



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2008

Mw. dr. G.A. Donker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 9789069059709

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

©2009 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 2008	13
4 Methoden algemeen	15
4.1 Praktijken	16
4.2 De praktijkpopulaties	18
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	21
4.4 De rubrieken en incidentele onderzoeken (bijlage 2, pagina 157)	25
4.5 Analyses	26
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	28
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	29
5 Influenza (achtige ziektebeelden)	31
6 Pneumonie	43
7 Waterpokken	49
8 Kinkhoest	57
9 Acute gastro-enteritis	65
10 SOA	81
11 Ongewenste zwangerschap	87

12 Seksuele problematiek en seksueel geweld	93
13 Levens einde onderzoek	101
14 Suïcide(poging)	109
15 Diabetes Mellitus	117
16 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)	121
17 Palliatieve Sedatie	129
18 Eetstoornissen	137
19 Algemene opmerkingen	145
20 Literatuurlijst	147
21 Voetnoten	151
Bijlage 1: deelnemende artsen in 2008	155
Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2009 (alfabetisch)	157
Bijlage 3: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken	160
Bijlage 4: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking	161
Bijlage 5: jaartabellen	162

Voorwoord

Voor de CMR-Peilstations werd het jaar 2008 vooral gekenmerkt door een voortzetten van de overgang naar elektronisch registreren van gegevens in de peilstationspraktijken. Aan het eind van 2008 worden geen papieren weekstaten meer aangeleverd. De overgang naar elektronisch registreren levert bij de verwerking een efficiencyslag op. Dit jaarrapport is gebaseerd op een combinatie van gegevens uit de papieren registratie en elektronisch verzamelde gegevens via de z.g. peilstations-softwaremodule.

Inhoudelijk gezien is het starten van de registratie van '(angst voor) seksueel overdraagbare aandoeningen en/of AIDS' van belang. Deze rubriek werd gestart in samenwerking met het RIVM en vervangt de bestaande rubrieken 'urethritis bij mannen' en 'angst voor AIDS'. De eerste resultaten worden in dit jaarrapport beschreven en laten, zoals verwacht, de hoogste incidentie in de grote steden zien.

In samenwerking met het VU Medisch Centrum Amsterdam namen peilstationspraktijken op vrijwillige basis deel aan een onderzoek naar de effecten van ketenzorg bij diabetes mellitus. Voor dit onderzoek vullen ook diabetespatiënten vragenlijsten in en houden zij gedurende drie maanden een kostendagboek bij. Zeventien peilstations dienen als controlegroep voor het meten van deze effecten. De eerste resultaten van deze studie worden in dit jaarrapport beschreven en laten een goede respons van de diabetespatiënten op de vragenlijsten en het kostendagboek zien.

De follow-up studie bij patiënten met eetstoornissen werd voortgezet en leverde Nederlands- en Engelstalige publicaties op. De resultaten van deze studie in de peilstationspraktijken suggereren dat een vroege diagnose een betere prognose oplevert.

De influenza epidemie van het afgelopen seizoen (2008/2009) begon vlak na de jaarwisseling. De epidemie piekte eind januari 2009 en de piek was hoger dan in de voorgaande drie seizoenen. De epidemie duurde zeven weken en het hele seizoen circuleerden vooral influenza A-virussen. Op het eind van het seizoen was de verdeling tussen A- en B-influenzavirussen ongeveer fifty-fifty. De virusstammen weken weinig af van de vaccinstammen, zodat de vaccinatie waarschijnlijk goede bescherming bood. De vorige jaar gevonden resistentie van het influenzavirus A(H1N1) tegen neuraminidaseremmers speelde afgelopen seizoen geen rol, omdat er vooral influenzavirus A(H3N2) circuleerde. Het in het vorige seizoen gestarte onderzoek naar het verschil in klinisch beeld tussen infecties met neuraminidaseremmer-resistente en niet-resistente influenza A(H1N1) stammen werd afgerond en liet geen verschil in symptomen zien, zowel in Europees verband als in Nederland.

Het venijn zat in de staart. Eind april 2009 werd in Mexico een nieuwe griepvariant influenza A(H1N1) ontdekt, waarmee ten tijde van het schrijven van dit voorwoord drie personen in Nederland geïnfecteerd blijken te zijn, allen reizigers uit Mexico. Omdat er onduidelijkheid is over de virulentie en besmettelijkheid van deze virusvariant is reeds het vermoeden ervan aangifteplichtig gemaakt en verloopt monsterafname, contactopsporing (waaronder medereizigers) en behandeling via de GGD. Voor de peilstations betekende dit dat de intensieve surveillance en bemonstering dit seizoen langer werd voortgezet dan normaal. De medewerking van de huisartsen aan het intensief blijven bemonsteren werd door de autoriteiten als erg positief ervaren en laat zien dat de CMR-Peilstations een belangrijke bijdrage leveren aan de surveillance van influenza, ook als de kans op een pandemie toeneemt.

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

1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode 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 is rekening gehouden met een geografische spreiding en met de spreiding naar omgevingsadressendichtheid.(zie pagina.15 -18).

Door de deelnemende huisartsen, de Peilstationartsen, worden wekelijks gegevens aangeleverd met betrekking tot bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen in de huisartspraktijk. In 2008 leveren de meeste praktijken deze gegevens aan middels ICPC gecodeerde elektronische registratie.

Jaarlijks vindt een update plaats van de samenstelling van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 26).

Elk jaar worden de rubrieken, waarover gegevens verzameld worden door de begeleidingscommissie vastgesteld. Hierbij worden ook verzoeken of suggesties van anderen in overweging genomen. Wordt een nieuwe rubriek vastgesteld dan wordt bepaald wie de rubriekhouder is: de persoon 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. 157-160.

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 datacollectie 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 2008 aldus verzamelde gegevens. Het verschil met de andere rubrieken 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

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

Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS) is momenteel het project met de langste historie. In augustus 2008 wordt dit internationale samenwerkingsproject van onder meer alle EU-landen ondergebracht bij de European Centers of Disease 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 2008 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 J. van der Zee, voorzitter (NIVEL)
Projectleider:	Mw. dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog
Secretaresse:	Mw. M. Heshusius-van Valen

De begeleidingscommissie heeft in 2008 tweemaal vergaderd. In nauwe samenwerking met LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) waarin zowel het NIVEL als IQ healthcare, naast het LHV en NHG partners zijn is het volgende projectteam samengesteld:

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. 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)
UMC St Radboud te Nijmegen.

3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2008

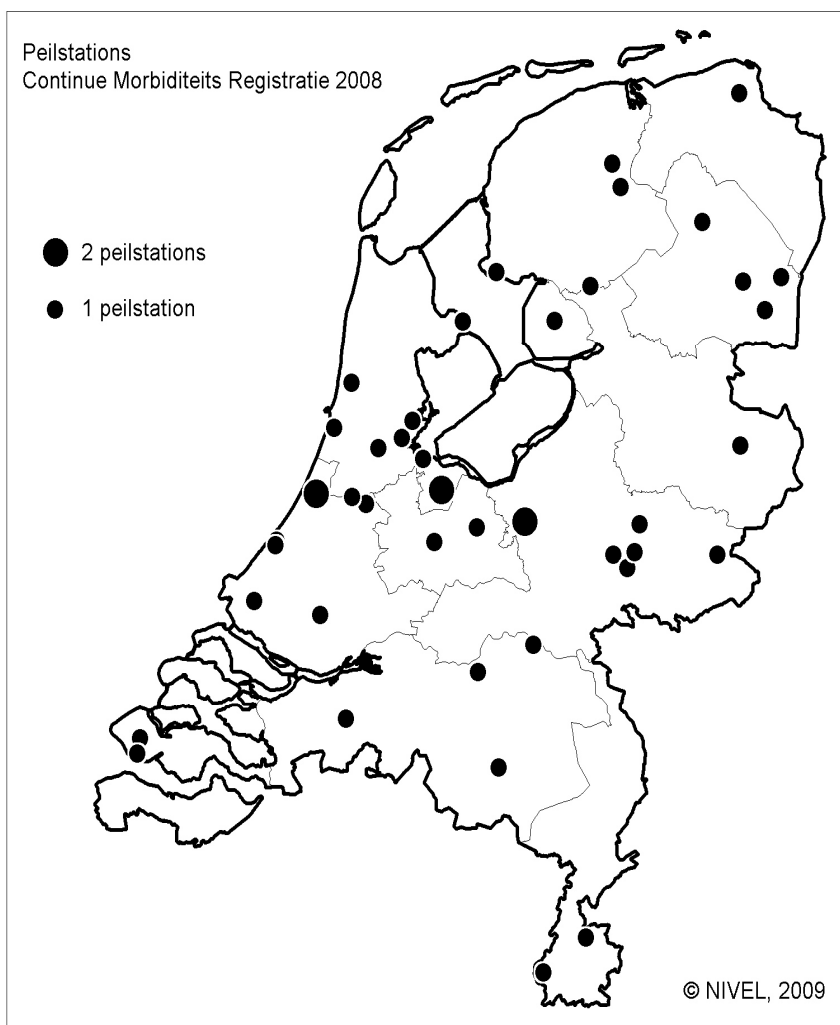
Contact tussen de registrerende artsen en hun medewerkers, de begeleidingscommissie, de rubriekhouders en de projectleiding is voor een registratieproject als de CMR-Peilstations van groot belang. Elk jaar, aan het begin van een nieuwe registratieperiode die loopt van 1 januari tot en met 31 december, wordt daartoe een bijeenkomst gehouden.

Het programma van de jaarvergadering zag er als volgt uit:

10.00 uur	Inschrijven en ontvangst met koffie.
10.15 uur – 10.20 uur	Opening door Prof. Dr. J. van der Zee.
10.20 uur – 10.40 uur	Elektronisch registreren in de praktijk aan de hand van casuïstiek. Gé Donker.
10.40 uur - 11.00 uur	Seksueel overdraagbare aandoeningen – Wat is er bekend? Toelichting nieuwe vragenlijst. Ingrid van den Broek en Jan van Bergen.
11.00 uur – 11.20 uur	Anorexia nervosa – Wat leert 13 jaar peilstationsregistratie ons? Gabriëlle van Son, psychologe.
11.20 uur – 11.40 uur	Koffie.
11.40 uur – 11.50 uur	Palliatieve sedatie.- Wat laat 2 jaar registratie van de peilstations zien? Gé Donker.
11.50 uur – 12.10 uur	Palliatieve sedatie – the state of the art – Ada Schonewille, huisarts.
12.10 uur – 12.30 uur	Pneumonie – veroorzakers en antibioticaresistentie in het eerste registratiejaar. Ellen Stobbering en Marianne van der Sande.
12.30 uur – 12.45 uur	Huishoudelijke zaken en rondvraag. Gé Donker.
12.45 uur	Koud en warm buffet.

4 Methoden algemeen

Figuur 4.1



Voor locatie peilstation zie blz. 155

4.1 Praktijken

In 2008 is het aantal peilstations 45. Het aantal huisartsen in de peilstation-praktijken is 61.

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

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

Bijlage 1 (pagina 155-156) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2008 aan het peilstationproject hebben deelgenomen. In elf peilstations bestaat een samenwerkingsverband tussen twee of meer huisartsen, te weten negen maal tussen twee artsen. Een maal tussen drie artsen en een maal tussen zes artsen. In januari 2008 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 79.7%; bij de peilstationartsen 44.1%. Er is in de peilstationsregistratie dus een oververtegenwoordiging van solistisch werkende artsen. Er zijn elf apotheekhoudende peilstationartsen acht op het platteland en drie op het verstedelijkt platteland/kleine stad, dat is 18% 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 1999-2008.

Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1999-2008³

	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.
1999	12	6	17	12	24	16	14	9
2000	13	6	17	12	27	21	12	8
2001	13	6	15	10	23	19	14	10
2002	13	6	15	10	23	18	14	10
2003	11	5	14	9	24	18	14	10
2004	12	5	7	6	23	17	14	10
2005	12	5	12	11	28	24	13	9
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

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations naar adressendichtheid in de jaren 1999-2008

	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.
1999	10	7	47	29	10	7	67	43
2000	10	7	46	29	13	11	69	47
2001	10	7	43	27	13	11	66	45
2002	10	7	43	27	12	10	65	44
2003	8	5	44	28	11	9	63	42
2004	6	4	39	25	11	9	56	38
2005	11	9	43	31	11	9	65	49
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

4.2 De praktijkpopulaties

De praktijkpopulaties zijn in 2008 geteld; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2008 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 het zuiden des lands ondervertegenwoordigd is. De peilstationpopulatie beslaat nu 0.8% van de Nederlandse bevolking. Met de werving van nieuwe praktijken wordt hier rekening mee gehouden.

De Nederlandse bevolking nam in 2007 met 47.407 toe tot 16.405.399 per 1-1-2008 (www.cbs.nl).

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2008

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
provinciegroep:			
N	1.704.783	27.365	(1,6)
O	3.482.551	26.837	(0,8)
W	7.288.948	52.878	(0,7)
Z	3.929.117	26.101	(0,7)
geslacht:			
mannen	8.112.073	65.565	(0,8)
vrouwen	8.293.326	67.616	(0,8)
totaal (1-1-2008)	16.405.399	133.181	(0,8)

* Praktijktelling 2008.

** 1-1-2008 Centraal Bureau voor de Statistiek.

De totale praktijkpopulatie van alle peilstations gezamenlijk is met ingang van 2008 133.181 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 2008

	provinciegroep								Nederland	
	N		O		W		Z		m	v
	m	v	m	v	m	v	m	v		
0-4	1.7	1.6	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.8
5-9	1.7	1.7	0.9	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7	0.9	0.8
10-14	1.7	1.7	0.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.9	0.8
15-19	1.7	1.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.6	0.8	0.9
20-24	1.4	1.5	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8
25-29	1.5	1.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
30-34	1.5	1.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
35-39	1.6	1.7	0.8	0.8	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
40-44	1.8	1.7	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.8
45-49	1.8	1.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
50-54	1.6	1.5	0.7	0.7	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
55-59	1.5	1.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
60-64	1.6	1.6	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.6	0.8	0.8
65-69	1.6	1.6	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	0.7	0.7	0.7	0.8	0.9
75-79	1.4	1.4	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8
80-84	1.6	1.4	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8
>84	1.1	1.3	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.7	0.8	0.8
totaal	1.6	1.6	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	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 omvang en de continuïteit van het rapporteren te volgen. In het algemeen geven de peilstationartsen door of laten zij doorgeven wanneer zij niet kunnen rapporteren (vakantie, persoonlijke omstandigheden). 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 2008 bedroeg het 10.450 dat is 52 weken x 5 dagen x 37 peilstations, 8 peilstations hebben respectievelijk 23, 22, 30, 19, 33, 20, 16 en 3 weken geregistreerd. De laatste groep betreft nieuwe elektronisch rapporterende artsen.

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

Tabel 4.5 Maximum en feitelijk aantal rapportagedagen per jaar (1999-2008)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1999	11.180	9.500	85.0%
2000	12.220	10.217	83.5%
2001	11.700	9.455	80.8%
2002	11.440	8.948	78.2%
2003	10.920	8.445	77.3%
2004	10.070	7.983	79.3%
2005	12.740	10.011	78.6%
2006	10.465	7.905	75.5%
2007	10.860	9.205	84.8%
2008	10.450	9.087	87.0%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2008 hoger dan in voorgaande jaren.

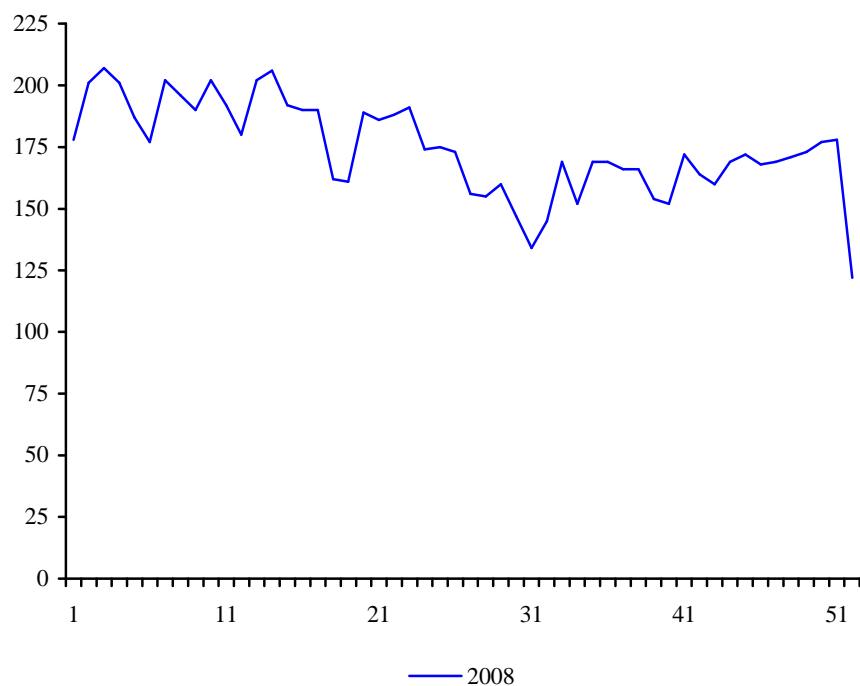
Een uitsplitsing naar provinciegroep en adressendichtheid is in het volgende staatje te zien.

Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en adressendichtheid 2008

provinciegroep		adressendichtheid	
N	93%	1	91%
O	89%	2	86%
W	81%	3	86%
Z	90%		

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 225).

Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2008 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 2008 per peilstation is 31, dat is minder dan in 2007 (37).

Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 35 en 16 dagen. Dit is in overeenstemming met 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 (1999-2008)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0	3	3	3	3	2	2	1	2	3	8
1-9	4	4	1	1	1	-	-	1	8	3
10-19	1	1	2	1	1	-	1	1	6	15
20-29	3	1	1	-	2	3	4	3	5	4
30-39	10	4	3	7	5	3	7	4	5	2
40-49	14	16	14	12	12	9	12	8	6	4
50-59	3	11	7	8	7	15	11	8	5	1
60-69	1	2	5	2	3	2	4	7	2	2
70-79	-	4	3	1	1	-	2	-	1	2
80-89	1	1	3	2	-	1	2	1	-	1
90-99	1	-	2	-	-	-	1	1	2	1
>99	2	2	1	7	8	3	4	6	2	2
totaal aantal peilstations	43	47	45	44	42	38	49	42	45	45
gemiddelde	39	43	49	56	59	55	56	61	37	31
mediaan	40	46	48	48	48	52	49	66	31	17

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 2008 in 20 % van de peilstations voor, in 2006 is dat 18%. 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 (bijlage 2, pagina 157)

De volgende rubrieken werden in 2008 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 Suïcide(pogingen) (1979);
- 6 SOA (2008);
- 7 Gastro-enteritis (1996);
- 8 Ongewenste zwangerschap (2003);
- 9 Seksuele problematiek en seksueel geweld (2003);
- 10 Kinkhoest (1998);

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

Daarnaast werden de volgende incidentele onderzoeken in 2008 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 157-160); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

4.5 Analyses

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie van onderwerpen in 2008. De gegevens werden op het Nivel verwerkt.

Er worden als routine voor elk onderwerp drie tabellen geproduceerd:

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

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

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

Een frequentie die gebaseerd is op minder dan 5 meldingen is tussen haakjes geplaatst. Wanneer het gaat om de frequentie van nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde periode dan spreekt men in de epidemiologie van incidentie; betreft het daarentegen alle aanwezige gevallen van die ziekte in een bepaalde periode of op een bepaald moment, dan duidt men dit aan met prevalentie. Men kent ook hierbij een absolute en een relatieve incidentie of prevalentie. In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie 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 161) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2008 gegeven.

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

De gegevens van de artsen die 0, 1 of 2 dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt, dat wil zeggen dat zowel de gemelde gevallen in de "teller" als de praktijkpopulatie in de "noemer" niet wordt meegeteld. De

gegevens van de praktijken waar over meer dan 2 dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Hierbij wordt geen correctiefactor toegepast. Omdat bij navraag bij de artsen bleek dat bij afwezigheid van 1 of 2 dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvindt.

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

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

De volgende jaartabellen zijn ingesloten (pagina 162-168).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2008, week 01 t/m 52, blad 1-3.⁴
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2008, week 01 t/m 52, blad 1-3.⁴
- 3 Adressendichtheid naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2008, week 01 t/m 52, 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 18-21), 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 2008 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, 1999-2008 (C.B.S.)*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1999	7.793	7.967	15.760
2000	7.846	8.018	15.864
2001	7.910	8.077	15.987
2002	7.972	8.133	16.105
2003	8.016	8.177	16.193
2004	8.046	8.212	16.258
2005	8.066	8.240	16.306
2006	8.077	8.257	16.334
2007	8.089	8.269	16.358
2008	8.112	8.293	16.405

* 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 133.181 patiënten een frequentie van 1 per 10.000 patiënten gevonden wordt (1^e kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,46 – 1,54 per 10.000 (2^e kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 1641 (3^e kolom) en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen 760 en 2522. 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	0.46 – 1.54	1641	760 – 2.522
10	8.30 – 11.70	16405	13.620 – 1.910
100	94.66 – 105.34	164050	155.283 – 172.817
1000	983.89 – 1016.11	1640500	1.614.068 – 1.666.932

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

5 Influenza (achtige ziektebeelden)

Rubriekhouder: Nationaal Influenza Centrum (1970-2008)

Inleiding

Influenza is een belangrijk volksgezondheidsprobleem.

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

Elk jaar komt influenza voor in de wereld en ook in Nederland. Het 'influenzaseizoen' loopt van week 40 tot week 20 van het jaar erop. In de zogenaamde interpandemische situatie komt een influenza epidemie op het noordelijk halfrond eigenlijk alleen voor in de winter. Een pandemie komt ook buiten dit seizoen voor, maar dit fenomeen deed zich niet voor sinds het starten van deze rubriek in de peilstations (1970). Sinds het begin van de registratie van influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) zijn de influenza epidemieën begonnen tussen medio november en begin maart.

De historie van goed beschreven uitbraken van respiratoire infecties gaat terug tot de jaren 1173-1174. Het in die winter beschreven optreden van luchtweg infecties wordt beschouwd als een goede beschrijving van een influenza epidemie. Sinds het einde van de 12^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 nader onderzoek. Zo ook in Nederland.

Methode

De peilstationarts registreert de patiënten die haar raadplegen met een acute luchtweg infectie, IAZ genoemd, dat moet voldoen aan een aantal criteria: de criteria van Pel.⁶ Van de patiënt wordt tevens de leeftijd gerapporteerd. De arts wordt daarnaast gevraagd bij 2 patiënten per week van week 40 tot en met week 20 in het jaar daarop 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. Buiten het griepseizoen (week 20-40) wordt in overeenstemming met internationale aanbevelingen gevraagd alle isolaten van patiënten, die zich presenteren met IAZ in de huisartspraktijk, in te sturen. Dit om een eventuele pandemie tijdig in kaart te brengen.

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

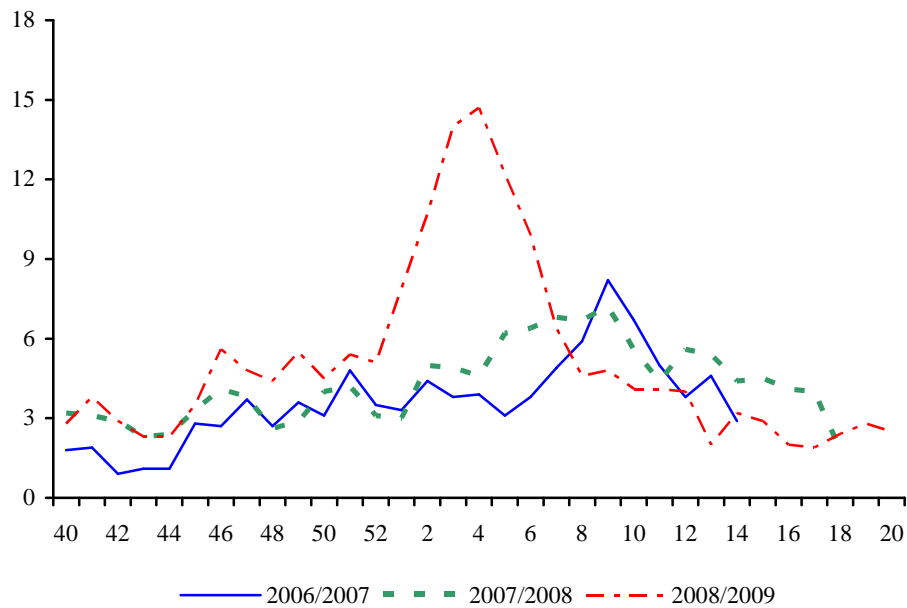
Resultaten

De baseline werd in het seizoen 2008/2009 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 basisniveau 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. Het griepseizoen 2008/2009 kent tot de Kerst een rustig beloop, stijgt vervolgens en breekt in de eerste week van het nieuwe jaar door tot een epidemie. Vanaf week 50 werd er wekelijks influenzavirus (aanvankelijk vooral type A(H3N2)) in de monsters aangetoond. Vanaf week 1 tot en met week 7 was de incidentie ruim boven de 5.1 per 10.000. In week 8 was de incidentie weer terug op het basisniveau. De piek werd bereikt in week 4 met een incidentie van 14.7 per 10.000 inwoners; een hogere piek dan in het voorgaande jaar (7.2 per 10.000 inwoners). Tijdens het hele seizoen werd vooral influenzavirus A/H3N2 gedetecteerd. Daarnaast werd vooral in de tweede helft van de epidemie influenzavirus B gevonden in de peilstation-monsters. Er waren geen opvallende regionale verschillen in influenza-activiteit. De hoogste incidentie werd dit seizoen gemeten in het zuiden des lands in week 5 (19,3 per 10.000 inwoners). De incidentie was net als in voorgaande seizoenen wat hoger in de plattelandspraktijken, mogelijk omdat deze vaker apotheekhoudend zijn en er een wat completer beeld van het aantal patiënten met IAZ ontstaat door de daar verstrekte zelfzorgmedicatie.

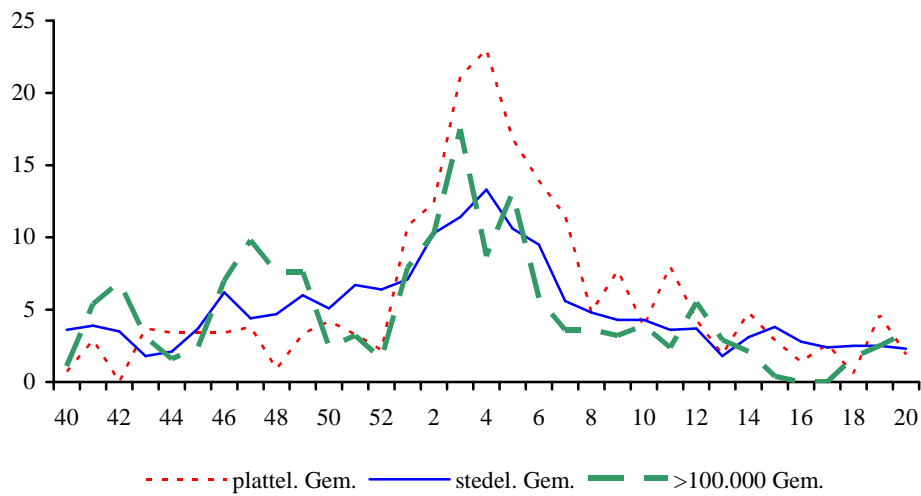
Onverwacht dook vanaf eind april een nieuwe influenzavariant A(H1N1)v op, aanvankelijk geïmporteerd vanuit Mexico, later ook vanuit de Verenigde

Staten en daarna vanuit andere landen. In Nederland verliep de verspreiding aanvankelijk traag en leek contactopsporing en thuis isoleren van nieuwe patiënten effectief in het beheersen van verspreiding. De nieuwe influenzavirusvariant bleek sensitief voor neuraminidaseremmers inclusief oseltamivir. 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. Reeds de verdenking van deze vorm van influenza is aangifteplichtig bij de GGD, die monsterafname, behandeling en contactopsporing in eerste instantie voor haar rekening neemt. Tot en met eind juni zijn er nog geen patiënten met deze vorm van influenza in de peilstationspraktijken gevonden. Vaccins tegen de nieuwe influenzavirusvariant moeten nog ontwikkeld worden. Eind juni werd besloten om het eerstvolgende griepseizoen de griep surveillance uit te breiden met huisartspraktijken behorend tot het “Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg” (LINH). Een fijnmaziger netwerk van huisartspraktijken zou het mogelijk moeten maken bij een eventueel heftige epidemie komend seizoen zo nodig twee maal per week te rapporteren.

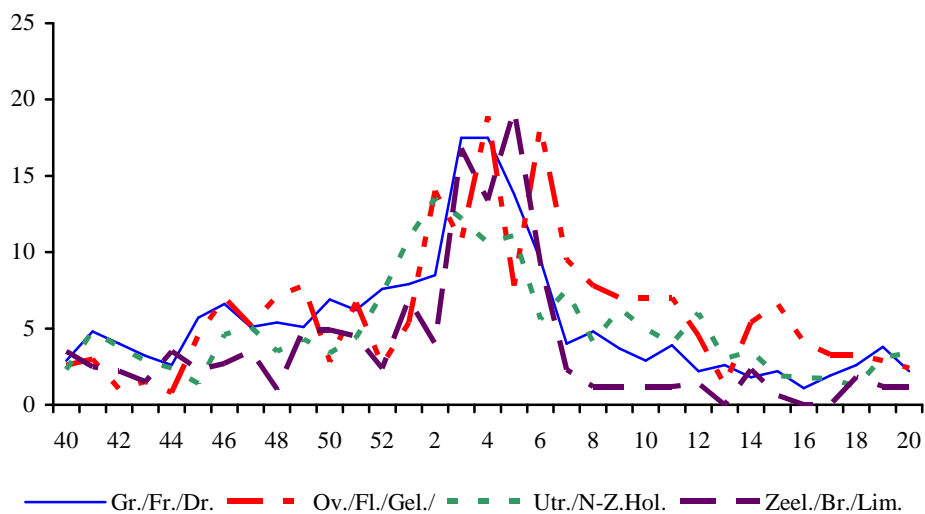
Figuur 5.1 Aantal patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2006/2007, 2007/2008 en 2008/2009



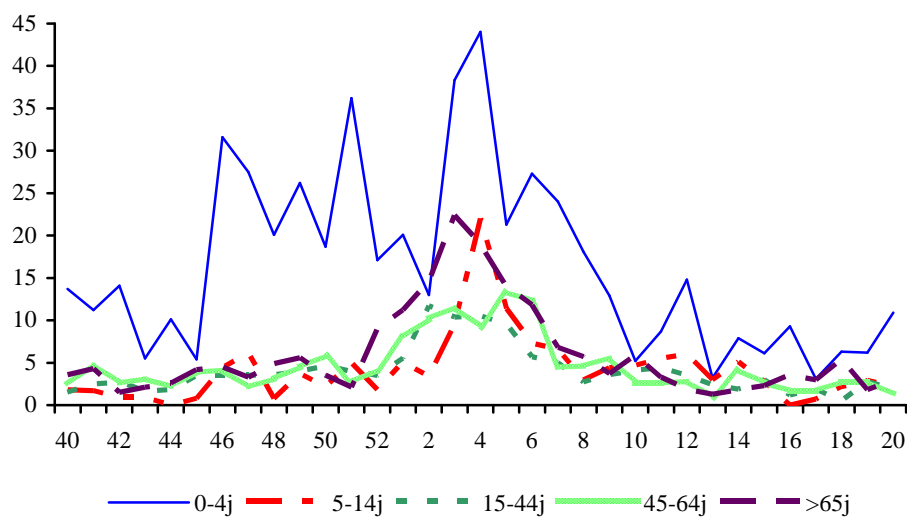
Figuur 5.2 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, en naar mate van adressendichtheid in 2008/2009



Figuur 5.3 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2008/2009



Figuur 5.4 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 per leeftijdsgroep, seizoen 2008-2009



Tabel 5.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1999-2009

jaar	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
totaal kalender											
jaar	254	197	113	157	122	71	208	190	134	131	168
hoogste week-											
incidentie per		32	7	13	7	15	26	14	8	7	15
'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***
influenza achtige aandoeningen		
1999	254	400.000
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

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

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

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

Discussie

Het seizoen 2008/2009 laat iets heftiger epidemie zien dan de voorgaande 2 seizoenen. De epidemie houdt zeven weken aan. De activiteit komt vanaf Kerst op gang en zet begin januari echt door. De piek wordt bereikt in week

4: 14.7 per 10.000 inwoners namen in die week contact op met hun huisarts. Daarna nam de activiteit heel geleidelijk af. In week 8 was het basisniveau weer bereikt.

Het hele seizoen domineert het influenzavirus A/H3N2. De stammen wijken aanvankelijk weinig af van de vaccinstammen, doch in de loop van de epidemie wat meer, zodat het griepvaccin voor het komende seizoen weer wordt aangepast.

Het opkomen van het nieuwe influenzavirus A(H1N1)v en daardoor veroorzaakte pandemie heeft in Nederland bij het schrijven van dit rapport nog slechts tot ruim 100 ziektegevallen geleid, direct of indirect gerelateerd aan reizen. Tot en met eind juni 2009 is er in de peilstations surveillance nog geen patiënt gevonden met deze vorm van griep. Om voor het komende seizoen maximaal voorbereid te zijn op een heftige griepepidemie worden veel voorzorgsmaatregelen getroffen waaronder het uitbreiden van de griepsurveillance door peilstations met vergelijkbare surveillance in LINH-praktijken. Aan vaccins tegen het nieuwe virus wordt nog gewerkt.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

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

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 2008;page:1of7

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*. Ned Tijdschr Geneesk 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*. Ned Tijdschr Geneesk 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*. Ned Tijdschr Geneesk 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. Ned Tijdschr Geneesk 2005;148(40):1984-88

Rimmelzwaan GF, Jong de JC, Bartelds AIM, Wilbrink B, Fouchier RAM, Osterhaus ADME.
Het influenzaseizoen 2003/'04 in Nederland met een beperkte epidemie door de virusvariant A/Julian en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2004/'05. Ned Tijdschr Geneesk 2004;148(40)

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

6 Pneumonie

Rubriekhouder: Mw. dr. E. E. Stobberingh, SWAB (2007-2008)

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 het patroon van 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 opstellen 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 de 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 een uitslag van de bacteriologie tegemoet zien. Indien influenza (achtige ziekte) de oorzaak is van pneumonie, wordt dat ook elektronisch gemeld en vindt tevens de gebruikelijke virologische diagnostiek plaats. De uitslagen van de virologische diagnostiek (PCR) komen na ongeveer een week. Over de uitkomsten van het bacteriologisch onderzoek zal separaat gerapporteerd worden.

Peilstations, die geen enkele keer pneumonie gerapporteerd hadden werden niet meegenomen in de analyses voor 2007 en 2008, 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 59 per 10.000 iets hoger dan vorig

jaar en is het hoogst op het platteland. De resultaten hebben betrekking op 35 rapporterende peilstations.

Tabel 6.1 Aantal patiënten met pneumonie per 10.000 inwoners per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, 2007-2008

	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

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 2007 en 2008 lag de piek in dezelfde periode als de griepepidemie (tabel 6.2).

Tabel 6.2 Aantal patiënten met pneumonie per 10.000 inwoners per kwartaal, 2007-2008

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

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 349 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, 2007-2008

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

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

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

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

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

Discussie

De registratie van pneumonie laat een duidelijke seizoenstrend zien met de hoogste incidentie in het eerste trimester (winter), waarin ook de griep epidemie valt. Er is alleen op hoge leeftijd een hogere incidentie bij mannen dan bij vrouwen, mogelijk mede als gevolg van een hogere comorbiditeit 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 2009 voortgezet.

7 Waterpokken

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2000-2008)

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 voorsnog niet toegevoegd is aan het Rijksvaccinatieprogramma.

Methode

In 2001-2007 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, 2000-2008

	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

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 2008 is de incidentie lager dan in de voorgaande twee jaren. 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, 2000-2008

	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

Waterpokken is in het eerste half jaar van 2008 meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in de voorgaande jaren 2000-2007.

Leeftijdsverdeling

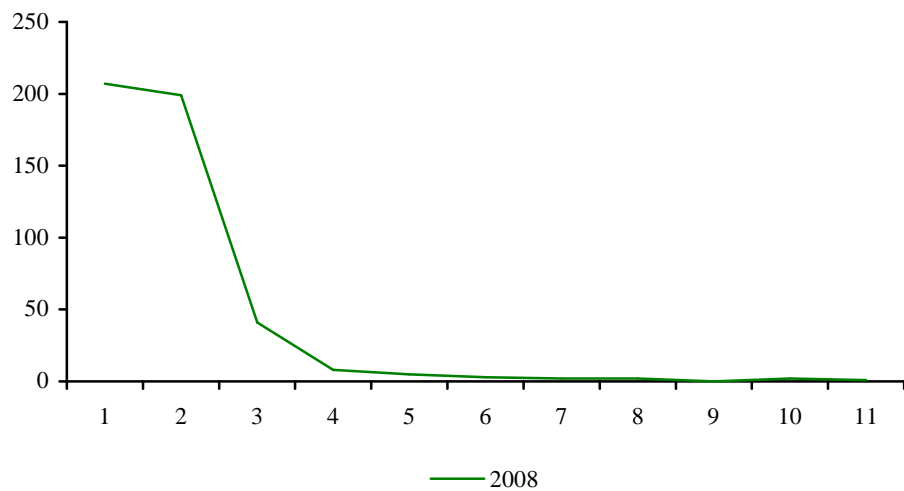
Het voorkomen van waterpokken in Nederland per 10.000 per leeftijdsgroep wordt vermeld in tabel 7.3.

Tabel 7.3 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2000-2008

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

Waterpokken komt vooral voor bij de jongste leeftijdsgroepen onder 10 jaar en is in 2008 bij elk van die leeftijdsgroepen aanzienlijk lager dan in het voorgaande jaar. Boven de leeftijd van 50 jaar komt waterpokken sporadisch voor, in 2008 één keer.

Figuur 7.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2008



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

Extrapolatie

Tabel 7.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal***
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

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

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

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

Discussie

Na epidemieën in 2002 en 2006 is in 2008 de incidentie weer lager dan in de voorgaande 2 jaren. 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 2009 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

Doker 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 (1998-2008)

Inleiding

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

Kinkhoest kan zeer ernstige complicaties geven zoals hersenbeschadigingen en convulsies, atelectase van de long, pneumothorax en longemfyseem. De mortaliteit van kinkhoest is hoog, vooral bij zuigelingen jonger dan 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 niveaus 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.

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 optimale laboratoriumdiagnostiek van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding).

Bij deze omschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen klinische kinkhoest zonder bevestiging door het laboratorium en met laboratoriumonderzoek bevestigde symptomatische (al dan niet typische) *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie. 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 2008 werden 50 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 5.

Deze incidentie is vergelijkbaar met 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, 1999-2008

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z*	1	2*	3	
1999	3	5	11	8	5	8	7	7
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

* In de jaren 1998 tot en met 2002 werd 1 peilstation in het zuiden des lands niet meegeteld, omdat dit peilstation als een outlier beschouwd moest worden in de registratie van kinkhoest met extreem veel gevallen.

In het zuiden van het land en op het platteland was de incidentie in 2007 en 2008 het hoogst, doch dat is geen consistent beeld over alle registratiejaren.

Verdeling naar leeftijdsgroep

In tabel 8.2 worden het aantal patiënten met kinkhoest vermeld per 10.000 inwoners.

Tabel 8.2 Aantal patiënten met kinkhoest per 10.000 inwoners 1999-2008

leeftijdsgroep	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<1	(17)	54	29	5	(7)	(29)	(8)	(18)	(8)	9
1-4	46	46	99	21	14	35	30	17	17	8
5-9	36	38	15	20	11	33	18	(7)	10	9
10-14	27	9	19	10	(3)	23	10	10	17	24
15-19	7	(3)	9	(2)	(4)	10	(3)	(7)	14	6
20-24	(2)	-	-	(1)	-	(3)	-	-	(3)	2
25-29	7	(2)	(2)	(2)	(2)	-	-	-	0	3
30-34	(4)	(1)	4	(1)	(1)	6	5	(3)	(6)	2
35-39	7	(4)	6	(1)	(3)	6	4	(1)	(1)	4
40-44	5	(3)	(2)	(0)	-	-	(1)	-	(5)	6
45-49	5	(3)	6	-	(1)	(3)	6	-	6	1
50-54	(2)	(1)	0	(1)	(1)	(6)	(4)	-	0	1
55-59	(3)	(3)	(2)	-	-	(3)	(5)	-	(1)	4
60-64	(7)	(5)	(4)	(2)	(2)	-	(6)	-	(2)	2
65-69	(2)	0	-	-	-	(5)	-	-	0	0
>69	-	(2)	(1)	(1)	-	(0)	(2)	-	-	3

1 Alle peilstations, exclusief één peilstation in provinciegroep D

Kinkhoest komt in alle leeftijdsgroepen voor. De hoogste incidentie wordt gevonden in de leeftijdsgroep 0-19 jaar, in het jaar 2008 vooral de subgroep van 10-14 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		
1999***	10	11.000
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

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

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

*** minus de gegevens van één peilstation

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.

Op een aantal andere punten zijn de uitkomsten van de officiële aangifte van kinkhoest en van de registratie door huisartsen van kinkhoest in overeenstemming. Conform de aangiftecijfers is er ook in de peilstationscijfers elke 2 á 3 jaar een verheffing in de incidentie te zien hoewel deze verheffingen minder hoog zijn. Kinkhoest komt het hele jaar voor in alle leeftijdsgroepen. Volgens de huisartsenpeiling en in de aangiftecijfers 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 verschuift de piekincidentie geleidelijk naar de tienerleeftijd (10-14 jaar).

De rubriek is in 2009 gehandhaafd op de weekstaat.

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) (1996-2008)

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, 1999-2008

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
1999	m	26	111	67	53	52	65	95	67
2000		41	108	102	85	66	85	131	90
2001		76	98	78	122	102	90	95	93
2002		65	109	106	113	81	99	151	104
2003		111	127	103	104	121	103	117	109
2004		76	115	90	135	141	91	109	103
2005		73	125	90	101	131	82	117	96
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
1999	v	22	109	84	66	76	66	117	74
2000		46	104	97	106	77	90	112	92
2001		55	108	97	169	100	106	127	109
2002		58	108	113	110	70	95	135	98
2003		93	142	103	118	134	104	115	112
2004		61	102	98	107	136	82	97	94
2005		45	112	96	108	100	87	107	93
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

Tabel 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en vrouwen, 1999-2008 vervolg)

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1999 t	24	110	76	59	64	66	107	71
2000	44	105	99	96	71	87	121	91
2001	65	103	88	145	101	98	112	101
2002	58	109	113	110	76	97	143	101
2003	102	134	103	111	128	103	116	110
2004	68	109	94	121	138	86	103	98
2005	59	119	93	104	116	85	112	94
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

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 2008 komt net als in de voorgaande 2 jaren het hoogste aantal meldingen uit de zuidelijke regio. In 2008 is net als in het voorgaande jaar de incidentie in de oostelijke provinciegroep het laagst. De hoogste incidentie werd in 2008 gerapporteerd in de grote steden.

Leeftijdverdeling

In tabel 9.2 worden de gegevens over de door de huisarts gemelde gastro-enteritis patiënten naar leeftijdsgroep vermeld (zie figuur 9.1).

Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 mannen, 1999-2008

leeftijdsgroep (jaar)	mannen									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<1	319	628	765	733	490	811	855	657	560	778
1-4	259	302	365	464	440	359	297	510	348	409
5-9	110	164	164	181	166	145	185	171	117	126
10-14	82	93	81	92	156	96	82	108	56	62
15-19	57	71	94	68	85	72	85	67	45	45
20-24	69	68	85	76	103	88	93	107	59	65
25-29	54	86	43	105	97	91	81	106	43	62
30-34	60	69	68	83	97	90	63	102	47	62
35-39	32	75	71	71	65	67	63	84	61	76
40-44	48	87	69	67	52	66	42	63	36	49
45-49	28	70	50	47	61	60	46	87	62	39
50-54	49	35	52	58	58	79	53	68	66	34
55-59	39	37	50	49	51	68	55	68	79	51
60-64	45	55	92	30	82	45	71	62	45	68
65-69	65	37	44	76	62	81	62	88	65	72
70-74	31	48	83	85	85	48	72	73	116	59
75-79	36	75	47	78	53	120	62	88	198	104
80-84	27	81	58	58	110	167	158	143	170	147
>84	58	44	47	(53)	98	163	202	233	105	139

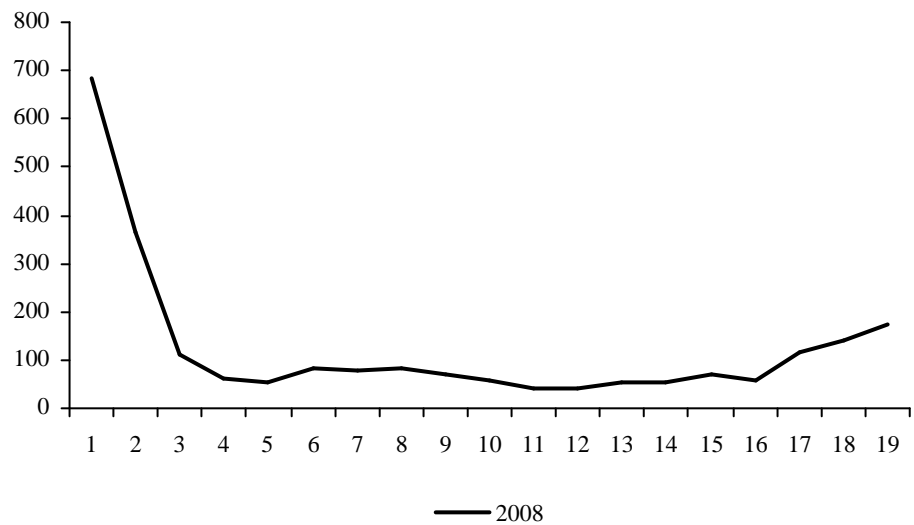
Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 vrouwen, 1999-2008 (vervolg)

leeftijdsgroep (jaar)	vrouwen									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<1	379	432	886	574	738	717	509	727	617	588
1-4	271	335	428	357	435	322	294	431	351	234
5-9	130	198	176	210	230	126	140	140	111	101
10-14	80	82	88	100	91	63	77	107	57	61
15-19	53	89	90	105	82	92	115	101	61	64
20-24	82	99	122	125	132	110	67	134	108	105
25-29	60	64	101	105	93	83	63	103	119	97
30-34	52	80	72	60	91	109	71	59	121	102
35-39	66	71	79	68	105	75	49	89	28	69
40-44	46	61	62	59	53	45	68	58	40	63
45-49	48	39	51	48	72	80	51	43	36	49
50-54	39	44	73	59	72	54	61	65	49	50
55-59	43	56	68	51	58	50	59	65	73	55
60-64	44	55	106	61	53	51	84	61	50	39
65-69	53	78	70	56	50	36	88	95	62	74
70-74	63	77	54	46	53	60	91	126	86	62
75-79	43	78	106	(10)	47	88	123	168	156	130
80-84	68	90	82	59	110	84	115	221	142	138
>84	94	102	76	99	75	82	103	142	171	188

Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 1999-2008 (vervolg)

leeftijdsgroep (jaar)	totaal									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<1	348	536	823	653	613	765	687	690	588	689
1-4	265	318	397	412	437	341	296	472	349	368
5-9	120	180	170	195	197	136	163	156	114	114
10-14	81	87	84	96	125	80	79	107	56	61
15-19	55	80	92	86	83	82	100	84	53	54
20-24	76	84	105	101	118	99	80	121	84	85
25-29	57	75	73	105	95	87	72	104	82	80
30-34	56	74	70	72	94	99	67	80	84	83
35-39	49	73	75	69	84	71	56	86	44	72
40-44	47	74	66	63	52	55	55	61	38	56
45-49	38	55	50	48	66	70	49	65	49	44
50-54	44	39	62	59	65	67	57	67	57	42
55-59	40	47	59	50	54	57	57	67	76	53
60-64	45	55	99	46	68	48	78	61	48	54
65-69	59	59	57	65	56	58	76	92	63	73
70-74	49	64	67	63	72	54	82	102	100	61
75-79	40	77	82	38	49	101	98	125	131	119
80-84	54	87	70	58	110	115	131	193	152	141
>84	84	85	67	86	81	104	131	166	152	174

Figuur 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 2008



leeftijdsgroepverdeling (jaren) – x-as

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

In de hele registratieperiode worden de meeste gevallen van acute gastro-enteritis vastgesteld bij de zuigelingen en de 1-4 jarigen. Sinds 2000 voor jongens en sinds 2001 voor meisjes was de incidentie duidelijk hoger dan in de voorgaande jaren. In 2008 was de incidentie ook bij de jongste leeftijdsgroepen (0-1 en 1-4 jaar) lager dan in het voorgaande jaar. In 2008 wordt net als in 2003-2007 ook een hogere incidentie gevonden voor personen boven de 75 jaar. Er is geen opvallend verschil in incidentie tussen mannen en vrouwen.

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 1999-2008

kwartaal	1: week 1-13	2: week 14-26	3: week 27-39	4: week 40-52
1999	19	15	20	16
2000	23	25	20	25
2001	30	23	27	20
2002	27	25	23	25
2003	40	23	28	18
2004	25	22	24	27
2005	30	19	24	21
2006	41	28	27	23
2007	25	24	18	22
2008	37	18	17	16

Net als in de meeste andere jaren werd in 2008 de hoogste incidentie gezien in het winterseizoen (eerste kwartaal). De incidentie liet in het eerste kwartaal een verdubbeling zien ten opzichte van de rest van het jaar.

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 2001-2008

	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

Het aantal aanvragen is in 2008 lager dan in de voorgaande jaren. In 2008 werd in de zuidelijke provinciegroep het meest en de oostelijke provinciegroep het minst frequent dit onderzoek aangevraagd. Door softwareproblemen is dit onderdeel niet in alle praktijken gedurende het hele jaar 2008 geregistreerd. De toegepaste correctie geeft mogelijk nog enige vertekening.

In 2004-2008 wordt faeces-onderzoek bij acute gastro enteritis het meest aangevraagd in de grote steden.

Leeftijdverdeling

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 2001-2008

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
>84	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 2001-2008(vervolg)

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

% = (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 2008 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 (>70 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						
1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500
2002	104	98	101	83.000	79.500	162.500
2003	109	112	110	87.500	91.500	179.000
2004	103	94	98	83.000	85.500	163.500
2005	96	93	94	77.400	76.600	153.300
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

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

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

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

Discussie

Sinds begin 2000 ligt het aantal meldingen van acute gastro enteritis duidelijk op een hoger niveau dan de jaren ervoor. In 2008 was de incidentie vergelijkbaar met het voorgaande jaar. 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 faecesonderzoek 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 2009 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd. De aanvullende vragenlijst bij aangevraagd faecesonderzoek is in 2003 gestopt. De gegevens over het aanvragen van faecesonderzoek door de huisartsen zoals tot 2003 geregistreerd en de uitkomsten van dit onderzoek zijn in 2006 gepubliceerd (Van den Brandhof et al. 2006).

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

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 SOA

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

Inleiding

Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn naast luchtweg-, maag-darm- en urineweginfecties de meest voorkomende infectieziekten in Nederland. Er zijn zo'n 20 verschillende verwekkers, die leiden tot uiteenlopende klachten. Chlamydia, gonorrhoe, syfilis, herpes, 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. Precieze cijfers hierover zijn niet bekend. Registratie in de CMR Peilstations Nederland kan om die reden een goede aanvulling op de nationale surveillance via de GGD geven. In overleg met het RIVM en Soa Aids Nederland worden 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 2008 gerapporteerd hebben werden in de analyses meegenomen.

Resultaten

De resultaten zijn gebaseerd op de gegevens van 34 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 (65 per 10.000) en in de grote steden (88 per 10.000).

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

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2008	35	38	65	50	20	46	88	49

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

leeftijdsgroep	2008		
	m	v	t
10-14	0	12	6
15-19	32	121	76
20-24	178	302	241
25-29	141	175	158
30-34	58	116	87
35-39	64	90	77
40-44	47	49	48
45-49	23	38	31
50-54	10	23	16
55-59	16	14	15
60-64	5	15	15
65-69	5	10	8
70-74	13	0	6
totaal	38	60	49

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

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

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

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

Discussie

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. De incidentiecijfers zijn vergelijkbaar met die van LINH.¹² De nieuwe rubriek SOA vervangt de voorgaande rubrieken urethritis bij mannen en angst voor AIDS.

De rubriek SOA wordt in 2009 voortgezet.

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

Vriend HJ, Donker GA, Bergen van JE, Sande van der MAB, Broek van den I. *Urethritis bij de man*. Ned Tijdschr Geneesk 2009; geaccepteerd voor publicatie.

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 Ongewenste zwangerschap

Rubriekhouder: Mw. dr. C. Wijsen (Rutgers Nisso Groep) (2003-2008)

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 4.250 bij vrouwen die niet in Nederland wonen. Vanaf het begin van de jaren negentig is het aantal abortussen in Nederland gestegen: in 1994 was het abortuscijfer 6,0 per 1.000 vrouwen in de leeftijd van 15-44 jaar, tien jaar later is het cijfer opgelopen tot 8,6 per 1.000 vrouwen.¹³

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 recent 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.¹⁴

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

Methode

Gevraagd wordt elke patiënt met een door haar 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 2008 zijn minder meldingen gedaan van ongewenste zwangerschap dan de voorgaande jaren. Omgerekend naar de totale bevolking gaat het om 15 meldingen per 10.000 vrouwen bij de huisarts (tabel 11.1).

Uitgesplitst naar provinciegroep en naar adressendichtheid, blijkt dat in 2008 in de westelijke provincies en in de grote steden het aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap dat de huisarts consulteert, het hoogst is.

Tabel 11.1 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 2003-2008

	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

Leeftijdverdeling

Het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap is weergegeven in tabel 11.2.

Tabel 11.2 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen in 2003-2008

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

In 2008 was er geen ongewenste zwangerschap in de leeftijdsgroep 10-14 jaar en 15 ongewenste zwangerschappen overeenkomend met 45 per 10.000 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar. In totaal waren er dus 15 ongewenste tienerzwangerschappen en dat is minder dan in 2007 (25) en vergelijkbaar met 2005 en 2006 (18). Van het totaal van het absolute aantal gemelde ongewenste zwangerschappen was 18% van de vrouwen onder de 20 jaar (in 2007 21%, in 2006 16% en in 2005 14%).

Het hoogste aantal ongewenste zwangerschappen was in 2008 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 2008 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 11.3 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

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

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

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

Discussie

Als de 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.¹⁵ 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 2008 laten zien dat er een afname is van het totaal aantal ongewenste zwangerschappen, en ook een relatieve afname van het aantal tienerzwangerschappen vergeleken bij het voorgaande jaar. Het is gezien de lage meldingsfrequentie in de peilstations mogelijk dat dit het gevolg is van een toevallige fluctuatie.

De rubriek is in 2009 gehandhaafd.

12 Seksuele problematiek en seksueel geweld

Rubriekhouder: Drs. H. Kedde (Rutgers Nisso Groep) (2003-2008)

Inleiding

Er zijn nauwelijks recente gegevens beschikbaar over het voorkomen van seksuele problemen en seksueel geweld in de huisartsenpraktijk. Op basis van de registratie bij de eerstelijnscentra voor seksualiteit en reproductieve gezondheid is wel enig inzicht in de seksuologische hulpverlening aldaar. Om inzicht te verkrijgen in seksuele problemen en seksueel geweld in de huisartsenpraktijk is het onderwerp in 2003 voor het eerst opgenomen in de CMR. Uiteraard meldt slechts een deel van de patiënten seksuele problemen en seksueel geweld bij de huisarts en licht deze registratie slechts een tipje van de sluier op.

Seksuele problemen kunnen variëren van relatief onschuldige problemen als onvrede over de frequentie van het seksueel contact tot ernstiger problemen als parafiliën (b.v. exhibitionisme, fetisjisme, pedofilie, seksueel masochisme) en genderidentiteitsproblemen (b.v. transseksualiteit). Seksueel geweld omvat zowel meldingen van slachtoffers, daders, als overige mogelijke betrokkenheid bij seksueel geweld. Een gerichte registratie bij huisartsen voorziet in de behoefte aan inzicht in deze problematiek.

Methode

Gevraagd wordt elke patiënt die met een seksueel probleem, of aansluitend op een uiting van seksueel geweld op het spreekuur komt, te registreren.

Onderscheid wordt gemaakt naar leeftijd en geslacht. Gevraagd wordt over elke melding een aanvullende vragenlijst in te vullen.

In de vragenlijst wordt geïnformeerd naar de etniciteit van de patiënt, het geslacht van de partner (waaruit de seksuele voorkeur valt af te leiden), de aard van het probleem waarvoor hulp wordt gevraagd, welke acties door de huisarts tijdens het consult zijn ondernomen (anamnese, onderzoek gedaan of aangevraagd, geven van advies/informatie, voorschrijven medicatie, of de

patiënt is verwezen en zo ja naar welke hulpverlener). De vragenlijsten worden verwerkt door de Rutgers Nisso Groep (drs. H. Kedde). Hierover is afzonderlijk gepubliceerd in 2005 en 2006 (zie onderstaande publicaties).

Resultaten

Het hebben van een seksueel probleem of betrokkenheid bij seksueel geweld zijn twee onderwerpen die, behalve de seksuele component, zeer verschillende achtergronden hebben. Het opnemen van seksueel geweld in de cijfers over seksuele problematiek leidt tot onzuiverheid van de cijfers en daarom worden de meldingen van seksueel geweld eerst apart beschreven.

Seksueel geweld

In 2008 werden er door de peilstations 17 meldingen gedaan van seksueel geweld. Het betrof 4 mannen en 13 vrouwen, hun leeftijd varieerde tussen de 5 en 60 jaar. In tabel 12.1 staan de meldingen ongerekend naar 100.000 mannen en vrouwen. Gezien de lage incidentie wordt deze in de tabel per 100.000 in plaats van per 10.000 mannen en vrouwen gegeven. Uitsplitsing naar provinciegroep en adressendichtheid is gezien de kleine aantallen niet zinvol.

Er werd in 2008 weinig seksueel geweld geregistreerd door de huisartsen: 3 van elke 100.000 vrouwen en 1 van elke 100.000 mannen consulteerde de huisarts voor deze problematiek, iets meer dan in 2007.

Tabel 12.1 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt na seksueel geweld per 100.000 mannen en per 100.000 vrouwen, 2003-2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
m	3	3	2	3	1	1
v	13	14	3	2	2	3

Seksuele problemen

Het aantal patiënten per 10.000 van de Nederlandse bevolking dat de huisarts raadpleegt met een seksueel probleem per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland is opgenomen in tabel 12.2. Er is geen duidelijk toe- of afnemende trend in de tijd zichtbaar in het aantal patiënten dat de huisarts consulteert voor seksuele problemen, maar wel een consistent hogere consultratio voor mannen vergeleken bij vrouwen. In 2008 consulteren 18 per 10.000 mannen en 9 per 10.000 vrouwen de huisarts voor seksuele problemen. De verdeling naar regio en over (grote) stad/platteland laat geen consistent patroon zien.

Tabel 12.2 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003-2008

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2003	m	5	14	25	19	10	19	22	18
2004		6	39	38	13	12	21	34	23
2005		10	31	28	24	24	22	36	25
2006		10	23	26	11	19	19	23	20
2007		17	29	20	12	22	21	13	19
2008		22	25	15	11	22	20	9	18
2003	v	4	6	5	9	7	4	10	5
2004		4	9	14	11	17	8	12	10
2005		4	22	16	14	16	15	15	15
2006		6	16	16	13	11	12	17	13
2007		2	17	15	5	6	11	15	11
2008		5	13	10	7	6	10	7	9

Leeftijdsverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem is weergegeven in tabel 12.3.

Tabel 12.3 Aantal patiënten per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003-2008

	m						v					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	(3)	-	-	-	(8)	-	-	-
15-19	-	(3)	(8)	(14)	(3)	3	-	18	29	22	16	18
20-24	(3)	13	26	(12)	(3)	3	11	15	47	22	20	16
25-29	(5)	15	19	(11)	10	7	12	26	23	34	16	26
30-34	(6)	12	(4)	19	15	10	10	(7)	17	28	26	16
35-39	(8)	(4)	11	21	10	13	(4)	16	13	(3)	14	10
40-44	26	27	26	18	12	19	(7)	12	11	(8)	(10)	2
45-49	12	24	38	28	25	24	(5)	11	11	(1)	(10)	7
50-54	42	63	47	28	28	34	(5)	23	31	25	14	14
55-59	45	49	59	28	36	28	(9)	15	14	19	36	17
60-64	32	41	68	50	66	55	(4)	(8)	19	(16)	(0)	3
65-69	35	76	51	52	48	63	-	(5)	(11)	(10)	(4)	12
70-74	72	78	77	47	51	37	-	-	-	(11)	(5)	-
75-79	23	34	(21)	44	46	22	-	-	-	-	-	-
80-84	(24)	-	-	(14)	(50)	12	-	-	-	(8)	-	-
>84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8

De leeftijd waarop vrouwen en mannen met een seksueel probleem naar de huisarts gaan vertoont opvallend veel verschil. Tot aan de leeftijd van 35 jaar bezoeken vrouwen vaker dan mannen de huisarts. Naarmate de leeftijd vordert bezoeken mannen veel vaker hun huisarts in verband met een seksueel probleem. In 2008 consulteerden vrouwen in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar mannen van 65-69 jaar het meest frequent de huisarts voor een seksueel probleem. Er is een relatief grote groep mannen boven de 70 jaar,

die de huisarts raadpleegt. Vrouwen tussen de 40-49 en ouder dan 60 komen nauwelijks bij de huisarts in verband met een seksueel probleem.

Extrapolatie

Tabel 12.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse bevolking

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*		Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	m	v	totaal*** (m+v)
seksueel probleem					
2003	18	5	15.000	6.000	21.000
2004	23	10	19.000	8.000	27.000
2005	25	15	20.000	12.000	32.000
2006	20	13	16.000	11.000	27.000
2007	19	11	16.000	9.000	25.000
2008	18	9	15.000	7.000	22.000

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

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

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

Discussie

Het totaal aantal meldingen van seksueel geweld is gering in 2008 en er melden zich drie keer zoveel vrouwen als mannen voor deze problematiek bij de huisarts.

Mannen raadplegen bijna 2 maal zo vaak als vrouwen de huisarts met een seksueel probleem. Mannen in de leeftijdsgroep 65-69 jaar bezoeken het meest de huisarts met een seksueel probleem. Bij de vrouwen zijn er twee leeftijdsgroepen die relatief het vaakst de huisarts bezoeken in verband met seksuele problemen: jonge vrouwen (15-34 jaar) en vrouwen van 50-59 jaar. Analyse van de aanvullende gegevens uit de vragenlijsten zal meer inzicht geven in de aard van de problematiek van mannen en vrouwen.

De registratie van dit onderwerp in de CMR Peilstations heeft nu 6 jaar plaatsgevonden en heeft inmiddels geleid tot onderstaande publicaties betreffende de incidentie van seksuele problemen en het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen.

In 2009 wordt de registratie van seksuele problemen en seksueel geweld gestaakt, omdat er voorlopig voldoende onderzoeksgegevens verzameld zijn.

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

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

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

13 Levensende onderzoek

Rubriekhouder: Prof. dr. L. Deliens, VUmc Amsterdam, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde (2005-2008)

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 levensende (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 levensende met bedoeld of onbedoeld levensverkortend effect. Schaars is de informatie over de aard van de zorg aan het levensende, 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 levensende.

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 levensende. 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 levensende zal afzonderlijk gepubliceerd worden.

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 ontvangen en van welke zorgverlener, welke ziekte(n) geleid 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 2008 worden weergegeven in tabel 13.1. Er zijn iets minder meldingen dan in de voorgaande jaren.

Tabel 13.1 Aantal gemelde sterfgevallen per 10.000 inwoners naar provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2008

	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

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 2005-2008

	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

In 2008 was het aantal meldingen in het derde kwartaal het hoogst.

Leeftijdsverdeling

De Leeftijdsverdeling van het aantal gemelde overleden patiënten per leeftijdsgroep in 2008 is weergegeven in tabel 13.3.

Tabel 13.3 Aantal gemelde sterfgevallen per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep in 2005-2008

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

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 gevonden incidentie 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

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

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

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

Discussie

In Nederland toont de totale sterfte per 1000 inwoners (CBS: www.cbs.nl) een geleidelijk dalende tendens tot 67 per 10.000 in 2007. 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.¹⁶ Dit is als onderrapportage beschouwd. In de onderhavige registratie met 46 per 10.000 lijkt daar ook sprake van te zijn, doch in mindere mate. Kennelijk worden niet alle overleden patiënten door de peilstationartsen gemeld; dat zou bijvoorbeeld kunnen zijn bij patiënten, die overlijden in verpleeghuis of hospice.

In 2009 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd en een aantal onderwerpen in de vragenlijst vervangen.

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

Echteld MA, Abarshi E, Block van den L, Deliëns 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

Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, Donker G, Echteld M, Block van den L, Deliëns 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*. J Pall Soc Medicine 2009; accepted for publication

Donker GA, Abarshi E, Echteld M, Block van den L, Deliëns 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, Deliëns 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: Dr. P. Verhaak (NIVEL) (1979-2008)

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 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 2000-2008 respectievelijk 87, 93, 47, 43, 55, 71, 24, 49 en 28.

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.

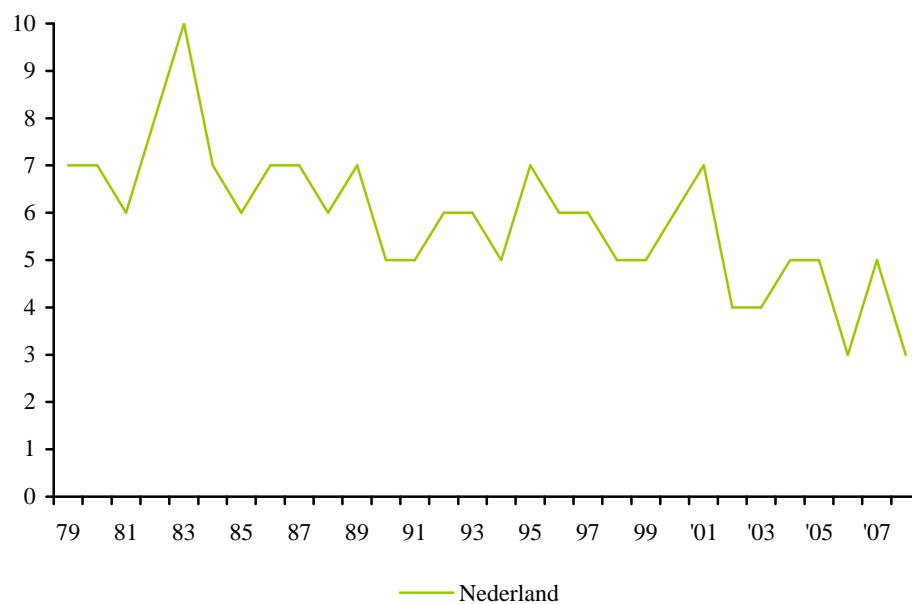
Wanneer naar de adressendichtheid gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000, 2002 en 2007 de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. Ook in 2008 is dat het geval.

De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen. In 2007 en 2008 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, 1998-2008

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1998	5	4	6	7	4	4	11	5
1999	2	5	4	7	5	4	8	5
2000	6	7	6	7	7	6	6	6
2001	6	5	7	11	5	7	10	7
2002	3	5	4	3	5	4	4	4
2003	(1)	5	3	6	4	3	6	4
2004	2	3	6	6	3	5	9	5
2005	4	9	6	2	2	6	8	5
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

Figuur 14.1 Aantal patiënten met een suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2008



Leeftijdverdeling

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.

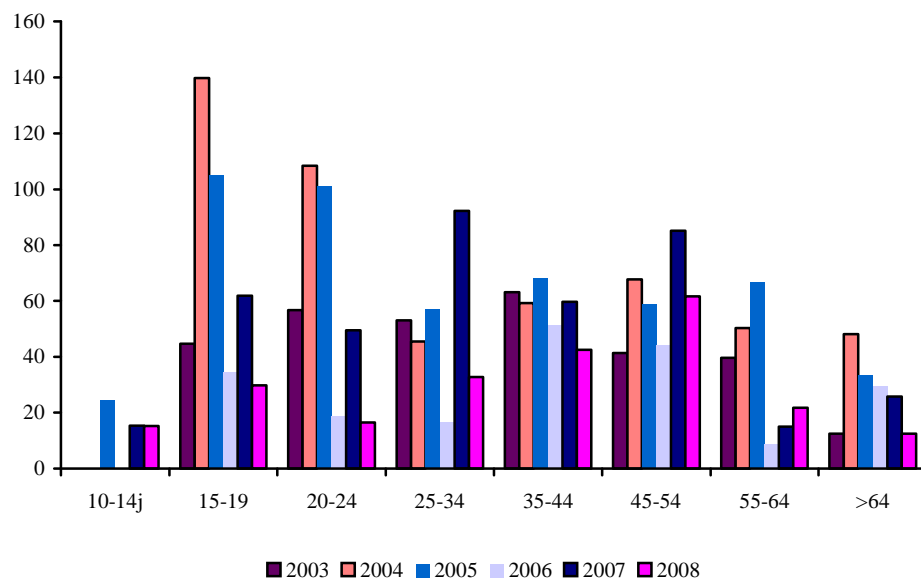
Tabel 14.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1999-2008

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

Tabel 14.3 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2008

leeftijdsgroep	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>64
1999	(13,2)	(51,9)	45,8	46,1	103,3	50,3	48,2	40,1
2000	(51,4)	(103,0)	58,6	95,1	81,3	77,0	29,7	31,6
2001	(27,6)	(109,7)	75,7	75,9	150,7	76,5	39,2	56,3
2002	-	(43,0)	77,7	34,4	65,2	45,2	38,0	(25,0)
2003	-	(44,7)	56,7	53,1	63,1	41,4	39,7	(12,5)
2004	-	139,8	108,4	45,5	59,2	67,7	50,3	48,2
2005	(24,7)	105,0	101,3	57,2	68,2	59,0	66,9	33,5
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)

Figuur 14.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 2003-2008



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***
suïcide (pogingen)		
1999	5	8.000
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

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

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

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

Discussie

De cijfers van 2008 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, maar de piek in 2008 ligt rond 50 jaar.

Deze rubriek is in 2009 op de weekstaat gehandhaafd.

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

Marquet RL, Donker G, *Praten over suicidegedachten*. 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. Abstract printed below

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 Diabetes Mellitus

Rubriekhouder: Prof. Dr. G. Nijpels, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam (2007-2008)

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.

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 wordt afgerond in 2009. In de zomer van 2009 is de start van de derde en laatste meetronde gepland. De onderzoeksassistente van het project haalt gegevens van de deelnemende patiënten uit het HIS, die gekoppeld worden aan de gegevens van de vragenlijsten.

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 en voor deze groep kunnen daarom nog geen responsgegevens worden gegeven.

Tabel 15.1 Overzicht van respons per vragenlijst en kostendagboek van diabetespatiënten per huisartsgroep

Huisartsgroep	CMR-peilstations	Amstelland	DZS West-Friesland
1 ^e vragenlijst	482	293	164
1 ^e kostendagboek	435 (90%)	260 (89%)	Start in januari '09
2 ^e vragenlijst	234 van 295 (79%) ¹	122 van 152 (80%) ¹	Start in oktober '09
2 ^e kostendagboek	173 van 182 (95%) ¹	Start in februari '09	Start in januari '10

1 De verzameling van de 2^e vragenlijst en 2^e kostendagboek in de patiëntengroep van de CMR-Peilstations en Amstelland is in 2008 nog niet afgerond. De aantallen geven de voorlopige respons weer.

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. In 2010 zal het totale gegevensbestand geanalyseerd worden. De drie groepen zullen worden vergeleken op met betrekking tot veranderingen in gegevens van de patiënt zoals onder andere HbA_{1c} en cholesterol. Ook de met de verschillende soorten zorgsystemen gepaard gaande kosten en kosteneffectiviteit zullen in beeld gebracht worden.

16 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (1976-2008)

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.

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 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'.¹⁷

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

Resultaten

In 2008 is het aantal verzoeken 37, (17 mannen en 20 vrouwen). Dit is 3.5 per 10.000, iets meer dan in 2007 (3.0 per 10.000). Van de patiënten die in 2008 een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 78% een maligniteit. Dit ligt iets boven het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2008.

De meeste patiënten worden thuis verpleegd.

Bij 34 verzoeken (92%) wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 35 patiënten. Twee patiënten vragen om hulp bij euthanasie of zelfdoding en twee uitsluitend om hulp bij zelfdoding. Bij 78% 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 geven van de hulp voor zelfdoding nog niet aan de orde was. Een enkele keer vond de huisarts dat niet voldaan was aan de criteria en werden om die reden na het verzoek en het daarop volgende gesprek geen verdere stappen ondernomen.

Tabel 16.1 Overzicht van de gemelde verzoeken tot actieve euthanasie in 2008

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
92	v	gemetastaseerde buikkanker	aftakeling, zinloosheid
90	m	ouderdom	niet lang ziekbed
87	v	gemetastaseerd coloncarcinoom	herinnering overlijden moeder
86	v	mammacarcinoom	pijn, aftakeling
84	v	aftakeling	geen levenslust meer na 2 fracturen
84	v	RA + artrose	overlijden ega
84	v	ouderdom	aftakeling, enkel fractuur
83	m	gemetastaseerd longcarcinoom	aftakeling, niet meer willen, afhankelijk
82	v	multiple sclerose	slikstoornis
81	v	gemetastaseerd maagcarcinoom	toename tumor en metastasen, slikklachten
80	v	mammacarcinoom	algehele situatie
79	m	coloncarcinoom en longmetastasen	geen behandeling meer
75	m	pancreaskopcarcinoom	afhankelijkheid
75	m	longcarcinoom	aftakeling

Tabel 16.1 Overzicht van de gemelde verzoeken tot actieve euthanasie in 2008 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
75	m	gemetastaseerd prostaatcarcinoom	terminaal, pijn
75	m	multiple systeem atrofie	snelle achteruitgang, infauste prognose
74	v	mammacarcinoom	naderende aftakeling
71	v	gemetastaseerd melanoom	snelle achteruitgang, infauste prognose
69	v	endomeeriumcarcinoom, metastasen longen, botten	moeheid, benauwdheid
69	v	gemetastaseerd melanoom	gebrek aan toekomstperspectief
66	m	longcarcinoom	ondraaglijk lijden
66	m	gemetastaseerd oesofaguscarcinoom	kan niet meer slikken
65	m	oesophaguscarcinoom	infauste prognose
65	v	wervelkanaal tumor	chronische pijnklachten
64	m	amyloidosis	infauste prognose
64	v	ovariumcarcinoom	cachexie
62	m	sigmoidcarcinoom met AP	uitputting, cachexie
62	m	maagcarcinoom	aftakeling
61	v	gemetastaseerd urotheelcelcarcinoom	neuropatische pijn
61	v	pancreaskopcarcinoom	ondraaglijk lijden
61	v	carcinoom	uitzichtloos lijden
56	m	gemetastaseerd prostaatcarcinoom	pijn, sufheid
54	m	gemetastaseerd pancreascarcinoom	terminale fase
51	v	longcarcinoom	onafhankelijkheid
50	m	longcarcinoom	angst, ondraaglijke pijn
43	m	gemetastaseerd longcarcinoom	infauste prognose
41	v	Chorea van Huntington	gebrek aan toekomstperspectief

Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2008

De verdeling van het aantal verzoeken per provinciegroep naar adressendichtheid en per geslacht is in tabel 16.2 te vinden.

Tabel 16.2 Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland 1999-2008

	geslacht		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	m	v	N	O	W	Z	1	2	3	
absoluut										
1999	31	17	9	5	25	9	5	29	14	48
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56
2001	19	18	4	8	16	9	5	21	11	37
2002	19	11	4	7	17	4	4	19	9	32
2003	16	21	4	8	21	4	3	25	9	37
2004	15	13	3	3	16	6	2	19	7	28
2005	13	22	2	7	23	3	5	24	6	35
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

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 is in tabel 16.3 te vinden.

Tabel 16.3 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1999-2008

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
1999	5	6	16	15	6	48
2000	13	13	11	18	1	56
2001	8	3	9	12	5	37
2002	6	5	6	9	6	32
2003	5	6	12	6	8	37
2004	3	6	13	5	1	28
2005	4	8	13	8	2	35
2006	3	5	10	7	7	32
2007	3	5	12	7	5	32
2008	5	8	8	12	4	37

Overzicht van de gemelde verzoeken

Inmiddels zijn sinds 1976 de gegevens bekend over 1148 verzoeken om toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Van deze verzoeken werden 582 gedaan door een man (51%).

Inzicht in de aandoeningen waarbij om toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt gevraagd is verkregen door de International Classification of Diseases (1975, 9th version) als gids te gebruiken. Een van de problemen bij het indelen is de co-morbiditeit die inherent is aan de hoge leeftijd. Een ander probleem is dat er soms geen melding is van ziekte: in de groep symptomen en onvolledig beschreven aandoeningen is het verzoek van een

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 indeling van de aandoeningen die leidden tot het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding verliep ondanks de hiervoor genoemde problemen in het algemeen moeiteloos: de huisarts gaf in de vragenlijst aan wat naar zijn of haar oordeel in het kader van het verzoek de relevante aandoening was. De aandoeningen waarbij om euthanasie of zelfdoding is verzocht zijn vermeld in tabel 16.4. De verdeling in 2008 is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Tabel 16.4 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding 1976-2008

	N	%
maligne neoplasmata	868	76
hart- vaatziekten	62	5
chronisch obstructieve longziekten	49	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	57	5
overige ziekten	112	10
totaal	1148	100

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 92% in 2008.

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.¹⁸ 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.¹⁹⁻²² In 2001 en 2005 is opnieuw grootschalige onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde.^{23, 24}

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

Ook hebben we informatie uit de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Uit het jaarverslag 2008 blijkt dat in 2008 2331 gevallen van uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding zijn gemeld bij de Regionale Toetsingscommissies.²⁵ 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.^{25, 26} De artsen 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 consistent met ook een relatief hoger aantal meldingen in de CMR-peilstations in 2008, 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 2008 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 consequent een iets groter aandeel bij mannen

ongeveer 51% versus 49% bij vrouwen in de periode 1976-2007. In de genoemde onderzoeken tot nu toe is één 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 1976-2008 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.²⁷ 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 2009 gecontinueerd.

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

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

17 Palliatieve Sedatie

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2005-2008)

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.^{23, 24} Het levenseinde-onderzoek meldt continue diepe sedatie bij 12.8% van de sterfgevallen thuis, in ziekenhuis of verpleeghuis.²⁶

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 uitsluitel 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 2008 zijn 18 patiënten gemeld waarbij tot palliatieve sedatie is besloten. Dit is 4.4% van alle in 2008 gemelde overleden patiënten. Dit is absoluut en relatief iets minder dan in 2007 (30 gemeld). In 2008 is bij evenveel mannen als vrouwen besloten tot sedatie. Van deze 18 patiënten lijdt 77% aan een vorm van kanker.

Bij 17 patiënten (95%) 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 één patiënt heeft één refractair symptoom (onbehandelbare pijn).

Van de symptomen die de aanleiding zijn tot het besluit te gaan sederen wordt in 2008 onbehandelbare pijn het meest frequent genoemd: 14 patiënten (77%). Ook onbehandelbare delier (8 patiënten, 44%), angst (7 patiënten, 39%) en dyspnoe (6 patiënten, 33%) zijn frequente redenen om te sederen en komen vaak in combinatie met pijn voor.

Van de 18 gemelde patiënten hebben slechts 2 (11%) ook een verzoek om euthanasie gedaan. De reden om palliatieve sedatie toe te passen en niet euthanasie bij deze 2 patiënten werd een maal aangegeven als de voorkeur van de patiënt voor palliatieve sedatie en één maal als 'euthanasie niet nodig'. In beide gevallen was ook de familie bij de keuze betrokken.

Tabel 17.1 Overzicht van de patiënten waarbij tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2008

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
94	v	CVA	delier, pijn, angst
91	m	prostaatacarcinoom	delier, ondraaglijke loze aandrang, onrust
90	m	prostaatacarcinoom	pijn
87	m	pneumonie COPD	delier, dyspnoe, pijn, familie kon het niet meer aanzien
83	m	nierfalen	delier, pijn
83	v	ovariumcarcinoom	pijn, misselijk, angst
82	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	dyspnoe, pijn
82	v	gemetastaseerd mondbodemcarcinoom	delier, pijn
75	v	longcarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk
74	m	gemetastaseerd sigmoïdcarcinoom	delier, pijn, angst
71	m	maagcarcinoom	delier, pijn, misselijk, braken
60	m	oesofaguscarcinoom	delier, pijn, angst
58	m	longcarcinoom	dyspnoe, misselijk, braken, angst
55	v	longcarcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk, braken, angst

Tabel 17.1 Overzicht van de patiënten waarbij tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2008 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
52	v	depressie	depressie
46	m	longcarcinoom	dysnpoe, angst
45	v	gemetastaseerd rectumcarcinoom	pijn, sufheid, cachexie
44	v	gemetastaseerd uteruscarcinoom	pijn, uitputting

Tabel 17.2a Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep, naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2008

	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

Uit de westelijke provincies worden absoluut en per 10.000 de meeste patiënten gemeld (tabel 17.2a en 17.2b). Naar adressendichtheid werden de meeste patiënten per 10.000 in 2008 gemeld in de grote steden (tabel 17.2a en 17.2b).

Tabel 17.2b Aantal patiënten per 10.000 waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2008

	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

Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 17.3 te vinden.

Tabel 17.3 Absoluut aantal patiënten per leeftijdsgroep, waarbij de huisarts palliatieve sedatie toepaste 2005-2008

	<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

* 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 euthanasieverzoek (zie hoofdstuk 16) wordt een vijftal groepen aandoeningen onderscheiden om inzicht te krijgen in de aandoeningen, waarbij palliatieve sedatie wordt toegepast.

Tabel 17.4 Aandoeningen waarbij palliatieve sedatie is toegepast (cumulatief) 2005-2008

	N	%
maligne neoplasmata	80	76
hart- vaatziekten	10	10
chronisch obstructieve longziekten	1	1
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	5	5
overige ziekten	9	8
totaal	105	100

Discussie

Evenals bij de verzoeken om euthanasie (zie hoofdstuk 16) 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 4,4% van de overledenen is in 2008 voor sedatie gekozen. Er is de afgelopen jaren een lichte daling in het aantal patiënten, bij wie palliatieve sedatie wordt toegepast.

Bij de 2 patiënten waarvan ook een verzoek om euthanasie is gemeld, is er geen aanwijzing dat palliatieve sedatie is toegepast om euthanasie te vermijden. Bij één patiënt werd aangegeven dat euthanasie niet nodig was en

de andere patiënt verkoos uiteindelijk toch palliatieve sedatie. 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. Het hoogste aantal meldingen van palliatieve sedatie komt in alle drie registratiejaren uit de westelijke provinciegroep.

Het onderzoek wordt in het jaar 2009 gecontinueerd.

18 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Bavo Groep
(1985-1989, 1995-2008)

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 dubbelellingen 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 2008 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 1995-2008. In 2008 wordt bij twee mannen en 47 vrouwen een eetstoornis vastgesteld.

Tabel 18.1a Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2008

	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

Tabel 18.1b Aantal vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2008, 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

Het absolute en relatieve aantal meldingen is in 2008 hoger dan in de voorgaande jaren. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 96%.

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

In 2008 was het aantal meldingen van eetstoornissen in het zuiden des lands en op het platteland relatief het hoogst.

Leeftijdverdeling

In tabel 18.2 volgt de verdeling van de gemelde eetstoornissen naar leeftijdsgroep.

Tabel 18.2 Absoluut aantal meldingen van vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2008

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 18.2 Absoluut aantal meldingen van vrouwen waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2008 (vervolg)

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

In 2008 waren er 2 meldingen van een mannelijke patiënt. Hoewel de piekincidentie, zoals gebruikelijk, rond de adolescentie en op jong volwassen leeftijd ligt, 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 2008 is in tegenstelling tot de afgelopen jaren het aantal meldingen op het platteland relatief het hoogst.

Ook in 2009 zal een onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

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

Son van Gabriëlle E, Hoeken van Daphne, Furth van Eric F, Donker Gé A, Hoek Hans W. *Course and Outcome of Eating Disorders in a Primary Care-Based Cohort*. International Journal of Eating Disorders 2009; Epub ahead of print

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 bulimia 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

19 Algemene opmerkingen

- 1 De rubrieken voor 2009 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.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2008 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.

20 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-controlle 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

Depressie

Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG. *Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie*. Huisarts 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

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. *Fosfomycin 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

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

21 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 2007. 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. Mantel 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 Koedijk FDH, Vriend HJ, Veen van MG, Op de Coul ELM, Broek van den IVF, Stighem van AI, Verheij RA, Sande van der MAB. Sexually transmitted infections including HIV, in The Netherlands in 2008
- 13 Wijzen C, Lee van L. (2007) Landelijke abortusregistratie 2006, Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- 14 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.
- 15 Wijzen C, Rademaker J. *Abortus in Nederland*. Eburon. Delft, 2003.
- 16 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.
- 17 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasie onder bepaalde voorwaarden.
- 18 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.
- 19 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.

- 20 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.
- 21 Wal van der G, Dillmann RLM. Euthanasia in the Netherlands. *BMJ* 1994;308:1346-9.
- 22 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.
- 23 Wal van der Gerrit, Heide van der Agnes. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De Tijdstroom, Utrecht, 2003.
- 24 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.
- 25 Regionale toetsingscommissie euthanasie. Jaarverslag 2008. www.toetsingscommissie.nl
- 26 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.
- 27 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.

Bijlage 1: deelnemende artsen in 2008

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
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
H. Rademaker	Barneveld	Gelderland
N. Adamo	Doesburg	Gelderland
M.T.W. van der Velden	Dieren	Gelderland
J.H.M. van der Holst	Groenlo	Gelderland
L.B.P.M. Hendriks*	Steenderen	Gelderland
R.J.M. Kimmenenaede	Zutphen	Gelderland
Mw. A. Schonewille	Emmeloord	Flevoland
Mw. I.K.I.de Jongh-Kilian/Mw. M.G.C.L. Smit	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 2008 (vervolg)

Mw. M.C. Duijn/E. Simons (comb. -praktijk) (tot 15.08.2008)	Amsterdam	Noord-Holland
H.R. Neijs*)	Broek in Waterland	Noord-Holland
Mw. A. Verdam-de Witte	Hilversum	Noord-Holland
Mw. M.H. Brooks	Hilversum	Noord-Holland
C. Miedema (tot 01.06.2008)	Enkhuizen	Noord-Holland
Mw. T.H. van Leersum (tot 18.07.2008)	Muiden	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
J. Hoornweg (tot 09.05.2008)	Voorhout	Zuid-Holland
Mw.E. Sleeboom	Voorhout	Zuid-Holland
B.P. Ponsioen	Brielle	Zuid-Holland
J.F.A. Mocking* (tot 01.07.2008)		
Mw. D. Nijman* (vanaf 01.07.2008)	Nieuwveen	Zuid-Holland
W.H. van der Linden*)		
Mw. E.A.A. van Rosmalen (vanaf 12.09.2008)	Leimuiden	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	Zeeland
P.B.A. Crama (vanaf 15.08.2008)	Vlissingen	Zeeland
J.A.M. Keulers/Mw. W.H. van der Laan (comb.-praktijk)	Ravenstein	Noord-Brabant
M.G.A.M. de Gouw	Rosmalen	Noord-Brabant
A.F.A. van de Reepe/W.L.M. Rijnders (comb.-praktijk)	Etten-Leur	Noord-Brabant
J.J.J. Meulenberg/J.D.M. Schelfhout	Eindhoven	Noord-Brabant
M.J.F.M. Klaassen*	Oirsbeek	Limburg
P.H.M. Vaissier	Maastricht	Limburg

*) Apotheek-houdend

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2009 (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
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
exantheema e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1999
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-2009
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2009 (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)	1970-2009
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2009
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
levenseindeonderzoek	2005-2009
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	2003-2009
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	2007-2009
prostaatlijden	1997-2002
psoriasis	1976-1977

Bijlage 2: geregistreerde onderwerpen 1970-2009 (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	2008-2009
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2009
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
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	2000-2009
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 1977-2009 (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 1995-2009
diabetes mellitus	2000 en 2007-2009
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2009
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multipla sclerose	1977-1982
palliatieve sedatie	2005-2009
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 2008 (CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	484	462	946
5-9	517	494	1.011
10-14	501	478	979
15-19	513	491	1.004
20-24	495	483	978
25-29	496	494	990
30-34	512	513	1.025
35-39	641	634	1.275
40-44	660	643	1.303
45-49	631	622	1.253
50-54	574	568	1.142
55-59	550	540	1.090
60-64	499	496	995
65-69	356	369	725
70-74	274	315	589
75-79	207	278	485
80-84	126	216	342
>84	76	197	273
totaal	8.112	8.293	16.405

Bijlage 5: jaartabellen

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
 jaar 2008 week 1 t/m 52

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	568	497	1.065	713	107	75	92	207	9	
1-4	2.589	2.428	5.017	445	116	69	93	199	8	
5-9	3.518	3.304	6.823	150	73	46	60	41	9	
10-14	3.436	3.148	6.585	112	31	11	21	8	24	
15-19	3.374	3.335	6.710	137	31	7	19	5	6	
20-24	2.966	3.078	6.044	118	20	8	14	3	2	
25-29	2.926	3.025	5.951	143	8	12	10	2	3	
30-34	3.076	3.154	6.231	165	31	38	34	2	2	
35-39	3.869	4.087	7.955	156	39	40	40	0	4	
40-44	4.299	4.159	8.458	170	59	42	50	2	6	
45-49	4.164	4.133	8.297	124	44	31	37	1	1	
50-54	3.586	3.622	7.208	160	67	44	56	0	1	
55-59	3.570	3.510	7.081	137	29	68	48	1	4	
60-64	3.280	3.336	6.616	174	66	68	67	0	2	
65-69	2.375	2.464	4.839	122	77	83	80	0	0	
70-74	1.881	2.103	3.984	131	122	50	84	0	0	
75-79	1.356	1.778	3.133	195	198	143	167	0	3	
80-84	823	1.391	2.214	194	466	119	249	0	0	
>84	509	1.281	1.790	240	518	281	349	0	0	
Totaal	52.166	53.834	106.000	168	67	52	59	16	5	

* niet alle artsen deden mee aan deze registratie

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
 jaar 2008

alle peilstations leeftijdsgroep	populatie			Gastro-enteritis geen fecesweek			Gastro-enteritis fecesweek			SOA*		
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
<1	568	497	1.065	774	583	685	35	0	19	0	0	0
1-4	2.589	2.428	5.017	406	321	365	23	17	20	0	5	3
5-9	3.518	3.304	6.823	125	100	113	9	0	4	3	4	4
10-14	3.436	3.148	6.585	61	60	61	3	0	2	0	12	6
15-19	3.374	3.335	6.710	45	63	54	3	6	5	32	121	76
20-24	2.966	3.078	6.044	64	104	84	3	13	8	178	302	241
25-29	2.926	3.025	5.951	62	96	79	10	7	8	141	175	158
30-34	3.076	3.154	6.231	62	102	82	10	3	6	58	116	87
35-39	3.869	4.087	7.965	75	69	72	8	7	8	64	90	77
40-44	4.299	4.159	8.458	49	63	56	5	7	6	47	49	48
45-49	4.164	4.133	8.297	39	48	43	5	7	6	23	38	31
50-54	3.586	3.622	7.208	34	50	42	8	8	8	10	23	16
55-59	3.570	3.510	7.081	50	54	52	6	14	10	16	14	15
60-64	3.280	3.336	6.616	67	39	53	3	6	5	14	15	15
65-69	2.375	2.464	4.839	72	73	72	8	4	6	5	10	8
70-74	1.881	2.103	3.984	59	62	60	5	0	3	13	0	6
75-79	1.356	1.778	3.133	103	129	118	7	6	6	0	0	0
80-84	823	1.391	2.214	146	137	140	12	7	9	0	0	0
>84	509	1.281	1.790	138	187	173	0	0	0	0	0	0
Totaal	52.166	53.834	106.000	89	92	90	7	7	7	38	60	49

* niet alle peilstations deden mee aan deze registratie

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
 jaar 2008

alle peilstations leeftijdsgroep	populatie			Ongewenst. zwanger			Sexuele problemen			week 1 t/m 52 Sexueel geweld			Levensende* onderzoek	Suicide
	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V		
<1	568	497	1.065	0	0	0	0	0	0	0	22	0		
1-4	2.589	2.428	5.017	0	0	0	0	0	0	0	2	0		
5-9	3.518	3.304	6.823	0	0	0	0	3	0	2	0	0		
10-14	3.436	3.148	6.585	0	0	0	0	0	3	2	0	2		
15-19	3.374	3.335	6.710	45	3	18	10	0	10	3	0	3		
20-24	2.966	3.078	6.044	68	3	16	10	3	3	7	4	2		
25-29	2.926	3.025	5.951	60	7	26	17	3	13	3	0	0		
30-34	3.076	3.154	6.231	22	10	16	13	0	0	6	6	6		
35-39	3.869	4.087	7.955	29	13	10	11	0	5	0	6	4		
40-44	4.299	4.159	8.458	12	19	2	11	0	0	2	6	5		
45-49	4.164	4.133	8.297	10	24	7	16	0	0	0	11	6		
50-54	3.586	3.622	7.208	0	34	14	24	0	0	0	32	4		
55-59	3.570	3.510	7.081	0	28	17	23	3	0	1	40	1		
60-64	3.280	3.336	6.616	0	55	3	29	0	0	0	62	3		
65-69	2.375	2.464	4.839	0	63	12	37	0	0	0	64	0		
70-74	1.881	2.103	3.984	0	37	0	18	0	0	0	137	0		
75-79	1.356	1.778	3.133	0	22	0	10	0	0	0	201	6		
80-84	823	1.391	2.214	0	12	0	5	0	0	0	308	0		
>84	509	1.281	1.790	0	0	8	6	0	0	0	761	0		
Totaal	52.166	53.834	106.000	15	18	9	14	1	3	2	46	3		

* niet alle peilstations deden mee met deze registratie

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
jaar 2008

alle peilstations provinciegroep	populatie		Influenza		week 1 t/m 52 Pneumonie*			Water- pokken	Kink- hoest
	M	V	M+V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V
GR+FR+DR	12.957	13.224	26.181	198	56	39	48	11	3
OV+GLD+FLE	12.353	12.529	24.883	148	57	37	47	7	1
UTR+NH+ZH	17.038	18.379	35.416	162	79	74	76	25	3
ZLD+NB+LIM	9.819	9.702	19.520	164	75	54	64	16	15
Totaal	52.166	53.834	106.000	168	67	52	59	16	5

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations
jaar 2008

alle peilstations provinciegroep	populatie		Gastro-enteritis geen fecesweek			week 1 t/m 52 Gastro-enteritis fecesweek			SOA*			
	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V
GR+FR+DR	12.957	13.224	26.181	92	83	88	4	5	4	21	48	35
OV+GLD+FLE	12.353	12.529	24.883	53	57	55	1	1	1	34	42	38
UTR+NH+ZH	17.038	18.379	35.416	89	90	90	10	7	9	54	74	65
ZLD+NB+LIM	9.819	9.702	19.520	130	152	141	15	16	15	36	64	50
Totaal	52.166	53.834	106.000	89	92	90	7	7	7	38	60	49

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
provinciegroep naar ziektebeeld incidentie alle peilstations												
jaar 2008												
alle peilstations provinciegroep	populatie			Ongewenst zwanger	Sexuele problemen			Sexueel geweld			Levensende onderzoek*	Suicide
	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V
GR+FR+DR	12.957	13.224	26.181	9	22	5	13	2	2	2	46	1
OV+GLD+FLE	12.353	12.529	24.883	4	25	13	19	0	2	1	44	3
UTR+NH+ZH	17.038	18.379	35.416	31	15	10	12	0	3	1	50	4
ZLD+NB+LIM	9.819	9.702	19.520	9	11	7	9	2	2	2	38	2
Totaal	52.166	53.834	106.000	15	18	9	14	1	2	2	46	3

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie peilstations										
adressendichtheid naar incidentie alle peilstations										
jaar 2008										
alle peilstations adressendichtheid	populatie			Influenza	Pneumonie*			Water- pokken	Kink- hoest	
	M	V	M+V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	
5	10.650	10.444	21.094	166	93	96	94	10	5	
4-3-2	33.638	35.043	68.681	173	57	40	48	13	5	
1	7.879	8.347	16.225	150	84	56	69	35	2	
Totaal	52.166	53.834	106.000	168	67	52	59	16	5	

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie peilstations
adressendichtheid naar incidentie alle peilstations

alle peilstations adressendichtheid	populatie		jaar 2008			week 1 t/m 52			SOA*			
			Gastro-enteritis geen fecesweek			Gastro-enteritis fecesweek						
			M	V	M+V	M	V	M+V	M	V	M+V	M
5	10.650	10.444	21.094	101	83	92	4	8	6	23	17	20
4-3-2	33.638	35.043	68.681	71	79	75	7	6	7	33	58	46
1	7.879	8.347	16.225	150	158	154	11	7	9	69	105	88
Totaal	52.166	53.834	106.000	89	92	90	7	7	7	38	60	49

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations
adressendichtheid naar incidentie alle peilstations

alle peilstations adressendichtheid	populatie		jaar 2008			week 1 t/m 52			Levensende onderzoek*		Suicide	
			Ongewenst zwanger	Sexuele problemen		Sexueel geweld			M+V			
			V	M	V	M+V	M	V		M+V		
5	10.650	10.444	21.094	4	22	6	14	1	2	1	50	1
4-3-2	33.638	35.043	68.681	11	20	10	15	1	3	2	44	3
1	7.879	8.347	16.225	48	9	7	8	0	2	1	47	4
Totaal	52.166	53.834	106.000	15	18	9	14	1	2	2	46	3

* niet alle peilstations deden mee aan dit onderzoek