet op de bacteriologische kweekuitslag van de ingezonden urines. Meestal is de keuze gebaseerd op de NHG standaard, soms op andere overwegingen. Dit beleid wordt ook gevolgd wanneer de therapie de eerste keer geen effect heeft. Pas als de therapie ook de tweede keer niet aanslaat zal normaliter materiaal voor bacteriologisch onderzoek worden ingestuurd.

De empirische keus van de middelen dient bij voorkeur gebaseerd te zijn op actuele gevoeligheidspercentages voor antibiotica van de te behandelen bacteriepopulatie, dus van ongeselecteerde uropathogenen. Deze zijn immers beduidend hoger dan die van de uropathogenen geïsoleerd uit door de huisarts ingestuurde urinemonsters na falende behandeling.

Voor een optimale keus zijn ook actuele data nodig. De meest recente data zijn afkomstig uit 2003-2004. In die periode werd onderzoek verricht naar de antibioticagevoeligheid van ongeselecteerde uropathogenen geïsoleerd bij vrouwen tussen 12 en 70 jaar, die zich met klachten van een ongecompliceerde urineweginfectie bij de huisarts meldden.

Gezien de toenemende (multi)resistentie die gesignaleerd wordt in de ziekenhuispopulatie (Nethmap 2007) en de toenemende prevalentie van de zgn. Extended Spectrum Beta-lactamases (ESBL) in de veterinaire sector (D. Mevius, persoonlijke mededeling) is het belangrijk de studie te herhalen om recente data betreffende de antibioticagevoeligheid van ongeselecteerde uropathogenen afkomstig van patiënten uit de huisartsenpraktijk te verzamelen. Ook is gebleken dat data over antibiotica gevoeligheid van uropathogenen geïsoleerd bij mannen nauwelijks beschikbaar zijn.

In het kader van de extramurale antibiotica surveillance van de SWAB is in 2009 een surveillance betreffende de antibioticagevoeligheid van

uropathogenen geïsoleerd bij patiënten uit de huisartsenpraktijk gestart. Over de uitkomst wordt separaat gerapporteerd

Het doel van deze studie is:

bepalen van de antibiotica gevoeligheid van uropathogenen geïsoleerd bij mannelijke en vrouwelijke patiënten die bij de huisarts komen met klachten die wijzen op een urineweginfectie.

Methode

- Alle patiënten, mannelijk en vrouwelijk, die met klachten van een urineweginfectie bij de huisarts komen kunnen geïnccludeerd worden onafhankelijk van de ingestelde therapie en inclusief patiënten met catheters.
- Incidentie en prevalentie worden gemeten met behulp van ICPC-codes U71 (cystitis) en U70 (pyelitis) in het HIS. Nieuwe infecties binnen een maand worden als recidief geteld. Bij klinisch duidelijke symptomen mogen deze codes ook gebruikt worden.
- De gangbare diagnostiek en wijze van behandeling in de huisartspraktijk moet plaatsvinden naast deze studie. De studie vervangt die niet.
- In de vers geloosde urine wordt een uricult gedoopt, voorzien van code nummer van de huisarts en volgnummer van de patiënt en in een portvrije envelop opgestuurd naar het bacteriologisch laboratorium van het Maastricht Universitair Centrum.
- Isolatie en identificatie worden uitgevoerd volgens standaard microbiologische methodes, de antibioticagevoeligheid volgens de SWAB standaard.
- Wekelijks worden de kweekuitslagen naar de huisartsen gerapporteerd.
- Jaarlijks vindt rapportage plaats naar de projectleiding van het Peilstation project en de SWAB.
- Bij grote drukte in de praktijk wordt een poging gedaan de eerste 2 urinemonsters per dag voor dit onderzoek op te sturen.

Resultaten

Tabel 11.1 toont het aantal gemelde patiënten met urineweginfectie per regio en naar adressendichtheid voor respectievelijk mannen, vrouwen en totaal. De incidenties zijn gebaseerd op gebruik van de ICPC-codes U70 (pyelitis) en U71 (cystitis) Er is voor beide groepen waarschijnlijk sprake van onderregistratie mede omdat het hier grotendeels aan de huisartsassistente gedelegeerde handelingen betreft en de uitslag vaak pas een dag later bekend is. Opvallend is de veel hogere incidentie bij vrouwen dan bij mannen.

Tabel 11.1 Aantal patiënten met een urineweginfectie, per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen 2009

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2009	m	106	80	51	67	64	84	42	73
2009	v	466	378	335	444	339	428	334	392
2009	t	288	199	254	236	199	260	190	236

Leeftijdsverdeling

De incidentie van urineweginfectie is bij vrouwen ruim vijf maal zo hoog als bij mannen en vertoont vooral vanaf zestig-jarige leeftijd een stijgende lijn bij beide geslachten (tabel 11.2).

Tabel 11.2 Aantal patiënten met een urineweginfectie per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 2009

leeftijdsgroep	2009		
	m	v	t
< 1	16	16	16
1-4	31	177	103
5-9	24	158	87
10-14	6	115	58
15-19	17	334	223
20-24	9	400	209
25-29	3	328	171
30-34	38	322	184
35-39	23	247	139
40-44	42	297	169
45-49	36	286	162
50-54	53	261	156
55-59	47	328	189
60-64	134	388	260
65-69	177	506	348
70-74	168	795	496
75-79	281	1078	729
80-84	651	998	863
> 85	841	1470	1290
totaal	73	392	236

Extrapolatie

Tabel 11.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal (m+v)
urine­weginfectie						
2009	73	392	236	60.000	326.000	389.000

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

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

Discussie

Het regelmatig monitoren van de antibiotica gevoeligheid van ongeselecteerde uropathogenen vormt de basis voor een onderbouwde empirische antibiotische keus voor de behandeling van een urineweginfectie. De landelijke toename in antibiotica resistentie zowel van klinische als van veterinaire isolaten en het feit dat de laatste surveillance 5 jaar geleden plaats vond, zijn de belangrijkste redenen om in 2009 weer een surveillance uit te voeren. De in dit hoofdstuk getoonde incidentiecijfers laten de hogere incidentie bij vrouwen ten opzichte van mannen zien en de toenemende incidentie met het klimmen der jaren vanaf 60 jaar voor beide geslachten.

Over de uitkomsten van de ingezamelde urinemonsters wordt separaat gerapporteerd.

De rubriek is in 2010 gehandhaafd

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Den Heijer CDJ, Donker GA, Maes J, Stobberingh EE. *Antibiotic susceptibility of unselected uropathogenic E.coli from female Dutch general practice patients: a comparison of 2 surveys with a 5 year interval.* Journal of Antibiotic and Chemotherapy 2010; accepted for publication

12 Ongewenste zwangerschap

Rubriekhouder: Mw. dr. C. Wijsen (Rutgers Nisso Groep) (2003-2009)

Inleiding

Het registreren van ongewenste zwangerschappen is niet eenvoudig omdat het 'ongewenst zijn' niet objectief is vast te stellen. Voordat in 2003 ongewenste zwangerschappen als onderwerp in de CMR-peilstations werden opgenomen, waren alleen de abortuscijfers bekend als indicator van het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. In Nederland worden per jaar ongeveer 33.000 zwangerschappen afgebroken, waarvan 4.450 (13%) bij vrouwen die niet in Nederland wonen. Vanaf het begin van de jaren negentig is het aantal abortussen in Nederland gestegen: in 1994 was het abortuscijfer 6,0 per 1.000 vrouwen in de leeftijd van 15-44 jaar, ruim tien jaar later is het cijfer opgelopen tot 8,7 per 1.000 vrouwen.¹²

De abortuscijfers zijn, alhoewel een goede indicatie, niet te beschouwen als een incidentiecijfer voor ongewenste zwangerschappen. Er zijn meer ongewenste zwangerschappen dan abortussen, omdat een deel van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn niet zullen overgaan tot het laten afbreken van hun zwangerschap en dus een kind zullen krijgen. Deze ongewenste zwangerschappen zijn in de statistieken niet terug te vinden als ongewenst. Ook is het zo dat een aantal zwangerschappen die eindigen met een abortus, bij aanvang niet ongewenst zijn geweest. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er sprake is van een ernstige aangeboren afwijking. In een onderzoek onder een representatieve steekproef van ruim 2.000 vrouwen in de leeftijd van 19 tot 49 jaar bleek dat bijna 7% van alle zwangerschappen, die deze groep het afgelopen jaar heeft meegemaakt, ongewenst was.¹³

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

Methode

Gevraagd wordt elke patiënt met een door haar als ongewenst ervaren zwangerschap te registreren. Over elke melding wordt een aanvullende vragenlijst ingevuld met achtergrondinformatie over de patiënt en het ontstaan van de zwangerschap. Deze vragenlijsten worden verwerkt door de Rutgers Nisso Groep. Hierover zal afzonderlijk gepubliceerd worden.

Resultaten

In 2009 is het aantal meldingen van ongewenste zwangerschap vergelijkbaar met 2008. Omgerekend naar de totale bevolking gaat het om 15 meldingen per 10.000 vrouwen bij de huisarts en om 9% van het totale aantal zwangerschappen waarvoor de huisarts geconsulteerd wordt (tabel 12.1).

Uitgesplitst naar provinciegroep en naar adressendichtheid, blijkt dat in de afgelopen jaren in de westelijke provincies en in de grote steden het aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap dat de huisarts consulteert, het hoogst is.

Tabel 12.1 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 2003-2009

	provinciegroep				Adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2003	29	31	32	17	36	21	39	28
2004	13	23	28	19	14	20	32	22
2005	15	24	24	8	11	18	36	19
2006	16	17	30	15	16	17	40	23
2007	13	11	29	29	13	17	46	21
2008	9	4	31	9	4	11	48	15
2009	10	8	26	9	8	9	38	15

Leeftijdsverdeling

Het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap is weergegeven in tabel 12.2.

Tabel 12.2 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen in 2003-2009

leeftijdverdeling	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10-14	30	60	-	(7)	(3)	-	(3)
15-19	79	83	48	58	75	45	42
20-24	108	43	57	105	84	68	57
25-29	53	54	58	65	71	60	55
30-34	48	49	45	56	53	22	27
35-39	52	22	45	43	47	29	34
40-44	22	(3)	23	21	12	12	27
45-49	10	-	(4)	(3)	(0)	10	(2)
50-54	7	-	-	-	(3)	(0)	(0)

In 2009 was er één ongewenste zwangerschap in de leeftijdsgroep 10-14 jaar en 15 ongewenste zwangerschappen overeenkomend met 42 per 10.000 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar. In totaal waren er dus 16 ongewenste tienerzwangerschappen en dat is minder dan in 2007 (25) en vergelijkbaar met 2005 (18), 2006 (18) en 2008 (15). Van het totaal van het absolute aantal gemelde ongewenste zwangerschappen was 18% van de vrouwen onder de 20 jaar (in 2008 18%, in 2007 21%, in 2006 16% en in 2005 14%). Het hoogste aantal ongewenste zwangerschappen was in 2009 in de leeftijdsgroep van 20-24 jaar. Dit was ook in de voorgaande jaren het geval met uitzondering van het jaar 2005 toen de piek bij 25-29 jaar lag. In 2009 waren er geen ongewenste zwangerschappen boven de 50 jaar. In de reproductieve periode van 15-44 jaar was het aantal ongewenste zwangerschappen 39 per 10.000 vrouwen.

Extrapolatie

Tabel 12.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	v	v
ongewenste zwangerschap		
2003	28	22.000
2004	22	18.000
2005	19	16.000
2006	23	19.000
2007	22	18.000
2008	15	12.000
2009	15	12.000

* aantal patiënten, consulten, etc. per 10.000 vrouwen (gegevens peilstations)

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

Discussie

Als de 15 meldingen van ongewenste zwangerschap per 10.000 vrouwen worden omgerekend voor de groep bij wie een zwangerschap vooral zou kunnen optreden (de leeftijdsgroep 15-44 jaar), dan blijkt dat er 39 ongewenste zwangerschappen per 10.000 vrouwen in de reproductieve periode worden gemeld bij de huisarts. Dit aantal is lager dan de 86 per

10.000 vrouwen die per jaar een abortus laten doen. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor het verschil. Ten eerste blijkt uit cijfers van de Landelijke Abortus Registratie dat ongeveer drie van de tien abortus-cliënten niet wordt verwezen door een huisarts.¹⁴ Ten tweede zijn er een aantal vrouwen die niet tot een abortus overgaan. Ten derde besluit een aantal vrouwen tot het afbreken van een gewenste zwangerschap na ongunstige bevindingen bij antenatale diagnostiek.

De cijfers van 2009 laten zien dat de afname van het totaal aantal ongewenste zwangerschappen, en ook de relatieve afname van het aantal tienerzwangerschappen stabiliseert. Het percentage ongewenste zwangerschappen is 9% van het totale aantal zwangerschappen waarvoor de huisarts geconsulteerd wordt en aangezien dat facultatief is waarschijnlijk een nog kleiner percentage van het totaal aantal zwangerschappen.

De rubriek is in 2010 gehandhaafd.

13 Levens einde onderzoek

Rubriekhouder: Prof. dr. L. Deliens, VUmc Amsterdam, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde (2005-2009)

Inleiding

Het percentage mensen dat niet acuut overlijdt en medische behandeling en zorg nodig heeft tot aan het overlijden neemt toe. Mensen overlijden vooral op oudere leeftijd en het aantal sterfgevallen per 1000 personen neemt toe vanwege een absolute en relatieve toename van het aantal oudere mensen. Adequate zorg aan het levens einde (zorg gericht op de best mogelijke kwaliteit van leven) wordt steeds belangrijker door deze demografische verandering.

Zowel nationaal als internationaal bestaat weinig wetenschappelijk onderzoek op populatieniveau over de omstandigheden waarin patiënten overlijden en de zorg die ze ontvangen. Bestaande grootschalige epidemiologische onderzoeken hebben in kaart gebracht hoeveel patiënten overlijden, ten gevolge van welke aandoening, en of het overlijden al dan niet vooraf werd gegaan door een medische beslissing aan het levens einde met bedoeld of onbedoeld levensverkortend effect. Schaars is de informatie over de aard van de zorg aan het levens einde, de problemen van de patiënten, de plaats van zorg en overlijden, de kwaliteit van het sterven en de rol van de huisarts in de zorg aan het levens einde.

Voor de planning van zorgvoorzieningen en de verbetering van de zorg voor patiënten in de laatste maanden van hun leven is onderzoek noodzakelijk. Huisartsen zijn bij de meeste van hun patiënten betrokken bij het overlijden. Voor zover patiënten elders overlijden (in ziekenhuis of andere instelling) worden huisartsen hierover geïnformeerd. Zij zijn dus bij uitstek geschikt om gegevens aan te leveren over het levens einde. Onder andere met behulp van deze onderzoeksgegevens zullen kwaliteitsindicatoren van de zorgprocessen rond het sterven ontwikkeld worden. Dit hoofdstuk geeft slechts de aantallen sterfgevallen per regio, adressendichtheid, seizoen en de leeftijdsverdeling weer. Over het aanvullende onderzoek met betrekking tot de zorg rond het levens einde wordt afzonderlijk gepubliceerd.

Methode

De peilstationartsen wordt gevraagd het overlijden te melden van de patiënten die bij hen in de praktijk ingeschreven staan. Per patiënt worden gegevens gevraagd over de zorg die de patiënt de laatste 3 maanden van zijn of haar leven heeft (hebben) ontvangen en van welke zorgverlener, welke ziekte(n) geleid heeft (hebben) tot het overlijden van de patiënt, welke (zorg)wensen de patiënt had, wat de plaats van overlijden was en hoeveel last de patiënt ondervond kort voor overlijden. Een zelfde onderzoek wordt in de Belgische Peilpraktijken uitgevoerd.

Resultaten

Het aantal voor het levenseinde onderzoek gemelde overleden patiënten per 10.000 personen naar provinciegroep en naar mate van adressendichtheid en voor Nederland in 2009 worden weergegeven in tabel 13.1. Er zijn iets minder meldingen dan in de voorgaande jaren. De lage cijfers in het zuiden des lands duiden wellicht op onderrapportage.

Tabel 13.1 Aantal gemelde sterfgevallen per 10.000 inwoners naar provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2005	26	50	46	62	40	49	40	48
2006	37	49	53	60	36	54	50	50
2007	43	42	65	52	40	50	83	52
2008	46	44	50	38	50	44	47	46
2009	42	48	37	29	46	34	50	40

Seizoensinvloeden

In tabel 13.2 worden het aantal gemelde patiënten voor het levenseinde onderzoek per 10.000 personen per kwartaal weer gegeven.

Tabel 13.2 Aantal gemelde sterfgevallen per 10.000 inwoners per kwartaal in 2005-2009

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2005	13	11	12	11
2006	12	12	16	11
2007	14	12	12	13
2008	12	10	13	11
2009	10	10	10	10

In 2009 is geen stijging te zien tijdens de griep epidemieën in het eerste en laatste kwartaal.

Leeftijdsverdeling

De Leeftijdsverdeling van het aantal gemelde overleden patiënten per leeftijdsgroep in 2009 is weergegeven in tabel 13.3.

Tabel 13.3 Aantal gemelde sterfgevallen per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep in 2005-2009

leeftijdverdeling	2005	2006	2007	2008	2009
<1	(26)	(21)	(20)	(22)	(0)
1-4	(0)	(0)	(10)	(2)	(0)
5-9	-	(0)	(0)	0	(0)
10-14	(3)	(0)	(0)	0	(1)
15-19	(3)	0	(0)	0	(1)
20-24	0	(2)	10	(4)	(3)
24-29	(1)	(2)	(2)	0	(3)
30-34	0	(2)	(2)	(6)	0
35-39	7	(2)	(5)	(6)	(3)
40-44	10	(6)	(4)	(6)	6
45-49	10	13	14	11	12
50-54	20	19	24	32	30
55-59	38	21	27	40	25
60-64	68	87	62	62	36
65-69	85	80	120	64	66
70-74	131	173	138	137	134
75-79	268	282	248	201	177
80-84	402	426	413	308	294
>85	1106	915	918	761	626

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

Extrapolatie

Tabel 13.4 Extrapolatie van gemelde sterfgevallen op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal (m+v)
levenseinde onderzoek		
2005	48	78.000
2006	50	82.000
2007	52	87.000
2008	46	75.000
2009	40	66.000

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

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

Discussie

In Nederland toont de totale sterfte (CBS: www.cbs.nl) een geleidelijk dalende tendens tot 134.174 in 2009. Men moet zich realiseren dat een deel van de overleden patiënten in Nederland niet onder de zorg van de huisarts valt, zoals patiënten die verblijven in verpleeghuizen of in hospices, die buiten het praktijkgebied van de huisarts vallen. Hierdoor levert een registratie in de huisartspraktijk naar verwachting dan ook lagere cijfers op

dan CBS-registratie, omdat verpleeghuizen een hoog sterftecijfer hebben en opnamen in hospices doorgaans voor terminale zorg bedoeld zijn.

In de 2^e Nationale Studie is een “incidentie” van overlijden van 41 per 10.000 gevonden.¹⁵ Dit is als onderrapportage beschouwd. In de peilstationsregistratie met 40 per 10.000 lijkt daar ook sprake van te zijn, vooral in het zuiden des lands. Kennelijk worden niet alle overleden patiënten door de peilstationartsen gemeld; dat zou bijvoorbeeld kunnen zijn bij patiënten, die overlijden in verpleeghuis of hospice, waardoor patiënten niet meer onder de zorg van de huisarts vallen. Ook onderregistratie speelt ongetwijfeld een rol bij de omvangrijke vragenlijst, die voor dit onderzoek ingevuld moet worden. Desalniettemin levert het onderzoek een schat aan gegevens op betreffende eerstelijnszorg rond het stervensproces in Nederland, nu vastgelegd in meerdere publicaties en gepresenteerd op internationale congressen. Ook een vergelijking met de zorg rond het levenseinde in België is geaccepteerd voor publicatie.

In 2010 is de rubriek gehandhaafd en een aantal onderwerpen in de vragenlijst vervangen.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Abarshi E, Echteld M, Block van den L, Donker G, Bossuyt N, Meeussen K, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen B, Deliens L. *Use of palliative care services and end-of-life GP visits in the Netherlands and Belgium*. Journal of Pain and Symptom Management 2010; geaccepteerd voor publicatie

Donker Gé, Abarshi E. *Gewenste plaats van overlijden tijdig bespreken*. Huisarts en Wetenschap:2010;53(5):247

Abarshi E, Echteld M, Van den Block L, Donker G, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen B. *Transitions between care settings at the end of life in the Netherlands: results of a nationwide study*. European Journal of Public Health 2009;19(S1):55 (Oral Presentation 2nd European Public Health Conference Lodz, November 2009)

Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, Donker G, Echteld M, Van den Block L, Deliens L. GP awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. *Suiss Medical Weekly* 2009;S175:43S (Oral Presentation 110 15th WONCA-conference Basel, September 2009)

Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, Donker G, Echteld M, Block van den L, Deliens L. *General Practitioner Awareness of Preferred Place of Death and Correlates of Dying in a Preferred Place: A Nationwide Mortality Follow-Back Study in The Netherlands*. *Journal of Pain and Symptom Management*:2009;38:568-77

Abarshi Ebun, Echteld Michael, Block van den Lieve, Donker Gé, Deliens Luc, Onwuteaka-Philipsen Bregje. *Transitions between care settings at the end of life in The Netherlands: results from a nationwide study*. *Palliative Medicine*:2009;24(2):166-74
doi:10.1177/0269216309351381

Echteld MA, Abarshi E, Block van den L, Deliens L, Donker GA, Onwuteaka-Philipsen B. *Factors associated with well-being at the end of life and good death*. Presentation at the EAPC conference in Vienna 2008

Donker GA, Abarshi E, Echteld M, Block van den L, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen B. *GP awareness of patients' preferred place of death and predictors of dying in a preferred place: a nationwide general practice study in The Netherlands*. Presentation at the 14th WONCA Europe Conference in Istanbul, September 2008

Abarshi E, Echteld M, Block van den L, Donker G, Onwuteaka-Philipsen B. *Care setting transitions at the end of life in The Netherlands*. 9th Public Health Symposium: Public Health at the end of life, Jette, Belgium, 14 December 2007. In: *Archives of Public Health* 2007

Abarshi E, Echteld M, Philipsen B, Donker G, Block van den L, Deliens L. *Transities in zorgsetting aan het levenseinde in Nederland*. *Vijfde onderzoeksforum Nederland-Vlaanderen*, workshop 17 november 2007

Block van den L, Bossuyt N, Meeussen K, Abarshi E, Deliens L. *Monitoring end-of-life care via general practice in Europe: a study with the Sentinel Surveillance Networks of General Practitioners*. Workshop at the 13th WONCA Europe Conference in Paris, October 2007

14 Suicide(poging)

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker (NIVEL) (1979-2009)

Inleiding

In overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het onderwerp in 1979 op de weekstaat opgenomen en sindsdien gehandhaafd.

Ook op andere terreinen (ziekenhuizen) wordt onderzoek over suicide verricht. Op deze wijze wordt getracht inzicht te krijgen in de omvang, trend en overige aspecten van de suicide(poging).

Methode

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

Van de Inspectie voor de gezondheidszorg kwam tegelijkertijd het verzoek aanvullende gegevens te verzamelen over de gemelde gevallen. Hiertoe is een vragenformulier opgesteld. Op dit formulier staat onder meer de vraag of de poging al dan niet geslaagd is en op welke wijze de poging is uitgevoerd. Tevens worden vragen gesteld over patiënt- en zorgkenmerken, waaronder contacten met de medische sector voorafgaande aan de suicide(poging).

Resultaten

Het absolute aantal meldingen (dat is niet gelijk aan het aantal patiënten, recidieven zijn niet zeldzaam) bedroeg in de jaren 2000-2009 respectievelijk 87, 93, 47, 43, 55, 71, 24, 49, 28 en 40.

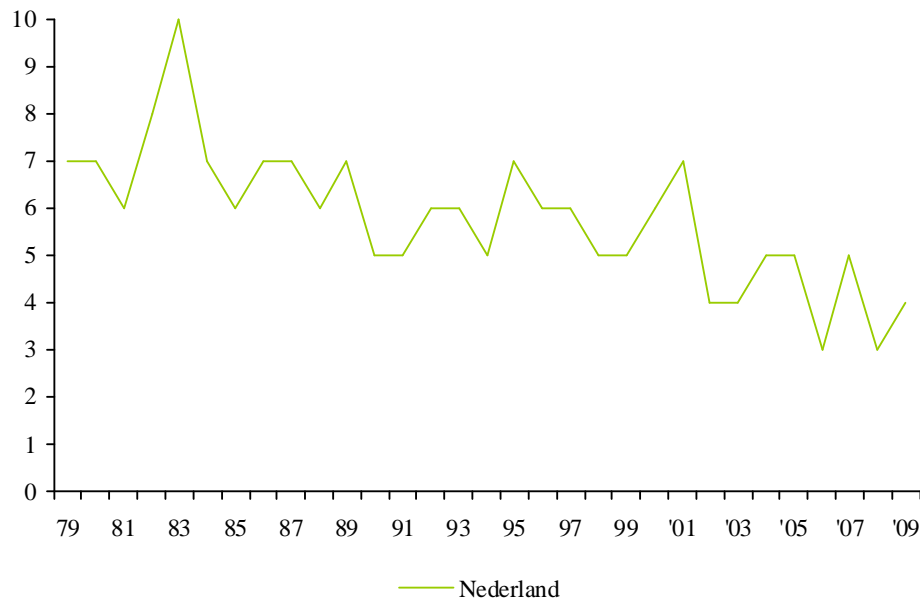
Het aantal pogingen per provinciegroep en adressendichtheid per 10.000 inwoners is in tabel 14.1 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde. In 2006 en 2008 wordt het laagste aantal suïcide(pogingen) gemeld van de laatste 10 jaar. Wanneer naar de adressendichtheid gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000, 2002 en 2007 de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. Ook in 2009 is dat het geval. De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen. In de afgelopen 3 jaar was de incidentie in het westen des lands het hoogst.

Tabel 14.1 Aantal patiënten met een suïcide(poging) per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners, 2000-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	6	7	6	7	7	6	6	6
2001	6	5	7	11	5	7	10	7
2002	3	5	4	3	5	4	4	4
2003	(1)	5	3	6	4	3	6	4
2004	2	3	6	6	3	5	9	5
2005	4	9	6	2	2	6	8	5
2006	1	4	3	1	1	3	3	3
2007	3	4	6	4	6	4	6	5
2008	1	3	4	2	1	3	4	3
2009	3	4	4	3	3	3	6	4

Figuur 14.1 laat de geleidelijk dalende trend van de incidentie van suïcidepogingen geregistreerd in de huisartspraktijk over een periode van 30 jaar zien.

Figuur 14.1 Aantal patiënten met een suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2009



Leeftijdverdeling

In 2004 heeft de adolescentieleeftijd een piekincidentie laten zien, doch in recente jaren en ook in 2009 komt geen duidelijke piekleeftijd naar voren. Wel is door de jaren heen de incidentie bij de jongste (10-14 jaar) en de oudste leeftijdsgroep (≥ 65 jaar) het laagst.

Tabel 14.2 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep voor de laatste 10 jaar.

In tabel 14.3 is de frequentie per 100.000 inwoners per leeftijdsgroep opgenomen voor de laatste 10 jaar.

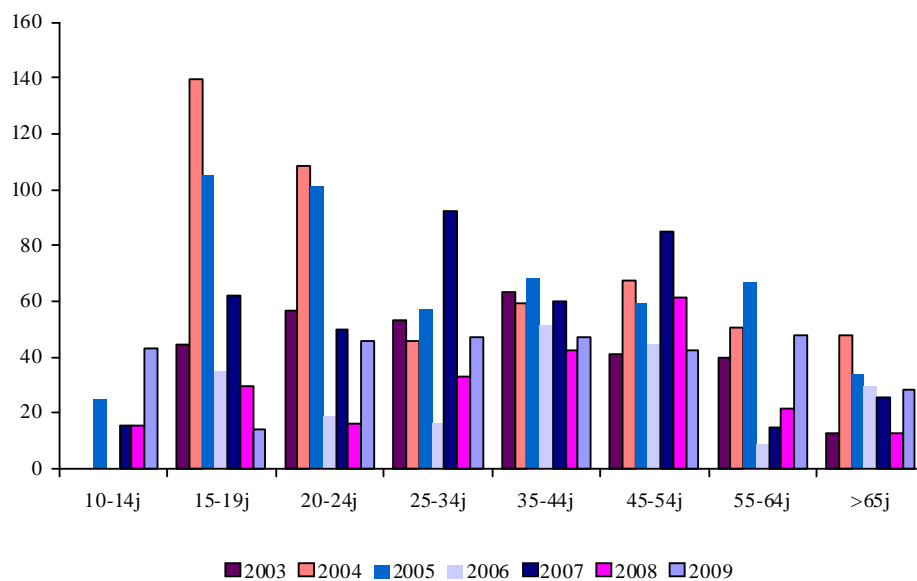
Tabel 14.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 2000-2009

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
2000	(5)	10	6	10	8	8	6	3
2001	(3)	11	8	7	15	8	3	7
2002	-	(4)	8	3	6	5	4	(3)
2003	-	(4)	6	5	6	4	4	(1)
2004	-	14	11	5	6	7	5	5
2005	(3)	11	10	6	7	6	7	3
2006	0	3	2	2	5	4	(1)	(3)
2007	(2)	(6)	(5)	9	6	9	(2)	(3)
2008	2	3	2	(3)	4	5	(2)	(1)
2009	(4)	(1)	(5)	5	5	4	5	3

Tabel 14.3 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 2000-2009

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65
2000	(51.4)	(103.0)	58.6	95.1	81.3	77.0	29.7	31.6
2001	(27.6)	(109.7)	75.7	75.9	150.7	76.5	39.2	56.3
2002	-	(43.0)	77.7	34.4	65.2	45.2	38.0	(25.0)
2003	-	(44.7)	56.7	53.1	63.1	41.4	39.7	(12.5)
2004	-	139.8	108.4	45.5	59.2	67.7	50.3	48.2
2005	(24.7)	105.0	101.3	57.2	68.2	59.0	66.9	33.5
2006	-	(34.8)	(18.6)	(16.5)	51.5	44.4	(8.8)	(29.7)
2007	(15.3)	(61.9)	(49.5)	92.2	59.7	85.1	(15.0)	(25.8)
2008	(15.2)	(29.8)	(16.5)	32.8	42.6	61.6	(21.9)	(12.5)
2009	(42.8)	(13.9)	(45.7)	47.0	47.2	42.6	47.9	28.4

Figuur 14.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 2003-2009



Extrapolatie

Tabel 14.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal (m+v)
suïcide (pogingen)		
2000	6	10.000
2001	6	10.000
2002	4	7.000
2003	4	7.000
2004	5	8.000
2005	5	8.000
2006	3	5.000
2007	5	8.000
2008	3	5.000
2009	4	7.000

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

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

Discussie

De cijfers van 2009 geven geen steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(pogingen) in Nederland. In 2006 en 2008 is het laagste aantal patiënten gemeld sinds de aanvang van de registratie van deze rubriek in 1979.

Met betrekking tot leeftijdsgroepen is de uitsplitsing van beperkte waarde vanwege de geringe absolute aantallen en de hierbij gemakkelijk optredende schommelingen. Er komt geen duidelijke voorkeursleeftijd uit de registratie naar voren.

Deze rubriek is in 2010 op de weekstaat gehandhaafd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Marquet RL, Donker G, *Praten over suïcidedachten*. Huisarts en Wetenschap 2009;52(6):267

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

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

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

Marquet RL, Bartelds AIM, Zee van der J, Schellevis FG. *Suicide and suicide attempts in the Netherlands: the role of general practitioners*. European Journal of Public Health 2002;14(4):14, Abstract. 12 th Annual EUPHA meeting

15 Cosmetica allergie

Rubriekhouder: Joanne Nijhoff (RIVM) (2009)

Inleiding

De aandacht voor ongewenste bijwerkingen van consumentenproducten, waaronder cosmetische producten, is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Mede naar aanleiding van een recent aangenomen resolutie van de Raad van Europa heeft de Voedsel en Warenautoriteit (VWA) aangegeven behoefte te hebben aan een registratiesysteem binnen Nederland voor ongewenste huidreacties na gebruik van bepaalde consumentenproducten. In opdracht van de VWA heeft het RIVM een registratiesysteem opgezet, het CESES-project, wat een afkorting is voor **C**onsumer **E**xposure, **S**kin **E**ffects and **S**urveillance. In 1992-1993 hebben de peilstations al eens gerapporteerd over consulten wegens huid- of overige klachten veroorzaakt door cosmetische producten. De huidige registratie is hiervan een vervolg en een uitbreiding.

Binnen het CESES-project worden vier doelen onderscheiden:

1 **Incidentie/prevalentie:**

Door middel van het project zal meer kennis verkregen worden over de incidentie, prevalentie en ernst van huidklachten, zowel bij consumenten als bij patiënten, na gebruik van cosmetische producten, was- en reinigingsmiddelen, doe-het-zelf artikelen en biociden.

2 **Identificatie:**

Op basis van de meldingen en het uitgevoerde dermatologische vervolgonderzoek kunnen consumentenproducten en/of ingrediënten geïdentificeerd worden die bijwerkingen veroorzaken en daardoor een risico voor de volksgezondheid vormen.

3 **Interventie:**

Met behulp van het project beoogt de VWA sneller en beter in te kunnen grijpen bij klachten over consumentenproducten waarbij de veiligheid van de consument in het geding is. Doordat de VWA in een vroeger

stadium in kan grijpen zullen grotere aantallen of ernstigere klachten voorkomen kunnen worden, waardoor de consument beter beschermd wordt.

4 Data-sharing:

Door middel van het project worden deelnemende artsen op de hoogte gehouden van beschrijvingen van klachten over een bepaald consumentenproduct, waardoor de diagnose bij identieke klachten mogelijk sneller gesteld kan worden.

Voor de registratie van klachten binnen de klinische route participeren een aantal dermatologie-klinieken verspreid over het land vanaf 1 juli 2009 en huisartsen van de peilstations vanaf 1 januari 2009 met de registratie van ongewenste huideffecten na gebruik van cosmetische producten. Het is de bedoeling in 2010 een vragenlijst toe te voegen aan de registratie in de peilstations voor meer gedetailleerde informatie over de potentiële allergenen.

Methode

Voor het CESES-project rapporteren huisartsen indien sprake is van huidklachten na gebruik van cosmetische producten. In 2009 zijn er nog geen aanvullende gegevens verzameld via vragenlijsten, zodat alleen gerapporteerd kan worden naar leeftijd, geslacht, geografische verdeling en naar adressendichtheid.

Resultaten

Het aantal gemelde patiënten met cosmetica allergie per 10.000 personen naar provinciegroep en naar mate van adressendichtheid en voor Nederland in 2009 wordt weergegeven in tabel 15.1. De meeste meldingen van cosmetica allergie worden gedaan in de grote steden.

Tabel 15.1 Aantal patiënten met een cosmetica allergie, per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners 2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2009	17	14	23	25	8	15	43	20

Leeftijdsverdeling

De Leeftijdsverdeling van het aantal gemelde patiënten met cosmetica allergie in 2009 is weergegeven in tabel 15.2. Opvallend is dat cosmetica allergie al op jonge leeftijd voorkomt, zij het met een lage incidentie. De incidentie is bij vrouwen ruim twee maal zo hoog als bij mannen.

Tabel 15.2 Aantal patiënten met een cosmetica allergie per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 2009

leeftijdsgroep	2009		
	m	v	t
< 1	0	0	0
1-4	19	12	16
5-9	5	15	10
10-14	8	15	11
15-19	6	39	22
20-24	25	45	35
25-29	10	34	22
30-34	6	30	19
35-39	8	24	16
40-44	7	20	14
45-49	7	33	20
50-54	13	28	20
55-59	11	24	18
60-64	16	33	25
65-69	23	29	26
70-74	10	40	26
75-79	20	10	14
80-84	43	21	29
> 85	51	61	58
totaal	12	28	20

Extrapolatie

Tabel 15.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal (m+v)
cosmetica allergie						
2009	12	28	20	10.000	23.000	33.000

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

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

Discussie

Cosmetica allergie komt reeds op jonge leeftijd voor, zij het met een lage incidentie. De incidentie is bij vrouwen ruim twee maal zo hoog als bij mannen. Het ligt voor de hand dat het frequentere gebruik van cosmetica door vrouwen hieraan ten grondslag ligt.

In 2010 is de rubriek gehandhaafd en een vragenlijst toegevoegd.

16 Diabetes Mellitus

Rubriekhouder: Prof. Dr. G. Nijpels, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam (2007-2009)

Inleiding

Het aantal type 2 diabetes patiënten groeit in de komende jaren. Het is bekend dat diabetes mellitus geassocieerd is met een verhoogde kans op sterfte, voornamelijk als gevolg van cardiovasculaire complicaties. Gestructureerde diabeteszorg kan leiden tot een betere diabetesinstelling en een gunstiger profiel van risicofactoren voor complicaties in vergelijking tot de momenteel gebruikelijke diabeteszorg. Het doel van dit onderzoek is het vergelijken van de (kosten)effectiviteit van verschillende soorten diabeteszorg in de eerste lijn in Nederland. Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van het onderzoek, dat moet leiden tot een vergelijking van de resultaten van verschillende soorten diabeteszorg en van de participatie aan het onderzoek. De resultaten worden de komende jaren beschreven.

Methode

Studieopzet

In dit onderzoek worden drie soorten diabeteszorg met elkaar vergeleken. De eerste groep bestaat uit huisartsen die zijn aangesloten bij de CMR-peilstations. Deze groep wordt verondersteld momenteel gebruikelijke diabeteszorg te leveren volgens de richtlijnen van het NHG. De tweede groep bestaat uit huisartsen in de regio Amstelland. Door deze groep is een gestructureerde diabeteszorg geïmplementeerd. Belangrijke kenmerken van deze zorg zijn een centraal registratiesysteem welke inzichtelijk is voor verschillende disciplines betrokken bij de diabeteszorg en een diabetesverpleegkundige die overkoepelend de kwaliteit controleert. De derde soort diabeteszorg is de zorg zoals deze geleverd wordt in het diabetes zorgsysteem (DZS) in West-Friesland. De patiënten in deze groep gaan voor

hun jaarlijkse controle niet naar de huisarts maar naar een gespecialiseerd diabetescentrum. Naast de jaarlijkse controle wordt educatie aangeboden aan de patiënt en zelfmanagement gestimuleerd. De diabeteszorg wordt door dit centrum gecoördineerd en een centraal registratiesysteem maakt gegevens op patiëntniveau inzichtelijk voor de betrokken zorgverleners. Twee keer per jaar brengt een diabetesverpleegkundige een bezoek aan de huisartsen van de patiënten om de individuele patiënt te bespreken. Ook ontvangt de huisarts feedback over de gemiddelde waarden van risicofactoren van patiënten uit zijn praktijk vergeleken met deze waarden in andere huisartspraktijken.

Onderzoekspopulatie:

Voor het onderzoek komen mensen met type 2 diabetes in aanmerking, in de leeftijdscategorie 40-75 jaar met een minimale diabetesduur van twee jaar. Beheersing van de Nederlandse taal is vereist, zodat de patiënt bekwaam is de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. Patiënten worden uitgesloten voor het onderzoek wanneer de patiënt zich in een toestand bevindt waardoor (naar oordeel van de betreffende huisarts) niet wordt verwacht dat het onderzoek nog gunstige effecten zal opleveren voor de patiënt zelf.

Metingen

Het onderzoek zal in totaal twee jaar duren en kent drie meetmomenten: bij aanvang van het onderzoek, na 1 en na 2 jaar. Tijdens elk meetmoment vult de patiënt een vragenlijst en een kostendagboekje in. De vragenlijst bevat vragen over o.a. de tevredenheid over de diabeteszorg en de (ervaren) gezondheid van de patiënt. Het kostendagboekje bevat vragen over de zorg die de patiënt gebruikt heeft en eventueel werkverzuim door de gevolgen van diabetes. Dit dagboekje wordt gedurende drie maanden bijgehouden. De eerste meetronde is gestart in de zomer van 2007 en in 2008 afgerond. De tweede meetronde is gestart in 2008 en werd afgerond in 2009. In de zomer van 2009 is de derde en laatste meetronde gestart. Alle patiënten hebben toestemming gegeven voor het onderzoek en het onderzoek is goedgekeurd door de medisch ethische commissie van het VU medisch centrum.

Primaire uitkomstmaten

- 1 (Veranderingen in) het risico op het ontwikkelen van coronaire hartziekten, gemeten met de UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) risico score.
- 2 Alle directe en indirecte kosten die gepaard gaan met de geleverde diabeteszorg en effecten van de zorg.

Resultaten

Van de CMR-peilstations doen 17 huisartspraktijken mee aan het onderzoek. In deze praktijken zijn in totaal 1098 patiënten uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Hiervan hebben 482 (44%) patiënten zich aangemeld voor het onderzoek. De zorggroep uit Amstelveen bestaat uit 12 huisartsen. Van deze huisartsen zijn 802 diabetespatiënten uitgenodigd voor het onderzoek en zijn 293 (37%) patiënten geïnccludeerd. Uit het patiëntenbestand van het diabetes zorgsysteem West-Friesland is een random sample van 450 patiënten getrokken welke zijn uitgenodigd voor deelname. In deze groep hebben 164 (36%) patiënten zich aangemeld. De patiënten die behandeld worden in het DZS zijn afkomstig van 84 huisartsen. In de tabel wordt de respons getoond per vragenlijst en kostendagboek, gestratificeerd naar diabetes zorggroep. In de twee patiëntgroepen van de CMR-Peilstations en de huisartsen in Amstelland, is de respons ongeveer vergelijkbaar. Het percentage patiënten dat de vragenlijst heeft ingevuld en teruggestuurd, is 90% in de CMR-Peilstations en 89% in de Amstelland groep. De voorlopige responscijfers laten zien dat het aantal patiënten dat hun kostendagboek gedurende drie maanden heeft bijgehouden en heeft teruggestuurd ongeveer 80% is, zowel in de CMR-peilstations als in de Amstelland groep. De dataverzameling in het diabetes zorgsysteem West-Friesland is iets later gestart.

Tabel 16.1 Overzicht van respons per vragenlijst en kostendagboek van diabetespatiënten per huisartsgroep

Huisartsgroep	CMR-peilstations	Amstelland	DZS West-Friesland
1 ^e vragenlijst	482	293	286
1 ^e kostendagboek	435 (90%)	260 (89%)	242 (85%)
2 ^e vragenlijst	370 (77%)	223 (76%)	216 (76%) nog niet afgerond
2 ^e kostendagboek	347 (72%)	201 (69%)	152 (53%) nog niet afgerond
3 ^e vragenlijst	318 (66%) nog niet afgerond	168 (57%) nog niet afgerond	
3 ^e kostendagboek	217 (45%) nog niet afgerond	106 (36%) nog niet afgerond	

Patiënttevredenheid

Met behulp van de QUOTE-vragenlijst zijn de patiënten uit de verschillende zorgsystemen gevraagd naar het belang dat ze hechten aan verschillende aspecten van de zorg en welke ervaring ze met die aspecten hebben. De tevredenheid over de huisarts, diabetesverpleegkundige en diëtiste werd apart beoordeeld.

Aspecten die diabetespatiënten belangrijk vonden, zijn onder andere voorlichting over diabetes, goede begeleiding bij therapieverandering en het bespreken van laboratoriumuitslagen. Aspecten in de zorg die door patiënten goed beoordeeld werden over alle zorgverleners, in alle groepen waren 1) voorlichting over diabetes, 2) bespreking van laboratoriumuitslagen, 3) overleggen van doel en verloop behandeling en 4) bespreken van het effect van de huidige behandeling. De verbeterpunten van alle zorgverleners in alle zorggroepen waren het geven van voorlichting over de nieuwste ontwikkelingen en goede begeleiding bij therapieverandering. In het Diabetes Zorg Systeem waren patiënten meer tevreden over de diëtiste en de continuïteit van de zorg (het minimaal jaarlijks plaatsvinden van

voetcontroles, oogcontroles en het meten van gewicht, bloeddruk en nierfunctie) dan in de andere groepen.

Geconcludeerd kan worden dat de diabeteszorg verbeterd kan worden. Patiënten zijn hier eenduidig over. Er zijn aanwijzingen dat patiënten in een gestructureerd zorgsysteem over meer aspecten tevreden zijn dan in de gebruikelijke zorg.

Diabetes zorg en kosten

De zorg en de kosten van de zorg van diabetespatiënten die worden behandeld door het Diabetes Zorg Systeem (DZS) West-Friesland werd vergeleken met de zorg en kosten van patiënten die behandeld werden volgens de momenteel gebruikelijke diabeteszorg.

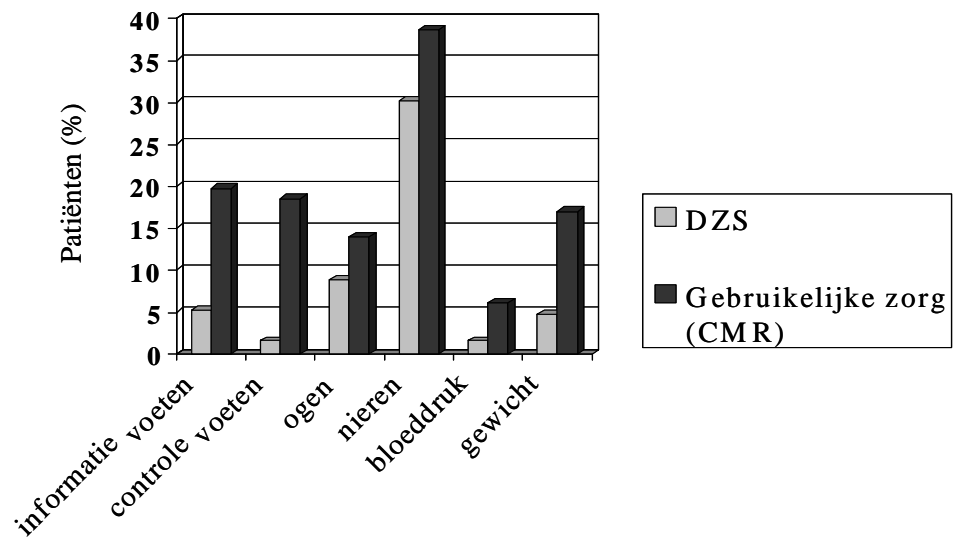
Via de QUOTE-vragenlijst, werd gevraagd welke metingen in het afgelopen jaar zijn uitgevoerd bij de patiënt (o.a. controle van complicaties aan de voeten, ogen, nieren en meting van bloeddruk en gewicht). Door middel van de kostendagboekjes die de patiënten op baseline hebben ingevuld, werd in kaart gebracht wat het gemiddelde zorggebruik is, het arbeidsverzuim en wat de kosten hiervan zijn.

Het percentage patiënten dat aangeeft dat bepaalde controles van de voeten, bloeddruk, gewicht, nieren niet hebben plaatsgevonden in het afgelopen jaar, ligt statistisch significant hoger in de patiënten die worden behandeld volgens de gebruikelijke zorg vergeleken met patiënten behandeld door het Diabetes Zorg Systeem (zie figuur 16.1).

Patiënten die behandeld worden door het DZS hebben minder gebruik gemaakt van behandelingen door de internist en oogarts. De diëtiste werd vaker geconsulteerd.

De kosten die gemaakt werden door diabetespatiënten was over het algemeen lager in de DZS groep vergeleken met de gebruikelijke zorg, maar dit verschil was alleen statistisch significant in patiënten met een diabetesduur van 6 jaar of meer.

Figuur 16.1 Percentage zelf-gerapporteerde gemiste controles in het afgelopen jaar.



Conclusie

De participatie van de diabetespatiënten aan het onderzoek is goed. De totale onderzoekspopulatie bestaat uit 939 patiënten bij aanvang van de studie. Er was geanticipeerd op een drop-out percentage van 25% na 1 jaar. In 2008 is ongeveer 20% van de populatie uitgevallen. We hopen dat de respons van de patiënten tijdens de volgende meetronde zich op deze manier voortzet. De op dit moment beschikbare gegevens zijn gebruikt voor analyses met betrekking tot de patiënttevredenheid, het zorgproces en de kosten. Deze onderzoeken worden binnenkort aangeboden ter publicatie bij internationale tijdschriften.

17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (1976-2009)

Inleiding

Sinds 1976 worden gesprekken over het levenseinde, waarbij de huisarts verzocht wordt om euthanasie te willen toepassen, geregistreerd. Bij deze registratie wordt niet onderzocht of de huisarts de euthanasie heeft uitgevoerd. Wel is de richtlijn dat alleen patiënten met een ongeneeslijke aandoening voor deze studie geïnccludeerd worden.

Methode

De artsen worden aan het begin van het jaar op de hoogte gebracht van het komende onderzoek. Aan het einde van het jaar wordt de huisartsen een formulier gezonden met het verzoek te vermelden of in het afgelopen jaar aan hen door een ongeneeslijk zieke patiënt(e) zelf de vraag is gesteld om euthanasie, danwel hulp bij zelfdoding en zo ja, wat de aanleiding hiertoe was. Tevens wordt geïnformeerd naar de leeftijd, het geslacht, de aanwezige ziekte, de plaats van verpleging of verzorging en het al of niet gebruik maken van een 'euthanasieverklaring'.¹⁶

De gegevens per patiënt(e) zijn aan het eind van deze paragraaf te vinden.

Resultaten

In 2009 is het aantal verzoeken 38, (18 mannen en 20 vrouwen) in 39 rapporterende praktijken. Dit is 3.2 per 10.000, iets minder dan in 2008 (3.5 per 10.000). Van de patiënten die in 2009 een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 82% een maligniteit. Dit ligt iets boven het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2008.

De meeste patiënten worden thuis verpleegd.

Bij 35 verzoeken (92%) wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 34 patiënten. Vier patiënten vragen om hulp bij euthanasie of zelfdoding en geen enkele patiënt uitsluitend om hulp bij zelfdoding. Bij 68% van de verzoeken raadpleegde de huisarts een andere arts. Wanneer er geen andere arts is geraadpleegd, is dit in de meeste gevallen, omdat de eventuele uitvoering van de euthanasie of het verlenen van de hulp bij zelfdoding nog niet aan de orde was. Een enkele keer vond de huisarts dat niet voldaan was aan de criteria of overleed de patiënt zonder interventie en werden om die reden na het verzoek en het daarop volgende gesprek geen verdere stappen ondernomen.

Verzoeken om toepassing van euthanasie 2000-2009

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep naar adressendichtheid en per geslacht is in tabel 17.1 te vinden.

Tabel 17.1 Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland 2000-2009

	geslacht		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	m	v	N	O	W	Z	1	2	3	
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56
2001	19	18	4	8	16	9	5	21	11	37
2002	19	11	4	7	17	4	4	19	9	32
2003	16	21	4	8	21	4	3	25	9	37
2004	15	13	3	3	16	6	2	19	7	28
2005	13	22	2	7	23	3	5	24	6	35
2006	11	18	2	4	21	5	4	18	10	32
2007	16	16	9	7	14	2	9	18	5	32
2008	17	20	7	5	19	6	8	20	9	37
2009	20	18	5	5	22	6	3	21	14	38

De gegevens per 10.000 inwoners (niet getoond hier in verband met kleine aantallen) laten zien dat door patiënten op het platteland minder vaak een verzoek om toepassing van euthanasie wordt gedaan in 2008 en relatief het meest door patiënten in de westelijke provincies.

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling van patiënten die een verzoek om toepassing van euthanasie deden is in tabel 17.2 te vinden.

Tabel 17.2 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 2000-2009

	<54	55-64	65-74	75-84	>85	totaal
2000	13	13	11	18	1	56
2001	8	3	9	12	5	37
2002	6	5	6	9	6	32
2003	5	6	12	6	8	37
2004	3	6	13	5	1	28
2005	4	8	13	8	2	35
2006	3	5	10	7	7	32
2007	3	5	12	7	5	32
2008	5	8	8	12	4	37
2009	8	5	14	6	5	38

Overzicht van de gemelde verzoeken

Inmiddels zijn sinds 1976 de gegevens bekend over 1186 verzoeken om toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Van deze verzoeken werden 600 gedaan door een man (51%).

Inzicht in de aandoeningen waarbij om toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt gevraagd is verkregen door de aandoeningen te classificeren met behulp van de International Classification of Diseases (ICD-9, 1975, 9th version). Een van de problemen bij het classificeren is de co-morbiditeit die inherent is aan de hoge leeftijd. Een ander probleem is dat er soms geen melding is van een ziekte: in de ICD-9-groep van symptomen en onvolledig beschreven aandoeningen is het verzoek van een 93 jaar oude dame ondergebracht die leed aan de aandoening 'klaar met leven' en een 91-jarige dame, die 'levensmoe' was.

Een vijftal groepen aandoeningen wordt gehanteerd:

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

De aandoeningen waarbij om euthanasie of zelfdoding is verzocht zijn vermeld in tabel 17.3. De verdeling in 2009 is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Tabel 17.3 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding 1976-2009

	N	%
maligne neoplasmata	899	76
hart- vaatziekten	65	5
chronisch obstructieve longziekten	49	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	57	5
overige ziekten	116	10
totaal	1186	100

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 92% in 2009.

Beschouwing

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij

zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek.¹⁷ Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland ten aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslissingen rond het levenseinde van patiënten.¹⁸⁻²¹ In 2001 en 2005 is opnieuw grootschalig onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde.^{22, 23}

De methodologische verschillen tussen de genoemde onderzoeken en de registratie door de huisartsen van de CMR-Peilstations zijn aanzienlijk. Het voert te ver die hier uitgebreid bespreken. Eén verschil moet echter worden vermeld; in tegenstelling tot de andere genoemde onderzoeken zijn de gegevens van de CMR-Peilstations exclusief van huisartsen afkomstig en gaat het bij dit onderzoek niet alleen om uitgevoerde euthanasie, maar ook om serieus overwogen, doch uiteindelijk (nog) niet uitgevoerde verzoeken.

Uit het jaarverslag 2008 van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie blijkt dat in 2008 2331 gevallen van uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding zijn gemeld bij de Regionale Toetsingscommissies.²⁴ Het aantal meldingen was in 2008 hoger dan in de voorgaande jaren. ((2120 meldingen in 2007 en 1923 meldingen in 2006). Dit wordt deels toegeschreven aan een stijgend meldingspercentage.^{24, 25} De arts en blijken in vrijwel alle gemelde gevallen de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie na te leven. Slechts in 10 gevallen was dit landelijk niet het geval. De gevonden stijging door de Regionale Toetsingscommissies is niet consistent met een iets lager aantal meldingen in de CMR-peilstations in 2009, ook al moeten de verschillen in studie opzet in acht genomen worden. De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 92% in 2009 in dit peilstationsonderzoek. Dit is een belangrijke bevinding en kan gezien worden als een kwaliteitsindicator voor het gezamenlijk bespreken van levenseindewensen door arts en patiënt.

De registratie van de verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding door de CMR-Peilstations toont consistent een iets groter aandeel bij mannen ongeveer 51% versus 49% bij vrouwen in de periode 1976-2009. In de genoemde onderzoeken tot nu toe is één andere uitkomst zeer consistent aanwezig: het zijn vooral patiënten met een maligne aandoening die vragen om euthanasie en bij deze groep wordt relatief vaker de euthanasie uitgevoerd. Eveneens wordt vastgesteld dat het aandeel van de patiënten met

een maligniteit op oudere leeftijd afneemt. De gegevens van de CMR-Peilstations laten dit beeld ook zien: in de periode 1976-2009 leed 76% van de patiënten die verzochten om euthanasie of hulp bij zelfdoding aan kanker. In de leeftijdsgroep van 75-84 jaar daalt dit percentage tot 64%; vanaf 85 jaar is het nog slechts 29%.

De over langere periode verzamelde gegevens over de verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding laten een geleidelijke verandering zien in de redenen om de huisarts om levensbeëindiging te vragen. Ondraaglijke pijn en lichamelijke lijden worden minder belangrijke motieven; de uitzichtloosheid en het verlies aan waardigheid door de ziekte zijn nu meer de redenen om een euthanasie te vragen.²⁶ De ziekte van Alzheimer blijkt geen absolute contra-indicatie meer voor euthanasie mits het verzoek is ingediend als de patiënt nog wilsbekwaam is.

Het onderzoek wordt in het jaar 2010 gecontinueerd.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Alphen van Jojanneke E, Donker Gé A, Marquet Richard L. *Request for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act*. British Journal of General Practice: 2010;60:263-267

Abstract:

Alphen van Jojanneke E, Donker Gé A, Marquet Richard L. *Request for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act*. British Journal of General Practice 2010;60:263-267.

Background: The Netherlands was the first country in the world to implement a Euthanasia Act in 2002. It is unknown whether legalising euthanasia under strict conditions influences the number and nature of euthanasia requests.

Aim: To investigate changes in the number of, and reasons for, requests for euthanasia in Dutch general practice after implementation of the Dutch Euthanasia Act.

Design of study: Retrospective dynamic cohort study comparing five years before (1998-2002) and five years after (2003-2007) implementation.

Method: Standardized registration forms were used to collect data on requests for euthanasia via the Dutch Sentinel Practice Network. This network of 45 general practices is nationally representative by age, gender, geographic distribution and population density.

Results: The mean annual incidence before implementation amounted to 3.1/10,000, thereafter to 2.8/10,000. However, trends differed by gender. The number of requests by men decreased significantly from 3.7/10,000 to 2.6/10,000 ($p < 0.008$); the requests by women increased from 2.6/10,000 to 3.1/10,000. Before and after implementation, cancer remained the major underlying disease for requesting euthanasia: 82% vs. 77% for men; 73% vs. 75% for females. Pain was a major reason for a request, increasing in the period before implementation (mean 27%), but declining in the period thereafter (mean 22%). Loss of dignity became a less important reason after implementation (from 18% to 10%, $p = 0.04$), predominantly due to a marked decrease in women (from 17% to 6%, $p < 0.02$). Trends in unbearable suffering and hopelessness as reasons remained unchanged after implementation of the Act.

Conclusions: There was no increase in demand for euthanasia after implementation of the Euthanasia Act. Pain as a reason for requesting euthanasia showed an increasing trend before implementation, but declined thereafter. Loss of dignity as a reason declined, especially in females.

Donker GA, Van Alphen JE, Marquet RL. The impact of the Euthanasia Act on the number of requests for Euthanasia and Physician assisted suicide. *European Journal of Public Health* 2009;19(S1):110 (Oral Presentation 2nd European Public Health Conference Lodz, November 2009).

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

Bijlage 1

Tabel 17.4 Overzicht van de gemelde verzoeken tot actieve euthanasie in 2009

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
101	v	artritis, hartfalen, eczeem	pijn
96	v	coloncarcinoom	pijn
90	v	coloncarcinoom	ontluistering, verlies van waardigheid, verlies van geestelijke vermogens
89	v	hartfalen	verval van krachten, kortademig
86	m	coloncarcinoom	pijn
84	v	longcarcinoom	infauste prognose
84	v	dwarsleasie	pijn benen, licht emotioneel lijden, ontluistering
83	m	epilepsie, diabetes, CVA, hartfalen	recente opname ziekenhuis
80	m	bronchuscarcinoom	angst voor toekomst
78	m	levercarcinoom	is uitbehandeld
76	m	M. parkinson	achteruitgang
74	m	longcarcinoom	terminaal
73	m	gemetastaseerd rectumcarcinoom	dochter dringt erop aan
73	v	longkanker	niet meer kunnen eten
72	m	gemetastaseerd melanoom	stik gevaar
71	m	prostaatacinoom	verslechtering
71	m	longcarcinoom	angst om te stikken

Tabel 17.4 Overzicht van de gemelde verzoeken tot actieve euthanasie in 2009 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
70	m	gemetastaseerd sigmoidcarcinoom	pijn, ileus
70	v	ovariumcarcinoom	teveel complicaties, ileus, braken, pijn, ect.
68	v	oesofaguscarcinoom en metastasen	eindfase uitzichtlooslijden
67	v	blaascarcinoom	onhoudbare pijn
66	m	desofaguscarcinoom	onhoudbare situatie, geen kwaliteit meer van leven
66	v	hersentumor	decor verlies
65	m	oesofaguscarcinoom	uitzichtloos lijden
65	v	gemetastaseerd niercarcinoom	wil beslist niet naar verpleeghuis en is bang t.z.t. niet meer aan te kunnen geven. .t g.v. psychomentale zwakte
62	m	longcarcinoom	verslechtering, terminaal
62	v	longcarcinoom	dyspnoe
60	v	gemetastaseerd carcinoom na 2 x niertransplantatie	geen verder behandeling mogelijk
57	m	maag- en oesophaguscarcinoom	ondraaglijk lijden
55	v	levercarcinoom	ondraaglijk lijden
53	m	galblaascarcinoom	geen curatie meer mogelijk
51	v	longcarcinoom	pijn, dyspnoe, ontreddeering, ontluistering
49	v	coloncarcinoom	afhankelijk en onwaardigheid
47	m	hersentumor	suizen hoofd
46	m	longcarcinoom	progressie

Tabel 17.4 Overzicht van de gemelde verzoeken tot actieve euthanasie in 2009 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
43	m	multiple sclerose	progressieve MS
41	v	chorea v Huntington	progressie ziekte
40	m	hersentumor	geopereerde hersentumor, radicaal, krijgt nog chemo- en radiotherapie

18 Palliatieve Sedatie

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2005-2009)

Inleiding

Ook bij optimale palliatieve zorg komen in de terminale fase van een ziekteproces situaties voor waarbij de behandeling niet leidt tot voldoende verlichting van symptomen. Men spreekt dan van refractaire symptomen. Het gaat daarbij om ernstige vormen van onrust, benauwdheid, pijn, misselijkheid, braken, angst en delier. Voor alle betrokkenen is een sterfbed, waarbij sprake is van refractaire symptomen, een indringende ervaring. De patiënt lijdt ernstig en kan wanhopig worden, de naasten kunnen het lijden van hun partner, ouder of familielid moeilijk aanzien en de behandelaars en zorgverleners hebben soms het gevoel te falen.

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

Sedatie door huisartsen in de zorg voor terminale patiënten thuis werd in 2002 in 2,5% van de sterfgevallen toegepast en kent een stijgende toepassingsfrequentie in de daarop volgende jaren.^{22, 23} Het levenseinde-onderzoek meldt in het vierde landelijke onderzoek dat continue diepe sedatie bij 12,8% van de sterfgevallen thuis, in ziekenhuis of verpleeghuis toegepast wordt in 2006.²⁵

Er is discussie of voor het overgaan tot palliatieve sedatie de (huis)arts aan dezelfde criteria zou moeten voldoen als bij het inwilligen van een verzoek om euthanasie. De vrees is geuit dat de onder de medische bevoegdheid vallende beslissing over te gaan tot palliatieve sedatie een alternatief wordt voor de inwilliging van een verzoek om euthanasie dat extern wordt getoetst. Inzicht in de praktijk van de palliatieve sedatie door huisartsen kan daarover uitsluitsel geven.

Methode

Aan alle peilstationartsen wordt gevraagd te noteren wanneer de huisarts overgegaan is tot een palliatieve sedatie en aan het einde van het registratiejaar wordt een formulier gezonden voor nadere informatie. De huisarts wordt gevraagd of zij in het afgelopen jaar over is gegaan tot palliatieve sedatie en wat daartoe de aanleiding was. Voorts wordt gevraagd aan welke ziekte de patiënt leed, of er ook sprake was van een verzoek om euthanasie en wie er bij de beslissing over te gaan tot de palliatieve sedatie betrokken zijn geweest. In 2007 werd voor het eerst de aanvullende vraag gesteld wat de doorslag heeft gegeven tot het uitvoeren van palliatieve sedatie als er ook een verzoek was om euthanasie.

Resultaten

In 2009 zijn 31 patiënten gemeld waarbij tot palliatieve sedatie is besloten in 41 huisartspraktijken die daarover rapporteerden. Dit is 7,0% van alle in 2009 gemelde overleden patiënten. Dit is zowel absoluut als relatief iets meer dan in 2008 (18 gemeld), maar vergelijkbaar met 2007. In 2009 is bij 15 mannen en 16 vrouwen besloten tot sedatie. Van deze 31 patiënten lijdt 68% aan een vorm van kanker.

Bij 29 patiënten (94%) geeft de arts aan dat 2 of meer refractaire symptomen de aanleiding zijn geweest voor de beslissing het bewustzijn van de patiënt te gaan verlagen. Slechts bij twee patiënten wordt één refractair symptoom (onbehandelbare pijn) aangegeven (zie ook bijlage).

Van de symptomen die de aanleiding zijn tot het besluit te gaan sederen wordt in 2009 onbehandelbare pijn het meest frequent genoemd: 20

patiënten (65%). Ook onbehandelbare dyspnoe (17 patiënten, 55%), misselijkheid en delier (elk 9 patiënten, 29%), braken en angst (elk 8 patiënten, 26%) zijn frequente redenen om te sederen en komen vaak in combinatie met pijn voor.

Van de 31 gemelde patiënten hebben 7 (23%) ook een verzoek om euthanasie gedaan. De redenen om palliatieve sedatie en geen euthanasie toe te passen bij deze 7 patiënten waren: de zeer korte levensverwachting (2x), de voorkeur van de patiënt, delier, de familiesetting, niet duurzaamheid van het euthanasieverzoek en onmogelijkheid tot adequate communicatie over het euthanasieverzoek ivm afasie.

Tabel 18.1 Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2005	4	4	15	3	7	17	2	26
2006	5	4	18	4	4	23	4	31
2007	4	2	18	6	5	24	1	30
2008	3	2	10	3	4	9	5	18
2009	7	10	9	5	7	21	3	31

Uit de oostelijke provincies worden in 2009 absoluut en per 10.000 de meeste patiënten gemeld (tabel 18.1 en 18.2). Naar adressendichtheid werden de meeste patiënten per 10.000 in 2009 gemeld op het platteland (tabel 18.1 en 18.2).

Tabel 18.2 Aantal patiënten per 10.000 waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2005	(1.8)	(1.5)	2.5	(1.2)	3.0	1.9	(0.9)	2.0
2006	3.0	(2.3)	4.0	(2.5)	(2.4)	4.2	(1.7)	3.3
2007	(1.6)	(0.9)	4.4	3.2	2.8	3.5	(0.5)	2.8
2008	(1.2)	(0.8)	2.9	(1.5)	(2.0)	1.4	3.1	1.7
2009	2.6	4.1	1.9	2.5	2.5	2.7	(1.1)	2.7

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 18.3 te vinden.

Tabel 18.3 Absoluut aantal patiënten per leeftijdsgroep, waarbij de huisarts palliatieve sedatie toepaste 2005-2009

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
2005*	3	9	3	8	2	26
2006	2	6	8	8	7	31
2007	1	5	10	8	6	30
2008	4	3	2	5	4	18
2009	7	4	7	7	6	31

* Van 1 patiënt in 2005 is de leeftijd onbekend

Palliatieve sedatie wordt soms al op relatief jonge leeftijd toegepast en lijkt niet gerelateerd aan leeftijd.

Overzicht van de gemelde verzoeken

Net als bij de rubriek 'verzoek om euthanasie' (zie hoofdstuk 17) wordt een vijftal groepen aandoeningen onderscheiden om inzicht te krijgen in de aandoeningen, waarbij palliatieve sedatie wordt toegepast.

Tabel 18.4 Aandoeningen waarbij palliatieve sedatie is toegepast (cumulatief) 2005-2009

	N	%
maligne neoplasmata	101	74
hart- vaatziekten	16	12
chronisch obstructieve longziekten	2	2
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	6	4
overige ziekten	11	8
totaal	136	100

Discussie

Evenals bij de verzoeken om euthanasie (zie hoofdstuk 17) is kanker de veruit meest voorkomende aandoening bij patiënten, bij wie besloten is tot palliatieve sedatie.

Meestal zijn meerdere refractaire symptomen tegelijk de aanleiding om palliatieve sedatie toe te passen. Pijn, dyspnoe en angst spelen daarbij de grootste rol. Bij 7,0% van de overledenen is in 2009 voor sedatie gekozen. Dit is beduidend lager dan de 12,8% van de sterfgevallen genoemd in het in het vierde landelijk onderzoek betreffende medische beslissingen rond het levenseinde.²⁵ Dat onderzoek betreft echter zowel sterfgevallen in ziekenhuizen en verpleeghuizen als ook thuis en is dus niet vergelijkbaar met ons onderzoek in een huisartsenpopulatie, waar patiënten in verpleeghuizen doorgaans niet toe behoren. Ons onderzoek laat een jaarlijkse fluctuatie zien, doch geen duidelijk stijgende trend in het aantal patiënten, bij wie palliatieve sedatie wordt toegepast sinds de aanvang van de studie in 2005. Dit is een onverwachte bevinding, omdat in de daaraan voorafgaande jaren in de literatuur wel een toename geconstateerd werd.^{23, 24}

Bij de zeven patiënten waarvan ook een verzoek om euthanasie is gemeld, is

er geen aanwijzing dat palliatieve sedatie is toegepast om euthanasie te vermijden. De redenen om palliatieve sedatie toe te passen bij deze patiënten konden duidelijk aangegeven worden. Deze gegevens tonen dat het bij palliatieve sedatie en verzoek tot euthanasie grotendeels om verschillende populaties gaat, ook al is er wat betreft de klachten gelijkheid. Het onderzoek biedt geen aanwijzing voor een vervaging van de grens tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Deze bevinding wordt ook bevestigd in een in 2009 verschenen proefschrift over palliatieve sedatie van Jeroen Hasselaar.²⁷ De in 2005 verschenen KNMG richtlijn voor palliatieve sedatie (zie www.knmg.nl) heeft ongetwijfeld bijgedragen aan professionalisering van deze interventie.

Het onderzoek wordt in het jaar 2010 gecontinueerd.

Bijlage 1

Tabel 18.5 Overzicht van de patiënten bij wie tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2009

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
95	v	cachexie, hartfalen	delier, dyspnoe, pijn
91	m	CVA	delier, dyspnoe, pijn
91	v	CVA bipolaire stoornis	pijn, onrust
91	v	terminaal hartfalen	ermstige delier, dyspnoe
90	m	ouderdom, pneumonie, decubituswonden	dyspnoe, pijn
86	m	adenocarcinoom	pijn, misselijk, angst
83	v	coloncarcinoom	delier, dyspnoe
83	v	acute leucaemie (MDS)	dyspnoe, pijn
81	m	pleuritis carcinomatosa	delier, dyspnoe
81	m	larynx, longcarcinoom	pijn, malaise
81	m	CVA	onrust
79	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk, braken
77	m	terminaal hartfalen	dyspnoe, angst
73	v	gemetastaseerd ovariumcarcinoom	braken, angst, acuut nierfalen
72	m	M. Parkinson	delier, pijn, braken
71	v	ovariumcarcinoom	delier, jeuk
70	m	ALS	dyspnoe, pijn, braken
67	m	COPD	misselijk

Tabel 18.5 Overzicht van de patiënten bij wie tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2009 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
66	m	gemetastaseerd prostaatcarcinoom	misselijk, braken, zeer ernstige cachexie
66	v	pancreascarcinoom	pijn, misselijk, braken
62	v	pancreaskopcarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk, braken, angst
60	m	oesofaguscarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk, angst
59	m	pancreasastaartcarcinoom	pijn. Misselijk
58	v	gemetastaseerd NSCLC	dyspnoe, pijn, angst
53	v	sarcoom	braken, angst
53	v	mammacarcinoom	dyspnoe, pijn
51	m	oropharynxcarcinoom	dyspnoe, angst
51	v	longcarcinoom	dyspnoe, pijn
51	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	delier, dyspnoe, pijn, misselijk
49	m	maagcarcinoom	misselijk, braken, angst
46	m	longcarcinoom en metastasen	delier

19 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Bavo Groep
(1985-1989, 1995-2009)

Inleiding

Anorexia nervosa en bulimia nervosa zijn ernstige eetstoornissen waarvan het onduidelijk is of de mate van voorkomen toeneemt. Van 1985-1989 zijn beide eetstoornissen door de peilstationartsen geregistreerd. Door middel van een nieuwe registratie vanaf 1995 kan bekeken worden of er sprake is van een toename van deze eetstoornissen.

Dit hoofdstuk geeft slechts inzicht in de trend van het aantal patiënten met eetstoornissen in de huisartspraktijk. Over informatie uit de aanvullende vragenlijsten wordt separaat gepubliceerd.

Evenals de eerste registratieperiode van 1985-1989 heeft dit vragenlijstonderzoek plaats onder de leiding van Prof. dr. H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog en in samenwerking met het Centrum Eetstoornissen Ursula, in Leidschendam.

Methode

De trend in het voorkomen van eetstoornissen vanaf 1995 wordt berekend per provinciegroep, naar adressendichtheid en per leeftijdscategorie en vergeleken met de periode 1985-1989. Deze getallen zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbel tellingen en bevatten zowel incidente als prevalentie gevallen. De vermelde getallen dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden. Er wordt om die reden geen extrapolatie naar een landelijk aantal gegeven.

De peilstationsartsen is gevraagd om per geregistreerde patiënt een aantal aanvullende gegevens te verstrekken middels een vragenlijst. Betrof het een in 2009 vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener? Voorts werd gevraagd naar de samenstelling van het gezin waaruit de patiënt voortkwam en naar een aantal

lichamelijke aspecten van de aandoening. De resultaten van dit vragenlijstonderzoek wordt elders beschreven.

Resultaten

In tabel 18.1 is de verdeling weergegeven van het aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld (absoluut en per 10.000 inwoners) naar provinciegroep en adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2009. In 2009 wordt bij een man en 43 vrouwen een eetstoornis vastgesteld.

Tabel 19.1a Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2009

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
absoluut/jaar								
Gem:								
1985-1989	7	10	35	10	6	33	24	61
1995	11	11	26	16	5	49	10	64
1996	6	8	22	9	3	37	5	45
1997	12	10	11	9	8	29	4	42
1998	10	17	15	9	5	36	10	51
1999	4	14	12	13	1	38	4	43
2000	4	9	13	9	3	26	6	34
2001	5	6	6	7	4	19	1	24
2002	2	12	14	8	5	24	7	36
2003	1	14	24	4	2	29	12	43
2004	3	11	14	11	3	30	6	37
2005	4	8	15	1	10	16	2	28
2006	2	8	16	6	5	19	8	32
2007	4	8	19	9	5	27	8	40
2008	8	12	16	13	11	31	7	49
2009	5	8	22	9	5	26	13	44

Tabel 19.1b Aantal vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2009, per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
per 10.000 vrouwen								
1995	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	(3.3)	8.5	5.4	8.4	(1.1)	7.9	4.4	5.2
2000	(3.2)	4.6	3.9	6.1	(2.3)	4.9	3.8	4.2
2001	3.4	4.0	2.5	4.6	(4.4)	4.0	0.9	3.6
2002	(1.5)	7.3	5.4	3.5	4.9	4.5	4.5	4.6
2003	(0.8)	11.6	7.8	(2.3)	(1.8)	5.9	9.0	6.0
2004	(1.3)	7.0	2.6	2.9	(2.9)	3.5	2.3	3.0
2005	(3.3)	5.4	4.1	(0.6)	8.2	4.9	(1.2)	3.5
2006	(2.4)	9.2	6.6	7.5	6.0	6.6	6.5	6.4
2007	(3.2)	7.3	9.1	9.5	(5.5)	7.1	8.0	7.0
2008	6.0	8.8	8.7	12.4	10.5	8.3	8.4	8.7
2009	3.7	6.3	9.8	9.8	5.2	7.4	5.2	7.6

Het absolute en relatieve aantal meldingen is in 2009 hoger dan in de voorgaande jaren. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 98%.

De afgelopen 10 jaar is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het laagst in de noordelijke provinciegroep.

In 2009 was het aantal meldingen van eetstoornissen in het zuiden des lands en op het platteland relatief het hoogst.

Leeftijdverdeling

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

Tabel 19.2 Absoluut aantal meldingen van vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2009

vrouwen	1985-1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1-4	-	-	-	1	-	-	-	-
5-9	-	-	-	1	-	-	-	1
10-14	1	1	1	0	2	-	1	1
15-19	8	13	15	10	9	7	9	6
20-24	12	14	9	11	14	7	5	2
25-29	14	10	7	7	5	6	9	4
30-34	6	9	4	3	4	6	4	5
35-39	7	8	6	3	11	9	3	3
40-44	4	2	2	4	4	6	1	-
45-49	1	4	1	1	1	-	1	-
50-54	1	2	-	-	-	-	1	1
55-59	1	-	-	-	1	1	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-
65-69	-	-	-	-	-	-	-	-
70-74	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 19.2 Absoluut aantal meldingen van vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2009 (vervolg)

vrouwen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1-4	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	1	-	1	1	-	3	1	2
15-19	5	5	5	9	5	6	12	7
20-24	3	7	10	2	9	7	2	9
25-29	8	7	8	2	4	4	5	7
30-34	2	5	-	6	3	5	7	4
35-39	5	5	2	1	6	3	7	5
40-44	4	6	5	6	1	3	3	3
45-49	2	5	4	-	1	5	6	4
50-54	2	2	-	-	1	1	3	-
55-59	-	-	-	-	-	-	1	3
60-64	-	1	-	1	1	1	-	-
65-69	-	-	-	-	-	-	-	-
70-74	-	-	-	-	1	-	-	-
75-79	-	-	-	-	-	-	-	-
80-84	-	-	-	-	-	1	-	-

In 2009 was er 1 melding van een mannelijke patiënt. De piekincidentie ligt in 2009 in een hogere leeftijdsgroep (20-24 jaar) dan in 2008 (15-19 jaar). Verder valt op dat eetstoornissen soms nog op hoge leeftijd voorkomen.

Discussie

De prevalentie van eetstoornissen toont de laatste paar jaar een stijgende trend, maar blijft een aandoening die vooral voorkomt bij vrouwen. In 2009 is het aantal meldingen op het verstedelijkt platteland en in middelgrote steden relatief het hoogst. Eerder onderzoek in de peilstations liet zien dat het wonen in de grote stad een risicofactor was voor boulimia nervosa.^{28, 29}

Ook in 2010 zal een onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

Publicatie (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Son van GE, Hoeken van D, Furth van EF, Donker GA, Hoek HW. *Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort*. International Journal of Eating Disorders 2010;43:130-8

Son van Gabriëlle, Donker Gé, Hoek Hans Wijbrand. *Eetstoornissen: trend en samenhang met verstedelijking*. Huisarts en Wetenschap 2009;52(3):121

Son van GE, Hoeken van D, Furth van EF, Donker GA, Hoek HW. *Outcome of Eating Disorders in a Primary Care-Based Study*. Oral presentation. International Conference on Eating Disorders, Baltimore, 2-5 Mei, 2007

Son van GE, Hoeken van D, Bartelds AIM, Furth van EF, Hoek HW. *Urbanisation and the incidence of eating disorders*. Brit J Psychiatry 2006;189:562-563

Son van GE, Hoeken van D, Bartelds AIM, Furth van EF, Hoek H.W. *Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands* Int Eat Disord 2006;39:565-569

Son van GE, Hoeken van D, Furth van EF, Bartelds AIM, Hoek HW *Incidentie eetstoornissen in jaren 90: afname boulimia nervosa?* Ned. Congres voor Eetstoornissen, Rotterdam 4-6 Okt. 2004

Son van GE, Hoeken van D, Furth van EF, Bartelds AIM, Hoek HW. *Bulimia nervosa incidence and degree of urbanization are linked: implications for etiology.* Eating Disorder Research Society Congres, 2004

Son van GE, Furth van EF, Schellevis F, Hoeken van D, Hoek HW. *De incidentie van Anorexia Nervosa (AN) en Boulimia Nervosa (BN) in de Nederlandse huisartsenzorg.* Ned. Congres voor Eetstoornissen, Rotterdam 5-6 Okt. 2004

20 Algemene opmerkingen

- 1 De rubrieken voor 2010 zijn door de Begeleidingscommissie als volgt samengesteld.
 - a Influenza(-achtig ziektebeeld).
 - b Levensindeonderzoek.
 - c Waterpokken.
 - d Pneumonie.
 - e Suicide(poging).
 - f SOA.
 - g Gastro-enteritis.
 - h Ongewenste zwangerschap.
 - i Urineweginfectie.
 - j Kinkhoest.
 - k Cosmetica allergie.
 - l Niet plus gevoel.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2010 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen, diabetes mellitus en palliatieve sedatie.
- 3 Suggesties voor nieuwe rubrieken of voor aanpassing van bestaande worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
- 4 Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
- 5 Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

Mw. dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider CMR-Peilstations Nederland.

21 Literatuurlijst

Lijst van overige publicaties (mede) op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Algemeen

Donker GA. *Peilstations meten trends in de huisartsenpraktijk*. Huisarts in de praktijk 2007;18(12):10-12

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

Antibioticaresistentie

Donker GA, Deurenberg RH, Driessen C, Sebastian S, Nys S, Stobberingh EE. *The population structure of Staphylococcus aureus among general practice patients from The Netherlands*. Clin Microbiol Infect 2009;15(2):137-43.2008-02662.X (epub ahead of print)

Donker G, Stobberingh E. *Ligt MRSA overal op de loer?* Huisarts en Wetenschap 2008;51:113

Donker GA, Nys S, Driessen C, Deurenberg RH, Stobberingh EE. *Prevalence of antibiotic-resistant S. aureus among general practice patients*. Eur J Public Health 2006;16(1S):186

ARI-EL studie

Gageldonk van Rianne, Donker Gé, Peeters Marcel. *Voorspellen klachten een bacteriële bovensteluchtweginfectie?* Huisarts en Wetenschap 2007;50(3):85

Bartelds Aad, Gageldonk-Lafeber van Rianne, Heijnen Marie-Louise, Peeters Marcel, Plas van der Simone, Wilbrink Berry. *ARI-EL: case-controle onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn.* Huisarts en Wetenschap 2006;49(5):244-247

Gageldonk-Lafeber van AB, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Peters MF, Plas van der SM, Wilbrink B. *A case-control study on acute respiratory tract in general practitioner patients in The Netherlands.* CID 2005;41:490-497

Nys S, Tjhie JHT, Bartelds AIM, Heijnen MLA, Peeters MF, Stobberingh EE. *Erythromycin resistance in the commensal throat flora of patients visiting the general practitioner: a reservoir for resistance genes for potential pathogenic bacteria.* Int J Antimicrob Agents 2005;26(2):133-7

Chronische benigne pijn

Kerssens JJ, Verhaak PFM, Bartelds AIM, Sorbi MJ, Bensing JM. *Unexplained severe chronic pain in general practice.* European Journal of Pain 2002; 6:203-212

Consult rookverslaving

Jacobs-van der Bruggen Monique, Donker Gé, Verkleij Harry, Baan Caroline. *Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan?* Huisarts en Wetenschap 2007;50:198-202

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

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

Depressie

Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG. *Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie*. Huisarts en Wetenschap 2002;45(13):122-5

Diabetes Mellitus

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

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

Fysiek geweld

Marquet R, Donker G. *Niet alleen blauwe plekken. De rol van de huisarts bij consultatie voor fysiek geweld*. Huisarts en Wetenschap 2008;51:5

Marquet Richard, Schellevis Francios, Donker Gé. *Slachtoffers van geweld zijn grootgebruikers van de huisartsenzorg*. Huisarts en Wetenschap 2006;49(10):489

Herpes Zoster

Fleming DM, Bartelds A, Chapman SR, Cross KW. *The consistency of shingles and its significance for health monitoring*. European Journal of Epidemiology 2004;19:1113-1118

Sportletsels

Valkenberg H, Donker GA, Schoots W, Vriend H. *Sportblessures bij de huisarts: registratie, behandeling en verwijsbeleid*. Sport en Geneeskunde 2010;2:6-14

Prostaatlijden

Otto Suzie J, Cruijnsen van der Ingrid W, Liem Michael K, e.a. *Effective PSA contamination in the Rotterdam section of the European randomized study of screening for prostate cancer.* Int J Cancer 2003;05:394-399

Resistentie tegen antibiotica van uropathogenen

Knottnerus BJ, Nys S, Riet ter G, Donker G, Geerlings SE, Stobberingh E. *Fosfomycine tromethamine as second agent for the treatment of acute, uncomplicated urinary tract infections in adult female patients in The Netherlands?* Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2008;62:356-359

Knottnerus BJ, Nys S, Riet ter G, Donker G, Geerlings SE, Stobberingh E. *Fosfomycine tromethamine als tweede keus bij de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties?* Huisarts en Wetenschap 2008;51:242-3 (Presentatie NHG-wetenschapsdag 2008-Rotterdam)

Nys S, Bartelds AIM, Donker GA, Stobberingh EE. *Urinary tract infections in a paediatric general practice population in the Netherlands: diagnostic performances and antimicrobial susceptibility of the isolated uropatogens.* Eur J Public Health 2007;17(S2):180 (Presentatie EUPHA-congres 2007 Helsinki)

Koeijers JJ, Kessels AG, Nys S, Bartelds A, Donker G, Stobberingh EE, Vernon A. *Evaluation of the nitrite and leukocyte esterase activity tests for the diagnosis of acute symptomatic urinary tract infection in men.* Clin Infect Dis 2007;5(7):894-6

Donker GA. *Antibioticaresistentie van uropathogenen bij vrouwen vanaf 70 jaar.* Huisarts en Wetenschap 2006;49:319 (Presentatie NHG-wetenschapsdag 2006-Groningen)

Nys Sita, Merode van T, Bartelds AIM, Stobberingh EE. *Urinary tract infections in general practice patients: diagnostic tests versus bacteriological culture.* Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2006;57(5):955-8

Nys S, Tjhie JHT, Bartelds AIM, Heijnen MLA, Peeters MF, Stobberingh EE. *Erythromycine resistance in the commensal throat flora of patients visiting the general practitioner: a reservoir for resistance genes for potential pathogenic bacteria*. Int J of antimicrobial Agents 2005;26(2):133-137

Nys S, Bartelds AIM, Stobberingh EE. *Acute ongecompliceerde urineweginfectie: antibiotische therapie en antibioticum resistentie* Infectieziekten Bulletin 2005;16(8):291-295

Seksuele problematiek en seksueel geweld

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

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

22 Voetnoten

- 1 Dulk den CJ, Stadt van der H, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Mnd. Stat. Bevolk, (CBS) 92/7.
- 2 Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 2009. Nivel, Utrecht.
- 3 De tabellen uitsluitend met cijfers aangegeven zijn teksttabellen.
- 4 In deze tabellen en daarvan afgeleide teksttabellen is altijd sprake van frequenties per 10.000 mannen, vrouwen of inwoners, tenzij anders vermeld.
- 5 Diekstra RFW en Egmond van M. Suicide and attempted suicide in general practice. In the Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy, blz. 202. NIVEL, Utrecht, 1989.
- 6 Deze moet voldoen aan de volgende criteria (Pel, 1965):
 - a Een acuut begin, dus hoogstens een prodromaal stadium van drie tot vier dagen (inclusief pre-ëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
 - b De infectie moet gepaard gaan met een temperatuursverhoging van tenminste 38° rectaal.
 - c Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).
- 7 Waterpokken bij een zwangere met ernstige gevolgen voor moeder en kind. Manteu GIR, Derks JB, Loon van AM, Geraerds LJ en Bruinise HW. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147(41):2029-32.
- 8 Melker de HE, Conyn-van Spaendonck MA, Schellekens JFP. Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM, 1996.

- 9 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne Volksgezondheid Toekomst Verkenning. SDU Ruwaard D, Kramers PGM. Den Haag. Sdu Uitgeverij 1993;42-47.
- 10 Lopman B, Vennema H, Kohli E, e.a. Increase in viral gastroenteritis outbreaks in Europe and epidemic spread of new norovirus variant. *Lancet* 2004;363:682-88.
- 11 Pelt van W, Notermans D, Giessen van de AW, Mevius DJ, Vennema H, Koopmans M, Asten L, Duynhoven van YTHP. Trends in gastro-enteritis van 1996-2005; Toename van ziekenhuisopnames en sterfte: een toenemende rol van virale infecties? *Infectieziekten Bulletin* 2006;10:364-70.
- 12 Kruijer H, Van Lee L, Wijsen C. Landelijke abortusregistratie 2008, Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- 13 Wijssen C, Zaagsma M. (2006) Zwangerschap, anticonceptie en Abortus. In: Bakker F, Vanwesenbeeck I. (eds) *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*; p.67-88. Delft: Eburon.
- 14 Wijsen C, Rademaker J. *Abortus in Nederland*. Eburon. Delft, 2003.
- 15 Linden MWvd, Westert GP, Bakker DHd, Schellevis FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 16 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
- 17 Bartelds AIM. Request for application of euthanasia. In: Bartelds AIM, Fracheboud J, van der Zee J. (eds). *The Dutch Sentinel Practice Networks; relevance for public health policy*. Utrecht, NIVEL, 1989.
- 18 Maas van der PJ, Delden van JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *The Lancet* 1991; 338:669-74.
- 19 Pijnenborg L, Delden van JJM, Kardaun JWPF, Glerum JJ, Maas van der PJ. Nationwide study of decisions concerning the end of life practice in the Netherlands. *BMJ* 1994; 309:1209-9.

- 20 Wal van der G, Dillmann RLM. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994;308:1346-9.
- 21 Maas van der Paul J, Wal van der Gerrit, e.a. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. Special report from the Netherlands. *New Engl J of Med* 1996;335(22):1699-705.
- 22 Wal van der Gerrit, Heide van der Agnes. *Medische besluitvorming aan het einde van het leven*. De Tijdstroom, Utrecht, 2003.
- 23 Onwuteaka-Philipsen BD, Gevers JKM, Heide van der A, et al. Evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag 2007, rapport programma evaluatie regelgeving, deel 23.
- 24 Regionale toetsingscommissie euthanasie. Jaarverslag 2008. www.toetsingscommissie.nl
- 25 Heide van der A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup HM, et al. Medische beslissing rond het levenseinde in Nederland na de inwerkingtreding van de Euthanasiewet; vierde landelijke onderzoek.
- 26 Marquet Richard L, Bartelds A, Visser GJ, Spreeuwenberg P and Peters L. Twenty-five years requests for euthanasia and physicians-assisted suicide in Dutch general practice. *BMJ* 2003;327:201-202.
- 27 Hasselaar J. *Medical and ethical aspects of palliative sedation practice in the Netherlands. From controversy to guideline and beyond*. Radboud University Nijmegen 2009, Dissertation.
- 28 Son van GE, Hoeken van D, Bartelds AIM, Furth van EF, Hoek HW. *Urbanisation and the incidence of eating disorders*. *Brit J Psychiatry* 2006;189:562-563
- 29 Son van Gabriëlle, Donker Gé, Hoek Hans Wijbrand. *Eetstoornissen: trend en samenhang met verstedelijking*. *Huisarts en Wetenschap* 2009;52(3):121

Bijlage 1: deelnemende artsen in 2009

Naam:	Plaats:	Provincie:
J. Mulder*	't Zand	Groningen
P.S. Wiersema*	Oostermeer	Friesland
W.J.M. Brunninkhuis	Drachten	Friesland
H.J. Dijkstra*	Bakhuizen	Friesland
H.D.W.A. van Gijsel/B. Barla/ Mw. M. Schellens/Mw. I. Hummelen Mw. C.A. Hoeksema-de Vries/S.A. van Dijk (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
Mw. F.B. van Heest*	Schoonoord	Drenthe
S.M. Handgraaf	Nieuw Weerdinge	Drenthe
J.H. Vaartjes	Emmen	Drenthe
J.F.E. Borm*	Albergen	Overijssel
Dr. R.A. de Groot/Mw. J.T. Bos/ Mw. E.J.A. Idema*	Oldemarkt	Overijssel
J. Rauws	Almelo	Overijssel
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
H. Rademaker	Barneveld	Gelderland
M.T.W. van der Velden	Dieren	Gelderland
J.H.M. van der Holst	Groenlo	Gelderland
L.B.P.M. Hendrikx*	Steenderen	Gelderland
R.J.M. Kimmenenaede	Zutphen	Gelderland
Mw. A. Schonewille (tot 01.07.2009) J.A. Nielen (vanaf 01.07.2009)	Emmeloord	Flevoland
Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian/Mw. M.G.C.L. Smit		
L.J.A.L. Kroft	Amersfoort	Utrecht
P.B. den Hertog	Utrecht	Utrecht
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb. -praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland

Bijlage 1: deelnemende artsen in 2009 (vervolg)

H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
Mw. A. Verdam-de Witte	Hilversum	Noord-Holland
Mw. M.H. Brooks	Hilversum	Noord-Holland
J.V.M. Noordeloos	Bloemendaal	Noord-Holland
A. Leemhuis	Castricum	Noord-Holland
A.M. van Meurs	Den Haag	Zuid-Holland
J.C.B.M. Rensing/Mw. A. Rensing-van Dijk (comb. -praktijk)	Den Haag	Zuid-Holland
C.M. Limburg	Rotterdam	Zuid-Holland
Mw.E. Sleeboom	Voorhout	Zuid-Holland
B.P. Ponsioen (tot 01.09.2009)	Brielle	Zuid-Holland
Mw. D. Nijman*	Nieuwveen	Zuid-Holland
W.H. van der Linden/Mw. E.A.A. van Rosmalen*)	Leimuiden	Zuid-Holland
Mw. M. Heijmans/K. van de Bent/K. Jonker/ C. Douma	Den Haag	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.B.A. Crama	Vlissingen	Zeeland
M.G.A.M. de Gouw	Rosmalen	Noord-Brabant
W.L.M. Rijnders/J.A.M. Disseldorp (comb.-praktijk)	Etten-Leur	Noord-Brabant
J.J.J. Meulenberg/J.D.M. Schelfhout	Eindhoven	Noord-Brabant
R.J.P. de Gardeyn	Sleeuwijk	Noord-Brabant
M.J.F.M. Klaassen*	Oirsbeek	Limburg
P.H.M. Vaissier	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2010 (alfabetisch)

abortus	1982-1983
abortus provocatus	1971-1979
abortus (verzoek om)	1970-1975
acute respiratoire aandoening	2001-2004
aids (angst voor)	1988-2007
alcoholisme	1975
antihypertensivum en/of diureticum voorgeschreven	1976
brandwonden	1988-1989
bije- of wespensteek	1992-1993
cerebrovasculair accident	1986-1987
cervixuitstrijkje	1976-1998
chronische benigne pijnstoornis	1995-1996
cosmetica allergie	2009-2010
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985 en 2000-2002
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1994 en 2000-2002
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthea e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1999
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-2010
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2010 (alfabetisch)(vervolg)

hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994
hepatitis	1994
herpes zoster	1997-2001
hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huisdierenbeten	1986
hulpmiddel	1999-2001
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2010
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2010
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
levenseindeonderzoek	2005-2010
lever-, galblaas- en pancreasziekte	1995-1997
maligniteiten	1984-1985
mammografie (poli)klinisch	1988-2000
mazelen	1975-1979
mazelen/bof	1990
milieu gerelateerde gezondheidsklacht	2003
mononucleosis infectiosa	1977-1979 en 1991
morning-after pil voorgeschreven	1972-1991
neuraminidaseremmer voorgeschreven	2003-2004
oestrogenen voorschrift	1994-1998
ongevallen	1971
ongevallen in de privésfeer	1981-1983
ongewenste zwangerschap	2003-2010
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
PID (pelvic inflammatory disease)	1994-1998
pneumonie	2007-2010
prostaatlijden	1997-2002
psoriasis	1976-1977

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2010 (alfabetisch) (vervolg)

psychiatrische patiënt	
- ontslagen	1986-1988
- opname	1988
rohypnol voorgeschreven	1987-1988
rookverslaving (consult)	1974 en 2003-2006
rubella (-achtig ziektebeeld)	1971
seksuele problematiek en seksueel geweld	2003-2008
SOA	2008-2010
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2010
schedeltrauma in het verkeer	1975-1977
sportletsels	1979-1983 en 1992 2005-2007
sterilisatie bij de man verricht	1972-1999
sterilisatie bij de vrouw verricht	1974-1999
tonsillectomie of adenotomie	1971
tranquillizer voorgeschreven	1972-1974
ulcus pepticum (eerste maal/recidief)	1985-1986
ulcus ventriculi/duodeni	1975
urethritis bij man	1992-2007
urinewegsinfectie (geneesmiddel voorgeschreven)	1977
urinewegsinfectie	2003-2004 en 2009-2010
verwijzingen naar specialist	1984
verwijzingen voor logopedie	1988-1989
verwijzing/machtiging fysiotherapie	1985
verwijzing psycho-sociale problematiek	1986-1987
vermoeden op bijwerking cosmetica	1992-1993
waterpokken	2000-2010
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000-2001
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

Bijlage 3: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken

Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2010 (alfabetisch)

acute intoxicatie in de arbeidssituatie	1994-1995
agressie tegen huisarts en assistente	1997-2000
alternatieve geneeswijzen (registratie haalbaar?)	1980
antibiotica resistentie stafylococcus aureus in de huisartspraktijk	2005-2006
anorexia nervosa en boulimie	1985-1989 en 1995-2010
diabetes mellitus	2000 en 2007-2010
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2010
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multipla sclerose	1977-1982
niet pluis gevoel	2010
palliatieve sedatie	2005-2010
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

Bijlage 4: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2009 (CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	477	455	932
5-9	517	494	1.011
10-14	502	479	981
15-19	516	494	1.010
20-24	504	492	996
25-29	498	494	992
30-34	505	504	1.009
35-39	621	616	1.237
40-44	656	640	1.296
45-49	641	631	1.272
50-54	581	576	1.158
55-59	544	537	1.081
60-64	522	518	1.040
65-69	368	379	747
70-74	283	320	603
75-79	211	279	490
80-84	129	217	346
>85	81	204	285
totaal	8.156	8.329	16.486

Bijlage 5: jaartabellen

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
 jaar 2009 week 1 t/m 53

alle peilstations leeftijdsgroep	populatie			Influenza		Pneumonie*			Water- pokken	Kink- hoest
	M	V	M+V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	
<1	622	604	1.226	604	17	18	17	90	0	
1-4	2.622	2.543	5.166	755	110	46	78	159	17	
5-9	3.785	3.422	7.207	391	39	31	35	21	7	
10-14	3.630	3.387	7.017	309	35	44	39	3	7	
15-19	3.638	3.569	7.207	296	38	21	29	0	7	
20-24	3.219	3.352	6.571	241	16	25	21	2	2	
25-29	3.060	3.264	6.324	240	10	16	13	2	0	
30-34	3.129	3.291	6.420	249	24	32	28	2	2	
35-39	3.904	4.177	8.081	234	44	48	46	4	0	
40-44	4.477	4.406	8.883	221	33	46	39	1	3	
45-49	4.445	4.519	8.964	196	45	47	46	0	1	
50-54	3.973	3.872	7.845	186	35	46	40	0	0	
55-59	3.635	3.722	7.357	213	58	62	60	0	1	
60-64	3.650	3.613	7.262	183	70	56	63	0	0	
65-69	2.594	2.787	5.381	191	75	73	74	0	0	
70-74	2.029	2.225	4.255	200	122	106	114	0	2	
75-79	1.497	1.972	3.469	196	122	92	105	0	0	
80-84	936	1.463	2.400	250	271	123	181	0	0	
>84	595	1.483	2.078	342	296	301	300	30	0	
Totaal	55.442	57.671	113.112	268	55	55	55	11	3	

* niet alle artsen deden mee aan deze registratie

Bijlage 5: jaartabellen

Continuë Morbiditeits Registratie Peilstations												
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations												
jaar 2009												
alle peilstations leeftijdsgroep	populatie			Gastro-enteritis geen fecesweek			week 1 t/m 53 Gastro-enteritis fecesweek			SOA*		
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
<1	622	604	1.226	515	348	432	16	17	16	0	0	0
1-4	2.622	2.543	5.166	278	256	267	31	32	31	0	0	0
5-9	3.785	3.422	7.207	82	88	85	8	3	6	0	0	0
10-14	3.630	3.387	7.017	102	47	76	6	0	3	0	15	7
15-19	3.638	3.569	7.207	33	64	49	0	3	1	57	137	97
20-24	3.219	3.352	6.571	34	72	53	9	15	12	148	217	183
25-29	3.060	3.264	6.324	29	61	46	13	15	14	144	169	157
30-34	3.129	3.291	6.420	58	70	64	0	12	6	70	102	87
35-39	3.904	4.177	8.081	38	31	35	13	10	11	67	65	66
40-44	4.477	4.406	8.883	27	57	42	7	5	6	54	28	41
45-49	4.445	4.519	8.964	38	33	36	5	4	5	40	35	37
50-54	3.973	3.872	7.845	25	31	28	3	5	4	19	14	16
55-59	3.635	3.722	7.357	33	48	41	3	19	11	12	23	17
60-64	3.650	3.613	7.262	41	30	36	6	3	4	18	0	9
65-69	2.594	2.787	5.381	46	83	65	12	18	15	0	4	2
70-74	2.029	2.225	4.255	25	45	35	20	14	17	10	14	12
75-79	1.497	1.972	3.469	87	61	72	0	5	3	7	5	6
80-84	936	1.463	2.400	118	68	88	0	0	0	0	0	0
>84	595	1.483	2.078	118	202	178	0	20	14	0	0	0
Totaal	55.442	57.671	113.112	64	70	67	8	10	9	40	50	45

* niet alle peilstations deden mee aan deze registratie

Bijlage 5: jaartabellen

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations												
jaar 2009												
alle peilstations leeftijdsgroep	populatie			Ongewenst. zwanger			Cosmetica allergie			week 1 t/m 53		
	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V
<1	622	604	1.226	0	0	0	0	16	16	16	0	0
1-4	2.622	2.543	5.166	0	19	12	16	31	177	103	0	0
5-9	3.785	3.422	7.207	0	5	15	10	24	158	87	0	0
10-14	3.630	3.387	7.017	3	8	15	11	6	115	58	1	4
15-19	3.638	3.569	7.207	42	6	39	22	17	334	223	1	1
20-24	3.219	3.352	6.571	57	25	45	35	9	400	209	3	5
25-29	3.060	3.264	6.324	55	10	34	22	3	328	171	3	6
30-34	3.129	3.291	6.420	27	6	30	19	38	322	184	0	3
35-39	3.904	4.177	8.081	34	8	24	16	23	247	139	3	5
40-44	4.477	4.406	8.883	27	7	20	14	42	297	169	6	5
45-49	4.445	4.519	8.964	2	7	33	20	36	286	162	12	3
50-54	3.973	3.872	7.845	0	13	28	20	53	261	156	30	5
55-59	3.635	3.722	7.357	0	11	24	18	47	328	189	25	4
60-64	3.650	3.613	7.262	0	16	33	25	134	388	260	36	6
65-69	2.594	2.787	5.381	0	23	29	26	177	506	348	66	0
70-74	2.029	2.225	4.255	0	10	40	26	168	795	496	134	2
75-79	1.497	1.972	3.469	0	20	10	14	281	1.078	729	177	6
80-84	936	1.463	2.400	0	43	21	29	651	998	863	294	8
>84	595	1.483	2.078	0	51	61	58	841	1.470	1.290	626	0
Totaal	55.442	57.671	113.112	15	12	28	20	73	392	236	40	4

* niet alle peilstations deden mee met deze registratie

Bijlage 5: jaartabellen

alle peilstations provinciegroep		Continue Morbiditeits Registratie Peilstations provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations jaar 2009									
		populatie			Influenza		week 1 t/m 53 Pneumonie*			Water- pokken	Kink- hoest
		M	V	M+V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	
GR+FR+DR	13.163	13.445	26.608	291	68	58	63	10	2		
OV+GLD+FLE	12.437	12.637	25.075	310	62	67	65	7	5		
UTR+NH+ZH	20.570	22.441	43.011	288	53	59	56	17	4		
ZLD+NB+LIM	9.271	9.148	18.418	132	29	23	26	4	1		
Totaal	55.442	57.671	113.112	268	55	55	55	11	3		

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

alle peilstations provinciegroep		Continue Morbiditeits Registratie Peilstations provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations jaar 2009										
		populatie			Gastro-enteritis geen fecesweek			week 1 t/m 53 Gastro-enteritis fecesweek			SOA*	
		M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V
GR+FR+DR	13.163	13.445	26.608	72	68	70	10	8	9	31	43	37
OV+GLD+FLE	12.437	12.637	25.075	43	62	53	2	8	5	17	28	22
UTR+NH+ZH	20.570	22.441	43.011	72	77	75	11	12	11	62	66	64
ZLD+NB+LIM	9.271	9.148	18.418	58	65	61	4	9	7	36	56	46
Totaal	55.442	57.671	113.112	64	70	67	8	10	9	40	50	45

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Bijlage 5: jaartabellen

alle peilstations provinciegroep	Continue Morbiditeits Registratie Peilstations provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations											
	jaar 2009			week 1 t/m 53								
	populatie			Ongewenst zwanger	Cosmetica allergie			Urineweginfectie*			Levensende onderzoek*	Suicide
	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V
GR+FR+DR	13.163	13.445	26.608	10	11	24	17	106	466	288	42	3
OV+GLD+FLE	12.437	12.637	25.075	8	6	21	14	80	378	199	48	4
UTR+NH+ZH	20.570	22.441	43.011	26	14	32	23	51	335	254	37	4
ZLD+NB+LIM	9.271	9.148	18.418	9	17	33	25	67	444	236	29	3
Totaal	55.442	57.671	113.112	15	12	28	20	73	392	236	40	4

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

alle peilstations adressendichtheid	Continue Morbiditeits Registratie peilstations adressendichtheid naar incidentie alle peilstations									
	jaar 2009			week 1 t/m 53						
	populatie			Influenza		Pneumonie*			Water- pokken	Kink- hoest
	M	V	M+V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	
5	10.145	9.696	19.841	338	96	92	94	9	2	
4-3-2	33.369	34.954	68.323	241	39	42	40	10	4	
1	11.928	13.020	24.948	286	65	65	65	16	2	
Totaal	55.442	57.671	113.112	268	55	55	55	11	3	

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Bijlage 5: jaartabellen

alle peilstations adressendichtheid	Continue Morbiditeits Registratie peilstations adressendichtheid naar incidentie alle peilstations											
	jaar 2009			week 1 t/m 53						SOA*		
	populatie			Gastro-enteritis geen fecesweek			Gastro-enteritis fecesweek					
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
5	10.145	9.696	19.841	64	73	69	4	11	8	22	19	21
4-3-2	33.369	34.954	68.323	56	60	58	7	7	7	32	43	37
1	11.928	13.020	24.948	84	92	88	13	14	13	77	92	85
Totaal	55.442	57.671	113.112	64	70	67	8	10	9	40	50	45

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

alle peilstations adressendichtheid	Continue Morbiditeits Registratie Peilstations adressendichtheid naar incidentie alle peilstations											
	jaar 2009			week 1 t/m 53						Levens einde onderzoek*		
	populatie			Ongewenst zwanger	Cosmetica allergie			Urineweginfectie*				
	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V
5	10.145	9.696	19.841	8	2	13	8	64	339	199	46	3
4-3-2	33.369	34.954	68.323	9	9	22	15	84	428	260	34	3
1	11.928	13.020	24.948	38	30	55	43	42	334	190	50	6
Totaal	55.442	57.671	113.112	15	12	28	20	73	392	236	40	4

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek