



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

## **Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2007**

Mw. dr. G.A. Donker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 9789069059068

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

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Internationale samenwerking	9
<b>2 Begeleidingscommissie</b>	<b>11</b>
<b>3 Bijeenkomst peilstationmedewerkers 2007</b>	<b>13</b>
<b>4 Methoden algemeen</b>	<b>15</b>
4.1 Praktijken	16
4.2 De praktijkpopulaties	18
4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage	22
4.4 De rubrieken	26
4.5 Analyses	27
4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking	29
4.7 Betrouwbaarheidsintervallen	31
<b>5 Influenza (achtige ziektebeelden)</b>	<b>33</b>
<b>6 Pneumonie</b>	<b>47</b>
<b>7 Waterpokken</b>	<b>53</b>
<b>8 Kinkhoest</b>	<b>61</b>
<b>9 Acute gastro-enteritis</b>	<b>69</b>
<b>10 Angst voor aids</b>	<b>85</b>
<b>11 Urethritis bij de man</b>	<b>93</b>

<b>12 Sportletsels</b>	<b>99</b>
<b>13 Ongewenste zwangerschap</b>	<b>105</b>
<b>14 Seksuele problematiek en seksueel geweld</b>	<b>111</b>
<b>15 Levens einde onderzoek</b>	<b>117</b>
<b>16 Suicide(poging)</b>	<b>123</b>
<b>17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)</b>	<b>131</b>
<b>18 Palliatieve Sedatie</b>	<b>139</b>
<b>19 Eetstoornissen</b>	<b>147</b>
<b>20 Algemene opmerkingen</b>	<b>153</b>
<b>21 Literatuurlijst</b>	<b>155</b>
<b>22 Voetnoten</b>	<b>161</b>
<b>Bijlage 1: deelnemende artsen in 2007</b>	<b>165</b>
<b>Bijlage 2: weekstaat 2007</b>	<b>167</b>
<b>Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2008 (alfabetisch)</b>	<b>168</b>
<b>Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken</b>	<b>171</b>
<b>Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking</b>	<b>172</b>
<b>Bijlage 6: jaartabellen</b>	<b>173</b>

## Voorwoord

Voor de CMR-Peilstations werd het jaar 2007 vooral gekenmerkt door een voortzetten van de overgang naar elektronisch registreren van peilstationgegevens. Aan het eind van 2007 leveren nog slechts zes praktijken de papieren weekstaten aan. De overgang naar elektronisch registreren levert bij de verwerking een efficiency-slag op. Bij de huisartsensystemen Microhis en Medicom is de peilstationsmodule nog niet geïntegreerd. Van alle praktijken werd tijdens het overgangsproces gevraagd een periode zowel elektronisch als met pen en papier te registreren om eventuele zwakke punten in het nieuwe systeem tijdig op te sporen en te corrigeren. Voor alle geleverde extra inspanningen is een dankwoord aan de peilstationhuisartsen op zijn plaats. Dit jaarrapport is gebaseerd op een combinatie van gegevens uit de papieren registratie en elektronisch verzamelde gegevens via de peilstationsmodule.

Inhoudelijk bezien is het starten van de studie naar het voorkomen en de antibioticagevoeligheid van pneumonie in de huisartspraktijk van belang. Surveillance van antibiotica resistentie vereist een regelmatige monitoring van de betreffende micro-organismen. Deze studie kan tevens dienen als beschrijving van de nulsituatie na invoering van de pneumococcon vaccinatie bij kinderen in 2006.

In de peilstations is drie jaar achtereenvolgend onderzoek gedaan naar sportletsels, zo'n 230.000 per jaar, waarbij mannen een veel grotere kans op een letsel blijken te hebben dan vrouwen. De letsels komen op alle leeftijden voor, maar pieken op de tienerleeftijd bij jongens en meisjes (15-19 jaar). Plattelandsartsen behandelen meer sportletsels, ongetwijfeld ten gevolge van de grotere afstand tot het ziekenhuis, waardoor directe hulp in het ziekenhuis een minder aantrekkelijke optie is. De stijging van het aantal geregistreerde sportletsels in de afgelopen jaren zou een gevolg kunnen zijn van de voor patiënten meer herkenbare huisartsenzorg op dit terrein tijdens avond-, nacht en weekenddiensten (op huisartsenposten).

De influenza epidemie van het afgelopen seizoen begon pas na de jaarwisseling 2007/2008. De epidemie piekte half februari 2007 en de piek was minder hoog dan in het voorgaande seizoen. De epidemie duurde acht weken en het hele seizoen circuleerden vooral influenza A-virussen. De stammen weken weinig af van de vaccinstammen, zodat de vaccinatie waarschijnlijk goede bescherming bood.

Onverwacht dit griepseizoen was het vinden van influenzastammen AH1N1 (27%), die resistent bleken tegen de virusremmer oseltamivir. Hoewel dit middel in de Nederlandse huisartspraktijk nauwelijks gebruikt wordt, kan deze ontwikkeling van essentieel belang zijn bij een eventueel toekomstige pandemie. Er werd dan ook door de samenwerkende instanties NIVEL en NIC een onderzoek gestart naar een mogelijk verschil in morbiditeit en mortaliteit tussen influenza veroorzaakt door influenzastammen, die wel en niet resistent zijn voor oseltamivir. Een eventueel verschil in klinische verschijnselen zou kunnen duiden op een andere graad van virulentie van deze gemuteerde influenzastam. De huisartsen kregen hiertoe vragenlijsten toegestuurd van elke patiënt, waarbij influenza werd vastgesteld. Tot op heden is er geen verschil in morbiditeit en mortaliteit vastgesteld, doch de gegevens worden nog nader geanalyseerd en separaat gepubliceerd. Het hoge response percentage op de vragenlijsten bij deze voor de huisartsen onverwachte extra activiteit werd als zeer positief ervaren door de projectleiding.

Prof. dr. J. van der Zee  
Voorzitter Begeleidingscommissie.

# 1 Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie is een registratiemethode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. Een landelijk netwerk van huisartspraktijken, de Peilstations, bestrijkt ongeveer 0,8% van de Nederlandse bevolking. Bij de samenstelling is rekening gehouden met een geografische spreiding en met de spreiding van 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 2007 leveren de meeste praktijken deze gegevens aan middels ICPC gecodeerde elektronische registratie.

Jaarlijks vindt een update plaats van de betrokken praktijkpopulaties. Op deze wijze kent men de populatie, waarop de verzamelde gegevens betrokken moeten worden. Over het algemeen worden frequenties naar leeftijdsgroep per 10.000 mannen of vrouwen berekend (zie pagina 27).

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 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 die voor de eerste maal op de weekstaat is opgenomen enige achtergrondinformatie gegeven; bij de 'oude onderwerpen' dient men hiervoor een van de vorige verslagen te raadplegen. Voor een overzicht van het jaar dat voor een rubriek de gegevensverzameling gestart is zie pag. 168-171.

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" gebezigd.

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 2007 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 evenwel 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 noch een uitputtende (statistische) analyse van de verzamelde gegevens noch uitvoerige beschouwingen gegeven; het doel is een basale beschrijving te geven van de gegevens waarover dat jaar is gerapporteerd.

## **1.1 Internationale samenwerking**

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

Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS) is momenteel het project met de langste historie. In EISS werken niet alleen de netwerken van huisartsen peilstations samen maar ook de nationale influenza centra van de deelnemende landen: aan het einde van het seizoen 2007-2008 wordt door alle EU Landen deelgenomen aan EISS. Daarnaast participeren ook Noorwegen, Oekraïne, Zwitserland, Servië en Turkije in de Europese Influenza Surveillance. EISS wordt gecoördineerd vanuit het Nivel.

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

In 1998 werd op initiatief van het Nivel en in samenwerking met Dr. Douglas Fleming (UK), de projectleider van de Engelse Peilstations (Weekly Returns Service), subsidie verkregen voor een project dat tot doel heeft de gezondheidsinformatie uit de netwerken van huisartsenpeilstations in landen van de EU op elkaar af te stemmen. De CMR-Peilstations participeerde ook in dit project, waarvoor in 2000 de gegevens zijn verzameld (zie ook hoofdstuk 7).

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

In 2007 is de internationale samenwerking beperkt gebleven tot de deelname in EISS.



## 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 2007 als volgt samengesteld:

<b>Begeleidingscommissie:</b>	Mw. dr. Y.T.H.P. van Duynhoven, gezondheidswetenschapper-epidemioloog (RIVM)(tot 08-10-2007)
	Mw. dr. Ir. B.H.B. van Benthem, staflid RIVM (vanaf 08-10-2007)
	Mw. H. Treurniet(RIVM)(tot 01.11.2007)
	R. Poos (RIVM)(vanaf 01.11.2007)
	Mw. drs. A. Schonewille, huisarts (peilstationarts)
	Dr. D. de Bakker, sociaal geograaf, hoofd onderzoeksafdeling (NIVEL)
	Mw. dr. E.E. Stobberingh, medisch microbioloog (Universiteit Maastricht/SWAB)
	Mw. W. Slingerland, beleidsmedewerker. (Ministerie van VWS)
	Prof. dr J. van der Zee, voorzitter (NIVEL)
<b>Projectleider:</b>	Mw. dr. G.A. Donker, huisarts- epidemioloog
<b>Secretaresse:</b>	Mw. M. Heshusius-van Valen

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

De begeleidingscommissie heeft in 2007 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:

<b>Projectleider</b>	Mw. dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog
<b>Secretaresse</b>	Mw. M. Heshusius-van Valen - NIVEL
<b>Automatisering</b>	Dhr J. Gravestein en Dhr. R. Davids - NIVEL Dhr. H. van den Hoogen, Dhr. W. Tiersma en Mw. J. Donkers - IQ healthcare
<b>Contactpersonen</b>	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 2007

Contact tussen de registrerende artsen en hun medewerkers, de begeleidingscommissie, de rubriekhouders en de projectleiding is voor een registratieproject als de CMR-Peilstations van groot belang. Elk jaar, aan het begin van een nieuwe registratieperiode die loopt van 01.01 tot en met 31.12, wordt daartoe een bijeenkomst gehouden. Hier volgt een korte samenvatting van de presentaties op de bijeenkomst in januari 2007.

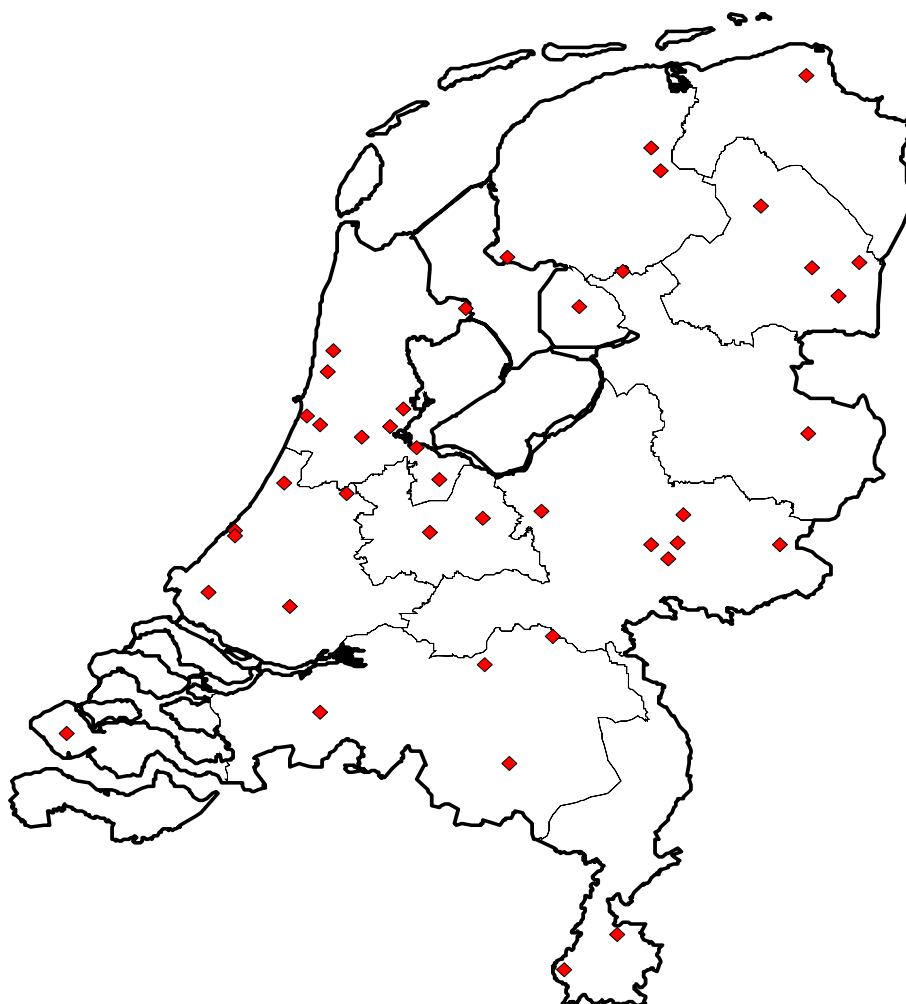
Na opening door Prof. dr. F. Schellevis om 10.15 uur volgde er een voordracht van projectleider dr. G.A. Donker over de geschiedenis van 36 jaar griepregistratie met als cruciale vragen: wat kunnen we ervan leren en lukt dat met elektronisch registreren? Vervolgens hield drs. H. Kedde een voordracht over de resultaten van de registratie met betrekking tot seksuele problemen in de peilstations en ging R. Klein (huisarts-seksuoloog) dieper op dit onderwerp in middels het toelichten van de subtiele signalen bij patiënten met deze problematiek. Vervolgens werden de eerste resultaten van het levenseinde-onderzoek toegelicht door dr. M. Echteld en ook de aanpassingen in de gegevensverzameling in het jaar 2007 werden uitgelegd. De wekelijkse overlijdensrapportage in de zomer 2006 om zicht te krijgen op de impact van een hittegolf met betrekking tot totale mortaliteit werd toegelicht door projectleider dr. G.A. Donker.

Na de pauze werden de meest opvallende resultaten van de rapportage met betrekking tot sportletsels gepresenteerd door Mw. I. Vriend (Stichting Consument en Veiligheid). Vervolgens werd de inhoud en de motivatie van de in 2007 nieuw gestarte rubriek pneumonie toegelicht door dr. E.E. Stobberingh van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid en mw. dr. M. van der Sande, hoofd afdeling Epidemiologie van het RIVM. Er was daarna ruimte voor vragen en interactieve informatie-uitwisseling.



## 4 Methoden algemeen

figuur 4.1  
PEILSTATIONS  
Continue Morbiditeits Registratie  
2007



----- Grenslijn provinciegroep

Voor locatie peilstation zie blz. 165

## 4.1 Praktijken

In 2007 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 adressendichtheid5 (plattelandsgemeenten);<sup>1</sup>
- 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 165-166) geeft een overzicht van de huisartsen die in 2007 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 2007 is in heel Nederland het percentage artsen, werkzaam in een samenwerkingsverband 78.5%; bij de peilstationartsen 44.1%. Er is in de peilstationsregistratie dus een oververtegenwoordiging van solistisch werkende artsen. Er zijn tien apotheekhoudende peilstationartsen zeven op het platteland en drie op het verstedelijkt platteland/kleine stad, dat is 16.4% van het totaal aantal peilstationartsen. Voor heel Nederland is dit percentage 6.5<sup>2</sup>

Tabel 4.1 en 4.2 geven een verdeling van het aantal peilstationartsen en peilstations per provinciegroep en adressendichtheid in de jaren 1998-2007. Met ingang van het statistiekjaar 1992 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een veranderde maatstaf voor stedelijkheid toegepast: de omgevingsadressendichtheid. Deze wordt ook voor de peilstations gebruikt.



Tabel 4.1 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations per provinciegroep in de jaren 1998-2007<sup>3</sup>

provincie- groep	N; Groningen, Friesland en Drenthe		O; Overijssel, Gelderland en Flevoland		W; Utrecht, Noord- en Zuid-Holland		Z; Zeeland, Noord-Brabant en Limburg	
	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.	h.a.	peilst.
1998	12	6	16	12	23	16	14	9
1999	12	6	17	12	24	16	14	9
2000	13	6	17	12	27	21	12	8
2001	13	6	15	10	23	19	14	10
2002	13	6	15	10	23	18	14	10
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

Tabel 4.2 Verdeling van het aantal peilstationartsen (huisartsen) en peilstations naar adressendichtheid in de jaren 1998-2007

	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.
1998	11	8	44	28	10	7	65	43
1999	10	7	47	29	10	7	67	43
2000	10	7	46	29	13	11	69	47
2001	10	7	43	27	13	11	66	45
2002	10	7	43	27	12	10	65	44
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

\* Vanaf 1994 is de maatstaf voor mate van adressendichtheid zoals door het CBS wordt gehanteerd toegepast bij de indeling van de peilstations

## 4.2 De praktijkpopulaties

De praktijkpopulaties zijn in 2007 geteld; de gegevens hiervan zijn met ingang van 1-1-2007 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 praktijkwerving wordt hier rekening mee gehouden.

De Nederlandse bevolking nam in 2006 met 23.782 toe tot 16.357.992 per 1-1-2007 (www.cbs.nl).

Tabel 4.3 Vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking, 2007

	aantal inwoners Nederland**	aantal patiënten peilstations* (met percentages)	
<b>provinciegroep:</b>			
N	1.702.020	27.600	(1,6)
O	3.469.857	27.852	(0,8)
W	7.258.771	56.136	(0,8)
Z	3.927.344	23.830	(0,6)
<b>geslacht:</b>			
mannen	8.088.514	66.442	(0,8)
vrouwen	8.269.478	69.006	(0,8)
totaal (1-1-2007)	16.357.992	135.408	(0,8)

\* Praktijktelling 2007

\*\* 1-1-2007 Centraal Bureau voor de Statistiek, personen, die zijn ingeschreven in het centraal persoonsregister (PCR) zijn buiten beschouwing gelaten

De totale populatie van alle peilstations gezamenlijk is met ingang van 2007 135.408 personen, 0,8% van de Nederlandse bevolking van ruim 16 miljoen inwoners. In 2007 is geworven in zuid en in oost Nederland. De nieuw geworven praktijken zijn meteen gestart met elektronisch registreren en konden na een proeftijd van 2 maanden instromen.

De percentages van de mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de peilstationspraktijken, per leeftijdsklasse en provinciegroep zijn als volgt.

Tabel 4.4 Percentage mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die ingeschreven zijn in de Peilstationpraktijken, per leeftijdsklasse, provinciegroep en voor Nederland in 2007

	provinciegroep								Nederland	
	N		O		W		Z		m	v
	m	v	m	v	m	v	m	v		
0-4	1.7	1.7	0.9	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	0.9	0.8
5-9	1.8	1.7	0.9	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	0.9	0.9
10-14	1.7	1.7	0.9	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	0.9	0.8
15-19	1.6	1.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
20-24	1.5	1.5	0.8	0.8	0.7	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
25-29	1.5	1.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
30-34	1.6	1.6	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8
35-39	1.6	1.8	0.8	0.8	0.7	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
40-44	1.7	1.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
45-49	1.8	1.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8
50-54	1.5	1.6	0.7	0.8	0.8	0.8	0.6	0.5	0.8	0.8
55-59	1.5	1.6	0.7	0.8	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	0.6	0.6	0.8	0.8
65-69	1.7	1.6	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
70-74	1.7	1.6	0.8	0.8	0.7	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
75-79	1.5	1.4	0.8	0.7	0.8	0.8	0.6	0.7	0.8	0.8
80-84	1.4	1.5	0.8	0.8	0.8	0.9	0.7	0.7	0.8	0.9
>84	1.2	1.3	0.8	0.7	0.8	0.9	0.7	0.6	0.8	0.8
totaal	1.6	1.6	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6	0.8	0.8

### 4.3 Omvang en continuïteit van de rapportage

Sinds 1975 wordt het aantal dagen waarover per peilstation per jaar is gerapporteerd en het aantal dagen per week van alle peilstations samen nagegaan en bewerkt. Op deze wijze wordt beoogd de 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 2007 bedroeg het 10.860 dat is 52 weken x 5 dagen x 38 peilstations, 7 peilstations hebben respectievelijk 43, 37, 32, 27, 26, 17 en 14 weken geregistreerd. De laatste groep betreft zeven nieuw 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 (1998-2007)

jaar	maximum aantal rapportagedagen	feitelijk aantal absoluut	rapportagedagen percentage
1998	11.395	9.733	85.4%
1999	11.180	9.500	85.0%
2000	12.220	10.217	83.5%
2001	11.700	9.455	80.8%
2002	11.440	8.948	78.2%
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%

Het percentage dagen waarover werd gerapporteerd, is in 2007 hoger dan in voorgaande jaren.

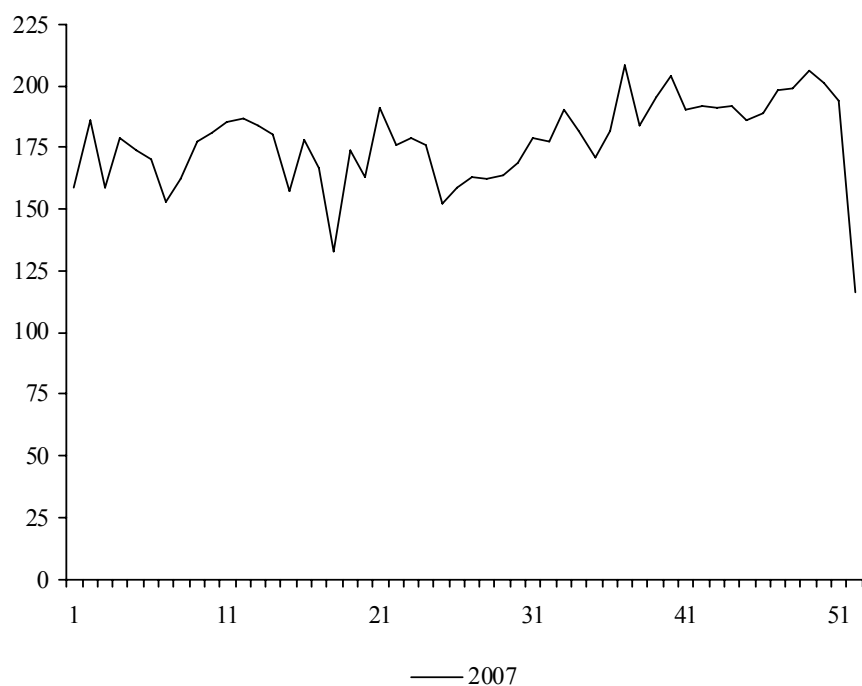
Een uitsplitsing naar provinciegroep en adressendichtheid is in het volgende staatje te zien.

Tabel 4.6 De rapportage per provinciegroep en adressendichtheid 2007

provinciegroep		adressendichtheid	
N	90.1%	1	86.1%
O	85.5%	2	85.3%
W	80 %	3	80.6%
Z	92.2%		

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 32 (maximaal te registreren dagen is 225).

Figuur 4.2 Het aantal dagen dat in 2007 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 2007 per peilstation is 37, dat is minder dan in 2006. Een uitsplitsing naar solo- en combinatiepraktijken laat hier een duidelijk verschil zien, namelijk respectievelijk 38 en 33 dagen. Dit is in overeenstemming met de vaak geuite bewering dat samenwerkingsverbanden de continuïteit van de rapportage verhogen.



Tabel 4.7 Frequentieverdeling van het aantal dagen waarover niet gerapporteerd werd, per peilstation (1998-2007)

aantal dagen niet gerapporteerd	aantal peilstations									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3
1-9	5	4	4	1	1	1	-	-	1	8
10-19	2	1	1	2	1	1	-	1	1	6
20-29	4	3	1	1	-	2	3	4	3	5
30-39	7	10	4	3	7	5	3	7	4	5
40-49	9	14	16	14	12	12	9	12	8	6
50-59	5	3	11	7	8	7	15	11	8	5
60-69	6	1	2	5	2	3	2	4	7	2
70-79	-	-	4	3	1	1	-	2	-	1
80-89	-	1	1	3	2	-	1	2	1	-
90-99	1	1	-	2	-	-	-	1	1	2
>99	1	2	2	1	7	8	3	4	6	2
totaal aantal peilstations	43	43	47	45	44	42	38	49	42	45
gemiddelde	39	39	43	49	56	59	55	56	61	37
mediaan	40	40	46	48	48	48	52	49	66	31

Nadere beschouwing van deze tabel laat een afname van de rapportage door de jaren heen zien. Het tij is in 2007 echter ten gunste gekeerd. 'Grote uitval' dat wil zeggen meer dan 50 dagen per peilstation per jaar, komt in 2007 in 27 % van de peilstations voor. 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 (bijlage 2, pagina 167)

De rubrieken voor 2007 werden als volgt samengesteld; 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 Urethritis bij man (1992);
- 7 Angst voor AIDS (1988);
- 8 Gastro-enteritis (1996);
- 9 Ongewenste zwangerschap (2003);
- 10 Seksuele problematiek en seksueel geweld (2003);
- 11 Kinkhoest (1998);
- 12 Sportletsels (2005);

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

Een alfabetische opgave van alle onderwerpen sinds 1970 is in bijlage 3 te vinden (pagina 168-171); hierbij is tevens vermeld in welke jaren registratie heeft plaatsgevonden.

## 4.5 Analyses

Dit verslag bevat de resultaten van de registratie op de weekstaat over 2007. 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 rapportage per kwartaal en per jaar. Voor de deelnemende artsen wordt ook nog per peilstation per kwartaal de eerste tabel geproduceerd.

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

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

In dit verslag wordt de cumulatieve incidentie of periode prevalentie steeds per 10.000 inwoners, mannen of vrouwen berekend. Om, indien gewenst, absolute aantallen voor Nederland te berekenen, wordt in bijlage 5 (pagina 172) de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking op 1 januari 2007 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 173-178).

- 1 Cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd. Jaar 2007, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 2 Provinciegroep naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2007, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>
- 3 Adressendichtheid naar ziektebeeld gestandaardiseerd. Jaar 2007, week 01 t/m 52, blad 1-3.<sup>4</sup>

## 4.6 Extrapolatie van gevonden frequenties op de Nederlandse bevolking

Bij elke rubriek wordt een globale indruk gegeven van het aantal patiënten, consulten, handelingen en gebeurtenissen in Nederland, indien wordt uitgegaan van de frequenties, berekend uit de resultaten van de Continue Morbiditeits Registratie door Peilstations. Bij de bestudering hiervan dient, evenals in de vorige verslagen werd opgemerkt, niet uit het oog te worden verloren dat, alhoewel de populatie van de peilstations een redelijk goede vertegenwoordiging van de Nederlandse bevolking is (zie ook pagina 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)<sup>5</sup> blijkt een verschil te bestaan met registratie van elders, vermoedelijk als gevolg van het feit dat dit gebeuren niet altijd aan de huisarts wordt gemeld. Ook bij de sportletsels moet de interpretatie voorzichtig zijn, omdat sportletsels veelal buiten reguliere praktijken plaatsvinden en dientengevolge vaak niet door de eigen huisarts worden gezien. 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, 1998-2007 (C.B.S.)\*

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1998	7.740	7.914	15.654
1999	7.793	7.967	15.760
2000	7.846	8.018	15.864
2001	7.910	8.077	15.987
2002	7.972	8.133	16.105
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

\* 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 135.408 patiënten een frequentie van 1 per 10.000 patiënten gevonden wordt (1<sup>e</sup> kolom), dan is het 95% betrouwbaarheidsinterval 0,47 – 1,53 per 10.000 (2<sup>e</sup> kolom). Het geschatte absolute aantal in de Nederlandse bevolking is dan 1636 (3<sup>e</sup> kolom) en het 95% betrouwbaarheidsinterval ligt tussen 763 en 2503. 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	0.47 – 1.53	1636	763 – 2503
10	8.3 – 11.7	16358	13584 – 19084
100	94.7 – 105.3	163580	154684 – 171997
1000	984.0 – 1016.0	1635799	1607300 - 1659500

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.

(met dank aan Drs. M. van den Berg, Nivel)



## 5 Influenza (achtige ziektebeelden)

Rubriekhouder: Nationaal Influenza Centrum (1970-2007)

### 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<sup>e</sup> eeuw zijn meerdere, soms wereldwijde, uitbraken van wat op influenza leek beschreven.

In de 20<sup>ste</sup> eeuw is de wereld getroffen door een drietal pandemieën (de Spaanse griep (1918-'19), de Aziatische griep (1957-'58) en de Hong Kong griep (1968-'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<sup>e</sup> Wereldoorlog besloot in 1949 de inmiddels opgerichte Wereld Gezondheidsorganisatie tot de surveillance van influenza. Nationale Influenza Centra werden opgericht die gingen speuren naar het voorkomen van influenza en daarover rapporteerden aan de WHO. Het duurde tot begin van de jaren zestig dat de eerste registraties van start gingen waarbij het voorkomen van influenza onder de bevolking door peilstationartsen werd vastgelegd (in Engeland en Wales). Andere Europese landen volgden. Nederland in 1970 met de oprichting van de CMR Peilstations: een representatief landelijk netwerk dat vooraf gegaan was door lokale netwerken in een aantal grote steden.

Begin jaren negentig werd de surveillance van influenza opnieuw kwalitatief verbeterd. Vanaf 1992/'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.<sup>6</sup> 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**

Voorafgaand aan het seizoen 2007/2008 werd de baseline verhoogd van 3 per 10.000 naar 5.1 per 10.000. Dit gebeurde na statistische berekening van de incidentie van IAZ gedurende de afgelopen 10 griepseizoenen buiten de epidemische periode. Deze door het Europese Influenza Surveillance Scheme (EISS) ontwikkelde methodiek beoogt de baseline in diverse Europese landen op elkaar af te stemmen, rekening houdend met de diverse gezondheidssystemen. Aan de hand van deze nieuwe baseline werden ook nieuwe afspraken tussen NIVEL en NIC (Nationaal Influenza Centrum een samenwerkingsverband van Erasmus MC en RIVM) gemaakt over de definitie van een griepepidemie in Nederland.

Het griepseizoen 2007/2008 kent tot de jaarwisseling een rustig beloop. Tot week 4 in 2008 werd geen verhoogde influenza-activiteit gemeld. Van verhoogde influenza-activiteit is sprake wanneer de incidentie van IAZ het basisniveau van 5.1 per 10.000 overstijgt en er in de naar het RIVM gezonden monsters ook influenzavirus aangetoond wordt. Vanaf de start van het nieuwe jaar 2008 werd er wekelijks influenzavirus (type A en B) in de monsters aangetoond. De eerste weken daarna bleef de incidentie van IAZ nog wel onder de vernieuwde baseline, maar vanaf week 5 tot en met week 13 was de incidentie ruim boven de 5.1 per 10.000. Net als in het voorgaande jaar was de incidentie in week 14 weer terug op het basisniveau. De piek werd bereikt in week 9 met een incidentie van 7.2 per 10.000 inwoners; een iets lagere piek dan in het voorgaande jaar (8.2 per 10.000 inwoners).

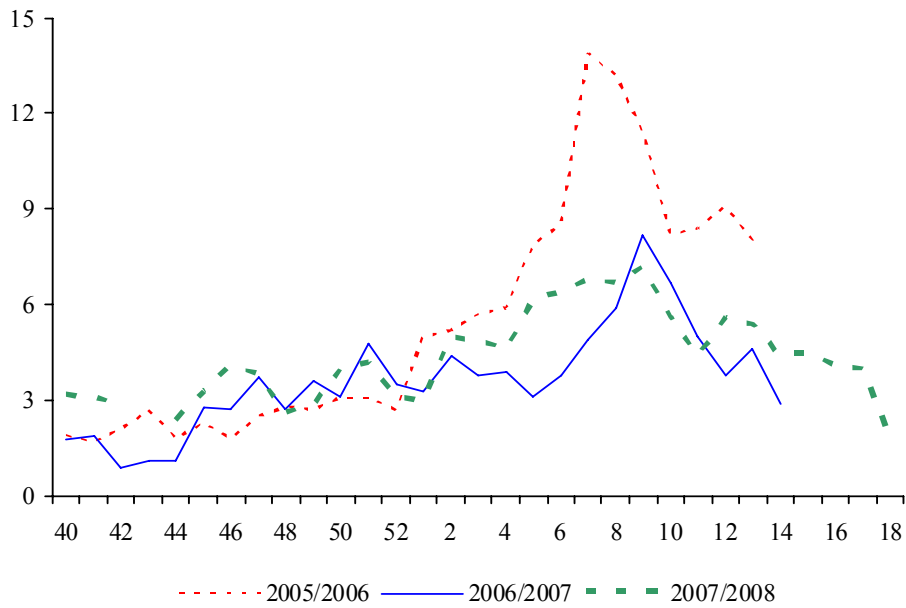
Tijdens het hele seizoen werd vooral influenzavirus A/H1N1 gedetecteerd. Daarnaast werd enkele keren influenzavirus A/H3N2 en vooral in de tweede helft van de epidemie influenzavirus B gedetecteerd in de peilstation-monsters.

Er waren geen opvallende regionale verschillen in influenza-activiteit. De hoogste incidentie werd dit seizoen gemeten in het noorden des lands in week 9 (12,6 per 10.000 inwoners).

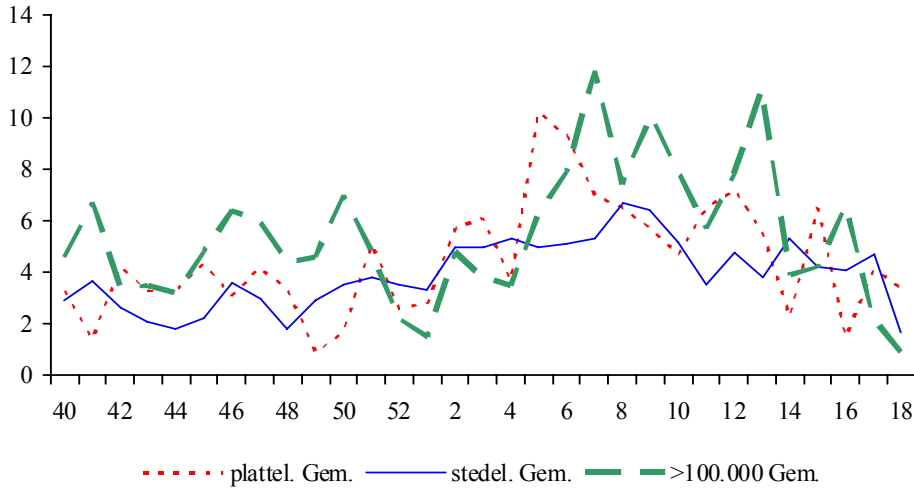
De incidentie was net als in voorgaande seizoenen wat hoger in de plattelandspraktijken, mogelijk omdat deze vaker apotheekhoudend zijn en er een wat completer beeld van het aantal patiënten met IAZ ontstaat door de daar verstrekte zelfzorgmedicatie.

Onverwacht dit griepseizoen was het vinden van influenzavirussen AH1N1, die resistent bleken tegen de virusremmer oseltamivir (27%). Hoewel dit middel in de Nederlandse huisartspraktijk nauwelijks gebruikt wordt, kan deze ontwikkeling van essentieel belang zijn bij een eventueel toekomstige pandemie. Er werd dan ook door de samenwerkende instanties NIVEL en NIC een onderzoek gestart naar een mogelijk verschil in morbiditeit en mortaliteit tussen influenza veroorzaakt door influenzavirussen, die gevoelig of resistent zijn voor oseltamivir. Een eventueel verschil in klinische verschijnselen zou kunnen duiden op een andere graad van virulentie van deze gemuteerde influenzavirussen. De huisartsen kregen hiertoe vragenlijsten toegestuurd van elke patiënt, waarbij influenza werd vastgesteld. Gebaseerd op gegevens verzameld tot 15 juni 2008 is er geen verschil in morbiditeit en mortaliteit vastgesteld, doch de gegevens worden nog nader geanalyseerd en separaat gepubliceerd. Het hoge response percentage van 86% op de vragenlijsten bij deze voor de huisartsen onverwachte extra activiteit werd als zeer positief ervaren door de projectleiding van NIVEL en het NIC.

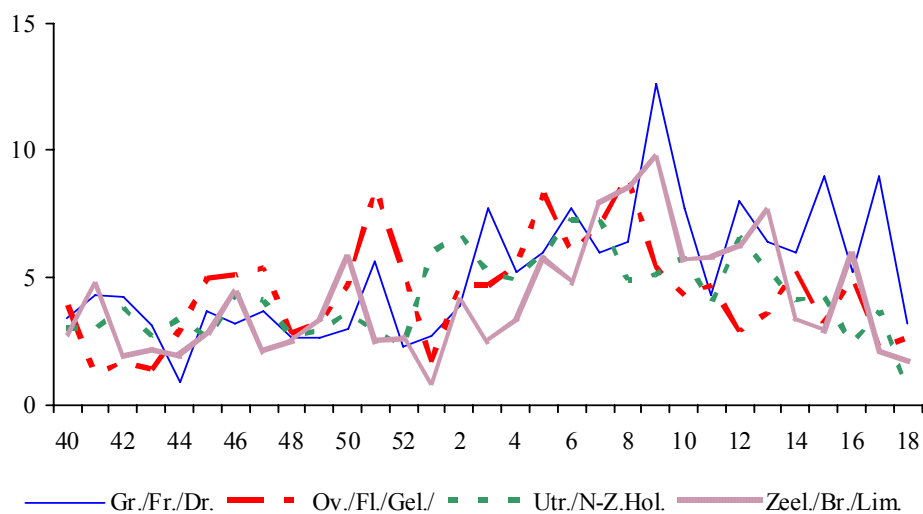
Figuur 5.1 Aantal patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, voor Nederland in 2005/2006, 2006/2007 en 2007/2008



Figuur 5.2 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziekte beeld) per week per 10.000 inwoners, en naar mate van adressendichtheid in 2007/2008



Figuur 5.3 Aantallen patiënten met een influenza(-achtig ziektebeeld) per week per 10.000 inwoners, per provinciegroep in 2007/2008



Tabel 5.1 Aantal patiënten met influenza(-achtig ziektebeeld), per 10.000 inwoners, 1998-2008

jaar	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
totaal kalender											
jaar	248	254	197	113	157	122	71	208	190	134	141
hoogste week-incidentie per		23	32	7	13	7	15	26	14	8	7
seizoen											
(=week 40 – week 20)											

## Extrapolatie

Tabel 5.2 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartspraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>influenza achtige aandoeningen</b>		
1998	248	365.000
1999	254	400.000
2000	197	312.500
2001	113	180.500
2002	157	253.000
2003	122	197.500
2004	71	115.500
2005	208	339.000
2006	190	310.300
2007	134	219.200

\* 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 2007/2008 laat een nog mildere doch langduriger epidemie zien dan het voorgaande seizoen. De epidemie houdt acht weken aan. De activiteit komt vanaf de jaarwisseling op gang en zet pas begin februari echt door. De piek wordt bereikt in week 9: 7.2 per 10.000 inwoners namen in die week contact op met hun huisarts. Daarna nam de activiteit heel geleidelijk af. In week 14 was het basisniveau weer bereikt.

Het hele seizoen domineert het influenzavirus A/H1N1. De stammen wijken aanvankelijk weinig af van de vaccinstammen, doch in de loop van de epidemie wat meer, zodat het griepvaccin voor het komend seizoen weer wordt aangepast.

De betekenis van het vinden van influenzavirus dat resistent blijkt tegen oseltamivir heeft in de huisartspraktijk geen praktische betekenis, omdat het middel vooral in klinische setting wordt gebruikt. Het is wel van groot wetenschappelijk belang dat onmiddellijk onderzoek gestart kon worden of het hier een stam met afwijkende virulentie betreft. Publicatie van die gegevens in nationaal en Europees verband zal hier een antwoord op geven.

### **Influenza(achtige aandoeningen) in Europa in het seizoen 2007/2008** ([www.eiss.org](http://www.eiss.org))

Eind 2007 begon de incidentie van IAZ in een aantal Europese landen te stijgen. Een verhoogde activiteit van influenza wordt het eerst in Ierland (week 1), Engeland en Spanje (beide in week 2) gemeld vlak na de jaarwisseling. In de meeste andere Europese landen lag de piek van de influenza activiteit tussen week 4 en week 8 en was deze lager dan in het vorige seizoen. De hoogste incidentie wordt gezien in de jongste leeftijdsgroepen (0-4 en 5-14 jaar). Echter in Engeland, Ierland, Noorwegen en Zwitserland werd ook een verhoogde incidentie in de leeftijdsgroep 15-64 jaar gevonden bij de werkende populatie. Een regressie analyse van de verspreiding van influenza over Europa liet een patroon van zuid naar noord zien, met uitzondering van Ierland en Engeland. De meeste landen kenden een milde epidemie.

Over het gehele seizoen genomen was de verdeling influenzavirussen 61% type A (vooral van subtype H1) en 39% type B in 16.763 monsters. In het begin van het seizoen was er een goede match tussen de gevonden A(H1N1)



virussen en de virussen in het griepvaccin in alle deelnemende landen. In de loop van het seizoen nam de match iets af voor de A(H1N1) virussen, terwijl het merendeel van de influenza B virussen een mismatch met het virus in het griepvaccin vertoonde. Influenzavirussen resistent tegen oseltamivir werden gevonden in 20 Europese landen met een gemiddelde proportie resistente monsters van 25%. Op Europese schaal is een onderzoek gestart naar een mogelijk verschil in morbiditeit en mortaliteit als gevolg van infectie met een oseltamivir gevoelig of resistent influenzavirus. In week 14 was in alle Europese landen de incidentie van IAZ weer terug op basisniveau. In week 16 werd het einde van het influenzaseizoen aangekondigd.

Deze rubriek blijft op de weekstaat gehandhaafd.

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

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 & Wetenschap 2007;50:85-86

Donker GA, Gravestijn J. *De beste tijd voor griepvaccinatie.* Huisarts & 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, jaargang 17, nr 11, 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/](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, jaargang 16, nr 6, 198-205

Plas van der SM. *Influenza-seizoen in het teken van antigene driftvariant*. Infectieziekten Bulletin, 2004, jaargang 15, nr. 3, 88-90

Wilbrink B. *Opnieuw weinig influenza tijdens winter 2002/2003*. Infectieziekten Bulletin 2003, jaargang 14, nr. 5, 156

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

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2002-2003. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2002-2003

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2003-2004. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2003-2004

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2004-2005. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2004-2005

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2005-2006. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2005-2006

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2006-2007. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2006-2007

NIEUWSBRIEF Influenza Surveillance 2007-2008. Uitgave NIC, NIVEL, RIVM en IGZ. Uitgebracht door NIC, 2007-2008

### **Epidemiologische mededelingen**

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 Geneeskd 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 Geneeskd 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, 2 oktober, 148(40)

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

Jong de JC, Rimmelzwaan GF, Bartelds AIM, Wilbrink B, Foucher RAM, Osterhaus ADME. *Het influenzaseizoen 2002/'03 in Nederland en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2003/'04*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2003, 4 oktober, 147(40)

Rimmelzwaan GF, Jong de JC, Bartelds AIM, Wilbrink B, Foucher RAM, Osterhaus ADME. *Het influenzaseizoen 2001/'02 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2002/'03*. Ned. Tijdschr. Geneeskunde 2002, 28 september; 146(39)

### **Eiss-publicaties**

Paget WJ, Marquet R, Meijer A, Velden van der J. *Influenza activity in Europe during eight seasons (1999-2007): an evaluation of the indicators used to measure activity and an assessment of the timing, length and spread across Europe*. BMC Infectious Diseases 2007; 7:140 (30 November 2007)

Meijer A, Meerhoff TJ, Meuwissen LE, Velden van der J, Paget WJ. *Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe during the winter 2005-2006*. Eurosurveillance 2007; 12(9). Electronic publication on 12 September 2007

- Meijer A, Lackenby A, Hay A, Zambon M. *Influenza antiviral susceptibility monitoring activities in relation to national antiviral stockpiles in Europe during the winter 2006/2007 season*. Euro Surveill. 2007;12(4)[Epub ahead of print]. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/em/v12n04/1204-222.asp>
- Meijer A, Lackenby A, Hay A, Zambon M. Author's reply - *Influenza antiviral susceptibility monitoring activities in relation to national antiviral stockpiles in Europe during the winter 2006/2007 season*. Euro Surveill. 2007 June 28;12(6):E070628.5
- Arkema JMS, Meerhoff TJ, Paget WJ, Meijer A, Ansaldi F, Buchholz U, Fleming D, Nicoll A, van der Velden J. *Seasonal influenza activity in Europe: Declining in most countries in the West but increasing in the North-East: report from EISS Eurosurveillance Weekly*, Volume 12(3): 8 March 2007
- Arkema JMS, Paget WJ, Meijer A, Meerhoff TJ, Ansaldi F, Buchholz U, Fleming D, Nicoll A, van der Velden J. *Seasonal influenza beginning in Europe: report from EISS Eurosurveillance Weekly*, Volume 12(1): 25 January 2007
- Paget WJ, Meijer A, Falcão JM, Jong de JC, Kyncl J, Meerhoff TJ, Meuwissen LE, Nicoll A, Velden van der J, Paget WJ. *Seasonal influenza activity for 2005-2006 season seems to be ending in most European countries*. Eurosurveillance Weekly, Volume 11(4): 13 April 2006
- Meijer A, Falcão JM, Jong de JC, Kyncl J, Meerhoff TJ, Meuwissen LE, Nicoll A, Velden van der J, Paget WJ. *Clinical influenza activity in Europe is still low, with influenza B virus being dominant: an update from EISS*. Eurosurveillance Weekly, Vol 11(2): 16 February 2006
- Editorial team, Meijer A. *Two fatal human infections with avian influenza H5, Turkey*, January 2006. Eurosurveillance Weekly, Vol 11(1): 6 January 2006
- Meijer A., Meerhoff TJ, Meuwissen LW, Velden van der J, Paget WJ. *Very little influenza activity in Europe up until the end of 2005*. Eurosurveillance Weekly, Vol 11(1): 6 January 2006
- Kroneman M, Essen van GA, Paget WJ. *Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries*. Vaccine 2006; 24(5): 622-8

- Marquet RL, Bartelds AIM, Noort van SP, Koppeschaar KE, Paget WJ, Schellevis FG, Zee van der J. *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 (04 Oct 2006)
- Meerhoff TJ, Fleming D, Smith A, Mosnier A, Gageldonk-Lafeber van AB, Paget WJ; *EISS RSV Task Group. Surveillance recommendations based on an exploratory analysis of respiratory syncytial virus reports derived from the European Influenza Surveillance System.* BMC Infectious Diseases 2006 Aug 9;6(1):128
- Meijer A, Paget WJ, Meerhoff TJ, Brown CA, Meuwissen LE, Velden van der J. *on behalf of EISS. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe, during the 2004-2005 winter.* Eurosurveillance 2006; 11(5): 111-118
- Meijer A. *Importance of rapid testing to combat the global threat of bird flu.* Expert Review of Molecular Diagnostics 2006; 6(1): 1-4
- Paget WJ. *Commentary: Europe's preparedness for an influenza pandemic.* European Journal of Public Health 2006; 16(2): 121
- Deckers GM, Paget WJ, Schellevis FG, Fleming DM. *European primary care surveillance networks: their structure and operation.* Family Practice 2006; 23(2): 151-158
- Paget WJ, Meerhoff TJ, Meijer A *on behalf of EISS. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe during the 2003-2004 season.* Eurosurveillance 2005; 10(4): 107-111
- Paget W.J., Zambon M., Uphoff H., Bartelds A, on behalf of EISS. *Declining influenza activity in Europe while public concern over SARS has not increased general practice consultations for influenza-like illness or acute respiratory infections.* Eurosurveillance Weekly 7 (16): 17 april 2003
- Aguilera JF, Paget WJ, Mosnier A, Heijnen ML, Uphoff H, Velden van der J, Vega T, Watson JM. *Heterogeneous case definitions used for the surveillance of influenza in Europe.* European Journal of Epidemiology 2003; 18(8): 733-736

Fleming DM, Schellevis F, Paget WJ. *Health monitoring in sentinel practice networks: the contribution of primary care*. European Journal of Public Health, 2003; 13 (3 Supplement): 80-84

## 6 Pneumonie

Rubriekhouder: Mw. dr. E. E. Stobbering, SWAB (2007)

### 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. 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 nieuwe patiënt met de klinische diagnose pneumonie met 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)?

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 Academisch Ziekenhuis Maastricht. 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 materialen worden aangeleverd door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) met verzend/retour enveloppen. De watten voor het bacteriologisch onderzoek worden op de afdeling medische microbiologie van het academisch ziekenhuis Maastricht 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.

## **Resultaten**

Tabel 6.1 toont het aantal patiënten met pneumonie per regio en naar adressendichtheid. Omdat het hier een eerste registratiejaar betreft kunnen gevonden verschillen op toeval berusten en is het landelijk gemiddelde van 53 per 10.000 ook moeilijk vergelijkbaar met andere studies.



Over de uitkomsten van het bacteriologisch onderzoek zal separaat gerapporteerd worden.

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

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
2007	36	43	63	69	73	44	69	53

### 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. Dit is conform de verwachting (tabel 6.2).

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

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

## Leeftijdverdeling

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 321 per 10.000 inwoners. Bij ouderen vanaf 65 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

leeftijdsgroep	2007		
	m	v	t
<1	(62)	(32)	47
1-4	109	90	100
5-9	31	46	38
10-14	15	22	18
15-19	25	22	23
20-24	(10)	(10)	10
25-29	(7)	(6)	(6)
30-34	15	29	22
35-39	37	36	36
40-44	25	48	37
45-49	34	37	36
50-54	34	36	35
55-59	81	78	79
60-64	43	71	57
65-69	128	76	101
70-74	124	88	105
75-79	199	91	137
80-84	223	151	177
>84	487	256	321

## Extrapolatie

Tabel 6.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal*** (m+v)
<b>pneumonie</b>						
2007	54	53	53	43.700	43.800	86.700

\* 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 de winter, zoals te verwachten. Er is alleen op hoge leeftijd een hogere incidentie bij mannen dan bij vrouwen, mogelijk mede als gevolg van een hogere co-morbiditeit samenhangend met roken bij mannen in die leeftijdscategorieën (COPD en hart-en vaatziekten).

Interessant is uiteraard welke verwekkers bij deze patiënten met pneumonie in de huisartspraktijk geïsoleerd zijn en voor welke antibiotica deze gevoelig zijn. Hierover zal separaat worden gerapporteerd.

Deze rubriek wordt in 2008 voortgezet.



## 7 Waterpokken

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2000-2007)

### Inleiding

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

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

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

Waterpokken is een van de infectieuze aandoeningen die, als mensen de situatie al niet zelf kunnen hanteren, grotendeels in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt begeleid. Alleen voor de gevaarlijke complicaties als een varicellapneumonie of -meningitis, veelal op volwassen leeftijd, moet er beroep gedaan worden op gespecialiseerde ziekenhuiszorg. Waterpokken bij een zwangere vlak voor de bevalling is een uiterst zorgwekkende conditie voor zowel moeder als kind.<sup>7</sup> Een studie kan dienen als nulmeting vóór het eventueel invoeren van een vaccinatie.

## **Methode**

Het onderzoek naar het voorkomen van waterpokken in de CMR-Peilstations bevat in 2000 drie elementen:

- de registratie van patiënten met waterpokken op de weekstaat;
- het verzamelen van informatie over het voorkomen van patiënt gerelateerde gevallen van waterpokken in de leefeenheid van deze patiënt waarvoor de huisarts niet is geraadpleegd;
- het verzamelen van informatie over het voorkomen van waterpokken waarvoor de huisarts niet is geconsulteerd.

In 2001-2007 is alleen het aantal patiënten waarbij de huisarts de diagnose waterpokken gesteld heeft, geregistreerd.

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

## **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, 2000-2007

	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	31	19	21	27	21

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 2007 is de incidentie in alle regio's lager dan in 2006. 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, 2000-2007

	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

Waterpokken is in het eerste half jaar van 2007 meer voorgekomen dan in de tweede helft van het jaar. Dit was ook het geval in de voorgaande jaren 2000-2006.

### **Leeftijdsverdeling**

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

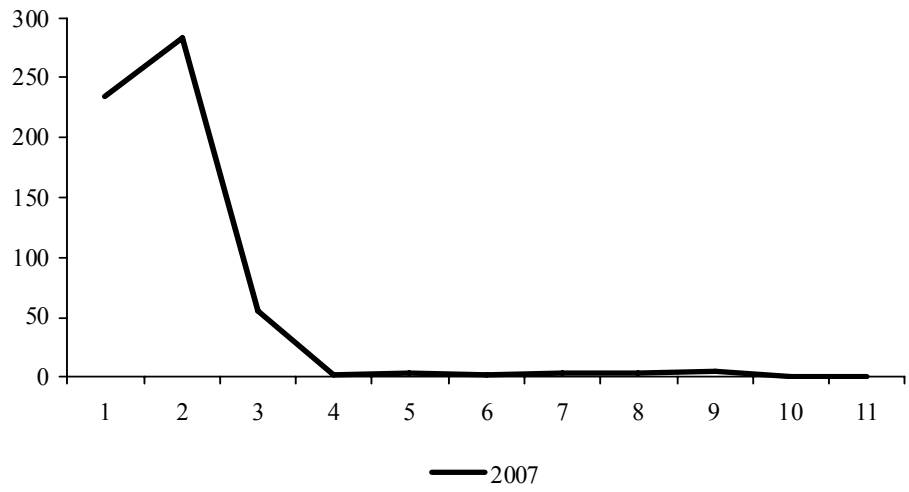


Tabel 7.3 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2000-2007

leeftijdsgroep	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	298	320	301	284	225	217	305	235
1-4	253	281	359	358	311	232	331	284
5-9	64	70	136	63	85	44	102	55
10-14	5	12	11	9	(5)	6	7	2
15-19	3	(4)	(3)	(3)	(7)	4	2	3
20-24	4	6	(4)	8	(6)	6	13	2
25-29	4	7	8	(4)	(6)	4	4	3
30-34	4	5	6	7	(5)	3	5	3
35-39	(1)	(3)	(3)	(4)	(5)	2	8	5
40-44	(1)	(3)	(3)	-	(2)	2	0	1
45-49	(1)	-	(1)	-	-	2	1	1

Waterpokken komt vooral voor bij de jongste leeftijdsgroepen onder 10 jaar en is in 2007 bij elk van die leeftijdsgroepen aanzienlijk lager dan in het voorgaande jaar. Boven de leeftijd van 50 jaar komt waterpokken sporadisch voor, in 2007 één keer.

Figuur 7.1 Aantal patiënten met waterpokken per 10.000 per leeftijdsgroep en voor Nederland, 2000-2007



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 huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>waterpokken</b>		
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

\* 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 was in 2007 de incidentie weer lager dan in het voorgaande jaar. 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. Ook in Engeland en Wales komt waterpokken voor op jongere leeftijd. Dit in tegenstelling tot in Portugal en Spanje waar waterpokken meer voorkomt bij oudere kinderen.

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.

In 2008 is de rubriek waterpokken gehandhaafd.

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

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-CIE (1998-2007)

### 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 gevallen van kinkhoest toegenomen was.<sup>8</sup> 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 de min of meer typische kenmerken en/of bewezen *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie (volgens het protocol optimale laboratoriumdiagnostiek van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding).

Bij deze omschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen klinische kinkhoest zonder bevestiging door het laboratorium en met laboratoriumonderzoek bevestigde symptomatische (al dan niet typische) *Bordetella pertussis/parapertussis* infectie. Enkele weken na een melding krijgt de huisarts het verzoek aanvullende informatie te geven over de melding en over de uitkomsten van laboratoriumonderzoek wanneer dat aangevraagd is. Ook wordt gevraagd of de patiënt ooit is ingeënt tegen kinkhoest en indien dat het geval is hoeveel doses zijn toegediend.

De aanvullende informatie wordt gebruikt door het Centrum voor Infectieziektebestrijding- Epidemiologie en Surveillance van het RIVM in Bilthoven

bij de interpretatie van de ontwikkeling van kinkhoest in Nederland. Door in de registratie dit onderscheid te maken kan inzicht verkregen worden in de frequentie waarmee door de huisarts de diagnose kinkhoest gesteld wordt op alleen het klinische beeld. Deze informatie is aanvullend op andere bronnen over het voorkomen van kinkhoest in de bevolking.

## **Resultaten**

Verdeling naar provinciegroep en omgevingsadressendichtheid.

In het jaar 2007 werden 55 patiënten met kinkhoest gemeld. Per 10.000 patiënten is dat 5.

Deze incidentie is lager dan in de twee voorafgaande jaren (zie tabel 8.1).

Tabel.8.1 Aantal patiënten met kinkhoest per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1998-2007

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z*	1	2*	3	
1998	2	4	2	8	2	5	1	4
1999	3	5	11	8	5	8	7	7
2000	3	7	10	4	4	5	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	9	8	5	3	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 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 1998-2007

leeftijdsgroep	1998	1999	2000 <sup>1</sup>	2001 <sup>1</sup>	2002 <sup>1</sup>	2003	2004	2005	2006	2007
<1	(17)	(17)	54	29	5	(7)	(29)	(8)	(18)	(8)
1-4	37	46	46	99	21	14	35	30	17	18
5-9	22	36	38	15	20	11	33	18	(7)	10
10-14	6	27	9	19	10	(3)	23	10	10	17
15-19	(4)	7	(3)	9	(2)	(4)	10	(3)	(7)	14
20-24	(1)	(2)	-	-	(1)	-	(3)	-	-	(3)
25-29	(2)	7	(2)	(2)	(2)	(2)	-	-	-	0
30-34	(2)	(4)	(1)	4	(1)	(1)	6	5	(3)	(6)
35-39	(2)	7	(4)	6	(1)	(3)	6	4	(1)	(1)
40-44	-	5	(3)	(2)	(0)	-	-	(1)	-	(5)
45-49	(1)	5	(3)	6	-	(1)	(3)	6	-	6
50-54	(2)	(2)	(1)	0	(1)	(1)	(6)	(4)	-	0
55-59	-	(3)	(3)	(2)	-	-	(3)	(5)	-	(1)
60-64	-	(7)	(5)	(4)	(2)	(2)	-	(6)	-	(2)
65-69	(2)	(2)	0	-	-	-	(5)	-	-	0
>69	-	-	(2)	(1)	(1)	-	(0)	(2)	-	-

<sup>1</sup> 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.

## Extrapolatie

Tabel 8.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>kinkhoest</b>		
1998****	5	6.250
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

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

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

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

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

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 peilstationcijfers 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. Er is wel een duidelijke seizoenstrend: in het 4<sup>e</sup> kwartaal worden de meeste meldingen gedaan (gegevens niet getoond). Volgens de huisartsenpeiling en in de aangiftecijfers komt kinkhoest het meest voor bij 0-19 jarigen.

De rubriek is in 2008 gehandhaafd op de weekstaat.



## 9 Acute gastro-enteritis

Rubriekhouder: Dr. W. van Pelt (RIVM-CIE) (1992-1993) (1996-2007)

### 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.<sup>9</sup>

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

Aanvankelijk (tot 1999) richtte het onderzoek zich met name op het vervolgen 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 Duynhoven).

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

### 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 op de weekstaat 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 fecesonderzoek. Gevraagd werd naar de reden van de aanvraag van het onderzoek, op welke micro-organismen was getest en of er antibiotica voorgeschreven waren. Indien fecesonderzoek 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 fecesonderzoek is aangevraagd. Er wordt geen nadere navraag gedaan.

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, 1998-2007

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
1998	m	27	89	81	46	55	61	97	64
1999		26	111	67	53	52	65	95	67
2000		41	108	102	85	66	85	131	90
2001		76	98	78	122	102	90	95	93
2002		65	109	106	113	81	99	151	104
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		70	36	110	123	75	77	136	88
1999	v	24	79	85	56	61	60	99	65
1999		22	109	84	66	76	66	117	74
2000		46	104	97	106	77	90	112	92
2001		55	108	97	169	100	106	127	109
2002		58	108	113	110	70	95	135	98
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	155	63	95	134	97

Tabel 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen en vrouwen, 1998-2007 (vervolg)

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1998 t	26	84	83	51	58	60	98	65
1999	24	110	76	59	64	66	107	71
2000	44	105	99	96	71	87	121	91
2001	65	103	88	145	101	98	112	101
2002	58	109	113	110	76	97	143	101
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	139	69	86	135	92

Het aantal meldingen van gastro-enteritis lag in de jaren 1996-1999 ongeveer op het niveau van 1992-1993. In 2001-2007 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 2007 komt net als het voorgaande jaar het hoogste aantal meldingen uit de zuidelijke regio. In 2007 is de incidentie in de oostelijke provinciegroep het laagst. De hoogste incidentie werd in 2007 gerapporteerd in de grote steden.

### Leeftijdsverdeling

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, 1998-2007

leeftijds- groep	mannen									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	447	319	628	765	733	490	811	855	657	560
1-4	226	259	302	365	464	440	359	297	510	355
5-9	84	110	164	164	181	166	145	185	171	119
10-14	53	82	93	81	92	156	96	82	108	57
15-19	37	57	71	94	68	85	72	85	67	46
20-24	55	69	68	85	76	103	88	93	107	60
25-29	63	54	86	43	105	97	91	81	106	43
30-34	49	60	69	68	83	97	90	63	102	47
35-39	55	32	75	71	71	65	67	63	84	62
40-44	62	48	87	69	67	52	66	42	63	37
45-49	37	28	70	50	47	61	60	46	87	64
50-54	46	49	35	52	58	58	79	53	68	68
55-59	30	39	37	50	49	51	68	55	68	81
60-64	17	45	55	92	30	82	45	71	62	46
65-69	41	65	37	44	76	62	81	62	88	66
70-74	46	31	48	83	85	85	48	72	73	119
75-79	88	36	75	47	78	53	120	62	88	100
80-84	81	27	81	58	58	110	167	158	143	174
>84	80	58	44	47	(53)	98	163	202	233	106

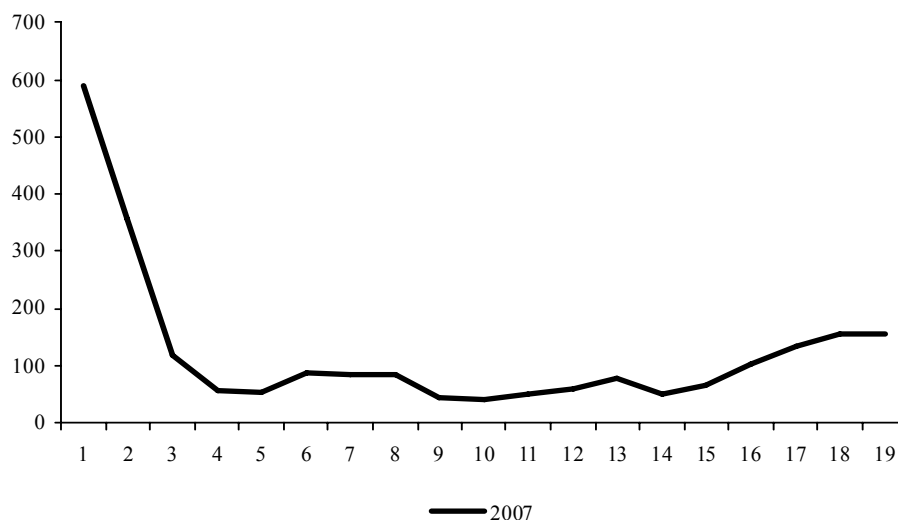
Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 vrouwen, 1998-2007 (vervolg)

leeftijds- groep	vrouwen									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	460	379	432	886	574	738	717	509	727	617
1-4	217	271	335	428	357	435	322	294	431	358
5-9	101	130	198	176	210	230	126	140	140	114
10-14	80	80	82	88	100	91	63	77	107	57
15-19	57	53	89	90	105	82	92	115	101	63
20-24	77	82	99	122	125	132	110	67	134	110
25-29	78	60	64	101	105	93	83	63	103	121
30-34	45	52	80	72	60	91	109	71	59	123
35-39	39	66	71	79	68	105	75	49	89	28
40-44	27	46	61	62	59	53	45	68	58	41
45-49	47	48	39	51	48	72	80	51	43	37
50-54	40	39	44	73	59	72	54	61	65	50
55-59	30	43	56	68	51	58	50	59	65	75
60-64	31	44	55	106	61	53	51	84	61	52
65-69	36	53	78	70	56	50	36	88	95	63
70-74	56	63	77	54	46	53	60	91	126	88
75-79	49	43	78	106	(10)	47	88	123	168	159
80-84	48	68	90	82	59	110	84	115	221	144
>84	77	94	102	76	99	75	82	103	142	173

Tabel 9.2 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per 10.000 inwoners, 1998-2007 (vervolg)

leeftijds- groep	totaal									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	453	348	536	823	653	613	765	687	690	589
1-4	222	265	318	397	412	437	341	296	472	357
5-9	92	120	180	170	195	197	136	163	156	117
10-14	67	81	87	84	96	125	80	79	107	57
15-19	47	55	80	92	86	83	82	100	84	54
20-24	67	76	84	105	101	118	99	80	121	86
25-29	71	57	75	73	105	95	87	72	104	84
30-34	47	56	74	70	72	94	99	67	80	85
35-39	47	49	73	75	69	84	71	56	86	45
40-44	44	47	74	66	63	52	55	55	61	39
45-49	42	38	55	50	48	66	70	49	65	50
50-54	43	44	39	62	59	65	67	57	67	59
55-59	30	40	47	59	50	54	57	57	67	78
60-64	28	45	55	99	46	68	48	78	61	49
65-69	38	59	59	57	65	56	58	76	92	65
70-74	51	49	64	67	63	72	54	82	102	102
75-79	64	40	77	82	38	49	101	98	125	134
80-84	59	54	87	70	58	110	115	131	193	155
>84	78	84	85	67	86	81	104	131	166	154

Figuur 9.1 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis naar leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1998-2007



leeftijdsverdeling

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

In 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 2007 was de incidentie ook bij de jongste leeftijdsgroepen (0-1 en 1-4 jaar) lager dan in het voorgaande jaar. In 2007 wordt net als in 2003-2006 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 van acute gastro-enteritis vermeld per seizoen.

Tabel 9.3 Aantal patiënten met acute gastro-enteritis per kwartaal, per 10.000 inwoners, voor 1998-2007

kwartaal	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
1998	20	11	16	17
1999	19	15	20	16
2000	23	25	20	25
2001	30	23	27	20
2002	27	25	23	25
2003	40	23	28	18
2004	25	22	24	27
2005	30	19	24	21
2006	41	28	27	23
2007	26	25	19	23

Doorgaans wordt de hoogste incidentie gezien in het winterseizoen (eerste kwartaal). Dat was ook in 2007 het geval. Over het algemeen zijn de verschillen tussen de seizoenen klein.

## Fecesonderzoek bij acute gastro-enteritis

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

Tabel 9.4 Aantal malen dat door de huisarts fecesonderzoek bij acute gastro enteritis is aangevraagd per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners 2001-2007

	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	15	18	25	31	25

Het aantal aanvragen is sinds 2003 aanzienlijk hoger dan in de beide voorgaande jaren. In 2007 werd in de oostelijke provinciegroep het meest en de zuidelijke provinciegroep het minst frequent dit onderzoek aangevraagd. In 2004-2007 wordt feces-onderzoek bij acute gastro enteritis het meest gevraagd in de grote steden.

### Leeftijdsverdeling

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

Tabel 9.5 Aantal aanvragen voor fecesonderzoek bij acute gastro enteritis per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners 2001-2007

	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
<1	69	7	86	13	90	15	49	6	82	11	45	6	118	17
1-4	39	10	50	12	78	18	45	13	57	16	61	13	78	18
5-9	13	8	11	6	36	18	30	15	18	10	25	16	28	19
10-14	7	8	13	13	15	12	15	19	24	23	19	17	9	14
15-19	12	12	19	22	13	16	17	21	32	24	26	31	22	29
20-24	13	12	17	17	32	27	22	22	17	17	42	35	30	26
25-29	9	11	13	12	32	34	22	25	16	19	41	39	35	30
30-34	14	19	15	21	26	31	27	27	22	25	31	38	25	23
35-39	10	15	13	18	19	37	17	24	20	27	19	22	24	35
40-44	9	15	10	17	22	33	23	42	22	28	23	38	13	25
45-49	14	26	9	19	19	29	20	29	19	28	10	15	22	31
50-54	17	26	6	10	19	29	24	36	12	18	22	33	18	24
55-59	12	20	14	28	16	30	23	40	16	22	19	28	14	15
60-64	11	12	12	26	11	16	12	25	17	18	27	43	26	35
65-69	8	17	(4)	6	17	30	32	60	25	25	20	22	24	27
70-74	10	17	(5)	7	15	21	19	32	13	14	21	21	16	13
75-79	8	10	(6)	15	31	63	(7)	7	3	3	26	19	10	7
80-84	23	31	-	0	13	12	(10)	9	20	13	31	16	18	10
>84	23	33	-	0	(5)	6	(7)	7	0	0	7	4	12	7

% = (aantal fecesonderzoeken per 10.000: aantal meldingen acute gastro enteritis per 10.000) x 100

Het aantal meldingen van fecesonderzoek per 10.000 personen per leeftijdsgroep vertoont globaal het patroon van het totale aantal meldingen van acute gastro-enteritis per leeftijdsgroep. Absoluut gezien worden de meeste aanvragen voor fecesonderzoek in 2007 gedaan bij de 1-4 jarigen.

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

Kinderen (<15 jaar) met acute gastro-enteritis komen vaker bij de huisarts dan kinderen op oudere leeftijd en volwassenen. Bij mensen ouder dan 14 jaar, die met klachten van acute gastro-enteritis de huisarts bezoeken, vraagt de huisarts dan ook relatief vaker fecesonderzoek aan met uitzondering van de oudste leeftijdsgroepen (>70 jaar).



## Extrapolatie

Tabel 9.6 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal*** (m+v)
<b>gastro-enteritis</b>						
1998	64	65	65	50.000	51.000	101.000
1999	67	74	71	52.250	59.000	111.250
2000	90	92	91	70.500	73.750	144.250
2001	93	103	101	73.500	83.000	156.500
2002	104	98	101	83.000	79.500	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	88	97	92	71.200	80.200	151.400

\* 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

Sinds begin 2000 ligt het aantal meldingen van acute gastro enteritis duidelijk op een hoger niveau dan de jaren ervoor. In 2007 was de incidentie lager dan in 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.<sup>10,11</sup>

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 consultatie gedrag 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 2008 ongewijzigd op de weekstaat gehandhaafd. De aanvullende vragenlijst bij aangevraagd fecesonderzoek is in 2003 gestopt. De gegevens over het aanvragen van fecesonderzoek door de huisartsen zoals tot 2003 geregistreerd en de uitkomsten van dit onderzoek zijn in 2006 gepubliceerd.

### **Publicaties op basis of 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, Witde GA, Wit de MAS, Duynhoven van YTHP. *Costs of gastroenteritis in the Netherlands*. *Epidemiol Infect.* 2004; 132:211-21

Wit de MAS, Koopmans MPG, Duynhoven van YTHP. *Risk factors for norovirus, Sapporo-like virus and group A rotavirus gastroenteritis*. *Emerg Infect Dis* 2003; 14:1563-70

Duynhoven van YTHP, Wit de MAS, Kortbeek L.M., Koopmans M.P.G. *Voedselinfecties in Nederland*. *Ned. Tijdschr. Med. Microbiol.* 2002;10:79-83

Wit de MAS. *Epidemiology of gastroenteritis in the Netherlands*. Thesis 2002



## 10 Angst voor aids

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL(1988-2007)

### Inleiding

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

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

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

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

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

## **Methode**

Gevraagd wordt elk consult te registreren waarin òf door de patiënt òf door de huisarts het onderwerp AIDS ter sprake wordt gebracht. In een vragenlijst worden enkele aanvullende gegevens over de patiënt geregistreerd, de redenen waarom de patiënt de arts bezoekt, of er gevraagd wordt om HIV-antistoffen te bepalen en of die vraag wordt gehonoreerd, of de arts om andere redenen dan de vraag van de patiënt voorstelt een dergelijke test te laten verrichten en indien een onderzoek gedaan wordt wat de uitslag ervan is.

Tenslotte wordt gevraagd naar de acties die de huisarts verder onderneemt in relatie tot de vraagstelling van de patiënt en of er een vervolgcontact afgesproken wordt.

Uitgebreide rapportage over dit aanvullende onderzoek heeft elders plaats.

## **Resultaten**

Het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt per 10.000 inwoners per provinciegroep en naar mate van adressendichtheid en voor Nederland wordt weergegeven in tabel 10.1.

Tabel 10.1 Aantal patiënten waarin angst voor AIDS aan de orde komt, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners 1998-2007

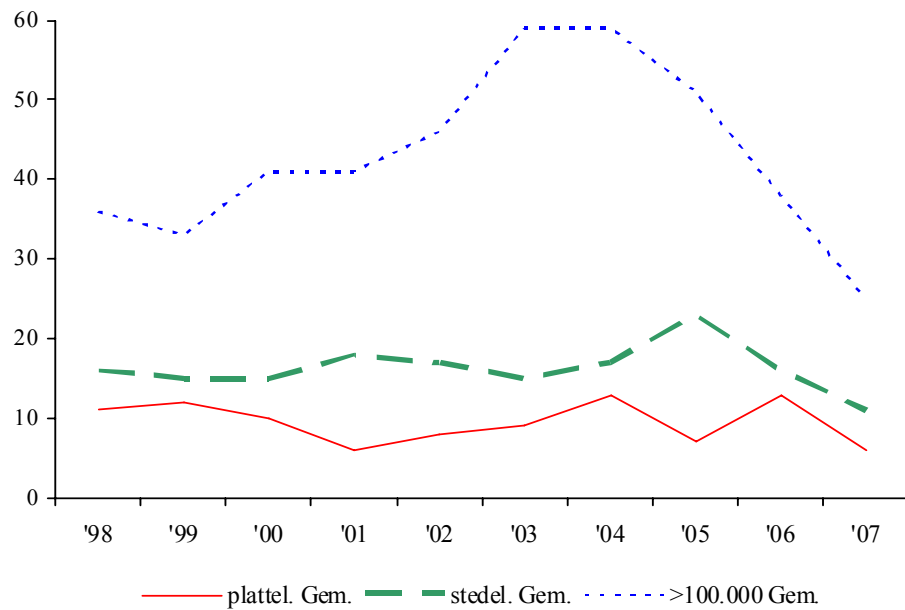
	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1998	12	12	25	18	11	16	36	18
1999	9	14	21	19	12	15	33	17
2000	7	14	27	19	10	15	41	19
2001	13	8	29	25	6	18	41	20
2002	6	12	31	25	8	17	46	20
2003	3	18	35	17	9	15	59	22
2004	6	41	36	20	13	17	59	25
2005	15	26	32	16	7	23	51	25
2006	8	14	29	17	13	16	38	21
2007	7	8	22	6	6	11	25	13

De huisartsen in de grote steden hebben duidelijk meer consulten waarin AIDS ter sprake komt dan elders (vergelijk figuur 10.1).

De westelijke provincies lieten de afgelopen 3 jaar het hoogste aantal meldingen zien.

Uit de aanvullende gegevens blijkt dat het aantal consulten waarin een verzoek om een test op HIV-antistoffen wordt gedaan aanvankelijk gestaag is toegenomen: van 131 in 1990 naar 321 in 1994. Vanaf 1995 is het aantal verzoeken om een test op HIV-antistoffen gedaald. In 2000 is er een einde aan deze dalende trend gekomen en schommelt het aantal meldingen tussen de 20 en 25 per 10.000. In 2007 is er 129 maal (87%) om een test verzocht. Hoewel niet elk verzoek om een test wordt ingewilligd, nam ook het aantal tests dat wordt verricht aanvankelijk toe: van 121 in 1990 naar 259 in 1994. In 2007 is dit aantal 121 (81%). In een klein aantal van deze gevallen neemt de huisarts zelf het initiatief tot het doen van een test.

Figuur 10.1 Aantal patiënten waarin angst voor AIDS aan de orde komt, naar adressendichtheid, per 10.000 inwoners, 1998-2007



### Leeftijdsverdeling

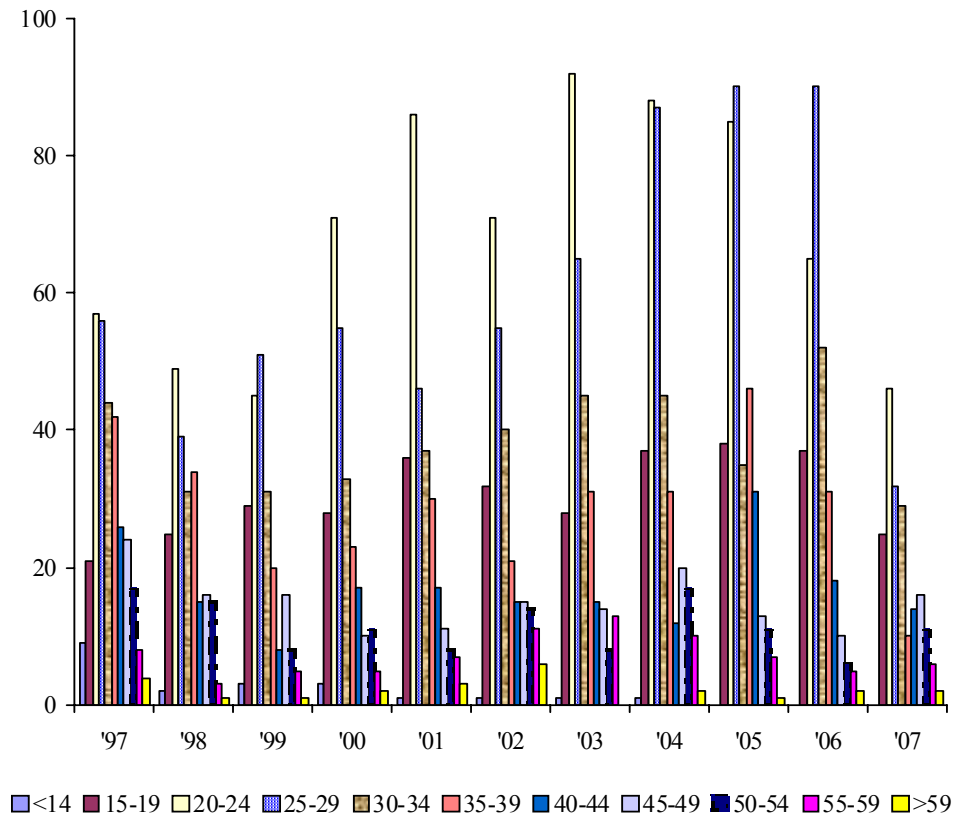
In tabel 10.2 worden de aantallen consulten waarin AIDS aan de orde komt vermeld per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep, voor beide geslachten tezamen (vergelijk figuur 10.2). In 2007 worden de meeste vragen gesteld door de patiënten in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Er is in 2007 een daling in de leeftijdsgroepen tot 45 jaar.



Tabel 10.2 Aantal patiënten waarin angst voor AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep per 10.000 inwoners, 1998-2007

leeftijdsgroep	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<14	(2)	(3)	(3)	(1)	(1)	(1)	(1)	0	0	0
15-19	25	29	28	36	32	28	37	38	37	25
20-24	49	45	71	86	71	92	88	85	65	46
25-29	39	51	55	46	55	65	87	90	90	32
30-34	31	31	33	37	40	45	45	35	52	29
35-39	34	20	23	30	21	31	43	46	31	10
40-44	15	8	17	17	15	15	12	31	18	14
45-49	16	16	10	11	15	14	20	13	10	16
50-54	15	8	11	8	14	8	17	11	(6)	11
55-59	(3)	5	(5)	7	11	13	10	7	(5)	(6)
>59	(1)	(2)	(2)	(3)	6	-	(2)	(1)	(2)	(2)

Figuur 10.2 Aantal patiënten waarin angst voor AIDS aan de orde komt per leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1998-2007



## Extrapolatie

Tabel 10.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal***
<b>angst voor aids</b>		
1998	18	28.000
1999	17	27.750
2000	19	30.000
2001	20	32.000
2002	20	32.000
2003	22	35.500
2004	25	40.500
2005	25	40.750
2006	21	34.300
2007	13	21.265

\* 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 een aanvankelijke stijging vanaf het begin van de registratie in 1988 zijn vanaf 1995 de aantallen consulten op een lager niveau dan voorheen constant gebleven tot 2000. Vanaf dat jaar was er weer een toename zichtbaar, maar

in 2007 was het aantal vragen lager dan in het voorgaande jaar. Er is een daling in de leeftijdsgroepen tot 45 jaar.

Het merendeel van de vragen over AIDS aan de huisarts wordt in de jaren tot en met 2007 gesteld door de leeftijdsgroep van 20-29 jaar. In de peilstationregistratie is in 2007 56% van de personen die over AIDS komen praten tussen de 20 en 40 jaar.

Tot en met 1994 is in alle leeftijdsgroepen tussen 15 en 35 jaar het aantal consulten waarin AIDS aan de orde komt toegenomen. Vanaf 1995 is juist bij deze leeftijdsgroepen een sterke daling opgetreden.

De rubriek is in 2008 geïntegreerd in een nieuw gestarte rubriek van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA).

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

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 Urethritis bij de man

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker (NIVEL) 2005-2007

### Inleiding

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

De 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-en bieden laagdrempelige soa-zorg aan hoogerisicogroepen en mensen die anoniem wensen te blijven.

Registratie in de CMR Peilstations Nederland kan een goede aanvulling op deze nationale surveillance geven. In de laatste jaren is het aantal soa-consulten bij de GGD-en sterk toegenomen, maar de huisartsen nemen naar schatting nog steeds tweederde tot driekwart van de soa-gerelateerde consulten voor hun rekening.

Soa-vragen die niet tot een soa-diagnose leiden worden niet altijd als zodanig gerapporteerd. Daarom is hier gekozen voor registratie van het ziektebeeld urethritis bij de man, dat omzeilt het probleem van onderdiagnostiek bij verwekker specifieke registraties en geeft naar verwachting toch inzicht in trends in het aantal soa.

## **Methode**

De huisarts wordt gevraagd elke patiënt te melden waarbij een (sub)acute afscheiding uit de penis bestaat, waarbij doorgaans dysurie optreedt. Deze omschrijving sluit aan bij de definitie zoals indertijd gehanteerd in het Amsterdams Peilstation project. Vanuit 2004 werd voor elke patiënt een korte vragenlijst ingevuld met betrekking tot laboratoriumtest en diagnose.

Wanneer bij een patiënt met urethritis tijdens het consult de ziekte AIDS ter sprake komt wordt de patiënt ook gemeld in de rubriek 'angst voor AIDS'.

## **Resultaten**

Het aantal patiënten met urethritis per 10.000 mannen per provinciegroep en naar adressendichtheid is met het aantal voor heel Nederland in tabel 11.1 gegeven.

Tabel 11.1 Aantal patiënten met urethritis per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 mannen, 1998-2007

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
1998	15	16	23	12	18	17	20	17
1999	9	29	25	12	5	20	39	20
2000	19	24	23	17	10	21	31	19
2001	12	24	26	24	13	23	32	23
2002	8	30	28	23	8	26	26	23
2003	17	31	29	25	32	18	39	25
2004	3	5	16	18	9	12	20	13
2005	2	12	18	9	14	9	24	12
2006	3	7	19	5	6	10	18	11
2007	16	8	28	25	11	19	35	20

De landelijke incidentie van urethritis was na een daling in de eerste helft van de jaren negentig van 1996-2000 redelijk constant. Van 2001 tot 2003 nam de incidentie toe, van 2004-2006 was de incidentie aanzienlijk lager dan in de voorafgaande acht jaar en in 2007 was de incidentie weer hoger.

Net als in de meeste voorgaande jaren werd in 2007 urethritis meer gemeld in de westelijke provincies. Ook het aantal meldingen in de noordelijke en zuidelijke provincies is in 2007 gestegen. In 2007 was net als in voorgaande jaren de incidentie in de grote steden het hoogst.

### Seizoensinvloeden

Belangrijke verschillen tussen de seizoenen worden niet gevonden.

## Leeftijdverdeling

In tabel 11.2 wordt de leeftijdsverdeling gegeven van de patiënten met urethritis welke door de huisarts zijn gemeld.

Tabel 11.2 Aantal patiënten met urethritis per leeftijdsgroep per 10.000 mannen, 1998-2007

leeftijds- groep	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	(7)	13	(10)	(5)	(8)	(12)	(7)	(8)	(7)	(22)
20-24	22	15	28	45	27	34	28	36	38	70
25-29	26	26	26	37	25	51	26	21	37	50
30-34	26	39	39	33	35	36	31	22	31	50
35-39	18	36	24	18	22	41	18	21	18	25
40-44	26	12	34	39	29	22	15	20	(10)	16
45-49	20	21	14	19	18	19	8	12	(8)	(10)
50-54	23	31	14	11	31	17	19	(9)	(3)	14
55-59	24	15	20	38	33	34	14	(5)	(9)	(6)
60-64	21	24	26	37	64	(4)	(0)	(7)	0	(13)
65-69	12	45	37	26	38	53	10	(8)	0	(9)
70-74	26	41	39	31	37	43	(6)	(5)	0	(6)
75-79	15	-	31	(13)	-	(8)	(0)	(14)	0	(23)
80-84	27	-	(23)	0	(12)	(12)	(13)	(10)	(14)	62
>84	-	-	(44)	(31)	(18)	(20)	(0)	(0)	(26)	(21)

Het merendeel van de patiënten (66%) is tussen de 20-44 jaar oud. In 2007 was net als voorgaande jaren de hoogste incidentie bij de 20-34 jarigen. Vooral de incidentie tussen 15 en 35 jaar is in 2007 vergeleken bij de voorgaande jaren sterk gestegen. Op oudere leeftijd (65+) is urethritis vaker een gevolg van prostatisme dan van SOA.



## Extrapolatie

Tabel 11.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	m	m
<b>urethritis bij man</b>		
1998	17	13.000
1999	20	15.500
2000	21	16.500
2001	23	18.000
2002	23	18.500
2003	25	20.000
2004	13	10.500
2005	12	9.680
2006	11	8.880
2007	20	16.000

\* 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 hoogste incidentie van urethritis bij mannen werd consequent in de grote steden geregistreerd.

Na 3 jaren van lage incidentie was deze in 2007 bijna het dubbele van het voorgaande jaar. In dezelfde periode, van 2004 tot 2007, werd op de soa-poli's juist een stijging van het aantal mannen met Chlamydia en gonorrhoe gezien. De westelijke provincies en de grote steden scoorden het hoogst in de incidentie van urethritis. Dit komt overeen met bevindingen met betrekking tot soa in de soa-poli en resultaten van de pilot-prevalentiestudie Chlamydia (2003). De leeftijdsgroep 20-34 jaar scoort het hoogst in incidentie. Vooral de incidentie tussen 15 en 35 jaar is in 2007 vergeleken bij de voorgaande jaren sterk gestegen. Dat is de leeftijd waarop veel jongeren wel seksueel actief zijn, maar nog geen vaste partner hebben. Aandacht voor voorlichting aan jongeren met betrekking tot veilig seksueel gedrag blijft geboden.

De rubriek is in 2008 veranderd in de rubriek SOA voor mannen en vrouwen.

## 12 Sportletsels

Rubriekhouder: Mw. I. Vriend (Stichting Consument en Veiligheid) (2005-2007)

### Inleiding

Lichaamsbeweging vermindert de medische consumptie, leidt tot minder arbeidsverzuim en verhoogt de productiviteit.<sup>12</sup> De economische winst door sport en bewegen is berekend op 725 miljoen euro per jaar.<sup>13, 14</sup> Sport kent echter ook een schaduwzijde, een verhoogd risico op blessures, letsels en andere sportgerelateerde problemen. Over de omvang van sportgerelateerde problemen is weinig bekend.<sup>14</sup> De huisarts ziet in de meeste gevallen de sportletsels waarvoor medische behandeling nodig is. Er wordt steeds meer gesport in Nederland. Vooral vrouwen van middelbare en oudere leeftijd beoefenen steeds vaker recreatiesporten, zodat naar verwachting het aantal sportletsels zal toenemen en er mogelijk een leeftijdsverschuiving plaatsvindt.<sup>12</sup> Hoe vaak er bij de huisarts hulp gezocht wordt voor sportletsels is niet goed bekend.

Op verzoek van de Stichting Consument en Veiligheid werd de rubriek in 2005 op de weekstaat geplaatst. Doel is vast te stellen hoe vaak de huisarts door de patiënt wordt geconsulteerd voor sportletsels. Huisartsen hebben na elk consult met betrekking tot sportletsels bovendien een korte vragenlijst ingevuld om aanvullende gegevens te verkrijgen met betrekking tot de aard van het sportletsel en de toedracht van het ongeval.

### Resultaten

In 2007 werden meer sportletsels gerapporteerd dan in 2005 en 2006.

Mannen bezoeken de huisartsen bijna twee maal zo vaak als vrouwen met sportletsels. Het bezoek aan de huisarts met sportletsels is op het platteland het hoogst en neemt af met toename van de mate van adressendichtheid (tabel 12.1). Het bezoek aan de huisarts wordt waarschijnlijk bevorderd door een grotere afstand tot het ziekenhuis. In het noorden ziet de huisarts minder

sportletsels dan in de rest van het land (tabel 12.1)

Tabel 12.1 Aantal patiënten met een sportletsel per provinciegroep naar adressendichtheid en voor heel Nederland per 10.000 mannen en 10.000 vrouwen, 2005-2007

		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
		N	O	W	Z	1	2	3	
2005	m	65	161	154	91	151	129	98	128
2006		93	172	179	151	255	148	108	157
2007		135	179	201	194	247	161	182	179
2005	v	29	62	63	55	72	59	26	56
2006		46	90	97	78	154	74	57	83
2007		77	91	127	100	152	97	81	103
2005	t	47	112	107	73	111	94	61	92
2006		69	131	136	114	205	110	82	120
2007		106	135	163	147	199	128	131	141

### Seizoensinvloeden

In de zomer worden duidelijk minder sportletsels gezien dan in de rest van het jaar (tabel 12.2). Het feit dat het wedstrijdseizoen en trainingen van veel sporttakken eindigen in mei en de zomervakantie spelen hierbij ongetwijfeld een rol.

Tabel 12.2 Aantal patiënten met een sportletsel per kwartaal per 10.000 inwoners, 2005-2007

		week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2005	m	30	33	27	38
2006		36	41	31	49
2007		57	41	37	44
2005	v	15	13	12	16
2006		20	23	15	25
2007		31	28	20	24
2005	t	23	23	19	27
2006		28	32	23	36
2007		44	34	28	34

### Leeftijdsverdeling

Op alle leeftijden met uitzondering van de babyleeftijd zijn het aantal door de huisartsen gerapporteerde sportletsels hoger dan in de voorgaande twee jaren. Sportletsels komen met uitzondering van de babyleeftijd op bijna alle leeftijden voor (tabel 12.3), maar kennen een piek bij jongens en meisjes van 15-19 jaar. Daarna neemt het aantal sportletsels en waarschijnlijk ook het beoefenen van sport bij zowel mannen als vrouwen geleidelijk af met de leeftijd.

Tabel 12.3 Aantal patiënten met een sportletsel per leeftijdsgroep per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen en voor Nederland, 2005-2007

leeftijdsgroep	mannen			vrouwen			totaal		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
<1	-	(0)	(0)	-	(75)	(0)	-	36	(0)
1-4	(3)	(0)	(8)	(3)	(0)	(4)	(3)	(0)	6
5-9	69	69	74	61	73	74	65	66	74
10-14	245	368	477	243	343	330	244	356	405
15-19	435	468	589	182	267	391	311	371	491
20-24	314	379	346	75	132	172	192	252	257
25-29	239	255	240	72	73	124	155	161	180
30-34	141	177	189	28	60	79	85	118	134
35-39	107	148	177	41	74	62	75	110	118
40-44	112	136	171	42	64	70	78	100	121
45-49	97	111	125	51	63	91	75	87	108
50-54	58	88	85	40	31	72	49	60	78
55-59	46	78	95	26	66	47	36	72	71
60-64	26	62	92	19	21	68	22	41	80
65-69	39	52	57	(11)	34	38	25	43	47
70-74	(19)	34	34	(0)	39	29	(9)	36	31
75-79	(0)	36	(23)	(0)	36	(17)	(0)	18	20
80-84	(11)	(0)	(37)	(6)	(17)	34	(8)	11	35
>84	(18)	(0)	(42)	(0)	(10)	(25)	(5)	(7)	30

### Extrapolatie

Extrapolatie van de gegevens naar landelijke cijfers leert dat de huisartsen ongeveer 230.600 sportletsels per jaar behandelen.

Tabel 12.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpopulatie

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*			Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	totaal (m+v)	m	v	totaal*** (m+v)
<b>sportletsels</b>						
2005	128	56	92	103.000	46.000	150.000
2006	157	83	120	127.000	69.000	196.000
2007	179	103	141	144.800	85.200	230.000

\* 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 geven inzicht in de omvang van het probleem sportletsels in de huisartspraktijk, zo'n 230.600 per jaar, waarbij mannen een veel grotere kans op een letsel blijken te hebben dan vrouwen. De letsels komen op alle leeftijden voor, maar pieken op de tienerleeftijd bij jongens en meisjes (15-19 jaar). Het feit dat plattelandsartsen meer sportletsels behandelen heeft ongetwijfeld te maken met de grotere afstand tot het ziekenhuis, waardoor directe hulp in het ziekenhuis een minder aantrekkelijke optie is. De stijging van het aantal geregistreerde sportletsels in de afgelopen jaren zou een gevolg kunnen zijn van de voor patiënten meer herkenbare huisartsenzorg op dit terrein tijdens avond-, nacht en weekenddiensten (op huisartsenposten).

Enige onderrapportage bij het starten van deze nieuwe rubriek is echter ook niet uit te sluiten evenals een toename van het aantal sportletsels. Nadere analyse van het type letsel bij het beoefenen van diverse takken van sport moet meer licht werpen op mogelijkheden tot preventie.

Deze rubriek is in 2008 van de weekstaat afgevoerd



## 13 Ongewenste zwangerschap

Rubriekhouder: Mw. dr. C. Wijsen (Rutgers Nisso Groep) (2003-2007)

### 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 er 4.250 zijn uitgevoerd 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.<sup>15</sup>

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.<sup>16</sup>

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 ongewenste 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 2007 zijn iets minder meldingen gedaan van ongewenste zwangerschap dan het jaar ervoor. Omgerekend naar de totale bevolking gaat het om 22 meldingen per 10.000 vrouwen (tabel 13.1).

Uitgesplitst naar provinciegroep en naar adressendichtheid, blijkt dat in 2007 in de westelijke en zuidelijke provincies en in de grote steden het aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap dat de huisarts consulteert, het hoogst is.

Tabel 13.1 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt met een ongewenste zwangerschap per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland, per 10.000 vrouwen, 2003-2007

	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	32	14	17	46	22

## Leeftijdverdeling

Het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap is weergegeven in tabel 13.2.

Tabel 13.2 Aantal vrouwen dat de huisarts raadpleegt wegens een ongewenste zwangerschap per leeftijdsgroep, per 10.000 vrouwen in 2003-2007

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

In 2007 was er 1 ongewenste zwangerschap in de leeftijdsgroep 10-14 jaar en 24 overeenkomend met 75 per 10.000 in de leeftijdsgroep 15-19 jaar. In totaal waren er dus 25 ongewenste tienerzwangerschappen en dat is meer dan in de voorgaande jaren (18 in 2006 en 2005). Van het totaal van het absolute aantal gemelde ongewenste zwangerschappen was 21% van de vrouwen onder de 20 jaar (in 2006 16,4% en in 2005 14,0%).

Het hoogste aantal ongewenste zwangerschappen was in 2007 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. Sinds 2005 stijgt het aantal tienerzwangerschappen, dat gemeld wordt bij de huisarts.

## Extrapolatie

Tabel 13.3 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	v	v
<b>ongewenste zwangerschap</b>		
2003	28	22.000
2004	22	18.000
2005	19	16.000
2006	23	19.000
2007	22	18.000

\* 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 22 meldingen van ongewenste zwangerschap per 10.000 vrouwen worden omgerekend voor de groep bij wie een zwangerschap zou kunnen optreden (de leeftijdsgroep 15-44 jaar), dan blijkt dat er 35 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.<sup>17</sup> Ten tweede zijn er een aantal vrouwen die niet tot een abortus overgaan.

De cijfers van 2007 laten zien dat er een lichte afname is van het totaal aantal ongewenste zwangerschappen, maar een relatieve toename van het aantal tienerzwangerschappen. Het is gezien de lage meldingsfrequentie in de peilstations mogelijk dat de stijging het gevolg is van een toevallige fluctuatie. Dat neemt echter niet weg dat het van groot belang is om de vinger aan de pols te houden en in de stijging van het aantal ongewenste tienerzwangerschappen een aanleiding te vinden om hernieuwde aandacht aan voorlichting en preventie te schenken.

De rubriek is in 2008 gehandhaafd.



## 14 Seksuele problematiek en seksueel geweld

Rubriekhouder: Drs. H. Kedde (Rutgers Nisso Groep) (2003-2007)

### 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.

Seksuele problemen kunnen variëren van relatief onschuldige problemen als onvrede over de frequentie van het seksueel contact tot ernstiger problemen als parafiliën en genderidentiteitsproblemen. Seksueel geweld omvat zowel meldingen van slachtoffers, daders, als overige mogelijke betrokkenheid bij seksueel geweld. Een gerichte registratie bij huisartsen kan voorzien in de behoefte aan overzicht over 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.

## 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 2007 werden er door de peilstations 12 meldingen gedaan van seksueel geweld. Het betrof 4 mannen en 8 vrouwen, hun leeftijd varieerde tussen de 3 en 60 jaar. In tabel 14.1 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 2007 weinig seksueel geweld geregistreerd door de huisartsen: 2 van elke 100.000 vrouwen en 1 van elke 100.000 mannen kwamen bij de huisarts in 2007.

Tabel 14.1 Aantal patiënten dat de huisarts raadpleegt na seksueel geweld per 100.000 mannen en per 100.000 vrouwen, 2003-2007

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



## 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 14.2.

Tabel 14.2 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, 2003-2007

		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	13	25	21	13	20
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	7	11	15	11

Mannen raadplegen in 2007, net als in voorgaande jaren, vaker de huisarts in verband met een seksueel probleem dan vrouwen. Er wordt minder vaak een seksueel probleem gemeld in de noordelijke provincies. In de grote steden melden zich de meeste vrouwen met een seksueel probleem en op het platteland in 2007 in tegenstelling tot voorgaande jaren de meeste mannen.

## Leeftijdverdeling

Het aantal mannen en het aantal vrouwen per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem is weergegeven in tabel 14.3.

Tabel 14.3 Aantal patiënten per leeftijdsgroep dat de huisarts raadpleegt in verband met een seksueel probleem per 10.000 mannen en per 10.000 vrouwen, 2003-2007

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

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. De meest voorkomende leeftijd voor vrouwen is 55-59 jaar en die voor mannen 60-64. Daarnaast is er een duidelijke toename van het aantal mannen boven de 70 jaar, dat de huisarts raadpleegt. Vrouwen ouder dan 60 komen nauwelijks bij de huisarts in verband met een seksueel probleem.

## Extrapolatie

Tabel 14.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*		Nederland** (absolute aantallen)		
	m	v	m	v	totaal*** (m+v)
<b>seksueel probleem</b>					
2003	18	5	14.5000	6.000	20.500
2004	23	10	18.500	8.250	26.750
2005	25	15	20.165	12.360	32.525
2006	20	13	16.100	10.700	26.800
2007	20	11	16.200	9.100	25.300

\* 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 2007 en kwam twee keer zo vaak bij vrouwen voor als bij mannen.

Mannen raadplegen bijna 2 maal zo vaak als vrouwen de huisarts met een seksueel probleem. Mannen in de leeftijd vanaf 60 jaar bezoeken het meest de huisarts met een seksueel probleem. Bij de vrouwen zijn er twee leeftijdscategorieën die het vaakst de huisarts bezoeken in verband met seksuele problemen: jonge vrouwen (30-34 jaar) en vrouwen tussen de 55-59 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 5 jaar plaatsgevonden en heeft inmiddels geleid tot publicaties betreffende de incidentie van seksuele problemen en het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen. Omdat het bij seksueel geweld om kleine aantallen gaat is het belangrijk de registratie voort te zetten en ook daarover te publiceren.

In 2008 is deze rubriek ongewijzigd gehandhaafd.

## **Publicaties op basis of 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

## 15 Levens einde onderzoek

Rubriekhouder: Prof. dr. L. Deliens, VUmc Amsterdam, EMGO-instituut, afdeling Sociale Geneeskunde (2005-2007)

### Inleiding

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

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

Voor de planning van zorgvoorzieningen en de verbetering van de zorg voor patiënten in de laatste maanden van hun leven is onderzoek noodzakelijk. Omdat huisartsen bij het overgrote deel van mensen, die overlijden, betrokken zijn, zijn de peilstations bij uitstek geschikt om dit onderzoek te doen. Onder andere met behulp van de onderzoeksgegevens zullen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld worden. Dit hoofdstuk geeft slechts de aantallen per regio, adressendichtheid en seizoen weer. Over het aanvullende onderzoek met betrekking tot de zorg rond het levens einde 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, aan welke ziekte(n) de patiënt in die tijd heeft geleden en het hoe en waar van het overlijden. Een zelfde onderzoek wordt in de Belgische Peilpraktijken uitgevoerd. De eerste bevindingen zijn gezamenlijk op internationale congressen gerapporteerd.

## 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 2007 worden weergegeven in tabel 15.1.

Tabel 15.1 Aantal sterfgevallen levenseinde onderzoek per 10.000 inwoners naar provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2007

	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	66	63	45	50	84	53

## Seizoensinvloeden

In tabel 15.2 worden het aantal gemelde patiënten voor het levenseinde onderzoek per 10.000 personen per kwartaal weer gegeven.

Tabel 15.2 Aantal sterfgevallen levenseinde onderzoek per 10.000 inwoners per kwartaal in 2005-2007

	week 1-13	week 14-26	week 27-39	week 40-52
2005	13	11	12	11
2006	12	12	16	11
2007	15	12	12	14

In het eerste en vierde kwartaal is het aantal overleden personen gemeld voor het levenseinde onderzoek hoger dan in de andere kwartalen.

## Leeftijdsverdeling

De Leeftijdsverdeling van het aantal gemelde patiënten voor het levenseinde onderzoek per leeftijdsgroep in 2007 is weergegeven in tabel 15.3.

Tabel 15.3 Aantal sterfgevallen levenseinde onderzoek per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep in 2005-2007

leeftijdverdeling	2005	2006	2007
<1	(26)	(21)	(20)
1-4	(0)	(0)	(10)
5-9	-	(0)	(0)
10-14	(3)	(0)	(0)
15-19	(3)	0	(0)
20-24	0	(2)	10
24-29	(1)	(2)	(2)
30-34	0	(2)	(2)
35-39	7	(2)	(5)
40-44	10	(6)	(5)
45-49	10	13	14
50-54	20	19	24
55-59	38	21	28
60-64	68	87	64
65-69	85	80	123
70-74	131	173	142
75-79	268	282	253
80-84	402	426	422
>84	1106	915	933

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 15.4 Extrapolatie van gevonden incidentie op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>levenseinde onderzoek</b>		
2005	48	78.000
2006	50	82.000
2007	53	87.000

\* 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 2007 was in Nederland de totale sterfte per 1000 inwoners (CBS: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)), iets lager dan in 2006 (8,3). 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, daar juist verpleeghuizen en hospices een hoog sterftecijfer kennen.

In de 2<sup>e</sup> Nationale Studie is een “incidentie” van overlijden van 4,1 per 1000 gevonden.<sup>18</sup> Dit is als onderrapportage beschouwd. In de onderhavige registratie met 5,3 per 1000 lijkt daar ook sprake van te zijn, doch in mindere mate. Met een stijgende trend sinds de start van de studie lijkt de onderrapportage bovendien af te nemen.

In 2008 is de rubriek op de weekstaat gehandhaafd en een aantal onderwerpen in de vragenlijst vervangen.

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

Abarshi E, Echteld M, Block van den L, Donker G, Onwuteaka-Philipsen B. *Care setting transitions at the end of life in The Netherlands*. 9<sup>th</sup> 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, Deliëns L. *Monitoring end-of-life care via general practice in Europe: a study with the Sentinel Surveillance Networks of General Practitioners*. Workshop at the 13<sup>th</sup> WONCA Europe Conference in Paris, October 2007

## **16 Suicide(poging)**

Rubriekhouder: Dr. P. Verhaak (NIVEL) (1979-2007)

### **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 2000-2007 respectievelijk 87, 93, 47, 43, 55, 71, 24 en 49.

Het aantal pogingen per provinciegroep en adressendichtheid per 10.000 inwoners is in tabel 16.1 te vinden. Deze uitsplitsing in subgroepen heeft gezien de lage frequentie beperkte waarde.

In 2006 wordt het laagste aantal suïcide(pogingen) gemeld van de laatste 10 jaar. In 2007 is het vergelijkbaar met 2004 en 2005.

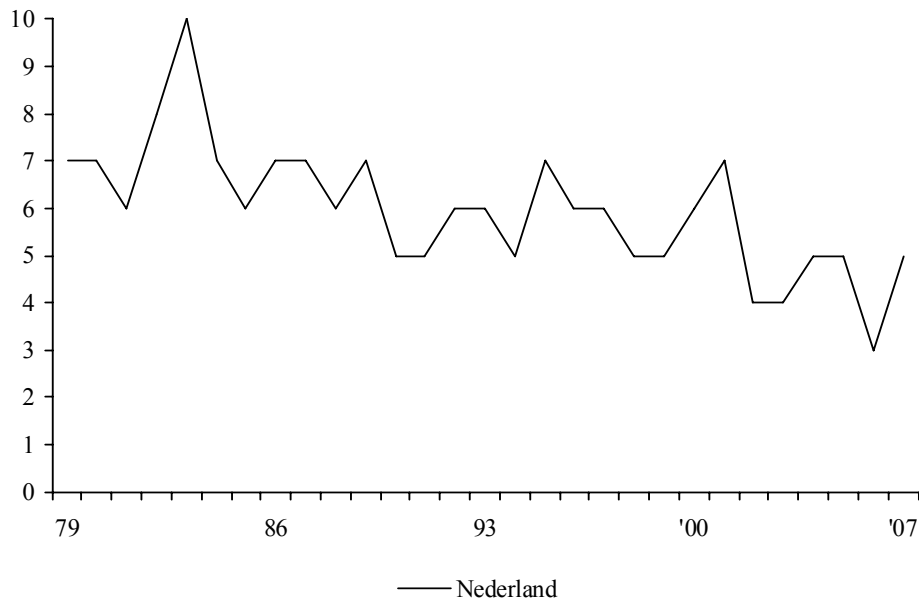
Wanneer naar de adressendichtheid gekeken wordt, dan worden met uitzondering van 2000, 2002 en 2007 de meeste suïcidepogingen gemeld in de grote steden. In 2007 was het aantal op het platteland iets groter.

De distributie naar provinciegroep vertoont een minder consistent beeld, mogelijk wegens de kleine aantallen. In 2007 was de incidentie in het westen des lands het hoogst.

Tabel 16.1 Aantal patiënten met een suïcide(poging) per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland per 10.000 inwoners, 1998-2007

	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	7	4	6	5

Figuur 16.1 Aantal patiënten met een suïcide(pogingen) voor heel Nederland, per 10.000 inwoners, 1979-2007



### Leeftijdverdeling

Tabel 16.2 geeft de frequentie van de suïcide(poging) per 10.000 inwoners, per leeftijdsgroep voor de laatste 10 jaar.

In tabel 16.3 is de frequentie per 100.000 inwoners per leeftijdsgroep opgenomen voor de laatste 9 jaar.

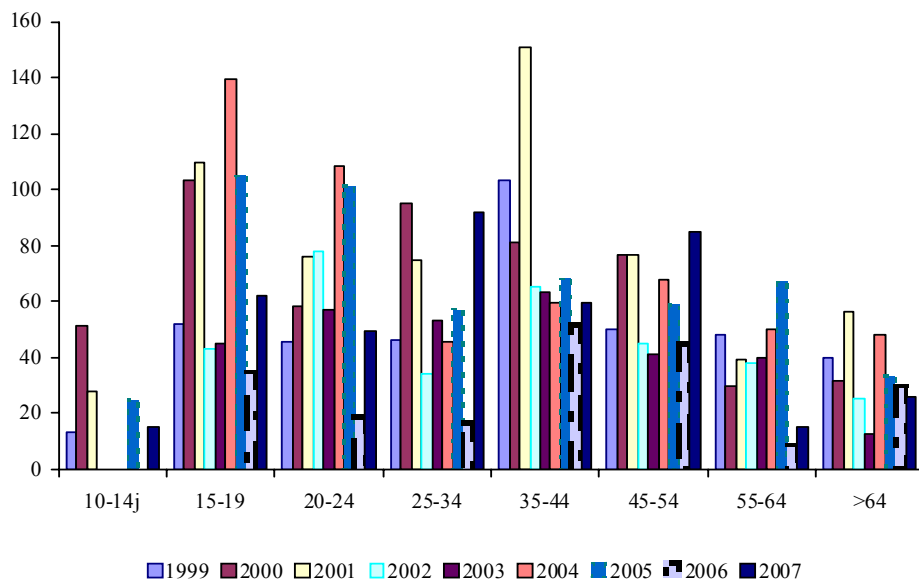
Tabel 16.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 10.000 inwoners, 1998-2007

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

Tabel 16.3 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2007

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)

Figuur 16.2 Aantal patiënten met een suïcide(poging) naar leeftijdsgroep, per 100.000 inwoners, 1999-2007



## Extrapolatie

Tabel 16.4 Extrapolatie van gevonden incidenties op de Nederlandse huisartsenpraktijk

rubriek jaar	frequentie incidentie (per 10.000)*	Nederland** (absolute aantallen)
	totaal (m+v)	totaal*** (m+v)
<b>suïcide (pogingen)</b>		
1998	5	7.750
1999	5	7.750
2000	6	9.500
2001	6	9.500
2002	4	6.500
2003	4	6.500
2004	5	8.000
2005	5	8.150
2006	3	4.900
2007	5	8.200

\* 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 2007 geven geen steun aan een door sommige vermoede stijging van de incidentie van suïcide(pogingen) in Nederland. In 2006 is het laagste aantal patiënten gemeld sinds de aanvang van de registratie van deze rubriek in 1979, maar 2007 is vergelijkbaar met de daaraan voorafgaande jaren 2004 en 2005.

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

Deze rubriek is in 2008 op de weekstaat gehandhaafd.

## Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

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.

The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003.

**BACKGROUND:** Many patients attempting or committing suicide consult their general practitioner (GP) in the preceding period, indicating that GPs might play an important role in prevention. The aim of the present study was to analyse the epidemiology of suicidal behaviour in Dutch General Practice in order to find possible clues for prevention.

**METHOD:** Description of trends in suicide and suicide attempts occurring from 1983-2003 in the Dutch General Practice Sentinel Network, representing 1% of the Dutch population. The data were analysed with regard to: 1) suicidal behaviour trends and their association with household situation; 2) presence of depression, treatment of depression and referral rate by GPs; 3) contact with GP before suicide or suicide attempt and discussion of suicidal ideation. **RESULTS:** Between 1983 and 2003 the annual number of suicide and suicide attempts decreased by 50%. Sixty percent of the patients who committed or attempted suicide were diagnosed as depressed, of whom 91% were treated by their GP with an antidepressant. Living alone was a risk factor for suicide (odds ratio

1.99; 95% CI 1.50 to 2.64), whereas living in a household of 3 or more persons was a relative risk for a suicide attempt (odds ratio 1.81; 95% CI 1.34 to 2.46). Referral to a psychiatrist or other mental health professionals occurred in 65% of the cases. GPs recalled having discussed suicidal ideation in only 7% of the cases, and in retrospect estimated that they had foreseen suicide or suicide attempts in 31% and 22% of the cases, respectively, if there had been contact in the preceding month. CONCLUSION: With regard to the prescription of antidepressants and referral of suicidal patients to a psychiatrist, Dutch GPs fulfil their role as gatekeeper satisfactorily. However, since few patients discuss their suicidal ideation with their GP, there is room for improvement. GPs should take the lead to make this subject debatable. It may improve early recognition of depressed patients at risk and accelerate their referral to mental health professionals.

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: nr. 4, p. 14, Abstract. 12 th Annual EUPHA meeting

## **17 Euthanasie en hulp bij zelfdoding (verzoek tot toepassing)**

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (1976-2007)

Sinds 1976 wordt de aan de huisarts gestelde vraag om euthanasie te willen toepassen geregistreerd. Bij deze registratie wordt niet onderzocht of de huisarts een dergelijk verzoek heeft ingewilligd.

De artsen worden aan het begin van het jaar op de hoogte gebracht van het komende onderzoek. Aan 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'.<sup>19</sup>

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

In 2007 is het aantal verzoeken 32, (16 mannen en 16 vrouwen). Dit is 3.0 per 10.000, relatief minder dan in 2006 (3.4 per 10.000). Van de patiënten die in 2007 een verzoek om toepassing van euthanasie doen heeft 84% een maligniteit. Dit ligt iets boven het gemiddelde (75%) over de periode 1976-2007.

De meeste patiënten worden thuis verpleegd.

Bij 27 verzoeken (84%) wordt het verzoek ondersteund met een schriftelijke "euthanasieverklaring". Verzoeken om euthanasie worden gedaan door 27 patiënten. Drie patiënten vragen om hulp bij euthanasie of zelfdoding en niemand alleen om hulp bij zelfdoding. Bij tweederde van de verzoeken raadpleegde de huisarts een andere arts. Wanneer er geen andere arts is geraadpleegd, is dit vaak omdat de eventuele uitvoering van de euthanasie of het geven van de hulp voor zelfdoding nog niet aan de orde was.

## Verzoeken om toepassing van euthanasie 1976-2007

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

Tabel 17.1: Absoluut aantal patiënten, dat de huisarts een verzoek deed om actieve euthanasie toe te passen naar geslacht, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland 1998-2007

	geslacht		provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	m	v	N	O	W	Z	1	2	3	
absoluut										
1998	27	22	3	14	25	7	5	32	12	49
1999	31	17	9	5	25	9	5	29	14	48
2000	30	27	7	10	30	9	9	34	13	56
2001	19	18	4	8	16	9	5	21	11	37
2002	19	11	4	7	17	4	4	19	9	32
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

De gegevens per 10.000 inwoners (niet getoond hier in verband met kleine aantallen) laten zien dat verzoeken om toepassing van euthanasie in 2007 meer worden gedaan op het platteland en het minst in de zuidelijke provincies.

## Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 17.2 te vinden.

Tabel 17.2 Absoluut aantal patiënten dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen naar leeftijdsgroep, 1998-2007

	<54	55-64	65-74	75-84	>84	totaal
1998	6	10	19	7	7	49
1999	5	6	16	15	6	48
2000	13	13	11	18	1	56
2001	8	3	9	12	5	37
2002	6	5	6	9	6	32
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

## Overzicht van de gemelde verzoeken

Inmiddels zijn sinds 1976 de gegevens bekend over 1111 verzoeken om toepassing van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Van deze verzoeken werden 565 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 multiple pathologie die inherent is aan de hoge leeftijd. Een ander probleem is dat er soms geen melding is van ziekte: in de groep symptomen en onvolledig beschreven aandoeningen is het verzoek van een

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;
- chronische obstructieve longaandoeningen;
- 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 17.3. De verdeling in 2007 is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Tabel 17.3 Aandoeningen waarbij is verzocht om euthanasie of hulp bij zelfdoding 1976-2007

	N	%
maligne neoplasmata	839	76
hart- vaatziekten	62	6
chronische obstructieve longziekten	49	4
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	53	5
overige ziekten	108	10
<b>totaal</b>	<b>1111</b>	<b>100</b>

De vermelding van een zogenaamde "euthanasieverklaring" is de laatste jaren toegenomen: van 15% in 1984 naar 84% in 2007.

## **Beschouwing**

Tot in de begin jaren negentig was het nauwelijks mogelijk de in de CMR-Peilstations verzamelde gegevens over verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding te vergelijken met de uitkomsten van andere registraties en onderzoek (Bartelds 1989).<sup>20</sup>

Sindsdien zijn er belangrijke grootschalige onderzoeken uitgevoerd naar het handelen van (huis)artsen in Nederland ten aanzien van euthanasie, hulp bij zelfdoding en beslissingen rond het levenseinde van patiënten (Van der Maas e.a. 1991<sup>21</sup>, Pijnenborg e.a.<sup>22</sup> 1994, Van der Wal e.a. 1994.<sup>23</sup> Van der Maas e.a. 1996).<sup>24</sup> In 2001 en 2005 is opnieuw grootschalige onderzoek gedaan naar euthanasie en ander medisch handelen rond het levenseinde.<sup>25, 26</sup>

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.

Ook hebben we informatie uit de jaarverslagen van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Uit het jaarverslag 2007 blijkt dat in 2007 2120 gevallen van uitgevoerde euthanasie of hulp bij zelfdoding zijn gemeld bij de Regionale Toetsingscommissies.<sup>27</sup> Het aantal meldingen was in 2007 ongeveer 10% hoger dan in de voorgaande drie jaren. Dit wordt deels toegeschreven aan een stijgend meldingspercentage.<sup>27, 28</sup> De artsen blijken in vrijwel alle gemelde gevallen de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie na te leven.

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 om euthanasie

vragen en waarbij een dergelijk verzoek wordt ingewilligd. 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 1976-2007 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 (Marquet e.a., 2003).<sup>29</sup> Alzheimer blijkt geen absolute contra-indicatie meer voor euthanasie mits het verzoek is ingediend als de patiënt nog wilsbekwaam is.

Tabel 17.7 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2007

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
94	m	terminaal hartfalen	periode ernstige dyspnoe
91	v	mammacarcinoom	pijn, immobiliteit
87	m	ernstig hartfalen	prognose zeer beperkt vooruitzicht, angst
86	v	COPD/hartfalen	dyspnoe
86	v	maagcarcinoom	pijn
83	m	carcinoom	uitputting



Tabel 17.7 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2007  
(vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
81	m	myocardinfarct, blaascarcinoom	bespreken van de situatie
79	v	COPD	in omgeving iets meegemaakt
79	v	gemetastaseerd schildkliercarcinoom	ondraaglijk lijden
78	m	longcarcinoom	uitbehandeld, fysieke achteruitgang
77	v	mantelcellymphoom, M.Hodgkin	waardig sterven
76	v	mesothelioom	refractaire symptomen, dyspnoe
73	v	carcinoidcarcinoom	
73	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	ontluistering
72	v	gemetastaseerd ovariumcarcinoom	uitzichtloos lijden
72	v	pancreascarcinoom	volledige afhankelijkheid
70	m	oesofaguscarcinoom	verzwakking, vergaande aftakeling
69	m	gemetastaseerd melanoom	zeer snelle achteruitgang, uitzichtloosheid
69	v	maagcarcinoom	uitzichtloosheid
67	v	mammacarcinoom	pijn
66	m	prostaatcarcinoom	algehele achteruitgang
66	m	bronchuscarcinoom	algehele achteruitgang
66	m	blaascarcinoom met metastasen	geen lijdensweg

Tabel 17.7 Verzoek tot actieve euthanasie, gedaan door patiënt(e), 2007 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde ziekten	aanleiding tot het verzoek
65	m	syndroom van Balint	uitzichtloosheid
63	m	gemetastaseerd melanoom	uitzichtloos lijden
63	m	metastasen long+abdomen	gesprek geweest
57	m	osteocarcinoom	uitputting, dyspnoe, pijn
57	m	coloncarcinoom	recidief ileus, toenemend lijden
56	v	longcarcinoom	uitzichtloos lijden
54	v	melanoom	terminaal
53	m	bronchuscarcinoom	angst stikken
35	v	longkanker	angst voor benauwdheid

Het onderzoek wordt in het jaar 2008 gecontinueerd.

### **Publicaties op basis of 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.

Concern have been expressed that the Dutch policy on euthanasia (E) and physician assisted suicide (PAS) may lead to an exponential increase in the number of requests and use. Many Dutch general practitioners, nursing home physicians, and pharmacists have a fairly positive attitude and have become more tolerant over the years. We investigated the effect of increasing acceptance on the number of and underlying reasons for requests for E/PAS in Dutch general practice from 1977 to 2001.

## 18 Palliatieve Sedatie

Rubriekhouder: Mw. dr. G.A. Donker, NIVEL (2005-2007)

### 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, waarbij er sprake is van ernstig lijden van de patiënt.

Het gaat daarbij vooral om ernstige vormen van onrust, benauwdheid, pijn, misselijkheid, braken, angst en delier. Voor alle betrokkenen bij een sterfbed, waarbij sprake is van refractaire symptomen, is dat 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 toenemende mate 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 ernstiger mate, eventueel kortdurend, 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 wordt in 2002 in 2,5% van de sterfgevallen toegepast en kent een stijgende toepassingsfrequentie in de daarop volgende jaren (Van der Wal, 2003 en Onwuteaka-Philipsen, 2007).<sup>25, 26</sup> Het levenseinde-onderzoek meldt continue diepe sedatie bij 12.8% van de sterfgevallen thuis, in ziekenhuis of verpleeghuis.<sup>28</sup>

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. Het is de vraag in hoeverre palliatieve sedatie en euthanasie elkaar aanvullen ten aanzien van verlichting van het levenseinde. In hoeverre worden deze methoden voor verschillende symptomen en groepen patiënten angewend, of bestaat er sterke overlap in de patiëntenpopulaties, waarbij zij angewend worden?

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 2007 zijn 30 patiënten gemeld waarbij tot (palliatieve) sedatie is besloten. Dit is 7,5% van alle in 2007 gemelde overleden patiënten. Dit is absoluut en relatief iets minder dan in 2006 (31 gemeld). Het aantal mannen met palliatieve sedatie in 2007 is 16 (53%). Van deze 30 patiënten lijdt 73% aan een vorm van kanker.

Bij 26 patiënten (87%) 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. Wanneer er één symptoom is vermeld betreft het

onbehandelbare benauwdheid (2 patiënten), slikstoornis of onrust (elk 1 patiënt).

Van de symptomen die de aanleiding zijn tot het besluit te gaan sederen wordt in 2007 onbehandelbare pijn het meest frequent genoemd: 21 patiënten (70%). Ook onbehandelbare dyspnoe (20 patiënten, 67%) en angst (12 patiënten, 40%) zijn frequente redenen om te sederen en komen vaak in combinatie met pijn voor.

Van de 30 gemelde patiënten hebben 3 (10%) ook een verzoek om euthanasie gedaan. De reden om palliatieve sedatie toe te passen en niet euthanasie bij deze 3 patiënten werd twee maal aangegeven als de voorkeur van de patiënt voor palliatieve sedatie en één maal een 'onduidelijke wens'. In 2 situaties is de patiënt niet betrokken bij de beslissing te gaan sederen, maar de familie wel.

Tabel 18.1a Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2007

	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

Uit de westelijke provincies worden absoluut en per 10.000 de meeste patiënten gemeld (tabel 18.1a en 18.1b). Naar adressendichtheid werden de meeste patiënten absoluut en per 10.000 gemeld in kleine steden en op het verstedelijkte platteland.(tabel 18.1a en 18.1b).

Tabel 18.1b Aantal patiënten per 10.000 waarbij de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 2005-2007

	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

### Leeftijdsverdeling

De leeftijdsverdeling is in tabel 18.2 te vinden.

Tabel 18.2 Absoluut aantal patiënten per leeftijdsgroep, waarbij de huisarts palliatieve sedatie toepaste 2005-2007

	<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

\* 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 het euthanasiehoofdstuk wordt een vijftal groepen aandoeningen onderscheiden om inzicht te krijgen in de aandoeningen, waarbij palliatieve sedatie wordt toegepast.

Tabel 18.3 Aandoeningen waarbij palliatieve sedatie is toegepast 2005-2007

	N	%
maligne neoplasmata	66	76
hart- vaatziekten	9	10
chronische obstructieve longziekten	-	-
symptomen en onvolledig omschreven ziekten	5	6
overige ziekten	7	8
totaal	87	100

## Discussie

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

In 2007 is bij iets meer mannen dan vrouwen besloten tot sedatie. Meestal zijn meerdere refractaire symptomen tegelijk de aanleiding om terminale sedatie toe te passen. Pijn, dyspnoe en angst spelen daarbij de grootste rol. Bij 7,5% van de overledenen is voor sedatie gekozen.

Het wekt geen verbazing dat er een grote overeenstemming is in de aanleiding tot het overgaan op palliatieve sedatie en de aanleidingen te

vragen om euthanasie. Bij de 3 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 de wens onduidelijk was en de twee andere patiënten verkozen uiteindelijk toch palliatieve sedatie. Deze gegevens bieden dus 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.

De gegevens over 2005-2007 zullen nader uitgewerkt worden tot een artikel.

Tabel 18.4 Overzicht van de patiënten waarbij tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2007

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
100	v	CVA	dyspnoe, pijn, verzoek familie
92	m	longcarcinoom	uitputting
89	v	recidief groot CVA	dyspnoe, braken
89	v	oesophaguscarcinoom	onrust, pijn, angst
85	m	coloncarcinoom	onrust
85	m	COPD longcarcinoom	dyspnoe
80	v	maligniteit	moe, slapeeloesheid
80	v	longcarcinoom	uitgeput, cachexie
76	m	coloncarcinoom + levermetastasen	uitgeput
76	v	buikpijn, dementie	pijn, angst
76	v	maagcarcinoom	pijn, misselijkheid, braken
75	m	carcinoom	dyspnoe, pijn
75	m	longcarcinoom	uitputting, dyspnoe, pijn, braken



Tabel 18.4 Overzicht van de patiënten waarbij tot (palliatieve) sedatie is besloten, 2007 (vervolg)

leeftijd	geslacht	gemelde aandoening	refractaire symptomen
75	v	pneumonie	dyspnoe, pijn, braken
74	m	gemetastaseerd longcarcinoom	delier, dyspnoe, pijn, angst
74	v	CVA	slikstoornis, verstikken
73	m	maligniteit galwegen	onrust, angst
73	v	gemetastaseerd mammacarcinoom	onduidelijke wens, pijn, dyspnoe, angst
72	v	terminaal hart/longfalen	delier, dyspnoe
69	m	ALS	zeer korte levenverwach- ting, dyspnoe, pijn, angst
68	m	niercacinoom	pijn, angst
67	v	terminaal, afhankelijk	delier, dyspnoe
65	m	rectumcarcinoom + metastasen	wens van de patiënt, pijn, dyspnoe
65	m	carcinoom	dyspnoe, pijn, misselijk, braken
64	v	longcarcinoom	dyspnoe, pijn, angst
63	m	kanker	dyspnoe
62	m	longcarcinoom+ metastasen	uitgeput, cachexie, dyspnoe, pijn, misselijk, angst
61	m	inoperabel maagcarcinoom	vindt euthanasie te abrupt, pijn, misselijkheid
59	m	hersentumor	waardig overlijden, rust, pijn, dyspnoe
53	v	rectumcarcinoom	pijn, misselijkheid

Het onderzoek wordt in het jaar 2008 gecontinueerd.



## 19 Eetstoornissen

Rubriekhouder: Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Psycho-Medisch Centrum (1985-1989, 1995-2007)

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 mogelijk de vraag beantwoord worden of er sprake is van een toename van deze eetstoornissen.

De peilstationartsen is gevraagd om per patiënt een aantal gegevens te verstrekken. Betrof het een in 2007 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.

Evenals de eerste registratieperiode van 1985-1989 heeft het onderzoek plaats onder de leiding van Prof. dr. H.W. Hoek, psychiater-epidemioloog en in samenwerking met het Centrum Eetstoornissen Ursula, in Leidschendam. In tabel 19.1 is de verdeling weergegeven van het aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld (absoluut en per 10.000 inwoners) naar provinciegroep en adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2007. Deze getallen zijn nog niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen en bevatten zowel incidente als prevalentie getallen. De vermelde getallen dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Tabel 19.1a Absolute aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2007

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

Tabel 19.1b Aantal patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per provinciegroep naar adressendichtheid en voor Nederland in 1985-1989 en 1995-2007, per 10.000 vrouwen

	provinciegroep				adressendichtheid			Nederland
	N	O	W	Z	1	2	3	
<b>per 10.000 vrouwen</b>								
1995	8.9	6.4	8.1	9.1	5.2	10.5	6.9	8.1
1996	4.7	4.7	8.9	4.8	3.0	8.9	3.3	6.2
1997	7.8	5.5	4.2	4.8	6.5	5.3	4.3	5.3
1998	7.2	9.1	6.7	5.6	8.6	7.1	11	7.1
1999	(3.3)	8.5	5.4	8.4	(1.1)	7.9	4.4	5.2
2000	(3.2)	4.6	3.9	6.1	(2.3)	4.9	3.8	4.2
2001	3.4	4.0	2.5	4.6	(4.4)	4.0	0.9	3.6
2002	(1.5)	7.3	5.4	3.5	4.9	4.5	4.5	4.6
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

Het absolute en relatieve aantal meldingen is in 2007 hoger dan in 2006. Het aandeel van de vrouwen onder de meldingen is 97%.

De afgelopen 9 jaar is het aantal meldingen van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis het laagst in de noordelijke provinciegroep.

In 2007 was net als in 2006 de incidentie van eetstoornissen op het platteland het laagst.

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

Tabel 19.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2007

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

Tabel 19.2 Absoluut aantal meldingen van patiënten waarbij de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld naar leeftijd voor 1985-1989 en voor 1995-2007 (vervolg)

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

In 2007 was er 1 melding 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.

## Conclusies

De prevalentie van eetstoornissen toont de laatste paar jaar een stijgende trend. In 2007 is net als in 2006 het aantal meldingen op het platteland het laagst. Uit eerder onderzoek blijkt eveneens dat verstedelijking een risicofactor is voor boulimia nervosa.

Ook in 2008 zal een onderzoek naar eetstoornissen plaats hebben.

## Publicaties op basis of mede op basis van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

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



## 20 Algemene opmerkingen

- 1 De rubrieken voor 2008 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 Seksuele problematiek.
  - j Kinkhoest.
  - k Sportletsels.
  - l Seksueel geweld.
- 2 De incidentele onderzoeken voor 2008 betreffen de onderwerpen euthanasie, eetstoornissen en palliatieve sedatie.
- 3 Suggesties voor nieuwe rubrieken of voor aanpassing van bestaande worden gaarne door de Begeleidingscommissie ontvangen.
- 4 Gegevens uit dit verslag mogen, mits met bronvermelding, worden overgenomen.
- 5 Een vertaling in het Engels is op aanvraag verkrijgbaar.

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



## 21 Literatuurlijst

### Lijst van overige publicaties op basis of 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 G, Stobberingh E. *Ligt MRSA overal op de loer?* Huisarts & Wetenschap 2008;51:113

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

#### ARI-EL studie

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

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

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

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

Gageldonk-Lafeber van AB, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Peeters MF, Plas van der SM, Wilbrink B. *ARI-EL: case-control onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn*. Oktober 2000-Oktober 2003; rapportage aan opdrachtgever

Bartelds AIM. *Is de kans groot dat een verkouden huisarts zijn patiënten aansteekt?* Vademecum Permanente nascholing huisartsen. 2003, 21(41)

Wilbrink B, Hoogen van den H, Heijnen MLA. *Humaan MetaPneumoVirus, een nieuw ontdekt virus. Vóórkomen in de ARI-EL studie*. Infectieziekten Bulletin, 2002;13: 360-61

Brandhof van den WE, Bartelds AIM, Peeters M.F, Wilbrink B, Heijnen MLA. *ARI-EL: een case-controle onderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de eerste Lijn. Tussenrapportage over okt. 2000 t/m 2001*. RIVM rapport 21617006, 2002

Heijnen MLA, Brandhof van der WE, Bartelds AIM, Peeters MF, Wilbrink B. *ARI-EL: studie acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn*. Infectieziekten Bulletin, 2002; 13: 104-110

### **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 & Wetenschap 2008;51(1):5.

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

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

## 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?* Antimicrob Chemother. 2008 Apr 19. [Epub ahead of print] PMID: 18424789
- 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
- Koeijers JJ, Kessels AG, Nys S, Bartelds A, Donker G, Stobberingh EE, Verbon 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, 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
- 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 Aug; 26 (2):133-137

Nys S, Bartelds AIM, Stobberingh EE. *Acute ongecompliceerde urineweginfectie: antibiotische therapie en antibioticum resistentie* Inf. Bul. 2005 (16) nr.: 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 & 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 F. van, Jacobs M. *Behandeling van tabaksverslaving*. Medisch Contact 2006;61(13): 450





## 22 Voetnoten

- 1 Dulk den CJ, Stadt van der H, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Mnd. Stat. Bevolk, (CBS) 92/7.
- 2 Beroepen Extramurale Gezondheidszorg. Per 1 januari 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 preëxistente luchtweginfecties op een niet ziekmakend niveau).
  - b De infectie moet gepaard gaan met een temperatuursverhoging van tenminste 38° rectaal.
  - c Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.  
(Pel, J.Z.S. (1965) Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. (Huisarts en Wetenschap 8, 321).
- 7 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. Geneesk. 2003, oktober; 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 Baarveld F, Enst van GC, Schuling J, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. Behandeling en verloop van niet-acute sport-gerelateerde problemen van de onderste extremiteit. Huisarts & Wetenschap 2005;49:187-192.
- 13 Sport, bewegen en gezondheid: Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
- 14 Rapportage Sport 2003. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2003.
- 15 Wijsen C, Lee van L. (2007) Landelijke abortusregistratie 2006, Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- 16 Wijssen, C. & M. Zaagsma (2006) Zwangerschap, anticonceptie en Abortus. In: Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (reds) Seksuele gezondheid in Nederland 2006. p.67-88. Delft: Eburon.
- 17 Abortus in Nederland. C. Wijsen, J. Rademakers. Eburon. Delft, 2003.
- 18 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.
- 19 Een euthanasieverklaring is een schriftelijk verzoek tot euthanasia onder bepaalde voorwaarden.

- 20 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.
- 21 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.
- 22 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.
- 23 Wal van der G, Dillmann RLM. Euthanasia in the Netherlands. BMJ 1994; 308: 1346-9.
- 24 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. Volume 335, number 22, 1996.
- 25 Wal van der Gerrit, Heide van der Agnes. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De Tijdstroom, Utrecht, 2003.
- 26 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.
- 27 Regionale toetsingscommissie euthanasie. Jaarverslag 2007. [www.toetsingscommissie.nl](http://www.toetsingscommissie.nl)
- 28 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.
- 29 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 2007

Naam:	Plaats:	Provincie:
A.A.E.E. Brockmöller*(tot 01.11.2007)	't Zand	Groningen
J. Mulder.* (vanaf 01.11.2007)		
P.S. Wiersema*	Oostermeer	Friesland
W.J.M. Brunninkhuis	Drachten	Friesland
H.J. Dijkstra* (vanaf 05.03.2007)	Bakhuizen	Friesland
F.M. van Soest/H.D.W.A. van Gijsel/ Mw. M. Schellens/Mw. I. Hummelen Mw. C.A. Hoeksema-de Vries/S.A. van Dijk (comb.-praktijk)	Assen	Drenthe
H.E. Maillette de Buy Wenniger, Mw. F.B. van Heest*(comb.-praktijk)	Schoonoord	Drenthe
S.M. Handgraaf (vanaf 01.04.2007)	Nieuw Weerdinge	Drenthe
J.H. Vaartjes (vanaf 21.05.2007)	Emmen	Drenthe
J.F.E. Borm*	Albergen	Overijssel
Dr. R.A. de Groot/Mw. J.T. Bos/ Mw. E.J.A. Idema* (vanaf 25.06.2007)	Oldemarkt	Overijssel
D.G. de Jong	Barneveld	Gelderland
H. Rademaker (vanaf 24.09.2007)	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. Hendrikx*	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
C.W. Willeboordse/Mw. A.M. Kruize-Mosch (comb.-praktijk)(tot 01.07.2007)	Heiloo	Noord-Holland
Mw. Y.E.V. van Hazel/P. Olie (comb. -praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland

## Bijlage 1: deelnemende artsen in 2007 (vervolg)

Mw. M.C. Duijn/E. Simons (comb. -praktijk)	Amsterdam	Noord-Holland
D.E. Kuenen	Haarlem	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	Enkhuizen	Noord-Holland
Mw. T.H. van Leersum	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	Voorhout	Zuid-Holland
Mw.E. Sleeboom	Voorhout	Zuid-Holland
B.P. Ponsioen	Brielle	Zuid-Holland
J.F.A. Mocking*	Nieuwveen	Zuid-Holland
R.R. Lankhorst	Middelburg	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 (vanaf 03.09.2007)	Maastricht	Limburg

\*) Apotheek-houdend

## **Bijlage 2: weekstaat 2007**

## Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2008 (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
dementie	1987-1988
depressie	1983-1985 en 2000-2002
diabetes mellitus	1980-1983 en 1990-1994 en 2000-2002
diarree e causa ignota (acute)	1970
druggebruik (consult)	1972-1973 en 1979-1981
echografie aangevraagd	1988
exanthema e causa ignota	1970
fysiek geweld	1996-1999
gastro enteritis	1992-1993 en 1996-2008
geboortenregeling (adviezen)	1970-1976
GGZ	2001-2003
hartinfarct	1978 en 1983-1985 en 1991-1994



### Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2008 (alfabetisch)(vervolg)

hepatitis	1994
herpes zoster	1997-2001
hondenbeten	1987 en 1998-1999
hoofdpijn acute ongewone	1988-1992
hooikoorts	1978-1982
huid dierenbeten	1986
hulpmiddel	1999-2001
influenza(-achtig ziektebeeld)	1970-2008
kindermishandeling (vermoeden op)	1973-1974
kinkhoest	1998-2008
letsels van het steun- en bewegingsapparaat	1984-1985
levenseindeonderzoek	2005-2008
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	2003-2008
otitis media acuta	1971 en 1986
parkinson (ziekte van)	1980-1985
partus immaturus	1982-1983
partus (bij graviditeit 28 weken)	1982-1983
penicilline, voorschriften en nevenreacties	1982-1983
p.i.d. (pelvic inflammatory disease)	1994-1998
pneumonie	2007-2008
prostaatlijden	1997-2002
psoriasis	1976-1977

### Bijlage 3: onderwerpen op de weekstaat 1970-2008 (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
suïcide(poging)	1970-1972 en 1979-2008
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
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	2000-2008
woning (afgegeven verklaring voor andere)	1975
zanamivir (Relenza)	2000-2001
zwangerschap (ondanks a.c.)	1987-1991

## Bijlage 4: Alfabetische lijst van incidentele onderzoeken

### Incidentele onderzoeken en andere bijkomende onderzoeken 1977-2008 (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 1995-2008
diabetes mellitus	2000 en 2007
euthanasie (verzoek tot toepassing)	1976-2008
incest	1988
lyme disease	1991-1994
maligniteiten	1982-1983
mastitis puerperalis	1982
multiple sclerose	1977-1982
palliatieve sedatie	2005-2008
serumverzameling	1980 en 1985
spijtoptanten sterilisatie	1980-1984
vaccinatie tegen influenza	1992

## Bijlage 5: leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking

Leeftijdsopbouw van de bevolking van Nederland naar geslacht, in duizendtallen, 1 januari 2007(CBS)

leeftijd	mannen	vrouwen	totaal
0-4	495	472	967
5-9	514	492	1.006
10-14	505	481	986
15-19	510	488	998
20-24	488	478	966
25-29	495	494	989
30-34	534	534	1.068
35-39	654	642	1.296
40-44	664	646	1.310
45-49	622	613	1.235
50-54	570	562	1.132
55-59	561	550	1.111
60-64	464	460	924
65-69	346	362	708
70-74	271	314	585
75-79	201	275	476
80-84	123	216	339
>84	72	190	262
totaal	8.089	8.269	16.358

## **Bijlage 6: jaartabellen**

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations  
 Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

alle peilstations leeftijds- groep	populatie		jaar 2007				week: 1 t/m 52			Gastro-enteritis geen fecesweek		
	M	V	"Influenza"		Levensende- Onderzoek*	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	M	V	M+V	
<1	643	632	1274	620	20	0	0	0	560	617	589	
1-4	2650	2456	5106	362	10	0	0	0	355	358	357	
5-9	3522	3241	6763	114	0	0	0	0	119	114	117	
10-14	3336	3179	6515	88	0	2	6	0	57	57	57	
15-19	3257	3199	6457	116	0	6	22	25	46	63	54	
20-24	2981	3081	6062	101	10	5	70	46	60	110	86	
25-29	3000	3221	6221	105	2	10	50	32	43	121	84	
30-34	3381	3412	6792	118	2	9	50	29	47	123	85	
35-39	4018	4224	8242	107	5	10	25	10	62	28	45	
40-44	4340	4157	8497	132	5	2	16	14	37	41	39	
45-49	4076	4070	9146	98	14	10	10	16	64	37	50	
50-54	3538	3601	7139	109	24	7	14	11	68	50	59	
55-59	3596	3604	7200	154	28	0	6	6	81	75	78	
60-64	3031	3099	6130	91	64	3	13	5	46	52	49	
65-69	2273	2368	4640	112	123	4	9	4	66	63	65	
70-74	1772	2055	3827	128	142	5	6	3	119	88	102	
75-79	1306	1757	3063	160	253	0	23	3	100	159	134	
80-84	806	1458	2264	177	422	0	62	0	174	144	155	
>84	472	1213	1685	172	933	0	21	0	106	173	154	
Totaal	51998	54024	106023	134	53	5	20	13	88	97	92	

\* niet alle artsen deden mee aan deze registratie

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd											
alle peilstations leeftijds- groep	jaar 2007			week 1 t/m 52			Sportletsels				
	populatie			Gastro-enteritis feceskweeks			Kink- hoest	Water- pokken			
	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	M	V	M+V
<1	643	632	1274	140	95	118	8	235	0	0	0
1-4	2650	2456	5106	87	69	78	18	284	8	4	6
5-9	3522	3241	6763	28	28	28	10	55	74	74	74
10-14	3336	3179	6515	9	9	9	17	2	477	330	405
15-19	3257	3199	6457	9	34	22	14	3	590	391	491
20-24	2981	3081	6062	24	36	30	3	2	346	172	257
25-29	3000	3221	6221	33	37	35	0	3	240	124	180
30-34	3381	3412	6792	21	29	25	6	3	189	79	134
35-39	4018	4224	8242	22	26	24	1	5	177	61	118
40-44	4340	4157	8497	16	10	13	5	1	171	70	121
45-49	4076	4070	8146	17	27	22	6	1	125	91	108
50-54	3538	3601	7139	20	17	18	0	0	85	72	78
55-59	3596	3604	7200	17	11	14	1	0	95	47	71
60-64	3031	3099	6130	23	29	26	2	2	92	68	80
65-69	2273	3268	4640	22	25	24	0	0	57	38	47
70-74	1772	2055	3827	6	24	16	0	0	34	29	31
75-79	1306	1757	3063	8	11	10	0	0	23	17	20
80-84	806	1458	2264	12	21	18	0	0	37	34	35
>84	472	1213	1685	0	17	12	0	0	42	25	30
Totaal	51998	54024	106023	24	26	25	5	21	179	103	141

alle peilstations leeftijds- groep	Continue Morbiditeits Registratie Nederland												
	Leeftijdsgroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstations gestandaardiseerd jaar 2007						week 1 t/m 52						
	populatie			Pneumonie			Ongew. Zwanger	Sexuele problemaen			Sexueel geweld		
	M	V	M+V	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V
<1	643	632	1274	62	32	47	0	0	0	0	0	0	0
1-4	2650	2456	5106	109	90	100	0	0	0	0	4	0	2
5-9	3522	3241	6763	31	46	38	0	0	0	0	0	3	2
10-14	3336	3179	6515	15	22	18	3	0	0	2	0	0	0
15-19	3257	3199	6457	25	22	23	75	14	16	9	9	0	5
20-24	2981	3081	6062	10	10	10	84	12	20	12	0	0	0
25-29	3000	3221	6221	7	6	6	71	11	16	13	0	3	2
30-34	3381	3412	6792	15	29	22	53	19	26	21	0	3	2
35-39	4018	3224	8242	37	36	36	47	21	14	12	0	2	1
40-44	4340	4157	8497	25	48	37	12	18	10	11	0	5	2
45-49	4076	4070	8146	34	37	36	0	28	10	17	0	0	0
50-54	3538	3601	7139	34	36	35	3	28	14	21	0	0	0
55-59	3596	3604	7200	81	78	79	0	28	36	36	0	6	3
60-64	3031	3099	6130	43	71	57	0	50	0	33	0	0	0
65-69	2273	2368	4640	128	76	101	0	52	4	26	0	0	0
70-74	1772	2055	3827	124	88	105	0	47	5	26	0	0	0
75-79	1306	1757	6063	199	91	137	0	44	0	20	0	0	0
80-84	806	1458	2264	223	151	177	0	14	0	18	0	0	0
>84	472	1213	1685	487	256	321	0	0	0	0	0	02	0
Totaal	51998	54024	106023	54	53	53	22	20	11	15	1		1



Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd											
alle peilstations provincie- groep	jaar 2007			week 1 t/m 52							
	populatie			"Influenza"	Levensende onderzoek*	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	Gastro-enteritis geen feceskweek		
	M	V	M+V	M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	V	M+V
GR+FR+DR	12320	12654	24974	109	43	3	16	7	70	67	69
OV+GLD+FLE	10863	10993	21855	133	42	4	8	8	36	36	36
UTR+NH+ZH	19418	20931	40349	155	66	6	28	22	110	122	116
ZLD+NB+LIM	93398	9446	18844	124	63	4	25	6	123	155	139
Totaal	51998	54024	106023	134	53	5	20	13	88	97	92

\* niet alle artsen deden mee aan dit onderzoek

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations											
Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstation gestandaardeseer											
alle peilstations provincie- groep	jaar 2007			week 1 t/m 52							
	populatie			Gastro-enteritis Feceskweek			Kink- Hoest	Water- Pokken	Sportletsels		
	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	M	V	M+V
GR+FR+DR	12320	12654	24974	14	25	20	4	10	135	77	106
OV+GLD+FLE	10863	10993	21855	35	30	33	6	11	179	91	135
UTR+NH+ZH	19418	20931	40349	27	31	29	4	29	201	127	163
ZLD+NB+LIM	9398	9446	18844	16	14	15	9	31	194	100	147
Totaal	51998	54024	106023	24	26	25	5	21	179	103	141

Continue Morbiditeits registratie Peilstatiox

Provinciegroep naar ziektebeeld cumulatief alle peilstatioans gestandaardiseerd

alle peilstaitons provincie- groep	jaar 2007			week 1 t/m 52									
	populatie			Pneumonie			Ongew. Zwang.	Sexuele problemen			Sexueel geweld		
	M	V	M+V	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V
GR+FR+DR	12320	12654	24974	37	36	36	13	17	2	10	0	2	1
OV+GLD+FLE	10863	10993	21855	52	35	43	11	29	17	23	0	1	1
UTR+NH+ZH	19418	20931	40349	59	66	63	29	20	15	18	2	2	2
ZLD+NB+LIM	9398	9446	18844	67	70	69	32	13	5	9	0	1	1
Totaal	51998	54024	106023	54	53	53	22	20	11	15	1	2	1

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations

Adressendichtheid naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd

alle peilstations adressendichtheid	jaar 2007			week 1 t/m 52							
	populatie			“Influenza”	Levensende onderzoek*	Suicide- (poging)	Urethritis	CAIDS	Gastro-enteritis geen feceskweek		
	M	V	M+V	M+V	M+V	M+V	M	M+V	M	V	M+V
5	8941	9023	17964	165	45	7	11	6	75	63	69
4-3-2	33479	35033	68512	122	50	4	19	11	77	95	86
1	9578	9969	19547	148	84	6	35	25	136	134	135
Totaal	51998	54024	106023	134	53	5	20	13	88	97	92

\* niet alle artsen deden mee aan dit onderzoek

alle peilstations adressendichtheid	Continue Morbiditeits Registratie Peilstations										
	Adressendichtheid naar ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd										
	jaar 2007			week 1 t/m 52							
	Populatie			Gastro-enteritis feceskweek		Kink- hoest	Water- pokken	Sportletsels			
	M	V	M+V	M	V	M+V	M+V	M+V	M	V	M+V
5	8941	9023	17964	14	22	18	8	19	247	152	199
4-3-2	33479	35033	68512	24	26	25	5	21	161	97	128
1	9578	9969	19547	31	30	31	3	27	182	81	131
Totaal	51998	54024	106023	24	26	25	5	21	179	103	141

alle peilstations adressendichtheid	Continue Morbiditeits Registratie Peilstations												
	Adressendichtheid naar Ziektebeeld cumulatief alle Peilstations gestandaardiseerd												
	jaar 2007			week 1 t/m 52									
	populatie			Pneumonie*			Ongew. Zwang.	Sexuele problematiek			Sexueel geweld		
	M	V	M+V	M	V	M+V	V	M	V	M+V	M	V	M+V
5	8941	9023	17964	64	82	73	14	25	7	16	0	1	1
4-3-2	33479	35033	68512	45	43	44	17	21	11	16	0	1	1
1	9578	9969	19547	74	63	69	46	13	15	14	3	4	4
Totaal	51998	54024	106023	54	53	53	22	20	11	15	1	2	1

