

2859



Th.B. Voorn

**Chronische ziekten in de
huisartspraktijk**

Chronische ziekten in de huisartspraktijk

Chronische ziekten in de huisartspraktijk

EEN TERREINVERKENNING

Proefschrift ter verkrijging van de graad van
doctor in de Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen
op gezag van de Rector Magnificus Prof. Dr. J.H.G.I. Giesbers
volgens besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen op

vrijdag 24 juni 1983, om 14 uur precies

door

THEODORUS BERNARDUS VOORN
geboren te Amsterdam

WETENSCHAPPELIJKE UITGEVERIJ BUNGE
UTRECHT 1983

PROMOTOR: PROF. DR. F.J.A. HUYGEN

CO-PROMOTOR: PROF. DR. H.G.M. VAN DER VELDEN

Omslag: F. Huygen (1955), 'Een hartpatiënte', uit *Herinneringen aan Lent*.

Ten geleide

Dit boek is opgebouwd uit (een bouwpakket van) gegevens die door velen jarenlang geduldig zijn verzameld. Ik was slechts één van hen die, vliegend tussen gezin, praktijk en instituut dit 'schroefschrijf' in elkaar schroefde.

Daarbij dreigde dit werk een chronische aandoening te worden die na lange tijd een gunstige wending nam. Op deze lange weg heb ik de hulp en belangstelling van velen ondervonden. Achter in dit boek worden de namen genoemd van hen aan wie ik dank verschuldigd ben.

Ter nagedachtenis aan mijn vader, die zei dat ik moest studeren.

Ter nagedachtenis aan Henk Vlamings, die zei dat ik moest promoveren.

Aan Frans Huygen, mijn promotor.

Inhoud

Inleiding 1

DEEL I

1 Doelstelling en vraagstelling 4

- 1.1. Doel van deze studie
- 1.2. De vraagstelling

2 Oriëntatie in de literatuur 6

- 2.1. Inleiding
- 2.2. Het onderscheid tussen acute en chronische ziekten
- 2.3. Incidenties en prevalenties van chronische ziekten in de huisartspraktijk in de literatuur

3 Het studiemateriaal en de methode van onderzoek 9

- 3.1. Epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk
- 3.2. De continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- 3.3. Algemene gegevens over de onderzoekspopulatie
- 3.4. Representativiteit ten aanzien van de Nederlandse bevolking
- 3.5. Verschillen in registratie tussen de praktijken onderling
- 3.6. Bewerking en selectie van gegevens
- 3.7. Belangrijke opmerkingen bij de bewerking van de gegevens

4 Inventarisatie van de gegevens 23

- 4.1. Totale aantallen nieuwe en bekende aandoeningen
- 4.2. De sociale laag en het aantal nieuwe en bekende aandoeningen
- 4.3. Het percentage personen met minstens een of meer bekende aandoeningen

- 4.4. Algemeen overzicht van de nieuwe en bekende aandoeningen verdeeld over de onderscheiden diagnosecategorieën van de E-lijst
- 4.5. Algemeen overzicht van de meest voorkomende 'bekende aandoeningen' in de totale populatie
- 4.6. Algemeen overzicht van de tien meest voorkomende bekende aandoeningen per leeftijdsgroep en geslacht
- 4.7. Verschillen in registratie tussen de praktijken
- 4.8. Vergelijking met cijfers uit de literatuur
- 4.9. Samenvatting

DEEL II

Inleiding 54

1 Infectieziekten 58

- 1.1. Plaats in de totale morbiditeit
- 1.2. Frequentie standaardpraktijk
- 1.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
- 1.4. Commentaar
- 1.5. Beschouwing

2 Nieuwvormingen 62

- 2.1. Goedaardige nieuwvormingen
- 2.2. Kwaadaardige nieuwvormingen

3 Endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten 75

- 3.1. Plaats in de totale morbiditeit
- 3.2. Frequentie standaardpraktijk
- 3.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
- 3.4. Commentaar
- 3.5. Adipositas (E-lijstno. 101)
- 3.6. Diabetes mellitus (E-lijstno. 091)
- 3.7. Hyperlipemie (E-lijstno. 105)

4 Ziekten van het bloed en bloedvormende organen 92

- 4.1. Plaats in de totale morbiditeit
- 4.2. Frequentie standaardpraktijk
- 4.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep

- 4.4. Commentaar
- 4.5. Pernicieuze anemie

- 5 *Psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen* 98
 - 5.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 5.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 5.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 5.4. Commentaar
 - 5.5. Nerveus-functionele klachten (E-lijstno. 135)
 - 5.6. Debilitas mentis (E-lijstno. 140)
 - 5.7. Verslavingen (E-lijstno. 139)
 - 5.8. Enuresis (E-lijstno. 148)

- 6 *Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen* 119
 - 6.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 6.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 6.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 6.4. Commentaar
 - 6.5. Cerebrovasculaire stoornissen (E-lijstno. 155)
 - 6.6. Migraine (E-lijstno. 139)
 - 6.7. Epilepsie (E-lijstno. 159)
 - 6.8. Ziekte van Parkinson/Parkinsonisme (E-lijstno. 157)
 - 6.9. Cataract (E-lijstno. 179)
 - 6.10. Slechthorendheid (E-lijstno. 189)

- 7 *Ziekten van de tractus circulatorius* 145
 - 7.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 7.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 7.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 7.4. Commentaar
 - 7.5. Hypertensie (E-lijstno. 218)
 - 7.6. Myocardinfarct (E-lijstno. 211)
 - 7.7. Angina pectoris (E-lijstno. 212)
 - 7.8. Myodegeneratio cordis (E-lijstno. 213)
 - 7.9. Varices van de benen (E-lijstno. 224)
 - 7.10. Claudicatio intermittens (E-lijstno. 223)

- 8 *Ziekten van de tractus respiratorius* 172
 - 8.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 8.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 8.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep

- 8.4. Commentaar
- 8.5. Allergische rhinitis (E-lijstno. 085)
- 8.6. Otitis media chronica (E-lijstno. 184)
- 8.7. Tubair catarre (otitis media serosa; E-lijstno. 191)
- 8.8. Chronische bronchitis (E-lijstno. 248)
- 8.9. Asthma bronchiale (E-lijstno. 086)

- 9 *Ziekten van de tractus digestivus* 191
 - 9.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 9.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 9.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 9.4. Commentaar
 - 9.5. Cholelithiasis (E-lijstno. 286)
 - 9.6. Hernia inguinalis (E-lijstno. 283)

- 10 *Ziekten van de tractus urogenitalis* 200
 - 10.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 10.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 10.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 10.4. Commentaar
 - 10.5. Prostaathypertrofie (E-lijstno. 318)
 - 10.6. Nefrolithiasis (E-lijstno. 312)
 - 10.7. Ziekten van de mammae (E-lijstno. 322)
 - 10.8. Prolapsis uteri of vaginae (E-lijstno. 324)
 - 10.9. Climacteriële klachten (E-lijstno. 329)

- 12 *Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel* 219
 - 12.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 12.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 12.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 12.4. Commentaar
 - 12.5. Constitutioneel eczeem (E-lijstno. 379)
 - 12.6. Psoriasis (E-lijstno. 382)
 - 12.7. Acne vulgaris (E-lijstno. 385)

- 13 *Ziekten van het bewegingsapparaat* 232
 - 13.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 13.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 13.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 13.4. Commentaar
 - 13.5. Arthrosis deformans (E-lijstno. 406)
 - 13.6. Rheumatoïde arthritis (E-lijstno. 405)

- 14** *Congenitale afwijkingen* 244
- 14.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 14.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 14.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 14.4. Commentaar
 - 14.5. Bekende gevallen van congenitale afwijkingen
 - 14.6. Nieuwe gevallen van congenitale afwijkingen
 - 14.7. Verwijzingen en opnamen
 - 14.8. Beschouwing
- 17** *Traumata en vergiftigingen* 251
- 17.1. Plaats in de totale morbiditeit
 - 17.2. Frequentie standaardpraktijk
 - 17.3. Percentage personen met een bekende aandoening in deze groep
 - 17.4. Commentaar
 - 17.5. Beschouwing

Slotbeschouwing 255

AANHANGSEL

Beschouwing over chronische aandoeningen op basis van gegevens uit de literatuur 262

Samenvatting 277

Summary 282

Literatuur 287

Gebruikte termen en begrippen 293

Bijlagen 295

Dankbetuiging

Curriculum vitae

Inleiding

Nadat ik was afgestudeerd, begon ik zoals velen als waarnemend arts te werken in enkele huisartspraktijken. Niet alleen was dat een goede gelegenheid om aan de slag te komen, ik hoopte ook wat meer ervaring in het vak op te doen alvorens mij ergens definitief te vestigen. Terugblikkend op deze periode blijkt, dat ik verschillende ontwikkelingsstadia heb doorgemaakt voordat ik mij enigszins een echte huisarts voelde. Die stadia zal iedere meer ervaren huisarts ongetwijfeld herkennen.

De eerste onzekerheid die ik moest overwinnen trad op bij de vraag welke geneesmiddelen ik zou voorschrijven. Ik legde met behulp van boeken en goede raadgevingen van allerlei collega's een klein notitieboekje aan, waarmee ik me aardig kon redden. Het probleem nam mij echter zodanig in beslag, dat—zoals ik later bemerkte—dit het mij moeilijk maakte open oog te hebben voor de vragen of problemen van patiënten. 'Kokerkijken' zou men het kunnen noemen.

Geleidelijk maakte ik minder gebruik van het boekje, maar gelijktijdig ontwikkelde zich een tweede onzekerheid. Deze was eigenlijk vanaf het begin sluimerend aanwezig, en kan worden gekenmerkt met de vraag: 'Wat is dit nu?', 'Wat heeft deze patiënt?' Het scala van problemen dat op mij afkwam was zo breed, dat ik meer op eigen creativiteit dan op mijn kennis en vaardigheid van dat moment was aangewezen.

Ik was enthousiast als zich op het spreekuur 'iets echts' presenteerde, iets waarvoor ik had gestudeerd. Mijn interesse ging uit naar de ontdekking van ziekten en kwalen, die ik kon bestrijden op de wijze zoals mij dat was geleerd. Als ik geen duidelijke tekenen van een slechte gezondheid, zoals 'bloedarmoede', 'verhoogde bloeddruk' of tekenen van ontsteking kon aantonen, gaf dat mij een gevoel van falen. Mijn werken was meer 'ziekte-georiënteerd' dan 'mens-georiënteerd'. Ik was dan misschien wel een aardige dokter, maar nog geen huisarts.

Toen ik een eigen praktijk had verworven, ging ik mij langzamerhand

meer bezighouden met de zieke mens zelf en minder met zijn ziekte: de patiënt kreeg voorrang boven zijn ziekte. Deze ontwikkeling maakte ik door in de tijd dat de huisartsgeneeskunde zich als zelfstandige discipline duidelijker in deze richting begon te ontwikkelen. Kennis en ervaring vanuit gedragswetenschappelijke richtingen werden in ons vak geïntegreerd. De patiënt kwam, zo heette het voortaan, met een hulpvraag en niet met zomaar een somatisch probleem. Methodisch werken werd ontwikkeld en het psychosociaal handelen van de huisarts kreeg steeds meer profiel.

Mede geïnspireerd door enkele leermeesters in het huisartsenvak ontwikkelde ik mij tot iemand die zich werkelijk huisarts kan noemen. Nadat ik enige jaren in mijn praktijk werkzaam was geweest, begon ik te geloven dat ik gaandeweg het huisartsenvak wel in de vingers had gekregen: er diende zich echter weer een nieuwe onzekerheid aan in de figuur van 'de chronische patiënt'. Ik ontdekte, dat ik steeds meer tijd en werk moest besteden aan mensen die een of andere chronische aandoening hadden; aan mensen die steeds terugkwamen en niet beter werden; aan mensen die een lange medische begeleiding of contrôle nodig hadden; aan mensen waar je als dokter nooit van loskomt.

In het contact met deze categorie patiënten merkte ik dat mijn manier van werken bij acute ziektebeelden vaak niet voldeed als ik te maken had met een chronische aandoening. De patiënt wist in het algemeen meer van zijn ziekte af dan ik in eerste instantie dacht. Deze kennis wist ik niet goed te gebruiken. De patiënt bleef slachtoffer en werd geen bondgenoot om samen met mij zijn ziekte te behandelen. Tenslotte bleek mij, dat mijn kennis van puur somatische aspecten zoals het natuurlijk beloop, het medicamenteus beleid en het tijdstip om een contrôle af te spreken bij chronische aandoeningen zeer te wensen overliet. Over het thema 'de chronische patiënt' bleek weinig voor de huisarts relevante literatuur te vinden. Dit vormde de aanleiding tot het onderwerp van mijn onderzoek: 'Een terreinverkenning van chronische aandoeningen in de huisartspraktijk'.

Ik had het geluk te kunnen putten uit de gegevens van de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, waaraan ikzelf al twaalf jaar participeer. Deze gegevens waren jarenlang door een aantal huisartsen en de praktijkassistentes verzameld en door de statistische afdeling van ons instituut verwerkt. Ik heb mij daarbij beperkt tot een beschrijvend epidemiologisch onderzoek aan de hand van morbiditeitsgegevens uit de vier registrerende praktijken en van daaruit heb ik geprobeerd een aantal uitgangspunten te formuleren die van belang zijn voor het werk van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

DEEL I

**Doel van deze studie, beschrijving van materiaal en methoden, literatuur-
overzicht en algemene inventarisatie**

Doelstelling en vraagstelling

1.1. Doel van deze studie

Bij de beschrijving van de keuze van het onderwerp van deze studie werd opgemerkt, dat het gaat om een algemene oriëntatie omtrent chronische aandoeningen in de huisartspraktijk. In het algemeen, ook in Nederland, zijn epidemiologische gegevens over chronische aandoeningen in de huisartspraktijk schaars. Doel van deze studie is om met behulp van beschrijvende epidemiologische gegevens een overzicht te geven van het voorkomen van chronische aandoeningen in een aantal huisartspraktijken en vandaar uit de betekenis en de consequenties te beschrijven voor het werk van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

1.2. De vraagstelling

De vraagstelling die voortvloeit uit deze doelstelling is dan ook:

- Hoe ligt de verhouding tussen acute en chronische ziekten of aandoeningen?
- Hoeveel personen presenteerden in een huisartspraktijk een chronische ziekte?
- Welke chronische ziekten komen in een huisartspraktijk voor en wat is de frequentie van deze ziekten?*
- Welke verbanden zijn er te leggen tussen chronische ziekten, leeftijd, geslacht en sociale laag?
- Hoe liggen de verwijs- en opnamecijfers van de meest frequente chronische ziekten?

* Onder voorkomen in de huisartspraktijk wordt verstaan: 'de aan de huisarts aangeboden klachten en aandoeningen'.

- **Kunnen er met behulp van deze epidemiologische gegevens en relevante literatuur richtlijnen worden gegeven voor de beschrijving van de taak van de huisarts ten aanzien van chronische ziekten en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde?**

Oriëntatie in de literatuur

2.1. Inleiding

Het onderwerp ‘chronische ziekten’ heeft raakvlakken met bijna alle gebieden in de geneeskunde. Dat brengt met zich mee, dat een grote hoeveelheid literatuur van zeer uiteenlopende aard kan worden aangehaald. Dit hoofdstuk heeft alleen tot doel de gekozen vraagstelling te belichten met die literatuur welke is toegespitst op de epidemiologische aspecten van chronische ziekten in de huisartspraktijk. In de slotbeschouwing zal, op geleide van literatuur van meer beschouwelijke aard, worden ingegaan op een aantal aspecten, die bij de zorg van de huisarts bij chronische ziekten van belang kunnen zijn.

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- Wat verstaat men onder een ‘chronische ziekte’, welke definities worden in de literatuur gehanteerd?
- Welke gegevens terzake van de incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk van chronische ziekten zijn er in de literatuur te vinden, in zoverre deze vergelijkbaar zijn met de gegevens die in deze studie worden benut?

2.2. Het onderscheid tussen acute en chronische ziekten

Het onderscheid tussen acute en chronische ziekten is niet gemakkelijk te maken, aldus Van Es (1980) in zijn boek *Patiënt en huisarts*. In de praktijk bestaan er twee mogelijkheden.

- a* Iedere ziekte-episode die een bepaalde duur overschrijdt kan men chronisch noemen. Elke ziekte kan in principe een chronisch karakter krijgen. Het onderscheid tussen acute en chronische ziekte wordt door de *duur* van de ziekte bepaald en niet door de aard, de aetiologie of de

symptomen. In de literatuur wordt dan ook gebruik gemaakt van het begrip 'prolonged illness' (Field, 1967).

- b Een ziekte wordt chronisch genoemd als zij voorkomt op een lijst van ziekten en aandoeningen die volgens bepaalde criteria als chronisch worden gekenmerkt, bijvoorbeeld de 'checklist of chronic conditions' (*Vital and health statistics*, 1971). De duur van de ziekte is niet het kenmerk maar vooral de *aard* van de ziekte.

2.3. Incidenties en prevalenties van chronische ziekten in de huisartspraktijk in de literatuur

In de medische bibliotheek maakte ik gebruik van het systeem 'Medlar Search'. Met dit systeem is het mogelijk om met behulp van trefwoorden de *Index Medicus* te raadplegen en relevante literatuur snel op te zoeken. Er bleken 15.518 artikelen te zijn over chronische ziekten, waarvan er slechts 27 van toepassing waren op de huisartspraktijk. Bij nadere analyse van de 'abstracts' bleken deze artikelen vooral bepaalde specifieke chronische aandoeningen als studieobject te hebben. Artikelen met een algemeen oriënterend karakter op epidemiologisch gebied en gericht op de huisartspraktijk waren op deze manier moeilijk te vinden.

Wanneer men gegevens wil verkrijgen van incidenties en prevalenties van chronische aandoeningen in de huisartspraktijk en deze data wil vergelijken met cijfers uit dit onderzoek komen gegevens uit Engeland en uit ons eigen land toch het meest in aanmerking. In deze landen is het gebruikelijk, anders dan in andere landen, dat patiënten en hun gezinnen gedurende een langere periode bij één huisarts zijn ingeschreven. De 'denominator'-population at risk—is bekend, hetgeen een feitelijke voorwaarde is voor de bewerking van incidenties en prevalenties (zie hoofdstuk 3.1.).

Om een indruk te krijgen uit andere studies is gekozen voor het Monitoring Project (1982), Oliemans (1969), de Engelse *Morbidity Statistics from General Practice* (1970-1971) en de studie van de Engelse huisarts Hodgkin (1973). In het monitoring project registreerden 12 artsen volgens de ICHPPC-2 gedurende 2 jaar de morbiditeit in een populatie van gemiddeld 21.192 geregistreerde patiënten. In het onderzoek van Oliemans registreerden 52 huisartsen gedurende vier weken en 5 huisartsen gedurende minstens één jaar de morbiditeit in hun praktijken volgens de E-lijst. In de *Morbidity Statistics* registreerden 54 praktijken gedurende één jaar de morbiditeit volgens de E-lijst. De populatie was duidelijk omschreven. Hodgkin, tenslotte, registreerde 10 jaar lang in zijn praktijk van 2500

zielen. Hij geeft zijn cijfers weer volgens de ICD (International Classification of Diseases) en volgens de E-lijst.

Hoewel het in al deze studies gaat om morbiditeitsgegevens uit huisartspraktijken, blijkt vergelijken een hachelijke zaak. Zolang geen duidelijke afspraken zijn gemaakt over criteria op grond waarvan men een ziekte diagnostiseert en registreert en die criteria niet zijn getoetst, kan men niet betrouwbaar vergelijken, om nog maar niet te spreken van de interobservervariabelen. In hoofdstuk 4, paragraaf 8, wordt nader op deze vergelijking ingegaan.

Het studiemateriaal en de methode van onderzoek

3.1. Epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk

Veel onderzoeken, ook in de huisartspraktijk zijn gebaseerd op het voorkomen van ziekten in een populatie van beperkte omvang, bijvoorbeeld de (geschatte) praktijkpopulatie. Deze populaties worden dan meestal beschouwd als steekproeven die representatief zijn voor een groter verband.

Men kan zich afvragen of verantwoord epidemiologisch onderzoek mogelijk is op basis van gegevens uit een in omvang beperkte populatie, zoals de bevolking van één of meer huisartspraktijken. Deze vraag is, indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, bevestigend te beantwoorden. Afgezien van bepaalde en voor discussie uitbare statistische methoden om de 'population at risk' te schatten, uitgaande van 'arts-patiëntcontacten' of 'ziekteperiodes', vormt een nauwkeurige registratie van het patiëntenbestand echter een van de belangrijkste voorwaarden. Een van de belangrijkste gegevens bij epidemiologisch onderzoek betreft dus de 'noemer van de epidemiologische breuk' wel aangeduid met het begrip 'denominator'. Het probleem van de denominator wordt gemakkelijk onderschat.

Aan de voorwaarde van een nauwkeurig bekende 'population at risk' wordt vaak niet voldoende voldaan. Terwijl in veel onderzoeken de frequenties van optredende of zich aandienende ziektegevallen redelijk betrouwbaar zijn vast te stellen, doen zich met name moeilijkheden voor waar het gaat om zo exact mogelijke gegevens betreffende personen waarop deze gegevens betrekking hebben.

Anderzijds hebben klinische statistieken vrijwel alle betrekking op patiënten (b.v. wat betreft de leeftijdsverdeling) en niet op de populatie waaruit deze patiënten stammen.

Op internationaal niveau bezien, vormt deze 'noemer van de epidemiologische breuk' een bijna onoverkomelijke moeilijkheid.

In Groot-Brittannië en Nederland is, door de structuur van de eerste lijns gezondheidszorg, dit probleem relatief gemakkelijk op te lossen. In deze beide landen is in principe iedere patiënt bij een eigen huisarts ingeschreven en in het algemeen worden andere hulpverleners slechts na verwijzing door de huisarts ingeschakeld. In de meeste andere Europese landen en de Verenigde Staten is dit niet het geval. (Chenkin 1982)

De Nederlandse situatie biedt in principe de mogelijkheid om te voldoen aan een van de belangrijkste voorwaarden voor epidemiologisch onderzoek: een zo nauwkeurig mogelijke vaststelling—liefst over een aantal jaren—van de 'population at risk'.

De 'teller van de epidemiologische breuk' vereist nauwkeurige cijfers betreffende het aantal gepresenteerde ziektegevallen, klachten en/of arts-patiënt-contacten. Ook bij dit ogenschijnlijk minder gecompliceerde gegeven komen vele vragen en problemen voor. Als men zich beperkt tot de gepresenteerde morbiditeit—en in eerste instantie afziet van onder andere de invloed welke de arts-patiënt-relatie hierop uitoefent—dient men zich te realiseren, dat slechts een totale registratie van alle aangeboden klachten en problemen inzicht kan verschaffen in het morbiditeitspatroon zoals zich dat aan de huisarts presenteert. Verder is op te merken, dat een huisartspraktijk in het algemeen een ecologische eenheid is, welke zich bij uitstek leent tot epidemiologisch onderzoek (Pflanz, 1967).

Tegenover de beperkte representativiteit van onderzoek in één of meer huisartspraktijken, staan voordelen als een méér gedetailleerde kennis van de onderzoekspopulatie en een relatief geringe inter-doktervariatie. Op de betekenis van deze inter-dokter-variatie wordt later uitgebreid teruggeko- men (zie hoofdstuk 3, par. 5).

Bij morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk bestaat vaak een spanningsveld tussen representativiteit enerzijds en betrouwbaarheid van gegevens anderzijds. Er wordt dan vaak een keuze gemaakt die in de praktijk handelbaar is, zoals bijvoorbeeld in dit onderzoek waar het gaat om 4 huisartspraktijken, waarin 8 huisartsen werkzaam zijn en een totale populatie van ongeveer 12.000 personen.

Tenslotte is het nog nuttig zich te realiseren, dat veel morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk zg. 'loketonderzoek' is, dat wil zeggen dat het gaat om de registratie van die aandoeningen die onder de aandacht van de arts komen, en dat is nog wat anders dan de morbiditeit die in een populatie bestaat.

De geschiedenis van de morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk van de laatste 25 jaar (Van Veen, 1982) laat zien hoe het denken over 'morbiditeit' zich heeft ontwikkeld. Aanvankelijk leek het probleem slechts te zijn hoe de met de patiënt binnen wandelende 'morbiditeit' op

uniforme wijze gerubriceerd en in een classificatie ingepast moest worden. In de loop van de jaren werd sterker de aandacht gericht op vraagstukken zoals het 'labelingsproces', de 'interdoktervariatie' en het 'valutawisselverkeer' (Lamberts, 1982) tussen arts en patiënt. Tegen deze achtergronden dienen de gegevens uit morbiditeitsonderzoek en dus ook dit onderzoek te worden geïnterpreteerd.

'Morbidity is what we choose it to mean' (Morris, 1975).

De uitkomsten van morbiditeitsonderzoek worden in feite samengesteld door een samenspel van verschillende factoren. Men zou, populair uitgedrukt, kunnen stellen dat de uitkomsten van morbiditeitsonderzoek een mengsel is van wat er is, wat de patiënt ervaart, wat de huisarts ziet en wat hij ermee doet. Daarom zullen sommige uitkomsten soms meer over de dokter dan over de patiënt zeggen. Bijvoorbeeld: de cijfers over het voorkomen van hypercholesterolaemie zullen meer zeggen over de inspanning die de huisarts zich heeft getroost deze aandoening op te sporen dan over het werkelijk voorkomen van hypercholesterolaemie in een populatie, terwijl de cijfers over het voorkomen van een tibiafractuur veel meer die van het werkelijk voorkomen van een tibiafractuur in een populatie zullen benaderen.

3.2. De continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

Inleiding

Alles wat de huisartsen, die deze registratie voeren, ter kennis komt op het gebied van de morbiditeit wordt sinds 1971 dagelijks genoteerd en in een computer vastgelegd. Deze zogeheten continue morbiditeitsregistratie vindt plaats in vier huisartspraktijken met een gezamenlijk patiëntenbestand van ongeveer 12.000 personen. Door een koppeling van de geregistreerde morbiditeitsgegevens aan een eveneens gecomputeriseerde continue registratie van het patiëntenbestand, is het mogelijk de gegevens te analyseren die bij ongeveer 12.000 patiënten over een eerste periode van 8 jaar werden verzameld. Als uitgangspunt van de registratie werd gekozen voor de vastlegging van diagnoses, en zoveel mogelijk tot diagnoses herleide klachten en symptomen, volgens de zogenaamde E-lijst (Royal College of General Practitioners, 1963).

Dit is een aan de huisartspraktijk aangepaste versie van de 'International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death' (I.C.D.). Deze coderingslijst, genoemd naar een van de samenstellers

(Eimerl), werd destijds door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) bewerkt voor gebruik in Nederland.

Bij de registratie wordt er naar gestreefd om zoveel mogelijk vaststaande diagnoses vast te leggen. Hiertoe is een procedure ontwikkeld om aanvankelijk onduidelijke of foutieve diagnoses te corrigeren.

Een belangrijk punt vormt voorts de uniformiteit in zowel het hanteren van criteria voor de diagnose als de wijze van coderen en registreren.

De registrerende huisartsen en ook de praktijkassistentes hebben een periodiek overleg en maken afspraken, die worden vastgelegd in een handleiding bij het gebruik van de genoemde E-lijst. Deze handleiding wordt geregeld herzien en is inmiddels uitgegroeid tot een Nijmeegse versie van de E-lijst: Kodes Morbiditeits Registratie Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (1978).

De registratie berust op twee pijlers:

- 1 het H.T.V.-bestand (dit systeem is genoemd naar de ontwerpers ervan, namelijk Huygen, Van Thiel en Vlamings);
- 2 het C.M.R.-systeem (Continue Morbiditeits Registratie).

Het H.T.V.-systeem (registratie van het patiëntenbestand)

Van alle gezinnen en/of personen die tot de registrerende praktijken behoren, zijn gegevens vastgelegd. Deze gegevens staan vermeld op een kaart die op het huisartseninstituut wordt bewaard. In de praktijk is een zogenaamde 'schaduwkaart' aanwezig. Er is dus een dubbel systeem. Deze kaarten bevatten uitsluitend persoons- en gezinsgegevens. De anonimiteit wordt gewaarborgd door alle gegevens aan een persoonsnummer te koppelen, waarvan de sleutel alleen in handen is van de betreffende huisarts.

Dit kaartenbestand wordt zo up to date mogelijk gehouden. Er kunnen zich tal van verandering in de levenssituatie van de patiënten en hun gezinnen voordoen; bij geboorte bijvoorbeeld wordt de gezinsgrootte anders. Wanneer gezinnen en/of personen uit een praktijk vertrekken of in een praktijk worden ingeschreven, wordt een en ander op de schaduwkaart en in de computer ingevoerd.

Het C.M.R.-systeem

In de Continue Morbiditeits Registratie wordt alles wat te maken heeft met ziekte, die zich op een of andere manier aan de huisarts presenteert, vastgelegd. Niet alleen wordt vastgelegd wat zich aan de huisarts op het spreekuur of tijdens visites presenteert, maar ook de morbiditeit die elders wordt aangeboden en waarover de huisarts bericht ontvangt (bijvoorbeeld van de Eerste Hulp-posten van ziekenhuizen of van specialistenbrieven).

Met behulp van de bovengenoemde E-lijst kent de huisarts, zodra hij

een diagnose stelt, de desbetreffende klacht, het symptoom of de aandoening een code toe, bestaande uit drie cijfers. Behalve het diagnosenummer wordt aan deze registratie nog een kenmerk toegevoegd dat onderscheid maakt tussen:

- a* een nieuwe nog niet eerder gediagnostiseerde aandoening (doorloopcode 1)
- b* een bekende in vorige jaren reeds eerder gediagnostiseerde aandoening (doorloopcode 3).

Een voorbeeld: in 1977 presenteert zich voor de eerste keer een patiënt met een arthrosis deformans. De huisarts geeft, omdat er sprake is van een nieuw geval van artrose, de code 406 (= artrose) met een doorloopcode 1. Komt nu de patiënt op enigerlei wijze in 1978 in contact met zijn huisarts, dan zal, indien de aandoening nog medische attentie behoeft, in dat jaar voor deze aandoening 406 met een doorloopcode 3 worden doorgecodeerd.

Op deze wijze zijn niet alleen de incidentie en prevalentie van allerlei aandoeningen bekend, doch óók is na te gaan welk aandeel langerdurende aandoeningen hebben in de totale morbiditeit. Het systeem omvat voorts nog een aantal coderingen, met name voor verwijzingen en opnames. Alle gecodeerde gegevens op de patiëntenkaart worden door de praktijkassistente op daarvoor bestemde formulieren geregistreerd.

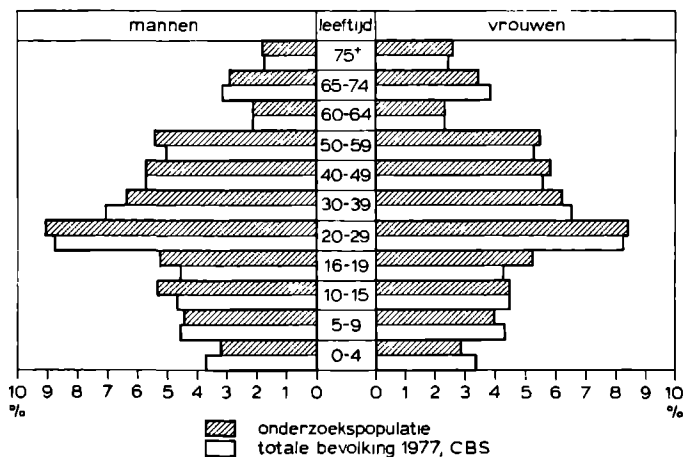
De praktijkassistente speelt de belangrijkerste rol in het bijhouden van dit bestand. De voornaamste persoons- en gezinsvariabelen, die in dit onderzoek worden gebruikt, zijn:

- de leeftijd: morbiditeitspatronen (kunnen) veranderen met de leeftijd
- het geslacht: voor mannen en vrouwen bestaan verschillende morbiditeitspatronen
- sociale laag: bij epidemiologisch onderzoek is de sociale laag een belangrijke variabele. Tot nu toe wordt het beroep van de man als uitgangspunt genomen voor de sociale laag van het gezin. Aan de vrouw en de thuiswonende kinderen wordt dezelfde sociale laag toegekend als die van de man. De indeling van de sociale laag berust op de ITS-indeling (Instituut voor Toegepaste Sociologie). Omwille van de overzichtelijkheid zijn in dit boek de sociale lagen samengetrokken tot drie: 'hoog', 'midden' en 'laag'.

De gehele procedure, zowel organisatorisch als inhoudelijk, is vastgelegd in de handleiding 'HTV/CMR' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (zie bijlage schema 1).

3.3 Algemene gegevens over de onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat de patiënten van vier huisartspraktijken: één stadspraktijk, één praktijk in een kleine stad en twee plattelandspraktijken, géén van alle apothekhoudend. Het over de periode 1971 tot en met 1978 gemiddelde patiëntenbestand omvatte 11.880 patiënten, waarvan 5947 mannen en 5933 vrouwen. De verdeling naar leeftijd en geslacht van de onderzochte populatie blijkt betrekkelijk weinig te verschillen van de geslacht-leeftijd opbouw van de Nederlandse bevolking (figuur 3.3.1.).



Figuur 3.3.1.: Geslacht-leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking in 1977 (C.B.S. 1978) en van de onderzoekspopulatie (N = 11.880 patiënten).

3.4. Representativiteit ten aanzien van de Nederlandse bevolking

Bij het vergelijken van ziekte- en sterfte-cijfers van bijvoorbeeld verschillende gebieden, verschillende tijdsperioden, verschillende populaties moet men zich ervan bewust zijn, dat dergelijke cijfers over het algemeen aanzienlijk worden beïnvloed door de leeftijds- en geslachtssamenstelling van de desbetreffende populatie.

Behalve bovengenoemde factoren speelt dan nog mee dat, in het materiaal van de vier praktijken tezamen, het aandeel van de stadspraktijk relatief te klein is. Voorts is er de invloed van regionale factoren. De vier

registrerende praktijken zijn alle gesitueerd in het oosten van het land. Ondanks deze beperkingen zijn er redenen om aan te nemen dat deze morbiditeitsanalyse vertaalbaar is naar andere praktijken.

De leeftijds- en geslachtssamenstelling van dit materiaal lijkt op die van de Nederlands bevolking en het onderzochte materiaal is grotendeels naar leeftijd en geslacht omgerekend en gestandaardiseerd. Bovendien gaat het in dit onderzoek voornamelijk om een plaatsbepaling van de chronische aandoeningen in de huisartspraktijk en het relatieve belang van deze aandoeningen onderling. Dit laat zich duidelijk demonstreren wanneer we de tien meest voorkomende chronische aandoeningen in de registrerende praktijken afzonderlijk weergeven (tabel 3.4.1.).

<i>vier praktijken tezamen</i>	<i>praktijk 1</i>	<i>praktijk 2</i>	<i>praktijk 3</i>	<i>praktijk 4</i>
adipositas	adipositas	adipositas	adipositas	NF-klachten
hypertensie	varices v/d benen	hypertensie	hypertensie	hypertensie
NF-klachten	hypertensie	artrosis deformans	varices v/d benen	adipositas
varices v/d benen	NF-klachten	NF-klachten	artrosis deformans	rhin.vasomot.
artrosis deformans	slechthorendheid	varices v/d benen	NF-klachten	var. v/d benen
slechthorendheid	artrosis deformans	slechthorendheid	slechthorendheid	myodeg. cordis
chron. bronchitis	chron. bronchitis	angina pectoris	chron. bronchitis	asthma bronch.
diabetes mellitus	eczeem	diabetes mellitus	diabetes mellitus	chron.bronch.
angina pectoris	diabetes mellitus	chron. bronchitis	eczeem	artrosis def.
myodeg. cordis	migraine	cerebrovasc. aand.	angina pectoris	diabetes mell.

Tabel 3.4.1.. De tien meest voorkomende chronische aandoeningen in alle praktijken tezamen en in de afzonderlijke praktijken in 1978

3.5. Verschillen in registratie tussen de praktijken onderling

Ondanks het feit dat veel aandacht wordt besteed aan een uniforme wijze van registreren blijken er tussen de vier praktijken aanzienlijke verschillen te bestaan in geregistreeerde frequentie (zie hoofdstuk 4.15). Deze verschillen kunnen onder meer worden verklaard door:

- a* artsvariabelen
- b* patiëntvariabelen
- c* praktijkkenmerken
- d* technische fouten.

Ad a: Artsvariabelen

In de praktijken wordt alle morbiditeit geregistreerd, die ter attentie van de

desbetreffende huisarts komt. Vanzelfsprekend is dit 'ter attentie van de huisarts komen' ook afhankelijk van wat de huisarts kan en wil zien. De volgende voorbeelden geven aan waarom verschillen in registratie kunnen optreden als gevolg van de kennis, vaardigheden en attitude van de huisarts, alsmede als gevolg van diens relatie met de patiënt.

- 1 De ene huisarts zal een betere kennis hebben van bepaalde aandoeningen dan de andere.
- 2 De ene huisarts zal nauwkeuriger werken dan de andere arts, terwijl door verschillen in leeftijd, ervaring, scholing en nascholing verschillen kunnen optreden tussen huisartsen die hun neerslag hebben in de registratie.
- 3 De huisarts, die een anticiperende instelling heeft, zal met welke klacht de patiënt ook komt, sneller geneigd zijn mensen te laten wegen, de bloeddruk te meten of een screeningsaudiogram te laten maken. Het spreekt vanzelf dat dit een meeropbrengst aan diagnosecodes geeft. De huisarts, die bij lichamelijk onderzoek toevallige bevindingen doet, die op dit moment niets te maken hebben met hetgeen waarvoor de patiënt komt, zal deze bevindingen al of niet kunnen registreren. De ene arts zal meer gericht zijn op wat de patiënt aan hem reeds bekende aandoeningen heeft dan de ander.
- 4 De patiënten zullen zich ten opzichte van de ene arts anders gedragen dan ten opzichte van de andere arts.
- 5 Tenslotte 'trekt' de ene arts meer ziekten aan dan de ander. De ene arts zal meer, de ander minder behandelen of meer/minder mensen terugbestellen op het spreekuur

Zoals reeds is gezegd, worden nieuw gepresenteerde aandoeningen gecodeerd met een doorloopcode 1. Reeds gepresenteerde aandoeningen kunnen in het jaar daarop, wanneer ze weer opnieuw ter attentie van de arts komen, worden doorgecodeerd met de doorloopcode 3.

De *gerichtheid* van de arts op deze bekende aandoeningen, die meestal kunnen worden gezien als een min of meer blijvend kenmerk van de patiënt, maakt vooral uit, of deze aandoeningen ook daadwerkelijk worden doorgecodeerd. Bijvoorbeeld: als een patiënt voor een verkoudheid bij de arts komt, dan kan deze méér of minder aandacht besteden aan reeds bekende problemen, zoals bijvoorbeeld adipositas. Als iemand bij de arts komt om zijn oren te laten uitspuiten, besteedt de arts dan aandacht aan het hartinfarct dat de patiënt twee jaar geleden kreeg? Dit bewust aandacht hebben voor blijvende kenmerken van de patiënt is een belangrijk facet van het huisartsenvak. Het dient terug te vinden te zijn op de patiëntenkaart.

Blijvende kenmerken worden, als het goed is, genoteerd op een apart gedeelte van de patiëntenkaart. De huisarts kan zich dan, als de patiënt komt, snel oriënteren omtrent deze kenmerken. Een goed voorbeeld voor de aandacht van de arts voor *reeds bekende aandoeningen* en van de verschillen die hierbij optreden in het registreren, kan men constateren in hoofdstuk 4.7. Dit wijst op de mogelijkheid dat de verschillen op het gebied van de registratie afhankelijk zijn van de mate van aandacht van de arts voor bepaalde aandoeningen, in dit geval de bekende aandoeningen die als een kenmerk van de patiënt kunnen worden gezien.

Vanaf het tijdstip dat de vier praktijken registreren (1971) bestaat er maandelijks overleg tussen de registrerende artsen met als doel de registratie zo uniform mogelijk te laten verlopen. Alle aandoeningen zowel de 1- als de 3-codes, worden onderling besproken. Er zijn criteria vastgesteld voor elke codering. Door middel van toetsjes worden de geformuleerde criteria en de uniformiteit van tijd tot tijd getest. Door de onderlinge afspraken zou deze variatie in de loop der tijd kleiner geworden kunnen zijn.

Dat er op dit gebied, ondanks de besprekingen, toch altijd verschillen zijn blijven bestaan, blijkt nog eens uit het onderzoek van Van Loon (1978). In de data van de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut onderzocht hij de frequentie van een aantal 'harde' diagnoses ('harde' diagnoses zijn diagnoses waarvoor iedereen zeker een arts zou raadplegen, zoals bijvoorbeeld een collumfractuur). Hij komt, na eliminatie van factoren als leeftijd, geslacht, sociale laag en praktijksamenstelling, tot de conclusie dat de dan nog aanzienlijke verschillen in de registratie van aandoeningen voor een groot deel aan de wijze van registratie kunnen worden toegeschreven. De kwaliteit van de registratie in de praktijken is ook afhankelijk van de werkwijzen van de assistentes. Wisselend per praktijk zal de assistente méér of minder getraind zijn om aandacht te besteden aan de coderingen. De assistentes kunnen de arts attenderen op fouten of vergeten coderingen. Dit geldt vooral voor het doorcoderen van bekende aandoeningen.

Ad b: Patiëntvariabelen

Patiënten zullen in hun ziekte- en gezondheidsgedrag per praktijk verschillen kunnen vertonen.

Ad c: Praktijkenkenmerken

De belangrijkste variabelen, op grond waarvan verschillen tussen de vier registrerende praktijken kunnen worden verklaard, zijn:

a verschillen in praktijk-opbouw naar leeftijd en geslacht

b verschillen in praktijk-opbouw naar sociale laag

c verschillen in de plaatselijke situatie.

Opmerking: de praktijken 1 en 3 zijn plattelandspraktijken. Praktijk 2 is een praktijk in een grote stad en praktijk 4 is een praktijk in een kleine stad (± 10.000 inwoners).

Ad d: Technische fouten

Fouten die kunnen worden gemaakt op technisch gebied betreffen:

a het foutief coderen van CMR/HTV-formulieren door respectievelijk de praktijkassistentes en/of het secretariaat van het huisartseninstituut

b het niet in- en uitvoeren van patiënten in het HTV-bestand

c fouten bij het ponsen van de formulieren.

Het systeem heeft in de loop van de tijd vooral door het maken van zogenaamde foutenstaten, periodieke bijeenkomsten van praktijkassistentes en controles door de statisticus zo'n technische perfectie bereikt, dat fouten in deze categorie weinig voorkomen.

3.6. Bewerking en selectie van gegevens

In hoofdstuk 3.2. en 3.5. is opgemerkt, dat indien een reeds gediagnosticeerde aandoening in een volgend jaar op welke manier dan ook, ter attentie van de arts komt en als zodanig nog aanwezig is, deze wordt doorgecodeerd met de doorloopcode 3. Deze bekende aandoeningen worden doorgecodeerd als de ziekte in meer of mindere mate een blijvend kenmerk was van de patiënt en in behandelend en/of anticiperend opzicht de aandacht van de huisarts bleef vragen. Bij de bewerking van de gegevens is er vanuit gegaan dat alle aan de huisarts bekende aandoeningen (doorgecodeerd met doorloopcode 3) ook chronische aandoeningen kunnen worden genoemd. Daarbij kam men dan uitgaan van de volgende definitie: *Chronische aandoeningen zijn die ziekten die in meerdere of mindere mate een blijvend kenmerk zijn van de patiënt en die in behandelend en/of anticiperend opzicht de blijvende aandacht van de huisarts vragen.*

In deze definitie worden de twee eerdergenoemde kenmerken van chronische ziekten (n.l. de duur en de aard van de ziekte) gecombineerd. Niet alle aandoeningen die men 'chronisch' zou kunnen noemen, werden geregistreerd. Er zijn bepaalde afspraken. Refractie-afwijkingen of platvoeten worden bijvoorbeeld slechts éénmaal gecodeerd als een nieuwe aandoening op het moment dat deze aan de huisarts gepresenteerd worden. Zij worden in de regel in de daarop volgende jaren niet doorgecodeerd. Alle

voor de huisarts *relevante* chronische aandoeningen worden daarentegen wel doorgecodeerd. Zo is er een koppeling mogelijk van de begrippen acute en chronische ziekten en de in ons systeem gebruikte doorloopcode 1 (nieuwe aandoening) en doorloopcode 3 (chronische aandoening).

3.7. Enkele opmerkingen die bij de bewerking van de gegevens een belangrijke rol spelen

Bij de berekening van de reeds bekende chronische aandoeningen is gekozen voor de in het jaar 1978 geregistreerde aandoeningen. Bovendien is het jaar 1978 het 8^e jaar waarin de morbiditeit werd geregistreerd. Men kan ervan uitgaan, dat de kinderziekten van het systeem in 1978 een minder grote rol spelen dan in de voorafgaande jaren.

Nieuwe aandoeningen

Voor de beschrijving van nieuwe aandoeningen (aandoeningen voorzien van doorloopcode 1) is uitgegaan van het gemiddelde aantal gepresenteerde aandoeningen per jaar, berekend over een periode van 8 jaren (1971-1978). Op deze manier krijgt men een meer betrouwbare indruk van de incidentie van deze ziektebeelden dan men op basis van de gegevens van een enkel jaar kan verwachten.

De standaardpraktijk

Om een duidelijker en ook didactischer zicht te verkrijgen op het onderzoeksmateriaal hebben wij de gegevens uit de vier registrerende praktijken voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd. Wij hebben hierbij gekozen voor een imaginaire 'standaardpraktijk'. Dat leek veel illustratiever voor de gemiddelde huisarts, die niet gewend is in termen van incidentie en prevalentie te denken, maar meer in aantal patiënten per praktijk (in absolute getallen).

De samenstelling van deze praktijk is berekend, door de bevolkingsopbouw in Nederland (C.B.S., 1978) naar leeftijd en geslacht toe te passen op een aantal van 2800 mensen. De gegevens van ieder van de registrerende praktijken en van de vier praktijken tezamen zijn omgerekend naar deze standaardpraktijk. Op vele plaatsen in dit boek zal van deze omrekening naar 'standaardpraktijk' gebruik worden gemaakt.

terwille van de vergelijkbaarheid met andere onderzoeken zijn bovendien veel frequenties uitgedrukt in getallen per 1000 patiënten per jaar.

Prevalentie

Het begrip prevalentie, dat in de epidemiologische literatuur wordt gehanteerd, kan door verschillende interpretaties die er aan gegeven worden verwarrend werken. Bovendien blijkt, dat de berekening van de prevalenties in verschillende studies nogal uiteenloopt. In het navolgende worden de definities van prevalentie en de manier waarop de prevalentiecijfers zijn berekend van de in het literatuuroverzicht aangehaalde studies vermeld. Bij de definitie van prevalentie onderscheidt men wel het aantal ziektegevallen in een omschreven populatie op één tijdstip (point prevalence) respectievelijk gedurende een bepaalde periode (period prevalence). Anders dan bij Oliemans en onze registratie, ordent Lamberts (1982) zijn gegevens op een eigen manier. In aparte kolommen vermeldt hij achtereenvolgens:

- 1 De incidenties (per 1000 patiënten in de basispopulatie) van alle *nieuwe zekere* diagnoses gedurende het eerste of tweede registratiejaar (er werd 2 jaar lang geregistreerd).
- 2 De prevalentie (per 1000 patiënten in de basispopulatie) van alle *zekere* diagnoses in het eerste registratiejaar (waarschijnlijk is bedoeld oude en nieuwe aan de huisarts gepresenteerde gevallen).
- 3 De restprevalentie in het tweede jaar van zekere diagnoses die *reeds vóór het eerste registratiejaar aanwezig waren*, maar pas in het tweede jaar werden gepresenteerd en geregistreerd.
- 4 De prevalentie (per 1000 patiënten in de basispopulatie) van alle *onzekere* diagnoses geregistreerd in het eerste jaar.
- 5 De prevalentie (per 1000 patiënten in de basispopulatie) van alle *onzekere* diagnoses geregistreerd in het tweede jaar.

Om deze data van Lamberts te kunnen vergelijken met onze cijfers moesten deze laatste worden omgerekend. Om een prevalentie per 1000 patiënten per jaar te berekenen, die zo goed mogelijk te vergelijken is met cijfers in deze studie, werden de getallen die werden vermeld in de bovengenoemde categorieën 2, 3 en 4 bij elkaar geteld.

Omdat in de continue morbiditeitsregistratie van het NUHI ook de diagnosecodes werden meegeteld van die patiënten, die stierven tijdens de observatieperiode en Lamberts deze in een aparte tabel in absolute getallen vermeldt (hij liet deze patiënten niet meetellen, omdat zij gedurende de tweejarige observatieperiode niet continu aanwezig waren in de basispopulatie) moesten de prevalentiecijfers, waar nodig, met deze getallen worden aangevuld. Daartoe zijn de mensen die in het eerste observatiejaar stierven (N = 176) bij de basispopulatie (N = 16.871) opgeteld en het aantal diagnoses weer omgerekend in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Omdat de incidentie van het eerste en tweede registratiejaar apart vermeld werden, is bij de vergelijking de gemiddelde incidentie van deze twee jaar berekend.

In de Morbidity Statistics from General Practice (1974) hanteert men weer een andere norm die het vergelijken van de ene studie met de andere niet makkelijker maakt. De cijfers in deze studie worden er weergegeven in 'patients consulting rates'. De patient consulting rate kan worden gedefinieerd als het aantal patiënten per 1000 patiënten at risk, dat voor een bepaalde aandoening of klacht de arts tenminste éénmaal in dat jaar consulteert. Cijfers die op deze manier zijn verzameld komen goed overeen met de prevalentiecijfers zoals die in de andere studies zijn beschreven. Het begrip 'consulting rate' moet echter niet worden verward met het begrip 'consultation rate', waaronder men verstaat het aantal consulten per 1000 patiënten per jaar.

Oliemans (1969) gebruikt als definitie van prevalentie: het totaal aantal ziektegevallen, dat in een bepaalde periode optreedt, gewoonlijk uitgedrukt per 1000 personen per jaar (period prevalence).

De prevalentiecijfers van Oliemans zijn berekend uit zijn continue morbiditeitsregistratie (continue morbiditeitsregistratie van 5 artsen die minstens een jaar lang in hun praktijken registreerden). Hij berekent de prevalentie door het aantal oude en nieuwe gevallen dat per 1000 personen in één jaar voorkwam bij elkaar te tellen. Deze getallen zijn dus vergelijkbaar met die van de continue morbiditeitsregistratie van NUHI.

De Engelse huisarts Hodgkin (1973) geeft zijn cijfers op in aantallen per 1000 patiënten per jaar. Hij geeft geen definitie van incidentie of prevalentie, maar hanteert een zogenaamde 'diagnostic range'. Dat wil zeggen, dat hij verschil maakt tussen een vermoedelijke diagnose (als je aan een bepaalde ziekte denkt) en een zekere diagnose. Hij merkt tevens op, dat het gebruik van één getal niet mogelijk is en meer van 'academische' betekenis is dan praktisch nut heeft. Daarom geeft hij altijd 2 getallen op. Het laagste getal geeft het aantal zekere diagnoses per 1000 patiënten per jaar weer en het hoogste getal het aantal door hem vermoede diagnoses per 1000 patiënten per jaar. Dit laatste getal moet niet worden verward met bijvoorbeeld de echte incidentie.

Conclusie: incidentie- en prevalentiecijfers, zoals in de Nederlandse studies, geeft Hodgkin niet. Toch lijkt het de moeite waard, als men heeft bestudeerd hoe hij zijn cijfermateriaal heeft verzameld en bewerkt, om toch zijn cijfers te vermelden. Want grofweg kan men stellen, dat de cijfers van Hodgkin wel een indruk geven van de prevalentie van ziekten in zijn omschreven populatie en vergelijking met Nederlandse cijfers, weliswaar niet nauwkeurig, toestaan.

In de Continue Morbiditeits Registratie wordt met cijfers die vermeld staan onder het hoofd prevalentie bedoeld: het totaal aantal nieuwe (doorloopcode 1) plus het totaal aantal bekende gevallen (doorloopcode 3) van een aandoening dat door de huisarts werd geregistreerd in één jaar, uitgedrukt in aantallen per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie betekent in dit verband: de *door de huisartsen* geregistreerde gevallen van ziekte in een bepaalde periode (bijvoorbeeld een jaar) uitgedrukt per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. De prevalentiecijfers betekenen niet dat *alle ziektegevallen* van een bepaalde aandoening *in de betreffende populatie* werden geregistreerd. Alleen de aan de huisarts aangeboden morbiditeit werd geregistreerd.

De indeling van de leeftijdscategorieën

De indeling in leeftijdscategorieën is zoveel mogelijk gebaseerd op de gangbare indelingen van het CBS, namelijk, 5-jaarscategorieën. Sommige leeftijdscategorieën, waarin op grond van beschikbare gegevens geen grote verschillen in morbiditeit werden waargenomen, werden samengenomen tot maximaal 10 jaar. Het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd en de relatie die dat zou kunnen hebben met de morbiditeit, deed ons besluiten om de leeftijdscategorie 60-64 jaar te handhaven. Ook de leeftijdscategorieën tot 20 jaar bleven in 5-jaarscategorieën uitgedrukt.

Inventarisatie van de gegevens

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de omvang en de verdeling van bekende aandoeningen in de onderzochte populatie. Voor zover van belang, zijn ook de nieuwe aandoeningen in de beschouwing betrokken.

4.1 Totale aantallen nieuwe en bekende aandoeningen

In tabel 4.1. wordt een overzicht gegeven van de frequenties van alle aan de huisarts als nieuw geval gepresenteerde aandoeningen en van de reeds aan de huisarts bekende aandoeningen tezamen, naar geslacht, leeftijd en naar verhouding tussen nieuwe en bekende aandoeningen. Bij de interpretatie van deze tabel moet men rekening houden met het feit, dat de als nieuw geval gepresenteerde aandoeningen òf van voorbijgaande aard zijn òf in de toekomst als bekende aandoeningen zullen worden geregistreerd.

Met bekende aandoeningen wordt aangegeven dat deze aandoeningen reeds eerder aan de huisarts werden gepresenteerd en in de desbetreffende registratieperiode (elke registratieperiode telt een kalenderjaar) nog onder de aandacht c.q. behandeling van de huisarts zijn.

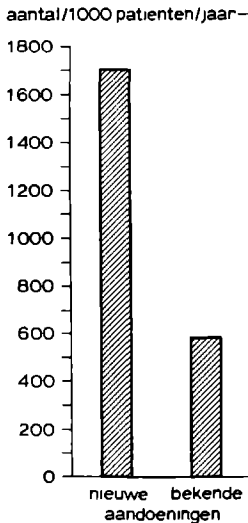
Om een beter overzicht te krijgen zijn uit deze tabel een aantal figuren geconstrueerd die elk van commentaar zullen worden voorzien.

4.1.1. Het totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen

In figuur 4.1.1. wordt het totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen, gemiddeld over alle leeftijdsgroepen en beide geslachten, weergegeven.

leeftijdsgroep	MAN		VROUW		TOTAAL		VERHOUDING nieuwe bekende aand. aand.
	nieuwe aand.	bekende aand.	nieuwe aand.	bekende aand.	nieuwe aand.	bekende aand.	
0- 4	2673	81	2333	75	2514	78	32.2
5- 9	1675	116	1612	72	1644	95	17.3
10-14	1080	105	1193	79	1135	93	12.2
15-19	1223	116	1570	130	1394	123	11.3
20-29	1346	132	1902	206	1608	167	9.6
30-39	1648	230	2109	395	1878	312	6.0
40-49	1629	484	1972	791	1802	636	2.8
50-59	1552	870	1958	1212	1760	1046	1.7
60-64	1513	1223	1860	1439	1700	1338	1.3
65-74	1556	1548	1845	2070	1716	1839	0.9
75*	1705	1898	1886	2609	1812	2318	0.8
totaal	1549	446	1834	696	1692	571	3.0

Table 4.1.: Totale aantallen nieuwe en bekende aandoeningen, per 1000 patiënten per jaar binnen de onderscheiden geslachts-leeftijdscategorieën. Nieuwe aandoeningen over de periode 1971-1978, bekende aandoeningen over 1978. N = 11.880 patiënten.



Figuur 4.1.1.: Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in absolute getallen per 1000 patiënten per jaar. De nieuwe aandoeningen zijn berekend als het gemiddelde over de periode 1971-1978, de bekende aandoeningen betreffen het jaar 1978. N = 11880 patiënten.

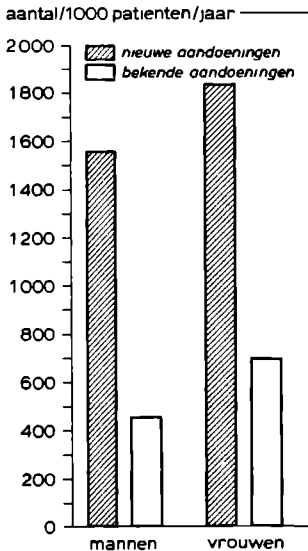
Commentaar

Nieuwe aandoeningen werden veel vaker geregistreerd dan bekende aandoeningen. Opgemerkt dient te worden, dat dit slechts een beeld geeft van de frequentie van deze aandoeningen en allerm minst van bijvoorbeeld de werklust van de huisarts. Reeds bekende aandoeningen zullen in het algemeen meer verrichtingen van de huisarts vergen dan nieuwe acute aandoeningen.

Nieuwe aandoeningen zijn meestal episodisch van karakter en kunnen ook enkele malen per jaar bij eenzelfde persoon voorkomen. Bekende aandoeningen worden per persoon slechts éénmaal per jaar geregistreerd.

4.1.2. Het totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen per geslacht

In figuur 4.1.2. wordt het totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen van mannen respectievelijk vrouwen weergegeven.



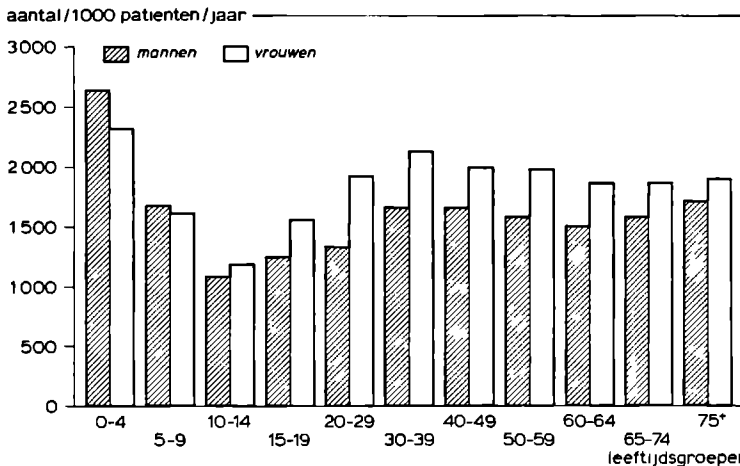
Figuur 4.1.2.: Aantal nieuwe en bekende aandoeningen in absolute aantallen per 1000 mannen respectievelijk vrouwen per jaar. Nieuwe aandoeningen berekend als het gemiddelde over de periode 1971-1978, bekende aandoeningen over het jaar 1978. $N = 11.880$ patiënten. $N_1 = 5949$ mannen $N_2 = 5933$ vrouwen.

Commentaar

Beschouwing van deze figuur maakt duidelijk, dat bij vrouwen zowel nieuwe als bekende aandoeningen vaker worden geregistreerd

4 1 3 Het aantal nieuwe en bekende aandoeningen naar leeftijd en geslacht

Figuur 4.1.3.1 geeft een overzicht van de nieuwe aandoeningen per 1000 patiënten per jaar binnen de onderscheiden leeftijdscategorieën en per geslacht

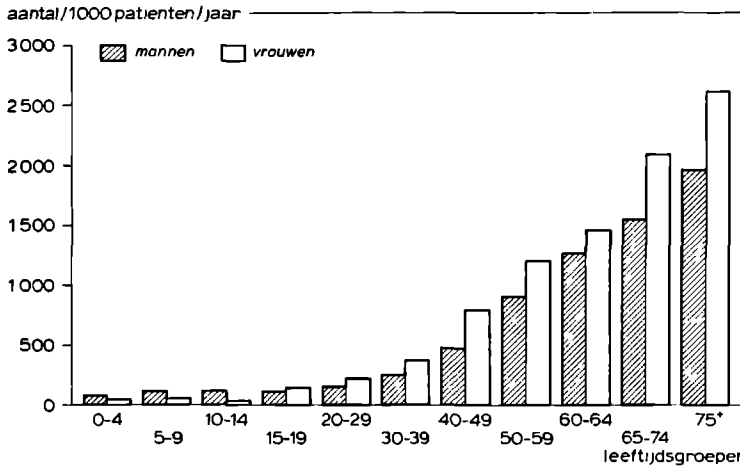


Figuur 4 1 3 1 Nieuwe aandoeningen per 1000 patiënten per jaar binnen de onderscheiden geslachts-leeftijdsklassen Periode 1971-1978 N = 11 880 patiënten

Commentaar

Terwijl in de jongste leeftijdsklasse (0-4 jaar) relatief meer en in de leeftijdsklasse van schoolgaande kinderen relatief minder aandoeningen werden gepresenteerd, bleek het aantal aangeboden nieuwe aandoeningen over de overige leeftijdsklassen tamelijk constant. Door vrouwen werden evenwel in alle, behalve de twee jongste leeftijdsklassen (0-4 jaar en 5-9 jaar) meer aandoeningen gepresenteerd dan door mannen.

Figuur 4 1 3 2 biedt een overzicht van de bekende aandoeningen per 1000 patiënten per jaar binnen de onderscheiden geslachts-leeftijdsklassen.



Figuur 4.1.3.2: Bekende aandoeningen per 1000 patiënten per jaar binnen de onderscheiden geslachts-leeftijdsklassen. Periode 1978. N = 11.880 patiënten.

Commentaar

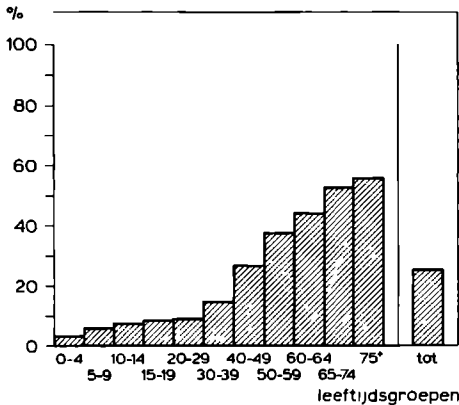
Het aantal bekende aandoeningen nam toe met de leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen. Deze toename manifesteert zich vooral boven de leeftijd van 40 jaar. Vrouwen, met uitzondering van de leeftijdsklassen van 0 tot 15 jaar, presenteerden meer bekende aandoeningen dan mannen.

4.1.4. De verhouding nieuwe en bekende aandoeningen per leeftijdsgroep

Om een beter overzicht te krijgen in de verhouding tussen nieuwe en bekende aandoeningen, wanneer op de leeftijd wordt gelet, worden in figuur 4.1.4. de percentages van de bekende aandoeningen op het totaal aantal aandoeningen per leeftijdsgroep per jaar weergegeven.

Commentaar

Het percentage bekende aandoeningen uitgedrukt ten opzichte van het totaal aantal aandoeningen per leeftijdsgroep, bedroeg in de jongste leeftijdsgroep 3% en liep op tot 56% in de oudste leeftijdsgroep.



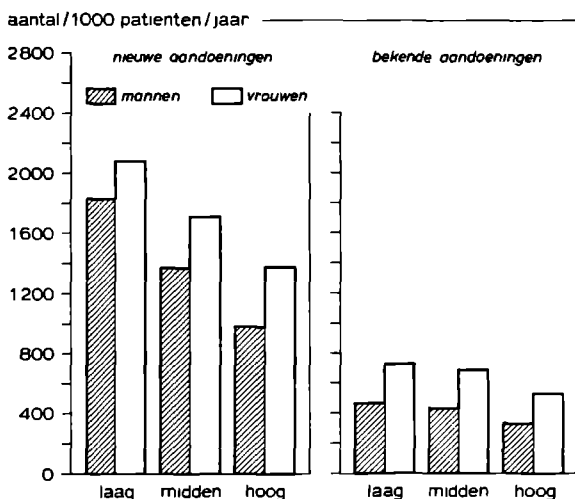
Figuur 4.1.4.: Het percentage bekende aandoeningen uitgedrukt ten opzichte van het totaal aantal aandoeningen per leeftijdsgroep per jaar (100% is het totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen tezamen).

4.2. De sociale laag en het aantal nieuwe en bekende aandoeningen

Omdat in de literatuur over ziekte- en gezondheidsgedrag en medische consumptie (De Jong, 1980; Mootz, 1981) aan de sociale laag een belangrijke invloed wordt toegekend, lijkt het van belang, de verdeling van het aantal geregistreerde aandoeningen over de onderscheiden sociale lagen te onderzoeken. In figuur 4.2. wordt een overzicht gegeven van het aantal te verwachten nieuwe en bekende aandoeningen binnen de onderscheiden sociale lagen. Voor goede vergelijkbaarheid wat betreft de sociale lagen werd gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Voor de verdeling in sociale lagen werd gebruik gemaakt van de beroepenklapper van het I.T.S. De positie van de man werd als basis genomen voor de bepaling van het sociaal-economisch milieu, waartoe het gezin is te rekenen. Criteria hierbij zijn: beroep en functie, loondienst of zelfstandigheid, leiding geven en opleiding. In de analyse is de verdeling teruggebracht tot een 3-deling 'laag', 'midden' en 'hoge sociale laag'.

Commentaar

Naarmate patiënten in een hogere sociale laag zijn ingedeeld bleken zij minder nieuwe aandoeningen aan de huisarts te presenteren. Dit gold zowel voor mannen als voor vrouwen. De verschillen tussen de sociale lagen zijn wat betreft bekende aandoeningen minder duidelijk.



Figuur 4.2.: Nieuwe en bekende aandoeningen naar geslacht onderscheiden sociale lagen, in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd. Nieuwe aandoeningen berekend over de jaren 1971-1978, bekende aandoeningen over het jaar 1978 (zie ook bijl. tabel 4.2.).**: voor mannen en vrouwen.

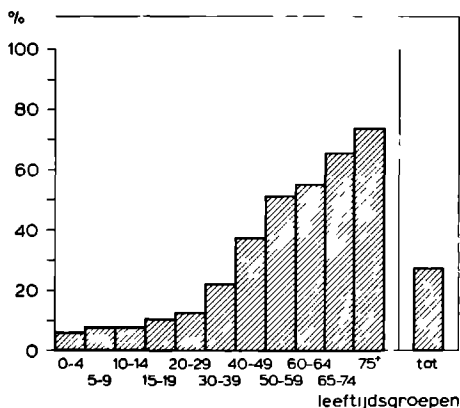
4.3. Het percentage personen met minstens een of meer bekende aandoeningen

4.3.1.

Om de vraag te beantwoorden hoeveel mensen in een huisartspraktijk bekende aandoeningen hebben, is het percentage personen met een of meer bekende aandoeningen berekend. Figuur 4.3.1. (zie ook bijlage tabel 4.3.1.) laat het percentage personen met een bekende aandoening zien, per leeftijdsgroep in het jaar 1978 en berekend over de 4 praktijken tezamen (N = 11.880 patiënten).

Commentaar

Twintig procent van de personen in deze praktijken hadden een of meer bekende aandoeningen. Omgerekend naar een standaardpraktijk van 2800 zielen betekent dit dat in een dergelijke praktijk ongeveer 767 personen de huisarts jaarlijks met één of meer bekende aandoeningen confronteren. Het percentage personen met een of meer bekende aandoeningen in de jongste leeftijdsgroep bedroeg in ons onderzoek ongeveer 6%. In de



Figuur 4.3.1.: Het percentage personen met één of meer bekende aandoeningen, uitgezet naar leeftijdsklassen, berekend over de vier praktijken tezamen.

oudste leeftijdsgroep (75⁺) bijna driekwart van de patiënten bij de huisarts 'bekend' voor één of meer aandoeningen.

4.3.2.

Het is mogelijk dat één persoon meerdere bekende aandoeningen heeft. Om deze vraag te beantwoorden, werd het percentage personen met 0, 1, 2, 3 of meer bekende aandoeningen per geslacht berekend (tabel 4.3.2.).

aantal bekende aandoeningen	man	vrouw
0	77.0	68.2
1	12.9	14.5
2	5.6	7.8
3	2.4	4.8
>3	2.3	4.7

Tabel 4.3.2.: Percentages patiënten met 0, 1, 2, 3 of méér dan 3 bekende aandoeningen in het jaar 1978 naar geslacht N = 11.880 patiënten.

Commentaar

Het percentage personen met één bekende aandoening was bij mannen en vrouwen ongeveer hetzelfde. Bij de vrouwen was het percentage personen met drie of méér bekende aandoeningen ongeveer tweemaal zo groot als bij mannen.

4.4. Algemeen overzicht van de nieuwe en bekende aandoeningen verdeeld over de onderscheiden diagnosecategorieën van de E-lijst

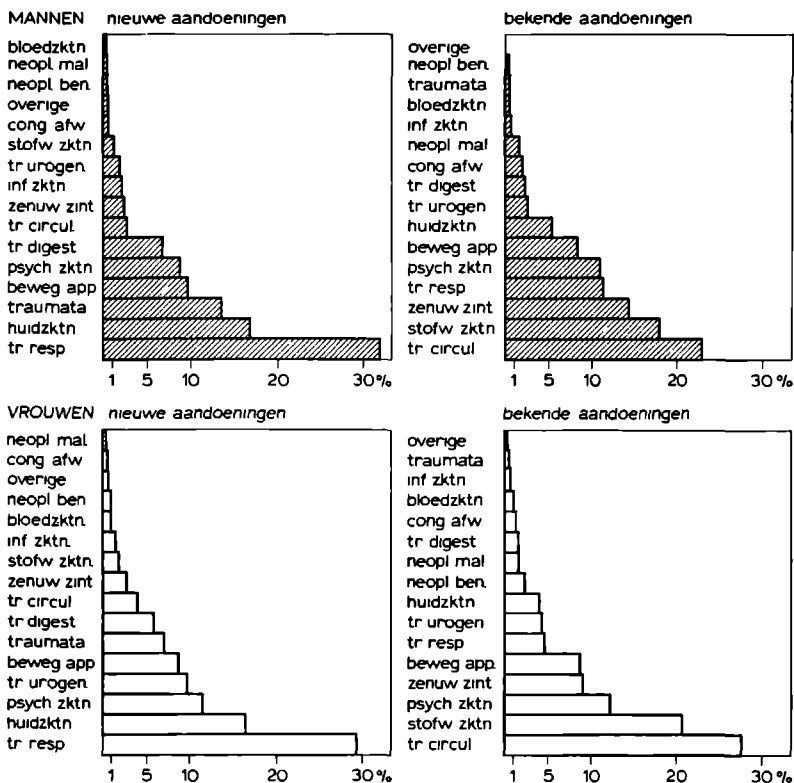
Om een globale indruk te verkrijgen van de verdeling van de aantallen nieuwe en bekende aandoeningen over de onderscheiden diagnosecategorieën van de E-lijst, wordt in figuur 4.4. het procentuele aandeel van iedere diagnosecategorie in de nieuwe en bekende aandoeningen, per geslacht, weergegeven. De onderscheiden diagnosecategorieën van de E-lijst zijn: diagnose-categorie

- | | |
|----|--|
| 1 | infectieziekten |
| 2 | neoplasmata (verdeeld in maligne en benigne neoplasmata) |
| 3 | allergiën, endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedings-ziekten |
| 4 | ziekten van bloed en bloedvormende organen |
| 5 | psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen |
| 6 | ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen |
| 7 | ziekten van de tractus circulatorius |
| 8 | ziekten van de tractus respiratorius |
| 9 | ziekten van de tractus digestivus |
| 10 | ziekten van de tractus urogenitalis |
| 11 | graviditeit, partus en puerperium |
| 12 | ziekten van huid en onderhuids bindweefsel |
| 13 | ziekten van het bewegingsapparaat |
| 14 | congenitale afwijkingen |
| 15 | ziekten van de neonatus |
| 16 | overige symptomen en niet duidelijk te diagnostiseren ziekte-beelden |
| 17 | traumata, vergiftigingen, fracturen |
| 18 | inenting, onderzoek, voorlichting e.d. |

Cat. 11: graviditeit, partus en puerperium; cat. 15: ziekten van de neonatus; cat. 16: overige symptomen en niet duidelijk te diagnostiseren ziekte-beelden; cat. 18: inenting, onderzoek en voorlichting zijn niet verder geanalyseerd, omdat in deze groepen geen 'bekende aandoeningen' voorkomen (met uitzondering van de controles in het kader van anticonceptie in categorie 18 en de niet duidelijk te diagnostiseren ziektebeelden in categorie 16 waarin wel enkele bekende aandoeningen worden geregistreerd).

Commentaar

Er waren aanzienlijke verschillen te constateren in de verdeling over de



Figuur 4.4.: Het procentuele aandeel van de onderscheiden diagnose categorieën van de E-lijst voor zowel nieuwe als bekende aandoeningen bij mannen en vrouwen. Nieuwe aandoeningen gebaseerd op gemiddelden per jaar over de periode 1971-1978, bekende aandoeningen gebaseerd op het jaar 1978.

verschillende diagnosecategorieën tussen nieuwe en bekende aandoeningen enerzijds en tussen mannen en vrouwen anderzijds. Bij *mannen* werden de belangrijkste categorieën (méér dan 10%) wat betreft de nieuwe aandoeningen gevormd door de categorieën:

- tractus respiratorius
- huidziekten
- traumata.

Voor de bekende aandoeningen gold dit voor de categorieën:

- tractus circulatorius
- stofwisselingsziekten

- zenuwstelsel en zintuigen
- tractus respiratorius
- psychische ziekten.

Tussen de 5 en 10% van de nieuwe aandoeningen betrof de categorieën:

- bewegingsapparaat
- psychische ziekten
- tractus digestivus.

Voor de bekende aandoeningen was dit de categorie:

- bewegingsapparaat.

Bij *vrouwen* waren de nieuwe aandoeningen het sterkst vertegenwoordigd (meer dan 10% van de aandoeningen) in de categorieën

- tractus respiratorius
- huidziekten
- psychische ziekten.

Bij de bekende aandoeningen traden vooral de categorieën

- tractus circulatorius
- stofwisselingsziekten
- psychische ziekten.

op de voorgrond.

Tussen de 5 en 10% van de nieuwe aandoeningen vielen in de categorieën:

- tractus urogenitalis
- bewegingsapparaat
- traumata
- tractus digestivus.

Voor de bekende aandoeningen gold dit de categorieën:

- zenuwstelsel en zintuigen
- bewegingsapparaat.

Bij de bekende aandoeningen namen de categorieën zenuwstelsel en zintuigen, en tractus respiratorius bij mannen een duidelijk belangrijker plaats in dan bij vrouwen, terwijl bij vrouwen de tractus urogenitalis een relatief groter aandeel had.

4.5. Algemeen overzicht van de meest voorkomende 'bekende aandoeningen' in de totale populatie

Omwille van de overzichtelijkheid is hier gekozen voor de 10 meest frequente aandoeningen per geslacht. Wie geïnteresseerd is in de minder frequent voorkomende aandoeningen wordt verwezen naar de bijlage, waar een algemeen overzicht wordt gegeven van bekende aandoeningen in de volgorde van frequentie. In tabel 4.5. worden de 10 meest voorkomende

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	58	101	adipositas	118
218	hypertensie	33	218	hypertensie	77
135	NF-klachten	31	135	NF-klachten	70
248	chron.bronchitis	28	224	varices	67
406	artrose	22	406	artrose	42
189	slechthorendheid	22	189	slechthorendheid	20
212	angina pectoris	15	091	diabetes mellitus	17
211	hartinfarct	14	213	myodegen.cordis	13
224	varices	12	212	angina pectoris	13
091	diabetes mellitus	11	379	constitutioneel eczeem	11

Tabel 4.5.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de totale populatie voor mannen en vrouwen, per 1000 patiënten per jaar (1978). N = 11.880 patiënten.

bekende aandoeningen in de totale populatie, zowel voor mannen als voor vrouwen, weergegeven naar afzonderlijke diagnoses.

Commentaar

in de totale populatie presenteerden zich, als het gaat om de 10 meest voorkomende bekende aandoeningen, bij vrouwen aanzienlijk meer bekende aandoeningen dan bij mannen. Dit geldt vooral voor adipositas, hypertensie, chronische nerveus-functionele klachten, varices, artrose en diabetes mellitus. Slechthorendheid en angina pectoris kwamen bij beide geslachten bijna gelijk voor.

Bij mannen kwamen chronische bronchitis en status na een hartinfarct voor in de 'top tien' en bij vrouwen constitutioneel eczeem en myodegeneratio cordis.

4.6. Algemeen overzicht van de tien meest voorkomende bekende aandoeningen per leeftijdsgroep en geslacht

Inleiding

Om een goed overzicht te geven van het vóórkomen van bekende aandoeningen in de populatie, lijkt het aan te bevelen om per leeftijdsgroep en per geslacht de meest voorkomende aandoeningen te vermelden. In het navolgende zullen per leeftijdsgroep en geslacht de tien meest voorkomende aandoeningen worden vermeld. Tevens zal terwille van de duidelijkheid bij elke leeftijdsgroep het totaal aantal nieuwe aandoeningen en het totaal aantal bekende aandoeningen in de desbetreffende leeftijdsgroep in een

kleine figuur worden weergegeven. De getallen van de nieuwe aandoeningen betreffen het gemiddeld aantal aandoeningen per 1000 patiënten per jaar, berekend over de periode 1971-1978. De getallen van de bekende aandoeningen betreffen weer het aantal bekende aandoeningen per 1000 patiënten per jaar, berekend over het jaar 1978 (zie tabel 4.1.). Tenslotte nog twee belangrijke opmerkingen.

- 1 In het vervolg wordt niet telkens meer vermeld, dat de incidenties van nieuwe aandoeningen berekend zijn als het gemiddelde over de periode 1971-1978 en dat voor de bekende aandoeningen werd uitgegaan van het jaar 1978. N = 11.880 patiënten.
- 2 In de nu volgende tabellen spreken de cijfers voor zichzelf en zal slechts met enkele opmerkingen worden volstaan, ook al omdat in deel II uitvoerig wordt ingegaan op de meest voorkomende bekende aandoeningen.

4.6.1. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 0-4 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep, in absolute aantallen per 1000 patiënten per jaar.

leeftijdsgroep 0-4 jaar	man	vrouw
bekende aandoeningen	81	75
nieuwe aandoeningen	2673	2333

E-lijst- nummer	momen	aantal per 1000 pat. per jaar
379	constitutioneel eczeem	37
178	strabismus	6
433	cong. afw. tr. circ.	3
415	ov. ziekten bewegingsapp.	3
436	cong. afw. tr. urog.	3
086	astma	3
249	hypertr. tonsillen/adenoid	3
432	hydrocephalus	3
381	dermatitis	3
191	tubair catharre	3

F-lijst- nummer	vrouwen	aantal per 1000 pat. per jaar
379	constitutioneel eczeem	25
437	cong. afw. gewrichten	11
433	cong. afw. tr. circ.	11
439	andere gespec cong.afw.	4
440	geboorteletsel hersenen	4
184	chron. otitis media	4
438	ov. cong. afw.	4
249	hypertr. tonsillen/aden.	4
178	strabismus	4
392	iatrogene huidaand.	4

Tabel 4.6.1.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 0-4 jaar voor mannen en vrouwen per 1000 patiënten per jaar (1978)

Commentaar

In tegenstelling tot wat in de totale populatie voorkomt, presenteerden zich zowel nieuwe als bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep bij jongens iets vaker dan bij meisjes.

4.6.2. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 5-9 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

<i>leeftijdsgroep 5-9 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	116	72
nieuwe aandoeningen	1675	1612

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
379	constitutioneel eczeem	27	379	constitutioneel eczeem	14
086	astma	15	433	cong. afw. tr. circ.	10
191	tubair catharre	13	158	epilepsie	7
433	cong. afw. tr. circ.	6	085	hooikoorts, rhin.vas.	7
436	cong. afw. tr. urog.	6	086	astma	5
438	ov. cong. afw.	6	160	ov. neurologische afw.	5
148	enuresis	4	431	spina bifida	2
085	hooikoorts, rhin. vas.	4	101	adipositas	2
178	strabismus	4	427	ov. sympt. bew.app.	2
141	juvenilele gedragsstoorn.	4	314	chron. urineweginf.	2

Tabel 4.6.2.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 5-9 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

Het aantal nieuwe aandoeningen was bij jongens en meisjes nagenoeg gelijk. In deze leeftijdscategorie presenteerden zich bij jongens duidelijk meer bekende aandoeningen dan bij meisjes, in tegenstelling tot het verschil in de totale populatie.

4.6.3. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 10-14 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantal per 1000 patiënten per jaar.

leeftijdsgroep 10-14 jaar	man	vrouw
bekende aandoeningen	105	41
nieuwe aandoeningen	1080	1193

E-lijst- nummer	mannen	aantal per 1000 pat. per jaar
085	hooikoorts, rhin. vas.	16
086	astma	12
101	adipositas	9
148	enuresis	9
184	chron. otitis media	5
158	epilepsie	5
141	juvenile gedragsstoorn.	5
140	oligofrenie, deb.mentis	4
379	constitutioneel eczeem	4
385	acne vulgaris	4

E-lijst- nummer	vrouwen	aantal per 1000 pat. per jaar
379	constitutioneel eczeem	17
101	adipositas	8
159	migraine	6
427	enuresis	6
073	huid ben. neopl.	4
114	ov. ziekten bloed	4
085	hooikoorts, rhin.vas.	4
135	NF-klachten	4
086	astma	4
091	diabetes mellitus	2

Tabel 4.6.3.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 10-14 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

In deze leeftijdsgroep waren de verschillen in totaal aantal bekende aandoeningen tussen jongens en meisjes groot. Jongens presenteerden $2\frac{1}{2} \times$ zoveel bekende aandoeningen als meisjes, terwijl het aantal nieuwe aandoeningen bij meisjes iets groter was.

4.6.4. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 15-19 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantal per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden zich iets meer aandoeningen bij vrouwen dan bij mannen, zowel nieuwe als bekende. Bij vrouwen kwamen chronisch nerveus-functionele klachten in deze leeftijdsgroep reeds voor in de top 10.

<i>leeftijdsgroep 15-19 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	116	130
nieuwe aandoeningen	1223	1570

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
085	hoorakoorts, rhin. vas.	14
415	ov. ziekten bew. app.	11
101	adipositas	11
385	acne vulgaris	9
379	constitutioneel eczeem	6
148	enuresis	6
160	ov. neurologische afw.	6
140	oligofrenie, deb. mentis	6
438	ov. cong. afw.	3
176	refractie afw.	3
141	juvenile gedragsstoorn.	3

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	15
385	acne vulgaris	13
085	hoorakoorts, rhin.vas.	11
135	NF-klachten	8
379	constitutioneel eczeem	8
140	oligofrenie, deb.mentis	8
381	dermatitis	7
086	astma	5
158	epilepsie	5
327	irreguliere menstruatie	5
325	dysmenorrhoe	5

Tabel 4.6.4.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 13-19 jaar voor mannen en vrouwen

4.6.5. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 20-29 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

<i>leeftijdsgroep 20-29 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	132	206
nieuwe aandoeningen	1346	1902

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	16
085	hoorakoorts, rhin. vas.	10
140	oligofrenie, deb. mentis	9
385	acne vulgaris	8
135	NF-klachten	7
415	ov. ziekten beweg. app.	6
379	constitutioneel eczeem	5
248	chron. bronchitis	5
086	astma	4
181	ov. afw. oog	3

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	54
135	NF-klachten	26
085	hoorakoorts, rhin.vas.	13
140	oligofrenie, deb.mentis	10
379	constitutioneel eczeem	9
086	astma	6
382	psoriasis	6
158	epilepsie	6
159	migraine	6
224	varices	6

Tabel 4.6.5. Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 20-29 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden zich duidelijk meer, zowel nieuwe als bekende, aandoeningen bij vrouwen dan bij mannen. Bij vrouwen kwamen varices reeds in de top 10 voor.

4.6.6. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 30-39 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

<i>leeftijdsgroep 30-39 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	230	395
nieuwe aandoeningen	1648	2109

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	51	101	adipositas	86
135	NF-klachten	44	135	NF-klachten	75
218	hypertensie	13	224	varices	50
085	hooikoorts, rhin. vas.	12	218	hypertensie	22
086	astma	10	085	hooikoorts, rhin.vas.	14
139	verslaving	9	322	mastopathie	13
382	psoriasis	8	379	constitutioneel eczeem	12
105	hyperlipemie	7	159	migraine	11
406	artrose	7	382	psoriasis	9
248	chron. bronchitis	7	248	chron. bronchitis	8

Tabel 4.6.6.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 30-39 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

Ook in deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen veel meer bekende en meer nieuwe aandoeningen dan mannen.

4.6.7. Overzicht van de meest voorkomende aandoeningen in de leeftijdsgroep 40-49 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen veel meer bekende en meer nieuwe aandoeningen dan mannen.

<i>leeftijdsgroep 40-49 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	484	791
nieuwe aandoeningen	1629	1972

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	110	101	adipositas	158
135	NF-klachten	70	135	NF-klachten	120
218	hypertensie	53	224	varices	79
105	hyperlipemie	19	218	hypertensie	76
248	chron. bronchitis	18	071	myomen	33
091	diabetes mellitus	15	322	mastopathie	32
406	artrose	13	140	oligofrenie, deb mentis	20
382	psoriasis	13	406	artrose	18
139	verslaving	12	159	migraine	18
140	oligofrenie, deb. mentis	10	225	hemorroiden	15

Tabel 4.6.7.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 40-49 jaar

4.6.8. Overzicht van de meest voorkomende aandoeningen in de leeftijdsgroep 50-59 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar

<i>leeftijdsgroep 50-59 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	870	1212
nieuwe aandoeningen	1552	1958

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	133	101	adipositas	251
135	NF-klachten	96	218	hypertensie	194
218	hypertensie	86	135	NF-klachten	146
189	slechthorendheid	44	224	varices	129
211	hartinfarct	39	406	artrose	49
248	chron. bronchitis	36	071	myomen	28
406	artrose	36	091	diabetes mellitus	26
212	angina pectoris	33	105	hyperlipemie	22
105	hyperlipemie	31	324	prolaps	22
224	varices	26	159	migraine	22

Tabel 4.6.8.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 50-59 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen (veel) meer bekende en nieuwe aandoeningen dan mannen. Alleen bij vrouwen kwamen voor: prolaps, migraine en myomen. Alleen bij mannen in de top tien: angina pectoris, status na een doorgemaakt myocardinfarct en slechthorendheid.

4.6.9. Overzicht van de meest voorkomende aandoeningen in de leeftijdsgroep 60-64 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

<i>leeftijdsgroep 60-64 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	1223	1439
nieuwe aandoeningen	1513	1860

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>F-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	143	101	adipositas	268
218	hypertensie	112	218	hypertensie	199
406	artrose	108	224	varices	160
248	chron. bronchitis	104	135	NF-klachten	160
211	hartinfarct	80	406	artrose	101
212	angina pectoris	64	189	slechthorendheid	59
189	slechthorendheid	64	091	diabetes mellitus	42
135	NF-klachten	60	105	hyperlipemie	31
224	varices	40	324	prolaps	24
091	diabetes mellitus	40	415	ov. ziekten beweg.app.	21

Tabel 4.6.9.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 60-64 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

Ook in deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen meer nieuwe en bekende aandoeningen dan mannen, maar het verschil tussen de geslachten is minder dan in de vorige leeftijdsgroep. Bij mannen kwamen in de top tien voor: chronische bronchitis, status na een hartinfarct en angina pectoris. Bij vrouwen: prolaps, ov. ziekten van het bewegingsapparaat en hyperlipemie.

4.6.10. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

<i>leeftijdsgroep 65-74 jaar</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	1548	2070
nieuwe aandoeningen	1556	1845

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
101	adipositas	158	101	adipositas	337
248	chron. bronchitis	155	218	hypertensie	289
218	hypertensie	124	224	varices	243
189	slechthorendheid	115	406	artrose	176
406	artrose	106	135	NF-klachten	147
211	hartinfarct	67	189	slechthorendheid	80
091	diabetes mellitus	61	091	diabetes mellitus	67
224	varices	55	213	myodegen. cordis	58
212	angina pectoris	52	324	prolaps	58
213	myodegen. cordis	52	212	angina pectoris	48

Tabel 4.6.10.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar voor mannen en vrouwen

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen meer bekende en nieuwe aandoeningen dan mannen. Alleen bij mannen kwamen in de top tien voor: chronische bronchitis en status na een hartinfarct. Bij vrouwen: chronisch nerveus-functionele klachten en prolaps.

4.6.11. Overzicht van de meest voorkomende bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder

Totaal aantal nieuwe en bekende aandoeningen in deze leeftijdsgroep in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

In deze leeftijdsgroep presenteerden vrouwen duidelijk meer bekende en iets meer nieuwe aandoeningen dan mannen. Alleen bij mannen kwamen in de top tien voor: chronische bronchitis, status na een hartinfarct en prostaathypertrofie. Alleen bij vrouwen: cerebrovasculaire stoornissen en chronisch nerveus-functionele klachten.

<i>leeftijdsgroep 75 jaar en ouder</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
bekende aandoeningen	1898	2609
nieuwe aandoeningen	1705	1886

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>mannen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>	<i>E-lijst- nummer</i>	<i>vrouwen</i>	<i>aantal per 1000 pat. per jaar</i>
248	chron. bronchitis	181	406	artrose	298
189	slechthorendheid	159	101	adipositas	249
406	artrose	146	218	hypertensie	237
101	adipositas	137	224	varices	209
212	angina pectoris	111	213	myodegen. cordis	145
218	hypertensie	106	189	slechthorendheid	135
213	myodegen. cordis	93	212	angina pectoris	126
318	prostaathypertrofie	80	135	NF-klachten	123
224	varices	71	091	diabetes mellitus	95
091	diabetes mellitus	62	155	C.V.A.-stoornissen	77

Tabel 4.6.11.: Top 10 van de bekende aandoeningen in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder voor mannen en vrouwen

4.7. Verschillen in registratie tussen de praktijken

In paragraaf 3.6. is ingegaan op verschillen in registratie tussen de vier praktijken onderling. Daarbij bleek dat er vooral verschillen in frequentie waren aan te tonen bij de chronische aandoeningen. Met name de gerichtheid van de arts op deze aandoeningen zal bepalen of aandoeningen die in aanmerking komen voor doorcodering ook daadwerkelijk worden doorgecodeerd.

Om nog eens terug te komen op dit belangrijke fenomeen, wordt in het navolgende ingegaan op de verschillen in deze praktijken wat betreft de registratie van de meest voorkomende bekende aandoeningen. Allereerst volgt een overzicht van de veel voorkomende chronische aandoeningen in de verschillende praktijken voorzover deze voor het eerst, dus als 'nieuw geval' werden geregistreerd. Daarna volgt een overzicht van deze diagnoses voorzover deze in de verschillende praktijken als bekende aandoening (aandoeningen doorgecodeerd met doorloopcode 3) zijn geregistreerd.

Om niet te verdwalen in allerlei getallen, waardoor onduidelijk wordt waarom het nu juist gaat, zijn alle frequenties omgerekend in verhoudingsgetallen ten opzichte van de gemiddelde frequentie (1.0) in een standaardpraktijk voor de desbetreffende aandoening. Als bijvoorbeeld de frequentie van chronische bronchitis bij mannen in praktijk 1 met het getal 1.5 wordt aangegeven, betekent dit dat de frequentie van geregistreerde chro-

nische bronchitis-gevallen in praktijk 1 anderhalf maal zo groot was als het gemiddelde van de vier praktijken. Voor alle aandoeningen is deze verhouding berekend, waardoor onderlinge vergelijking van de frequenties duidelijker en overzichtelijker wordt.

De tabellen 4.7.1. en 4.7.2. geven de frequenties weer van de als *nieuwe* aandoening geregistreerde gevallen van veel voorkomende chronische aandoeningen voor mannen respectievelijk vrouwen. De tabellen 4.7.3. en 4.7.4. geven de frequenties weer van de als *bekende* aandoeningen geregistreerde gevallen voor mannen respectievelijk vrouwen in de vier praktijken afzonderlijk.

Verhoudingscijfers van de frequenties van *nieuwe* gevallen van veel voorkomende chronische aandoeningen bij mannen en vrouwen in de vier praktijken, ten opzichte van de frequenties in een standaardpraktijk (= 1.0) over 1971-1978.

E-ljst- nummer	diagnose	praktijk 1	praktijk 2	praktijk 3	praktijk 4
101	adipositas	1.0	1.0	1.0	0.9
248	chron. bronchitis	1.5	0.5	1.4	0.8
135	NF-klachten	1.0	0.7	1.0	1.4
218	hypertensie	0.9	1.0	0.8	1.4
406	artrose	0.8	1.0	1.2	0.9
189	slechthorendheid	1.0	0.8	1.5	0.7
212	angina pectoris	1.0	0.8	0.9	1.2
211	coronair infarct	1.4	1.0	1.0	0.5
091	diabetes mellitus	0.9	0.8	1.2	1.2
224	varices	0.7	0.7	1.3	1.4

Tabel 4.7.1.: Mannen ** behalve 224: (*) en 091: N.S.

E-ljst- nummer	diagnose	praktijk 1	praktijk 2	praktijk 3	praktijk 4
101	adipositas	0.7	1.0	0.7	1.6
218	hypertensie	0.7	0.8	0.7	1.8
135	NF-klachten	1.0	0.6	0.9	1.4
224	varices	1.2	0.9	0.7	1.2
406	artrose	1.0	1.0	1.0	1.0
091	diabetes mellitus	0.8	1.0	1.3	0.8
189	slechthorendheid	1.5	0.9	0.9	0.7
324	prolaps	0.6	0.7	0.9	1.7
213	myodegen.cordis	1.1	0.7	1.0	1.1
212	angina pectoris	1.0	0.8	1.0	1.1

Tabel 4.7.2.: Vrouwen ** behalve 091: (*)

Verhoudingscijfers van de frequenties van *bekende* gevallen van veel voorkomende chronische aandoeningen bij mannen en vrouwen in de vier praktijken, ten opzichte van de frequenties in een standaardpraktijk (= 1.0) over het jaar 1978.

E-lijs- nummer	diagnose	praktijk 1	praktijk 2	praktijk 3	praktijk 4
101	adipositas	1.8	0.8	1.4	0.1
248	chron. bronchitis	1.3	0.6	1.6	0.6
135	NF-klachten	0.9	0.9	0.5	1.6
218	hypertensie	1.2	1.1	0.9	0.7
406	artrose	0.8	1.2	1.7	0.4
189	slechthorendheid	1.1	1.0	0.9	0.2
212	angina pectoris	0.8	1.5	0.9	0.6
211	coronair infarct	1.2	1.1	1.1	0.5
091	diabetes mellitus	1.3	0.9	1.0	0.6
224	varices	1.3	0.9	1.6	0.2

Tabel 4.7.3.: Mannen

** behalve 091: *.

E-lijs- nummer	diagnose	praktijk 1	praktijk 2	praktijk 3	praktijk 4
101	adipositas	1.8	0.7	1.3	0.3
218	hypertensie	1.1	1.0	0.9	1.0
135	NF-klachten	1.0	0.8	0.7	1.6
224	varices	1.9	0.6	1.0	0.4
406	artrose	0.8	1.4	0.9	0.6
091	diabetes mellitus	0.9	1.1	1.3	0.7
189	slechthorendheid	1.6	1.0	1.1	0.1
324	prolaps	1.7	0.4	1.5	0.5
213	myodegen. cordis	1.1	0.9	0.9	1.2
212	angina pectoris	1.2	1.1	0.9	0.2

Tabel 4.7.4.: Vrouwen

** behalve 213: (*).

Beschouwing

In de registratie van *nieuwe* gevallen ('incidenties') zijn er in het algemeen slechts betrekkelijk geringe verschillen tussen de vier praktijken. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Aangevend moet worden, dat in de praktijken 1 en 3 een bevolkingsonderzoek op CARA (diagnosecode 248 = chronische bronchitis) is verricht, waardoor vele nieuwe gevallen ontdekt werden, hetgeen niet is geschied in de praktijken 2 en 4.

In de registratie van *bekende* gevallen zijn er duidelijk grotere verschillen, met name tussen praktijk 4 en de andere drie praktijken. Dit geldt vooral voor adipositas, slechthorendheid en varices en in mindere mate

voor arthrosis deformans, welke aandoeningen zowel bij mannen als bij vrouwen veel minder vaak zijn geregistreerd. Angina pectoris werd vooral bij vrouwen veel minder vaak als bekende aandoening geregistreerd en bij mannen de status na een myocardinfarct. Het aantal bekende gevallen van chronisch nerveus-functionele klachten is daarentegen in praktijk 4 bijzonder hoog. Het aantal nieuwe gevallen van adipositas, varices, angina pectoris en artrose daarentegen lager dan in de andere praktijken. Dit pleit ervoor, dat een verklaring voor de onderrapportage van bekende gevallen van deze aandoeningen in praktijk 4 niet zozeer gezocht moet worden in een minder vaak voorkomen van deze aandoeningen in deze praktijk als wel in een minder systematische registratie van reeds als zodanige bekende gevallen.

Bovendien is bekend dat de arts in praktijk 4 een grote belangstelling heeft voor nerveus-functionele klachten die duidelijk tot uiting komt in de hoge frequentie van registratie van nieuwe en chronische nerveus-functionele gevallen. In praktijk 3 werden chronisch nerveus-functionele klachten minder vaak geregistreerd, hetgeen waarschijnlijk niet verklaard wordt door een minder vaak voorkomen van nieuwe gevallen van deze diagnose. Prolapsus vaginae (E-lijst no. 324) werd in de praktijken 1 en 3 veel vaker als bekende aandoening geregistreerd, terwijl het aantal nieuwe gevallen van deze aandoening niet groter dan het gemiddelde was. Dit zou verklaard kunnen worden door de veronderstelling dat vrouwen met deze aandoening in deze (plattelands)praktijken minder spoedig geopereerd worden en vaker met een pessarium behandeld worden. Bekende gevallen van adipositas werden in praktijk 1 (en in mindere mate in praktijk 3) vaker, maar in praktijk 4 wel zeer weinig geregistreerd. Opvallend is dat juist in praktijk 4 het aantal nieuwe gevallen van adipositas hoger is dan in de andere praktijken. Iets analoogs kan worden geconstateerd ten aanzien van varices.

Conclusie. Hoewel er slechts betrekkelijk geringe verschillen zijn tussen de vier praktijken in de registratie van nieuwe gevallen van veel voorkomende chronische aandoeningen zijn er opvallende verschillen in de registratie van (contacten met) patiënten met deze als zodanig reeds bekende aandoeningen.

Omdat (registratie van) de incidentie weinig verschillen toont, is er geen reden om aan te nemen, dat er ten aanzien van de presentatie van deze merendeels niet te genezen aandoeningen in werkelijkheid veel verschillen tussen deze praktijken bestaan.

De analyse van onze gegevens wijst er echter op, dat de huisartsen in deze praktijken onderling duidelijk verschilden in hun bewuste aandacht voor de (registratie van) door hen reeds gediagnostiseerde gevallen van deze chronische aandoeningen.

Deze conclusie kan een verstrekkende betekenis hebben voor het onderwerp van deze studie. Nader onderzoek op grotere schaal in andere praktijken lijkt dringend gewenst, om na te gaan of er inderdaad duidelijke verschillen tussen huisartsen bestaan in de aandacht voor chronische aandoeningen in hun praktijken. Als mijn bevindingen in andere onderzoeken worden bevestigd, zal hieraan terdege aandacht moeten worden besteed in de opleiding en nascholing van huisartsen.

4.8. Vergelijking met cijfers uit de literatuur

In hoofdstuk 2 is besproken welke studies met de onze kunnen worden vergeleken. In hoofdstuk 3.7 is duidelijk gemaakt hoe de verschillende auteurs hun prevalentiecijfers hebben samengesteld. In tabel 4.8. zijn naast de meest voorkomende bekende c.q. chronische aandoeningen, die in onze registratie voorkwamen, ook de morbiditeitscijfers van de 4 eerdergenoemde registraties vermeld in aantallen per 1000 patiënten per jaar. Bij de berekening van de prevalentiecijfers van onze eigen registratie zijn de 1-code (= nieuwe aandoeningen) en de 3-code (= bekende aandoeningen) bij elkaar opgeteld.

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>aandoening</i>	<i>NUHI</i>	<i>Monit.pr.</i>	<i>Engeland</i>	<i>Oliemans</i>	<i>Hodgkin</i>
101	Adipositas	105	36.5	15.7	13.8	20.0-30.7
248	Chron.Bronchitis	34	12.5	11.5	8.7	9.0-10.9
135	Nerv.-Funct.klachten	182	198 ^a	34.0	49.2	---
218	Hypertensie	63	70.3	18.7	19.8	9.2-11.3
406	Artrose	43	23.5	18.2	14.2	22.6-32.6
189	Slechthorendheid	26	11.9	3.5	2.9	3.7- 5.5
212	Angina Pectoris	16	19	4.2	4.4	6.7- 8.5
211	Myocard infarct	13	6.9	3.4	4.2	4.5
091	Diabetes Mellitus	16	18.5	4.5	7.9	0.4- 0.8
213	Myodegen. cordis	15	12.7	5.9	3.7	8.8-11.1
224	Varices	44	14.0	8.9	4.4	13.4-16.7
324	Prolapsus Uteri/Vag.	7	7.1	3.5	5.5	2.0- 6.4

^a 070/071/072/075/076/077 en 392

Tabel 4.8.: Prevalenties van de meest voorkomende bekende c.q. chronische aandoeningen van de CMR vergeleken met de prevalenties in andere morbiditeitsregistraties, uitgedrukt in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

In het algemeen komen de cijfers uit de morbiditeitsregistratie het meest overeen met die van het Monitoring Project. De cijfers in de andere 3 registraties liggen alle beduidend lager. Het zou kunnen zijn, dat wanneer

men langer registreert en er mede door het onderling overleg een bepaalde gerichtheid op een aantal aandoeningen ontstaat, de prevalentie van deze aandoeningen hoger komt te liggen.

De registrerende artsen van het NUHI hebben een speciale gerichtheid op de aandoeningen: adipositas, chronische bronchitis, nerveus-functionele klachten, hypertensie, slechthorendheid en varices. Uit de cijfers blijkt dat zelfs vergeleken met de cijfers uit het Monitoring Project deze prevalenties beduidend hoger liggen (behalve hypertensie en NF-klachten). Vergeleken met de cijfers van Oliemans zijn de incidenties en zeker de prevalenties in onze CMR in het algemeen veel hoger. Enkele oorzaken die deze grote verschillen kunnen verklaren zijn:

1 *Het coderen van een symptoom*

In de CMR is afgesproken om symptomen, waarvan de herkomst in eerste instantie niet duidelijk is, niet te coderen met een symptoomcode, maar deze later, wanneer door het beloop meer duidelijkheid over de diagnose was verkregen, bij voorkeur te voorzien van een diagnosecode. De volgende cijfers demonstreren de verschillen tussen de cijfers van Oliemans en de CMR.

<i>E-lijst- nummer</i>	<i>symptoom</i>	<i>prevalentie Oliemans</i>	<i>prevalentie N U H I</i>
200	duizeligheid	10.6	5
234	oedeem	3.6	-
267	hoesten	33.1	-
304	braken, diarree	18.6	-
Totale categorie overige symptomen en niet duidelijk te diagnosticeren ziektebeelden (groep 16 in de E-lijst)		60.3	3

2 *De toename van de medische consumptie*

De gegevens van Oliemans (ook die van Hodgkin en de Morbidity Statistics) zijn ouder dan die van de CMR en het Monitoring Project. De medische consumptie is in die tijd toegenomen. Het zou kunnen zijn dat door toename van de medische consumptie het aantal aan de arts gepresenteerde aandoeningen is gestegen. Mogelijk ligt hier ook een deel van de verklaring waarom de cijfers van onze CMR en die van het Monitoring Project elkaar het meest benaderen.

3 *De veranderde instelling van de artsen*

De registrerende artsen hebben een andere instelling gekregen. Bijvoorbeeld in de tijd dat de gegevens van Oliemans werden verzameld, werd door huisartsen nog niet zo scherp op hypertensie gelet.

4.9. Samenvatting

In dit hoofdstuk werd een algemeen overzicht gegeven van de bekende en—voor zover van betekenis—de nieuwe aandoeningen in de vier registrerende praktijken. De belangrijkste conclusies worden nog eens kort samengevat.

- Nieuwe aandoeningen werden veel vaker geregistreerd dan bekende aandoeningen (zie figuur 4.1.1.).
- Vrouwen presenteerden meer nieuwe en bekende aandoeningen dan mannen (zie figuur 4.1.2.).
- Het aantal gepresenteerde nieuwe aandoeningen bleef, afgezien van een wat relatief hogere frequentie in de leeftijdscategorie van 0-4 jaar, in de onderscheiden leeftijdscategorieën tamelijk constant (zie figuur 4.1.3.1.).
- Het aantal gepresenteerde bekende aandoeningen nam bij beide geslachten sterk toe met de leeftijd. Deze toename manifesteerde zich vooral boven de leeftijd van 40 jaar (zie figuur 4.2.3.2.).
- Het percentage reeds bekende aandoeningen ten opzichte van het totaal aantal aandoeningen in één leeftijdscategorie bedroeg in de jongste leeftijdscategorie 3% en liep op tot 56% in de oudste leeftijdscategorie (zie figuur 4.1.4.).
- Nieuwe aandoeningen kwamen gaande van lage naar hoge sociale laag zowel bij mannen als bij vrouwen minder vaak voor. De verschillen tussen de sociale lagen waren voor bekende aandoeningen veel minder groot (zie figuur 4.2.).
- Zeventwintig procent van de mensen in de registrerende praktijken hadden één of meer bekende aandoeningen (zie figuur 4.3.1.).
- Voor een overzicht van de tien meest frequente bekende aandoeningen in de totale populatie en per leeftijdscategorie voor zowel mannen als vrouwen wordt verwezen naar tabel 4.5. en volgende.

De volgende lijst geeft een beknopt overzicht van de belangrijkste bekende aandoeningen per leeftijdsgroep (zoveel mogelijk in volgorde van frequentie weergegeven):

- * op jonge leeftijd
 - constitutioneel eczeem
 - congenitale afwijkingen
 - enuresis
 - astma
- * op adolescentenleeftijd
 - acne vulgaris
 - hooikoorts

- constitutioneel eczeem
- adipositas
- * op volwassen leeftijd
- adipositas
- chronisch nerveus-functionele klachten
- hypertensie
- varices
- chronische bronchitis
- psoriasis
- hooikoorts
- * op middelbare leeftijd
- chronische hart-vaatziekten (hypertensie, varices, angina pectoris, status na hartinfarct)
- adipositas
- chronisch nerveus-functionele klachten
- artrose
- diabetes mellitus
- prolaps (bij vrouwen)
- chronische bronchitis (bij mannen)
- * op oudere leeftijd
- adipositas
- chronische hart-vaatziekten (hypertensie, varices, angina pectoris, status na hartinfarct, myodegeneratio cordis)
- artrose
- slechthorendheid
- diabetes mellitus
- prolaps (bij vrouwen)
- chronische bronchitis (bij mannen)

Verschillen in registratie tussen de praktijken

Er bestonden minder verschillen tussen de vier praktijken in de registratie van de nieuwe gevallen van de 10 meest voorkomende bekende aandoeningen, maar er waren opvallende verschillen te constateren in de registratie van (contacten met) patiënten met deze als zodanig reeds bekende aandoeningen. Er was weinig reden om aan te nemen dat de presentatie van deze grotendeels niet te genezen aandoeningen in werkelijkheid veel zou verschillen tussen deze praktijken. De analyse van onze gegevens wijst erop, dat de huisartsen in deze praktijken onderling duidelijk verschillen in hun aandacht voor deze door hen reeds eerder gediagnostiseerde en geregis-

treerde aandoeningen (zie tabel 4.7.1. t/m 4.7.4.). Nader onderzoek naar factoren die deze onderlinge verschillen tussen huisartsen bepalen is van groot belang voor zowel opleiding als nascholing van de huisarts.

Vergelijking met cijfers uit de literatuur

Vergelijkingen zijn nauwelijks te maken. Bij een poging om enkele cijfers uit onze registratie te vergelijken met de daarvoor meest in aanmerking komende auteurs valt het op dat de cijfers uit onze registratie nogal hoog uitvallen. Het zou kunnen zijn dat de gerichtheid op en ervaring met het registreren van bepaalde aandoeningen en het voortdurend overleg daarover van de CMR-huisartsen invloed hebben gehad op de diagnostiek en/of registratie van aandoeningen en dus op de incidentie en prevalentie-cijfers.

DEEL II

Overzicht van de chronische aandoeningen per diagnosegroep van de E-lijst en een verdere analyse van de meest voorkomende chronische aandoeningen binnen elke groep

Inleiding

In dit deel worden de afzonderlijke groepen van de E-lijst aan een beschouwing onderworpen. Tevens wordt nader ingegaan op de meest voorkomende bekende aandoeningen in elke groep.

De indeling van de E-lijst kan wel eens aanleiding zijn tot verwarring. Bijvoorbeeld: groep 1 van de E-lijst heeft als titel 'infectieziekten'. In deze groep wordt een beperkt aantal infectieziekten genoemd, behorende tot de (algemene) infectieziekten in engere zin. Gelokaliseerde infecties worden in de E-lijst (en de ICD) ingedeeld bij de ziekten van de desbetreffende tractus. Zo vallen huidinfecties onder ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel (groep 12) en urineweginfecties onder de ziekten van de tractus urogenitalis (groep 10). In de meeste ziekteclassificaties worden etiologie en lokalisatie van een ziektebeeld door elkaar gebruikt. Er is geen indeling te vinden die consequent kan worden doorgevoerd. Hier is gekozen voor de indeling van de E-lijst.

In de doelstelling (1.1.) wordt gesteld dat met deze studie met name ook een bijdrage wordt beoogd aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Dit heeft mede de opzet van de bespreking van de resultaten bepaald. Bij elke te bespreken groep aandoeningen komen achtereenvolgens aan de orde:

- 1 De *plaats* van de desbetreffende diagnosegroep in de totale morbiditeit, weergegeven in procenten van het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, bij mannen en vrouwen. Bovendien wordt daarbij het aandeel van het aantal bekende gevallen weergegeven, in een percentage van het totaal van (nieuwe en bekende) gepresenteerde gevallen in de desbetreffende groep.
- 2 De *frequenties* in een standaardpraktijk van alle bekende en nieuwe aandoeningen in de desbetreffende groep naar geslacht en alle leeftijdsgroepen tezamen.
- 3 Het *percentage personen* van de onderzoekspopulatie met een bekende aandoening in de desbetreffende groep, naar leeftijd en geslacht.

- 4 *Een commentaar* op grond van deze figuren en tabellen, dat omwille van de overzichtelijkheid niet onder elke tabel of figuur wordt vermeld, maar als een geheel wordt beschreven.
- 5 *Een beschouwing*, voorzover daartoe aanleiding bestaat.

Het is altijd moeilijk op grond van welke criteria men uit de veelheid van aandoeningen een aandoening voor verdere bewerking selecteert. Hier is gekozen voor de *meest frequente* bekende aandoeningen per diagnosegroep van de E-lijst. Bij de meest voorkomende bekende aandoeningen worden beschreven:

- 1 *Criteria*, op grond waarvan de desbetreffende aandoening werd gediagnostiseerd en geregistreerd.
- 2 *Het voorkomen* van de aandoening *in een standaardpraktijk*, uitgedrukt in bekende en nieuwe gevallen.
- 3 De prevalentie en incidentie *vergeleken met andere bronnen* uit de literatuur. In het commentaar wordt in het algemeen niet verder ingegaan op de verschillen in prevalentiecijfers, zie daarvoor 4.8. en tabel 4.8.
- 4 *Het voorkomen van bekende gevallen verdeeld naar leeftijd en geslacht*, uitgedrukt in aantallen per 1000 patiënten per jaar.
- 5 *Het voorkomen van nieuwe gevallen verdeeld naar leeftijd en geslacht*, uitgedrukt in aantallen per 1000 patiënten per jaar.
- 6 *Verwijs- en opnamecijfers*: Het vermelden van verwijs- en opnamecijfers is beperkt tot de meest voorkomende bekende aandoeningen waarbij het vermelden van deze cijfers een relevant beeld geeft van het gevolgde beleid.

Bij elke van deze onderdelen wordt op basis van de gegeven cijfers commentaar gegeven.

De verwijs- en opnamecijfers worden berekend door in de periode 1971-1978 van alle personen waarbij voor de eerste keer de betreffende aandoening werd vastgesteld te bekijken of er voor deze aandoening in de gehele observatieperiode een verwijzing of opname had plaatsgevonden. Terwille van de overzichtelijkheid werden alle verwijzingen ondergebracht in drie categorieën:

- 1 verwijzingen naar medische specialisten;
- 2 verwijzingen naar laboratorium of röntgenfaciliteiten;
- 3 verwijzingen naar overige instanties.

Voor een totaal overzicht van de verwijsinstanties wordt verwezen naar de bijlage.

- 7 *Beschouwingen*. In een beschouwing waarin de resultaten nog eens kort worden samengevat komt tenslotte de vraag aan de orde welke praktische consequenties een en ander heeft voor het werk van de huisarts. De

nadruk wordt daarbij vaker gelegd op het verloop en het beleid bij de betreffende aandoeningen dan op de diagnostiek of de therapie. Bij sommige onderwerpen zal worden verwezen naar relevante literatuur. de groepen van de E-lijst zijn reeds opgesomd (zie par. 4.4.). Bij de bewerking worden sommige groepen gesplitst in twee categorieën:

Groep 2 – Neoplasmata gesplitst in Groep 2a: benigne neoplasmata; Groep 2b: maligne neoplasmata

Groep 6 – Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen gesplitst in Groep 6a: ziekten van het zenuwstelsel; Groep 6b: ziekten van de zintuigen

Groep 8 – Ziekten van de tractus respiratorius gesplitst in Groep 8a: ziekten van de bovenste luchtwegen; Groep 8b: ziekten van de onderste luchtwegen

De nauwkeurigheid van de cijfers in statistische zin

Het is vanzelfsprekend, dat bij het schatten van incidentie- en prevalentie-cijfers het toeval een rol kan spelen. Dat zal vooral het geval zijn bij ziekten die erg weinig worden gepresenteerd. Om een idee te krijgen van de betrouwbaarheid worden in de onderstaande tabel de zogenaamde '95% betrouwbaarheidsintervallen' van enige cijfers vermeld. Voor de toegepaste procedure wordt verwezen naar *Foundations of Epidemiology* (Lilienfeld, 1980). De cijfers van de bekende en nieuwe gevallen die in dit deel worden vermeld per standaardpraktijk kunnen afhankelijk van de hoogte van het getal met de in deze tabel opgegeven marge worden gelezen.

Overzicht van de '95% betrouwbaarheidsintervallen' van de in deze studie vermelde cijfers per standaardpraktijk voor bekende en nieuwe gevallen

Bekende gevallen freq. standaard- praktijk	betrouwbaarheidsinterval		Nieuwe gevallen freq. standaard- praktijk	betrouwbaarheidsinterval	
	ondergrens	bovengrens		ondergrens	bovengrens
0.2	0.005	1.1	0.1	0.01	0.36
0.5	0.06	1.8	0.5	0.28	0.82
1.0	0.3	2.3	1.0	0.69	1.39
5.0	3.2	7.4	5.0	4.3	5.8
10	7.2	13.4	10	8.9	11.1
20	16.1	24.8	20	18.4	21.6
30	25.2	35.4	30	27.9	31.8
40	34.4	46.4	40	37.2	42.4
50	43.0	57.5	50	46.0	52.5
75	66.7	84.0			

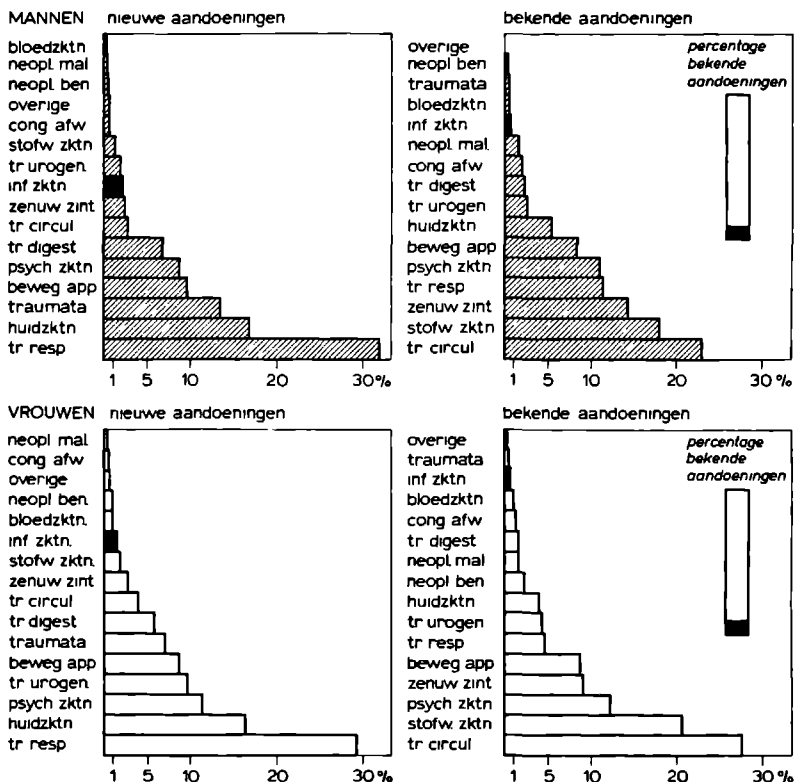
Een voorbeeld

In tabel 2.1.2. wordt vermeld dat er in een standaardpraktijk 10.6 bekende gevallen van myomen werden gepresenteerd. Het '95% betrouwbaar-

heidsinterval' opgezocht in de tabel laat zien dat dit getal moet worden gelezen als variërend van 7.2 tot 13.4. In dezelfde tabel wordt vermeld dat er bij mannen 5.0 gevallen van benigne neoplasmata in een standaardpraktijk worden gepresenteerd. De marges van dit getal variëren van 4.3 tot 5.8. De nieuwe gevallen die berekend zijn op basis van 8 jaren vertonen een kleinere marge dan de getallen van de bekende gevallen die op basis van slechts 1 jaar zijn verzameld.

Groep 1: Infectieziekten

1.1. Plaats in de totale morbiditeit



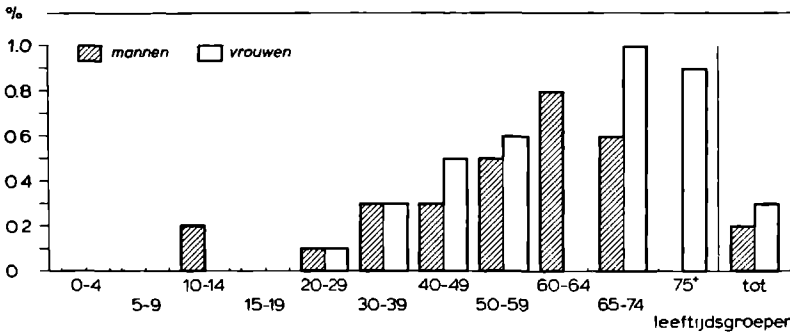
Figuur 1.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep infectieziekten, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

I.2. Frequentie in een standaardpraktijk

<i>infectieziekten</i>	<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
	<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
001 tuberculose van de tractus respiratorius, incl. positieve Mantoux, I.N.H.-therapie	0.9	1.6	0.4	0.4
002 tuberculose van de overige organen	0.7	0.3	-	0.1
003 syfilis, incl. late gevolgen	0.3	0.2	0.1	-
004 gonorrhoea, overige geslachtsziekten	-	-	1.3	0.7
006 scarlatina (= roodvonk)	-	-	2.5	2.0
008 pertussis (= kinkhoest)	-	-	-	-
009 meningitis epidemica	-	-	-	-
010 poliomyelitis	0.7	1.0	0.1	0.1
011 morbilli (= mazelen)	-	-	8.6	8.6
012 rubella (= rode hond)	-	-	3.6	3.9
013 varicella (= waterpokken)	-	-	7.4	6.2
029 exanthema subitum (= zesde ziekte)	-	-	2.2	1.3
030 overige exantheemziekten, incl. rash; excl. geneesmiddelen exantheem 392	-	-	0.7	1.2
014 herpes zoster	-	-	3.3	4.0
015 parotitis epidemica (= bof)	-	-	7.3	5.7
016 hepatitis infectiosa, excl. serumhepatitis 288	-	-	0.7	0.8
017 mononucleosis infectiosa	-	-	1.0	1.4
018 herpes simplex	-	-	3.7	6.5
019 ziekte van Bornholm	-	-	-	-
037 malaria	-	-	-	-
044 sepsis, excl. in puerperium 359	-	-	0.1	0.1
045 toxoplasmosis	-	-	0.1	0.2
046 ziekte van Besnier Boeck (= sarcoidosis)	0.5	0.9	0.1	0.2
049 overige infectieziekten, incl. difterie, tetanus, gasgangreen, actinomycosis, overige tropenziekten	-	-	0.3	0.3

Tabel 1.2.: Bekende en nieuwe gevallen van infectieziekten naar geslacht, in absolute aantallen in een 'standaardpraktijk' van 2800 patiënten (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

1.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep infectieziekten



Figuur 1.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep infectieziekten naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

1.4. Commentaar

Figuur 1.1.: In de totale morbiditeit welke door de huisartsen werd geregistreerd, nemen de infectieziekten in engere zin, zowel wat betreft het voorkomen van bekende gevallen als van nieuwe gevallen, een zeer kleine plaats in.

Tabel 1.2.: De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: ziekte van Besnier Boeck, tuberculose van de longen, poliomyelitis, tuberculose van de overige organen, syfilis.

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: mazelen, waterpokken, bof, rode hond, herpes simplex.

Figuur 1.3.: Slechts 0,2% van de mannen en 0,3% van de vrouwen hadden een chronische aandoening die in deze groep is ondergebracht. Het relatieve aantal personen met een chronische aandoening neemt zowel bij mannen als bij vrouwen toe met de leeftijd. De frequentie bij mannen en vrouwen is nagenoeg gelijk.

1.5. Beschouwing

Bij de infectieziekten in engere zin wordt de chronische morbiditeit vooral gevormd door resttoestanden, die ontstonden na het doormaken van deze overigens in een huisartspraktijk zeldzaam voorkomende ziektebeelden. De ziekte van Besnier Boeck is daarop een uitzondering.

Ziekte van Besnier Boeck (E-lijstno. 046)

In de meeste gevallen verdwijnen de longafwijkingen bij deze ziekte binnen enkele jaren spontaan. In zeldzame gevallen nemen de longafwijkingen in de loop van de jaren toe. Controle door de huisarts bestaat uit het op gezette tijden (na een half en heel jaar) laten maken van een controlefoto van de longen. De meeste gevallen zullen echter in specialistische handen zijn. Bij mensen die worden behandeld met corticosteroiden kan de huisarts een taak hebben bij het signaleren van bijwerkingen van deze therapie (controle van gewicht, bloeddruk en glucosurie).

Tuberculose (E-lijstno. 001)

De huisarts kan een taak hebben bij het opsporen van contactgevallen en begeleiding van de meestal ongeruste patiënt en zijn omgeving. Het lijkt raadzaam om op de patiëntenkaart duidelijk te vermelden dat iemand tuberculose heeft gehad, in verband met het veelvuldig toepassen van corticosteroiden bij allerlei ziekten.

Tuberculose van de overige organen (E-lijstno. 002)

Deze chronische aandoening komt meestal ter kennis van de huisarts door nierpathologie of in het kader van een fertiliteitsonderzoek (Salpingitis Tuberculosa).

Poliomyelitis (E-lijstno. 011)

Bij deze ziekte bestaat de chronische morbiditeit uit resttoestanden na het doormaken van een poliomyelitis, zoals een paralyse van een of meer spiergroepen of spieren. Voor de huisarts is van belang om deze resttoestanden te bekijken in het kader van de revalidatie, zoals aanpassingen in huis of op het werk.

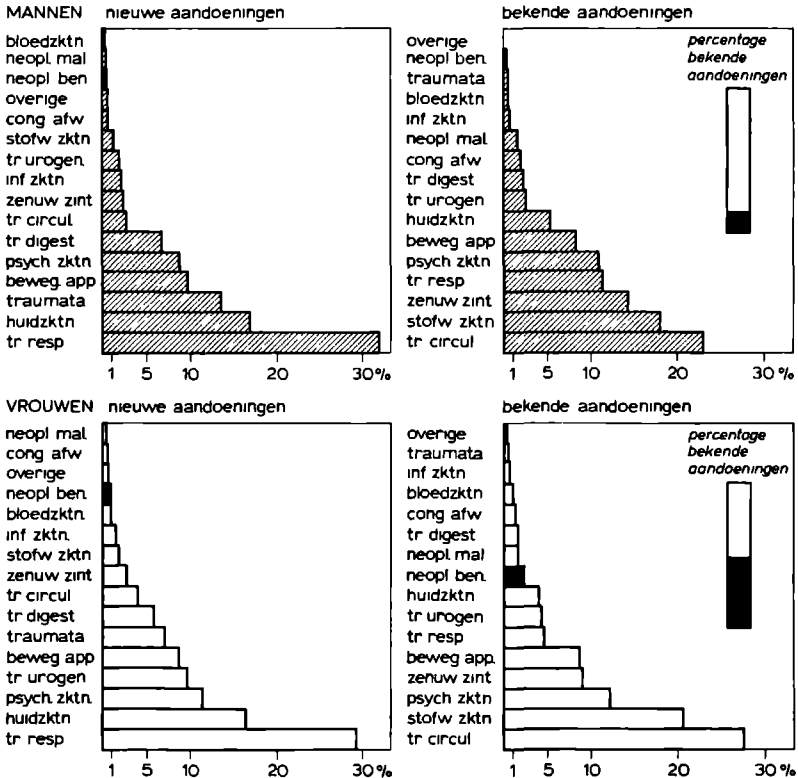
Syfilis (E-lijstno. 003)

Hoewel men vanuit de opleiding in het algemeen goed bekend is met de ziekte syfilis komt men hedentendage als huisarts nauwelijks een patiënt tegen met een laat stadium van deze ziekte. Late syfilis kan zich in bijna elk orgaan manifesteren en ook daarom al zal de diagnostiek van deze zeldzame aandoening moeilijk zijn.

Groep 2: Nieuwvormingen

2.1. Goedaardige nieuwvormingen

2.1.1. Plaats in de totale morbiditeit

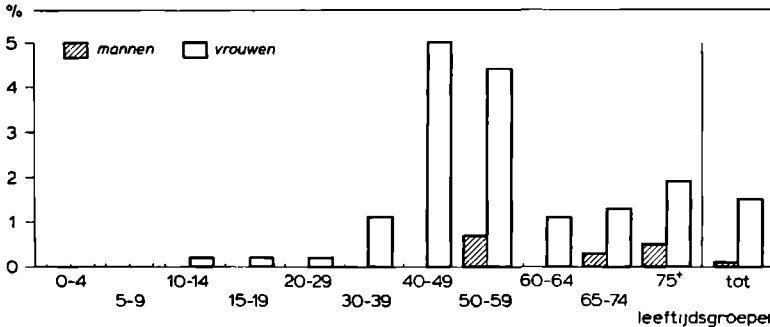


Figuur 2.1.1. Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep goedaardige nieuwvormingen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

2.1.2. *Frequentie in een standaardpraktijk*

	<i>goedaardige nieuwvormingen</i>	<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
		<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
070	mamma	-	-	0.2	2.8
071	uterus	-	10.6	-	5.6
072	overige vrouwelijke genitaliën	-	-	-	0.7
073	huid, incl. naevus pigmentosus excl. verruca 376	0.2	1.1	5.0	8.0
074	overige benigne neoplasmata, incl. darm- en blaaspoliep, hemangioom, sinus pilonidalis, excl. neuspoliep 256, prostaathypertrofie 318	1.1	1.6	4.2	3.2
075	struma (zonder hyperfunctie)	-	5.8	0.1	0.9

Tabel 2.1.2.: Bekende en nieuwe gevallen van goedaardige nieuwvormingen naar geslacht, in absolute aantallen in een 'standaardpraktijk' van 2800 patiënten (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

2.1.3. *Percentage personen met een bekende aandoening in de groep goedaardige nieuwvormingen*

Figuur 2.1.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep goedaardige nieuwvormingen naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

2.1.4. *Commentaar*

Figuur 2.1.1. In de totale morbiditeit namen de benigne neoplasmata wat betreft voorkomen van nieuwe aandoeningen bij mannen en vrouwen een van de laatste plaatsen in. Wat betreft de bekende aandoeningen namen de benigne neoplasmata bij mannen de laatste plaats en bij vrouwen een bescheiden middelste plaats in.

Tabel 2.1.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: myo-

men en struma non toxica. De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: benigne neoplasmata van de huid en myomen. Van de bekende aandoeningen kwamen myomen ook frequent voor als nieuwe aandoening. Dit geldt niet voor het struma non toxica.

Figuur 2.1.3. Slechts 0.1% van de mannen en 1.5% van de vrouwen in de totale populatie heeft een bekende aandoening die in deze groep is ondergebracht. Het aantal personen met een bekende aandoening bepaalt zich wat betreft de mannen tot de oudere leeftijdscategorieën. Wat betreft de vrouwen is er vanaf de puberteit een langzame toename tot de leeftijdsgroep 40-50-jarigen en een zekere afname in de volgende leeftijdsgroepen.

2.1.5. Myomen (E-lijstno. 071)

Myomen werden als nieuw geval gecodeerd wanneer bij lichamelijk onderzoek (bij klachten of bij routine-onderzoek, bijv. bij controles voor orale anticonceptie) myomen werden vastgesteld. Myomen werden als bekend geval geregistreerd indien de aanwezigheid van het myoom nog steeds door lichamelijk onderzoek kon worden bevestigd.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 11 vrouwen; nieuwe gevallen: 6 vrouwen

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemana	pr. Hodgkin
071	7	2	3.2	2.5	1.0	0.6	0.3-1.9

Tabel 2.1.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

2.1.5.1. Bekende gevallen

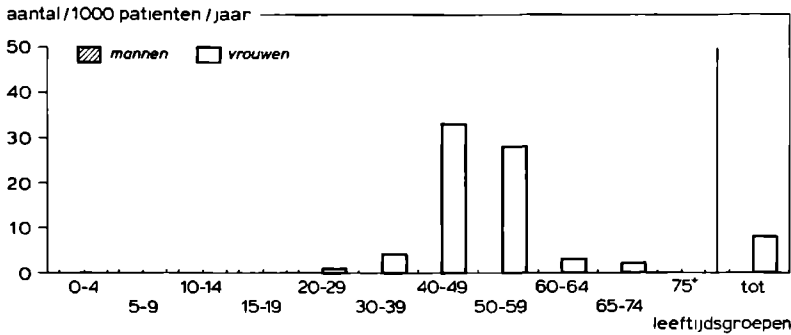
In figuur 2.1.5.1. worden het aantal bekende gevallen van myomen verdeeld naar leeftijd, in aantallen per 1000 vrouwen per jaar weergegeven.

Commentaar

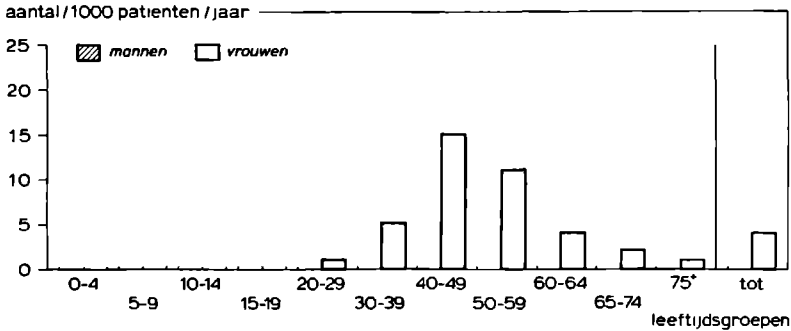
Bekende gevallen van myomen nemen toe van het 20e tot 50e jaar, daarna is er een afname in de registratie van bekende gevallen.

2.1.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 2.1.5.2. wordt het aantal nieuwe gevallen van myomen verdeeld naar leeftijd, bij vrouwen, weergegeven in aantallen per 1000 vrouwen per jaar.



Figuur 2.1.5.1.: Bekende gevallen van myomen verdeeld naar leeftijd, in aantallen per 1000 vrouwen per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).



Figuur 2.1.5.2.: Nieuwe gevallen van myomen naar leeftijd, in aantallen per 1000 vrouwen per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf het 20e levensjaar werden myomen gediagnostiseerd. Het aantal neemt toe tot het 50e levensjaar en neemt daarna weer af.

2.1.5.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 2.1.5.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer myomen werden vastgesteld en het aantal dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties of werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken afzonderlijk en tezamen.

	praktijk 1			praktijk 2			praktijk 3			praktijk 4			totaal		
aantal	53			54			42			18			167		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.
opgenomen	13	25	0	37	1	0	7	11	0	11	1	0	68	38	0
	6			16			4			6			32		

Tabel 2.1.5.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer myomen werden vastgesteld en het aantal daarvan dat in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen; cijfers per praktijk en het totaalcijfer over de periode 1971-1978.

2.1.5.4. Beschouwing

Vergeleken met de andere bronnen uit de literatuur (tabel 2.1.5.) komen in ons materiaal myomen vaker voor. Mogelijk is dit te verklaren doordat bij de controles voor anticonceptie meestal ook een inwendig onderzoek wordt gedaan en daarom meer myomen worden gediagnostiseerd dan zou gebeuren als alleen op de klachten van vrouwen zou worden afgegaan. Uit figuur 2.1.5.1. (bekende gevallen) en figuur 2.1.5.2. (nieuwe gevallen) kan de conclusie worden getrokken, dat in het algemeen gevallen van myomen slechts betrekkelijk kort onder medische aandacht blijven. Kennelijk worden myomen door de huisartsen niet systematisch opgespoord en gecontroleerd of verdwijnen zij uit de registratie als er bijv. een operatie heeft plaatsgevonden. Boven het 50e levensjaar wordt voor deze aandoening steeds minder aandacht van de huisarts opgeëist. Van het totaal aantal vrouwen (167) waarbij een myoom (of myomen) werd vastgesteld blijven 60%, met of zonder verwijzing naar een laboratorium, onder de hoede van de huisarts, 40% (68) werd verwezen naar een specialist. Van de naar een specialist verwezen gevallen werd 4% opgenomen in een ziekenhuis. Uit tabel 2.1.5.3. blijkt dat er tussen de 4 registrerende praktijken enorme verschillen in het verwijzingspatroon bestaan. Zo worden in de ene praktijk 13 van de 53 gevallen verwezen naar een specialist en in een andere praktijk 11 van de 18 gevallen. Nadere analyse en het opstellen van een meer uniform beleid lijkt noodzakelijk.

2.1.6. *Struma non toxica* (E-lijstno. 075)

Struma non toxica werd als nieuw geval gecodeerd wanneer er een zwelling van de schildklier werd vastgesteld zonder andere kenmerken dan alleen de zwelling. Dat wil zeggen, dat een zwelling van de schildklier met als oorzaak een hyper- of een hypofunctie van de schildklier niet onder dit nummer werd gecodeerd maar respectievelijk de nummers 089 of 088 kregen en dat andere thyreoidstoornissen die gepaard gingen met een

zwellings zoals bijv. een thyreoiditis onder no. 090 werden ondergebracht. Struma non toxica werd als bekend geval gecodeerd als in het jaar daarop de zwelling nog aanwezig was. Als de zwelling operatief werd verwijderd, werd het niet meer als zodanig gecodeerd.

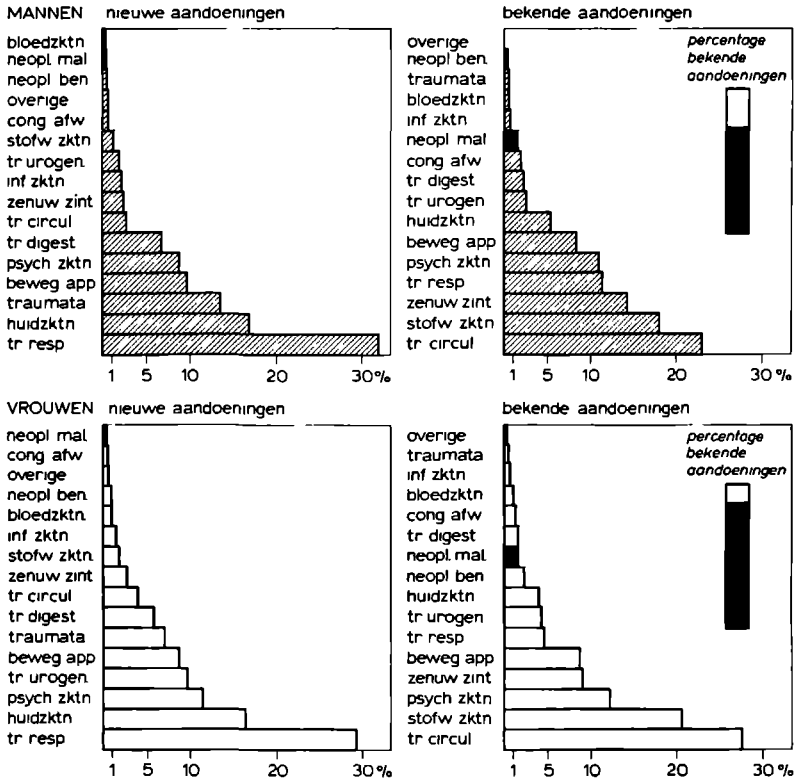
Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 6 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 vrouw. Bekende en nieuwe gevallen kwamen voornamelijk voor bij vrouwen boven de 30 jaar. Bij deze afwijking heeft de huisarts een bewakende functie ten aanzien van:

- 1 mechanische bezwaren die het struma kan geven;
- 2 ontstaan van een hyperfunctie;
- 3 ontstaan van maligne ontaarding.

2.2. Kwaadaardige nieuwvormingen

2.2.1. Plaats in de totale morbiditeit

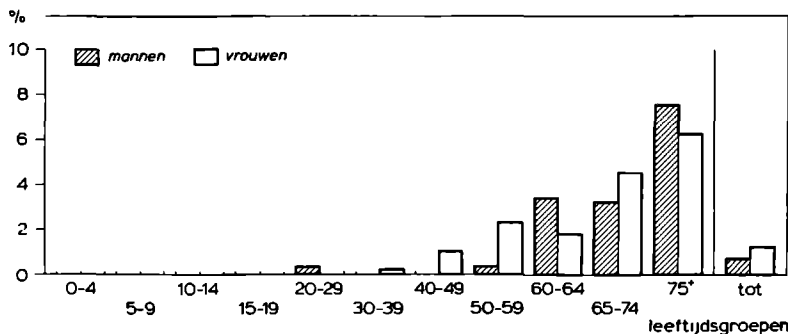


Figuur 2.2.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep kwaadaardige nieuwvormingen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

2.2.2. *Frequentie in een standaardpraktijk*

	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
050 mondholte en pharynx	-	0.2	-	-
051 oesophagus	0.2	-	0.1	-
052 maag	0.6	-	0.2	0.1
053 colon	0.8	1.2	0.5	0.4
054 rectum	1.2	0.5	0.2	0.2
055 pancreas	-	-	-	0.1
056 larynx	-	-	0.1	-
057 bronchus, long en trachea	1.7	-	1.3	0.1
058 mamma	-	9.1	-	1.6
059 cervix uteri	-	0.4	-	0.2
060 corpus uteri	-	1.4	-	0.2
061 prostaat	1.2	-	0.8	-
062 blaas en urethra	0.7	-	0.1	-
063 overige organen van het urogenitaalstelsel	0.5	0.7	0.1	0.3
064 huid	1.1	1.1	0.7	0.8
065 hersenen	0.2	0.2	0.1	0.1
066 ziekte van Hodgkin	-	0.2	-	-
067 leukemie	1.2	-	0.3	0.2
068 alle overige maligne neoplasmata, incl. metastasen, waarvan de primaire haard onbekend is	0.2	0.7	0.3	0.6

Tabel 2.2.2.: Bekende en nieuwe gevallen van kwaadaardige nieuwvormingen naar geslacht, in absolute aantallen in een 'standaardpraktijk' van 2800 patiënten (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

2.2.3. *Percentage personen met een bekende aandoening in de groep kwaadaardige nieuwvormingen*

Figuur 2.2.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep kwaadaardige nieuwvormingen naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

2.2.4. *Commentaar*

Figuur 2.2.1. In de totale morbiditeit waarmee de huisarts werd geconfronteerd, namen de maligne neoplasmata wat betreft de nieuwe gevallen bij mannen en bij vrouwen een van de laatste plaatsen in. Wat betreft de bekende gevallen bij beide geslachten namen deze aandoeningen een bescheiden middelste plaats in.

Tabel 2.2.2. De meest voorkomende bekende maligne neoplasmata waren: bij mannen: bronchuscarcinoom, prostaatcarcinoom, rectumcarcinoom; bij vrouwen: mammacarcinoom, carcinoma uteri, coloncarcinoom

De meest voorkomende nieuwe maligne neoplasmata waren: bij mannen: bronchuscarcinoom, prostaatcarcinoom, huidcarcinoom; bij vrouwen: mammacarcinoom, huidcarcinoom, overige neoplasmata (restgroep).

Figuur 2.2.3. 0.7% van de mannen en 1.2% van de vrouwen waren bekend met een maligne aandoening. Het aantal personen met een bekende aandoening nam zowel bij mannen als bij vrouwen van het 20^e levensjaar toe met de leeftijd.

2.2.5. *Maligne neoplasmata (kwaadaardige nieuwvormingen)*

Nieuwe gevallen van maligne neoplasmata werden gecodeerd indien met de gangbare diagnostiek werd aangetoond dat het ziektebeeld een maligniteit betrof. De bekende gevallen van maligniteiten betroffen die patiënten, die nadat de maligniteit was vastgesteld in het jaar volgend op het vaststellen van de maligniteit, nog in leven waren en behandeld, gecontroleerd of begeleid werden. In totaal werden gedurende de jaren 1971 tot en met 1978 1.358 gevallen van gezwelvorming geregistreerd. Bij vrouwen werd bijna tweemaal zo vaak als bij mannen een nieuwvorming vastgesteld. Bij mannen bleek deze evenwel ongeveer tweemaal zo vaak als bij vrouwen kwaadaardig te zijn.

Voorkomen

In een standaardpraktijk bekende gevallen: 10 mannen, 16 vrouwen; nieuwe gevallen: 5 mannen, 5 vrouwen. Het aantal bekende gevallen van maligne aandoeningen was dus ongeveer twee en een half maal zo groot als het aantal nieuwe gevallen.

Nieuwe aandoeningen

In tabel 2.2.5.a en b worden de nieuwe gevallen van kwaadaardige nieuwvorming per orgaansysteem over de periode 1971-1978 weergegeven voor mannen en vrouwen.

<i>orgaansysteem</i>	<i>abs.</i>	<i>/1000</i>	<i>%</i>
tractus respiratorius	47	0.9	29
tractus digestivus	34	0.7	21
tractus genitalis	27	0.6	16
huid	24	0.5	15
overige	24	0.5	15
tractus urogenitalis	8	0.2	5
mammae	0	-	0

Tabel 2.2.5.^a: Kwaadaardige nieuwvormingen bij mannen, weergegeven in absolute aantallen per orgaansysteem, per 1000 manjaren en per orgaansysteem als percentage van het totaal aantal maligniteiten (periode 1971-1978, N = 5947).

<i>orgaansysteem</i>	<i>abs.</i>	<i>/1000</i>	<i>%</i>
mammae	51	1.1	33
overige	28	0.6	18
tractus digestivus	26	0.5	17
huid	25	0.5	16
tractus genitalis	13	0.3	8
tractus urinalis	10	0.2	6
tractus respiratorius	3	0.06	2

Tabel 2.2.5.^b: Kwaadaardige nieuwvormingen bij vrouwen, weergegeven in absolute aantallen per orgaansysteem, per 1000 vrouwjaren en per orgaansysteem als percentage van het totaal aantal maligniteiten (periode 1971-1978, N = 5933).

Commentaar

In gedeeld naar orgaansysteem blijken maligne nieuwvormingen van de luchtwegen bij mannen 15 maal vaker dan bij vrouwen te zijn waargenomen. Maligniteiten van de geslachtsorganen werden 2 maal zo vaak bij mannen als bij vrouwen geregistreerd. Bij vrouwen betrof ongeveer 1/3 van alle gesignaleerde maligniteiten een carcinoom van de mammae. De overige onderscheiden orgaansystemen vertonen geen grote verschillen tussen de geslachten.

2 2 6 Kort overzicht van de meest voorkomende carcinomen

2.2 6 1 Longcarcinoom (E-lijstno 057)

Longcarcinoom werd waargenomen bij mannen boven de 40 jaar. Het aantal nam toe met de leeftijd. Bij vrouwen werd het longcarcinoom waargenomen in de leeftijdsklassen van 65 jaar en ouder.

E-lijstno	pr		in		pr		pr	
	N	U H I	N	U H I	Monit	pr	Engeland	Oltseman
057	1	< 1	0 7	0 8	0 9	0 4	0 9-1 4	

Tabel 2 2 6 1 Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur

2 2.6.2. Prostaatcarcinoom (E-lijstno 061)

Prostaatcarcinoom werd tweemaal waargenomen in de relatief jongere leeftijdsklasse van 30-39 jaar, maar het grootste aantal gevallen werd geregistreerd in de leeftijdsklasse van 75 jaar en ouder.

E-lijstno	pr		in		pr		pr	
	N	U H I	N	U H I	Monit	pr	Engeland	Oltseman
061	1	< 1	2 1	1 2	0 8	0 4	0 2	

Tabel 2 2 6 2 Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur

2 2 6 3. Huidcarcinoom (E-lijstno 064)

Huidcarcinomen werden bij beide geslachten nauwelijks op jongere leeftijd, doch met name op oudere leeftijd waargenomen. Bij vrouwen werden enkele gevallen op jongere leeftijd gevonden. Bij mannen van 75 jaar en ouder werd tweemaal zo vaak huidcarcinoom vastgesteld als bij vrouwen uit dezelfde leeftijdsklasse. Bekende gevallen van huidcarcinoom werden zelden geregistreerd, omdat als het carcinoom in toto verwijderd werd, deze maligniteit niet meer als zodanig werd doorgecodeerd. Er werd dan geen medische behandeling of controle meer verricht en deze maligniteit bleef niet meer onder de aandacht van de huisarts.

E-lijstno	pr		in		pr		pr	
	N	U H I	N	U H I	Monit	pr	Engeland	Oltseman
064	1	< 1	1 3	1 6	2 4	0 7	-	

Tabel 2 2 6 3 Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur

2.2.6.4. Mammacarcinoom (E-lijstno. 058)

In tabel 2.2.6.4. worden alle nieuwe gevallen van gezwellen van de borstklieren naar leeftijdsklasse (vanaf 20 jaar) en het aandeel van de maligne gezwellen van het totaal aantal gezwellen in de borst weergegeven.

<i>leeftijdsklasse</i>	<i>alle gezwellen</i>	<i>waarvan maligne</i>
20 - 29 jaar	19	1 (5%)
30 - 39 jaar	20	2 (10%)
40 - 49 jaar	42	8 (19%)
50 - 59 jaar	23	9 (39%)
60 - 64 jaar	5	5 (100%)
65 - 74 jaar	17	16 (94%)
75 ⁺	10	10 (100%)
20 jr. en ouder	136	51 (37.5%)

Tabel 2.2.6.4.: Nieuwe gevallen van gezwellen in de borstklieren naar leeftijdsklasse (vanaf 20 jaar), uitgedrukt in absolute getallen en in het percentage maligne gezwellen op het totaal aantal gezwellen per leeftijdscategorie (periode 1971-1978, N = 5933 vrouwen).

Commentaar

Vanaf de leeftijd van 20 jaar en ouder waren 37,5% van de gezwellen van de borst kwaadaardig. Is het in de leeftijdsgroep 20-29 jaar een zeldzaamheid, in de oudere leeftijdsgroepen (60 jaar en ouder) is de kans groot dat een gezwel van de borst kwaadaardig is.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
058	4	1	2.6	0.9	1.0	0.6	1.0-1.2

Tabel 2.2.6.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

2.2.6.6. Colon- en rectumcarcinoom (E-lijstno. 053 resp. 054)

Coloncarcinoom werd zowel bij mannen als bij vrouwen driemaal vaker vastgesteld dan een rectumcarcinoom. Bij mannen vooral vanaf 65-jarige leeftijd, bij vrouwen vooral in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Onder de leeftijd van 20 jaar werd geen coloncarcinoom en onder de leeftijd van 40 jaar geen rectumcarcinoom vastgesteld.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
053	1	< 1	2.8	1.8	0.5	0.2	0.85-1.2
054	1	< 1			0.4	0.5	

Tabel 2.2.6.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

2.2.7. Beschouwing

Kwaadaardige tumoren zijn in een huisartspraktijk betrekkelijk zeldzame aandoeningen. Toch speelt deze diagnose elke dag wel eens een keer door het hoofd van de huisarts, temeer omdat deze ziekte in zijn beginstadium meestal geen specifieke klinische verschijnselen vertoont. Het is een emotioneel beladen onderwerp en men verwacht dat de huisarts deze afwijking tijdig herkent en de diagnose niet mist. Daardoor wordt hij nog wel eens tot te veel en waarschijnlijk overbodig onderzoek verleid. Het doen van te veel onderzoek wordt hem meestal minder kwalijk genomen dan het te laat ontdekken van een kwaadaardige tumor. De huisarts ontmoet het kankerprobleem in al zijn facetten. Hij heeft een taak bij de vroegdiagnostiek, diagnostiek en therapie, maar vooral bij de begeleiding van de patiënt thuis en in het ziekenhuis, met name in de terminale zorg. In het terminale stadium wordt de huisarts dikwijls geconfronteerd met veel narigheid en verdriet. Vooral bij de oudere kankerpatiënt zal nogal eens gewikt en gewogen dienen te worden tussen ingrijpen en afwachten met palliatieve maatregelen. Het beleid bij de behandeling van de ouder wordende kankerpatiënt verschilt in diverse opzichten van dat van jongere patiënten. Gezien zijn kennis van de patiënt en het thuisfront is de huisarts een deskundige die een waardevolle bijdrage kan leveren aan het oncologisch team. Samenwerking in de thuissituatie spitst zich vooral toe op samenwerking met wijkverpleegkundige, pastor en vooral ook met familieleden.

Groep 3: Endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten*

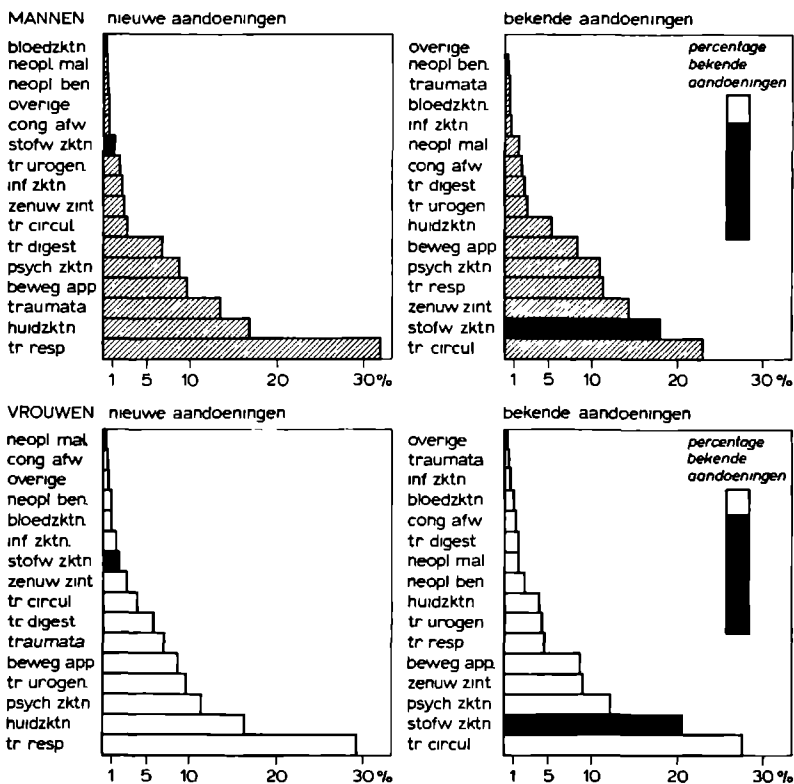
3.1. Plaats in de totale morbiditeit (zie pag. 76).

3.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	<i>Endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten</i>	<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
		<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
088	hyperthyreoïdie	0.4	3.5	0.2	0.8
089	hypothyreoïdie, myxoedeem	-	1.0	0.1	0.4
090	andere thyreoïdstoornissen	-	0.7	-	0.1
091	diabetes mellitus	15.6	23.2	2.8	2.9
092	avitaminose, hypovitaminose	-	-	-	-
093	Jicht	1.8	0.7	0.5	0.3
094	overige ziekten uit deze groep, excl. anafylactische shock 494	0.2	0.9	0.3	0.2
<u>symptomen</u>					
100	exophthalmus	-	0.2	-	0.1
101	adipositas	79.6	162.9	21.9	36.9
102	glucosurie	0.7	0.2	0.4	0.5
104	polyurie, incl. diabetes insipidus	-	-	-	-
105	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten in deze groep, incl. hyperlipemie (cholesterol en/of tryglyceriden)	12.2	10.0	4.4	2.6

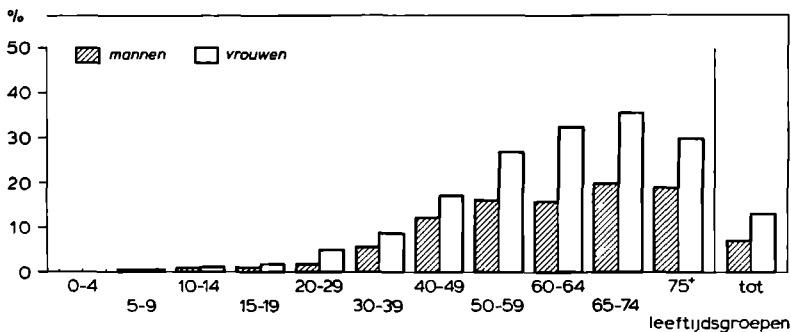
Tabel 3.2. Bekende en nieuwe gevallen van endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten naar geslacht, in absolute aantallen in een 'standaardpraktijk' van 2800 patiënten (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

* **Opmerking** De allergische aandoeningen uit deze groep zijn bij andere groepen ondergebracht. Hooikoorts (E-lijstno 085) bij de ziekten van de bovenste luchtwegen, Astma (E-lijstno 086) bij de ziekten van de onderste luchtwegen en Allergische dermatosen (E-lijstno. 087) bij de ziekten van de huid.



Figuur 3.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep endocriene stoornissen stofwisselings- en voedingsziekten, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

3.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten



Figuur 3.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

3.4. Commentaar

Figuur 3.1. in de totale morbiditeit nam deze groep wat betreft het voorkomen van nieuwe aandoeningen een middenplaats in. Wat betreft het voorkomen van bekende aandoeningen nam deze groep een van de hoogste plaatsen in.

Tabel 3.2. De meest voorkomende aandoeningen, zowel nieuwe als bekende, waren: adipositas, diabetes mellitus, hypercholesterolaemie.

Figuur 3.3. 12.8% van de vrouwen en 6.9% van de mannen in de totale populatie hadden een bekende aandoening die in deze groep is onder te brengen. Het aantal personen met een bekende aandoening nam zowel bij mannen als bij vrouwen toe tot de leeftijd van 65 jaar. Boven de 75 jaar trad er een geringe daling op.

3.5. Adipositas (obesitas) (E-lijstno. 101)

Als criterium voor deze aandoening geldt in de registrerende praktijken dat er bij de gegeven lengte 15% of meer overgewicht moet bestaan ten opzichte van het ideaalgewicht. Om de continuïteit in de registratie te handhaven is er geen gebruik gemaakt van nieuwe criteria (bijv. de Quetelet-index), maar van een index destijds ontworpen door De Wijn. De

code adipositas werd gegeven als een patiënt met het probleem 'te dik' op het spreekuur kwam of als de huisarts zelf signaleerde dat er sprake was van een manifest overgewicht.

Voorkomen

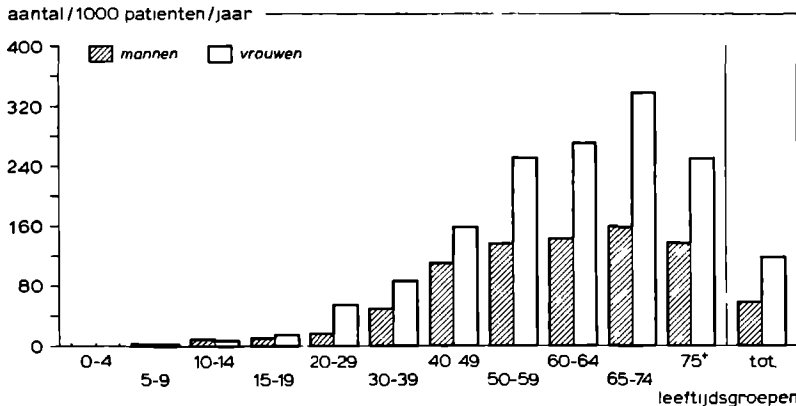
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 80 mannen, 163 vrouwen; nieuwe gevallen: 22 mannen, 37 vrouwen.

<i>E-lizetno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>zn.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>zn.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oltmans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
101	105	20	36 5	20 5	15 7	13.8	20 0-30 7

Tabel 3.5. Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

3.5.1. Bekende gevallen van adipositas

In figuur 3.5.1. worden de bekende gevallen van adipositas, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiëntjaren.



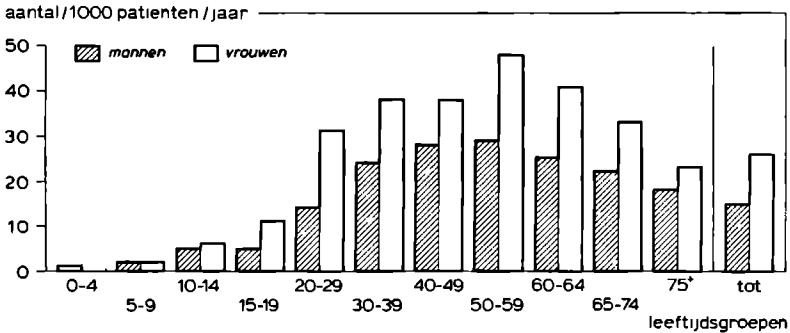
Figuur 3.5.1. Bekende gevallen van adipositas verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiëntjaren (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Het aantal bekende gevallen van adipositas neemt voor beide geslachten toe tot de leeftijdsgroep 65-74 jaar en neemt daarna weer af. Bij vrouwen is het aantal bekende gevallen van adipositas twee keer zo groot als bij mannen.

3.5.2. Nieuwe gevallen van adipositas

In figuur 3.5.2. worden de nieuwe gevallen van adipositas, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiëntjaren.



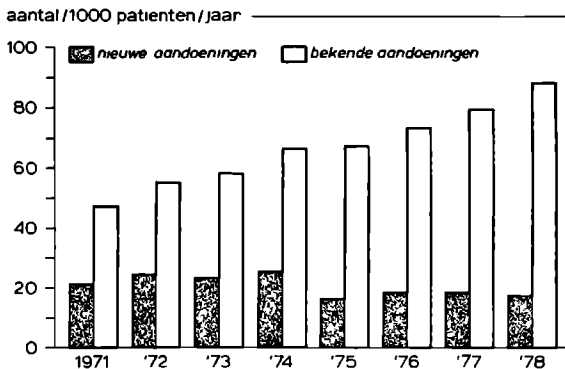
Figuur 3.5.2.: Nieuwe gevallen van adipositas, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiëntjaren (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Het aantal registraties van nieuwe gevallen van adipositas neemt voor beide geslachten toe tot de leeftijdsgroep 50-59 jaar en neemt daarna weer af. Bij vrouwen komen nieuwe gevallen duidelijk meer voor dan bij mannen. Als we figuur 3.5.1. en figuur 3.5.2. tezamen bekijken, dan valt op dat de figuren een identiek verloop hebben, maar de top bij de bekende gevallen 15-20 jaar later ligt. Kennelijk is het zo dat als adipositas bij een persoon is vastgesteld dit kenmerk niet snel verdwijnt.

3.5.3. Het aantal bekende en het aantal nieuwe gevallen van adipositas in de periode 1971-1978, bekeken per jaar

Om een indruk te krijgen van het aantal bekende en nieuwe gevallen van adipositas die per jaar in deze praktijken werden geregistreerd, worden in figuur 3.5.3. het aantal bekende en nieuwe gevallen van adipositas per jaar over de periode 1971-1978 in beeld gebracht.



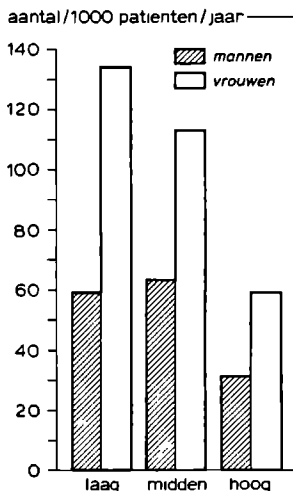
Figuur 3.5.3.: Het aantal nieuwe en bekende gevallen van adipositas per jaar over de periode 1971-1978, in aantallen per 1000 patiëntjaren.

Commentaar

Per jaar werd er een enigszins afnemend aantal nieuwe gevallen van adipositas geregistreerd. Het aantal personen dat al bekend was met adipositas nam in de loop van de jaren gestaadig toe.

3.5.4. Adipositas en sociale laag

In figuur 3.5.4. worden bekende gevallen van adipositas per geslacht en sociale laag weergegeven, in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 3.5.4.: Bekende gevallen van adipositas per geslacht en sociale laag, in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1978, N = 12.000 patiënten). **: voor mannen en vrouwen.

Commentaar

In de hoogste sociale laag was het aantal personen bekend met adipositas, zowel bij mannen als bij vrouwen, ongeveer de helft van de aantallen in de lage sociale laag. Bij mannen was adipositas in de middelste sociale laag het meest aan de huisarts bekend, terwijl het aantal bekende gevallen van adipositas bij vrouwen in de middelste sociale laag een tussenpositie inneemt tussen de hoge en lage sociale laag.

3.5.6. Aantal gevallen van adipositas aan de huisarts gepresenteerd, vergeleken met een screeningsonderzoek

Om te kunnen nagaan hoeveel personen met adipositas in een omschreven populatie aanwezig zijn, die de huisarts (ook al let hij heel bewust op deze 'aandoening') nog niet heeft gediagnostiseerd, hebben wij gebruik gemaakt van gegevens uit een screeningsonderzoek naar risicofactoren van hart- en vaatziekten, bij mensen tussen de 20 en 50 jaar, dat in enkele van de registrerende praktijken heeft plaatsgevonden (het Nijmeegs Interventie Project, Van Ree 1981). Wij hebben daartoe het aantal mensen in de leeftijdsgroepen tussen de 20 en 50 jaar, die bekend waren met adipositas in praktijk 1 (de praktijk met het hoogste aantal bekende gevallen van adipositas), vergeleken met de resultaten uit dit screeningsonderzoek.

In tabel 3.5.6. worden de aantallen mannen en vrouwen in praktijk 1, die per december 1977 bij de huisarts bekend waren met adipositas (criterium: ideaal gewicht + 15% of meer overgewicht), vergeleken met het aantal, in dezelfde periode in een screeningsonderzoek, opgespoorde gevallen van adipositas (criterium: ideaalgewicht + 10% of meer overgewicht).

	<i>opgespoord via screeningsonders.</i>	<i>waarvan bij de huisarts reeds bekend</i>
mannen	192	88
vrouwen	243	159

Tabel 3.5.6.: Aantal mannen en vrouwen in praktijk 1 die per december 1977 bij de huisarts bekend waren met adipositas, vergeleken met het aantal gevallen van adipositas in een screeningsonderzoek in dezelfde praktijk. Leeftijdsgroep 20-50 jaar. Uitgedrukt in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Hoewel de criteria van deze twee registratiesystemen van adipositas enigszins verschillen, lijkt het erop dat in praktijk 1 (die vergeleken met de andere praktijken het grootste aantal gevallen van adipositas registreerde) bij een screeningsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten

bij mannen en vrouwen toch nog aanzienlijk meer gevallen van adipositas in deze leeftijdsgroep (20-50 jaar) werden vastgesteld dan op dat moment bekend waren bij de huisarts.

Beschouwing

Bekende en nieuwe gevallen van adipositas, aldus in kaart gebracht, tonen een naar leeftijd identiek verloop. Het aantal nieuwe gevallen neemt toe tot de middelbare leeftijd, daarna daalt dit. Het aantal bekende gevallen blijft stijgen tot de bejaardenleeftijd (cumulatie van gevallen), maar in de hoogste leeftijdsklassen is het aantal bekende gevallen lager. Zou dit kunnen wijzen op een ondervertegenwoordiging door oversterfte van zwaarlijvige personen in de oudste leeftijdsklassen?

Adipositas kwam in de hoge sociale laag voor beide geslachten veel minder voor dan in de middelste en lage sociale laag. In de C.M.R. van het NUHI werd adipositas duidelijk vaker geregistreerd dan in vergelijkbare projecten elders. Binnen de C.M.R. bestaan grote verschillen in de registratie van adipositas tussen de onderscheiden praktijken. Deze verschillen kunnen niet alléén worden verklaard op epidemiologische gronden, maar zullen ook te maken hebben met verschillen in werkwijzen van de huisartsen en hun assistentes. In de praktijk van de huisarts die in zijn praktijk het hoogste aantal bekende gevallen van adipositas had geregistreerd, bleek na een gericht screeningsonderzoek bij veel méér mensen de diagnose adipositas gesteld te kunnen worden. Ook vanuit de literatuur, waarin men liever het begrip obesitas gebruikt in plaats van adipositas, wordt steeds duidelijker dat het obesitasprobleem van enorme omvang is (Hautvast, 1980).

Obesitas komt niet alleen vaak voor, maar gaat ook gepaard met grotere morbiditeit en met verkorting van de levensverwachting. Hoewel obesitas alleen op indirecte wijze tot morbiditeit en mortaliteit leidt, is het duidelijk te beschouwen als een risicofactor. Ondanks uitgebreid wetenschappelijk onderzoek is nog onduidelijk hoe precies het lichaamsgewicht wordt geregeld (Steffens, 1980). De therapeutische mogelijkheden zijn beperkt. Voor zover uit lange-termijn-studies blijkt, is de frequentie van een blijvende remissie van obesitas steeds laag en is het niet duidelijk of er ook een verbetering van de prognose optreedt. Zowel op basis van de frequentie als op grond van gegevens uit de literatuur kan het voor de huisarts van belang zijn om, ondanks de slechte therapeutische resultaten, obesitas actief op te sporen en aan te pakken. Een gerichtheid op en een systematische aandacht voor het probleem obesitas kan een onderdeel zijn van het werk van de huisarts. Onderzoek op dit gebied, ook door de huisarts, dient meer aandacht te krijgen. Ziet de huisarts preventie als een wezenlijk onderdeel

van zijn taak dan zal de opsporing en bestrijding van obesitas daarin een plaats kunnen hebben. Dit zou met name nuttig kunnen zijn bij de zeer ernstige gevallen van adipositas.

Misschien is het uitblijven van therapeutische resultaten voor medici wel een reden om zich minder te bekommeren om aandoeningen zoals obesitas en zich met kracht te richten op aandoeningen die minder voorkomen, maar spectaculaire therapeutische resultaten afwerpen. Een preventieve taak van de huisarts bij obesitas zou zich vooral op het actief opsporen en beïnvloeden van obesitas in de jongere leeftijdscategorieën kunnen richten, waarbij kinderen van te zware ouders speciale aandacht vragen

Naschrift

De 'waagschaal' van de Nederlandse Hartstichting gecombineerd met een eenvoudig apparaat om de kniebreedte te meten en een goede balansweegschaal (geen veerweegschaal), geven de huisarts de instrumenten in handen om op aanvaardbare en reproduceerbare wijze een indruk te krijgen van het gewicht van de patiënt. Daardoor wordt het mogelijk dat in Nederland iedere huisarts dezelfde criteria zal aanleggen voor obesitas, terwijl nu nogal eens verschillende criteria worden gehanteerd.

3.6. Diabetes mellitus (E-lijstno. 091)

De diagnose diabetes mellitus werd aanvankelijk gesteld wanneer de GTT volgens de op dat moment geldende normen was gestoord. Later is daaraan toegevoegd het criterium van een éénmalige bloedsuikerwaarde boven de 10 mmol/L twee uur na een koolhydraatrijke maaltijd.

Voorkomen

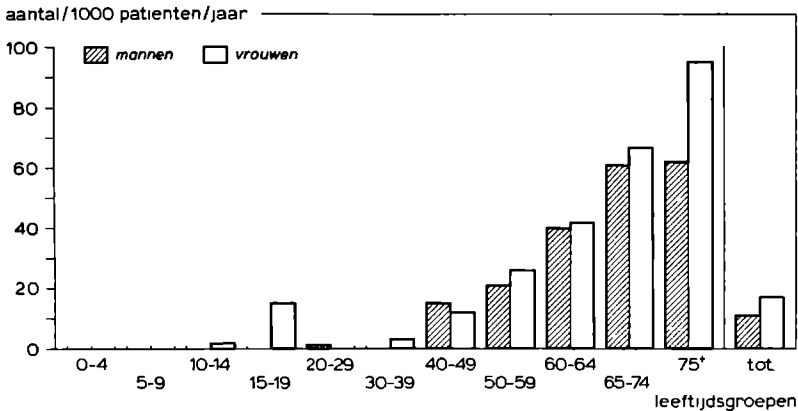
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 16 mannen, 23 vrouwen; nieuwe gevallen: 3 mannen, 3 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engelard	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
091	16	2	18.5	5.4	4.5	7.9	0.4-0.8

Tabel 3.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

3.6.1. Bekende gevallen van diabetes mellitus

In figuur 3.6.1. worden de aantallen bekende gevallen van diabetes mellitus, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 3.6.1.: Bekende gevallen van diabetes mellitus, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

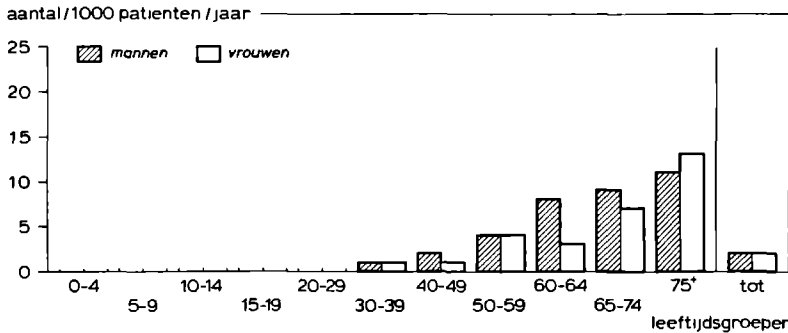
Het aantal bekende gevallen van diabetes mellitus neemt voor beide geslachten toe met de leeftijd vanaf de leeftijdsgroep 20-29 jaar. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet groot behalve in de leeftijdsgroep 75⁺ waar in deze praktijken relatief meer vrouwen bekend zijn met diabetes mellitus dan mannen en tussen de 10 en 20 jaar waar alleen vrouwen bekend zijn met diabetes mellitus.

3.6.2. Nieuwe gevallen van diabetes mellitus

In figuur 3.6.2. worden nieuwe gevallen van diabetes mellitus, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Het aantal nieuwe gevallen van diabetes mellitus nam vanaf de leeftijdscategorie 30-39 jaar met de leeftijd toe voor zowel mannen als vrouwen. De

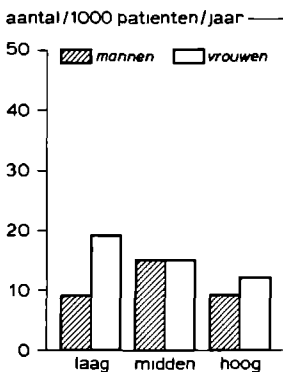


Figuur 3.6.2.: Nieuwe gevallen van diabetes mellitus, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

nieuwe gevallen van diabetes mellitus cumuleren in de volgende jaren tot een toenemend aantal bekende gevallen per geslacht en leeftijdsklasse. Enerzijds geneest de aandoening niet en blijft dus onder de aandacht van de huisarts, anderzijds is de oversterfte ten gevolge van deze aandoening te gering om de prevalentie in de oudere leeftijdsklassen weer te doen afnemen.

3.6.3. Diabetes mellitus en sociale laag

In figuur 3.6.3. worden de aantallen bekende gevallen van diabetes mellitus per geslacht en sociale laag weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 3.6.3.: Bekende gevallen van diabetes mellitus, per geslacht en sociale laag, in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1978, N = 12.000 patiënten). *: voor mannen, voor vrouwen: N.S.

Commentaar

Bij mannen is het aantal personen, bekend met diabetes mellitus in de lage en hoge sociale laag bijna gelijk, terwijl in de middelste sociale laag de meeste mannen met diabetes mellitus voorkomen. Bij vrouwen zijn in de lage sociale laag de meeste gevallen van diabetes mellitus bekend en nemen de aantallen af via de middelste laag naar de hoge sociale laag. Het verschil tussen mannen en vrouwen is in de lage sociale laag het grootst en in de middelste sociale laag het kleinst. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat mannen in de lage sociale laag meer lichamelijke arbeid verrichten en daardoor minder snel diabetes mellitus ontwikkelen, terwijl vrouwen uit de lage sociale laag frequenter contact hebben met de huisarts, waardoor opsporing van diabetes mellitus beter mogelijk is. Mogelijk speelt adipositas hierbij ook een rol.

3.6.4. Verwijzingen en opnamen

In tabel 3.6.4. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer diabetes mellitus werd vastgesteld en het aantal daarvan dat werd verwezen naar specialist, laboratorium en röntgen of overige instanties (waaronder bijv. de diëtiste) of werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de 4 praktijken.

	praktijk 1		praktijk 2		praktijk 3		praktijk 4		totaal						
aantal	43		58		31		29		161						
verwezen naar:	spec.	lab. ov.	spec.	lab. ov.	spec.	lab. ov.	spec.	lab. ov.	spec.	lab. ov.					
naar:	6	31	2	12	21	3	1	19	0	10	2	4	29	73	9
opgenomen	4		7		0		4		15						

Tabel 3.6.4.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer diabetes mellitus werd vastgesteld en het aantal daarvan dat in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, per praktijk en totaal in de periode 1971-1978.

Commentaar

18% van het aantal nieuw gediagnostiseerde patiënten met diabetes mellitus werden verwezen naar een specialist (waarvan 15% naar de internist, 0,5% naar de oogarts en 2,5% naar andere specialismen, zoals neuroloog, obstetricus). Bij 45% van het aantal nieuwe gevallen werd door de huisartsen gebruik gemaakt van het laboratorium, 6% werd naar overige instanties (en diëtiste) verwezen). 9% werd opgenomen. Veel patiënten waarbij diabetes mellitus werd vastgesteld bleven dus onder behandeling van de huisarts. Opvallend is dat verwijzingen naar de oogarts erg laag liggen. Men kan zich afvragen of—gezien het beleid bij de diabetes-

patiënt—sprake is van een niet optimale samenwerking van de diverse specialismen rondom de zorg voor de diabetes-patiënt. Ook is het mogelijk dat er wel meer verwijzingen en contacten met specialismen waren, maar dat deze verwijzingen en contacten buiten de huisarts om plaatsvonden. Bij nadere analyse bleek, dat het percentage verwijzingen en het percentage opnamen daalde met het toenemen van de leeftijd. Ook bij diabetes mellitus zijn tussen de 4 praktijken opvallende verschillen te constateren in de verwijs- en opnamecijfers. In praktijk 1 en 3 worden minder gevallen verwezen naar een specialist, maar werd meer gebruik gemaakt van het laboratorium dan in praktijk 2 en 4. De praktijken 1 en 3 zijn plattelandspraktijken, de praktijk 2 is een stadspraktijk, terwijl praktijk 4 gevestigd is in een klein stadje.

3.6.5. Beschouwing van de resultaten

Diabetes mellitus is een frequent voorkomende aandoening in een huisartspraktijk. Zowel het aantal nieuwe als bekende gevallen van diabetes mellitus neemt met de leeftijd toe. De verschillen in frequentie tussen de geslachten onderling zijn niet groot, alleen in de leeftijdsgroep van 75⁺ kwam diabetes mellitus duidelijk meer bij vrouwen voor. Het aantal bekende gevallen is bij mannen in de lage en hoge sociale laag ongeveer gelijk, maar duidelijk groter in de middelste sociale laag. Bij vrouwen neemt het aantal bekende gevallen van de lage tot de hoge sociale laag af. 18% van het aantal nieuw gediagnostiseerde gevallen werden naar de specialist verwezen, terwijl bij 45% van het aantal nieuwe gevallen gebruik werd gemaakt van een laboratorium. Verwijzingen naar oogarts, diëtiste en wijkverpleegkundige kwamen zeer weinig voor. Het percentage verwijzingen naar een specialist verschilde vrij sterk tussen de praktijken onderling. In het algemeen kan men stellen, dat in de vier registrerende praktijken het aandeel van de huisarts bij de behandeling van diabetes mellitus aanzienlijk was, maar dat er ook duidelijke verschillen in het beleid kunnen worden geconstateerd. Men zou—zeer globaal gesteld—kunnen zeggen, dat diagnose en behandeling bij diabetes mellitus niet meer het grootste probleem zijn. Na het stellen van de diagnose wordt een dieet geadviseerd en als de bloedsuikers hoog blijven, worden orale middelen of insuline voorgeschreven. Maar dan begint het pas. De maatregelen die door de patiënt moeten worden genomen zijn blijvend van aard en vragen voortdurend aandacht. Zij vragen grote veranderingen in het gedrag en leefpatroon van de patiënt. Gedragsverandering is makkelijk te bespreken, maar moeilijk door te voeren. Dat is het dilemma bij de behandeling van diabetes mellitus. Diabetes mellitus is een aandoening waarbij duide-

lijk gedemonstreerd kan worden hoe bij de behandeling van een chronische ziekte patiënt en arts hand in hand moeten gaan. Maatregelen van bovenaf en een passieve instelling van de patiënt vormen een slechte leidraad voor de behandeling van deze ziekte. Groen (1981) stelde: 'De diabeet en zijn hulpverlener zijn eigenlijk twee deskundige mensen die samen een patiënt behandelen'. Voor de huisarts liggen er, zeker wat betreft de behandeling en begeleiding van een chronische ziekte zoals diabetes mellitus, grote kansen. Kansen die o.i. dikwijls nog te weinig worden benut. De (te) grote verschillen in deze registratie duiden daar al op. Het is voor de huisarts van belang, zowel op medisch-technisch gebied als op het gebied van de begeleiding in de thuissituatie, een plaats bij de behandeling van diabetes mellitus te krijgen en te behouden. Een plaats die beter dan tot nu toe afgebakend en besproken dient te worden met de andere hulpverleners rondom de diabetespatiënt. In het voor hulpverleners van mensen met diabetes mellitus zeer lezenswaardige rapport *Een beetje suiker* (1982) vindt men een citaat, dat ter harte is te nemen. 'Het lukt ons, diabeten en ouders van diabetische kinderen, beter de adviezen op te volgen, wanneer wij:

- 1 a vertrouwen hebben in de hulpverleners;
- b de indruk hebben dat deze in ons vertrouwen hebben
- 2 de aandoening geaccepteerd hebben;
- 3 de bereidheid en de mogelijkheid hebben de therapievoorschriften op te volgen.

Van het onder punt 3 gestelde kan sprake zijn wanneer wij:

- a met de hulpverlener overeenstemming bereikt hebben over wat het eventuele probleem is en wat de achtergronden hiervan zijn;
- b begrijpen wat de voorschriften zijn en wat de achtergronden zijn;
- c ervan overtuigd zijn dat de gegeven voorschriften (therapie) goed zijn;
- d in staat zijn met voorschriften in het dagelijks leven om te gaan'.

Diabetes mellitus is een ziekte die zoveel voorkomt (vooral op oudere leeftijd) dat het gewenst lijkt een groot deel van de behandeling en begeleiding tot de taak van de huisarts te rekenen. Meer dan tot nu toe zal de huisarts zich daarop toe moeten leggen, door bijv. aparte spreekuren te organiseren voor diabeten, zijn assistente in te schakelen en instrumentarium aan te schaffen, diabetes te zien als een belangrijke chronische aandoening die hij zelf voor een groot deel moet kunnen behandelen en begeleiden.

3.7. Hyperlipemie (E-lijstno. 105)

Uitgaande van no. 105 van de E-lijst (een restgroep van Groep 3 van endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten) komt het aantal geregistreerde gevallen in deze categorie bijna helemaal voor rekening van de hyperlipemie (cholesterol en/of triglyceriden). De gevallen van hypercholesterolaemie of hyperlipoproteïnemie zijn niet systematisch in alle praktijken geregistreerd. Het ging vooral om gevallen die bij de behandeling van adipositas, hart- en vaatziekten, hypertensie, of op grond van de familieanamnese of bij bedrijfsarts of specialist werden opgespoord. Als waarde voor hypercholesterolaemie werd genomen een serumgehalte gelijk aan of meer dan 7.8 mmol/L, voor hyperlipoproteïnemie golden de criteria van het plaatselijk laboratorium.

Voorkomen

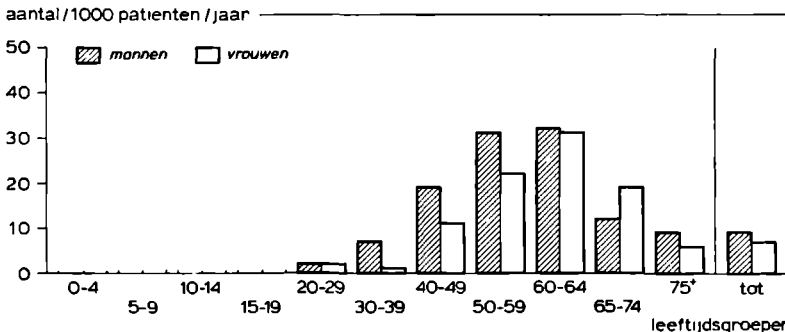
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 12 mannen, 10 vrouwen; nieuwe gevallen: 4 mannen, 3 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N. U. H. I.	in. N. U. H. I.	pr. Monit. pr.	in. Monit. pr.	pr. Engeland	pr. Oltmans	pr. Hodgkin
105	10	2	10.8	2.6	1.1	0.5	-

Tabel 3.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

3.7.1. Bekende gevallen van hyperlipemie

In figuur 3.7.1. worden het aantal bekende gevallen van hyperlipemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



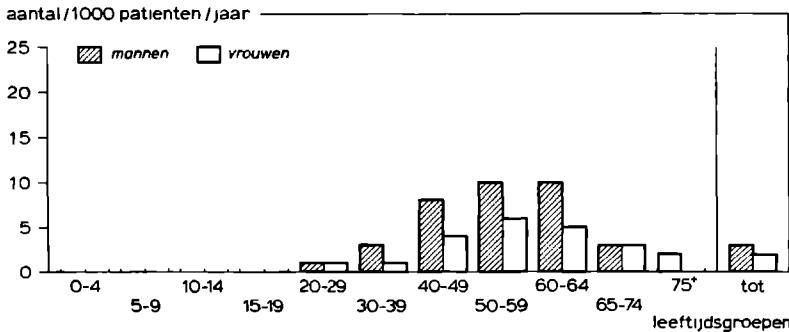
Figuur 3.7.1.: Bekende gevallen van hyperlipemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

De bekende gevallen van hyperlipemie kwamen voor het eerst voor in de leeftijdsgroep 20-29 jaar en namen daarna toe en in de oudere leeftijdsgroepen weer af. Bij mannen is hyperlipemie vaker geregistreerd dan bij vrouwen.

3.7.2. Nieuwe gevallen van hyperlipemie

In figuur 3.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van hyperlipemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 3.7.2.: Nieuwe gevallen van hyperlipemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van hyperlipemie werden voor het eerst geregistreerd in de leeftijdsgroep van 20-29 jaar en namen met de leeftijd toe tot en met de leeftijdscategorie 60-64 jaar. Daarna was er een flinke afname. Bij mannen werd hyperlipemie in bijna alle leeftijdsgroepen vaker geregistreerd dan bij vrouwen. De nieuwe en bekende gevallen vertonen een identiek verloop. Kennelijk verdwijnen boven de 65 jaar een aantal gevallen uit de registratie. Het is niet zeker te zeggen waar dat aan ligt, maar het nalaten van doorcoderen als een bekende aandoening zal hier waarschijnlijk het meest verantwoordelijk voor zijn.

3.7.3. Beschouwing

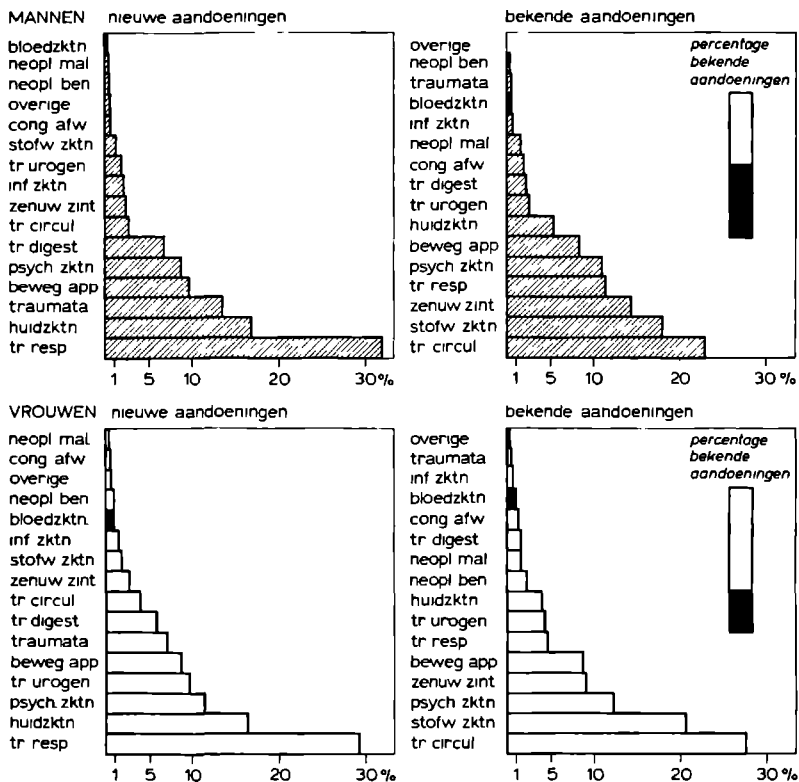
Hyperlipemie werd zowel als nieuw en als bekend geval vooral gevonden in de leeftijdsgroepen van 50-59 jaar en ouder. Er werden weinig gevallen

geregistreerd in de jongere leeftijdscategorieën van 20-29 en 30-39 jaar, terwijl het uit oogpunt van preventie belangrijk is om juist in deze leeftijdscategorieën hyperlipemie als risicofactor op te sporen. Er was in deze praktijken geen sprake van een systematische opsporing (door middel van 'case-finding') van gevallen van hyperlipemie. De meeste gevallen werden, zoals gezegd, in de oudere leeftijdscategorieën gevonden. Men kan zich afvragen of dat op middelbare leeftijd nog wel zin heeft. Toch komen er hoe langer hoe meer gegevens die erop wijzen, dat hyperlipemie inderdaad een belangrijke risicofactor is voor hart- en vaatziekten. Systematische opsporing van jonge volwassenen zou geen zin hebben, maar men bepleit wel een gerichte screening van alle risicofactoren op hart- en vaatziekte van vooral jonge personen, waarbij men een risicofactor (door bijv. casefinding) vindt. Dat wil zeggen, dat bij jongere personen waarbij bijv. hypertensie wordt vastgesteld het zeker de moeite waard is om ook onderzoek te laten verrichten op hyperlipemie. Wanneer de huisarts hyperlipemie opspoorst en registreert zoals in de 4 registrerende praktijken werd gedaan, heeft dat betrekkelijk weinig zin. In de dissertatie van Van Ree (1981) betreffende 'het Nijmeegs Interventie Project', blijkt dat 90% van de onderzochten die een hypercholesterolaemie hadden (> 225 mg%) niet bekend was bij de huisarts. Van Ree toonde echter ook aan dat het mogelijk was de cholesterolwaarden bij 42% van de personen onder de streefwaarde (> 225 mg%) te doen dalen. Dit effect was vooral te danken aan het werk van de doktersassistentes die aan zijn project meewerkten. Ook bij deze risicofactor blijkt, dat een goed geïnstrueerde doktersassistente, die volgens een protocol werkt, goede resultaten kan boeken. Het verdient daarom aanbeveling dat huisartsen hun praktijkassistente inschakelen bij de bestrijding van dergelijke risicofactoren. Dat betekent dat de huisarts en tevens diens assistente attent moeten zijn op deze risicofactor, bij mannen vooral tussen de 20 en 50 jaar met hypertensie, andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten, obesitas en een positieve familieanamnese.

Tot slot nog een opmerking over deze cijfers. De getallen die bij deze aandoening werden gevonden geven een goed voorbeeld hoe de huisarts zelf mede zijn 'morbiditeit' bepaalt. Aandoeningen zoals hyperlipemie, adipositas, hypertensie vragen activiteiten van de huisarts zelf. Afhankelijk van zijn werkwijze zullen in de registratie de cijfers hoog of laag uitvallen of per leeftijdscategorie erg variëren. Het toont nog eens aan met hoeveel reserve sommige 'morbiditeitscijfers' dienen te worden geïnterpreteerd (zie ook Deel 1.3.1.).

Groep 4: Ziekten van het bloed en bloedvormende organen

4.1. Plaats in de totale morbiditeit



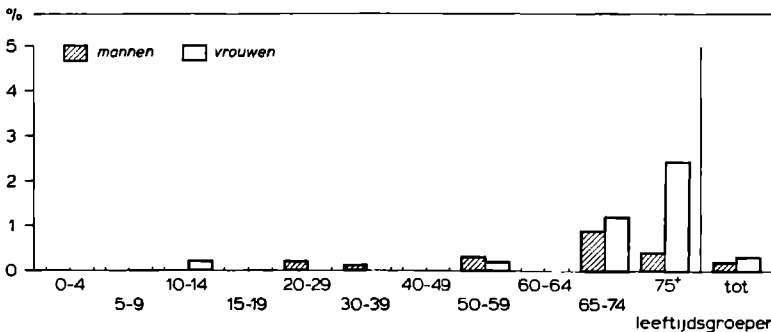
Figuur 4.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep bloed en bloedvormende organen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

4.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	stekten van bloed en bloedvormende organen	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
		man	vrouw	man	vrouw
110	pernicieuze anemie	1.6	3.1	0.3	0.8
111	hypochrome anemie, incl. anemie t.g.v. bloedingen, anemie in puerperium, excl. anemie in graviditeit 369	-	0.2	3.1	15.0
112	overige specifieke anemieën	-	-	-	-
113	hemorragieën, purpura, incl. bloedingen t.g.v. antistollingstherapie	-	0.2	0.6	0.6
114	overige ziekten uit deze groep, incl. polycythemie, hemofilie, ziekten van de milt, agranulocytose, excl. leukemie 067, Hodgkin 068, mononucleosis infectiosa 017	0.7	0.5	0.2	0.1

Tabel 4.2.: Bekende en nieuwe gevallen van bloed en bloedvormende organen naar geslacht, in absolute aantallen in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

4.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep bloed en bloedvormende organen



Figuur 4.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep bloed en bloedvormende organen naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

4.4. Commentaar

Figuur 4.1 In de totale morbiditeit waarmee de huisarts werd geconfronteerd, namen de ziekten van het bloed en bloedvormende organen zowel wat betreft het voorkomen van nieuwe als van bekende gevallen, van beide geslachten, een van de laatste plaatsen in.

Tabel 4.2. De meest voorkomende bekende aandoening was: pernicieuze

anemie. De meest voorkomende nieuwe aandoening was: hypochrome anemie (= Fe-gebreksanemie)

Figuur 4.3. Slechts 0.2% van de mannen en 0.3% van de vrouwen van de totale populatie had een aandoening die in deze groep is ondergebracht. Het aantal personen met een bekende aandoening is bij mannen verspreid over de leeftijdscategorieën boven de 20 jaar. In de leeftijdsgroep 65-74 jaar is dit aantal het hoogst. Bij vrouwen komt een aantal personen met een bekende aandoening voor in de leeftijdsgroepen 10-15, 50-60, 65-75⁺ jaar met een piek in de leeftijdsgroep 75⁺.

4.5 Pernicieuze anemie (E-lijstno. 110)

Hoewel in de E-lijst bij no. 110 alleen de pernicieuze anemie wordt aangegeven, werden in onze registratie alle nieuwe gevallen van megaloblastaire anemie gecodeerd. Onder dit nummer vallen dus zowel de pernicieuze anemie als de foliumzuurdeficiëntie. De diagnose megaloblastaire anemie werd gesteld volgens de gangbare normen. Een geval werd doorgecodeerd als bekend geval indien men voor deze aandoening nog behandeld werd of medicijnen gebruikte.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 2 mannen, 3 vrouwen; nieuwe gevallen: 0.3 man (\pm 1 per 3 jaar), 1 vrouw.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
110	2	< 1	2.8	1.8	1.4	1.3	0.5-3.0

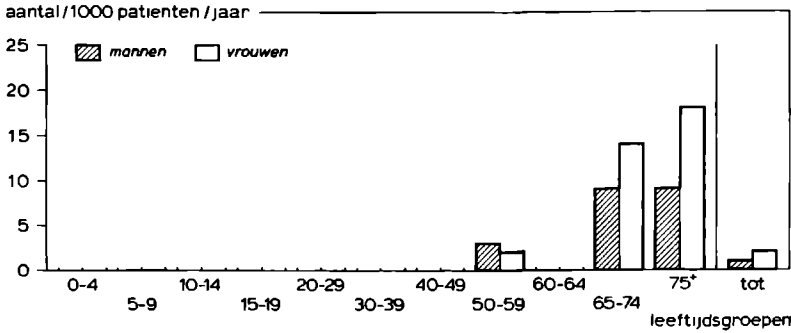
Tabel 4.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

4.5.1. Bekende gevallen van megaloblastaire anemie

In figuur 4.5.1. worden het aantal bekende gevallen van megaloblastaire anemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Bekende gevallen van megaloblastaire anemie werden gezien op oudere leeftijd. Zowel bij mannen als bij vrouwen werden enkele bekende gevallen in de leeftijdsgroep 50-59 jaar vastgesteld, waarvan de diagnose reeds was

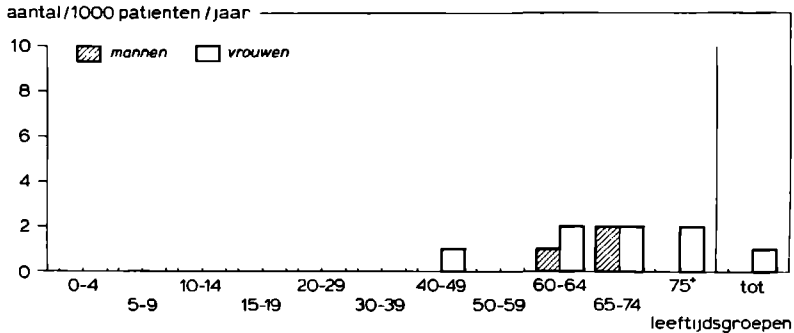


Figuur 4.5.1.: Bekende gevallen van megaloblastaire anemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

vastgesteld voor het begin van deze registratie. Bij vrouwen kwam iets meer bekende gevallen voor dan bij mannen.

4.5.2. Nieuwe gevallen van megaloblastaire anemie

In figuur 4.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van megaloblastaire anemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 4.5.2.: Nieuwe gevallen van megaloblastaire anemie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van megaloblastaire anemie kwamen bijna alleen voor in de leeftijdsgroepen boven de 60 jaar, bij vrouwen iets meer dan bij mannen.

4.5.3. Beschouwing

Omdat bij de pernicieuze anemie, die wordt gekenmerkt door een tekort aan Vitamine B₁₂, een levenslange therapie wordt vereist, is het zaak dat de diagnose heel zeker wordt gesteld. Voor de huisarts betekent dit dat hij over de middelen en de kennis dient te beschikken om aan de voorgenomde voorwaarden te voldoen. Anders lijkt het beter dit over te laten aan een specialist. Een zekere diagnose lijkt echter ook voor de huisarts mogelijk bijv. door een aan te vragen bepaling van het gehalte van Vitamine B₁₂.

Wat betreft een megaloblastaire anemie op basis van foliumzuurdeficiëntie kan gesteld worden, dat wanneer herstel van de anemie (meestal door een betere voedingssituatie) een gegeven is, de therapie kan worden gestaakt. De patiënt dient dan nog wel een tijd onder controle te blijven om na te gaan of het hemoglobinegehalte zich handhaaft.

Hoe belangrijk het is om als huisarts, zeker bij bejaarde mensen, een 'vinger aan de pols' van de therapie te houden, blijkt uit de casuïstiek van een man van 72 jaar die zijn huisarts het volgende briefje schreef.

Patiëntgegevens

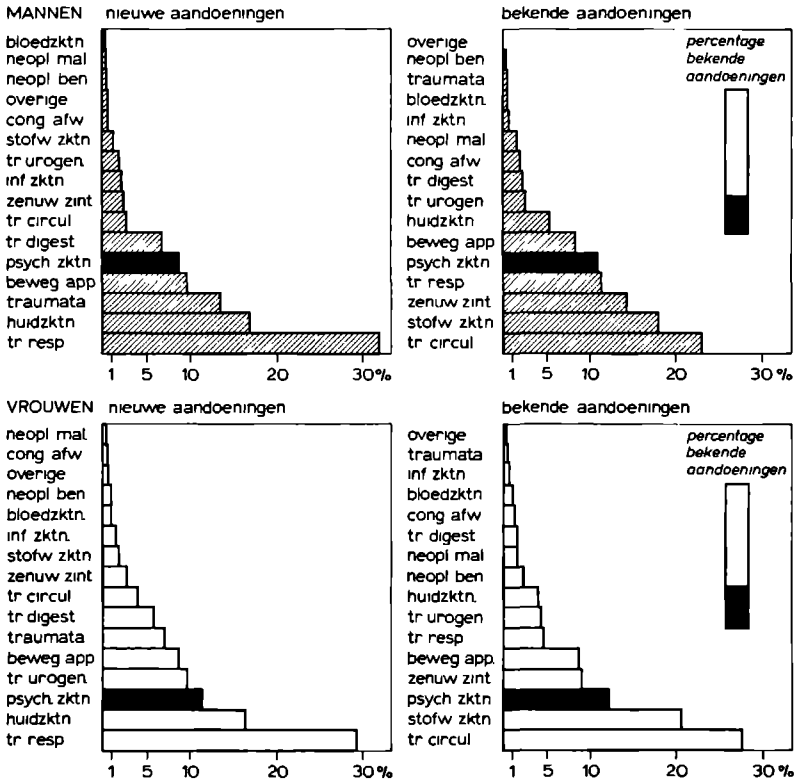
Een man van 72 jaar is sinds 12 jaar bekend met pernicieuze anemie. Hij had gedurende ongeveer 2 jaar geen cyanocobalaminetherapie gehad. Sinds ca. 3 maanden is de therapie weer gestart en hij komt nu met het volgende verhaal—getypt op een papiertje—bij zijn huisarts:

'Algemeen lichamelijk en geestelijk verval gestopt: wending van 180°. Gevoel het lichaam te moeten meeslepen is verdwenen, nog niet zover, dat je door het lichaam wordt gedreven. Mentaal: gevoel van aftakeling verdwenen. Handschrift i.p.v. aarzelend, onzeker—zelfbewust. Haaruitval vrij snel en radikaal gestopt, nagels overlangse groeven plaats gemaakt voor normaal profiel, gaat langzaam. Normale eetlust i.p.v. aversie tegen bepaalde gerechten, bijv. gebraden vlees. Gevoeligheid van slokdarm tegen alcohol (ook wijn) en zuur (schraal, pijnlijk gevoel) verdwenen. Ontlasting geen problemen meer, scheur anus hersteld, geen aambeien, mede afhankelijk van aard van voeding, consistentie normaal, ijzerpreparaat gunstig, ook enkele slokken water op nuchtere maag. In plaats van stokken in een reeks opeenvolgende handelings-

gen, nu vlot achter elkaar afwerken. Herstel in het verval van spierstelsel linkerzijde (klapvoet) hals, schouder, knie, voet, hakken. Slaap belangrijk. Ook middagslaap.'

Groep 5: Psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen

5.1. Plaats in de totale morbiditeit



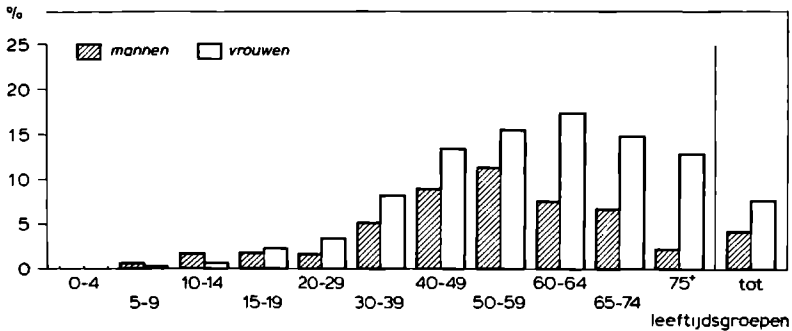
Figuur 5.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

5.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
		man	vrouw	man	vrouw
125	schizofrenie, incl. paranoia	1.7	0.7	-	0.3
126	endogene depressie, vitale depressie, incl. manisch depressieve psychose	0.9	1.6	1.0	1.7
127	seniele psychose, incl. seniele dementie, excl. seniliteit 463	-	0.9	0.9	1.1
128	psychosen bij organische hersenaandoeningen, zoals tumor, infecties, trauma, epilepsie, intoxicaties, incl. delirium tremens, arterio- sclerotische dementie	0.3	0.7	0.2	0.2
129	overige psychosen	0.2	0.5	0.5	0.4
131	klassieke hysterie, incl. anorexia nervosa	1.2	1.7	0.4	1.0
132	fobieën	-	-	0.2	0.3
133	dwangneurose, obsessie	0.2	-	0.1	-
134	reactieve depressie	-	0.2	3.5	5.7
135	psychoneurose met somatische symptomen, nerveuze klachten, psychogene functionele klachten, hypo- chondrie, neurasthenie, overspannenheid	42.5	95.6	170.9	257.3
146	slaapstoornissen	-	0.2	0.3	0.6
148	enuresis nocturna en/of diurna bij kinderen	3.2	1.1	3.6	2.4
138	psychopatische persoonlijkheid, pathologische persoonlijkheid, seksuele afwijkingen	0.5	-	0.5	-
139	verslavingen, incl. alcoholisme	6.6	1.8	3.2	0.6
140	oligofrenie, incl. debilitas mentis, mongoloïde idiotie	8.2	10.3	1.8	0.9
141	overige, incl. juveniele gedragsstoornissen, partiele leerdefecten, psychogene spraak- stoornissen, frontneurosen en overige aan- passingsstoornissen	3.0	0.4	3.0	1.1
453	hoofdpijn e causa ignota	-	-	3.0	3.7
497	tentamen suïcidi	-	-	0.3	0.8

Tabel 5.2.: Bekende en nieuwe gevallen van psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen naar geslacht, in absolute aantallen in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

5.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen



Figuur 5.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

5.4. Commentaar

Figuur 5.1. In de totale morbiditeit neemt deze groep wat betreft het voorkomen van zowel nieuwe als bekende aandoeningen voor mannen een goede middenplaats en voor vrouwen een van de hoogste plaatsen in.

Tabel 5.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen zijn: chronisch nerveus-functionele klachten, oligofrenie/debiliter mentis, verslavingen, enuresis nocturna. De meest voorkomende nieuwe aandoeningen zijn: nerveus-functionele klachten, enuresis, verslavingen. De meest voorkomende nieuwe aandoeningen presenteren zich in deze categorie ook als de meest voorkomende bekende aandoeningen.

Figuur 5.3. 4.2% van alle mannen en 7.6% van alle vrouwen hebben een bekende aandoening die in deze groep is ondergebracht. Het aantal personen met een bekende aandoening neemt zowel bij mannen als bij vrouwen toe met de leeftijd, maar op oudere leeftijd weer af. Bij mannen ligt de hoogste frequentie in de leeftijdsgroep tussen 50 en 60 jaar (daarna is er een afname). Bij vrouwen ligt de hoogste frequentie in de leeftijdsgroep tussen 60 en 65 jaar (deze neemt daarna weer af).

5.5. Nerveus-functionele klachten (E-lijstno. 135)

Onder nerveus-functionele klachten wordt door ons verstaan: klachten over het lichamelijk en/of geestelijk functioneren, waarvoor geen organische oorzaak kan worden aangetoond en waarbij een dergelijke oorzaak ook onwaarschijnlijk is, terwijl er wel redenen zijn om aan te nemen, dat psycho-sociale factoren een belangrijke rol spelen. Deze klachten worden vaak in eerste instantie als lichamelijke klachten gepresenteerd. De diagnose wordt gesteld op twee criteria: ten eerste moet er een duidelijke relatie zijn met psycho-sociale oorzaken, ten tweede wordt bij adequaat (eventueel specialistisch) onderzoek geen lichamelijke afwijking gevonden die deze klachten kan verklaren.

Iedere keer als een patiënt met een nerveus-functionele klacht komt, wordt een code (135) gegeven, behalve als de patiënt binnen drie maanden dezelfde klacht presenteert. Komt de patiënt binnen drie maanden met een totaal andere klacht dan kan deze klacht wel als een nieuw geval van nerveus-functionele klachten gecodeerd worden. We spreken niet meer van een nieuw geval, maar van een blijvende toestand als de patiënt zéér vaak met wisselende of steeds dezelfde klachten komt. Deze mensen worden dan doorgecodeerd als 'chronische klachtendragers'. Er zijn vrij straffe criteria overeengekomen, waaraan moet zijn voldaan voordat de code chronische functionele klachten mag worden gegeven: er moeten in het voorafgaande jaar reeds meerdere nerveus-functionele klachten geregistreerd zijn en het moet duidelijk zijn, dat er niet meer van een episode maar van een blijvende toestand moet worden gesproken, waarvan de oorzaak niet zozeer in de levensomstandigheden als wel in het weerstandsvermogen en de persoonlijkheidsstructuur van de betreffende patiënt is gelegen.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 43 mannen, 96 vrouwen; nieuwe gevallen: 171 mannen, 257 vrouwen.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engel. Land</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
135	182	150	198'	158'	34.0	49.2	-''

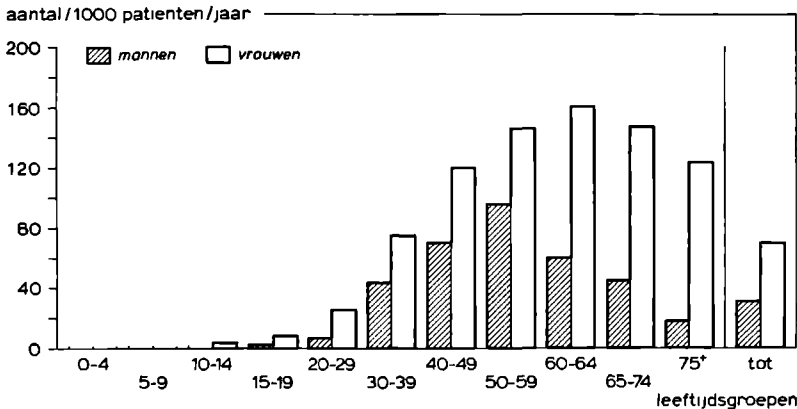
' 070/071/072/075/076/077 en 392 opgeteld

'' geen vergelijkbare prevalentie te vinden

Tabel 5.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

5.5.1. Bekende gevallen van nerveus-functionele klachten

In figuur 5.5.1. wordt het aantal patiënten met chronische nerveus-functionele klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 5.5.1.: Bekende gevallen van nerveus-functionele klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patientjaren (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

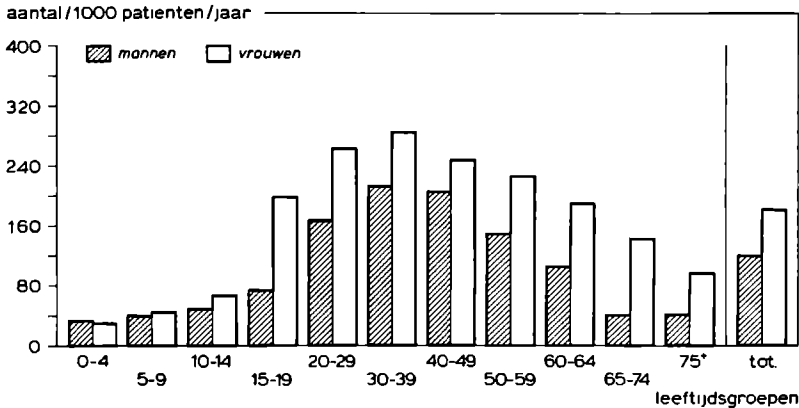
Chronisch nerveus-functionele klachten (of liever: chronisch nerveus-functionele klagers) kwamen niet bij kinderen voor, maar namen vanaf de puberteit met de leeftijd in frequentie toe en in de oudste leeftijdscategorieën weer af.

Bij mannen werden de meeste patiënten geregistreerd binnen de leeftijdsklasse van 50-60 jaar. (Vanaf de leeftijd van 60 jaar was er bij mannen een sterke daling waar te nemen.) Bij vrouwen werden de meeste patiënten geregistreerd binnen de leeftijdsklasse van 60-65 jaar (waarna een geringe daling optrad in de oudere leeftijdsgroepen).

Voor alle leeftijden—behalve de jongste—werden bij vrouwen relatief veel meer patiënten geregistreerd dan bij mannen. De daling van het aantal patiënten op de oudere leeftijd is veel geringer bij vrouwen dan bij mannen. Omgerekend in procenten betekent dit, dat 3% van de mannen en 7% van de vrouwen bij de huisarts bekend is met het chronisch (d.w.z. door de jaren heen) presenteren van nerveus-functionele klachten.

5.5.2. Aantal nieuwe gevallen van nerveus-functionele klachten

In figuur 5.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van nerveus-functionele klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

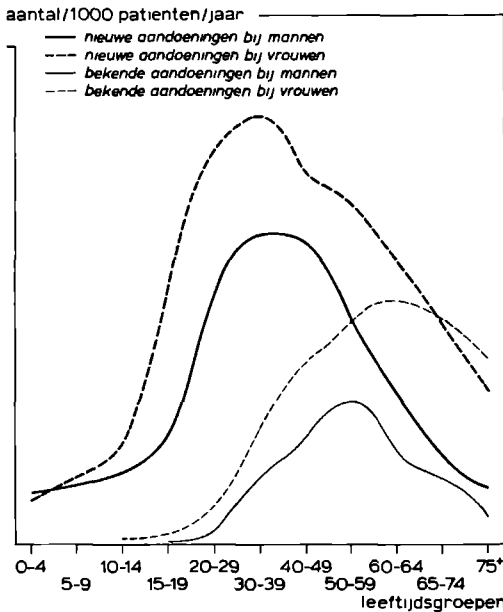


Figuur 5.5.2.: Nieuwe gevallen van nerveus-functionele klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiëntjaren (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Het aantal nieuwe gevallen van nerveus-functionele klachten nam duidelijk toe met het volwassen worden en nam boven de leeftijd van 40 jaar weer af. In de kindertijd werden door meisjes en jongens ongeveer evenveel nieuwe gevallen gepresenteerd, maar vanaf de puberteit werden deze klachten duidelijk vaker door vrouwen dan door mannen aangeboden.

In figuur 5.5.3. wordt overzichtelijk weergegeven hoe de aantallen nieuwe en bekende gevallen van nerveus-functionele klachten zich per leeftijdsgroep verhouden, voor mannen en vrouwen.



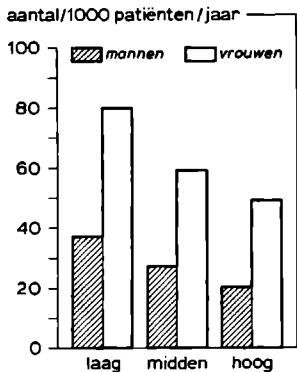
Figuur 5.3.: Overzicht van het aantal nieuwe en bekende gevallen van nerveus-functionele klachten per leeftijdsgroep, voor mannen en vrouwen.

Commentaar

Terwijl bij mannen en vrouwen het grootste aantal nieuwe gevallen van nerveus-functionele klachten werden geregistreerd tussen de 30 en 40 jaar, verschuift de top van de bekende gevallen bij beide geslachten naar een latere leeftijd. Bij vrouwen is dit verschil wel groter (nl. ± 25 jaar) dan bij mannen (± 15 jaar).

5.5.4. Sociale laag en nerveus-functionele klachten

In figuur 5.5.4. worden de mensen met chronisch nerveus-functionele klachten naar geslacht en sociale laag, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 5.5.4.: Chronisch nerveus-functionele klachten naar geslacht en sociale laag, totaal in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1978, N = 12.000 patiënten). **: voor mannen en vrouwen.

Commentaar

De meeste mensen met chronisch nerveus-functionele klachten werden gevonden in de laagste sociale laag. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Van de lage naar de middelste en hogere sociale lagen nam het aantal mensen met chronisch nerveus-functionele klachten voor beide geslachten af. Het verband met de sociale laag is voor vrouwen sterker dan voor mannen.

5.5.5. Verwijzingen en opnamen

Om een overzicht te geven van het aantal verwijzingen en opnamen voor nerveus-functionele klachten zijn in tabel 5.5.5. de percentages verwijzingen en opnamen geregistreerd, die in de periode 1971-1978 zowel bij nieuwe als bij bekende gevallen van nerveus-functionele klachten hebben plaatsgevonden bij mannen en vrouwen.

	mannen	vrouwen
Aantal gevallen van nerveus-functionele klachten per 1000 patiëntjaren (oude en nieuwe gevallen tezamen)	141	235
Percentage verwijzingen naar:		
specialist	7	5
lab./röntgen	10	8
overige instanties	4	4
Percentage opnamen	1	1

Tabel 5.5.5.: Percentage verwijzingen naar specialist, laboratorium en/of röntgen, overige instanties en opnamen voor zowel nieuwe als bekende nerveus-functionele klachten in de periode 1971-1978.

Commentaar

Relatief gezien vonden er bij mannen meer verwijzingen plaats dan bij vrouwen. Een verklaring voor dit verschil is in dit bestek niet mogelijk, daar dit vraagt om nader onderzoek. Het lijkt mogelijk dat de ziekte-wetsituatie voor mannen eerder leidt tot verwijzing. Slechts in een zeer klein percentage van alle gevallen werd naar een klinisch specialist verwezen. Dit betrof dan meestal een internist, neuroloog, KNO-arts of orthopeed en betrekkelijk zelden een psychiater. De 'overige instanties' betroffen vooral psycholoog, maatschappelijk werker en fysiotherapeut. Het percentage opnamen van alle geregistreerde nerveus-functionele klachten was bij mannen en vrouwen gelijk en zeer laag.

5.5.6. Verschillen tussen de praktijken onderling

In tabel 5.5.6.1. worden de aantallen patiënten met chronisch nerveus-functionele klachten, weergegeven in absolute getallen en berekend naar een standaardpraktijk, voor de vier registrerende praktijken afzonderlijk weergegeven.

	<i>praktijk 1</i>	<i>praktijk 2</i>	<i>praktijk 3</i>	<i>praktijk 4</i>
mannen	39.8	40.3	22.6	66.7
vrouwen	92.7	72.0	63.2	150.6

Tabel 5.5.6.1.: Aantallen mannen en vrouwen bekend met chronisch nerveus-functionele klachten in de vier registrerende praktijken afzonderlijk. Weergegeven in absolute getallen en berekend naar een standaardpraktijk in 1978.

Commentaar

Er bestaan grote verschillen tussen de praktijken onderling in de registratie van het aantal personen met chronisch nerveus-functionele klachten. Het is onwaarschijnlijk, dat deze grote verschillen kunnen worden verklaard door verschillen in de aard van de bevolking, temeer omdat de getallen in deze tabel zijn omgerekend naar een standaardpraktijk, dus op leeftijd en geslacht zijn gecorrigeerd. Deze grote verschillen hebben dan ook vrijwel zeker te maken met de opvattingen en werkwijzen van de diverse huisartsen.

5.5.6.2. Om het verwijspatroon per praktijk nader te bekijken werd er per praktijk bekeken hoeveel procent van het totaal aantal verwijzingen voor nerveus-functionele klachten plaatsvonden:

a naar laboratorium en röntgen

b naar specialisten

c naar overige instanties zoals psycholoog, maatschappelijk werk en fysiotherapeut.

verwezen naar	1	2	3	4
lab./röntgen	56	56	58	35
specialisten	20	23	11	47
overigen	24	21	31	18

Tabel 5.5.6.2.: Percentage van alle verwijzingen van alle nerveus-functionele klachten naar de 3 onderscheiden categorieën per praktijk in de jaren 1971-1978.

Commentaar

Het verwijspatroon van de huisartsen voor alle (zowel nieuwe als bekende gevallen) nerveus-functionele klachten geeft in de verschillende praktijken opmerkelijke verschillen en overeenkomsten te zien. In drie van de vier praktijken werd in meer dan de helft van het aantal gevallen gebruik gemaakt van laboratorium- en röntgenfaciliteiten, terwijl dat in de vierde praktijk ongeveer 1/3 was. De verwijzingen naar specialisten vertonen de grootste verschillen. In praktijk 4 vond 47% van de verwijzingen plaats naar een specialist, terwijl dat in praktijk 3 slechts in 11% van de verwijzingen het geval was. De minste verschillen traden op tussen het aantal verwijzingen naar overige instanties of personen, waarvan praktijk 3 (31%) het meest en praktijk 4 (18%) het minst gebruik maakten. Bij nadere analyse bleek dit verwijspatroon in de loop van de jaren vrijwel constant te zijn.

5.5.7. Beschouwing

Voor 3% van de mannen en 7% van de vrouwen in deze praktijken bleek dat zij bij de huisarts bekend waren als patiënt met chronisch nerveus-functionele klachten. Zowel bij mannen als bij vrouwen kwamen chronisch nerveus-functionele klachten vanaf de puberteit voor, namen dan toe met de leeftijd en namen dan weer af met het ouder worden. Bij vrouwen bleef chronisch klaaggedrag op oudere leeftijd veel langer bestaan dan bij mannen. Zowel voor mannen als voor vrouwen nam de frequentie af van de lage naar de hoge sociale laag. Slechts een betrekkelijk klein gedeelte (minder dan 20%) van alle patiënten met nerveus-functionele klachten werd verwezen. Bij mannen werd relatief vaker verwezen dan bij vrouwen en het percentage opnamen was bij beide geslachten gelijk en zeer laag.

Wat betreft de aard van de verwijzingen bleek dat bijna de helft van het aantal verwijzingen plaatsvond naar een laboratorium of röntgenafdeling. Bijna 1/3 van het aantal verwijzingen vond plaats naar een specialist. Dit was in de regel een klinisch-somatisch specialist. Ook in dit onderzoek

werd dus gevonden dat huisartsen patiënten met nerveus-functionele klachten slechts zelden naar een psychiater verwijzen. Het lijkt erop, dat bij de huisarts een behoefte bestaat aan het afchecken van de mogelijkheid van de aanwezigheid van somatische aandoeningen, ook al presenteerden zich de klachten als nerveus-functioneel.

Uit verdere analyse bleek, dat juist bij mensen met chronisch nerveus-functionele klachten het verwijscijfer veel hoger was dan bij mensen die af en toe nerveus-functionele klachten presenteerden. 22% van de verwijzingen vond plaats naar andere instanties, zoals psycholoog, maatschappelijk werk en fysiotherapeut.

De registrerende praktijken hebben de mogelijkheid om mensen met nerveus-functionele klachten te verwijzen naar een psycholoog. De ervaringen van een samenwerkingsverband met een psycho-therapeutisch geschoolde kracht in de eerste lijn lijken gunstig (Van Mierlo & Smits, 1978; Huygen, 1978; Huygen & Smits, 1981).

Er bestaan grote verschillen tussen de praktijken onderling in de registratie van het aantal personen met chronisch nerveus-functionele klachten. Deze verschillen hebben waarschijnlijk te maken met de huisarts zelf. Deze indruk werd bevestigd door het goed gedocumenteerde artikel van Verhaak (1981), die aantoonde dat er tussen artsen een aanzienlijke spreiding optreedt in het diagnostiseren van allerlei psychische problemen, zelfs met gestandaardiseerde methoden en ook wanneer men zich beperkt tot één onderzoekspopulatie. Het oordeel van een arts over de aard van de klacht was binnen een omschreven tijdsperiode constant, maar verschilde van arts tot arts. Verschillen tussen artsen waren groter dan verschillen per arts in de tijd en dat zou ook wel eens kunnen gelden voor de registrerende artsen.

Ook wat betreft het verwijsbeleid zijn er aanzienlijke verschillen aangevoeld tussen de praktijken onderling.

In de ene praktijk wordt veel meer gebruik gemaakt van laboratorium- en röntgenfaciliteiten, in de andere praktijk wordt meer rechtstreeks naar de specialist verwezen. De verwijzingen naar overige instanties geven ook, zij het wat minder, verschillen aan tussen de praktijken.

Literatuur met cijfers over mensen met chronisch klaaggedrag en vooral longitudinale studies over dit onderwerp, toegespitst op de huisartspraktijk is schaars. Wel zijn er veel literatuurgegevens bekend over mensen met nieuwe nerveus-functionele klachten. In het kader van dit onderzoek over chronische aandoeningen wordt alleen ingegaan op enkele aspecten van de patiënt met chronisch klaaggedrag, in zoverre die raakvlakken hebben met de vermelde onderzoeksgegevens.

Uit onze gegevens blijkt, dat een niet onaanzienlijk deel van de popula-

tie bij de huisarts bekend was met nerveus-functionele klachten. Dit betekent nogal wat voor de taak van de huisarts in dezen. De groep chronische klagers vormt een aanzienlijke last op de schouders van elke huisarts. Verwijzing naar een specialist of psychotherapeut betekent vaak niet meer dan een korte adempauze in het niet aflatende aantal hulpvragen die deze groep aan de huisarts stelt. Gevoelens van machteloosheid maken zich vaak van de huisarts meester, zeker als de patiënt dreigt te verdwijnen in het 'medisch kanaal', waar hij zo moeilijk is uit te halen en waar de oplossing van het probleem juist niet ligt. Toch heeft de huisarts betrekkelijk vaak somatisch-specialistische diagnostiek nodig, zoals blijkt uit de gegevens over verwijzingen. Uit nader onderzoek (Huygen e.a. ter perse) bleek dat mensen met chronisch nerveus-functionele klachten veel vaker verwezen werden dan mensen die sporadisch nerveus-functionele klachten aan de huisarts presenteerden. Uit de verschillen in de verwijzingspatronen van de registrerende praktijken zou kunnen blijken, dat iedere huisarts zo zijn eigen manieren heeft gevonden om patiënten en zichzelf 'somatisch' gerust te stellen. Deze indruk wordt nog bevestigd door het gegeven dat dit patroon in de loop van de tijd heel weinig verandert.

Andere gegevens uit onze registratie (Smits, 1978; Huygen, 1978) laten een duidelijke gezinsmatige concentratie van nerveus-functionele klachten zien. Smits (1978) toonde in zijn proefschrift aan, dat deze klachten van de ene op de andere generatie kunnen worden overgedragen. Zeker in gezinnen waar chronisch nerveus-functionele klachten werden gepresenteerd door vader, moeder of beiden, lopen de kinderen het risico eenzelfde gedrag te gaan vertonen.

Deze gegevens duiden er nog eens op, dat het kernprobleem van de behandeling moet zijn: te voorkomen dat mensen met functionele klachten hieraan gefixeerd raken. Onderzoek en methoden ter preventie van somatische fixatie (Grol e.a., 1981) dienen met kracht te worden aangepakt. Daarbij gaat het er vooral om die patiënten te signaleren en te trachten positief te beïnvloeden, die een groot risico lopen om chronisch klaaggedrag te gaan vertonen (bijv. kinderen waarvan vooral de moeder, de vader of beiden bij de huisarts bekend zijn met chronisch nerveus-functionele klachten). Enige onderzoekingen (Huygen, 1981) duiden erop, dat therapeutisch gezien de voorkeur uitgaat naar een vorm van psychotherapie, eventueel—maar niet noodzakelijkerwijze—ondersteund met farmaca.

Het presenteren van nerveus-functionele klachten dient niet als een negatief kenmerk te worden gezien. Bij longitudinale analyse van de C.M.R.-gegevens bleek, dat ongeveer de helft van de volwassen bevolking af en toe dergelijke klachten vertoont (Huygen e.a. ter perse). Bij mensen met chronisch nerveus-functionele klachten bleek echter sprake te zijn van

een blijvend tekort aan draagkracht, hetgeen de verwachtingen terzake van veel therapieën doet relativeren.

Het verdient aanbeveling in opleiding, nascholing en onderzoek juist aan deze categorieën patiënten meer aandacht te besteden dan tot nu toe het geval is. Het gaat immers, zoals uit deze gegevens blijkt, om gemiddeld 100-150 mensen per huisartsenpraktijk. De huisarts zal moeten leren hiermee op een adequate wijze om te gaan.

5.6. Debilitas mentis (E-lijstno. 140)

De diagnosecode debilitas mentis en oligofrenie betreft een verzamelgroep. De meeste registraties in deze categorie betroffen evenwel personen die bij bijv. psychologische testen, keuringen (zoals dienstkeuringen, schoolonderzoek, MLK-school) een duidelijk te laag intelligentiequotiënt hadden of manifest niet mee konden. De redenen om dit te registreren en ook dóór te registreren als bekende aandoening, was dat dit gegeven in het arts-patiëntcontact een rol kon spelen (bijv. het rekening meer houden bij informatie of medicatievoorschriften).

Voorkomen

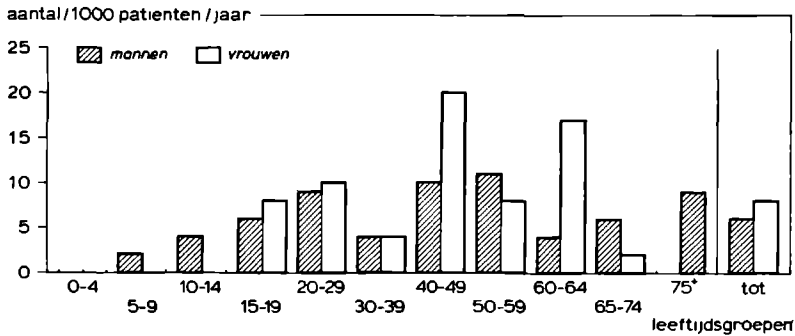
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 8 mannen, 10 vrouwen; nieuwe gevallen: 2 mannen, 1 vrouw.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pp.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pp.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pp.</i> <i>Engeland</i>	<i>pp.</i> <i>Otiemara</i>	<i>pp.</i> <i>Hodgkin</i>
140	3	1	0.6	0.2	0.4	0.1	1.7

Tabel 5.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

5.6.1. Bekende gevallen

In figuur 5.6.1. worden het aantal bekende gevallen van debilitas mentis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



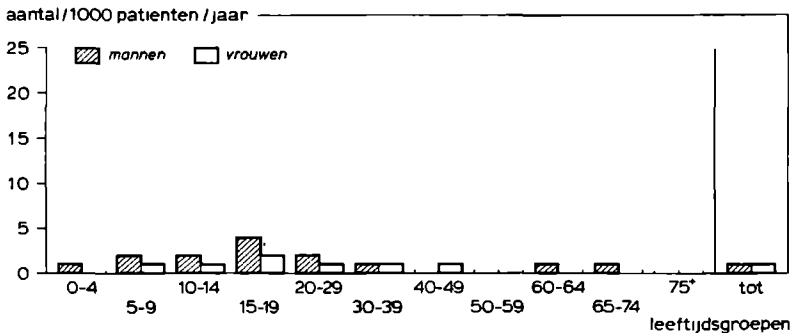
Figuur 5.6.1.: Bekende gevallen van debilitas mentis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patienten).

Commentaar

In elke leeftijdsgroep, behalve in die van 0-4 jaar, kwamen er bekende gevallen van debilitas mentis voor. Het aantal per leeftijdsgroep is nogal wisselend. Bij vrouwen kwam het iets meer voor dan bij mannen.

5.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 5.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van debilitas mentis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar.



Figuur 5.6.2.: Nieuwe gevallen van debilitas mentis per leeftijdsgroep en geslacht, verdeeld in aantallen per 1000 patienten per jaar.

Commentaar

Nieuwe gevallen werden vooral op jongere leeftijd geregistreerd. Er was geen verschil in frequentie tussen mannen en vrouwen. Wanneer we figuur 5.6.1. en figuur 5.6.2. vergelijken dan blijkt, dat er bij de bekende gevallen een duidelijke verschuiving naar oudere leeftijden optreedt.

5.6.3. Beschouwing

Uit vergelijking met de literatuur valt op, dat de registratie van het N.U.H.I. verreweg de hoogste prevalentie heeft. De interpretatie van het begrip 'debilitas' of 'oligofrenie' laat grote verschillen toe. Vermoedelijk is het criterium—als er bij psychologische testen of keuringen manifeste afwijkingen worden geconstateerd—er de oorzaak van dat de prevalenties in de C.M.R. zo hoog liggen. Het is opvallend dat in de jongste leeftijdscategorieën zowel nieuwe als bekende gevallen voornamelijk bij jongens werden geregistreerd. Is men bij kinderen van het mannelijk geslacht meer gericht op deze aandoening dan bij vrouwen?

5.7. Verslavingen (E-lijstno. 139)

Verslavingen werden gecodeerd als iemand een of andere verslavende stof op zulk een wijze gebruikte, dat hij daarvan nadelige gevolgen ondervond op somatisch en/of psychisch en/of sociaal gebied. Er werd in deze registratie geen onderscheid gemaakt tussen alcoholisme en andere verslavingen. Navraag bij de deelnemende artsen leerde echter dat wij er van kunnen uitgaan, dat het hier in de meeste gevallen ging om alcoholisme. In deze regio van het land is tot nu toe drugverslaving een veel minder voorkomend fenomeen dan in de grote steden in het westen van het land.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 6 mannen, 2 vrouwen; nieuwe gevallen: 3 mannen, hoogstens 1 vrouw.

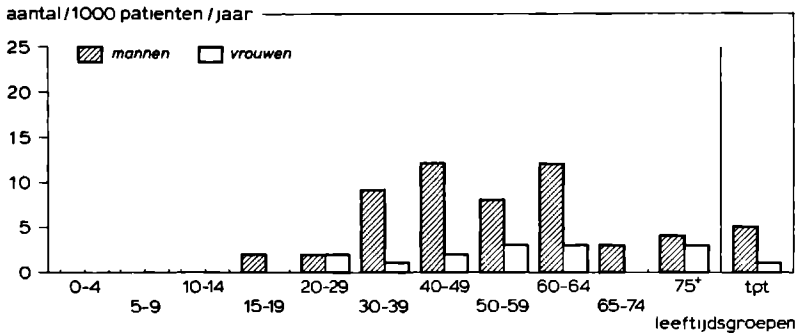
<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
139	5	1	5.5	3.5	0.8	1.0	- ¹

¹ geen vergelijkbare prevalentie te vinden

Tabel 5.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

5.7.1. Bekende gevallen

In figuur 5.7.1. worden het aantal bekende gevallen van verslaving, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



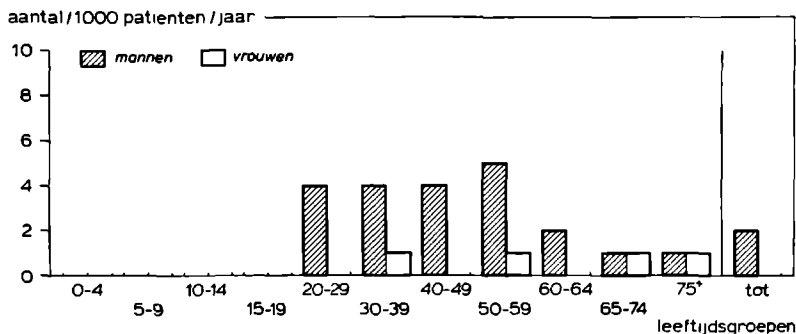
Figuur 5.7.1.: Bekende gevallen van verslaving, per leeftijdsgroep en geslacht, weergegeven in aantallen per 100 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

In de leeftijdsgroepen van 30 tot 65 jaar kwamen de meeste bekende gevallen van verslaving voor bij mannen. Opvallend is de daling van de bekende gevallen bij mannen in de oudere leeftijdsgroepen. Bij vrouwen namen de aantallen bekende gevallen vanaf het 20^e jaar geleidelijk iets toe.

5.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 5.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van verslaving, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 5.7.2.: Nieuwe gevallen van verslaving, per leeftijdsgroep en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patienten).

Commentaar

Vanaf 20 tot 60 jaar presenteerden zich bij mannen in de diverse leeftijdscategorieën jaarlijks ongeveer evenveel nieuwe gevallen van verslaving. Boven de 60 jaar kwam dit veel minder voor. Vrouwen presenteerden veel minder chronische verslavingen, verspreid over de leeftijdsgroepen vanaf 30 jaar. Opvallend is dat tot het 20^e jaar geen verslavingen werden geregistreert.

Vergelijken we figuur 5.7.1. en figuur 5.7.2., dan blijkt dat op grond van het aantal nieuw geregistreerde gevallen het aantal bekende gevallen kleiner is dan men zou verwachten. Dit kan als oorzaak hebben dat:

- 1 nieuwe gevallen niet werden doorgecodeerd als bekend geval
- 2 mensen met verslavingen het jaar volgend op de registratie als 'nieuw geval' niet meer bij de huisarts kwamen
- 3 de verslaving voorbij was
- 4 desbetreffende patiënt niet meer in het registratiesysteem van de huisarts aanwezig was.

5.7.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 5.7.3. wordt van personen waarbij voor de eerste keer een verslaving werd vastgesteld in de periode 1971-1978 vermeld: het aantal personen met een verslaving, het aantal dat werd verwezen naar een specialist, laboratorium en röntgen of overige instanties en het aantal dat werd opgenomen.

aantal	98		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	10	26	18
opgenomen	5		

Tabel 5.7.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer verslaving werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

10% van het aantal nieuwe gevallen van verslaving werd verwezen naar een specialist, 26% naar een laboratorium en 18% naar een andere instantie, zoals bureau voor alcohol en drugs, psycholoog of maatschappelijk werk. 5% van het aantal nieuwe gevallen werd opgenomen.

5.7.4. Beschouwing

Per jaar presenteerden zich in een standaardpraktijk 6 mannen en 2 vrouwen als bekend geval en 3 mannen en één vrouw als nieuw geval van verslaving. Verslavingen kwamen als bekend en als nieuw geval vooral voor in de middelbare leeftijdsgroepen, meer bij mannen dan bij vrouwen. Opvallend is dat in de jonge leeftijdsgroepen bijna geen gevallen van verslaving voorkwamen. Wat betreft de verwijzingen blijkt dat er weinig gevallen werden verwezen naar een somatisch georiënteerd specialisme en iets meer gevallen werden verwezen naar psychosociaal georiënteerde instanties. Bij een kwart van het aantal nieuwe gevallen van verslaving werd gebruik gemaakt van het laboratorium. 5% van de personen met een verslaving werd opgenomen.

Dit alles maakt duidelijk dat in deze praktijken bij veel van de gepresenteerde gevallen van verslaving de huisarts de enige professionele hulpverlener is.

Verslaving aan alcohol is vaak een miskend probleem. Er is sprake van een 'dubbele ijsberg', nl. vele verslaafden kent de huisarts niet eens (Van Dijk, 1979) en meestal wordt de huisarts met verslavingsproblemen geconfronteerd via familie en kennissen die vinden dat het zo niet langer kan en dat er nu maar iets moet gebeuren. Komt dan de verslaafde op het spreekuur dan is de motivatie meestal niet om van de verslaving afgeholpen te worden, maar om de familie zijn goede wil te tonen. Toch is het voor de huisarts nodig, ook al omdat hij in veel gevallen de enige hulpverlener is, die aanspreekbaar is, om enige kennis en vaardigheid te hebben in de omgang met verslavingsproblematiek.

Gebruikmakend van de arts-patiënt-relatie kan de huisarts pogingen in het werk stellen tot behandeling. Dat men daarbij zo vroeg mogelijk dient te beginnen, lijkt aannemelijk. Het is eerder uitzondering dan regel dat iemand die door drinken in moeilijkheden raakt de ware aard van het probleem niet herkent.

Wat de bekende gevallen van alcoholisme betreft, mag ook niet onvermeld blijven, dat een aantal zware drinkers erin slagen om zonder interventie van welk soort behandeling of hulpverlening dan óók, toch met drinken op te houden of hun drankgebruik binnen de perken te houden.

Drugsgebruikers, die veelal jonger zijn, presenteren zich in deze praktijken nauwelijks. Ook bij deze problemen wordt de huisarts er meestal indirect mee geconfronteerd via de familie, terwijl de drugsverslaafde—als hij hulp zoekt—dit gewoonlijk elders doet.

5.8. Enuresis (E-lijstno. 148)

Hoewel in deze registratie geen onderscheid werd gemaakt tussen enuresis nocturna en/of diurna betroffen verreweg de meeste geregistreerde gevallen enuresis nocturna.

Voorkomen

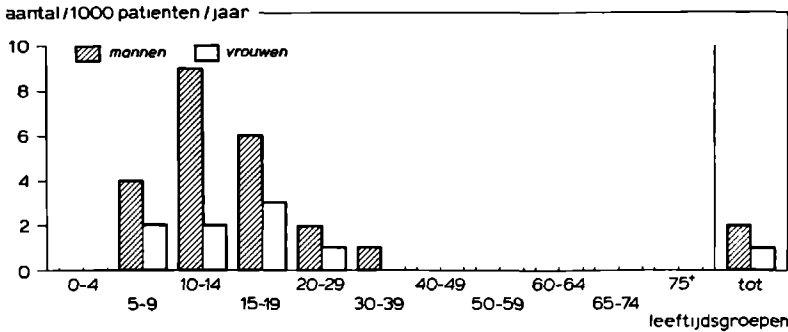
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 3 jongens, 1 meisje; nieuwe gevallen: 4 jongens, 2 meisjes.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Morrit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Morrit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Fngeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oltmans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
148	4	2	1.3	0.5	2.2	1.8	5.7

Tabel 5.8.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

5.8.1. Bekende gevallen van enuresis

In figuur 5.8.1. worden het aantal bekende gevallen van enuresis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



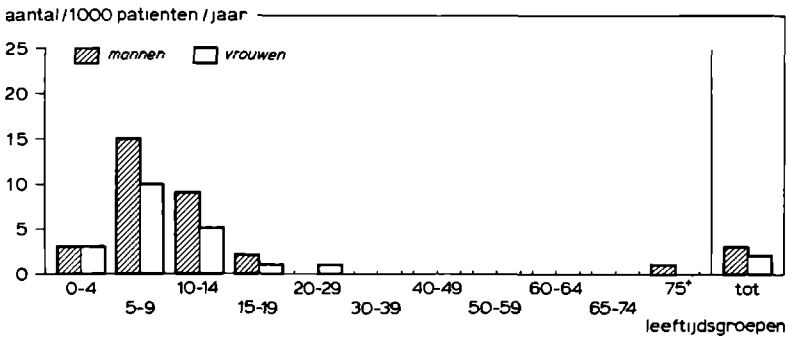
Figuur 5.8.1.: Bekende gevallen van enuresis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar. (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

De meeste bekende gevallen van enuresis kwamen voor in de leeftijd van 10-20 jaar, meer bij jongens dan bij meisjes.

5.8.2. Nieuwe gevallen van enuresis

In figuur 5.8.2. worden het aantal nieuwe gevallen van enuresis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 5.8.2.: Nieuwe gevallen van enuresis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

De meeste nieuwe gevallen van enuresis werden gepresenteerd in de leeftijd

van 5 tot 14 jaar. Het komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. Vergelijkt men figuur 5.8.1. en figuur 5.8.2. dan is er een verschuiving te constateren in de frequentie bij de bekende gevallen naar hogere leeftijdsgroepen, maar de frequentie is ook lager. De conclusie die daaruit valt te trekken is dat van de nieuwe gevallen van enuresis er een aantal verdwijnen en een deel chronisch wordt.

5.8.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 5.8.3. wordt van het aantal personen waarbij voor de eerste maal enuresis werd vastgesteld in de periode 1971-1978 vermeld: het aantal personen met enuresis, het aantal dat werd verwezen naar een specialist, laboratorium en röntgen of overige instanties en het aantal dat werd opgenomen.

aantal	161		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	27	2	8
opgenomen	2		

Tabel 5.8.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer enuresis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

17% van het aantal personen met een nieuw geval van enuresis werd verwezen naar een specialist, 1% naar het laboratorium of röntgen en 5% naar overige instanties, zoals psycholoog of maatschappelijk werk. Slechts 1% werd opgenomen.

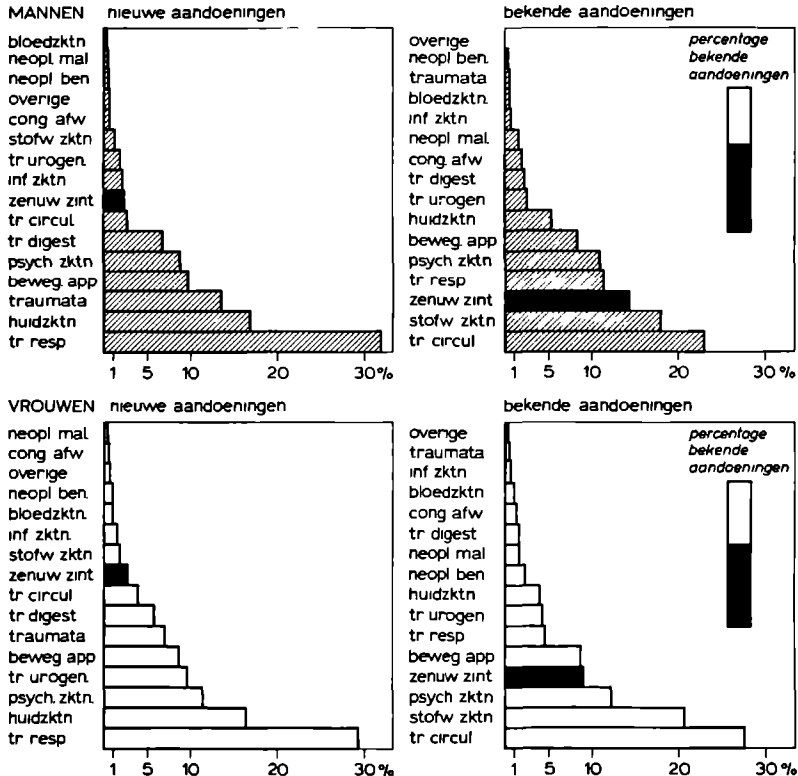
Er werd voornamelijk verwezen naar uroloog, kinderarts, psychiater en psycholoog, waarmee wordt aangetoond, dat men in het verwijsgedrag soms het somatisch 'spoor' bewandelt, soms het psychosociale 'spoor'. De meeste gevallen van enuresis, ook bekende gevallen, bleken onder de hoede van de huisarts te blijven.

Beschouwing

Bij een symptoom met een zo gunstige prognose dat er na verloop van tijd nagenoeg 100% spontane genezing optreedt is het voornaamste element in de voorlichting—als bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen grove afwijkingen zijn gevonden—het relativeren van het symptoom. Goede en reële voorlichting is van groot belang, waarbij men attent zou kunnen zijn op het voorkomen van fixatie op dit symptoom. Vroegtijdige onnodige of onjuiste behandeling kan tot zo'n fixatie bijdragen. Enuresis kan misschien beter niet als een 'chronische aandoening' worden beschouwd.

Groep 6: Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen

6.1. Plaats in de totale morbiditeit



Figuur 6.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

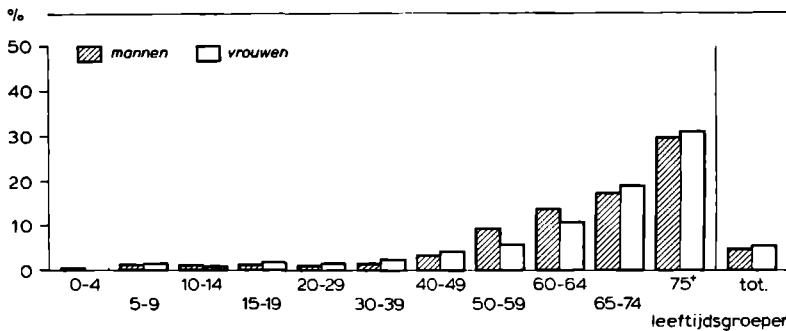
6.2. Frequentie in een standaardpraktijk

ziekten van het zenuwstelsel	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
155 cerebrovasculaire stoornissen, subarachnoidale bloeding, apoplexie, embolie, trombose, spasmen	7.3	8.9	3.2	4.5
156 multiple sclerosis	-	-	-	0.1
157 paralysis agitans, Parkinson	4.6	3.3	0.9	1.0
158 epilepsie, excl. stuipen 197	7.9	7.8	0.7	1.1
159 migraine	3.7	11.8	1.4	4.1
160 overige ziekten van het C.Z.S., excl. meningitis epidemica 009 en tuberculose 002, incl. overige meningitis encefalitis, amyotrofische lateraal sclerose, tromboflebitis van de sinus cavernosus, diplegia spastica infantilis van Little, neurogene spieratrofie, excl. myastenie, myotonie en andere spierziekten 415	3.3	2.3	0.7	0.9
165 facialisparalyse	0.9	-	0.6	0.5
166 trigeminusneuralgie	0.2	0.2	0.2	1.0
167 brachialgie	0.2	-	3.9	4.5
168 ischialgie, excl. H.N.P. 412	0.2	-	4.3	3.1
169 overige, incl. polyneuritis	0.5	0.5	1.7	1.7
492 reis-zee-lucht-wagenziekte	-	0.3	0.7	1.2
<u>Ziekten van de zintuigen</u>				
173 iritis, iridocyclitis	-	-	0.2	0.3
174 andere oogontstekingen, incl. keratitis, scleritis, neuritis optica	-	-	0.8	0.9
175 ontsteking van de traanklieren en afvoergang, incl. stenosis	-	-	0.8	1.0
176 refractie-afwijkingen	0.9	0.9	11.5	16.6
177 ulcera van de cornea	-	-	0.1	0.1
178 strabismus (= scheelzien)	2.6	1.6	1.7	1.6
179 cataract (= grijze staar)	1.5	6.6	1.0	1.8
180 glaucoma (= groene staar)	1.2	3.2	0.4	0.5
181 overige ziekten van het oog, incl. cornea-troebelingen, conjunctivabloedingen, chalazion, ectropion, blindheid van 1 of meer ogen, excl. corpus allenum 496, hordeolum (strontje in het oog) 172 (zie huidziekten)	5.2	5.6	4.2	4.1
<u>Ziekten van het oor</u>				
186 ziekte van Menière	1.6	1.7	0.5	0.6
188 otosclerosis	1.1	0.5	0.4	0.3
189 doofheid, overige vormen	30.0	27.4	6.8	6.5
190 overige ziekten van oor en mastoid	0.5	-	0.4	0.3
<u>Symptomen</u>				
196 delirium, excl. delirium tremens 128 (zie psychiatrische ziekten)	-	-	-	-
197 convulsies, stuipen, excl. epilepsie 158	-	-	1.1	0.5
ataxie	-	-	-	-
200 duizeligheid, excl. reisziekte 492	-	1.9	4.3	6.6
202 diplopia (= dubbelzien)	-	-	-	-
205 oorsuizingen	-	-	0.4	0.6

		bekende gevallen		nieuwe gevallen	
		man	vrouw	man	vrouw
206	paresthesieën	-	-	0.7	1.9
207	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziektebeelden uit deze groep excl. hoofdpijn 453	-	-	0.7	0.4

Tabel 6.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen, naar geslacht in absolute aantallen in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

6.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen



Figuur 6.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

6.4. Commentaar

Figuur 6.1. In de totale morbiditeit namen de ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen wat betreft het voorkomen van nieuwe gevallen, zowel voor mannen als vrouwen, een bescheiden middenplaats in, maar wat betreft het voorkomen van bekende gevallen een grote plaats.

Tabel 6.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen zijn:
ziekten van het zenuwstelsel:
 cerebrovasculaire stoornissen
 epilepsie
 migraine
 parkinsonisme en ziekte van Parkinson

ziekten van de zintuigen:

slechthorendheid

overige ziekten van het oog

cataract

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen zijn:

ziekten van het zenuwstelsel:

brachialgieën

ischialgieën

cerebrovasculaire stoornissen

ziekten van de zintuigen:

refractie-afwijkingen

slechthorendheid

overige ziekten van het oog

Van de meest voorkomende nieuwe aandoeningen van het zenuwstelsel komen cerebrovasculaire aandoeningen ook bij de meest voorkomende bekende aandoeningen voor. Van de meest voorkomende nieuwe aandoeningen van ziekten van de zintuigen behoren slechthorendheid en 'overige ziekten van het oog' eveneens tot de meest voorkomende bekende aandoeningen.

Figuur 6.3. 2.0% van de mannen en 2.3% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening in de subgroep ziekten van het zenuwstelsel. 2.8% van de mannen en 3.2% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening in de subgroep ziekten van de zintuigen. Het percentage personen met een aandoening nam zowel bij mannen als bij vrouwen toe met de leeftijd. Er was weinig verschil tussen de beide geslachten in de verdeling over de leeftijdsgroepen.

6.5. Cerebrovasculaire stoornissen (E-lijstno. 155)

Cerebrovasculaire stoornissen worden gecodeerd als er duidelijke anamnestiche en/of fysisch-diagnostische tekenen van neurologische uitval zijn of waren ten gevolge van een pathologisch proces in een bloedvat van de cerebrale circulatie. Deze aandoening wordt doorgecodeerd als een bekende aandoening als er na het optreden van de cerebrovasculaire stoornis een resttoestand bestaat en/of als de patiënt nog onder behandeling of controle is voor deze aandoening (bijv. aspirineprofylaxe bij patiënten met herhaalde T.I.A. (= transient ischaemic attack)).

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 7 mannen, 9 vrouwen;
nieuwe gevallen: 3 mannen, 5 vrouwen.

<i>E-ljstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.R.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.R.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oltmans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
155			2.7'	2.7'			
	9	3	4.3''	2.3''	5.3	4.4	5.3-10.0
			3.9'''	2.5'''			

' = T.I.A.

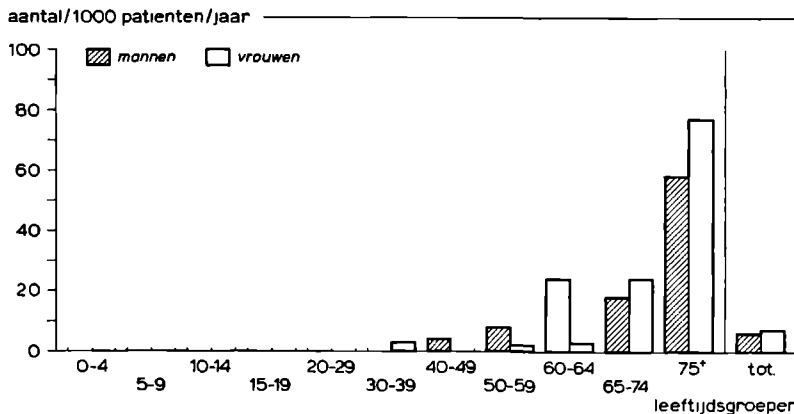
'' = andere C.V.A.-stoornissen

''' = arteriële ziekten

Tabel 6.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.5.1. Bekende gevallen van cerebrovasculaire stoornissen

In figuur 6.5.1. worden het aantal bekende gevallen van cerebrovasculaire stoornissen, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.5.1.: Bekende gevallen van cerebrovasculaire stoornissen, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

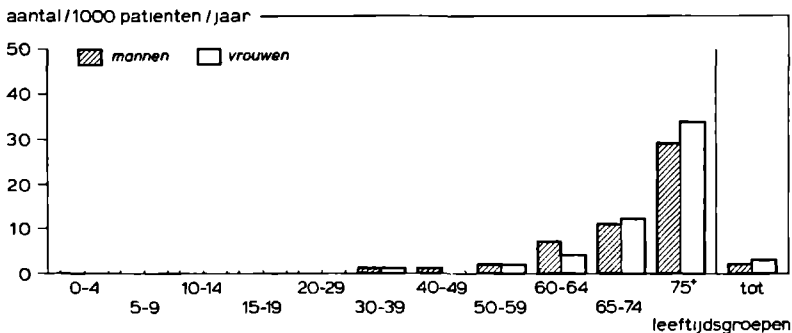
Commentaar

Reeds vanaf de leeftijd van 30 jaar kwamen bekende gevallen van cerebrovasculaire stoornissen voor. Het aantal nam toe met de leeftijd. De verdeling over de geslachten laat een wat grillig verloop zien. In de leeftijdsgroep

30-39 jaar komen alleen bekende gevallen voor bij vrouwen, terwijl in de leeftijdsgroep 40-49 jaar alleen mannen voorkomen (het gaat hier echter om zeer kleine aantallen). In de leeftijdsgroep 50-59 jaar en 60-64 jaar komen meer bekende gevallen voor bij mannen dan bij vrouwen, terwijl in de oudste leeftijdsgroepen weer meer bekende gevallen door vrouwen worden gepresenteerd.

6.5.2. Nieuwe gevallen van cerebrovasculaire stoornissen

In figuur 6.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van cerebrovasculaire stoornissen, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.5.2.: Nieuwe gevallen van cerebrovasculaire stoornissen, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Cerebrovasculaire stoornissen kwamen al voor vanaf het 30^e levensjaar en nemen met het stijgen van de leeftijd progressief toe. Wanneer we figuur 6.5.1. en figuur 6.5.2. vergelijken dan valt op dat er een identiek verloop is van de nieuwe en bekende gevallen.

6.5.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 6.5.3. wordt van het aantal personen waarbij voor de eerste maal een cerebro-vasculair accident werd vastgesteld in de periode 1971-1978 vermeld: het aantal personen die deze aandoening presenteerden, het aantal dat werd verwezen naar de specialist, laboratorium en röntgen of overige instanties en het aantal dat werd opgenomen.

aantal	216		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	77	9	23
opgenomen	62		

Tabel 6.5.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer een cerebrovasculair accident werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

36% van het aantal personen werd verwezen naar een specialist, 4% naar het laboratorium of röntgen en 11% naar overige instanties (fysiotherapeut, revalidatie-arts). 29% van het aantal personen werd opgenomen.

6.5.6. Beschouwing

Per jaar presenteerden zich in een standaardpraktijk 7 mannen en 9 vrouwen als bekend en 3 mannen en 5 vrouwen als nieuw geval van cerebrovasculaire stoornis. Cerebrovasculaire stoornissen kwamen als nieuwe en bekende gevallen voor vanaf de leeftijd van 30 jaar. Het aantal gevallen nam progressief toe met de leeftijd. Zowel bij de nieuwe als bij de bekende gevallen kwamen er in de jongere leeftijdsgroepen iets meer mannen en in oudere leeftijdsgroepen meer vrouwen voor. 36% van de personen met een nieuw geval van een cerebrovasculaire stoornis werden verwezen naar een specialist, 11% naar overige instanties, zoals fysiotherapeut. 29% werd in een ziekenhuis opgenomen. Uit deze gegevens kan men concluderen dat vele cerebrovasculaire stoornissen onder behandeling of aandacht van de huisarts blijven.

De huisarts kan met een revaliderende instelling in samenwerking met anderen in de eerste lijn de chronische C.V.A.-patiënt veel bieden. Het kunnen opstellen van een 'revalidatieplan' tezamen met specialist, verpleegtehuisarts, wijkverpleegkundige en eventuele andere hulpverleners en uiteraard de patiënt en zijn familie wordt nu nog weinig systematisch uitgevoerd en verdient de aandacht van de huisarts (en zijn opleiders). Uit de diversiteit van het verwijzingspatroon blijkt dat de huisarts een coördinerende functie kan hebben en bij patiënten die medicamenten gebruiken (zoals bijv. aspirineprofylaxe bij T.I.A.'s of antistolling), bovendien een bewakende functie.

Uit eigen ervaring bleek mij, dat kennis op het gebied van de ergotherapie en het gebruik van hulpmiddelen, zoals driepoten, rolstoelen en beugels, geen overbodige luxe is. Ook op dit gebied zal de huisarts meer kennis

en kunde moeten hebben dan tot nu toe gebruikelijk is. In een standaardpraktijk zal het, zoals uit onze epidemiologische gegevens blijkt, om 16 mensen gaan die bekend zijn met een cerebro-vasculaire stoornis.

Tenslotte moet nog worden opgemerkt dat het zeker in de huisartspraktijk bij cerebro-vasculaire stoornissen moeilijk is om criteria vast te stellen op grond waarvan men de diagnose moet stellen. Als een patiënt een duidelijke parese heeft is dat niet moeilijk. Maar wat te doen met een patiënt die een T.I.A. heeft gehad en nu geen verschijnselen meer heeft? Veel diagnoses worden dan achteraf gesteld en gecodeerd. Ook in de neurologische literatuur zijn de diagnostische criteria van cerebrovasculaire stoornissen nog al eens aan verandering onderhevig, om maar niet te spreken van de therapie. Voor de huisarts is het dan nog moeilijker door de bomen het bos te zien.

Zeker bij deze aandoening geldt dat er in samenwerking tussen huisarts en specialist protocollen moeten worden ontwikkeld op het gebied van diagnostiek en therapie.

6.6. Migraine (E-lijstno. 158)

Migraine is een anamnestiche diagnose. Er zijn geen objectieve criteria die de diagnose zeker kunnen stellen. Als criteria voor de diagnose werden gebruikt: 'hoofdpijn die optreedt met intervallen' en 'in de tussenliggende periode zijn er geen klachten'. Een aanval duurt één of meer uren en gaat vergezeld van maag-darm bezwaren en/of klachten over het gezichtsvermogen. Deze aandoening werd geregistreerd als een bekende aandoening als er aanvallen van migraine bleven bestaan en/of de patiënt nog medicatie gebruikt of op andere wijze werd doorbehandeld.

Hoofdpijn die werd geduid als nerveus-functionele klacht, zoals bijv. spanningshoofdpijn, werd ondergebracht bij de code 135 (nerveus-functionele klachten). Had de hoofdpijn een duidelijk verband met een op dat moment bestaande somatische aandoening dan werd hoofdpijn als zodanig niet gecodeerd (bijv. hoofdpijn bij een sinusitis kreeg het codenummer van sinusitis 243 of hoofdpijn bij een 'griepje' kreeg het codenummer griep 241). Als de hoofdpijn in geen enkele categorie kon worden ondergebracht werd een symptoomnummer gegeven (453).

Voorkomen

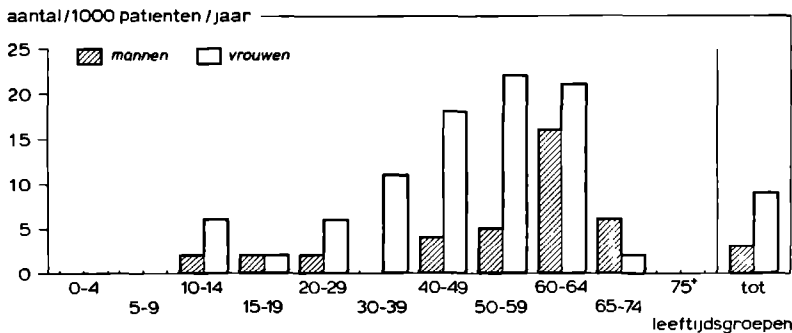
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 4 mannen, 12 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 4 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Morit.pr.	in. Morit.pr.	pr. Engelond	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
159	8	2	13.8	6.3	7.3	3.4	4.8-16.0

Tabel 6.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.6.1. Bekende gevallen van migraine

In figuur 6.6.1. wordt het aantal bekende gevallen van migraine, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



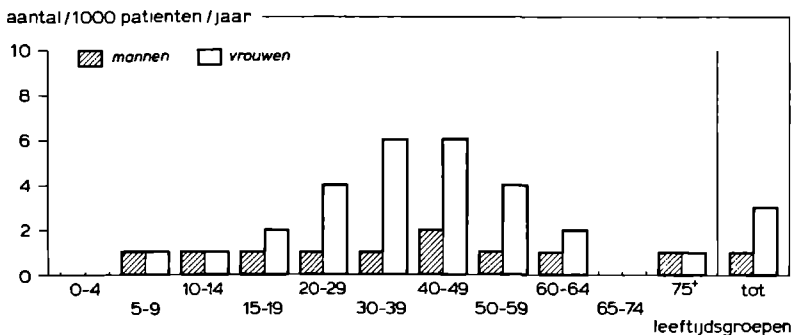
Figuur 6.6.1.: Bekende gevallen van migraine, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12,000).

Commentaar

Het aantal bekende gevallen van migraine nam voor mannen vanaf de leeftijd van 10 jaar langzaam toe tot de leeftijdsgroep 60-64 jaar, om daarna weer af te nemen. Bij vrouwen kwamen in de leeftijd van 10-14 jaar iets meer bekende gevallen voor dan in de volgende leeftijdsgroep, dan volgde er een flinke stijging tot de leeftijdsgroep 50-59 jaar en een afname in de volgende leeftijdsgroepen. In de leeftijdsgroep 75+ kwamen geen bekende gevallen van migraine onder de aandacht van de huisarts. Bekende gevallen kwamen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

6.6.2. Nieuwe gevallen van migraine

In figuur 6.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van migraine, verdeeld naar leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.2.2.: Nieuwe gevallen van migraine, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000).

Commentaar

Bij mannen was het aantal nieuwe gevallen per leeftijdsgroep vrijwel constant (1 per 1000 patiënten per jaar). Bij vrouwen nam het aantal nieuwe gevallen langzaam toe tot het 50^e jaar, om daarna weer af te nemen. In de leeftijdsgroepen 0-4 jaar en 65-74 jaar kwamen in de observatieperiode geen nieuwe gevallen van migraine bij mannen en vrouwen voor. Bij vrouwen kwamen nieuwe gevallen vaker voor dan bij mannen.

Wanneer we de figuren 6.6.1. (bekende gevallen van migraine) en 6.6.2. (nieuwe gevallen van migraine) vergelijken naar hun frequentie per leeftijdsgroep, dan blijkt dat vele nieuwe gevallen die werden gepresenteerd in de volwassen leeftijdsgroepen als bekend geval worden doorgeregistreerd in de middelbare leeftijdsgroepen. In de oudere leeftijdsgroepen nemen de bekende gevallen echter sterk af, terwijl er toch nog enkele nieuwe gevallen werden geregistreerd.

6.6.3. Verwijzingen en opnamen

In 1971-1978 werd van de 165 personen, die als nieuw geval van migraine werden geregistreerd, 2% verwezen naar een specialist, 3% verwezen naar een laboratorium of röntgenafdeling en slechts 0.6% (abs. 1) in een ziekenhuis opgenomen.

6.6.4. Beschouwing

Migraine kan blijkbaar op iedere leeftijd optreden, behalve op zeer jonge leeftijd. De meeste gevallen presenterden zich in de middelste leeftijds-

groepen en meer bij vrouwen dan bij mannen. Als deze aandoening zich eenmaal gemanifesteerd had, bleven de patiënten lang onder behandeling of controle, maar op oudere leeftijd gaan de klachten kennelijk over. Mensen met migraine werden niet of nauwelijks verwezen en opgenomen. Omdat de diagnose niet goed objectiveerbaar is en de anamnese het enige houvast biedt, is in vele gevallen een zekere diagnose niet te stellen.

Het blijft altijd moeilijk om hoofdpijn in bepaalde categorieën in te delen. Men doet wel eens pogingen in die richting, zoals de onderverdeling in vasculaire- en spiercontractiehoofdpijn. Beide soorten kunnen ook tegelijk optreden en misschien zou men beter kunnen zeggen, dat er bij hoofdpijn sprake is van een continuum met spanningshoofdpijn aan de ene kant en migraine aan de andere kant. Daarom zijn epidemiologische studies over hoofdpijn en migraine moeilijk vergelijkbaar.

Het natuurlijk verloop kan enigszins worden opgemaakt uit onze eigen gegevens die niet afwijken van wat in de literatuur daarover bekend is. Bij de diagnostiek en behandeling van migraine kunnen patiënt en arts hand in hand gaan. De patiënt kan bijv. met behulp van een hoofdpijndagboek nagaan waar eventuele uitlokkende factoren te vinden zijn en de reactie op eventuele medicatie controleren. De huisarts zal zich een therapeutisch arsenaal moeten eigen maken om de migrainepatiënt de vele mogelijkheden die er zijn te kunnen bieden, want migraine is voor de huisarts, zoals onze gegevens laten zien een niet te verwaarlozen aandoening.

6.7. Epilepsie (E-lijstno. 158)

Epilepsie werd geregistreerd wanneer na anamnestiche en/of klinische gegevens over duidelijke insulten de diagnose werd bevestigd door specialistisch onderzoek. Epilepsie werd als bekend geval geregistreerd als de patiënt nog last had van epileptische manifestaties en/of nog voor deze ziekte werd behandeld.

Koortsstuipen (E-lijstno. 197) werden niet onder het nummer epilepsie ondergebracht).

Voorkomen

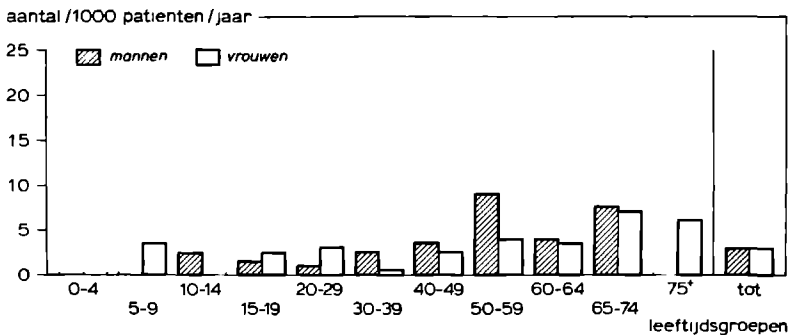
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 8 mannen, 8 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 1 vrouw.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Rodgkin
158	6	1	2.9	1.1	2.9	2.4	2.8-5.7

Tabel 6.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.7.1. Bekende aandoeningen

In figuur 6.7.1. worden het aantal bekende gevallen van epilepsie verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



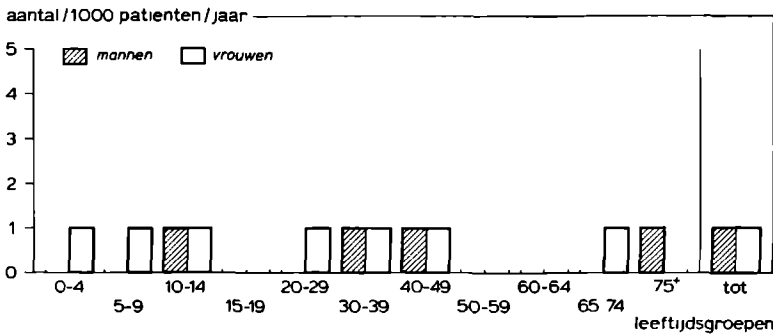
Figuur 6.7.1.: Bekende gevallen van epilepsie verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van epilepsie kwamen bijna in elke leeftijdsgroep voor (de getallen zijn te klein om aan verschillen tussen de leeftijdscategorieën veel betekenis toe te kennen). Er was geen verschil in frequentie tussen mannen en vrouwen.

6.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 6.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van epilepsie verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.7.2.: Nieuwe gevallen van epilepsie verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Het aantal nieuwe gevallen van epilepsie liet geen duidelijk verband met de leeftijd zien. Er bestonden geen duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen.

6.7.3. Beschouwing

Bekende gevallen van epilepsie kwamen in bijna alle leeftijdsgroepen voor en ook de nieuwe gevallen laten geen duidelijk verband met de leeftijd zien. Het stellen van de diagnose levert in het algemeen geen grote problemen op. De jarenlange begeleiding van de patiënt met epilepsie is zeker de aandacht van de huisarts waard. Behalve voor de bewaking van de medicijnen is epilepsie voor de huisarts als sociaal verschijnsel belangrijk. De meeste epileptici kunnen een 'normaal' leven leiden en gewaakt dient te worden voor discriminatie van deze mensen. Het lijkt dan ook een belangrijke taak voor de huisarts alert te zijn op mogelijke problemen op mentaal of sociaal vlak. Een meer actieve benadering van dergelijke problemen in de spreekkamer kan wellicht een bijdrage leveren aan verbetering van de kwaliteit van de zorg voor deze chronische patiënten.

6.8. Ziekte van Parkinson/Parkinsonisme (E-lijstno. 157)

De ziekte van Parkinson of parkinsonisme werd geregistreerd op grond van de volgende criteria:

1 de aanwezigheid van een grofslagige tremor, voornamelijk aan de

bovenste extremiteiten, toenemend bij emotie en verdwijnend in de slaap of bij doelgerichte handelingen

2 eventueel daarbij akinesie of hypokinesie

3 stijfheid (positief tandrad-fenomeen)

4 normale reflexen en geen sensibiliteitsstoornissen.

Meestal was er sprake van een parkinsonisme waarbij de huisarts een rusttremor van de duim en wijsvinger waarnam.

Parkinsonisme of de ziekte van Parkinson werd als bekende aandoening geregistreerd indien de patiënt daarvoor werd gecontroleerd of behandeld. Parkinsonisme veroorzaakt door geneesmiddelen werd geregistreerd bij iatrogene effecten (E-lijstno. 494).

Voorkomen

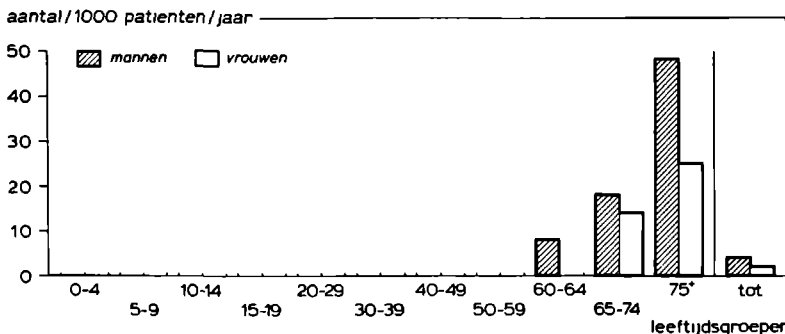
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 5 mannen, 3 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 1 vrouw.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engel Land	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
157	4	1	1.5	1.1	1.0	1.6	1.1-2.7

Tabel 6.8.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.8.1. Bekende aandoeningen

In figuur 6.8.1. worden het aantal bekende gevallen van parkinsonisme/Parkinson, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



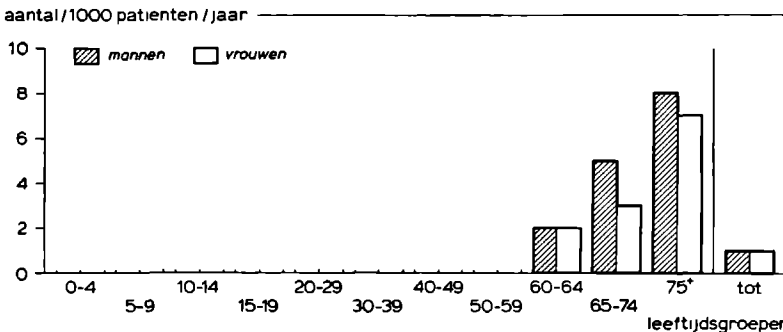
Figuur 6.8.1.: Bekende gevallen van parkinsonisme/Parkinson, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf de leeftijd van 60 jaar was er een sterke toename van het aantal patiënten met parkinsonisme. Bij mannen kwam het frequenter voor dan bij vrouwen.

6.8.2. Nieuwe gevallen

In figuur 6.8.2. worden het aantal nieuwe gevallen van parkinsonisme/Parkinson, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.8.2.: Nieuwe gevallen van parkinsonisme, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Parkinsonisme trad pas op latere leeftijd vanaf 60 jaar op en nam met het vorderen van de leeftijd langzaam toe. Bij mannen kwamen iets meer nieuwe gevallen voor dan bij vrouwen. Bij vergelijking van figuur 6.8.1. (bekende gevallen) en figuur 6.8.2. (nieuwe gevallen) blijkt, dat als deze aandoening als nieuw geval is gepresenteerd deze in de meeste gevallen als bekende aandoening onder de aandacht van de huisarts blijft.

6.8.3. Verwijzingen en opnamen

Van de 57 personen, die in 1971-1978 als nieuw geval van parkinsonisme werden geregistreerd, werd 10% verwezen naar een specialist en 2% naar laboratorium of röntgen en 2% naar overige instanties. 7% werd opgenomen in een ziekenhuis.

6.8.4. *Beschouwing*

Parkinsonisme is een aandoening die bijna uitsluitend op oudere leeftijd (ouder dan 60 jaar) voorkomt, iets meer bij mannen dan bij vrouwen. De klassieke ziekte van Parkinson, zoals in de leerboeken wordt beschreven, komt erg weinig voor. Patiënten met parkinsonisme blijven kennelijk onder de aandacht van de huisarts en worden nauwelijks verwezen. Het ziektebeeld vertoont een geleidelijke progressie met een voor iedere patiënt verschillend tempo. Het geven van goede informatie met de nadruk op het feit dat deze aandoening meestal een langzaam verloop heeft en dat er bovendien medicamenteuze mogelijkheden bestaan, bieden patiënt en arts vaak voldoende perspectief.

Aanbevelingen

- De belangrijkste differentiaal-diagnose is de hereditaire of essentiële tremor. Hoewel dit ziektebeeld principiële verschillen vertoont met de ziekte van Parkinson, ligt hier een grote foutenbron voor de diagnostiek (Van Manen, 1981). Tremor en parkinsonisme wordt vaak kortgesloten. Het cardinale verschil tussen parkinsonisme en essentiële tremor is de actie- en houdingstremor bij de ‘essentiële tremor’ en de rusttremor bij het parkinsonisme.
- Het starten van therapie dient zo lang mogelijk te worden uitgesteld. Men dient medicamenteuze behandeling pas te overwegen als de functionele hinder van de aandoening te groot wordt.
- Een anticholinergicum is de eerste keus, behalve bij contra-indicaties zoals prostaathypertrofie en glaucoom. De specialist zou in dit geval kunnen optreden als ‘begeleider’ van de huisarts.

Cataract (E-lijstno. 179)

Cataract of staar werd als nieuw geval geregistreerd wanneer met het blote oog duidelijk zichtbare lenstroebeling te constateren was of wanneer bij onderzoek met doorvallend licht een duidelijke troebeling van de lens en/of een onzuivere begrenzing van de pupil of zwarte vormsels op een rode achtergrond te zien waren. De diagnose werd ook geregistreerd wanneer door de oogarts bij verwijzing of controle een cataract werd vastgesteld en dit aan de huisarts werd bericht. Cataract werd altijd als bekend geval doorgecodeerd, omdat deze aandoening (ook al was er een lensextractie verricht) een blijvend kenmerk van de patiënt is waarmee de huisarts in zijn handelen rekening dient te houden.

Voorkomen

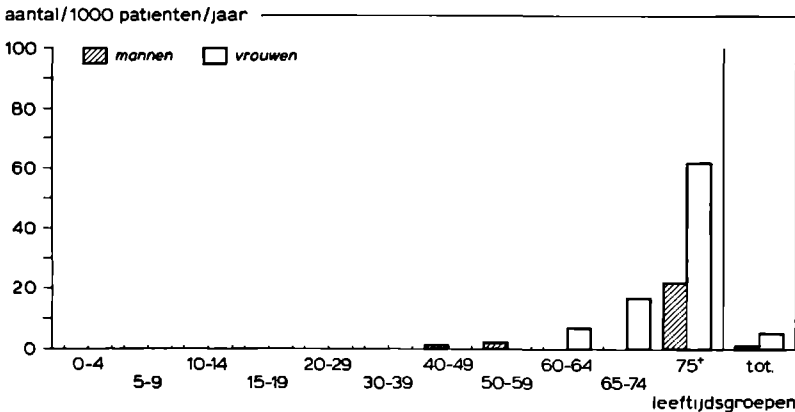
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 2 mannen, 7 vrouwen;
 nieuwe gevallen: 1 man, 2 vrouwen.

<i>E-lizetno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. B. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. B. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
179	5	1	2.4	1.5	1.7	1.0	0.3-0.9

Tabel 6.9.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.9.1. Bekende aandoeningen

In figuur 6.9.1. worden het aantal bekende gevallen van cataract, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.9.1.: Bekende gevallen van cataract, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

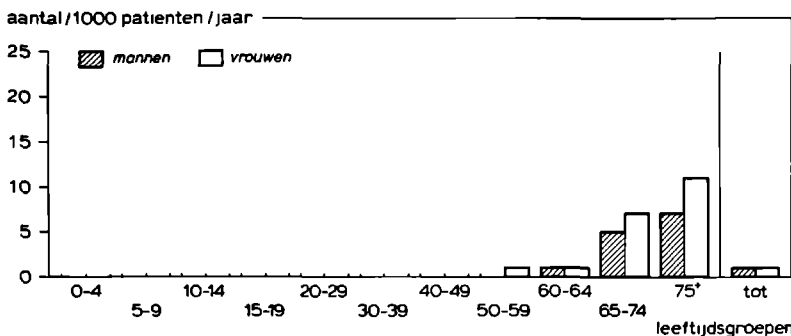
Vanaf de leeftijd van 40 jaar werden al bekende gevallen van cataract geregistreerd: eerder bij mannen dan bij vrouwen. Boven de leeftijd van 75 jaar is er een aanzienlijke toename, zowel bij mannen als bij vrouwen.

Het verschil in voorkomen van deze aandoening tussen mannen en vrouwen zou mogelijk zijn te verklaren door het feit dat vrouwen meer bij de arts komen en dan ook meer worden onderzocht. De kans op ontdekken van afwijkingen is dan groter. Wellicht krijgen vrouwen sneller klach-

ten van een cataract dan mannen wegens de aard van hun bezigheden, zoals breien en naaien.

Nieuwe gevallen

In figuur 6.9.2. worden het aantal nieuwe gevallen van cataract, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.9.2.: Nieuwe gevallen van cataract, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van cataract werden vanaf het 50^e levensjaar vastgesteld en namen in aantal toe met de leeftijd. Bij vrouwen werden iets meer gevallen geregistreerd dan bij mannen. Wanneer we figuur 6.9.1. (bekende gevallen) en figuur 6.9.2. (nieuwe gevallen) vergelijken dan blijken de meeste nieuwe gevallen van cataract aan de huisarts bekend te blijven.

6.9.3. Verwijzingen en opnamen

Van de 82 personen die in 1971-1978 als nieuw geval van cataract werden geregistreerd werd 63% verwezen en 24% opgenomen in een ziekenhuis.

6.9.4. Beschouwing

Hoewel reeds vanaf de 40-jarige leeftijd enige gevallen van cataract bekend waren, blijkt cataract toch een aandoening die vooral optreedt in de oudere leeftijdsgroepen en wel meer bij vrouwen dan bij mannen. Hoewel

speculatief, zou men kunnen stellen dat de aard van de bezigheden bij vrouwen (naaien, breien) van invloed zijn op het feit dat cataract bij vrouwen vaker en eerder klachten geeft.

63% van de nieuw ontdekte gevallen werden naar een oogarts verwezen en 24% werd opgenomen in een ziekenhuis. Driekwart van de gevallen zijn dus onder controle of bij de huisarts of bij de oogarts.

- Omdat cataract juist zoals slechthorendheid een aandoening is met een sluipend verloop, is het van belang dat de huisarts bij de beoordeling van de kwaliteit van het zien, zeker bij oudere patiënten, aan het bestaan van een cataract denkt.
- Meer dan nu zou, bij mensen die een cataract hebben overleg tussen patiënt, huisarts en specialist moeten plaatsvinden over het tijdstip van eventueel operatief ingrijpen. Per patiënt kan dit tijdstip erg uiteenlopen.
- Het verdient aanbeveling, dat de huisarts op de hoogte is van de moeilijkheden die iemand kan hebben (zeker vlak na de operatie) met een staarbril. Huisbezoek direct na de operatie biedt hiervoor een goede gelegenheid. Cataract is nog te vaak een 'blinde vlek' voor de patiënt en de dokter (Nolet, 1978).

6.10. Slechthorendheid (E-lijstno. 189)

De code slechthorendheid wordt vooral gebruikt bij vormen van perceptiedoofheid als presbycusis en lawaaidoofheid. Bij andere veel voorkomende oorzaken van slechthorendheid zoals tubair catarre, otitis media, worden die aandoeningen gecodeerd die aan de oorzaak van de slechthorendheid ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld: worden er bij klachten over slechthorendheid duidelijke tekenen van een tubair catarre gevonden dan wordt de code tubair catarre (191) gegeven en niet de code slechthorendheid (189).

Aangeboren doofheid wordt onder de congenitale afwijkingen ondergebracht. De onderstaande gegevens hebben bijna geheel betrekking op presbycusis en lawaaidoofheid, terwijl zeldzame, overige vormen van doofheid ook onder dit nummer (189) worden ondergebracht, exclusief de ziekte van Menière (186) en otosclerose (188). De code slechthorendheid wordt gegeven:

- 1 als de patiënt zelf met de klacht slechthorendheid op het spreekuur komt en er op het screeningsaudiogram minstens 40 db. verlies of meer, op één of meer van de frequenties is waar te nemen aan één of beide oren
- 2 als de huisarts op eigen initiatief de slechthorendheid opspoot en het audiogram het bovenvermelde verlies vertoont.

Voorkomen

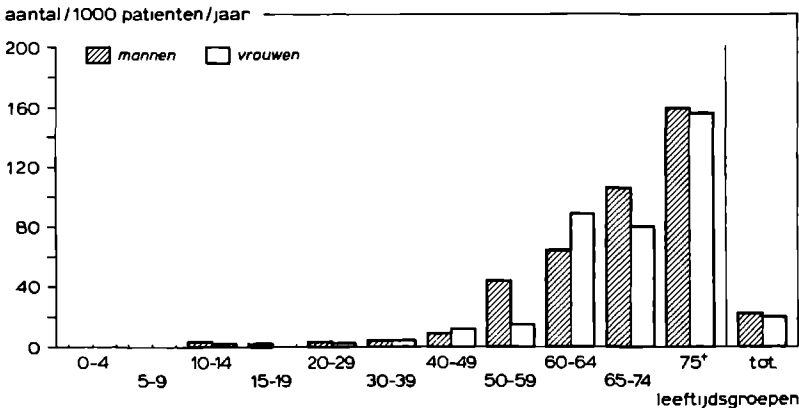
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 30 mannen, 27 vrouwen; nieuwe gevallen: 7 mannen, 7 vrouwen.

<i>E-ljstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.R.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.R.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
189	26	5	11.9	7.6	3.5	2.9	3.7-5.5

Tabel 6.10.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

6.10.1. Bekende aandoeningen

In figuur 6.10.1. worden het aantal bekende gevallen van slechthorendheid, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



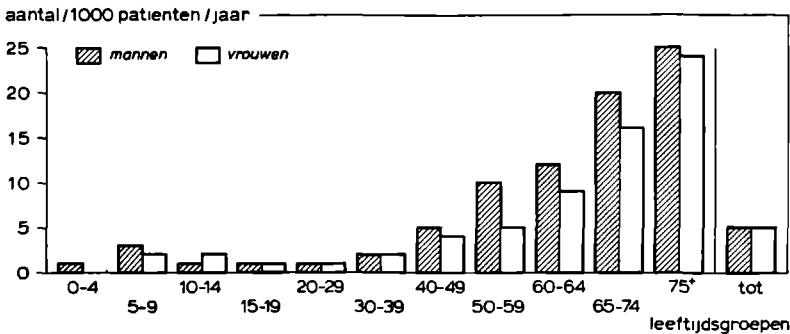
Figuur 6.10.1.: Bekende gevallen van slechthorendheid, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Van mannen en vrouwen namen de bekende gevallen toe met de leeftijd. In de tweede levenshelft was er een zeer sterke stijging te zien. Boven 50 jaar kwamen bekende gevallen van slechthorendheid vaker bij vrouwen voor, behalve in de leeftijdscategorie 60-64 jaar. Van meer dan 10% van de mannen boven 65 jaar is het aan de huisarts bekend dat zij hardhorend zijn.

6.10.2. Nieuwe gevallen

In figuur 6.10.2. worden het aantal nieuwe gevallen van slechthorendheid, verdeeld naar leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.10.2.: Nieuwe gevallen van slechthorendheid, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

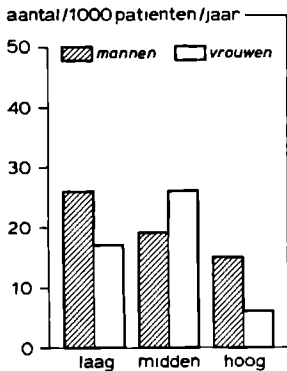
Commentaar

Het aantal nieuwe gevallen van slechthorendheid was voor beide geslachten tot de leeftijd van 40 jaar bijna constant en zeer laag. Boven de 40 jaar nam het aantal nieuwe gevallen toe met de leeftijd en werden meer nieuwe gevallen bij mannen geregistreerd. Wanneer we figuur 6.10.1. (bekende gevallen) en figuur 6.10.2. (nieuwe gevallen) vergelijken dan blijken vele nieuwe gevallen van slechthorendheid, zeker op oudere leeftijd, bekende gevallen te worden. Het gaat hierbij om presbycusis die permanent en irreversibel is.

Op jongere leeftijd werden nieuwe gevallen van slechthorendheid minder vaak als bekend geval doorgeregistreerd. De meeste gevallen van slechthorendheid in de jongere leeftijdsgroepen waren voornamelijk te wijten aan otitis media serosa. Deze vorm van slechthorendheid is van voorbijgaande aard.

6.10.3. Sociale laag

In figuur 6.10.3. worden het aantal bekende gevallen van slechthorendheid per geslacht en sociale laag weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 6.10.3.: Bekende gevallen van slechthorendheid per geslacht en sociale laag, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1971-1978; N = 12.000 patiënten). N.S.: voor mannen, **: voor vrouwen.

Commentaar

Bij mannen neemt de frequentie van slechthorendheid van de lage naar hoge sociale laag af. Bij vrouwen is de frequentie in de middelste sociale laag het hoogst en in de hoogste sociale laag het laagst.

Mogelijke verklaringen. Mannen in de lagere sociale lagen hebben een grotere kans op het krijgen van lawaaidoofheid. In de hogere sociale laag presenteert men de klacht slechthorendheid minder aan de huisarts dan in de lagere sociale laag.

6.10.4. Verschillen in de praktijken onderling

In tabel 6.10.4. wordt de frequentie van de bekende gevallen van slechthorendheid uitgedrukt in absolute getallen en omgerekend naar een standaardpraktijk, voor de vier registrerende praktijken afzonderlijk weergegeven.

	praktijk 1	praktijk 2	praktijk 3	praktijk 4
mannen	32.6	28.5	53.2	5.9
vrouwen	44.3	26.6	30.8	2.5

Tabel 6.10.4.: Bekende gevallen van slechthorendheid per praktijk en omgerekend naar een standaardpraktijk, in absolute getallen per jaar.

Commentaar

Er bestaan zeer grote verschillen tussen de praktijken onderling in de registratie van het aantal personen die bekend zijn met slechthorendheid. Opvallend is het zeer geringe aantal geregistreerde gevallen in praktijk 4, het overwegen van vrouwen in praktijk 1 en van mannen in praktijk 3.

6.10.5. Het gebruik van een audiometer

In tabel 6.10.5. wordt nagegaan hoeveel audiogrammen per jaar in de 4 praktijken afzonderlijk bij mannen en vrouwen zijn gemaakt, omgerekend naar een standaardpraktijk.

	<i>praktijk 1</i>	<i>praktijk 2</i>	<i>praktijk 3</i>	<i>praktijk 4</i>
mannen	59	27	62	2.9
vrouwen	51	38	53	-

Tabel 6.10.5.: Aantal audiogrammen die in 1978 zijn gemaakt in de 4 praktijken afzonderlijk, omgerekend naar een standaardpraktijk.

Commentaar

Er bestaan zeer grote verschillen tussen de praktijken onderling in het aantal vervaardigde audiogrammen. Praktijk 1 en 3 verschillen niet veel, maar opvallend is dat bij mannen meer audiogrammen worden gemaakt. In praktijk 2 werden ten opzichte van praktijk 1 en 3 minder audiogrammen gemaakt, terwijl in deze praktijk juist meer audiogrammen bij vrouwen werden gemaakt, in praktijk 4 werd nauwelijks van de audiograaf gebruik gemaakt. Bekijken we het aantal bekende gevallen van slechthorendheid in de 4 praktijken afzonderlijk (tabel 6.10.4) en het aantal vervaardigde audiogrammen in die praktijken (tabel 6.10.5.) dan is er een opvallende overeenkomst te constateren die doet vermoeden dat wanneer men gebruik maakte van een audiograaf men ook meer gevallen van slechthorendheid registreerde. Het gebruik maken van een audiometer lijkt een rol te spelen bij de opsporing van slechthorendheid. Het kan natuurlijk ook zijn dat alertheid op slechthorendheid eerder doet besluiten zo'n audiometer aan te schaffen c.q. te gebruiken.

6.10.6. Beschouwing

Slechthorendheid is een frequent voorkomende chronische aandoening in een huisartspraktijk. Het was een verrassing om deze aandoening zowel bij mannen als bij vrouwen aan te treffen bij de tien meest voorkomende bekende aandoeningen.

Slechthorendheid neemt zowel bij mannen als bij vrouwen op oudere

leeftijd snel toe met het stijgen van de jaren. Bij mannen neemt de frequentie van slechthorendheid af van lage naar hoge sociale laag. Bij vrouwen is de frequentie in de middelste sociale laag het hoogst en het laagst in de hoogste sociale laag. Ook bij deze aandoening zijn er tussen de verschillende registrerende praktijken grote verschillen in frequentie te constateren. Het is waarschijnlijk, dat dit verschil mede afhankelijk is van de mate waarin de arts attent is op deze aandoening in de ontmoeting met zijn patiënten.

In de literatuur lopen cijfers over het voorkomen van slechthorendheid erg uiteen, niet alleen omdat er steeds verschillende criteria worden gebruikt om slechthorendheid te definiëren, maar ook omdat andere stoornissen (bijv. in de hersenen) moeilijkheden bij het horen kunnen geven.

De meeste epidemiologische gegevens over doofheid zijn bekend door de mensen zelf te vragen of ze slecht of goed hoorden. De opsporing door gebruik van een audiometer geeft aanzienlijk hogere cijfers. Herbst e.a. (1981) deden een onderzoek waarbij de mensen thuis werden opgezocht en de slechthorendheid werd vastgesteld met behulp van een audiometer (criterium: verlies van 35 db. of meer op de frequenties 1000, 2000 en 4000 Herz). In tabel 6.10.6. worden de resultaten weergegeven waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen wat de mensen zelf dachten en wat de audiometer vaststelde.

<i>leeftijd</i>	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 ⁺
waarneming van de patiënt zelf	38	39	54	69
vastgesteld met audiometer	60	69	82	84

Tabel 6.10.6.: Prevalentie van slechthorendheid bij mensen boven de 70 jaar uitgedrukt in percentages (naar Herbst e.a., 1981).

Er werd dus een groot verschil vastgesteld tussen subjectieve beleving en objectieve meting, die in de meeste gevallen werd toegeschreven aan een ontkenning van de slechthorendheid. 36% van de mensen die wisten of vermoedden dat zij slecht hoorden, vertelden dit niet aan hun huisarts, terwijl ze regelmatig op het spreekuur kwamen in verband met andere chronische aandoeningen.

Er was sprake van een aanzienlijke ijsberg, zoals ook de verschillen in de prevalentiecijfers van de verschillende praktijken aantonen. Waarschijnlijk beleven velen slechthorendheid als een stigma met allerlei negatieve kenmerken. Dat iemand slecht hoort, kan ondanks het feit dat de patiënt daar niet over klaagt, voor de naasten en ook de huisarts een factor zijn om rekening mee te houden. Misschien leggen zowel patiënt als arts zich te snel neer bij het feit dat slechthorendheid een probleem van de ouder wordende

mens is waar niets meer aan te doen is. Uit de reeds genoemde studie van Herbst e.a. bleek, dat wanneer de arts op eigen initiatief het probleem van slechthorendheid aan de orde stelde, toch veel mensen geneigd waren om de mogelijkheid te onderzoeken of het gehoor bijv. met een gehoorapparaat te verbeteren was. Bijna iedereen heeft op oudere leeftijd een bril, maar een gehoor toestel is evenveel of misschien nog wel meer in staat de kwaliteit van het leven te beïnvloeden dan een bril, alleen is de acceptatie van dit hulpmiddel voor velen moeilijker. Het heeft dan ook weinig zin om mensen die hun slechthorendheid ontkennen te verwijzen.

Uit een andere studie (Mac Adam, 1981) bleek, dat 870 van de 1088 onderzochte personen niet bekend waren met mogelijkheden om het horen te verbeteren. Het ging daarbij niet alleen om een verwijzing naar een KNO-arts, maar ook om andere mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld televisie- en telefoonvoorzieningen. Ook voor de huisarts is enige kennis op het gebied van deze technische mogelijkheden aan te bevelen.

Een screeningsaudiometer ter opsporing van slechthorendheid in de huisartspraktijk is geen overbodige luxe. Is een screeningsaudiometer voor de jongere leeftijdsgroepen een instrument dat gebruikt kan worden voor controle en follow-up van aandoeningen die met tijdelijke slechthorendheid gepaard gaan, zoals otitis media, op oudere leeftijd is de audiometer een diagnostisch instrument om slechthorendheid objectief op te sporen en te volgen en eventueel gepaste maatregelen te nemen.

In de literatuur (Plomp, 1980; Jongkees, 1980) trof ik voor de huisarts belangrijke informatie aan die in het navolgende puntsgewijs wordt weergegeven.

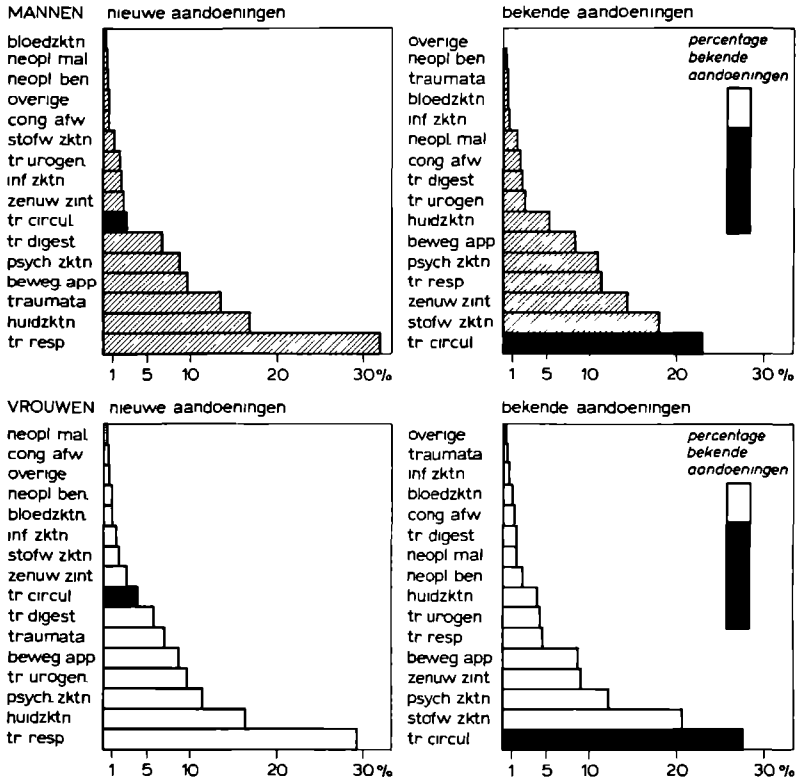
- 1 Slechthorendheid is een veel voorkomende chronische aandoening, die vaak sluipend ontstaat en waaraan de patiënt zich als het ware langzaam aanpast. Patiënt en omgeving kunnen daar veel last van ondervinden en de kwaliteit van het leven kan ernstig beïnvloed worden. Het geeft aanleiding tot communicatiestoornissen en wrok. Ook de partners van de slechthorenden verdienen daarbij aandacht, zij vereenzamen nog wel eens door de niet zichtbare handicap van de ander.
- 2 Men denkt te vaak: wat de bril is voor het zien is het gehoorapparaat voor het horen.
- 3 Slechthorenden worden minder ontzien door hun niet zichtbare handicap. Het is voor de huisarts van belang, zowel de patiënt als de omgeving uitleg te geven hoe deze handicap tot stand komt en gehanteerd dient te worden. In het contact met slechthorenden moet men enkele vooroordelen opzij zetten:
 - a Door allerlei omstandigheden zoals meer of minder achtergrondsla-

waai, de aard van de woorden, mondbewegingen verstaat de slechthorende het ene moment wel iets en het andere moment niets. De slechthorende zou dan de indruk kunnen wekken dat hij zich geen moeite getroost, zich aanstelt of niet oplet. Vermoeidheid of gespannenheid spelen daarbij een rol. Iedere slechthorende is niet Oost Indisch doof! (Jongkees, 1980).

- b* Schreeuwen is de slechtste methode om zich verstaanbaar te maken. Goed articuleren is veel belangrijker. Verstaat de slechthorende u niet zeg het dan met andere woorden en articuleer beter.
- c* Lawaai is veel erger voor de slechthorende dan stilte. Geluiden worden snel veel onaangener, zelfs pijnlijk.
- d* Een gehoorapparaat maakt een slechthorende nog niet tot een normaalhorende. Veel slechthorenden hebben geen profijt (of zelfs last) van een gehoorapparaat. De begeleiding van de huisarts is niet afgelopen als de patiënt verwezen is naar de KNO-arts om de mogelijkheden van de aanschaf van een gehoorapparaat te overwegen. Er zijn toch enkele mogelijkheden om beter met hen te communiceren.
 - 1* Praat langzaam en duidelijk. Spreek niet extra luid en maak geen geforceerde onnatuurlijke bewegingen van de mond.
 - 2* Mond en lippen moeten goed zichtbaar zijn en het hoofd moet zijn gericht naar degene met wie men praat (baarden en snorren bemoeilijken dit vaak).
 - 3* Reageert de slechthorende niet op roepen, dan is het stampen met de voet op de grond een goede methode. Dit wordt niet gehoord maar gevoeld.
 - 4* Bellen die niet worden gehoord, kunnen worden vervangen door 'brommers', die door de lagere toonhoogte beter gehoord kunnen worden. Telefoons kunnen worden aangepast. Radio en televisie kunnen worden beluisterd met een luisterspoel.
 - 5* De meeste bejaardentehuizen hebben geen rekening gehouden met deze handicap. Vooral in een omgeving met lawaai (eetzaal, de hal) hebben de mensen veel last. De meest voor de hand liggende remedie is vermindering van het lawaai-niveau door een betere akoustische isolatie en door vermindering van nagalmtijd. Vermindert men de nagalmtijd met behulp van geluidabsorberend materiaal met 25% dan neemt het aantal slechthorenden dat niet meer in staat is een gesprek te volgen met 30 à 40% af.

Groep 7: Ziekten van de tractus circulatorius

7.1. Plaats in de totale morbiditeit



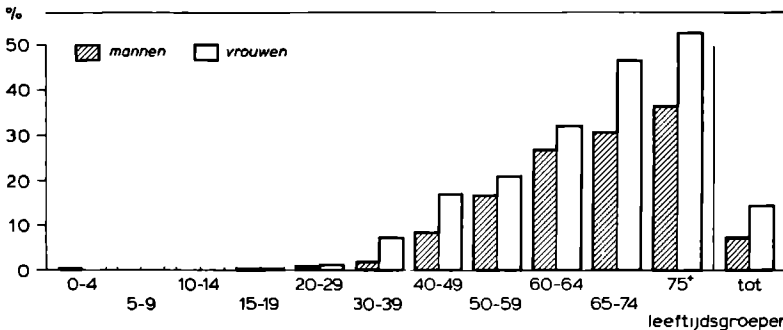
Figuur 7.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van de tractus circulatorius, weergegeven voor het aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

7.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	<i>tractus circulatorius</i>	<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
		<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
208	klepgebrek zonder reuma in de anamnese, excl. congenitale afwijkingen 433	1.6	1.5	0.3	0.3
209	klepgebrek met reuma in de anamnese	0.7	1.1	0.1	0.2
210	acut reuma, incl. chorea minor	0.7	0.9	0.2	0.1
211	coronairtrombose, coronairinfarct	19.0	8.2	4.4	2.0
212	overige coronairziekten, angina pectoris	19.3	17.6	4.3	3.7
213	myodegeneratio cordis, incl. decompensatio	11.5	18.2	3.4	3.5
214	aritmie zonder organische afwijkingen	5.5	3.9	1.8	2.4
217	overige hartziekten, excl. decompensatio 213 en asthma cardiale 216	0.4	0.6	0.3	0.4
218	hypertensie (bloeddrukwaarden diast. 100 of hoger)	45.1	105.5	10.0	19.7
222	perniones, wintervoeten, erythrocyanosis	-	0.3	0.6	1.6
223	arteriële vaatziekten, arteriële trombose, embolie, claudicatio, gangreen	11.7	3.0	4.1	2.4
224	varices van de benen, incl. chronische veneuze insufficiëntie	16.0	92.7	4.5	17.1
228	ulcus cruris varicosum (= open been)	-	0.7	1.3	5.2
225	hemorroiden (= aanbeien)	2.3	6.0	16.5	21.0
226	flebitis en thrombophlebitis superficialis	-	0.2	2.0	8.0
229	veneuze trombose, excl. in oerperium 036	0.7	0.2	0.6	0.8
227	overige, incl. aneurysma, oesophagusvarices, longembolie, varicocèle, excl. vaatstoornissen in cerebro 155, in coronaria 211, in sinus cavernosus 160	0.5	0.2	0.9	0.8
	<u>symptomen</u>				
216	longstuwing	-	-	0.6	0.8
233	syncope	0.2	0.2	2.3	3.0
234	oedeem	-	-	0.6	1.5
236	ascites als symptoom van ziekten van de tractus circulatorius				
237	overige symptomen of onvolledig gediagnoseerde ziekten uit deze groep, incl. budeltakblok R, "te fors cor"	0.4	0.9	1.1	0.5

Figuur 7.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van de tractus circulatorius, naar geslacht in absolute aantallen per jaar in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N= 12.000 patiënten).

7.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus circulatorius



Figuur 7.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus circulatorius, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

7.4. Commentaar

Figuur 7.1. In de totale morbiditeit nemen de ziekten van de tractus circulatorius zowel voor mannen als vrouwen wat betreft de bekende gevallen de eerste plaats in (resp. 21 en 28%) en wat betreft de nieuwe gevallen een middenplaats. (resp. 3 en 4%).

Tabel 7.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen zijn: hypertensie, varices, angina pectoris, degeneratio cordis, status na een myocardinfarct. Voor mannen: claudicatio intermittens.

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen zijn: haemorroïden, hypertensie, varices, angina pectoris.

Behalve haemorroïden kwamen de meest voorkomende bekende aandoeningen overeen met de meest voorkomende nieuwe aandoeningen.

Figuur 7.3. 7.3% van de mannen en 14.1% van de vrouwen hadden een bekende aandoening in deze groep. Het percentage personen met een bekende aandoening nam voor mannen vanaf 15 en voor vrouwen vanaf 20-jarige leeftijd toe met de leeftijd.

7.5. Hypertensie (E-lijstno. 218)

Hypertensie werd als nieuw geval gecodeerd als de tensie bij herhaling (minstens 6 keer gemeten bij 3 gelegenheden in zittende houding) diasto-

lisch hoger of gelijk aan 100 mmHg was. Hypertensie werd als bekend geval gecodeerd indien de patiënt hiervoor in behandeling bleef of de tensie zonder behandeling regelmatig werd gecontroleerd.

Voorkomen

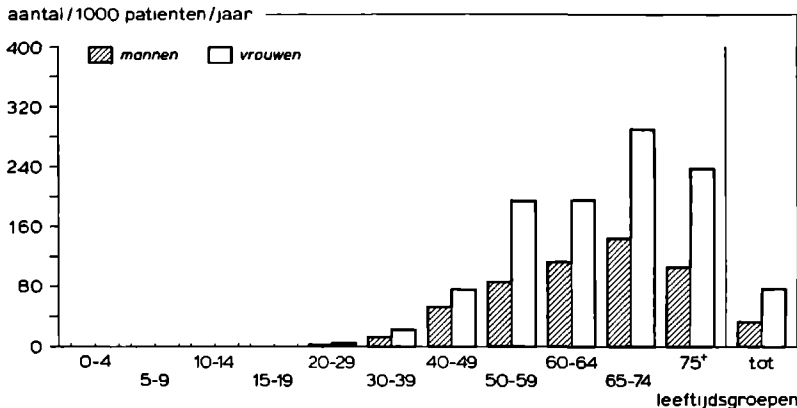
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 45 mannen, 106 vrouwen; nieuwe gevallen: 10 mannen, 20 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
218	63	10	70.3	9.9	18.7	19.8	9.2-11.3

Table 7.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.5.1. Bekende aandoeningen

In figuur 7.5.1. worden het aantal bekende gevallen van hypertensie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



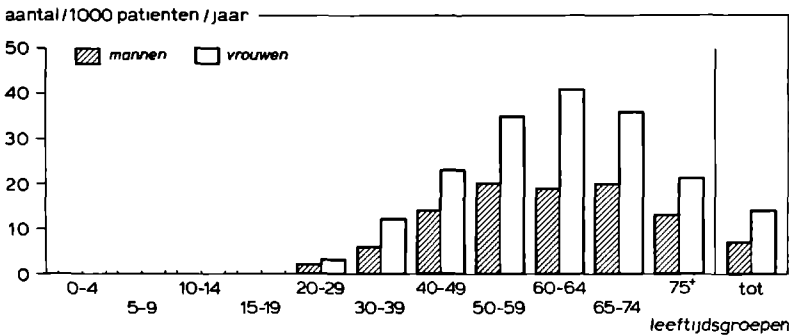
Figuur 7.5.1.: Bekende gevallen van hypertensie, verdeeld over de leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Verhoogde bloeddruk als 'bekende aandoening' werd vooral bij mensen van 40 jaar en ouder geregistreerd. Het aantal gevallen nam met de leeftijd toe en daalde iets in de oudste leeftijdsgroep. Vanaf de leeftijd van 50 jaar kwam hypertensie ongeveer tweemaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

7.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van hypertensie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

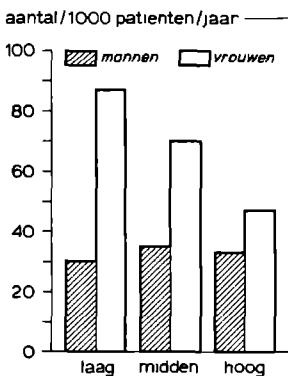


Figuur 7.5.2.: Nieuwe gevallen van hypertensie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 20-jarige leeftijd werd verhoogde bloeddruk in toenemende mate geregistreerd en vanaf het 65ste levensjaar is er een daling waarneembaar. Bij vrouwen is het aantal nieuwe gevallen duidelijk hoger dan bij mannen.

7.5.3. Hypertensie en sociale laag



Figuur 7.5.3.: Bekende gevallen van hypertensie, per geslacht en sociale laag in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1978, N = 12.000 patiënten). N.S.: voor mannen, ** voor vrouwen.

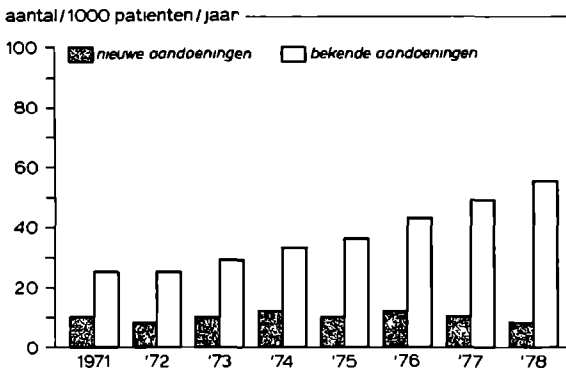
In figuur 7.5.3. worden de aantallen bekende gevallen van hypertensie per geslacht en sociale laag, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Bij mannen is het aantal bekende gevallen van hypertensie in de onderscheiden sociale lagen nagenoeg gelijk, terwijl bij vrouwen de bekende gevallen van hypertensie van lage naar hoge sociale laag afnemen. Dit zou kunnen samenhangen met adipositas (zie figuur 3.5.4.) en/of met de contactfrequentie met de huisarts.

7.5.4. Het aantal nieuwe en bekende gevallen van hypertensie in de periode 1971-1978

In figuur 7.5.4. wordt het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen van hypertensie per jaar weergegeven over de periode 1971-1978, in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 7.5.4.: Nieuwe en bekende gevallen van hypertensie per jaar, weergegeven over de periode 1971-1978, in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Per jaar werden er een vrij constant aantal nieuwe gevallen van hypertensie geregistreerd. Het aantal personen die bekend zijn met hypertensie neemt in de loop van de jaren sterk toe.

7.5.5. Verwijzingen en opnamen

In tabel 7.5.5. worden het aantal personen waarbij voor de eerste keer hypertensie werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd

verwezen naar een specialist, laboratorium of röntgen of de overige instanties en werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken afzonderlijk en tezamen.

	praktijk 1			praktijk 2			praktijk 3			praktijk 4			totaal		
aantal	193			256			95			251			795		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.	spec.	lab.	ov.
opgenomen	8	117	-	11	69	-	2	35	1	17	13	.	38	234	1
	2			3			0			0					5

Tabel 7.5.5.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer hypertensie werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

4,5% van het totaal aantal personen waarbij voor de eerste keer hypertensie werd vastgesteld werd verwezen naar een specialist, 29% van het totaal aantal personen werd verwezen naar een laboratorium en slechts 0.6% werd in een ziekenhuis opgenomen. Ook bij hypertensie bestaan er duidelijke verschillen in beleid tussen de 4 registrerende praktijken.

7.5.6. Aantal gevallen van hypertensie door de huisarts opgespoord, vergeleken met het aantal gevallen van hypertensie die werden gevonden in een screeningsonderzoek.

Om te kunnen ingaan op hoeveel mensen met hypertensie, in een omschreven populatie, aanwezig zijn, die de huisarts (ook al let hij heel bewust op deze 'aandoening') nog niet heeft gediagnostiseerd, heb ik gebruik gemaakt van gegevens uit een screeningsonderzoek naar risicofactoren van hart- en vaatziekten, bij mensen tussen de 20 en 50 jaar, dat in enkele van de registrerende praktijken heeft plaatsgevonden (Het Nijmeegs Interventie Project, Van Ree 1981). Ik heb daartoe het aantal mensen in de leeftijdsgroepen tussen de 20 en 50 jaar die bekend waren met hypertensie in praktijk 1 (de praktijk met het hoogste aantal bekende gevallen van hypertensie) vergeleken met de resultaten uit dit screeningsonderzoek.

In tabel 7.5.5. worden de aantallen personen in praktijk 1, die per december 1977 bij de huisarts bekend waren met hypertensie (criterium diastolische bloeddruk ≥ 100 mmHg), vergeleken met het aantal in dezelfde periode in een screeningsonderzoek opgespoorde gevallen van hypertensie (criterium mannen < 40 jaar syst. 160 mmHg en/of 90 mmHg diast., mannen ≥ 40 jaar 160 mmHg syst. en/of 100 mmHg diast.; vrouwen < 40 jaar syst. 180 mmHg en/of 100 mmHg diast., vrouwen ≥ 40 jaar syst. 180 mmHg en/of 105 mmHg diast.).

	<i>opgepoord via screeningsonderz.</i>	<i>waarvan bij de huisarts reeds bekend</i>
aantal personen	26	16

Tabel 7.5.6.: Aantal personen die in praktijk I per december 1977 bij de huisarts bekend waren met hypertensie, vergeleken met het aantal gevallen van hypertensie gevonden tijdens een screeningsonderzoek in dezelfde praktijk in dezelfde periode, leeftijdsgroep 20-50 jarigen in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Hoewel de criteria van deze twee registratiesystemen voor hypertensie enigszins verschillen, lijkt het erop dat in praktijk I (die vergeleken met de andere praktijken het grootste aantal gevallen van hypertensie registreerde) bij een screeningsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten toch nog aanzienlijk meer gevallen van hypertensie in deze leeftijdsgroep (20-50 jaar) werden vastgesteld dan op dat moment bekend was bij de huisarts.

7.5.7. Beschouwing van de resultaten

Hypertensie is een zeer frequent voorkomende aandoening in een huisartspraktijk. Het aantal bekende en nieuwe gevallen nam toe met de leeftijd tot 75 jaar om daarboven weer enigszins af te nemen. Het aantal bekende gevallen nam in deze registratie in de loop der jaren toe. Slechts 5% van het aantal personen waarbij voor de eerste keer hypertensie werd vastgesteld werd verwezen naar een specialist en 0,6% werd opgenomen in een ziekenhuis. Op grond van deze cijfers zou men hypertensie een aandoening kunnen noemen die typisch tot het terrein van de huisartsgeneeskunde gerekend kan worden. Het verwijlsbeleid in de vier registrerende praktijken loopt nogal uiteen, zeker wat betreft de verwijzingen naar een laboratorium of röntgenafdeling.

De verwijscijfers geven ook nog te denken en wel om de volgende redenen:

- 1 Ondanks het feit dat het grootste deel van de nieuwe gevallen van hypertensie essentiële hypertensie is, is het percentage verwijzingen naar een klinisch-chemisch laboratorium laag. Volgens de richtlijnen die voor hypertensie zijn ontworpen, wordt aanbevolen om enkele gegevens uit de bloedchemie te verzamelen, zoals het serumcreatinine of kaliumgehalte.
- 2 Verwijzingen naar de specialist liggen ook lager dan verwacht, zeker als

men het percentage gevallen van hypertensie met verklaarbare oorzaken in de beschouwing betreft. Het percentage gevallen van hypertensie, die een opspoorbare oorzaak hebben, varieert in de literatuur namelijk van 4 tot 15% van het aantal gevallen.

Deze getallen gelden voor geselecteerde populaties en het is de vraag of deze opgaan voor open populaties. Het is ook mogelijk dat in onze praktijkpopulatie bij een aantal hypertensiepatiënten door onvoldoende onderzoek behandelbare gevallen niet zijn opgespoord. Ook blijkt uit vergelijking met het aantal gevallen van hypertensie die bij een screeningsonderzoek werden vastgesteld, dat in de praktijk van de huisarts, met het hoogst aantal bekende gevallen van hypertensie in zijn praktijkpopulatie, in de leeftijdsgroep van 20-50 jaar nog aanzienlijk meer gevallen van hypertensie werden vastgesteld. Er is geen andere afwijking te vinden waar de laatste jaren zoveel over geschreven is als hypertensie. Ook voor de huisarts is er voldoende kennis te vinden over hypertensie en er zijn zelfs protocollen ontworpen die een uitstekende leidraad kunnen zijn bij behandeling en beleid. Huisartsen vragen zich soms af of het behandelen van een 'symptoomloze ziekte' als bijvoorbeeld hypertensie wel zin heeft.

De keerzijde van deze medaille kan zijn dat de huisarts de hypertensieopsporing en behandeling wordt ontnomen door andere instanties of hogere echelons, waardoor er mogelijk nog meer medicalisering van deze 'aandoening' ontstaat. Bovendien blijkt uit het proefschrift van Van Weel (1981), dat de schadelijke effecten van opsporing en behandeling van hypertensie door de huisarts erg meevallen.

Hypertensie is een risicofactor, die in de huisartspraktijk goed te bestrijden is. De praktijkassistente kan zinvol worden ingeschakeld bij de bestrijding van niet alleen deze risicofactor maar ook van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Van Ree 1981). Tenslotte nog enige kritische kanttekeningen over de hypertensie in de huisartspraktijk. Hypertensie is voor de huisarts, zowel kwantitatief als kwalitatief, een van de belangrijkste chronische aandoeningen. Uit vergelijking met de verschillende prevalentiecijfers van hypertensie in de huisartsenliteratuur (zie tabel 7.5.) blijkt dat in de C.M.R. en het monitoring project hypertensie véél vaker wordt opgespoord dan in het onderzoek van Engeland, Oliemans en Hodgkin. Desondanks blijkt er een aanzienlijk aantal gevallen te worden gemist door de huisarts (zie de gegevens van het screeningsonderzoek in praktijk 1, tabel 7.5.5. en bijv. Van der Feen 1978). Bovendien blijkt dat juist in de leeftijdscategorieën dat opsporing van hypertensie zo belangrijk is (leeftijdscategorieën van 20-50 jaar) het aantal nieuw opgespoorde gevallen in de CMR bij mannen veel lager is dan bij vrouwen, terwijl Van Ree (1981) in een screeningsonderzoek juist bij mannen in deze leeftijdscategorie veel

meer hypertensie opspoorde dan bij vrouwen en dat een groot gedeelte van de wel opgespoorde gevallen (bijna de helft) niet adequaat wordt behandeld.

Hier ligt een enorm probleem. Iedereen is het er over eens dat het verreweg de voorkeur zou verdienen dat de huisarts opsporing en adequate behandeling van hypertensie tot zijn taak zou rekenen. Uit het bovenstaande blijkt echter dat, zelfs in situaties waar men gericht is op opsporing en behandeling van hypertensie, dit probleem nog niet goed genoeg wordt aangepakt. De huisartsen staan voor de keuze om of de opsporing en de behandeling van hypertensie als taak van de huisarts te beschouwen en die goed uit te voeren of het te laten gaan zoals het nu gaat. Wordt besloten het te laten gaan zoals het nu gaat, dan zullen waarschijnlijk anderen deze taak gaan overnemen (zie o.m. het CB-project).

Hypertensie is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid waar de huisarts beslist niet om heen kan.

7.6. Myocardinfarct (E-lijstno. 211)

Een myocardinfarct werd in het algemeen pas als nieuw geval gecodeerd als de klinische verdenking op een hartinfarct mede geverifieerd kon worden door ECG-afwijkingen en/of afwijkingen in de bloedchemie van de enzymen CPK, SGOT en LDH. Hierop werd een uitzondering gemaakt voor die gevallen waarbij de patiënt overleed, voordat nader onderzoek kon worden verricht.

Het hebben van een oud infarct werd beschouwd als kenmerk van de patiënt en werd altijd als bekend geval doorgecodeerd als de patiënt in de jaren na het doormaken van een infarct weer met de huisarts in contact kwam. Dit was een oude afspraak die is gehandhaafd terwille van de vergelijkbaarheid van het onderzoekmateriaal.

Voorkomen

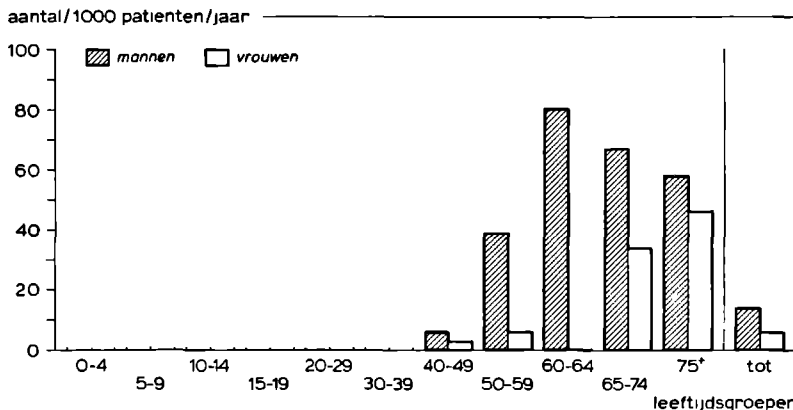
In een standaardparktijk per jaar bekende gevallen: 19 mannen, 8 vrouwen; nieuwe gevallen: 4 mannen, 2 vrouwen.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oltmans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
211	13	2	6.9	4.5	3.4	4.2	4.5

Tabel 7.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.6.1. Bekende gevallen

In figuur 7.6.1. worden de aantallen bekende gevallen van een doorgemaakt hartinfarct, verdeeld over leeftijd en geslacht, per 1000 patiënten per jaar weergegeven.



Figuur 7.6.1.: Patiënten bekend met een doorgemaakt hartinfarct, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

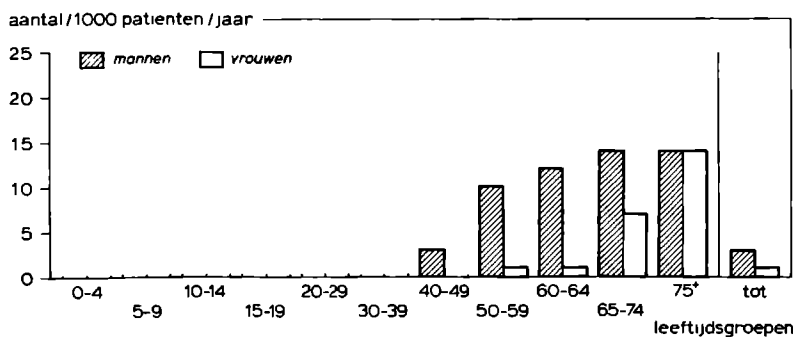
Vanaf het 40e levensjaar nam het aantal bekende gevallen bij mannen toe tot 65 jaar om daarna weer enigszins af te nemen. Bij vrouwen kwamen bekende gevallen ook voor vanaf het 40^e levensjaar. De frequentie hiervan steeg echter juist aanzienlijk boven de 65 jaar. Bij vrouwen kwamen duidelijk minder bekende gevallen voor dan bij mannen.

7.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van myocardinfarct, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Nieuwe gevallen van myocardinfarct werden bij mannen vanaf het 40^e en bij vrouwen van het 50^e levensjaar in met de leeftijd toenemende frequentie geregistreerd. Boven het 75^e jaar was de frequentie bij mannen en vrouwen gelijk. In jongere leeftijdscategorieën was het aantal gevallen bij mannen aanzienlijk hoger dan bij vrouwen.



Figuur 7.6.2.: Nieuwe gevallen van myocardinfarct, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

7.6.3. Verwijzingen, opnamen en het aantal acute hartdoden

In tabel 7.6.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer een myocardinfarct werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen. Tevens wordt het aantal personen vermeld dat stierf aan een acute hartdood.

aantal	188		
aantal acute hartdoden	66		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	89	21	1
opgenomen	82		

Tabel 7.6.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer een myocardinfarct werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 188 personen waarbij voor de eerste keer een myocardinfarct werd vastgesteld, stierf 35% een acute hartdood. 47% werd verwezen naar een specialist, 12% naar een laboratoriumafdeling, 0,5% naar overige instanties en 44% werd in een ziekenhuis opgenomen. Uit deze cijfers valt ook af te leiden dat een niet onaanzienlijk gedeelte van de patiënten die niet acuut overleden (27%) thuis door de huisarts zelfstandig zijn behandeld. Dit cijfer komt ongeveer overeen met de 23% die in de morbiditeitsregistratie van de Peilstations (1978) werd opgegeven.

7.6.4. *Beschouwing*

Bij vergelijking van het aantal bekende en nieuwe gevallen valt op, dat er, ondanks de vaak dodelijke afloop bij een myocardinfarct (ongeveer 1/3 van het aantal gevallen), een aanzienlijk aantal mensen zijn (27 in een standaardpraktijk) die een hartinfarct hebben doorgemaakt. Hieruit blijkt dat de huisarts een belangrijke taak kan hebben bij de nazorg van zijn infarctpatiënten.

Op de betrouwbaarheid van de anamnese, de diagnostiek en indicaties voor behandeling van een hartinfarct thuis wordt in het kader van deze studie niet nader ingegaan.

Het woord hartrevalidatie wordt ten onrechte vaak vereenzelvigd met fysieke revalidatie. De doelstellingen van revalidatie liggen ruimer. Men verstaat daaronder: het streven naar een optimaal functioneren van de patiënt in fysiek, psychisch en maatschappelijk opzicht. Aan alle 3 aspecten dient aandacht te worden besteed.

Over fysieke revalidatie en revalidatie in relatie tot werkhervatting is onderzoek gedaan (Vermeulen 1978, Diederiks 1981). Enkele resultaten uit deze onderzoeken zijn:

Revalidatie had geen aantoonbare invloed op werkhervatting, wel gingen de gerevalideerde patiënten vaker volledig aan het werk. Bij veel patiënten was het niet hervatten van het werk aan andere factoren dan het hartinfarct toe te schrijven, zoals angst en onzekerheid van de patiënt en zijn familie, onvoldoende motivatie om te werken, onvoldoende instructie en adviezen van artsen, de mate van activiteit die voor het werk nodig is.

Hoewel werkhervatting wel enige waarde als succes criterium voor revalidatie blijkt te hebben (Diederiks 1981), doet zich tegelijkertijd het verschijnsel voor, dat hervatting steeds problematischer wordt door de sociaal-economische omstandigheden. Het is noodzakelijk nieuwe maatschappelijke doelen van de revalidatie te definiëren en daaraan inhoud te geven.

Er zijn nog geen interventies die overtuigende effecten opleveren (Diederiks 1982). Belangrijker lijkt wat men de 'quality of life' noemt. Wanneer men probeert de meer psycho-sociaal georiënteerde artikelen over de nazorg van hartinfarctpatiënten te overzien, blijkt daaruit dat de huisarts veel meer overtuigd zou moeten zijn van zijn mogelijkheden op dit gebied. Deze mogelijkheden liggen niet in eerste instantie op het medisch-technische vlak, hoewel medicijnbewaking en aspecten van secundaire preventie als stoppen met roken en bloeddrukregulatie ook belangrijk zijn, maar veel meer op het gebied van de psycho-sociale zorg. Uit de literatuur blijkt o.a. het volgende:

- De reactie van de patiënt hangt juist niet af van zijn lichamelijke handicap, maar van zijn ideeën over de effecten die het infarct zal hebben op zijn manier van leven en zijn persoon. De invaliditeit wordt vooral bepaald door psychologische factoren en heeft geen duidelijke relatie met de 'cardiac state' (Mayou, 1978).
- De reacties van de familie hebben een grote invloed op de mate van herstel (Mayou, 1978).
- Omdat de familie zich vaak veel te beschermend gedraagt en ook zelf bij deze aandoening wordt betrokken, zijn er sterke argumenten om de partner bij de revalidatie te betrekken en aan te moedigen samen met de patiënt de normale activiteiten van het leven weer op te nemen (Bremer-Schulte, 1981, Mayou, 1978).

Na het doormaken van een infarct speelt de echtgeno(o)t(e) de belangrijkste rol bij het zich opnieuw aanpassen van de patiënt aan zijn situatie. Haar houding en gedrag en de kwaliteit van de gezinssituatie zijn belangrijke factoren die het herstel bepalen. De partners van patiënten die een myocardinfaarct hebben doorgemaakt zullen meer praktische hulp en advies moeten krijgen gedurende de hospitalisatie en de hele familie moet steun krijgen tijdens de herstelperiode thuis (Mayou, 1978).

De mate van stress die door de partners van hartinfarctpatiënten wordt ervaren is veel meer afhankelijk van de kwaliteit van de huwelijksrelatie dan van factoren als huishoudelijk werk, een baan, leeftijd en sociale laag (Croog, 1978).

Waarschijnlijk is het beter te streven naar een zo spoedig mogelijk herstel van de normale activiteiten door regelmatige bemoediging en ondersteuning van patiënt, echtgeno(o)t(e) en familie dan te streven naar een kunstmatige en min of meer dramatisch georganiseerde revalidatie. Een meer op de bovengenoemde aspecten gerichte aanpak biedt een kans voor de huisarts om zijn taak als gezinsarts en begeleider van chronische patiënten waar te maken.

Tenslotte nog enige opmerkingen over de secundaire preventie. Op dit terrein lijkt het voor de huisarts vooral van belang de bloeddruk en het rookgedrag te bewaken. Op grond van het uitgebreide overzicht van May (1982) van gecontroleerde studies op het gebied van secundaire preventie kunnen we mogelijk positieve effecten verwachten van medicijnen. De huidige stand van zaken op dit gebied geeft indicatie voor het effect van betablokkers, trombocytaggregatieremmers en fysieke training. De onderzoeksresultaten zijn echter van dien aard dat het algemeen invoeren van deze maatregelen nog op zich zal moeten laten wachten tot meer onderzoek in grotere populaties is verricht.

7.7. Angina pectoris (E-lijstno. 212)

Angina pectoris werd als nieuw geval gecodeerd als de anamnese daartoe aanleiding gaf. De diagnose angina pectoris is in deze registratie een voornamelijk anamnestiche diagnose, die niet door laboratorium of ECG-bepaling bevestigd diende te worden.

In tegenstelling tot het doorcoderen van de bekende gevallen van een myocardinfarct werden de bekende gevallen van angina pectoris alleen doorgecodeerd als de patiënt nog klachten had van angina pectoris of specifiek voor deze aandoening werd behandeld of gecontroleerd.

Voorkomen

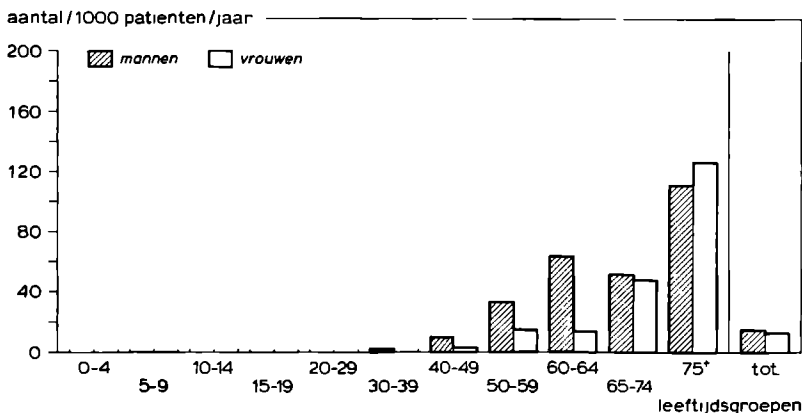
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 19 mannen, 18 vrouwen; nieuwe gevallen: 4 mannen, 4 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oltiemans	pr. Hodgkin
212	16	3	19.1	7.0	4.2	4.4	6.7-8.5

Tabel 7.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.7.1. Bekende aandoeningen

In figuur 7.7.1. worden de aantallen bekende gevallen van angina pectoris, verdeeld over leeftijd en geslacht, per 1000 patiënten per jaar weergegeven.



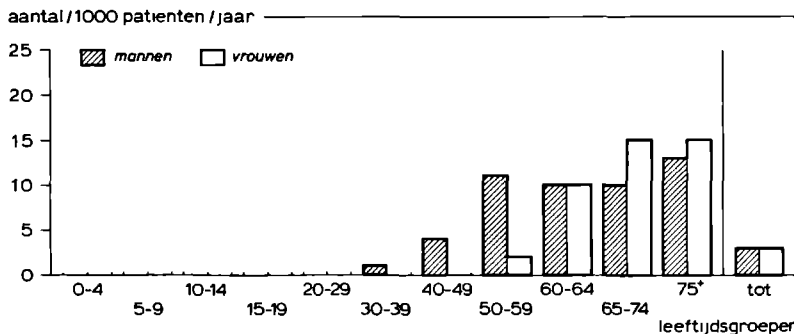
Figuur 7.7.1.: Bekende gevallen van angina pectoris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Het aantal bekende gevallen van angina pectoris nam toe met de leeftijd. Bij mannen werden vanaf 30 jaar, bij vrouwen vanaf 40 jaar, bekende gevallen geregistreerd. In de leeftijd van 30 tot 65 jaar hadden de mannen de overhand, tussen 65 en 75 jaar lagen mannen en vrouwen ongeveer gelijk en boven de 75 jaar werden er meer vrouwen als bekend geval geregistreerd. Deze gegevens werpen de vraag op of mannen, ondanks redelijke prognose, relatief vroeger sterven dan vrouwen.

7.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van angina pectoris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 7.7.2.: Nieuwe gevallen van angina pectoris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Angina pectoris werd van de leeftijd van 30 jaar in toenemende mate geregistreerd. Vanaf het 60^e levensjaar was het aantal nieuwe gevallen vrij constant. Vanaf het 30^e tot 60^e levensjaar werd angina pectoris vooral bij mannen geregistreerd, bij vrouwen wat later, terwijl in oudere leeftijdsklassen de vrouwen iets de overhand hebben.

Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen valt op dat vele nieuwe gevallen bekende gevallen worden. Angina pectoris is een chronische aandoening die toeneemt met de leeftijd. Dit in tegenstelling tot het beloop bij het hartinfarct waarbij de bekende gevallen na het 65^e jaar afnemen.

7.7.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 7.7.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer angina pectoris werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties, weergegeven over de periode 1971-1978 in de 4 praktijken tezamen.

aantal	226		
verwezen naar:	spec. 61	lab. 21	ov. 1
opgenomen	26		

Tabel 7.7.3.; Aantal personen waarbij voor de eerste keer angina pectoris werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 226 personen met angina pectoris werd 27% verwezen naar een specialist, 9% naar het laboratorium of röntgenafdeling en 0,4% naar een overige instantie. 12% werd opgenomen in een ziekenhuis.

Beschouwing

Angina pectoris is gezien de frequentie voor de huisarts een belangrijke chronische aandoening. De frequentie neemt toe met de leeftijd en veel nieuwe gevallen worden bekende gevallen. Kennelijk blijven de mensen met angina pectoris nog lang leven. In een standaardpraktijk is de frequentie van voorkomen van bekende en nieuwe gevallen bij mannen en vrouwen ongeveer gelijk. Mannen krijgen angina pectoris op jongere leeftijd dan vrouwen. Uit de verwijzpercentages blijkt dat er minder mensen worden verwezen dan men zou verwachten op grond van de literatuur op dit gebied. Het lijkt gewenst dat er meer gegevens worden verzameld over het natuurlijk beloop bij angina pectoris. Alle ontwikkelingen op het gebied van de therapie dienen tegen deze achtergrond te worden bestudeerd.

Technische en medicamenteuze ontwikkelingen zullen juist bij deze aandoening het beleid van de huisarts kunnen beïnvloeden. Het is daarom van belang dat de huisarts goed op de hoogte blijft van nieuwe ontwikkelingen en zijn verwijsbeleid daaraan aanpast. Het lijkt aanbeveling te verdienen dat huisartsen samen met specialisten goede protocollen ontwikkelen over het beleid bij deze aandoening. Patiënten met angina pectoris lopen extra risico om een infarct te krijgen of te overlijden aan een acute hartdood. De huisarts heeft een taak om te proberen dit zo mogelijk te voorkomen of uit te stellen. Hierbij verdienen de bekende risicofactoren de

aandacht. Controle van gewicht, bloeddruk, cholesterol, rookgedrag en andere tekenen van ziekte aan het hart-vaatstelsel, een goede indruk van de ernst van de angina pectoris op basis van een goede anamnese en tenslotte een gedegen medicamenteuze kennis op dit gebied behoren tot het takenpakket van de huisarts.

7.8. Myodegeneratio cordis (E-lijstno. 213)

Myodegeneratio cordis is een moeilijk te hanteren begrip. Onze afspraak was dat alle verschijnselen van een slechte functie (inclusief electrofysiologische) van de hartspier onder dit nummer moesten worden gecodeerd. Klinische beelden zoals decompensatio cordis, cor pulmonale en boezemfibrilleren zijn onder dit nummer te vinden. Myodegeneratio cordis werd als bekend geval doorgecodeerd als dit verschijnsel nog werd behandeld of nog werd gecontroleerd.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 12 mannen, 18 vrouwen; nieuwe gevallen: 3 mannen. 4 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oltmans	pr. Hodgkin
213	15	2	12.7	6.7	5.9	3.7	8.8-11.1

Tabel 7.8.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.8.1. Bekende aandoeningen

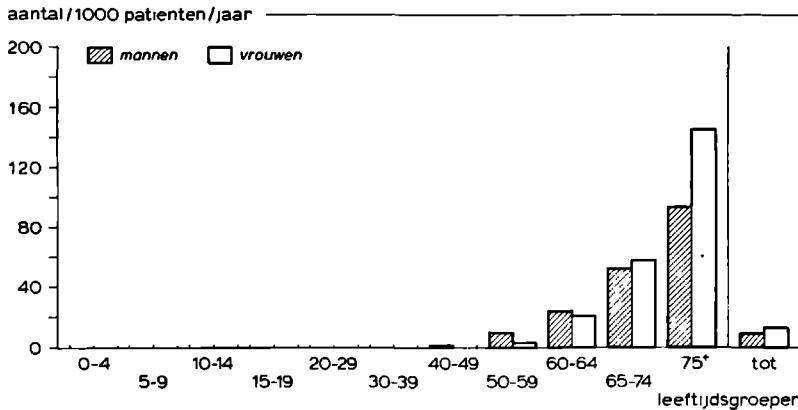
In figuur 7.8.1. worden het aantal bekende gevallen van myodegeneratio cordis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

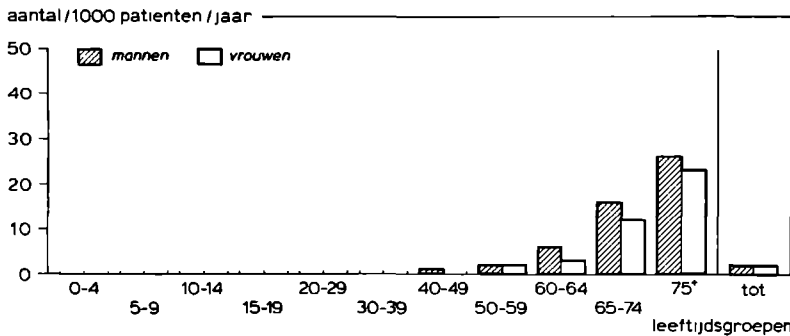
Vanaf de leeftijd van 40 jaar namen de bekende gevallen toe met de leeftijd. Verschillen tussen mannen en vrouwen waren te zien in de leeftijdsgroep 50-59 jaar en vooral in de leeftijdsgroep 75⁺ jaar, waarin meer vrouwen dan mannen deze aandoening presenteerden.

7.8.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.8.2. worden het aantal nieuwe gevallen van myodegeneratio cordis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 7.8.1.: Bekende gevallen van myodegeneratio cordis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patienten).



Figuur 7.8.2.: Nieuwe gevallen van myodegeneratio cordis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patienten).

Commentaar

Net zoals bij de bekende gevallen trad myodegeneratio cordis vanaf het 40^e levensjaar op en neemt toe met de leeftijd. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet groot. Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen blijkt dat myodegeneratio cordis een typisch chronische aandoening is van de oude dag.

7.8.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 7.8.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer

myodegeneratio cordis werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties of werden opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in alle praktijken tezamen.

aantal	200		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	29	36	2
opgenomen	19		

Tabel 7.8.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer myodegeneratio cordis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

15% van de personen waarbij myodegeneratio cordis werd vastgesteld werd verwezen naar een specialist, 18% naar laboratorium of röntgen en 1% naar overige instanties. 10% werd opgenomen in een ziekenhuis.

Beschouwing

Myodegeneratio cordis is een chronische aandoening die voor de huisarts zeer belangrijk is. Deze aandoening neemt in frequentie vanaf het 40^e levensjaar toe met de leeftijd. Boven het 65^e jaar overheersen vrouwelijke patiënten. Slechts 15% van de mensen met deze aandoening werd verwezen naar een specialist. Uit het verloop blijkt dat deze aandoening typisch een ziekte is van de oude dag. Gezien de complexe pathologie op oudere leeftijd (o.a. het hebben van meerdere aandoeningen) zal de huisarts in veel gevallen zelf een behandeling moeten kunnen instellen. Kennis en het bijhouden van nieuwe inzichten, vooral op medicamenteus terrein, zal onontbeerlijk zijn.

Ook deze aandoening leent zich uitstekend om samen met specialisten protocollen op te stellen over het te volgen beleid.

Deze aandoening vraagt dikwijls om een chronisch medicamenteuze therapie. Kennis omtrent digitalisatie (hoeveel en hoe lang), de keuze van het juiste diureticum, aanvullende therapieën met vaatverwijders en controle van nierfunctie en kaliumgehalte is noodzakelijk, evenals het voorschrijven van een zoutloos dieet.

Het volgen van het gewicht is voor de huisarts een van de belangrijkste parameters van de effecten van de therapie. Een goede weegschaal is in deze een zeer belangrijk instrument. Wat betreft het gebruik van zout zijn er bijv. mogelijkheden de patiënt per dag een afgewogen hoeveelheid zout toe te staan en dit gebruik te controleren met het gewicht. Op dit gebied lijken ook de mogelijkheden om samen met de patiënt een beleid te voeren nog niet uitgeput te zijn.

7.9. Varices van de benen (E-lijstno. 224)

Varices van de benen werden als nieuwe aandoening geregistreerd als de patiënt duidelijk waarneembare varices presenteerde of met klachten daarover het spreekuur bezocht of als de huisarts bij lichamelijk onderzoek varices constateerde ook al was de patiënt dáárvoor niet gekomen. Bekende gevallen werden geregistreerd indien de varices (met of zonder klachten) het jaar volgend op de registratie als nieuwe aandoening nog aanwezig waren of behandeld werden (bijv. met elastische kousen).

Voorkomen

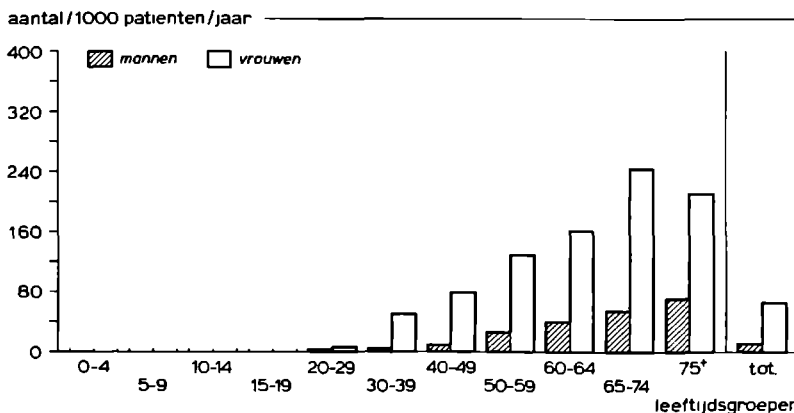
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 16 mannen, 93 vrouwen; nieuwe gevallen: 5 mannen, 17 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
224	44	7	14.0	8.0	3.9	4.4	13.4-16.7

Tabel 7.9.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.9.1. Bekende aandoeningen

In figuur 7.9.1. worden het aantal bekende gevallen van varices, verdeeld naar leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



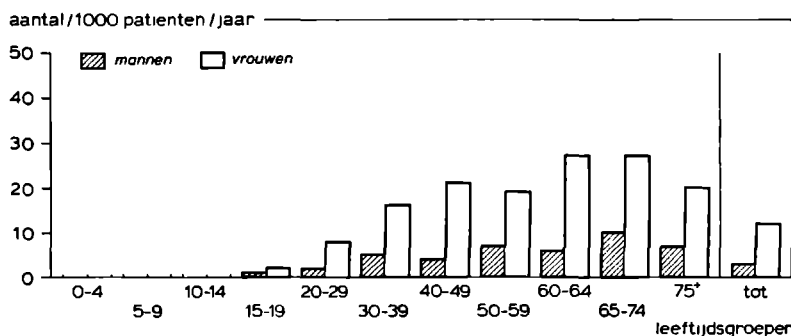
Figuur 7.9.1.: Bekende gevallen van varices, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van varices kwamen vanaf het 20^e levensjaar voor en namen toe met de leeftijd. Bij mannen was er een toename tot in de hoogste leeftijdsgroep. Bij vrouwen was er een toename tot 75 jaar en een afname in de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. Bij vrouwen kwamen veel meer bekende gevallen voor dan bij mannen.

7.9.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.9.2. worden het aantal nieuwe gevallen van varices, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 7.9.2.: Nieuwe gevallen van varices, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 15 jaar worden nieuwe gevallen van varices aan de benen, zowel bij mannen als bij vrouwen, toenemend met de leeftijd en iets afnemend boven de 75 jaar gepresenteerd. Bij vrouwen komen echter nieuwe gevallen in alle leeftijdsklassen veel meer voor dan bij mannen.

7.9.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 7.9.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer varices werden vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd

aantal	612		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	89	1	-
opgenomen	26		

Tabel 7.9.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer varices werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

Commentaar

Van de 612 personen met varices werd 14% verwezen naar een specialist, nog geen procent werd verwezen naar laboratorium of röntgen en geen naar overige instanties. 4% werd opgenomen in een ziekenhuis.

7.9.4. Beschouwing

Varices is een veel voorkomende aandoening in de huisartspraktijk. Wat dient te worden opgemerkt is, dat in deze registratie niet alleen die gevallen waarvoor de patiënt zelf medische hulp zocht werden geregistreerd, maar ook die gevallen welke de huisarts bij enig onderzoek constateerde. Het aantal nam toe met de leeftijd en was op alle leeftijden bij vrouwen veel hoger dan bij mannen. Opvallend is dat de aandoening ook al op jonge leeftijd werd geregistreerd (nieuwe aandoeningen al vanaf de leeftijdscategorie 15-19 jaar), terwijl in de oudste leeftijdscategorie nieuwe en bekende gevallen minder werden geregistreerd dan in de leeftijdscategorieën die daaraan voorafgaan. Van de personen met varices werd 15% verwezen naar een specialist en 4% werd opgenomen. Het is dus een aandoening die meestal onder de hoede van de huisarts bleef.

Een groot deel van de volwassenen, juist in Westerse landen, krijgt varices. Als mogelijke oorzaken worden genoemd: adipositas, positieve familie anamnese, diep veneuze thrombose (waarschijnlijk komt dit meer voor dan men denkt en zijn de verschijnselen meestal subklinisch), zwangerschap, voedingsgewoonten, gebrek aan beweging, lang staan en roken.

De diagnose wordt meestal door de patiënt zelf gesteld en de redenen om een arts te raadplegen zijn: meestal cosmetische redenen, pijnlijke jeuken-de benen, eczeem of een ulcus cruris en tenslotte tromboflebitis.

7.10. Claudicatio intermittens (Perifere arteriële vaatziekten) (E-lijstno. 223)

In de E-lijst worden bij deze diagnosecode alle perifere arteriële vaatziekten ondergebracht zoals: claudicatio intermittens, emboliën en de ziekte van Bürger. Met uitzondering van enkele gevallen van een arteriële embolie in de benen werden onder deze code voornamelijk gevallen van claudicatio intermittens geregistreerd. Claudicatio werd als nieuw geval gecodeerd als de typische anamnese daartoe aanleiding gaf. De diagnose werd in deze registratie voornamelijk op de anamnese gesteld. Lichamelijke

afwijkingen zoals slechte arteriële pulsaties of een positieve proef van Bürger waren slechts aanvullende bevindingen.

Bekende gevallen van claudicatio intermittens werden doorgecodeerd als de patiënt nog klachten had of specifiek voor deze aandoening werd behandeld (bijvoorbeeld met anticoagulantia), maar ook als de patiënt was geopereerd en bijvoorbeeld onder controle van specialist, trombose-dienst of huisarts bleef.

Voorkomen

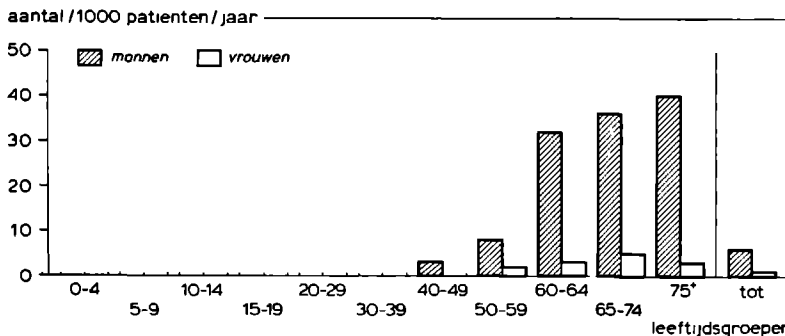
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 12 mannen, 3 vrouwen; nieuwe gevallen: 4 mannen, 2 vrouwen.

<i>E-lizetno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
223	7	3	4.9	3.9	3.5	3.0	2

Tabel 7.10.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

7.10.1. Bekende aandoeningen

In figuur 7.10.1. worden de aantallen bekende gevallen van claudicatio intermittens, verdeeld over leeftijd en geslacht, per 1000 patiënten per jaar weergegeven.



Figuur 7.10.1.: Bekende gevallen van claudicatio intermittens, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

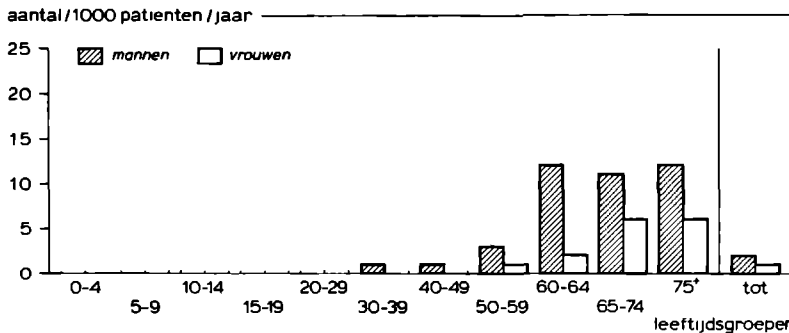
Commentaar

Het aantal bekende gevallen van claudicatio intermittens nam toe met de leeftijd. Bij mannen werden vanaf 40 jaar, bij vrouwen vanaf 50 jaar

bekende gevallen geregistreerd. Het aantal bekende gevallen bij mannen was aanzienlijk groter dan bij vrouwen. Bij mannen was de stijging van het aantal bekende gevallen van de leeftijdscategorie van 50 naar 60 jaar erg hoog, terwijl bij vrouwen er een lichte stijging tot de leeftijdscategorie 65-74 en een lichte daling in de leeftijdscategorie 75⁺ was te constateren.

7.10.2. Nieuwe gevallen

In figuur 7.10.2. worden het aantal nieuwe gevallen van claudicatio intermittens, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 7.10.2.: Nieuwe gevallen van claudicatio intermittens, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Claudicatio intermittens werd van de leeftijd van 30 jaar in toenemende mate geregistreerd. Van het 30^e tot 65^e jaar werd claudicatio intermittens vooral bij mannen geregistreerd, bij vrouwen wat later. Vanaf het 65^e levensjaar was het aantal nieuwe gevallen bij mannen vrij constant en nam het bij vrouwen iets toe. Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen valt op dat in de volgende jaren vele nieuwe gevallen als bekende gevallen worden geregistreerd.

7.10.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 7.10.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer claudicatio intermittens werd vastgesteld en het aantal personen dat in de loop van de onderzoeksperiode werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties, weergegeven over de periode 1971-1978 in de 4 praktijken tezamen.

aantal	138		
verwezen naar:	spec. 49	lab. 3	ov. 8
opgenomen	24		

Tabel 7.10.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer claudicatio intermittens werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 138 personen met claudicatio intermittens werd 36% verwezen naar een specialist, 2% naar een laboratorium of röntgenafdeling en 17% werd opgenomen in een ziekenhuis.

Beschouwing

Claudicatio intermittens is gezien de frequentie voor de huisarts een niet te verwaarlozen aandoening. De frequentie neemt toe met de leeftijd en veel nieuwe gevallen worden bekende gevallen. Bij mannen komt deze aandoening meer voor dan bij vrouwen en manifesteert deze aandoening zich ook al veel eerder. Uit de verwijzpercentages blijkt dat er slechts ongeveer 1/3 deel van de gevallen in de periode 1971-1978 naar een specialist werd verwezen en 17% werd opgenomen. Het lijkt gewenst dat net zoals bij angina pectoris er meer gegevens worden verzameld over het natuurlijk beloop van deze aandoening. Mede op basis van het natuurlijk beloop immers moeten ontwikkelingen op het gebied van de therapie worden beoordeeld. Claudicatio intermittens is een van de manifestaties van een slechter wordend vaatstelsel. De huisarts heeft een taak om te proberen andere complicaties van dit slechter worden te voorkomen of uit te stellen. Hierbij verdient de bestrijding van de bekende risicofactoren de aandacht. Voor de huisarts zijn er ten aanzien van deze aandoening nog twee belangrijke problemen, waarover nog veel misverstanden heersen en wel het gebruik van vaatverwijdende middelen en anticoagulantia.

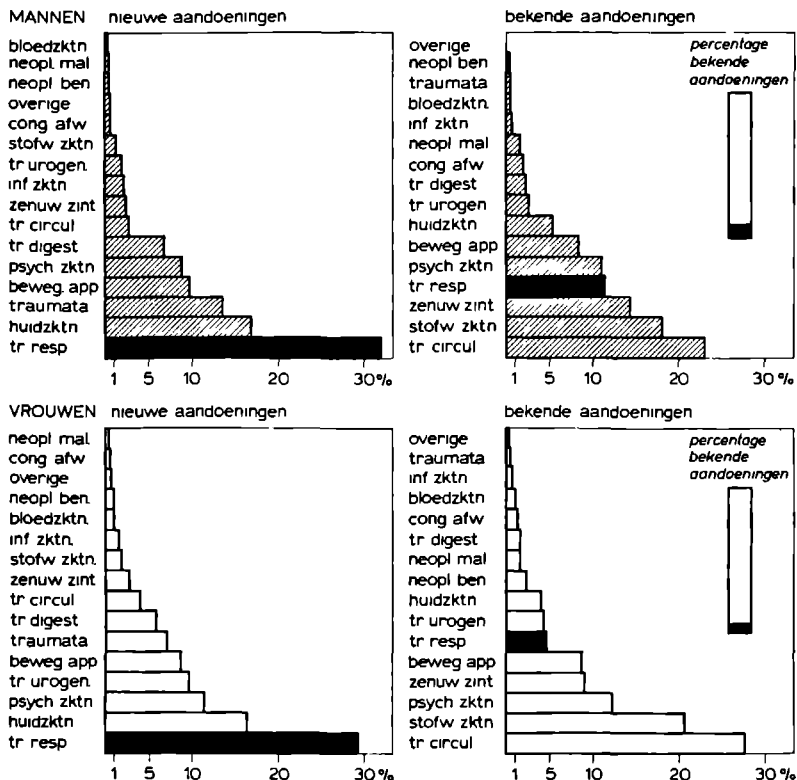
Offerhaus (1981) stelt, dat voor geen van de in Nederland verkrijgbare zogenaamde 'vaatverwijders' er een uitwerking bij patiënten met arteriosclerosis obliterans in de benen is bewezen. Van Zwielen (1980) trekt deze conclusie ook. De enige wijze waarop een duidelijke verbetering van de inspanningstolerantie bij claudicatio intermittens bereikt kan worden, is de stimulering van de vorming van collateralen door intensieve en regelmatige loopoefeningen en uiteindelijk door chirurgisch ingrijpen.

Wat betreft het gebruik van anticoagulantia stelt Vroonhoven (1979) dat er geen reden meer is om anticoagulantia zonder meer voor te schrij-

ven. Dit zou wel verstandig zijn bij patiënten met een gestenoseerde arteria femoralis superficialis, patiënten met een vaatreconstructie beneden de lies met alloplastisch materiaal en patiënten die een embolectomie hebben ondergaan.

Groep 8: Ziekten van de tractus respiratorius

8.1. Plaats in de totale morbiditeit



Figuur 8.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van de tractus respiratorius, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

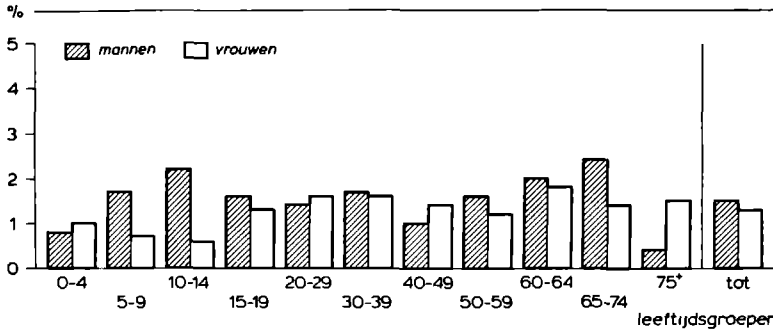
8.2. Frequentie in een standaardpraktijk

<i>8a bovenste luchtwegen</i>		<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
		<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
085	hoofkoorts, incl rhinitis vasomotorica	12	10	8	6
183	otitis media acuta	0	5	41	37
184	otitis media chronica	5	8	2	1
185	mastoiditis	-	0	0	1
191	tubair catarre, incl glue ear	2	1	10	11
194	oorpijn	-	-	0	6
240	verkoudheid zonder koort, rhinitis, excl tubair catarre 191 en rhinitis vasomotorica 085	0	2	0	8
241	verkoudheid met koorts, griepje, pharyngitis	-	0	2	162
242	tonsillitis	-	0	7	98
243	acute sinusitis	-	0	3	20
250	chronische sinusitis	0	2	0	4
249	hypertrofie van tonsillen en adenoid	0	3	0	3
256	overige symptomen van de bovenste luchtwegen, incl neuspoliep	0	2	-	0
259	keelpijn	-	-	0	4
264	epistaxis (= neusbloeding) (niet traumatisch)	0	2	-	3

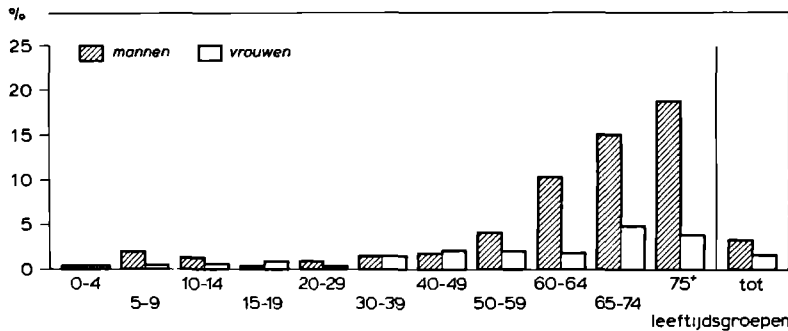
<i>8b onderste luchtwegen</i>		<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
		<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
086	astma, excl bronchitis met astmatische component 247 en 248	8	9	0	2
244	laryngitis, tracheitis, incl pseudocroup	-	-	7	9
245	influenza*	-	-	11	8
246	pneumonie, excl pneumonie van de neonatus 442	-	-	17	9
247	acute bronchitis, incl bronchitis met astmatische component	-	0	3	69
248	chronische bronchitis, excl allergische astmatische bronchitis en astma 086	37	4	12	3
251	pleuritis	-	-	0	3
252	spontane pneumothorax	-	-	0	3
253	pneumoconiose, silicose (= stoflong)	0	2	-	0
254	bronchiectasieën	0	5	1	0
255	emfyseem	3	3	1	1
262	cyanose, excl cardiaal 232	-	-	-	-
264	hemoptoë	-	-	0	2
265	dyspnoe, excl cardiaal 235	-	-	-	-
266	stridor	-	-	-	-
267	hoesten	-	-	1	3
268	sputum niet geïnfecteerd	0	3	-	0
269	sputum geïnfecteerd	-	-	-	-
270	heesheid	-	-	0	6
271	pleurapijn	-	-	0	1
272	overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten in deze groep, incl nasale spraak, ulcus nasi	-	0	2	0

* Influenza werd bij de berekeningen ondergebracht bij de ziekten van de bovenste luchtwegen en opgeteld bij codeno 241

8.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus respiratorius



Figuur 8.3.1.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep bovenste luchtwegen, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).



Figuur 8.3.2.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep onderste luchtwegen, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

←

Tabel 8.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van de tractus respiratorius, naar geslacht in absolute aantallen per jaar in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

8.4. Commentaar

Figuur 8.1. In de totale morbiditeit nam deze groep wat betreft het voorkomen van nieuwe aandoeningen, zowel voor mannen als voor vrouwen, de absolute eerste plaats in. Wat betreft het voorkomen van bekende aandoeningen gold dat deze groep bij mannen een goede middenplaats ($\pm 10\%$) en bij vrouwen een kleinere middenplaats (5%) innam.

Tabel 8.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren:

a van de bovenste luchtwegen: hooikoorts (inc. rhinitis vasomotorica), otitis media chronica, tubair catarre.

b van de onderste luchtwegen: chronische bronchitis, astma.

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren:

a van de bovenste luchtwegen: verkoudheid zonder koorts, verkoudheid met koorts, tonsillitis.

b van de onderste luchtwegen: acute bronchitis, bronchopneumonie, influenza.

Figuur 8.3.1.: 1,5% van de mannen en 1,3% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening die in de groep ziekten van de bovenste luchtwegen is onder te brengen. Het aantal personen was zowel bij mannen als bij vrouwen vrij constant over alle leeftijdsgroepen.

Figuur 8.3.2.: 3,3% van de mannen en 1,6% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening die in de groep ziekten van de onderste luchtwegen zijn onder te brengen. Het aantal personen nam vooral bij mannen en in mindere mate bij vrouwen vanaf de jongste leeftijdsgroepen langzaam toe met de leeftijd.

8.5. Allergische rhinitis en hooikoorts (E-lijstno. 085)

Allergische rhinitis en hooikoorts werden als nieuw geval gecodeerd indien op grond van de anamnese en/of eventueel laboratorium- of specialistisch onderzoek de diagnose kon worden bevestigd. De anamnese zoals hevige niesaanvallen, jeuk in de neus, waterige rinorroe, het gebruik van zeer veel zakdoeken, jeukerige branderige ogen, eventueel afhankelijk van aanwezigheid in een bepaalde omgeving, was voor de registrerende artsen meestal voldoende om tot codering van deze diagnose over te gaan. Het doorcoderen als een bekend geval werd alleen gedaan als de patiënt zich met zijn klachten het volgende jaar weer presenteerde en/of medicatie kreeg voor zijn kwaal.

Voorkomen

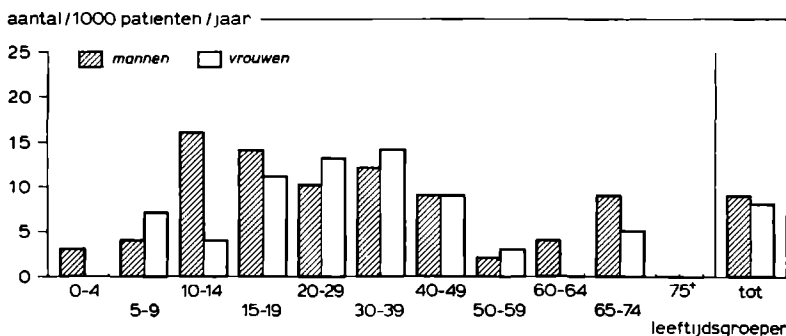
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 12 mannen, 11 vrouwen; nieuwe gevallen: 7 mannen, 7 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
085	15	5	17.1	11.5	10.6	3.5	3.1

Tabel 8.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

8.5.1. Bekende aandoeningen

In figuur 8.5.1. worden het aantal bekende gevallen van allergische rhinitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.5.1.: Bekende gevallen van allergische rhinitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

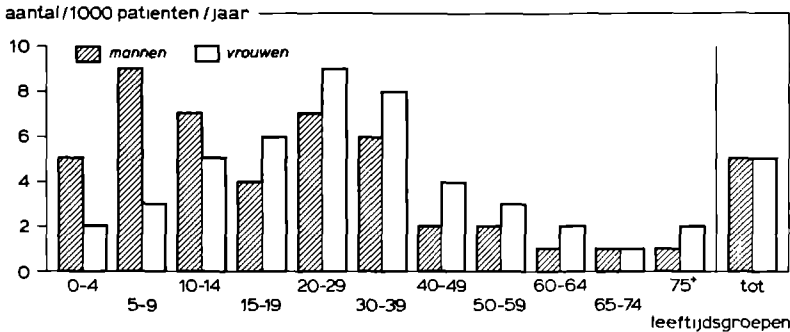
Commentaar

Bekende gevallen van allergische rhinitis kwamen vooral voor in de leeftijd tussen 10 en 50 jaar. Het aantal bekende gevallen bleef in die periode vrij constant. Zowel in de jongere leeftijdsgroepen van 0 tot 20 jaar als in de oudere leeftijdsgroepen van 50 tot 75 jaar bleken er enkele bekende gevallen voor te komen. Boven de 75 jaar werden er geen bekende gevallen meer geregistreerd.

8.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 8.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van allergische rhinitis,

verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.5.2.: Nieuwe gevallen van allergische rhinitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Allergische rhinitis kwam op elke leeftijd voor. Vanaf de leeftijdsgroep 0-4 jaar tot 40 jaar kwamen er meer nieuwe gevallen voor dan boven de 40 jaar. Verschil tussen mannen en vrouwen was er nauwelijks.

8.5.3. Beschouwing

Het is jammer dat in deze registratie geen onderscheid is te maken tussen gevallen van hooikoorts en andere vormen van allergische rhinitis (bijv. perennial rhinitis). Daarom is het ook te verklaren dat er een aantal nieuwe gevallen in de leeftijdsgroepen 0-4 en 5-9 jaar en in de oudste leeftijdsgroepen voorkomen. De meeste nieuwe en bekende gevallen in de puberteit en in de jong volwassen en volwassen leeftijdsgroepen betreffen toch gevallen van hooikoorts. Uit vergelijking van nieuwe en bekende gevallen blijkt, dat een groot deel van deze aandoeningen overgaan. Het is meestal geen aandoening waarvan men zijn leven lang last behoeft te hebben. De verschijnselen kunnen verminderen zodat er geen behandeling meer nodig is, of totaal verdwijnen. Een echte 'chronische aandoening' die niet meer verdwijnt of restverschijnselen vertoont, is de allergische rhinitis in de meeste gevallen niet. De therapie is meestal symptomatisch en het is aan te bevelen daarvoor een bepaald protocol op te stellen waarbij de ervaringen van de patiënt met een medicament van grote invloed kunnen zijn (zie voor het protocol Van de Lisdonk, 1979).

8.6. Otitis media chronica (E-lijstno. 184)

Otitis media chronica werd als nieuw geval gecodeerd wanneer een geval van otitis media langer duurde dan tenminste 6 weken. Wanneer iemand behandeld voor een acute otitis media, langer dan 6 weken nog last had van een loopoor of als er een perforatie van het trommelvlies werd geconstateerd, werd er afgesproken dat dit als een chronische otitis media gecodeerd zou worden. Als bekend geval werden alleen die gevallen gecodeerd, die in het volgende jaar nog onder behandeling of controle waren (bij de huisarts en/of specialist).

Voorkomen

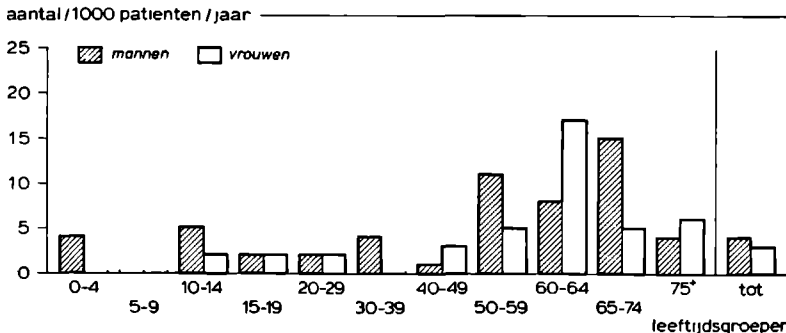
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 6 mannen, 4 vrouwen; nieuwe gevallen: 2 mannen, 2 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
184	5	1	geen apart nummer		2.2	1.8	2.2-2.8

Tabel 8.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

8.6.1. Bekende aandoeningen

In figuur 8.6.1. worden het aantal bekende gevallen van otitis media chronica, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



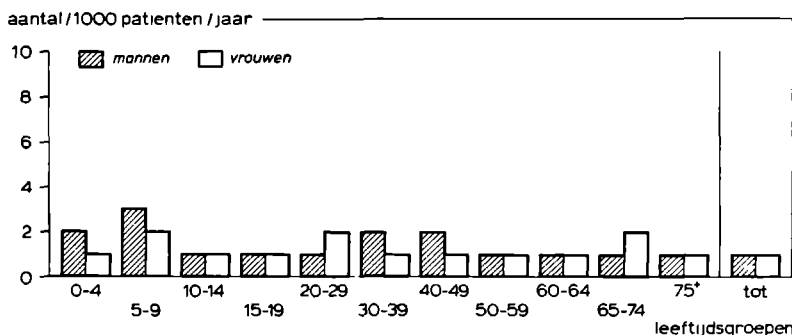
Figuur 8.6.1.: Bekende gevallen van otitis media chronica, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Behalve in de leeftijdsgroep 5-9 jaar kwamen bekende gevallen van otitis media chronica in alle leeftijdsgroepen voor. Vanaf 50 jaar was er een toename te constateren die na het 75^e jaar weer afnam. Het is bekend dat chronische otitis media vroeger veel meer voorkwam dan tegenwoordig, nu hiervoor veel eerder operatief wordt ingegrepen. Dit zou kunnen verklaren waarom deze aandoening in ons materiaal vooral bij oudere mensen werd geregistreerd. Het zou ook kunnen zijn, dat hierbij een rol heeft gespeeld, dat bij mensen in de oudere leeftijdsgroepen die kwamen met klachten over slechter horen, chronische otitiden die niet overgaan werden ontdekt of herontdekt, terwijl in de jongere leeftijdsgroepen chronische otitiden nog wel overgaan of genezen kunnen worden.

8.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 8.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van otitis media chronica, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.6.2.: Nieuwe gevallen van otitis media chronica, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Zoals men niet zou verwachten, kwam otitis media chronica in elke leeftijdsgroep als nieuw geval nog voor. Er was geen sprake van een toe- of afname in de loop van de leeftijd.

8.6.3. Beschouwing

Chronische otitis media komt op elke leeftijd voor. Dat er op oudere

leeftijd meer mensen zijn met een bekende chronische otitis media zou kunnen worden verklaard door het feit dat door de moderne mogelijkheden van operatie en sanering deze aandoening op jongere leeftijd meer wordt beteugeld dan vroeger. Onze cijfers wijzen erop, dat chronische otitis media op iedere leeftijd als nieuw geval kan optreden, het is dan dikwijls moeilijk te bepalen hoe lang deze aandoening al bestond voor men hiervoor medische hulp inriep. Het kan voorkomen dat mensen zelfs vergeten dat zij deze aandoening hadden. Patiënt en arts kunnen dan nog wel eens verrast worden door een plotseling optredende exacerbatie, die soms wordt gevolgd door een symptoomloze periode. Veel bekende gevallen zullen worden gecontroleerd door de KNO-arts. De huisarts kan in voorkomende gevallen een bewakende functie hebben, bijv. door te controleren of een perforatie zich sluit en door van tijd tot tijd een audiogram te maken om een eventueel gehoorsverlies te constateren of te volgen.

Het is aan te bevelen samen met de KNO-arts een protocol op te stellen over het tijdstip van verwijzen en eventuele operatie.

Het is bekend dat men op jongere leeftijd terughoudend moet zijn met het verrichten van een tympanoplastiek, omdat blijkt dat de tubafunctie een voorname rol speelt bij het onderhouden van een chronische otitis. De tuba moet eerst zijn 'uitgerijpt' voordat men besluit operatief in te grijpen. Deze kennis kan weer van belang zijn bij het beleid en de uitleg aan de patiënt, waarom wel of niet operatief wordt ingegrepen. Zeker bij oudere mensen kunnen radicaalholten voorkomen die een nauwkeurige sanering vragen in verband met het risico op cholesteatoom.

8.7. Tubair catarre (= otitis media serosa) (E-lijstno. 191)

Tubair catarre of otitis media serosa werd als nieuw geval gecodeerd als bij anamnese klachten zoals doofheid, knappend gevoel in het oor en oorsuizen werden gepresenteerd, gecombineerd met de voor otitis media serosa typische afwijkingen van het trommelvlies. De anamnese was dus niet voldoende om dit nummer te coderen, maar werd gekoppeld aan de bevindingen bij trommelvliesinspectie.

Voorkomen

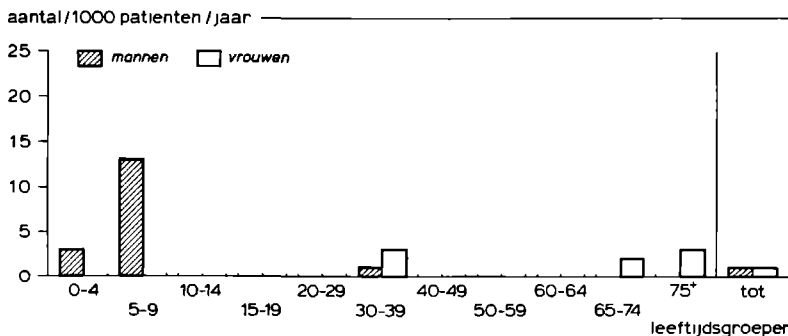
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 2 mannen, 1 vrouw; nieuwe gevallen: 10 mannen, 11 vrouwen.

<i>E</i> -lijstno.	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
191	14	8	14.5	13.8	15.0	5.5	0.6

Tabel 8.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

8.7.1. Bekende aandoeningen

In figuur 8.7.1. worden het aantal bekende gevallen van tubair catarre, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



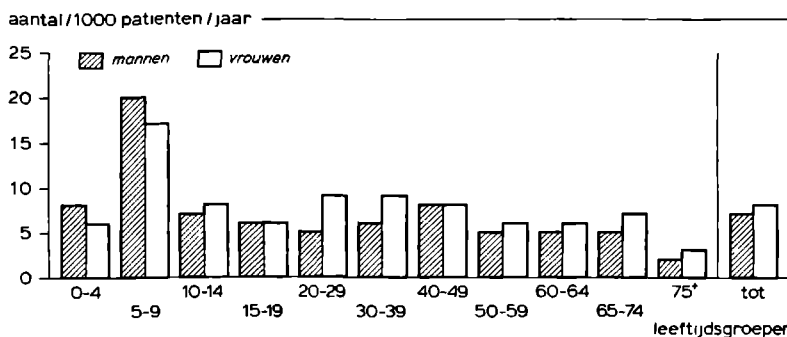
Figuur 8.7.1.: Bekende gevallen van tubair catarre, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

In tegenstelling tot de nieuwe gevallen (zie figuur 8.7.4.) kwamen de meeste gevallen van chronische tubair catarre alleen voor in de leeftijd van 1 tot 10 jaar en dan alleen bij mannen. In de leeftijdsgroep 30-39 jaar en vanaf 65 jaar werden nog enkele bekende gevallen gevonden, die alleen vrouwen betroffen.

8.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 8.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van tubair catarre, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.7.2.: Nieuwe gevallen van tubair catarre, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Met een verheffing in de leeftijdsgroep 5-9 jaar kwamen nieuwe gevallen van tubair catarre in elke leeftijdsgroep voor, in de leeftijd van 75 jaar en ouder iets minder. De verschillen tussen de geslachten waren miniem.

8.7.3. Beschouwing

Uit deze gegevens blijkt, dat tubair catarre (O.M.S.) voorkomt op alle leeftijden en meestal (spontaan) overgaat. De chronische gevallen komen vooral voor in de leeftijd van 0-10 jaar, enkele op jonge middelbare leeftijd en enkele in de oudste leeftijdsgroepen. Voor de huisarts betekent dat, dat hij vooral in de leeftijdsgroep van 0-10 jaar attent moet zijn op blijvend gehoorsverlies.

Een eenvoudige audiometer (Voorn 1983) kan daarbij een goed hulpmiddel zijn. Bij deze aandoening, die meestal spontaan verdwijnt, kan een afwachtend beleid verantwoord zijn. Het gehoorsverlies herstelt zich meestal spontaan binnen 3 à 4 maanden. In gevallen van langer durend gehoorsverlies kan verwijzing naar een KNO-arts plaatsvinden. Over het nut van trommelvliesdrainage door middel van paracentese of boordeknoopjes bestaat geen eenstemmigheid. De eventuele achterstand, in welke vorm dan ook, die een kind oploopt als het 3 tot 4 maanden slecht hoort is volledig reversibel (Paradise 1981).

8.8. Chronische bronchitis (E-lijstno. 248)

Chronische bronchitis werd als nieuw geval gecodeerd indien in de jaren, voorafgaande aan het jaar waarin de code chronische bronchitis werd gegeven, 3 of meer malen een bronchitis acuta (E-lijstno. 247) werd gecodeerd en/of in de anamnese sprake was van de criteria die gelden bij CARA. Gevallen die buiten de huisarts om werden gediagnostiseerd, bijv. door de longarts, werden als de huisarts daarvan kennis kreeg ook als zodanig gecodeerd. Chronische bronchitis werd doorgecodeerd als bekend geval indien de patiënt met of zonder medicatie onder de aandacht van de huisarts en/of specialist bleef. Exacerbaties van bekende gevallen van chronische bronchitis werden ook gecodeerd.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 37 mannen, 12 vrouwen; nieuwe gevallen: 7 mannen, 3 vrouwen.

E-lijstno.	pr.	in	pr.	in	pr	pr	pr.
	N.U.H.I.	N.U.H.I.	Monst.pr.	Monst.pr.	Engeland	Oliemans	Hodgkin
248	34	4	12 5	4 9	11.5	8 7	9.0-10 9

Tabel 8.8.. Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

8.8.1. Bekende aandoeningen

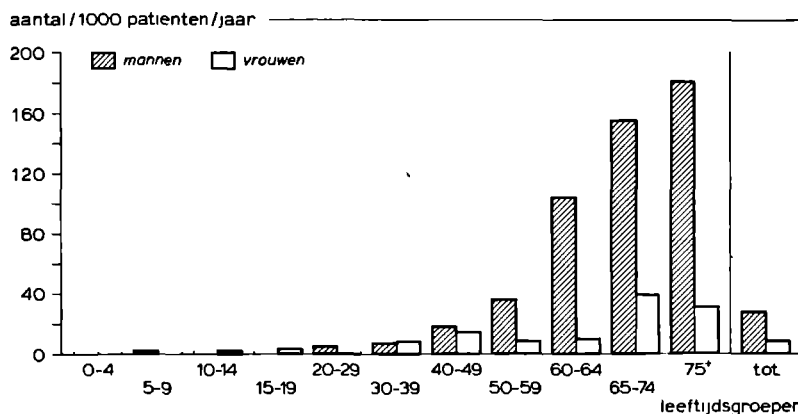
In figuur 8.8.1. worden het aantal bekende gevallen van chronische bronchitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

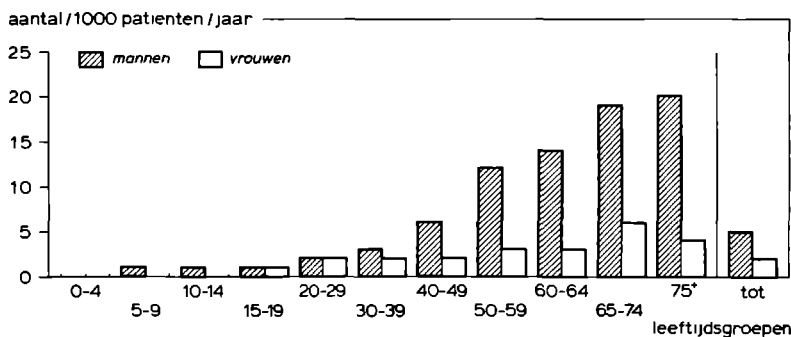
Bekende gevallen van chronische bronchitis kwamen voor vanaf de leeftijd van 5 jaar en namen toe met de leeftijd. Bij vrouwen was de toename minder progressief dan bij mannen en kwam deze bekende aandoening zeer aanzienlijk vaker voor dan bij vrouwen.

8.8.2. Nieuwe gevallen

In figuur 8.8.2. worden het aantal nieuwe gevallen van chronische bronchitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.8.1.: Bekende gevallen van chronische bronchitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).



Figuur 8.8.2.: Nieuwe gevallen van chronische bronchitis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

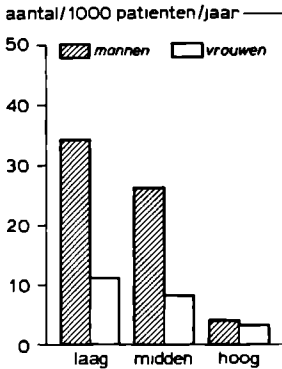
Commentaar

Nieuwe gevallen van chronische bronchitis kwamen vanaf de leeftijd van 5 jaar voor en namen toe met de leeftijd. Bij vrouwen was de toename veel minder progressief dan bij mannen. Bij mannen kwam deze aandoening veel vaker voor.

8.8.3. Sociale laag

In figuur 8.8.3. worden het aantal bekende gevallen van chronische bron-

chitis, verdeeld over geslacht en sociale laag, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.8.3.: Bekende gevallen van chronische bronchitis, verdeeld over geslacht en sociale laag, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Chronische bronchitis kwam zowel bij mannen als bij vrouwen het meest in de lage sociale laag en het minst in de hoge sociale laag voor.

8.8.4. Verwijzingen en opnamen

In tabel 8.8.4. wordt het aantal patiënten waarbij voor de eerste keer chronische bronchitis werd vastgesteld en het aantal patiënten dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	299		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	13	54	12
opgenomen	5		

Tabel 8.8.4.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer chronische bronchitis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Ruim 4% van het totaal aantal personen waarbij voor de eerste keer chronische bronchitis werd vastgesteld, werd verwezen naar een specialist,

18,0% naar een laboratorium of röntgenafdeling, 4,0% naar overige instanties en slechts 2% werd opgenomen

8.8.5. *Beschouwing*

Chronische bronchitis blijkt voor de huisarts een zeer belangrijke aandoening te zijn. Deze aandoening komt bij mannen veel meer voor dan bij vrouwen en neemt toe met de leeftijd. Wat betreft het voorkomen per sociale laag neemt de frequentie van deze aandoening af van laag naar hoog. Uit de verwijscijfers blijkt dat slechts een zeer klein deel van de personen naar een specialist wordt verwezen en dat er bij ongeveer 20% van de nieuwe gevallen gebruik wordt gemaakt van een verwijzing naar een laboratorium of röntgenafdeling en dat slechts zeer weinig personen worden opgenomen in een ziekenhuis.

Wetenschappelijk onderzoek over deze aandoening is voornamelijk afkomstig van specialisten (vooral de Groningse school van Prof. Orie). Generalisten, zoals huisartsen zich kunnen noemen, hebben nog niet veel onderzoek op dit gebied verricht. De resultaten van die onderzoeken wijken af van die van de specialisten (Huygen e.a., 1977). Het onderzoek van Fletcher (1977) wees erop, dat er in het syndroom van de chronische aspecifieke longziekten twee hoofdvormen zijn te onderscheiden: de hypersecretoire en de obstructieve vorm, waarvan alleen de laatste tot invaliditeit leidt. Door niet roken of het staken van roken kan de hypersecretoire vorm geheel genezen en kan de progressie van de obstructieve vorm worden tegengegaan.

Bij beide vormen van chronische bronchitis speelt familiale dispositie vermoedelijk een rol.

Omdat de prognose van de obstructieve vorm zeer ongunstig is, lijkt het voor de huisarts uiterst belangrijk deze ziekte zeer vroeg op te sporen om juist bij deze mensen te bewerken dat zij met roken stoppen of er nooit mee beginnen.

De familie-anamnese en de eigen anamnese ten aanzien van lage luchtwegaandoeningen zijn belangrijke hulpmiddelen om gepredisponeren op het spoor te komen. Wat de latere anamnese betreft gaat het vooral om kortademigheid bij inspanning en in mindere mate om chronisch hoesten en/of opgeven.

Bij onderzoek is het belangrijk vooral te letten op de duur van het expirium. Longfuncties zijn door de huisarts nog niet betrouwbaar genoeg te bepalen, tenzij het toepassingsgebied van de piekstroombepaling wordt beperkt tot longitudinaal onderzoek bij bepaalde patiënten en dus elk individu als zijn eigen controle wordt gebruikt (Van Veen, 1982). Of alle exacerbaties van een chronische bronchitis in de huisartspraktijk moeten

worden behandeld met antibiotica is nog de vraag Onderzoek naar de behandeling van exacerbaties laten hierover twijfels bestaan (Tager 1975, Graham 1982)

Tenslotte geldt bij de ziekte chronische bronchitis nog meer dan bij andere, minder frequente chronische aandoeningen, dat specialist en huisarts moeten samenwerken en protocollen zullen moeten opstellen over het gezamenlijk te volgen beleid

8.9. Asthma bronchiale (E-lijstno 086)

Asthma bronchiale werd als nieuw geval gecodeerd wanneer er bij een patient sprake was van aanvallen van kortademigheid en piepen gekenmerkt door expiratoire dyspnoe (uren tot soms enkele dagen durend) met tussen de aanvallen klachtenvrije intervallen Dit klinische beeld werd nog wel eens verward met astmatische bronchitis, waaronder wordt verstaan bronchitis met duidelijk verlengd expirium gedurende dagen of weken (E-lijstno. 247) Het codenummer 086 asthma bronchiale werd echter voornamelijk gebruikt bij aanvallen van benauwdheid zoals beschreven in bovengenoemde definitie Wanneer in het daarop volgende jaar exacerbatie(s) optraden van reeds als zodanig gecodeerde nieuwe gevallen werden deze gevallen doorgecodeerd als bekend geval Wanneer aan de definitie van chronische bronchitis werd voldaan, was het mogelijk dat uit deze categorie gevallen voortkwamen die later doorgecodeerd werden als chronische bronchitis (E-lijstno 248), omdat dit onderscheid niet scherp was

Voorkomen

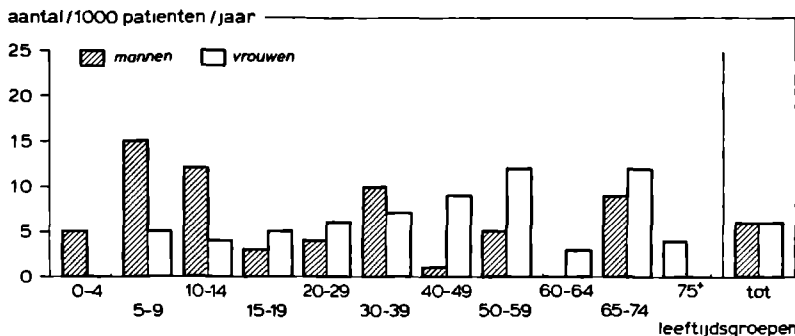
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen 9 mannen, 9 vrouwen, nieuwe gevallen 4 mannen, 2 vrouwen

E-lijstno	pr		in		pr		pr		pr					
	N	U H I	N	U H I	Monit	pr	Engeland	Oliemans	Hodgkin					
086	12		2		11	5	5	6	10	2	7	3	8	6

Tabel 8 9 Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur

8 9 1 Bekende aandoeningen

In figuur 8 9 1 worden het aantal bekende gevallen van asthma bronchiale, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar



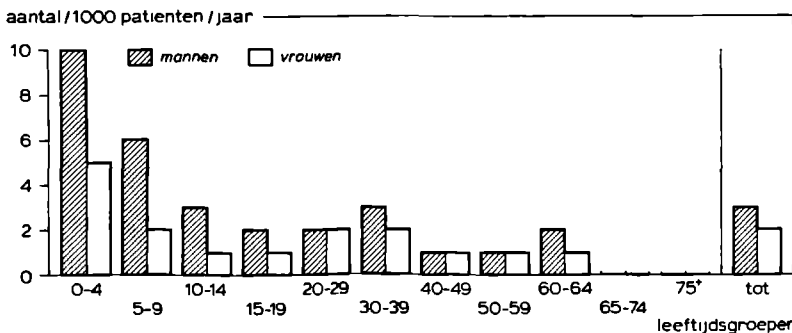
Figuur 8.9.1.: Bekende gevallen van asthma bronchiale, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

In alle leeftijdsgroepen kwamen bekende gevallen van asthma bronchiale voor, de meeste gevallen kwamen voor bij jongens van 5-15 jaar. De leeftijdscurve wees bij mannen op een zeer grillig beloop. Bij vrouwen lijkt er sprake te zijn van een toename met de leeftijd. Bij de interpretatie van deze figuur dient bedacht te worden, dat het hier gaat om een 'dwarsdoorsnede' van het jaar 1978. Dat wil zeggen, er bevinden zich zowel patiënten onder die vanaf de kinderleeftijd deze aandoening hebben als patiënten die dit ziektebeeld pas later, maar vóór 1978, ontwikkelden.

8.9.2. Nieuwe gevallen

In figuur 8.9.2. worden het aantal nieuwe gevallen van asthma bronchiale, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 8.9.2.: Nieuwe gevallen van asthma bronchiale, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Asthma bronchiale werd vooral in de jongere leeftijdsgroep tot 10 jaar als nieuw geval geregistreerd, meer bij jongens dan bij meisjes. In elke leeftijdsgroep tot 65 jaar kwamen enkele nieuwe gevallen van asthma bronchiale voor. Opgemerkt moet worden, dat hieronder, met name bij jonge kinderen ook gevallen van astmatische bronchitis geregistreerd zullen zijn.

8.9.3. Sociale laag

Een verband met de sociale laag kon niet worden aangetoond. De patiënten bleken, onafhankelijk van het geslacht, gelijk over de drie onderscheiden sociale lagen te zijn verdeeld.

8.9.4. Verwijzingen en opnamen

In tabel 8.9.4. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer asthma bronchiale werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	170		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	23	8	6
opgenomen	5		

Tabel 8.9.4.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer asthma bronchiale werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van het totaal aantal personen waarbij asthma bronchiale en astmatische bronchitis werd vastgesteld, werd 14% verwezen naar een specialist, 4,5% naar een laboratorium of röntgenafdeling, 4% naar overige instanties en 3% werd opgenomen.

8.9.5. Beschouwing

Omdat het onderscheid van aandoeningen, die gepaard gaan met benauwdheid en verlengd expirium moeilijk is, moeten deze cijfers met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Onder deze categorie patiënten kunnen zich bevinden:

- 1 patiënten met 'klassiek' astma, gekenmerkt door aanvallen van kortademigheid met expiratoire dyspnoe en met een vrij interval;
- 2 patiënten met astmatische bronchitis, gekenmerkt door een periode van hoesten en opgeven met een voornamelijk expiratoire belemmering van de ademhaling gedurende dagen tot weken. In deze categorie bevinden zich ook degenen die allergisch zijn (bijv. voor huisstof) en die bij een verkoudheid regelmatig met het beeld van een bronchitis reageren ('wheezy child', Fry 1979).

Als een kind regelmatig een spastische bronchitis vertoonde bij een verkoudheid, werd besloten deze ziekte onder te brengen onder het nummer asthma bronchiale (086). De klassieke astma-aanval lijkt de laatste jaren steeds minder voor te komen (mededeling van alle registrerende artsen).

Nieuwe astmatische aandoeningen komen in elke leeftijdscategorie tot 65 jaar voor, maar vooral in de jongste leeftijdscategorieën. Bekende astmatische aandoeningen komen vooral voor bij mannen in de jongste en bij vrouwen in de oudste leeftijdscategorieën. Voor bijna elke astmatische patiënt kan een passend therapeutisch regime worden gevonden. Het probleem is de therapie zo eenvoudig mogelijk te houden zonder onplezierige en gevaarlijke bijwerkingen en zonder de patiënt zich te laten fixeren aan zijn medicamenten.

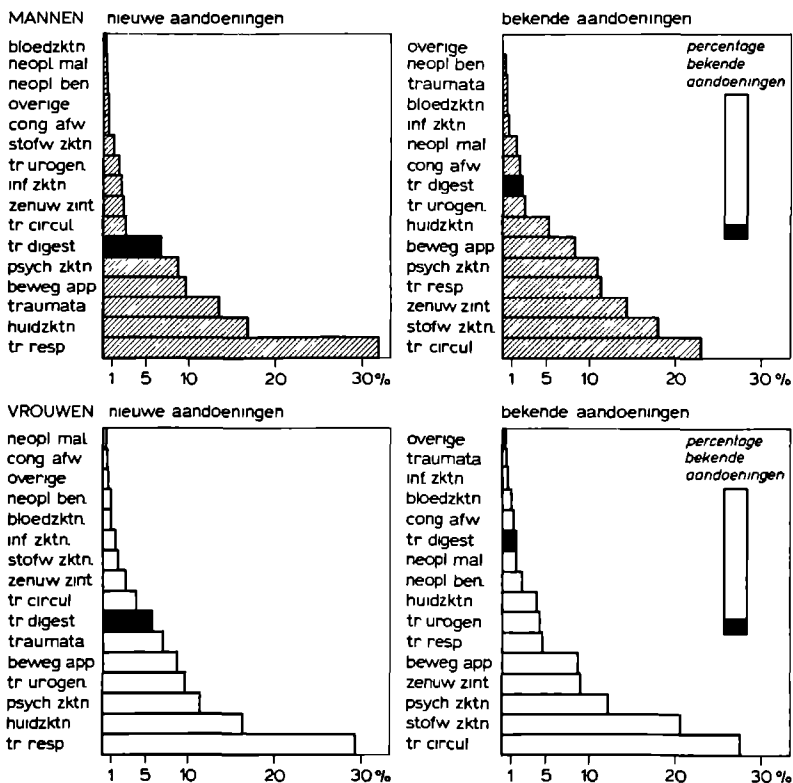
De huisarts doet er goed aan volgens een vast schema te werk te gaan en met een beperkt aantal middelen te werken. Bovendien is het bekend dat psychische factoren een belangrijke rol spelen bij het optreden van astma-aanvallen. De begeleiding van deze patiënten stelt nogal wat opgaven aan de huisarts. Het zou te ver voeren in het kader van deze studie hierop dieper in te gaan. In het proefschrift van Kaptein (1982) worden de resultaten beschreven van een medisch-psychologisch onderzoek naar het ziektegedrag van patiënten met astma. Dit onderzoek illustreert het grote belang van het verbeteren van zelfzorg en het vergroten van de autonomie van patiënten met chronische ziekten.

Tenslotte is bij epidemiologisch onderzoek gebleken (Huygen 1977), dat er in de registratie van chronische aandoeningen van de luchtwegen tussen specialisten en huisartsen grote verschillen bestaan. Men kan zich afvragen of men het over dezelfde ziektebeelden heeft. Een goed voorbeeld daarvan is het kind dat bij een verkoudheid reageert met verschijnselen van hoesten en kortademigheid (in deze registratie ondergebracht onder E-lijstno. 247). In andere registraties kunnen kinderen met deze verschijnselen als CARA-patiënten worden gekenmerkt.

Bij veel van deze jonge kinderen verdwijnen deze verschijnselen na verloop van jaren en slechts enkele worden CARA-patiënt. De stelling 'eens CARA, altijd CARA' is kennelijk nog niet bewezen en de problemen over de terminologie zijn nog niet opgelost (Bartelds, 1982).

Groep 9: Ziekten van de tractus digestivus

9.1. Plaats in de totale morbiditeit



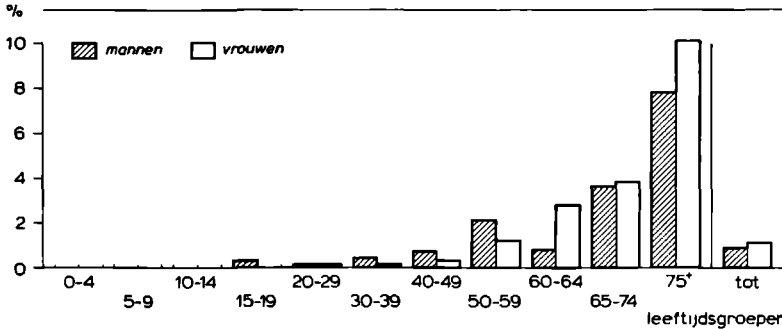
Figuur 9.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van de tractus digestivus, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

9.2. Frequentie in een standaardpraktijk

<i>tractus digestivus</i>	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
005 dysenterie, alle vormen, excl. 289	-	-	-	-
020 oxyuriasis	-	-	20.0	27.3
026 taeniasis, overige helminthiasis	-	-	0.9	0.9
033 salmonellosis	-	-	0.3	0.2
034 ascariasis	-	-	0.7	1.0
035 amoebiasis	-	-	-	-
275 ziekten van tanden e.d.	0.2	-	9.3	8.2
277 ulcus ventriculi, incl. perforatie	0.5	-	1.0	0.8
278 ulcus duodeni	0.5	0.2	3.9	1.3
279 ongespecificeerd peptisch ulcus	0.2	-	0.1	0.1
280 indigestie	0.2	0.4	1.4	0.7
289 gastro-enteritis, zomerdiarree, excl. salmonellosis 033 en dysenterie 005	0.3	-	62.2	61.3
281 overige ziekten van maag en duodenum, incl. gastritis	0.2	-	1.6	0.7
282 appendicitis alle vormen	-	0.2	2.0	1.8
283 hernia inguinalis, femoralis	4.9	1.6	6.5	1.6
284 overige herniae van de buikholte, incl. hernia diafragmata	2.2	2.9	1.8	2.8
285 overige ziekten van darm en peritoneum, incl. diverticulosis van het colon, fistula ani, prolapus	3.0	5.4	2.2	2.7
286 cholelithiasis (= galstenen)	1.0	5.3	1.2	4.4
287 cholecystitis (= galblaasontsteking)	-	-	0.3	0.5
288 overige ziekten van lever, galblaas of pancreas, incl. serumhepatitis, excl. hepatitis infectiosa 016, wormziekten	1.4	0.7	1.0	0.9
290 obstipatie, incl. encopresis (geen diarree)	-	0.2	4.9	9.1
291 fissura ani	-	-	1.9	2.1
292 anorexie als symptoom van ziekten van de tractus digestivus	-	-	0.2	0.4
293 misselijkheid	-	-	0.2	0.4
294 maagklachten, pijn, pyrosis, achylia, gastrica	-	-	8.4	5.9
295 slikklachten	-	-	0.3	0.1
296 haematemesis	-	-	0.2	0.1
302 melaena	-	-	0.2	0.1
304 braken en/of diarree, excl. gastro-enteritis, zomerdiarree 289	-	-	1.6	1.9
306 overige buikpijn, incl. navelkolieken	-	0.5	5.0	7.7
308 overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten uit deze groep, incl. irritable colon, spastisch colon	-	-	1.3	1.8
443 diarree, voedingsstoornissen van de neonatus 6 weken excl. voedingsstoornissen van de neonatus 6 weken 289	-	-	0.2	0.3

Tabel 9.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van de tractus digestivus, naar geslacht in absolute aantallen per jaar in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

9.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus digestivus



Figuur 9.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus digestivus, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

9.4. Commentaar

Figuur 9.1. In de totale morbiditeit nam deze groep wat betreft het voorkomen van nieuwe aandoeningen een goede middenplaats in. Wat betreft het voorkomen van bekende aandoeningen nam deze groep een van de laatste middenplaatsen in. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

Tabel 9.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: cholelithiasis, hernia inguinalis/femoralis.

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: gastro-enteritis acuta, oxyuriasis, ziekten van de tanden.

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren in deze groep niet identiek met de meest voorkomende bekende aandoeningen.

Figuur 9.3. 0,9% van de mannen en 1,1% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening in deze groep. Het aantal personen nam, bij beide geslachten, vanaf de leeftijdsgroep 15-19 jaar langzaam toe.

9.5. Cholelithiasis (E-lijstno. 286)

Nieuwe gevallen van cholelithiasis werden alleen geregistreerd als met behulp van röntgendiagnostiek stenen in de galblaas waren aangetoond. Bekende gevallen werden geregistreerd als in het jaar dat volgde op de vaststelling van aanwezigheid van galstenen de patiënt nog galstenen had en niet geopereerd was. Patiënten die waren geopereerd werden niet meer geregistreerd.

Voorkomen

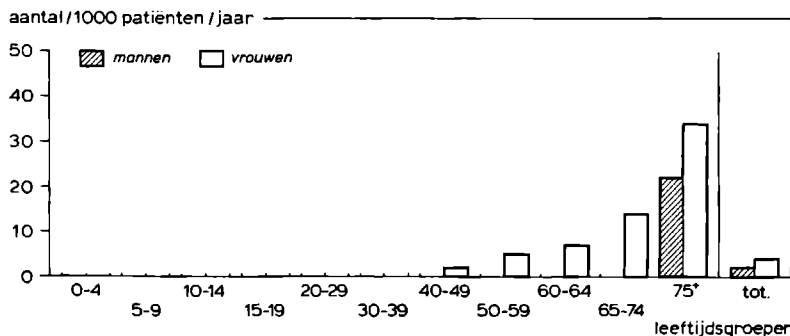
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 1 man, 5 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 4 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
286	4	2	4.5	3.6	1.0	2.3	1.9-4.8

Tabel 9.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

9.5.1. Bekende gevallen

In figuur 9.5.1. worden het aantal bekende gevallen van cholelithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 9.5.1.: Bekende gevallen van cholelithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

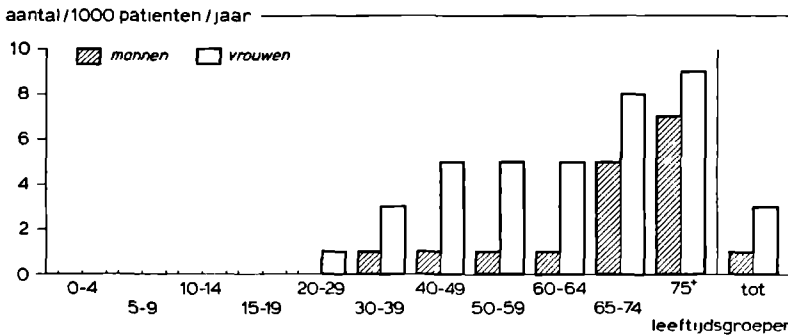
Commentaar

Vanaf 40 jaar kwamen bekende gevallen van cholelithiasis voor bij vrou-

wen. De frequentie nam toe met de leeftijd. Bij mannen werden pas in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder bekende gevallen geregistreerd. Er waren meer vrouwen dan mannen bekend met galstenen.

9.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 9.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van cholelithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 9.5.2.: Nieuwe gevallen van cholelithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van cholelithiasis werden meer bij vrouwen vanaf 20-jarige leeftijd geregistreerd. Voor vrouwen was het aantal nieuwe gevallen tussen 40 en 65 jaar in de onderscheiden leeftijdsgroepen ongeveer gelijk en namen daarna toe. Bij mannen was het aantal nieuwe gevallen tussen de 30 en 65 jaar in de onderscheiden leeftijdsgroepen ook ongeveer gelijk en nam het in de oudere leeftijdsgroepen ook toe.

9.5.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 9.5.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer de aanwezigheid van galstenen werd vastgesteld en het aantal dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	153		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	80	83	-
opgenomen	70		

Tabel 9.5.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer galstenen werden vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 153 nieuw gediagnostiseerde gevallen van cholelithiasis werd 52% verwezen naar een specialist en 54% verwezen naar een laboratorium of röntgenafdeling, terwijl 46% werd opgenomen in een ziekenhuis.

9.5.4. Beschouwing

Wanneer we het aantal en de verdeling over de leeftijdsgroepen van de nieuwe en bekende gevallen vergelijken dan blijken nieuwe gevallen van cholelithiasis in de jongere leeftijdsgroepen meer voor te komen dan de registratie van bekende gevallen doet vermoeden. In de jongere leeftijdsgroepen zullen de meeste gevallen worden verwezen naar de chirurg en na een operatie werden deze gevallen niet meer als bekend geval geregistreerd.

In de oudere leeftijdsgroepen blijven nogal wat gevallen van cholelithiasis onder de aandacht van de huisarts zonder dat er operatief wordt ingegrepen. Er spelen dan kennelijk andere argumenten mee, zoals multi-pele pathologie, slechte carido-pulmonale toestand, om niet meteen operatief in te grijpen. Het verdient aanbeveling de indicaties voor operatief ingrijpen bij galblaaspathologie zeker bij oudere mensen kritisch te bekijken. De recente publicatie van Gracie (1982) maakt deze vraag extra actueel. Deze studie beschrijft het verloop van klachten bij aanwezigheid van galstenen (silent gallstones) bij personen in een gezonde populatie. De galstenen werden na röntgenologische screening aangetoond bij mensen die geen klachten hadden. De follow-up toonde aan, dat geen van de personen stierf als gevolg van het aanwezig zijn van galstenen en dat de kans op het krijgen van galblaasklachten of complicaties in 15 jaar slechts 18% bedroeg. Deze onderzoekers vinden dat als er galstenen worden gevonden zonder klachten (silent gallstone disease) dit in ieder geval bij de blanke mannelijke populatie in de Verenigde Staten geen reden moet zijn om dezen in eerste instantie te opereren. Onze cijfers wijzen erop, dat de CMR-artsen, m.n. bij ouderen reeds een terughoudend standpunt innamen t.a.v. operatie.

9.6. Hernia inguinalis (E-lijstno. 283)

Hernia inguinalis werd als nieuw geval gecodeerd als bij lichamelijk onderzoek een reponibele zwelling in de liesstreek werd vastgesteld. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen hernia inguinalis medialis, lateralis en femoralis. De overige herniae van de buikwand werden onder een ander E-lijstnummer gebracht. Bekende gevallen van hernia inguinalis werden geregistreerd indien in het jaar volgend op de registratie van het nieuwe geval de hernia nog aanwezig was. Geopereerde gevallen werden uiteraard niet als bekend geval doorgecodeerd. Een recidief werd als nieuw geval geregistreerd.

Voorkomen

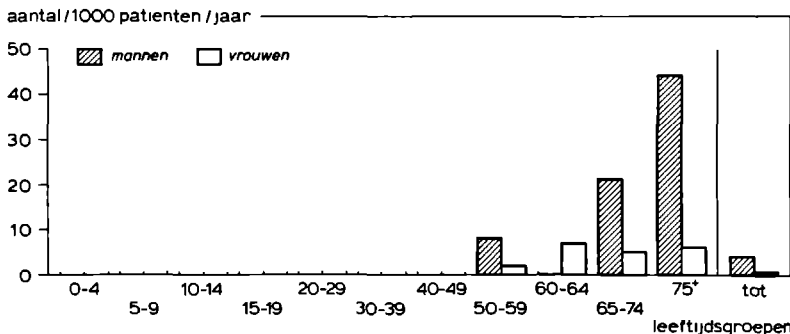
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 5 mannen, 2 vrouwen; nieuwe gevallen: 7 mannen, 2 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
283	5	3	2.8	2.3	3.3	2.6	4.4-4.8

Tabel 9.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

9.6.1. Bekende gevallen

In figuur 9.6.1. worden het aantal bekende gevallen van hernia inguinalis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



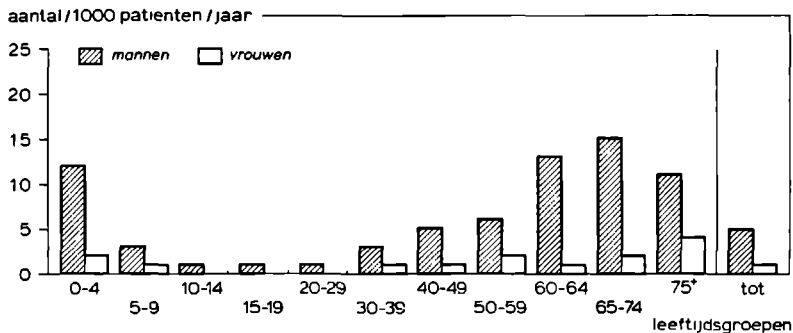
Figuur 9.6.1.: Bekende gevallen van hernia inguinalis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van hernia inguinalis kwamen alleen voor vanaf 50-jarige leeftijd en vooral bij mannen in toenemende mate.

9.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 9.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van hernia inguinalis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 9.6.2.: Nieuwe gevallen van hernia inguinalis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van hernia inguinalis werden vooral geregistreerd in de jongere en oudere leeftijdsgroepen, aanzienlijk vaker bij mannen dan bij vrouwen. Bij mannen is er in de jeugd een scherpe daling te constateren en een geleidelijke stijging boven het 30^e levensjaar, culminerend in een top tussen 65 en 75 jaar. Bij vrouwen werden slechts enkele gevallen in de vroege jeugd geregistreerd en is er een lichte toename van nieuwe gevallen in de tweede levenshelft.

9.6.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 9.6.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer een hernia inguinalis werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	216		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	146	-	-
opgenomen	120		

Table 9.6.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer een hernia inguinalis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

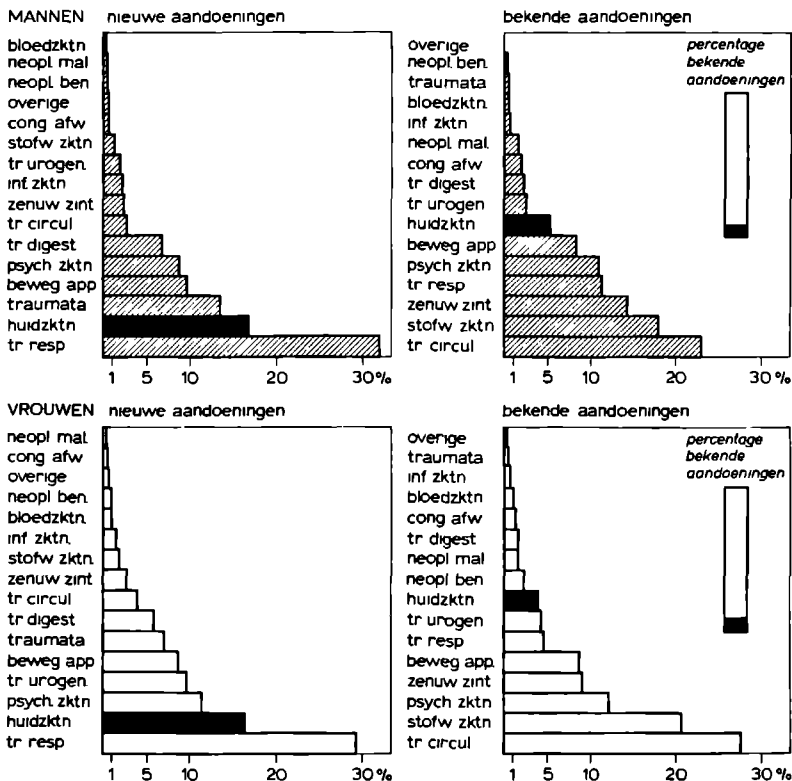
Van de 216 personen waarbij voor de eerste keer een hernia inguinalis werd vastgesteld, werd 68% verwezen naar een specialist en 57% opgenomen in een ziekenhuis.

9.6.4. Beschouwing

Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen blijkt dat alleen boven de 50 jaar er nog bekende gevallen van hernia inguinalis worden geregistreerd. Kennelijk worden alle nieuwe gevallen die in de jongere leeftijdscategorieën worden gediagnostiseerd, geopereerd (na operatie wordt niet meer doorgecodeerd als bekend geval). In de oudere leeftijdscategorieën spelen, net zoals bij bijv. cholelithiasis, andere argumenten mee om wel of niet een operatie te overwegen. Beheersing van de diagnostiek en het in staat zijn tot repositie van een ingeklemde breuk (die overigens betrekkelijk weinig voorkomt) is voor de huisarts belangrijk. In tweede instantie zal de huisarts in zijn beleid ten aanzien van deze aandoening (eventueel samen met de chirurg) richtlijnen moeten opstellen op grond waarvan wel of niet moet worden besloten de patiënt aan te raden zich te laten opereren.

Groep 12: Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel

12.1. Plaats in de totale morbiditeit



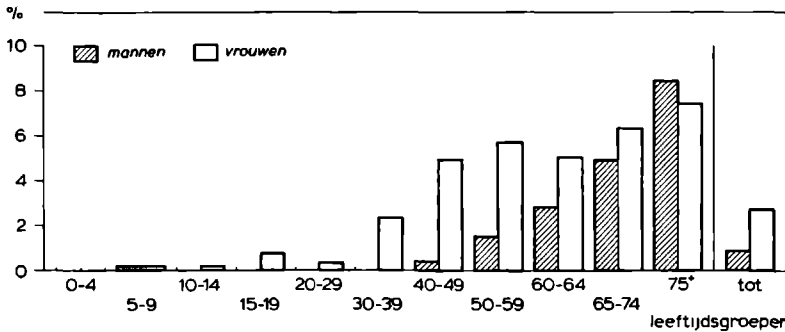
Figuur 12.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van huid en onderhuids bindweefsel, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

10.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	<i>tractus urogenitalis</i>	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
		man	vrouw	man	vrouw
310	glomerulonefritis en nefrose	0	3	0	3
311	pyelitis, incl pyelonefritis acuta, excl pyelonefritis chronica 314	0	3	0	4
312	nier- en uretersteen, blaasstenen	2	3	1	6
313	acute urineweginfectie, excl pyelitis en pyelonefritis	-	-	14	?
314	chronische urineweginfectie, incl chron pyelonefritis	1	2	0	4
315	urethritis, excl venerisch 003, 004, incl trichomonas bij de man	-	-	1	0
317	overige ziekten van de tractus urogenitalis, incl ren mobilis, blaashals-sclerose 311	0	4	0	5
318	prostaathypertrofie	8	4	-	-
319	hydrocele, excl cong liesbreuk 435, verworven liesbreuk 283	0	7	-	1
320	orchitis en epididymitis	-	-	1	9
321	overige ziekten van mannelijke genitaliën	0	7	-	7
322	ziekten van de mamma, excl puerperale mastitis 361	0	2	11	0
323	adnexitis	-	-	-	0
324	prolapsus uteri of vaginae	-	15	5	-
325	dysmenorrhoe, excl premenstruele klachten 334	-	1	5	-
326	amenorrhoe, 4 maanden, excl 4 maanden 327	-	-	-	1
327	irreguliere menstruatie, incl amenorrhoe 4 mnd	-	1	3	-
328	menorrhagie	-	0	2	-
329	menopauze en climacterische klachten, incl menstruatiestoornissen	-	4	8	-
330	menarchestoornissen	-	-	-	0
332	steriliteit, zowel primair als secundair	0	3	0	7
334	premenstruele klachten, excl dysmenorrhoe 325	-	-	-	0
335	vaginitis, cervicitis, vulvitis, incl erosie, fluor, barholinitis, colpitis, senilis, trichomonas bij de vrouw	-	0	7	0
331	andere ziekten van de vrouwelijke genitaliën, incl endometriose, pruritis vulvae, kraurosis vulvae	-	0	5	-
	<u>symptomen</u>				
338	urineretentie	-	-	0	3
339	incontinentie urinæ	-	-	0	5
342	dyspareunie en seksuele dysfuncties die niet anders te coderen zijn	-	-	-	0
343	hematurie	-	-	0	5
344	overige symptomen of niet volledig gediagnoseerde ziekten uit deze groep	-	-	0	7
345	inf van de tractus urogenitalis in graviditeit	-	-	-	2

Tabel 10 2 Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van de tractus urogenitalis, naar geslacht, in absolute aantallen per jaar, in een standaardpraktijk (C M R 1971-1978, N = 12 000 patienten)

10.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus urogenitalis



Figuur 10.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de tractus urogenitalis, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N= 12.000 patiënten).

10.4. Commentaar

Figuur 10.1. In de totale morbiditeit nam deze groep wat betreft het voorkomen van nieuwe aandoeningen bij de vrouwen een grote en bij mannen een kleine middenplaats in. Wat betreft het voorkomen van bekende aandoeningen nam deze groep bij mannen en vrouwen een middenplaats in

Tabel 10.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: prolapsus uteri of vaginae (bij vrouwen); ziekten van de mammae; prostaathypertrofie (bij mannen); climacteriële klachten (bij vrouwen); nierstenen

De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: acute urineweginfectie; vaginitis/cervicitis (bij vrouwen); irregulaire menstruatie (bij vrouwen); climacteriële klachten (bij vrouwen).

Figuur 10.3. 0,9% van de mannen en 2,7% van de vrouwen in de totale populatie hadden een bekende aandoening die in deze groep is onder te brengen. Het aantal personen met een bekende aandoening nam voor beide geslachten met het stijgen van de leeftijd zeer langzaam toe.

10.5 Prostaathypertrofie (E-lijstno. 318)

Prostaathypertrofie werd geregistreerd wanneer iemand met de voor deze

aandoening bekende klachten (zoals moeilijke micfie, nycturie, urineweg-infecties, nadruppelen, slappe straal) op het spreekuur kwam. Het rectaal toucher was daarbij niet alleen van doorslaggevende betekenis, omdat bekend is dat bij niet aantoonbare hypertrofie bij palpatie toch prostaatklachten kunnen voorkomen. Als de oorzaak van de prostaatklachten niet in de prostaat kon worden gelokaliseerd (prostatisme sans prostate), werd de betreffende oorzaak niet onder dit nummer geregistreerd. De aan de huisarts bekende gevallen van prostaatlijden werden slechts geregistreerd indien de patiënt nog niet was geopereerd en de prostaatklachten nog aanwezig waren in het jaar, volgend op de registratie van nieuw geval.

Voorkomen

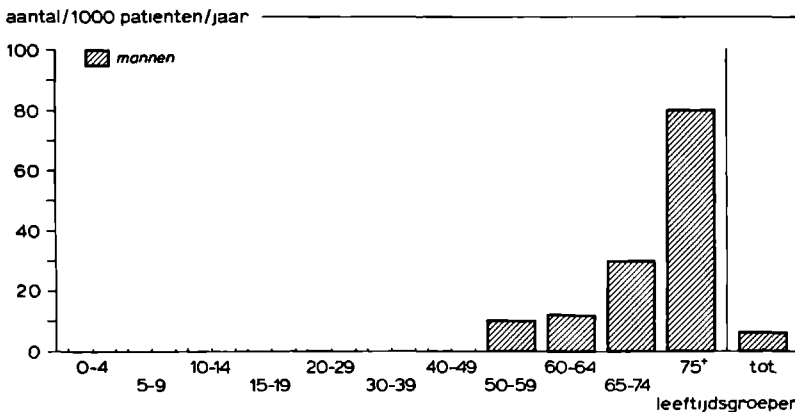
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 8 mannen; nieuwe gevallen: 4 mannen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
318	6	2	2.9	2.5	2.3	1.9	0.8-1.5

Tabel 10.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

10.5.1. Bekende gevallen

In figuur 10.5.1. worden het aantal bekende gevallen van prostaathypertrofie, naar leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



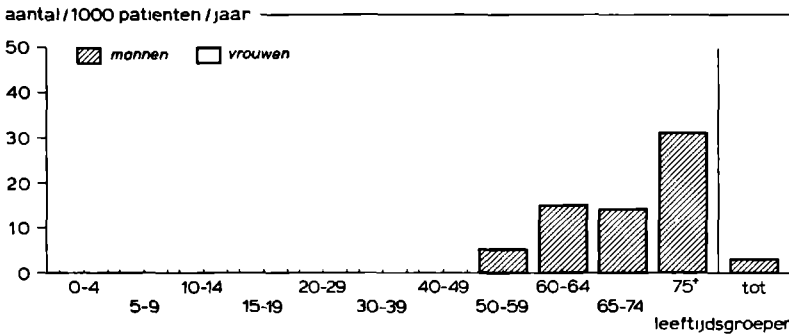
Figuur 10.5.1.: Bekende gevallen van prostaathypertrofie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 40 jaar namen het aantal bekende gevallen van prostaathypertrofie progressief toe met de leeftijd.

10.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 10.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van prostaathypertrofie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 10.5.2.: Nieuwe gevallen van prostaathypertrofie, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 50-jarige leeftijd kwamen nieuwe gevallen van prostaathypertrofie reeds voor. Van 50 naar 60 jaar is er een geleidelijke toename en boven 75 jaar stijgt het aantal nieuwe gevallen flink.

10.5.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 10.5.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer prostaathypertrofie werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 voor de 4 praktijken tezamen.

aantal	137		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	60	39	-
opgenomen	44		

Tabel 10.5.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer prostaathypertrofie werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 137 personen waarbij in de jaren 1971-1978 prostaathypertrofie werd vastgesteld werd 43% verwezen naar een specialist, 39% naar een laboratorium of röntgenafdeling en 32% werd opgenomen in een ziekenhuis.

10.5.4. Beschouwing

Uit de cijfers blijkt dat prostaathypertrofie een aandoening is die sterk toeneemt met de leeftijd.

Uit het aantal bekende gevallen en de verwijs- en opnamecijfers is af te lezen, dat er wat mannen bij de huisarts bekend blijven met klachten van prostaathypertrofie, die niet meteen of misschien wel nooit worden geopenbaard. Dit geeft ook meteen de moeilijkheid aan waar de huisarts mee te maken krijgt. Iedere oudere man kan wel klachten hebben bij de mictie en meestal is het afwachten tot de verschijnselen toenemen. Als er een acute retentie optreedt, is de beslissing om te verwijzen niet zo moeilijk. Ook bij deze afwijking zal in veel gevallen de huisarts samen met patiënt moeten overleggen wanneer het moment is gekomen om te verwijzen.

De palpatie van de prostaat, als indicatie voor hypertrofie, is niet eenvoudig. Er worden wel indelingen gebruikt die nogal wat subjectiviteit toelaten en de klachten tengevolge van hypertrofie van de prostaat kunnen ook voorkomen bij een palpatoir normale prostaat. Palpatie van de prostaat is vooral van belang voor de diagnostiek van het prostaatcarcinoom. Het bepalen van het zure fosfatase kan daarbij ook een hulpmiddel zijn, maar ook niet meer dan dat. De sensitiviteit en specificiteit van deze bepaling is echter gering. De huisarts zal de diagnose prostaathypertrofie meestal stellen op grond van de anamnese. Een rectaaltoucher behoort een onderdeel te zijn van het onderzoek, maar dient vooral om een maligne van een benigne aandoening te onderscheiden. Het moment van verwijzen kan, uitzonderingen daargelaten, meestal in overleg met de patiënt plaatsvinden.

Het lijkt aan te bevelen dat de huisarts, meer dan tot nu toe, juist aandacht besteedt aan de begeleiding van de prostatectomie-patiënt. Mondelinge informatie vooraf wordt door operatiepatiënten, zeker in het vooruitzicht van een ziekenhuisopname, meestal slecht begrepen of onthouden (Slob 1981). De folder: 'Ik moet aan mijn prostaat geholpen worden' is een welkome aanvulling. In deze folder wordt ook ingegaan op het seksueel functioneren na een prostaatoperatie, een aandachtspunt dat hulpvrager en hulpverlener nog wel eens niet aan de orde stellen.

10.6. Nefrolithiasis (E-lijstno. 312)

Nierstenen werden als nieuwe aandoening geregistreerd indien bij de typische klachten die nierstenen kunnen geven (zoals pijn in de flanken uitstralend naar de genitalia) ook het urinesediment afwijkingen vertoonde (erythrocyten), eventueel aangevuld met een röntgenfoto, zoals een buikoverzichtsfoto of een I.V.P.

Nierstenen werden alleen dan als bekend geval geregistreerd als bekend was dat de stenen nog in de urinewegen aanwezig waren en/of er nog een vorm van controle of behandeling plaatsvond (bijv. antibiotica profylaxe bij stenen in het pyelum).

Voorkomen

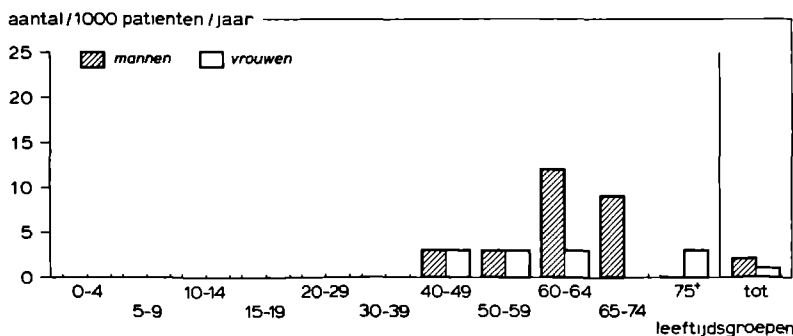
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 2 mannen, 2 vrouwen;
nieuwe gevallen: 4 mannen, 2 vrouwen

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
312	3	2	4.2	3.9	0.7	3.1	1.3-2.1

Tabel 10.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

10.6.1. Bekende gevallen

In figuur 10.6.1. worden de bekende gevallen van nefrolithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



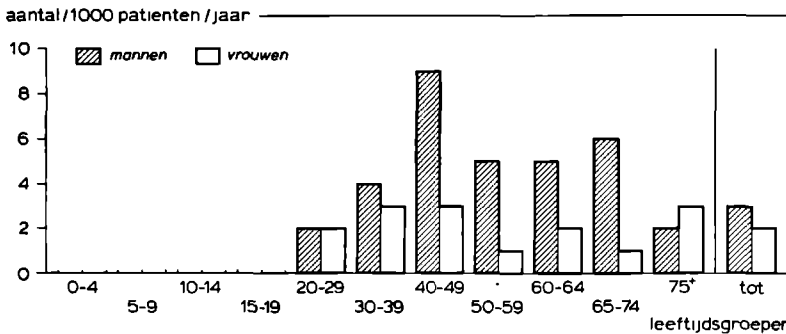
Figuur 10.6.1.: Bekende gevallen van nefrolithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van nierstenen kwam vanaf 40-jarige leeftijd voor, meer bij mannen dan bij vrouwen. Bij mannen namen de bekende gevallen boven de 60 jaar toe, bij vrouwen bleef het aantal gevallen in alle leeftijdsgroepen ongeveer gelijk. In de leeftijdsgroep 65-74 jaar werden voor vrouwen geen bekende gevallen geregistreerd. Bij mannen was dat in de leeftijdscategorie 75⁺ het geval.

10.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 10.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van nefrolithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 10.6.2.: Nieuwe gevallen van nefrolithiasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 20 jaar werden in elke leeftijdsgroep, zowel bij mannen als bij vrouwen, nieuwe gevallen van nierstenen gevonden. Bij mannen was er een lichte verheffing in de leeftijdsgroep 40-49 jaar. Een duidelijke toe- of afname in de loop van de leeftijd was niet te constateren.

10.6.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 10.6.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer nierstenen werden vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	165		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	52	45	-
opgenomen	29		

Tabel 10.6.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer nierstenen werden vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 165 personen waarbij voor de eerste keer nierstenen werden vastgesteld, werd 32% verwezen naar een specialist, 27% naar een laboratorium of röntgenafdeling en werd 18% opgenomen in een ziekenhuis.

10.6.4. Beschouwing

Uit vergelijking van nieuwe en bekende gevallen en mede op basis van literatuurgegevens (Van Helsdingen 1980) is af te leiden, dat in een belangrijk aantal gevallen van nefrolithiasis de stenen spontaan afkomen en de behandeling in handen van de huisarts kan blijven. Vaak blijft het ook bij een enkele aanval of treedt eerst jaren later een recidief op. Of adviezen van veel drinken of medicamenten om recidieven te voorkomen door middel van bijvoorbeeld een onderhoudsdosis chlotride zinvol zijn, is nog de vraag.

In een aantal gevallen geeft het aanwezig zijn van nierstenen aanleiding tot een chronische aandoening. Bij de bekende gevallen heeft de huisarts een bewakende functie. Hij heeft dan de taak om de urine te controleren (controle door middel van urinesediment) en eventueel intercurrente infecties te bestrijden en zo nodig tussentijds te verwijzen wanneer daartoe aanleiding bestaat.

10.7. Ziekten van de mammae (E-lijstno. 322)

Aandoeningen van de mammae werden onder dit nummer geregistreerd met uitzondering van benigne en maligne neoplasmata.

Het was een verzamelnummer waaronder verschillende aandoeningen geregistreerd konden worden. Bij vrouwen bleek dit nummer bijna uitsluitend te worden gebruikt voor de mastopathie, die zich klinisch presenteerde als het aanwezig zijn van korrelige mammae al of niet met pijn gepaard gaande en/of röntgenologisch aangetoond. De aandoening werd als bekend geval geregistreerd wanneer de aandoening in het jaar volgend op dat van de eerste registratie nog werd behandeld of gecontroleerd.

Mastopathie werd uit het oogpunt van surveillance van risicofactoren altijd als bekende aandoening geregistreerd. Bij mannen werd gynecomasie onder dit nummer gecodeerd.

Voorkomen

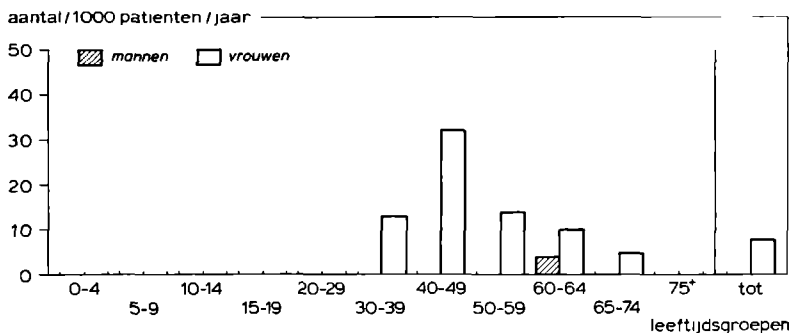
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: –, 11 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 6 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
322	8	3	6.7	3.2	2.0	5.5	2.2-6.4

Tabel 10.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

10.7.1. Bekende gevallen

In figuur 10.7.1. worden het aantal bekende gevallen van ziekten van de mammae, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 10.7.1.: Bekende gevallen van ziekten van de mammae, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

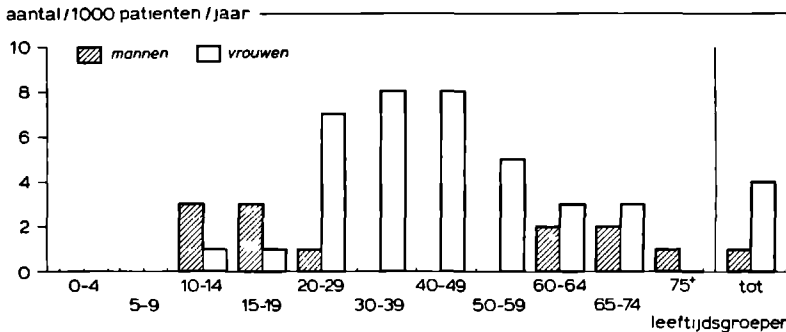
Bekende gevallen van ziekten van de mammae kwamen vanaf 30-jarige leeftijd bijna alleen voor bij vrouwen. De top ligt in de leeftijdsgroep van 40-49 jaar, daarna is er een geleidelijke daling. Er is geen enkel bekend geval in de leeftijdsgroep 75⁺ geregistreerd. Bij mannen werden bekende gevallen alleen gezien in de leeftijdsgroep 60-64 jaar.

10.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 10.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van ziekten van de mammae, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Nieuwe ziekten van de mammae kwamen bij vrouwen voor vanaf 10 jaar.



Figuur 10.7.2.: Nieuwe gevallen van ziekten van de mammae, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

In de middelbare leeftijd trad er een stijging op en daarna weer een daling in de oudere leeftijdsgroepen. Bij mannen kwamen nieuwe gevallen van ziekten van de mammae in de puberteit en op jong volwassen leeftijd voor en in de oudere leeftijdsgroepen vanaf 60 jaar.

10.7.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 10.7.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer een aandoening van de mammae werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	226		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	31	110	1
opgenomen	12		

Tabel 10.7.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer een aandoening van de mammae werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 226 personen waarbij voor de eerste keer een aandoening van de mammae werd vastgesteld, werd 14% verwezen naar een specialist, 42% verwezen naar een laboratorium of röntgenafdeling, 0.4% naar overige instanties en 5% opgenomen in een ziekenhuis.

10.7.4. Beschouwing

Wanneer de frequentie van de bekende en nieuwe gevallen wordt vergeleken dan blijken de nieuwe gevallen vanaf 10 jaar in elke leeftijdsgroep voor te komen. Bij de bekende gevallen gaat het vooral om aandoeningen van de mammae bij vrouwen in de volwassen leeftijdperiode. Deze bekende aandoeningen blijven dus kennelijk een bepaalde tijd onder de aandacht van de huisarts, gaan dan over of worden niet meer gepresenteerd of door de huisarts niet meer gecontroleerd. Uit de verwijscijfers blijkt dat bijna de helft van de personen met deze aandoening naar een röntgenafdeling wordt verwezen, 13% naar een specialist en 3% wordt opgenomen. Het is dus een aandoening waaraan veel wordt gedokterd. Zoals in de inleiding werd gesteld, zijn de meeste bekende aandoeningen in deze categorie mastopathieën (met of zonder mastodynie). Bedoeld wordt pijn in de borsten, terwijl bij palpatie een uitgesproken diffuse knobbeligheid van het klierweefsel wordt gevoeld. In de periode dat deze gegevens werden verzameld (en ook later tot eind 1982), gold de mastopathie, vastgesteld met lichamelijk onderzoek, en/of röntgenologisch bevestigd, als een risicofactor voor het krijgen van een mammacarcinoom. Dit gegeven zou het verloop van de frequenties bij de bekende aandoeningen (presentatie van klachten, angst voor mammacarcinoom en controle door de huisarts) het hoge percentage verwijzingen naar laboratorium/röntgen kunnen verklaren.

De laatste tijd komen er steeds meer gegevens (Nolet, 1979; Love, 1982; Huygen 1983), dat de clinicus, radioloog en patholoog-anatoom onder de term 'mastopathie' verschillende aandoeningen verstaan. Slechts voor een (zeer) klein gedeelte van de door de patholoog-anatoom vastgestelde vormen van mastopathie geldt dat hierbij een verhoogde kans op de ontwikkeling van een carcinoom bestaat. Door palpatie en mammografie is niet vast te stellen welke vrouwen meer kans lopen een carcinoom te krijgen. Dat betekent in ieder geval dat het beleid van de huisarts op dit gebied dient te worden bijgesteld. Het is de vraag of de vele patiënten waarbij de huisarts een mastopathie vaststelt, verwezen moeten worden voor een mammografie. Zorgvuldig onderzoek, afweging van andere risicofactoren, instructie tot zelfonderzoek, een goede kennis over nieuw

verworven inzichten en het vermogen dit de patiënt uit te leggen, zijn voor de huisarts de belangrijkste instrumenten bij deze met veel emoties beladen afwijking.

Tenslotte nog een opmerking over aandoeningen van de mammae bij mannen. Deze aandoeningen betreffen vooral de gynaecomastie, die bij jonge en oudere mannen kunnen voorkomen (zie de nieuwe gevallen). Het gaat hierbij meestal om een fysiologisch verschijnsel, dat zowel bij de patiënt, maar ook nog wel eens bij zijn huisarts aanleiding geeft tot onnodige ongerustheid. Voorlichting en geruststelling over dit fysiologisch fenomeen is een taak van de huisarts.

10.8. Prolapsus uteri of vaginae (E-lijstno. 324)

Prolapsus uteri of vaginae werd als nieuw geval geregistreerd als al of niet naar aanleiding van de klachten (zoals vol gevoel in de vagina, zwaar gevoel in het bekken, lage rugpijn of trekkende pijn in de liezen) bij lichamelijk onderzoek duidelijke tekenen van een prolaps konden worden vastgesteld. Elke component van het beeld van de prolaps, zoals cystocèle, rectocèle, enterocèle, descensus uteri, elongatio colli uteri kon onder dit nummer geregistreerd worden.

Prolaps werd als bekend geval geregistreerd wanneer de patiënt nog werd behandeld of gecontroleerd voor deze aandoening. Wanneer de prolaps was geopereerd, werd dit niet langer als een bekend geval geregistreerd, behalve wanneer er sprake was van een recidief.

Voorkomen

In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 16 vrouwen, nieuwe gevallen: 5 vrouwen.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
324	7	2	7.1	3.0	3.5	5.5	2.0-6.4

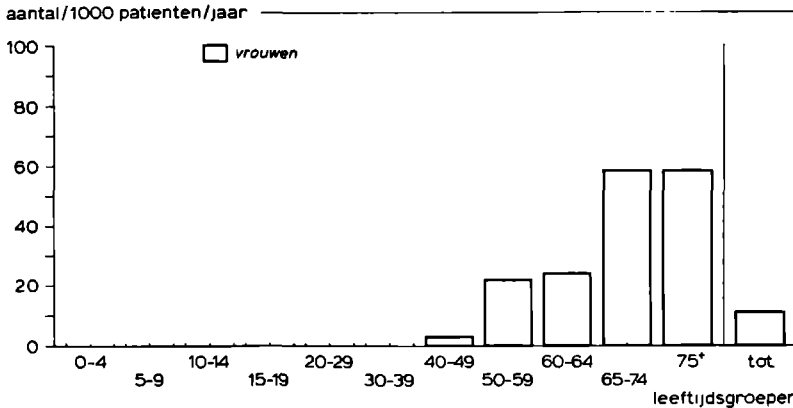
Tabel 10.8.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

10.8.1. Bekende gevallen

In figuur 10.8.1. worden het aantal bekende gevallen van prolaps, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

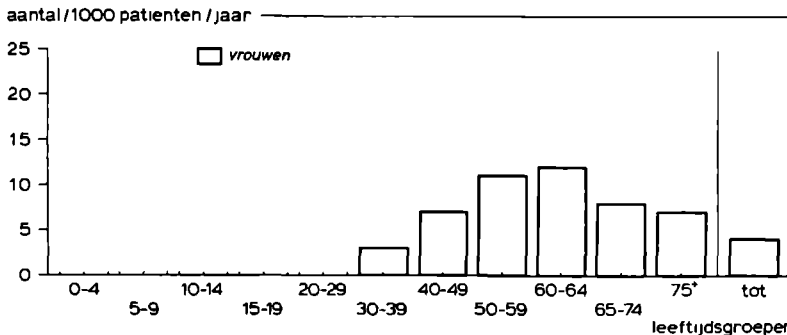
Vanaf 40 jaar kwamen er bekende gevallen van prolaps voor, in frequentie stijgend met de leeftijd.



Figuur 10.8.1.: Bekende gevallen van prolaps, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patienten).

10.8.2. Nieuwe gevallen

In figuur 10.8.2. worden het aantal nieuwe gevallen van prolaps, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar.



Figuur 10.8.2.: Nieuwe gevallen van prolaps, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patienten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patienten).

Commentaar

Vanaf 30 jaar kwamen er nieuwe gevallen van prolaps voor. Het aantal nam langzaam toe met de leeftijd tot 60-65 jaar en daalde weer langzaam na het 65^e levensjaar.

10.8.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 10.8.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer een prolaps werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken.

aantal	144		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	42	-	-
opgenomen	31		

Tabel 10.8.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer een prolaps werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 144 personen waarbij voor de eerste keer een prolaps werd vastgesteld, werd 29% verwezen naar een specialist en 21% opgenomen in een ziekenhuis.

10.8.4. Beschouwing

Uit onze epidemiologische gegevens blijkt, dat de prolaps allerm minst een onbelangrijke aandoening is, die voor de huisarts uit het zicht is verdwenen. Integendeel, de therapie en het beleid bij deze aandoening verdient hernieuwde aandacht. Deze aandoening komt al vanaf 30-jarige leeftijd als nieuw geval in onze registratie voor, neemt toe met de leeftijd en wordt na het 65^e levensjaar wat minder gepresenteerd. De bekende gevallen komen na het 50^e levensjaar voor, maar vooral boven de 65 jaar. Het betreft hier voornamelijk patiënten die een pessarium dragen en daarvoor worden gecontroleerd.

Over het natuurlijk verloop van de prolaps is niet zoveel bekend. Ernstige gevallen zullen steeds meer klachten geven, maar bij minder ernstige gevallen kunnen de klachten een wisselend beloop hebben. Ook is bekend, dat bij oudere pessariumdraagsters het pessarium relatief te groot wordt door vernauwing van de schede en atrofie van het epitheel. Het bleek

dat wanneer men het pessarium dan achterwege liet een aantal vrouwen geen of weinig klachten meer hadden en het zonder pessarium konden stellen.

De diagnostiek zal in het algemeen niet veel problemen opleveren. De cystocèle komt het meest voor. Het is altijd van belang een eventueel met de prolaps gepaard gaande urineweginfectie te diagnostiseren en te behandelen, vooral ook omdat een aanzienlijk deel van de klachten kunnen worden veroorzaakt door het bestaan van deze infectie.

Het beleid bij de prolaps wordt vooral bepaald door de ernst van de prolaps en de leeftijd van de vrouw (in de fertiele periode zullen andere redenen worden meegewogen dan op oudere leeftijd). Het succes van operatief ingrijpen wisselt nog wel eens en menig huisarts zal een aantal recidieven van prolapsklachten in zijn praktijk tegenkomen. Kennis van de conservatieve behandeling en het moment (in overleg met de patiënt) van operatief ingrijpen is voor de huisarts van groot belang. Wat betreft de conservatieve behandeling met een pessarium zullen de meeste jonge huisartsen weinig ervaren zijn. In het algemeen zal men kunnen uitkomen met het aanpassen van een ringpessarium. Lukt dat niet, dan met een omgekeerd Hodgepessarium of een pessarium volgens Cramer (Barents 1981).

10.9. Climacteriële klachten (E-lijstno. 329)

Tallose klachten worden geassocieerd met de overgangsjaren. Kenmerkend zijn deze klachten geenszins. Er waren in feite maar 3 typische klachten die in onze registratie werden beschouwd als te behoren bij de overgang, zoals opstijgingen, transpiratie-aanvallen en cyclusstoornissen zonder bijkomende pathologie. Wanneer deze klachten aanwezig waren, werd het nummer voor 'climacteriële' klachten geregistreerd. Menometroragie op basis van myomen werden geregistreerd bij uterus myomatosus (E-lijstno. 071).

Atypische klachten, zoals bijv. duizeligheid, prikkelingen in armen en benen, hoofdpijn werden, als daar aanleiding toe was, geregistreerd onder het nummer nerveus-functionele klachten (E-lijstno. 135). Climacteriële klachten werden als bekend geregistreerd wanneer in het jaar volgend op de registratie als nieuwe aandoening, de vrouw nog behandeld c.q. gecontroleerd werd voor haar klachten.

Voorkomen

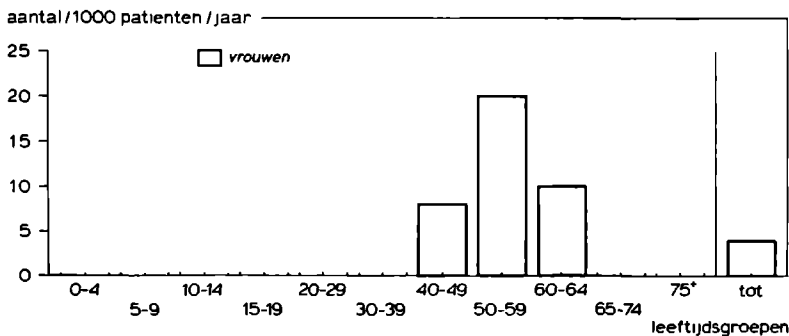
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 5 vrouwen, nieuwe gevallen: 17 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
329	8	6	11.5	8.1	10.1	6.3	6.2-12.8

Tabel 10.9.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

10.9.1. Bekende gevallen

In figuur 10.9.1. worden het aantal bekende gevallen van climacteriële klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 10.9.1.: Bekende gevallen van climacteriële klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

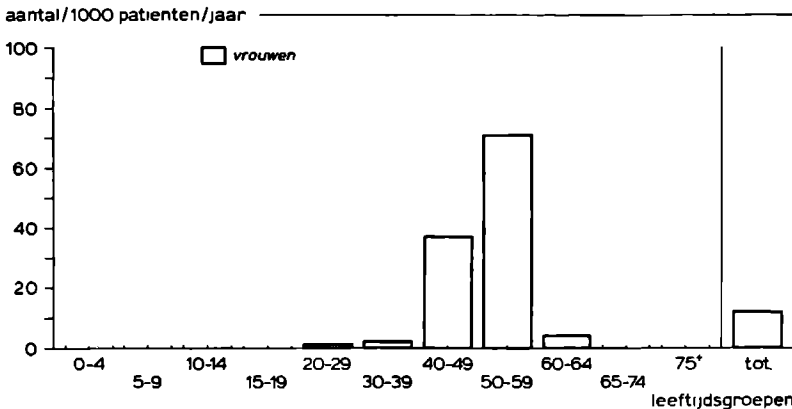
Bekende gevallen van climacteriële klachten werden vanaf 40-jarige leeftijd geregistreerd, namen tussen de 50 en 60 jaar toe en daarna weer af. Boven 65 jaar werden dergelijke klachten niet meer geregistreerd.

10.9.2. Nieuwe gevallen

In figuur 10.9.2. worden het aantal nieuwe gevallen van climacteriële klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Nieuwe gevallen van climacteriële klachten begonnen reeds in de leeftijdsgroep 20-29 jaar (vermoedelijk na operatie) en namen toe met de leeftijd met een maximum in de leeftijd tussen 50-60 jaar en namen daarna sterk af.



Figuur 10.9.2.: Nieuwe gevallen van climacteriële klachten, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

10.9.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 10.9.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer climacteriële klachten werden vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	400		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	27	55	-
opgenomen	8		

Tabel 10.9.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer climacteriële klachten werden vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 400 personen waarbij voor de eerste keer climacteriële klachten werden vastgesteld werd 7% verwezen naar een specialist, 14% naar een laboratorium of röntgenafdeling en 2% werd opgenomen in een ziekenhuis.

10.9.4. Beschouwing

Uit vergelijking van de frequenties van bekende en nieuwe gevallen is af te

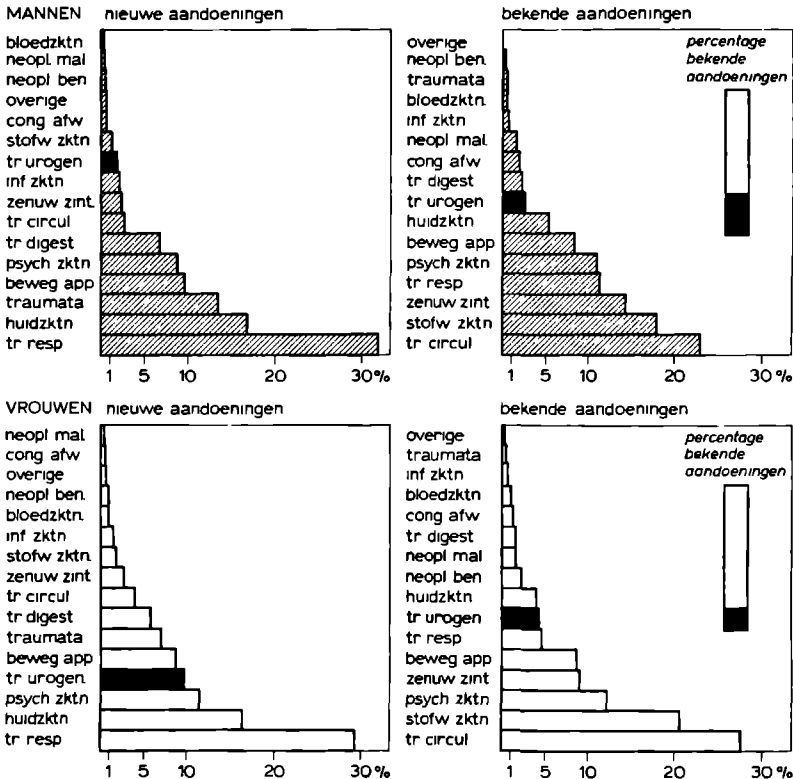
lezen, dat climacteriële klachten kunnen worden beschouwd als een voorbijgaande chronische aandoening. Dit in tegenstelling tot vele andere chronische aandoeningen die niet meer overgaan. Uit de verwijscijfers blijkt, dat personen met deze aandoening in de meeste gevallen onder de aandacht van de huisarts blijven en in geringe mate worden verwezen c.q. opgenomen.

Bij de aan de huisarts bekende gevallen van climacteriële klachten betreft het voornamelijk controle en begeleiding van vrouwen met cyclusstoornissen en opstijgings- of transpiratie-aanvallen.

De cyclusstoornissen zijn gewoonlijk eenvoudig te behandelen met orale anticonceptiva. Wanneer door orale anticonceptiva vaginaal bloedverlies niet kan worden gereguleerd kan dit een reden zijn tot verwijzing naar de gynaecoloog. Uiteraard blijft een regel, dat vaginaal bloedverlies bij de niet meer menstruerende vrouw de huisarts op zijn hoede moet doen zijn en wel des te dringender naarmate de laatste bloeding langer is geleden. Over de oestrogensubstitutie-therapie is veel onderzoek gedaan. Op grond van de beschikbare gegevens (Van de Lisdonk 1980) is het goed hier terughoudend mee te zijn. Wanneer een therapie wordt ingesteld en gevolgd lijkt het nuttig de vrouw een lijst te laten bijhouden van het aantal opstijgingen of transpiratie-aanvallen. Patiënt en arts kunnen zo een beter zicht krijgen op de effecten van de therapie.

Groep 10: Ziekten van de tractus urogenitalis

10.1. Plaats in de totale morbiditeit



Figuur 10.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van de tractus urogenitalis, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

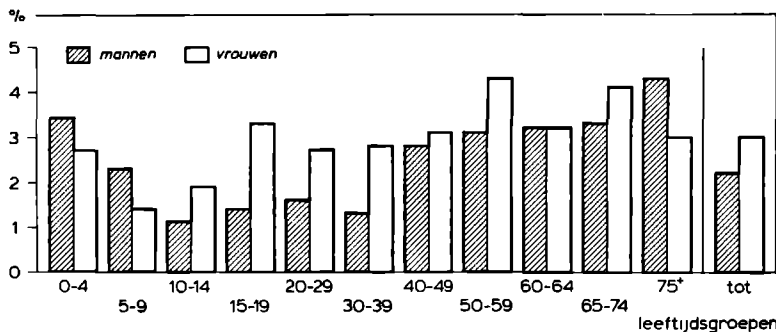
I 2.2. Frequentie in een standaardpraktijk

	ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
		man	vrouw	man	vrouw
007	erysipelas, incl. lymfoedeem na erysipelas	-	-	2.4	3.6
021	dermatophytosis, trychophytie, ringworm, zwenmerseczeem, pityriasis vesicolor	0.2	-	17.4	13.2
022	scabies (= mijt)	-	-	0.6	0.7
048	pediculosis, insectenbeten, strofulus	-	-	9.9	12.4
087	allergische dermatosen, incl. urticaria, quincke's eczeem, excl. allergisch eczeem 380 of 381, huidandoeningen door geneesmiddelen 392, prurigo linearis, senilis etc. 396	-	1.6	12.4	17.7
170	conjunctivitis, incl. lasogen	-	-	23.6	23.9
171	blefaritis	-	0.3	2.7	3.8
172	hordeolum (= strontje in het oog)	-	-	4.2	4.0
182	otitis externa, excl. als gevolg van perforatie	1.1	2.8	14.9	20.7
187	cerumen (= oorsmeer)	0.2	-	45.5	48.8
276	ziekten van de mondholte en oesophagus, incl. gingivitis, aften, stomatitis ulcerosa (herpetica), speekselsteen, drukulcus door kunstgebit	-	0.2	15.6	19.9
393	atheroomcyste, excl. geïnfecteerd en niet geïnfecteerd atheroom 372 resp. 385	-	-	5.2	4.0
397	pigmentaties, verruca seborrhoeica	-	-	0.6	1.2
370	furunkel (= steenpuist), carbunkel (= negenoog)	-	-	12.5	8.1
371	paranitium, paronychium, cellulitis van vinger of teen	-	0.2	10.5	11.6
372	overige cellulitis en abscessen zonder lymfadenitis, incl. geïnfecteerd atheroom, hidradentitis acillaris, para-anaal abces	-	0.2	29.3	23.8
373	overige cellulitis en abscessen met lymfadenitis incl. lymfangitis	-	-	3.9	2.1
374	acute lymfangitis	-	-	1.2	1.7
375	impetigo (= krentenbaard)	-	-	13.1	11.5
376	verruca (= wratten), incl. condylomata acuminata, molluscum contagiosum	-	-	16.2	23.3
377	overige huidinfecties, pyodermieën, incl. folliculitis, excl. dermatophytosis 021, sinus pilonidalis 074	-	0.7	13.2	12.6
378	seborroïsch eczeem	0.5	0.2	1.1	0.9
379	constit.eczeem, excl. allergisch eczeem 390/087	14.6	16.3	18.9	24.7
380	beroeps-dermatitis, incl. allergische dermatitis of eczeem door planten, oliën, chemicaliën e.d.	0.5	0.5	2.5	3.2
381	overige dermatitis (niet beroeps), incl. luldermatitis, intertrigo, allergische of eczeem door planten, oliën, chemicaliën e.d., excl. geneesmiddelendermatitis 392, urticaria 087, strofulus 087, insectenbeten 048, herpes labialis 018, naevus pigmentosus 073, scabies 022, herpes zoster 014, erysi- pelas 007	2.1	4.3	40.0	61.5
382	psoriasis	8.8	10.5	2.4	2.3
384	clavus (= likdoorn, eksteroog), incl. eelt- vorming	-	0.3	3.7	5.7
387	ziekten van de nagel, incl. unguis incarnatus kalknagel	-	-	4.9	5.5

	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
388 ziekten van de haren, excl folliculitis 377	0.2	0.4	1.5	2.3
389 ziekten van talg- en zweetklieren, incl. roos, zweetvoeten, excl. seborrhoïsch eczeem 378	0.2	-	13.6	11.6
390 chronisch ulcus, incl. decubitus, excl. ulcus varicosum 228	-	-	0.9	1.1
385 acne vulgaris	3.5	3.0	5.3	7.6
391 overige huidziekten o.a. pemphigus, lichen planus, sclerodermie, keloid, vitiligo, rosacea, erythrasma	1.4	1.7	3.7	5.4
392 fatogene huidaandoeningen, incl. geneesmiddelendermatitis, exantheem, stralingsdermatitis, anafylactische reactie, overgevoeligheid voor jodium e.d.	-	0.3	3.1	8.1
Symptomen				
395 erythemateuze aandoeningen, incl. lupus erythematoses, excl. erythemen bij infectieziekten groep I, erythema nodosum bij tbc 002, bij Besnier Boeck 046	-	0.5	0.2	1.1
396 pruritus incl. prurigo linearis, -senilis etc., neurodermitis circumscripta, excl. prurigo aestivalis 087, pruritis vulvae zonder bekende oorzaak	0.3	0.2	1.6	2.7
399 overige symptomen, tattooage	-	-	1.6	2.3
445 navelsepsis van de neonatus	-	-	0.2	0.1

Tabel 12.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van huid en het onderhuids bindweefsel, naar geslacht, in absolute aantallen per jaar in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

12.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel



Figuur 12.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

12.4. Commentaar

Figuur 12.1. In de totale morbiditeit nemen de ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel, wat betreft de nieuwe gevallen zowel voor mannen als voor vrouwen een tweede plaats in en wat betreft de bekende gevallen een middenplaats.

Tabel 12.2. De meest voorkomende bekende gevallen waren: constitutioneel eczeem; psoriasis; acne vulgaris.

De meest voorkomende nieuwe gevallen waren:

overige dermatitiden;	}	geen huidafwijkingen in de strikte zin van het woord
cerumen;		
overige cellulitis en abscessen zonder		
lymfadenitis;		
conjunctivitis;		
constitutioneel eczeem;		
ziekten van talg- en zweetklieren.		

Tabel 12.3. 2,2% van de mannen en 3,0% van de vrouwen in de totale populatie had een bekende aandoening die in deze groep is onder te brengen. Het aantal personen met een bekende aandoening was voor beide geslachten over alle leeftijdsgroepen bijna constant.

12.5. Constitutioneel eczeem (E-lijstno. 379)

Constitutioneel eczeem werd als nieuw geval geregistreerd wanneer er sprake was van een jeukende, exsudatieve of gelichenificeerde eruptie in het gezicht, de nek, bovenste gedeelte van de romp, de polsen, de handen en in de holten van knieën en ellebogen, eventueel gepaard gaande met een allergie-anamnese van de patiënt zelf of diens familie.

Het eczeem werd als bekend geval geregistreerd wanneer in de jaren volgend op de registratie als nieuw geval deze huidaandoening nog werd behandeld of als er sprake was van een exacerbatie.

Voorkomen

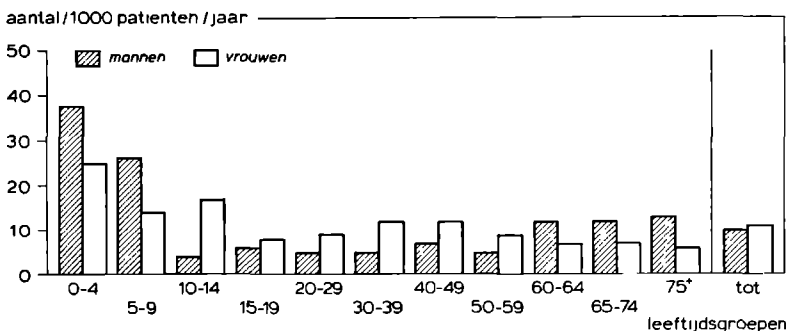
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 15 mannen, 16 vrouwen; nieuwe gevallen: 19 mannen, 25 vrouwen.

E-lĳjstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
379	25	15	32.5	26.7	8.6	11.5	29.0-35.7

Tabel 12.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

12.5.1. Bekende gevallen

In figuur 12.5.1. worden het aantal bekende gevallen van constitutioneel eczeem, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



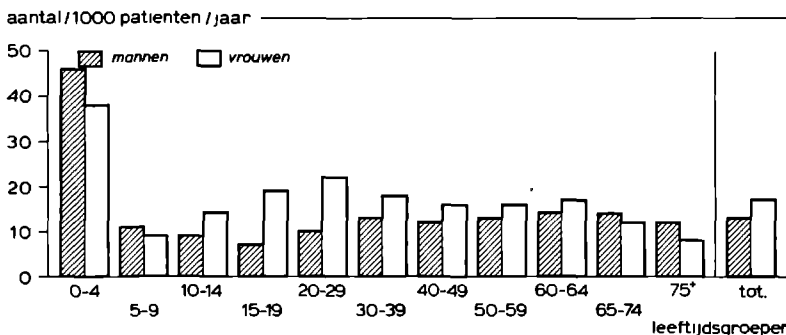
Figuur 12.5.1.: Bekende gevallen van constitutioneel eczeem, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van constitutioneel eczeem kwamen in elke leeftijdsgroep voor. Het grootste aantal werd geregistreerd in de jongste leeftijdsgroepen, daarna was er een duidelijke afname te constateren tot in de puberteit. Het aantal bleef dan om en nabij constant om vanaf 60 jaar weer iets toe te nemen, maar in latere leeftijdsgroepen dan niet meer te stijgen.

12.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 12.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van constitutioneel eczeem, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 12.5.2.: Nieuwe gevallen van constitutioneel eczeem, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten per jaar).

Commentaar

Het aantal nieuwe gevallen van eczeem liet een bijna identiek leeftijdsbe-loop als dat van de bekende gevallen zien. Het grootste aantal werd gevonden in de groep 0-4 jaar om daarna scherp te dalen tot in de adolescentieperiode. Dan trad er weer een lichte stijging op vanaf 20 jaar en daarna was het aantal per leeftijdsgroep vrij constant. Bij vrouwen trad de stijging van jong naar oud al op in de leeftijdsgroep 10-14 jaar, terwijl dit bij mannen iets later viel.

12.5.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 12.5.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer constitutioneel eczeem werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	1095		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	72	-	-
opgenomen	3		

Tabel 12.5.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer constitutioneel eczeem werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoekerperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 1095 personen waarbij voor de eerste keer constitutioneel eczeem

werd vastgesteld, werd 7% verwezen naar een specialist en bijna geen gevallen werden opgenomen in een ziekenhuis.

12.5.4. Beschouwing

Constitutioneel eczeem komt als bekend en nieuw geval in alle leeftijdsgroepen voor, maar in de jongste leeftijdscategorieën het meest frequent. Personen waarbij deze aandoening wordt vastgesteld worden weinig verwezen of opgenomen. Gezien de frequentie en het verloop van deze aandoening mag worden gesteld, dat het constitutioneel eczeem voor de huisarts een zeer belangrijke chronische aandoening is. Deze 'door polymorfie gekenmerkte, dikwijls jeukende en tot chroniciteit neigende, vaak met exacerbaties verlopende exsudatieve ontsteking van de huid' stelt hoge eisen aan het geduld van patiënt en huisarts. Deze aandoening is sterk familiair gebonden en kan onder invloed van in- en uitwendige omstandigheden ieder ogenblik de kop opsteken. De huisarts zal goed op de hoogte moeten zijn van de diagnostiek en therapie van deze veel voorkomende aandoening. Er zijn aanwijzingen dat een zekere mate van preventie mogelijk is door vermindering van koemelk in de eerste zes levensmaanden (Matthew 1977, Saarinen 1979, Atherton 1978). Het kan voor de huisarts van belang zijn hier mede rekening te houden in sterk belaste families.

Volgens sommigen (editorial in de *Lancet*, 1982) speelt de huismijt ook een rol bij de aetiologie van constitutioneel eczeem. De pathogenese van deze aandoening is waarschijnlijk complex en multifactorieel. De relatie met astma en allergische rhinitis is nog steeds onvoldoende onderzocht in adequate longitudinale prospectieve studies. De huisarts zal er goed aan doen hiermede rekening te houden bij zijn voorlichting aan de ouders van kinderen met constitutioneel eczeem, daar op dit gebied soms onnodige ongerustheid bestaat.

12.6. Psoriasis (E-lijstno. 382)

Psoriasis werd als nieuwe aandoening geregistreerd wanneer op grond van het klinisch beeld, zoals zilverachtige schilfers op rode plaques die gewoonlijk gelokaliseerd zijn op knieën, ellebogen en schedel en eventuele aanwezigheid van putjesnagels, deze diagnose kon worden gesteld en/of wanneer door raadpleging van de dermatoloog bij een voor de huisarts diagnostisch probleem de diagnose alsnog werd gesteld.

Psoriasis werd als bekend geval geregistreerd wanneer in de jaren

volgens op de eerste registratie deze huidziekte nog werd behandeld of gecontroleerd of wanneer zich na een remissie een exacerbatie voordeed.

Voorkomen

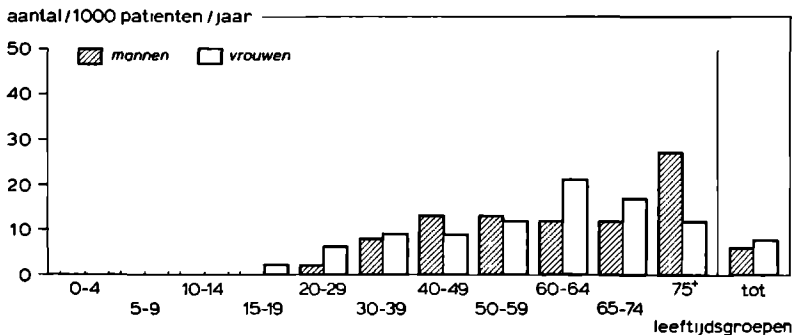
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 9 mannen, 11 vrouwen; nieuwe gevallen: 2 mannen, 2 vrouwen.

E-lijstno.	pr. N.U.H.I.	in. N.U.H.I.	pr. Monit.pr.	in. Monit.pr.	pr. Engeland	pr. Oliemans	pr. Hodgkin
382	9	2	3.7	1.6	3.2	1.3	5.0

Tabel 12.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

12.6.1. Bekende gevallen

In figuur 12.6.1. wordt het aantal bekende gevallen van psoriasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



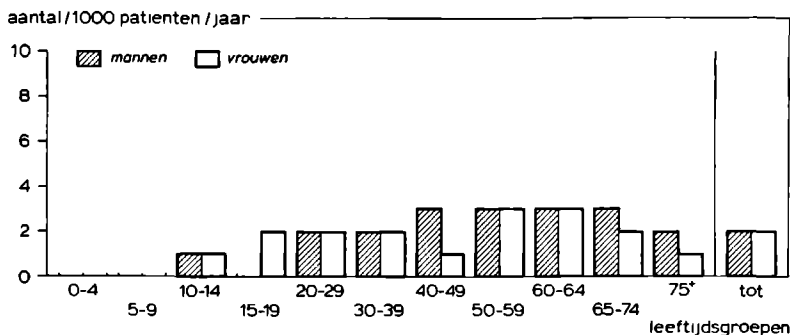
Figuur 12.6.1.: Bekende gevallen van psoriasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, n = 12.000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van psoriasis kwamen vanaf 15-jarige leeftijd voor. Bij vrouwen is er een lichte stijging tot 65 jaar en daarna weer een lichte daling. Bij mannen is er een lichte stijging tot 40 jaar, daarna bleven de aantallen per leeftijdsgroep bijna constant om boven 75 jaar flink te stijgen. Bij vrouwen werden iets meer bekende gevallen geregistreerd dan bij mannen.

12.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 12.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van psoriasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 12.6.2.: Nieuwe gevallen van psoriasis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

In elke leeftijdscategorie vanaf 10 jaar werden nieuwe gevallen van psoriasis geregistreerd, in de tweede levenshelft vaker dan in de eerste. Er was geen verschil tussen mannen en vrouwen.

12.6.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 12.6.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer psoriasis werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	127		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	40	-	1
opgenomen	2		

Tabel 12.6.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer psoriasis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 127 personen waarbij voor de eerste keer psoriasis werd vastge-

steld, werd 32% verwezen naar een specialist, 0,8% naar overige instanties en 2% werd opgenomen in een ziekenhuis.

12.6.4. Beschouwing

Uit vergelijking van bekende en nieuwe gevallen blijkt, dat psoriasis al vanaf 10-jarige leeftijd optreedt en dat chronische gevallen vooral voorkomen op middelbare en oudere leeftijd. Uit de verwijfs- en opnamecijfers blijkt, dat ongeveer 1/3 van de personen waarbij psoriasis was vastgesteld werd verwezen en slechts 1,6% werd opgenomen. Dat is veel minder dan ik had verwacht op grond van mijn indrukken van deze ziekte. Er blijken nogal wat patiënten te zijn die met of zonder therapie met deze ziekte weten te leven. De klinische variatie in ernst van dit ziektebeeld is in de huisartspraktijk waarschijnlijk groter dan in het ziekenhuis.

Het verloop van de ziekte psoriasis is wel chronisch maar niet goed voorspelbaar. De ziekte reageert niet altijd op therapie, de overerving is dominant met een grillige familiale penetrantie.

Bij de begeleiding van de psoriasispatiënt kan het volgende van belang zijn. Het is belangrijk dat de patiënt in simpele bewoordingen wordt uitgelegd wat er met zijn huid aan de hand is. Medisch-technische termen zoals exfoliatief, remissie, epidermis kunnen worden vermeden. Het woord psoriasis is moeilijk uit te spreken en te spellen. Het kan worden uitgelegd als een versnelling van de gebruikelijke vervanging van de huid, waarvan de oorzaak niet bekend is.

Een folder van de patiënten-vereniging kan verduidelijking geven. Het moet de patiënt, maar vooral de omgeving worden duidelijk gemaakt, dat deze ziekte niet besmettelijk is, in wezen niet te genezen is en een grillig verloop heeft. Juist een goede uitleg kan een investering zijn die op lange termijn zijn vruchten afwerpt.

Tenslotte lijkt het zowel financieel als emotioneel beter te zorgen voor een goede begeleiding en ondersteuning dan de ene na de andere therapie te proberen.

12.7. Acne vulgaris (E-lijstno. 385)

Acne vulgaris werd als nieuw geval geregistreerd wanneer men op grond van het klinisch beeld van papels en pustels in het gezicht of op de rug en schouders deze diagnose stelde. Acne werd als bekende aandoening geregistreerd wanneer in de jaren volgend op de registratie als nieuwe aandoening deze aandoening nog werd behandeld of gecontroleerd.

Voorkomen

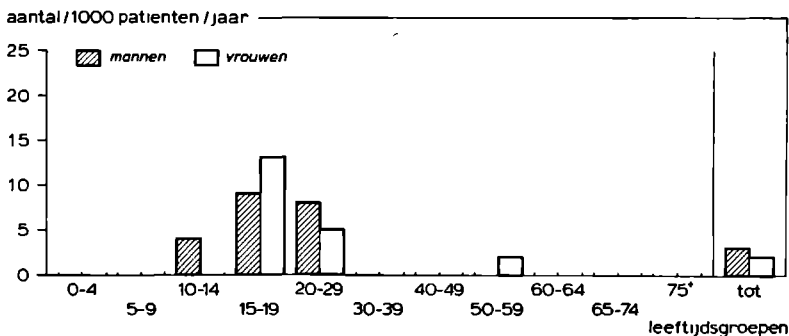
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 4 mannen, 3 vrouwen;
 nieuwe gevallen: 5 mannen, 8 vrouwen.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>in.</i> <i>N. U. H. I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit. pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oltmans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
385	10	5	8.2	6.3	5.8	8.8	5.0

Tabel 12.7.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

12.7.1. Bekende gevallen

In figuur 12.7.1. worden het aantal bekende gevallen van acne vulgaris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



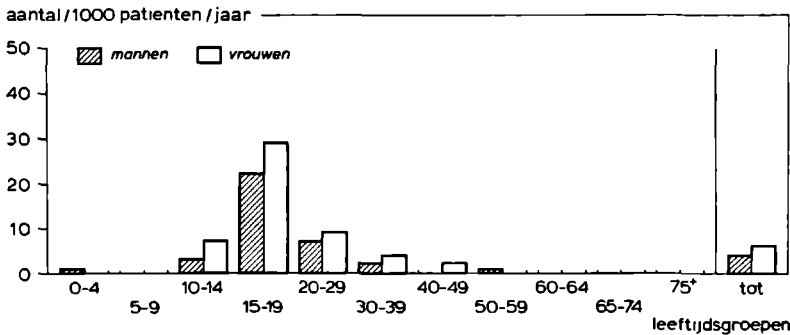
Figuur 12.7.1.: Bekende gevallen van acne vulgaris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.

Commentaar

Tussen de leeftijd van 10 en 30 jaar werden bekende gevallen van acne vulgaris geregistreerd. De top ligt daarbij tussen 15 en 20 jaar. In de leeftijdsgroepen 10-14 jaar werden geen bekende gevallen bij vrouwen geregistreerd, wel enkele bij vrouwen in de leeftijdsgroep 50-59 jaar.

12.7.2. Nieuwe gevallen

In figuur 12.7.2. worden het aantal nieuwe gevallen van acne vulgaris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 12.7.2.: Nieuwe gevallen van acne vulgaris, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van acne vulgaris werden vooral in de puberteit, adolescentenleeftijd en op jong volwassen leeftijd geregistreerd. Slechts enkele nieuwe gevallen werden in de middelbare leeftijd geregistreerd. Vrouwen presenteerden iets meer gevallen dan mannen.

12.7.3. Verwijzingen en opnamen

In tabel 12.7.3. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer acne vulgaris werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

aantal	368		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	20	1	5
opgenomen	1		

Tabel 12.7.3.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer acne vulgaris werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

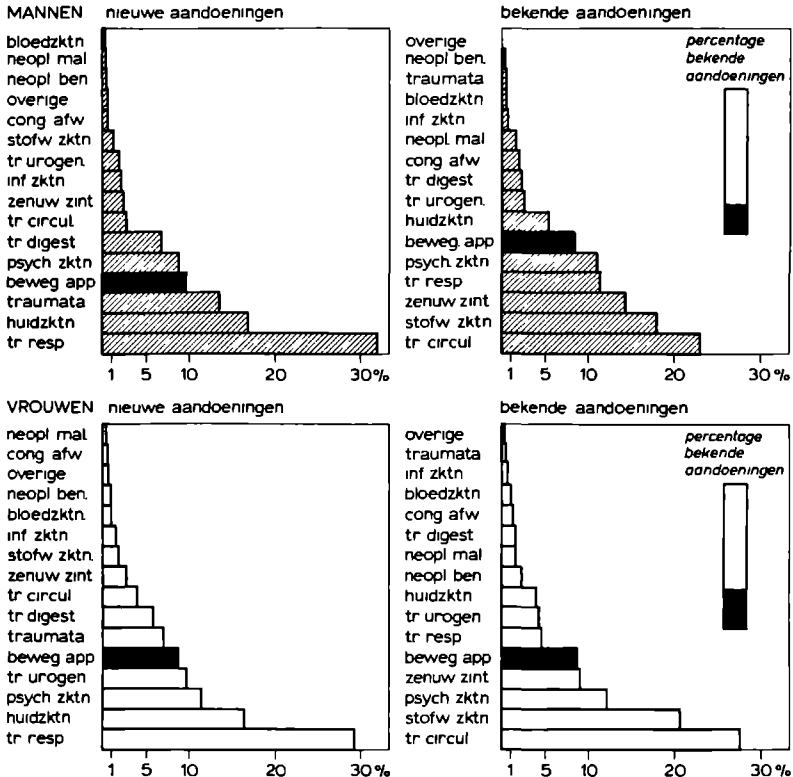
Van de 368 personen waarbij voor de eerste keer acne vulgaris werd vastgesteld, werd slechts 5,4% verwezen naar een specialist, 0,3% naar een laboratorium of röntgenafdeling, 1,4% naar overige instanties en 0,3% werd opgenomen in een ziekenhuis.

12.7.4. Beschouwing

Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen blijkt, dat acne vulgaris een voorbijgaande chronische aandoening is. Slechts een gedeelte van de nieuwe gevallen wordt als bekend geval doorgecodeerd. Personen met acne vulgaris worden zelden verwezen of opgenomen. Goede kennis van de (farmaco)therapie is voor de huisarts van groot belang te achten. De meeste patiënten kan het perspectief worden geboden, dat deze aandoening overgaat. De psychologische begeleiding van jeugdigen die onder deze ontsierende aandoening lijden, vergt van de huisarts een zekere vaardigheid en invoelend vermogen.

Groep 13: Ziekten van het bewegingsapparaat

13.1. Plaats in de totale morbiditeit



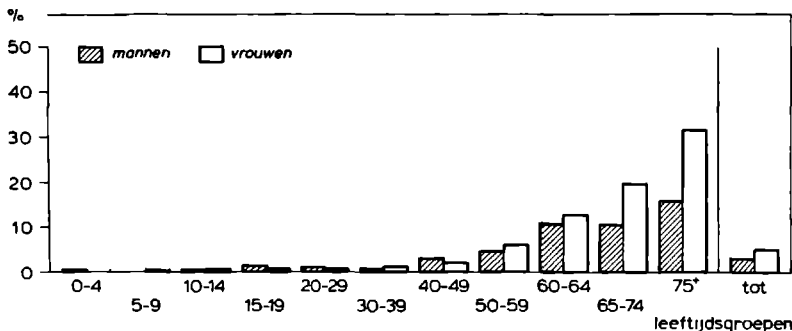
Figuur 13.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep ziekten van het bewegingsapparaat, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

13.2. Frequentie in een standaardpraktijk

ziekten van het bewegingsapparaat	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
405 reumatoïde artritis (voor acuut reuma zie 210), incl. morbus Bechterew	3.5	6.1	0.6	0.8
406 artrosis deformans	30.4	57.5	9.9	15.5
407 lumbago, excl. H.N.P. 412, ischias 168	-	-	20.4	11.7
408 fibrositis, myositis en myalgieën, incl. peri-arthritis hum.scap., stijve nek, excl. epicondylitis 421	0.7	0.9	144.9	152.4
409 andere vormen van artritis	-	-	1.2	1.2
412 hernia nucleï pulposi (alleen bij 1 jaar regelmatige klachten) incl. discopathie	1.1	0.4	2.3	1.1
413 pedes plana (= platvoeten) (alleen bij klachten)	0.9	1.1	8.1	8.1
414 hallux valgus of varus, hamertenen	-	2.8	0.2	2.7
415 overige ziekten, incl. osteomyelitis, myotonie, myasthenie, e.a. spierziekten, Dupuytren, mallet finger	10.2	9.0	5.6	4.4
416 genua valga	0.2	0.5	0.6	0.4
421 tendovaginitis e.a. peesaandoeningen, incl. epicondylitis, ganglion, Schnellende finger, Triggerfinger	0.3	0.2	14.1	14.8
427 overige symptomen of niet duidelijk te diagnosticeren ziekten uit deze groep, excl. myalgieën 408	1.8	2.3	7.5	8.7
488 vergiftiging door chemicaliën	-	-	1.0	0.5
489 koolmonoxydevergiftiging	0.2	-	0.1	0.1
490 slaapmiddelenvergiftiging	-	-	-	-
491 vergiftiging door andere geneesmiddelen	-	-	0.3	0.5
494 iatrogene effecten, incl. transfusiëreacties, anafylactische shock, excl. bloedingen t.g.v. antistollingstherapie 113, iatrogene huidaan- doeningen 392, iatrogene agranulocytose 114, maagbloeding t.g.v. acetosal 296, niet iatrogene osteoporose 415	-	0.2	5.0	8.2
493 overige, incl. stralingsziekte, elektrische shock, bevriezing, zonnesteek, shock, slange- beten, excl. insectenbeten 48	0.2	0.2	0.4	0.7
499 onnatuurlijke dood	-	-	0.4	0.2
410 meniscuslesie, incl. discoidale meniscus, gewrichtsmuis bij meniscuslesie	0.2	0.9	4.2	1.4
420 bursitis	-	0.2	3.9	2.0
421 bakerse cyste	0.3	0.2	14.1	14.8

Tabel 13.2. Bekende en nieuwe gevallen in de groep ziekten van het bewegingsapparaat, naar geslacht in absolute aantallen per jaar in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

13.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van het bewegingsapparaat



Figuur 13.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep ziekten van het bewegingsapparaat, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

13.4. Commentaar

Figuur 13.1. In de totale morbiditeit namen de ziekten van het bewegingsapparaat wat betreft het voorkomen van nieuwe en bekende gevallen bij mannen en bij vrouwen een goede middenplaats in.

Tabel 13.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: arthrosis deformans; overige ziekten van het bewegingsapparaat (een verzamelgroep); reumatoïde artritis. De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: spierpijn; lumbago; aandoening van de pezen.

Figuur 13.3. 3.0% van de mannen en 5.0% van de vrouwen in de totale populatie had een bekende aandoening in de groep ziekten van het bewegingsapparaat. Het percentage personen met een bekende aandoening nam bij mannen en vrouwen vanaf 5-jarige leeftijd langzaam toe, waarbij de stijging in de oudere leeftijdsgroepen bij vrouwen groter is dan bij mannen.

13.5. Arthrosis Deformans (E-lijstno. 406)

Artrose werd geregistreerd wanneer er klinisch duidelijke tekenen aanwezig waren van een artrotische aandoening, zoals pijn, stijfheid en eventuele ontstekingsverschijnselen, zoals zwelling en roodheid en/of op de röntgen-

foto tekenen van artrose aanwezig waren. Helaas werd er geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende gewrichten, waardoor het in deze registratie niet mogelijk was om onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld gonartrose en coxartrose.

Voorkomen

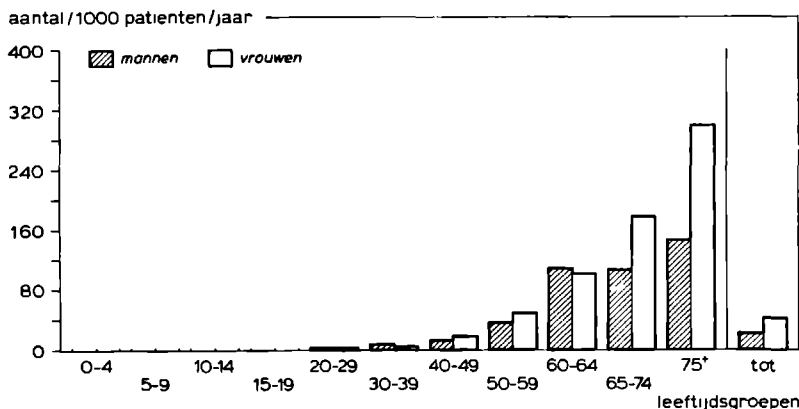
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 30 mannen, 58 vrouwen; nieuwe gevallen: 10 mannen, 17 vrouwen.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
406	43	9	23.5	14.6	18.2	14.2	22.6-32.6

Tabel 13.5.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

13.5.1. Bekende gevallen

In figuur 13.5.1. worden het aantal bekende gevallen van artrose, verdeeld over leeftijd een geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



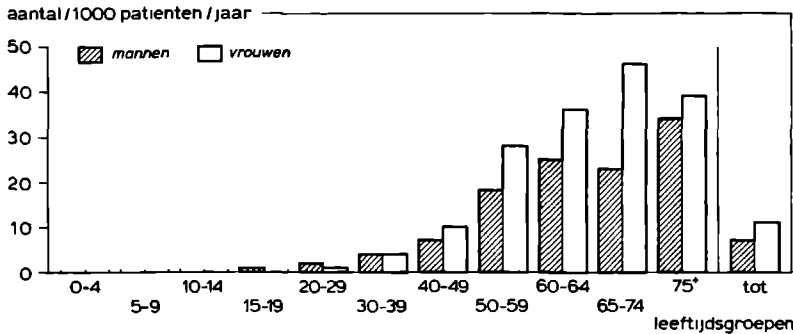
Figuur 13.5.1.: Bekende gevallen van artrose, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 20 jaar werden zowel bij mannen als bij vrouwen bekende gevallen van artrose met het toenemen van de leeftijd vaker geregistreerd. Bij vrouwen is de frequentie hoger dan bij mannen, behalve in de leeftijdsgroep 60-64 jaar.

13.5.2. Nieuwe gevallen

In figuur 13.5.2. worden het aantal nieuwe gevallen van artrose, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 13.5.2.: Nieuwe gevallen van artrose, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf de leeftijd van 20 jaar werd zowel bij mannen als bij vrouwen artrose als nieuw geval met het toenemen van de leeftijd vaker geregistreerd. Bij vrouwen is de frequentie hoger dan bij mannen.

13.5.3. Sociale laag

Wat betreft de invloed van de sociale laag kon uit de geregistreerde gegevens geen verband met de frequentie van artrose worden afgeleid.

13.5.4. Verwijzingen en opnamen

In tabel 13.5.4. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer artrose werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties (waaronder bijv. fysiotherapie) of werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken afzonderlijk en tezamen.

	praktijk 1		praktijk 2		praktijk 3		praktijk 4		totaal						
aantal	202		263		124		131		720						
verwezen naar:	spec. lab.	ov.	spec. lab.	ov.	spec. lab.	ov.	spec. lab.	ov.	spec. lab.	ov.					
opgenomen	6	112	23	52	147	72	3	65	18	52	19	27	113	343	144
		6		5		1		8						20	

Tabel 13.5.4.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer artrose werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978 in de vier praktijken afzonderlijk en tezamen.

Commentaar

Ook bij artrose verschilt het verwijsgedrag in de praktijken onderling zeer aanzienlijk. In de praktijken 1 en 3 wordt relatief weinig naar de specialist verwezen en veel gebruik gemaakt van laboratorium en röntgenfaciliteiten. In de praktijken 2 en 4 wordt meer naar de specialist verwezen. Het is opvallend dat in praktijk 4 met veel minder gevallen van artrose dan in praktijk 2, veel gevallen worden verwezen naar de specialist en zeer weinig van laboratoriumfaciliteiten wordt gebruik gemaakt. Verwijzingen naar overige instanties (voornamelijk naar fysiotherapie) bedragen respectievelijk in praktijk 1: 11%, in praktijk 2: 27% in praktijk, 3: 15% en in praktijk 4: 21% van het aantal nieuwe gevallen. Voor het werk van de huisarts betekent dit, dat men in sommige praktijken het beleid in eerste instantie in eigen hand houdt en met behulp van laboratorium en röntgenfaciliteiten en eventuele verwijzingen naar de overige instanties (waaronder vooral de fysiotherapeut) de meeste gevallen van artrose zelf behandelt. In andere praktijken verwijst men in eerste instantie sneller naar de specialist en houdt men het beleid minder in eigen hand. In alle praktijken worden slechts enkele patiënten in het ziekenhuis opgenomen.

13.5.5. Beschouwing

Bij vergelijking van de bekende en nieuwe gevallen blijkt, dat artrose een aandoening is die toeneemt met de leeftijd en dat het aantal bekende gevallen dat van de nieuwe verre overtreft. Dit wijst erop, dat de klachten blijven bestaan en dat artrose als een echte chronische aandoening gekenmerkt kan worden.

Uit de verwijscijfers blijkt dat de huisarts deze aandoening nogal eens verwijst. In bijna de helft van het aantal nieuw gediagnostiseerde aandoeningen wordt gebruik gemaakt van laboratorium of röntgendiagnostiek, terwijl naar de specialist 16% en naar de fysiotherapeut 20% van deze nieuwe aandoeningen wordt verwezen.

Slechts een zeer klein deel (3%) wordt opgenomen in een ziekenhuis. Uit tabel 13.5.5. blijkt nog eens hoe zeer het verwijspatroon per praktijk kan verschillen. Houdt men in de ene praktijk het beleid vaak in eigen hand (bijv. door zelf te verwijzen naar laboratorium of röntgenafdeling) in de andere praktijk verwijst men sneller direct naar de specialist.

Omdat mij uit literatuuronderzoek bleek hoe weinig er relatief over artrose is geschreven en uit deze cijfers blijkt hoe belangrijk deze aandoening voor de huisarts is, wordt hier met behulp van de literatuur nog een overzicht van relevante zaken voor de huisarts gegeven. Daarbij is rekening gehouden met het in de beschouwing gegeven schema over chronische aandoeningen (zie beschouwing over chronische aandoeningen op basis van gegevens uit de literatuur).

1. Kennis

Artrose is lange tijd het stiefkind van de aandoeningen van het bewegingsapparaat geweest. De laatste jaren is vooral door preclinici veel onderzoek gedaan naar het ontstaan van artrose.

Artrose kan worden gedefinieerd als een verstoring van de structuur in het gewrichtskraakbeen en in het bijzonder in het collageennetwerk. Het is een degeneratief proces en de herstelmogelijkheden die het lichaam zelf kan bieden zijn nog niet duidelijk. Goede studies over het natuurlijk verloop zijn er niet, hoewel de indruk bestaat dat er bij artrose geen sprake is van een verloop in ups en downs, zoals dat bij de reumatoïde arthritis het geval is.

Artrotische laesies zijn al aanwezig voordat de aandoening klinisch herkenbaar wordt. De patiënt klaagt meestal over bewegingspijn en startstijfheid en soms pijn in rust. Bij onderzoek kan men behalve crepiteren, lichte tekenen van arthritis waarnemen, zoals zwelling van het gewrichtskapsel, hydrops, drukpijn en warmte van het gewricht. Wanneer het proces voortschrijdt ontstaan er ernstige pijnklachten en beperking van de functie.

De huisarts wordt geconfronteerd met artrose in verschillende gewrichten die vaak een verschillend beleid vragen. Bijvoorbeeld: de schouder lijkt anatomisch een kwetsbaar gewricht maar geeft opvallend weinig klachten. Artrose in de lumbale en cervicale wervels blijkt bij ouderen minder klachten te geven. Bij oudere vrouwen geeft artrose van het basisduimgewricht nogal eens aanleiding tot hinderlijke klachten.

Coxartrose en in mindere mate gonartrose zijn vaak invaliderend en vragen een beleid waarbij vooral orthopaedische mogelijkheden kunnen worden benut. Artrose kan nog niet worden voorkomen. Preventieve maatregelen zijn dan ook, behalve bij uitzonderingen zoals het wegnemen van de oorzaken die secundaire artrose ten gevolge kunnen hebben, niet

mogelijk. Echte therapie is in feite niet mogelijk, maar vreemd genoeg zijn er bij artrotische processen in het meest vergevorderde stadium wel mogelijkheden.

Ingrijpende gewrichtsoperaties zoals endoprothesen zijn voor de diverse gewrichten een mogelijkheid die een aanzienlijke verbetering in de toestand van de patiënt kunnen geven. Dat wil niet zeggen dat in een minder vergevoerd stadium van artrose de arts niets te bieden heeft.

Kort samengevat maakt Van der Korst (1981) therapeutisch onderscheid in:

1 *Voorlichting*

- het bespreken van de fatalistische ideeën die er meestal bestaan over het begrip artrose
- dat slechts in een klein aantal gevallen maatregelen nodig zijn, zoals endoprothesen
- dat het voortschrijden van de aandoening voor een belangrijk deel afhankelijk is van de manier waarop het gewricht wordt gebruikt

2 *Gewrichtsbescherming*

- het is van belang op sparende wijze gebruik te maken van de gewrichten
- het controleren eventueel weer aanleren van een goed looppatroon
- de bestrijding van secundaire spieratrofie

3 *Symptomatische behandeling*

- twee gevolgen van artrose, nl. pijn en ontstekingsreactie lenen zich voor symptomatische behandeling. Al te effectieve pijnbestrijding is schadelijk, omdat de pijn als waarschuwingssignaal voor overbelasting wordt uitgeschakeld.
- Wat betreft de medicamenteuze therapie verdient het aanbeveling met een beperkt aantal middelen te werken in een opklimmende sterkte, te beginnen bij acetylsalicylzuur en paracetamol, dan een of ander propionzuurderivaat en tenslotte indomethacine.
- Verder verdient het aanbeveling om als huisarts meer kennis te verzamelen omtrent ergotherapeutische mogelijkheden. De kennis op dit gebied is voor de huisarts van groot belang, maar in het algemeen gering.
- Er zijn tal van eenvoudige hulpmiddelen die bij de behandeling van artrose kunnen worden gebruikt, bijvoorbeeld een correct toegepaste wandelstok ev. in een later stadium te vervangen door een 3-poot, 4-poot of een looprek.
- Een hakverhoging als er een duidelijke beenverkorting ontstaat.
- Een scheve hakverhoging bij ernstige pijnklachten mediaal of lateraal in een kniegewricht.
- Een goed zittende stoel.

2. Het accepteren van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

Het accepteren van een eigen verantwoordelijkheid bij de aanpak van deze aandoening is vooral van belang bij de volgende punten:

- 1 De patiënt zal moeten leren schipperen tussen te veel en te weinig beweging en pijn moeten leren gebruiken als signaal
- 2 Bij het bestrijden van secundaire spieratrofie zal geprobeerd moeten worden (eventueel na hulp van een fysiotherapeut) een aantal routine-oefeningen tot het dagelijks programma te laten behoren
- 3 Als er medicijnen worden gebruikt zou de patiënt binnen afgesproken grenzen zijn eigen medicamenteus beleid kunnen bepalen
- 4 Als de patiënt te dik is zal vermindering van het gewicht zijn eigen zorg zijn.

3. Het geven van voorlichting

Juist bij artrose waarbij het gaat om pijnlijke aandoeningen van het bewegingsapparaat die door velen nog worden geassocieerd met reumatoïde arthritis of acuut reuma is voorlichting van groot belang. Er bestaat nog steeds begripsverwarring tussen reumatoïde arthritis en reuma. Het begrip reuma is blijven voortbestaan als aanduiding van een specifiek klachtenpatroon, namelijk van niet traumatische pijnlijke aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Deze begripsverwarring in combinatie met gebrekkige kennis van aard en prognose van hun eigen aandoening leiden er toe dat bij patiënten ten onrechte vrees voor eventuele invaliditeit ontstaat (Zant e.a. 1981). De instelling van het lekenpubliek ten opzichte van het reumaprobleem is tot nu toe nauwelijks onderzocht. Uit een enquête-onderzoek naar 'reumavrees' bij 95 personen die waren verwezen naar een reumatologische polikliniek (Zant e.a. 1981) bleek, dat de mensen sterk pessimistische opvattingen hadden over aard, prognose en behandelingsmogelijkheden van reumatische aandoeningen.

Nog erger was dat 25% van de proefpersonen na 4 maanden diagnostiek en behandeling nog niet wist wat hen mankeerde en dat 18% nog ten onrechte met vrees voor invaliditeit rondliep. Dit toont nog eens duidelijk aan dat de voorlichting aan de patiënt te kort schiet. Het is tevens gewenst om de term reuma (feitelijk: niet traumatische pijnlijke aandoeningen van het bewegingsapparaat) niet meer te gebruiken.

4. Het bieden van een perspectief dat door hulpvrager en hulpverlener wordt geaccepteerd

Bij deze aandoening is het mogelijk samen met de patiënt een beleid op te stellen: bijvoorbeeld het eerst eens te proberen met gedoseerde bewegingen

en oefeningen om atrofie te bestrijden, dan overleg over medicatie en de perspectieven bespreken, tenslotte is in sommige gevallen operatie (bijvoorbeeld bij coxartrose) te overwegen. Voor de huisarts is het van belang te weten wanneer hij dient te verwijzen en te kunnen overleggen over de indicatie van een operatieve ingreep (bijvoorbeeld welke klinische bevindingen en afwijkingen op de röntgenfoto aanleiding zijn om iemand te verwijzen naar de orthopaed).

Het uitstippelen van een dergelijk beleid is niet gemakkelijk en is ook afhankelijk van allerlei andere omstandigheden van de patiënt, zoals de thuissituatie, het aan- of afwezig zijn van een partner. Vooral wanneer de A-D-L-activiteiten flink achteruitgaan is het zaak om met patiënt, familie en wijkverpleegkundige een plan op te stellen.

5. Schatting van het succes van deze aanpak is gewenst in termen die zowel door arts en patiënt worden begrepen

13.6. Rheumatoïde arthritis (E-lijstno. 405)

Rheumatoïde arthritis werd als zodanig geregistreerd als de gepresenteerde aandoening voldeed aan de bekende criteria die door de American Rheumatism Association werden opgesteld. Meestal werd deze aandoening pas geregistreerd als de diagnose door specialistisch onderzoek was bevestigd.

Voorkomen

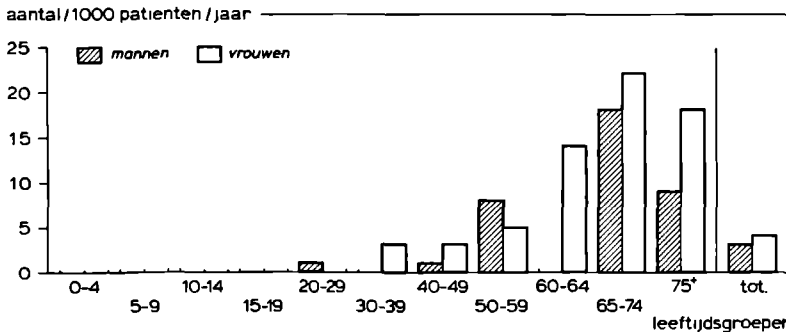
In een standaardpraktijk per jaar bekende gevallen: 4 mannen, 6 vrouwen; nieuwe gevallen: 1 man, 1 vrouw.

<i>E-lijstno.</i>	<i>pr.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>in.</i> <i>N.U.H.I.</i>	<i>pr.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>in.</i> <i>Monit.pr.</i>	<i>pr.</i> <i>Engeland</i>	<i>pr.</i> <i>Oliemans</i>	<i>pr.</i> <i>Hodgkin</i>
405	4	1	7.0	3.0	5.0	2.7	5.9-9.4

Tabel 13.6.: Prevalentie en incidentie vergeleken met andere bronnen uit de literatuur.

13.6.1. Bekende gevallen

In figuur 13.6.1. worden het aantal bekende gevallen van rheumatoïde arthritis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



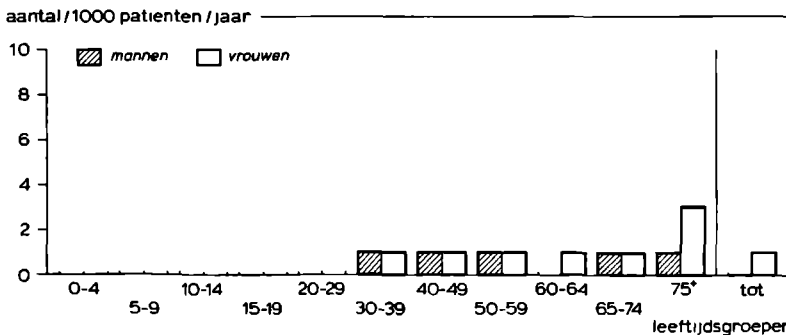
Figuur 13.6.1.: Bekende gevallen van reumatoïde artritis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Tussen 20 en 50 jaar kwamen er al enkele bekende gevallen van reumatoïde artritis voor, meer bij vrouwen dan bij mannen. Vanaf 50-jarige leeftijd namen de bekende gevallen toe tot in de leeftijdsgroep 65-75 jaar om daarna weer af te nemen.

13.6.2. Nieuwe gevallen

In figuur 13.6.2. worden het aantal nieuwe gevallen van reumatoïde artritis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 13.6.2.: Nieuwe gevallen van reumatoïde artritis, verdeeld over leeftijd en geslacht, weergegeven per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978, N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Vanaf 30-jarige leeftijd werden nieuwe gevallen van reumatoïde artritis

geregistreerd. Het aantal nam niet toe met de leeftijd en er was weinig verschil tussen de geslachten onderling.

13.6.3. Sociale laag

Rheumatoïde artritis werd vaker in de laagste dan in de hogere sociale lagen waargenomen.

13.6.4. Verwijzingen en opnamen

In tabel 13.6.4. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer rheumatoïde artritis werd vastgesteld en het aantal personen dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, weergegeven over de periode 1971-1978 in de vier praktijken

aantal	44		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	16	11	5
opgenomen	3		

Tabel 13.6.4.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer rheumatoïde artritis werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

Van de 44 personen waarbij rheumatoïde artritis voor het eerst werd vastgesteld, werd 36% verwezen naar een specialist, 25% naar het laboratorium of röntgenafdeling, 11% naar overige instanties (vooral fysiotherapeut) en 7% werd opgenomen in een ziekenhuis.

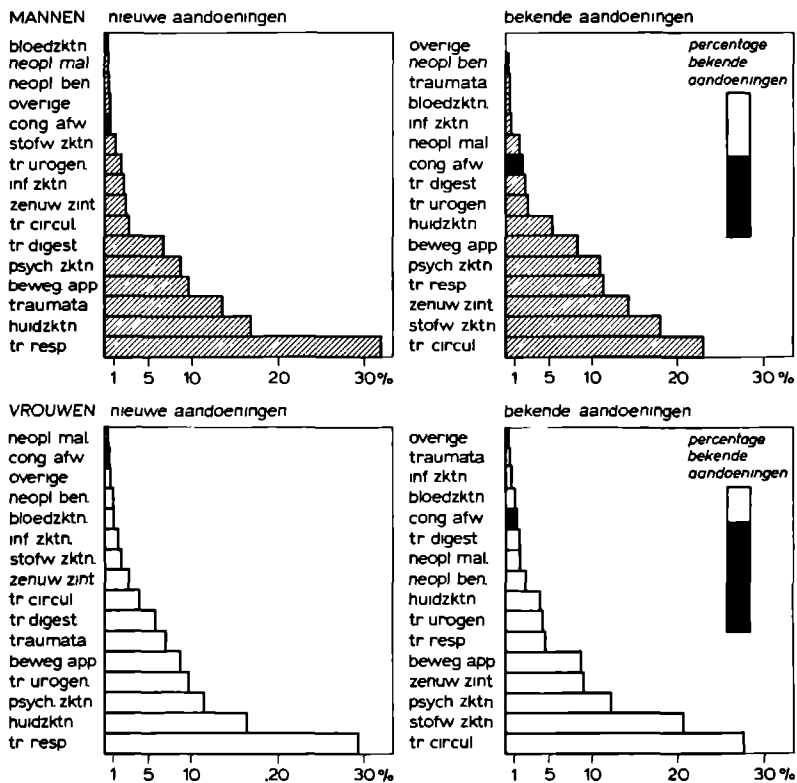
13.6.5. Beschouwing

Bij vergelijking van bekende en nieuwe gevallen blijkt, dat het aantal nieuwe gevallen van rheumatoïde artritis vanaf de volwassen leeftijd per leeftijdscategorie ongeveer gelijk blijft. De bekende gevallen nemen toe met de leeftijd maar vanaf 75 jaar weer iets af.

Uit de verwijscijfers blijkt dat 2/3 van de gevallen niet wordt verwezen naar een specialist. Hoewel men rheumatoïde artritis altijd met een ernstig ziektebeeld associeert, bestaan er in de huisartspraktijk een aantal 'lichte' gevallen die na verloop van tijd inactief worden. Ten onrechte wordt vanuit de studententijd de patiënt met rheumatoïde artritis vereenzelvigd met iemand die volledig hulpbehoevend is of wordt. Een aantal mensen kunnen zich met deze afwijking goed redden.

Groep 14: Congenitale afwijkingen

14.1. Plaats in de totale morbiditeit



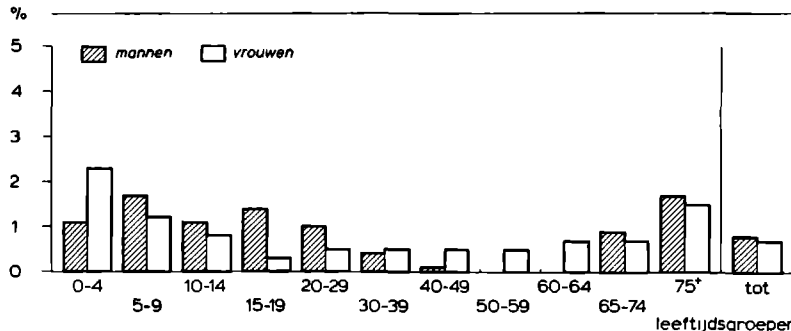
Figuur 14.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep congenitale afwijkingen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

14.2. Frequentie in een standaardpraktijk

congenitale afwijkingen	bekende gevallen		nieuwe gevallen	
	man	vrouw	man	vrouw
430 monstrositas	-	-	-	-
431 spina bifida, meningocèle	0.2	0.7	-	-
432 hydrocephalus (= waterhoofd)	0.5	0.3	-	0.1
433 congenitale afwijkingen van de tr. circ.	1.7	3.0	0.8	0.5
434 cheilognatopalatoschisis (= hazelip)	0.7	-	0.1	-
435 congenitale afwijkingen van de tr. digest.	0.2	0.3	0.4	0.2
436 congenitale afwijkingen van de tr. urogen.	3.1	1.2	3.5	0.6
437 congenitale afwijkingen van botten en gewrichten + klompvoet	2.7	3.8	1.9	1.5
438 overige gespecificeerde congenitale afwijkingen, excl. sinus pilonidalis '74, haemangioom na geboorte 074	2.1	2.8	2.3	2.2
439 andere niet volledig gediagnostiseerde congenitale afwijkingen	0.9	0.3	0.2	0.5

Tablet 14.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep congenitale afwijkingen, naar geslacht in absolute aantallen per jaar, in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, n = 12.000 patiënten).

14.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep congenitale afwijkingen



Figuur 14.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep congenitale afwijkingen, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

14.4. Commentaar

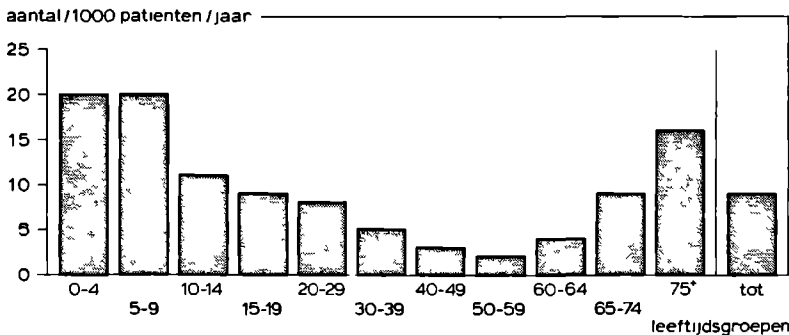
Figuur 14.1. In de totale morbiditeit namen de aangeboren afwijkingen wat betreft het voorkomen van nieuwe en bekende gevallen bij mannen en vrouwen een van de laatste plaatsen in.

Tabel 14.2. De meest voorkomende bekende gevallen van aangeboren afwijkingen kwamen voor bij de groepen: congenitale afwijkingen van botten en gewrichten. Overige gespecificeerde congenitale afwijkingen (een verzamelgroep). Congenitale afwijkingen van de tr. circulatorius. Congenitale afwijkingen van de tr. urogenitalis. De meest voorkomende nieuwe gevallen van aangeboren afwijkingen kwamen voor bij de groepen: overige gespecificeerde congenitale afwijkingen. Congenitale afwijkingen van de tr. urogenitalis. Congenitale afwijkingen van botten en gewrichten.

Figuur 14.3. 0.8% van de mannen en 0.7% van de vrouwen in de totale populatie waren bij de huisarts bekend met een aangeboren afwijking. Bij mannen kwamen deze bekende gevallen voor in de leeftijdsgroepen tot 40 jaar en in de leeftijdsgroepen boven de 60 jaar. Bij vrouwen kwamen bekende gevallen in elke leeftijdsgroep voor, maar vooral in de jongste en oudste leeftijdsgroepen.

14.5. Bekende aandoeningen

In figuur 14.5. worden het aantal bekende gevallen uit de hele groep van congenitale afwijkingen, verdeeld over de leeftijd, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



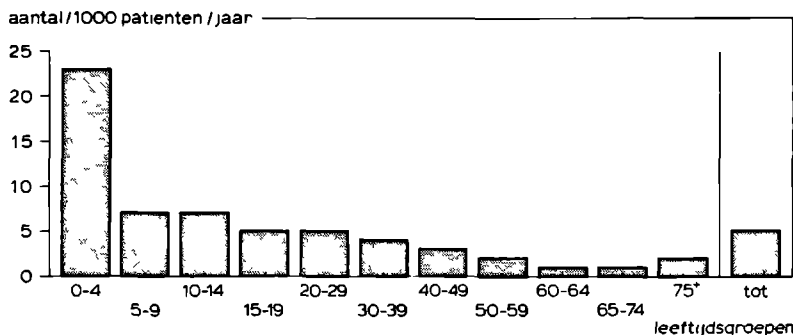
Figuur 14.5.: Bekende gevallen van congenitale afwijkingen, verdeeld over leeftijd, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1978; N = 12 000 patiënten).

Commentaar

Bekende gevallen van congenitale afwijkingen namen in aantal af met de leeftijd tot 60 jaar en namen daarna weer toe.

14.6. Nieuwe aandoeningen

In figuur 14.6. worden het aantal nieuwe gevallen uit de hele groep van congenitale afwijkingen verdeeld over leeftijd, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar.



Figuur 14.6.: Nieuwe gevallen van congenitale afwijkingen, verdeeld over de leeftijd, weergegeven in aantallen per 1000 patiënten per jaar (periode 1971-1978; N = 12.000 patiënten).

Commentaar

Nieuwe gevallen van congenitale afwijkingen namen in aantal af met de leeftijd. De diagnose 'congenitale afwijking' werd blijkens deze gegevens dus lang niet altijd gesteld in de vroege jeugd. De meerderheid van deze afwijkingen werd pas op latere leeftijd vastgesteld. Dit hangt samen met de aard van deze afwijkingen, waarop hieronder wordt ingegaan.

14.7. Verwijzingen en opnamen

In tabel 14.7. wordt het aantal personen waarbij voor de eerste keer congenitale afwijkingen van resp. de tractus circulatorius, tractus urogenitalis en de botten werden vastgesteld en het aantal dat daarvan werd verwezen naar specialist, laboratorium of röntgen of overige instanties c.q. werd opgenomen, over de periode 1971-1978 in de vier praktijken tezamen.

<i>tractus circulatorius</i>				<i>tractus urogenitalis</i>				<i>botafwijkingen</i>			
aantal	44			aantal	118			aantal	101		
verwezen naar:	spec.	lab.	ov.	verwezen naar:	spec.	lab.	ov.	verwezen naar:	spec.	lab.	ov.
	29	-	-		53	4	-		49	16	3
opgenomen	11			opgenomen	32			opgenomen	9		

Tabel 14.7.: Aantal personen waarbij voor de eerste keer congenitale afwijkingen van respectievelijk de tractus circulatorius, de tractus urogenitalis en de botten werd vastgesteld en het aantal dat daarvan in de onderzoeksperiode naar diverse instanties werd verwezen c.q. opgenomen, totaal over de periode 1971-1978.

Commentaar

- Wat betreft de tractus circulatorius:
Van de 44 personen waarbij voor de eerste keer een aangeboren afwijking van de tractus circulatorius werd vastgesteld, werd 66% verwezen naar een specialist en 25% werd opgenomen in een ziekenhuis.*
- Wat betreft de tractus urogenitalis:
Van de 118 personen waarbij voor de eerste keer aangeboren afwijkingen van de tractus urogenitalis werden vastgesteld, werd 45% verwezen naar een specialist, 3% naar een laboratorium of röntgenafdeling en 17% werd opgenomen in een ziekenhuis.
- Wat betreft de congenitale aandoeningen van de botten:
Van de 103 personen waarbij voor de eerste keer aangeboren afwijkingen van de botten werden vastgesteld, werd 48,5% verwezen naar een specialist, 16% naar een laboratorium of röntgenafdeling, 3% naar overige instanties en 9% werd opgenomen in een ziekenhuis.

14.8. Beschouwing

Opmerkingen vooraf.

1 De groep overige gespecificeerde congenitale afwijkingen die zowel bij de meest voorkomende bekende als nieuwe gevallen van aangeboren afwijkingen worden beschreven (zie tabel 14.2.) is een restcategorie waartoe (na terugzoeken op de patiëntenkaarten) als meest vermelde afwijkingen behoren: deviaties van het septum nasi, naevus pigmentosus, flaporen, naevus vinosus. Het betreffen dus meestal aangeboren

* Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met het feit, dat een deel van de congenitale afwijkingen buiten de huisarts om wordt ontdekt (bijvoorbeeld bij geboorte in het ziekenhuis), maar wel ter kennis kwam van de huisarts en dus werd gecodeerd als een congenitale afwijking.

afwijkingen die wel aan de huisarts worden gepresenteerd, maar meestal weinig medische consequenties hebben.

- 2 De indeling van aangeboren afwijkingen die de E-lijst hanteert is nogal klinisch ingesteld (zie tabel 14.2.). Afwijkingen zoals metabole stoornissen die ook als een congenitale afwijking kunnen worden beschouwd, kunnen niet in deze rubriek worden ondergebracht (bijv. congenitale hypothyreoïdie).

Wanneer het beloop van de bekende en nieuwe gevallen van de hele groep van congenitale afwijkingen wordt vergeleken ziet men, ondanks de verwachting dat het aantal bekende gevallen met de leeftijd zou moeten toenemen, een sterke afname van de bekende gevallen en pas weer een toename in de oudere leeftijdscategorieën. Een verklaring hiervoor is, dat het bij veel congenitale afwijkingen waar de huisarts mee wordt geconfronteerd, gaat om aandoeningen die of overgaan of geen medische hulp behoeven. Bij nadere analyse bleek de toename van het aantal bekende congenitale afwijkingen in de oudere leeftijdscategorieën bijna geheel te kunnen worden toegeschreven aan aangeboren afwijkingen van de tractus urogenitalis en de botten, die bij toeval bij diagnostisch onderzoek (zoals röntgenfoto's en specialistisch onderzoek) werden vastgesteld (zoals bijv. een dubbel niersysteem aan een kant, een dysplasie van de heup die nog niet ontdekt was).

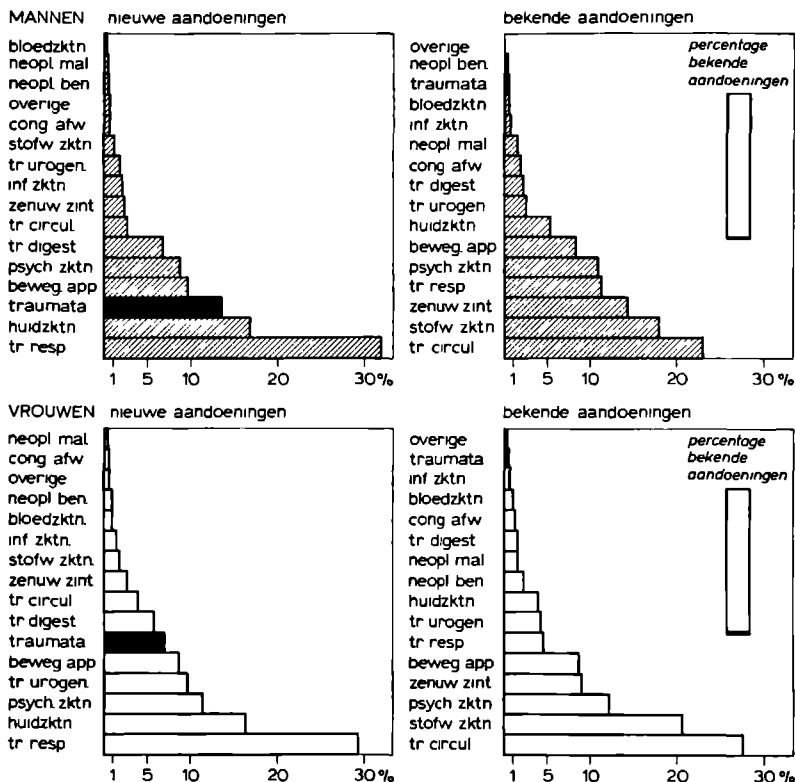
Ook uit de verwijs- en opnamecijfers blijkt dat zeker niet iedere persoon met een aangeboren afwijking wordt verwezen c.q. wordt opgenomen. De conclusie is duidelijk. Congenitale afwijkingen die bij de huisarts bekend zijn, betreffen niet alleen die afwijkingen die moeten worden geassocieerd met ernstig, voor het leven lang of moeilijk om mee te leven, maar ook afwijkingen die overgaan, weinig medische hulp behoeven en waar goed mee te leven is.

De 'grote' congenitale afwijkingen die in het medisch onderwijs uitgebreid aan de orde komen, zijn betrekkelijk zeldzaam. Vergelijking van deze cijfers uit de literatuur betreffende het vóórkomen van aangeboren afwijkingen (o.a. ter Haar 1982) roept een aantal vragen op. Ter Haar (1982) vermeldt dat vijf procent van de pasgeborenen een congenitale geestelijke- en(of) lichamelijke handicap heeft, waarvoor in de eerste levensjaren medische begeleiding noodzakelijk is. Dit percentage is in tegenspraak met onze gegevens. In de groep 0-4 jarigen (figuur 14.6.) heeft slechts 2% een aangeboren afwijking. Verder wordt gesteld, dat 10% van de bevolking in de loop van het leven geconfronteerd wordt met een aandoening die geheel of gedeeltelijk erfelijk is bepaald. Uiteraard is elk cijfer dienaangaande afhankelijk van hetgeen men onder een aandoening

verstaat en van de criteria die men terzake hanteert. Het verschil tussen deze 10% die wordt opgegeven en onze cijfers (0,8% van de mannen en 0,7% van de vrouwen in de totale populatie waren bij de huisarts bekend met een aangeboren afwijking, figuur 14.3.) is echter erg groot. Bij alle ernstige congenitale afwijkingen zal ook de huisarts een bewakende functie moeten hebben over het hele medische gebeuren, dat zich rond patiënt en zijn gezin afspeelt. Zeker tegenwoordig geldt die bewakende functie ook het trachten te voorkomen van aangeboren afwijkingen om door genetische adviezen, het verwijzen naar centra voor erfelijkheidsadviezen en het wijzen op de mogelijkheid van vruchtwaterpunctie.

Groep 17: Traumata en vergiftigingen

17.1. Plaats in de totale morbiditeit



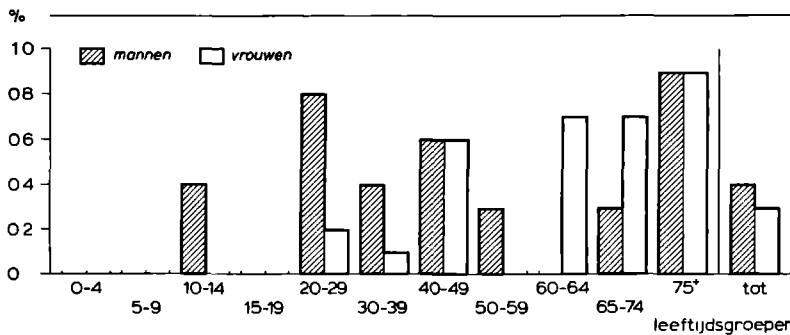
Figuur 17.1.: Het procentuele aandeel in de totale morbiditeit van de groep traumata en vergiftigingen, weergegeven voor het totaal aantal nieuwe en bekende gevallen, alsmede het procentuele aandeel van de bekende gevallen binnen deze groep bij mannen respectievelijk vrouwen (C.M.R. 1971-1978, bekende gevallen 1978).

I7.2. Frequentie in een standaardpraktijk

<i>traumata en vergiftigingen</i>	<i>bekende gevallen</i>		<i>nieuwe gevallen</i>	
	<i>man</i>	<i>vrouw</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
466 tibia, fibula fractuur	0.5	-	2.9	1.5
467 femur fractuur	0.5	0.2	0.9	0.5
468 collum femoris fractuur	-	0.7	0.5	0.6
469 wervel fractuur	-	-	0.3	0.3
470 schedel en aangezicht fractuur	-	-	1.2	0.5
471 rib fractuur	-	-	2.9	1.6
472 bekken fractuur	-	-	0.2	0.1
473 clavicula fractuur	-	-	2.4	1.2
474 humerus fractuur	-	-	1.2	1.2
475 radius, ulna fractuur	0.5	-	4.5	5.8
476 hand- en voetbeentjes fractuur	0.7	-	8.5	3.9
477 overige fracturen, incl. fractuur van het os coccygis	-	-	0.9	0.6
479 schouderluxatie	0.3	-	0.7	0.4
478 overige luxaties, incl. zondagniddag-arm, subluxatie van de vinger	-	-	1.8	1.5
480 distorsies, incl. hydropsknie na trauma	-	-	26.4	20.4
481 schedelletfels, excl. fractuur cranii 470 incl. commotio, contusio, subduraal hematoom, epiduraal hematoom	0.5	-	8.7	6.6
482 inwendige letsel van borst, buik en bekken, incl. ribfractuur met hematothorax	0.2	-	0.3	0.1
483 grote verwondingen, amputaties, ernstige contusies, incl. cornea-perforatie, peeslesie, zenuwlesie	1.6	0.5	3.4	1.3
495 oppervlakkige, kleine verwondingen of contusies	-	0.5	175.1	109.0
496 corpus alienum in het oog	-	-	13.9	2.0
484 overige corpora aliena	-	-	5.3	4.3
485 verbrandingen 1 ^e graad, incl. zonnebrand, excl. zonne-dermatitis 381	-	-	2.6	2.8
486 verbrandingen 2 ^e graad	-	-	5.8	5.8
487 verbrandingen 3 ^e graad, incl. contractuur na verbranding	0.2	-	0.4	0.2

Tabel 17.2.: Bekende en nieuwe gevallen in de groep traumata en vergiftigingen, naar geslacht in absolute aantallen per jaar, in een standaardpraktijk (C.M.R. 1971-1978, N= 12.000 patiënten).

17.3. Percentage personen met een bekende aandoening in de groep traumata en vergiftigingen



Figuur 17.3.: Percentage personen met een bekende aandoening in de groep traumata en vergiftigingen, naar leeftijd en geslacht (C.M.R. 1978, N = 12.000 patiënten).

17.4. Commentaar

Figuur 17.1. In de totale morbiditeit nam de groep van de traumata wat betreft de bekende gevallen voor beide geslachten een van de kleinste plaatsen in (resp. voor mannen en vrouwen kleiner dan 1% van de totale chronische morbiditeit). Voor de nieuwe aandoeningen nam deze groep voor mannen een van de grootste plaatsen en voor vrouwen een flinke middenplaats in (resp. voor mannen 14% en voor vrouwen 7% van de totale nieuw aangeboden morbiditeit).

Tabel 17.2. De meest voorkomende bekende aandoeningen waren: grote verwondingen en amputaties; collumfractuur; fracturen van hand- en voetbeentjes. De meest voorkomende nieuwe aandoeningen waren: oppervlakkige kleine verwondingen en contusies; distorsies (vooral van de enkel); corpora aliena in het oog.

Figuur 17.3. 0,4% van de mannen en 0,3% van de vrouwen hadden een bekende aandoening in deze groep. Het percentage personen met een bekende aandoening kwam zowel voor mannen vanaf de leeftijd van 10-14 jaar verspreid over de leeftijdsgroepen voor. De getallen zijn zo klein dat verdere conclusies niet mogelijk zijn. het is wel belangrijk te constateren dat zij weinig voorkomt.

17.5. Beschouwing

Bekende aandoeningen in deze groep komen weinig voor. Het betreffen resttoestanden van grote verwondingen en amputaties of fracturen die slecht genezen en langdurige medische behandeling noodzakelijk maken. De rol van de huisarts is in deze gevallen een ondersteunen van de patiënt en zijn familie, een vraagbaak en coördinator zijn.

Slotbeschouwing

De vraagstellingen van deze studie waren:

In welke mate komen chronische ziekten in een huisartspraktijk voor?

Hoeveel personen presenteerden in een huisartspraktijk een chronische ziekte?

Welke chronische ziekten komen in een huisartspraktijk voor en wat is de frequentie van deze ziekten?

Welke verbanden zijn er te leggen tussen chronische ziekten, leeftijd, geslacht en sociale laag?

Hoe liggen de verwijfs- en opnamecijfers van de meest frequente chronische ziekten?

Kunnen er met behulp van deze epidemiologische gegevens en relevante literatuur richtlijnen worden gegeven voor de beschrijving van de taak van de huisarts ten aanzien van chronische ziekten en voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde?

Wanneer we de resultaten van dit onderzoek overzien kan worden gesteld, dat met behulp van het verzamelde materiaal van 8 jaar continue morbiditeitsregistratie in een viertal huisartspraktijken, met een totale populatie van 12.000 personen, het is gelukt om althans een globaal overzicht te geven van de frequentie en de aard van chronische ziekten in een huisartspraktijk en dat de vraagstellingen zijn beantwoord. Uiteraard hebben deze resultaten een beperkte representatieve waarden, omdat het hierbij ging om een onderzoek dat plaatsvond in slechts 4 praktijken, die bovendien zijn gelegen in het oosten van het land.

Wat kan er vervolgens over de betekenis van deze studie worden gezegd? Ten aanzien van de volgende onderwerpen kan deze studie van waarde zijn:

1 Morbiditeitsregistratie in huisartspraktijken

2 De interdoktervariatie

3 Het takenpakket van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde

Ad 1: Morbiditeitsregistratie in huisartspraktijken

Uit dit onderzoek blijkt, dat morbiditeitsgegevens (zeker als men uitgaat van de aan de arts gepresenteerde morbiditeit) in feite worden samengesteld uit een mengsel van wat er is, wat de patiënt ervaart en presenteert, wat de arts ziet en wat hij ermee doet. Cijfers over de ene aandoening (bijvoorbeeld adipositas en hypertensie) zeggen meer over de arts, hoe hij werkt en hoe hij zijn taak ziet, terwijl cijfers over een andere aandoening (als bijvoorbeeld een fractuur) meer aangeven wat de patiënt presenteert en daarmee de werkelijke incidentie en prevalentie van een ziekte in een populatie benaderen. Omdat in deze morbiditeitsregistratie de afspraak bestaat dat bekende c.q. chronische aandoeningen alleen dan worden doorgecodeerd, als de aandoening nog aanwezig was en in behandelend en/of anticiperend opzicht de aandacht van de arts kon vragen, geven juist deze cijfers een betere indruk van wat een huisarts aan chronische aandoeningen ziet dan een 'kale' prevalentie. Bij ieder contact met de patiënt diende de arts zich ervan te vergewissen (zeker aan het begin van een nieuw jaar) wat de patiënt nog aan andere aandoeningen had dan waarvoor op dat moment de aandacht werd gevraagd. Zodoende ontstond er als het ware een probleemlijst die als effect had (of moest hebben) dat dit contact met deze patiënt een echt 'huisartscontact' kon zijn. Een contact dat gezinsgeneeskunde, levensloopgeneeskunde, anticiperende geneeskunde en zorg voor de patiënt omvat. De unieke positie van de huisarts in Nederland is nog nauwelijks benut voor een huisartsgeneeskundige verkenning van de frequentie en het beloop van chronische ziekten, de achtergronden van gezondheids- en ziektegedrag en de beleving van het chronisch ziek-zijn. Het verdient aanbeveling hiertoe een voor ons land representatief continu lopend registratiesysteem te ontwikkelen.

Bij de analyse van de gegevens hiervan zou de nadruk moeten liggen op longitudinale analyses van persoonlijke ziektegeschiedenissen. De registratiesystemen uit de ziekenhuiswereld zijn gericht—en kunnen moeilijk anders—op het registreren van ziekte-episoden uit een mensenleven. Vanuit de huisartsgeneeskunde zou er dan een continue stroom van informatie kunnen worden gerealiseerd van gegevens die nu nog ontbreken, zoals over het natuurlijk beloop van ziekten, die van groot belang zijn voor het bepalen van een beleid in de gehele gezondheidszorg.

Ad 2: De interdoktervariatie

Deze studie wijst erop, dat (zeker als het gaat om chronische aandoeningen) de bewuste aandacht van de arts voor een aandoening een van de belangrijkste factoren is die deze interdoktervariatie kunnen verklaren. Veel auteurs (Lamberts, 1981; Van Ree, 1981; Verhaak, 1981; Horder, 1983) hebben reeds op dit fenomeen gewezen. Nu kan ik me voorstellen dat een zekere variatie in de werkwijze van artsen, hoe zij hun taak opvatten en uitvoeren, altijd wel zal bijven bestaan. Sommigen beweren zelfs, dat dit juist de charme van het vak is. De verschillen lijken mij echter te groot. Deze verschillen geven ook anderen de indruk van vrijblijvendheid en gevoelens van:

- Wat doet die huisarts nou precies?
- Hoe is het mogelijk dat de ene huisarts in een periode van 10 dagen 10 visites maakt en een ander in dezelfde periode 80 visites? (Horder, 1983)
- Hoe is het mogelijk dat de ene huisarts hypertensie als een zeer belangrijke aandoening beschouwt en de ander dat onzin vindt?
- Hoe is het mogelijk dat de ene huisarts in de periode 1971-1978 46 patiënten met eczeem naar de dermatoloog verwees en de ander slechts 4 patiënten?
- Hoe is het mogelijk dat de ene huisarts in zijn praktijk 2 x zoveel bekende gevallen van slechthorendheid (getallen gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht) als een ander in zijn praktijk registreert?

De conclusie is duidelijk. Gericht onderzoek naar positieve en negatieve factoren die van invloed zijn op de interdoktervariatie lijkt van groot belang en zou misschien in het kader van de planning en beheersing van de gezondheidszorg meer aandacht moeten krijgen dan tot nu toe het geval is geweest.

Ad 3: Het takenpakket van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde

Uit de frequentie van de chronische aandoeningen blijkt dat het bij een aanzienlijk deel van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit gaat om bekende c.q. chronische aandoeningen, die de aandacht van de huisarts zullen blijven vragen. De huisarts zal er in zijn taakopvatting en -uitvoering niet omheen kunnen om aan deze aandoeningen grote aandacht te besteden. Kijken we niet alleen naar de frequentie, maar ook naar de aard van de chronische aandoeningen (zeker naar de 10 meest voorkomende aandoeningen) dan blijken de methoden om deze ziekten te bestrijden zeker niet alleen op medisch-somatisch gebied te liggen, maar vooral op gebieden zoals verandering in voedingsgewoonten, rookgewoonten en

leefgewoonten. Dit nu is niet alleen een taak van (huis-)artsen maar ook een opgave voor onze hele samenleving. Middelen om het manifest worden van de belangrijkste chronische aandoeningen (zie beschouwing op basis van literatuur) uit te stellen zijn daar het beste voorbeeld van. Bij wetenschappelijk onderzoek zal dan ook niet alleen maar naar 'gemiddelden' van allerlei factoren moeten worden gezocht, maar zullen ook de 'uitersten' onder de loupe moeten worden genomen. Met andere woorden, waarom blijven de zeer gezonde mensen gezond en waarom zijn de mensen met veel chronische aandoeningen zo ziek?

Uit de frequentie en de aard van de aandoeningen en de aanbevelingen die mede op basis van de bestudeerde literatuur bij de afzonderlijke ziekten zijn geformuleerd, kan men afleiden dat de huisarts ten aanzien van chronisch zieken een eigen en specifieke taak kan hebben, die goed te realiseren lijkt vanuit zijn positie in de eerste lijn. Daarbij gaat het meer om ogenschijnlijk, eenvoudig te realiseren, maar belangrijke basale zaken, waarbij ook een zekere volharding en een bepaalde attitude is vereist (zoals een goed afsprakensysteem, een goede taakverdeling met de assistente, het kunnen volhouden van surveillance van juist jonge mensen die te dik zijn, opsporing van hypertensie in jongere leeftijdscategorieën, ondersteuning van een gezin waarvan de man een hartinfarct kreeg, het stimuleren van zelfcontrole bij diabetespatiënten) dan om spectaculaire geneeskundige handelingen. Bij de aanpak van chronische aandoeningen zal de huisarts behalve een diagnostische en therapeutische taak vooral ook een chronisch ondersteunend beleid moeten kunnen voeren, zoals de opvang van de gevolgen van het chronisch ziek-zijn, secundaire en tertiaire preventie, bepaling van het tijdstip van operatief ingrijpen.

Tevens is bij de beschouwing van verschillende ziekten geweest op de noodzaak van de samenwerking met anderen, niet alleen in de eerste lijn, maar zeker ook met de medische specialisten. Dit maakt het gezamenlijk opstellen van protocollen gewenst.

Tenslotte zal bij chronische aandoeningen de aard van de arts-patiëntrelatie anders moeten zijn dan bij acute ziekten. Het inspelen op een grotere deskundigheid van de patiënt, die ervaringsdeskundige is op het gebied van zijn eigen chronische ziekte(n), vraagt een andere instelling van de (huis-) arts (zie beschouwing op basis van de literatuur). Niet alleen bij het opstellen van de doelstelling en vraagstellingen van deze studie is rekening gehouden met het onderwijs in de geneeskunde, maar ook bij de uitwerking van de gegevens. Dit boek is zo geschreven dat het als een soort

naslagwerk kan worden gebruikt door iedere (a.s.) huisarts en basisarts, die zich op het gebied van chronische ziekten wil oriënteren. Uit deze epidemiologische studie blijkt nog eens dat de medische student in zijn studie nog teveel wordt geleerd over zeldzame ziektebeelden en dat de 'gewone ziekten' ook de gewone chronische ziekte en bepaalde aspecten daarvan relatief te weinig aandacht krijgen.

Aan het eind van deze beschouwing zou ik nog een blik willen werpen op de toekomst. Hoe zal het er in het jaar 2000 uitzien als het gaat om chronische aandoeningen? Uitgaande van een zogenaamde 'standaard-praktijk' worden (in de onderstaande tabel voor mannen en vrouwen) van een aantal chronische ziekten (in dit proefschrift vaak de bij de huisarts bekende aandoeningen genoemd) de onderstaande cijfers weergegeven (Van den Hoogen e.a. 1982) voor het jaar 1980 en het jaar 2000. De conclusie is duidelijk. In de toekomst is er een toename van chronische ziekten te verwachten. Wij zullen ons daarop moeten voorbereiden. Deze studie heeft daartoe een bijdrage willen leveren.

De 20 meest geïmprementeerde aandoeningen bij mannen in een standaard-huisartsenpraktijk* (n=2800) in de jaren 1980 en 2000. Betreft alleen reeds bekende aandoeningen bij mannen.

volgnr	abs.aant.	Geïmprementeerde aandoeningen	procentuele		
2000	1980	2000	1980		
1	1	99	83	Adipositas	8,3
2	2	59	48	Hypertensie	22,9
3	3	56	46	Nervus-functionele doctien	21,7
4	4	43	38	CARA	19,4
5	5	40	33	Arthrose deformans	21,2
6	6	37	31	Doofheid	19,4
7	7	25	20	Hartinfarct	25,0
8	8	23	19	Angina pectoris	21,1
9	9	20	16	Varices	25,0
10	10	19	16	Diabetes mellitus	18,8
11	12	18	14	Myodegeneratio cordis	14,3
12	11	16	15	Constitutioneel eczeem	0,0
13	15	14	11	Overige endocriene sympt/afw**	27,3
14	16	14	11	Prostatitis	27,3
15	17	13	11	Parietale	16,2
16	14	12	12	Overige ziekten bewegings-app***	0,0
17	18	12	10	Ateridale vaatziekten	30,0
18	13	12	13	Hooikoorts	- 7,7
19	22	11	9	Cerebro-vasculaire stoornissen	22,2
20	21	11	9	Verslaving	22,2
in 2000 niet meer in top-20					
21	19	9	9	Oligofrenie	0,0
22	20	8	9	Asthma bronchiale	-11,1

* omvat o.a. dors. hyperlordose

** omvat o.a. diabetes mellitus, hyperthyreose, eczeem, hypofyse etc.

De 20 meest geïmprementeerde aandoeningen bij vrouwen in een standaard-huisartsenpraktijk* (n=2800) in de jaren 1980 en 2000. Betreft alleen reeds bekende aandoeningen bij vrouwen.

volgnr	abs.aant.	Geïmprementeerde aandoeningen	procentuele		
2000	1980	2000	1980		
1	1	197	174	Adipositas	13,2
2	2	131	112	Hypertensie	17,0
3	3	120	105	Nervus-functionele doctien	14,3
4	4	111	95	Varices	18,8
5	5	79	65	Arthrose deformans	21,6
6	6	37	32	Doofheid	15,6
7	7	30	25	Diabetes mellitus	20,0
8	8	25	20	Myodegeneratio cordis	25,0
9	9	24	19	Angina pectoris	28,3
10	11	21	18	Proctus uterivaginae	18,7
11	10	17	18	Constitutioneel eczeem	-5,8
12	12	15	13	Ziekten van de mammae	15,4
13	13	15	13	CARA	15,4
14	17	13	10	Benigne neoplasmata van de uterus	30,0
15	15	13	11	Parietale	16,2
16	16	12	11	Migrane	9,1
17	22	12	9	Cerebro-vasculaire stoornissen	33,3
18	20	12	10	Overige endocriene sympt/afw**	20,0
19	14	11	12	Hooikoorts	-8,3
20	21	11	10	Overige ziekten bewegings-app***	10,0
in 2000 niet meer in top-20					
21	19	11	10	Asthma bronchiale	10,0
22	19	11	10	Oligofrenie	10,0

* omvat o.a. dors. hyperlordose

** omvat o.a. diabetes mellitus, hyperthyreose, eczeem, hypofyse etc.

AANHANGSEL

Beschouwing over chronische aandoeningen op basis van gegevens uit de literatuur

Zonder de kennisname van de artikelen van Fries (1980), Van Veen (1979), Zwanikken (1979), Riddle (1980) en het proefschrift van Mootz (1981) zou het mij niet mogelijk zijn geweest dit overzicht samen te stellen. Naar deze publicaties zal in de tekst niet telkens worden verwezen.

Inleiding

Chronische ziekten zullen in toenemende mate het ziekte- en sterftepatroon in de huisartspraktijk bepalen. De huisarts ondervindt thans reeds problemen bij het aanpassen van zijn taken en doelstellingen aan de toename van deze aandoeningen. In hun ontstaan en beloop immers hebben deze aandoeningen een veel sterkere wisselwerking met het gedrag van de betrokkene zelf, met zijn primaire leefmilieu en de maatschappelijke context dan acute ziekten. De medische interventies die hierbij nodig zijn, verschillen nogal van de benaderingen waarmee patiënten en huisartsen vertrouwd zijn.

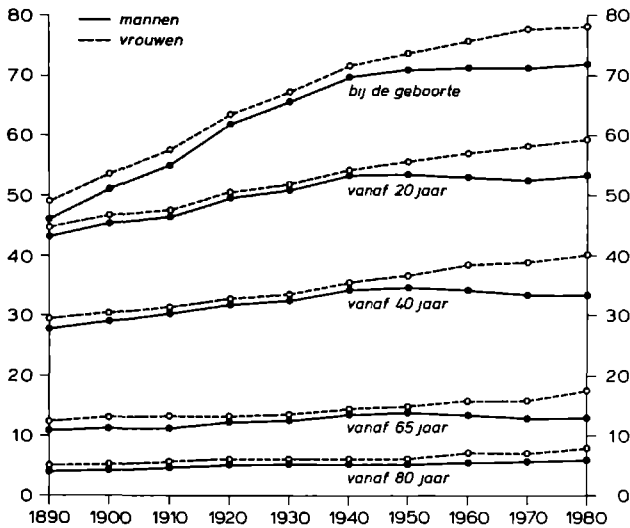
De volgende aspecten zijn, bij een beschouwing over chronische aandoeningen, dan ook van belang.

- 1 Het veranderend ziekte- en sterftepatroon in de bevolking en de gevolgen van de hulpverlening in het algemeen en de medische benadering in het bijzonder.
- 2 De opdracht, de taken en functies van de huisartsgeneeskunde m.b.t. deze veranderingen.
- 3 Het omgaan van de individuele huisarts met chronische aandoeningen.

I. Het veranderend ziekte- en sterfjepatroon en de gevolgen daarvan

De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte steeg in Nederland op spectaculaire wijze van 52 jaar in 1900 tot 75 jaar thans, een toename van 23 jaar. De levensverwachting bij de geboorte voor vrouwen is thans 78,4 jaar en die voor mannen 72,0 jaar. Uit deze cijfers (Comp. Gezondheidstat. 1980) kan men afleiden, mede gezien de afgenomen geboortecijfers, dat de bevolking steeds meer vergrijsst. De gezondheidszorg zal daarop aansluitend gepaste maatregelen moeten nemen. Wanneer men deze cijfers kritischer bekijkt en het gemiddeld aantal te verwachten levensjaren bij het bereiken van een bepaalde leeftijd daarbij betreft (zie figuur 1), dan blijkt dat de levensverwachting van 1900 tot thans:

gemiddeld aantal te verwachten levensjaren ————— gemiddeld aantal te verwachten levensjaren bij het bereiken van bepaalde leeftijden, naar geslacht



- bij geboorte 23 jaar is toegenomen
- bij 20 jaar 7 jaar is toegenomen
- bij 40 jaar ook 7 jaar is toegenomen
- bij 65 jaar 6 jaar is toegenomen
- bij 80 jaar slechts 2 jaar is toegenomen.

De spectaculaire toename van de levensverwachting in deze halve eeuw is dan ook voornamelijk te danken aan een sterk verminderde perinatale sterfte en de sterfte van jonge kinderen. De levensverwachting van volwassenen steeg in geringe mate en die van 80-jarigen nauwelijks. Met statistische berekeningen (Fries, 1980), waarop hier verder niet wordt ingegaan, is te becijferen dat de gemiddelde levensverwachting vanaf de geboorte in de toekomst maximaal 85 jaar kan bedragen. Allerlei onderzoek en theorieën vanuit de Biologie en Celleer hebben aangetoond dat het leven eindig is en dat men niet kan verwachten dat veroudering als zodanig is tegen te houden.

Onder ideale omstandigheden zal bij een biologische verdeling 66% van de mensen tussen 81 en 89 jaar sterven en 95% tussen 77 en 93 jaar. In 1900 stierf de mens gemiddeld 37 jaar 'te vroeg', in 1950 13 jaar te vroeg en in 1977 slechts 10 jaar te vroeg. Duidelijk wordt hieruit dat men in onze westerse samenleving al een goed eind op weg is om het 'te vroeg sterven' te elimineren.

In 1900 werd het mortaliteits- en morbiditeitspatroon overheerst door acute, meestal infectieuze ziekten. Tuberculose, pokken, difterie, e.d. waren de grootste bedreiging voor de gezondheid. De afname van deze ziekten kan niet alleen worden toegeschreven aan de spectaculaire ontdekkingen in de medische wereld zoals immunisaties en het gebruik van antibiotica maar vooral aan factoren als een betere voeding, betere behuizing, beter drinkwater en een betere hygiëne.

Het is van belang te constateren dat in de toekomst chronische aandoeningen tot onze belangrijkste zorg zullen behoren. In 1978 werd de sterfte in Nederland in 26,5% van de gevallen door nieuwvormingen, 45,2% door ziekten van de bloedsomlooporganen, 7% door ziekten van de ademhalingsorganen veroorzaakt (CBS, 1979). Arteriosclerose (inclusief coronaire ziekten en cerebrovasculaire stoornissen), chronische bronchitis, artrose, diabetes en maligniteiten zijn onze belangrijkste problemen geworden. Deze aandoeningen, die dikwijls al vroeg in het leven ontstaan, ontwikkelen zich sluipend. Hoe ouder men wordt, hoe meer kans men heeft deze ziekten te krijgen.

Deze aandoeningen berusten op een toenemend verlies van 'orgaanreserves'. In het algemeen ontwikkelen deze aandoeningen zich, zoals opgemerkt, langzaam en zonder symptomen. Op een gegeven moment overschrijdt het proces de klinische horizon en loopt uiteindelijk uit op invaliditeit en dood. Arteriosclerotische plaques doen de circulatie op zich geen kwaad, maar langzaam neemt de kans op een trombose toe. De sporen van artrose zijn al jaren op een röntgenfoto aanwezig voordat er klachten ontstaan. De glucosetolerantie neemt langzaam af totdat er suiker in de

urine wordt gevonden. De longcapaciteit van een patiënt met emfyseem neemt langzaam af. De kans op het krijgen van een maligniteit neemt toe met de leeftijd. De bestrijding van deze aandoeningen is meer een pogen de ziekte *uit te stellen* dan echt te genezen, want dat is onmogelijk.

Als wij de progressie kunnen terugdringen, wordt het tijdstip dat de klinische horizon wordt overschreden uitgesteld. Idealiter geredeneerd zou het tijdstip van klinische manifestatie dat van de ideale levensverwachting (85 jaar) moeten overschrijden. De ziekte is dan werkelijk voorkomen.

Evenals het afnemen van infectie- en deficiëntieziekten blijkt ook het toenemen van chronische ziekten sterk door sociale factoren te zijn bepaald. Daarom zou de klinische manifestatie van sommige belangrijke chronische ziekten zeker kunnen worden uitgesteld. Stoppen met roken stelt de last die men van chron. bronchitis kan krijgen uit en vermindert de kans op longcarcinoom. Hypertensiebehandeling vertraagt de ontwikkeling van bepaalde complicaties in de arteriën. Bij andere aandoeningen zijn de invloeden van buitenaf niet zeker maar wel waarschijnlijk. De ontwikkeling van arteriosclerose bijvoorbeeld zou kunnen worden vertraagd door gewichtsvermindering en meer beweging.

De recente toename van de gemiddelde levensverwachting zou voornamelijk te danken zijn aan een afname van hart- en vaatziekten en in het bijzonder die van cerebrovasculaire aandoeningen (CBS, 1982). Deze vermindering is een bewijs van de stelling, dat de bestrijding van risicofactoren m.b.t. een belangrijke chronische ziekte een bijdrage kan leveren aan de vermindering van de mortaliteit aan die ziekte. De meeste wetenschappers schrijven deze vermindering namelijk toe aan veranderingen in levensgewoonten en b.v. de betere behandeling van hypertensie. Minder roken zou eenzelfde effect kunnen hebben door een vermindering van het vóórkomen van chronische bronchitis en longcarcinoom. De preventie van chronische aandoeningen staat nog in de kinderschoenen. Het effect op lange termijn van meer beweging, een lager gewicht, groei in persoonlijke autonomie en eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid zal moeten bewijzen dat de benadering van chronische aandoeningen vooral in de preventie is te zoeken.

Het wordt steeds duidelijker dat de voornamelijk curatieve gezondheidszorg aan de opmars van chronische aandoeningen weinig verandert zeker als men de enorme groei van middelen en personeel daarin verdisconteert. Het bevorderen van de gezondheid heeft zich allengs verengd tot het 'preventieve' deel van specifieke medische bemoeienissen (v. Veen, 1979). Wat de preventie van gezondheidsstoornissen betreft, wijst de epidemioloog Rose (1981) op het feit, dat speciale klinieken voor bijvoorbeeld mensen met hypertensie, diabetes of de speciale zorg van de huisarts

voor zijn patiënten met een verhoogd risico, slechts een beperkt antwoord geven op het probleem van de bestrijding van chronische ziekten.

Als onze preventieve strategieën zich beperken tot het identificeren van 'high-risk' gevallen, besteden wij onze moeite slechts aan mensen in de populatie die aan het eind van een normale verdeling voorkomen. Wij moeten—door maatregelen waarbij de gehele gemeenschap is betrokken—streven naar een verschuiving van de aandacht voor mensen met risicofactoren naar aandacht voor de totale populatie.

Rose (1981) spreekt van een paradox in het preventief denken. Een preventieve maatregel die goed is voor de gemeenschap heeft op zich voor elk individu in die gemeenschap weinig te bieden. Een groot aantal mensen blootgesteld aan een laag risico, levert meer doden op dan een klein aantal mensen dat is blootgesteld aan een hoog risico. In de zakenwereld is dit principe overbekend. De opbrengst is groter als men met een kleine winst veel produkten verkoopt dan wanneer men met grote winst weinig produkten verkoopt (de wet op de verminderende meeropbrengst).

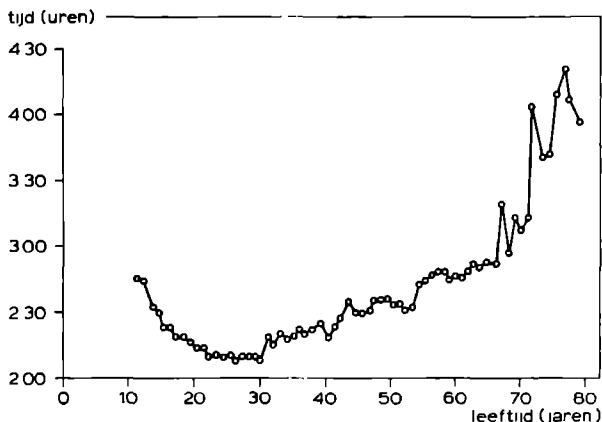
Chronische aandoeningen kunnen, zoals gezegd, het beste worden bestreden door de periode die ligt tussen de leeftijd waarop de aandoening zich manifesteert en het tijdstip waarop de natuurlijke dood te verwachten is, te bekorten. Deze 'uitstelstrategie' heeft het gevolg, dat de morbiditeit in een kleiner deel van het te leven leven optreedt. De invaliditeit en de dood die dan slechts later in het leven zullen optreden worden dan ook steeds minder vermijdbaar. Interventie bij patiënten zonder 'orgaanreserve' wordt om zo te zeggen steeds nuttelozer.

Samenvattend moet de strategie die wij moeten uitstippelen om de gezondheid in de toekomst te verbeteren meer gericht zijn op de chronische aandoeningen in plaats van te uitsluitend op acute ziekten, op morbiditeit méér dan op uitsluitend mortaliteit, méér op de kwaliteit van het leven dan uitsluitend genezing.

De complexiteit van chronische aandoeningen vraagt de aandacht op veel terreinen in de gezondheidszorg en maatschappij in het bijzonder óók op het psychosociale terrein. Aanvaarding van de eigen verantwoordelijkheid, het leren zelf beslissingen te nemen over de eigen gezondheid en het in staat zijn tot zelfzorg, zijn cardinale aspecten van het gezondheidsgedrag die beïnvloed moeten worden en dat is niet eenvoudig.

Langzaam lijkt het besef te groeien dat het functieverlies of dat nu van spieren, hart, longen of gewrichten is, meer gevolg is van een gebrek aan gebruik dan wel van overgebruik. 'Run not rest' is het advies van de cardioloog. 'Use it or lose it' is het advies van de reumatoloog. De opvatting dat het lichaam 'verroest' in plaats van 'verslijt' heeft terrein gewonnen. Enkele studies hebben aangetoond dat er in de prestaties op

oudere leeftijd veel meer 'rek' zit dan men in eerste instantie zou denken. Deze belangrijke conclusie is lang niet opgemerkt omdat men in onderzoeken in het algemeen werkt met gemiddelden en niet met individuele normen. Een gemiddelde afname van een bepaalde variabele kan opmerkelijke individuele variaties verbergen. We zien dit bijvoorbeeld bij het marathonlopen (zie figuur 1.2.), overgenomen uit Rose 1981).



Uit deze figuur blijkt dat de maximale prestatie (en niet de gemiddelde) tussen de 30 en 70 slechts weinig afneemt (1% per jaar). Variaties tussen gezonde personen van dezelfde leeftijd zijn veel groter dan de variaties per leeftijdsgroep. Leeftijd is een betrekkelijk onbelangrijke variabele en looptraining is voor marathonlopers belangrijker dan de leeftijd. Bij het testen van de intelligentie, sociale interactie, lichaamsactiviteit en geheugen zijn dergelijke waarnemingen ook aangetoond. Voor bepaalde mensen wordt er een verbetering geconstateerd, terwijl het gemeten gemiddelde bij elke leeftijdsgroep daalt. Er werd vastgesteld dat men in zekere zin—binnen brede biologische grenzen—kan kiezen om niet oud te worden. Deze beschouwingen zijn aanleiding om eens te bekijken of het onderzoek naar het-oud-worden niet fundamenteel moet worden gewijzigd. Men moet misschien eens meer aandacht besteden aan een analyse van de individuele variaties dan aan die van gemiddelden.

Het lijkt tijd om onderzoek naar chronische aandoeningen de hoogste prioriteit te geven en te zoeken naar de mogelijkheden om dergelijke aandoeningen uit te stellen, om de gezondheid te handhaven en psycholo-

gische en sociale involutie te vertragen. Dertig jaren van intensief onderzoek hebben géén eenduidige oorzaak voor b.v. kwaadaardige nieuwvormingen, hartinfarcten of geestesziekten kunnen aantonen. Men moet een andere 'aetiologie' van ziekten construeren. Thomas (1981) noemde dit het kaleidoscopisch model, dat zijn oorsprong heeft in de psychologie en er van uitgaat dat vele genetische en omgevingsfactoren te maken hebben met het in stand houden van gezondheid, c.q. het ontstaan of voortbestaan van ziekte.

De ene factor is belangrijker dan de andere, maar het patroon van deze factoren bepaalt het resultaat. De kaleidoscoop draait met het leven mee en telkens wordt er weer een positieve of negatieve factor aan toegevoegd. Het patroon verandert steeds. Het handhaven van een goede gezondheid is afhankelijk van de speciale configuratie van het desbetreffende individu op een gegeven moment.

Uit het spaarzame onderzoek dat op dit gebied is verricht, blijkt dat vele van deze factoren niet alleen te maken hebben met cholesterolspiegels of vitale capaciteit maar wel degelijk óók met de geestelijke weerbaarheid van het individu. Factoren zoals 'levenskracht', 'openstaan voor het leven', 'gevoel van eigenwaarde' kunnen wel eens veel belangrijker zijn dan wij medici vanuit ons natuurwetenschappelijk denkpatroon bevroeden. Meer mogelijkheden om zich zelf te ontplooien en autonomie zou voor de oudere mens wel eens belangrijker kunnen zijn dan steun, zorg, voeding en sympathie. Hoogwaardige medisch-technische zorg op het einde van het leven is dan eigenlijk zinloos. Voor de 'laatste beetjes' lijkt menselijke interactie dan aantrekkelijker dan een beademingsapparaat en een 'gasthuis' beter dan een ziekenhuis.

2. De opdracht, taken en functies van de huisartsgeneeskunde m.b.t. deze veranderingen

Chronisch ziek zijn dient zich aan als 'nieuw' probleemveld. Juist voor de huisarts is de zorgverlening aan de chronische patiënt van groot belang. Hierbij sluiten nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij, zoals primaire verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, de waarden en gevoelens van de mensen zelf, de zelfzorg, de mantelzorg en de werkelijke 'hulpvraag' goed aan. Anders dan in gestroomlijnde diabetes- of hypertensiepoliklinieken heeft de thuisgezondheidszorg de mogelijkheid om naast persoonlijke zorg ook een gemakkelijk bereikbare en zo eenvoudig mogelijke hulpverlening te bieden.

Naast het onderkennen van de wenselijkheid om meer en beter gebruik

te maken van een zo basaal mogelijke zorg, is het ook van belang vast te stellen dat de mogelijkheid om chronische patiënten thuis te helpen, groter is geworden. Belangrijke vorderingen in de geneeskunde, zoals de toepassing van bètablokkers en bij ouderdomsdiabetes de orale hypoglycaemica, het verruimen van diagnostische faciliteiten bij de behandeling van veel voorkomende chronische aandoeningen, maken een verschuiving van ziekenhuiszorg naar de thuisgezondheidszorg mogelijk.

De huisartsen hebben over het algemeen niet voortvarend gereageerd op de toename van chronische ziekten en de achterliggende maatschappelijke situatie. Beschouwingen van de huisartsen zelf over hun hulpverlening in dezen zijn opvallend schaars. De huisarts lijkt verstrikt in ambivalente gevoelens ten opzichte van chronische patiënten. Enerzijds betreft het een dankbare groep mensen en een vast deel van het dagprogramma, anderzijds een jaar-in-jaar-uit aandacht vragende categorie patiënten, een personificatie van de medische onmacht tot genezen. Een algemeen aangaand takenpakket is nog niet tot stand gekomen. De huisarts heeft een grote, wellicht te grote vrijheid om zijn eigen takenpakket samen te stellen.

Met alle aandacht voor psychosociale problematiek, voor zijn persoonlijk functioneren als hulpverlener en voor samenwerking binnen de eerste lijn dreigt de huisarts zijn bestaansrecht uit te hollen door aan de zorgverlening van chronische patiënten en samenwerking met specialisten, het huisbezoek en het ziekenhuisbezoek weinig aandacht te geven. De juist afgestudeerde huisarts mist over het algemeen een adequate kennis van chronische aandoeningen en de problematiek van de oudere patiënt. In zijn opleiding heeft hij hoogstens een blokje gerontologie of geriatrie gehad. In de regel is hij zich ervan bewust, dat hij bij mensen met chronische aandoeningen en vooral ouderen geen uitdrukkingen moet gebruiken als: 'het is slijtage' en 'je moet ermee leren leven'.

In de huisartsenopleiding wordt enige aandacht geschonken aan de medische zorg van chronische zieken, maar of de jonge huisarts in staat kan worden geacht chronische aandoeningen met voldoende kennis, vaardigheden en een juiste instelling te benaderen, valt te betwijfelen. Van 'weldoen' naar 'goed werk leveren' is dan een hele stap. De arts die in een dergelijke situatie een taak weet af te bakenen die voor hem zelf uitvoerbaar is en de patiënt tenslotte nog verbetering geeft, lijkt zichzelf te overtreffen.

Het lukt ook niet altijd. Er zijn op het werkgebied van de huisarts weinig duidelijke en voldoende gedocumenteerde richtlijnen uitgeschreven voor een adequate—tussen behandelwoede enerzijds en laat-maar-geneeskunde anderzijds—zorg voor chronische ziekten. Onkunde, gebrek aan tijd, de behoefte om toch iets te doen bij een onbehandelbaar probleem kunnen

de arts zowel verleiden tot een wegwuiven van de narigheid van de patiënt als tot ongericht en overmatig voorschrijven van medicijnen en veelvuldig verwijzen naar klinische specialisten.

De unieke positie van de huisarts in Nederland is nog nauwelijks benut voor een huisartsgeneeskundige verkenning van het beloop van chronische ziekten, de achtergronden van gezondheids- en ziektegedrag en de beleving van het chronisch ziek-zijn. Criteria zoals de levensverwachting, de morbiditeit en mortaliteit en de invalidering als gevolg van chronische aandoeningen zullen veel meer aandacht moeten krijgen in het dagelijkse werk van huisartsen en bij het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde.

3. Het omgaan van de individuele huisarts met chronische aandoeningen

Het grootste probleem bij chronische aandoeningen is niet de diagnose of de therapie, maar het feit dat de aandoening niet overgaat. De meeste maatregelen bij een chronisch zieke zijn min of meer blijvend en vragen dagelijks aandacht van de patiënt. Ze vragen veranderingen in het gedrag en het levenspatroon en dat is wat anders dan het slikken van medicamenten. Het is een andere manier van leven.

Gedragsveranderingen zijn gemakkelijk te bespreken maar moeilijk door te voeren. Dit dilemma doet zich met name voor bij de behandeling van chronische aandoeningen. Zowel patiënt als arts ervaren de kloof tussen werkelijkheid en verwachtingen. Patiënten zijn dikwijls teleurgesteld. Zij verwachten veel van de geneeskunde en deze moedigt dat aan. Hoe meer greep de geneeskunde op een ziekte heeft, des te meer aandacht wordt eraan besteed. Gewone chronische aandoeningen zoals hardhorendheid en gegeneraliseerde artrose worden in de geneeskunde behandeld als stiefkinderen. De geschonken aandacht aan ziekten waaraan werkelijk iets te doen is, levert op zijn minst meer voldoening op.

Wij hebben meer nodig dan uitsluitend meer kennis of een nieuwe techniek om het allemaal wat handiger te doen. Er zal gewerkt moeten worden aan een nieuw kader, een nieuw management dat in menig opzicht afwijkt van de aanpak bij acute ziekten. Riddle (1980) geeft in het kort een nieuwe strategie aan, in dit geval van de diabetes-behandeling, maar die kan even goed toepasbaar zijn bij andere chronische aandoeningen. Deze strategie bevat elementen die velen bekend in de oren zullen klinken. Zowel patiënt als arts zullen, aldus Riddle, 'anders moeten denken' en 'anders moeten doen'. Zeker bij chronische aandoeningen is het niet zo, dat de patiënt

maar moet afwachten wat de dokter allemaal met hem doet. De dokter van zijn kant zal een andere houding aan moeten nemen dan hij gewoon is bij de behandeling van acute ziekten. Deze aanpak van Riddle kan worden verdeeld in vijf stappen in een vaste volgorde. Elke stap is slechts een deel van de gehele benadering en moet niet op zichzelf staan en niet overgevaardeerd worden ten opzichte van andere stappen.

- 1 De hulpverlener dient een adequate kennis van de aandoening te hebben.
- 2 De patiënt moet accepteren dat hijzelf mede-verantwoordelijk is.
- 3 De patiënt moet meer van zijn ziekte afweten dan gebruikelijk en de hulpverlener moet hem dat ook leren.
- 4 Tussen patiënt en hulpverlener dienen afspraken te worden gemaakt over wat men zich bij de behandeling ten doel stelt.
- 5 Het resultaat van de behandeling dient op een duidelijke manier zichtbaar te worden gemaakt, in termen die zowel door de patiënt als door de hulpverlener worden begrepen.

Ad 1: De hulpverlener zou een adequate kennis van de aandoening moeten te hebben

‘Vanzelfsprekend’ zal iedereen zeggen. Toch is er op het gebied van chronische aandoeningen en dan vooral voor de huisarts nog veel kennis te vergaren. Leerboeken beschrijven ziekten meestal in symptomen, afwijkingen en paraklinische gegevens. Alle kentekenen in deze ziektebeschrijvingen kunnen als toegankelijke kenmerken worden aangeduid (Wulff, 1980). Men kan het woord ‘kenmerken’ gebruiken, omdat deze verschijnselen vaker worden aangetroffen bij patiënten die aan de desbetreffende ziekte lijden dan bij andere patiënten. Ze zijn ‘toegankelijk’ omdat het mogelijk is gedurende de diagnostiek vast te stellen of ze aanwezig zijn of niet. Een ziekte wordt evenwel niet voldoende omschreven met symptomen, afwijkingen en paraklinische gegevens. Behalve in het stellen van een diagnose, is de clinicus, maar vooral ook de huisarts, geïnteresseerd in de prognose van de patiënt. Daarom dient men goede kennis te hebben van het natuurlijke beloop van de ziekte, de gevaren van complicaties, de kans op gevolgen en op herhaling van de ziekte. In de meeste leerboeken treft men gegevens aan over de prognose op korte termijn, maar wordt betrekkelijk weinig of helemaal geen aandacht besteed aan de prognose op lange termijn. Neem bijvoorbeeld een kind met dauwworm. Hoe groot is de kans dat het over vijf of tien jaren over is en er geen andere manifestaties van deze ‘constitutionele’ aandoening optreden?

Wat kan men de ouders precies zeggen? Een kind heeft bijvoorbeeld last van astmatische bronchitis. Hoe groot is de kans dat het er later nog last

van heeft? Bij een jonge vrouw wordt reumatoïde artritis vastgesteld. Wat kunnen we precies vertellen over de toekomst? Op een routine electrocardiogram worden tekenen van ischaemie vastgesteld. Wanneer zal deze patiënt klachten krijgen? Dit soort vragen kan uiteraard alleen in statistische waarschijnlijkheden worden beantwoord, maar is van groot belang voor de patiënten, maar ook voor hun artsen.

Informatie over dit soort problemen is met een kaars te zoeken. De voornaamste reden is, dat het meeste wetenschappelijk onderzoek in ziekenhuizen is gedaan. De leerboeken zijn op dit onderzoek gebaseerd, evenals het onderwijs aan studenten. Het betreft waarnemingen bij geselecteerde patiënten die over een beperkte periode worden gevolgd. Het is noodzakelijk dat met name huisartsen die immers over een lange periode zicht hebben op de prognose van hun patiënten, bij onderzoek op dit gebied worden betrokken. Hier ligt nog een terrein braak, dat in de toekomst zal moeten worden bewerkt en waarop de huisartsgeneeskunde de onderbouwing van de eigen discipline kan realiseren. Voorbeelden van huisartsen, die aanzetten geven, zijn vooral de Engelse huisarts Fry (1966), die onderzoek deed naar het natuurlijk beloop van veel voorkomende ziekten en Huygen (1978), die een aantal gezinnen en patiënten over een periode van 30 jaren volgde. Het is vaak de huisarts, die de inlichtingen kan verschaffen die nu nog in vele leerboeken ontbreken. Veel leerboeken zullen moeten worden herschreven, niet alleen wegens de technologische ontwikkelingen, maar óók omdat het ziektepatroon verandert (Wulff, 1980). Dit veranderend spectrum van ziekten kan alleen worden verklaard door een verandering van de aetiologische determinanten die deze ziekteprocessen in gang zetten. Dergelijk onderzoek is niet populair. Het meeste onderzoek is gericht op de opheldering van de laatste schakels in de pathogenese. Daarom zullen huisartsen die hun patiënten 'anders' ontmoeten dan in een ziekenhuis het geval is, actiever moeten worden op het gebied van onderzoek om aldus hun steentje bij te dragen aan leerboeken die nog niet zijn geschreven.

Op sommige gebieden van het somatisch handelen is die kennis ongewijfeld aanwezig, maar zij is niet goed verdeeld over diegenen die in feite met chronische aandoeningen te maken hebben. Bovendien is het voor de huisarts niet altijd mogelijk om alle verworven kennis meteen toe te passen in de dagelijkse praktijk. Met andere woorden veel kennis blijft te theoretisch en wordt niet voldoende 'vertaald' in algoritmen voor de dagelijkse praktijk. Bepaalde somatische aspecten van het geneeskundig handelen moeten worden herschreven en vooral toegespitst worden op het handelen van de huisarts. Een goed voorbeeld hiervan zijn de activiteiten van de Werkgroep Chronische Patiënten van het N.H.I. (Nederlands Huisartsen

Instituut), waarin huisartsen en specialisten tezamen protocollen hebben opgesteld voor drie belangrijke chronische aandoeningen. Het moet in de toekomst mogelijk zijn om globaal de 50 meest voorkomende chronische aandoeningen op deze wijze te beschrijven.

Chronisch zieken zijn niet alleen door de huisarts te behandelen, maar moeten multidisciplinair worden benaderd. Wanneer mensen die met elkaar werken, elkaar ook vinden in gezamenlijk opgestelde richtlijnen en samen kennis verzamelen, is er een beter uitgangspunt voor samenwerking geschapen.

Dat kennisvermeerdering nog geen gedragsverandering betekent, is ieder bekend. Hieraan zal aandacht moeten worden besteed, door opleidings- en nascholingsinstanties, die in hun programma's op de praktijk afgestemde kennisvermeerdering zullen moeten nastreven.

De benadering van chronische aandoeningen zal vaak door een team dienen te geschieden. Het is van belang, dat ieder zijn vakkennis inbrengt en de ander daarvan deelgenoot maakt. De patiënt kan zelfs als een lid van het team worden beschouwd. Hij is immers expert wat betreft zijn lichaamssignalen.

Ad 2: De patiënt zou moeten accepteren dat hijzelf mede-verantwoordelijk is.

De dokter schrijft voor en de patiënt handelt dienovereenkomstig. Deze autoritaire stijl zou plaats kunnen maken voor een alternatief, vooral bij chronische aandoeningen. De hulpverlener kan gegevens verzamelen, zeggen wat de patiënt moet doen, adviseren, maar 'het beheer' blijft mede de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. Deze opvatting zal door velen worden beaamd, maar wordt mijns inziens nog niet serieus genoeg genomen. We kunnen patiënten ook niet dwingen om zoiets te willen, maar wij kunnen wel pogingen aanwenden en tegelijkertijd onze eigen impulsen om verantwoordelijkheden over te nemen wat bedwingen. Dat is moeilijk en vraagt enige tijd. Toch zullen meer patiënten deze verantwoordelijkheid nemen en waar kunnen maken dan wel eens gedacht wordt.

Ad 3: De patiënt zou meer van zijn ziekte moeten afweten dan gebruikelijk en de hulpverlener moet hem dat ook leren.

Het geven van voorlichting over chronische ziekte staat in de belangstelling. Er zijn al veel folders in omloop, die de hulpverlener te vlug een gevoel van tevredenheid geven als hij deze aan de patiënt heeft overhandigd. Meestal nemen behandelaars te weinig tijd om aan patiënten in eenvoudige bewoordingen uitleg te geven over hun ziekte en het beloop ervan, maar ze zijn daarin ook niet getraind.

Het onder eenvoudige woorden brengen van wat er aan de hand is en wat de patiënt nog te verwachten heeft, is heel wat anders dan het overhandigen van de een of andere folder, tenzij men de patiënt iets met dergelijke folders laat doen, zoals b.v. het laten onderstrepen wat de patiënt belangrijk vindt en het zetten van een vraagteken als hij iets niet blijkt te begrijpen.

In het algemeen blijkt de patiënt weinig kennis en soms geheel onjuiste ideeën over zijn ziekte te hebben, terwijl voorlichting en instructie vooral bij chronische aandoeningen toch zo belangrijk is. Men kan zich afvragen of kennis over de aandoening vruchten afwerpt.

Uit de literatuur zijn nog geen gegevens bekend over de relatie tussen deze kennis of de praktische toepassing van voorschriften enerzijds en de uitkomsten van de zorg anderzijds, uitgedrukt in bijvoorbeeld het aantal complicaties op lange termijn.

Kennis van chronische aandoeningen kan de patiënt verwerven door:

- 1 betere voorlichting door de (huis-)arts (deze moet de tijd ervoor nemen, maar ook de vaardigheid verwerven om kennis over te dragen)
- 2 patiëntenverenigingen
- 3 patiëntengroepen onder deskundige leiding.

Wat dit laatste betreft, lijken patiëntengroepen onder leiding van die hulpverleners die de patiënt ook daadwerkelijk terzijde staan, het meest ideaal (de eigen (huis-)arts of de eigen wijkverpleegkundige). De ervaring leert, dat de relatie tussen patiënt en hulpverlener tijdens groepsbijeenkomsten verstevigd wordt en in de andere contacten met de chronische patiënt zijn vruchten afwerpt. Onderzoek over dit onderwerp staat nog in de kinderschoenen. Sommigen zijn van mening, dat men de patiënt moet toetsen op zijn kennis om de hiaten die dan blijken te bestaan te bespreken.

Daarnaast zou meer aandacht kunnen worden geschonken aan het onderricht geven aan patiënten samen met hun familieleden, maar dan onder huiselijke omstandigheden. Of de tendens om dit te laten doen door apart opgeleide verpleegkundigen vanuit het ziekenhuis een juiste is, valt te betwijfelen. Het lijkt beter te onderzoeken of de eerste lijn die immers in feite het meest betrokken is bij de thuiszorg hier niet beter voor kan worden ingezet.

Tot nu toe heb ik in dit verband alleen gesproken over kennis van een ziekte. In het recente onderzoek van Mootz (1981) komen evenwel andere factoren aan de orde, die in dit verband zeker zo belangrijk zijn. Een van haar conclusies is dat meer emotioneel-evaluatieve componenten (zoals ziekte-beleving en de attitude ten aanzien van de eigen arts) voor de

medische consumptie van groter belang zijn dan meer cognitieve componenten (opvattingen over ziekte en medische zorg). Voorlichting en pogingen tot kennisoverdracht in verband met medische zaken zullen de feitelijke consumptie daarvan wellicht weinig beïnvloeden. Prikkels die op de meer emotionele componenten weten in te spelen zullen waarschijnlijk belangrijker zijn. Het is mogelijk, dat hier ook het manco ligt van de informatieve programma's die via de media worden verspreid.

Een tweede conclusie in haar proefschrift is, dat de invloed van deze emotionele componenten afnam naarmate de door de patiënt gevoelde sociale afstand tot de persoon of instelling die hij raadpleegt, toeneemt. Dat betekent, dat juist in de contacten met de huisarts factoren zoals ziektebeleving en attitude ten aanzien van de arts een grote rol spelen. Wanneer wij alleen ons best doen om de patiënt heel geduldig en begrijpelijk uit te leggen wat hij mankeert en daarbij geen rekening houden met factoren zoals ziektebeleving, zullen wij niet al te veel kunnen verwachten van onze moeite om de patiënt kennis bij te brengen. Iedere huisarts zal ervaren hebben, dat—ook al had hij het idee een patiënt goed te hebben voorgelicht—deze uitleg aan de patiënt niet dat resultaat opleverde wat hij ervan verwachtte.

De huisarts zal wellicht meer moeten inspelen op de emotionele componenten om daardoor onnodige 'consumptie' tegen te gaan.

In een derde conclusie uit haar proefschrift raadt zij de huisarts aan, de gezins- en familieleden meer bij de behandeling te betrekken. Gezins- en familieleden kunnen iemands consumptie op vrij directe wijze beïnvloeden. Andere mensen die in de buurt van de patiënt zijn, hebben een meer afstandelijke houding ten aanzien van de ziekte van de patiënt en kunnen daardoor misschien een bijdrage leveren aan de preventie van zogenaamde somatische fixatie. Pogingen om mantelzorg te stimuleren hebben een keerzijde, omdat zij óók met te veel zorg (b.v. overbezorgdheid) het ziekzijn van de patiënt kunnen versterken.

Ad 4: Tussen patiënt en hulpverlener kunnen afspraken worden gemaakt over wat men zich bij de behandeling ten doel stelt.

De hulpverlener zal meestal duidelijk voor ogen hebben hoe de ziekte dient te worden aangepakt, terwijl de hulpvrager ook zijn wensen en verwachtingen heeft van wat hij wil of wil proberen. De wensen van deze twee kunnen wel eens ver uit elkaar liggen. Als er geen compromis wordt bereikt, zal dit samenwerkingsverband geen lang leven zijn beschoren.

Men kan het plan, waarbij de hulpverlener en hulpvrager overeenstemming bereiken over het gestelde doel en de bijdrage die daarvoor van ieder wordt gevraagd een 'contract' noemen. Als het een goed contract is, zal de

'compliance' worden bevorderd. Als de patiënt weet wat het doel is, wat de afspraken zijn, het eens is met het behandelingsplan zullen beide partijen minder worden teleurgesteld.

Ad 5: Het resultaat van de behandeling kan op een duidelijke manier zichtbaar worden gemaakt in termen die zowel door de patiënt als de hulpverlener worden begrepen

Hoewel gezondheid vaak moeilijk in maat en getal is uit te drukken, heeft het zin om chronische patiënten de effecten van hun doen en laten te laten afmeten aan enige objectieve criteria. De hulpverlener wil van zijn kant een idee hebben of de patiënt inderdaad doet wat hij zegt.

Er zijn tegenwoordig mogelijkheden genoeg om bij chronische aandoeningen objectieve maatstaven aan te leggen die een beoordeling van het ziekteverloop aan de patiënt en aan de arts duidelijk te maken. Tests uitvoeren en geen idee hebben van wat ze voorstellen, is vruchteloos, zoals het vruchteloos is om doelstellingen voor ogen te houden waarvan niemand weet of deze inderdaad worden bereikt.

Hoe actiever een patiënt zelf data kan verzamelen en kan interpreteren naar het te bereiken doel, des te beter.

Deze vijfpuntsstrategie van Riddle kan misschien als uitgangspunt dienen om chronische patiënten, die ondanks alle nieuwe medische verworvenheden onze wachtkamer zullen blijven vullen, terzijde te staan. Het klinkt misschien niet nieuw in te oren, maar het vraagt wel een andere dan de gebruikelijke benadering.

Samenvatting

Deel I

In dit beschrijvend epidemiologisch onderzoek op basis van gegevens, die werden verzameld in een viertal huisartspraktijken, worden cijfers verstrekt over de verspreiding van ziekten en met name chronische aandoeningen, voorzover deze aan de desbetreffende huisartsen werden gepresenteerd. De resultaten geven aanleiding tot de formulering van een aantal uitgangspunten met betrekking tot het werk van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

In de inleiding wordt ingegaan op de subjectieve beleving van de auteur met betrekking tot de onderscheiden fasen die elke huisarts moet doorlopen alvorens zichzelf als 'méér ervaren' te beschouwen. Met name wat betreft de zorg voor chronische zieken signaleerde de auteur tekorten in kennis en vaardigheden. Hij ervoer zijn wijze van werken als inadequaat ten aanzien van de begeleiding van vooral chronisch zieke patiënten. De behoefte aan meer gedetailleerde kennis omtrent onder andere het natuurlijke verloop van chronische aandoeningen, het medicamenteuze beleid bij en de systematische controle van langdurig zieke mensen, vormde de aanleiding tot deze studie.

Hoofdstuk I; doelstelling en vraagstellingen

De onderhavige studie beoogt een overzicht te verstrekken van de meest voorkomende chronische aandoeningen in een aantal huisartspraktijken. De vraagstellingen betreffen de frequenties waarmede deze aandoeningen aan de desbetreffende huisartsen worden gepresenteerd en de samenhang hiervan met enkele achtergrondgegevens zoals leeftijd, geslacht en de sociale positie van de patiënten.

Hoofdstuk II; literatuurgegevens

Wat betreft incidentie en prevalentie van chronische ziekten in de huisartspraktijk komen vooral gegevens uit ons land en Engeland het meest in aanmerking. Er worden een aantal epidemiologische studies vermeld waarvan aannemelijk wordt gemaakt, dat deze vergeleken kunnen worden met de cijfers uit deze studie (zie 3.7. onder prevalentie). Het onderscheid tussen acute en chronische ziekten is niet gemakkelijk te maken. In de praktijk worden er bij de definiëring 2 criteria gebruikt, nl. de *duur* van de ziekte of de *aard* van de ziekte. Veel beschikbare literatuurgegevens blijken beschrijvend van aard of gebaseerd op zienswijzen of opvattingen. Een samenvatting van deze literatuur wordt gegeven in de beschouwing.

Hoofdstuk III; studiemateriaal en methode van onderzoek

Huisartspraktijken in Nederland, waarbij een nauwkeurige vaststelling van 'population at risk' mogelijk is, zijn zeer geschikt voor epidemiologisch onderzoek.

Tegenover de beperkte representativiteit bij onderzoek in één of meer huisartspraktijken, staan voordelen als een meer gedetailleerde kennis van de onderzoekspopulatie, het langdurig kunnen volgen van deze populatie en een relatief geringe inter-doktervariatie.

Op de betekenis van de inter-doktervariatie wordt ingegaan in paragraaf (3.5.). Het is van belang zich verder te realiseren, dat veel morbiditeitsonderzoek, zg. 'loketonderzoek' is, dat wil zeggen dat het gaat om de registratie van die aandoeningen die onder de aandacht van de arts komen en niet om de registratie van de morbiditeit die in de desbetreffende populatie vóórkomt. In de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut worden de geregistreerde morbiditeitsgegevens gekoppeld aan een eveneens gecomputeriseerde continue registratie van het patiëntenbestand. De gegevens van 12.000 patiënten, over een periode van 8 jaren, vormen het 'studiemateriaal'. Na een bespreking van meer algemene gegevens over de onderzoekspopulatie en de representativiteit van het materiaal, volgt een beschouwing over de verschillen in registratie tussen de praktijken onderling. Hierbij blijken verschillen tussen de artsen (inter-doktervariatie) een belangrijke invloed te hebben. Bij de bewerking van de gegevens wordt uitgegaan van de volgende beschrijving van het begrip 'chronische aandoeningen': chronische aandoeningen zijn die ziekten, die in meerdere of mindere mate een blijvend kenmerk zijn van de patiënt en die in behandelend en/of anticiperend opzicht voortdurende aandacht van de huisarts vragen.

Hoofdstuk IV; inventarisatie

In dit hoofdstuk wordt een algemeen overzicht gegeven van de chronische en—voorzover van betekenis—nieuwe aandoeningen in de vier registrerende praktijken. In de samenvatting van hoofdstuk 4 (4.9) worden de belangrijkste resultaten vermeld. Het volgende overzicht geeft een indruk van de belangrijkste chronische aandoeningen per leeftijdscategorie, zoveel mogelijk weergegeven in volgorde van frequentie.

- * Op jonge leeftijd
 - constitutioneel eczeem
 - congenitale afwijkingen
 - enuresis
 - astma

- * Op adolescentenleeftijd
 - acne vulgaris
 - hooikoorts
 - constitutioneel eczeem
 - adipositas

- * Op volwassen leeftijd
 - adipositas
 - chronisch nerveus-functionele klachten
 - hypertensie
 - varices
 - chronische bronchitis
 - psoriasis
 - hooikoorts

- * Op middelbare leeftijd
 - chronische hart-vaatziekten (hypertensie, varices, angina pectoris, status na hartinfarct)
 - adipositas
 - chronisch nerveus-functionele klachten
 - artrose
 - diabetes mellitus
 - prolaps (bij vrouwen)
 - chronische bronchitis (bij mannen)

*** Op oudere leeftijd**

- adipositas
- chronische hart-vaatziekten (hypertensie, varices, angina pectoris, status na hartinfarct, myodegeneratio cordis)
- artrose
- slechthorendheid
- diabetes mellitus
- prolaps (bij vrouwen)
- chronische bronchitis (bij mannen)

Uit de analyse van de verschillen in registratie tussen de praktijken blijkt, dat de huisartsen onderling duidelijk verschillen in hun aandacht voor deze door hen reeds eerder gediagnostiseerde en geregistreerde aandoeningen (4.7.). Bij een poging om enkele cijfers uit deze registratie te vergelijken met de data verstrekt door daarvoor het meest in aanmerking komende andere auteurs valt op, dat de cijfers uit deze registratie vrij hoog uitvallen (4.8).

Deel II

Deel II omvat een overzicht van de chronische aandoeningen, per diagnosegroep van de zogenaamde E-lijst en een verdere analyse van de meest voorkomende chronische aandoeningen binnen iedere E-lijst groep.

In dit deel worden de afzonderlijke categorieën van de E-lijst en hun aandeel in de totale morbiditeit, zowel wat betreft nieuwe als bekende aandoeningen, beschreven. Ook vaak voorkomende chronische aandoeningen worden geanalyseerd. Van deze aandoeningen worden de nieuwe en reeds eerder bekend geworden gevallen voor leeftijd en geslacht beschreven en, waar relevant, wordt ook de frequentie per sociale laag vermeld. De gegevens over de meest voorkomende bekende aandoeningen worden aangevuld met verwijs- en opnamecijfers. Bij elke aandoening worden in een beschouwing de voornaamste epidemiologische gegevens samengevat en op geleide van relevante literatuurgegevens voorzien van commentaar, gericht op de taak van de huisarts bij de desbetreffende ziekte. Het geheel is aldus opgezet, opdat de inhoud van dit proefschrift zou kunnen bijdragen aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Voor een samenvatting per diagnosegroep wordt verwezen naar het commentaar, dat aan de bespreking van elke groep is toegevoegd. Voor een samenvatting per afzonderlijk ziektebeeld wordt verwezen naar de beschouwing bij het desbetreffende ziektebeeld in de tekst.

Beschouwing

Tenslotte volgt een beschouwing over chronische aandoeningen mede op basis van meer beschouwelijke literatuur. De volgende aspecten worden aan de orde gesteld:

- a* het veranderend ziekte- en sterftepatroon in de bevolking en de gevolgen van de hulpverlening in het algemeen en de medische benadering in het bijzonder
- b* de opdracht, de taken en functies van de huisartsgeneeskunde met betrekking tot deze veranderingen
- c* het omgaan van de individuele huisarts met chronische aandoeningen

In de slotbeschouwing van deze studie wordt teruggekeken op de doelstelling en vraagstellingen van dit onderzoek. Vervolgens wordt in relatie met deze studie nog ingegaan op:

- 1* het takenpakket van de huisarts en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde.
- 2* de interdoktervariatie.
- 3* morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk.

Het geheel wordt afgesloten met een blik op de toekomst.

Summary

CHRONIC DISEASES IN GENERAL PRACTICE. A SURVEY

Part I

This descriptive epidemiological study presents and discusses data on diseases, more specifically chronic diseases, with which four general practitioners were confronted in the course of eight years.

The results led to the formulation of a number of suggestions concerning performance in general practice and general practice education and training.

The introduction presents the author's subjective impression of the various phases through which every general practitioner must pass before he can think of himself as 'more experienced'. The author discovered imperfections of knowledge and skill in particular in the care of chronic patients, and felt that his performance was inadequate in this respect. The need for more detailed knowledge of the natural course of chronic diseases, strategy of medication and systematic control of chronic patients, prompted this study.

Chapter I: Aim and problem statement

The aim of this study was to survey the most common chronic diseases in a number of general practices. The problem studied was the frequency with which the various general practitioners were confronted with chronic diseases, in relation to data on the patients' age, sex and social situation.

Chapter II: The literature

Data on the incidence and prevalence of chronic diseases published in The Netherlands and in the United Kingdom were found to be most suitable for comparison with the data obtained in the general practices studied.

Mention is made of several epidemiological studies which appear to be suitable for this comparison.

Acute and chronic diseases are not always readily distinguishable. In practice, the definition of a chronic disease is based on two criteria: the duration and the nature of the disease.

Much of the available literature proved to be descriptive or based on personal views or postulates. A summary of this literature is presented in the Discussion.

Chapter III: Material studied and method used

General practices in The Netherlands, in which the population at risk can be assessed exactly, are very suitable for epidemiological research. The limited representativeness of research in one or a few general practices is balanced by advantages such as more detailed knowledge of the population, the possibility of long-term follow-up and relatively low inter-doctor variation. The significance of inter-doctor variation is discussed in detail in section 3.5.

It is of importance to bear in mind that much morbidity research is so-called 'pigeon-hole' research, which is to say that it involves registration of conditions brought to the doctor's attention rather than registration of the morbidity in the population in question.

The Continuous Morbidity Registration of the Nijmegen University Department of General Practice links the registered morbidity data with a likewise computerized continuous registration of the patient files. The 'material studied' consists of the data on 12.000 patients, covering a period of eight years.

A discussion of more general data on the population studied and on the representativeness of the material is followed by an outline of differences in registration between the various individual practices. It is shown that inter-doctor variation exerts an important influence in this respect.

The analysis of the data proceeds from the following definition of chronic diseases:

Chronic diseases are diseases which remain a more or less permanent characteristic of the patient and require the doctor's continued attention in terms of treatment and/or supervision.

Chapter IV: Inventory

This chapter presents a general survey of the chronic diseases encountered in the four practices, and of such new diseases as are of relevance. The

principal results are presented in the summary of this chapter (section 4.9).

The following summary gives an impression of the most important chronic diseases per age group, listed in order of frequency so far as possible.

- | | |
|--------------|---|
| Childhood | <ul style="list-style-type: none">- eczema (constitutional)- congenital anomalies- enuresis- asthma |
| Adolescence | <ul style="list-style-type: none">- acne vulgaris- hay fever- eczema (constitutional)- obesity |
| Adulthood | <ul style="list-style-type: none">- obesity- chronic nervous diseases- hypertension- varices- chronic bronchitis- psoriasis- hay fever |
| Middle age | <ul style="list-style-type: none">- chronic cardiovascular diseases (hypertension, varices, angina pectoris, myocardial infarction)- obesity- chronic nervous diseases- osteoarthritis- diabetes mellitus- prolapse (females)- chronic bronchitis (males) |
| Advanced age | <ul style="list-style-type: none">- obesity- chronic cardiovascular diseases (hypertension, varices, angina pectoris, myocardial infarction, cardiac failure, peripheral artery diseases)- osteoarthritis- hearing defects- diabetes mellitus- prolapse (females)- chronic bronchitis (males) |

The analysis of inter-practice differences in registration shows that the general practitioners widely differed in the attention given to diseases already diagnosed and registered by them (4.7).

Comparison of some data from this study with data reported by selected

other authors reveals that the figures presented in this study are rather high (4.8).

Part II

This part comprises a survey of chronic diseases per diagnostic group of the so-called E-list and an analysis of the most common chronic diseases within each E-list group. The separate E-list categories are discussed with reference to their share in total morbidity, both in terms of new and of already registered cases, and analysed for the most common chronic conditions. The new and already registered cases are described by age and sex, and their frequency per social class is mentioned if relevant. The data on the most common chronic diseases are supplemented by referral and hospital admission data.

The principal epidemiological data on each disease are summarized and, on the basis of relevant literature, discussed in terms of the general practitioner's task in its management. The entire study has been so designed that the contents of this thesis might be used as a contribution to general practice teaching.

A summary of each diagnostic group is given in the comment added to the discussion of that group. A summary of each chronic disease is given in the discussion of that disease in the text.

Discussion

In a general discussion of chronic diseases with reference to more philosophical literature, the following subjects are broached:

- a) the changing morbidity and mortality pattern in the general population and the implications for community service in general and for the medical approach in particular;
- b) the mission, task and function of general practice in relation to these changes;
- c) the individual general practitioner's attitude towards chronic diseases.

In the conclusion to this study the author reverts to its aim and problem statement and, in addition, discusses:

- 1) the general practitioner's tasks and general practice teaching;
- 2) inter-doctor variation;
- 3) morbidity registration in general practice.

A look at the future concludes this thesis.

Appendices

The appendices comprise a survey of chronic diseases in the order of

frequency, a survey of specialists and institutions to whom (which) patients are referred, the code numbers of the E-list and a list of concept definitions.

Literatuur

Anonymous. Chronic conditions and limitations of activity and mobility. *Vital Health Stat* 1971; 10: 61.

Anonymous. The house dust mite and atopic dermatitis. *Lancet* 1982; ii: 806-7.

Atherton GJ, Soothill JF, Sewell M, Wells RS. A double-blind controlled crossover trial of an antigen-avoidance diet in atopic eczema. *Lancet* 1978; i: 401-3.

Bakker HSM. Extramurale epilepsie bestrijding. *Med Contact* 1981; 16: 485-7.

Barents JW, Haspels AA. Prolaps en pessarium. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 2129-35.

Bartelds AIM. Hoestende snotneusjes. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (Huisarts & Praktijk 6): 62-5.

Bremer Schulte MA. Reintegratie met duo's [Intern rapport]. Maas-tricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland* 1978 en 1982. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1978 en 1982.

Chenkin DC, Bery AO, Philips WR. In search of a solution to the primary care denominator problem. *J Fam Pract* 1982; 14: 301-9.

Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1978. Utrecht: Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, etc., zj.

Continue Morbiditeits Registratie N.U.H.I. 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. *Gewone Ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken.* Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

Croog SH, Fitzgerald EF. Subjective stress and serious illness of a

spouse: wives of heartpatients. *J Health Soc Behaviour* 1978; ii: 166-78.

Codes morbiditeits registratie en trefwoordenarchivering [Interne publikatie.]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1978.

Diederiks JPM. Revalidatie na een hartinfarct. Harttonen XIV. Rotterdam: Stichting Harttonen, 1982.

Diederiks JPM. Werkhervatting na een myocardinfaarct. *Hart Bull* 1981; 12: 3-14.

Dijk WK van. Het miskende beeld van de alcoholist. *Huisarts en Wetenschap* 1979; 22: 197-202.

Es JC van. Patiënt en huisarts. Utrecht: Bohn Scheltema & Holkema, 1980.

Feen JAE van der. Opsporing en begeleiding van hypertensiepatiënten: een taak voor de huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 754-9.

Field M. Patients are people: a medical-social approach to prolonged illness. 2nd ed. New York: Columbia University Press, 1967.

Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977; i: 1645-8.

Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.

Fry J. Common diseases: their nature, incidence and care. 2nd ed. Lancaster (England): MTP Press, 1979.

Fry J. Profiles of diseases. Edinburgh, London: Livingstone, 1966.

Gracie WA, Ransohoff DT. The innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982; 307: 798-800.

Graham VAL, Knowles GK, Milton AF, Davies RJ. Routine antibiotics in hospital management of acute asthma. *Lancet* 1982; i: 418-20.

Groen JJ, Pelsers HE. Gespreksgroepen voor patiënten met diabetes mellitus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 257-64.

Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

Haar BGA ter, Niermeijer MF. Erfelijkheidsadvies. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2245-51.

Handleiding H.T.V.—C.M.R. [Interne publikatie]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1967.

Hautvast JGAJ. Obesitas een bedreiging voor de volksgezondheid? *Hart Bull* 1980; 11: 37-40.

Helsdingen PJRO van. Stenen in het distale deel van de ureter I. De conservatieve behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 814-8.

Herbst KG, Humphrey Ch. Prevalence of hearing impairment in the elderly living at home. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 155-60.

Hodgkin K. Towards earlier diagnosis. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973.

Hoogen HJM van den, Schellekens JWG, Schröder PBM, Velden HGM van der, Voorn ThB. Huisarts en vergrijzing. Tijdschr Soc Geneeskd 1982; 60: 870-4.

Holder P. Should we and can we evaluate our work with patients? Patient Care 1983; 10: (ter perse).

Horst F van der, Meddens W. Een beetje suiker. Rapport van de projectgroep diabetesnazorg in de eerste lijn. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

Huygen FJA, Eijk J van, Hoogen H van den, et al. Een praktijk doorgelicht op CARA. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 383-6; 435-44.

Huygen FJA. De behandeling van enuresis nocturna. Ned Tijdschr Geneeskd 1979; 123: 748-52.

Huygen FJA. Functionele klachten: farmacotherapie of psychotherapie. In: Querido A, Roos J, red. Controversen in de geneeskunde. Deel I. Utrecht: Bunge, 1980.

Huygen FJA. Verwirklichung der Familienmedizin. Allgemeinmedizin International General Practice 1981; 10(1): 5-10.

Huygen FJA. Family medicine. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.

Huygen FJA. Mammaandoeningen in de huisartspraktijk Patient Cancer 1983; 10(4): 28-36.

Jonge GA de, red. Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg. Tijdschr Soc Geneeskd 1980; 58 (suppl).

Jonge GA de. Kinderen met enuresis. Assen: Van Gorcum, 1969.

Jongkees LBW. Slecht horen: wel of geen toestel. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 33-6.

Kaptein AA. Illness behaviour of patients with asthma [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1982.

Korst JK van der. Rheumatologie in perspectief [Voordracht]. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1980.

Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk 2. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 376-88.

Lamberts H. Incidence and prevalence of health problems in primary care. Morbidity data classified with ICHPPC-2 during two years in a Dutch practice population. Rotterdam: Health Centre Ommoord, 1982.

Lilienfeld AM. Foundations of epidemiology. 2nd ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 1980.

Lisdonk EH van de. Hooikoorts. Huisarts en Wetenschap 1979; 23: 238-41.

Loon JW van. Intercollegiale toetsing met behulp van medische registratie [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1978.

Love SM, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic 'Disease' of the Breast-A Nondisease? *N Engl J Med* 1982; 307: 1010-4.

Mac Adam DB, Siegenstetter J, Smith MCA. Deafness in adults: screening in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 161-4.

Matthes DJ, Norman AP, Taylor B, Turner MW, Sothill JF. Prevention of eczema. *Lancet* 1977; i: 321-4.

Manen J van. Diagnostiek en behandeling van de ziekte van Parkinson. Arnhem: Ciba-Geigy, 1980.

May GS, Eberlain KA, Furbery CD, Passamani ER, Demets DL. Secondary prevention after myocardial infarction: a review of long-term trials. *Prog Cardiovasc Dis* 1982; 24: 331-51.

Mayou R. Psychological aspects of ischaemic heart disease. *Practitioner* 1978; 220: 396-400.

Mayou R, Foster A, Williamson B. The psychological and social effects of myocardial infarction on wives. *Br Med J* 1978; i: 699-701

Mierlo G van, Smits A. Psychotherapie ten behoeve van de eerste lijn: opvattingen en bevindingen [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1978.

Mootz M. De patiënt en zijn naasten [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.

Morbidity statistics from general practice. Second national study 1970-71. London: Her Majesty's Stationery Office, 1974.

Nolet HA, Prick-Slothouwer MFA. Het gevaar van de mastopathie. *Huisarts en Wetenschap* 1977; 20: 188-90.

Nolet HA, Prick-Slothouwer MFA. Cataract, een blinde vlek? *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 97-101.

Offerhaus L. Indicaties en uitwerking van vaatverwijdende middelen, in het bijzonder bij cerebrale en perifere vaatsclerose. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1981; 125: 228-34.

Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

Paradise JL. Otitis media during early life: how hazardous to development? A critical review of the evidence. *Pediatrics* 1981; 68: 869-73.

Pflanz M. Socio-, kulturelle-, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. *Der Kranke in den moderne Gesellschaft*. Köln, Berlin: Kiepenhever und Wisch, 1967.

Plomo R. Lawaai: het probleem van slechthorenden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1980; 124: 1745-8.

Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

Riddle MC. A strategy for chronic disease. *Lancet* 1980; ii: 634-6.

Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J* 1981; i: 1847-51.

Saarinen VM, Backman A, Kajosaari M, Siimes MA. Prolonged breast-feeding as prophylaxis for atopic disease. *Lancet* 1979; ii: 163-6.

Slob AK, Pisa-Minderman JLY, Blom JHM, et al. Begeleiding van de prostatectomiepatiënt. *Med Contact* 1981; 50: 1549-51.

Smits AJA. Kind, huisarts en gezin [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1978.

Steffens AB. Hoe wordt eetgedrag en lichaamsgewicht gereguleerd? In: Querido A, Roos J, red. *Controversen in de geneeskunde. Deel I*. Utrecht: Bunge, 1980.

Tayca I, Speizen FE. Role of infection in chronic bronchitis *N Engl J Med* 1975; 292: 563-70.

Thomas CB, ed. *Stamini: the thread of human life*. *J Chron Dis* 1981; 34: 41-4.

Veen WA van. Chronische patiënten. In: *Holland naar de horizon*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.

Veen WA van. Morbiditeitsonderzoek. [Vijftiendertig jaar Huisarts en Wetenschap III]. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 110-12.

Veen WA van. De bruikbaarheid van de piekstroombepaling voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (Huisarts & Praktijk 6): 69-75.

Veldhuis GR, Klein-Esing J, Casparie AF. Voorlichting en instructie diabetespatiënten. *Med Contact* 1979; 33: 1043-6.

Verhaak P. Psychische problemen in de huisartspraktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1981; 1: 31-46.

Vermeulen A, Heyboer C, Lie KI. Een vergelijkend onderzoek naar de invloed van een revalidatieprogramma bij hartinfarctpatiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978, 122: 1737-41.

Voorn TB. Audiometrie voor de huisarts: overbodig, nuttig of noodzakelijk? *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 102-7.

Vroonhoven TJMV van. Lage doses subcutaan toegediende heparine als trombose-profylaxe in de chirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1976; 120: 159-63.

Vroonhoven TJMV van, Smit P de. Antistollingsbehandeling en perifere arteriosclerose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 2226-9.

Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

Wulff HR [Querido A, Lubsen J., Nederlandse bewerking]. *Principes van klinisch denken en handelen*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

Zant JL, Kooy V, Korst JK van der. Reumatische klachten en invaliditeitsvrees. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 221-5.

Zwanikken W. De oudere patiënt in de huisartspraktijk. In: *Holland naar de horizon*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.

Zwieten PA van, Dunning AJ. Hoe nuttig zijn vaatverwijdende farmaca bij de behandeling van claudicatio intermittens? *Hart Bull* 1980; 11: 81-4.

Gebruikte termen en begrippen

Bekende aandoening: Een door de huisarts reeds eerder gediagnostiseerde aandoening die in een volgend jaar, op welke manier dan ook, ter attentie van de arts komt, als zodanig nog aanwezig is en in de morbiditeitsregistratie wordt doorgecodeerd met doorloopcode 3 (de getallen worden uitgedrukt per 1000 patiënten per jaar)

Consulting rate: Het aantal patiënten per 1000 patiënten at risk, dat voor een bepaalde aandoening of klacht de arts tenminste éénmaal per jaar consulteert

E-lijst: Een classificatielijst van ziekten volgens de Engelse E-boeken bewerkt voor de Nederlandse situatie (de letter E staat voor Eimerl, een Engelse huisarts die deze lijst mede ontwierp). Deze lijst is afgeleid van de ICD-6 (International Classification of Diseases)

ICHPPC-2: (International Classification of Health Problems in Primary Care). Een nieuwe vorm van een internationaal classificatiesysteem voor huisartsen. Dit systeem is ontwikkeld door een internationaal samengestelde werkgroep van huisartsen en is in overeenstemming gebracht met de ICD-9 (International Classification of Diseases)

Incidentie: Totaal aantal *nieuw optredende* ziektegevallen in een bepaalde periode, uitgedrukt per 1000 personen per jaar (in deze studie aantal ziektegevallen per 1000 personen per jaar, waarvoor de aandacht van de huisarts werd gevraagd)

Nieuwe aandoening: Een door de huisarts gediagnostiseerde *nieuwe* aandoening die wordt gecodeerd met een doorloopcode 1 (de getallen worden uitgedrukt per 1000 patiënten per jaar)

NUHI: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

Prevalentie: Totaal aantal ziektegevallen dat in een bepaalde periode (in deze studie per jaar) optreedt (d.w.z. in deze studie onder de aandacht van de huisarts komt) uitgedrukt per 1000 personen per jaar

Standaardpraktijk: Een imaginaire praktijk van 2800 zielen met een

geslachts- en leeftijdsopbouw identiek aan de Nederlandse bevolking in 1977. De cijfers die in de standaardpraktijk worden opgegeven zijn absolute getallen. Dit om de lezer een duidelijker beeld te geven van de aantallen gevallen in een gemiddelde huisartspraktijk

N.S. = $p > 0.10$

(*) = $0.05 < p < 0.10$.

* = $p < 0.05$.

** = $p < 0.01$.

Significanties:

Fig. 4.2. ** : voor mannen en vrouwen

Tabel 4.7.1. ** : behalve 224: *, 091: N.S.

Tabel 4.7.2. ** : behalve 091: (*)

Tabel 4.7.3. ** : behalve 091: *

Tabel 4.7.4. ** : behalve 213: (*)

Fig. 3.5.4. ** : voor mannen en vrouwen

Fig. 3.6.3. * : voor mannen, N.S. : voor vrouwen

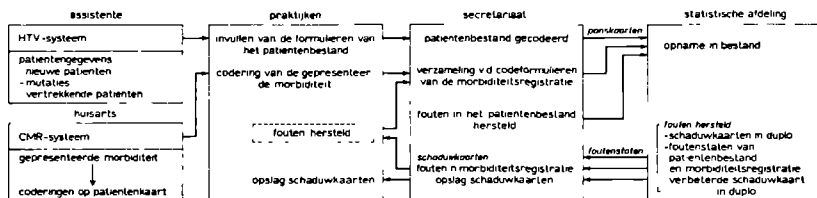
Fig. 5.5.4. ** : voor mannen en vrouwen

Fig. 7.5.3. N.S. : voor mannen, ** : voor vrouwen

Fig. 8.8.3. ** : voor mannen, * : voor vrouwen

Bijlagen

Schema 1



sociale laag	MANNEN		VROUWEN	
	nieuwe aandoeningen	bekende aandoeningen	nieuwe aandoeningen	bekende aandoeningen
laag	1826	473	2078	723
midden	1370	422	1709	686
hoog	979	330	1376	521

Tabel 4.2.: Nieuwe en bekende aandoeningen per sociale laag voor mannen en vrouwen in aantallen per 1000 patiënten per jaar en gestandaardiseerd naar leeftijd.

leeftijdsgroep	percentage personen met één of meer bekende aandoeningen
0 - 4 jaar	5.9
5 - 9 jaar	7.6
10 - 14 jaar	7.6
15 - 19 jaar	10.1
20 - 29 jaar	12.4
30 - 39 jaar	21.8
40 - 49 jaar	37.1
50 - 59 jaar	50.8
60 - 64 jaar	55.2
65 - 74 jaar	65.6
75 [†]	72.8
totaal	27.4

Tabel 4.3.1.: Percentage personen met een of meer chronische aandoeningen per leeftijdsgroep in het jaar 1978

Overzicht van het percentage personen met een bekende aandoening

Groep 1: Infectieziekten

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	0.2	-	0.1	0.3	0.3	0.5	0.8	0.6	-	0.2
vrouwen	-	-	-	-	0.1	0.3	0.5	0.6	-	1.0	0.9	0.3

Groep 2^a: Benigne nieuwvormingen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	-	-	-	-	-	0.7	-	0.3	0.5	0.1
vrouwen	-	-	0.2	0.2	0.2	1.1	5.0	4.4	1.1	1.3	1.9	1.5

Groep 2^b: Maligne nieuwvormingen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	-	-	0.3	-	-	0.3	3.4	3.2	7.5	0.7
vrouwen	-	-	-	-	-	0.2	1.0	2.3	1.8	4.5	6.2	1.2

Groep 3: Endocriene stoornissen, stofwisselings- en voedingsziekten

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	0.2	0.9	1.1	1.7	5.6	12.2	16.0	19.0	19.8	18.7	6.9
vrouwen	-	0.2	1.0	1.7	5.0	8.7	17.1	26.7	32.4	35.3	29.5	12.8

Groep 4: Ziekten van het bloed en bloedvormende organen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	-	-	0.2	0.1	-	0.3	-	0.9	0.4	0.2
vrouwen	-	-	0.2	-	-	-	-	0.2	-	1.2	2.4	0.3

Groep 5: Psychiatrische ziekten

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	0.6	1.6	1.7	1.5	5.1	8.8	11.2	7.5	6.6	12.2	4.2
vrouwen	-	0.2	0.6	2.2	3.3	8.0	13.3	15.4	17.3	14.7	12.8	7.6

Groep 6^a: Ziekten van het zenuwstelsel

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	0.4	0.7	0.9	0.6	0.7	1.6	3.7	6.0	6.0	10.9	2.0
vrouwen	-	1.2	0.6	1.0	1.2	1.5	2.3	3.2	3.2	5.6	9.8	2.3

Groep 6^b: Ziekten van de zintuigen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	0.3	0.8	0.4	0.8	0.5	0.7	1.6	5.5	7.9	11.4	18.7	2.8
vrouwen	-	0.2	0.2	0.3	0.3	0.8	1.8	2.5	7.7	13.3	21.1	3.2

Groep 7: Ziekten van de tractus circulatorius

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	0.3	-	-	0.2	0.7	1.9	8.3	16.6	26.6	30.5	36.5	7.3
vrouwen	-	-	-	0.2	1.1	7.2	16.8	28.7	32.0	46.6	52.7	14.1

Groep 8^a: Ziekten van de tractus respiratorius (ziekten van de bovenste luchtwegen)

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	0.8	1.7	2.2	1.6	1.4	1.7	1.0	1.6	2.0	2.4	0.4	1.5
vrouwen	1.0	0.7	0.6	1.3	1.6	1.6	1.4	1.2	1.8	1.4	1.5	1.3

Groep 8^b: Ziekten van de tractus respiratorius (ziekten van de onderste luchtwegen)

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	0.3	1.9	1.3	0.3	0.9	1.5	1.8	4.1	10.3	15.0	18.7	3.3
vrouwen	0.3	0.5	0.6	0.8	0.4	1.5	2.1	2.0	1.8	4.8	3.9	1.6

Groep 9: Ziekten van de tractus digestivus

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	-	0.3	0.1	0.4	0.7	2.1	0.8	3.6	7.8	0.9
vrouwen	-	-	-	0.1	0.1	0.3	1.2	2.8	2.9	10.1	1.1	

Groep 10: Ziekten van de tractus urogenitalis

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	0.2	-	-	-	-	0.4	1.5	2.8	4.2	8.3	0.9
vrouwen	-	0.2	0.2	0.7	0.3	2.3	4.9	5.7	5.0	6.3	7.4	2.7

Groep 12: Ziekten van de huid en het onderhuidse bindweefsel

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	3.4	2.3	1.1	1.4	1.6	1.3	2.8	3.1	3.2	3.3	4.3	2.2
vrouwen	2.7	1.4	1.9	3.3	2.7	2.8	3.1	4.3	3.2	4.1	3.0	3.0

Groep 13: Ziekten van het bewegingsapparaat

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	0.3	-	0.2	1.3	1.0	0.8	3.0	4.5	10.7	10.5	15.7	3.1
vrouwen	-	0.2	0.6	0.5	0.6	1.2	2.0	5.9	12.7	19.8	30.7	5.0

Groep 14: Congenitale afwijkingen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	1.1	1.7	1.1	1.4	1.0	0.4	0.1	-	-	0.9	1.7	0.8
vrouwen	2.3	1.2	0.8	0.3	0.5	0.5	0.5	0.5	0.7	0.7	1.5	0.7

Groep 17: Traumata, vergiftigingen en fracturen

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-74	75 ⁺	totaal
mannen	-	-	0.4	-	0.8	0.4	0.6	0.3	-	0.3	0.9	0.4
vrouwen	-	-	-	-	0.2	0.1	0.6	-	0.7	0.7	0.9	0.3

Verwijzingscodes:*LABORATORIA etc.*

- 01 – klin.chem. lab.
- 02 – bact.serol.lab.
- 03 – path. anat.lab.
- 04 – overige laboratoria
- 05 – röntgen diagnostiek en echografie
- 06 – consultatiebureau (TBC-bestrijding)
- 07 – radiotherapie; nucleaire geneeskunde

SPECIALISTEN

- 10 – algemeen internist
- 11 – longarts
- 12 – cardioloog
- 13 – reumatoloog
- 14 – haematoloog
- 15 – nefroloog; nierspecialist
- 16 – gastro-enteroloog; maag-darmarts
- 17 – endocrinoloog
- 18 – kinderarts
- 19 – kindercardioloog
- 20 – algemeen chirurg
- 21 – hart- en vaatchirurg
- 22 – plastisch chirurg
- 23 – kaakchirurg
- 24 – neurochirurg
- 25 – uroloog
- 26 – orthopaed
- 27 – thoraxchirurg
- 28 – kinderchirurg
- 29 – —
- 30 – oogarts, niet voor bril
- 31 – oogarts, voor bril

- 32 – K.N.O.-arts
(zie ook 71 t/m 73)
- 33 – dermatoloog
- 34 – —
- 35 – obstetricus
- 36 – gynaecoloog
- 37 – anaesthesist
(m.n. pijnbestrijding)
- 38 – revalidatie-arts (voorheen 56)
- 39 – geriater
- 40 – psychiater
- 41 – neuroloog

OVERIGE

- 42 – S.P.D.
- 43 – M.O.B.
- 44 – L.M.-bureau
- 45 – C.A.D.; consultatiebureau voor alcohol en drugs.
- 46 – psycholoog, in de 1e lijn
- 47 – I.M.P.
- 48 – —
- 49 – —
- 50 – fysiotherapie
- 51 – maatschappelijk werk
- 52 – bedrijfsarts
- 53 – tandarts
- 54 – logopaedist
- 55 – verloskundige; vroedvrouw
- 56 – zie 38
- 57 – schoolarts
- 58 – diëtist
- 59 – wijkverpleging
- 60 – E.H.B.O. op initiatief patiënt
- 61 – —
- 62 – —
- 63 – —
- 64 – —
- 65 – —

66 —

67 —

68 —

69 —

70 —

71 - tonsillectomie

72 - adenotomie

73 - tonsillectomie

adenotomie

} gekoppeld aan aandoening waarvoor naar
K.N.O.-arts verwezen i.p.v. code 32

OPNAME

1 = opname in *algemeen* ziekenhuis

2 = opname in *academisch* ziekenhuis.

3 = opname in *psychiatrische* inrichting of andere inrichting voor psychotherapeutische behandeling.

4 = opname in *verpleegtehuis*, somatisch en/of psychogeriatrisch.

5 = opname in '*overige inrichtingen*', m.n. categorale ziekenhuizen en revalidatie-inrichtingen.

Algemeen overzicht van de bekende aandoeningen

Totaal en voor mannen en vrouwen in volgorde van frequentie (4 praktijken tezamen, periode 1978, $N_m = 5949$, $N_v = 5933$)

	TOTAAL	MANNEN		VROUWEN	
	freq. st.prakt.	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar
101 Adipositas	242.5	79.6	58	162.9	118
218 Hypertensie	150.8	45.0	33	105.5	77
135 N.F.-klachten	138.1	42.5	31	95.6	70
224 Varices	108.7	16.0	12	92.7	67
406 Artrose	87.9	30.4	22	57.5	42
189 Slechthorendheid	57.4	30.0	22	27.4	20
248 Chronische Bronchitis	49.7	37.4	28	12.3	9
091 Diabetes Mellitus	38.8	15.6	11	23.2	17
212 Angina Pectoris	36.9	19.3	15	17.6	11
379 Eczeem	30.9	14.6	10	16.3	11
213 Myodegeneratio Cordis	29.7	11.5	9	18.2	13
211 Status na infarct	27.2	19.0	14	8.2	6
105 Hyperlipemie	22.2	12.2	9	10.0	7
085 All. Rhinitis	22.1	12.1	9	10.8	8
382 Psoriasis	19.3	8.8	6	10.5	8
415 Ov. specifieke aand. van bew.app.	19.2	10.2	8	9.0	7
140 Debilitas Mentis	18.5	8.2	6	10.3	8
086 Astma	17.9	8.9	6	9.0	6
155 Cerebrovasculaire stoornissen	16.2	7.3	6	8.9	7
158 Epilepsie	15.7	7.9	6	7.8	6
324 Prolaps	15.5	-	-	15.5	9
159 Migraine	15.5	3.7	3	11.8	8
322 Aand. van de Mammae	11.2	0.2	0	11.0	8
181 Ov. oogafwijkingen	10.8	5.2	4	5.6	4
071 Myomen	10.6	-	-	10.6	8
184 Otitis media chronica	10.2	5.8	4	4.4	3
405 Rheumatoide Arthritis	9.6	3.5	3	6.1	4

	TOTAAL		MANNEN		VROUWEN	
	freq. st. prakt.	freq. st. prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st. prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st. prakt.
214 Aritmie zonder organische afwijkingen	9.4		5.5	4	3.9	3
223 Perifere arteriële vaatziekten	9.4		8.2	6	1.2	1
058 Mammacarcinoom	9.1		-	-	9.1	7
139 Verslaving	8.4		6.6	5	1.8	1
285 Ov. ziekten van darm en peritoneum	8.4		3.0	2	5.4	4
318 Prostaatlijden	8.4		8.4	6	-	-
225 Hemorroiden	8.3		2.3	2	6.0	4
179 Catarract	8.1		1.5	1	6.6	5
157 Ziekte van Parkinson	7.9		4.6	4	3.3	2
283 Hernia Ing. en Fem.	6.5		4.9	4	1.6	1
385 Acne vulgaris	6.5		3.5	3	3.0	2
437 Aangeboren afwijkingen v.d.gewrichten	6.5		2.7	2	3.8	3
381 Dermatitis ov.	6.4		2.1	2	4.3	3
268 Cholelithiasis	6.3		1.0	1	5.3	4
075 Struma	5.8		-	-	5.8	4
160 Ov. ziekten van het zenuwstelsel	5.8		-	-	5.8	2
221 Arteriosclerose	5.3		3.5	3	1.8	1
284 Ov. Herniae	5.1		2.2	2	2.9	2
438 Ov. congenitale afwijkingen	4.9		2.1	2	2.8	2
389 Climacteriële klachten	4.8		-	-	4.8	4
110 Pern. anemie	4.7		1.6	1	3.1	2
433 Aangeboren hartafwijkingen	4.7		1.7	1	3.0	2
180 Glaucoom	4.4		1.2	2	3.2	2
255 Emfyseem	4.4		3.3	2	1.1	1
148 Enuresis	4.3		3.2	2	1.1	1
436 Aangeboren afw. Tractus Urinalis	4.3		3.1	2	1.2	1
178 Strabismus	4.2		2.6	2	1.6	1
427 Restgroep bewegingsapparaat	4.1		1.8	1	2.3	2
088 Hyperthyreoïdie	3.9		0.4	0	3.5	3
182 Otitis externa	3.9		1.1	1	2.8	2
312 Nierstenen	3.9		2.3	2	1.6	1
314 Chronische urineweginfecties	3.8		1.2	1	2.6	2
141 Gedragsstoornissen	3.4		3.0	2	0.4	0
186 Menière	3.3		1.6	1	1.7	1
191 Tubair catarre	3.1		2.1	1	1.0	1
208 Klepgebrek van het hart zonder reuma	3.1		1.6	1	1.5	1
391 Ov. hartziekten	3.1		1.4	1	1.7	1
131 Hysterie	2.9		1.2	1	1.7	1
414 Hallux valgus	2.8		-	-	2.8	2
074 Benigne neoplasmata (ov.)	2.7		1.1	1	1.6	1
001 Tuberculose van de longen	2.5		0.9	1	1.6	1
093 Jicht	2.5		1.8	1	0.7	1
126 Depressie (endogeen)	2.5		0.9	1	1.6	1
125 Schizofrenie	2.4		1.7	1	0.7	1
064 Carcinoom van de huid	2.2		1.1	1	1.1	1
288 Ov. ziekten Tractus Digestivus	2.1		1.4	1	0.7	1
483 Grote verwondingen	2.1		1.6	1	0.5	0
053 Colonicarcinoom	2.0		0.8	1	1.2	1
200 Duzeligheid	1.9		-	-	1.9	1
176 Refractie-afwijkingen	1.8		0.9	1	0.9	1
209 Klepgebrek met reuma	1.8		0.7	1	1.1	1
010 Polomyelitis	1.7		0.7	1	1.0	1
054 Rectumcarcinoom	1.7		1.2	1	0.5	0
057 Bronchuscarcinoom	1.7		1.7	1	-	-
087 Allergische dermatosen	1.6		-	-	1.6	1
188 Otosclerose	1.6		1.1	1	0.5	0
210 Acuut Reuma	1.6		0.7	1	0.9	1
254 Bronchiectasien	1.5		0.5	0	1.0	1
325 Dysmenorrhoe	1.5		0.0	0	1.5	1
412 HNP	1.5		1.1	1	0.4	0
046 Besnier-Boeck	1.4		0.5	0	0.9	1
060 Carcinoom Corpus Uteri	1.4		-	-	1.4	1
073 Benigne neoplasmata v.d. huid	1.3		0.2	0	1.1	1
237 Ov. symptomen v.d Tractus Circulatorius	1.3		0.4	0	0.9	1
327 Menstruatiestoornissen	1.3		-	-	1.3	1
061 Prostaatcarcinoom	1.2		1.2	1	-	-
063 Ov. maligne neoplasmata v.d. Tr. Urog.	1.2		0.5	0	0.7	1
067 Leukemie	1.2		1.2	1	-	-
114 Ov. ziekten van bloed en bloedvormende org.	1.2		0.7	1	0.5	0
439 Ov specifieke congenitale afwijkingen	1.2		0.9	1	0.3	0
462 Uremie	1.2		0.5	0	0.7	1

	TOTAAL			MANNEN		VROUWEN	
	freq. st.prakt.	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar
094 Ov. ziekten v.d. Endocriene stoorzissen	1.1	0.2	0	0.9	1		
410 Menseusculæsie	1.1	0.2	0	0.9	1		
002 Tuberculose v.d. ov. organen	1.0	0.7	1	0.3	0		
089 Hypothyreoïdie	1.0	-	-	1.0	1		
128 Org. Psychose	1.0	0.3	0	0.7	1		
169 Polyneuritis	1.0	0.5	0	0.5	0		
217 Ov. Hartziekten	1.0	0.4	0	0.6	1		
332 Sterilitet	1.0	0.3	0	0.7	1		
380 Beroepsdermatose	1.0	0.5	0	0.5	0		
068 Ov. maligne neoplasmata	0.9	0.2	0	0.7	1		
070 Benigne tumor v.d. mammae	0.9	-	-	0.9	1		
102 Glucosurie	0.9	0.7	1	0.2	0		
127 Seniele psychose	0.9	-	-	0.9	1		
165 Facialisparesie	0.9	0.9	1	-	-		
229 Trombose	0.9	0.7	1	0.2	0		
317 Ov. ziekten Tractus Urogenitalis	0.9	0.4	0	0.5	0		
431 Spina bifida	0.9	0.2	0	0.7	1		
440 Geboorteletsel	0.9	0.3	0	0.6	0		
062 Carcinoom blaas en urethra	0.7	0.7	1	-	-		
090 Ov. Stoorzissen thyreoïd	0.7	-	-	0.7	1		
129 Psychose	0.7	0.2	0	0.5	0		
227 Ov. ziekten Tractus Circulatorius	0.7	0.5	0	0.2	0		
228 Ulcus Cruris	0.7	-	-	0.7	1		
278 Ulcus Duodeni	0.7	0.5	0	0.2	0		
319 Hydrocèle	0.7	0.7	1	-	-		
321 Ov. ziekte mannel.genitaliën	0.7	0.7	1	-	-		
377 Ov. Huidinfecties	0.7	-	-	0.7	1		
378 Eczema seborr.	0.7	0.5	0	0.2	0		
416 Genua Vulga	0.7	0.2	0	0.5	0		
434 Hazelip	0.7	0.7	1	-	-		
467 Fractuur van het femur	0.7	0.5	0	0.2	0		
468 Colifonfractuur	0.7	-	-	0.7	1		
476 Fractuur handwortelbeentjes	0.7	0.7	1	-	-		
052 Maagcarcinoom	0.6	0.6	1	-	-		
249 Vergroot Adenoid	0.6	0.3	0	0.3	0		
388 Ziekten v.d.haren	0.6	0.2	0	0.4	0		
003 Syfilis	0.5	0.3	0	0.2	0		
138 Psychopathie	0.5	0.5	0	-	-		
277 Ulcus Ventriculi	0.5	0.5	0	-	-		
331 Ov. ziekten vr. genitaliën	0.5	-	-	0.5	0		
395 Lupus Erythematodes	0.5	-	-	0.5	0		
396 Pruritis	0.5	0.3	0	0.2	0		
421 Bakerse cyste	0.5	0.3	0	0.2	0		
435 Congenitale afw. Tractus Digestivus	0.5	0.2	0	0.3	0		
466 Fractuur Tibia	0.5	0.5	0	-	-		
475 Fractuur Radius	0.5	0.5	0	-	-		
481 Schedelletsel	0.5	0.5	0	-	-		
059 Cervixcarcinoom	0.4	-	-	0.4	0		
065 Hersencarcinoom	0.4	0.2	0	0.2	0		
166 Trigemineusneuralgie	0.4	0.2	0	0.2	0		
250 Chronische Sinusitis	0.4	0.2	0	0.2	0		
493 Ov. Traumata	0.4	0.2	0	0.2	0		
171 Blefaritis	0.3	-	-	0.3	0		
050 Carcinoom van de mondholte	0.2	-	-	0.2	0		
051 Oesophaguscarcinoom	0.2	0.2	0	-	-		
066 Ziekte van Hodgkin	0.2	-	-	0.2	0		
100 Exophthalmus	0.2	-	-	0.2	0		
111 Anemie	0.2	-	-	0.2	0		
113 Hemorrhagiën en purpura	0.2	-	-	0.2	0		
133 Dwangneurose	0.2	0.2	0	-	-		
134 Reactieve depressie	0.2	-	-	0.2	0		
146 Slaapstoornissen	0.2	-	-	0.2	0		
150 Ov. Symptomen psych. ziekten	0.2	0.2	0	-	-		
167 Brachialgie	0.2	0.2	0	-	-		
168 Ischialgie	0.2	0.2	0	-	-		
185 Mastoiditis	0.2	-	-	0.2	0		
226 Flebitis	0.2	-	-	0.2	0		
253 Pneumoconiose	0.2	0.2	0	-	-		
256 Ov. ziekte van de Bovenste Luchtwegen	0.2	0.2	0	-	-		
260 Pleuritis	0.2	-	-	0.2	0		
275 Ziekte van de Tandem	0.2	0.2	0	-	-		

	TOTAAL	MANNEN		VROUWEN	
	freq. st.prakt.	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar	freq. st.prakt.	per 1000 pat./jaar
276 Ziekte van de Mondholte	0.2	-	-	0.2	0
279 Peptisch ulcus ongespecificeerd	0.2	0.2	0	-	-
281 Ov. Ziekten maag en duodenum	0.2	0.2	0	-	-
290 Obstipatie	0.2	-	-	0.2	0
328 Menorrhagie	0.2	-	-	0.2	0
389 Ziekte van de Talgklieren	0.2	0.2	0	-	-
409 Ov. vormen van arthritis	0.2	-	-	0.2	0
420 Bursitis	0.2	-	-	0.2	0
452 Ov. geboorteletsel	0.2	-	-	0.2	0
482 Inwendig letsel	0.2	0.2	0	-	-
487 Verbrandingen 3 ^e graads	0.2	0.2	0	-	-
494 Iatrogene effecten	0.2	-	-	0.2	0

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Morbiditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse zgn. „E-lijst”

I

INFECTIEZIEKTEN

001	tuberculose van de trageep
002	tuberculose van de overige organen
003	syfilis, incl late gevogten
004	gonorrhoea, overige geslachtsziekten
005	dysenterie alle vormen, excl: gastroenteritis 289
006	salmonellosis
008	scarlatina
007	erysipelas
008	pertussis
009	meningitis epidemica
010	poliomyelitis
011	morbilli
012	rubeolla, rode hond
013	varicella
014	exanthema subitum
030	overige exanthematische ziekten, incl. raah; excl: geneesmiddelen- exanthem 392
014	herpes zoster
015	parotitis epidemica
018	hepatitis infectiosa, excl serumhepatitis 288
017	mononucleosis infectiosa
018	herpes simplex, labialis
019	ziekte van Bornholm
020	osyriasis
021	dermatophytosis, trichofytie, ringworm
022	scabies
026	leishiasis overige helmintiasis
034	acarasias
035	amoebiasis
037	malaria
044	sepsis excl in puerperium 359
045	toxoplasmosis
046	ziekte van Besnier Boeck
048	pediculosis, insectenbeten
049	overige infectieziekten, incl. difterie, tetanus, gaesgangreem, actinomycesis, overige tropanziekten

II

NEOPLASMAATA

maligne neoplasmata

050	mondholte en pharynx
051	oesophagus
052	maag
053	colon
054	rectum
055	pancreas
056	larynx
057	bronchus, long en trachea
058	mamma
059	cervix uteri
060	corpus uteri
061	prostaat
062	blaas en urethra
063	overige organen van het urogenitaalstelsel
064	huid
065	hersenen
066	ziekte van Hodgkin
067	leukemie
068	alle overige maligne neoplasmata, incl: metastase, waarvan de primaire haard onbekend is
069	benigne neoplasmata
070	mamma
071	uterus
072	overige vrouwelijke genitalien
073	huid, incl naevus pigmentosus, excl: verruca 378
074	overige benigne neoplasmata, incl: darm- en blaaspoliep, hemangioom, sinus plicoidalis, excl: neuspoliep 256, pro- statyphertrofie 318
080	symptomen
081	sacitis
081	pleuravocht
082	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten in deze groep
III	
085	hoofkorts, incl rhinitis vasomotoria
086	aedma, incl allergische astmatische bronchitis, excl bron- chitis met astmatische component 247 of 248
087	allergische dermatosen incl. urticaria, strophulus, quincke's oedeem

088	excl allergisch oedeem 380 of 381, huidsandoeningen door geneesmiddelen 382
089	thyroïdhypertrófie, hypertunctie
090	thyroïdhypofunctie, myxoedeem
091	andere thyroïdstoornissen
092	diabetes mellitus
093	avitaminose, hypovitaminose
093	licht
094	overige ziekten uit deze groep, excl: anafylactische shock 484
IV	
100	Symptomen
101	exophthalmus
102	adipositas
102	glucosuria
103	pigmentaties
104	polyurie
105	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten in deze groep, incl. dorst

IV

ziekten van BLOED en BLOEDVORMENDE organen

110	perniciëuze anemie
111	hypochrome anemie incl anemie in puerperium excl anemie in graviditeit 369
112	overige specifieke anemiën
113	hemorragiën, purpura incl: bloedingen i g v, antistollingtherapie
114	incl polycythemie, hemofilie, ziekten van de milt, agranulocytose excl leukemie 067, Hodgkin 068, mononucleosis infectiosa 017
119	symptomen
121	anemie nog niet nader gediagnosticeerd
121	bleekheid
122	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten in deze groep

V

PSYCHIATRISCHE ziekten en andere PSYCHISCHE stoornissen

125	psychoosen
125	schizofrenie, incl paranoïa
126	endogene depressie, vitale depressie incl depressie in het climacterium
127	seniele psychose, incl seniele dementie, excl: senilitiet 463
128	psychoosen bij organische hersenaandoeningen, zoals tumor, infecties, trauma, epilepsie, intoxicaties, incl. delirium tremens, arterio-cerebrovasculaire dementie
129	overige psychoosen
130	neurotische aandoeningen
130	angstooslanden zonder verdere somatische klachten of symptomen
131	hysterie incl anorexia nervosa
132	tobiëden
133	dwangneurose, obsessie
134	reactieve depressie
135	psychoseurose met somatische symptomen, nerveuze klachten, psychogene, functionele klachten, hypochondrie, neurasthenie, overspannenheid
136	andere psychiatrische ziekten
136	psychopathische persoonlijkheid, pathologische persoonlijkh- heid eekuele afwijkingen
139	verslavingen, incl alcoholisme
140	oligofrenie, incl debilitas mentalis, mongoloïde idiotie
141	overige, incl juveniele gedragsstoornissen, partiële leerde- ficiën, psychogene spraakstoornissen, frontneurosen en overige aanpassingsstoornissen
144	symptomen
145	psychogene impotentie
146	frigiditeit
147	slaapstoornissen
147	hallucinaties
148	euresie
150	overige symptomen of onvolledig gediagnosticeerde ziekten in deze groep, excl hoofdlijnen 453

VI

ziekten van het ZENUWSTELSEL en de ZINTUIGEN, ziekten van het C.Z.S.

155	cerebrovasculaire stoornissen, subarachnoïdale bloeding, apoplexie, embolie, trombose spasmen
156	multiple sclerose
157	paralysis agitans, Parkinson
158	epilepsie, excl stulpen 197
159	migraine
160	overige ziekten van het C Z S excl meningitis epidemica 009 en tuberculose 002 incl overige meningitis, encefalitis, amyotrofische lateraal sclerose (rombolfelicitus van de sinus cavernosus, diplegia spasica infantilis van Little, neurogene spieratrofie excl myastenie, myotonie en andere spierziekten 415 ziekten van de perifere zenuwen

330	menarchestoornissen
332	steriliteit
334	premenstruele klachten
335	<i>vaginitis, cervicitis, vulvitis, incl. erosie, fluor</i>
331	andere ziekten van de vrouwelijke genitaliën
	symptomen
338	buikpijn, kolieken
337	strangurie
338	urineretentie
339	incontinentie urinae
340	frequente mictie
341	polyurie
342	dyspareunie
343	hematurie
344	overige symptomen of niet volledig gediagnosticeerde ziekten uit deze groep

XI

GRAVIDITEIT, PARTUS en PUERPERIUM

	Graviditeit
352	normale graviditeit, incl: prenatale controle
358	(hyper)emesis gr
359	anemie in gr
345	infecties van de tr urogenitalis in gr
346	toxicoza
347	bloedingen in gr
348	extra-uterine gr
349	liggingafwijkingen
350	abortus, incl partus immaturus (< 28 weken)
352	overige stoornissen in de graviditeit
	partus
351	normale partus
353	partus bij placenta praevia of andere bloedingen ante partum
354	ps met retentie placentae
355	ps bij bekkenvernauwing
356	ps bij liggingafwijkingen, incl stuit
358	ps met perineumruptuur of episiotomie
367	ps van een dode foetus > 28 weken
357	puerperium
	normaal puerperium, incl fluxus post partum
363	normaal puerperium, incl controle
359	sepsis in pm
360	trombose in pm
361	mastitis in pm
364	overige stoornissen in pm, excl anemie 111
	symptomen
365	koorts in kraambed
368	overige symptomen, incl obstipatie, tepelkloven

XII

ziekten van de HUID en ONDERHUIDSbindweefsel

370	turunkel carunkel
371	paronychie, paronychia, cellulitis van vinger of teen
372	overige cellulitis en abscessen zonder lymfangitis
373	overige cellulitis en abscessen met lymfangitis
374	scule lymfadenitis
375	impetigo
376	verruca
377	overige huidinfecties, pyodermieën, incl folliculitis
	excl dermatophytose 021, sinus pilonidalis 074
378	seborroïsch eczeem
379	eczeem, excl allergisch eczeem 380 of 067
380	beroespiedermatitis incl allergische dermatitis of eczeem door planten, olifh, chemicaliën e.d., excl. geïmmuundeeldermatitis 392, urticaria 067, atrofie 067, insectenbeten 048 herpes labialis 018 naevus pigmentosus 073, scabies 022, herpes zoster 014, erysipelas 007
382	psoriasis
384	clavus en eeltvorming
387	ziekten van de nagel, incl unguis incarnatus
388	ziekten van de haren, excl folliculitis 377
389	ziekten van talg- en zweetklieren, incl acne, seborrhoea, roos altheroomycete
	excl seborroïsch eczeem 378
380	chronisch ulcus, incl decubitus, excl: ulcus varicosum 288
391	overige huidziekten o.e. pemphigus, lichen planus, sclerodermie keloid, vitiligo rosacea, erythrasma
382	iatrogene huidsaandoeningen incl geneesmiddelen-dermatitis, exanthem, stralingsdermatitis
	symptomen
395	erythematuze aandoeningen, incl lupus erythematosus, excl erythema bij infectieziekten, groep I, erythema nodosum bij tbc 062
396	pruritus, incl prurigo, neurodermitis
397	pigmentaties
399	overige symptomen

XIII

ziekten van het BEWEGINGSAPPARAAT

405	reumatoïde artritis (voor acuut reuma zie 210)
408	arthrose deformans
407	lumbago, excl HNP 412, ischias 168
408	fibrisitis, myositis en myalgieën, incl. periarthritie hum. scap., stijve nek, excl epicondylitis 421

408	andere vormen van artritis
410	meniscuslesie
412	hernia nuclei pulposi
413	pedes plant
414	hallux valgus of varus
415	overige ziekten, incl osteomyelitis, myotonie, myasthenie, e.a. spierziekten, Dupuytren, klompvoet, matlet finger
418	genus valga
420	bursitis
421	tendovaginitis e.a. peesaandoeningen, incl epicondylitis, ganglion
	symptomen
425	ruggin excl lumbago 407 HNP 412, ischias 168
426	frozen shoulder, excl periarth hum scap 408
427	overige symptomen of niet duidelijk te diagnostiseren ziekten uit deze groep, excl myalgieën 408

XIV

CONGENITALE AFWIJINGEN

430	monstrositas
431	spina bifida en meningocele
432	hydrocephalus
433	congenitale afwijkingen van de tr circul
434	cheilo- palatoschisis
435	cong afw van de tr digestieve
436	cong afw van de tr urogenitale
437	cong afw van botten en gewrichten
438	overige gespecificeerde congenitale afwijkingen, excl sinus pilonidalis 74
439	andere niet volledig gediagnosticeerde congenitale afwijkingen

XV

ziekten van de NEONATUS

	Hieronder vallen vrijwel alle ziekten in de eerste 4 levens-
530	geborte, incl controle eerste dagen post partum
531	geboortelidsei van hersenen en ruggemerg
452	overige geboortelidsei
441	asthysie
442	pneumonie
443	diarree voedingsstoornissen
444	conjunctivitis excl gonorrh 004
445	navelsaps
446	overige saps
447	erythroblastosis foetalis, incl exsanguinatie
448	hemorragieën
449	immaturitas praematuritas
450	overige ziekten, excl congenit afw groep XIV
451	overige symptomen

XVI

overige SYMPTOMEN en niet duidelijk te diagnostiseren ziektebeelden

453	hoofdpijn
454	moes slap, hangerig
456	dehydratie
457	vermagering
458	febris e causa ignota
459	rigiditeit
460	albuminurie
461	uramie
463	seniliteit, excl geriatric controle 518, seniele dementie 127, art scier dementie 129
464	overige symptomen die niet elders zijn te coderen

XVII

TRAUMATA, VERGIFFTINGEN

466	fracturen
466	tibia, fibula
467	femur
468	collum femoris
469	vervel
470	schedel en aangezicht
471	rib
472	bekken
473	clavicula
474	humerus
475	radius, ulna
476	hand- en voetbeentjes
477	overige fracturen
478	schouderluxatie
479	overige luxaties
480	diastorise
481	schedelletsels, excl fract cranii 470, incl: commotio, contusio subdural hematoom
482	inwendige letsel van borst, buik en bekken
483	grote verwondingen amputaties, ernstige contusies
485	oppervlakkige kleine verwondingen of contusies
486	corpus alienum in het oog
484	overige corpora aliena
485	verbrandingen 1ste gr
486	verbrandingen 2de gr
487	verbrandingen 3de gr
488	vergiftiging door chemicaliën

- 489 koolmonoxydevergiftiging
 490 slaapmiddelenvergiftiging
 491 vergiftiging door andere geneesmiddelen
 492 reisziekte, zee-, lucht-, wagenziekte
 494 isotrope effecten, incl: transluïereacties, anafylactische shock
 excl: bloedingen t g v antistollingstherapie 113, iatrogene huidaandoeningen 392 iatrogene agranulocytose 114, maagbloeding t g v acetosaal 286
 493 overige, incl: stralingsziekte, elektrische shock, beviëzing, zonnesteek shock slangebeten
 excl: insaclebaten 48
 497 tentamen suicidii
 498 natuurlijke dood
 499 onnatuurlijke dood

XVIII

INENTINGEN, ONDERZOEK, VOORLICHTING e.d

- inenting
 500 vaccinatie tegen pokken
 501 inenting met mono-valent vaccin, o a BCG, influenza, tetanus
 502 inenting met poly-valent vaccin, o a DKTP, CTABT
 509 passieve immunisatie
 onderzoek
 510 louter administratieve handeling
 511 onderzoek zonder dat er sprake is van een ziekte, incl P G o, check-up
 512 keuring voor sollicitatie, verzekering, school, sport
 513 controle door controlerend arts
 514 controle in verband met gebruik anticonceptiepil
 515 controle in verband met gebruik andere anticonceptieonalia
 518 zuigelingen- kleuterbureau
 517 schoolkinderenzorg
 516 bejaardenzorg
 518 laboratoriumonderzoek o a. bloedgroepbepalingen, incl: mantoux
 620 overige onderzoeken, excl: prenatale zorg 392
 voorlichting e.d
 504 gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
 521 sociaal- en maatschappelijk werk
 522 overige contacten, incl: felicitatie, condoleance, gesprek, excl: psychotherapie
 523 geboorteregeling excl. controle anticonceptie 514, 515

Dankbetuiging

- * Frans Huygen en Henk van der Velden.
- * Henk van den Hoogen, statisticus, die mij met raad en daad bijstond bij de bewerking van de gegevens.
- * De registrerende artsen: Ton van der Logt, Frans Huygen, Ruut de Melker, Henk Vlamings, Peter Wouters, Johan Schellekens, Henk van der Velden, Toine Lagro-Jansen, Karel Bakx en de praktijkassistentes.
- * Anita van Meyel, die meerdere malen het manuscript typte en de moed erin hield.
- * De (destijds) student-assistenten: Eugène van Helmond, Paul Schröder en Paul Timmermans, die mij hielpen om de output van de computer om te zetten in overzichtelijke tabellen.
- * Jan Derks, die veel 'klusjes' voor mij opknapte.
- * Hélène Walder en Gerdi IJsenbrandt-van Zwam, secretaresses.
- * Frits Litmaath, die de puntjes op de i zette.
- * Lucas Bunge, die dit boek uitgaf.
- * Eric Hofmans, die zijn blik liet gaan over de literatuurlijst.
- * Wil Maas (afdeling Medische Tekenkamer) voor de fraaie verzorging van de figuren.
- * De stafleden van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Uitgave van dit boek is mede mogelijk gemaakt door subsidie uit het Fonds Wetenschappelijk Werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Curriculum vitae

Theodorus Bernardus Voorn werd op 11 november 1943 te Amsterdam geboren. Na de middelbare schoolopleiding (gymnasium- β) aan het Canisiuscollege te Nijmegen begon hij in 1963 met de studie in de Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen en legde in 1971 het arts-examen af. Van 1971 tot 1975 was hij werkzaam als huisarts in de praktijk van dr. H.L.A. Vlamings te Nijmegen. In 1975 vestigde hij zich als huisarts in Oosterhout, waar hij aanvankelijk alleen werkte en sinds 1979 in associatie met J.W.G. Schellekens. Sinds 1973 is hij als wetenschappelijk medewerker part-time verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (Hoofd: prof. dr. F.J.A. Huygen). In deze periode was hij vooral betrokken bij het tot stand komen van de Beroepsopleiding tot huisarts.

STELLINGEN

behorend bij het proefschrift van Th. B. Voorn

CHRONISCHE ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK, EEN TERREINVERKENNING

Oosterhout, juni 1983

1. Als de huisarts aan de zorg voor zijn chronische patienten en zijn samenwerking met specialisten op dat gebied niet meer aandacht besteedt, holt hij zijn bestaansrecht uit.
2. De begeleiding en behandeling van patienten met chronische aandoeningen vraagt om een andere arts-patientrelatie dan de begeleiding en behandeling bij acute aandoeningen.
3. Bij de interpretatie van morbiditeitsgegevens uit huisartspraktijken dient men rekening te houden met belangrijke verschillen in diagnostiek en registratie tussen huisartsen (de interdoktervariatie).
4. Spectaculaire technologie in de geneeskunde dwingt helaas meestal meer respect af dan het langdurig en geduldig volhouden van een adequate zorg voor en begeleiding van patienten met een chronische aandoening.
5. In verband met de toenemende neiging van artsen om eerder iets te doen dan te laten wordt de behoefte aan longitudinaal prospectief onderzoek naar het natuurlijk beloop van chronische aandoeningen groter.
6. Het gebruik van ouders en artsen om aan kinderen met koorts een kinderaspirientje te geven dient te worden ontraden.
(Niet alleen omdat de kans op zeldzame aandoeningen zoals het syndroom van Reye dan groter zou zijn, maar veel meer omdat koorts bij de meest voorkomende infecties in deze tijd wel eens een heilzame reactie van het lichaam zou kunnen zijn.)
Offerhaus L. Ned Tijdschr Geneeskd 1983, 127: 68-9
7. De informatieve waarde van een test, voor het stellen van een diagnose, wordt behalve door kennis en vaardigheid van de arts ook bepaald door de frequentie van voorkomen van de

desbetreffende aandoening in de populatie waarop de zorg van de betrokken arts is gericht.

Sturmans F, Arkel WG van. Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen. Medisch Contact 1982; 37: 670-4.

8. Door het vermijden van de term „reuma” kan veel onnodige invaliditeitsvrees bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat worden voorkomen.

Zant JL, Kooy V, Korst JK van der. Reumatische klachten en invaliditeitsvrees. Ned Tijdschr Geneeskd 1981; 125: 221-5.

9. Periodiek geneeskundig onderzoek kan de vergelijking met een controlebeurt voor auto's niet doorstaan.
10. De zogenaamde klinische blik lijkt bij nadere beschouwing opgebouwd uit een open oog en een harmonisch geordende kennis en ervaring.
11. Uit de wijze waarop de meeste huisartsen elkaar bij verhuizing van patiënten van inlichtingen voorzien, blijkt dat zij zichzelf en hun vak nog niet voor vol aanzien.
12. Men kan de diagnosestatistieken van ziekenhuizen beter zien als productiecijfers dan als ziektecijfers.
13. De onderwaardering voor verandering en groei komt tot uiting in de blijdschap die er bestaat over iemand die „weer de oude is”.

