

RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU
BILTHOVEN

Rapport nr. 431501017

**Ziektespecifieke vergelijking van de geregistreeerde
morbiditeit in vier huisartsenregistraties: een analyse
ten behoeve van VTV-1997**

R Gijsen, H Verkleij, PH Dijksterhuis, EH van de
Lisdonk, JFM Metsmakers, J van der Velden

augustus 1997

Dit onderzoek werd verricht ten behoeve van de studie 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997' in opdracht van de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (project nr. 431501)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Postbus 1, 3720 BA Bilthoven,
telefoon: 030 - 274 91 11, fax: 030 - 274 29 71

VERZENDLIJST

- 1 Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
- 2 Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg
- 3 Drs. W. Reijmerink, Directie Gezondheidsbeleid, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 4 Dr. J.A.M. Hulshof, Directie Gezondheidsbeleid, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 5 Drs. H. Haveman, Bureau Bestuursraadondersteuning, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 6 Prof. J.J. Sixma, Voorzitter Gezondheidsraad, Rijswijk
- 7 Mr. S. van Hoogstraten, Directie Gezondheidsbeleid, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 8 Drs. E.A. Bolhuis, Directie Financieel Beleid Zorgsector, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 9 Drs. N.C. Oudendijk, Directie Curatief Somatische Zorg, Ministerie van VWS, Rijswijk
- 10 Prof. dr. J. van der Zee, NIVEL, Utrecht
- 11 Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, RUG, Groningen
- 12 Prof. dr. H. Lamberts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UvA, Amsterdam
- 13 Dr. I.M. Okkes, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, UvA, Amsterdam
- 14 Drs. H.J.M. van den Hoogen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en
Verpleeghuisgeneeskunde, KUN, Nijmegen
- 15 Drs. E.A. Hofmans, Amsterdam
- 16 Depot Nederlandse Publicatie en Nederlandse Bibliografie
- 17-18 Directie RIVM
- 19 Prof. dr. ir. D. Kromhout, directeur Sector Volksgezondheidsonderzoek, RIVM, Bilthoven
- 20 Dr. ir. J.C. Seidell, Centrum voor Chronische Ziekten en Milieu-epidemiologie
- 21 Dr. ir. E.J.M. Feskens, Centrum voor Chronische Ziekten en Milieu-epidemiologie
- 22-33 Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven
- 34-39 Auteurs
- 40 Bureau Voorlichting en Public Relations RIVM
- 41 Bibliotheek RIVM
- 42 Bureau Rapportenregistratie RIVM
- 43-63 Bureau Rapportenbeheer RIVM

INHOUDSOPGAVE

Verzendlijst	2
Voorwoord	4
Summary	5
Samenvatting	6
1 Inleiding	7
2 Werkwijze	10
3 Algemene beschrijving van de registratiekenmerken van de vier huisartsenregistraties	12
3.1 Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen	13
3.2 Nationale Studie	18
3.3 Registratienet Huisartspraktijken	22
3.4 Transitieproject	26
4 Nadere vergelijking van de registraties	31
4.1 Tabellarisch overzicht van de empirisch aangetroffen prevalenties en incidenties	31
4.2 Inhoudelijke vergelijking van de registraties per ziekte	47
5 Conclusies: voorstel hoe in VTV-1997 om te gaan met de heterogeniteit in de registraties	85
6 Slotbeschouwing	89
Literatuur	91
Bijlage 1: Geraadpleegde personen	93
Bijlage 2: Te gebruiken registraties en bestanden in VTV-1997	95

VOORWOORD

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van 1993 zijn incidentie- en prevalentiecijfers veelvuldig ontleend aan huisartsgeneeskundige registratiesystemen. Ook voor de VTV van 1997 zal weer van die systemen gebruikt worden gemaakt. Bij de voorbereiding van VTV-1997 werd het noodzakelijk geacht meer inzicht te krijgen in de 'ins en outs' van de diverse systemen, en dan niet alleen op een globaal niveau maar ook ziektespecifiek. Daarom hebben wij in de loop van 1996 en 1997 een analyse ten behoeve van VTV-1997 gemaakt. Dit rapport is de weerslag van die analyse.

Het rapport is tot stand gekomen met de bereidwillige medewerking van de vertegenwoordigers van een viertal huisartsenregistraties. Zonder hun uitgebreide informatie en commentaar zou deze analyse niet verricht kunnen zijn. Wij willen daarvoor Prof. dr. H. Lamberts, dr. E.H. van de Lisdonk, dr. J.F.M. Metsemakers en dr. J. van der Velden hartelijk danken.

Drs. R. Gijsen

Dr. H. Verkleij

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM

SUMMARY

Background

To describe the occurrence of diseases (incidence and prevalence rates) in the Public Health Status and Forecasts (PHSF) report, data of morbidity registrations in general practice are used. A problem for using these in the PHSF report is that the registrations differ from each other in the aim, the design, the operationalisation of the different concepts and the classification system. The consequence is that the morbidity figures are not at once comparable. That's why an analysis of the four most important morbidity systems was made, so we can get a better understanding of the incidence and prevalence rates.

Method

This analysis consisted of three parts. First, a general description was made of the characteristics of the four morbidity registrations, with special attention for the calculation of the incidence and prevalence rates on behalf of the PHSF project. Secondly, a large table was made in which incidence and prevalence rates of the morbidity systems were brought together. Thirdly a disease-specific comparison was made.

Results

In general terms it appeared not possible to typify one of the considered registrations as the best for the aims of the PHSF project. For most of the diseases more insight was obtained about the meaning of the figures. Sometimes differences in the figures could be explained more or less. Nevertheless for a number of diseases the differences appeared to be unaccountable large. We described some alternative possibilities for presenting figures from morbidity registrations in general practice in the PHSF report.

Conclusion

Because the existing situation in the morbidity registration in general practice is far from ideal, it is recommended to explore the possibilities for coming to a better solution for PHSF-2001 and beyond.

SAMENVATTING

Achtergrond

Eén van de doelstellingen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is het presenteren van gegevens omtrent het vóórkomen van ziekten en aandoeningen en het in beeld brengen van de relevante trends hierin. Voor ziekten die voor een groot deel beperkt blijven tot de huisartspraktijk kan daartoe geput worden uit huisartsgeneeskundige registraties. Voor VTV-1993 zijn deze voor een groot aantal ziekten dan ook gebruikt. Een kritiekpunt daarbij was dat de cijfers voor veel ziekten ontleend waren aan slechts twee huisartsenregistratiesystemen: de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen en de Nationale Studie van het NIVEL. Met het vrijkomen van het tienjaars-(referentie)bestand van het Transitieproject en het voldoende lang functioneren van het Registratienet Huisartspraktijken, zijn er voor VTV-1997 nog twee bruikbare systemen bijgekomen. Daarmee is het des te belangrijker geworden na te gaan wat de werkwijze van de verschillende registraties is. Want om geheel plausibele redenen verschillen de huisartsenregistraties van elkaar in de doelstelling waarvoor zij zijn opgezet. De consequenties daarvan zijn dat gebruikte classificatiesystemen, codeerregels en rekenwijzen nogal van elkaar kunnen verschillen en dat gemeten morbiditeit niet op voorhand vergelijkbaar is. Daarom is een vergelijkende analyse tussen vier genoemde huisartsenregistraties gemaakt, zodat een beter inzicht in de betekenis van cijfers uit deze huisartsenregistraties verkregen kan worden.

Methode

Deze analyse bestond uit drie onderdelen. Ten eerste is een algemene beschrijving van de registratiekenmerken van de vier huisartsenregistraties gemaakt, met speciale aandacht voor prevalentie- en incidentiebepalingen ten behoeve van VTV. De informatie hiervoor was afkomstig van de diverse (achtergrond)rapporten, boeken, artikelen en proefschriften over huisartsenregistraties die de laatste tijd gepubliceerd zijn. Een tweede onderdeel betrof het samenstellen van een tabellarisch overzicht van de empirisch aangetroffen prevalenties en incidenties. Een derde onderdeel betrof de inhoudelijke vergelijking van de registraties per ziekte. Deze vergelijking was gebaseerd op de algemene vergelijking, de tabellarische vergelijking en gesprekken met de vertegenwoordigers van de registraties. Alle drie de onderdelen zijn minimaal twee keer aan vertegenwoordigers van de registraties voorgelegd ter controle.

Resultaten

In algemene termen bleek het niet mogelijk te zijn om één of meer van de beschouwde registraties als meest geschikte voor VTV-doeleinden te typeren. Alle registraties hebben in dat opzicht zowel sterke als zwakke kanten. Bij ziektespecifieke analyse bleek dat per ziekte soms één of twee van de vier registraties afvallen (om wisselende redenen) en dat voor presentatie in VTV dus veelal meerdere registraties in aanmerking komen, zij het steeds in wisselende combinaties.

Voor de meeste ziekten kon meer inzicht verkregen worden in de betekenis van de cijfers en konden de aangetroffen verschillen in prevalentie en incidentie min of meer verklaard worden. Soms bleken verschillen echter onverklaarbaar groot te zijn.

Conclusie

Voor de prevalentie- en incidentieschattingen ten behoeve van VTV-1997 verdient het de voorkeur meerdere (soms sterk uiteenlopende) cijfers te presenteren en daarbij steeds aan te geven wat de betekenis is van de cijfers in elke registratie. Een goed alternatief is van de cijfers uit de in aanmerking komende registraties een gemiddelde (met een spreiding) te berekenen en deze vervolgens te presenteren op een logaritmische schaal.

Omdat de bestaande situatie voor VTV verre van optimaal is, wordt tenslotte gepleit voor het verkennen van de mogelijkheden om ten behoeve van VTV-2001 en volgende VTV's tot een beter passende oplossing te komen.

1 INLEIDING

Huisartsenregistraties als bron voor VTV

Eén van de doelstellingen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is het presenteren van gegevens omtrent het vóórkomen van ziekten en aandoeningen en het in beeld brengen van de relevante trends hierin. Gegevens over het vóórkomen, in combinatie met gegevens over de ernst en het zorgbeslag, worden gebruikt om het belang van de ziekten en aandoeningen voor de volksgezondheid aan te geven. Tevens liggen dergelijke gegevens ten grondslag aan modelmatige projecties van het voorkomen van deze ziekten en aandoeningen naar de toekomst en aan complexere modelleringsactiviteiten. Het aantal door het centrum VTV (cVTV) geselecteerde ziekten voor VTV-1997 bedraagt 79.

Het is daarom evident dat cVTV over recente, betrouwbare puntprevalentie- en jaarincidentie-gegevens wil beschikken. Helaas zijn deze schaars. In het ideale geval zou bij een representatieve steekproef uit de bevolking van Nederland op objectieve wijze het voorkomen van ziekten en aandoeningen moeten worden vastgesteld, via gestandaardiseerde diagnoses. Dergelijk onderzoek is wel gedaan, maar voor lang niet alle in VTV te bestuderen ziekten. En voor zover er al 'objectief' bevolkingsonderzoek heeft plaatsgevonden, zijn allerlei beperkingen aan het licht getreden: de uitkomsten waren bijv. niet landelijk representatief of waren slechts gericht op bepaalde leeftijdsklassen.

Een alternatief is te putten uit diverse typen zorgregistraties. Zo zullen voor ziekten die vrijwel altijd tot ziekenhuisopname leiden (bijv. sepsis) gegevens uit de Landelijke Medische Registratie van de SIG gebruikt kunnen worden en voor kankers de gegevens van de Nederlandse Kanker Registratie. Voor ziekten die voor een groot deel beperkt blijven tot de huisartspraktijk zijn dat de huisartsenregistraties. Voor VTV-1993 zijn deze laatste voor een aantal ziekten ook al gebruikt. Ook deze bronnen hebben beperkingen:

1. Alleen de aan de huisarts gepresenteerde en de bij de huisarts bekende morbiditeit wordt geregistreerd. Hierdoor vindt voor sommige aandoeningen een sterke 'onderrapportage' plaats omdat morbiditeit die niet tot zorg heeft geleid, niet gediagnostiseerd en niet geregistreerd is.
2. Er zijn ziekten die zelden de huisarts bereiken zoals ernstige aandoeningen die direct ziekenhuisopname vereisen (al dan niet via de eerste-hulpafdeling) of ziekten waarbij de huisarts de patiënt verwijst voor nadere diagnostiek en waarbij de diagnose dus pas in de tweede lijn gesteld wordt. Soms worden dergelijke gegevens wel in een huisartsenregistratie opgenomen.
3. Niet alle huisartsenregistraties zijn als representatief voor heel Nederland te beschouwen.
4. Niet alle registraties meten zowel prevalentie als incidentie op een valide en betrouwbare manier.
5. Niet alle registraties zijn continu in de tijd.

Doelstelling van deze studie

Om geheel plausibele redenen verschillen de huisartsenregistraties van elkaar in de doelstelling waarvoor zij zijn opgezet. De consequenties daarvan zijn wel dat bijv. gebruikte classificatiesystemen, codeerregels en rekenwijzen nogal van elkaar kunnen verschillen en dat gemeten morbiditeit daardoor niet op voorhand vergelijkbaar is. De betekenis van cijfers uit huisartsenregistraties wordt daarom pas duidelijk als er ook inzicht bestaat in de wijze van registreren in de diverse registraties. En niet alleen in algemene zin, maar ook ziektespecifiek. Dit laatste omdat de algemene kenmerken van een registratie per ziekte anders kunnen uitwerken. Daarom is besloten eerst een vergelijkende analyse tussen enkele huisartsenregistraties te maken, en daarbij *per ziekte* de wijze van registreren te beschouwen. Op grond daarvan dienen we dan tot een keuze van de per ziekte te presenteren bron(nen) in VTV-1997 te komen. In dit rapport wordt die vergelijkende analyse gepresenteerd.

Selectie van huisartsenregistraties

Bij de samenstelling van VTV-1993 is gebruik gemaakt van de gegevens van de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (CMR-Nijmegen) van de Katholieke Universiteit Nijmegen, de Nationale Studie van het NIVEL, de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland van het NIVEL en het Transitieproject van de Universiteit van Amsterdam. Van deze vier registraties is het meest gebruik gemaakt van de CMR-Nijmegen (voor met name langdurige aandoeningen) en de Nationale Studie (voor met name kortdurende aandoeningen). De Peilstations van het NIVEL en het Transitieproject zijn voor een beperkt aantal ziekten gebruikt. Met het vrijkomen van het tienjaars-(referentie)bestand van het Transitieproject, het voldoende lang functioneren van het Registratienet Huisartspraktijken van de Universiteit Maastricht en het ontstaan van nog diverse andere huisartsenregistraties, is de keuze voor de meest geschikte bron voor VTV-1997 moeilijker geworden.

In tabel 1.1 zijn de huisartsenregistraties die in Nederland in de afgelopen periode functioneerden, weergegeven. Er is een indeling in drie typen registraties te maken: 1. registraties die de morbiditeit in de volle breedte registreren; 2. registraties die een beperkt (en soms jaarlijks wisselend) aantal onderwerpen registreren (waaronder meestal, maar niet altijd, ziekten) en 3. registraties die morbiditeit (vooralsnog) niet of zeer beperkt registreren. Vanwege z'n uitgebreidheid (grote onderzoekspopulatie en veel aanhangende projecten) is in de tabel ook de Nationale Studie opgenomen, hoewel deze al weer wat ouder is (1987-1988).

Tabel 1.1: Huisartsenregistraties in Nederland.

Bron: o.a. Hart et al., 1996 (rubricering door het RIVM).

Registratie	Beheerder van de registratie
<ul style="list-style-type: none"> <i>morbiditeit in de volle omvang</i> 	
Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde KUN
Transitieproject	Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA
Registratienet Huisartspraktijken	Vakgroep Huisartsgeneeskunde RL
Nationale Studie	NIVEL
Registratie- en Onderzoeksnet Huisartspraktijken Rotterdam e.o. (ROHAPRO)	Instituut Huisartsgeneesk. EUR en GGD R'dam e.o.
Registratienetwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden e.o.	Vakgroep Huisartsgeneeskunde RUL
Registratienet Groningen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde RUG
Integrated Primary Care Information	Vakgroep Medische Informatica EUR
Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)*	NIVEL
<ul style="list-style-type: none"> <i>wisselende onderwerpen of beperkte morbiditeit</i> 	
Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland	NIVEL
Huisartsen Peilstation Rotterdam	GGD Rotterdam e.o.
Amsterdams Peilstations Project	Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA
Huisartsen Netwerk Utrecht	Vakgroep Huisartsgeneeskunde RUU
Huisartsen Peilstation Amstelland-de Meerlanden	GGD Amstelland-de Meerlanden
Huisartspeilstation systeem Regio Den Haag	GG en GD Den Haag
Huisartsenpeilstation GGD Zuid-Kennemerland	GGD Zuid Kennemerland
Huisartsenpeilstation Almere	GGD Flevoland
Huisartsen Peilstation Groningen e.o.	GGD Groningen Stad en Ommelanden
<ul style="list-style-type: none"> <i>zeer beperkte morbiditeit</i> 	
Extramurale Kliniek	Vakgroep Huisartsgeneeskunde & EMGO, VU

* de morbiditeit wordt alleen geregistreerd als er een verwijzing heeft plaatsgevonden of bij bepaalde verrichtingen

Duidelijk is dat voor het doel van VTV niet alle registraties voldoen. Een aantal registraties is onlangs alweer beëindigd, een aantal functioneren nog maar erg kort, een aantal omvat slechts een beperkt aantal huisartspraktijken, een aantal registreren slechts zeer beperkt of nog geen morbiditeit en van een aantal registraties is de praktijkpopulatie duidelijk niet representatief voor de bevolking van Nederland. Registraties die overblijven, en dus voor VTV-1997 informatie zouden kunnen leveren, zijn de CMR-Nijmegen, de Nationale Studie, het Transitieproject en het Registratienet Huisartspraktijken. Het zijn registraties die in de volle breedte de gepresenteerde morbiditeit meten. Hoewel de Nationale Studie, zoals gezegd, al weer wat ouder is, is deze vanwege zijn omvang toch hierbij opgenomen. Voor sommige specifieke ziekten kan overigens voor andere huisartsenregistraties zoals bijv. de CMR Peilstations van het NIVEL gekozen worden of, waar inzicht in de morbiditeit in de grote steden onder etnische minderheden gewenst is, voor bijv. ROHAPRO.

Selectie van ziekten en aandoeningen

Voor de vergelijkende analyse was het onmogelijk om direkt alle 79 in VTV te bestuderen ziekten mee te nemen. Daarom is een selectie gemaakt. Geselecteerd zijn alleen die ziekten die belangrijk zijn in VTV-opzicht (hoge prevalentie, incidentie en/of sterfte, en gepaard gaand met hoge kosten) en waarvoor huisartsenregistraties naar verwachting de enige of een belangrijke bron vormen voor het leveren van prevalentie- of incidentiecijfers. De volgende 22 ziekten zijn geselecteerd (in volgorde van ICD-9):

tuberculose (long en elders)	cerebrovasculaire aandoening (incl. TIA)
diabetes mellitus	verkoudheid, acute sinusitis, acute tonsillitis
dementie	longontsteking, acute bronchi(oli)tis
schizofrenie	influenza
depressie (depressieve stoornis i.e.z. en dysthymie)	astma, chronische bronchitis en emfyseem
ziekte van Parkinson	zweren van maag en twaalfvingerige darm
gezichtsstoornissen (maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom, cataract)	acute urineweginfecties
gehoorstoornissen (ouderdomsslechthorendheid, lawaaislechthorendheid, aangeboren doofheid)	constitutioneel eczeem
coronaire hartziekten (acuut myocardinfarct, angina pectoris)	contact-eczeem
decompensatio cordis	reumatoïde artritis
	artrose
	dorsopathiën (cervicaal, thoracaal, lumbaal, sacraal)

2 WERKWIJZE

Het project bestond uit drie onderdelen.

Ten eerste is een algemene beschrijving van de registratiekenmerken van de vier huisartsenregistraties gemaakt, met speciale aandacht voor prevalentie- en incidentiebepalingen. De informatie hiervoor was afkomstig van de diverse (achtergrond)rapporten, boeken ("In het huis van de huisarts" van Lamberts en "Ziekten in de huisartspraktijk" van Van de Lisdonk en Van den Bosch), artikelen (met name uit het tijdschrift Huisarts en Wetenschap) en proefschriften over huisartsenregistraties die de laatste tijd gepubliceerd zijn (zie de literatuurlijst). Bij deze beschrijvingen ten behoeve van VTV is steeds uitgegaan van de vraag: "In hoeverre laten de cijfers uit de registratie een schatting van de morbiditeit in Nederland toe?". Deze vraag is gesteld onafhankelijk van zaken als het precieze doel van de registratie en de volledigheid van beschrijving van de zorgepisode (verrichtingen en verwijzingen), hoewel deze voor de registraties zelf mogelijk juist van essentieel belang zijn. De kwalitatieve beschrijvingen zijn aan alle vier de vertegenwoordigers van de registraties voorgelegd ter controle. Na verwerking van hun opmerkingen zijn ze nog een tweede en derde keer aan hen voorgelegd. Hoofdstuk 3 is hiervan het resultaat.

Een tweede onderdeel betrof het samenstellen van een tabellarisch overzicht van de empirisch aangetroffen prevalenties en incidenties. Hiervoor zijn de volgende cijfers gebruikt:

Nationale Studie: de ten behoeve van VTV-1993 aangeleverde incidentiecijfers. Het betreft de periode 1987-1988.

CMR-Nijmegen: de ten behoeve van VTV-1993 aangeleverde gegevens. Het betreft de periode 1987-1991.

Transitieproject: gegevens beschikbaar gesteld voor deze vergelijking. Het betreft de periode 1985-1995.

RNH: gegevens verkregen op verzoek (september 1995) over het jaar 1994. Niet voor alle uiteindelijk geselecteerde ziekten waren gegevens aangevraagd. Voor een aantal ziekten zijn de prevalentiecijfers daarom afkomstig van de Rapportage van het Registratienet, maart 1993, waarin gegevens opgenomen zijn over de situatie op 1 maart 1993.

In de tabel zijn voor mannen en vrouwen apart de prevalentie- en incidentiecijfers gepresenteerd. De cijfers zijn (indien mogelijk) gestandaardiseerd naar de bevolking in 1990 (Nationale Studie, CMR-Nijmegen, RNH) of 1995 (Transitie). De tabel is tweemaal voorgelegd aan de vertegenwoordigers van de registraties. In hoofdstuk 4.1 wordt de tabel gepresenteerd.

Een derde onderdeel betrof de inhoudelijke vergelijking van de registraties per ziekte. Deze vergelijking is gebaseerd op de algemene vergelijking, de tabellarische vergelijking en gesprekken met de vertegenwoordigers van de registraties. De vragen die in dit onderdeel centraal stonden, waren: wat is wel en wat is niet meegenomen (alle werkhypothesen met de betreffende diagnose of alleen indien het bevestigd was door een specialist? recidieven wel of niet? contacten met de assistente wel of niet?), wat waren de diagnosecriteria (als die er al waren), wat waren de codeerregels en wat waren zogenaamde 'vluchtcodes'? Verschillen in codeerregels beïnvloeden de hoogte van de prevalentie en incidentie waarschijnlijk in hoge mate. De vergelijking bevat voor elke ziekte één paragraaf. Per ziekte is steeds een korte beschrijving van de kenmerken van de ziekte gegeven, met de nadruk op voor de huisarts en het registreren belangrijke aspecten. Vervolgens is per registratie aangegeven in welke gevallen de ziekte wel en in welke gevallen de ziekte niet geregistreerd wordt. Elke paragraaf wordt afgesloten met een conclusie waarin aangegeven wordt in hoeverre de registraties voor de desbetreffende ziekte vergelijkbaar zijn, wat de cijfers eigenlijk betekenen en of de empirisch gevonden cijfers verschillen (met eventueel mogelijke verklaringen). Ook op dit onderdeel hebben de vertegenwoordigers van de registraties commentaar gegeven. Dat was nodig, omdat het registratieproces, ook na een eerste

inventarisatie, nog niet geheel helder was. In hoofdstuk 4.2 wordt de ziektespecifieke vergelijking gepresenteerd.

Op basis van de reacties van vertegenwoordigers van de registraties konden in augustus 1996 conclusies geformuleerd worden en is per ziekte een voorstel gedaan voor de te gebruiken registraties in VTV-1997. In bijlage 2 is dat voorstel weergegeven. In hoofdstuk 5 van dit rapport zijn de conclusies geformuleerd en is aangegeven hoe met de heterogeniteit in de huisartsenregistraties in VTV-1997 omgegaan zal worden. Hoofdstuk 6 vormt een slotbeschouwing.

3 ALGEMENE BESCHRIJVING VAN DE REGISTRATIEKENMERKEN VAN DE VIER HUISARTSENREGISTRATIES

In dit hoofdstuk worden de registratiekenmerken van de vier huisartsenregistraties gepresenteerd, met speciale aandacht voor prevalentie- en incidentiebepalingen. De informatie was afkomstig van de diverse (achtergrond)rapporten, boeken, artikelen (met name uit het tijdschrift Huisarts en Wetenschap) en proefschriften over huisartsenregistraties die de laatste tijd gepubliceerd zijn. Bij deze beschrijving ten behoeve van VTV is steeds uitgegaan van de vraag: “In hoeverre laten de cijfers uit de registratie een schatting van de morbiditeit in Nederland toe?”. Deze vraag is gesteld onafhankelijk van zaken als het precieze doel van de registratie en de volledigheid van beschrijving van de zorgepisode (verrichtingen en verwijzingen), hoewel deze voor de registraties zelf mogelijk juist van essentieel belang zijn. Op basis van de beschrijvingen zijn ook van elke registratie enkele sterke en zwakke punten uit het oogpunt van VTV beschreven. Voor de beschrijving van de vier registraties is steeds de volgende indeling gehanteerd:

- Inleiding
- Populatie
- Vastgelegde gegevens: morbiditeit en achtergrondgegevens
- Werkwijze
- Definities en rekenwijze
- Kwaliteitsbewaking
- Diagnoseclassificatie
- Zekerheid van de diagnose
- Toekomstplannen
- Bepaling van de prevalentie en incidentie t.b.v. VTV-1997
- Sterke punten vanuit het VTV-gezichtspunt
- Zwakke punten vanuit het VTV-gezichtspunt

Omdat voor elke registratie veelal dezelfde literatuurreferenties zijn gebruikt, is afgezien van het steeds benoemen daarvan. In de literatuurlijst (achterin rapport) is aangegeven welke referenties het betreft.

3.1 Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen

Inleiding

De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR-Nijmegen) bestaat uit een registratie van morbiditeitsgegevens in de huisartspraktijk. De organisatie van de registratie ligt in handen van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Er wordt al vanaf 1971 geregistreerd.

Populatie

De registratie omvat vier huisartspraktijken met in totaal 8 huisartsen in de regio Nijmegen met een gezamenlijke praktijkpopulatie van gemiddeld 12.000 personen. Praktijken in Nijmegen, Doesburg (beide registreren sinds 1971), Lent en Oosterhout (beide registreren sinds 1967). Nijmegen is te beschouwen als stad (zonder op grote schaal de problematiek van groot-stedelijke gebieden als Rotterdam en Amsterdam met bijv. veel drugsverslaving, AIDS, SOA e.d.), de overige plaatsen als verstedelijkt platteland. Behalve in Nijmegen (en enigszins Doesburg) bevatten de praktijken bijv. weinig allochtonen. Met betrekking tot urbanisatiegraad is de totale praktijkpopulatie dus geen goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking, wel van de bevolking in Midden-Oost Nederland. Met betrekking tot leeftijd en geslacht vormt de totale praktijkpopulatie wel een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking.

Vastgelegde gegevens

Morbiditeit

De morbiditeit wordt geregistreerd op basis van arts-patiëntcontacten (spreekuurbezoek en huisbezoek), telefonische consulten, contacten met de praktijkassistente en gegevens uit specialistenbrieven (incl. afkomstig van de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis). Ook contacten tijdens weekend- en avonddienst worden door de waarnemers schriftelijk doorgegeven en vervolgens door de CMR-artsen geregistreerd. Alle morbiditeit wordt geregistreerd: zowel de gepresenteerde, als de morbiditeit die niet de aanleiding vormde van het contact, maar waar de huisarts wel naar vraagt (n.a.v. een eerder contact, case-finding e.d.) of die terloops door de patiënt ter sprake wordt gebracht.

Achtergrondgegevens

Per patiënt zijn de volgende demografische gegevens bekend: leeftijd, geslacht, gezinsvolledigheid (volledig gezin, onvolledig gezin (één of beide ouders vertrokken/overleden), overig of geen gezinsverband (m.n. alleenstaanden of andere woonverbanden)), huisvesting, gemeente (let wel, alleen Nijmegen e.o.), burgerlijke staat, datum huwelijk, aantal kinderen, ziekteverzekering (ziekenfonds, particulier), SES (op basis van het beroep van de kostwinner volgens de 'beroepenklapper van het Instituut voor Toegepaste Sociologie' te Nijmegen; oorspronkelijk elf categorieën. Ten behoeve van de presentatie worden deze in het algemeen samengevoegd tot drie categorieën (laag, midden, hoog); kinderen en partner komen in dezelfde sociale laag als de kostwinner) en consult in de praktijk/huisbezoek/telefonisch consult. Er worden geen gegevens verzameld over geboorteland, etnische achtergrond en opleiding.

Werkwijze

Voorheen codeerde de huisarts de morbiditeit zelf op de patiëntenkaart. De praktijkassistente noteerde de code op een voorgedrukt formulier met de patiëntidentificatie en datum van codering. Formulieren werden centraal op de vakgroep in de computer ingevoerd. Hier worden de gegevens ook verwerkt.

Van alle huisartsen is de praktijkadministratie inmiddels geautomatiseerd, ook de morbiditeitsregistratie. De morbiditeitsregistratie betreft een enkel veld in het record van een patiënt. Veranderingen in de achtergrondgegevens (mutaties) worden door de praktijkassistenten ingevoerd in

het geautomatiseerde bestand. Dit gebeurt systematisch voor alle socio-demografische achtergrondgegevens.

Definities en rekenwijze

Als begin van een nieuwe ziekte-episode geldt de datum van eerste presentatie. Van elke ziekte-episode wordt aangegeven of het zich in de volgende registratiejaren uitstrekt. Codering van de diagnose kan openblijven tot definitieve zekerheid over de diagnose is verkregen. Indien er nog geen duidelijkheid over de diagnose bestaat, bijv. omdat de patiënt wordt doorverwezen voor nadere diagnostiek, worden er puntjes ingevuld op de plaats waar de diagnose-code ingevuld dient te worden. Achteraf wordt dan de juiste diagnose ingevuld. Slechts bij weinig patiënten blijft de diagnose lang open staan. Foutieve classificaties kunnen te allen tijde gecorrigeerd worden.

De morbiditeit wordt weergegeven aan de hand van de termen 'nieuw geval' en 'bekend geval'. Nieuwe gevallen zijn ziekte-episoden die tijdelijk de gezondheid verstoren (kortdurende ziekten of aandoeningen), dan wel episoden van chronische ziekten die voor het eerst gediagnostiseerd worden. Per jaar kan een patiënt meer dan eens een episode van eenzelfde (kortdurende) ziekte of aandoening doormaken. Deze worden steeds als nieuw geval vastgelegd.

Bekende gevallen zijn ziekten die na het stellen van de diagnose, onafhankelijk van therapie, aantoonbaar aanwezig blijven en als het ware een blijvend kenmerk van een patiënt vormen. Bij de betreffende patiënt wordt de ziekte jaarlijks eenmaal geregistreerd als bekend geval, hetzij automatisch (via doorcoderen, zie hierna) hetzij na contact met de huisarts.

Voor een aantal chronische ziekten geldt dat deze altijd worden doorgecodeerd (zie tabel 1), voor een groter aantal geldt dat dit uitsluitend gebeurt zolang behandeling of actieve controle noodzakelijk is, of als er relevante restverschijnselen bestaan (zie tabel 2). Dit zijn de bekende aandoeningen. Doorcoderen betekent dat een ziekte in het jaar volgend op een jaar dat de patiënt ook al bekend was met die ziekte, opnieuw geregistreerd wordt (en wel als prevalent). Dit gebeurt dan of automatisch op 1 januari (bij ziekten van tabel 1) of na presentatie van dezelfde ziekte in het volgende jaar (ziekten van tabel 2). Bij het eerste contact (kan ook telefonisch of via een specialistenbrief) in een nieuw registratiejaar met een patiënt bij wie eerder een diagnose uit tabel 2 is gesteld, beoordeelt de arts of de diagnose nog relevant is en dus doorgecodeerd wordt of vervalt. Als een patiënt zich een jaar niet laat zien, worden ziekten van tabel 1 toch automatisch doorgecodeerd. Indien een patiënt met een ziekte van tabel 2 twee jaar later pas weer contact heeft met de huisarts, wordt de ziekte alsnog doorgecodeerd. Dit wordt dan ook verwerkt in het centrale bestand van het voorgaande jaar. Ziekten die niet in tabel 1 of 2 staan, worden niet automatisch doorgecodeerd; de huisarts beoordeelt of een volgend contact in het nieuwe jaar deel uitmaakt van de in het voorgaande jaar reeds begonnen ziekte-episode. Indien het naar het oordeel van de arts dezelfde episode betreft, wordt de patiënt niet opnieuw als incident geregistreerd. Een verkoudheid die op 31 december leidde tot een consult en op 3 januari opnieuw, wordt beschouwd als één ziekte-episode. De aandoening wordt alleen bij de incidentie van het voorgaande jaar geteld, een eventuele verwijzing op 3 januari in het gaande jaar. Dit wordt met een bijzondere doorloopcode vastgelegd.

Bij het bepalen van de prevalentie van een chronische aandoening kan men behalve van de doorgecodeerde prevalentie, gebruik maken van de incidentie: men gaat dan uit van alle patiënten bij wie de betreffende diagnose in de loop der jaren ooit is gesteld (minus de overleden en verhuisde patiënten). De CMR heeft deze methode enkele jaren geleden eens toegepast. Toen bleek dat deze methode voor de meeste ziekten (waaronder diabetes mellitus) weinig verschilde van de gebruikelijke berekening. Wel voor bijv. artrose (een aandoening uit tabel 2). De cumulatieve incidentie bij artrose was hoger dan de (doorgecodeerde) prevalentie. Dat komt omdat bij ouderen met artrose, die er niet veel last van hebben, deze ziekte soms als een vanzelfsprekendheid van de oude-dag beschouwd wordt en op een gegeven moment niet meer doorgecodeerd wordt.

Kwaliteitsbewaking

De registratiegegevens worden regelmatig bekeken op verschillen tussen de praktijken teneinde systematische coderingsverschijnselen tussen de deelnemende huisartsen op het spoor te komen.

De registrerende huisartsen komen maandelijks bijeen. Hierbij bespreekt men nieuwe ontwikkelingen en classificatieproblemen, maakt men codeerafspraken, worden codeerfouten opgespoord en besproken en worden coderingen op basis van papieren casuïstiek vergeleken. Op dezelfde wijze worden er geregeld bijeenkomsten van de praktijkassistenten georganiseerd om de uniformiteit bij het verwerken van demografische gegevens te bevorderen. Helaas bestaat er (nog) geen logboek van coderingsafspraken.

Controle van de centraal ingevoerde gegevens vindt plaats aan de hand van vaste procedures waarvoor standaard-programmatuur is ontwikkeld. Er wordt een geautomatiseerde controle op onmogelijke of onwaarschijnlijke codes (bijv een myoom bij een man, menstruatiestoornissen bij een vrouw van 80 jaar) uitgevoerd. Gesignaleerde vreemde codes worden teruggekoppeld naar de praktijken en daar wordt beslist of het signaal leidt tot een mutatie in het bestand.

In een aparte studie heeft Van Weel (1995) de validiteit van de registratie onderzocht. Van de patiënten met een diagnose migraine werd aan de hand van een schriftelijke vragenlijst bij de patiënten zelf, nagegaan in hoeverre de diagnose voldeed aan de criteria van de ICHPPC-2-defined. Van de patiënten met de diagnose diabetes mellitus werd nagegaan of in de statussen inderdaad geregistreerd stond dat de patiënten voldeden aan de criteria van de WHO. Van de migrainepatiënten voldeed 85% aan de criteria, 11% had hoofdpijn zonder aan de criteria van migraine te voldoen en 3% had blijkbaar geen hoofdpijn (meer). Van een controlegroep die te boek stond als hebbende spanningshoofdpijn, gaf 100% aan hoofdpijn te hebben, 29% voldeed aan de criteria van migraine. Het is nog wel de vraag of het vragenlijstonderzoek als 'gouden standaard' beschouwd kan worden. Van de diabetespatiënten voldeed 74% aan de WHO-criteria. Van de diabetespatiënten die na 1985 gediagnostiseerd waren (toen zijn de criteria aangescherpt) voldeed 100%.

Diagnoseclassificatie

De classificatie vindt plaats volgens de door Eimerl in Groot-Brittannië ontwikkelde E-lijst, die is afgeleid van de ICD-7. De belangrijkste verschillen tussen de E-lijst en de ICD-7 waren een beperking van het aantal diagnosen en de toevoeging van codes voor symptomen. Op basis van de ICHPPC-2-defined is de classificatie op 1 januari 1984 aangepast (betere vergelijking met andere registraties). Aan de oorspronkelijk gehanteerde 3-cijfercode werd een vierde cijfer toegevoegd. Hierdoor werd een verdergaande specificatie mogelijk. Er wordt sindsdien gesproken over de 'Nijmeegse E-lijst'. Dit had geen consequenties voor de bestudering van gegevens in de tijd, omdat de Nijmeegse E-lijst goed vergelijkbaar bleef met de oorspronkelijke E-lijst. Voor de meeste somatische ziekten en aandoeningen worden de criteria van de ICHPPC-2-defined gevolgd. Het verschil zit voornamelijk in de codes waarmee een specifiek probleem (symptoom) wordt aangegeven en de sociale en psychische categorieën.

Onlangs is de indeling van de E-lijst vergeleken met die van de ICPC (Van de Lisdonk et al., 1996). Het bleek dat grofweg 43% van de codes volledig overlappen. 10% van de E-lijstcodes kwam overeen met twee of meer ICPC-codes en bij 32% van de E-codes werden twee of meer E-lijstcodes afgedekt door één ICPC-code. In 15% van de gevallen was de relatie complexer: meerdere E-lijstcodes moesten worden samengevoegd om te corresponderen met meerdere ICPC-codes. Een volledige overlap betrof vooral ziekten met bekende etiologie en pathofysiologie. Overigens is een volledige één-op-één overlap niet altijd nodig om registraties te vergelijken en kan combinatie van codes volstaan.

Niet lang geleden is besloten ook in de toekomst door te gaan met de E-lijst en niet de ICPC te gaan volgen. Het voordeel (continuïteit) werd belangrijker geacht dan het nadeel (vergelijkbaarheid met andere registraties).

Zekerheid van de diagnose

Een probleem wordt pas gecodeerd als definitieve zekerheid over de diagnose is verkregen, dus nadat verder diagnostisch onderzoek is verricht. Eventueel wordt het natuurlijk beloop afgewacht, voordat gecodeerd wordt. Er worden bij voorkeur geen 'symptoomdiagnoses' geregistreerd.

Aan elke diagnose wordt ook standaard een ernst-maat toegevoegd.

Toekomstplannen

Men is bezig de registratie te automatiseren, zowel de journaal-registratie als morbiditeitsregistratie. Zoals reeds vermeld is onlangs besloten ook in de toekomst door te gaan met de E-lijst en niet de ICPC te gaan volgen.

Bepaling van de prevalentie en incidentie t.b.v. VTV-1997

Voor VTV-1993 en VTV-1997 zijn jaarprevalentie- en incidentiecijfers berekend. De incidentie is het aantal nieuwe ziekte-episoden in een jaar en de jaarprevalentie is het aantal bekende en nieuwe ziekte-episoden per jaar. Beide worden weergegeven per 1.000 patiëntjaren. De noemers van de prevalentie en incidentie worden op dezelfde wijze berekend. De 'population at risk' wordt berekend op basis van het aantal maanden aanwezigheid in het bestand. Elke maand dat een persoon staat ingeschreven, draagt deze voor eenwaalfde bij aan de noemer. De feitelijke berekening van de periodeprevalentie geschiedt na afsluiting en cleaning van enig jaar. Voor de ziekten uit tabel 2 kan 31 december gezien worden als sluitingsdatum voor de peiling over het betreffende jaar.

Van kortdurende ziekten (infectieziekten) zijn geen prevalentiecijfers berekend.

Voor de actuele prevalentie en incidentie is een gemiddelde over vijf jaren berekend. Voor VTV-1993 over 1987-1991 en voor VTV-1997 over 1990-1994. Het vijfjaars-incidentiecijfer is dus gebaseerd op een ca. vijf keer zo groot aantal persoonsjaren als een jaar-incidentiecijfer. Voor de prevalentie is dat eigenlijk niet het geval omdat hier sprake is van afhankelijkheid: de patiënten die in 1991 in de noemer zitten, zaten ook in 1990 in de noemer.

De cijfers zijn per vijfjaarsklasse gestandaardiseerd naar de bevolking in Nederland in 1990 (VTV-1993 en dit rapport) en 1994 (VTV-1997). Er is niet gecorrigeerd voor kenmerken als sociale klasse, verzekeringsvorm en burgerlijke staat, gegevens die wel van alle personen beschikbaar zijn.

Om de prevalentiecijfers uit huisartsenregistraties te vergelijken met die uit epidemiologische bevolkingsonderzoeken, is de berekening van een *punt*prevalentie gewenst. Hiertoe zouden nog aparte berekeningen moeten plaatsvinden. Voor de chronische ziekten uit tabel 1, die dus doorgecodeerd worden, zou daartoe voor elk jaar het aantal bekende patiënten op 31 december (dus zonder de nieuwe) gedeeld kunnen worden door het aantal persoonsjaren. Voor de ziekten uit tabel 2 zou een ingewikkeldere exercitie nodig zijn: van zowel de nieuwe als bekende patiënten zou het aantal maanden dat zij per jaar in het bestand aanwezig zijn moeten worden gedeeld door het totaal aantal persoonsjaren. Ziekten die niet in tabel 1 of 2 staan, zijn vooral kortdurende ziekten waarvoor geen prevalentiecijfers berekend hoeven worden.

Ook sommige ziekten die maar sporadisch voorkomen worden betrouwbaar geregistreerd en kunnen voor VTV dan ook gebruikt worden. Dat geldt voor bijv. aangeboren aandoeningen. Die worden zeker niet gemist door de huisarts. De onbetrouwbaarheid is dan aan de hand van de aantallen te berekenen.

Sterke punten vanuit het VTV-gezichtspunt (landelijke representatieve prevalentie/incidentiebepaling)

- Het primaire doel van de registratie is de morbiditeit te meten.
- Continue registratie, dus bestudering van trends is mogelijk.
- Ook gegevens uit specialistenbrieven of afkomstig van de eerste-hulpafdeling van ziekenhuizen worden geregistreerd.
- Telefonische contacten en contacten met de praktijkassistent worden ook geregistreerd, ook als het een nieuw probleem betreft en een ziekte-episode wordt geopend.

- Er is regelmatig overleg over codeerproblemen en afspraken.
- Diagnosen kunnen worden gewijzigd als meer informatie beschikbaar komt.
- De meest recente diagnose is de diagnose van de hele ziekte-episode. Omdat de CMR een continue registratie is, is het mogelijk dat de diagnose gewijzigd kan worden (zie vorige punt). Hierdoor kan de uiteidelijke diagnose als vrij zeker beschouwd worden.
- Door het doorcoderen kan een puntprevalentie van een aantal aandoeningen benaderd worden.

Zwakke punten vanuit het VTV-gezichtspunt (landelijke representatieve prevalentie/incidentie-bepaling)

- De totale praktijkpopulatie omvat slechts 12.000 personen.
- De CMR omvat slechts een beperkte regio in Nederland.
- De praktijken zijn qua urbanisatiegraad niet representatief voor Nederland.
- Door het gebruik van de Nijmeegse E-lijst zijn de cijfers uit de CMR niet allemaal direct vergelijkbaar met andere huisartsenregistraties (die meestal uitgaan van de ICPC).
- De case-definities van een aantal risicofactoren (bijv. hypertensie, hypercholesterolemie en obesitas) zijn sinds 1967 duidelijk veranderd, terwijl binnen de CMR-registratie ter wille van de continuïteit toch de oude case-definities zijn gehandhaafd (voor diabetes mellitus is overigens wel de case-definitie aangepast). Bedacht moet echter worden dat het registreren van deze risicofactoren vooral een afspiegeling vormen van het handelen van de huisarts. Een grenswaarde van een halve mmol lager is minder van invloed dan een huisarts die actief risicofactoren opspoor.

Tabel 1: VTV-ziekten die altijd worden doorgecodeerd:

poliomyelitis	myocardinfarct
diabetes	cerebrovasculaire aandoeningen (excl. TIA)
hemofilie	reumatoïde artritis
multiple sclerose	spina bifida en meningocèle
ziekte van Parkinson	hydrocephalus
blindheid	aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel

Tabel 2: VTV-ziekten die worden doorgecodeerd als ze klinisch relevant zijn:

tuberculose (long en elders)	erfelijke, hemolytische anemie
syfilis (late gevolgen)	astma
schizofrenie	chronische bronchitis
endogene depressie	(bronchiëctasieën)
dementie	inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn,
(overige psychosen)	colitis ulcerosa)
epilepsie	eczeem
cataract	artrose
glaucoom	hypertensie
doofheid	obesitas
angina pectoris	
decompensatio cordis	

3.2 Nationale Studie

Inleiding

De Nationale Studie bevat informatie over klachten, diagnoses en verrichtingen. De studie vond plaats in 1987 en 1988 en is verricht door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel).

Populatie

In 103 huisartspraktijken werd door 161 huisartsen geregistreerd. Bovendien is nog door 32 niet-gevestigde huisartsen (o.a. huisartsen-in-opleiding) geregistreerd. In elke praktijk werd gedurende 3 maanden geregistreerd. Het gaat om een landelijke, niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van Nederlandse huisartsen, waarbij rekening gehouden is met regio (3 klassen), urbanisatiegraad (4 klassen) en afstand tot een ziekenhuis (3 klassen). In totaal werden zo 36 groepen geconstrueerd. De huisarts-karakteristieken kwamen niet helemaal overeen met die van alle huisartsen in Nederland. Uiteindelijk zijn door weging landelijke representatieve cijfers gepresenteerd.

De totale praktijkpopulatie bestond uit 332.303 personen en omvatte ca. 85.000 persoonsjaren.

Vastgelegde gegevens

Morbiditeit

Geregistreerd zijn contactreden(en), diagnose (naar waarschijnlijkheid) en onderliggende ziekte indien die relevant was voor het betreffende contact. De onderliggende ziekte is een ziekte waarmee de patiënt bekend was, maar die niet direct de aanleiding vormde voor het contact met de huisarts. Er is geregistreerd door de huisarts en de praktijkassistente. Telefonische contacten zijn alleen geregistreerd als deze resulteerden in het uitschrijven van herhaalreceptuur of een verwijzing. Ook contacten van waarnemers met de patiënten zijn geregistreerd. Ziekenhuisopname en -ontslagdiagnoses zijn ook bekend, maar niet standaard gekoppeld aan de gegevens uit de contactregistratie. Patiënten die zonder tussenkomst van de huisarts in het ziekenhuis zijn opgenomen of die al voordat de registratie begon, werden opgenomen, zijn door de huisarts wel geregistreerd maar niet in de contactregistratie. Relevante gegevens over de ziekte-episode zijn echter wel in de contactregistratie opgenomen. Dat geldt ook voor relevante gegevens uit specialistenbrieven over poliklinische consulten.

Achtergrondgegevens

De geregistreeerde achtergrondgegevens zijn hieronder weergegeven. Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm konden meestal uit de patiëntenadministratie van de huisarts gehaald worden, voor de andere gegevens zijn de patiënten gevraagd formulieren in te vullen. De non-respons (het percentage formulieren dat niet volledig ingevuld was) lag op ca. 9% en betrof meestal slechts enkele gegevens per formulier. De achtergrondgegevens waren:

- geslacht
- leeftijd
- hoogst behaalde onderwijsniveau, in drie klassen voor personen van 18 jaar en ouder (geen/lager onderwijs, voortgezet/middelbaar, hoger beroeps/universiteit)
- burgerlijke staat (ongetrouwd, getrouwd, gescheiden, weduwe(naar); kinderen (mannen<18 en vrouwen<16))
- verzekeringsvorm (ziekenfonds, particulier, niet verzekerd (laatste groep (N=592) is buiten rapporten gelaten))
- geboorteland (Nederland, Turkije/Marokko, overig westers, overig niet-westers)
- etnische achtergrond (volgens ISEO-criteria, dus incl. gegevens over geboorteland van de ouders)
- beroepsklasse (laatst uitgeoefende beroep van de persoon zelf en als deze geen beroep had dat van de ouders (bij thuiswonende kinderen) of dat van de partner. Ingedeeld volgens de Beroepenclassificatie

1984 van het CBS. Deze is d.m.v. een omcodeersleutel omgezet in een indeling, lopend van 1 tot 10. Deze 10-klassen indeling is voor de presentatie weer omgezet in een 3-klassen indeling: 1=hoofdarbeid, 2=zelfstandigen en boeren, 3=handarbeid)

- actuele werksituatie (werkend en niet-werkend; die laatste klasse is ingedeeld in werkloos, WAO/AAW, jonger dan 16 jaar, kind/student, militaire dienst, huisvrouw/-man, VUT/pensioen/AOW)
- leefsituatie (jonger dan 18 jaar, alleenstaand, (echt)paar/gezin, eenoudergezin)
- urbanisatiegraad (in 4 klassen volgens CBS-categorieën: ruraal (<30.000 inw.), suburbaan (30-50.000), urbaan (>50.000), grote stad (A'dam, R'dam, 's Gravenhage (niet Utrecht))
- regio (noord=Groningen, Friesland, Drente; zuiden=Noord-Brabant, Limburg; midden=overig)

Werkwijze

De huisartsen registreerden zelf elk contact op een apart registratieformulier. Centraal zijn door ervaren codeurs op basis van de registratieformulieren de episoden geconstrueerd, waarbij een code werd toegekend. Er is gecodeerd volgens de ICPC, waarbij op een aantal items een aanpassing/verfijning is gemaakt.

Bij de centrale codering is soms gebruik gemaakt van de 'onderliggende ziekte', die de huisarts ook op elk formulier aangaf. Zo is bij een episode van acute bronchitis bij een patiënt die CARA als onderliggende ziekte heeft, de acute bronchitis beschouwd als een exacerbatie van de CARA en dus is als zorg-episode CARA ingevoerd.

Definities en rekenwijze

Een episode werd gedefinieerd als de fase van het ziek-zijn bij een patiënt, waarin om professionele hulp wordt gevraagd (zorg-episode). De registratie was episode-georiënteerd. Dat betekent dat een waarschijnlijkheidsdiagnose via meerdere contacten in de (beperkte) observatieperiode kon uitkristalliseren tot een definitieve diagnose. De diagnose van het laatste contact in een episode is aangehouden als de diagnose van de gehele episode.

De incidentie is bepaald door telling van die episodes, waarbij de huisarts in het eerste contact van de betreffende episode heeft aangegeven dat het een eerste contact voor het onderhavige probleem of een contact in verband met een recidief voor het probleem betrof. Aangezien de registratieduur drie maanden was, is de incidentie per drie maanden bepaald. De noemer betrof de totale praktijkpopulatie aan het begin van de registratieperiode.

Kwaliteitsbewaking

- Er was consensus-training voor de huisartsen en er werd een geautomatiseerd controleprogramma gebruikt.
- De codeurs ((para)medici) kregen een training in het gebruik van de ICPC en werden voortdurend gecontroleerd en bijgestuurd. Bij twijfel werd contact opgenomen met de huisartspraktijk.
- De constructie van contactdiagnosen tot ziekte-episoden is door vier artsen volledig gecontroleerd.
- Door middel van 29 papieren patiënten is de onderlinge overeenstemming tussen de huisartsen getoetst. De overeenstemming was meer dan 90% voor 21 patiënten en meer dan 70% voor 27 papieren patiënten. Voor duizeligheid en keratitis/iritis was het overeenstemmingspercentage zeer laag. Ook de codeurs zijn door middel van papieren casussen getoetst. Deze papieren casussen waren met opzet 'probleemgevallen'. De mate van overeenstemming onder hen was 80% op contactniveau, maar varieerde per ICPC-hoofdstuk.
- De data-entry was ook getoetst, met behulp van een steekproef van 2% van de data-formulieren. In 1,1% van de gevallen stemden de contactformulieren niet overeen met de data-formulieren (betrof meestal één variabele).
- Er bleek een aantal formulieren fout ingevoerd te zijn: bij mannen werd in 0,69% van de episoden typisch vrouwelijke aandoeningen gevonden, bij vrouwen in 1,30% van de gevallen typisch

mannelijke aandoeningen. In 0,05% van de episoden werd een diagnose gesteld die niet bij de leeftijd kon horen. Deze episoden zijn, voor zover mogelijk, gecorrigeerd.

Diagnoseclassificatie

Er is gecodeerd volgens de ICPC, waarbij op een aantal items een verfijning is gemaakt. Deze aangepaste versie is echter compatibel met de internationale versie.

Zekerheid van de diagnose

De zekerheid van de diagnose is wel gemeten, maar in de publicaties is geen onderscheid gemaakt in zekerheid. De meest uitgekristalliseerde diagnose is daarbij gebruikt, ook bij nieuwe episoden. Dat betreft dus een mix van zekere en minder zekere diagnoses.

Toekomstplannen

Er zijn plannen voor een herhaling van de Nationale Studie, in aangepaste vorm. Een morbiditeitsmeting middels het LINH behoort tot de mogelijkheden. Definitieve plannen in die richting zijn er nog niet.

Bepaling van de prevalentie en incidentie t.b.v. VTV-1997

De in dit rapport en in VTV-1993 gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor seizoen, regio en urbanisatiegraad, maar niet voor afstand van praktijkadres naar ziekenhuis. In de tabellen in het basisrapport van de Nationale Studie is wel gewogen voor afstand tot ziekenhuis.

De van de NS betrokken incidenties zijn per vijfjaarsklasse gestandaardiseerd naar de bevolking in Nederland in 1990. Omdat de incidentiecijfers betrekking hebben op drie maanden, zijn ze vervolgens met een factor vier vermenigvuldigd om jaarincidenties te verkrijgen.

Prevalentiecijfers worden niet van de Nationale Studie betrokken omdat voor de meeste ziekten en aandoeningen de periode van drie maanden te kort wordt geacht om alle prevalentie patiënten te registreren. Wel zijn voor een aantal chronische aandoeningen puntprevalenties te berekenen op basis van het bestand "Chronische aandoeningen" (onderzoeker F. Schellevis). Het betreffen aandoeningen die in acht praktijken met in totaal 28.000 personen aan de hand van diagnostische criteria (ICHPPC-2-defined) opgespoord zijn.

Sterke punten vanuit VTV-oogpunt

- Grote onderzoekspopulatie.
- Daardoor ook groot aantal personen van etnische minderheden, met lage SES, en dergelijke.
- Met weegfactoren zijn de morbiditeitsgegevens omgezet naar 'de gemiddelde inwoner van Nederlander'.
- De codes zijn soms verfijnd ten opzichte van de ICPC.
- Een waarschijnlijkheidsdiagnose kon in de loop van de tijd uitkristalliseren tot een definitieve diagnose.
- Contacten met de praktijkassistente zijn ook geregistreerd. Telefonische contacten met de huisarts zijn gedeeltelijk geregistreerd. Ook contacten met waarnemers zijn geregistreerd.
- Aan de Contactregistratie is een groot aantal projecten gekoppeld. Zo is door 15 huisartsen de registratie gedurende twee jaar voortgezet, door 19 huisartsen (inclusief die 15) één jaar, respectievelijk met het oog op chronische en psychische problematiek (resp. publicaties van Schellevis (1993) en Tijhuis (1991)).

Zwakke punten vanuit VTV-oogpunt

- Door elke huisarts is slechts drie maanden geregistreerd, waarbij de inlooperperiode (eerste weken) mogelijk nog niet zo betrouwbaar was.
- De puntprevalentie van chronische aandoeningen kan niet gemakkelijk bestudeerd worden.

- Er is geen continuïteit: de studie was slechts eenmalig. Wel zijn er plannen om de Nationale Studie in de toekomst te herhalen. Een morbiditeitsmeting middels het LINH behoort tot de mogelijkheden, maar definitieve plannen in die richting zijn er nog niet.
- Vanwege de korte registratieperiode zijn veel diagnoses nog niet uitgekristaliseerd tot een zekere diagnose. De incidentie gevallen vormen dus een mix van zekere en onzekere diagnoses.

3.3 Registratienet Huisartspraktijken

Inleiding

Het RNH tracht een volledige probleemlijst van elke geregistreerde patiënt te krijgen. Op een probleemlijst staan alle problemen die van een bepaalde patiënt in de loop van de tijd bekend zijn geworden. Het RNH richt zich op chronische problemen. Het is een geautomatiseerde registratie.

In 1981 is het gestart als 'Basisproject', in 1985 voortgezet als Registratienet Huisartspraktijken en in mei 1988 vond implementatie van de praktijkautomatisering plaats en werd begonnen met de gegevensverzameling.

Houder is de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht. Het Medisch en Maatschappelijk Informatiecentrum (MEMIC) beheert de databestanden.

Populatie

In mei 1988 deden vier huisartspraktijken mee. Juni 1994 bestond de RNH uit 15 praktijken met 47 huisartsen, juni 1996 uit 23 praktijken met 56 huisartsen. De bij deze huisartsen ingeschreven populatie bedraagt iets meer dan 100.000 personen.

De ingevoerde basispopulatie in september 1995 bedroeg 62.956 personen. Deze basispopulatie groeit nog steeds. Vanaf het begin van de registratie voerde de huisarts de gegevens van ca. drie personen (at random gekozen) per dag in, tezamen met de gegevens van de gezinsleden. Het betrof (gezinsleden van) patiënten waarmee de huisarts contact had gehad. Invoering gebeurde alleen als alle achtergrondgegevens bekend waren. Oorspronkelijk was een probleem dat van veel personen (waarschijnlijk minimaal 10.000) de achtergrondvariabelen geboorteplaats en opleiding niet bekend waren en dat hun gegevens dus niet ingevoerd konden worden. In 1996 is de variabele geboorteplaats vervallen en de variabele opleiding optioneel geworden zodat de patiënten waarbij deze variabelen niet bekend zijn toch in het databestand ingevoerd kunnen worden. Bij een deel van de patiënten zijn de huisartsen gewoonweg nog niet toegekomen aan het invoeren van de gegevens. Uit analyses blijkt dat er bij de invoering van gegevens geen selectie is opgetreden. Patiënten waarvan de gegevens later zijn ingevoerd, hebben niet meer of juist minder problemen dan patiënten waarvan de gegevens al eerder zijn ingevoerd. Dat was ook niet te verwachten, omdat al in de loop van een jaar van alle gezinnen minimaal één lid contact heeft gehad met de huisarts (gezonde gezinnen zijn een zeldzaamheid).

Slechts twee personen hebben bezwaar gemaakt tot registratie. Weigering tot deelname zal dus ook niet hebben geleid tot selectie.

Alle praktijken bevinden zich in Limburg. Vier praktijken bevinden zich in Maastricht. Verder zijn zowel stads- als verstedelijkte-plattelandspraktijken vertegenwoordigd. De registratie bevat geen plattelandspraktijken of groot-stedelijke praktijken.

Vastgelegde gegevens

Morbiditeit

Van elke patiënt wordt een probleemlijst opgebouwd. Hierop staan alle problemen die van de patiënt in de loop van de tijd bekend zijn geworden. Problemen worden geregistreerd op basis van spreekuurbezoek, visite, telefonische contacten en gegevens die over de patiënt bekend zijn (oude gegevens, bijv. afkomstig van een oude groene kaart als de patiënt nieuw is in de praktijk en van een andere huisarts komt) of worden (specialistenbrief). Contacten met alleen de praktijkassistente worden niet geregistreerd. Waarnemende huisartsen waren meestal afkomstig uit dezelfde (registrerende) praktijk. Indien dat niet het geval was, werden achteraf, op basis van de informatie van de waarnemer, de probleemlijsten aangevuld.

Achtergrondgegevens

Per patiënt zijn een aantal achtergrondgegevens (patiëntachtergrond variabelen) bekend. Dit zijn: geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat (6 klassen: gehuwd, weduwe(naar), gescheiden, samenwonende, alleenstaande, anders), soort woonverband (10 klassen: gezin, echt(paar), alleenstaande, 1-oudergezin, gezin/paar met inwonenden, alleenstaande met inwonende(n), 1-oudergezin met inwonende(n), tehuis, commune, anders), woongemeente en vier cijfers van de postcode (let wel, alleen Limburg)), verzekeringsvorm en opleiding (drie klassen; alleen van personen ouder dan 25 jaar). Er zijn geen gegevens verzameld over beroep en etnische achtergrond.

Werkwijze

De gegevens worden vastgelegd in de praktijkcomputer van de huisarts. Controle van de gegevens (zie hieronder) vindt eenmaal in de drie maanden in de praktijk plaats. Dan worden de gegevens tevens op een diskette gezet en naar het MEMIC gestuurd. Daar worden de gegevens opgeslagen en verwerkt. Er ontstaat zo een grote database met actuele en historische patiëntgegevens.

Hoewel van alle huisartspraktijken de administratie en van vrijwel alle praktijken de journaalregistratie geautomatiseerd is, worden ten behoeve van het RNH alleen de probleemlijsten naar het MEMIC gezonden.

Definities en rekenwijze

Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is, of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd.

De probleemlijst omvat:

- permanente problemen (geen volledig herstel te verwachten);
- chronische problemen (problemen die langer dan een half jaar bestaan);
- problemen die voortdurend van belang blijven, onder andere vanwege mogelijke complicaties;
- recidiverende problemen, die vaker dan drie keer binnen een half jaar terugkeren.

Hierbij is het belangrijk om te beseffen dat een klacht of ziekte alleen wordt opgenomen op de probleemlijst als verwacht wordt dat het in de toekomst nog medische bemoeienis zal vragen. Of een aandoening als probleem beschouwd moet worden, is niet strikt gedefinieerd. Het hangt af van de verschijningsvorm en ernst. De huisarts schat zelf in, in hoeverre de aandoening in de toekomst aandacht zal vragen. Zo zal een klompvoet de ene keer wel en de andere keer niet op de probleemlijst komen, afhankelijk van de ernst.

Van het probleem wordt geregistreerd: 1. de probleemcode volgens de ICPC; 2. de probleemstatus (dat is of het probleem actief- of inactief is) en 3. de datum van actief-worden en inactief-worden. Een probleem is actief als het op dat moment onder de aandacht van de huisarts of de patiënt staat. Dat blijkt uit:

- de huidige behandeling waarbij de patiënt een speciaal dieet volgt, medicamenten gebruikt of speciale therapie krijgt;
- (verder) onderzoek voor het probleem van de patiënt dat nog loopt;
- een bij het probleem behorend progressief verloop;
- het feit dat de patiënt voor zijn/haar probleem onder regelmatige controle staat (van huisarts of specialist).

Een eenmaal geregistreerd probleem blijft altijd op de probleemlijst staan. Het kan wel van actief passief worden en vervolgens weer actief.

Veel kortdurende passagère aandoeningen worden niet in het bestand opgenomen.

De doodsoorzaak wordt wel in de probleemlijst opgenomen. Dit betreft niet de doodsoorzaak conform de doodsoorzaakregistratie ten behoeve van het CBS, maar een meer op de praktijk van alledag gerichte registratie, waarbij meerdere oorzaken aangegeven kunnen worden, zonder onderscheid te maken in onderliggende en directe oorzaak.

Disability/impairment (Letter-28) wordt ook geregistreerd en wel volgens de ICPC. Een dergelijke code wordt niet beschouwd als een diagnose, maar als contactreden. Een probleem wordt alleen hieronder gecodeerd als er geen diagnose op een hoger niveau mogelijk is. Zo zal iemand met een gebroken bovenbeen geregistreerd worden onder L75 (fractuur femur) en niet onder L28. Tenzij de patiënt de huisarts een jaar na zijn ongeval bezoekt voor het feit dat hij nog steeds niet goed kan lopen.

Kwaliteitsbewaking

- intercollegiale inhoudelijke toetsing. Deze vindt viermaal per jaar plaats in vijf regionale groepen. Elke bijeenkomst worden o.a. een aantal ICPC-codes besproken. Naar aanleiding hiervan (en literatuuronderzoek van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde) worden fouten van huisartsen gecorrigeerd of richtlijnen/definities herzien.
- geautomatiseerde foutcontrole via software bij de registrerende huisarts. Dit houdt in: controle op foute inbreng en op ontbrekende gegevens en een globale controle op de representativiteit van de aangeleverde data. Per praktijk wordt nagegaan of de leeftijd- en geslachtsverdeling van de ingevoerde patiëntengroep overeenkomen met wat verwacht mocht worden gezien de praktijksamenstelling.
- vreemde codes, inconsistenties en omissies worden vanuit het MEMIC teruggekoppeld naar de huisarts.
- steeds verdere verfijning van de richtlijnen en definities.
- steekproefcontroles van geleverde gegevens.

De richtlijnen en definities worden uitgewerkt door de 'probleemlijst-commissie'. Afspraken worden in een klapper genoteerd. Sommige afspraken worden in de microHIS gebracht (help-functie).

Diagnoseclassificatie

Classificatie: gezondheidsproblemen en diagnoses worden geclassificeerd volgens de ICPC. Er wordt een diagnose toegekend als voldaan wordt aan de criteria van de ICHPPC-2-defined (indien er voor een ziekte criteria bestaan). Voor de in dit rapport beschouwde 22 chronische aandoeningen zijn voor het merendeel duidelijke criteria beschikbaar, deels ICHPPC-2-defined, deels NHG-Standaard gerelateerd. Deze zullen allemaal op de probleemlijst komen als ze aan de criteria voldoen. Voor aandoeningen die in het verleden benoemd zijn (bekende problemen), is dat echter niet altijd te controleren.

Zekerheid van de diagnose

Er wordt op het hoogste diagnostische niveau geregistreerd. Indien een poos later de diagnose aangescherpt wordt, wordt de oude diagnose inactief en de nieuwe, aangescherpte, actief. De patiënt waar het hier om gaat, heeft dus twee keer een incident probleem, dat waarschijnlijk dezelfde onderliggende oorzaak heeft. Voorbeeld: iemand met lage rugpijn blijkt (na het maken van een röntgenfoto) een spondylolisthesis te hebben. L03 (lage rugpijn) wordt inactief en L85 (verworven misvorming van de wervelkolom) wordt incident en actief. Indien de spondylolisthesis snel wordt ontdekt na het ontstaan van de rugpijn, zal het niet in twee codes verschijnen. Wel als de rugklachten chronisch bestonden en pas veel later, om wat voor reden dan ook, de spondylolisthesis wordt gevonden. Correctie van dergelijke dubbeltellingen is niet standaard mogelijk, wel voor speciale projecten. Voor de andere in dit rapport behandelde aandoeningen speelt dit probleem overigens niet.

Toekomstplannen

De continuïteit van de registratie is gewaarborgd. Invoer van probleemlijsten van alle patiënten op een kwalitatief juiste wijze blijft de grootste prioriteit behouden. Voor speciale projecten kunnen journaalgegevens beschikbaar komen indien de software daartoe is uitgewerkt.

Bepaling van de prevalentie en incidentie t.b.v. VTV-1997

Omdat voor elk moment berekend kan worden wat het aantal patiënten is met een bepaalde ziekte, en omdat ook voor elk moment bekend is wat de totale praktijkpopulatie is, kan op basis van de RNH een

puntprevalentie berekend worden. In dit rapport zijn jaarprevalenties gepresenteerd. Om een betrouwbaarder prevalentiecijfer te krijgen, kan de gemiddelde prevalentie van meerdere jaren berekend worden.

De incidentie kan ook over meerdere jaren berekend worden. Het aantal persoonsjaren kan daarbij vrij precies bepaald worden.

Omdat niet elke aandoening die optreedt op de probleemlijst wordt geplaatst, maar alleen problemen die consequenties hebben voor de gezondheidstoestand, zullen de incidentiecijfers in het RNH vaak lager zijn dan in registraties waar alle morbiditeit wordt geregistreerd.

Per ziekte zal nagegaan moeten worden of de epidemiologische teller alleen de actieve problemen dient te bevatten of ook de inactieve problemen.

Sterke punten vanuit VTV-oogpunt

- De registratie is continu; trendgegevens zijn echter nog niet beschikbaar.
- Een grote totale praktijkpopulatie.
- De patiëntenpopulatie is regionaal maar komt goed overeen met de Nederlandse bevolking qua leeftijd, geslacht, SES en verzekeringsvorm.
- Risicofactoren krijgen ook ruime aandacht in de registratie (waaronder belaste familieanamnese).
- Een puntprevalentie van chronische problemen is in principe goed te bepalen.
- Er is uitgebreide controle van de gegevens en regelmatig intercollegiale toetsing.
- Een probleem wordt ook geregistreerd op basis van een telefonisch contact.

Zwakke punten vanuit VTV-oogpunt

- Primair gericht op chronische problemen, dus niet geschikt voor kortdurende problematiek.
- De registratie vindt alleen plaats in Limburg.
- De urbanisatiegraad in de RNH komt niet overeen met die van Nederland (geen groot-stedelijke gebieden (wel Maastricht en andere steden met de typische problemen van achterstandsbuurtten) en geen platteland).
- De actieve problemen kunnen als 'zeker' beschouwd worden. Diagnosen die in het verleden zijn vastgelegd op oude groene kaarten, blijken vaak wat minder zeker te zijn.

3.4 Transitieproject

Inleiding

Het Transitie-project vormt sinds 1984 de onderzoekslijn van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Het bestaat uit een eerste tranche (1 februari 1985 - 31 augustus 1988) en een tweede tranche (1988-1993). Een derde tranche is in 1-1-1995 gestart.

Populatie

Voor VTV-1997 worden twee bestanden gebruikt: het *referentiebestand* en het daaruit afkomstige *vierjaarsbestand*. Het referentiebestand is een samenvoeging van een aantal bestanden. Om de relatie met het langlopende Transitieproject te verhelderen, worden hieronder de verschillende onderdelen van het Transitieproject toegelicht.

In de eerste tranche (Trans I), die liep van 1-2-1985 tot en met 31-8-1988, werden alle contacten gedurende ten minste één jaar van 38 huisartsen in 22 praktijken met al hun ingeschreven patiënten geregistreerd. Trans-I omvatte 40.796 persoonsjaren. De praktijken bevonden zich op 14 locaties: Rotterdam (Ommoord, vier praktijken), Amstelveen (één praktijk), de provincie Groningen (vijf lokaties, zes praktijken), Amsterdam (vijf lokaties, negen praktijken), Saba en St. Eustatius. De praktijken uit Groningen zijn afkomstig van het Autonomieproject, een project dat vergelijkbaar is met het Transitieproject, maar dat alleen gegevens van personen boven de 65 jaar bevat. Globaal gesproken woont 30% van de personen in de stad en 70% op het platteland. De samenstelling van de participerende praktijken verschilde sterk: sommige bevatten veel oude mensen of alleenstaanden. In totaal is de populatie van de eerste tranche nogal oud (19% 65-plussers in plaats van 14% 65-plussers in de bevolking in Nederland).

Een tweede tranche (Trans II) liep van 15 april 1989 tot 15 april 1993. Hierbij is door zes huisartsen in drie universitaire huisartspraktijken geregistreerd. De populatie per huisarts in Trans II bedroeg ca. 1.300 personen. Samen omvatten die drie praktijken ca. 9.500 personen. Niet alle praktijken hebben de volle zes jaar geregistreerd. Het totaal aantal patiëntjaren over de betreffende periode bedraagt 36.000 à 38.000. De praktijken bevonden zich in Amstelveen, Franeker en Wirdum (Friesland).

Een derde traject, Trans III, is op 1 januari 1995 gestart. Aan Trans III doen de zeven huisartsen uit de drie universitaire huisartspraktijken uit Amstelveen, Wirdum en Franeker mee. Zij registreren al zo'n 6 tot 10 jaar. Ook zijn twee nieuwe universitaire huisartspraktijken met drie huisartsen uit Amstelveen toegetreden. In totaal wordt nu door 10 huisartsen uit vijf praktijken van ca. 16.000 ingeschreven personen routinematig informatie verzameld. Dit gebeurt met behulp van een volledige elektronische patiëntenkaart (TransHis). Trans III zal niet voor VTV-1997 gebruikt worden.

Door de samenvoeging van Trans I, patiëntgegevens van huisartsen die na Trans I nog een tijdje doorregistreerden, Trans II en patiëntgegevens uit een universitaire huisartspraktijk in Amstelveen, ontstond een tienjaarsbestand. Dit zeer grote bestand, het zogenaamde *referentiebestand*, bevat alle verzamelde gegevens van 60 huisartsen uit 23 praktijken die in de periode van 1 februari 1985 tot en met 31 december 1994 tenminste gedurende een jaar alle contacten registreerden. Naast de locaties die voor Trans I registreerden, zijn hier met name de universitaire huisartspraktijken in Franeker en Wirdum van groot belang. In dit tienjaarsbestand zijn 93.297 persoonsjaren opgenomen, waarin 236.027 zorgepisoden zijn geregistreerd. Hieraan hebben ca. 55.000 personen bijgedragen.

Het aldus verkregen referentiebestand bevat ook een *vierjaarsbestand*. In dit vierjaarsbestand worden patiënten vier jaar gevolgd. Het tijdvenster voor deze groep is dus vier jaar in plaats van één jaar. Het bestand is voor diverse analyses gebruikt en is daarom zeer goed gecontroleerd en 'opgeschoond'. Dit bestand kan dienen om specifieke vragen te beantwoorden over met name chronische aandoeningen die niet ieder jaar tot huisartsbezoek leiden. Er is geregistreerd door de zeven huisartsen uit de drie universitaire huisartspraktijken in Amstelveen, Wirdum en Franeker. Het bestand

bevat 9.405 patiënten met 36.020 patiëntjaren en 78.950 zorgepisoden. De gegevens zijn verzameld in de periode 1989-1993.

Samenvattend is er sprake van vijf verschillende bestanden, waarvan ten behoeve van VTV-1997 alleen het referentiebestand en het vierjaarsbestand gebruikt zullen worden, met resp. 93.297 en 36.020 persoonsjaren.

Vastgelegde gegevens

Morbiditeit

Van elk contact tussen huisarts en patiënt zijn gegevens beschikbaar omtrent contactreden, diagnose en interventie. Tegelijk wordt met het registreren van deze gegevens vastgelegd wat de zekerheid van de diagnose is. Later wordt vastgelegd hoe het ziekteverloop was: acuut (<4 weken), subacuut (4 weken - 6 maanden) of chronisch (>6 maanden).

Telefonische contacten en contacten met de praktijkassistent zijn alleen geregistreerd als er een belangrijke nieuwe zorgepisode mee begon. Contacten tijdens de avond, nacht of in het weekend of contacten van patiënten met waarnemers zijn altijd geregistreerd. Van patiënten die direct worden opgenomen in een ziekenhuis (via bijv. de eerste-hulp), wordt de diagnose geregistreerd wanneer de huisarts deze in de ontslagbrief aantreft of wanneer de patiënt later (wat vaak gebeurt), bijv. ter controle of achteraf voor een verwijsbrief, alsnog contact heeft met de huisarts. Van een patiënt die door de huisarts verwezen is naar een specialist (bijv. omdat de huisarts het niet helemaal vertrouwde) zal de huisarts vaak in eerste instantie de episode met een symptoom- of klachtdiagnose benoemen (bijv. bloed ophoesten, aanhoudende koorts). Nadat de specialist nadere diagnostiek heeft verricht, zal uit het bericht van de specialist blijken of er een preciezere diagnose bekend is geworden. De huisarts zal op basis van de specialistenbrief de oorspronkelijke diagnose wijzigen (bijv. van bloed ophoesten in carcinoom). De incidentie viel dan in het jaar waarop de patiënt voor het eerst vanwege het probleem (bloed ophoesten) contact had met de huisarts. Een diagnose kan dus op basis van een specialistenbrief achteraf gewijzigd of aangescherpt worden.

Achtergrondgegevens

Achtergrondfactoren die verzameld worden, zijn leeftijd, geslacht, gezinsvorm en verzekeringsvorm. Bij de presentatie van het materiaal wordt gezinsvorm als volgt geclassificeerd: alleenstaand, man en vrouw samen, man en vrouw met één of meer kinderen, man of vrouw met één of meer kinderen, overige samenlevingsvormen. Er zijn geen gegevens verzameld over het geboorteland, de etnische achtergrond, het opleidingsniveau en het beroep.

Werkwijze

De registratie is episode-gericht. Een zorgepisode is een ziekte of probleem vanaf het moment waarop dit aan de huisarts wordt aangeboden tot en met het laatste contact ervoor c.q. de beëindiging van geneeskundige bemoeienis ermee, omdat het probleem is opgelost of omdat de patiënt of zijn omgeving er verder zelf voor zorgt. Elk gezondheidsprobleem waarmee een patiënt bij de huisarts komt (contactreden) wordt geregistreerd. De huisarts kent hier altijd een (symptoom)diagnose aan toe. Het coderen gebeurt decentraal: de huisartsen doen het zelf. Dat doen zij volgens de ICPC. In het verloop van de episode kan de diagnose ervan gewijzigd of aangescherpt worden (van onzeker naar zeker). De laatst gegeven diagnose is de uiteindelijk voor de gehele episode geldende diagnose.

De huisartsen registreerden de episodegegevens op zelfkopiërende spreekuurformulieren. Het origineel werd in de patiëntenkaart geplakt, de kopie werd opgestuurd. Tijdens het registreren hadden de huisartsen dus inzicht in de gegevens van voorgaande contacten met de patiënt.

Definities en rekenwijze

Hieronder worden de definities met betrekking tot de epidemiologie, zoals gehanteerd in het Transitieproject, weergegeven.

- Zorgepisode: een gezondheidsprobleem van een patiënt vanaf de eerste keer dat het bij de huisarts op het spreekuur aan de orde komt, tot het laatste contact ervoor in de registratieperiode.
- Duur van een episode: een episode eindigt bij het laatste contact voor de episode binnen het tijdvenster, als de patiënt overlijdt of als de patiënt verhuist.
- Peildatum: het midden van elk registratiejaar. Indien de praktijkpopulatie sterk groeit is door middel van meer ingewikkelde berekeningen de peildatum vastgesteld.
- Peildatumpopulatie (wordt berekend over één jaar): alle mensen die het gehele jaar waren ingeschreven in een praktijk, plus diegenen die zich voor de peildatum inschreven of na de peildatum de praktijk verlieten.
- Het aantal persoonsjaren in een tijdvenster: de som van de peildatumpopulaties van alle praktijken die in die periode registreerden vermenigvuldigd met de duur van het tijdvenster (in jaren). Indien het tijdvenster vier jaar is, worden van een praktijk die alle vier jaren registreerde, de peildatumpopulaties van elk van die vier jaren dus gesommeerd.
- Nieuwe episode: een zorgepisode die tijdens het beschouwde tijdsinterval (tijdvenster) begint.
- Jaarincidentie: het aantal nieuwe door de huisarts geregistreerde episoden (*teller*) gedeeld door het aantal persoonsjaren (*noemer*; definitie daarvan is hierboven gegeven). De uitkomst wordt vermenigvuldigd met 1.000.
- Oude episode: een zorgepisode die is begonnen vóór het begin van het beschouwde tijdvenster, en tijdens het tijdvenster opnieuw wordt aangeboden aan de huisarts. Alle oude episoden samen vormen de (cumulatieve) restprevalentie.
- Prevalentie over één jaar: de som van de nieuwe en oude zorgepisoden in een bepaald jaar (*teller*), gedeeld door de totale peildatumpopulatie (*noemer*). De uitkomst wordt vermenigvuldigd met 1.000. Op basis van het tienjaarsbestand (met een tijdvenster van één jaar) wordt de prevalentie berekend door de prevalenties van alle tien jaren (gewogen) te middelen. 'Oude' episoden die in een jaar weer aan de orde zijn gekomen, worden in dat jaar ook bij de prevalentie geteld. Een episode die nieuw was in het eerste jaar en waarvoor in het vijfde en zesde jaar ook de aandacht van de huisarts wordt gevraagd, wordt zowel in het vijfde als zesde jaar bij de restprevalentie geteld. In de jaren dat deze episode niet onder de aandacht kwam van de huisarts (in het voorbeeld in het tweede t/m vierde jaar), wordt deze niet meegeteld.
- Vierjaarsprevalentie: op basis van het vierjaarsbestand wordt de prevalentie berekend door alle nieuwe en bekende episoden te sommeren (*teller*) en te delen door de gemiddelde peildatumpopulatie (*noemer*). Een episode die nieuw was in het eerste jaar en die in het derde en vierde jaar de aandacht vroeg, wordt dan eenmaal als incident gerekend en eenmaal als prevalent.

Met name op basis van het vierjaarsbestand van Trans II kan een goede schatting gemaakt worden van de prevalentie van chronische ziekten waarbij de patiënten niet ieder jaar zorg behoeven. Zo worden episoden van chronische ziekten die al voordat met de registratie gestart werd begonnen, en waarbij de patiënt bijv. pas weer in het derde jaar van de registratie contact had met de huisarts, ook opgepakt.

De prevalentie in het Transitieproject is, zoals blijkt uit de gehanteerde definities, afhankelijk van het gekozen tijdvenster. Bij een vierjaarstijdvenster zal voor chronische ziekten niet alleen de restprevalentie groter zijn dan bij een éénjaarstijdvenster, ook het aantal nieuwe episoden zal groter zijn. Bij een tijdvenster van vier jaar bevat de prevalentie naast een volledig aantal bekende patiënten (de gemaximaliseerde restprevalentie) immers ook vier maal de éénjaarsincidentie. Een oplossing is om als prevalentie te nemen: één maal de gemiddelde jaarincidentie uit het referentiebestand plus de gemaximaliseerde restprevalentie uit het vierjaarsbestand.

Kwaliteitsbewaking

De huisartsen waren vooraf getraind in het classificeren met de ICPC. Regelmatig vonden er bijeenkomsten plaats, in het begin één keer per maand en verder telkens voordat er een bepaald onderzoeksproject werd gestart. Ook assistenten hebben een cursus gevolgd over de wijze van registreren. Omdat de Trans-bestanden reeds voor diverse onderzoeken gebruikt zijn, zijn ze uitgebreid

opgeschoond. In zowel het vier- als tienjaarsbestand zijn chronische zorgepisoden ontdubbeld en 'opgewaardeerd'. Dat wil zeggen dat meerdere (korter durende) episoden van hetzelfde probleem, zijn samengevoegd tot één lange zorgepisode. Het kon namelijk zijn dat een chronische aandoening in het eerste registratiejaar is geregistreerd als nieuwe episode en dat deze aandoening een aantal jaren niet tot een beroep op de huisarts leidde. Het is goed denkbaar dat pas in het zevende jaar deze aandoening weer onder de aandacht van de huisarts kwam, maar toen abusievelijk opnieuw als nieuwe episode geregistreerd werd. Daarom is een lijst gemaakt van episoden waarvan het door hun klinische aard niet 'acceptabel' is dat ze meer dan eens bij dezelfde patiënt voorkomen (zie tabel 4.1 in het proefschrift van M. Veltman). De tweede en volgende episoden zijn vervolgens omgezet in prevalentie episoden. Niemand is dus meer door een slordigheid of anderszins twee keer met bijv. hypertensie, diabetes, coronaire ischemie, perifere artrose enz. in het bestand opgenomen. Ook is de status (nieuw of oud) zeer zorgvuldig voor de betreffende prevalenties rechtgezet.

Voor episoden die niet op de lijst stonden en die binnen drie weken ten tweede male als nieuw werden geregistreerd, is aan de hand van de desbetreffende patiëntgegevens, beoordeeld of er sprake was van één of meer episoden. Indien nodig, werd een correctie uitgevoerd.

Er is een reeks controles uitgevoerd om vast te stellen hoe groot het aantal fouten was, waarbij het tevens de bedoeling was deze fouten te herstellen. Daartoe is programmatuur ontwikkeld die waarschuwt tegen onmogelijke codes, tegen niet-bestaande patiënten, en tegen vervolcontacten voor een episode zonder dat deze in het registratiesysteem als zodanig was gestart.

Uit de kwaliteitsanalyse van Trans I, waarbij de codes op de spreekuurformulieren vergeleken zijn met die in de centrale computer, bleek dat bij de data-entry 0,6% van de contactredenen en diagnoses en 1,0% van de interventies onjuist gecodeerd waren. Bij het vergelijken van de computer-output en de patiëntkaarten bleek 1,1% van de contactredenen, 3,3% van de diagnoses en 1,3% van de interventies onjuist gecodeerd te zijn. Omdat het referentie- en vierjaarsbestand herhaaldelijk gecontroleerd zijn en ontdubbeld, mag men ervan uitgaan dat het foutpercentage in deze bestanden lager is dan vastgesteld bij Trans I.

Diagnoseclassificatie

De huisartsen coderen volgens de ICPC. Tijdens Trans-I is een voorlopige versie van de ICPC gebruikt ('ICPC voor relevantiestudies'). Achteraf zijn de oude ICPC-codes van Trans-I omgezet in de codes van de definitieve ICPC. Voor sommige diagnoses lukte dat niet helemaal: perifere artrose had bijv. in Trans-I slechts één code (L89), in Trans-II en -III drie (L89, L90 en L91). Hoe L89 van Trans-I verdeeld moet worden over de huidige ICPC-codes L89, L90 en L91 is daardoor niet meer vast te stellen. Indien toch een uitsplitsing gemaakt moet worden, is het tienjaarsbestand (waarvan Trans-I deel uitmaakt) niet geschikt. Daarom zullen voor artrose de gegevens uit het vierjaarsbestand betrokken worden.

Bij het coderen werden zoveel mogelijk de criteria van de ICHPPC-2-defined gebruikt.

Zekerheid van de diagnose

De huisarts maakt een onderscheid in zekere en niet-zekere diagnoses. In het verloop van de episode kan de diagnose ervan gewijzigd of aangescherpt worden (van onzeker naar zeker). De laatst gegeven diagnose is de uiteindelijk voor de gehele episode geldende diagnose.

Toekomstplannen

Trans III loopt nog.

Bepaling van de prevalentie en incidentie t.b.v. VTV-1997

Als incidentiecijfer kan het beste de gemiddelde jaarincidentie uit het referentiebestand genomen worden (grootste patiëntpopulatie) en als prevalentiecijfer kan voor chronische aandoeningen het beste de gemiddelde jaarincidentie uit het referentiebestand, gesommeerd met de gemaximaliseerde

restprevalentie uit het vierjaarsbestand, genomen worden. De prevalentie betreft dan een gemaximaliseerde jaarprevalentie.

In dit rapport wordt voor de meeste aandoeningen overigens nog gebruik gemaakt van het referentiebestand. Voor enkele ziekten (bijv. artrose, zie onder 'Diagnoseclassificatie') zullen cijfers uit het vierjaarsbestand gebruikt worden.

Sterke punten vanuit VTV-oogpunt

- Symptoomdiagnosen worden ook geregistreerd.
- Onzekere diagnosen kunnen worden aangescherpt, verkeerde diagnosen kunnen worden gewijzigd.
- De meest recente diagnose is de diagnose van de hele zorgepisode. Omdat het Transitieproject een langer durende registratie is, was het mogelijk de diagnose te wijzigen (zie vorige punt). Hierdoor kan de uiteindelijke diagnose als vrij zeker beschouwd worden.
- Er kan voor VTV gebruik gemaakt worden van het tienjaarsbestand. Dit bestand betreft een behoorlijk grote totale praktijkpopulatie (ca. 93.300 patiëntjaren).
- Met name met behulp van het vierjaarsbestand kan een goede schatting gemaakt worden van de prevalentie van chronisch zieken die niet elk jaar zorg behoeven.
- Telefonische contacten en contacten met de praktijkassistent zijn ook geregistreerd (maar alleen als er een belangrijke nieuwe zorgepisode mee begon).

Zwakke punten vanuit VTV-oogpunt

- De meeste huisartsen hebben alleen aan Trans I meegedaan. Een deel registreerde slechts één jaar, het andere deel registreerde langer dan één jaar. De huisartsen uit Ommoord en de huisartsen werkzaam in de universitaire huisartspraktijken waren reeds ervaren in het registreren, bij de overige huisartsen was de inlooperperiode (eerste maanden) mogelijk nog niet zo betrouwbaar.
- De totale praktijkpopulatie van het Transitieproject is niet representatief voor de bevolking in Nederland: veel praktijken uit Groningen, Friesland en de regio Amsterdam en zelfs uit de Nederlandse Antillen. De gegevens van de patiënten uit de Nederlandse Antillen zijn niet afgesplitst. Deze vormen echter maar een klein deel van het totale gegevensbestand (ca. 3%).
- Telefonische contacten met patiënten met een reeds bekende chronische ziekte worden, in tegenstelling tot in de andere registraties, niet vastgelegd. Bij een langerdurende registratie (vierjaarsbestand) hoeft dat echter geen probleem te zijn.
- Bestudering van trends is niet goed mogelijk. Wel is uitgebreid follow-up onderzoek (dus op individueel niveau) mogelijk omdat ca. 10.000 personen zes à zeven jaar in het referentiebestand zitten.

4 NADERE VERGELIJKING VAN DE REGISTRATIES

4.1 *Tabellarisch overzicht van de empirisch aangetroffen prevalenties en incidenties*

In dit hoofdstuk worden in één grote tabel de prevalentie- en incidentiecijfers die in de vier huisartsenregistraties aangetroffen zijn, weergegeven. Het betreffen jaarprevalentie en jaarincidenties. Het zijn cijfers die voor VTV-1993 gebruikt zijn of tussentijds aangevraagde cijfers. De cijfers die in VTV-1997 gepresenteerd zullen worden, zullen van recentere datum zijn en wat anders berekend worden. Meer gedetailleerd zijn in dit hoofdstuk de volgende cijfers gebruikt:

- *Nationale Studie*: de ten behoeve van VTV-1993 aangeleverde incidentiecijfers. Het betreft de periode 1987-1988.
- *CMR-Nijmegen*: de ten behoeve van VTV-1993 aangeleverde gegevens. Het betreft de periode 1987-1991. Niet voor alle geselecteerde zieken waren gegevens al aangevraagd. Daarom is daarvoor gebruik gemaakt van de demonstratie-diskette van de CMR-Nijmegen. Deze diskette is nog niet volledig, zodat de gepresenteerde cijfers slechts benaderingen zijn. Ze zijn dan ook tussen haakjes geplaatst. In VTV-1997 zullen cijfers uit de periode 1990-1994 gepresenteerd worden.
- *Transitieproject*: gegevens beschikbaar gesteld voor deze vergelijking. Voor de meeste ziekten zijn de cijfers afkomstig van het referentiebestand, dat de periode 1985-1994 betreft, voor een aantal ziekten zijn de cijfers afkomstig van het vierjaarsbestand, dat de periode 1989-1993 betreft. In het geval van het referentiebestand hebben de cijfers betrekking op een éénjarig tijdvenster. Bij het referentiebestand is nog een onderscheid gemaakt in prevalenties en incidenties die gebaseerd zijn op alleen zekere diagnoses en die gebaseerd zijn op zowel zekere als onzekere diagnoses. Cijfers uit het vierjaarsbestand hebben betrekking op vier jaar. Om een jaarincidentie te krijgen, moeten de cijfers nog door vier gedeeld worden. Om een jaarprevalentie te krijgen, moet drie maal de jaarincidentie van de vierjaarsprevalentie afgetrokken worden.
- *RNH*: gegevens verkregen op verzoek (september 1995) over het jaar 1994. Het gaat hierbij om actieve problemen. Niet voor alle geselecteerde zieken waren gegevens al aangevraagd. Voor een aantal ziekten zijn de prevalentiecijfers daarom afkomstig van de Rapportage van het Registratienet, maart 1993. Ook hier gaat het om actieve gevallen. Deze zijn tussen haakjes geplaatst. Hierbij is geen onderscheid gemaakt naar geslacht.

In de tabel zijn voor mannen en vrouwen apart de prevalentie- en incidentiecijfers gepresenteerd. De cijfers zijn (indien mogelijk) gestandaardiseerd naar de bevolking in 1990 (Nationale Studie, CMR-Nijmegen, Registratienet Huisartspraktijken) of 1995 (Transitieproject). Indien beschikbaar, zijn hier de cijfers op twee decimalen nauwkeurig gepresenteerd. Bij de uiteindelijke presentatie in VTV zal slechts één decimaal worden weergegeven omdat twee decimalen een overdreven nauwkeurigheid suggereren.

Een belangrijke onderscheid dat registraties maken, is dat tussen zekere en onzekere diagnoses. Dit onderscheid is vrij subjectief. Veel is onzeker in de geneeskunde. Een huisarts zal op het hoogst bereikbare diagnostische niveau registreren, maar trekt uiteraard niet alle denkbare diagnostische middelen uit de kast om dat te bereiken. Huisartsen handelen in het merendeel van de gevallen op basis van waarschijnlijkheden. Met name bij acute ziekten is het begrip zekerheid niet erg relevant omdat patiënten ervoor vaak maar eenmaal contact hebben zonder dat iets bevestigd wordt. 'Zekerheid' is eigenlijk een te zwaar aangezet begrip, wat niettemin gehanteerd wordt door de huisartsen en waarmee in VTV rekening moet worden gehouden. Vooral bij chronische ziekten zal het van belang zijn. Een probleem zal ontstaan als bijvoorbeeld in de ene registratie ook onzekere diagnoses bij bijv. de prevalentie opgeteld worden en de andere registraties zich beperken tot alleen zekere diagnoses. De cijfers zullen dan bij voorbaat niet vergelijkbaar zijn. Hieronder wordt dit gespecificeerd per registratie.

De *Nationale Studie* maakte een onderscheid in zekere en onzekere diagnoses. Voor kortdurende infectieziekten is zekerheid echter maar een relatief begrip. Voor chronische ziekten is zekerheid wel relevant. De incidentiecijfers van chronische ziekten bevatten, voor zover dat mogelijk was, zekere diagnoses. Omdat de registratieperiodes slechts drie maanden bedroegen, bevatte het incidentiecijfer voor een deel ook onzekere diagnoses. Uiteindelijk hebben alle ziekte-episoden een diagnose gekregen. Het incidentiecijfer bevat dus een mix van zekere en onzekere diagnoses.

In de *CMR-Nijmegen* wordt ook op het hoogst bereikbare diagnostische niveau geregistreerd, maar worden uiteraard niet alle denkbare diagnostische middelen gebruikt om dat te bereiken. Ook hier geldt dat voor kortdurende infectieziekten zekerheid maar een relatief begrip is. Heeft de arts voldoende gegevens om een beleid in gang te zetten, dan registreert hij die diagnose, heeft hij nog onvoldoende gegevens dan wordt met puntjes de onzekerheid aangegeven en wordt eventueel later hier een diagnose ingevuld.

Het *Transitieproject* maakt onderscheid in zekere en minder zekere diagnoses. Voor ziekten waarvoor ICHPPC-2-defined criteria bestaan, zijn in de gevallen waarbij aan de criteria voldaan is, de betreffende episoden als 'zeker' geassocieerd. Het onderscheid tussen zeker en onzeker is in de tabel ook gemaakt. Bij de vergelijking van de cijfers uit de verschillende registraties zullen meestal de zekere diagnoses gebruikt worden. Kortdurende infectieziekten die slechts eenmalig tot contact leidden, zijn, net als bij de andere registraties, eigenlijk zelden zeker.

Het *Registratienet Huisartspraktijken* registreert op de probleemlijst alle problemen die permanent, chronisch en progressief zijn. Diagnosen die door de RNH-artsen tijdens de registratieperiode zijn gesteld, kunnen als zeker beschouwd worden. Diagnosen die in het verleden vastgelegd zijn op de oude groene kaarten blijken soms wat minder zeker. Eigenlijk is de term 'zeker' niet direct van toepassing als het gaat om klachten van chronische aard. Chronische klachten zijn zeker als de huisarts dat op de probleemlijst zet.

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Diabetes mellitus						
	T90.0	911 + 919	T90	T90		
prevalentie mannen	--	17,17	15,0	11,4	21,5	21,25
prevalentie vrouwen	--	25,89	22,0	17,3	30,0	28,38
incidentie mannen	3,01	1,64	2,7	1,9	7,6	2,02
incidentie vrouwen	3,93	2,65	3,5	2,5	11,6	1,72
		911= IDDM 919= overig				
Dementie						
	P70.1 + N99.5	1270	--			P70
prevalentie mannen	--	1,65	2,3	1,4	2,8	1,19
prevalentie vrouwen	--	5,09	4,2	2,8	4,8	3,69
incidentie mannen	0,68	0,86	1,0	0,6	2,0	0,30
incidentie vrouwen	0,83	1,63	1,3	0,8	3,0	0,94
	P70.1= dementia senilis N99.5= preseniele dementie Alzheimer	1270=seniele dementie	P70= dementie (incl alzheimer)	dementie (incl seniele en		P70= dementie (incl. seniele en al- heimer)
Schizofrenie						
	P71.0 (alle vormen)	1250	P72 (alle typen)	P72 (alle typen)		P72 (alle typen)
prevalentie mannen	--	0,54	1,0	0,9		2,45
prevalentie vrouwen	--	1,04	1,2	1,0		1,21
incidentie mannen	0,42	0,07	0,1	0,1		0,17
incidentie vrouwen	0,44	0,04	0,2	0,2		0,10

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Depressie						
depressieve stoornis (mild tot ernstig)	P72.1= endogene, unipo- laire depressie	1260= depressie, endogeen/vitaal				--
prevalentie mannen	--	3,01				--
prevalentie vrouwen	--	4,04				--
incidentie mannen	0,28	0,62				--
incidentie vrouwen	0,53	1,08				--
dysthymie (neurotische depressie)	P76.0= exogene, neuroti- sche depressie	1342= neurotische depressie				
prevalentie mannen	--	0,78				
prevalentie vrouwen	--	1,76				
incidentie mannen	5,24	0,37				
incidentie vrouwen	13,66	0,80				
depressieve stoornis en dysthymie	P72.1+P76.0	1260 + 1342	P76= depressie		P76= depressieve neurose	
prevalentie mannen	--	3,79	8,9	7,5		6,99
prevalentie vrouwen	--	5,80	18,7	15,7		15,67
incidentie mannen	5,52	0,99	4,4	3,6		0,91
incidentie vrouwen	14,19	1,88	9,2	7,5		1,32
depressief gevoel	P03.0	--	P03		P03	
prevalentie mannen	--	--		3,4		(4,1)
prevalentie vrouwen	--	--		8,3		(4,1)
incidentie mannen	1,10	--		2,4		
incidentie vrouwen	1,93	--		6,0		

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand	4-jaars- bestand	zekere diagn.	
Ziekte van Parkinson (parkinsonisme)	N87.0=parkinsonisme	1570= ziekte van parkin- son	N87= parkinsonisme	N87= parkinsonisme	N87= parkinsonisme	
prevalentie mannen	--	2,28	2,4	1,4	3,6	1,62
prevalentie vrouwen	--	2,39	1,8	1,2	3,8	2,05
incidentie mannen	0,63	0,63	0,8	0,4	2,2	0,17
incidentie vrouwen	0,35	0,44	0,8	0,4	1,9	0,29
Gezichtsfoornissen						
maculadegeneratie			F84			F84
prevalentie mannen	--	--			0,6	1,47
prevalentie vrouwen	--	--			1,3	3,03
incidentie mannen	--	--			0,2	0,21
incidentie vrouwen	--	--			0,7	0,25
retinopathie, incl. diabetische	F99.2 (incl. netvlieslos- lating en maculadegene- ratie)	--	F83			F83
prevalentie mannen	--	--			0,6	3,45
prevalentie vrouwen	--	--			0,3	4,79
incidentie mannen	0,47	--			0,4	0,37
incidentie vrouwen	0,73	--			0,3	0,29
glaucoom	F93.0	1800	F93			F93
prevalentie mannen	--	3,92	1,2	0,7		3,81
prevalentie vrouwen	--	2,91	1,6	1,1		4,59
incidentie mannen	0,56	0,53	0,5	0,3		0,21
incidentie vrouwen	0,89	0,47	0,6	0,3		0,34

ziekte/laandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
<hr/>						
cataract	F92.0	1790	F92			F92
prevalentie mannen	--	7.63	2.5	1.4		7.23
prevalentie vrouwen	--	16.57	4.8	3.0		16.25
incidentie mannen	0.45	2.01	1.2	0.6		1.78
incidentie vrouwen	1.05	3.76	2.0	1.1		3.13
<hr/>						
Gehoorstoorissen						
presbycusis (veroude- ring)	H84.1	--	H84			H84
prevalentie mannen	--	--			6.5	10.43
prevalentie vrouwen	--	--			8.7	11.33
incidentie mannen	1.47	--			4.7	0.74
incidentie vrouwen	1.59	--			5.9	0.91
<hr/>						
lawaaidoofheid	H84.2	--	H85			H85
prevalentie mannen	--	--			0.2	5.46
prevalentie vrouwen	--	--			0.2	0.26
incidentie mannen	0.57	--			0.2	0.30
incidentie vrouwen	0.10	--			0.2	0.00
<hr/>						
doofheid of hardhorendheid	H84.9 (niet classificeerbaar)	1890 (doofheid)	H86 (doofheid, niet geclassificeerd)	H86 (niet elders ficeerd)		
prevalentie mannen	--	31.41	5.3	3.9		22.36
prevalentie vrouwen	--	32.21	6.7	4.9		18.07
incidentie mannen	1.42	3.21	3.4	2.4		1.19
incidentie vrouwen	0.99	3.25	3.7	2.6		1.03
<hr/>						

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
			H84 + H85 + H86			H84 + H85 + H86
doofheid of hardhorend- heid incl. presbycusis en lawaaidoofheid	H84.1 + H84.2 + H84.9	1890				
prevalentie mannen	--	31,41			13,5	38,25
prevalentie vrouwen	--	32,21			14,4	29,66
incidentie mannen	3,46	3,21			9,6	2,23
incidentie vrouwen	2,68	3,25			8,9	1,94
Coronaire hartziekten						
acuut hartinfarct	K75.1	2110	K75			K75
prevalentie mannen	--	24,44	5,7	4,2	6,8	10,79
prevalentie vrouwen	--	9,90	2,3	1,4	3,7	4,92
incidentie mannen	2,02	3,27	4,5	3,1	5,9	2,59
incidentie vrouwen	1,50	2,56	2,1	1,2	2,9	1,27
			Trans 11.p.v. referentiebestand			
angina pectoris	K76.1	2120	K74			K74
prevalentie mannen	--	22,06			19,5	16,81
prevalentie vrouwen	--	19,49			16,6	15,40
incidentie mannen	4,69	2,77			12,0	2,32
incidentie vrouwen	4,97	2,53			10,8	2,19
	K76.1= angina pectoris					

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
(overige) ischemische hartziekten	K75.2 + K76.3 + K76.9	n.v.t.	K76		K76	
prevalentie mannen	--	--	15,8	13,2		(11,6)
prevalentie vrouwen	--	--	14,0	11,3		(11,6)
incidentie mannen	0,91	--	7,1	4,9		
incidentie vrouwen	1,12	--	6,1	3,8		
	K75.2= dreigend infarct K76.3= coronair sclerose K76.9= chron. ischem. hart- ziekten NEC (K76.2= oud infarct)		K76= chr.isch.hartziekte (incl. AMI en AP)		K76= ischemische hartziekten, andere en chronische	
decompensatie cordis	K77.0	2131	K77= heart failure			K77
prevalentie mannen	--	(10,8)	6,3	5,5	2,1	(4,3)
prevalentie vrouwen	--	(12,3)	9,6	8,3	4,6	(4,3)
incidentie mannen	2,51	(2,9)	3,3	2,8		
incidentie vrouwen	4,10	(2,9)	5,0	4,1		
Cerebrovasculaire aand.						
TIA	K89.0	1551	K89			K89
prevalentie mannen	--	3,40	3,5	2,0	7,3	5,20
prevalentie vrouwen	--	5,45	4,4	2,0	7,5	5,22
incidentie mannen	2,40	0,96	1,8	1,6	6,8	0,92
incidentie vrouwen	2,53	1,86	2,4	1,3	6,8	0,63

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
CVA	K90.1 + K90.2 + K90.9	1559	K90		K90	
prevalentie mannen	--	9.84	5.2	3.2	7.5	6.76
prevalentie vrouwen	--	9.93	5.9	3.8	9.4	6.43
incidentie mannen	1.97	2.16	2.6	1.6	5.8	1.89
incidentie vrouwen	3.67	2.03	3.2	1.9	6.9	1.54
	K90.1= CVA K90.2= subarachn. bloeding K90.9= cer. vasc. ziekte, NEC					
CARA						
astma	R96.0= astma/astmatische bronchitis	0860= astma/astmatische bronchitis	R96= astma		R96= astma	
prevalentie mannen	--	14.13	14.2	12.9	34.6	47.80
prevalentie vrouwen	--	14.11	15.0	13.6	38.9	36.70
incidentie mannen	7.48	2.34	6.1	4.9	23.1	2.79
incidentie vrouwen	7.04	2.71	6.6	5.3	26.1	2.23
chronische bronchitis/emfyseem	R91.1 + R91.2 + R95.0	2480 + 2540	R91 + R95		R91 + R95	
prevalentie mannen	--	30.70	13.1	12.2	25.1	32.17
prevalentie vrouwen	--	14.30	7.4	6.7	15.5	18.10
incidentie mannen	6.24	3.12	3.0	2.5	7.6	1.33
incidentie vrouwen	3.45	1.92	2.4	2.0	7.9	0.75
	R91.1= chron. bronchitis, bronchiectasieën R91.2= CARA, niet elders classificeerbaar R95.0= emfyseem/chron. obstructerende longgaand	2480=chronische bronchitis incl. emfyseem 2540=bronchiectasieën (2472=bronchitis; obstructieve)	R91= chron. bronchitis, bronchiectasieën R95= emfyseem + chron. obstruct. respiratoire aandoening		R91= chron. bronchitis, bronchiectasieën R95= emfyseem + chron. obstruct. respiratoire aandoening	

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Verkoudheid, acute sinusitis en acute tonsillitis						
verkoudheid	R74.0= infecties bovenste lucht- wegen	2400= verkoudheid zonder koorts	R74=	acute infectie boven- ste luchtwegen	n.v.t.	
incidentie mannen	127,08	136,42	80,0			
incidentie vrouwen	141,55	180,32	100,8			
verkoudheid + influenza (-achtig ziektebeeld)	R74.0 + R80.0	2400 + 2410	R74 +R80 + A77		n.v.t.	
incidentie mannen	151,44	191,89	116,0			
incidentie vrouwen	166,91	239,61	139,2			
acute sinusitis	R75.0= sinusitis	2430= acute sinusitis (2500= chronische sinusitis)	R75=	acute en chronische sinusitis	n.v.t.	
incidentie mannen	29,81	17,79 (alleen acute)	23,6			
incidentie vrouwen	39,41	25,36 (alleen acute)	35,7			
acute tonsillitis	R76.0= acute tonsillitis, incl. acute ade- noiditis	2420= tonsillitis	R76= acute tonsillitis		n.v.t.	
incidentie mannen	23,88	16,33	14,1			
incidentie vrouwen	25,53 (R90.0= chronische tonsillitis, incl. adenoiditis)	22,87	18,0			

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Longontsteking en acute bronchi(oli)tis						
acute bronchi(oli)tis	R78.0	2471= acute bronchitis	R78			n.v.t.
incidentie mannen	47,96	19,86	44,3			
incidentie vrouwen	43,59	25,32	42,1			
pneumonie						
	R81.0	2460	R81			n.v.t.
incidentie mannen	9,97	7,16	4,7			
incidentie vrouwen	8,15	6,49	4,6			
acute infecties van de onderste luchtwegen						
	R78.0 + R81.0	2471 + 2460	R78 + R81			n.v.t.
incidentie mannen	57,93	17,02	53,4			
incidentie vrouwen	52,74	31,81	51,4			
Acute luchtweginfecties						
	R74.0 + R75.0 + R76.0 + R78.0 + R81.0 + R80.0	2400 + 2410 + 2430 + 2420 + 2471 + 2460	A77 + R74 + R75 + R76 + R78 + R81 + R80			n.v.t.
incidentie mannen	263,06	254,10	202,7			
incidentie vrouwen	259,23	319,65	239,6			
Zweren van maag en twaalfvingerige darm						
ulcus pepticum	D85.0+D86.1 + D86.9	2770 + 2780 + 2790	D85 + D86			D85 + D86
prevalentie mannen	--	6,54	4,7	3,3	3,5 ?	12,42
prevalentie vrouwen	--	3,97	3,7	2,5	3,2 ?	5,90
incidentie mannen	4,95	2,78	2,5	1,4		0,83
incidentie vrouwen	2,98	1,41	2,0	1,0		0,61

ziekte/laandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995				RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand		
			alle diagn.	zekere diagn.	alle diagn.	zekere diagn.	
ulcus ventriculi	D86.1	2770	D86= andere pept. ulcera				D86= andere peptische ulcera
prevalentie mannen	--	1,09	1,6	1,1			3,84
prevalentie vrouwen	--	0,84	1,2	0,8			2,50
incidentie mannen	1,01	0,59	0,9	0,6			0,24
incidentie vrouwen	0,59	0,33	0,8	0,3			0,26
ulcus duodeni	D85.0	2780	D85				D85
prevalentie mannen	--	5,42	3,1	2,2			8,58
prevalentie vrouwen	--	3,13	2,5	1,7			3,40
incidentie mannen	3,52	2,16	1,6	0,8			0,59
incidentie vrouwen	1,89	1,08	1,2	0,7			0,35
Acute urineweginfecties							
pyelonefritis, pyelitis	U70.0	3110	U70				n.v.t.
incidentie mannen	0,43	0,44	1,0	0,8			
incidentie vrouwen	2,10	2,36	2,6	2,4			
cystitis + niet gespecificeerde urineweginfectie (excl. in zwangerschap/kraambed)	U71.0	3130	U71				n.v.t.
incidentie mannen	11,80	8,53	7,7	7,2			
incidentie vrouwen	69,30	67,09	30,5	27,6			
urethritis	U72.0	3159	U72				n.v.t.
incidentie mannen	2,08	0,88	2,0	1,3			
incidentie vrouwen	0,61	0,03	0,5	0,2			
	U72.0= niet gespecif. niet venenrische urethritis	3159= urethritis non venenisch (3151= urethritis; aspec. venenrisch) (3152= trichomonas man) (3140= urineweginf. chronisch)	U72= urethritis neg nao				

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Constitutioneel eczeem (atopische dermatitis)						
	S87.0	3790	S87		S87	
prevalentie mannen	--	20,62	9,2	7,7	19,4	23,19
prevalentie vrouwen	--	29,85	10,9	9,0	19,4	26,00
incidentie mannen	3,93	6,59	6,2	5,0	15,2	1,42
incidentie vrouwen	5,20	7,96	7,6	5,9	15,6	1,74
Contact-allergisch eczeem						
	S88.1	3801	n.v.t.		n.v.t.	
prevalentie mannen	--	3,31				
prevalentie vrouwen	--	9,01				
incidentie mannen	3,08	2,91				
incidentie vrouwen	6,93	6,63				
	S88.1= contact eczeem	3819=contact eczeem				
Irritatie eczeem						
	S88.2	3819 (voorlopige cijfers)	n.v.t.		n.v.t.	
prevalentie mannen	--	47,2				
prevalentie vrouwen	--	74,8				
incidentie mannen	25,97	44,0				
incidentie vrouwen	33,17	70,0				
	S88.2= andere vormen van eczeem (excl. constitutioneel, contact-, seborrhoïsch, luiereczeem)	3819=overige dermatitis (incl. intertrigo en zonne-dermatitis)				

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand	4-jaars- bestand		
				alle diagn.	zekere diagn.	
Contact-eczeem (contact- allergisch eczeem + irritatie eczeem)	S88.1 + S88.2	3801 + 3819 (voorlopige cijfers)	S88			S88
prevalentie mannen	--	50.5		21.7		14.43
prevalentie vrouwen	--	83.8		32.0		25.17
incidentie mannen	29.97	46.9		16.2		1.17
incidentie vrouwen	40.10	76.7		24.5		1.81
			S88= contacteczeem en andere vormen van eczeem, excl. luier eczeem en seborrhoïsche			S88= contacteczeem en andere vormen van eczeem, excl. luier eczeem en seborrhoïsche
Reumatoïde artritis	L88.1 + L88.2	4050	L88			L88
prevalentie mannen	--	3.60	2.70	1.8	6.0	6.31
prevalentie vrouwen	--	7.40	6.7	4.4	14.2	10.35
incidentie mannen	1.58	0.38	1.2	0.6	3.4	0.73
incidentie vrouwen	3.43	0.41	2.6	1.4	9.0	0.89
	L88.1= RA L88.2= spondyl. ankylop.	4050=RA + spondyl. ankylop.	L88= RA + verwante aandoenin- gen			L88= RA + verwante aandoeningen
Perifere artrose						
heup	L89.1	4061	L89			L89
prevalentie mannen	--	7.3			8.3	7.08
prevalentie vrouwen	--	18.3			20.1	12.38
incidentie mannen	1.87	1.2			5.8	0.41
incidentie vrouwen	3.57	2.3			11.6	1.08
knie	L89.2	4062	L90			L90
prevalentie mannen	--	9.3			7.1	10.50
prevalentie vrouwen	--	31.4			23.9	22.34
incidentie mannen	2.48	1.9			5.8	0.36
incidentie vrouwen	6.47	3.3			11.6	1.18

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand	4-jaars- bestand	zekere diagn.	
overig	L89.9	4069	L91	L91	L91	L91
prevalentie mannen	--	3,9		4,9	7,37	
prevalentie vrouwen	--	11,8		18,0	13,42	
incidentie mannen	2,40	1,3		3,6	0,53	
incidentie vrouwen	6,25	4,4		14,2	0,91	
			L89= artrose en aanverwante andoe- ningen L91= andere artrose/verwante andoe- ningen			
perifere artrose totaal	L89.1 + L89.2 + L89.9	4061 + 4062 + 4069	L89 + L90 + L91	L89 + L90 + L91	L89 + L90 + L91	
prevalentie mannen	--	20,5	34,8	7,9	24,95	
prevalentie vrouwen	--	61,5	89,7	25,5	48,14	
incidentie mannen	6,75	4,4	6,8	4,6	1,30	
incidentie vrouwen	16,29	9,9	16,3	12,2	3,17	
Tuberculose						
resp. gegeneraliseerd en lucht- wegen	A70.0 + R70.0	0020 + 0010	A70 + R70	A70 + R70	A70 + R70	
prevalentie mannen	--	0,04	0,6	0,5	(1,8)	
prevalentie vrouwen	--	0,23	0,5	0,5	(1,8)	
incidentie mannen	0,09	0,04	0,4	0,3		
incidentie vrouwen	0,12	0,20	0,4	0,4		

ziekte/aandoening	Nat. Studie, Nivel 1987-1988	CMR-Nijmegen 1987-1991	Transitie 1985-1995			RNH-Limburg 1994
			referentiebestand		4-jaars- bestand zekere diagn.	
			alle diagn.	zekere diagn.		
Dorsopathiën						
prevalentie mannen	--	alles opgeteld	alles opgeteld		alles opgeteld	
prevalentie vrouwen	--	90.5	75.7	67.1	(100.6)	
incidentie mannen	60.5	91.7	101.4	88.2	(100.6)	
incidentie vrouwen	57.4	73.6	61.3	53.9		
	L01.0= nek sympt./klachten, excl. hoofdpijn L02.0= rug symptomen/klachten L03.0= lage rugklachten zonder uitstraling L83.0= afwijkingen cervicale wervelkolom L84.1= artrosis deformans cervicale wervelkolom L84.2= artrosis deformans thoracale, lumbale, sacrale wervelkolom L86.1= rugpijn met uitstraling L86.2= lumbago L86.3= ischialgia L86.4= H.N.P./discus afwijkingen	4063=artrosis lumbale wervelk. 4064=artrosis cervicale wervelk. 4070=acute lumbago 4083=lumbago zonder uitstraling 4085=lumbago met uitstraling 4120=H.N.P. 1680=ischialgie	L01= nek sympt./klachten, excl. hoofdpijn L02= rug symptomen/klachten L03= lage rugklachten zonder uitstraling L83= syndroom cervicale wervelkolom L84= artrose/spondylose wervelkolom L86= lage rugpijn met uitstraling/HNP		L01= nek sympt./klachten, excl. hoofdpijn L02= rug symptomen/klachten L03= lage rugklachten zonder uitstraling L83= syndroom cervicale wervelkolom L84= artrose/spondylose wervelkolom L86= discus generatie met uitstraling, excl. cervicaal	
hernia nucleï pulposi en/of lage rugpijn met uitstraling	L86.1 + L86.4 + L86.3	4085+4120+1680	L86		L86	
prevalentie mannen	--	9.23+2.99+2.39= 14.61		8.2	(23.4)	
prevalentie vrouwen	--	9.21+1.64+3.30= 14.15		8.5	(23.4)	
incidentie mannen	2.24+6.00+4.06= 12.30	9.10+1.43+2.22= 12.75		5.1		
incidentie vrouwen	1.55+3.40+4.51= 9.46	9.00+1.00+3.30= 13.30		5.4		

4.2 *Inhoudelijke vergelijking van de registraties per ziekte*

In dit hoofdstuk wordt een inhoudelijke vergelijking van de registraties per ziekte gemaakt. Deze vergelijking is gebaseerd op de algemene beschrijving (hoofdstuk 3), de tabellarische vergelijking (hoofdstuk 4.1) en gesprekken en correspondentie met de vertegenwoordigers van de registraties. De vragen die in dit onderdeel centraal stonden, waren: wat is wel en wat is niet meegenomen, wat waren de criteria, wat waren de codeerregels en wat waren zogenaamde 'vluchtcodes'? Per ziekte is steeds een korte beschrijving van de kenmerken van de ziekte gegeven, met de nadruk op voor de huisarts en het registreren belangrijke aspecten. Vervolgens is per registratie aangegeven in welke gevallen de ziekte wel in en in welke gevallen de ziekte niet geregistreerd wordt. Elke paragraaf wordt afgesloten met een conclusie waarin aangegeven wordt 1) in hoeverre de registraties voor de desbetreffende ziekte vergelijkbaar zijn, en 2) of de empirisch gevonden cijfers verschillen en wat daarvoor de mogelijke verklaringen zijn. De eerste conclusie staat onder 'conclusie algemene gegevens', de tweede onder 'conclusie cijfers'.

Diabetes mellitus:

Diabetes mellitus lijkt een vrij duidelijke chronische ziekte die zelden herstel kent. Men stelt de diagnose volgens de WHO-criteria en deze zijn na 1980 nauwelijks nog gewijzigd. De prevalentie- en incidentiecijfers uit de verschillende registraties (onafhankelijk van het feit of ICPC- of E-codes gebruikt worden en of al dan niet op probleemlijsten geregistreerd wordt) zullen naar verwachting daarom goed vergelijkbaar zijn. Toch blijkt uit een aantal recente huisartsenstudies dat van de bekende diabetespatiënten bij nameting een deel geen diabetes heeft.

NS: De incidentie in de NS is te hoog. De oorzaak is dat de huisartsen in de NS gebruik konden maken van een werkhypothese en de tijd van drie maanden tekort was om alle werkhypothesen om te zetten in definitieve diagnoses. Een (klein?) gedeelte van de werkhypothesen met de tijdelijke diagnose diabetes zou dus bij langere registratie niet de definitieve diagnose diabetes hebben gekregen maar een andere diagnose. Dit probleem in de NS geldt voor alle chronische ziekten.

CMR: Hoewel alle bekende diabetespatiënten retrospectief zijn beoordeeld met toepassing van de WHO-criteria van 1985 (Van Weel, 1995), heeft dat verder geen consequenties gehad voor de CMR-registratie. Diabetespatiënten die geen diabetes bleken te hebben, zijn *niet* uit het bestand verwijderd. Trend-analyses zijn dan ook mogelijk.

In de CMR worden ook IDDM-patiënten die bij de specialist onder behandeling zijn, geregistreerd. IDDM wordt gedefinieerd als insulinegebruik binnen 6 maanden na het stellen van de diagnose (conform de WHO-criteria) met voortgezet insulinegebruik tenminste tot en met de twaalfde maand na diagnose. Alle overige diabetesen zijn NIDDM-patiënten, inclusief zij die na diagnosestelling kortdurend insuline gebruikten en zij die jaren na diagnosestelling insuline gaan gebruiken. Eventuele misclassificatie bij het stellen van de diagnose zal uiterlijk na een jaar worden gecorrigeerd.

Diabetes wordt in principe doorgecodeerd.

Trans: De cijfers zijn waarschijnlijk wel te vertrouwen, zelfs van IDDM-patiënten van jonge en middelbare leeftijd die weinig andere problemen hebben dan hun diabetes. Hoewel zij bij de kinderarts of internist lopen, krijgen zij hun insulinerecept van de registrerende huisartsen en de huisartsen ontvangen regelmatig bericht van de specialist.

RNH: Als het goed is zullen vrijwel alle diabetespatiënten als actief probleem geregistreerd staan. Inactieve problemen betreffen mogelijk personen die eenmalig een verhoogde glucosewaarde hadden en die bij follow-up niet aan de WHO-criteria bleken te voldoen. Deze zouden bij het gebruik van prevalentie- en incidentiecijfers dan ook niet meegenomen moeten worden. We kunnen daarom het beste de actieve patiënten nemen.

Conclusie algemene gegevens: voor zowel incidentie als prevalentie kunnen de CMR, Trans en het RNH gebruikt worden. Eventueel zouden de incidentiecijfers uit de NS gebruikt kunnen worden. Daarbij moet dan wel de opmerking toegevoegd worden dat deze mogelijk wat te hoog zijn vanwege de korte registratieduur. In alle vier de bronnen betreft het patiënten die voldoen aan de criteria van de WHO. Ondanks verschillen in registratiemethode, zullen in de CMR, Trans en het RNH nagenoeg alle prevalentie IDDM-patiënten geregistreerd zijn.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie van het RNH ligt aan de hoge kant, van Trans aan de lage kant. Het verschil is bij mannen nogal groot (RNH twee keer zo hoog als Trans). De incidentiecijfers van vooral de CMR, Trans en RNH liggen vrij dicht bij elkaar.

Dementie:

Dit is een chronische ziekte die langzaam voortschrijdt. De eerste symptomen zijn verlies van het kortetermijn geheugen en inprentingsstoornissen en soms karakterveranderingen. Volgens de DSM-III en -IV criteria mag pas van dementie worden gesproken als de achteruitgang van geheugen en intellectuele vermogens zo ernstig is dat het sociaal functioneren wordt beïnvloed en beroepsmatige activiteiten niet meer naar behoren kunnen worden uitgevoerd. Veel onderzoek is erop gericht verschijnselen en signalen te vinden in het stadium dat het sociaal functioneren nog grotendeels intact is, die wijzen op een ontwikkeling naar dementie. Goede testen voor de vroege diagnostiek zijn echter niet gevonden. Nadat de diagnose dementie gesteld is, kan vaak aangegeven worden dat er in de periode voordat de diagnose werd gesteld, al symptomen aanwezig waren.

Ondanks de criteria (zie DSM of NHG-standaard) is het vaak lastig de diagnose in een vroeg stadium te stellen. Het is van belang bekende oorzaken van de stoornis uit te sluiten. Soms vormt het dementeringsproces namelijk een uiting van een lichamelijke aandoening of van andere onderliggende oorzaken (bijv. sociaal isolement). Dementie wordt ook nogal eens verward met bijv. depressie op oudere leeftijd. Enig goedaardig geheugenverlies waarbij het dagelijks functioneren niet is gestoord, is bovendien een normaal verschijnsel van de veroudering.

Ook van de dementieën die in principe aan de criteria zouden voldoen, bestaat er waarschijnlijk in het vroege stadium een onderregistratie omdat de omgeving van de patiënt de verschijnselen niet altijd onderkent, of denkt dat er toch niets aan te doen is, zodat de aandoening niet of pas laat onder de ogen van de huisarts komt. Dit geldt nog sterker voor ouderen die zelfstandig wonen. In een later stadium, als de dementieën ernstiger zijn, worden ze waarschijnlijk wel altijd gediagnostiseerd.

Huisartsen betrekken in hun diagnose meestal het beloop van het klinisch beeld. Pas bij een verslechtering zijn zij geneigd de diagnose dementie te stellen. Dit fenomeen leidt er toe dat het vóórkomen zoals gemeten in de huisartsenpraktijk lager lijkt te zijn dan zoals gemeten in bevolkingsonderzoek.

Patiënten met dementie die worden opgenomen in een verpleeghuis, worden uitgeschreven bij de huisartspraktijk omdat de huisarts niet meer de arts van deze mensen is, maar de verpleeghuisarts. De prevalentie van dementie zal dus in huisartsenregistraties onderschat worden. Dit geldt overigens voor meerdere chronische ziekten waarbij de ziekte de patiënt sterk hulpbehoevend maakt.

Omdat de diagnose lastig te stellen is (zie hierboven) wordt verwacht dat er een grote interdoktervariatie is in het diagnostiseren van dementie. Verschillen tussen registraties zijn dus ook te verwachten.

NS: Mogelijk heeft een gedeelte van de patiënten, net als bij diabetes mellitus, alleen een werkhypothese dementie gekregen en zou deze bij langere registratie omgezet zijn in een andere diagnose. Daardoor zou de hier gepresenteerde incidentie mogelijk te hoog kunnen zijn. Aan de andere kant zijn de registrerende huisartsen terughoudend geweest met het toekennen van de diagnose dementie. De incidentie zal daarom waarschijnlijk niet te hoog zijn.

CMR: Indien er inderdaad sprake is van dementie, zal het vrijwel altijd doorgecodeerd worden, omdat de patiënt wellicht het jaar volgend op het jaar dat de diagnose is gesteld, of eventueel twee of drie jaar later weer contact heeft met de huisarts.

Dementie wordt pas geregistreerd als het aan de criteria voldoet. Symptomen zoals vergeetachtigheid worden niet geregistreerd.

Trans: Een 1-jarig tijdvenster (op basis van het referentiebestand) lijkt te voldoen omdat ouderen vaak meerdere aandoeningen hebben en dus waarschijnlijk minimaal één keer per jaar contact hebben met de huisarts. Ook de partner van de thuiswonende demente oudere wordt regelmatig gezien. Bovendien blijkt uit het vierjaarsbestand dat bij de helft van de personen met dementie de zorgepisode in die vier jaar korter is geweest dan zes maanden. Het verdient daarom de voorkeur een betrouwbaarder cijfer te nemen uit het referentiebestand dan een onbetrouwbaarder (want kleinere populatie) uit het vierjaarsbestand.

RNH: Dementie zal als actief probleem op de probleemlijst komen, omdat het een progressief verloop kent en de patiënt ervoor onder regelmatige controle staat van de huisarts. Alleen als in het begin van de ziekte-episode de diagnose dementie is gesteld, maar het later een symptoom van een ander ziektebeeld blijkt te zijn, zal de dementie van een actief probleem in een inactief probleem veranderd worden. Voor VTV zullen dus alleen de actieve gevallen meegenomen worden.

Indien er nog onvoldoende bewijs voor dementie bestaat, kan het zijn dat de huisarts bijv. vergeetachtigheid als probleem op de probleemlijst opneemt. Nadat er wel voldoende bewijs voor dementie is, zal vergeetachtigheid inactief worden en dementie actief. In de praktijk zal vergeetachtigheid echter zelden op de probleemlijst komen.

Conclusie algemene gegevens: omdat de diagnose dementie in alle registraties gesteld is conform de NHG-Standaard, voldoet deze daarmee ook aan de criteria van de DSM-III-R. De prevalenties van de CMR, Trans en het RNH en de incidenties van alle vier de registraties kunnen gebruikt worden. Onderregistratie van vroege stadia (lastig te diagnostiseren) komt waarschijnlijk in alle huisartsenregistraties voor. Huisartsen betrekken meestal het beloop van de ziekte in hun diagnose. Daarom zal het vóórkomen in deze huisartsenregistraties lager uitkomen dan in epidemiologisch bevolkingsonderzoeken. Aan de andere kant zullen depressies op oudere leeftijd of goedaardig geheugenverlies wel eens geregistreerd worden als dementie. Hoe vaak dat gebeurt, is niet bekend. Het voorkomen van dementie in verpleeghuizen zal nog eigenlijk bij dat in huisartsenpraktijken opgeteld moeten worden.

Conclusie cijfers (zie tabel): deze zijn redelijk vergelijkbaar, ondanks de verwachte verschillen. De incidentie in het RNH onder mannen is wat aan de lage kant.

Schizofrenie:

Schizofrenie is over het algemeen een sluipend beginnende, chronische stoornis die vaak levenslang aanwezig blijft en daarbij meestal levenslang zorg vereist. Het stellen van de diagnose is op de korte termijn niet gemakkelijk. Soms vormen klachten die moeilijk te plaatsen zijn de aanleiding voor het eerste contact met de huisarts, soms is het een acute crisissituatie. Als de patiënt, al dan niet na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis, relatief stabiel is, zal de huisarts in sommige gevallen de begeleiding verzorgen (voorschrijven van medicatie, steun bieden aan de familie, coördineren van de zorg). Toch zal waarschijnlijk een aanzienlijk deel van de schizofrene patiënten vrijwel nooit contact hebben met de huisarts, omdat ze langdurig zijn opgenomen, omdat ze na een opname onder begeleiding blijven van de polikliniek of van het RIAGG, omdat ze symptoomvrij zijn of omdat ze zich onttrekken van behandeling. Dergelijke patiënten worden alleen maar geregistreerd als ze vóór hun opname stonden ingeschreven in de praktijk van de registrerende huisarts en indien de huisarts specialistenbrieven accuraat verwerkt.

Vooraf de oudere gehospitaliseerde schizofrenen zijn een groep apart. Zij hebben soms de psychiater als huisarts, soms een aan het psychiatrisch ziekenhuis verbonden huisarts. Af en toe gaan zij nog 'naar huis' en krijgen dan soms ad hoc zorg van een huisarts.

De huisarts zal vrijwel nooit onderscheid kunnen maken tussen schizofrenie en niet-organische psychosen.

Bij het beschrijven van trends moet ermee rekening worden gehouden dat in de loop van zeven jaar de diagnosecriteria in de psychiatrie twee maal gewijzigd zijn: van DSM-III naar DSM-III-R tot DSM-IV. Patiënten die vóór 1980 op basis van de DSM-II zijn gediagnostiseerd, zullen de diagnose schizofrenie na 1980 soms niet meer hebben gekregen.

Vanwege diagnostische problemen valt te overwegen om (ook) cijfers van organische psychose, affectieve psychose of overige psychose te presenteren. Eventuele verschillende registratieregels met betrekking tot deze stoornissen kunnen bij optelling van de diagnoses als het ware geneutraliseerd worden. In de CMR kan zo de invloed van verandering van classificatiesysteem zichtbaar worden gemaakt.

NS: De incidentie in de NS is een mix van zekere en onzekere diagnoses. Hoogst waarschijnlijk zijn de patiënten waarbij de diagnose onzeker is, nog niet gezien door de psychiater. Een overschatting is dus te verwachten. Het is te overwegen een selectie te maken van alleen zekere diagnoses.

Paranoïde stoornissen worden geregistreerd onder schizofrenie.

CMR: Registratie van schizofrenie vindt uitsluitend plaats nadat een psychiater de diagnose heeft gesteld. De CMR hanteert wel aparte codes voor schizofrenie en overige niet-organische psychosen, maar omdat de huisarts het onderscheid hiertussen niet scherp kan maken, zal deze uit zichzelf alleen de code overige niet-organische psychosen gebruiken. Het kan wel zijn dat onder deze diagnose gevallen van schizofrenie schuilgaan.

Schizofrenie wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is. Patiënten waarbij na verloop van tijd verbeteringen zijn opgetreden en waarbij nog maar weinig zorg nodig is, zullen dus op een gegeven moment niet meer doorgecodeerd worden.

Paranoïde stoornissen worden, indien het geen schizofrenie betreft, geregistreerd onder overige psychosen.

Trans: De huisartsen van het Transitieproject hebben de indruk dat zij hun schizofreniepatiënten allemaal wel kennen, omdat er zeer frequent wat aan de hand is. Vooral de non-compliance, maar ook de bijwerkingen van de depot-medicatie maakt dat er veel arts-patiënt contacten zijn.

RNH: Evenals in de CMR-Nijmegen, is in de RNH wordt schizofrenie alleen als probleem geregistreerd als de huisarts door de specialist van de diagnose op de hoogte is gesteld. Anders zal de huisarts het probleem waarschijnlijk registreren onder affectieve psychose (P73). Schizofrenie vormt een chronisch probleem omdat het langer dan een half jaar zal blijven bestaan. In een aantal gevallen is het mogelijk dat na verloop van tijd min of meer herstel

optreedt en geen of nog maar weinig zorg nodig is. Dergelijke gevallen zullen 'inactief' worden. Patiënten die medicatie gebruiken i.v.m. schizofrenie, maar geen gestoord gedrag meer vertonen, blijven toch 'actief' gelabeld. Gevallen die in eerste instantie schizofrenie leken te zijn, maar waarvan de diagnose na enige tijd gewijzigd werd in een andere psychische stoornis (bijv. bipolaire stoornis) zullen 'inactief' worden. Zij staan dus te boek als inactief schizofrenie en actief bipolaire stoornis. Voor een goed beeld zouden de inactieve gevallen niet meegenomen moeten worden.

Onder mannen wordt in het RNH een hoge prevalentie van schizofrenie gezien. Onder P72 vallen zowel schizofrenie als paranoia (geïsoleerde waan). Wellicht is deze oude benaming als karakterbeeld vaak actief gehouden, zonder dat sprake is van schizofrenie.

Psychoses kunnen ofwel onder affectieve psychoses (P73) geregistreerd worden, ofwel onder organische psychoses (P71). Veelal zal ook aan de organische psychose een specialistische benoeming ten grondslag liggen. Bij P73 kan de huisarts zelf nagaan of aan de criteria voldaan is en aldus de psychose zelfstandig benoemen.

Conclusie algemene gegevens: de diagnose schizofrenie is lastig te stellen. Vooral het maken van een onderscheid tussen schizofrenie en overige niet-organische psychosen/affectieve psychosen is voor huisartsen erg lastig. Daarom dient de diagnose schizofrenie door de psychiater vastgesteld te zijn en teruggerapporteerd naar de huisarts. Patiënten die langdurig zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, kunnen vaak niet geregistreerd worden door de huisarts.

Alleen die registraties zijn te vertrouwen die een voldoende grote populatie omvatten, voldoende lang registreren, waarbij de huisartsen het beloop van de stoornis in hun diagnose betrekken en waarbij de diagnostische informatie uit de tweede lijn gebruikt wordt. In theorie zou het referentiebestand van Trans daarom de beste inzichten moeten geven. Mogelijk is het RNH inmiddels ook wel te vertrouwen.

De paranoïde stoornis wordt in de NS, Trans en RNH ook geregistreerd onder schizofrenie, in de CMR onder een andere diagnose. In de NS is bij een deel van de patiënten de diagnose mogelijk nog niet bevestigd door een psychiater. Daarom is de NS eigenlijk alleen te gebruiken als een selectie van de zekere gevallen gemaakt wordt. Mogelijk leidt dat weer tot een onderschatting omdat onder de niet-zekere gevallen ongetwijfeld schizofreniepatiënten zitten die nog niet gezien zijn door een psychiater.

Vanwege diagnostische problemen valt te overwegen om (ook) cijfers van organische psychose, affectieve psychose of overige psychose te presenteren. Eventuele verschillende registratieregels met betrekking tot deze stoornissen kunnen bij optelling van de diagnoses als het ware geneutraliseerd worden. In de CMR kan zo de invloed van veranderingen van classificatiesystemen in de loop der tijd mogelijk zichtbaar worden gemaakt (van DSM-II naar DSM-IV).

Conclusie cijfers (zie tabel): opvallend is de hoge prevalentie onder mannen in het RNH (mogelijk door het actief houden van het karakterbeeld paranoia) en de hoge incidentie in de NS (mogelijk omdat een deel van de werkhypothesen nog niet omgezet is in een definitieve diagnose; een deel van de patiënten met de tijdelijke diagnose schizofrenie zou bij langere registratie een andere definitieve diagnose hebben gekregen).

Depressie

VTV-1993 ging (conform de DSM-III-R) uit van 1. depressie in engere zin en 2. dysthyme stoornis of neurotische depressie. De aanpassingsstoornis met depressieve stemming (psychogene depressie) vormt geen VTV-ziekte. Ook de depressie in het kader van een bipolaire stoornis wordt in VTV niet behandeld.

Een *depressie i.e.z.* (in de ICD-9 wordt gesproken van een ernstige depressieve stoornis) is een ernstige depressieve stoornis die episodisch van aard is en kan samengaan met psychotische of vitale symptomen. Vitale symptomen zijn o.a. interesseverlies, ontbreken van vreugde, dagschommelingen, vroegtijdig ontwaken, obstipatie, het verdwijnen van kleur uit de wereld, verminderde eetlust e.d. Er wordt een onderscheid gemaakt in een enkele depressieve episode en een stoornis met herhaalde depressieve episoden. Verouderde begrippen hiervoor zijn vitale depressie en endogene depressie.

Een *dysthymie* is chronisch van aard (minimaal twee jaar tot vele tientallen jaren) maar uit zich minder extreem. De depressieve symptomen kunnen wisselen van ernst; soms zijn deze zelfs een paar maanden afwezig. De depressie voldoet niet aan de criteria waar een ernstige depressieve stoornis aan moet voldoen. Als een depressie i.e.z. veel recidieven kent, wordt het beloop chronisch en zal het soms een dysthyme stoornis genoemd worden. Dit is alleen terecht als de klachten minder ernstig worden.

Een *aanpassingsstoornis met depressieve stemming* is tijdelijk van aard. De depressieve symptomen zijn een abnormale reactie op een aanwijsbare stressfactor (ziekte, sterfte van een geliefde). In de ICD-9 wordt een onderscheid gemaakt in een kortdurende en langdurige depressieve reactie. Als de klachten ernstig zijn, dient een depressie na een psychotraumatische belevenis geassocieerd te worden als een depressie in engere zin.

De *reactieve depressie* is een depressie na een psychotraumatische belevenis. De depressie is als het ware 'invoelbaar'. De term reactieve depressie zegt alleen iets over het moment van ontstaan, niets over de ernst van de symptomen. Het kan dus zowel een depressie in engere zin, een dysthymie als een aanpassingsstoornis met depressieve stemming zijn. Deze term wordt noch in de DSM-III-R, noch in de ICD-9 gebruikt.

In de huisartspraktijk komen criteria om over depressie te spreken uit de ICHPPC-2-defined en sinds enige tijd (oktober 1994) uit de NHG-Standaard Depressie. De NHG-Standaard is gebaseerd op de ICHPPC-2-defined en de DSM-III-R. Volgens de Standaard is sprake van depressie als gedurende tenminste twee weken bijna dagelijks drie of meer van de volgende symptomen optreden, waarbij ten minste één van de eerste twee symptomen vereist is:

- sombere stemming
- verlies van interesse of plezier
- besluiteloosheid of concentratieproblemen
- gevoelens van waardeloosheid of schuld
- gedachten aan de dood of aan suïcide
- agitatie of remming
- vermoeidheid of energieverlies
- slapeloosheid of overmatig slapen
- verandering van eetlust of gewicht

Een *milde* depressie is een depressie met drie of vier van de bovenstaande symptomen, een *ernstige* depressie is een depressie met vijf of meer van de bovengenoemde symptomen. Behalve door het aantal symptomen wordt de ernst *mede* bepaald door de duur en intensiteit van de symptomen en de gevolgen voor het dagelijkse leven en sociale functioneren. Of een depressie met vijf van de bovenstaande symptomen maar met een korte duur en milde intensiteit een ernstige depressie moet worden genoemd en of een depressie met drie van de symptomen maar met lange duur en hoge intensiteit een milde depressie moet worden genoemd, wordt aan het persoonlijke inzicht van de huisarts overgelaten. Het onderscheid is arbitrair, zoals de Standaard zelf al aangeeft. Begrippen zoals vitale, endogene of reactieve depressie worden niet gehanteerd. De DSM-III-R en DSM-IV diagnose dysthymie (chronische vorm van depressie, waarbij ten minste twee jaar depressieve klachten zijn) wordt evenmin gebruikt. De criteria voor een milde depressie volgens de NHG-Standaard corresponderen met de criteria voor een

depressie volgens de ICHPPC-2-defined criteria, aangevuld met het duurcriterium van ten minste twee weken. De ICHPPC-2-defined laat de duur van de klachten dus in het midden. De Standaard lijkt dus strenger te zijn dan de ICHPPC. De ernstige depressie volgens de ICHPPC komt overeen met de DSM-III-R diagnose 'depressie in engere zin'.

NS: Een ernstige depressie wordt geregistreerd onder P72.1. Indien niet aan de criteria voor depressie wordt voldaan, wordt het geregistreerd onder depressieve stemming (P03.0). Exogene, neurotische depressie ofwel milde depressie (P76.0) is meer gehanteerd als uitsluitingsdiagnose. Indien er noch sprake is van endogene, unipolaire depressie (P72.1), noch van een depressieve fase in een manisch-depressieve psychose (P72.2), noch van overspannenheid (P78.0), noch van een fobie (P99.1), dan wordt exogene neurotische depressie (P76.0) geregistreerd. Hierbij is wel voldaan aan de criteria van depressieve stoornis. De diagnose P03.0 wordt overigens weinig gesteld (incidentie bedraagt ca. 1,6 per 1.000 personen per jaar).

Er is lang niet altijd een psychiater betrokken bij het stellen van de diagnose depressie. Indien sprake is van een recidief wordt dit meegeteld in de berekening van de incidentie.

CMR: Hoewel de NHG-Standaard er vroeger niet was, vinden de CMR-artsen dat deze Standaard het voorheen gevoerde registratiebeleid (vrijwel) verwoord. De, volgens NHG-Standaard-terminologie, milde en ernstige depressie worden geregistreerd onder E-code 1260. Dysthymie wordt gecodeerd onder E-code 1342. E-code 1341 (reactieve depressie) is bedoeld voor crisissituaties, wat kortdurende reacties zijn. Ook de acute stress reactie valt onder E-code 1341. De langdurende depressieve reactie valt daar niet onder maar zou bijv. wel een echte depressie kunnen worden en dan eerder onder de neurotische depressie (E-code 1342) geregistreerd kunnen worden. De post traumatische stress reactie heeft in de CMR nog geen vaste plaats. De discussie daarover is nog niet gesloten. Overige abnormale aanpassingreacties, indien kort van duur, vallen onder E-code 1341 (reactieve depressie). De depressieve stoornis niet elders geclassificeerd kent de CMR niet. Depressieve klachten waarbij niet aan de criteria wordt voldaan, worden gecodeerd onder 'overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziektebeelden van psychische en psychiatrische aard', E-code 1500. De E-code 1359 (nervus-functionele stoornis) wordt gedefinieerd als somatische klachten die niet medisch worden verklaard na adequaat onderzoek en waarbij aanwijzingen zijn dat in de leefstijl en/of -gewoonten van de patiënt een verklaring gezocht moet worden. Vermenging van deze code met gevallen van depressie ligt niet voor de hand.

Endogene depressie wordt doorgecodeerd indien het klinisch relevant is. Neurotische depressie wordt niet doorgecodeerd.

In de periode 1987-1992 is bij de diagnostiek en/of behandeling van de nieuwe gevallen van depressie in engere zin (E-code 1260) in ongeveer 10% een psychiater en in 5% het RIAGG betrokken; voor de neurotische depressie (E-code 1342) liggen deze cijfers op resp. 18% en 4%. Kortom: in het merendeel van de nieuwe gevallen is alleen de huisarts diagnost en behandelaar.

Trans: De diagnose wordt gesteld aan de hand van de ICHPPC-2-defined. De diagnose wordt meestal door de huisarts gesteld en niet door een psychiater.

Een milde depressie volgens de NHG, wordt onder P76 geregistreerd. Ook een ernstige depressie volgens de NHG wordt onder diezelfde code geregistreerd. Hierbij worden de inclusiecriteria van de ICHPPC-II gebruikt, welke behoorlijk streng zijn. Depressies die niet aan die criteria voldoen ('borderline' of 'subthreshold') worden expliciet afgescheiden naar P03. Deze diagnose kan beschouwd worden als een depressieve stemming. P03 wordt dan ook als zodanig veel gebruikt. Over de groep patiënten die deze diagnose krijgt, bestaat nogal wat discussie. Door sommigen wordt verondersteld dat bij veel patiënten met P03 een echte depressie gemist is en dat deze dus onderbehandeld worden. Indien het beleid voor deze 'subthreshold-groep' in de komende jaren gewijzigd wordt, zal dat grote gevolgen hebben voor

de zorg voor psychische problemen en stoornissen in de toekomst. Verondersteld wordt dat in de beginperiode van het Transitieproject voor dezelfde depressieve stoornis vaker P03 werd geregistreerd en later vaker P76.

De dysthyme stoornis valt ook onder P76. Het is een depressie die lang bestaat en vaak pas na een langere registratieperiode als zodanig gecodeerd wordt.

De bipolaire stoornis wordt niet onder depressie, maar onder P73 (affectieve psychose) geregistreerd.

RNH: De diagnose 'depressie' vereist beide volgende criteria:

- Het afwezig zijn van een psychose
- Drie van de volgende items:
 1. Droefheid of zwaarmoedigheid buiten proportie gezien de psychosociale stress.
 2. Zelfmoordgedachte of -poging.
 3. Besluiteloosheid, verlies van interesse in gewone activiteit of traag denken.
 4. Gevoelens van waardeloosheid, zelfverwijt of onterechte of excessieve schuld.
 5. Vroeg wakker worden, ochtendmoeheid, grote slaapbehoefte.
 6. Angst, snel geïrriteerd zijn, agitatie.

Het is niet bekend in hoeverre een psychiater is betrokken bij het stellen van de diagnose.

Een psychotische depressie valt onder affectieve psychose (P73) en niet onder depressie (P76).

In de tabel is weergegeven hoe de verschillende begrippen in codes zijn om te zetten. Hoewel het ook waarschijnlijk is dat depressieve episoden onder categorieën als angstneuroses worden gecodeerd, zijn deze niet in de tabel opgenomen. Van belang zijn hier met name de eerste drie rijen.

Begrip (volgens ICD-9)	ICD-9	DSM-III-R	ICD-10	ICPC	ICPC-Nivel	E-code
ernstige depressieve stoornis (enkele episode)	296.2	296.2x	F32	P76	P72.1	1260
ernstige depressieve stoornis (herhaalde episode)	296.3	296.3x	F33	P76	P72.1	1260
neurotische depressie (dysthyme stoornis)	300.4	300.40	F34.1	P76 P03	P76.0 P03.0	1342
kortdurende depressieve reactie	309.0	309.00	F43.20	P02	P02.0	1341
langdurige depressieve reactie	309.1	309.00 of 300.40	F43.21	P02	P02.0	1342 1260
acute stress reactie	308	309.xx	F43.0	P02	P02.0	1341
post traumatische stress stoornis	--	309.89	F43.1	P02	P02.0	?
'overige abnormale aanpassingsreacties (niet alleen met depressieve stemming)'	309.3-309.9	309.23 - 309.90	F43.22- F43.9	P02	P02.0	o.a. 1341
depressieve stoornis, niet elders geclassificeerd	311	311.00	F38.10	P03	P03.0 P76.0	1500

P02: crisis/voorbijgaande stress reactie

P03: down/depressief gevoel

E-1341: reactieve depressie

E-1500: overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziektebeelden van psychische en psychiatrische aard

Conclusie algemene gegevens: op de gepresenteerde wijze (zie tabel hiervoor) lijken de codes tussen de verschillende registraties het beste overeen te komen. De criteria van milde depressie volgens de NHG-Standaard, komen ongeveer overeen met de criteria van depressie volgens de ICHPPC (ICPC-code)

P76), de E-codelijst (code 1260) en gehanteerde criteria in de RNH (P76). Indien een depressieve episode (net) niet aan de criteria voldoet, krijgt het in de NS de code P03.0 of P76.0, in de CMR de E-code 1500, in Trans en RNH P03. De dysthyme stoornis (waarbij de intensiteit minder is maar de duur zeer lang), is wel een VTV-ziekte is, maar wordt niet onderscheiden in de huisartsenregistraties. Alleen in de CMR (E-code 1342), wordt deze diagnose als zodanig benoemd. Personen met een dysthyme stoornis zullen in de NS waarschijnlijk geregistreerd worden onder P76.0 of P03.0, in Trans waarschijnlijk onder P76 en in het RNH waarschijnlijk ook onder P03.

Het blijft de vraag in hoeverre de codeerregels tussen de registraties vergelijkbaar zijn. Mogelijk zijn er toch wel verschillen, zelfs tussen artsen binnen één registratie. 'Vluchtcodes' kunnen hier ook nog een grote rol spelen, bijv. P03 (depressief gevoel), P76.0, E-1341 en E-1500. Hoe een dysthyme stoornis gecodeerd wordt, is onduidelijk. Waarschijnlijk kent de huisarts twee belangrijke codes: òf de depressie voldoet wel aan de criteria (ernstige of milde depressie), òf de depressie voldoet niet aan de criteria (depressief gevoel, exogene neurotische depressie, neurotische depressie).

Kortom: de ernstige depressieve stoornis kan uit alle vier de registraties betrokken worden: NS P72.1; CMR E-1260; Trans en RNH P76. De dysthyme stoornis kan alleen uit de CMR betrokken worden.

Een psychiater is maar zelden betrokken bij de diagnostiek van depressie.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidentie van neurotische depressie is in de CMR zeer laag, vergeleken met de die in de NS. Mogelijk zijn een groot aantal gevallen in de CMR gecodeerd onder 'overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziektebeelden van psychische en psychiatrische aard'. Ook de prevalentie en incidentie van depressieve stoornis en neurotische depressie samen is in de CMR opvallend laag. De prevalenties van depressieve stoornis en neurotische depressie samen komen in Trans en het RNH goed met elkaar overeen.

De incidentie in het RNH is erg laag en komt overeen met de incidentie in de CMR. De incidentie in de NS is daarentegen erg hoog. Dat zal waarschijnlijk zijn omdat ook onzekere diagnoses voor een deel zijn meegenomen.

Ziekte van Parkinson

De ziekte van Parkinson is een progressief verlopende aandoening. De ziekte verloopt volgens drie fasen: preklinische, prodromale (met vage, aspecifieke klachten) en manifeste (met de kenmerkende verschijnselen van parkinsonisme). Bij een deel van de patiënten ontwikkelt zich een depressie of dementie. De aandoening wordt onderverdeeld in paralyse agitans (primair parkinsonisme, de 'echte' ziekte van Parkinson) en secundair parkinsonisme (ontstaan als gevolg van atherosclerose cerebri, intoxicaties of geneesmiddelengebruik). Dit onderscheid wordt in de meeste huisartsenregistraties niet gemaakt omdat het voor de huisarts meestal niet relevant is; vaak heeft dit onderscheid noch betekenis voor de behandeling, noch voor de prognose. Niet-specialisten over-diagnostiseren de ziekte van Parkinson nogal eens. Aandoeningen waarbij eveneens tremoren op de voorgrond staan zijn seniele tremor, essentiële tremor, nervositas, overmatig cafeïne- of alcoholgebruik en hyperthyreoïdie. Klinisch is de ziekte van Parkinson ook nauwelijks te onderscheiden van multipele systeematrofie, een aandoening die relatief vrij frequent voorkomt en alleen met een CT-scan kan worden ontdekt. Dopaminesubstitutie heeft bij deze aandoening meestal geen effect. Om te voorkomen dat patiënten met multipele systeematrofie te lang onnodig worden behandeld met anti-Parkinson-medicatie, wordt (door neurologen) aangeraden bij alle patiënten bij wie de ziekte van Parkinson wordt vermoed, een CT-scan te maken (Staal, 1992).

NS: Secundair parkinsonisme wordt onder dezelfde code als de ziekte van Parkinson geregistreerd. Foets en Stokx (1995) hebben een uitgebreid (follow-up)onderzoek gedaan naar patiënten die in de NS de diagnose ziekte van Parkinson kregen. Van alle nieuwe patiënten, was de huisarts in 50% van de gevallen zeer zeker van de diagnose en in 31% van de gevallen tamelijk zeker (vijfpuntsschaal). Slechts 17% van de nieuwe patiënten zijn in de registratieperiode van drie maanden verwezen naar een neuroloog. Van alle 41 incidentie patiënten bleken er vijf bij nader inzien eigenlijk prevalent te zijn. Van de 36 'echte' incidentie patiënten kon na zes jaar nog maar van 24 de status teruggevonden worden. Eenderde tot tweederde van die 24 is in de loop van de zes jaar verwezen naar de neuroloog. Bij 9 van de 24 patiënten (38%) kon uiteindelijk 'definitief' de diagnose ziekte van Parkinson gesteld worden. In de andere gevallen werd geen of een andere diagnose gesteld, of het was het nog steeds onduidelijk welke ziekte de patiënt had. Aan de andere kant bleek dat van de 18 patiënten waarbij de diagnose ziekte van Parkinson in de drie maanden van de registratie slechts was overwogen of slechts als bijkomende diagnose was overwogen, zeven patiënten tijdens de follow-up periode toch nog de diagnose ziekte van Parkinson hadden gekregen (39%). Van de 16 patiënten die uiteindelijk de diagnose ziekte van Parkinson hebben gekregen, hadden 7 patiënten primair parkinsonisme en 9 patiënten secundair parkinsonisme.

Geconcludeerd kan worden dat bij een ziekte waarvoor geen duidelijke 'harde' criteria bestaan maar waarbij alleen klinische bevindingen een rol spelen, de diagnose die in de huisartspraktijk wordt gesteld niets meer is dan een werkhypothese.

CMR: Parkinsonisme bij atherosclerose cerebri wordt onder dezelfde code geregistreerd als de ziekte van Parkinson. Parkinsonisme door intoxicatie of als bijwerking van geneesmiddelen krijgt een andere code. De ziekte van Parkinson wordt altijd doorgecodeerd.

Bij de ziekte van Parkinson blijkt dat bij de nieuwe gevallen (=incidentie patiënten) in de beschouwde jaren in 57% een neuroloog is geconsulteerd en in 7% een geriater. Ongeveer 60% van de nieuwe gevallen is uitsluitend gezien door de huisarts. Op welk moment van de episode de patiënt is verwezen is niet bekend, maar waarschijnlijk zal dat meestal in het begin om diagnostische redenen zijn

Trans: Alleen zekere diagnoses zouden meegenomen moeten worden.

De diagnose 'ziekte van Parkinson' wordt zeker niet altijd bevestigd door een neuroloog.

Secundair parkinsonisme wordt onder dezelfde code als de ziekte van Parkinson geregistreerd.

RNH: De ziekte van Parkinson zal altijd een actief probleem blijven, dus alleen actieven meenemen (bij inactieve patiënten zal op een eerder moment de diagnose niet juist gesteld zijn en vervolgens is dat bijgesteld).

De diagnose 'ziekte van Parkinson' wordt zeker niet altijd bevestigd door een neuroloog.

Secundair parkinsonisme wordt onder dezelfde code als de ziekte van Parkinson geregistreerd.

Conclusie algemene gegevens: de vraag is in hoeverre deze huisartsenregistraties de ziekte van Parkinson over-diagnostiseren. Het blijkt dat in lang niet alle gevallen een specialist (meestal een neuroloog) wordt geconsulteerd. De NS berekende 17% binnen drie maanden en 33-67% na 6 jaar, de CMR berekende 64% na 5 jaar. Behalve in de CMR wordt er in de registraties geen onderscheid gemaakt in primair en secundair parkinsonisme. In de CMR krijgt secundair parkinsonisme als gevolg van intoxicaties of bijwerkingen van geneesmiddelen een andere code. In hoeverre dat onderscheid te vertrouwen is, is maar de vraag. Uit de follow-up studie van de NS bleek dat van slechts 38% van de incidentie patiënten met de diagnose ziekte van Parkinson achteraf de diagnose bevestigd kon worden. Bovendien kreeg een flink deel van de patiënten die achteraf de ziekte van Parkinson bleken te hebben, in eerste instantie een andere diagnose. Hoewel van langdurende registraties een beter resultaat verwacht mag worden (CMR, Trans, RNH), zal ook daar overdiagnostiek zeker een rol spelen.

Om de cijfers uit de CMR vergelijkbaar te houden met die van de andere registraties, zouden de cijfers van secundair parkinsonisme eigenlijk opgeteld moeten worden bij die van de ziekte van Parkinson. Dat is echter niet mogelijk omdat sec. parkinsonisme onder 'bijwerkingen geneesmiddelen' gecodeerd wordt.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie in Trans is aanzienlijk lager dan in de CMR en het RNH. Indien de cijfers uit het vierjaarsbestand gebruikt zouden worden, zouden de prevalenties goed overeenkomen. De incidentie is juist in het RNH erg laag.

Gezichtsstoornissen

VTV onderscheid seniele maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en cataract.

Seniele maculadegeneratie kan zowel acuut als geleidelijk ontstaan, maar leidt in beide gevallen tot centrale blindheid. Het centrale gedeelte van het gezichtsveld valt uit en de gezichtsscherpte daalt sterk. Diabetische retinopathie is aanvankelijk meestal symptoomloos. In een verder gevorderd stadium daalt de gezichtsscherpte echter vaak dramatisch. Bij glaucoom ontstaat zeer geleidelijke uitval van het gezichtsveld. Symptomen ontstaan pas als het centrale gedeelte van het gezichtsveld ook is aangetast. Cataract kenmerkt zich door geleidelijke daling van de gezichtsscherpte. Het kan chirurgisch goed behandeld worden.

Over het algemeen wordt seniele maculadegeneratie bij dementerenden niet geregistreerd. In de gehanteerde classificatiesystemen (ICPC en E-lijst) zit een zekere hiërarchie. Eerst worden de specifieke aandoeningen benoemd en pas daarna, als niet meer informatie beschikbaar is, de restcategorie, in dit geval 'overige blindheid één of twee ogen'. Die restcategorie wordt ook gebruikt voor oogaandoeningen die niet als zelfstandige diagnose in de classificatie opgenomen zijn.

Gegevens uit huisartsregistraties over gezichts-aandoeningen zijn in het algemeen mogelijk onbetrouwbaar. Helaas zijn betere registraties/onderzoeken meestal niet beschikbaar.

- NS: De NS registreert retinopathie (incl. diabetische), netvliesloslating en maculadegeneratie onder één code.
- Glaucoom wordt in de NS vrijwel steeds gezien door de oogarts. Indien de oogarts de diagnose stelt, wordt de huisarts zeker ook altijd op de hoogte gesteld van de precieze diagnose.
- Mogelijk heeft een gedeelte van de patiënten alleen een werkhypothese van een specifieke gezichtsstoornis gekregen en zou deze bij langere registratie omgezet zijn in een andere diagnose gezichtsstoornis. Daardoor zouden sommige van de hier gepresenteerde cijfers van de gezichtsstoornissen in werkelijkheid hoger kunnen zijn en sommige juist lager.
- CMR: De CMR verschaft geen inzicht in het voorkomen van seniele maculadegeneratie en diabetische retinopathie. Deze worden namelijk, samen met nog enkele andere aandoeningen, geregistreerd onder 'overige oogziekten (1819)' en eventueel tevens onder 'blindheid/amblyopie (1811)'. 'Blindheid' wordt geregistreerd indien sprake is van duidelijke sociale handicap door verminderd visueel vermogen, los van de oorzaak. Het kan dus voorkomen dat bij een patiënt met een voortschrijdende maculadegeneratie, de code voor 'overige oogziekten (1819)' op een gegeven moment gecombineerd wordt met de code 1811 voor blindheid. De code voor 'overige oogziekten' vervalt dan echter *niet*.
- Glaucoom wordt pas geregistreerd na bevestiging van de diagnose door een oogarts. Het wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is. Dat betekent dat het ook doorgecodeerd wordt in de stabiele fase waarbij de patiënt onder medische controle blijft (en bijv. recepten aanvraagt bij de huisarts of oogarts).
- Cataract wordt ook alleen doorgecodeerd als het klinisch relevant is. Na een succesvolle lensimplantatie zal het dus niet meer doorgecodeerd worden. Cataract hoeft niet door een oogarts bevestigd te zijn om in de registratie te worden opgenomen.
- Trans: Noch het referentiebestand noch Trans I verschaffen inzicht in het voorkomen van seniele maculadegeneratie en diabetische retinopathie. Deze werden namelijk, samen met nog enkele andere aandoeningen, geregistreerd onder 'blindheid, alle typen (F94)' of 'overige oogziekten (F99)'. Op basis van het vierjaarsbestand kan wel het voorkomen van maculadegeneratie bepaald worden, evenals van retinopathie (incl. diabetische).
- De cijfers over glaucoom en cataract kunnen wel uit het referentiebestand komen.
- De patiënt wordt meestal behandeld door de oogarts. De huisarts wordt door de oogarts eigenlijk altijd op de hoogte gesteld van de precieze diagnose.
- Omdat contacten met de assistente vanwege herhaalreceptuur niet geregistreerd worden, zijn de prevalenties in Trans mogelijk aan de lage kant.

RNH: Indien cataract (operatie) of glaucoom (oogdruppels, laserbestraling, operatie) succesvol behandeld worden, wordt deze problemen inactief. Alleen patiënten waarbij cataract of glaucoom actief is, moeten dus meegenomen worden, tenzij de vraag luidt hoeveel personen ooit cataract hebben gehad (levensprevalentie). Ook andere gezichtsstoornissen kunnen inactief worden als de stoornis opgeheven wordt, bijv. bij amblyopie. Bij de aandoeningen maculadegeneratie en retinopathie is een (spontane) genezing minder voorstelbaar. Daarom kunnen voor deze aandoeningen het beste zowel de actieve als inactieve gevallen meegenomen worden. Inactieve gevallen zullen hier eerder gevallen van blindheid zijn waarbij de huisarts geen rol meer speelt. Indien de aandoeningen hebben geleid tot volledige blindheid zullen ze echter wel altijd een actief probleem blijven vormen omdat blindheid een zeer ernstige handicap is.

De code blindheid (F94) zal gekozen worden als geen specifieke code gekozen kan worden, bijvoorbeeld bij melding op de oude groene kaart.

Hoewel berichten van specialisten, indien relevant, wel op de probleemlijst gezet worden, ligt dat voor oogandoeningen wat gecompliceerder omdat oogartsen de huisarts vaak onvoldoende informatie verschaffen. En de patiënt kan aan de huisarts meestal ook niet goed uitleggen wat er volgens de oogarts met de binnenkant van het oog aan de hand is.

Conclusie algemene gegevens: de betrouwbaarheid van de registraties t.a.v. gezichtsstoornissen (en m.n. maculadegeneratie en retinopathie) lijkt beperkt. Voor maculadegeneratie en retinopathie kunnen alleen Trans (vierjaarsbestand) en RNH gebruikt worden. De NS kan alleen incidentiecijfers voor retinopathie, netvliesloslating en maculadegeneratie samen opleveren. Maar mogelijk is het niet onverstandig om die drie aandoeningen bijelkaar op te tellen, omdat het onderscheid soms moeilijk is vast te stellen. In dat geval moeten de cijfers van netvliesloslating uit Trans het RNH nog aangevraagd worden. Glaucoom en cataract kunnen van alle registraties betrokken worden.

Sommige gevallen van de beschouwde oogandoeningen zullen (in het verleden) gecodeerd zijn onder 'blindheid in het algemeen' in plaats van onder een specifieke diagnose. Bovendien zullen prevalentie oogandoeningen (bij patiënten met hoge leeftijd) niet altijd gehandhaafd worden in de registratie. Enige onderregistratie van de beschouwde aandoeningen is dus te verwachten.

Van het RNH kunnen voor de prevalentie van cataract en glaucoom het beste alleen de actieve gevallen genomen worden, van maculadegeneratie en retinopathie ook de inactieve gevallen (kunnen niet genezen).

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie van maculadegeneratie ligt in het RNH nogal wat hoger dan in Trans. De incidentie van maculadegeneratie ligt juist in Trans (onder vrouwen) een stuk hoger. De prevalentie van retinopathie in het RNH is enkele tientallen factoren hoger dan in Trans. De incidenties zijn in Trans vier keer zo laag. De incidentie van retinopathie en maculadegeneratie samen in de NS komt redelijk overeen met die in het RNH. De prevalentie van glaucoom en cataract komen in de CMR en het RNH redelijk overeen en zijn aanzienlijk hoger dan in Trans. De incidenties van glaucoom komen in alle registraties redelijk overeen. Voor de incidentie van cataract is er nogal een verschil tussen NS en Trans (laag) versus CMR en RNH (hoog).

Vanwege de lage incidenties van oogandoeningen, kunnen de getallen nogal instabiel zijn. Dat geldt vooral voor de CMR vanwege de beperkte omvang van de totale praktijkpopulatie.

Chronische gehoorstoornissen

VTV onderscheidt gehoorstoornissen bij kinderen, ouderdomsslechthorendheid en slechthorendheid door lawaai. Een tijdelijke geleidingsdooftheid door otitis media al dan niet met trommelvliesperforatie, otosclerose, slechthorendheid door cerumen of tubadysfunctie bij verkoudheid worden hier niet bij gerekend.

Gegevens uit huisartsregistraties zijn mogelijk onbetrouwbaar omdat veel personen gehoorsproblemen (en protheses) hebben die aan de huisarts niet bekend zijn omdat ze in het verleden niet werden opgeschreven. Het is bovendien een chronische aandoening die lang verborgen blijft of wordt gehouden door patiënten, in tegenstelling tot bijv. hartinfarct of diabetes mellitus. Helaas geldt ook hier dat er weinig andere geschikte bronnen zijn.

Ten aanzien van ouderdomsslechthorendheid dient opgemerkt te worden dat niet iedere vorm van slechthorendheid als presbycusis aangemerkt mag worden. Ook op oudere leeftijd kan de slechthorendheid ontstaan door concrete oorzaken. Het is dus belangrijk dat in een registratie dergelijke typen slechthorendheid niet onder presbycusis geregistreerd worden.

- NS: De NS maakt onderscheid in presbycusis, lawaaidooftheid, ‘aangeboren afwijking oor’ en ‘dooftheid of hardhorendheid, niet elders classificeerbaar’. Onder ‘aangeboren afwijking oor’ (H80.0) vallen aangeboren dooftheid, maar ook vormafwijkingen. Onder ‘dooftheid of hardhorendheid NEC’ valt bijv. rest-dooftheid na infecties bij kinderen.
- CMR: De CMR maakt geen onderscheid in de verschillende vormen van slechthorendheid/dooftheid. Alleen de code ‘dooftheid’ (E-code 1890) wordt gehanteerd. Geleidingslechthorendheid door otosclerose, otitis media en cerumen worden onder de desbetreffende aandoening gecodeerd, dus niet onder dooftheid. De code dooftheid wordt in de CMR vooral gebruikt voor ouderdomsslechthorendheid en lawaaidooftheid. Zowel eenzijdige als tweezijdige dooftheid vallen onder deze code.
- Omdat dooftheid eigenlijk altijd relevant is, wordt het vrijwel systematisch doorgecodeerd (vandaar de hoge prevalenties).
- Ouderen met dooftheid komen vaak niet meer vanwege hun dooftheid bij de huisarts, maar voor iets anders (op hoge leeftijd veel co-morbiditeit). Indien de dooftheid wel weer wordt opgemerkt door de huisarts, wordt de dooftheid ook weer geregistreerd.
- Trans: Er wordt onderscheid gemaakt in presbycusis, lawaaidooftheid en ‘dooftheid of hardhorendheid, niet elders classificeerbaar’. Voor presbycusis en lawaaidooftheid wordt gebruik gemaakt van het vierjaarsbestand; deze worden in het referentiebestand niet onderscheiden. Dooftheid of hardhorendheid in het algemeen kan wel uit het referentiebestand gehaald worden. Aangeboren dooftheid wordt onder dooftheid of hardhorendheid NEC gecodeerd (H86), tenzij de oorzaak van de gehoorstoornis een anatomische misvorming van het oor is. Dan wordt het gecodeerd onder H80 (aangeboren afwijking oor). Onder H80 vallen ook allerlei vormafwijkingen.
- RNH: Er wordt onderscheid gemaakt in presbycusis, lawaaidooftheid en ‘dooftheid of hardhorendheid, niet elders classificeerbaar’.
- Slechthorendheid zal levenslang aanwezig blijven. Zowel actieve als inactieve patiënten zullen meegenomen moeten worden. Optelling hiervan is geoorloofd omdat naar alle waarschijnlijkheid overgang van het ene type dooftheid naar het andere zelden zal plaatsvinden (dus geen last van dubbeltellingen).
- Aangeboren dooftheid wordt onder H80 (aangeboren afwijking oor) gecodeerd. Hieronder vallen dus behalve gehoorschade door een afwijking van het oor ook (vorm)afwijkingen van het oor.

Conclusie algemene gegevens: voor het presenteren van gegevens over ouderdomsslechthorendheid en lawaaislechthorendheid afzonderlijk, kunnen de NS, Trans (vierjaarsbestand) en RNH gebruikt worden. De CMR sommeert deze typen slechthorendheid. De vraag is nog wel of de huisarts altijd eenduidig onderscheid kan maken tussen beide typen (denk aan oudere mannen met een lang arbeidsverleden).

Mogelijk is het maken van onderscheid alleen maar een schijnnaauwkeurigheid. En bovendien wordt mogelijk toch vaak gekozen voor 'doofheid alle graden (H86)', juist bij die oudere mannen.

Aangeboren doofheid komt in de huisartspraktijk weinig voor en kan niet gemeten worden (geen aparte code; de diagnose aangeboren afwijking oor is 'vervuild' met bijv. vormafwijkingen).

Gehoorstoomissen ten gevolge van kortdurende problemen (verkoudheid, cerumen, otitis media) worden in alle registraties onder andere dan de hier beschouwde codes geregistreerd.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie van ouderdomsslechthorendheid is in Trans erg veel lager dan in het RNH. De incidenties van ouderdomsslechthorendheid in NS, Trans en het RNH komen redelijk overeen. De prevalentie van lawaaidoofheid onder mannen is in Trans een factor 500 lager dan in het RNH (platteland van Groningen en Friesland versus industrie in Limburg?). Ook de incidentie in Trans is erg laag.

Indien de gehoorstoomissen opgeteld worden, blijken de incidenties in de verschillende registraties redelijk overeen te komen. Ook de prevalenties in de CMR en RNH komen overeen, die in Trans ligt vier tot vijf keer lager.

Coronaire hartziekten

In VTV gaat de aandacht uit naar het acute hartinfarct (AMI) en angina pectoris (AP). Als prevalentie van het AMI wordt hier beschouwd het aantal personen dat één of meerdere hartinfarcten heeft doorgemaakt en daarvoor nog steeds zorg ontvangt. Een patiënt die al jaren geleden een hartinfarct heeft gehad en daarvoor geen medicatie meer ontvangt en ook de huisarts of cardioloog niet meer regelmatig consulteert, wordt niet meer als prevalent beschouwd. Bij de incidentie zouden we graag onderscheid maken tussen aantal eerste AMI's en aantal recidieven.

Acute hartinsufficiëntie (onvoldoende bloedsomloop van de hartspier), acute of chronische hartzwakte (waarbij het hart de vereiste arbeid niet kan volbrengen), een symptoomloos oud hartinfarct, coronaire atherosclerose zonder symptomen en aneurysma van hart of coronairarterie worden hier niet beschouwd.

Soms is het vrij eenvoudig voor de huisarts de diagnose hartinfarct te stellen, soms echter zijn de symptomen niet zo dreigend en typisch. Een dyspneu, een ritmestoornis, enkel moeheid en koorts of pijn in de bovenbuik staan dan op de voorgrond.

De klachten bij angina pectoris leiden meestal na verloop van tijd tot een betrouwbare diagnose. Soms doen de klachten bij de ischemie echter niet direct denken aan angina pectoris of soms zijn er nauwelijks klachten.

In de acute situatie is het onderscheid tussen een AMI (met milde symptomen) en AP (met juist hevige symptomen en een angstige patiënt) soms moeilijk te maken. Pas na verloop van tijd (en m.b.v. specialistisch onderzoek) kristalliseert de diagnose uit.

NS: Omdat de ICPC enigszins tekort leek te schieten om coronaire hartziekten in beeld te brengen, is door het Nivel een aanpassing gemaakt.

Een 'dreigend' of 'vermoedelijk infarct' leidt in ca. 50% van de gevallen tot een bevestigd infarct. Indien een dreigend infarct in de NS inderdaad bevestigd werd, kreeg het de code K75.1 (AMI). De diagnose is steeds bijgesteld, voor zover dat in de tijd mogelijk was. Sommige dreigende infarcten konden in de periode van drie maanden niet bevestigd worden. Deze gevallen (K75.2) zijn typische onzekere diagnoses. Mogelijk zijn het overige ischemische hartziekten, mogelijk stellen ze niets voor. Voorgesteld wordt om de dreigende infarcten samen te voegen met overige ischemische hartziekten, zodat AMI en AP het meest 'zuiver' blijven. Evt. kan onder IZH oud infarct (nul incidentie gevallen) uitgelaten worden. Dus: AMI = K75.1; AP = K76.1; chronische ischemische hartziekte = K76.3 + K76.9 + K75.2

Tweede of latere infarcten (recidieven) zijn in de NS ook bij de incidentiecijfers van AMI opgeteld.

CMR: Het hartinfarct wordt altijd doorgecodeerd. AP alleen als het klinisch relevant is. Indien op een ECG een oud infarct vastgesteld wordt, dat destijds niet is opgemerkt, en klinisch betekenisloos is, wordt dat in de CMR niet geregistreerd.

Een 'dreigend infarct' is geen infarct maar een 'instabiele angina pectoris' en wordt dus geregistreerd als angina pectoris.

'Overige ischemische hartziekten' is een thans nooit meer gebruikte code, en vroeger buitengewoon zeldzaam (13 patiënten in 25 jaar). Het is dus in de CMR als niet-bestaand te beschouwen.

Een tweede infarct wordt met een speciale volgcode vastgelegd. De bekende infarct-patiënt blijft geregistreerd als prevalent geval (E-code 2110 met volgcode 3) maar krijgt in het jaar van het tweede infarct bovendien de infarctcode met speciale volgcode (2110 met volgcode 5). Als een infarct later door decompensatie cordis wordt gecompliceerd dan ontvangt de patiënt twee codes, voor elke ziekte één.

Bij de incidentiecijfers in de tabel gaat het alleen om eerste infarcten; tweede infarcten zijn niet meegerekend. Ook de prevalentie gevallen zijn eenmaal geteld. Een tweede infarct verandert niets aan de status van een patiënt als deze reeds bekend is met een hartinfarct. Niet alle

patiënten die bekend zijn met een infarct ontvangen actuele zorg, maar dat doet er in de CMR voor de registratie van infarcten niet tot.

Trans: Iemand met een AMI, met AP of met een oud infarct blijkend uit een ECG wordt in het referentiebestand onder ischemische hartziekten (K76) geregistreerd. In het referentiebestand zijn al deze coronaire hartziekten ontdubbeld. Dat wil zeggen dat elke patiënt met een coronairaanandoening maar één keer geteld wordt.

In beginsel krijgen patiënten met een hartinfarct weinig controle, en als ze dat al krijgen is dat van korte duur. Er valt namelijk weinig meer te controleren na de acute fase. Er is bij de follow-up sprake van een meer of minder beschadigd hart dat wordt aangeduid als coronair ischemie (K76). Omdat de duur van het hartinfarct zo kort is, zal de prevalentie ongeveer even groot zijn als de incidentie.

De afzonderlijke gebeurtenis AMI zit als zodanig niet in het referentiebestand. Wel in de eerste tranche en het vierjaarsbestand. De cijfers over AMI in de grote tabel zijn dan ook afkomstig van Trans I en het vierjaarsbestand. AP zit als zodanig alleen in het vierjaarsbestand.

Iemand die een tweede hartinfarct krijgt, wordt niet opnieuw in het referentiebestand als incident geval opgenomen. Deze persoon had al een episode van ischemische hartziekte. In het vierjaarsbestand worden tweede infarcten wel opnieuw geteld.

Een dreigend infarct is een klinisch artefact. Ofwel er ontwikkelt zich geen coronair ischemie, ofwel er ontstaat wel coronair ischemie. Uit de combinatie van contactredenen, de waarschijnlijkheidsdiagnose bij de start van de episode en de einddiagnose kan men schatten hoeveel patiënten met pijn op de borst en de waarschijnlijkheidsdiagnose hartinfarct uiteindelijk ook de diagnose coronair ischemie hebben gekregen.

RNH: Vlak na het AMI wordt het als actief probleem op de probleemlijst gezet. In principe is na enkele weken de acute fase voorbij en dient het probleem inactief te worden. De behandeling richt zich dan op de ischemische hartziekte. Dus AMI (K75) wordt inactief en ischemische hartziekte (K76) actief. Volgens de ICPC worden de volgende stoornissen onder K76 geregistreerd:

- aneurysma coronair arterie
- sclerose coronair
- atherosclerose hart
- ischemische hart ziekte
- myocard infarct genezen/oud
- ischemie myocard

Decompensatio cordis (K77) komt pas op de probleemlijst als aan de criteria daarvan voldaan is.

AP (K74) kan ook inactief worden, zelfs zonder dat K76 actief wordt. In de praktijk zal het echter maar zelden gebeuren dat AP inactief wordt zonder dat K76 actief wordt.

Een dreigend infarct heeft in het RNH geen aparte code. Een instabiele angina pectoris wordt geregistreerd onder AP (K74). Indien een patiënt met een instabiele AP gezien is door de specialist wordt hoogst waarschijnlijk chronische ischemische hartziekte (K76) actief.

Een patiënt met AP zal niet zomaar decompensatie cordis krijgen. Daar moet toch een groter falen van het hart bij horen. Indien dat het geval is (en dus ook aan de probleemdefinitie van decompensatio cordis voldaan is), zal de patiënt naast K77 ook de code K76 (ischemische hartziekte) krijgen. AP (K74) wordt dan inactief.

In het RNH-bestand worden recidieven als incidentie gevallen geteld, op voorwaarde dat het vorige AMI inactief is gemaakt. Het recidief krijgt echter geen speciale code.

Conclusie algemene gegevens: de incidentie van het AMI en AP is af te leiden uit de NS, CMR, Trans (AMI uit de eerste tranche of het vierjaarsbestand, AP uit het vierjaarsbestand) en RNH. In de NS, Trans (vierjaarsbestand) en het RNH worden tweede en volgende infarcten ook apart geregistreerd, in de CMR daarentegen zijn tweede en volgende infarcten niet meegeteld.

In de CMR worden patiënten die ooit een AMI hebben gehad als AMI-patiënt beschouwd en zijn dus prevalent. In Trans (vierjaarsbestand) en het RNH worden AMI-gevallen na enkele weken inactief. Om cijfers uit het RNH te kunnen vergelijken met die uit de CMR, zullen van de RNH daarom zowel de actieve als inactieve prevalentie AMI-patiënten meegenomen moeten worden. In Trans is de prevalentie van AMI niet zo relevant. Omdat de duur van de AMI-episode kort is, is de jaarprevalentie vrijwel gelijk aan de jaarincidentie.

In het referentiebestand van Trans worden AMI en AP niet onderscheiden. Deze twee diagnoses vormen samen de diagnose coronaire hartziekte. Deze diagnose is ontdubbeld; personen kunnen slechts één keer een coronaire hartziekte krijgen of hebben.

Dreigende infarcten die (nog) niet bevestigd zijn, worden in de NS niet bij AMI of AP geteld maar bij de chronische ischemische hartziekten. In de CMR wordt een dreigende infarct eerder als 'instabiele AP' beschouwd en dus onder AP geregistreerd.

De diagnose 'overige ischemische hartziekten' lijkt een soort restgroep waarvan de precieze betekenis onduidelijk is maar waarin mogelijk nog wel enkele patiënten zitten die een AMI of AP hebben gehad. Hoeveel dat er zullen zijn is niet bekend. In de CMR bestaat het helemaal niet. In de NS vallen dreigend infarct, coronair sclerosis en chronische ischemische hartziekte NEC eronder.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidenties van AMI komen in de NS, CMR en het RNH redelijk goed overeen; in Trans ligt de incidentie de helft lager. De incidentie van AP komt ook redelijk goed overeen. Alleen in de NS is de incidentie van AP wat aan de hoge kant. De prevalentie van AMI in de CMR is erg hoog vergeleken met de prevalentie van actieve AMI's in het RNH. Dit zal waarschijnlijk verklaard kunnen worden door registratieverschillen (eens AMI, altijd AMI, versus een AMI wordt na enkele weken inactief). Indien in het RNH de inactieven bij de prevalentie van AMI opgeteld worden, komt de prevalentie goed overeen met die uit de CMR. De prevalentie uit Trans heeft nauwelijks betekenis.

De incidentie van coronaire hartziekte in Trans komt overeen met de som van de incidenties van AMI en AP uit de andere registraties. De jaarprevalentie in Trans is 2 à 3 keer zo laag.

Decompensatie Cordis (hartfalen)

Bij decompensatie cordis is het hart niet in staat voldoende bloed rond te pompen. De oorzaken zijn zeer divers: hypertensie, longaandoeningen, AMI, klepgebreken, cardiomyopathie, ritmestoornissen, gebruik van bèta-blokkers e.d. De aandoening kan langzaam progressief beginnen. Het stellen van de juiste diagnose kan dan lastig zijn. Het onderscheid met COPD levert soms problemen op. Als de behandeling is ingesteld, is regelmatige controle noodzakelijk.

Het is goed mogelijk dat decompensatie cordis geneest. Mensen met overgewicht die te veel zout innemen en een te hoge bloeddruk hebben, kunnen hun leven beteren en in de Starling-curve weer goed gecompenseerd raken. Zij hoeven dan niet meer behandeld te worden met bijv. diuretica. Dit geldt ook voor decompensatio cordis op basis van een klepgebrek waarbij het klepgebrek is gecorrigeerd. Ook na een AMI kan de decompensatie tijdelijk optreden of bij paroxysmaal (aanvalsgewijs) atriumfibrilleren. Waarschijnlijk gaat het bij decompensatio cordis in het merendeel van de gevallen niet om patiënten met een AMI.

NS: Het is voorstelbaar dat een gedeelte van de patiënten alleen een werkhypothesen decompensatio cordis heeft gekregen en dat deze bij langere registratie omgezet wordt in een andere diagnose. In de praktijk zal het naar verwachting echter weinig voorkomen dat een patiënt de tijdelijke de 'foutieve' diagnose DC krijgt.

CMR: Tot 1984 is DC onder dezelfde code geregistreerd als atriumfibrilleren. DC wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is.

Trans: Onder K77 zijn patiënten met decompensatie cordis geregistreerd. Een deel hiervan heeft ongetwijfeld ook een AMI of AP. Maar ook patiënten die om andere redenen gedecompenseerd zijn (zie hierboven), zijn onder K77 geregistreerd.

Decompensatie cordis wordt in beginsel altijd voorafgegaan door iets anders. De links decompensatie wordt meestal voorafgegaan door een chronische coronair ischemie (zelden een infarct), de rechts decompensatie door COPD. Elke diagnose wordt apart geregistreerd. Patiënten met bijv. een COPD gevolgd door een decompensatie worden dus dubbel geregistreerd.

RNH: Eenderde van de prevalentie patiënten is inactief. Hierbij was blijkbaar slechts tijdelijk sprake van decompensatio cordis. Voor de prevalentie dienen alleen de actieve gevallen meegenomen te worden.

Conclusie algemene gegevens: decompensatie cordis lijkt in alle registraties op dezelfde manier geregistreerd te worden. De cijfers van alle vier de registraties kunnen dus gebruikt worden.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidentiecijfers komen goed overeen in de verschillende systemen (de RNH-incidentiecijfers zijn voor dit rapport echter niet beschikbaar). De prevalentiecijfers van de CMR zijn wat hoog, vergeleken met Trans en RNH.

Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA en TIA)

Als prevalentie van CVA en TIA wordt hier beschouwd het aantal personen dat één of meerdere herseninfarcten of -bloedingen heeft doorgemaakt en daarvoor nog steeds zorg ontvangt. Een patiënt die al jaren geleden een TIA heeft gehad en daarvoor geen medicatie meer ontvangt en ook de huisarts of neuroloog niet meer regelmatig consulteert, wordt niet meer als prevalent beschouwd. Bij de incidentie zouden we graag onderscheid maken tussen aantal eerste CVA's/TIA's en aantal recidieven.

Een CVA wordt door de huisarts in de regel goed herkend en snel gediagnostiseerd. Wel wordt er over het algemeen overgediagnostiseerd. Het percentage patiënten waarbij in eerste instantie aan een CVA gedacht wordt, maar waarbij uiteindelijk een andere diagnose wordt gesteld, varieert in verschillende onderzoeken van 8-43%. Met name TIA's worden vaak voor een CVA aangezien. In langer durende huisartsenregistraties zullen 'werkhypothesen' overigens na verloop van tijd bijgesteld kunnen worden en zal het foutpercentage hoogst waarschijnlijk aan de lage kant van genoemde range liggen.

NS: De incidentie in de grote tabel is inclusief recidieven. In de NS kan nog wel een onderscheid gemaakt worden in eerste gevallen en recidieven (waarbij dus rekening gehouden wordt met het prevalentie bestand).

CMR: Tot 1984 werd geen onderscheid gemaakt in CVA en TIA. Daarna wel. CVA wordt altijd doorgecodeerd, TIA wordt alleen doorgecodeerd als de patiënt op een anti-stollingstherapie blijft. De medische bemoeienis (controle, recepten schrijven) blijft dan gekoppeld aan de oorspronkelijke TIA. [De stijgende trend in de prevalentie van TIA duidt in dit geval op een veranderd medisch beleid en niet op bijv. een langere overleving.]

In de CMR kan bij de incidentie geen onderscheid gemaakt worden in eerste gevallen van CVA en recidieven. Anders dan bij het hartinfarct worden recidief-CVA's niet met een doorloopcode geregistreerd. Omdat de patiënt al bekend is met een CVA wordt een recidief niet meer als incident geval geregistreerd. Wat de TIA's betreft zou per persoon kunnen worden nagegaan hoe vaak een tweede of volgende TIA is geregistreerd.

Trans: De huisarts is nooit helemaal zeker van de diagnose CVA; er blijft altijd een bepaalde mate van onzekerheid. Het referentiebestand is wel ondubbel en opgeschoond voor mutaties, d.w.z. patiënten die eerst geregistreerd werden als CVA-patiënt maar die achteraf geen CVA bleken te hebben, zijn verwijderd. Patiënten die twee CVA's kregen, tellen bij de prevalentie en incidentie maar één keer mee (één zorgepisode).

In het vierjaarsbestand zijn patiënten die twee of meer CVA's kregen nogmaals geteld. De incidentie is in het vierjaarsbestand dus à priori hoger dan in het referentiebestand.

In het referentiebestand duurt 70% van de episoden van TIA minder dan zes maanden en in het vierjarig tijdvenster 84% minder dan zes maanden. De prevalentie van TIA is daarom weinig groter dan de incidentie.

RNH: Een TIA is per definitie kortdurend en opname op de probleemlijst kan eigenlijk alleen gerechtvaardigd zijn als er binnen korte tijd recidieven optreden. Dat verhoogt namelijk sterk de kans op een CVA. Alleen in dat geval vormt een reeks TIA's een probleem en mag het opgenomen worden op de probleemlijst. In alle andere gevallen zal de TIA niet op de probleemlijst opgenomen worden of na korte tijd inactief worden. Volgens de ICHPPC-2 criteria dient een TIA binnen 24 uur zonder blijvende gevolgen verdwenen te zijn. Na een TIA wordt niet direct antistolling gegeven. Het gebruik van antihypertensiva doet een TIA niet op de probleemlijst belanden.

Na een CVA kan volledig functioneel herstel optreden. Inactief worden lijkt echter niet aan de orde omdat altijd medicatie gebruikt zal worden. Inactieve CVA's zijn waarschijnlijk CVA-meldingen uit het verleden zonder goede documentatie en zonder medicatie.

De incidentie van CVA betreft alleen eerste gevallen. Gezien de voortdurend actieve status van een CVA wordt een recidief niet opnieuw aangemeld: de probleemlijst kent al een CVA-

benoeming. De individuele huisartsen hebben wel in hun eigen verslaglegging geregistreerd of het een eerste CVA was of een recidief.

Conclusie algemene gegevens: de incidentie van CVA lijkt niet zo'n probleem: een acute gebeurtenis die door de huisarts in de regel goed herkend wordt en snel gediagnostiseerd wordt. Een CVA blijft levenslang medicatie vereisen en blijft dus vrijwel altijd actief/prevalent. In de NS worden recidieven ook bij de incidentie meegeteld. In de CMR, Trans (referentiebestand) en het RNH niet; patiënten met een recidief staan al bekend als CVA-patiënt.

In de NS worden tweede TIA's ook bij de incidentie opgeteld. In de CMR over het algemeen ook (indien de TIA in een volgend jaar plaatsvindt). In Trans (referentiebestand) zijn TIA's ontdubbeld; tweede TIA's worden dus niet nogmaals geteld. In het RNH worden TIA's meestal niet geregistreerd, tenzij er in korte tijd meerdere TIA's plaatsvinden.

De prevalentie van TIA is lastig te interpreteren. In de CMR is het het aantal patiënten dat in het afgelopen jaar een TIA heeft gehad of waarbij medische bemoeienis in verband met een TIA heeft plaatsgevonden. In Trans is de prevalentie niet veel hoger dan de incidentie. De prevalentie van TIA in het RNH heeft vrijwel geen betekenis.

Conclusie cijfers (zie tabel): incidentiecijfers van CVA komen goed overeen. De prevalentiecijfers van CVA zijn in Trans nogal laag. De incidentie van TIA verschilt wel wat tussen de registraties, maar niet dramatisch. De prevalentie in Trans is wat laag.

CARA (astma en chronische bronchitis/emfyseem)

CARA is een overkoepelend begrip voor een aantal aandoeningen van de luchtwegen. Het gebruik van de termen CARA, astma en bronchitis is erg doktersafhankelijk. Ook in de loop van de tijd hebben zich verschuivingen voorgedaan in de voorkeur voor bepaalde termen. De laatste tijd bestaat de neiging in de epidemiologische literatuur weer een onderscheid te maken in astma, chronische bronchitis en emfyseem.

Vermenging kan optreden met codes als hoesten, acute bronchitis, bronchiolitis en longontsteking. Hoe vaak dat het geval is, kan meestal niet worden vastgesteld. Een CARA-diagnose zal in veel gevallen pas in de loop van de tijd gesteld worden.

In niet alle registraties is een zelfde indeling voor chronische bronchitis en emfyseem gehanteerd. Om de cijfers zo vergelijkbaar mogelijk te maken, zijn de codes zoals in de grote tabel zichtbaar is, samengevoegd. De klasse bevat nu: chronische bronchitis, bronchiectasieën, CARA niet elders classificeerbaar, emfyseem en chronische obstructieve respiratoire aandoeningen.

NS: De in dit rapport gepresenteerde cijfers behoeven voor VTV nog een correctie.

CMR: Zowel astma als chronische bronchitis worden pas doorgecodeerd indien ze klinisch relevant zijn. Zeker bij astma wordt elk jaar overwogen of nog doorgecodeerd moet worden. Het bekend staan van een patiënt met CARA is dus in de CMR een vrij hard gegeven.

‘Obstructieve bronchitis’ (2472) is een acute bronchitis met tekenen van bronchusvernauwing. In de praktijk wordt deze code nogal eens gegeven aan kleine kinderen die ‘wheezing’ vertonen en bij wijze van spreke op weg zijn naar een astma maar voor wie nog te weinig redenen zijn om reeds de diagnosecode astma te gebruiken.

Trans: CARA bestaat tegenwoordig niet meer. Dit kan consequenties hebben voor het bestuderen van trends.

Zowel astma als chronische bronchitis zijn volledig ontdubbeld. Wel kunnen ze eventueel samen voorkomen.

RNH: Astma blijft actief zolang er onderzoek, behandeling of controle bestaat. Indien een patiënt geen klachten meer heeft en geen enkele medicatie meer gebruikt, zal astma inactief mogen worden genoemd.

De prevalentie in het RNH is erg hoog. Mogelijk komt dat doordat veel patiënten in Heerlen, Hoensbroek en Kerkrade in de mijnen hebben gewerkt. Vreemd is dan wel dat de prevalentie van astma over alle leeftijdsklassen (ook de jongeren) en beide geslachten in het RNH veel hoger is dan in de andere registraties.

Conclusie algemene gegevens: de benoeming van astma is in alle registraties gelijk, in tegenstelling tot chronische bronchitis en emfyseem. Cijfers uit de NS moeten opnieuw berekend worden. De CMR hanteert voor het doorcoderen strikte richtlijnen. De cijfers hieruit zullen dus zeker niet te hoog zijn. Het RNH houdt astma actief zolang er klachten zijn en medische bemoeienis is.

Voor chronische bronchitis en emfyseem is o.i. de gekozen indeling (zie tabel van hoofdstuk 4.1) de beste.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie- en incidentiecijfers van astma in de CMR en Trans komen goed met elkaar overeen. De prevalentie in de RNH is in alle leeftijdsklassen en zowel onder mannen als vrouwen extreem hoog. De reden hiervan is onbekend. Voor chronische bronchitis/emfyseem zijn de prevalentiecijfers uit de CMR en het RNH vrijwel identiek. De prevalentie uit Trans is beduidend lager. De incidentiecijfers uit CMR en Trans komen weer overeen. In RNH zijn ze weer laag.

Verkoudheid, acute sinusitis en acute tonsillitis**Influenza**

Alle drie zijn het acute bovenste luchtweginfecties. Faryngitis is geen VTV-ziekte. In de huisartsenregistraties wordt acute faryngitis echter ook onder verkoudheid of 'infectie bovenste luchtwegen' geregistreerd. Het verloop van verkoudheid kan zodanig zijn dat onderscheid met andere ziektecategorieën zoals influenza niet goed mogelijk is. Dat geldt ook voor het onderscheid tussen acute tonsillitis en faryngitis; het beloop is vergelijkbaar en de verwekkers kunnen dezelfde zijn. In sommige gevallen kan het onderscheid tussen verkoudheid of influenza en milde vormen van longontsteking (atypische pneumonie) en bronchi(oli)tis ook lastig zijn.

Aandoeningen van de bovenste luchtwegen leiden niet altijd tot een diagnose. Veel komen niet verder dan 'hoesten', 'keelpijn' en 'overige symptomen van de bovenste luchtwegen'. Bij patiënten die vaker voor bijv. hoesten bij de huisarts komen, schuift de diagnose op naar acute en chronische bronchitis en astma.

Waarschijnlijk komen verschillen in incidenties tussen registraties voor een belangrijk deel voor rekening van zgn. vluchtcodes ('zoals overige luchtweginfecties'). De aangetoonde streptokokkeninfectie in de keel (ICPC-code R72) zou eigenlijk voor een deel bij acute tonsillitis en voor een deel bij acute faryngitis (=verkoudheid) opgeteld moeten worden. De incidentie hiervan is echter vrij laag (in de NS 0,1 per 1.000; in Trans-I 2,6 per 1.000 per jaar).

NS: Een luchtweginfectie wordt pas als influenza-(achtig) ziektebeeld geregistreerd als er aan een aantal criteria is voldaan, conform de criteria van de CMR-Peilstations van het NIVEL (acuut begin, koorts van tenminste 38° en één van de volgende zeven symptomen: hoest, coryza, rauwe keel, frontale hoofdpijn, retrosternale pijn, myalgieën).

Sinusitis is inclusief chronische sinusitis.

De incidentie van acute tonsillitis in de NS is nogal hoog. Een mogelijke reden daarvoor is dat in de NS (in tegenstelling tot in de academische registraties) vooral 'doorsnee' huisartsen meedoen die makkelijker de diagnose 'acute tonsillitis' stellen als alibi voor een penicillinekuur (in plaats van verkoudheid). Acute adenoïditis wordt in de NS ook onder acute tonsillitis geregistreerd.

Onder 'infecties ademhalingsorganen NEC' (R83.0) worden vooral allerlei schimmelinfecties (bijv. aspergillosis) geregistreerd.

Een exacerbatie van bijv. CARA (bijv. hoesten of verkoudheid) wordt als deel van de onderliggende CARA-episode opgevat en wordt dus niet als apart probleem geregistreerd.

CMR: Bij verkoudheid wordt er in de CMR onderscheid gemaakt in verkoudheid met en verkoudheid zonder koorts. Of altijd de temperatuur is gemeten en bekend is, is echter maar de vraag. Bij verkoudheid met koorts zijn er meestal meer stoornissen in de algemene gezondheidstoestand. Verkoudheid met koorts bevat ook influenza, maar is veel breder dan alleen influenza. Bij een 'gewone' verkoudheid kan namelijk ook koorts optreden.

Er wordt een onderscheid gemaakt in acute en chronische sinusitis.

In de CMR worden exacerbaties van astma of COPD apart geregistreerd, en wel met behulp van een speciale volgcodes.

Een adenoïditis bij een ziek kind met koorts wordt ook onder de code 'acute tonsillitis' geregistreerd. Echter, een pure adenoïditis (snotneus, beetje kwijlen en open-mond-ademhaling zonder ziek-gevoel, slikklachten en koorts) komt terecht onder 'hypertrofie van adenoïden en tonsillen' (E-code 2490).

Faryngitis wordt in de CMR onder verkoudheid geregistreerd, meestal onder 'verkoudheid met koorts'.

Onder 2569 en 2571 (resp. 'bovenste luchtwegen, overige symptomen' en 'bovenste luchtwegen, overige ziekten') zijn in de periode 1989-1993 slechts resp. 13 en 5 gevallen geregistreerd. Deze codes kunnen dus als niet gebruikt beschouwd worden.

Trans: Mogelijk wordt een deel van de acute bovenste luchtweginfecties geregistreerd onder 'overige virusinfecties' (A77); de incidentie daarvan bedraagt voor mannen 24,7 en voor vrouwen 27,6 per 1.000. In principe zouden onder deze code ook virusinfecties van andere organen gecodeerd kunnen worden, maar in de praktijk gebeurt dat nauwelijks. De contactreden bij de start van A77 is koorts (33%), vermoeidheid (13%), hoesten (7%), hoofdpijn (6%), braken (3%), keelklachten (3%), pijn in het algemeen, virusinfectie, buikpijn en diarree (allemaal 2%). Bij R74 hebben de patiënten vaak geen of nauwelijks koorts, bij A77 hebben ze dat vaak wel.

Influenza moet virologisch aangetoond zijn, wil dit als zodanig geregistreerd worden. In Trans wordt alleen tijdens een epidemie serologisch onderzoek gedaan naar influenza. Onder R80 worden alleen gevallen geregistreerd die daarbij zijn aangetoond. Omdat bij lang niet alle 'influenza-achtige ziektebeelden' serologisch onderzoek wordt verricht, is de incidentie in Trans een minimumwaarde.

Sinusitis is inclusief chronische sinusitis. Chronische sinusitis komt echter zelden voor (ca. 4% duurt langer dan 6 maanden).

Acute adenoïditis wordt niet onder acute tonsillitis geregistreerd. Deze diagnose wordt in Trans helemaal niet gehanteerd omdat slechts de gevolgen ervan kunnen worden vastgesteld, bijv. otitis media.

R83 (infecties van de ademhalingswegen NEC) is geconverteerd naar difterie, angina van Plaut-Vincent, sarcoïdose, chronische rhinitis, chronische laryngitis en pyothorax. Er is bij R83 geen sprake van schimmelinfecties van de luchtwegen.

RNH: n.v.t.

Conclusie algemene gegevens: overwogen kan worden bij de incidentie van *verkoudheid* de incidentie van influenza op te tellen, omdat (behalve in Trans) toch geen virologisch onderzoek heeft plaatsgevonden en de ziekten op klinische gronden vrijwel niet te onderscheiden zijn. De incidentie van aangetoonde influenza uit Trans kan vergeleken worden met die uit de CMR Peilstations van het NIVEL. In Trans kan de code 'overige virusinfecties' bij 'acute infecties van de bovenste luchtwegen' opgeteld worden.

Faringitis zal over het algemeen ook onder verkoudheid gecodeerd worden.

De incidentie van verkoudheid in Trans zou wat lager kunnen zijn door het ontbreken van registrerende assistentes.

Acute sinusitis: in VTV is alleen acute sinusitis geselecteerd. De CMR maakt een onderscheid in acute en chronische, de andere registraties niet. Chronische sinusitis komt echter weinig voor, als we op Trans afgaan. Ook volgens de CMR is de incidentie daarvan minder dan 0,1 per 1.000 personen per jaar en is dus verwaarloosbaar.

Acute tonsillitis: in de NS wordt acute tonsillitis samengenomen met acute adenoïditis. In de CMR wordt acute adenoïditis bij een kind zonder koorts of ziek-gevoel echter geregistreerd onder een andere diagnose-code. Anders onder acute tonsillitis. In Trans wordt acute adenoïditis geregistreerd onder het probleem wat er een gevolg van is (bijv. otitis media). Door deze verschillen is te verwachten dat de incidentiecijfers in de NS aan de hoge kant zijn en in Trans aan de lage kant.

Dat de aangetoonde streptokokkeninfectie van de keel niet meegenomen wordt bij acute tonsillitis of verkoudheid in de NS en Trans, lijkt geen groot probleem te zijn (de incidentie is vrij laag).

Vermenging (misclassificatie) tussen de verschillende luchtwegaandoeningen lijkt onvermijdelijk.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidenties van verkoudheid in de drie registraties verschillen behoorlijk van elkaar, ook als verkoudheid opgeteld wordt bij influenza/verkoudheid met koorts.

De incidentie van acute sinusitis in de NS en Trans (alle diagnosen) komen redelijk overeen. De incidentie in de CMR ligt beduidend lager.

De incidentie van acute tonsillitis is in de NS het hoogst en in Trans het laagst. Ook hier zijn de verschillen aanzienlijk. Oorzaken van deze verschillen zijn voornamelijk niet duidelijk.

Longontsteking en acute bronchi(oli)tis

Bij longontsteking zijn de longblaasjes of het weefsel rond de onderste luchtwegen en blaasjes ontstoken. Bij acute bronchitis zijn de centrale luchtwegen ontstoken, bij acute bronchiolitis de kleinste luchtwegen.

Het ziektebeeld van longontsteking kan variëren van symptoomloos of mild tot ernstig met aanzienlijke kans op overlijden. Het onderscheid met acute bronchitis is vaak moeilijk te maken. Acute bronchitis als afzonderlijke ziekte is een vaag begrip. De symptomatologie van acute bronchitis en bronchiolitis is slechts gradueel verschillend van die van longontsteking. De differentiaaldiagnose wordt vooral gebaseerd op auscultatie.

NS: De code R78.0 bevat zowel acute bronchitis als acute bronchiolitis.

Acute bronchitis is bij kinderen (maar ook bij volwassenen) vaak de voorloper voor de uiteindelijke diagnose astma. De NS zal bijv. drie episoden van acute bronchitis ook coderen onder 'acute bronchitis', terwijl de CMR op een gegeven moment 'astma' zal gaan coderen.

CMR: Acute bronchiolitis wordt in de CMR onder E-code 2471 (acute bronchitis) geregistreerd. De ervaring leert dat het beeld acute bronchiolitis zeldzaam is en slechts een fractie van de getallen voor de code 2471 zal uitmaken.

Trans: De code R78 bevat zowel acute bronchitis als acute bronchiolitis. Bronchiolitis verloopt bij baby's en peuters wat anders dan bij volwassenen.

Bij zowel astma als chronische bronchitis kan sprake zijn van een virale of bacteriële infectie in de vorm van een acute bronchitis. Bij een patiënt met bijv. astma wordt dan tevens de zorgepisode acute bronchitis geregistreerd. Een acute bronchitis kan herhaald optreden.

RNH: Pneumonie (R81) wordt ook binnen het RNH vastgelegd als duidelijk is dat het om een ernstige ziekteperiode gaat. Ernstige pneumonieën uit het verleden zullen inactief gelabeld zijn.

Het is echter maar de vraag of het gebruik van incidentiecijfers uit het RNH zin heeft in de wetenschap dat slechts een klein deel van de pneumonieën op de probleemlijst geregistreerd wordt. VTV heeft de incidentiecijfers van pneumonie van het RNH ook nog niet aangevraagd.

Conclusie algemene gegevens: vermenging (misclassificatie) tussen de verschillende luchtwegaandoeningen (tussen longontsteking en acute bronchi(oli)tis onderling, als ook tussen meerdere episoden van acute bronchitis en astma en met andere luchtwegaandoeningen) is ook hier onvermijdelijk.

Alle registraties registreren onder 'acute bronchitis' tevens acute bronchiolitis. Dit beeld is overigens zeldzaam en komt voornamelijk voor bij baby's.

Te overwegen valt alle acute infecties van de onderste luchtwegen of zelfs alle acute luchtweginfecties samen te nemen en dit verder niet uit te splitsen.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidentie van acute bronchi(oli)tis in de NS en Trans (zekere diagnosen) komen overeen, de incidentie in de CMR is de helft lager. De incidentie van longontsteking is juist in Trans een stuk lager dan in m.n. de NS.

Wanneer de acute infecties van de onderste luchtwegen bijelkaar worden opgeteld, laten de NS en Trans vrijwel identieke incidenties zien, de CMR ligt hier echter duidelijk onder. Het bijelkaar optellen van alle luchtweginfecties geeft een verminderde variatie te zien. Het lijkt erop dat veel infecties die in de NS en Trans onder de lage luchtweginfecties worden geregistreerd, in de CMR onder de hoge luchtweginfecties worden geregistreerd.

Zweren van maag en twaalfvingerige darm

Op grond van het klachtenpatroon is een ulcus ventriculi niet te onderscheiden van een ulcus duodeni. Daarom spreekt men vaak van ulcus pepticum. Bij beide type zweren bestaat geen typisch klachtenpatroon. Soms zijn er helemaal geen klachten. Indien er klachten zijn, is de diagnose ulcuslijden niet zonder meer te stellen. Andere diagnoses die aanmerking komen zijn gastritis, reflux-oesofagitis, galblaasaandoeningen en irritable bowel syndroom.

Een verschil in de registraties kan zijn dat anders is omgegaan met de veel voorkomende recidieven.

NS: Door de relatief korte registratieperiode worden recidieven (of exacerbaties) als incidentie gevallen geregistreerd. Dat lijkt de betrekkelijk hoge incidentiecijfers in de NS te verklaren. De diagnose wordt in principe pas geregistreerd na aanvullende diagnostiek (gastroscopie e.d.).

CMR: De diagnose ulcus duodeni en ulcus ventriculi wordt pas na röntgenologisch of gastroscopisch onderzoek geregistreerd. Alleen een recidief kan eventueel zonder dit onderzoek worden geregistreerd. Daarbij wordt de diagnose gesteld op basis van de typerende klachten. Een recidief wordt over het algemeen wel weer als incident geval geregistreerd. Uitzonderingen zijn patiënten die door de arts als bekende ulcuslijder één of enkele jaren als zodanig worden doorgecodeerd.

De code 'ulcus pepticum overige lokalisaties' wordt in de CMR niet gebruikt en is te beschouwen als niet bestaande code. Ulcus bulbi wordt beschouwd als ulcus duodenie.

Trans: Alle zekere diagnoses zijn d.m.v. gastroscopie of röntgenfoto's aangetoond. De niet-zekere diagnoses zijn nog niet aangetoond.

Een recidief wordt door de huisartsen in het algemeen met een 'X' als oud gecodeerd. Bij gebruik van de cijfers uit het referentiebestand maakt het echter niet uit omdat de éénjaarsincidentie nieuw is en de restprevalentie verwijst naar een reeds bestaande episode. In de incidentie zitten dus geen recidieven en in de prevalentie zijn ze ontdubbeld. In het vierjaarsbestand zijn recidieven echter wel degelijk toegelaten en als nieuwe episode gecodeerd.

RNH: Indien het ulcus genezen is maar niet inactief gemaakt wordt, blijft het een prevalent probleem dat bij een recidief niet als incident kan worden herkend. Het bestaat immers al.

Patiënten komen niet melden dat een ulcus echt genezen is. Het probleem blijft dus actief. Dit ligt aan de aard van de aandoening die erg recidiveert. Uit de cijfers blijkt ook dat de incidentie erg laag is en de prevalentie van de actieve problemen juist erg hoog.

Niet ieder ulcus wordt op de probleemlijst opgenomen. Alleen indien aan de ICHPPC-2 criteria voldaan wordt:

- karakteristieke radiologische bevindingen;
- karakteristieke endoscopische bevindingen;
- verergering van klachten bij een patiënt die eerder een bewezen ulcus heeft gehad.

Het onderscheid tussen ulcus duodeni en ventriculi zal dus in het grote merendeel van de gevallen gebaseerd zijn op een scopie-bevinding.

Conclusie algemene gegevens: in alle registraties wordt het ulcus pas geregistreerd na bevestiging door röntgenologisch of gastroscopisch onderzoek. In de NS worden recidieven als incident geval geregistreerd. Eén persoon kan dus in de betreffende registratieperiode meerdere keren als incident geval geteld worden. Voor de CMR geldt hetzelfde. Sommige bekende ulcuslijders kunnen hier echter een aantal jaren doorgecodeerd worden. In Trans (referentiebestand) is het ulcus ontdubbeld. Dat wil zeggen dat iemand in één jaar niet meerdere episoden van ulcuslijden kan hebben. In het RNH blijven ulcus-problemen over het algemeen actief (dus prevalent). Omdat ze al bekend zijn, kunnen ze niet incident worden.

Mogelijk komt hier ook een verschil in werkwijze tussen academische registratiesystemen en een steekproef van huisartsen naar voren: de eerste zijn mogelijk wat terughoudender met het voorschrijven

van medicatie (en meten dus een lager vóórkomen) en de laatste wat sneller met het voorschrijven daarvan.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie en incidentie van ulcus ventriculi zijn in de CMR vrijwel identiek aan die in Trans (zekere diagnosen). De prevalenties en incidenties uit RNH en NS verschillen hiervan. De prevalentie en incidentie van ulcus duodeni zijn in Trans aanzienlijk lager dan in de CMR. Met de NS en RNH zijn ook hier weer verschillen.

Onder ulcus pepticum zijn alle cijfers opgeteld. De prevalenties tussen de hoogste (RNH) en laagste (Trans) verschillen aanzienlijk: een factor 2 à 4. De incidenties verschillen ook nogal: die in de NS is een factor 5 hoger dan in het RNH.

Acute urineweginfecties

In VTV worden de volgende acute urineweginfecties onderscheiden: nierbekkenontsteking (pyelitis), eventueel begeleid door een ontsteking van het nierweefsel (pyelonefritis), blaasontsteking (cystitis) en urethritis (niet overgebracht door geslachtsverkeer). In de registraties worden ook urineweginfecties geregistreerd waarvan de lokalisatie niet is gespecificeerd. Dergelijke infecties vallen met cystitis onder één code.

De symptomen kunnen zeer divers zijn. Hoewel de infecties over het algemeen uit korte episoden bestaan, kunnen vaak recidieven optreden.

De gouden standaard om de diagnose urineweginfectie met zekerheid te kunnen stellen, bestaat uit het kwantitatief kweken van een volgens protocol verkregen urinemonster. In de dagelijkse praktijk zal een kweek slechts plaats vinden na het herhaaldelijk optreden van urineweginfecties. Hierdoor zou een diagnose als bijv. aspecifieke vaginitis gemakkelijk verward kunnen worden met de diagnose acute urineweginfectie. Andere testen die gedaan kunnen worden zijn de nitrietest, microscopisch onderzoek en dipslide. Hoe vaak deze testen door de huisarts verricht worden, is niet bekend.

Een urethritis kan in principe onder de acute urineweginfecties gecodeerd worden en onder de geslachtsziekten. Soms kan op basis van het klinische beeld direkt het onderscheid gemaakt worden (ingeval het bijv. veroorzaakt wordt door gonorroe), soms kan uit de anamnese afgeleid worden of sprake is van een urethritis als gevolg van geslachtsverkeer. En tenslotte kan met een kweek de verwekker opgespoord worden. Vermenging tussen de venerische en niet-venerische urethritis ligt dus niet voor de hand.

NS: De incidentie van urineweginfecties betreft zowel nieuwe gevallen als recidieven.

Urethritis is in de NS een waarschijnlijkheidsdiagnose.

Urineweginfecties als gevolg van geslachtsverkeer komen niet perse onder de hoofdstukken X en Y, maar alleen als een 'geslachtsziekte' is vastgesteld.

Indien zich een urethritis voordoet waarbij het onduidelijk is of het een gevolg is van geslachtsverkeer en waarbij geen microbiologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, wordt het in de NS geregistreerd onder 'niet gespecificeerde, niet-venerische urethritis' (U72.0).

In de NS worden contacten met de assistente ook meegenomen. De assistente stelt vaak de diagnose onder supervisie van de arts, zeker bij recidieven.

CMR: In de CMR worden onderscheiden: pyelonefritis/pyelitis, urineweginfecties en urethritis (non-venerisch). Chronische urineweginfecties, urethritis (aspecifiek, venerisch) en trichomonas (man) behoren niet tot de VTV-operationalisatie.

Symptomen passend bij een urineweginfectie bij een patiënt die klaagt over een pijnlijke start en/of finish van de mictie al of niet gepaard met afscheiding uit de urethra, waarbij bovendien in een midstream sample van vers geloosde urine geen bacteriën aantoonbaar zijn, worden gecodeerd als urethritis.

Bij pyelitis/pyelonefritis staan koorts en stoornissen in de algemene toestand veel meer op de voorgrond. Alleen in onmiskenbare gevallen wordt pyelitis/pyelonefritis gecodeerd. Bij twijfel codeert men 'overige urineweginfectie'.

In de CMR worden contacten met de assistente ook meegenomen. De assistente stelt vaak de diagnose onder supervisie van de arts, zeker bij recidieven.

De incidentie van urineweginfecties betreft zowel nieuwe gevallen als recidieven; een persoon kan in een bepaald jaar een aantal nieuwe gevallen van cystitis hebben.

Trans: De belangrijkste acute urineweginfectie is cystitis en daarvan is de duur in Trans in 88% van de gevallen minder dan vier weken, in 4% tussen de vier weken en zes maanden, in 3% meer dan drie maanden en in 5% van de gevallen ongedefinieerd omdat de start buiten het registratiejaar viel. Als de tussenpoos tussen een contacten met een patiënt vanwege cystitis en een voorgaand contact vanwege cystitis voldoende groot is en het naar het klinisch oordeel van de huisarts een nieuwe episode betreft, wordt het ook als nieuwe episode geregistreerd. Cystitis is vooral een vrouwenziekte waarbij de diagnose over het algemeen zeker is (voor mannen en vrouwen samen

bedraagt de incidentie van de zekere gevallen 19,5 en van de onzekere gevallen 4,3 per 1.000 per jaar). Er wordt zelden een kweek gemaakt bij een cystitis. In 12% van alle episoden van cystitis is er vroeg of laat een kweek gedaan. In 70% van de gevallen is er een urineonderzoek gedaan.

Bij een urethritits wordt wel veel een kweek gedaan: bij 31% van de episoden. Urethritits is een echte jonge- of oude-mannenziekte met een hoge mate van onzekerheid (voor mannen en vrouwen samen bedraagt de incidentie van de zekere gevallen 0,8 per 1.000 en van de onzekere 0,6 per 1.000 per jaar). Bij jonge mannen is de urethritits regelmatig een SOA, bij oude mannen komt deze vaak voor in het kader van een prostatitis, vesiculitis enz.

Als het zeker is dat de urineweginfectie een gevolg is van geslachtsverkeer (venerische urethritits) wordt het geregistreerd onder de hoofdstukken X en Y. Als de verwekker (nog) niet bekend is maar het klinsich beeld wijst wel op een SOA, komt het echter onder urethritits.

Voor de huisarts maakt de specifieke diagnose echter betrekkelijk weinig uit omdat de behandeling bijna altijd tijdens het eerste contact begint en vooral op het klinische beeld berust. Gevallen van acute urineweginfecties die door de assistente afgehandeld worden (recidieven) worden door de huisarts niet geregistreerd.

RNH: n.v.t.

Conclusie algemene gegevens: de verschillende urineweginfecties kunnen vaak niet goed onderscheiden worden of de arts neemt de moeite er niet voor omdat het nauwelijks betekenis heeft voor het beleid. De CMR hanteert duidelijke criteria voor de diagnose urethritits (urineweginfectie met een pijnlijke start en finish van de mictie en geen bacteriën aantoonbaar in een midstream sample). Indien er sprake is van koorts en stoomissen in de algemene gezondheidstoestand, dan wordt pyelitis/pyelonefritis gecodeerd. In de NS en Trans is de diagnose urethritits veel meer een waarschijnlijkheidsdiagnose.

In het algemeen worden in de drie registraties volgende contacten vanwege een urineweginfectie als nieuwe episode beschouwd. In Trans kan de arts ook besluiten dat het een recidief van een reeds bestaande episode betreft.

In tegenstelling tot in Trans worden in de NS en CMR ook assistentecontacten meegenomen. De assistente stelt vaak de diagnose en behandelt onder supervisie, zeker in het geval van een recidief.

Conclusie cijfers (zie tabel): de incidentie van pyelonefritis/pyelitis komt in de drie registraties goed overeen. Datzelfde geldt voor de incidentie van cystitis/urineweginfecties bij mannen. Bij vrouwen is de incidentie in Trans twee keer zo laag als in de NS en de CMR (die vrijwel identiek zijn). De incidentie van urethritits komen in de NS en Trans overeen en is in de CMR erg laag.

Eczeem

Naast de psychiatrie is de dermatologie het vakgebied waarbij dezelfde aandoening op zeer verschillende manieren kan worden beschreven: vanuit het beeld (bijv. eczeem) of vanuit de oorzaak (bijv. contacteczeem). Daarbij zijn de termen eczeem en dermatitis afhankelijk van het feit of men Engelstalig of Duitstalig georiënteerd is.

Er wordt in VTV een onderscheid gemaakt in constitutioneel eczeem en contact-eczeem. Constitutioneel eczeem is een overgevoeligheid (allergie) van de huid, waarbij zowel de aanleg als omgevingsfactoren een rol spelen. Contact-eczeem is een ontsteking van de huid, die veroorzaakt wordt doordat de huid in aanraking komt met bepaalde stoffen. Men onderscheidt twee vormen: irritatie eczeem en contact-allergisch eczeem. Bij *irritatie eczeem* vindt door irriterende stoffen beschadiging van de huid plaats, bij *contact-allergisch eczeem* is de patiënt door voorafgaande blootstelling overgevoelig geworden voor een bepaalde stof of groep verwante stoffen (sensibilisatie). Het onderscheid tussen irritatie en contact-allergisch eczeem kan vaak alleen door de dermatoloog met behulp van specialistisch onderzoek worden gemaakt.

Voor de huisarts kan eczeem nogal wat problemen opleveren voor de diagnostiek en classificatie. De dermatoloog onderscheidt vele gedetailleerde vormen van eczeem, de huisarts hanteert meestal een simpel indelingsschema: endogeen, gemengd endogeen/exogeen, exogeen.

Seborrhoïsch eczeem op het hoofd van kleine kinderen treedt rond de zesde levensweek op. Bij volwassenen wordt het ook nog wel gezien, maar komt minder frequent voor. Mogelijk wordt de aandoening veroorzaakt door infecties met schimmels of bacteriën.

NS: In de NS wordt onderscheiden: a. constitutioneel eczeem; b. contact-eczeem; c. andere vormen van eczeem niet elders classificeerbaar. Voor seborrhoïsch eczeem en luierruitslag bestaan twee aparte codes, die we hier buiten beschouwing laten.

De in de NS gehanteerde term 'contact-eczeem' zal ongeveer overeenkomen met contact-allergisch eczeem en 'eczeem NEC' met irritatie-eczeem.

Mogelijk heeft een gedeelte van de patiënten alleen een werkhypothese van een bepaald eczeem gekregen en zou deze bij langere registratie omgezet zijn in een ander type. Daardoor zouden sommige incidenties in werkelijkheid hoger kunnen uitvallen en sommige juist lager dan de hier gepresenteerde incidenties. Toch wordt verondersteld dat constitutioneel eczeem en contacteczeem door de huisartsen goed te onderscheiden zijn.

CMR: De CMR onderscheidt seborrhoïsch eczeem, constitutioneel eczeem, contact-eczeem en overige dermatitis. Eczeem wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is. Dermatitis (lijkt overeen te komen met het irritatie-eczeem) is over het algemeen een kortdurend, geheel door exogene factoren bepaald beeld, dat zelden chronisch is en dus vrijwel niet doorgecodeerd wordt.

Bij constitutioneel eczeem speelt de (genetische) aanleg een zeer belangrijke rol. Contact-eczeem is eigenlijk het contact-allergisch eczeem. Het wordt door externe factoren veroorzaakt (indien er geen contact is met de stof is er ook geen eczeem) waarbij voor het reageren op die externe stof een aanlegfactor aanwezig moet zijn. Bij dermatitis is de aangedane plek op de huid scherp afgegrensd, en beslaat alleen het contactgebied. Luijdermatitis bij zuigelingen valt in de CMR onder de groep dermatitis maar krijgt een aparte code. Intertrigo (roodheid of wondpijn van de huid in de huidplooien, vooral bij dikke mensen; ontstaat door prikkeling van de huid ten gevolge van wrijving en zweetafscheiding en infectie met *candida albicans*) en zonnedermatitis vallen onder 'overige dermatitis' en de cijfers hiervan kunnen dus niet afgesplitst worden.

Trans: Voor de huisartsen van het Transitieproject is de gehanteerde indeling (constitutioneel en contact-eczeem) buitengewoon helder. De code S88 bevat contact-eczeem en andere vormen van eczeem, exclusief luiereczeem en seborrhoïsch eczeem. De betekenis van de diagnose seborrhoïsch eczeem is overigens omstreden in de dermatologie. Alleen bij baby's is het een duidelijk onderscheiden diagnose.

De cijfers in de grote tabel zijn gebaseerd op het tienjaarsbestand.

RNH: De code S88 bevat contact-eczeem en andere vormen van eczeem, exclusief luiereczeem en seborrhoïsch eczeem.

Criteria voor *constitutioneel eczeem* (S87): een jeukende huidaandoening met roodheid, blaasjesvorming, exsudatie, korstvorming, schilfering of lichenificatie en drie van de volgende criteria:

- A. voorkeur voor de buigzijden van ledematen (beneden tweede jaar voorkeur voor gezicht, hoofdhuid, strekzijden van ledematen, romp, luiergebied)
- B. begin op zuigelingenleeftijd
- C. chronisch recidiverend beloop
- D. gepaard gaand met astma, allergische rhinitis of allergische conjunctivitis
- E. atopie in anamnese of familie-anamnese

Criteria voor *contact-eczeem / ander eczeem NEG* (S88): hiervoor zijn beide volgende criteria vereist:

- A. identificatie van een etiologisch contact-agens
- B. eczeem in het contactgebied

Voor *ander eczeem of dermatitis* is vereist:

een jeukende huidaandoening met roodheid, blaasjesvorming, exsudatie, korstvorming, schilfering of lichenificatie.

Ander eczeem of dermatitis wordt ook geregistreerd onder S88.

Conclusie algemene gegevens: tussen de eczemen die volledig endogeen zijn en de eczemen die volledig exogeen zijn, zitten vele overgangsvormen. Hoewel de registraties overeenkomstige indelingen kennen, is het onwaarschijnlijk dat de benoeming van eczemen door huisartsen en registraties altijd hetzelfde is; variatie tussen dokters en registraties is waarschijnlijk.

Constitutioneel eczeem is in alle huisartsenregistraties wel op identieke wijze benoemd. Vooral contact-eczeem lijkt problemen op te leveren. De NS en de CMR hanteren aparte codes voor irritatie-eczeem en contact-allergisch eczeem, hoewel de benoeming anders is (contact-eczeem voor irritatie-eczeem en resp. andere vormen van eczeem en overige dermatitis voor contact-allergisch eczeem). In hoeverre het onderscheid steeds goed gemaakt wordt, is natuurlijk maar de vraag. Trans en RNH maken geen onderscheid in beide soorten contact-eczeem.

Waarschijnlijk worden andere vormen van eczeem dan contact-eczeem ook geregistreerd onder 'overige vormen van eczeem of dermatitis'. Voorbeelden zijn dyshidrotisch, hypostatisch, solair, craquelé eczeem, eczema intertriginosum en eczeem ten gevolge van medicijn- of voedselovergevoeligheid. In de CMR worden zonnedermatitis en intertrigo in ieder geval onder dermatitis geregistreerd. Ook in Trans en RNH kunnen andere vormen onder S88 terecht komen. Hoe vaak dat gebeurt, is niet bekend. Luiereczeem/uitslag en seborrhoïsch eczeem worden in alle registraties wel apart gecodeerd en niet meegenomen bij de diagnoses constitutioneel eczeem of contact-eczeem.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie van constitutioneel eczeem in de CMR en het RNH komt goed overeen. De prevalentie in Trans is aanzienlijk lager. De incidentie van constitutioneel eczeem in de NS, CMR en Trans liggen in dezelfde orde van grootte. In het RNH is de incidentie erg laag. Misschien omdat hier duidelijke criteria gebruikt worden of omdat een eenmaal vastgestelde diagnose altijd actief gehouden wordt?

De prevalenties en incidenties van contact-eczeem verschillen nogal tussen de registraties. Een factor 40 is wel zeer merkwaardig. Vooral de lage cijfers in het RNH vallen op. Redenen voor verschillen zijn niet bekend.

Reumatoïde artritis

Reumatoïde artritis (RA) wordt gekenmerkt door chronische ontsteking van meerdere gewrichten. Daarbij komen vaak algemene klachten (moe, gewichtsverlies, koorts) en stoornissen in bepaalde organen (hart, longen, nieren, ogen). RA bevat niet één enkel specifiek kenmerk dat in alle gevallen aantoonbaar is. Volgens de criteria die nu gelden, en die opgesteld zijn door de American Rheumatism Association, zijn voor het vaststellen van RA vier van de volgende zeven opgestelde criteria vereist: ochtendstijfheid, ontsteking van drie of meer gewrichten/gewrichtsgroepen, gewrichtsontsteking van handen of polsen, symmetrische gewrichtsontsteking, reumanoduli, reumafactor in serum, gewrichtsafwijkingen op röntgenfoto's.

Differentieel-diagnostisch is met name in latere stadia het onderscheid met artrose niet altijd gemakkelijk.

Juveniele RA (een separate aandoening die zich meestal anders manifesteert) wordt in alle registraties ook tot RA gerekend. De prevalentie ervan is echter laag, namelijk 0,2-1,0 per 1.000.

NS: De ziekte van Bechterew en RA kunnen in de NS onderscheiden worden, in tegenstelling tot in de andere registraties.

Nog sterker dan bij diabetes mellitus geldt dat veel werkhypothesen in de drie maanden niet definitief zijn bevestigd als reumatoïde artritis. Mogelijk is het materiaal uit het ROME-project relevanter (H. Miedema, TNO-PG).

CMR: Er wordt geen onderscheid gemaakt in RA en de ziekte van Bechterew. In een apart onderzoek is eenmalig aan de hand van patiëntenkaarten nagegaan wat de precieze diagnose was van prevalentie patiënten met de diagnose RA in de CMR. In 11% van de gevallen bleek het om de ziekte van Bechterew te gaan.

De diagnose RA wordt normalerwijs door een reumatoloog (of soms een algemeen internist) bevestigd.

RA wordt altijd doorgecodeerd.

Trans: Er wordt geen onderscheid gemaakt in RA en de ziekte van Bechterew.

Van alle episoden RA heeft 14% per jaar contact met een specialist. Dit zijn lang niet allemaal reumatologen, omdat de orthopeed, respectievelijk plastisch chirurg deze mensen nogal eens opereert.

RNH: Er wordt geen onderscheid gemaakt in RA en de ziekte van Bechterew.

De ICHPPC-2 criteria voor RA maken het voor de huisarts goed mogelijk de diagnose zelfstandig te stellen. Gedacht wordt dat in het verleden de reumatoloog veelal de diagnose stelde maar dat na het invoeren van de NHG-Standaard de huisarts vaker zelfstandig de diagnose stelt. Getallen daarover zijn er echter niet.

Conclusie algemene gegevens: in zowel de CMR, Trans als RNH valt de ziekte van Bechterew ook onder RA. In de NS is dat niet het geval. Het is daarom te verwachten dat de incidentie in de NS ca. 10% lager is dan in de andere registraties. Aan de andere kant zijn veel RA-gevallen in de NS werkhypothesen waarvan de diagnose nog niet bevestigd is door een reumatoloog. Overregistratie in de NS is dus te verwachten. In de CMR zal de diagnose RA veel vaker wel door de reumatoloog bevestigd zijn. In Trans en het RNH stelt de huisarts de diagnose veel vaker zelfstandig. Juveniele RA valt in alle registraties onder RA.

Conclusie cijfers (zie tabel): In Trans is de prevalentie wat laag, in het RNH wat hoog. De incidenties zijn redelijk vergelijkbaar in de CMR, Trans en het RNH. In de NS is de incidentie erg hoog, vergeleken met de andere registraties, ondanks dat de ziekte van Bechterew in de NS is afgesplitst.

Artrose

Niet iedereen met verschijnselen van artrose heeft klachten. Naarmate de verschijnselen, zoals zichtbaar op een röntgenfoto, ernstiger zijn, is er vaker sprake van pijnklachten. Bij milde, radiologisch aangetoonde artrose heeft 20-40% van de patiënten pijn, bij ernstige artrose 40-60%. Er is weinig onderzoek gedaan naar het beloop van artrose. Wel blijkt dat de klachten een wisselend beloop kunnen hebben. In Nederland bestaan geen uniform geaccepteerde criteria voor het stellen van de diagnose artrose. Niet iedereen met verschijnselen van artrose heeft klachten en zal zich bij de huisarts presenteren. De cijfers in huisartsenregistraties liggen dan ook meestal lager dan in bevolkingsonderzoeken. Differentiaal-diagnostisch kan bij de klachten die zich voordoen bij artrose ook gedacht worden aan RA en polymyalgia rheumatica. De diagnose artrose wordt gesteld op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en soms aanvullend onderzoek (BSE-bepaling, röntgenfoto's).

In VTV wordt onder artrose alleen perifere artrose verstaan. Artrose van de wervelkolom (ook cervicaal) valt onder dorsopathiën.

In de tabel is onder 'artrose totaal' simpelweg het voorkomen van artrose van de knie, heup en overig artrose gesommeerd. Hoogst waarschijnlijk bevatten deze totalen geen unieke personen omdat patiënten met artrose in meerdere gewrichten ook meerdere keren geteld zijn. T.z.t. zou daarom nog een aparte analyse nodig zijn om prevalenties en incidenties van patiënten te krijgen.

Van de patiënten die bekend zijn met perifere artrose, heeft 30% in een jaar geen contact met de huisarts (De Bock, 1996).

NS: Nader onderzoek op het materiaal van de NS heeft duidelijk gemaakt dat bij 70% van de incidentie patiënten met artrose binnen vier jaar een röntgenfoto is geproduceerd. Zie ook het ROME-project.

CMR: Artrose wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is.

De diagnose werd in de CMR vaak ondersteund door een röntgenfoto. Sinds 1985 is de lokalisatie vastgelegd.

Trans: De cijfers over artrose naar lokalisatie zijn afkomstig van het vierjaarsbestand. In het vierjaarsbestand zijn de patiënten (per lokalisatie) ontdebeld en maar één keer meegeteld, onafhankelijk van het aantal aangedane gewrichten. Zekere diagnoses voldoen aan de criteria van de ICHPPC-II. Onzekere diagnoses voldoen daar niet aan, maar de kans is zeer groot dat op korte termijn de diagnose daar wel aan zal voldoen. Daarom wordt geadviseerd ook de onzekere diagnoses uit Trans mee te nemen. In het referentiebestand is bij perifere artrose geen onderscheid gemaakt naar de lokalisatie. De cijfers voor perifere artrose zijn hierin ontdebeld. Per jaar wordt in 19,6% van de episoden perifere artrose een röntgenfoto gemaakt. Dit is echter het resultaat van een erg scheve verdeling omdat bijv. reeds bij de start van de episode in de leeftijdsklasse 25-64 jaar in 20,8% van de gevallen en in de klasse 65-74 jaar in 19,9% van de gevallen al direkt een foto wordt gemaakt, maar in de klasse 75+ (en daar is de prevalentie van artrose pas echt hoog) is het percentage slechts 9,4%.

RNH: Voor de verschillende artroses bestaan geen criteria zodat het de beoordeling van de huisarts is die bepaalt of een probleem artrose is of iets anders. Een foto is daarbij zeker niet vereist en er is geen documentatie hoe vaak dat deze gemaakt wordt en gemaakt werd bij oude cases.

De lage incidenties in het RNH kan het gevolg zijn van het feit dat artrose alleen tot opname op de probleemlijst leidt als de patiënt duidelijk functionele problemen heeft en/of deze een behandeling volgt.

Er zullen veel artroses op de probleemlijst geplaatst zijn op basis van gegevens uit het verleden, die niet gecontroleerd zijn. Mogelijk is de prevalentie van artrose daarom nogal hoog. Tegenwoordig zijn de huisartsen veel zuiniger met de term 'artrose'. Ze plaatsen het niet zomaar op basis van een afwijkingen die op de röntgenfoto wordt gezien op de probleemlijst maar doen dat op basis van de criteria voor opname op de probleemlijst.

Conclusie algemene gegevens: voor de totaalcijfers is het belangrijk om te weten of het om unieke personen gaat of dat personen met artrose in meerdere gewrichten dubbel geteld zijn. Vooralsnog zijn dergelijke personen dubbelgeteld (behalve bij Trans), maar ontdebelling is in de bestanden wel mogelijk. Verder is het belangrijk om te weten hoe de diagnose gesteld wordt: wordt er altijd een röntgenfoto gemaakt? In de NS en CMR meestal wel, in Trans niet zo vaak. In het RNH was men vroeger gemakkelijker met het toekennen van de diagnose artrose. Nu is men zuiniger daarmee. Uit Trans kunnen voor de vergelijkbaarheid met de andere registraties het beste zowel de zekere als onzekere diagnoses meegenomen worden.

Conclusie cijfers (zie tabel): Bij vergelijking van de prevalenties van de afzonderlijke lokalisaties blijken die van de CMR en RNH in dezelfde orde van grootte te liggen. De prevalentie in Trans is steeds lager, soms aanzienlijk. Wat betreft de prevalentie van alle lokalisaties samen (inclusief dubbeltellingen) blijken de CMR en het RNH op gelijk niveau te liggen. De prevalentie in Trans is (door de ontdebelling) een stuk lager.

Bij het vergelijken van de incidenties blijkt dat er tussen die uit de NS, CMR en Trans weinig verschillen zijn. De NS is wel consequent de registratie met de hoogste incidentie. De totale incidentie van perifere artrose ligt in de drie registraties ook ongeveer op gelijk niveau. De incidentie in het RNH is altijd laag. Mogelijk heeft dat te maken met het feit dat in het RNH alleen gevallen op de probleemlijst worden gezet waarbij functionele problemen bestaan en/of behandeld wordt. De vraag is echter of in de andere registraties de incidentie patiënten minder functioneel beperkt zijn en niet behandeld worden.

Indien alle registraties samen beschouwd worden blijkt dat onder prevalentie patiënten de knie het gewricht is dat het meest is aangedaan, gevolgd door de heup en overige lokalisaties. Onder de incidentie patiënten is de knie eveneens het meest aangedaan en vervolgens de overige lokalisaties en heup. Echter, per registratie is de volgorde van de meest voorkomende lokalisatie anders. Dit geeft aan dat er behalve variatie is in de hoogte van de prevalenties en incidenties, er ook variatie is in de verdeling van de lokalisaties.

Tuberculose

Besmetting met de tuberkelbacterie vindt meestal plaats via de lucht (hoesten). De bacterie kan de longen infecteren en aantasten en kan vandaaruit via de bloedsomloop andere organen (hersenen, nieren, botten) infecteren. Slecht een klein deel van alle geïnfecteerde personen wordt ziek.

Sedert het einde van de jaren tachtig stijgt bij de IGZ het aantal meldingen van tuberculose. De toename van het voorkomen van tuberculose vindt vooral plaats bij personen met een gestoord immuunsysteem (hiv) en immigranten. Bij autochtone en bij langer in Nederland verblijvende allochtone personen is men minder gauw geneigd aan deze ziekte te denken. Met name extrapulmonale vormen worden vaak laat of in het geheel niet gediagnostiseerd.

Ondanks dat het een infectieziekte is, zal het vanwege z'n sub-chronische uiting (lange medicijnkuur is vereist) toch langere tijd zorg vragen en dientengevolge nog een vrij hoge prevalentie kennen.

De gemeten incidentie is erg afhankelijk van het optreden van 'outbreaks' in het gebied waar de desbetreffende registratie meet. Kleine, regionale registraties zullen waarschijnlijk nauwelijks gevallen laten zien, tenzij er een explosie optreedt; dan zitten ze enorm hoog. Daarom zijn dergelijke registraties hier minder geschikt.

NS: --

CMR: Tuberculose (long en elders) wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is. Alle gevallen die bij de huisarts kwamen via consultatiebureaus, GGD's en medisch specialisten zijn geregistreerd.

Trans: De cijfers zijn afkomstig van het tienjaarsbestand.

RNH: Het RNH heeft (nog) niet de beschikking over betrouwbare cijfers. De prevalentie van 1,8 per 1.000 is erg hoog vergeleken met de CMR en Trans.

Op basis van de rapportage van maart 1993:

A70: 27 gevallen; R70: 69 gevallen. Samen 96 gevallen. De incidentie bedroeg aldus 1,71 per 1.000 personen per jaar (volgens ons 1,8). Alle problemen waren actief. Wellicht dat TB in een aantal gevallen niet inactief gemaakt was en de incidentie daarom zo hoog was.

Conclusie algemene gegevens: Het voorkomen van tuberculose hangt samen met het voorkomen van grote-stadsproblematiek. Omdat Trans een oververtegenwoordiging van praktijken uit de grote stad bevat, is het aannemelijk dat de cijfers daar wat hoger zijn.

Omdat de incidentie de laatste 10 jaar lijkt te stijgen, is het van belang recente cijfers te presenteren. De NS is daarom minder geschikt. Bij het RNH worden vraagtekens bij de betrouwbaarheid gezet. Deze is daarom waarschijnlijk ook minder geschikt. Trans heeft daarom de grootste voorkeur.

Conclusie cijfers (zie tabel): de prevalentie- en incidentiecijfers zijn erg laag en daarom erg onbetrouwbaar; een paar gevallen meer of minder kunnen de cijfers sterk beïnvloeden. De prevalentiecijfers van Trans zijn aanzienlijk hoger dan die van de CMR. De (voorlopige) cijfers van het RNH zijn erg hoog. Incidentiecijfers van de NS en CMR liggen in dezelfde orde van grootte. Die van Trans zijn aanzienlijk hoger.

Dorsopathieën

In VTV zijn dorsopathieën gedefinieerd als: ankyloserende spondylitis en andere inflammatoire spondylopathieën, spondylose en verwante aandoeningen, aandoeningen van de tussenwervelschijven, overige aandoeningen van de regio cervicalis (incl. nekpijn) en overige en niet gespecificeerde aandoeningen van de rug (incl. lage rugpijn, ischias (tenzij een gespecificeerde aandoening van de nervus ischiadicus) en niet gespecificeerde rugpijn). Het is dus een grote vergaarbak van rug- en nekproblemen.

Alle huisartsenregistraties onderscheiden een aantal typen rugaandoeningen. De indeling is steeds anders: soms wordt hernia nuclei pulposi samen onder één code genomen met 'rugpijn met uitstraling', de andere keer krijgt het zelfstandig een code. Het is moeilijk te zeggen welke codes overeen komen. Het is waarschijnlijk dat in de verschillende registraties verschillende criteria gehanteerd worden. Daarom lijkt het beter om alle rugproblemen samen te nemen, inclusief artrose van de wervelkolom. Er is nog wel getracht HNP af te splitsen omdat deze aandoening toch een ander klinisch handelen met zich meebrengt (in Nederland vaak operatie). Echter, alleen de CMR hanteert een aparte code voor HNP. In de NS wordt het samengenomen met discusafwijkingen. Om de vergelijkbaarheid zo groot mogelijk te houden, is een wat bredere klasse gekozen in de tabel. Hierin zijn ook 'lage rugpijn met uitstraling' en ischialgie bijgenomen.

Een belangrijke vraag is hoe de diagnose HNP gesteld wordt. Is deze altijd röntgenologische (MRI) bevestigd? En wat is het onderscheid tussen lage rugpijn met uitstraling en ischialgie?

Omdat bij dorsopathie een groot aantal codes samengenomen zijn, is het denkbaar dat sommige personen meerdere keren geteld zijn, omdat ze meerdere rugproblemen hebben. Zo kan een persoon zowel artrose van de nek als van de rug hebben. Als dit inderdaad het geval is, zullen de cijfers nog 'ontdubbeld' moeten worden.

NS: De diagnose HNP wordt niet alleen op basis van het klinische beeld gesteld, maar meestal pas na bevestiging door een specialist. De overige beelden zullen wel vooral klinisch worden vastgesteld. Ook hierbij kunnen de gegevens uit het ROME-project gebruikt worden.

CMR: Artrose wordt doorgecodeerd als het klinisch relevant is. De andere aandoeningen/klachten worden niet zo snel doorgecodeerd.

Acute lumbago: een acuut ontstane hevige pijn laag in de rug met duidelijke ernstige bewegingsbeperkingen zonder uitstraling in de benen. Een persoon kan vaker dan eenmaal per jaar een episode van acute lumbago doormaken, zonder daarmee als chronische patiënt te boek te staan. In een jaar wordt de acute lumbago dan meerdere keren als incident gecodeerd.

myalgie van de rug zonder uitstraling: rugpijn met een minder hevig en minder acuut karakter, met geringe of afwezige bewegingsbeperkingen, eveneens zonder uitstraling naar de benen

myalgie van de rug met uitstraling: idem, maar met uitstraling van de pijn in een been zonder tekenen van wortelprikkeling. Bij wortelprikkelingen zijn er stoornissen in de motoriek, reflexafwijkingen en soms uitval van de sensibiliteit in het betreffende dermatoom in onderbeen en voet.

ischialgie: wortelprikkeling zonder uitval. De proef van Lasegue is een betrouwbare indicatie voor wortelprikkeling.

HNP: een klassiek beeld (pijn, uitstraling en tekenen van wortelcompressie), soms bevestigd na specialistisch onderzoek. De meeste HNP's zijn specialistisch bevestigd, maar niet alle. Dat betekent dat niet in elk geval een MRI is gemaakt (en dat is zeker zo voor pakweg 1990 toen MRI nog niet bestond/gangbaar was).

Eén persoon kan in één jaar voor meerdere problemen als incident worden geregistreerd. De patiënt kan bijv. een episode van acute lumbago doormaken en korte tijd later een episode van myalgie van de rug met uitstraling.

Niet alleen lage maar ook vage rugklachten zullen per definitie worden geregistreerd. Het hangt ervan af (om het eens populair te zeggen) of de 'vaagheid' voorrang heeft of de 'rugklacht'. Een enkelvoudige somatische klacht als rugpijn die niet past in een specifieke categorie wordt

als 'myalgie van de rug zonder uitstraling' gecodeerd; indien de klacht rugpijn onderdeel is van een somatiseringsproces (en er dus positieve aanwijzingen zijn dat een verklaring voor de somatische klacht moet worden gezocht in de leefwijze en het omgaan met gezondheidsstoomissen) dan krijgt deze klacht het kenmerk van een 'nerveus-functionele klacht' en zal als zodanig worden gecodeerd.

De ziekte van Bechterew valt volgens de VTV-definitie ook onder de dorsopathieën. In de CMR valt deze onder RA. Dat is echter niet zo'n probleem, want het voorkomen ervan is gering.

Trans: De gegevens in de grote tabel zijn afkomstig van Trans-I (diskette), maar ze zouden eigenlijk uit het referentiebestand moeten komen. Ontdubbeling is niet mogelijk, zodat alle diagnoses opgeteld moeten worden. Voor de vergelijkbaarheid met de andere registraties, is het misschien het beste om bij 'dorsopathieën totaal' van 'alle diagnoses' uit te gaan, dus incl. de onzekere. Bij lage rugpijn met uitstraling (L86) zouden de onzekere diagnoses ook meegenomen moeten worden. De HNP is hierbij onzeker, maar er is altijd sprake van uitstraling.

Ischialgie bevindt zich onder L86.

Bij dorsopathie is het zeer belangrijk om na te gaan wat het beloop van de verschillende dorsopathieën is. Te bestuderen onderwerpen zijn de mate waarin doorverwezen wordt naar de fysiotherapeut, het aantal röntgenfoto's dat gemaakt wordt, het aantal verwijzingen naar orthopedie, de duur van de klachten, de co-morbiditeit enz.

RNH: We zullen uit moeten gaan van de actieve problemen.

Ischialgie bevindt zich onder L86. Artrose van de cervicale wervelkolom onder L83. HNP van de cervicale wervelkolom bevindt zich ook onder L83.

Patiënten die eenmalig op het spreekuur komen met vage rugklachten komen niet op de probleemlijst. Er moet een chronisch, permanent, progressief karakter zijn en dat zal bij rugklachten toch pas na een periode worden vastgesteld. Maar dan gaat het niet om een episode maar om een probleem dat langer actief zal zijn. Zeker als de patiënt om de paar maanden zich weer met klachten meldt.

Conclusie algemene gegevens: Vrijwel alle codes die met de nek en rug te maken hebben zijn onder 'dorsopathieën' gebracht. Door ook symptomen mee te nemen is het waarschijnlijk dat de cijfers in de verschillende registraties vergelijkbaar zijn. De NS en Trans registreren symptomen bijv. onder L02, de CMR onder 4083. Het RNH vormt hier een uitzondering: problemen moeten vrij ernstig zijn willen ze op de probleemlijst verschijnen.

HNP kan alleen eigenlijk alleen op basis van de CMR bepaald worden omdat hier een aparte code voor bestaat. In de andere registraties worden codes gebruikt die wat breder zijn: ook lage rugpijn met uitstraling en ischialgie zitten daar in. Het gaat dan om lage-rugpijn die gepaard gaat met klachten buiten de rug en waarschijnlijk vrij invaliderend is. Van Trans dienen daarbij ook de 'onzekere' diagnoses meegenomen te worden.

Conclusie cijfers (zie tabel): De cijfers over dorsopathieën zijn zeer goed vergelijkbaar, zeker als bedacht wordt dat deze aandoening een grote vergaarbak van problemen is. Indien de codes HNP, lage rugpijn met uitstraling en ischialgie samengenomen worden, blijkt dat op een lager niveau grote verschillen kunnen bestaan met een hoge prevalentie in het RNH en een lage incidentie in Trans.

5 CONCLUSIES: VOORSTEL HOE IN VTV-1997 OM TE GAAN MET DE HETEROGENITEIT IN DE REGISTRATIES

Voor veel ziekten en aandoeningen zijn in Nederland geen betrouwbare epidemiologische bevolkingscijfers beschikbaar. Een redelijk alternatief vormen cijfers uit huisartsenregistraties. In dit rapport zijn vier van dergelijke registraties beschreven en vergeleken. In algemene termen blijkt het niet mogelijk te zijn om één of meer van de beschouwde registraties als meest geschikte voor VTV-doeleinden te typeren. Alle registraties hebben in dat opzicht zowel sterke als zwakke kanten (zie hoofdstuk 3). Het werd al snel duidelijk dat per ziekte nagegaan moest worden welke registraties het beste gekozen konden worden. Omdat het voor een relatieve buitenstaander niet altijd duidelijk is wat precies de wijze van registreren is, en diens gevolge wat de betekenis van de cijfers is, is een uitgebreide ziektespecifieke vergelijking gemaakt.

Geconcludeerd kan worden dat per ziekte vaak één of twee registraties afvallen (om wisselende redenen) en dat voor presentatie in VTV dus meerdere registraties in aanmerking komen, zij het steeds in wisselende combinaties.

Uit de tabel in hoofdstuk 4.1 blijkt dat er soms grote verschillen bestaan in de waargenomen prevalentie- en incidentiecijfers in de vier beschouwde registraties. De verschillen hangen sterk samen met de onderliggende doelstelling van elke registratie. Deze kunnen liggen in:

- Populatie (omvang, demografische samenstelling, regio)
- Werkwijze (wel/niet assistentecontacten en telefonische contacten, verwerking bericht van specialisten, centraal/perifeer coderen, continuïteit)
- Definities en rekenwijze (probleemlijst, zorgepisoden, doorcoderen, berekening van tellers en noemers van de epidemiologische breuk)
- Kwaliteitsbewaking (automatisering, bijeenkomsten, documentatie van afspraken)
- Diagnoseclassificatie (ICPC, Nivel-ICPC, E-lijst, ICHPPC-2-defined, NHG-Standaarden, DSM, CBO-consensus)
- Zekerheid van de diagnose (werkhypothesen, alleen 'definitieve' zekerheid, bijstelling van de diagnose)

In hoofdstuk 3 zijn deze aspecten voor elke registratie aan de orde gekomen.

Eén van de aspecten die mogelijk verantwoordelijk is voor de gevonden verschillen, zijn de gehanteerde diagnosecriteria. Deze zijn voor een buitenstaander niet altijd bekend. Meestal kan niet worden aangegeven dat criteria x die in registratie A gehanteerd worden de juiste zijn en dat criteria y in registratie B de verkeerde zijn. Wel is duidelijk dat in gevallen waarin de diagnosecriteria verschillen de morbiditeitscijfers van de registraties op voorhand niet vergelijkbaar zijn. Aan de andere kant is het mogelijk dat het gebruik van verschillende diagnosecriteria in de praktijk nauwelijks leidt tot verschillend registratiegedrag. Kortom, de invloed van verschillende diagnostische criteria is moeilijk in te schatten.

Voor een aantal ziekten krijgen we dus twee of meer cijfers die alle wat anders betekenen. En ook als de diagnosecriteria voor een ziekte ongeveer identiek zijn in de registraties, blijven er toch vaak verschillen in de geregistreerde morbiditeitsniveaus, variërend van een faktor 1-2 en in sommige gevallen oplopend tot een faktor 4 of zelfs 40 (contact-eczeem). Duidelijke verklaringen voor die verschillen blijken, ook na de uitgebreide analyse in hoofdstuk 4.2, vaak niet voorhanden. Wat wel opvalt is dat hoe gedetailleerder een ziekte wordt omschreven, des te groter de verschillen zijn. Wanneer verschillende codes opgeteld worden (zie bijv. dorsopathie) komen de cijfers dicht bij elkaar.

In ieder geval is duidelijk dat in vergelijkende overzichten per ziekte de diagnosecriteria en soms de codeerregels gespecificeerd moeten worden die binnen de registratie(s) gehanteerd worden.

Samenvattend, verschillende registraties komen tot verschillende cijfers, de ene keer op grond van verschillen in diagnosecriteria, de andere keer op basis van andere registratiekenmerken. De vraag ligt

dus voor hoe om te gaan met deze heterogeniteit en verschillen in niveaus. Het alleen presenteren van één cijfer per ziekte in VTV lijkt niet te verdedigen.

Beschrijving in VTV-1997

De volgende stap is een voorstel te ontwikkelen hoe de heterogeniteit in VTV-1997 te presenteren. Onderdelen die daarvan deel uit kunnen maken zijn:

- een beschrijving van de betekenis van de cijfers in de desbetreffende bronnen.
- een beschrijving van de orde van grootte van de verschillen.

In het kader worden alternatieven voor het gebruik van gegevens uit huisartsenregistraties in VTV beschreven. Combinaties van de alternatieven zijn ook denkbaar.

1. Voor alle ziekten worden de cijfers uit één registratie genomen.

Dit alternatief valt voor de berekening van het huidige voorkomen sowieso af vanwege reeds genoemde nadelen.

2. Per ziekte wordt, op basis van dit rapport, één cijfer uit de beste bron gepresenteerd.

Voordelen:

- Eén cijfer per ziekte is erg gemakkelijk hanteerbaar (bijv. bij het rekenen).
- Handzaam bij presentatie.

Nadelen:

- Ondanks studie en gesprekken blijft het lastig om te zeggen welke registratie per ziekte de beste is. In hoeverre de verschillen in registratiemethodiek de verschillen in de waargenomen prevalentie- en incidentiecijfers verklaren, blijft voor zowel de registratiehouders als cVTV vaak onduidelijk.
- Soms kan beweerd worden dat één of twee registraties afvallen omdat de gehanteerde methode voor een ziekte anders is dan voor VTV gewenst is. Er blijven dan nog drie of twee registraties over. De vraag is hoe hieruit een keuze gemaakt moet worden.
- Vergelijking tussen VTV's kan mogelijk lastig zijn omdat sommige registraties niet meer bestaan in bijv. 2001.

*3. Er wordt één gemiddeld cijfer per ziekte gepresenteerd. Hierbij worden alle in aanmerking komende registraties als gelijkwaardig beschouwd (indien ze ongeveer dezelfde diagnosecriteria hanteren) en de gegevens worden **ongewogen** gepoold. Het gemiddelde van de registraties wordt dus gepresenteerd.*

Voordelen:

- Eén cijfer per ziekte is erg gemakkelijk hanteerbaar (bijv. bij het rekenen).
- Handzaam bij presentatie.
- Alle registraties worden gelijkwaardig behandeld.
- Eventuele registratieverschillen zijn niet meer zo van belang omdat deze zich toch weg middelen.

Nadelen:

- Geen van de registraties zal zich herkennen in de cijfers.
- De kennis die er op basis van dit rapport is over de betekenis van de cijfers, wordt deels genegeert zodat de betekenis van de cijfers niet helemaal duidelijk is.
- Vergelijking tussen verschillende VTV's is niet mogelijk.

*4. Er wordt één gemiddeld cijfer per ziekte gepresenteerd. Hierbij worden alle in aanmerking komende registraties als gelijkwaardig beschouwd (indien ze ongeveer dezelfde diagnosecriteria hanteren) en de gegevens worden **gewogen** naar leeftijd en geslacht gepoold. Het wegen zou beperkt moeten worden tot leeftijd en geslacht.*

Voordelen:

- Eén cijfer per ziekte is erg gemakkelijk hanteerbaar (bijv. bij het rekenen).
- Handzaam bij presentatie.
- Eventuele registratieverschillen zijn niet meer zo van belang omdat deze zich toch weg middelen.

Nadelen:

- Geen van de registraties zal zich herkennen in de cijfers.
- De kennis die er op basis van dit rapport is over de betekenis van de cijfers, wordt deels genegeert zodat de betekenis van de cijfers niet helemaal duidelijk is.
- Het wegen is nogal arbeidsintensief.
- Berekening van de weegfactoren ten behoeve van de prevalentie is lastig vanwege een wisselende omvang van de patiëntenpopulatie in Trans en RNH. Ook is het berekenen van de weegfactoren een lastige zaak indien een gemiddelde prevalentie over meerdere jaren genomen wordt (afhankelijkheid in de noemers).

- De grootte van de totale praktijkpopulatie van een registratie is in dit alternatief de enige weegfactor. Andere kenmerken die mee zouden moeten tellen, worden genegeert. Zo hebben de kleinere registraties (bijv. CMR) een aantal voordelen boven de andere die hiermee ondergesneeuwd raken.
- Vergelijking tussen verschillende VTV's is niet mogelijk.

5. *Er worden meerdere cijfers per ziekte gepresenteerd: van alle in aanmerking komende registraties.*

Voordelen:

- De cijfers worden direct genuanceerd. Door meerdere cijfers te laten zien wordt getoond dat er niet een gouden standaard bestaat. Er wordt alleen aangegeven wat de prevalentie en incidentie zouden kunnen zijn.
- Alle registraties worden gelijkwaardig behandeld.

Nadelen:

- Het wordt een ingewikkelde zaak om in thema 1 van VTV-1997 (achtergronddocument) voor elke ziekte de prevalentie en incidentie naar leeftijd en geslacht te presenteren, hetgeen toch een kerntaak van thema 1 is (veel figuren/tabellen nodig).
- Het rekenen wordt lastig. Er zullen steeds meerdere varianten (bijv. hoogste en laagste) doorgerekend moeten worden. Er wordt veel (reële) onzekerheid geïntroduceerd als meerdere ziekten en determinanten in het model betrokken moeten worden.
- Het beleid wil mogelijk slechts één duidelijk cijfer per ziekte.

6. *Er worden meerdere cijfers per ziekte gepresenteerd: alleen de hoogste en laagste.*

Voordelen:

- De cijfers worden direct genuanceerd. Door meerdere cijfers te laten zien wordt getoond dat er niet een gouden standaard bestaat. Er wordt alleen aangegeven wat de prevalentie en incidentie zouden kunnen zijn.
- Alle registraties worden gelijkwaardig behandeld.

Nadelen:

- Het wordt een ingewikkelde zaak om in thema 1 van VTV-1997 (achtergronddocument) voor elke ziekte de prevalentie en incidentie naar leeftijd en geslacht te presenteren, hetgeen toch een kerntaak van thema 1 is (veel figuren/tabellen nodig).
- Het rekenen wordt lastig. Er zullen steeds meerdere varianten (bijv. hoogste en laagste) doorgerekend moeten worden. Er wordt veel (reële) onzekerheid geïntroduceerd als meerdere ziekten en determinanten in het model betrokken moeten worden.
- Het beleid wil mogelijk slechts één duidelijk cijfer per ziekte.
- Vergelijking tussen verschillende VTV's is niet mogelijk.

7. *Er wordt alleen een orde van grootte van de prevalentie en incidentie aangegeven op bijv. een 'soort' logaritmische schaal: <0,1 0,1-1,0 1-10 10-50 50-100 100-500 per 1.000. Hierbij worden alle in aanmerking komende registraties als gelijkwaardig beschouwd (indien ze ongeveer dezelfde diagnosecriteria hanteren). Indien de prevalenties bijv. zijn: 12,3 - 8,9 - 4,4 - 24,8 per 1.000 dan presenteren we 1-50 per 1.000.*

Voordelen:

- De cijfers worden direct genuanceerd. Door een range te laten zien wordt getoond dat er niet een gouden standaard bestaat. Er wordt alleen aangegeven wat de prevalentie en incidentie zouden kunnen zijn.
- Er kan op deze wijze wel een overzichtstabel gemaakt worden.
- Alle registraties worden gelijkwaardig behandeld.
- Precieze registratieverschillen zijn minder relevant omdat die waarschijnlijk toch niet in de gehanteerde klassen tot uitdrukking komen.

Nadelen:

- Het rekenen wordt lastig. Er zullen steeds meerdere varianten (bijv. boven- en ondergrens) doorgerekend moeten worden. Er wordt veel (reële) onzekerheid geïntroduceerd als meerdere ziekten en determinanten in het model betrokken moeten worden.
- Geen van de registraties zal zich herkennen in de cijfers.
- De onnauwkeurigheid van deze indeling is wel erg groot. Maar waarschijnlijk is die ook reëel.
- Het maken van figuren/tabellen naar leeftijd en geslacht kan lastig worden.
- Het beleid wil mogelijk één duidelijk cijfer per ziekte.

Indien één cijfer per ziekte gepresenteerd wordt (alternatieven 3 en 4), is het logisch om daarbij de mate van onzekerheid aan te geven. Dat zou eigenlijk ook per leeftijds- en geslachtsklasse moeten.

1. Door de hoogste en de laagste waarde aan te geven.
2. Door een index te construeren, bijv. de hoogste waarde gedeeld door de laagste of de 'coefficient of variance' of de standaarddeviatie.

In het projectteamoverleg van VTV is over de verschillende alternatieven gediscussieerd en daaruit zijn in het kort de volgende conclusies te trekken:

1. Als het gaat om het verkrijgen van een beste schatting van de totale prevalentie en incidentie en de leeftijd- en geslachtspecifieke prevalentie en incidentie dan is optie 5 te prefereren. In principe dus cijfers uit meerdere bronnen per ziekte, maar er kunnen voor een bepaalde ziekte één of meerdere registraties afvallen omdat zij niet registreren conform de VTV-definitie. Dit impliceert dat per ziekte minimaal één en maximaal vier bronnen worden gebruikt. Dit alternatief is met name geschikt voor het achtergrondrapport van VTV.
2. Als het gaat om een weergave van trends dan komt alleen optie 1 in aanmerking. Dit heeft uitsluitend betrekking op de CMR-Nijmegen. Andere registraties waren te kortdurend of de totale praktijkpopulatie varieerde te veel. In de toekomst zal het RNH mogelijk gebruikt kunnen worden. Een probleem bij gebruik van de CMR-Nijmegen is echter wel de kleine totale praktijkpopulatie, waardoor analyse van (geslacht- en leeftijdspecifieke) trends bij ziekten die weinig voorkomen vrijwel onmogelijk wordt (kleine aantallen per klasse, waardoor over de tijd enorme, irrelevante fluctuaties kunnen ontstaan).
3. Voor de presentatie van de cijfers in een prioriteitenvolgorde (top-lijsten) kan optie 3 in combinatie met optie 7 het beste gehanteerd worden, dus ongewogen middeling van alle in aanmerking komende registraties en vervolgens presentatie op een logaritmische schaal. Dit alternatief is met name geschikt voor het samenvattend eindrapport van VTV.
4. Voor de ziekten waarvoor dat mogelijk is, zullen de huisartsencijfers ook nog eens afgezet dienen te worden tegen cijfers afkomstig uit bevolkingsonderzoeken, hetgeen de heterogeniteit nog verder accentueert.

Deze conclusies zijn accoord bevonden door de vertegenwoordigers van de vier in dit rapport besproken registraties.

Op basis van de omkaderde conclusies in hoofdstuk 4.2 is door leden van het Projectteam VTV per ziekte afgewogen welke registraties het beste gebruikt kunnen worden bij de berekening van de prevalentie- en incidentiecijfers in VTV-1997. In bijlage 2 zijn de keuzen en de overwegingen hierbij gepresenteerd.

6 SLOTBESCHOUWING

De analyse die in dit rapport beschreven is, is bedoeld om tot een afgewogen oordeel te komen over de verschillende huisartsenregistratie(s) die ten behoeve van VTV-1997 een inzicht kunnen geven in de (gepresenteerde) prevalentie en incidentie van ziekten in Nederland. Met deze analyse is tegemoet gekomen aan de kritiek op VTV-1993, waarbij de cijfers veelal ontleend waren aan één huisartsenregistratiesysteem.

Uit deze analyse komt naar voren dat de opzet en werkwijze van de vier bestudeerde huisartsgeneeskundige registratiesystemen (*hoofdstuk 3*) alsmede de gehanteerde ziektespecifieke classificatie-criteria en codeerregels van elkaar verschillen (*hoofdstuk 4.2*). Deze verschillen konden niet anders dan tot verschillen in uitkomsten (prevalenties en incidenties) leiden (*hoofdstuk 4.1*). Op basis van de doelstelling van VTV en de gehanteerde definities is getracht te kiezen voor het registratiesysteem dat hierbij het best aansluit. Dit leidt niet tot de conclusie dat er sprake is van één bron die voor alle ziekten en aandoeningen de beste gegevens levert. Alle registraties hebben hun voor- en nadelen als ze op hun bruikbaarheid voor VTV worden beoordeeld. Daarom is er voor gekozen voor de prevalentie- en incidentieschatting ten behoeve van VTV-1997 niet één maar meerdere (soms sterk uiteenlopende) cijfers te presenteren (*hoofdstuk 5* en *bijlage 2*).

Voor VTV is de bestaande situatie verre van optimaal. Voor elke ziekte moeten cijfers uit meerdere (vaak vier) registraties gepresenteerd worden, met soms verschillende betekenissen en afkomstig van registraties met aanzienlijke beperkingen vanuit VTV oogpunt (regionaal, beperkt van duur, beperkt van omvang). Bovendien zijn er nog veel meer dan de vier in dit rapport beschreven huisartsgeneeskundige registraties (zie de tabel in hoofdstuk 1). Het presenteren van cijfers uit ook al die andere registraties, leidt tot een voor VTV onwerkzame situatie. Daarom is het gewenst om ten behoeve van VTV-2001 en volgende VTV's te verkennen wat de mogelijkheden zijn om tot een beter passende oplossing te komen. Het verdient aanbeveling dat de betrokken instanties (Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) en RIVM) op korte termijn in gezamenlijk overleg een traject uitzetten.

LITERATUUR

- Bock GH de. Perifere artrose in de huisartspraktijk. Tijdschr Gerontol Geriatr 1996; 27: 67-72.
- Bosch WJHM van den. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen (Proefschrift). Meppel: Kripps Repro, 1992.
- Foets M, Velden J van der, Bruijnzeels MA Wouden JC van der, Suijlekom-Smit LWA. Ajax-Feijenoord in de Utrechtse Galgenwaard. Huisarts Wet 1994; 37: 306-310.
- Foets M, Stokx. De ziekte van Parkinson in de huisartspraktijk. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1995.
- Hart HE, Wouden JC van der, Höppener P, Schendel GJ, Metsemakers JFM, Knottnerus JA. Huisartsgeneeskundige registraties in Nederland. Instituut Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam/Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg; maart 1996.
- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. De ezel en de steen. Huisarts Wet 1994; 37: 311-314.
- Hofmans-Okkes IM, Meyboom-de Jong B, Lamberts H, Weel C van. Chronische ziekten met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk. Den Haag: Nationale Commissie Chronische Ziekten, 1994.
- Höppener P. Automatisering en wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. De mogelijkheden en merites van een nieuw instrument. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg. Thesis Publishers. Amsterdam, 1990.
- Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for Encounter & Episode & Process Oriented Standard Output from the Transition Project. Part 1 and 2. Amsterdam: Department of General Practice 1991.
- Lamberts H, Oskam SK, Hofmans-Okkes, Brouwer HJ et al. Episodegegevens uit het Transitieproject op diskette. De gebruiksmogelijkheden van 'Trans'. Huisarts Wet 1994; 37: 421-426.
- Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes. ICPC in European Community (met flop). Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991; en de diskette Trans.
- Lamberts H. Morbidity in General Practice (diagnosis related information from the monitoring project). Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk (Tweede druk). Utrecht; Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1994.
- Lisdonk EH van de, Mokkink HGA, Stokx LJ, Broek SM van den. E-lijst en ICPC. Een vergelijking vol voetangels en klemmen. Huisarts Wet 1996; 39: 260-264.

Metsemakers J, Lisdonk E van de, Limonard C. Huisartsgeneeskundige registratiesystemen in Nederland. Vakgroep Huisartsgeneeskunde RL, MEMIC, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Metsemakers JFM. Unlocking patiënts' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices (proefschrift). Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.

Meyboom-de Jong. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken (proefschrift). Lelystad: Meditekst, 1989.

Meyboom-de Jong. Morbidity registration in general practice in the Netherlands. Huisarts Wet 1993; 36 (suppl): 49-53.

RNH, Registratienet Huisartspraktijken. Gezondheidsproblemen en Diagnosen in de Huisartspraktijk, rapportage nr. 1, jaargang 5. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, maart 1993.

Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.) Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993: 139-140.

Tijhuis MAR, Verhaak PFM, Wennink HJ. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel), 1991.

Schellevis FG. Chronic diseases in genaral practice. Comorbidity and quality of care (proefschrift). Nijmegen: Drukkerij Pascal, 1993.

Staal A. De ziekte van Parkinson, een eenvoudige diagnose? Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 401-403.

Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel), 1991.

Veltman M. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand (Proefschrift). Den Haag: Meditekst, 1995.

Weel C van, Bosch WJHM van den, Hoogen HJM van den. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. Een gegevensbestand voor longitudinaal patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1986; 29: 373-377.

Weel C van. Validating long term morbidity recording. J Epidemiol Comm Health 1995; 49 (suppl 1): 29-32.

BIJLAGE 1: GERAADPLEEGDE PERSONEN

Geraadpleegde vertegenwoordigers van de huisartsenregistraties:

- **CMR-Nijmegen:**

Dr. E.H. van de Lisdonk en Drs. H.J.M. van den Hoogen; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen

- **Nationale Studie:**

J. van der Velde, arts; Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht

- **Registratienet Huisartsen:**

Dr. J.F.M. Metsemakers en Prof. Dr. J.A. Knottnerus; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht

- **Transitieproject:**

Prof.Dr. H. Lamberts en Dr. I.M. Okkes; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam

BIJLAGE 2: TE GEBRUIKEN REGISTRATIES EN BESTANDEN IN VTV-1997

In de volgende tabel staat per ziekte aangegeven van welke huisartsgeneeskundige registraties gebruik zal worden gemaakt in het samenvattend eindrapport van VTV-1997. Daartoe is door leden van het Projectteam VTV per ziekte nagegaan welke registraties voldoen aan de VTV-eisen en dus geschikt zijn.

Van het Transitieproject is in de tabel ook aangegeven van welk bestand gebruik zal worden gemaakt en of alleen de zekere diagnoses of ook de onzekere diagnoses worden meegenomen. Tevens zijn de overwegingen voor het maken van een keuze weergegeven. De vele afwegingen zijn gebaseerd op de hoofdstukken 3, 4.1 en 4.2 van dit rapport. In een aantal gevallen was het maken van een keuze lastig omdat bij de verschillende partijen (het Centrum VTV en de vertegenwoordigers van de registraties) onvoldoende inzicht bestaat in het huisartsgeneeskundige registratieproces. Ondanks deze onzekerheid moest er toch een keuze gemaakt worden. Deze keuze is naar beste weten gemaakt, maar blijft altijd bediscussieerbaar.

Van belang is te weten dat bij het maken van de keuze voor de te gebruiken registraties de volgende algemene regels zijn gehanteerd:

- Van alle ziekten kan de incidentie in principe van alle registraties worden betrokken.
- Van chronische ziekten kan de prevalentie in principe ook van alle registraties (behalve de Nationale Studie) worden betrokken.
- Van chronische ziekten waarvoor na verloop van tijd weinig directe zorg van de huisarts benodigd is, maar waarvoor assistente-verrichtingen volstaan of waarvoor alleen herhaalreceptuur benodigd is, kan de prevalentie niet uit het referentiebestand van het Transitieproject betrokken worden. Dergelijke zorgepisodes, waarbij geen direct contact is met de huisarts, worden daarin namelijk niet geregistreerd.
- Van kortdurende (infectie) ziekten kan kan noch de incidentie noch de prevalentie van het RNH gebruikt worden, omdat het RNH alleen chronische problematiek vastlegt.
- Van kortdurende infectieziekten (infecties van het maagdarmkanaal, luchtweginfecties, urineweginfecties), artrose en dorsopathiën dienen voor zowel de incidentie als prevalentie uit het Transitieproject de zekere en onzekere diagnoses opgeteld te worden omdat dit aandoeningen betreffen die in de huisartspraktijk vrijwel altijd gepaard gaan met veel onzekerheid. Door ook de onzekere diagnoses mee te nemen zijn de cijfers van deze aandoeningen uit het Transitieproject beter vergelijkbaar met die uit de andere registraties.
- Van de sub-acute ziekten (ziekten waarvan de duur in het algemeen beperkt is, ca. korter dan één jaar) kan het RNH niet gebruikt worden. De incidentie zal hier te laag zijn omdat de arts bij het eerste patiëntcontact voor de betreffende ziekte het ziektebeeld niet bij voorbaat beschouwt als een chronisch probleem (het RNH registreert, zoals vermeld, alleen chronische problemen). De prevalentie zal daarom ook te laag zijn.
- Van de sub-chronische ziekten (ziekten die wat langer duren maar na enige tijd, bijv. een paar jaar kunnen genezen) kan de prevalentie uit het RNH ook niet gebruikt worden. De prevalentie zal namelijk te hoog zijn omdat ziektegevallen die eenmaal als actief probleem zijn geregistreerd, vaak niet meer inactief worden gemaakt. Bij een chronische ziekte is dat niet zo erg, bij een sub-chronische ziekte is dat wel erg.

Overigens behandelt deze bijlage een wat uitgebreider gebied dan beschreven in hoofdstukken 4.1 en 4.2. Ook de CMR Peilstations Nederland van het NIVEL is meegenomen en er is een extra aantal ziekten in de tabel beschreven.

NS = Nationale Studie van het Nivel

CMR = CMR-Nijmegen

Trans = Transitieproject

RNH = Registratienetwerk Huisartsen

Peilst = CMR Peilstations Nederland van het NIVEL

reg = aantal geschikte huisartsenregistraties

ref = referentiebestand (tienjaarsbestand) van het Transitieproject

4jrs = vierjaarsbestand van het Transitieproject

zkr = alleen de zekere diagnoses

zk+ozk = zekere en onzekere diagnoses

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
infecties maag-darm incidentie	+	+	ref zk+ozk	-	-	3	Kortdurende infectieziekte Uit de CMR-Peilstations kunnen geen leeftijd- en geslachtsprecifieke cijfers betrokken worden. Vanwege een hoge non-respons in deze registratie, is de incidentie ook niet helemaal vergelijkbaar met die uit de andere registraties.
chlamidia trachomatis incidentie	-	-	-	-	+	1	Specifiek t.b.v. SOA-epidemiologie is in de CMR-Peilstations de incidentie van urethritis bij mannen en PID bij vrouwen geregistreerd. Op basis hiervan kan CT-incidentie berekend worden.
condylom. acuminata incidentie	+	-	+	-	-	2	Infectieziekte. Alleen registraties waarbij de praktijkpopulatie qua sociaal-demografische kenmerken redelijk representatief is voor de bevolking in Nederland als geheel, zullen voldoen. Om die reden voldoet de CMR-Nijmegen niet.
herpes genitalis incidentie	+	-	+	-	-	2	Infectieziekte. Alleen registraties waarbij de praktijkpopulatie qua sociaal-demografische kenmerken redelijk representatief is voor de bevolking in Nederland als geheel, zullen voldoen. Om die reden voldoet de CMR-Nijmegen niet.
diabetes mellitus incidentie	+	+	ref zkr	+	+	5	Chronische ziekte. Alle bronnen registreren patiënten die voldoen aan de criteria van de WHO. Ook de IDDM-patiënten worden overal geregistreerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	+	+	4	

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Dementie							Chronische ziekte. In alle registraties is dementie geregistreerd conform de NHG-Standaard. Onderregistratie van vroege stadia komt waarschijnlijk in alle registraties voor. Van Trans voldoet het referentiebestand het beste omdat vrijwel alle patiënten (of hun partner) minstens 1x per jaar bij de huisarts komen.
incidentie	+	+	ref	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref	+	-	3	
Schizofrenie							Chronische ziekte. Alleen registraties met een voldoende grote populatie-omvang zijn te vertrouwen (kleine incidentie en prevalentie). Daarom zullen RNH en Trans het beste voldoen. Het betreft alleen patiënten die door een psychiater zijn gediagnosticeerd. Van Trans voldoet het referentiebestand omdat bekende schizofrenie-patiënten veel contacten voor hun ziekte hebben en dus waarschijnlijk elk jaar wel eens geregistreerd worden.
incidentie	-	-	ref	+	-	2	
prevalentie	-	-	ref	+	-	2	
Depressie							Sub-acute ziekte. Depressie betreft milde en ernstige depressie volgens de NHG-Standaard. Alle registraties hanteren min of meer de NHG-criteria. De cijfers hebben betrekking op depressies die door de huisartsen van de diverse registraties beschouwd worden als zodanig ernstig dat ze niet meer als 'depressief gevoel' gecodeerd worden maar als 'depressie' (hetzij endogeen, hetzij neurotisch, hetzij vitaal). Het maken van een onderscheid in 'in engere zin' en 'neurotische' is niet goed mogelijk.
incidentie	+	+	ref	-	-	3	
prevalentie	-	+	ref	-	-	2	

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Angststoornissen							Sub-acute ziekte. De volgende codes zijn opgeteld: angstneurose, angststoornis, angsttoestand, fobie en dwangneurose. Inhoeverre angststoornissen nog onder de codes van de overige neurotische stoornissen (zie hieronder) geregistreerd worden, is niet bekend. Van de CMR hebben wij alleen cijfers over angststoornissen en hysterie samen. De CMR kan dus niet gebruikt worden.
incidentie	+	-	ref zkr	-	-	2	
prevalentie	-	-	ref zkr	-	-	1	
Overige neurotische stoornissen							Sub-acute ziekte. De volgende codes zijn opgeteld: hysterie, surmenage/neurasthenie, hyperesthetisch emotioneel syndroom, hypochondrische stoornis, andere neurosen en neurotische stoornissen niet elders geassocieerd. In de CMR zal een deel van de neurotische stoornissen waarschijnlijk onder nerveus-functionele klachten geregistreerd worden. De CMR kan dus niet gebruikt worden.
incidentie	+	-	ref zkr	-	-	2	
prevalentie	-	-	ref zkr	-	-	1	
Ziekte van Parkinson							Chronische ziekte.
incidentie	+	+	ref zkr	+	+	4 (5)	Cijfers uit de CMR-Peilstations zijn oud (1980-'85) en al gepresenteerd in VTV-1993; ze zijn wel betrouwbaar, want alle diagnoses zijn door een neuroloog bevestigd. Omdat de methode hier toch heel anders is, worden de cijfers apart gepresenteerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Maculadegeneratie							Chronische ziekte. In de NS en CMR wordt maculadegeneratie niet apart geregistreerd. Alleen het 5-jaarsbestand van Trans en RNH bevatten gegevens over maculadegeneratie.
incidentie	-	-	4jrs zkr	+	-	2	
prevalentie	-	-	4jrs zkr	+	-	2	
Diabet. retinopathie							Chronische ziekte.
incidentie	-	-	4jrs zkr	+	-	2	In de NS en CMR wordt retinopathie niet apart geregistreerd. Alleen het 5-jaarsbestand van Trans en het RNH bevatten gegevens over retinopathie. Dit is inclusief niet-diabetische retinopathie.
prevalentie	-	-	-	-	-	- (1*4)	De prevalentie van diabetische retinopathie onder patiënten met niet-insuline afhankelijk diabetis mellitus in het Nijmeegs Monitoring Project is vermenigvuldigd met de gemiddelde prevalentie van diabetes mellitus volgens de vier huisartsenregistraties.
Glaucoom							Chronische ziekte waarvoor na verloop van tijd weinig directe zorg van de huisarts nodig is. Glaucoom is altijd bevestigd door een oogarts.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	-	+	-	2	Trans kan niet worden gebruikt omdat contacten met de assistente vanwege herhaalreceptuur niet worden geregistreerd.
Cataract							Sub-chronische ziekte (wordt vaak succesvol geopereerd) waarvoor weinig directe zorg van de huisarts nodig is.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	-	-	-	1	Na een lensimplantatie worden de patiënten in de CMR niet meer als prevalent beschouwd. In het RNH wordt het probleem mogelijk nog actief gehouden, waardoor het RNH niet gebruikt kan worden.
							Trans kan niet worden gebruikt omdat contacten met de assistente vanwege herhaalreceptuur niet worden geregistreerd.

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Lawaai- en ouderdomslethorendheid en -doofheid							Chronische ziekte waarvoor weinig directe zorg van de huisarts nodig is. Hoewel in de registraties een onderscheid in lawaai- en ouderdomslethorendheid gemaakt wordt, is het de vraag hoe betrouwbaar dat onderscheid is (schijnnaauwkeurigheid). Daarom worden beide vormen hier opgeteld.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	-	+	-	2	Voor slechthorendheid is op termijn nauwelijks zorg nodig. Hoogsten zal een gehoorapparaat aangemeten worden. Omdat Trans alleen zorgepisoden registreert, kan Trans voor de prevalentie niet gebruikt worden. In de CMR en het RNH zal het probleem doorgecodeerd worden of actief blijven.
Epilepsie							Chronische ziekte waarvoor na verloop van tijd weinig directe zorg van de huisarts nodig is.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	-	+	-	2	Veel patiënten zijn over het algemeen relatief jong en hebben van de huisarts weinig zorg nodig. Hoogstens zullen ze herhaalreceptuur nodig hebben. Omdat Trans vnl. zorgepisoden registreert waarbij direct contact is met de huisarts, kan Trans voor de prevalentie niet gebruikt worden.
Acuut hartinfarct							Een kortdurend accident.
incidentie	+	-	-	-	+	2	De incidentie kan in principe uit alle registraties komen. Er wordt gekozen voor die registraties die ook tweede of latere infarcten in het incidentiecijfer meetellen. Dat zijn alleen de NS en de CMR-Peilstations. In beide registraties betreft het alleen later bevestigde hartinfarcten. Mogelijk bevatten de dreigende infarcten ook nog enkele gevallen die later (buiten de registratieperiode) bevestigd zijn.
prevalentie	-	-	-	-	-	0	In de CMR wordt een HI altijd doorgecodeerd, ook als de patiënt geen zorg meer ontvangt. Het is dus een levensprevalentie en niet geschikt voor VTV. In de andere registraties wordt het infarct in principe na enige tijd niet meer als prevalent geregistreerd. Het prevalentiecijfer in die registraties is dus moeilijk te interpreteren.

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Coronaire hartziekte							Subchronische ziekte. Hieronder vallen min of meer chronische vormen van coronairziekten.
incidentie	-	-	-	-	-	0	--
prevalentie	-	-	ref zkr	+	-	2	De prevalentie betreft personen die een klinisch relevante angina pectoris hebben of een hartinfarct hebben gehad waarvoor ze nog steeds zorg ontvangen. De indruk bestaat dat in het RNH het eventueel inactief maken van het actieve probleem correct gebeurt.
Decompensatie cordis							Sub-chronische ziekte. Het wordt in de NS, CMR, Trans en RNH op dezelfde wijze geregistreerd.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	De indruk bestaat dat in het RNH het eventueel inactief maken van het actieve probleem correct gebeurt. Alleen klinisch relevante gevallen worden meegenomen (CMR, Trans en RNH).
CVA							Een kortdurend accident met over het algemeen langdurige gevolgen.
incidentie	-	+	ref zkr	+	+	4	In de NS worden tweede en volgende CVA's weer als incident meegeteld, in de CMR, Trans en RNH niet. De CVA is nl. al prevalent. Daarom wordt de incidentie uit de NS niet gebruikt. Bovendien wordt zo voorkomen dat overdiagnostiek een te grote rol speelt (de periode van drie maanden kan te kort zijn om werkhypothesen te laten uitkristaliseren). In de Peilstations is CVA in 1986-'87 geregistreerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	In de CMR wordt CVA altijd doorgeregistreerd, ook als het niet klinisch relevant is. In Trans blijven CVA's vrijwel altijd prevalent (oudere patiënten met langdurige gevolgen en/of medicatie). In de RNH blijven CVA's altijd actief.
Asma							Sub-chronische ziekte.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	Asma is in alle registraties op vrijwel dezelfde wijze gedefinieerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	-	-	2	Omdat in het RNH oude gevallen van astma mogelijk te lang actief gehouden worden (leidt tot een overschatting), kan de prevalentie hieruit niet gebruikt worden. Het gaat in de CMR en Trans om klinisch relevante gevallen.

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Coronaire hartziekte							Subchronische ziekte. Hieronder vallen min of meer chronische vormen van coronaarziekten.
incidentie	-	-	-	-	-	0	--
prevalentie	-	-	ref zkr	+	-	2	De prevalentie betreft personen die een klinisch relevante angina pectoris hebben of een hartinfarct hebben gehad waarvoor ze nog steeds zorg ontvangen. De indruk bestaat dat in het RNH het eventueel inactief maken van het actieve probleem correct gebeurt.
Decompensatie cordis							Sub-chronische ziekte. Het wordt in de NS, CMR, Trans en RNH op dezelfde wijze geregistreerd.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	De indruk bestaat dat in het RNH het eventueel inactief maken van het actieve probleem correct gebeurt. Alleen klinisch relevante gevallen worden meegenomen (CMR, Trans en RNH).
CVA							Een kortdurend accident met over het algemeen langdurige gevolgen.
incidentie	-	+	ref zkr	+	+	4	In de NS worden tweede en volgende CVA's weer als incident meegeteld, in de CMR, Trans en RNH niet. De CVA is nl. al prevalent. Daarom wordt de incidentie uit de NS niet gebruikt. Bovendien wordt zo voorkomen dat overdiagnostiek een te grote rol speelt (de periode van drie maanden kan te kort zijn om werkhypothesen te laten uitkristaliseren). In de Peilstations is CVA in 1986-'87 geregistreerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	In de CMR wordt CVA altijd doorgedeeld, ook als het niet klinisch relevant is. In Trans blijven CVA's vrijwel altijd prevalent (oudere patiënten met langdurige gevolgen en/of medicatie). In de RNH blijven CVA's altijd actief.
Astma							Sub-chronische ziekte.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	Astma is in alle registraties op vrijwel dezelfde wijze gedefinieerd.
prevalentie	-	+	ref zkr	-	-	2	Omdat in het RNH oude gevallen van astma mogelijk te lang actief gehouden worden (leidt tot een overschatting), kan de prevalentie hieruit niet gebuikt worden. Het gaat in de CMR en Trans om klinisch relevante gevallen.

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Petlst	# reg	Opmerkingen
Acute bronchi(oli)tis							Kortdurende infectieziekte.
incidentie	+	+	ref zk+ozk	-	-	3	
Pneumonie							Kortdurende infectieziekte.
incidentie	+	+	ref zk+ozk	-	-	3	
Zweren van maag en 12-vingerige darm							Sub-chronische ziekte. In de registraties worden alleen zweren geregistreerd die röntgenologisch of gastroscopisch zijn aangetoond. Een recidief kan zonder dit onderzoek worden geregistreerd. Bepalend voor de hoogte van de prevalentie en incidentie is de wijze waarop recidieven worden geregistreerd. In de NS worden ze altijd als incident gecodeerd, in de CMR soms als incident en soms (wanneer het recidief binnen ca. twee jaar ontstaat) als prevalent en in het RNH blijft een ulcus meestal als actief probleem (prevalent) geregistreerd staan. In Trans wordt een recidief in hetzelfde jaar niet opnieuw als incident geval geregistreerd. In alle registraties is een onderscheid te maken tussen ulcus ventriculi en duodeni. In de NS lijkt de kans te groot dat recidieven steeds opnieuw geregistreerd worden, in tegenstelling tot de andere registraties. Daarom wordt de incidentie daaruit niet meegenomen.
incidentie	-	+	ref zkr	+	-	3	
prevalentie	-	+	ref zkr	-	-	2	Ook na succesvolle genezing wordt het ulcus in het RNH vaak niet meer inactief gemaakt.

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Acute urineweg-infecties							Kortdurende infectieziekte. De cijfers hebben zowel betrekking op nieuwe gevallen als recidieven (tenzij de huisarts het echt als een recidief beschouwt, dan wordt het niet opnieuw als incident geregistreerd). Als blijkt dat een urethritis veroorzaakt wordt door een SOA (klinisch beeld, anamnese, kweek), wordt het niet onder de UWT's geregistreerd.
incid. acute pyelonefritis/pyelitis	+	+	ref zk+ozk	-	-	3	
incidentie cystitis en urethritis	+	+	-	-	-	2	In de NS en CMR worden, in tegenstelling tot in Trans, ook assistentecontacten meegenomen. Dat is bij cystitis, vanwege vaak optredende recidieven, belangrijk. Daarom wordt de incidentie uit Trans hier niet gebruikt. Omdat pyelonefritis/pyelitis meestal met wat meer klachten gepaard gaat, zal daarbij wel meestal direct contact met de huisarts plaatsvinden en kan daarbij Trans wel gebruikt worden.
Constitutioneel eczeem							Chronische ziekte. Dit is in alle registraties op dezelfde wijze gedefinieerd.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	
Contact-eczeem (contact-allergisch en irritatie-eczeem)							Sub-acute ziekte. Hoewel het erop <i>lijkt</i> dat de definities van irritatie-eczeem en contact-allergisch eczeem in de registraties overeenkomen, is het onwaarschijnlijk dat de codeerregels van eczemen identiek zijn. Daarom verdient het de voorkeur beide vormen van eczeem op te tellen. Onder irritatie-eczeem of contact-eczeem vallen ook andere eczemen dan irritatie- of contact-allergisch eczeem. Het aandeel daarvan zal mogelijk niet zo groot zijn. Luiereczeem en seborrhoïsch eczeem worden in geen van de registraties onder irritatie- of contact-allergisch eczeem geregistreerd.
incidentie	+	+	ref zkr	-	-	3	
prevalentie	-	+	ref zkr	-	-	2	

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Reumatoïde artritis							Chronische ziekte. In alle registraties valt de ziekte van Bechterew ook onder RA. Aandeel bedraagt ca. 10%.
incidentie	+	+	ref zkr	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref zkr	+	-	3	
Artrose totaal							Chronische ziekte.
incidentie	+	+	ref zk+ozk	+	-	4	
prevalentie	-	+	ref zk+ozk	+	-	3	
Atrose naar lokalisatie							Chronische ziekte. Alleen in het 5-jaarsbestand van Trans is de lokalisatie geregistreerd.
incidentie	+	+	4jrs zk+ozk	+	-	4	
prevalentie	-	+	4jrs zk+ozk	+	-	3	In de CMR wordt het doorgecodeerd als het klinisch relevant is.
Osteoporose							Chronische ziekte. De ziekte uit zich in botbreuken en werveldeformaties. Hoogst waarschijnlijk wordt bij een osteoporotische botbreuk of werveldeformatie niet altijd ook osteoporose geregistreerd. De betekenis van een prevalentiecijfer is vrij onduidelijk. Zowel in de CMR als Trans betreft het klinisch relevante osteoporose. Cijfers uit het RNH zijn niet aangevraagd.
incidentie	+	+	ref zk+ozk	-	-	3	
prevalentie	-	+	ref zk+ozk	-	-	2	

Ziekte	NS	CMR	Trans	RNH	Peilst	# reg	Opmerkingen
Dorsopathie							Sub-acute aandoening. De codes die hier onder dorsopathie vallen, zijn alle codes die met de nek en rug te maken hebben. Het bevat ook symptomen. De ziekte van Bechterew valt in VTV onder dorsopathie. In alle registraties echter onder RA. Omdat het hier ook symptomen betreft, zijn van Trans ook de onzekere diagnoses meegenomen. Bij Trans is binnen de nekaandoeningen ontubbeld, evenals binnen de rugaandoeningen.
incidentie	-	+	ref zk+ozk	-	-	2	In de NS is niet ontubbeld. Dat betekent dat een persoon meerdere keren geteld kan worden. In de CMR en Trans kan men per jaar maar één keer geteld worden. Daarom wordt de incidentie van de NS niet gebruikt.
prevalentie	-	+	ref zk+ozk	-	-	2	
Hernia nuclei pulposi en/of lumbago met uitstraling en/of ischialgie							Sub-acute aandoening.
incidentie	-	+	ref zk+ozk	-	-	2	Voor de NS geldt hetzelfde als beschreven onder dorsopathie.
prevalentie	-	+	ref zk+ozk	-	-	2	
Hernia nuclei pulposi							Alleen in de CMR krijgt HNP een aparte code. In NS samen met discopathie. Dat kan bijv. ook spondylolisthesis zijn, een tumor of artrose van de intergewrichten (in hoeverre de huisarts dat onderscheid kan maken is natuurlijk maar de vraag). Een groot deel van de HNP's zijn specialistisch bevestigd (ook in de NS).
incidentie	-	+	-	-	-	1	
prevalentie	-	+	-	-	-	1	