

Peilstations jaarrapport 2019 en 2020

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Tessa Jansen
Janneke Hendriksen
Mariëtte Hooiveld
Iris Haitsma
Erny Wentink
Eline Baarda
Ruben van der Burgh
Joke Korevaar



NIVEL
Kennis voor betere zorg

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

Disclaimer

Wij doen ons best om onze onderzoeksresultaten zo begrijpelijk mogelijk te presenteren. De onderzochte materie is echter complex.

Wij staan in voor de juistheid van onze cijfers, maar wij kunnen geen verantwoording aanvaarden voor conclusies die derden op deze cijfers baseren.

Wij zijn daarnaast continu bezig met het verbeteren van ons onderzoek. Een voorbeeld is het verbeteren van de methodologie. Hierdoor kunnen veranderingen optreden in de resultaten van eerdere jaren.

Bij het gebruik van cijfers is het daarom van belang om bij de verwijzing altijd aan te geven uit welke bron de gegevens afkomstig zijn.

Mei 2022

ISBN 987-94-6122-729-4

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Voorwoord

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn verzamelt gegevens over gezondheid en zorg in de eerste lijn. Vanuit verschillende zorgdisciplines worden routinematig vastgelegde zorggegevens verzameld. Resultaten worden gepresenteerd op de website www.nivel.nl/zorgregistraties. Deze website geeft onder andere antwoord op de vraag welke gezondheidsproblemen in Nederland voorkomen, welke zorg wordt verleend in de eerste lijn en wat de kwaliteit van deze zorg is.

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn wordt uitgevoerd door het Nivel met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een uitgebreide beschrijving van het project vindt u op onze website.

Niet alle onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord met de routinematig vastgelegde gegevens in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Circa 40 huisartsenpraktijken, de Nivel Peilstations leveren aanvullende gegevens over bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de rubrieken. De grieprubriek bijvoorbeeld speelt een belangrijke rol in de landelijke respiratoire surveillance.

Het rapport dat voor u ligt bevat een selectie van de gegevens die zijn aangeleverd door de Peilstations over de jaren 2019 en 2020. Voor cijfers over andere disciplines en cijfers over multidisciplinaire zorg verwijzen we u naar de website. Het is ook mogelijk een specifieke gevraagd te doen via www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/gevraagd.

Wij danken de huisartsenpraktijken van de Peilstations hartelijk voor hun bereidheid om systematisch de extra informatie te verzamelen voor de rubrieken die in dit rapport worden beschreven. Wij bedanken ook Gé Donker en Jan Gravestein hartelijk voor hun jarenlange inzet als respectievelijk huisarts-onderzoeker en dataspecialist voor de Peilstations.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
1 Kernpunten	5
2 Introductie	7
3 Methode	8
4 Rubriek influenza-achtig ziektebeeld (IAZ)	12
5 Rubriek Eikenprocessierups	19
6 Rubriek Roodvonk	21
7 Rubriek Gastra-enteritis	22
8 Rubriek Kinkhoest	24
9 Rubriek Levensende	26
10 Rubriek Palliatieve sedatie	30
11 Rubriek (verzoek) euthanasie	34
12 Rubriek Suicide (-poging)	38
13 Rubriek Depressie	40
14 Rubriek eetstoornissen	44
15 Rubriek Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor	48
16 Afsluiting	50
Bijlage A – Extra informatie over de grieprubriek	51
Bijlage B – Rubriek en hun rubriekhouders	53
Bijlage C – Adviescommissie	54
Bijlage D – Publicaties (2019-2020)	55

1 Kernpunten

In dit rapport geven wij een overzicht van de resultaten van de gegevensverzameling van de Nivel Peilstations in 2019 en 2020. De gegevensverzameling in 2020 werd beïnvloed door de COVID-19-pandemie en de bijbehorende maatregelen om verspreiding van het SARS-CoV-2 virus in te perken. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de resultaten uit 2020.

In 2019 werden er voor negen rubrieken gegevens verzameld door de Peilstationpraktijken, voor 2020 waren dat tien rubrieken. De kernpunten per rubriek zijn:

- Influenza-achtig ziektebeeld (IAZ), waarover in griepseizoenen wordt gerapporteerd in plaats van kalenderjaren:
 - In seizoen 2019-2020 werd er van eind 2019 tot week 9 om 2020 een vergelijkbaar aantal patiënten met IAZ gerapporteerd als in voorgaande griepseizoenen.
 - In 2020 volgde een korte tijd een toename tussen week 9 en week 14, vermoedelijk als gevolg van patiënten met respiratoire klachten door COVID-19.
 - In seizoen 2020-2021 werden zeer lage aantallen patiënten met IAZ gerapporteerd door de Peilstationpraktijken, omdat patiënten met respiratoire klachten naar de GGD-teststraten werden verwezen voor een coronatest. Er werd geen influenza aangetroffen in de afgenomen monsters.
- Eikenprocessierups, in 2020:
 - Er werden weinig patiënten gerapporteerd met klachten die (mogelijk) veroorzaakt werden door de brandharen van de eikenprocessierupsen.
- De rubrieken roodvonk en gastro-enteritis zijn in 2020 gestart. Er werden voor beide rubrieken heel weinig patiënten gerapporteerd door de Peilstationpraktijken, vermoedelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie waardoor deze ziekten nauwelijks rondgingen.
- Kinkhoest, in 2019:
 - Er werden 51 patiënten gerapporteerd, verdeeld over alle leeftijdsgroepen.
- Levens einde, inclusief palliatieve sedatie en (verzoek) euthanasie, in 2019 en 2020:
 - In 2020 was er vergeleken met 2019 een toename te zien in het aantal sterfgevallen in de leeftijdsgroep 85 jaar en ouder, vermoedelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie.
 - De Peilstationpraktijken rapporteerden in 2020 duidelijk meer patiënten vanaf 70 jaar voor wie palliatieve sedatie was toegepast vergeleken met 2019.
 - In 2020 was er ook een toename te zien in het aantal door de Peilstationpraktijken gerapporteerde patiënten die een verzoek hadden gedaan voor toepassen van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Die toename was met name te zien in de leeftijdsgroepen 80 tot 84 jaar en 85 jaar en ouder.
- Suïcide(poging), in 2019 en 2020:
 - Er was een toename in 2020 vergeleken met 2019 in het aantal patiënten dat (een poging tot) zelfdoding pleegde dat werd gerapporteerd door de Peilstationpraktijken.
- Depressie, in 2019 en eerste kwartaal 2020:
 - De meeste patiënten met depressie die werden gerapporteerd door de Peilstationpraktijken waren tussen de 15 en 44 jaar oud.
- Eetstoornissen, in 2019 en 2020:
 - De meeste patiënten met eetstoornissen die werden gerapporteerd door de Peilstationpraktijken waren tussen de 15 en 29 jaar oud.
- Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor, in 2019:

- De meeste patiënten die deelnamen aan dit onderzoek over medicatie voor een overactieve blaas waren 65 jaar of ouder.

2 Introductie

De huisartsenpraktijk is in Nederland de eerste plaats waar je terecht kunt voor professionele hulp voor de meeste gezondheidsproblemen. De huisarts heeft een poortwachtersfunctie: voor het raadplegen van specialistische hulp is meestal een verwijzing van een huisarts nodig. Bijna iedere Nederlander staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk (inschrijving op naam).

Alle huisartsenpraktijken houden hun medische dossiers elektronisch bij. In deze patiëntdossiers staan gegevens over gezondheidsproblemen, consulten, voorgeschreven geneesmiddelen en uitslagen van diagnostische tests. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn verzamelt deze gegevens bij ca. 10% van de Nederlandse huisartspraktijken die deelnemen aan deze gegevensverzameling. Daarnaast wordt door een netwerk van ca. 40 huisartsenpraktijken, de Nivel Peilstations, aanvullende informatie aangeleverd over een selectie van aandoeningen, gebeurtenissen en handelingen (rubrieken). Het gaat hierbij om informatie die niet verkregen kan worden uit routinematig vastgelegde gegevens. Dit netwerk omvat ca. 1% van de Nederlandse bevolking.

Een rubriek kan langdurig lopen, maar ook voor een kortere tijd. Per kalenderjaar kunnen rubrieken starten en stoppen. Voordat een nieuwe rubriek gestart kan worden, wordt er advies ingewonnen van een adviescommissie bestaande uit leden van het Nivel, het RIVM en een aantal huisartsen van de deelnemende Peilstations. Een rubriek moet voldoen aan tenminste vijf voorwaarden:

1. Het belang van het onderwerp moet duidelijk zijn.
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 Peilstations vormen de meest geschikte informatiebron.

Doel van het rapport

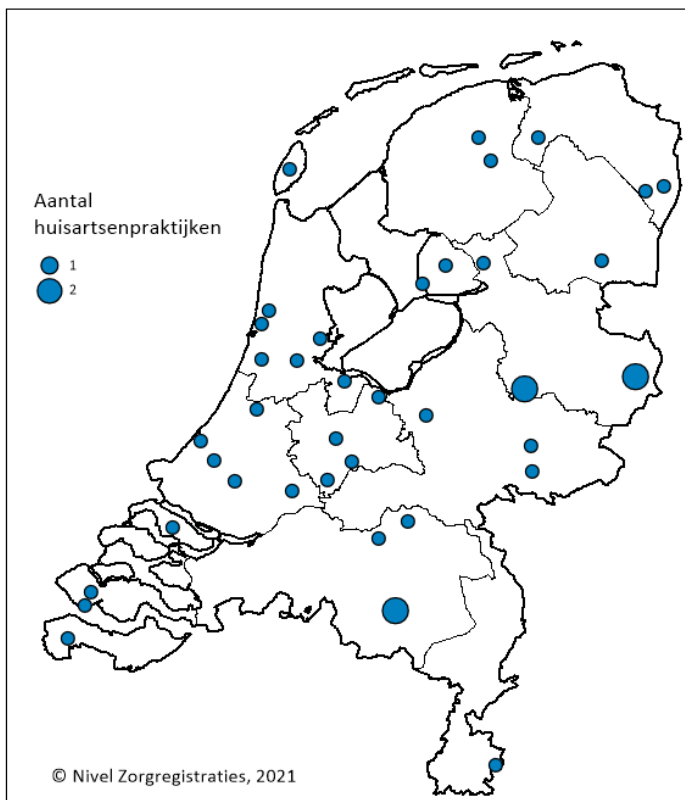
Het doel van dit rapport is een overzicht geven van de gegevensverzameling in de Peilstations en het presenteren van de resultaten op hoofdlijnen. In dit rapport staan de resultaten van de rubrieken van de Nivel Peilstations in de jaren 2019 en 2020. Resultaten van de rubrieken worden in meer detail in andere publicaties gerapporteerd. Zie bijlage D voor een overzicht van publicaties in 2019 en 2020. Het jaar 2020 is het eerste rapportagejaar waarin de cijfers over morbiditeit en zorggebruik mogelijk beïnvloed zijn door de COVID-19-pandemie en bijbehorende coronamaatregelen. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het interpreteren van de cijfers van 2020.

3 Methode

Omvang gegevensverzameling en geografische spreiding

In 2020 waren er 41 huisartsenpraktijken die deelnamen als Peilstation, met 87 werkzame huisartsen. Deze praktijken waren verspreid over heel Nederland en hadden een dekking van 0,9% van de Nederlandse bevolking. Bij het werven van praktijken wordt rekening gehouden met de geografische spreiding (zie figuur 1) en met de bevolkingsdichtheid.

Figuur 1 Geografische spreiding deelnemende Peilstationpraktijken, 2020



Representativiteit

De ingeschreven personen bij de Peilstationpraktijken vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse populatie wat betreft leeftijd, geslacht en deel van het land waarin personen wonen. Praktijken in niet-stedelijke gemeenten zijn oververtegenwoordigd, praktijken in sterk tot weinig stedelijke gemeenten zijn ondervertegenwoordigd (tabel 1).

Tabel 1 Demografische kenmerken van de populatie ingeschreven bij de Peilstationpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en van de totale Nederlandse bevolking, 2020

2020		
	Nederland	Praktijkpopulatie Peilstations
Aantal personen (n)	17.407.585	164.812
Geslacht (%)		
Mannen	49,7	49,4
Vrouwen	50,3	50,6
Leeftijdscategorie (%)		
0 t/m 4 jaar	4,9	4,9
5 t/m 14 jaar	10,7	10,4
15 t/m 44 jaar	37,1	39,5
45 t/m 64 jaar	27,8	27,1
65 jaar en ouder	19,5	18,1
Stedelijkheid (%)^a		
Zeer sterk stedelijke gemeenten	25,1	25,2
Matig tot sterk stedelijke gemeenten	67,3	61,2
Niet stedelijke gemeenten	7,7	13,6
Provinciegroep (%)^b		
Noord	9,9	13,0
Oost	21,1	19,9
West	47,8	47,6
Zuid	21,1	19,4

a Stedelijkheid van de gemeente. zeer sterk stedelijk = adressendichtheid $\geq 2500/\text{km}^2$; sterk tot matig stedelijk = adressendichtheid $500\text{-}2500/\text{km}^2$; niet stedelijk = adressendichtheid $< 500/\text{km}^2$ (CBS, Stedelijkheid: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/44/meeste-afval-per-inwoner-in-minst-stedelijke-gemeenten/stedelijkheid>).

b noord: Groningen, Friesland en Drenthe; oost: Overijssel, Gelderland en Flevoland; west: Utrecht, Noord en Zuid Holland; zuid: Zeeland, Noord Brabant en Limburg.

Totalen tellen niet altijd op tot 100% door afronding.

Gegevensverzameling

De gegevensverzameling bij de Nivel Peilstations is gebaseerd op de zogeheten Peilstationsmodule (P-module) en vragenlijsten. De P-module zorgt er voor dat er in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) een trigger afgaat als de huisarts een bepaalde diagnosecode (ICPC-code¹) registreert die bij een rubriek hoort. Deze trigger roept een verzoek om extra informatie op, bijvoorbeeld een vragenlijst of afname van een keel- en neuswat. Op deze manier worden er door de deelnemende huisartsen gegevens vastgelegd en aangeleverd met betrekking tot bepaalde ziektebeelden, gebeurtenissen en verrichtingen in de huisartspraktijk. De informatie uit de vragenlijsten wordt gerapporteerd in andere publicaties door de rubriekhouders. De rubrieken waarvoor in 2019 en 2020 informatie werd verzameld staan in tabel 2.

Tabel 2 Rubrieken waarvoor informatie werd verzameld door de Peilstationpraktijken

Rubriek (looptijd)	2019	2020
Influenza-achtig ziektebeeld (1970-2020)	X	X
Eikenprocessierups (2012-2014 en 2020)		X ^a
Kinkhoest (1998-2019)	X	
Roodvonk (2020)		X
Gastro-enteritis (2020)		X ^b
Levensende (2005-2020)	X	X
Palliatieve sedatie (1978-2020)	X	X
Euthanasie (verzoek) (1978-2020)	X	X
Suïcide (poging) (1978-2020)	X	X
Depressie (2017-2020)	X	X ^c
Eetstoornissen (1985-1989 en 1995-2020)	X	X
Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor: overactieve blaas (2019)	X	

a. Van mei tot september; b. Vanaf september 2020; c. Tot en met april 2020.

Continuïteit van de rapportage en rapportagedagen

Het aantal dagen waarover per Peilstation per jaar is gerapporteerd en het aantal rapportagedagen per week van alle Peilstations worden samen berekend. Op deze wijze wordt de volledigheid en de continuïteit van het rapporteren gemonitord. De Peilstations wordt verzocht door te (laten) geven 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.

De methode van berekening van registratiedagen werkt op triggers ingebouwd in de Peilstationsmodule. Als de Peilstationsmodule aan staat en er wordt een ICPC-code geregistreerd die mogelijk bij een Peilstationsrubriek hoort ('trigger-ICPC'), dan krijgt de arts een pop-up schermje met de vraag of dit inderdaad een patiënt met een gezondheidsprobleem betreft die in betreffende

¹ Lamberts, H., & Wood, M. (Eds.). (1987). ICPC, international classification of primary care. Oxford University Press, USA.

rubriek thuishoort. Alle dagen met trigger records tellen als registratiedagen. Als de arts vervolgens 'ja' invoert op het pop-up schermje telt dit als Peilstationsregistratie voor een rubriek. Als er op een dag geen enkele 'trigger-ICPC' geregistreerd wordt, telt deze toch als registratiedag mee als er morbiditeitsgegevens zijn ontvangen in de reguliere gegevensverzameling van Nivel Zorgregistraties Huisartsen.

Analyses

Per rubriek worden de absolute aantallen patiënten gerapporteerd, voor een deel van de rubrieken zijn aantallen per 100.000 inwoners berekend. De overzichten zijn opgebouwd uit de weekcijfers, waarbij de frequenties zijn berekend op de gemiddeld in het betreffende tijdsbestek aanwezige populatie. Bij de interpretatie van het aantal gerapporteerde patiënten per 100.000 inwoners moet daarbij rekening worden gehouden met, voor een aantal rubrieken, het kleine aantal gerapporteerde patiënten. Een verschil van enkele gerapporteerde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners.

De gegevens van de artsen die nul, één of twee dagen van de week hebben gerapporteerd worden niet verwerkt in de noemer, dat wil zeggen dat de praktijkpopulatie in de 'noemer' niet wordt meegeteld in de betreffende week. Om onderrapportage te beperken worden de eventueel gerapporteerde patiënten in de tellers wel meegenomen. De praktijkpopulaties van de praktijken waar over meer dan twee dagen is gerapporteerd worden wel verwerkt. Hierbij wordt geen correctiefactor toegepast, omdat bij navraag bij de huisartsen bleek dat bij afwezigheid van één of twee dagen een verschuiving van de werkzaamheden plaatsvindt en de patiënten in een andere week gerapporteerd worden. De praktijkpopulatie wordt berekend op de bij de praktijken ingeschreven vaste patiënten. De huisartsen hebben de instructie voor de rubrieken alleen over de vaste patiënten te rapporteren.

Voor de rubrieken waarvoor op wekelijkse basis gerapporteerd wordt (influenza-achtig ziektebeeld (IAZ), eikenprocessierups en kinkhoest) worden ook de tellers van praktijken die in een week minder dan drie dagen open waren buiten de berekeningen gelaten. In tegenstelling tot rubrieken met niet-acute aandoeningen, kan een acute aandoening niet zomaar in een andere week meegeteld worden.

4 Rubriek influenza-achtig ziektebeeld (IAZ)

Kernpunten

De griepepidemie in seizoen 2019-2020 was mild en duurde 5 weken. De laatste twee weken van de griepepidemie, in de eerste helft van maart 2020, vielen samen met het begin van de COVID-19-epidemie in Nederland. De daaropvolgende maatregelen tegen de verspreiding van het SARS-CoV-2-virus hadden ook effect tegen de verspreiding van het influenzavirus. In het griepseizoen 2020-2021 was het aantal patiënten met influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) gerapporteerd door de Peilstationpraktijken daardoor heel laag en er werden relatief weinig monsters afgenomen. In geen van die monsters werd influenzavirus gevonden.

Achtergrond rubriek

Influenza veroorzaakt extra consulten bij 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 tijdens het winterseizoen. Daarnaast veroorzaakt influenza vaak ziekteverzuim, wat verlies aan productie inhoudt en absentie op scholen. Kortom, influenza is een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Elk jaar zijn er wereldwijd veel patiënten met influenza, ook in Nederland. Het 'influenza-seizoen' op het noordelijk halfrond loopt van week 40 (begin oktober) tot week 20 (half mei) van het jaar erop. Er wordt in deze rubriek daarom gerapporteerd over zogeheten respiratoire jaren (week 40 jaar n tot week 39 jaar n+1) in plaats van over kalenderjaren. Al sinds 1970 rapporteren de Peilstationartsen consulterende patiënten met IAZ. Sinds 1992 nemen ze bij een aantal patiënten met IAZ of een andere acute luchtweginfectie (ARI) een neus- en keelwat af, welke voor virologisch onderzoek naar het laboratorium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) worden gestuurd. Deze griepsurveillance of respiratoire surveillance is onderdeel van de activiteiten van het WHO erkende Nationaal Influenza Centrum, dat gevormd wordt door het Erasmus MC en RIVM en samenwerkt met het Nivel. Voor meer toelichting zie bijlage A.

De resultaten van de griepsurveillance worden wekelijks gepubliceerd in het surveillancebulletin op de websites van het Nivel (www.nivel.nl/surveillance) en van de partners.

Methode

De huisarts rapporteert consulterende patiënten met IAZ, die moeten voldoen aan de volgende criteria (Pel. 1965²):

1. Een acuut begin, dus een prodromaal stadium van maximaal drie tot vier dagen (inclusief pre-existente luchtweginfectie op een niet ziekmakend niveau).
2. De infectie moet gepaard gaan met een temperatuurverhoging van tenminste 38°C.
3. Tenminste één van de volgende symptomen moet aanwezig zijn: hoest, neusverkoudheid, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën.

² Pel. J.Z.S., 1965 Proefonderzoek naar de frequentie en de aetiologie van griepachtige ziekten in de winter 1963-1964. Huisarts en Wetenschap 1965; 86:321.

De arts wordt gevraagd bij twee patiënten met IAZ per week een keel- en neuswat af te nemen, die voor verder onderzoek worden opgestuurd naar het RIVM (Centrum Infectieziekteonderzoek, Diagnostiek en laboratorium Surveillance [IDS]). De instructie hierover is met ingang van het seizoen 2018-2019 aangepast om een meer systematische bemonstering mogelijk te maken. Dit was een voorwaarde voor deelname met de Peilstations-surveillance aan de Europese I-MOVE studie naar de effectiviteit van het influenzavaccin. Met ingang van seizoen 2020-2021 zijn een aantal extra vragen aan het monsterformulier toegevoegd, vanwege deelname aan de I-MOVE-COVID-19-studie naar risico factoren voor COVID-19 en de effectiviteit van de coronavaccins. De instructies voor bemonstering in beide seizoenen luiden als volgt:

- Op maandag t/m woensdag minimaal de eerste twee patiënten met influenza-achtig ziektebeeld (IAZ).
- Als maandag t/m woensdag geen patiënten met IAZ zijn bemonsterd, op donderdag t/m zondag minimaal de eerste twee patiënten met IAZ of een andere acute respiratoire infectie (ARI).
- De gehele week minstens 1 kind jonger dan 10 jaar met IAZ of ARI.

Voor het berekenen van het vóórkomen van IAZ wordt het aantal gerapporteerde patiënten (de epidemiologische teller) gedeeld door het aantal ingeschreven patiënten bij de Peilstationpraktijken (de epidemiologische noemer). Praktijken worden in deze berekening meegenomen als ze tenminste drie dagen in de betreffende week open waren. Alleen patiënten met een nieuwe ziekte-episode van IAZ worden geteld, dat wil zeggen dat ze niet als IAZ-geval gerapporteerd zijn in de voorgaande vier weken.

Bij het vaststellen van een griep epidemie wordt er uitgegaan van een drempelwaarde die voorafgaand aan het seizoen wordt vastgesteld volgens internationale afspraken. Voor de seizoenen 2019-2020 en 2020-2021 werd deze drempelwaarde vastgesteld op 58 patiënten met griepachtige klachten per 100.000 inwoners.³

Verdere toelichting op de methoden leest u in bijlage A.

Resultaten

Gerapporteerde patiënten met IAZ per seizoen

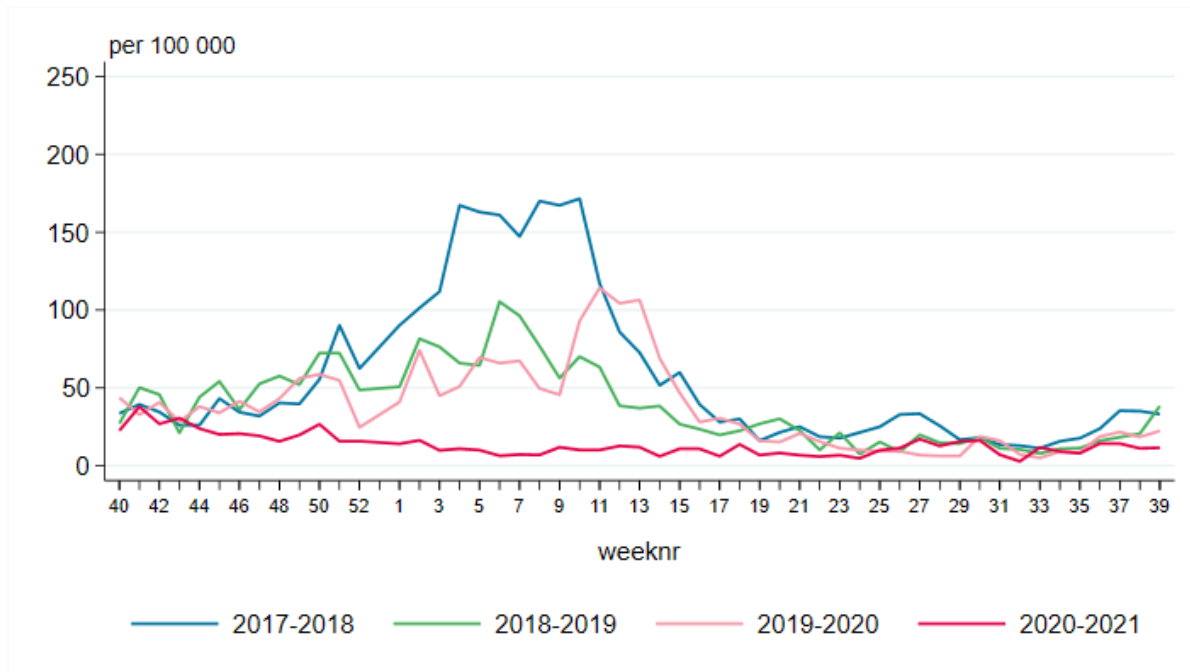
Sinds de wereldwijde uitbraak begin 2020 van het severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 (SARS-CoV-2), dat COVID-19 kan veroorzaken, werden relatief weinig patiënten met IAZ gerapporteerd. Ten dele kwam dat doordat geadviseerd werd thuis te blijven bij klachten en niet naar de huisarts te gaan. Voor patiënten die wel huisartsenzorg nodig hadden, werden veelal aparte spreekuren ingericht, vaak buiten de eigen praktijk. De maatregelen om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan hadden ook effect op de verspreiding van het influenzavirus en hebben mogelijk geleid tot de snelle daling van IAZ incidentie in 2019/2020⁴. Vanaf 1 juni 2020 werd geadviseerd om bij respiratoire klachten op SARS-CoV-2 te laten testen bij de GGD. De aantallen monsters die Peilstationartsen konden insturen was daarom relatief laag. Door de nog steeds van

³ Hooiveld, M., Hendriksen, J., Fouchier, R., Gageldonk, R. van, Koopmans, M., Korevaar, J., Lange, M. de, Meijer, A. Grenswaarde griep epidemie in winter 2020-2021. Utrecht: Nivel, 2020.

⁴ Reukers DFM, van Asten L, Brandsema PS, Dijkstra F, Hendriksen JMT, van der Hoek W, Hooiveld M, de Lange MMA, Niessen FA, Teirlinck AC, Meijer A, van Gageldonk-Lafeber AB. Annual report. Surveillance of influenza and other respiratory infections in the Netherlands: winter 2019/2020. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2021.

kracht zijnde maatregelen vanwege de coronapandemie circuleerde er in seizoen 2020/2021 vrijwel geen influenzavirus onder de bevolking^{5,6}.

Figuur 2 Aantal gerapporteerde patiënten met influenza-achtig ziektebeeld per week per 100.000 inwoners in seizoenen 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020 en 2020-2021

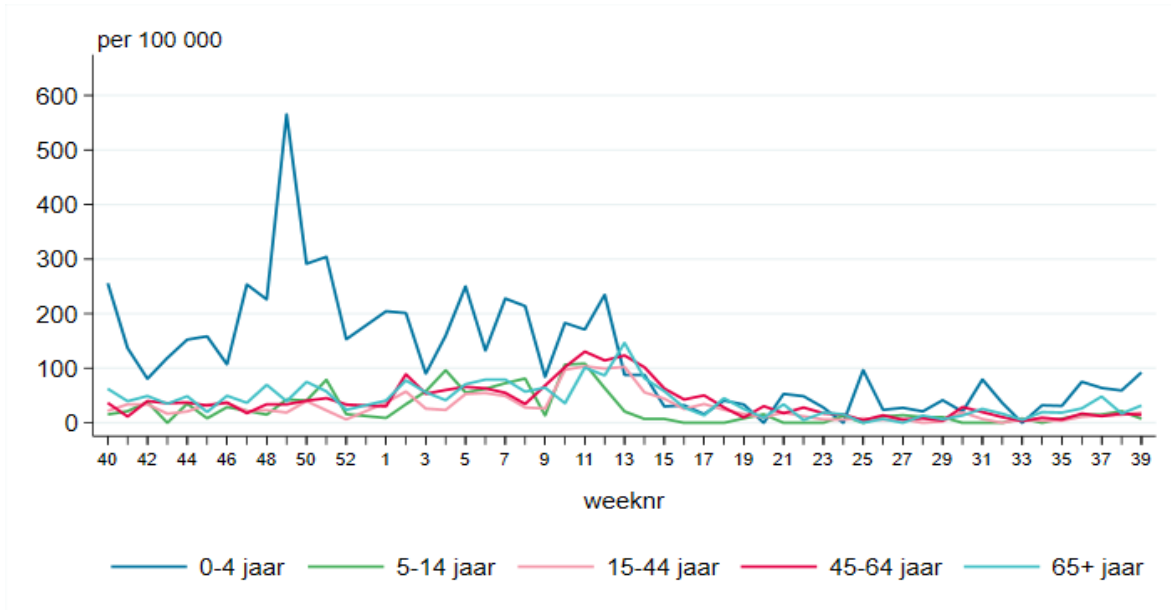


⁵ Tang, J. W., Bialasiewicz, S., Dwyer, D. E., Dilcher, M., Tellier, R., Taylor, J., Hua, H., Jennings, L., Kok, J., Levy, A., Smith, D., Barr, I. G., & Sullivan, S. G. (2021). Where have all the viruses gone? Disappearance of seasonal respiratory viruses during the COVID-19 pandemic. *Journal of medical virology*, 93(7), 4099–4101. <https://doi.org/10.1002/jmv.26964>

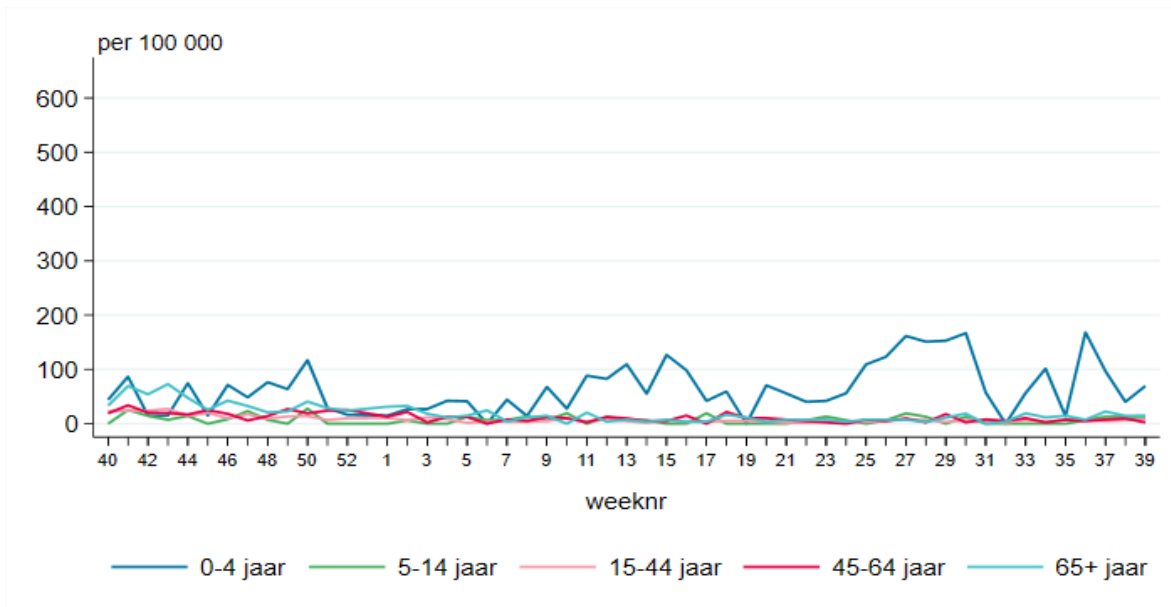
⁶ Reukers DFM, van Asten L, Brandsema PS, Dijkstra F, Hendriksen JMT, Hooiveld M, de Lange MMA, Lanooij, SJ, Niessen FA, Teirlinck AC, Verstraten C, Meijer A, van Gageldonk-Lafeber AB. Annual report Surveillance of COVID-19, influenza and other respiratory infections in the Netherlands: winter 2020/2021. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2021.

Gerapporteerde patiënten met IAZ per leeftijdsgroep

Figuur 3 Aantal gerapporteerde patiënten met influenza-achtig ziektebeeld per week per 100.000 inwoners, naar leeftijdsgroep in seizoen 2019-2020



Figuur 4 Aantal gerapporteerde patiënten met influenza-achtig ziektebeeld per week per 100.000 inwoners, naar leeftijdsgroep in seizoen 2020-2021



Gerapporteerde patiënten per seizoen en piekweken

Tabel 3 Gerapporteerde patiënten in de piekweek van het seizoen en totaal aantal gerapporteerde patiënten met influenza-achtig ziektebeeld, per 100.000 inwoners, per seizoen (week 40-39)

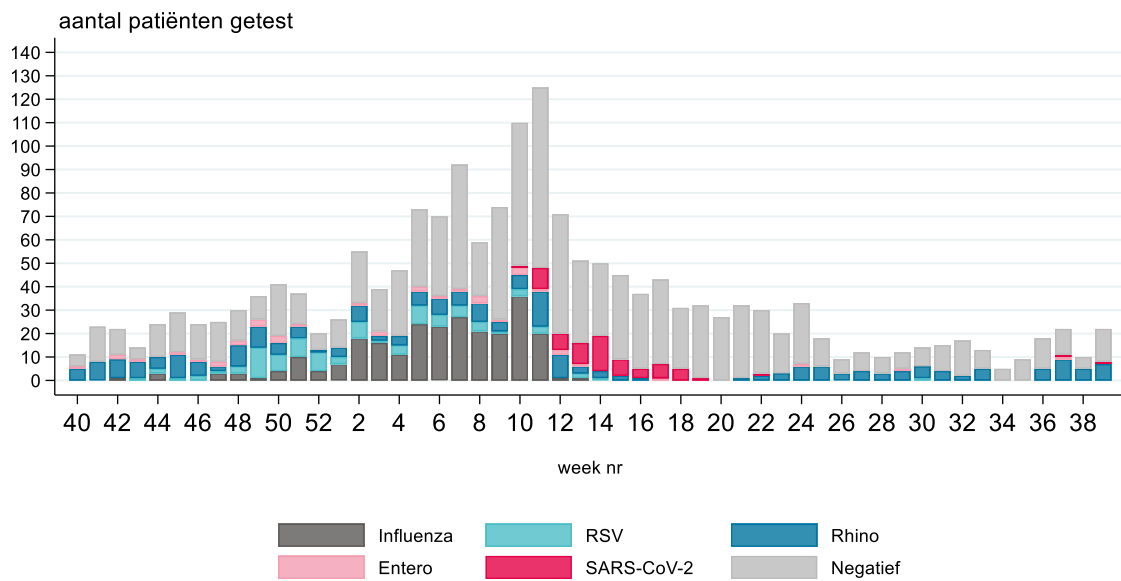
Seizoen	Gerapporteerde patiënten piekweek	Totaal gerapporteerde patiënten in seizoen
2010-2011	113	1607
2011-2012	73	1491
2012-2013	159	2504
2013-2014	84	1792
2014-2015	155	3079
2015-2016	148	2380
2016-2017	127	2367
2017-2018	172	3038
2018-2019	105	2079
2019-2020	114	2075
2020-2021	38	683

Virologie

In seizoen 2019-2020 werden er in van week 40 t/m 39 totaal 1.814 monsters afgenomen en naar het RIVM gestuurd door de Peilstationpraktijken: 858 van patiënten met IAZ en 956 van patiënten met een andere ARI. Van deze monsters waren 254 positief voor influenzavirus, waarbij type A dominant was (132 monsters met A(H3N2) en 98 met A(H1N1) pdm09). Rhinovirus werd in 242 monsters gevonden, RS-virus in 94 monsters en enterovirus werd gevonden in 39 monsters. In dit eerste seizoen waarin de uitbraak van SARS-CoV-2 tot een pandemie leidde werd het, op dat moment, nieuwe virus in 67 monsters gevonden.

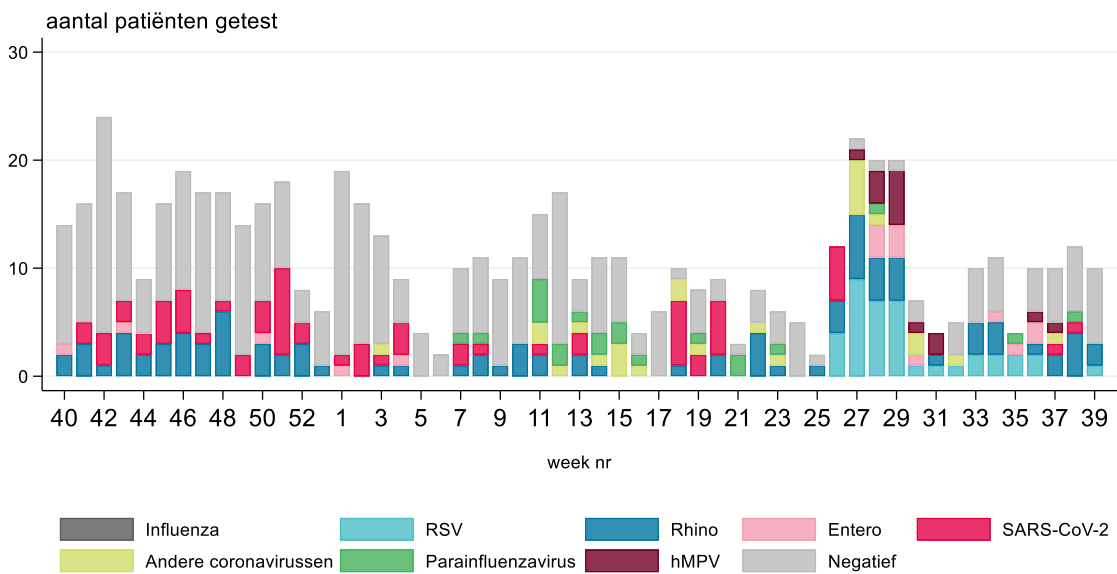
In seizoen 2020-2021 werden er in totaal 595 monsters afgenomen, waarvan 184 IAZ en 411 ARI. In dat seizoen werd er in geen enkel monster Influenza aangetroffen. SARS-CoV-2 werd in 68 monsters gevonden, rhinovirus in 93 monsters, RS-virus in 39 monsters en enterovirus in 16 monsters. Vanaf begin 2021 werden de monsters ook getest op parainfluenzavirus type 1, 2, 3 en 4 (21 monsters positief), humane seizoenscoronavirussen (hCoV type 229E, OC43, NL63 en HKU1; 25 monsters positief) en humaan metapneumovirus (15 monsters positief). Figuren 5 en 6 laten de verdeling van gevonden virussen per week zien in beide seizoenen.

Figuur 5 Aantal virussen gevonden in monsters afgenomen bij patiënten met influenza-achtig ziektebeeld of een andere acute respiratoire infectie in seizoen 2019-2020, per week



Bron virusgegevens: RIVM-IDS virologie

Figuur 6 Aantal virussen gevonden in monsters afgenomen bij patiënten met influenza-achtig ziektebeeld of een andere acute respiratoire infectie in seizoen 2020-2021, per week



Bron virusgegevens: RIVM-IDS virologie

Vaccineffectiviteit

De vaccineffectiviteit voor seizoen 2019-2020, berekend binnen de Europese I-MOVE studie, was voor influenza (A en B) 53% (95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 34-67) voor patiënten in de

huisartsenzorg. De bescherming tegen influenzavirus type A(H1N1) pdm09 was 48% (BI: 18-68), tegen type A(H3N2) 57% (BI: 27-75) en tegen type B was de bescherming 62% (BI: 17-83) ⁷.

In het seizoen 2020-2021 was er vrijwel geen circulatie van het influenzavirus, waarschijnlijk als gevolg van de maatregelen om de verspreiding van SARS-CoV-2 tegen te gaan. Daardoor kan er voor dat seizoen geen uitspraak gedaan worden over de vaccineffectiviteit⁸.

⁷ Rose, A., Kissling, E., Emborg, H.D., et al. Interim 2019/20 influenza vaccine effectiveness: six European studies, September 2019 to January 2020. *Eurosurveillance*: 2020, 25(10)

⁸ Reukers, D.F.M., Asten, L. van, Brandsema, P.S., Dijkstra, F., Hendriksen, J.M.T., Hoek, W. van der, Hooiveld, M., Lange, M.M.A. de, Lanooij, S.J., Niessen, F.A., Teirlinck, A.C., Verstraten, C., Meijer, A., Gageldonk-Lafeber, A.B. van. Annual report Surveillance of COVID-19, influenza and other respiratory infections in the Netherlands: winter 2020/2021. Bilthoven: RIVM, 2021

5 Rubriek Eikenprocessierups

Kernpunten

Er werden weinig patiënten gerapporteerd met klachten door de brandharen van eikenprocessierupsen.

De piek van de door de Peilstationspraktijken gerapporteerde patiënten met klachten door de eikenprocessierups lag in week 26 en 27 (eind juni, begin juli).

De gerapporteerde patiënten waren voornamelijk volwassenen.

Achtergrond rubriek

Sinds 1987 vormt de eikenprocessierups een jaarlijks terugkerend probleem in een groot deel van Nederland. Huisartsen zien regelmatig patiënten met klachten van huid, ogen en luchtwegen, die mogelijk veroorzaakt zijn door contact met de karakteristieke brandharen van de rupsen. Vooral in de maanden juni tot en met augustus kunnen deze brandharen serieuze klachten veroorzaken. Maar ook in de maanden daarna kunnen mensen er last van hebben omdat de brandharen zich dan uit de lege nesten verspreiden. De haren dringen gemakkelijk in de huid, de ogen en in de luchtwegen en blijven zitten doordat ze weerhaken hebben. Hierdoor kunnen ze pijnlijke wondjes veroorzaken. Naast dit 'mechanische effect' van de brandharen kan er ook een op allergie lijkend effect optreden. De stoffen die van de haren afkomen veroorzaken een op allergielijkende huiduitslag, zwellingen, rode ogen en jeuk (pseudo-allergische reactie). Daarnaast kan een deel van de bevolking ook een allergie ontwikkelen op de eiwitten die vrijkomen uit de brandharen.

Methode

De rubriek 'Eikenprocessierups' liep in 2020 van 4 mei (week 19) tot en met 4 oktober (week 40). De huisarts meldde patiënten met klachten die mogelijk veroorzaakt werden door de eikenprocessierups door een pop-up vraag in de Peilstationsmodule bevestigend te beantwoorden.

Deze pop-up verscheen bij registratie van de ICPC-codes:

S01 (pijn/gevoeligheid huid)

S02 (pruritus/jeuk)

S06 (lokale roodheid/erytheem huid)

S29 (andere symptomen/ klachten huid/subcutis)

S98 (urticaria/galbulen)

A88 (klachten door omgevingsgerelateerde factoren, zoals kou/warmte/etc.)

F29 (andere symptomen/ klachten oog/adnexen)

F71 (allergische/ niet-gespecificeerde conjunctivitis)

F73 (andere infectie/ ontsteking oog/ adnexen)

Bij de verwerking van de pop-up records werd wekelijks het aantal gevallen geteld van 'eikenprocessierups'. Dat wil zeggen, het aantal patiënten waarvoor de huisarts in de pop-up met 'ja' geantwoord heeft op de vraag "Betreft het (waarschijnlijk) klachten ten gevolge van de

eikenprocessierups?” Hierbij werden alleen de incidente, oftewel de nieuwe gevallen, geteld. Als een patiënt binnen een acht weken terugkwam voor hetzelfde gezondheidsprobleem, werd deze niet opnieuw meegenomen in de tellingen.

Resultaten

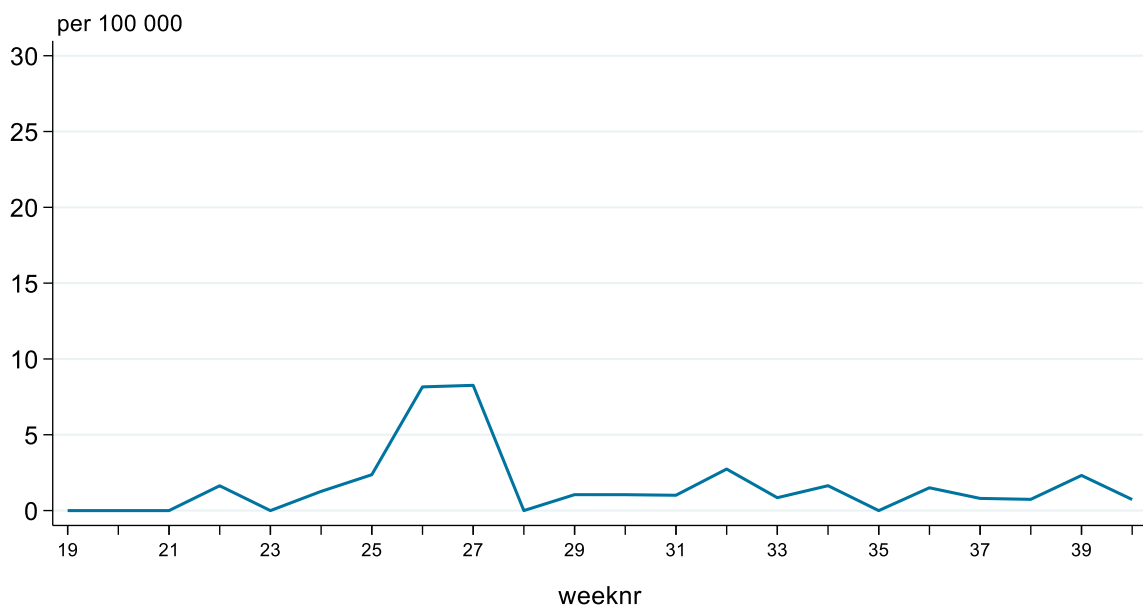
Gerapporteerde patiënten

In 2020 werden er door de Peilstations in totaal 35 patiënten gemeld met klachten die veroorzaakt waren door de eikenprocessierups. De piek van de meldingen lag in de weken 26-27 (eind juni, begin juli), met omgerekend 8 patiënten per 100.000 inwoners. Na de grote overlast door eikenprocessierupsen in 2019⁹, was in 2020 het aantal mensen dat zich bij de huisarts meldde met gezondheidsklachten die mogelijk veroorzaakt zouden kunnen zijn door contact met brandharen van eikenprocessierupsen relatief laag.

Tabel 4 Aantal gerapporteerde patiënten dat bij de huisarts kwam met klachten veroorzaakt door de eikenprocessierups in absolute aantallen, per leeftijdsgroep in mei t/m september 2020

Leeftijdsgroep	Aantal gerapporteerde patiënten
0 t/m 4 jaar	1
5 t/m 19 jaar	3
20 t/m 39 jaar	8
40 t/m 64 jaar	10
65 jaar en ouder	13

Figuur 7 Aantal gerapporteerde patiënten met klachten veroorzaakt door de eikenprocessierups per week per 100.000 inwoners, in 2020 (mei t/m september, week 19 t/m 40)



⁹ Hooiveld, M., Jans, H., Hendriksen, J., Baliatsas, C., Dückers, M. Voor tweede jaar op rij weinig gezondheidsproblemen door brandharen van eikenprocessierupsen. Utrecht: Nivel, 2022.

6 Rubriek Roodvonk

Kernpunten

Er zijn tijdens de looptijd van de rubriek heel weinig patiënten met (een verdenking op) roodvonk gemeld door de Peilstationspraktijken, vermoedelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie waardoor roodvonk nauwelijks rondging.

Achtergrond rubriek

Roodvonk (scarlatina) is een aandoening die wordt veroorzaakt door infectie met Groep A Streptokokken (GAS). In de jaren voor COVID-19 werd een stijging in de incidentie van roodvonk geobserveerd in enkele ons omringende landen. Een stijging in roodvonk incidentie ging in het Verenigd Koninkrijk gepaard met een stijging in invasieve GAS infecties. In Nederland ontbreekt systematische roodvonk surveillance. De doelstellingen van de rubriek 'roodvonk' is het verkrijgen van inzicht in de incidentie van roodvonk (scarlatina) in Nederland. Gezien de grote ernst van invasieve infecties, is het van belang zicht te hebben op de epidemiologie van GAS, inclusief niet-invasieve infecties zoals roodvonk. In 2018 werd een opvallend hoog aantal meldingen gedaan van kraamvrouwenkoorts met GAS. Uit nader onderzoek door het RIVM bleek dat vrouwen die kraamvrouwenkoorts ontwikkelden relatief vaak contact hadden gehad met mensen met roodvonk, keelontsteking of krentenbaard. Ook viel in 2018-2019 een hoog aantal ernstige invasieve GAS infecties bij kinderen op. Indien ook in Nederland een verhoogde incidentie van roodvonk bijdraagt aan invasieve GAS infecties, biedt dit mogelijkheden voor preventie en bestrijding, door bijvoorbeeld laagdrempeliger behandelen of wering van roodvonk patiënten bij kwetsbare groepen voor invasieve ziekte, zoals hoogzwangeren of patiënten met waterpokken.

Methode

De rubriek is in 2020 gestart. Roodvonk valt onder de ICPC-code R72 'streptokokken angina/ roodvonk'. Via de pop-up werd bij het invullen van een R72-code aan de deelnemend huisarts gevraagd of dit mogelijk een patiënt met roodvonk betreft en of er nadere diagnostiek naar de verwekker, groep-A-streptokokken, is ingezet. Gevraagd wordt alle patiënten met een verdenking roodvonk te registreren met de ICPC-code R72 'streptokokken angina/ roodvonk'.

Resultaten

Er zijn tijdens de looptijd van de rubriek heel weinig patiënten met (een verdenking op) roodvonk gemeld, vermoedelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie waardoor roodvonk nauwelijks rondging. Er werden 13 patiënten gemeld, waarvan zes in de leeftijdsgroep tot tien jaar en verder verspreid over leeftijdsgroepen.

7 Rubriek Gastro-enteritis (VERITHAS studie)

Kernpunten

De rubriek gastro-enteritis (VERITHAS studie) is pas in het najaar van 2020 van start gegaan. Er zijn in die periode heel weinig patiënten met gastro-enteritis gemeld door de Peilstationspraktijken, vermoedelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie waardoor gastro intestinale ziekteverwekkers nauwelijks circuleerden.

Achtergrond rubriek

De morbiditeit en geassocieerde kosten van maag-darm infecties zijn (nog steeds) substantieel in geïndustrialiseerde landen zoals Nederland. Het RIVM onderzoekt elk jaar hoeveel mensen ziek worden en overlijden als gevolg van maag-darm infecties geassocieerd met een groep geselecteerde pathogenen¹⁰. De surveillance programma's van het RIVM vormen hier de input voor. Dit wordt vervolgens gebruikt om de ziektelast te bepalen, uitgedrukt in DALY's (Disability Adjusted Life Years). De surveillance programma's laten echter slechts het topje van de ijsberg zien wat betreft het aantal infecties in de algemene bevolking (de zogenaamde top van de surveillance piramide).

Om tot incidenties en ziektelast in de gehele bevolking te komen zijn schattingen nodig van de incidenties in de onderliggende lagen van de surveillance piramide, zoals de huisartsenpraktijken. Het algemene doel van deze surveillance is daarom om een actueel beeld te krijgen van de incidentie, ziektelast en etiologie van maag-darm infecties in de populatie van patiënten met diarree die een huisarts bezoeken.

Methode

De rubriek Gastro-enteritis is gestart in september 2020. Alle personen die zich bij de huisarts melden met vermoedelijke maag-darm infecties (acuut of chronisch) wordt gevraagd of zij mee willen werken aan deze studie als zij volgens de huisarts voldoen aan het criterium "diarree" of "infectieuze gastro-enteritis", met daarbij de ICPC-codes:

D11: diarree

D70: infectieuze diarree/dysenterie

D73: veronderstelde gastro-intestinale infectie

Vervolgens leveren patiënten die mee willen doen feces in voor bacteriële, virale en parasitaire diagnostiek en vullen een vragenlijst in.

¹⁰ Pijnacker, R., Friesema, I., Mughini Gras, L., Lagerweij, G., Van Pelt, W., & Franz, E. (2019). *Disease burden of food-related pathogens in the Netherlands, 2018*.

Resultaten

In de eerste maanden van de start van de rubriek werden er door huisartsen nauwelijks patiënten met gastro-enteritis gemeld, vermoedelijk door een laag aantal besmettingen als gevolg van de maatregelen om de COVID-19- pandemie in te dammen.

8 Rubriek Kinkhoest

Kernpunten

In 2019 werden er door de Peilstationspraktijken 51 patiënten gerapporteerd met kinkhoest.

Achtergrond rubriek

Kinkhoest is een acute, zeer besmettelijke infectie van de bovenste luchtwegen die veroorzaakt wordt door de bacterie *Bordetella pertussis* en in sommige patiënten door *Bordetella parapertussis*. Kinkhoest kan met name bij kinderen jonger dan drie maanden zeer ernstige complicaties geven zoals hersenbeschadigingen en convulsies, atelectase van de long, pneumothorax, longemfyseem en zelfs sterfte. 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* wordt sinds het begin van de vijftiger jaren (1954) uitgevoerd en is vanaf de start van het Rijksvaccinatieprogramma (1957) hierin opgenomen. De dekkingsgraad van de DKTP-vaccinatie voor zuigelingen in dit programma is hoog, maar is de afgelopen jaren wel licht gedaald van 96% geboortecohort 2010 naar 92% geboortecohort 2016. Daarna steeg de dekkingsgraad weer licht naar 93% geboortecohort 2018. Het vaccin dat in de vijftiger jaren werd ontwikkeld was effectief in het bestrijden kinkhoest, maar heeft niet tot uitroeiing van de bacterie geleid. Vanaf 1996 nam de incidentie van kinkhoest in Nederland toe, ondanks de hoge vaccinatiegraad.

Kinkhoest is endemisch en om de paar jaar treden epidemische verheffingen op. Analyse van beschikbare gegevens leerde dat de proportie gevaccineerde personen onder de aangegeven ziektepatiënten van kinkhoest toegenomen was, vooral voor kinderen op de schoolgaande leeftijd¹¹. Daarom worden sinds juli 2001 kinderen op 4-jarige leeftijd nogmaals ingeënt met een herhalingsvaccinatie met acellulair kinkhoest. Vanaf 2005 zijn de vaccinaties met de hele-cel kinkhoestcomponent in het eerste levensjaar vervangen door een combinatievaccin met een acellulaire kinkhoestcomponent. Vanaf december 2019 krijgen zwangere vrouwen een kinkhoest-bevattend vaccin aangeboden om via overdracht van antistoffen hun pasgeboren kind te beschermen.

Kinkhoest is een van de ziekten waarvoor aangifte verplicht is; van deze registratie bestaat een continue surveillance. 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. Er zijn drie mogelijke redenen voor onderrapportage. 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 patiënten van kinkhoest bij de GGD.

¹¹ Melker HE de, Conyn-van Spaendonck MA, Schellekens JFP. Pertussis surveillance 1989-1995, RIVM. 1996

Methode

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

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

Met behulp van een aanvullende vragenlijst wordt onderscheid gemaakt tussen klinische kinkhoest zonder bevestiging door het laboratorium en met laboratoriumonderzoek bevestigde symptomatische (al dan niet typische) *Bordetella pertussis*/-parapertussis infectie. Door dit onderscheid te maken kan inzicht verkregen worden in de frequentie waarmee door de huisarts de diagnose kinkhoest gesteld wordt op basis van alleen het klinische beeld. Ook wordt gevraagd of de patiënt ooit is ingeënt tegen kinkhoest en indien dat het geval is hoeveel doses zijn toegediend. De verkregen informatie wordt naast andere bronnen over het voorkomen van kinkhoest gebruikt door het Centrum voor Infectieziektebestrijding, Epidemiologie en Surveillance van het RIVM in Bilthoven bij de interpretatie van de epidemiologie van kinkhoest in Nederland.

Resultaten

De rubriek Kinkhoest liep tot en met 2019. In dat jaar werden er 51 patiënten gerapporteerd: 6 patiënten in de groep 0-4-jarigen, 10 in de groep 5-19-jarigen, 15 in de groep 20-39-jarigen, 12 in de groep 40-64-jarigen en 9 patiënten in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

9 Rubriek Levensende

Kernpunten

In 2019 werden er 447 sterfgevallen gerapporteerd door de Peilstationspraktijken, in 2020 werden er 444 sterfgevallen gerapporteerd. In 2020 was er vergeleken met 2019 een toename te zien in het aantal sterfgevallen in de leeftijdsgroep 85 jaar en ouder.

Achtergrond rubriek

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 100.000 personen neemt toe vanwege een absolute en relatieve toename van het aantal oudere mensen. Adequate zorg aan het levensende (zorg gericht op de best mogelijke kwaliteit van leven) wordt steeds belangrijker door deze demografische verandering.

Voor de planning van zorgvoorzieningen en de verbetering van de zorg voor patiënten in de laatste maanden van hun leven is onderzoek noodzakelijk. Huisartsen zijn bij de meeste van hun patiënten betrokken bij het overlijden. Voor zover patiënten elders overlijden (in ziekenhuis of andere instelling) worden huisartsen hierover geïnformeerd. Zij zijn dus bij uitstek geschikt om gegevens aan te leveren over het levensende. In een tijd dat er vanuit beleid veel aandacht voor palliatieve zorg is, biedt deze gegevensverzameling de mogelijkheid om ontwikkelingen in de palliatieve zorg in de praktijk te onderzoeken. Met behulp van deze onderzoeksgegevens worden onder andere kwaliteitsindicatoren van de zorgprocessen rond het sterven ontwikkeld. Dit hoofdstuk geeft slechts de aantallen sterfgevallen per regio, adressendichtheid, seizoen en de leeftijdsverdeling weer. Over het aanvullende onderzoek met betrekking tot de zorg rond het levensende wordt afzonderlijk gepubliceerd.

Methode

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

Gevraagd wordt alle overleden patiënten van 1 jaar en ouder te registreren met de ICPC-code A96 en tevens de vragenlijst in te vullen. Bij plotseling en onverwacht overlijden moet de vragenlijst ook ingevuld worden, maar is deze heel kort. Als er in de pop-up aangegeven wordt dat er sprake is van euthanasie, palliatieve sedatie of suïcide wordt er gevraagd om naast het levensendeformulier ook een korte digitale vragenlijst over dat thema in te vullen.

In de resultaten worden de patiënten gerapporteerd die door de Peilstationspraktijken zijn gemeld. Deze aantallen zijn vermoedelijk een onderschatting van het werkelijke aantal patiënten, als gevolg van bijvoorbeeld gemelde patiënten buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk. Ook valt een deel van de overleden patiënten in Nederland niet onder de zorg van de huisarts, zoals patiënten die verblijven in verpleeghuizen of soms in hospices. Hierdoor levert een registratie in de huisartspraktijk dan ook lagere cijfers op dan CBS-registratie, omdat verpleeghuizen een hoog sterftcijfer hebben en opnames in hospices doorgaans voor terminale zorg bedoeld zijn.

Het kan ook voorkomen dat een vragenlijst niet wordt ingevuld, door verschillende redenen zoals drukte. De gemelde patiënten worden doorberekend naar patiënten per 100.000 inwoners en geven daarmee ook een onderschatting van het werkelijke aantal sterfgevallen per 100.000 inwoners. Bij de interpretatie van het aantal patiënten per 100.000 inwoners moet daarbij rekening worden gehouden met het kleine aantal gemelde patiënten. Een verschil van enkele gemelde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners.

In 2020 zijn er voor de berekening van de cijfers van de levenseinderubrieken gegevens van minder Peilstationspraktijken gebruikt vanwege een verkeerde instelling van de rubriek in het elektronisch patiëntendossier in een aantal praktijken. Voor 2019 werden de gegevens van alle praktijken gebruikt.

Resultaten

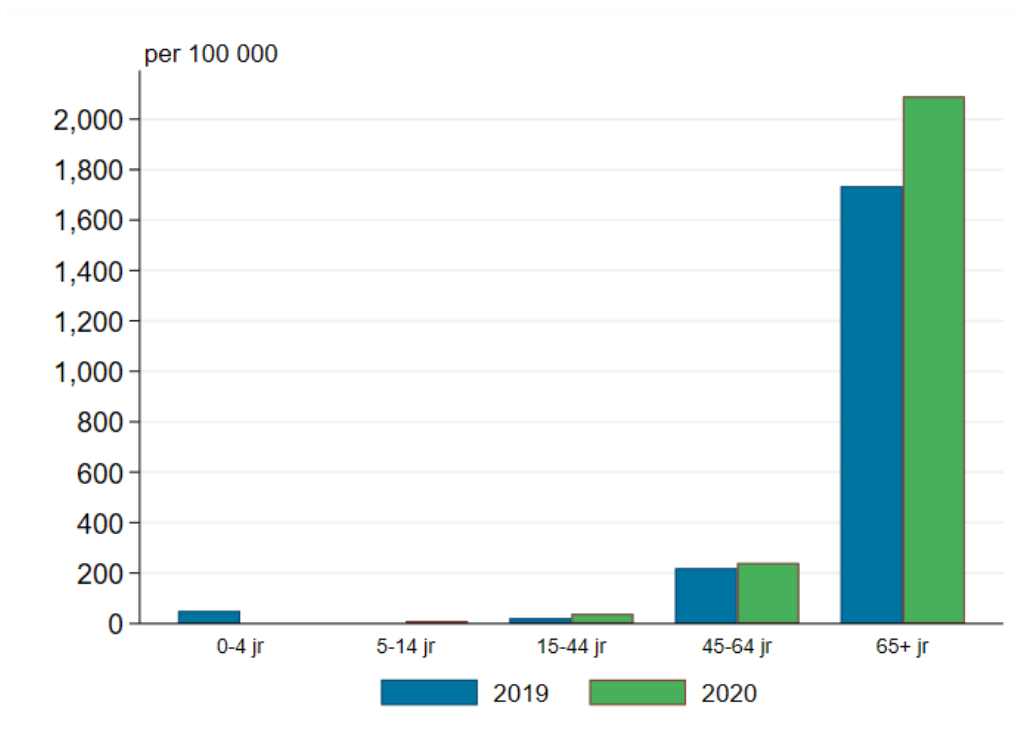
Gemelde patiënten

In 2019 werden er 447 sterfgevallen gerapporteerd door de Peilstationspraktijken, in 2020 waren dat er 444. In 2020 was het aantal sterfgevallen in de leeftijdsgroep 85 jaar en ouder hoger dan in 2019, vermoedelijk als gevolg van de coronapandemie.

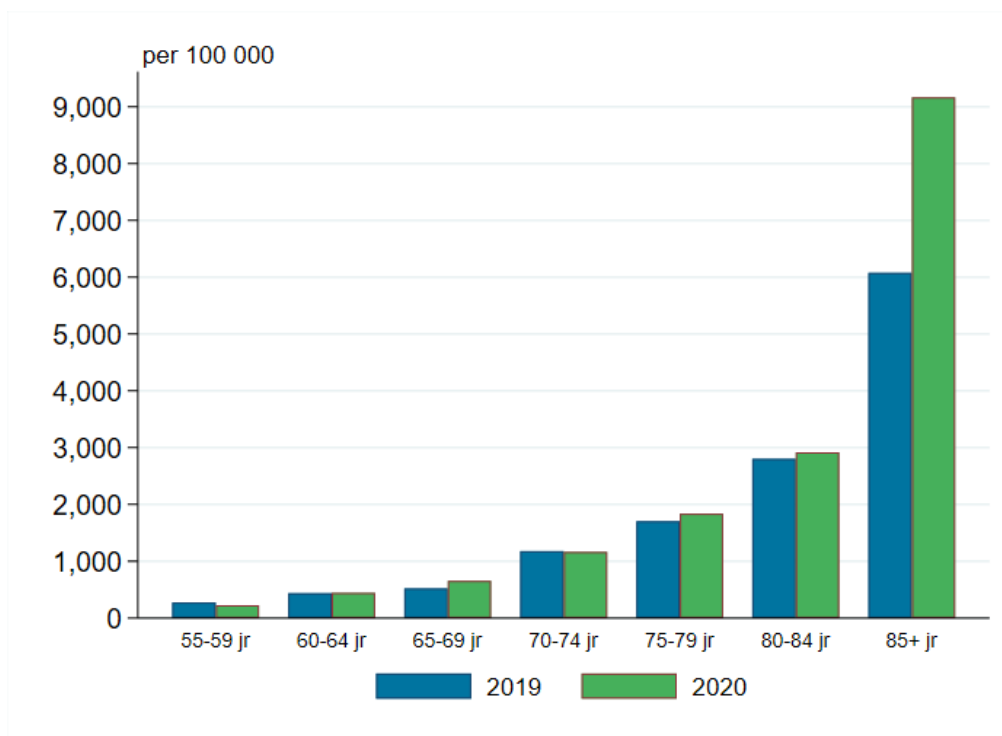
Tabel 5 Absoluut aantal gerapporteerde sterfgevallen in de Peilstations, per leeftijdsgroep in 2019 en 2020

Leeftijdsgroep	Aantal sterfgevallen 2019 (43 praktijken)	Aantal sterfgevallen 2020 (34 praktijken)
0 t/m 4 jaar	3	0
5 t/m 14 jaar	0	1
15 t/m 44 jaar	10	14
45 t/m 64 jaar	71	61
65 t/m 69 jaar	34	36
70 t/m 74 jaar	65	57
75 t/m 79 jaar	65	61
80 t/m 84 jaar	72	65
85 jaar en ouder	127	149

Figuur 8 Aantal gerapporteerde sterfgevallen in de Peilstations per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting)



Figuur 9 Aantal gerapporteerde sterfgevallen in de Peilstations per ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting), uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen met hoogste aantal gerapporteerde patiënten



Vragenlijst

In 2019 werd er voor 406 door de Peilstationshuisartsen gerapporteerde sterfgevallen een vragenlijst ingevuld (37 Peilstationspraktijken). In 2020 werd er voor 421 sterfgevallen een vragenlijst ingevuld, door 32 praktijken.

10 Rubriek Palliatieve sedatie

Kernpunten

In 2019 werden er door de Peilstationpraktijken 99 patiënten gerapporteerd voor wie de huisarts palliatieve sedatie had toegepast. In 2020 waren dat 129 patiënten. Patiënten bij wie palliatieve sedatie is toegepast waren in 2019 vrijwel allemaal 45 jaar of ouder. In 2020 waren er meer patiënten onder de 45 jaar, zij hadden allen kanker als onderliggende aandoening.

Achtergrond rubriek

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

Onder palliatieve sedatie wordt verstaan het opzettelijk verlagen van het bewust zijn met behulp van sedativa. Diepe sedatie kan worden toegepast in de palliatieve fase met als doel het verlichten van ernstig lichamelijk of psychisch lijden. De mate van bewustzijnsverlies die in deze situatie beoogd c.q. bereikt wordt, kan variëren van gering tot volledig. Diepe sedatie kan als volgt gedefinieerd worden: “het vrijwel doorlopend in slaap houden van een patiënt, middels hoge doseringen sedativa, met als doel het lijden te verlichten, echter zonder het vooropgezette doel het leven te beëindigen”. In uitzonderlijke patiënten kan diepe sedatie voor een korte periode (24 tot 48 uur) worden nagestreefd, met name om een crisissituatie (bijvoorbeeld heftige angst) te doorbreken. In de meeste patiënten heeft diepe sedatie echter de bedoeling om een blijvende bewustzijnsdaling te bewerkstelligen.

Methode

Aan de Peilstationsartsen wordt gevraagd te noteren wanneer is overgegaan tot een palliatieve sedatie en een vragenlijst in te vullen. Het vragenformulier vraagt welke symptomen aanleiding gaven tot palliatieve sedatie. Ook wordt gevraagd aan welke ziekte de patiënt leed, of er ook sprake was van een verzoek om euthanasie en wie er betrokken zijn geweest bij de beslissing over te gaan tot de palliatieve sedatie. Vanaf 2007 werd de aanvullende vraag gesteld wat de doorslag heeft gegeven tot het uitvoeren van palliatieve sedatie als er ook een verzoek was om euthanasie. Voor de definitie en wijze van toepassing van palliatieve sedatie kunnen de richtlijnen van de KNMG geraadpleegd worden (www.knmg.nl).

Bij elke casus met de ICPC-codering A96, met “ja” in antwoord op de vraag “Is er palliatieve sedatie toegepast?” wordt er een digitale vragenlijst klaargezet in de Peilstationsmodule om in te vullen. In

de vragenlijst wordt gevraagd de leeftijd en het geslacht van de patiënt te vermelden, de aandoening waaraan de patiënt lijdende was en van welke refractaire symptomen er sprake was (b.v. ernstige delier, dyspnoe, pijn, misselijkheid, braken en angst).

In de resultaten worden de patiënten gerapporteerd die door de Peilstationspraktijken zijn gemeld. Deze aantallen zijn vermoedelijk een onderschatting van het werkelijke aantal patiënten, als gevolg van bijvoorbeeld gemelde patiënten buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk. Ook valt een deel van de overleden patiënten in Nederland niet onder de zorg van de huisarts, zoals patiënten die verblijven in verpleeghuizen of soms in hospices. Hierdoor levert een registratie in de huisartspraktijk dan ook lagere cijfers op dan CBS-registratie, omdat verpleeghuizen een hoog sterftecijfer hebben en opnames in hospices doorgaans voor terminale zorg bedoeld zijn.

Het kan ook voorkomen dat een vragenlijst niet wordt ingevuld, door verschillende redenen zoals drukte. De gemelde patiënten worden doorberekend naar patiënten per 100.000 ingeschreven patiënten bij de huisarts en geven daarmee ook een onderschatting van het werkelijke aantal sterfgevallen per 100.000 inwoners. Bij de interpretatie van het aantal patiënten per 100.000 inwoners moet daarbij rekening worden gehouden met het kleine aantal gemelde patiënten. Een verschil van enkele gemelde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners.

In 2020 zijn er voor de berekening van de cijfers van de levenseinderubrieken gegevens van minder Peilstationspraktijken gebruikt vanwege een verkeerde instelling van de rubriek in het elektronisch patiëntendossier in een aantal praktijken. Voor 2019 werden de gegevens van alle praktijken gebruikt.

Resultaten

Gerapporteerde patiënten

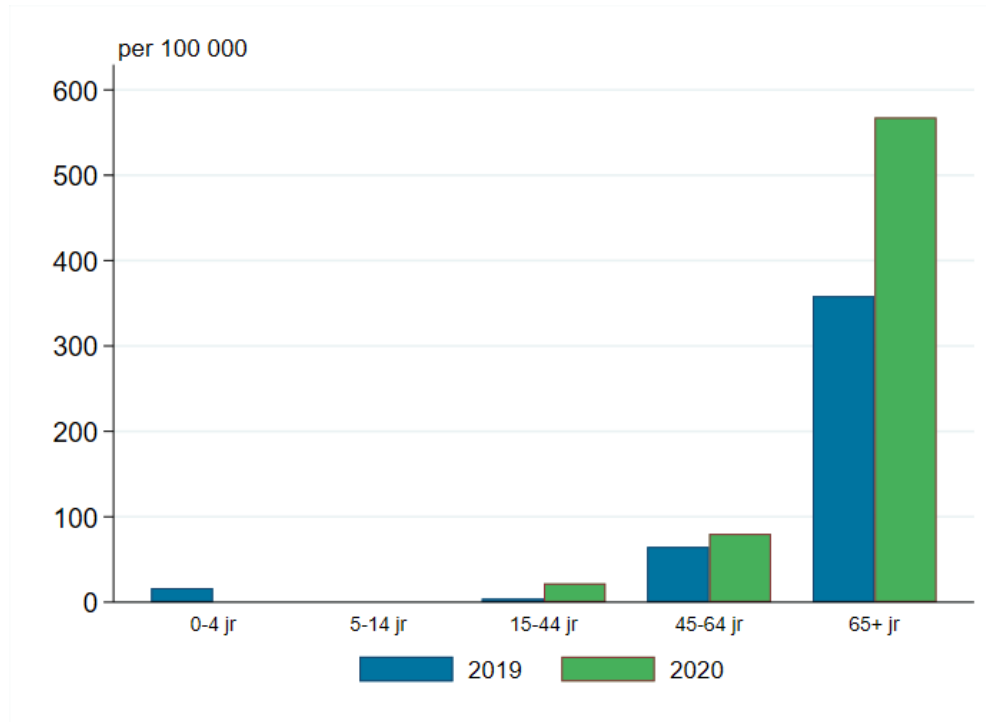
In 2019 werden er door de Peilstationspraktijken 99 patiënten gerapporteerd voor wie de huisarts palliatieve sedatie had toegepast. In 2020 waren dat 129 patiënten. In 2020 was het aandeel patiënten in de leeftijdsgroepen 80 tot 84 jaar en 85 jaar en ouder voor wie de huisarts palliatieve sedatie had toegepast ruim hoger dan in 2019. Dit was mogelijk het gevolg van de coronapandemie.

Tabel 6 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast, per leeftijdsgroep in 2019 en 2020

Leeftijdsgroep	Aantal patiënten 2019 (43 praktijken)	Aantal patiënten 2020 (34 praktijken)
0 t/m 4 jaar	1	0
5 t/m 14 jaar	0	0
15 t/m 44 jaar	2	8
45 t/m 64 jaar	21	21
65 t/m 69 jaar	11	7
70 t/m 74 jaar	11	19
75 t/m 79 jaar	10	15

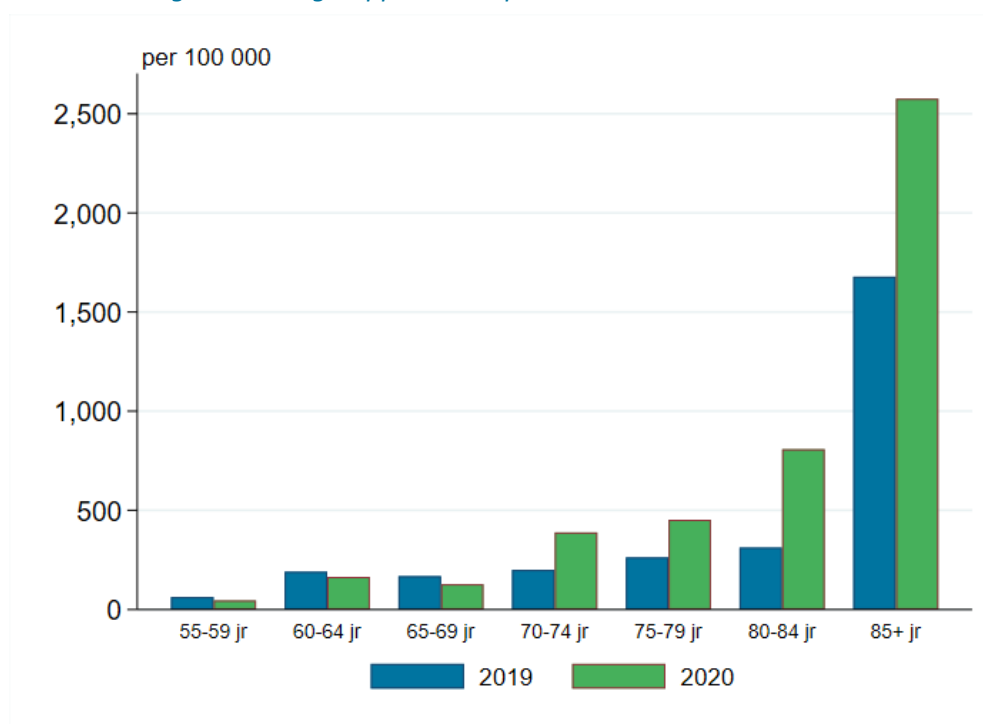
80 t/m 84 jaar	8	18
85 jaar en ouder	35	41

Figuur 10 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting)



Figuur 11 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts palliatieve sedatie heeft toegepast per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per

leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting), uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen met hoogste aantal gerapporteerde patiënten



Vragenlijst

In 2019 hebben Peilstationshuisartsen uit 29 praktijken voor 91 patiënten een vragenlijst ingevuld over het toepassen van palliatieve sedatie. Voor iets minder dan de helft van deze patiënten was kanker de onderliggende aandoening, bijna 9% had een cardiovasculaire aandoening. De redenen voor sedatie die het meest werden genoemd waren: moeheid of uitputting (59%), pijn (46%) dyspnoe (40%) en angst (24%). Er konden meerdere redenen worden aangevinkt. Voor 15 patiënten was er ook een verzoek voor euthanasie, voor tien patiënten ging hun toestand daarvoor te snel achteruit.

In 2020 werd er voor 120 patiënten uit 29 Peilstationspraktijken een vragenlijst ingevuld over het toepassen van palliatieve sedatie. Voor 63% van de patiënten was kanker de onderliggende aandoening, voor 7% van de patiënten was COVID-19 de onderliggende aandoening. De patiënten onder de 45 jaar hadden vrijwel allen kanker als onderliggende aandoening (83%). De redenen voor sedatie die het meest werden genoemd waren: moeheid of uitputting (62%), pijn (49%) dyspnoe (32%) en ernstig delier (25%). Voor 18 patiënten was er ook een verzoek voor euthanasie, voor 11 patiënten ging hun toestand daarvoor te snel achteruit, voor drie patiënten was de termijn te kort of was er onduidelijkheid over de wens voor euthanasie.

11 Rubriek (verzoek) euthanasie

Kernpunten

In 2019 rapporteerden Peilstationspraktijken 58 patiënten die een verzoek hadden gedaan voor toepassen van euthanasie of hulp bij zelfdoding. In 2020 waren dat 71 patiënten. Er zijn vrijwel alleen patiënten gerapporteerd van 45 jaar en ouder. Vooral in de leeftijdsgroepen 80 tot 84 jaar en 85 jaar en ouder was er een duidelijke toename te zien in 2020 vergeleken met 2019.

Achtergrond rubriek

Sinds 1976 worden door de huisartsen van de Peilstations verzoeken om euthanasie aan de huisarts van patiënten met een ongeneeslijke aandoening geregistreerd. Het gaat bij deze rubriek om een actueel verzoek tot euthanasie gerelateerd aan een ongeneeslijke ziekte en/of ondraaglijk uitzichtloos lijden. Sinds 2011 wordt geregistreerd of het euthanasieverzoek ook daadwerkelijk tot euthanasie-uitvoering heeft geleid.

Methode

Een euthanasieverzoek wordt in het elektronisch patiëntendossier (EPD) geregistreerd met een ICPC-code A20. Na de melding van een actueel euthanasieverzoek gerelateerd aan een ongeneeslijke ziekte wordt de vragenlijst ingevuld, waarin 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. Sinds 2011 wordt gevraagd of de euthanasie ook daadwerkelijk uitgevoerd is en of deze gemeld is bij een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Aan het eind van het jaar volgt een rappel om eventueel vergeten meldingen alsnog te verkrijgen.

In het geval van een actueel verzoek om euthanasie/ hulp bij zelfdoding, in een situatie waarbij er sprake is van een ongeneeslijke ziekte en/of ondragelijk uitzichtloos lijden, dan registreert de huisarts dit verzoek met de ICPC-code A20. Deze rubriek hoeft niet geregistreerd te worden wanneer de patiënt met de huisarts bespreekt dat hij/zij, wanneer de omstandigheden veranderen, in aanmerking wil komen voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.

In de resultaten worden de patiënten gerapporteerd die door de Peilstationspraktijken zijn gemeld. Deze aantallen zijn vermoedelijk een onderschatting van het werkelijke aantal patiënten, als gevolg van bijvoorbeeld uitgevoerde euthanasieverzoeken via de Levenseindekliniek.

Het kan ook voorkomen dat een vragenlijst niet wordt ingevuld, door verschillende redenen zoals drukte. De gemelde patiënten worden doorberekend per 100.000 ingeschreven patiënten bij de huisarts en geven daarmee ook een onderschatting van het werkelijke aantal uitgevoerde euthanasieverzoeken per 100.000 inwoners. Bij de interpretatie van het aantal patiënten per 100.000 inwoners moet daarbij rekening worden gehouden met het kleine aantal gemelde patiënten.

Een verschil van enkele gemelde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners.

In 2020 zijn er voor de berekening van de cijfers van de levenseinderubrieken gegevens van minder Peilstationspraktijken gebruikt vanwege een verkeerde instelling van de rubriek in het elektronisch patiëntendossier in een aantal praktijken. Voor 2019 werden de gegevens van alle praktijken gebruikt.

Resultaten

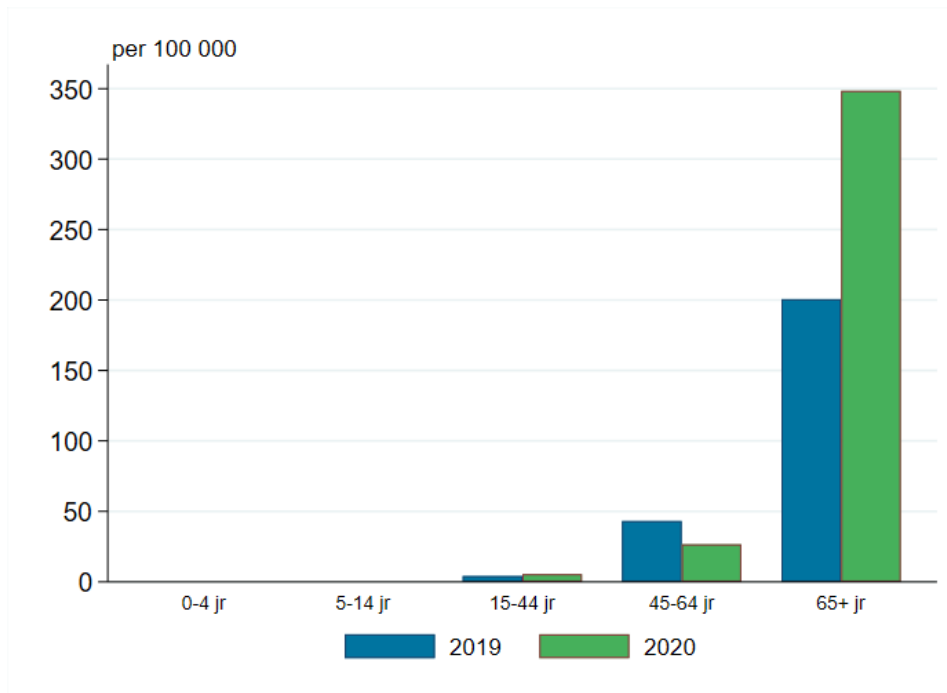
Gerapporteerde patiënten

In 2019 werden er door de Peilstationspraktijken 58 patiënten gerapporteerd die aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen. In 2020 waren dat 71 patiënten.

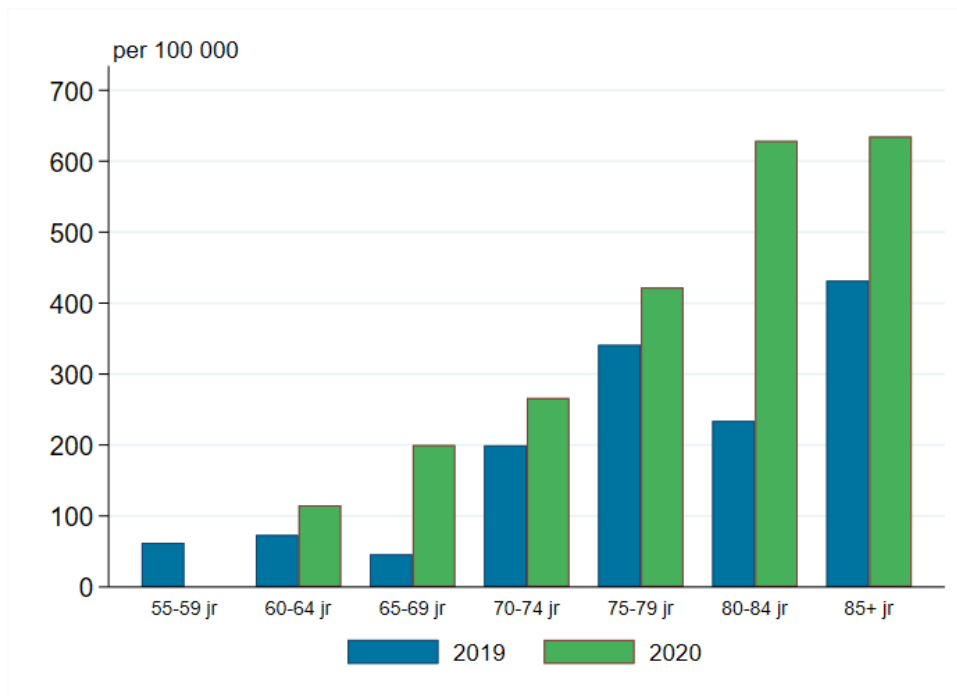
Tabel 7 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen, per leeftijdsgroep in 2019 en 2020

Leeftijdsgroep	Aantal patiënten 2019 (43 praktijken)	Aantal patiënten 2020 (34 praktijken)
0 t/m 4 jaar	0	0
5 t/m 14 jaar	0	0
15 t/m 44 jaar	2	2
45 t/m 64 jaar	14	7
65 t/m 69 jaar	3	11
70 t/m 74 jaar	11	13
75 t/m 79 jaar	13	14
80 t/m 84 jaar	6	14
85 jaar en ouder	9	10

Figuur 12 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting)



Figuur 13 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations dat aan de huisarts een verzoek deed om euthanasie toe te passen of hulp bij zelfdoding te verlenen per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting), uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen met hoogste aantal gerapporteerde patiënten



Vragenlijst

In 2019 werden er voor 55 patiënten vragenlijsten ingevuld door huisartsen van 23 Peilstationspraktijken. Voor 69% van de patiënten was kanker de onderliggende aandoening. De reden voor euthanasieverzoek was voor bijna de helft van de patiënten (n=27) pijn of uitzichtloos lijden en voor 13 patiënten (24%) achteruitgang of verslechtering van hun toestand. Voor 44 patiënten (79%) ging het om een verzoek om euthanasie, voor 6 patiënten (11%) om een verzoek om hulp bij zelfdoding.

In 2020 werd voor 66 patiënten uit 28 Peilstationspraktijken een vragenlijst over verzoek tot euthanasie ingevuld. Voor de helft van de patiënten was er sprake van kanker als onderliggende aandoening. De reden voor euthanasieverzoek was voor bijna de helft van de patiënten (n=34 pijn of uitzichtloos lijden en voor 13 patiënten (18%) achteruitgang of verslechtering van hun toestand. Voor 52 patiënten (79%) ging het om een verzoek om euthanasie, voor 6 patiënten (9%) om een verzoek om hulp bij zelfdoding.

12 Rubriek Suïcide (-poging)

Kernpunten

In 2019 werden er door de Peilstationpraktijken 52 patiënten gerapporteerd die (een) suïcide(-poging) pleegden. In 2020 waren dat 59 patiënten. Patiënten die werden gerapporteerd waren verdeeld over de leeftijdsgroepen vanaf 15 jaar.

Achtergrond rubriek

In overleg met de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd wordt dit onderwerp sinds 1978 in de Peilstations onderzocht, naast onderzoek in instellingen (ziekenhuizen, gevangenissen). Op deze wijze wordt getracht inzicht te krijgen in de omvang, trend en overige aspecten van de suïcide (-poging).

Methode

De naam van de rubriek is tevens de definitie. Het gaat primair om de poging van de patiënt, met de mogelijkheid dat suïcide het gevolg is van de handeling. In het geval van een suïcide, of suïcidepoging, registreert de huisarts deze met de ICPC-code P77. Als de suïcidepoging geslaagd is, dient daarnaast nog een code A96 ingevuld te worden.

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

In de resultaten worden de patiënten gerapporteerd die door de Peilstationpraktijken zijn gemeld. Deze aantallen zijn vermoedelijk een onderschatting van het werkelijke aantal patiënten, als gevolg van bijvoorbeeld gemelde patiënten buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk. Het kan ook voorkomen dat een vragenlijst niet wordt ingevuld, door verschillende redenen zoals drukte. De gerapporteerde patiënten worden doorberekend per 100.000 ingeschreven patiënten bij de huisartsenpraktijk en geven daarmee ook een onderschatting van het werkelijke aantal sterfgevallen per 100.000 inwoners. Bij de interpretatie van het aantal patiënten per 100.000 moet daarbij rekening worden gehouden met het kleine absolute aantal gemelde patiënten. Een verschil van enkele gemelde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners.

In 2020 zijn er voor de berekening van de cijfers van de levenseinderubrieken gegevens van minder Peilstationspraktijken gebruikt vanwege een verkeerde instelling van de rubriek in het elektronisch patiëntendossier in een aantal praktijken. Voor 2019 werden de gegevens van alle praktijken gebruikt.

Resultaten

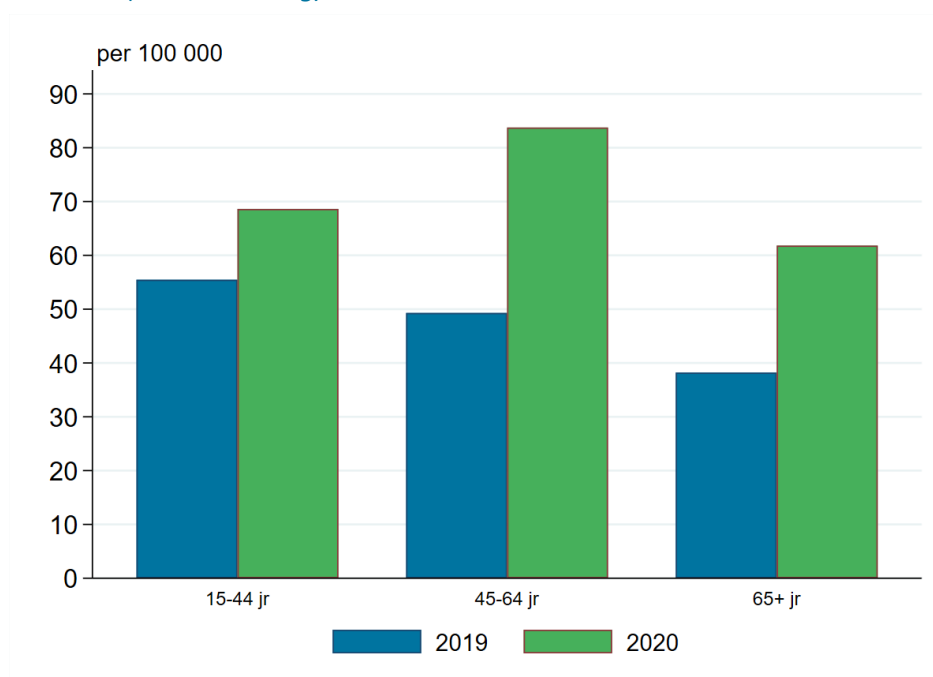
Gerapporteerde patiënten

In 2019 rapporteerden Peilstationhuisartsen een suïcide(-poging) van 52 patiënten, in 2020 werden er 59 patiënten gerapporteerd die (een poging tot) zelfdoding pleegden.

Tabel 8 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten door de Peilstations dat (een poging tot) zelfdoding pleegde, per leeftijdsgroep in 2019 en 2020

leeftijdsgroep	Aantal patiënten 2019 (43 praktijken)	Aantal patiënten 2020 (34 praktijken)
15-44 jaar	27	25
45-64 jaar	16	22
65 jaar en ouder	8	11

Figuur 14 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations dat (een poging tot) zelfdoding pleegde per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting)



Vragenlijst

In 2019 vulden Peilstationshuisartsen voor 43 patiënten een vragenlijst in over het plegen van (een) suïcide (poging). Van deze patiënten overleden er zeven als gevolg van suïcide, 27 patiënten deden een poging tot suïcide, voor drie patiënten was niet geheel duidelijk of er sprake was van een suïcidepoging en voor zes patiënten bleek er geen sprake van een (actuele) suïcidepoging.

In 2020 werd er voor 54 patiënten een vragenlijst ingevuld. Van deze patiënten overleden er vijf als gevolg van suïcide, 39 patiënten deden een poging tot suïcide, voor zes patiënten was niet geheel duidelijk of er sprake was van een suïcidepoging en voor vier patiënten bleek er geen sprake van een (actuele) suïcidepoging.

13 Rubriek Depressie

Kernpunten

In 2019 werden er 867 patiënten met depressie of depressieve gevoelens gerapporteerd. De meeste patiënten waren tussen de 15 en 44 jaar oud.

Achtergrond rubriek

(Inter)nationale richtlijnen adviseren hulpverleners om bij patiënten met een depressie vaak naar suïcidale gedachten te vragen. De huisarts speelt een belangrijke rol op dit gebied. Alle patiënten die zorg zoeken rondom depressieve gevoelens of een depressieve stoornis zullen als eerste naar de huisarts gaan. Toch is praten over suïcidaliteit zowel voor de patiënt als voor de huisarts lastig. Patiënten kunnen zich schamen en de hulpverleners weten niet altijd goed hoe ze dit gevoelige onderwerp moeten aansnijden.

De rubriek suïcide van de Peilstations vraagt na een suïcide(poging) aan de huisarts om na te gaan wanneer het laatste consult was voor deze gebeurtenis en of de patiënt toen depressief was. Zo weten we dat de helft van de patiënten een maand voor de suïcide nog bij de huisarts komt, maar dat dit risico in slechts 30 % van de patiënten herkend werd¹².

In de in 2017 gestarte rubriek depressie keren we dit om. We monitoren bij hoeveel patiënten met een depressie de huisarts vraagt naar suïcidale gedachten. Dit is een initiatief van Nivel en 113 zelfmoordpreventie, een landelijke organisatie die een voortrekkersrol heeft in suïcide preventie. Binnen de module maken we een onderscheid tussen patiënten met een nieuwe episode van depressie en patiënten die voor een herhaalconsult komen. Als de huisarts vraagt naar suïcidale gedachten, dan vragen we vervolgens naar het antwoord van de patiënt. Vraagt de huisarts niet naar suïcidale gedachten, dan vragen we wat de overwegingen waren van de huisarts om het niet te doen. We vragen ook welke vervolgcacties de huisarts heeft ondernomen.

Methode

Bij een consult met een depressieve patiënt registreert de huisarts ICPC code P76. Bij zowel nieuwe patiënte met depressie als bij reeds langer bekende depressie wordt de Peilstationmodule voor depressie getriggerd en wordt een vragenlijst aangeboden met enkele vragen omtrent suïcidale gedachten. In 2019 is de code P03 voor down of depressief gevoel toegevoegd als trigger voor de vragenlijst. Eerst wordt er gevraagd of de huisarts naar suïcidale gedachten heeft gevraagd. Zo nee, dan wordt gevraagd wat de overwegingen daarvoor waren. Zo ja, dan wordt gevraagd wat de patiënt voor antwoord gaf, wat de inschatting van het suïcide risico was, waarop de huisarts dit oordeel heeft gebaseerd en wat de eventuele vervolgstappen waren. De vragenlijst wordt bij nieuwe en

¹² De Beurs DP, Hooiveld M, Kerkhof AJFM, Korevaar JC, Donker GA. Trends in suicidal behaviour in Dutch doi:10.1136/ general practice 1983–2013: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2016;6:e010868. [bmjopen-2015-010868](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868)

bekende patiënten met depressie aangeboden, omdat er aanvankelijk geen of beperkt suïciderisico kan zijn en later wel en vice versa.

De rubriek is na april 2020 beëindigd.

Resultaten

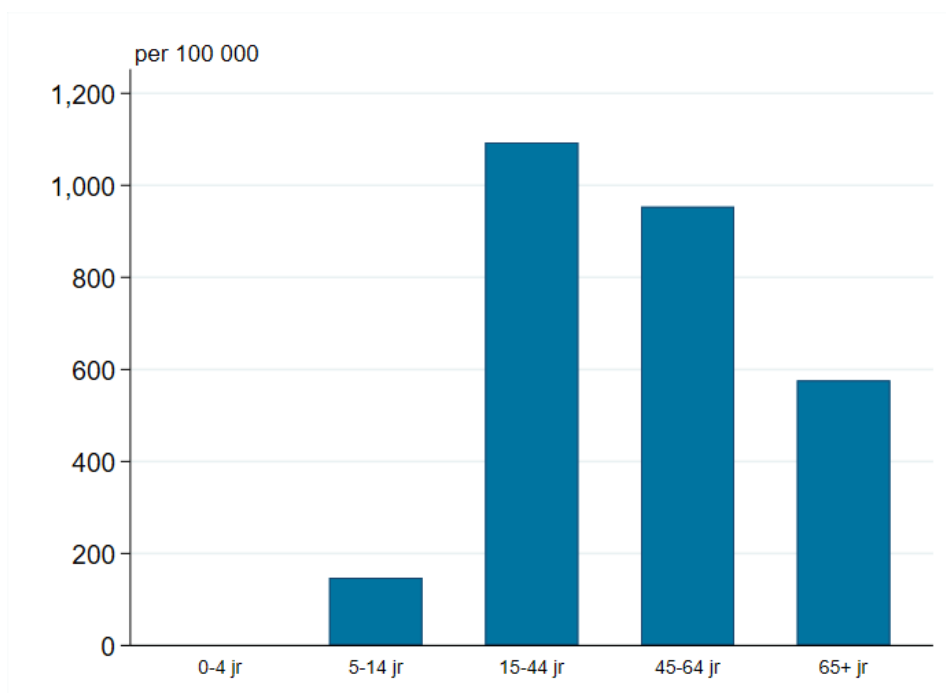
Gerapporteerde patiënten

In 2019 werden er door de Peilstationspraktijken 867 patiënten gerapporteerd met een depressie of depressieve gevoelens. In januari tot en met maart 2020 waren dat 265 patiënten.

Tabel 9 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations met depressie dat de huisarts heeft bezocht, per leeftijdsgroep in 2019

leeftijdsgroep	Patiënten 2019	
	n	%
0 t/m 4 jaar	0	0
5 t/m 14 jaar	17	2
15 t/m 44 jaar	481	55
45 t/m 64 jaar	267	31
65 jaar en ouder	102	12

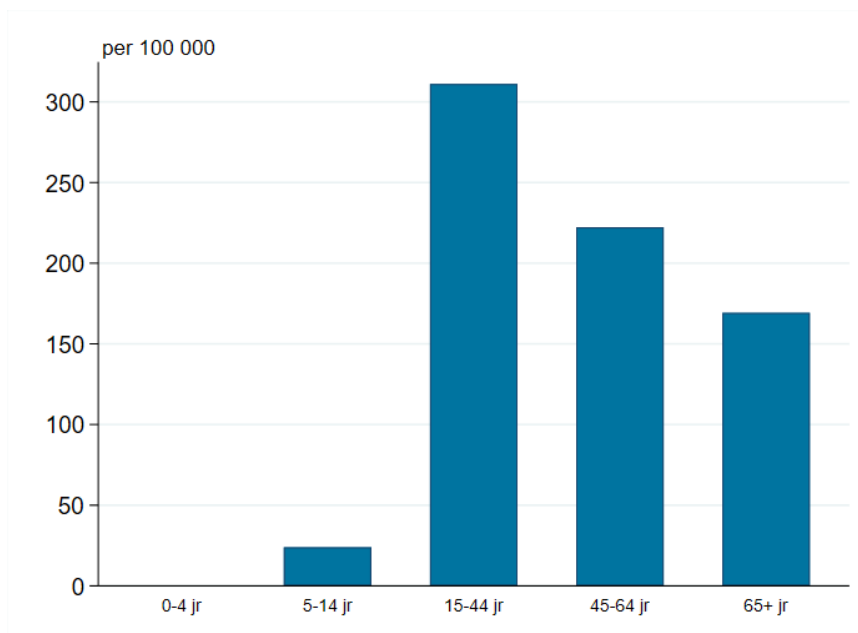
Figuur 15 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations met depressie dat de huisarts heeft bezocht per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep in 2019 (onderschatting)



Tabel 10 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations met depressie dat de huisarts heeft bezocht, per leeftijdsgroep in januari- april van 2020

leeftijdsgroep	Patiënten januari- april 2020	
	n	%
0 t/m 4 jaar	0	0
5 t/m 14 jaar	3	1
15 t/m 44 jaar	156	59
45 t/m 64 jaar	71	27
65 jaar en ouder	35	13

Figuur 16 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations met depressie dat de huisarts heeft bezocht per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep in januari – april van 2020 (onderschatting)



14 Rubriek eetstoornissen

Kernpunten

In 2019 werden er 62 patiënten gerapporteerd door de Peilstationspraktijken, in 2020 waren dat 56 patiënten. De meeste patiënten werden gerapporteerd in de leeftijdsgroep 15 tot en met 29 jaar.

Achtergrond rubriek

Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa zijn ernstige eetstoornissen. Patiënten met Anorexia nervosa ontkennen vaak hun ziekte en komen eerder voor andere klachten of op advies van anderen bij hun huisarts. Patiënten met Boulimia Nervosa beseffen goed dat zij gestoord eetgedrag hebben, maar verbergen dit vaak omdat ze zich ervoor schamen.

Van 1985 tot 1989 zijn beide eetstoornissen als incidenteel onderzoek geregistreerd via de Peilstations. Door middel van een nieuwe registratie sinds 1995 wordt onderzocht of er sprake is van wijzigingen in voorkomen van deze eetstoornissen. Sinds 2015 wordt voor de registratie de indeling van eetstoornisdiagnoses volgens de DSM-5 gevolgd (voorheen DSM-IV). Naast Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa worden nu ook de eetbuistoornis (ook wel 'binge eating disorder' genoemd; eetbuien zonder compensatie) onderscheiden, alsook enkele vooral op jongere leeftijd voorkomende eet- en voedingsstoornissen (Pica, ruminatiestoornis, en Vermijdende/ restrictieve voedselintakestoornis – Engelstalig acronym ARFID). Vanaf 2015 verzoeken wij de huisarts ook deze stoornissen in het incidentele onderzoek mee te nemen.

Van 1985 tot 1989 zijn beide eetstoornissen als incidenteel onderzoek geregistreerd via de Peilstations. Door middel van een nieuwe registratie sinds 1995 kan mogelijk de vraag beantwoord worden of er sprake is van een toename van deze eetstoornissen. De incidentie en prevalentie kan gevolgd worden over de jaren heen en we kunnen inzicht krijgen in patiëntkarakteristieken en de ingezette zorg.

Methode

Peilstationhuisartsen wordt gevraagd om patiënten met een diagnose Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa, Eetbuistoornis, of een andere eetstoornis, te registreren met de ICPC-code T06. De Peilstationartsen is gevraagd om per geregistreeerde patiënt een aantal aanvullende gegevens te verstrekken middels een vragenlijst. Betrof het een in dat jaar voor het eerst vastgestelde eetstoornis en werd de patiënt wegens de eetstoornis verwezen naar een andere hulpverlener? Verder werd gevraagd naar enkele demografische gegevens van de patiënt, naar een aantal lichamelijke aspecten van de aandoening en naar verwijzen door de huisarts.

Bij de interpretatie van het aantal patiënten per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk moet rekening worden gehouden met het kleine aantal gemelde patiënten. Een verschil van enkele gemelde patiënten kan al een grote impact hebben op het aantal patiënten per

100.0000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk. Daarnaast zijn de getallen nog niet gecorrigeerd voor eventuele prevalentie gevallen. De cijfers dienen dan ook met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Resultaten

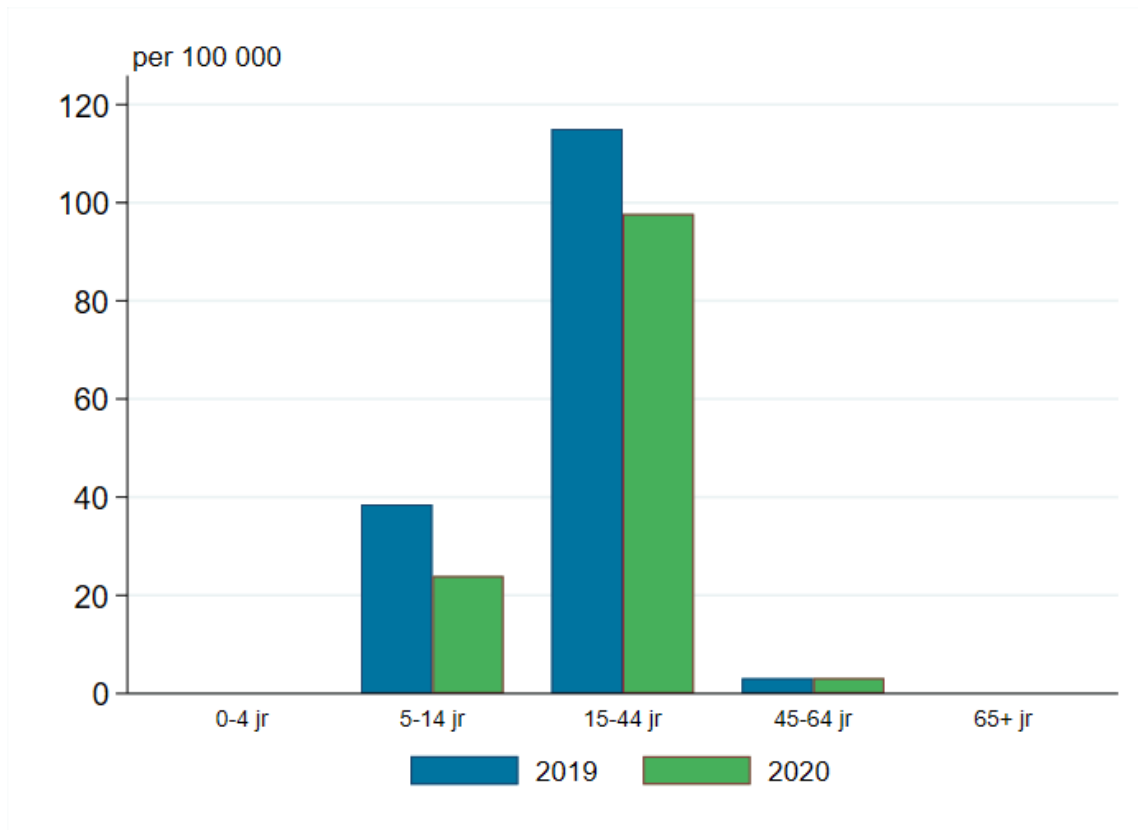
Gemelde patiënten

In 2019 werden er door de Peilstationspraktijken 62 patiënten gerapporteerd met een eetstoornis. In 2020 waren dat 56 patiënten.

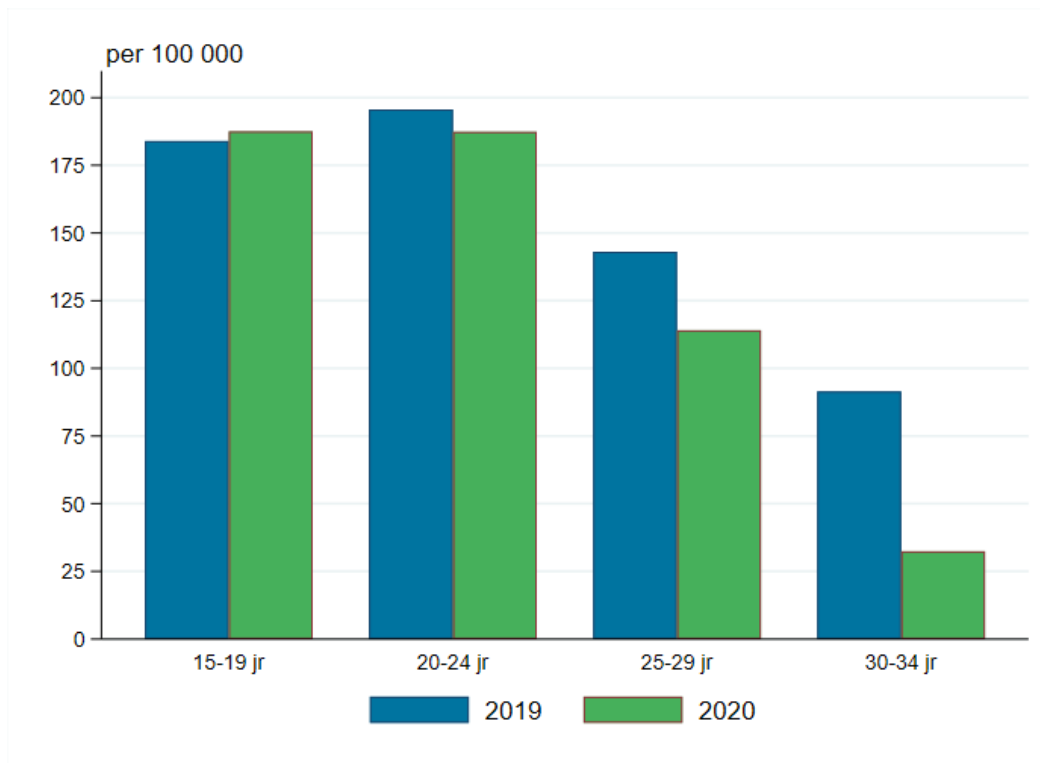
Tabel 11 Absoluut aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld, per leeftijdsgroep in 2019 en 2020

leeftijdsgroep	Aantal patiënten 2019	Aantal patiënten 2020
0 t/m 4 jaar	0	0
5 t/m 14 jaar	5	3
15 t/m 19 jaar	13	13
20 t/m 24 jaar	16	16
25 t/m 29 jaar	14	12
30 t/m 34 jaar	8	3
35 t/m 39 jaar	1	3
40 t/m 44 jaar	4	2
45 t/m 64 jaar	1	1
65 jaar en ouder	0	0

Figuur 17 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld per 100.000 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting)



Figuur 18 Aantal gerapporteerde patiënten in de Peilstations voor wie de huisarts een eetstoornis heeft vastgesteld per 100.000 inwoners, per leeftijdsgroep en per jaar (onderschatting), uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen met hoogste aantal gerapporteerde patiënten



Vragenlijst

In 2019 werd er door de huisartsen van 18 Peilstationspraktijken voor 57 patiënten een vragenlijst over eetstoornis ingevuld. In 2020 is er een vragenlijst voor 53 patiënten uit 18 Peilstationspraktijken ingevuld. Het aantal patiënten voor wie een vragenlijst is ingevuld wijkt iets af van het aantal gerapporteerde patiënten met een eetstoornis.

15 Rubriek Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor

Kernpunten

112 patiënten hebben deelgenomen aan de baten risico en impact van medicatie monitor voor overactieve blaas. Het merendeel van deze patiënten was 65 jaar of ouder (62%).

Achtergrond rubriek

Vóór een geneesmiddel op de markt komt, zijn effectiviteit en veiligheid van gebruik onderzocht. Vaak gebeurt dat in een gecontroleerde (ziekenhuis)omgeving, met een kleine groep mensen, die niet direct representatief is voor de uiteindelijke gebruikers van het middel. Daarom is monitoren van gebruik van nieuwe medicijnen na introductie op de markt belangrijk om de baten/risico balans en bijwerkingen van medicijnen te achterhalen, ook in vergelijking met andere behandelingen. Het doel was om een register op te zetten op basis van gegevens die in de zorg worden vastgelegd, om snel informatie te genereren over bijwerkingen en de balans tussen de baten en de risico's van (nieuwe) medicijnen. Overactieve blaas (OAB) fungeert als eerste casus voor deze infrastructuur. OAB is een veelvoorkomende aandoening waarvoor een aantal jaar geleden een nieuw medicijn op de markt is gekomen (mirabegron).

Voor dit onderzoek werkten het Nivel en Bijwerkingencentrum Lareb samen om de ervaringen met verschillende (zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze) therapieën voor overactieve blaas in kaart te brengen. Het Nivel en Lareb willen met hun methode ervaringen van de uiteindelijke gebruikers verzamelen. Dit geeft extra informatie over de werking en bijwerkingen van medicijnen bij bijvoorbeeld oudere mensen, of mensen die meerdere aandoeningen hebben.

Methode

De rubriek Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor was in 2019 actief in de Peilstationspraktijken en daarnaast in andere praktijken die zijn aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Patiënten van 18 jaar en ouder werden geselecteerd als zij een diagnose OAB hadden (ICPC-code U02 of U04), of een geneesmiddel voor blaasklachten kregen voorgeschreven door de huisarts (ATC-code G04BD). Deelnemende huisartsen ontvingen maandelijks een lijst met geselecteerde patiënten waarvan zij aangaven of deze patiënt uitgenodigd kon worden.

Wanneer patiënten instemden met deelname kregen zij uitnodigingen voor het invullen van een aantal online vragenlijsten over ervaringen met de verschillende behandelingen voor een overactieve blaas. De online vragenlijsten werden verstuurd via het Lareb Intensive Monitoring (LIM) systeem. Voor deze rubriek is dus geen gebruik gemaakt van de P-module en werd er geen vragenlijst aan de huisarts voorgelegd.

Resultaten

In totaal namen 295 patiënten deel aan dit onderzoek. Hiervan werden er 112 geworven via 16 Peilstationspraktijken. Van hen was ruim 48% vrouw. Van de patiënten viel ruim 6% in de leeftijdsgroep 18 tot 44 jaar, 32% in de leeftijdsgroep 45 tot 64 jaar, bijna 38% in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar, 18% in de leeftijdsgroep 75 tot 84 jaar en ruim 6% was 85 jaar of ouder. De resultaten van het onderzoek zijn elders [gepubliceerd](#).

16 Afsluiting

In dit jaarrapport is verslag gedaan van de gegevensverzameling van de Nivel Peilstationspraktijken in 2019 en 2020. Het doel van deze gegevensverzameling is om meer informatie te verzamelen over een aantal aandoeningen, gebeurtenissen en handelingen (rubrieken). De rapportage in dit jaarrapport is een verantwoording van de gegevensverzameling, uitgebreidere rapportage over de rubrieken wordt gedaan in andere publicaties.

In 2019 werden er voor negen rubrieken gegevens verzameld. De Baten Risico en Impact van Medicatie Monitor voor een overactieve blaas liep alleen in dat jaar. De rubriek kinkhoest werd na 2019 beëindigd na een looptijd van 19 jaar. In 2020 gingen er drie nieuwe rubrieken van start, namelijk Eikenprocessierups (na een eerdere looptijd van 2012 tot en met 2014), Roodvonk en Gastro-enteritis. De rubriek Depressie stopte in april 2020.

In 2020 werd de zorgverlening en daardoor ook de gegevensverzameling sterk beïnvloed door de COVID-19-pandemie. In 2020 was er weinig tot geen circulatie van de infectieziekten influenza, roodvonk en gastro-enteritis. Er werden ook weinig patiënten gerapporteerd met klachten die (mogelijk) werden veroorzaakt door de Eikenprocessierups.

In 2021 worden de rubrieken die in 2020 liepen vervolgd. In 2022 gaat de nieuwe rubriek Kleine kwalen van start, specifiek gericht op dermatomycose en lage rugpijn. Daarnaast wordt het aantal Peilstationspraktijken voor de respiratoire surveillance uitgebreid vanaf eind 2021. Het doel hiervan is om weer een actueel beeld te geven van de circulatie van respiratoire virussen na het wegvallen van het primair testen bij de GGD voor SARS-CoV-2.

Bijlage A – Extra informatie over de grieprubriek

Influenza-achtig ziektebeeld (IAZ)

Influenza veroorzaakt extra 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 veroorzaakt influenza vaak ziekteverzuim wat verlies aan productie inhoudt en van absentie op scholen. Kortom, influenza is een belangrijk volksgezondheidsprobleem.

Elk jaar wordt een groot aantal patiënten met influenza gediagnosticeerd in de wereld en ook in Nederland. Het gebruikelijke 'influenzaseizoen' loopt van week 40 tot week 20 van het jaar erop. In de zogenaamde interpandemische situatie komt een influenza epidemie op het noordelijk halfrond eigenlijk alleen voor in de winter. Een pandemie kan ook buiten dit seizoen voorkomen en dit fenomeen deed zich voor in 2009. Sinds het begin (1970) van de registratie van influenza-achtige ziektebeelden (IAZ) zijn de influenza epidemieën begonnen tussen medio november en begin maart met uitzondering van de pandemie in 2009, die al vanaf begin oktober (week 41) tot een epidemie in Nederland leidde, vroeger dan ooit tevoren gedurende de registratie van IAZ in de Peilstations. De historie van goed beschreven uitbraken van respiratoire infecties gaat terug tot de jaren 1173/1174. Het in die winter beschreven optreden van luchtweginfecties wordt beschouwd als een goede beschrijving van een influenza-epidemie. Sinds het einde van de 12e eeuw zijn meerdere, soms wereldwijde, uitbraken van wat op influenza leek beschreven. In de 20ste en 21ste eeuw is de wereld getroffen door een viertal pandemieën (de Spaanse griep (1918/1919), de Aziatische griep (1957/1958), de Hong Kong griep (1968/1969) en de 2009 pandemie (2009/2010), waarvan die in de jaren 1918/1919 de meeste indruk en ook angst heeft achter gelaten (plusminus 40 miljoen doden over de hele wereld). In 1933 werd het influenzavirus aangetoond en in daarop volgende jaren pasten puzzelstukjes geleidelijk in elkaar en werd het griepvirus 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.

In 1949 besloot de na de Tweede Wereldoorlog opgerichte Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) tot de surveillance van influenza. Nationale Influenza Centra werden opgericht die speurden 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 startte in 1970 met de oprichting van de 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 1992/1993 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 wordt verstuurd voor virologisch onderzoek. Zo ook in Nederland, waar de monsters onderzocht worden op het virologisch laboratorium van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat met het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam het Nederlandse Nationaal Influenza Centrum vormt.

Afnemen van keel- en neusmonsters

Een gedetailleerde instructie voor het afnemen van keelmonsters en neusmonsters en het versturen naar het RIVM voor analyse staat op de websitelink:

<https://www.rivm.nl/documenten/afnametechniek-diagnostiek-seizoensinfluenza-peilstationssurveillance-2021> .

Op het monsterafnameformulier worden sinds 2018 naast de diagnose, klachten, vaccinatie, blootstelling aan influenza antivirale middelen en recente reishistorie, ook onderliggend lijden en zwangerschap op het moment van monsterafname genoteerd. Bij het RIVM-IDS worden sinds 2008 de monsters onderzocht op influenzavirus, respiratoir syncytieel virus (RSV), rhinovirus en enterovirus. Sinds maart 2020 is daar SARS-CoV-2 aan toegevoegd en sinds 2021 worden de monsters ook op parainfluenzavirus en seizoenscoronavirussen onderzocht. De ziekteverwekkers waarnaar gezocht wordt kunnen afhankelijk van de vraagstelling aangepast worden. De resultaten worden het hele jaar geanalyseerd en gerapporteerd, maar in dit verslag weergegeven van week 40 tot en met week 39 in het jaar daarop.

Bijlage B – Rubriek en hun rubriekhouders

Rubriek	Rubriekhouder (looptijd rubriek)
Influenza-achtig ziektebeeld	Dr. M. Hooiveld, Nivel (1970-2020)
Eikenprocessierups	Dr. M. Hooiveld, Nivel (2012-2014 en 2020)
Kinkhoest	Dr. H. de Melker, RIVM (1998-2019)
Roodvonk	Dr. B. de Gier, RIVM (2020)
Gastro-enteritis	Prof. dr. E. Kuijper, RIVM (2020)
Levens einde	Prof. dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen, Amsterdam UMC VUmc, afdeling Public and Occupational Health (2005-2020)
Palliatieve sedatie	Dr. J.M.T. Hendriksen, Nivel (1978-2020)
Euthanasie (verzoek)	Dr. J.M.T. Hendriksen, Nivel (1978-2020)
Suicide (poging)	Dr. J.M.T. Hendriksen, Nivel (1978-2020)
Depressie	Dr. J.M.T. Hendriksen, Nivel, E. Elzinga, Stichting Zelfmoordpreventie 113 (2017-2020)
Eetstoornissen	Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Groep en UMCG (1985-1989 en 1995-2020)
Medicatie Monitor: overactieve blaas	Dr. K. Hek, Nivel (2019)

Bijlage C – Adviescommissie

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

In 2020 heeft er geen bijeenkomst van de adviescommissie plaatsgevonden omdat er in 2021 geen nieuwe rubrieken startten.

In 2019 namen de volgende mensen deel aan de bijeenkomst:

Mw. dr. ir. J.C. Korevaar, programmaleider Nivel (voorzitter)

Drs. M.J.J.C. Poos, senior onderzoeker RIVM (niet fysiek aanwezig, per mail input gegeven)

Drs. S.M. Handgraaf, huisarts (peilstationsarts) (na 2019 gestopt)

Mw. dr. M. Hooiveld, senior onderzoeker Nivel

Mw. dr. G. Donker, huisarts-epidemioloog Nivel

Mw. dr. J.M.T. Hendriksen, huisarts-onderzoeker Nivel

Bijlage D – Publicaties (2019-2020)

- Asten, L. van, Pinzon, A.L., Kasstelee, J. van de, Donker, G., Lange, D.W. de, Dongelmans, D.A., Keizer, N.F. de, Hoek, W. van der. The association between influenza infections in primary care and intensive care admissions for severe acute respiratory infection (SARI): a modelling approach. *Influenza and Other Respiratory Viruses*: 2020, 12 p
- Boven, M. van, Teirlinck, A.C., Meijer, A., Hooiveld, M., Dorp, C.H. van, Reeves, R.M., Campbell, H., Hoek, W. van der. Estimating transmission parameters for respiratory syncytial virus and predicting the impact of maternal and pediatric vaccination. *Journal of Infectious Diseases*: 2020, 222(7,1), S688-S694
- Heins, M.J., Donker, G., Versteeg, S., Korevaar, J. Waarom stijgt het aantal euthanasieverzoeken? *Huisarts en Wetenschap*: 2020, 63(3), p. 23-26
- Hooiveld, M., Hendriksen, J., Fouchier, R., Gageldonk, R. van, Koopmans, M., Korevaar, J., Lange, M. de, Meijer, A. Grensuaarde griepidemie in winter 2020-2021. Utrecht: Nivel, 2020.
- Mens, K. van, Elzinga, E., Nielen, M., Lokkerbol, J., Poortvliet, R., Donker, G., Heins, M., Korevaar, J., Dückers, M., Aussems, C., Helbich, M., Tiemens, B., Gilissen, R., Beekman, A., Beurs, D. de. Applying machine learning on health record data from general practitioners to predict suicidality. *Internet Interventions*: 2020, 21(100337)
- Monge, S., Duijster, J., Kommer, G.J., Kasstelee, J. van de, Donker, G.A., Krafft, T., Engelen, P., Valk, J.P., Waard, J. de, Nooij, J. de, Hoek, W. van der, Asten, L. van. Use of ambulance dispatch calls for surveillance of severe acute respiratory infections. *Emerging Infectious Diseases*: 2020, 26(1), 148-150
- Reusken, C., Buiting, A., Bleeker-Rovers, C., Diederens, B., Hooiveld, M., Friesema, I., Koopmans, M., Kortbeek, T., Lutgens, S.P.M., Meijer, A., Murk, J., Overvest, I., Trienekens, T., Timen, A., Dissel, J. van, Gageldonk-Lafeber, A. van, Vegt, D. van der, Wever, P.C., Hoek, W. van der, Kluytmans, J. Rapid assessment of regional SARS-CoV-2 community transmission through a convenience sample of healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Eurosurveillance*: 2020, 25(12)
- Rose, A., Kissling, E., Emborg, H.D., Larrauri, A., McMenamin, J., Pozo, F., Trebbien, R., Mazagatos, C., Whitaker, H., Valenciano, M., Hooiveld, M. Interim 2019/20 influenza vaccine effectiveness: six European studies, September 2019 to January 2020. *Eurosurveillance*: 2020, 25(10)
- Schneider, P.P., Gool, C.J.A.W. van, Spreeuwenberg, P., Hooiveld, M., Donker, G.A., Barnett, D.J., Paget, J. Using web search queries to monitor influenza-like illness: an exploratory retrospective analysis, Netherlands, 2017/18 influenza season. *Eurosurveillance*: 2020, 25(21), 10 p.
- Summeren, J. van, Kwakkelstein, S., Hooiveld, M., Hendriksen, J., Caini, S., Korevaar, J., Dückers, M., Paget, J., Rizzo, C., Pandolfi, E., Gesualdo, F., Piccioni, L., Concato, C., Chironna, M., Loconsole, D., Meijer, A., Demont, C., Bangert, M. RSV ComNet I: disease burden of RSV infections in young children (<5 years) in primary care. Results of the pilot study in Italy & the Netherlands winter of 2019/20. Utrecht: Nivel, 2020.
- Verkissen, M.N., Penders, W.H., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Moreels, S., Donker, G.A., Vega Alonso, T., Block, L. van den, Deliëns, L. End-of-life communication in advanced cancer: international trends (2009–2014). *BMJ Supportive & Palliative Care*: 2020.

- Backer, J.A., Wallinga, J., Meijer, A., Donker, G.A., Hoek, W. van der, Boven, M. van. The impact of influenza vaccination on infection, hospitalisation and mortality in the Netherlands between 2003 and 2015. *Epidemics*: 2019, 26, 77-85
- Caini, S., Kuznierz, G., Garate, V.V., Wangchuk, S., Thapa, B., Paula Junior, F.J. de, Ferreira de Almeida, W.A., Njouom, R., Fasce, R.A., Bustos, P., Feng, L., Peng, Z., Araya, J.L., Bruno, A., Mora, D. de, Barahona de Gámez, M.J., Pebody, R., Zambon, M., Higueros, R., Rivera, R., Kosasih, H., Castrucci, M.R., Bella, A., Kadjo, H.A., Daouda, C., Makusheva, A., Bessonova, O., Chaves, S.S., Emukule, G.O., Heraud, J.M., Razanajatovo, N.H., Barakat, A., El Falaki, F., Meijer, A., Donker, G.A., Sue Huang, Q., Wood, T., Balmaseda, A., Palekar, R., Moreno Arévalo, B., Rodrigues, A.P., Guiomar, R., Lee, V.J.M., Ang, L.W., Cohen, C., Treurnicht, F., Mironenko, A., Holubka, O., Bresee, J., Brammer, L., Le, M.T.Q., Hoang, P.V.M., El Guerche-Séblain, C., Paget, J. The epidemiological signature of influenza B virus and its B/Victoria and B/Yamagata lineages in the 21st century. *PLoS One*: 2019, 14(9)
- Donker, G.A. Epidemiologie van urogynaecologie. In: Lagro-Jansen, T., Teunissen, D. (ed.). *Urogynaecologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2019
- Donker, G., Lagro-Janssen, T. Prevalentie van seksueel geweld en presentatie aan de huisarts. *Bijblijven*: 2019(6-7)
- Donker, G.A., Hartman, E. Deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. *Bijblijven*: 2019, 35(1), 16-20
- Driel, A.A. van, Notermans, D.W., Meima, A., Mulder, M., Donker, G.A., Stobberingh, E.E., Verbon, A. Antibiotic resistance of *Escherichia coli* isolated from uncomplicated UTI in general practice patients over a 10-year period. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*: 2019, 2019(8)
- Elzinga E, Gilissen R, Donker GA, Beekman ATF, De Beurs D. Discussing suicidality with depressed patients: an observational study in Dutch sentinel general practices. *BMJ Open* 2019;9: e027624. doi:10.1136/bmjopen-2018-027624
- Fouchier, R., Donker, G., Meijer, A., Hoek, W. van der, Lange, M. de, Koopmans, M. Influenzaseizoen 2018/2019 in Nederland. Een relatief milde epidemie met twee subtypen A- virussen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie*: 2019, 27(4)
- Fouchier R, Meijer A, Donker G, Van der Hoek W, De Lange M, Koopmans M. Influenzaseizoen 2017/2018 in Nederland. *Ned Tijdschr Med Microbiol* 2019;27(1):53-64
- Heins M, Donker GA, Versteeg S, Korevaar J. Ontwikkelingen in het aantal euthanasiepatiënten en achterliggende factoren Utrecht, Nivel 2019. ISBN 978-94-6122-553-5 DOI: 10.13140/RG.2.2.11457.51048
- Heins, M., Schellevis, F., Schotman, M., Bezooijen, B. van, Tchaoussoglou, I., Waart, M. van der, Veldhuis, L., Dulmen, S. van, Donker, G., Korevaar, J. Feasibility and acceptability of follow-up for prostate cancer in primary care: a pilot study. *BJGP Open*: 2018, 2(4), bjgpopen18X101616
- Hooiveld, M., Jans, H., Dückers, M. Huisartsenbezoek door eikenprocessierups: een terugblik op gezondheidsproblemen. Utrecht: Nivel, 2019.
- Hooiveld, M., Donker, G., Fouchier, R., Hoek, W. van der, Koopmans, M., Korevaar, J., Lange, M. de, Teirlinck, A., Meijer, A. Grenswaarde griepidemie in winter 2019-2020. Utrecht: Nivel, 2019.
- Kissling, E., Pozo, F., Buda, S., Vilcu, A.M., Rizzo, C., Gherasim, A., Horváth, J.K., Brytting, M., Domegan, L., Meijer, A., Paradowska-Stankiewicz, I., Machado, A., Vučina, V.V., Lazar, M., Johansen, K., Dürrwald, R.,

- Werf, S. van der, Bella, A., Larrauri, A., Ferenczi, a., Zakikhany, K., O'Donnell, J., Dijkstra, F., Bogusz, J., Guiomar, R., Filipović, S.K., Pitigoi, D., Penttinen, P., Valenciano, M., Hooiveld, M. Effectiveness of influenza vaccine against influenza A in Europe in seasons of different A(H1N1)pdm09 and the same A(H3N2) vaccine components (2016-17 and 2017-18). *Vaccine: X*: 2019, Art. nr. 100042
- Kissling, E., Pozo, F., Buda, S., Vilcu, A., Gherasim, A., Brytting, M., Domegan, L., Gómez, V., Meijer, A., Lazar, M., Višekruna Vučina, V., Dürrwald, R., Werf, S. van der, Larrauri, A., Enkirch, T., O'Donnell, J., Guiomar, R., Hooiveld, M., Petrović, G., Stoian, E., Penttinen, P., Valenciano, M. Low 2018/19 vaccine effectiveness against influenza A(H3N2) among 15–64-year-olds in Europe: exploration by birth cohortexploration. *Eurosurveillance*: 2019, 24(48)
- Kissling Esther, Rose Angela, Emborg Hanne-Dorthe, Gherasim Alin, Pebody Richard, Pozo Francisco, Trebbien Ramona, Mazagatos Clara, Whitaker Heather, Valenciano Marta, European IVE group. Interim 2018/19 influenza vaccine effectiveness: six European studies, October 2018 to January 2019. *Euro Surveill.* 2019;24(8):pii=1900121. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.1900121>
- Meijer, A., Fouchier, R., Donker, G., Lange, M. de, Voordouw, B. Influenzavaccinatie in Nederland - naar het quadrivalent influenzavaccin. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie*: 2019, 27(3)
- Oosterveld-Vlug, M.G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C., Francke, A.L. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*: 2019, 18(96)
- Reukers, D.F.M., Asten, L. van, Brandsema, P.S., Dijkstra, F., Donker, G.A., Gageldonk-Lafeber, A.B. van, Hooiveld, M., Lange, M.M.A. de, Marbus, S.D., Teirlinck, A.C., Meijer, A., Hoek, W. van der. Annual report Surveillance of influenza and other respiratory infections in the Netherlands: winter 2018/2019. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2019.
- Steendam M, de Beurs D, Steylaerts C en Donker G. Suïcidaliteit in de praktijk van de huisarts. Hoofdstuk 17, pagina's 248-259 in Boek: Van Heeringen C, Portzky G, De Beurs D, Kerkhof A. Handboek voor suïcidaal gedrag. Tweede druk. 2019, De Tijdstroom.
- Teirlinck A, Scheepmaker D, Berbers G, Meijer A., Donker G, Van der Maas N. Inzicht in respiratoir syncytieel virus in jonge kinderen. *Noodzakelijk voor toekomstige preventie. Infectieziekten Bulletin* April 2019;30 (4).
- Vos LM, Teirlinck Ac, Lozano JE, Vega T, Donker GA, Hoepelman AIM, Bont LJ, Oosterheert JJ, Meijer A. Use of the moving epidemic method (MEM) to assess national surveillance data for respiratory syncytial virus (RSV) in the Netherlands, 2005 to 2017. *Euro Surveill.* 2019;24(20):pii=1800469. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.20.1800469>