

RIVM rapport 278610 001

**Selectie van ziekten en aandoeningen voor de
Volksgezondheid Toekomst Verkenningen**

R. Gijsen, M.J.J.C. Poos, H.F. Treurniet,
G.P. Westert

juli 1999

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van project 278610, 'Morbiditeit in Nederland, incidentie en prevalentie van ziekten en aandoeningen' ten behoeve van de mijlpaal (5/1999), de ontwikkeling van een operationeel plan voor dit project.

Abstract

Selection of diseases and disorders for the Public Health Status and Forecasts

A major goal of RIVM's regularly updated Public Health Status and Forecasts (PHSF) is to describe the health status of the population in the Netherlands on the basis of the health indicator 'presence of diseases and disorders', expressed as incidence, prevalence and mortality. Because it is impossible to describe all existing diseases and disorders, an important and tedious work was to determine for which diseases it is relevant to present epidemiological information. By now this is done for two PHSF's, namely the 1993 version (Ruwaard et al., 1994) and the 1997 version (Ruwaard & Kramers, 1998). The main concern in the preparation of this document was whether or not to change the selection of diseases and disorders used for the 1997 PHSF.

First, we made an overview of the selection criteria which were used in the preparation of PHSF 1993 and PHSF 1997 and the selected diseases and disorders. In PHSF 1993, 44 diseases and disorders were selected for more detailed examination on the basis of the contribution which they make to the total morbidity and/or (premature) mortality in the population. For PHSF 1997, eight disorders have been added to this selection on the basis of the additional criteria 'to what extent a disease or disorder is avoidable' and 'costs in the health care system'.

Subsequently we set about examining diseases and disorders that had been included in other public health reports from the Netherlands and abroad. Dutch examples are the advises of the Advisory Council on Health Research (RGO), the program of the Healthcare Research Netherlands 1998-2002 (ZON), the Costs of Diseases Study, and some reports that concern disease categories (e.g. 'Rheumatism in the Netherlands'). Foreign documents came from several European countries (Sweden, Finland, France, and Germany) and Australia, New-Zealand and the United States of America. We noticed that most reports did not use any explicit selection criteria. Besides making an inventory of subjects described in these documents, we made an inventory of subjects proposed by health policy-makers and others during the production and evaluation of PHSF 1997. Finally we studied Dutch mortality statistics from 1991-1994 to evaluate whether there are causes of death which should be added to the selection of disorders in PHSF 1997.

The diseases and disorders selected for PHSF 1997 were indeed concluded to be the best point of departure for the following PHSF report, because the used selection criteria for that report are considered still relevant. Important subjects now outside the selection of diseases and disorders will, however, also be candidates for adding to the selection. These are (1) worrying, emerging infections (e.g. prion disease) and zoonoses, (2) disorders with a high mortality and regarded as serious diseases (some neoplasms, heart rhythm disorders, disorders of the heart valves, chronic liver diseases, and chronic renal diseases) and (3) disorders with a large influence on a patient's quality of life and environment (chronic fatigue syndrome, somatization disorder, personality disorders, migraine, intermittent claudication, psoriasis, decubitus, disorders of the shoulder, chronic (incomprehensible) pain, and incontinence). Furthermore, we proposed to pay (more) attention to disorders related to one's occupation, to allergic disorders and to infection diseases predisposing chronic diseases.

Final decisions on additional diseases to be selected, and in which format this selection will be presented, can be determined in consultations with policy-makers and experts. This report can contribute to that discussion.

Samenvatting

De centrale doelstelling van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is het beschrijven van de gezondheidstoestand van de bevolking in Nederland. Dat wordt onder meer gedaan aan de hand van de indicator aanwezigheid van ziekten en aandoeningen, uitgedrukt in de termen incidentie, prevalentie en sterfte. Omdat het ondoenlijk is van alle mogelijke ziekten en aandoeningen dergelijke beschrijvingen te maken, moet er eerst worden vastgesteld voor welke ziekten het relevant is epidemiologische informatie te presenteren. Inmiddels is deze afweging voor twee VTV's, namelijk die van 1993 en 1997, gemaakt. Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft tot doel na te gaan of deze selectie voor een volgende VTV aangepast zou moeten worden.

Daartoe is allereerst een overzicht samengesteld van de selectiecriteria die bij de voorbereiding van VTV-1993 en VTV-1997 zijn toegepast en van de ziekten en aandoeningen die dit heeft opgeleverd. Voor VTV-1993 werden ziekten en aandoeningen geselecteerd die veel voorkomen en/of tot hoge (vroegtijdige) of toenemende sterfte leiden. Aan deze selectie van 44 ziekten en aandoeningen voor VTV-1993 zijn voor VTV-1997 acht aandoeningen toegevoegd op basis van twee extra criteria: 'vermijdbaarheid van (de gevolgen van) ziekte door preventie of zorg' en 'hoge kosten in de gezondheidszorg'. Dit resulteerde in een lijst met in totaal 52 aandoeningen.

Vervolgens is nagegaan welke selecties van ziekten en aandoeningen in andere binnenlandse en buitenlandse documenten op het gebied van de volksgezondheid zijn opgenomen. Voorbeelden van bestudeerde binnenlandse documenten zijn de adviezen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, het programma van Zorgonderzoek Nederland (ZON) 1998-2002, de Kosten van Ziekten Studie en enkele rapporten die een hele ziektegroep betreffen (bijv. 'Reuma in Nederland'). Buitenlandse documenten waren afkomstig uit diverse Europese landen (waaronder Zweden, Finland, Frankrijk en Duitsland) en Australië, Nieuw-Zeeland, en de Verenigde Staten. Vastgesteld werd dat de meeste documenten geen expliciete selectiecriteria hanteerden. Naast de verkenning van deze documenten, is geïnventariseerd welke nieuwe onderwerpen door beleidsmakers en anderen werden aangedragen tijdens de uitvoering en evaluatie van VTV-1997. Tenslotte zijn Nederlandse sterftecijfers uit 1991-1994 bestudeerd om na te gaan of er doodsoorzaken zijn die, gegeven het vóórkomen ervan, aan de selectie van VTV-1997 toegevoegd zouden moeten worden.

Eén van de conclusies is dat de selectie van ziekten en aandoeningen voor VTV-1997 het uitgangspunt moet blijven voor een volgende VTV, omdat de toegepaste selectiecriteria nog steeds relevant worden geacht. Daarnaast zijn er echter belangrijke onderwerpen die nu buiten de selectie van ziekten en aandoeningen in de VTV vallen, maar kandidaat zijn om toegevoegd te worden. Dit zijn (1) verontrustende infectieziekten (bijv. prionziekten) en zoönosen, (2) aandoeningen met een hoge sterfte en hoge ernst (enkele nieuwvormingen, hartritmestoornissen, aandoeningen van de hartkleppen, chronische leverziekten, chronische nierziekten) en (3) aandoeningen met grote invloed op de kwaliteit van leven van patiënt en/of omgeving (chronisch vermoeidheidssyndroom, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornissen, migraine, claudicatio intermittens, decubitus, aandoeningen van de schouder, chronische (onbegrepen pijn), incontinentie). Verder wordt voorgesteld (meer) aandacht te besteden aan arbeidsgerelateerde aandoeningen. Een aantal onderwerpen leent zich voor beschouwende, integratieve rapportages: allergieën en infectieziekten als oorzaak van chronische ziekten.

Welke aandoeningen uiteindelijk toegevoegd gaan worden aan de huidige selectie in VTV, en in welke vorm deze selectie gepresenteerd gaat worden, kan in overleg met beleidsmakers en deskundigen worden vastgesteld. Dit rapport kan in de discussie daarover een bijdrage leveren.

Inhoud

Lijst van afkortingen	7
1. Inleiding	9
2. Methode	11
3. Selectie van ziekten en aandoeningen in VTV-1993	13
4. Selectie van ziekten en aandoeningen in VTV-1997	17
4.1 Criteria voor 'vermijdbare' (gevolgen van) ziekten	17
4.2 Criteria voor 'dure ziekten'	18
4.3 Samenvatting selectieprocedure en resultaat	19
4.4 Inperking van het aantal geselecteerde ziekten en aandoeningen	22
5. Selecties van ziekten in volksgezondheidsadviezen, andere studies en verkenningen	25
5.1 <i>Omvangrijke Nederlandse adviezen en studies</i>	25
5.1.1 RGO-advies Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek (1991)	25
5.1.2 Verkenning naar Prioriteiten voor het Gezondheidsonderzoek van de RGO en OCV (1996)	26
5.1.3 Prioriteiten in preventie onderzoek (1995)	28
5.1.4 ZON-programma 1998-2002	29
5.1.5 RGO-advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid (1999)	31
5.1.6 Selectie van ziekten ten behoeve van enquêtes (1994)	32
5.1.7 Kosten van Ziekten Studie (1997)	36
5.1.8 Ontwerp-regeerakkoord d.d. 18 juli 1998	38
5.2 <i>Ziektespecifieke documenten</i>	38
5.2.1 Reuma in Nederland: de cijfers (1997)	39
5.2.2 Psychische stoornissen in de bevolking (1998)	39
5.2.3 Behandelingsstrategieën bij borderline persoonlijkheidsstoornis (1998)	39
5.2.4 Incidence of cancer in the Netherlands 1994	39
5.2.5 Cancer incidence and survival in the Southeast of the Netherlands, 1955-1994	40
5.2.6 Spijsverteringsziekten in Nederland 1970-1989	40
5.2.7 Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding (1997)	41
5.2.8 Neuromusculaire ziekten (1995)	41
5.2.9 Economische evaluatie van nierinsufficiëntie (1998)	41
5.2.10 Syndromen die in de belangstelling staan	41
5.3 <i>Buitenlandse volksgezondheidsdocumenten</i>	41
5.3.1 Sweden's public health report 1997	42
5.3.2 Finland: the health of the nation 1996	43
5.3.3 Australia's health 1996	44
5.3.4 Our health – our future. The state of the public health in New Zealand (1994)	44
5.3.5 Health in France, 1994 General Report	45
5.3.6 Health plan for Catalonia 1993-1995 en 1996-1998	46
5.3.7 Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994	46
5.3.8 Gesundheitsbericht für Deutschland (1998)	47
5.3.9 Healthy people 2000 (1990)	47
5.3.10 Health for all targets. The health policy for Europe (1993)	48
De 'global burden of disease' studie (Murray & Lopez, 1996)	49

5.3.11	Atlas of Avoidable Mortality (Holland 1988, 1989, 1993)	50
6.	Evaluatie VTV-1997	51
6.1	<i>Suggesties van medewerkers aan VTV-1997</i>	51
6.2	<i>Suggesties van auteurs thema-I van VTV-1997</i>	51
6.3	<i>Suggesties van VWS-medewerkers</i>	52
7.	Sterfte-analyse	53
8.	Conclusies	55
8.1	<i>Samenvatting per ICD-hoofdgroep</i>	55
8.2	<i>Conclusies op basis van de diverse documenten</i>	73
9.	Selectie van ziekten en aandoeningen: hoe verder?	79
	Literatuur	82
	Bijlage 1 Verzendlijst	85

Lijst van afkortingen

ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMI	Acuut Myocard Infarct
BA	Bewegingsapparaat
BoD	Burden of Disease
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHZ	Coronaire Hartziekten
CMR-	
Nijmegen	Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVA	Cerebrovasculaire Aandoeningen
DALY	Disability Adjusted Life-Years
DIA	Dienst Informatie en Advisering
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EME	Established Market Economies
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GBD	Global Burden of Disease
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HFA	Health For All
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HVZ	Hart- en Vaatziekten
ICD	International Classification of Diseases
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
iMGZ	Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg (EUR)
KvL	Kwaliteit van Leven
KvZ	Kosten van Ziekten
LMR	Landelijke Medische Registratie (SIG)
LVZB	Levensverwachting zonder beperkingen
NcGv	Nederlands centrum voor de Geestelijke volksgezondheid (opgegaan in Trimbos)
NIDDM	Non-Insulin Dependent Diabetes Melitus
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
OCV	Overleg Commissie Verkenningen
PID	Pelvic Inflammatory Disease
PPO	Prioriteiten in Preventie Onderzoek
PTSS	Post Traumatische Stressstoornis
PYLL	Potential Years of Life Lost
RA	Reumatoïde Artritis
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSI	Repetitive strain injury
RSV	Respiratoir-synctieel virus
RUG	Rijks Universiteit Groningen
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SF-36	Short-form, voluit: Medical Outcomes Study Short-form General Health Survey (lijst met 36 vragen)
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
SLE	Systemic Lupus Erythematoses
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen

TBC	Tuberculose
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VUT	vervroegde uittreding
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

1. Inleiding

Eén van de centrale doelen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) is het beschrijven van de gezondheidstoestand van de bevolking in Nederland. Een heel directe indicator voor de gezondheidstoestand van de bevolking is de aanwezigheid van ziekten en aandoeningen. Het is echter ondoenlijk van alle mogelijke ziekten en aandoeningen het vóórkomen te beschrijven. Bovendien is het de vraag of het vanuit het oogpunt van monitoren van de volksgezondheid noodzaak is alle ziekten mee te nemen. Ten behoeve van VTV-1993 is een selectie van 44 ziekten en aandoeningen gemaakt, ten behoeve van VTV-1997 van 52 ziekten en aandoeningen. Alleen daarvan zijn gegevens over (trends in) incidentie, prevalentie en sterfte gepresenteerd. Voor het vervolg van VTV-1997 komt de vraag op of dezelfde 52 ziekten als uitgangspunt genomen moeten worden of dat nieuwe ziekten aan de selectie toegevoegd moeten worden. Reden voor uitbreiding zou kunnen zijn dat belangrijke gezondheidsproblemen bij de vorige VTV's zijn gemist, dat nieuwe problemen zijn ontstaan of dat bepaalde problemen in ernst of omvang zijn toegenomen. Daarom zijn wij nagegaan welke ziekten en aandoeningen in aanmerking komen om toegevoegd te worden aan de huidige selectie.

2. Methode

Voor VTV-1993 is op basis van negen criteria betreffende *sterfte en morbiditeit* een selectie van 44 ziekten en aandoeningen gemaakt. Naar aanleiding van commentaar op VTV-1993 zijn voor de selectie van VTV-1997 twee criteria toegevoegd: ‘vermijdbaarheid van (de gevolgen van) ziekte door preventie en zorg’ en ‘hoge kosten in de gezondheidszorg’. Dit leidde uiteindelijk tot een selectie van 52 ziekten.

In dit rapport doen wij verslag van het onderzoek naar de vraag of aan deze selectie ziekten toegevoegd zouden moeten worden. Daartoe deden wij niet de gehele selectieprocedure opnieuw, maar maakten gebruik van andere binnenlandse en buitenlandse documenten op het gebied van de volksgezondheid die selecties van ziekten en aandoeningen hebben gemaakt. Bovendien inventariseerden wij onderwerpen die volgens derden (auteurs van VTV-bijdragen, deskundigen in het veld, beleidsmakers) in de VTV-documenten gemist werden. Tenslotte zijn Nederlandse sterftecijfers uit 1991-1994 bestudeerd om na te gaan of er doodsoorzaken zijn die, gegeven het vóórkomen ervan, aan de selectie van VTV-1997 toegevoegd zouden moeten worden.

De selectieprocedure voor VTV-1993 wordt beschreven in hoofdstuk 3, die voor VTV-1997 in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden selecties van ziekten in diverse rapportages uit binnen- en buitenland beschreven. Hoofdstuk 6 bevat aandachtspunten voor de selectie op basis van de evaluatie van VTV-1997. In hoofdstuk 7 worden enkele sterfteanalyses beschreven. Hoofdstuk 8 bestaat uit de conclusies op basis van de hoofdstukken 5, 6 en 7. Uitbreidingen en wijzigingen van de lijst van 52 worden gepresenteerd en verantwoord. Het rapport sluit af met de beschouwing: “Selectie van ziekten en aandoeningen: hoe verder?”.

3. Selectie van ziekten en aandoeningen in VTV-1993

Tabel 3.1 beschrijft de negen criteria en de gebruikte gegevensbronnen waarop de selectie voor VTV-1993 is gebaseerd: de eerste vijf hebben betrekking op sterfte, de laatste vier op morbiditeit. Bij elk criterium is een waardegrens gehanteerd, dat wil zeggen: de ziekten of aandoeningen moesten in een vooraf bepaalde mate bijdragen aan de sterfte of de morbiditeit in Nederland. Deze grenzen zijn ook weergegeven in tabel 3.1. Voor sterfte zijn gegevens uit de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS gebruikt over de periode 1980-1989 en voor morbiditeit zijn gegevens over 1989 en 1990 gebruikt. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen, de Landelijke Medische Registratie van de SIG, de CBS-Diagnosestatistiek van bedrijfsverenigingen en SIVIS van de SIG. Bij de selectie van ziekten werd zoveel mogelijk geprobeerd uit te gaan van gegevensbestanden die gebaseerd waren op de negende revisie van de International Classification of Diseases (ICD).

Tabel 3.1: Criteria, gehanteerde grenzen en gebruikte gegevensbronnen bij de selectie van ziekten en aandoeningen in VTV-1993.

Selectiecriteria	Gehanteerde grens (per geslacht)	Bron
<i>Primaire doodsoorzaken</i>		
1 hoge sterfte	> 2% van totaal aantal overledenen in 1989	CBS
2 vroegtijdige sterfte	> 2% van aantal overledenen beneden 25 jaar <i>en/of</i> > 2% van verloren levensjaren in 1989 ^a	CBS
3 toenemende sterfte	gemiddelde toename > 2% per jaar in periode 1980-1989 <i>en</i> absolute toename > 50 overledenen in periode 1980-1989	CBS
<i>Secundaire doodsoorzaken</i>		
4 hoge sterfte	> 2% van totaal aantal secundaire doodsoorzaken in 1989	CBS
5 vroegtijdige sterfte	> 2% van aantal secund. doodsoorzaken beneden 25 jaar <i>en/of</i> > 2% van verloren levensjaren t.g.v. secund. doodsoorzaken in 1989 ^a	CBS
<i>Morbiditeit</i>		
6 in huisartspraktijk	> 2% van totaal aantal nieuwe gevallen <i>en/of</i> > 2% van totaal aantal bekende gevallen	CMR-Nijm.
7 ziekenhuisontslagen	> 1% van totaal aantal ontslagen (hoofddiagnose) <i>en/of</i> > 1% van aantal ontslagen beneden 15 jaar (hoofddiagnose)	SIG-LMR
8 ziekteverzuim	> 2% van totaal aantal verzuimgevallen ^b <i>en/of</i> > 2% van aantal verzuimgevallen beneden 25 jaar ^b	CBS
9 verpleeghuizen	> 2% van totaal aantal (eerste) opnamen of dagbehandelingen	SIG-SIVIS

^a berekend met als bovengrenseleeftijd de resterende levensverwachting in 1989

^b van de kortdurende verzuimgevallen wordt bij mannen slechts 25% en bij vrouwen 33% door een arts gezien (gegevens over 1989)

Bij de selectie deden zich verschillende problemen voor. In de diverse gegevensbronnen werden niet steeds dezelfde ziektecategorieën gehanteerd en de gekozen percentagegrenzen voor de verschillende gegevensbronnen konden niet eenvoudig met elkaar worden vergeleken. Probleem was bijvoorbeeld hoe een ziekte die voor 2% bijdroeg aan huisartscontacten te vergelijken is met een andere ziekte die voor 1% bijdroeg aan ziekenhuisontslagen? Niet alle categorieën die uit de selectie naar voren kwamen, waren bruikbaar voor een zinnige of concrete omschrijving (bijv. 'overige aandoeningen centraal zenuwstelsel' of 'emotionele kwalen').

Vanwege deze problemen werd de op grond van bovengenoemde selectie ontstane lijst met ziekten en aandoeningen nog aan een nadere (inhoudelijke) bewerking onderworpen. Bij deze bewerking:

- werden op een aantal plaatsen pragmatische clusterings gemaakt van klachtencategorieën of ziektegroepen, waarbij veelal spraken was van dezelfde oorzaken die eraan ten grondslag lagen;

- werden bepaalde aanvankelijk geselecteerde ziekten of aandoeningen weggelaten (met name uit de groep acute problemen en verrichtingen en 'vage' categorieën);
- werden door de makers van VTV-1993 additioneel enkele ziekten toegevoegd omdat het vermoeden bestond dat deze uit de gebruikte bronnen niet goed naar voren kwamen (bijv. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen); in enkele gevallen werden ziekten en aandoeningen toegevoegd aan een reeds geselecteerde aandoening, waardoor een cluster ontstond (bijv. gezichtsstoornissen, waarbij alleen staar was geselecteerd); dergelijke gevallen zijn aangegeven met selectiecriteria 10. Voor de ziekten die op basis van dit laatste criterium zijn toegevoegd is niet altijd even duidelijk waarom ze toegevoegd zijn omdat het criterium niet gebaseerd is op duidelijke grenswaarden. Een aantal ziekten werd toegevoegd op basis van de nota Gezondheidsbeleid.

De tien toegepaste selectiecriteria hebben geleid tot 44 (clusters van) ziekten en aandoeningen. Aan elk hiervan is in VTV-1993 in *deel IIB* een bijdrage gewijd. *Tabel 3.2* geeft een overzicht van deze ziekten en de bijbehorende selectiecriteria (geordend volgens de ICD). Uit de hoofdgroepen 'Ziekten van bloed en bloedvormende organen', 'Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed' en 'Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden' werden in VTV-1993 geen ziekten geselecteerd.

Tabel 3.2: Geselecteerde ziekten en aandoeningen in VTV-1993 per ICD-hoofdgroep met vermelding van selectiecriteria.

Ziekte/aandoening	Selectiecriteria ^a	Opmerkingen
<i>Infectieziekten en parasitaire ziekten</i>		
infectie maag-darmkanaal	6	cluster
meningitis	2	
HIV-infectie en AIDS	3	
sepsis	4, 5	
Seksueel Overdraagbare Aandoeningen	10	cluster
<i>Nieuwvormingen</i>		
slokdarmkanker	3	
maagkanker	1	
dikke darm- en endeldarmkanker	1, 2	
longkanker	1, 2, 3, 7	
borstkanker	1, 2	
prostaatkanker	1	
non-Hodgkin lymfomen	3	
<i>Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten</i>		
suikerziekte	1, 2, 3, 4, 6, 7	
Psychische stoornissen ^b		
dementie	3, 9	
schizofrenie	10	
depressie	8, 10	cluster, alleen situatieve reactie geselecteerd
verstandelijke handicap	2, 10	cluster, alleen chromosomale afwijkingen geselecteerd
verslavingsziekten	5, 10	cluster, alleen alcoholverslavingsyndroom geselecteerd
psychische problematiek kinderen en jeugdigen	10	cluster
<i>Ziekten zenuwstelsel en zintuigen</i>		
ziekte van Parkinson	3, 9	
multiple sclerose	9	
gezichtsstoornissen	6, 7, 10	cluster, alleen staar geselecteerd
gehoorstoornissen	6, 10	cluster, alleen slechthorendheid geselecteerd

Ziekte/aandoening	Selectiecriteria ^a	Opmerkingen
<i>Ziekten van het hartvaatstelsel</i>		
coronaire hartziekten	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	cluster
beroerte (CVA)	1, 2, 4, 6, 9	
<i>Ziekten van het ademhalingsstelsel</i>		
CARA	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9	
verkoudheid, ontsteking bijholten, ontstoken amandelen	6	cluster
longontsteking, acute bronchi(ol)itis	1, 4, 5, 6	cluster
influenza	6, 8	
<i>Ziekten van het spijsverteringsstelsel</i>		
zweren van maag en 12-vingerige darm	10	cluster
inflammatoire darmziekten	7, 10	cluster, alleen colitis ulcerosa geselecteerd
gebitsafwijkingen	10	cluster
<i>Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen</i>		
acute urineweginfecties	6	cluster
<i>Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</i>		
constitutioneel eczeem	6	
contact-eczeem	6	
<i>Ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel</i>		
gewrichtsontsteking (reumatoïde artritis)	3, 9	
gewrichtsslijtage (artrose)	6, 7	
osteoporose	10	
<i>Aangeboren afwijkingen</i>		
aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel	2	cluster
aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel	2	cluster
chromosoomafwijkingen (syndroom van Down)	2	
<i>Aandoeningen ontstaan in de perinatale periode</i>		
vroeggeboorten	10	
gezondheidsproblemen bij op tijd geboren	2, 5, 7	cluster, alleen laag geboortegewicht en respiratoire perinatale aandoeningen geselecteerd
<i>Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftigingen</i>		
ongevalsletsels en vergiftigingen	2	cluster, alleen verkeersongevallen, verdrinking en suicide geselecteerd

^a selectie criterium 10 is later toegevoegd (zie tekst)

^b indeling in overleg met NcGv

Uit tabel 3.2 volgt dat van de 44 geselecteerde (clusters van) ziekten en aandoeningen er in totaal 15 zijn geselecteerd op basis van hun aandeel in de sterfte, 12 op basis van hun aandeel in de gehanteerde morbiditeitsregistraties, 10 op basis van sterfte én morbiditeit en de overige 7 zijn toegevoegd (Seksueel Overdraagbare Aandoeningen, schizofrenie, psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen, zweren van maag en 12-vingerige darm, gebitsafwijkingen, osteoporose en vroeggeboorten).

De keuze van de grenswaarde van 2% bij de sterfte is een arbitraire keuze. Indien er voor een grenswaarde gekozen was van 1,5% zouden voor mannen de ziekten hartsritmieleiden, vaag omschreven hartziekten, diabetes mellitus, verkeersongevallen en metastasen op basis van hoge mortaliteit geselecteerd zijn. Bij de vrouwen zouden de ziekten longkanker, ovariumkanker en accidentele val toegevoegd zijn. Indien een grenswaarde van 2,5% gekozen was zouden voor mannen de ziekten maagkanker, colonkanker en pneumonie niet geselecteerd zijn en voor vrouwen de ziekten hartsritmieleiden en diagnose onbekend en vaag. Hieruit blijkt dat de keuze van de grenswaarde invloed heeft op de selectie van ziekten. Of een ziekte wel of niet opgenomen wordt in de selectie hangt natuurlijk niet alleen af van het criterium mortaliteit maar ook van de andere criteria.

4. Selectie van ziekten en aandoeningen in VTV-1997

In het commentaar van de Gezondheidsraad op VTV-1993 is als één van de belangrijkste suggesties naar voren gekomen dat VTV meer aandacht zou moeten besteden aan de vermijdbaarheid van ziekten, waarbij het hele spectrum aan interventiemogelijkheden (primaire en secundaire preventie van ziekten en aandoeningen en medische zorg) in de beschouwing zou moeten worden betrokken (Gezondheidsraad, 1994). Een nadere concretisering werd echter niet gegeven door de Gezondheidsraad. Een ander belangrijk punt in de evaluatie van VTV-1993 was het nagenoeg ontbreken van aandacht voor de (gezondheids)zorg en het feit dat de in VTV-geselecteerde ziekten en aandoeningen slechts 39% van de totale kosten van zorg vertegenwoordigen (Harteloh et al., 1995). De opdrachtgever vroeg dan ook om in VTV-1997 expliciet aandacht te besteden aan de effecten van preventie en zorg en het ziektespecifieke zorggebruik en de kosten.

Het eerste onderwerp waarvoor deze uitbreiding gevolgen had, was voor de selectie van ziekten en aandoeningen voor VTV-1997. De selectie van ziekten en aandoeningen voor VTV-1993 was gebaseerd op negen kwantitatieve criteria inzake de bijdrage aan de mortaliteit dan wel de morbiditeit. Hieraan werden twee criteria toegevoegd:

- 'vermijdbare' (gevolgen van) ziekten en aandoeningen en
- 'dure' ziekten en aandoeningen in termen van kosten van (gezondheids)zorg.

Evenals dat voor de in VTV-1993 gehanteerde criteria het geval was, werden ook de beide toegevoegde criteria zo mogelijk in kwantitatieve termen omschreven. Dit mondde uit in een lijst van 79 (clusters van) ziekten en aandoeningen. Omdat een dergelijk groot aantal ziekten en aandoeningen niet werkbaar was voor een aantal thema's werd een methode gebruikt om een nadere inperking te maken (zie paragraaf 3.4).

4.1 Criteria voor 'vermijdbare' (gevolgen van) ziekten

Voor een groot aantal ziekten en aandoeningen en de gevolgen daarvan geldt dat deze (gedeeltelijk) 'vermijdbaar' zijn door preventie en zorg. Daarbij gaat het zowel om reeds behaalde als nog te behalen gezondheidswinst. Wanneer de reeds behaalde gezondheidswinst groot is komt dat tot uitdrukking in bijv. lage incidentie- of sterftecijfers. Van belang is dan dat de noodzakelijke inspanningen aanwezig blijven om de bereikte winst te handhaven. De nog te behalen gezondheidswinst is geen vast gegeven in de tijd. Doordat nieuwe preventiemogelijkheden of zorgvormen beschikbaar zijn gekomen of in de toekomst zullen komen, verandert het perspectief op nog te bereiken gezondheidswinst. Het referentie- of nulpunt verschuift derhalve in de tijd. In VTV-1997 werd als referentiepunt genomen hetgeen met *de huidige beschikbare preventiemogelijkheden en de gangbare medische praktijk* aan gezondheidswinst behaald is en nog te behalen is. De binnen afzienbare termijn te verwachten *nieuwe* mogelijkheden voor preventie en zorg werden apart geïnventariseerd. Deze hebben derhalve geen rol gespeeld bij de hier aan de orde zijnde procedure voor de selectie van ziekten en aandoeningen.

Vermijdbaarheid via primaire en secundaire preventie

Primaire preventie is alleen mogelijk indien aan twee voorwaarden wordt voldaan: de determinanten van de ziekte zijn bekend en de determinanten zijn te beïnvloeden. Toepassing van methoden voor secundaire preventie wordt in het algemeen alleen zinvol geacht indien deze voldoen aan de (aangepaste) criteria van Wilson en Jungner (Wilson & Jungner, 1968; Mackenbach, 1995). Er dienen o.a. een adequate screeningsmethode en behandeling beschikbaar te zijn.

Aan de hand van de inventarisatie van preventiemethoden in de Preventiegids (Schaapveld en Hirasig, 1993) en in het project 'Prioriteiten in Preventie-onderzoek' (IMGZ-EUR/TNO-PG, 1995) zijn ziekten en aandoeningen geïnventariseerd, die toegankelijk zijn voor primaire en/of secundaire preventie. De conclusie hiervan was dat beide bronnen bruikbaar waren voor de operationalisatie van dit criterium. Aan de selectie voor VTV-1993 werden voor VTV-1997 alle ziekten en aandoeningen

toegevoegd die met de toen beschikbare preventiemogelijkheden (gedeeltelijk) zouden kunnen worden voorkómen. Volgens deze procedure werden 18 nieuwe ziekten en aandoeningen toegevoegd aan de selectie van VTV-1993: toxoplasmose, huidkanker (w.o. melanoom), alvleesklierkanker, strottehoofdkanker, vaginakanker, retinoblastoom, taaislijmziekte, congenitale adrenale hyperplasie, ijzergebreksanemie, sikkelcelziekte/thalassemie, post-traumatische stress-stoornissen, amblyopie (lui oog) en strabismus (scheelzien), aneurysma van de aorta, niet-ingedaalde testes, congenitale heupluxatie, hemorragische ziekte pasgeborene, wiegendood en heupfractuur.

Vermijdbaarheid via (medische) zorg

Veel gevolgen van ziekten en aandoeningen zijn (deels) te vermijden door (medische) zorg. Daarbij gaat het om een breed scala aan vormen van zorg (chirurgie, radiotherapie, medicamenteuze therapie, psychotherapie, revalidatie) en uitkomstmaten (bijv. (ziekenhuis)sterfte, herstel, restverschijnselen, fysieke/mentale/sociale beperkingen, ervaren gezondheid, pijn of tevredenheid van de patiënt met de ontvangen zorg). Er dient een onderscheid te worden gemaakt in reeds behaalde en nog te behalen gezondheidswinst bij de gangbare medische praktijk (zoals hiervoor al is gesteld werden de binnen afzienbare termijn te verwachten *nieuwe* mogelijkheden van medische zorg apart geïnventariseerd).

Er kon, zoals dat bij preventie het geval was, geen beroep worden gedaan op bronnen waarin een min of meer volledig overzicht (d.w.z. van alle in de ICD genoemde ziekten) wordt gegeven van de effecten van medische zorg op de gezondheidstoestand. Wel zijn er diverse pogingen gedaan tot het in kaart brengen van de bijdrage van medische zorg aan de gezondheid, doch steeds aan de hand van een beperkt aantal ziekten en aandoeningen of voor een beperkt aantal uitkomstmaten, zoals sterfte en levensverwachting (bijv. Mackenbach, 1988; Mackenbach et al., 1988; Mackenbach et al., 1990; Riggs, 1991). Ook zijn er enkele voorbeelden van pogingen de nog te bereiken gezondheidswinst bij de gangbare medische praktijk in kaart te brengen. Zo hebben Bunker en anderen voor een aantal aandoeningen schattingen opgesteld van het aantal gewonnen levensjaren per succesvol behandeld individu. Daarnaast hebben zij een schatting gemaakt van de winst in levensverwachting die reeds behaald is met de behandeling van deze aandoeningen en de winst die nog te behalen is bij de gangbare medische praktijk (Bunker et al., 1994a; Bunker et al., 1994b).

Voorts werd de door Rutstein en anderen ontwikkelde methodiek gezien (Rutstein et al., 1980). Deze methodiek bestaat uit lijsten met 'sentinel health events' die signalen vormen voor (dreigend) verlies van de in het verleden bereikte gezondheidswinst (Treurniet, et al., 1994; Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1994). Hieronder vallen niet alleen 'sentinel health events' die verband houden met medische zorg, maar ook ontwikkelingen die het gevolg zijn van ongunstige trends in leefstijlfactoren, zoals toenemende sterfte aan longkanker als gevolg van en toenemende prevalentie van roken. Voor zover de 'sentinel health events' wel gerelateerd zijn aan medische zorg gaat het om signalen die kunnen duiden op tekortkomingen in de *kwaliteit* van de zorg. Hierdoor komen vele andere ziekten en aandoeningen waarbij de gangbare zorg een belangrijke rol speelt in de reeds behaalde of nog te behalen winst niet in de lijsten voor. Omdat een goed operationalisering van het criterium 'vermijdbaarheid via (medische) zorg' niet mogelijk bleek, werd ervoor gekozen dit criterium voor de selectie van ziekten en aandoeningen voor VTV-1997 niet te hanteren. De lijst van ziekten op basis van de overige criteria vormde wel het *uitgangspunt* voor de keuze van ziekten waarvoor de effecten van (medische) zorg in kaart zijn gebracht (thema 5). Daarbij zal kwaliteit van zorg wel als mogelijke verklarende factor dienen voor eventuele discrepanties tussen efficacy en effectiviteit van zorg.

4.2 Criteria voor 'dure ziekten'

De keuze voor een criterium om 'dure ziekten' toe te voegen was minder gecompliceerd dan bij 'vermijdbare (gevolgen van) ziekten'. Er werd gekozen voor het 1%-criterium: het aandeel van de betreffende ziekte of aandoening in de totale kosten van zorg moet tenminste 1% bedragen. Als totale kosten van zorg werd uitgegaan van het FOZ-bedrag voor 1988 vanwege het onderzoek 'Kosten van ziekten in Nederland' (Koopmanschap et al., 1991). In dat jaar bedroegen de totale kosten van zorg 39,75 miljard gulden. Daarmee kwam de 1%-grens op 397,5 miljoen gulden. Van de in VTV-1993 geselecteerde (clusters van) ziekten en aandoeningen voldeden 10 ziekten aan dit criterium: verstan-

delijke handicap, gebitsafwijkingen, dementie, beroerte, coronaire hartziekten, schizofrenie, gewrichtsslijtage, CARA, suikerziekte en depressie in engere zin (Ruwaard & Kramers, 1993: 137).

Om na te gaan of op basis van dit aanvullende criterium ziekten en aandoeningen aan de selectie van VTV moesten worden toegevoegd, is geïnventariseerd bij welke van de door Koopmanschap c.s. onderscheiden (groepen van) diagnosen het aandeel in de totale kosten van zorg meer dan 1% bedroeg in 1988. Omdat binnen deze diagnosegroepen per ICD-hoofdgroep nogal wat clusters 'overige aandoeningen' voorkwamen, werd tevens nagegaan of deze clusters op klinisch relevante wijze én op grond van empirische data verder waren onder te verdelen. De aldus onderscheiden (groepen van) diagnosen werden - naast de selectie uit VTV-1993 - apart geanalyseerd bij de actualisering van het onderzoek 'Kosten van ziekten in Nederland'. Deze procedure leidde tot de volgende toevoegingen: decompensatio cordis, epilepsie, angststoornissen, dorsopathiën en heupfracturen. Toepassing van het 1%-criterium leidde 'slechts' tot een stijging van het aandeel in de totale kosten van zorg van 38,8 naar ongeveer 44%. Om na te gaan of een lager percentage dan 1% nog veel extra ziekten aan de selectie zou toevoegen, werd de zoekprocedure ook uitgevoerd voor ziekten en aandoeningen waarvan het aandeel in de totale kosten van zorg tenminste 0,5% bedroeg. Dit leverde nauwelijks een verdere stijging op van het aandeel van alle geselecteerde ziekten in de totale kosten van zorg. Bovendien nam de betrouwbaarheid van de kostenschattingen af doordat er steeds meer aannamen nodig zijn omtrent verdeelsleutels (het toedelen van de kosten aan specifieke diagnose(groepen)). Derhalve werd de grenswaarde van het criterium bepaald op 1%.

Een nadeel van de gekozen aanpak was dat het criterium 'dure ziekten' niet onafhankelijk was van de epidemiologische criteria uit VTV-1993. 'Dure' ziekten waren bij de bovenomschreven aanpak ziekten, waarbij het product van het aantal patiënten in zorg en de (gemiddelde) kosten per patiënt boven de gekozen grenswaarde uitkwamen. Omdat het wegens gebrek aan gegevens problematisch was om zowel het aantal patiënten in zorg als de kosten per patiënt vast te stellen, werd gekozen voor deze 'top down'-aanpak. Ziekten die per patiënt hoge kosten met zich meebrengen bleven derhalve buiten beeld.

4.3 Samenvatting selectieprocedure en resultaat

Tabel 4.1 bevat de ziekten en aandoeningen die op basis van de gehanteerde criteria werden geselecteerd voor VTV-1997. In totaal ging het om 79 (clusters van) ziekten en aandoeningen:

- 44 (clusters van) ziekten uit het indicatorendeel van VTV-1993 op basis van het criterium 'hoge bijdrage aan mortaliteit en/of morbiditeit';
- 13 (clusters van) ziekten uit het determinantendeel van VTV-1993 (dit zijn ziekten die in VTV-1993 aan de orde kwamen bij een bepaalde determinant; zoals bijvoorbeeld de ziekte 'mazelen' die in VTV-1993 besproken werd in de paragraaf 'vaccinaties',
- 18 (clusters van) ziekten op basis van het aanvullende criterium 'vermijdbaarheid via preventie' en
- 5 (clusters van) ziekten op basis van het aanvullende criterium 'dure ziekten' (één hiervan is ook geselecteerd via het criterium 'vermijdbaarheid', namelijk heupfractuur)

Totaal zijn dus 79 ziekten geselecteerd, waarvan één nieuwe ziekte aan twee nieuwe criteria voldeed. In *tabel 4.1* is aangegeven aan welke criteria elke ziekte voldeed. De vijf criteria voor mortaliteit en de vier criteria voor morbiditeit zijn samengevat (*zie tabel 3.1*): een ziekte die voldeed aan tenminste één van de 'subcriteria' voor mortaliteit, resp. morbiditeit kreeg één score.

De wijze van samenvoegen van ziekten en aandoeningen tot clusters kon bepalend zijn voor het voldoen aan de kwantitatieve criteria (d.w.z. het bereiken van de 1% of 2%-grens). De Gezondheidsraad heeft hier ook op gewezen (Gezondheidsraad, 1994). In VTV-1993 werd als algemene regel gehanteerd dat alleen ziekten werden geclusterd indien sprake was van een gemeenschappelijke etiologie (bijv. coronaire hartziekten). Uitzonderingen hierop zijn gemaakt in overleg met deskundigen (bijv. gezondheidsproblemen bij op tijd geboren). In *tabel 4.1* is aangegeven waar het om clusters van ziekten gaat (noot c).

De psychische ziekten en aandoeningen kwamen bij de gevolgde selectieprocedure nog niet voldoende naar voren. Zowel in de Preventiegids als het project Prioriteiten in Preventie-Onderzoek

zijn deze grotendeels buiten beeld gebleven, terwijl in het onderzoek 'Kosten van ziekten in Nederland' de psychische aandoeningen voor een groot deel zijn ondergebracht in het cluster 'overige psychische stoornissen' (alleen dementie, zwakzinnigheid en neurotische stoornissen zijn apart onderscheiden). Toch zijn aldus de meeste as-1 stoornissen uit de DSM geselecteerd, er vanuit gaande dat stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden, onder 'psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen' besproken worden. Ziekten die niet in VTV besproken worden, zijn de bipolaire stoornissen, nagebootste stoornissen, seksuele en gedragsidentiteitsstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing en aanpassingsstoornissen.

Tabel 4.1: Selectie van ziekten en aandoeningen voor VTV-1997

Ziekte/aandoening	Mortaliteit	Morbiditeit	Primaire preventie ^a	Secundaire preventie ^a	Dure ziekte
<i>Indicatoren-deel VTV-1993</i>					
infecties maagdarmkanaal		x	x		
meningitis	x		x		
HIV/AIDS	x		x		
sepsis	x		x		
SOA ^{b, c}			x	x	
slokdarmkanker	x		x		
maagkanker	x		x		
dikke darm- en endeldarmkanker	x		x		
longkanker	x	x	x		
borstkanker	x			x	
prostaatkanker	x				
non-Hodgkin lymfomen	x				
suikerziekte	x	x	x		x
dementie	x	x			x
schizofrenie ^b					x
depressie		x	x		x
verstandelijke handicap/zwakzinnigheid ^b - Down syndroom	x			x	x
verslavingsziekten ^c - alcoholverslavingssyndroom	x		x		
psych. probl. kind. en jeugd. ^{b, c}					
ziekte van Parkinson	x	x			
multiple sclerose		x			
gezichtsstoornissen ^c - staar		x			
gehoorstoornissen ^c - slechthorendheid		x	x		
coronaire hartziekten	x	x	x		x
beroerte	x	x	x		x
CARA	x	x	x		x
verkoudheid, ontst. bijholten, ontst. amandelen		x			
longontsteking, acute bronchi(oli)tis	x	x	x		
influenza		x	x		
zweren maag en 12-ving. darm ^c			x		
inflammatoire darmziekten ^c - colitis ulcerosa		x			

Ziekte/aandoening	Mortaliteit	Morbiditeit	Primaire preventie ^a	Secundaire preventie ^a	Dure ziekte
gebitsafwijkingen ^{b, c}			x	x	x
acute urineweginfecties		x	x		
constitutioneel eczeem		x			
contacteczeem		x	x		
gewrichtsontsteking	x	x			
gewrichtsslijtage		x	x		x
osteoporose			x		
aangeb. afwijkingen van het centraal zenuwstelsel	x		x	x	
aangeb. afw. hartvaatstelsel	x				
vroeggeboorten ^c					
gezondheidsprobl. bij op tijd geboren ^c					
- laag geboortegewicht	x				
- respirat. perinat. aand.	x				
ongevalsletsels en vergiftigingen ^c	x		x		
- verkeersongevallen	x		x		
- verdrinking	x		x		
- suïcide		x	x		
- ongevallen in de privé-sfeer					
<i>Determinanten-deel VTV-1993</i>					
tuberculose			x	x	
difterie			x		
kinkhoest			x		
tetanus			x		
poliomyelitis			x		
mazelen			x		
rodehond (rubella)			x		
bof			x		
baarmoederhalskanker			x		
cong. hypothyreoidie (CHT)			x		
fenylketonurie (PKU)			x		
Rhesus-antagonisme			x		
importziekten ^d			x		
<i>Toevoegingen op basis van criterium 'vermijdbaarheid via preventie' ^e</i>					
toxoplasmose			x		
huidkanker (incl. melanoom)			x	x	
alvleesklierkanker			x		
strottehoofdkanker			x		
vaginakanker				x	
retinoblastoom			x		
taaislijmziekte				x	
cong. adrenale hyperplasie				x	
bloedarmoede door ijzergebrek			x		
sikkelcelziekte/thalassemie			x		
post-traumat. stress-stoornissen				x	
amblyopie (lui oog) en strabismus (scheelzien)				x	
aneurysma van de aorta			x	x	

Ziekte/aandoening	Mortaliteit	Morbiditeit	Primaire preventie ^a	Secundaire preventie ^a	Dure ziekte
niet-ingedaalde testes				x	
cong. heupluxatie				x	
hemorragische ziekte pasgeborene			x		
wiegendood			x		
heupfractuur ^{f, g}			x		x
<i>Toevoegingen op basis van criterium 'dure ziekte'</i>					
angststoornissen ^g					x
epilepsie ^g		x			x
decompensatio cordis ^g			x		x
dorsopathieën ^g			x		x

^a reeds behaalde of nog te behalen gezondheidswinst met bestaande preventiemogelijkheden

^b toegevoegd omdat deze ziekte/aandoening niet goed uit de gebruikte bronnen naar voren komt

^c cluster geselecteerd in overleg met auteur(s)

^d in de paragraaf 'Reizen en importziekten' (p. 597-599 van VTV-1993) komen aan de orde: bacillaire dysenterie, buiktyfus, cholera, dengue, hepatitis A, hepatitis B, legionellose, lepra, leptospirose, malaria, paratyfus en tuberculose; buiktyfus, hepatitis A en malaria worden ook genoemd in de Preventiegids en/of in het project 'Prioriteiten in Preventie-onderzoek'

^e bronnen: Preventiegids en project 'Prioriteiten in Preventie-onderzoek'

^f ook toegevoegd op basis van criterium 'dure ziekte'

^g bijdrage aan mortaliteit en morbiditeit wordt alsnog geanalyseerd; epilepsie voldoet aan criterium morbiditeit (analyse al uitgevoerd)

4.4 Inperking van het aantal geselecteerde ziekten en aandoeningen

De lijst van 79 ziekten en aandoeningen die via de hiervoor beschreven procedure als 'VTV-brede' selectie voor VTV-1997 naar voren kwam, was te omvangrijk om in elk thema (VTV-1997 was onderverdeeld in 7 thema's) volledig aan bod te laten komen. Daarom werd een procedure ontwikkeld om dit aantal in te perken. Hierbij stond voorop dat de subset van ziekten en aandoeningen die uit deze inperking resulteert optimaal geschikt moest zijn voor de integratie van de thema's. Daarvoor kwamen ziekten en aandoeningen in aanmerking die voldeden aan zo veel mogelijk van de gehanteerde criteria voor de 'VTV-brede' selectie (bijdrage aan mortaliteit, bijdrage aan morbiditeit, vermijdbaar via primaire preventie, vermijdbaar via secundaire preventie en dure ziekte). Wanneer elk van de criteria even zwaar gewogen werd ('neutrale wegingsvariant') kwamen 16 ziekten en aandoeningen naar voren: suikerziekte, coronaire hartziekten, beroerte, CARA, dementie, verstandelijke handicap (incl. Syndroom van Down), depressie, decompensatio cordis, gebitsafwijkingen, gewrichtsslijtage, longkanker, epilepsie, longontsteking/acute bronchi(oli)tis, dorsopathieën, heupfracturen en aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel.

Vervolgens vond er een weging plaats waarbij een extra gewicht werd toegekend aan de ziekten die voldeden aan de epidemiologische criteria (bijdrage aan mortaliteit en/of morbiditeit). Wil men speciaal aandacht besteden aan de ziekten en aandoeningen die een grote ziekte- en sterftelast met zich brengen dan zouden de 16 ziekten uit deze 'epidemiologische wegingvariant' het uitgangspunt hebben kunnen vormen. Vergeleken met de 'neutrale wegingvariant' zouden er dan twee ziekten afvallen (dorsopathieën en heupfracturen), terwijl er twee ziekten toegevoegd zouden worden (ziekte van Parkinson en reumatoïde artritis).

Een derde wegingvariant werd gebaseerd op een extra gewicht voor ziekten en aandoeningen die toegankelijk zijn voor primaire en/of secundaire preventie. De 'wegingvariant preventie' resul-

teerde in een selectie van 19 ziekten en aandoeningen: TBC, SOA, huidkanker en aneurysma van de aorta werden toegevoegd ten opzichte van de neutrale variant, terwijl epilepsie afviel.

Tenslotte is een 'wegingvariant kosten van zorg' uitgewerkt. Hierbij werd een extra gewicht toegekend aan ziekten die voldeden aan het criterium 'dure ziekte'. Hier werden 14 ziekten en aandoeningen geselecteerd. Ten opzichte van de neutrale variant werden schizofrenie en angststoornissen toegevoegd, terwijl longkanker, longontsteking/acute bronchi(oli)tis en aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel afvielen.

In de vier wegingvarianten tezamen werden in totaal 24 ziekten en aandoeningen geselecteerd. Van deze 24 ziekten en aandoeningen kwamen er 10 in alle vier wegingvarianten voor: suikerziekte, coronaire hartziekten, hartdecompensatie, beroerte, CARA, dementie, verstandelijke handicap (incl. Syndroom van Down), depressie, gebitsafwijkingen en gewrichtsslijtage. Deze subset van 10 ziekten uit de totale selectie van 79 ziekten en aandoeningen zou zo veel mogelijk in elk van de VTV-thema's aan de orde komen. Hiermee werd een maximale integratie van invalshoeken nagestreefd. Nadrukkelijk werd gesteld dat met deze wegingsvarianten geen inhoudelijke prioriteitenstelling plaatsvond.

Het uitgangspunt voor elk van de zeven thema's was meestal een veel grotere set van ziekten dan de 10 die uit de wegingsvarianten kwamen. In thema 1 werden de 44 ziekten die in VTV-1993 geselecteerd waren als uitgangspunt gekozen. Hieraan werden alle ziekten toegevoegd die geselecteerd werden op basis van één of meer van de hiervoor beschreven wegingsvarianten. Het aantal toegevoegde ziekten was 8, waarmee het totaal aantal voor thema 1 geselecteerde ziekten kwam op 52. Op basis van de Nota 'Gezond en Wel' werden nog twee ziekten/indicatoren toegevoegd: complicaties van meerlingzwangerschap en gezondheidsklachten (Maas & Gijsen, 1995). Alle andere in de Nota beschreven ziekten en indicatoren maakten al deel uit van de VTV-selectie. Om verschillende redenen zijn beide onderwerpen in VTV-1997 niet verder uitgewerkt. Voor de thema's 2, 3, 6 en 7 was de set van 52 ziekten ook het uitgangspunt. In thema 4 (Effecten van preventie) was het uitgangspunt niet de ziekten maar de verschillende aspecten van preventie (werkzaamheid, doeltreffendheid, discrepantie tussen in de praktijk behaalde winst ten opzichte van de werkzaamheid, en de mogelijk nog te behalen gezondheidswinst). Daarbij kwamen logischerwijs de ziekten aan de orde die geselecteerd waren op basis van het criterium met betrekking tot preventie. De volgende ziekten uit de selectie van 10 werden in thema 4 *niet* behandeld: suikerziekte, dementie en artrose. In thema 5 (Effecten van zorg) werd een selectie van 10 ziekten gekozen omdat 52 te veel was om in detail te bespreken. Bij de keuze van de tien ziekten was allereerst de bijdrage aan de morbiditeit, mortaliteit en kosten van belang. Ook een vertegenwoordiging van verschillende ICD-hoofdgroepen (zoals uit de groep infectieziekten, kanker, psychische stoornissen en hart- en vaatziekten) werd nagestreefd, zodat ook verschillende typen zorginterventies (medicamenteus, chirurgisch, fysiotherapeutisch, psychologisch) in beeld kwamen. De volgende ziekten uit de selectie van 10 werden in thema 5 *niet* behandeld: dementie, verstandelijke handicap, beroerte en gebitsafwijkingen.

5. Selecties van ziekten in volksgezondheidsadviezen, andere studies en verkenningen

Behalve de VTV-selectie nog eens nader aan een beschouwing te onderwerpen, kan het ook verhelderend zijn selecties die voor andere doelen gemaakt zijn, te bestuderen. Hierbij valt te denken aan het Advies Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek van RGO (1991), de Verkenning naar Prioriteiten voor het Gezondheidsonderzoek van de RGO en OCV (1996) en het Prioriteiten in Preventieonderzoek van IMGZ en TNO-PG (1996). Afstemming op het programma van ZON is ook te overwegen. Ook kan gebruik gemaakt worden van het rapport 'Selectie van ziekten ten behoeve van enquêtes' van TNO-PG (1994). Verder is afstemming op andere belangrijke Nederlandse onderzoeksprojecten gewenst, bijv. op de Kosten van Ziekten Studie van IMGZ (1997). Mogelijk biedt het regeerakkoord nog nieuwe gezichtspunten. Nagegaan moet worden of epidemiologische overzichten van brede ziektegroepen aanknopingspunten bezitten. Te denken valt hierbij aan het TNO-rapport 'Reuma in Nederland: de cijfers' (1997) en het rapport 'Psychische stoornissen in de bevolking' van de RUG (1998). Tenslotte kan nagegaan worden welke selecties buitenlandse volksgezondheidsverkenningen hanteren.

5.1 Omvangrijke Nederlandse adviezen en studies

In deze paragraaf komen adviezen en studies aan bod die elk een groot aantal ziekten als uitgangspunt hebben. Vaak hebben ze zelfs betrekking op de gehele ICD.

5.1.1 RGO-advies Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek (1991)

In dit al wat ouder advies (1991) heeft de RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek) een aantal chronische ziekten geselecteerd en is nagegaan welk onderzoek prioriteit zou moeten krijgen. Daarbij ging het om strategisch onderzoek, onderzoek gericht op diagnostiek en behandeling, epidemiologisch onderzoek en onderzoek gericht op zorg, opvang en begeleiding. RGO heeft zes groepen van ziekten geselecteerd op basis van drie criteria: *hoge prevalentie* in Nederland, *hoge ziektelast* voor de betrokken patiënten en *belangrijke consequenties voor de samenleving*. Hoe de Raad tot de betreffende selectie kwam, is niet beschreven. De zes ziektegroepen zijn:

- neurologische en psychiatrische aandoeningen
- chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat
- hart- en vaatziekten
- kanker
- CARA
- diabetes mellitus

Gesteld wordt dat andere aandoeningen, met name chronische nierziekten, darm- en leverstoornissen en incontinentie voor de betrokkenen evenzeer belastend kunnen zijn en intensieve aandacht verdienen. Binnen de zes genoemde ziektegroepen worden de volgende ziekten gespecificeerd (ziekten die niet of slechts summier in VTV-1997 aan de orde kwamen zijn onderstreept):

Neurologische aandoeningen

- multiple sclerose
- CVA
- neuromusculaire aandoeningen
- ziekte van Parkinson
- epilepsie

- cerebrale parese
- migraine

Psychiatrische aandoeningen

- angststoornissen (w.o. PTSS)
- affectieve stoornissen
- dementieel syndroom

- schizofrenie
- somatisatie
- verstandelijke handicap
- autisme
- verslavingsziekten

Chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat

- gewrichtsontstekingen

Hart- en vaatziekten

- atherosclerose

- pompfunctie- en ritmestor-
nissen
- chronisch veneus vaatlijden

Kanker

CARA

Diabetes mellitus

- type 1, type 2

5.1.2 Verkenning naar Prioriteiten voor het Gezondheidsonderzoek van de RGO en OCV (1996)

De werkgroep die deze verkenning uitvoerde, had tot doel het gehele gebied van gezondheidsonderzoek in kaart te brengen en aan te geven voor welke thema's wetenschappelijk onderzoek met voorrang gestimuleerd zou moeten worden. Het uitgangspunt was dat het vraagstukken zou betreffen die van belang zijn voor de *volksgezondheid* en waarbij een *discrepantie* bestond tussen de vraag naar en het aanbod van wetenschappelijk onderzoek. Voor VTV is vooral het eerste aspect van belang. Helaas zijn geen aparte analyses gedaan voor beide aspecten. De RGO/OCV-werkgroep (Raad voor Gezondheidsonderzoek/Overleg Commissie Verkenningen) ging bij haar verkenning uit van een lijst met 142 thema's, waaraan later nog eens 48 thema's werden toegevoegd. De thema's betroffen ICD-aandoeningen en vraagstukken op het gebied van de preventie, cure en care. Geraadpleegd werden 99 inhoudsdeskundigen (2 tot 11 per thema) in een schriftelijke ronde, 14 breed georiënteerde personen in een selectie-workshop en 40 personen in een strategische conferentie. In de prioriteitenstelling die uit die drie ronden naar voren kwam, heeft de RGO/OCV-werkgroep tenslotte nog enkele wijzigingen tot stand gebracht. In *tabel 5.1* is de uiteindelijke selectie weergegeven, met een indeling in aandachtsgebieden en een korte toelichting.

Tabel 5.1: Selectie van ziekten en thema's door de RGO/OCV met een indeling in aandachtsgebieden.

Thema	VTV-1997 ^a	Aandachtsgebied ^b	Toelichting (m.b.t. morbiditeit en gevolgen voor patiënt en maatschappij) ^c
<i>Hoogste prioriteit</i>			
dementie	z	zorg	sterk verminderde KvL, ook van partners en familie; groot beslag op zorg
schizofrenie	z	dia/beh	vroege onset; langdurige afhankelijkheid; afnemende KvL; groot beslag op zorg
depressie	z	dia/beh	langdurige aanvallen; vaak functionele beperkingen; verminderde KvL; suïcide
verslaving	z	dia/beh	sterk recidiverend; arbeidsongeschiktheid; maatschappelijke overlast; oversterfte
psychische problemen kinderen en jeugdigen	z	dia/beh	prevalentie waarsch. onderschat; vroege herkenning van groot belang; gevolgen: agressief/asociaal gedrag, belasting ouders/leerkrachten/zorg, kans op blijvende schade
multiple sclerose	z	dia/beh	vroege onset; sterke aantasting KvL
slechthorendheid	z	zorg	hoge prevalentie ouderen; isolatie ouderen; sterke afname KvL; toenemende prevalentie
hartfalen	z	zorg	belangrijke oorzaak morbiditeit ouderen; vaak herhaalde ziekenhuisopname nodig; stijgende prevalentie
cerebrovasculair accident	z	zorg	ernstig; veroorzaakt verlamming en afasie; groot beslag op zorg
chronische inflammatoire darmziekten	z	dia/beh	hoge ziektelast; vroege onset
incontinentie	-	zorg	hoge prevalentie; hoge kosten; verminderde KvL, sociale vereenzaming, toegenomen zorgvraag; reden opname in verpleeghuis
decubitus	-	dia/beh	zeer veel pijn en leed
aangeboren afwijkingen (incl. problemen volwassen leeftijd)	z/-	dia/beh	diverse oorzaken en gevolgen (o.a. spasticiteit, doofheid, blindheid, mentale retardatie, vroeggeboorte); levenslang zorgbeslag

Thema	VTV-1997 ^a	Aandachtsgebied ^b	Toelichting (m.b.t. morbiditeit en gevolgen voor patiënt en maatschappij) ^c
communicatiebeperkingen (incl. taalstoornissen)	-	dia/beh	bedreiging voor persoonlijk functioneren; grote psychische belasting; veel psychisch-reactieve verschijnselen. O.a. dyslexie.
chronische pijn (+ evt. chronisch moeheid-syndroom)	-	dia/beh	=geen organische afwijking (meer) aantoonbaar; hoge prevalentie; grote zorgvraag; dreigende overbehandeling
endocriene aspecten van veroudering	-	zorg	heeft te maken met HVZ en osteoporose bij oudere vrouwen; spierzwakte en accidentele val bij oudere mannen
comorbiditeit	I	zorg	toename prevalentie; mogelijke interacties geneesmiddelen; patiënten zien veel verschillende artsen; gebrekkige coördinatie en fragmentatie van zorg
gevolgen van resistentie (incl. ziekenhuis-infecties)	d	dia/beh	probleem in buitenland; kans op problemen in Nederland neemt toe
somatisatie en beleving van gezondheid	-	dia/beh auto	=frequent presenteren van lichamelijke klachten aan ghz, zonder lichamelijk substraat; prevalentie hoog; ingewikkelde interactie lichaam-geest-cultuur;
de patiënt als actor in de zorg	-	auto	
thuiszorgtechnologie	-	auto	
innovatieve preventie	IV	prev	
effectiviteit en doelmatigheid preventie	IV	prev	
implementatie aspecten preventie	IV	prev	
determinanten van ongezondheid (incl. doelgroepen/subpopulaties)	d	prev	
genetische dispositie	d	prev	
evaluatieonderzoek medisch handelen (MTA)	V	kwa/doel	
analyse medische besluitvorming m.b.t. diagnostiek	V	kwa/doel	
kwaliteit van zorg/ketenbewaking	V	kwa/doel	
geneesmiddelen	d, V	kwa/doel	
strategieën ter verandering vh gedrag van de beroepsbeoefenaren	-	kwa/doel	
<i>Hoge prioriteit</i>			
hemato-oncologie	z/-	dia/beh	=leukemie en maligne lymfomen; vroege onset; veel verloren levensjaren
diabetes mellitus	z	zorg	incidentie neemt toe; late complicaties zijn zeer ernstig
eet- en voedingsstoornissen, obesitas	d/-	dia/beh	=vnl. obesitas als determinant van HVZ
maculadegeneratie	z	zorg	hoog frequente oorzaak van ernstige slechtziendheid op hogere leeftijd; toenemende abs. prevalentie
diabetische retinopathie	z	dia/beh	belangrijkste oorzaak van slechtziendheid beneden 65 jr.
persisterende otitis media	-	dia/beh	-
COPD	z	zorg	hoge prevalentie; veel ziekteverzuim, hospitalisatie en invaliditeit;
chronische leverziekten	-	dia/beh	=chronische virale hepatiden en alcoholische levercirrose; verminderde KvL; verhoogde sterfte
psoriasis	-	dia/beh	moeilijk te behandelen; levenslange aandoening; verminderde KvL; hoge zorgvraag
chron. gewrichtsontsteking en bindweefselziekten	z/-	dia/beh	RA: sterk invaliderend en hoge beslag op zorg; SLE: afnemende KvL, vroege onset, verlies levensjaren, groot beslag op zorg
chronische nierfunctiestoornissen en gevolgen van nierfunctievervangende behandeling	-	dia/beh	veel vragen open over preventie, progressie en behandeling
vroegeboorte	z	dia/beh	hoge incidentie; therapeutisch slecht te beïnvloeden; veel complicaties; hoog beslag op zorg; aantasting KvL

Thema	VTV-1997 ^a	Aandachtsgebied ^b	Toelichting (m.b.t. morbiditeit en gevolgen voor patiënt en maatschappij) ^c
beperkingen lichaamsbeheersing, voortbewegen en activiteiten van het dagelijkse leven	I	zorg	=aantasting van de zelfstandige mobiliteit; negatieve gevolgen voor KvL (afhankelijkheid)
contextwerking (placebofenomeen) in de gezondheidszorg	-	dia/beh	
gevolgen van verandering opbouw beroepsgroepen	?	kwa/doel	
relatie zorgvraag/zorgaanbod	VI	kwa/doel	
continuïteit van zorg	V	kwa/doel	
substitutie en samenhang zorg	-	kwa/doel	

^a plaats in VTV-1997: z=ziektebijdrage; d=determinantbijdrage; i=indicatorbijdrage; IV-VI=thema's IV-VI; -=niet behandeld in VTV

^b door de werkgroep gedefiniëerde aandachtsvelden:
 dia/beh=verruiming van de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling;
 zorg=adequate zorg bij ouderdomsziekten en -beperkingen;
 prev=primaire en secundaire preventie;
 kwa/doel=kwiteit en doelmatigheid van zorg;
 auto=bevordering van autonomie en zelfredzaamheid (zorg op maat).

^c alleen ingevuld voor gezondheidsproblemen

Van de ca. 190 thema's werden door de RGO/OCV-werkgroep vele niet geselecteerd. Het kon gaan om thema's die wel belangrijk werden gevonden, maar waarvoor onderzoek geen belangrijke bijdrage kan leveren aan de oplossing of waarbij vraag en aanbod al voldoende op elkaar zijn afgestemd. Helaas zijn uit het rapport de precieze redenen niet af te leiden. De wel geselecteerde thema's zijn in ieder geval belangrijke volksgezondheidsproblemen.

5.1.3 Prioriteiten in preventie onderzoek (1995)

Voor dit project is (iMGZ-EUR/TNO-PG) een lijst opgesteld van 83 (groepen van) gezondheidsproblemen en 14 (groepen van) determinanten van gezondheidsproblemen. Deze problemen zijn afgeleid van de ongeveer 2.000 ICD-10 codes. Nagegaan werd van welke van deze in de ICD-10 genoemde problemen er op dit moment preventieve mogelijkheden beschikbaar zijn of er op middellange termijn kunnen worden verwacht. Hoe men vervolgens op de 97 onderwerpen kwam, is niet beschreven. Door externe deskundigen zijn deze problemen vervolgens beoordeeld. Doel was een prioriteitenlijst op te stellen. Eén van de criteria daarbij was de bijdrage aan de volksgezondheid. Daartoe werden enkele belangrijke parameters van sterfte (verloren levensjaren voor de hele populatie en verloren levensjaren per voorkoombaar sterftegeval) en zorggebruik (verpleegdagen in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen) bij elkaar gepresenteerd (bijlage B3.1 van het rapport Prioriteiten in preventie onderzoek). Soms zijn prevalentie- en incidentiecijfers gebruikt. Gegevens uit huisartsen- en polikliniekregistraties zijn niet gebruikt, omdat zij "zich daartoe minder lenen en geen extra bijdrage leveren aan het inzicht in het belang van een gezondheidsprobleem" (citaat). De ernst van gezondheidsproblemen is verder nog ingeschat aan de hand van de ernststadia die de CMR-Nijmegen hanteert (1=zeer ernstig, evt. leidend tot de dood; 2=ernstig, maar niet dodelijk; 3=minder ernstig; 4=niet in te delen). Bij aandoeningen als gehoorverlies is sterfte of aantal verpleegdagen geen goede maat. Daarbij worden dan ook prevalentie en ernst beschreven. Uiteindelijk kwam men tot 149 onderzoeksaanbevelingen waarvan er 34 een hoge prioriteit kregen.

Hieronder zijn de aandoeningen weergegeven die niet in thema 1 van VTV-1997 maar wel in de lijst van 83 gezondheidsproblemen van PPO zijn opgenomen. Onderstreept zijn de problemen die een hoge onderzoeksprioriteit kregen.

Infectieziekten

- buiktyphus (in VTV onder de determinant reizen en importziekten)
- RVP-ziekten (in VTV onder de determinant vaccinatie)
- herpes simplex
- prionziekten
- waterpokken en gordelroos
- hepatitis A
- hepatitis B
- cytomegalie
- malaria (in VTV onder de determinant reizen en importziekten)
- toxoplasmose

Kwaadaardige nieuwvormingen

- pancreaskanker
- larynxkanker
- clearcellcarcinoom vagina
- baarmoederhalskanker
- endometrium- en ovariumkanker
- retinoblastoom

Bloedziekten e.d.

- ijzergebreksanemie
- erfelijke hemolytische anemieën

Endocriene ziekten e.d.

- jodiumgebrek
- congenitale hypothyreoïdie
- congenitale adrenale hyperplasie
- obesitas (in VTV determinant)
- fenylketonurie
- vetstofwisselingsstoornissen (i.h.b. fam. hypercholesterolemie)
- taaislijmziekte

Psychische en gedragsstoornissen

- PTSS (in VTV onder neurotische stoornissen)

- somatisatie (in VTV onder neurotische stoornissen)
- gedragsstoornis (in VTV deels bij psychische problemen jeugdigen)

Oogziekten

- Strabismus en amblyopie

Hart- en vaatziekten

- hypertensie en gevolgen (in VTV determinant)

Huidziekten

- *acute en chronische huidveranderingen door zonlicht (in VTV deels onder huidkanker)*

Ziekten van het bewegingsapparaat

- houdingsafwijkingen

Urogenitale ziekten

- (peri)menopauzale stoornissen (i.h.b. incontinentie)

Zwangerschap, bevalling en kraambed

- zwangerschapshypertensie
- zwangerschapsdiabetes
- complicaties van weeënactiviteit en bevalling

Perinatale aandoeningen

- hemorragische ziekte vd pasgeborene

Congenitale en chromosomale afwijkingen

- niet-ingedaalde testis
- congenitale heupdysplasie
- fragiele X-syndroom

Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden

- wiegendood

Determinanten

- psychische arbeidsongeschiktheid

Toegevoegd in de lijst van 34 onderzoeksaanbevelingen zijn nog: eetstoornissen (onduidelijk wat precies bedoeld wordt) en incontinentie.

VTV-onderwerpen die niet in het PPO-onderzoek genoemd zijn, zijn sepsis, slokdarmkanker, non-Hodgkin lymfomen, schizofrenie, angststoornissen, dissociatieve stoornissen, middelenaafhankelijkheid (wel alcohol- en drugsgebruik), verstandelijke handicap (wel Down- en fragiele X-syndroom), psychische problematiek bij jeugdigen (wel gedragsstoornis), ziekte van Parkinson, multiple sclerose, epilepsie, hartfalen, bovenste luchtweginfecties, inflammatoire darmziekten, acute urineweginfecties, constitutioneel eczeem, contact-eczeem, aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel, vroeggeboorten en gezondheidsproblemen bij op tijd geboren.

5.1.4 ZON-programma 1998-2002

Prioriteiten voor het ZON-programma zijn afgeleid van de Nota Gezond en Wel, het RGO-advies Prioriteiten voor Preventieonderzoek en het RVZ-advies Preventie en ouderen. Nadrukkelijk wordt gesteld dat onderwerpen waarvoor reeds geschikte preventiemethoden beschikbaar zijn of waarover elders reeds het benodigde onderzoek wordt uitgevoerd, voor ZON geen prioriteit zijn. Prioriteiten uit

de Nota Gezond en Wel zijn reeds in VTV-1997 uitgewerkt. Het RGO-advies Prioriteiten voor Preventieonderzoek is hiervoor reeds beschreven. De RVZ heeft de 20 meest belangrijke gezondheidsproblemen bij ouderen die zich lenen voor preventie bij elkaar gebracht. De aanbevelingen die daaruit voortvloeiden hebben betrekking op stimulering en verdere ontwikkeling van nieuwe preventieactiviteiten, verbetering van de implementatie, stimulering van wetenschappelijk onderzoek en bevordering van de samenhang in preventie. Gezondheidsproblemen die hierbij zijn genoemd, zijn:

- mobiliteit, zelfzorg, zelfredzaamheid en veiligheid (stimulering van de ontwikkeling van nieuwe preventieactiviteiten)
- depressie, dementie (verdere ontwikkeling van bestaande preventieactiviteiten)
- influenza, borstkanker, baarmoederhalskanker, NIDDM, HVZ, osteoporose, gehoorproblemen, visusproblemen (verbetering van de implementatie van preventieprogramma's)
- psychische problemen van ouderen (stimulering van wetenschappelijk onderzoek, gericht op preventie van deze problemen)

Daarnaast wordt het belangrijk gevonden de samenhang tussen nationale en lokale/regionale programma's te bevorderen en speciaal aandacht te besteden aan 'zorg in een multiculturele samenleving', waaronder de allochtone jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang (waarbij aandacht voor specifieke doelgroepen in de zorg (bestrijding seksueel geweld; zorg voor allochtonen)) en preventie in de ggz. Op basis van deze adviezen en opdrachten, stelde ZON een prioriteitenlijst op. Hieronder zijn de gezondheidsproblemen waarop de prioriteiten betrekking hebben, gepresenteerd. Dit is gedaan per deelprogramma.

Innovatief preventieonderzoek (deelprogramma 1):

- resistentie van micro-organismen
- familiäre ziekten, zoals vormen van kanker (dikke-darm- en borstkanker)
- vormen van kanker met een hoge prevalentie/incidentie die niet van buitenaf detecteerbaar zijn (ovarium- en pancreaskanker)
- atherosclerotische veranderingen
- psychische arbeidsongeschiktheid
- psychische problemen bij ouderen
- schizofrenie
- chronische luchtwegaandoeningen
- incontinentie
- gezondheid van alleenstaande zwangeren en moeders
- vroeggeboorte en perinatale sterfte bij kinderen van allochtone moeders
- wiegendood bij m.n. Turkse kinderen
- infectieziekten bij jonge allochtone kinderen
- erfelijke ziekten en metabole stoornissen bij allochtonen
- ongevallen
- seksueel geweld, m.n. bij migranten en jongens/mannen

Effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek (deelprogramma 2):

GGZ

- depressie
- depressie bij ouderen
- psychische arbeidsongeschiktheid
- post-traumatische stressstoornis
- gedragsstoornissen
- psychische morbiditeit i.h.a.
- somatisatie

GVO

- obesitas en eetstoornissen
- psychosociale problemen
- SOA/AIDS
- hypertensie
- ischemische hartziekten
- artrose
- veiligheid

Screening

- kanker
- gehoorstoornissen bij pasgeborenen
- erfelijke ziekten
- glaucoom
- houdingsafwijkingen
- psychische gezondheidsschade door kennis over eigen gezondheid

Overig

- infectieziekten in het RVP
- tuberculose
- meningokokkeninfectie
- ziekenhuisinfecties
- pneumokokkeninfectie bij ouderen
- NIDDM
- familiäre hypercholesterolemie
- perinatale sterfte bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst

Implementatieaspecten (deelprogramma 3)

- pneumokokkeninfectie
- arbeidsgebonden rugpijn
- syndroom van Down

Uitvoeringsprojecten (deelprogramma 4)

- mobiliteit, zelfredzaamheid, veiligheid bij ouderen
- depressie en dementie(syndroom) bij ouderen

- influenza, borstkanker, baarmoederhalskanker, NIDDM, HVZ, osteoporose, gehoorproblemen, visusproblemen en incontinentie bij ouderen
- seksueel geweld
- verslaving aan drugs, alcohol, roken en gokken
- anorexia
- sportblessure

Hoewel veel van deze onderwerpen al beschreven worden in VTV, ontbreekt over een aantal onderwerpen informatie in VTV. Mogelijk is echter niet voor alle onderwerpen een uitgebreide beschrijving in VTV noodzakelijk.

5.1.5 RGO-advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid (1999)

In dit recente advies worden aanbevelingen gedaan voor te stimuleren hoofdlijnen van onderzoek. Het advies is gebaseerd op bestudering van publicaties en consultering van diverse groepen en personen (cliënten- en patiëntenverenigingen, personen in het veld, onderzoekers, verschillende overlegorganen van hoogleraren, leden van de RGO-commissie).

RGO ordent al het onderzoek op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en volksgezondheid in Nederland in 4 invalshoeken:

1. stoornissen volgens **DSM**
2. **thema's**: epidemiologie, preventie, etiologie en pathogenese, diagnostiek, behandeling, begeleiding en rehabilitatie, systeem van zorg, kwaliteit van leven (incl. beperkingen en handicap)
3. **populaties**: kinderen en jeugdigen, ouderen, forensisch psychiatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten, patiënten op het overlapgebied van psychische en somatische aandoeningen, allochtonen, verslaafden, man/vrouw
4. **hulpverleningssettings**: preventie, eerste lijn, instellingen voor geestelijk gezondheidszorg, overige zorg (verpleeghuiszorg/psychogeriatric, jeugdhulpverlening), bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde, justitieel systeem.

Eén van de uitgangspunten van RGO om te prioriteren was de omvang van gezondheidsproblemen. Omvang werd als volgt geoperationaliseerd:

- prevalentie,
- maatschappelijke kosten, en
- maatschappelijke problematiek: arbeidsongeschiktheid, het lijden van betrokkenen, leed voor familie, duur van de problematiek, deelname aan maatschappelijk leven, stigmatisering, dak- en thuislozenproblematiek, delinquentie en geweld.

Op basis van dit criterium 'omvang' werden de volgende stoornissen geselecteerd:

- angststoornissen (incl. subklinische manifestaties)
- stemmingsstoornissen (incl. subklinische manifestaties)
- psychosen (niet alleen de schizofrene psychose, maar ook andere vormen van psychose)
- persoonlijkheids- en gedragsstoornissen die gepaard kunnen gaan met habitueel agressief gedrag
- verslaving
- dementie

Hieronder vallen ook surmenage, burnout en probleemgedrag of leerproblemen bij kinderen.

Enkele populaties dienen volgens RGO nadruk te krijgen: **kinderen en jeugdigen**, patiënten bij wie de stoornissen **chronisch** verlopen en **allochtonen**. Als belangrijke thema's werden genoemd **longitudinaal onderzoek** (naar beloop) en **MTA-en zorgonderzoek**. Belangrijke gebieden die buiten het advies vallen maar die wel belangrijk worden geacht, zijn **forensische psychiatrie**, **begeleiding**, **(arbeids)rehabilitatie** en de **patiënt als burger** en overlapgebied **psyche-soma** (comorbiditeit, somatisch gepresenteerde psychische stoornissen en somatoforme stoornissen).

5.1.6 Selectie van ziekten ten behoeve van enquêtes (1994)

TNO heeft onderzocht welke ziekten in aanmerking komen om opgenomen te worden in een enquête die inzicht moet geven in het optreden van ziekten en aandoeningen in de Nederlandse bevolking (Davidse et al., 1994). De uiteindelijke selectie en de stappen die gezet zijn om tot die selectie te komen worden hieronder kort beschreven.

TNO is in eerste instantie uitgegaan van het internationaal classificatiesysteem van ziekten (ICD-9). Omdat het classificatiesysteem te gedetailleerd is, werden in de eerste stap de ICD-codes gehergroepeerd. Daarna zijn die ziekten geselecteerd met een prevalentie van meer dan 0,5% in de totale bevolking. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van het NIVEL (1987/'88). Omdat de prevalentie in de huisartspraktijk over het algemeen wat lager is dan in de bevolking, is men uitgegaan van 0,4%. En omdat 3-maandsprevalenties, die de Nationale Studie hanteert, kleiner zijn dan puntprevalenties, heeft men als grens een 3-maandsprevalentie genomen van 0,2%. Ook heeft men apart de incidentie mee laten wegen in de selectie. Als grens heeft men een 3-maandsprevalentie van 0,1% gekozen. Omdat sommige ziekten vooral bij jeugdigen of ouderen voorkomen en in die groep personen een prevalentie van meer dan 0,5% kan zijn, maar in de totale bevolking een prevalentie van minder dan 0,5%, zijn aandoeningen die in de leeftijdsklassen 0-4, 5-14, 65-74 en 75+ jaar hoog scoorden op prevalentie of incidentie, toch opgenomen in de lijst van ziekten. Hierna bleven 160 aandoeningen over die onderzocht werden op ernst. Vier soorten informatie werden gehanteerd als maat voor de ernst, namelijk mortaliteit, ziekenhuisopnamen, arbeidsongeschiktheid en beperkingen. Deze informatie is op de volgende wijze gebruikt:

- mortaliteit: CBS-doodsoorzakenstatistiek 1980-1991; ziekten met minstens 0,5% van het totale aantal sterfgevallen (primaire doodsoorzaken)
- ziekenhuisopnamen: LMR-1993; ziekten met minstens 0,5% van het totale aantal verpleegdagen (hoofddiagnose)
- arbeidsongeschiktheid: WAO-instrede van het GAK juli 1989-juni 1990; ziekten met minimaal 0,5% van het totaal aantal nieuwe gevallen van arbeidsongeschiktheid
- beperkingen: panel-onderzoek binnen de divisie Collectieve Preventie van TNO-PG; ziekten met een hoge score; het panel gaf per ziekte een mate van ernst (variërend van 0 tot 5) en duur (variërend van 1 tot 3) van de beperking aan. Ernst en duur werden met elkaar vermenigvuldigd.

Van de 160 ziekten met een hoge prevalentie/incidentie bleken er 70 op één van de genoemde ernstmaten hoog te scoren (zie tabel 5.2).

TNO heeft ook onderzocht of de overgebleven aandoeningen valide te meten zijn. Onder valide wordt verstaan dat de mate waarin ziekten door middel van een enquête wordt gemeten, overeenstemt met het werkelijk voorkomen in de bevolking. Aangezien dit criterium niet van belang is voor de keuze van opname in de selectie van ziekten voor VTV, wordt hieraan verder geen aandacht besteed.

Tabel 5.2: Ziekten die door TNO geselecteerd zijn op het criterium prevalentie/incidentie. In de laatste kolom is aangegeven of de ziekten door TNO zijn geselecteerd op basis van het criterium ernst.

ICD-9 code	ziekte ^a	ernst ^b
001-009	darminfecties	
033	kinkhoest	
034.0,101, 463,462	angina	
034.1	roodvonk	
035	erysipelas	
052	waterpokken	
053	herpes zoster	
054 minus (054.1,54.3+054.72)	herpes simplex	
055	mazelen	
056	rubella	
057	overige virusxanthemen	
078.1	wratten veroorzaakt door virussen	
078.0	molluscum contagiosum	

ICD-9 code	ziekte ^a	ernst ^b
099.8 (A-56 ICD-10)	chlamydia trachomatis-infectie	
110	dermatofytosen	
112	candidiasis	
120-129	worminfecties	
132	pediculosis en phthirus besmetting	
153-154	kanker van de dikke darm	st vd bp
151-154	kanker van de maag en darmen (totaal)	st vd bp
140-159	kanker van de spijsverteringsorganen (totaal)	st vd bp
162	kanker van de trachea, bronchus en long	st vd bp
172-173	kanker van de huid	
174-175	borstkanker	st vd ao bp
185	prostaatkanker	st bp
179-189	kanker tractus urogenitalis (totaal)	st vd bp
210-229	benigne neoplasmata	vd
140-239	nieuwvormingen totaal	st vd ao bp
240-246	ziekten van de schildklier (normo, hypo en hyper)	
250	diabetes mellitus type 1 en 2	st vd ao bp
260-269	voedingsdeficienties	
272	vetstofwisselingsziekten	
274	jicht	bp
278	obesitas en andere vormen van overvoeding	
280-281,283-285	anemieën	
290,294.1,331.0-2	dementieën	st vd bp
291,303	stoornissen t.g.v. alcoholgebruik	bp
295	schizofrenie	bp
300.4,311	neurotische depressie	vd ao bp
300.0,300.2	angsttoestanden en fobieën	vd ao bp
300.1,300.7	hysterie en hypochondrie	vd bp
300.5	neurastenie en surmenage	vd ao
307.6	enuresis	
308,309	acute reactie op stress en aanpassingsreactie	ao
331.0	ziekte van Alzheimer	st vd bp
332	ziekte van Parkinson	st bp
345	epilepsie	vd bp
346	migraine	bp
350-359	aandoeningen van het perifere zenuwstelsel	
361-362	netvliesloslating en -aandoeningen	bp
365	glaucoom	bp
366	cataract	vd
367	refractieafwijkingen	
369	blindheid en slechthooftheid	bp
372	aandoeningen van de conjunctiva	
373-374	aandoeningen van de oogleden	
378	strabismus en overige stoornissen van de binoculaire oogbeweging	
380 excl. 380.4	aandoeningen uitwendige oor	
380.4	cerumen	
381-382	otitis media e.d.	
384,385,388	overige aandoeningen trommelvlies, middenoor en gehoororgaan (restgroep)	
386	duizeligheidssyndromen e.d.	bp
389	doofheid en gehoorverlies	bp
401,405	hypertensie	st ao
410	myocardinfarct	st vd bp
412	oud myocardinfarct	
413	angina pectoris	vd bp

ICD-9 code	ziekte ^a	ernst ^b
414	overige chronische ischemische hartaandoeningen	st vd ao bp
415.1	longembolie	bp
427	ritmestoornissen	st vd
428	decompensatio cordis	st vd bp
430-438	cva	st vd bp
440	atherosclerose	st
441-448	overige ziekten van arterien, arteriolen en capillairen (aneurysmata, syndroom Raynaud, arteriële embolie en trombose, polyarteriitis nodosa e.d.)	st vd bp
451	flebitis en tromboflebitis	
452-453	trombose	bp
454,456	varices	
455	hemorroiden	
458	hypotensie	
460	acute nasofaryngitis (verkoudheid)	
461	acute sinusitis	
462-465	overige bovenste luchtweginfecties	
466	acute bronchitis en bronchiolitis	
472-476	chronische bovenste luchtweginfecties	
477	allergische rhinitis	
480-486	pneumonie	st vd
487	influenza	
490-491	chronische bronchitis	st vd
492	emfyseem	st bp
493	astma bronchiale	bp
520	stoomissen van tandontwikkeling en -doorbraak	
521,0	tandcariës	
521 minus 521.0, 522, 523, 525	specifiek voor gingiva en tong	
528 minus 528.2	aandoeningen van gebit en steunweefsels overig ziekten van de weke delen van de mond, behalve 522,523,525	
528.2	aphten van de mond	
530	ziekten van de oesofagus	
531-534	ulcus ventriculi-duodeni en gastroejunalis	vd bp
535-537	overige aandoeningen maag en duodenum	
550	hernia inguinalis	vd
551.3,552,3,553,3	hernia diafragmatica	
555-556	ziekte van Crohn en colitis ulcerosa	bp
562	obstipatie	vd
564.0	darmdivertikels	
564.1	spastisch colon	
574-576	aandoeningen galblaas en -wegen	vd
584-588	nierinsufficiëntie	st bp
595	cystitis	
600	hyperplasie van de prostaat	vd
602-605,607-608	overige ziekten mannelijke geslachtsorganen	
610-611	aandoeningen mamma	
616	ontstekingen van cervix, vagina en vulva	
618	prolaps uteri/vaginae	
625	vrouwelijke geslachtsorganen: pijn en andere symptomen (dyspareunie, vaginisme, dysmenorroe, premenstruele spanningssyndromen e.d.)	
626	menstruatiestoomissen en overig abnormaal bloedverlies uit vrouwelijke geslachtsorganen	
627	aandoeningen menopauze en postmenopauze	
788.3	incontinentie voor urine	bp
680	furunkel en karbunkel	
681	lokale infecties van vingerteen	
684	impetigo	

ICD-9 code	ziekte ^a	ernst ^b
690	erythematosquameuze dermatosen (seborrhoeisch eczeem)	
691.0	luier dermatitis of eczeem	
691.8	overige atopische dermatitis (constitutioneel eczeem)	
692	contact dermatitis	ao
696	psoriasis	bp
698	pruritis, en verwante aandoeningen	
700	eelt en likdoorns	
703	nagelaandoeningen	
704	ziekten van haar en haarfollikels	
706.0-1	acne vulgaris	
706.2	atheroomcyste	
707	chronisch ulcus	vd
708	urticaria	
714	reumatoide artritis	vd ao bp
715	osteo-artrose	vd ao bp
717.7	retropatellaire chondropathie	bp
711-713,716,	overige artritis/artropathieën en verwante aandoeningen	bp
719	overige en niet gespecificeerde gewrichtsaandoeningen (vochtophoping, haemarthros, gewrichtspijn stijfheid overig, moeilijk lopen)	ao bp
721	spondylose	ao bp
723-724	overige rug- en nekdoeningen (spinale stenose, cervicalgie, lumbago ischias, cervicale en thoracale radiculitis, aandoeningen os coccygis e.d.)	vd ao bp
726.0-726.2	enthesopathieën e.d. van de schouder	ao bp
726.3	enthesopathieën e.d. van de elleboogstreek	ao bp
727.0	synovitis en tendovaginitis	
727.2-727.3	bursitiden	
727.1,727.4-727.9	overige aandoeningen van synoviale membraan en pezen (ganglion, peesruptuur en -contractuur e.d.)	
729	overige aandoeningen van weke delen (niet gespecificeerde myalgie, reuma, panniculitis, pijn in extremiteit e.d.)	ao
733.0	osteoporose (zonder fracturen)	
734-736	verworven misvormingen van extremiteiten	bp
737,738.4-738.5	idem wervelkolom	bp
754.3	congenitale heupluxatie	
813.4-817	fracturen van de hand en pols	
820	fracturen van de heup	st vd bp
836.0-836.2	meniscusscheur	
840-841	distorsie van schouder en arm	
842	distorsie van pols en hand	
844	distorsie van knie	
845	distorsie van enkel en voet	
850	commotio cerebri	
880-884	overige open wonden bovenste extremiteit	
890-894	overige open wonden onderste extremiteit (exclusief traumatische amputatie)	
910-924	oppervlakkige letsels	

^a Ongevallletsels zijn onderverdeeld naar locatie en niet naar uitwendige oorzaak zoals in VTV-1997

^b Indien een ziekte door TNO op basis van ernst werd geselecteerd, staat dat aangegeven:

st= geselecteerd op basis van sterfte

vd= geselecteerd op basis van verpleegdagen

ao= geselecteerd op basis van het aantal (nieuwe) arbeidsongeschikten

bp= geselecteerd op basis van het hebben van beperkingen

In tabel 5.3 is weergegeven welke ziekten wel door TNO zijn geselecteerd, maar niet beschreven zijn in VTV-1997.

Tabel 5.3: Ziekten door TNO geselecteerd en niet in VTV-1997.

ICD-9 code	ziekte ^a	ernst ^b
179-189	kanker tractus urogenitalis (totaal)	st vd bp
210-229	benigne neoplasmata	vd
274	jicht	bp
308,309	acute reactie op stress en aanpassingsreactie	ao
346	migraine	bp
386	duizeligheidssyndromen e.d.	bp
401,405	hypertensie (in VTV determinant)	st ao
415.1	longembolie	bp
427	ritmestoornissen	st vd
440	atherosclerose	st
441-448	overige ziekten van arterien, arteriolen en capillairen (aneurysmata, syndroom Raynaud, arteriële embolie en trombose, polyarteriitis nodosa e.d.)	st vd bp
452-453	trombose	bp
550	hernia inguinalis	vd
562	obstipatie	vd
574-576	aandoeningen galblaas en -wegen	vd
584-588	nierinsufficiëntie	st bp
600	hyperplasie van de prostaat	vd
788.3	incontinentie voor urine	bp
696	psoriasis	bp
707	chronisch ulcus	vd
717.7	retropatellaire chondropathie	bp
711-713,716,	overige artritis/artropathieën en verwante aandoeningen	bp
719	overige en niet gespecificeerde gewrichts-aandoeningen (vochtophoping, haemarthros, gewrichtspijn stijfheid overig, moeilijk lopen)	ao bp
726.0-726.2	enthesopathieën e.d. van de schouder	ao bp
726.3	enthesopathieën e.d. van de elleboogstreek	ao bp

^{a, b} noten: zie tabel 5.2

5.1.7 Kosten van Ziekten Studie (1997)

Voor deze studie is ook een selectie van ziekten gemaakt (Polder et al., 1997). Daarbij werden een aantal selectiecriteria gebruikt, die niet alleen objectief, maar ook subjectief waren. De selectie is in overleg met VTV tot stand gekomen. De selectiecriteria waren:

1. inhoudelijke samenhang of medische herkenbaarheid van de diagnosegroepen
2. hoge sterfte en veel verloren levensjaren
3. ziektelast: veel levensjaren doorgebracht in minder goede gezondheid of in invaliditeit
4. hoge kosten van preventie, diagnose, behandeling, verzorging, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid.
5. interessante toekomstige ontwikkelingen in incidentie, therapie, overleving of kosten
6. grote maatschappelijke belangstelling
7. geanticipeerde mogelijkheid om de aandoening te operationaliseren in de bestaande registraties.

In tabel 5.4 worden de aandoeningen gepresenteerd die de KvZ-studie heeft meegenomen. Alle hierin opgenomen ziekten voldoen aan criteria 1 en 7. Deze worden niet meer genoemd. Voor sommige ziekten zijn in het rapport de criteria niet duidelijk aangegeven maar is alleen een kwalitatieve toelichting gegeven.

Tabel 5.4: Overzicht van de ziekten die in de Kosten van Ziekten Studie zijn beschreven en de criteria op basis waarvan de ziekte is geselecteerd.

Ziekte/aandoening	Selectiecriteria	Opmerkingen
<i>Infectieziekten en parasitaire ziekten</i>		
HIV-infectie en AIDS	5, 6	kosten momenteel gering; echter toename van behandelmogelijkheden, waardoor hoge kosten
<i>Nieuwvormingen</i>		
slokdarmkanker		interessant vanwege verbondenheid met alcohol en roken
maagkanker	2	incidentie neemt af
dikke darm- en endeldarmkanker	2, 3, 4	
alvleesklierkanker	2	erg dodelijk, weinig uitzichten op verbetering van prognose; zware terminale ziekte
longkanker	2, 3, 4	
borstkanker	2, 3, 4	
prostaatkanker	5	hoge incidentie bij ouderen. Bij levensverlenging is toename te verwachten
lymfe- en bloedkankers	5	hoge incidentie op jonge leeftijd. Mogelijkheden voor behandeling enorm toegenomen
benigne nieuwvormingen (w.o. goedaard. aandoeningen van de borsten bij mannen en overige huidkanker)	1 (?)	
<i>Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten</i>		
suikerziekte	2, 3, 4	belangrijke oorzaak van andere ziekten
<i>Psychische stoornissen</i>		
dementie	4, 5	door toename levensverwachting toename kosten
schizofrenie	1, 3, 4, 7	hoge zorgbehoefte
affectieve stoornissen	2, 3, 4	verloren levensjaren door suïcide; diagnostiek is een probleem
verstandelijke handicap (incl. Down)	4	
verslavingsziekten	4	kosten liggen veelal buiten de gezondheidszorg. Veel maatschappelijke problemen
<i>Ziekten zenuwstelsel en zintuigen</i>		
ziekte van Parkinson	2, 3, 4	hoge incidentie/prevalentie
multiple sclerose	3	komt ook op jonge leeftijd voor.
epilepsie	4	vaak continue zorg vereist
gezichtsstoornissen		
gehoorstoornissen		
<i>Ziekten van het hartvaatstelsel</i>		
hypertensie	4	belangrijk verband met CHZ; opsporen en behandeling is duur
coronaire hartziekten	2	belangrijke bron van comorbiditeit
hartfalen		belangrijke bron van ziekte; belangrijk verband met CHZ
beroerte (CVA)	2	
<i>Ziekten van het ademhalingsstelsel</i>		
CARA	2, 3	
acute longziekten	2, 3, 4	belangrijke bron van ziekte, werkverzuim en sec. sterfte
<i>Ziekten van het spijsverteringsstelsel</i>		
zweren van maag en 12-vingerige darm	2	morbiditeit en sterfte dalen
appendicitis	4	

Ziekte/aandoening	Selectiecriteria	Opmerkingen
breuken	4	
overige darmziekten		
gebitsafwijkingen		
gal- en leverziekten		
<i>Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen</i>		
nefritis/nefroze (580-589)		
acute urineweginfecties		
overige ziekten van de nieren en urinewegen		
hyperplasie van de prostaat	4	hoge prevalentie bij oude mannen
overige ziekten mannelijke geslachtsorganen		
ziekten vrouwelijke geslachtsorganen (w.o. niet-kwaadaardige aand. van de borsten)		
fertiliteitskwesaties		
<i>Zwangerschap en samenhangende aandoeningen</i>		
<i>Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</i>		
<i>Ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel</i>		
reumatoïde artritis	3, 4	
dorsopathieën	3, 4	veel misclassificatie
<i>Aangeboren afwijkingen</i>		
<i>Aandoeningen ontstaan in de perinatale periode</i>		
<i>Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden</i>		
<i>Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftigingen</i>		
verkeersongevallen	2, 3	
overige ongevallen		
accidentele val		
complicaties van medisch handelen, geweld en suicide		

Uit de tabel blijkt dat niet voor alle aandoeningen duidelijk is weergegeven waarom deze zijn geselecteerd. Waarschijnlijk is vooral uitgegaan van de VTV-1997 selectie, gecombineerd met enkele aandoeningen waarvan op voorhand verwacht werd dat die duur zouden zijn.

5.1.8 Ontwerp-regeerakkoord d.d. 18 juli 1998

In slechts twee zinnen wordt iets gezegd over volksgezondheidsproblemen: in de zorg moet meer aandacht geschonken worden aan chronisch zieken en langdurig zieken. Ouderen en gehandicapten vormen daarbij het belangrijkste aandachtsgebied.

5.2 Ziektespecifieke documenten

In 4.1 kwamen adviezen en studies aan bod die elk een groot aantal ziekten (vaak zelfs de gehele ICD) als uitgangspunt hadden. In 4.2 wordt een aantal rapporten besproken dat elk slechts één ziektecluster tot onderwerp heeft. Dergelijke rapporten kunnen hier gebruikt worden om binnen die ziekteclusters ziekten te traceren die voor VTV van belang kunnen zijn.

5.2.1 Reuma in Nederland: de cijfers (1997)

Dit rapport van TNO-PG, gestimuleerd door het Nationaal Reumafonds (Miedema, 1997), presenteert cijfers over de omvang van de verschillende groepen patiënten met chronisch reumatische aandoeningen. Het rapport bevat alleen prevalentie- en incidentiecijfers, vnl. op basis van bevolkingsonderzoeken. De ziekten met de hoogste prevalenties en incidenties zijn resp. perifere artrose, chronische vormen van weke-delenreuma (w.o. fibromyalgie, tendinitis, RSI, tenniselleboog, aandoeningen van de lage-rug en nek- en schouder) en chronische gewrichtsontstekingen. Van deze laatste groep vormt RA de grootste groep. Systeemziekten vormen kwantitatief gezien een beperkte groep.

5.2.2 Psychische stoornissen in de bevolking (1998)

Dit rapport van de RUG (afdeling Sociale Psychiatrie), gestimuleerd door HersenStichting Nederland, Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid en NWO (Sytema & Koopmans, 1998) geeft een overzicht van de omvang, gevolgen en kosten van psychische stoornissen in de volwassen bevolking. De groepen stoornissen die in dit rapport beschreven worden, komen overeen met die in VTV. In plaats van depressie wordt gesproken van stemmingsstoornissen (incl. manische en bipolaire stoornis) en worden persoonlijkheidsstoornissen besproken. Een schatting van de levensprevalentie van persoonlijkheidsstoornissen komt uit op 10,0-13,5%, waaronder borderline 1,1-4,6% en antisociaal 2,5-3,7%. Mogelijk heeft 90% van de personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis ook een as-I stoornis. De prevalentie ervan in het Drentse casusregister bedraagt 2,1 per 1.000. Waarschijnlijk is er een flinke onderschatting. Het RR van borderline op suïcide bedraagt 9,5.

5.2.3 Behandelingsstrategieën bij borderline persoonlijkheidsstoornis (1998)

Dit boek (1998) maakt deel uit van de serie 'Cure & Care development'. Deze serie wordt in de Nederlandse psychiatrie als standaard voor zorg beschouwd. Uit het boek blijkt dat persoonlijkheidsproblematiek een belangrijk gezondheidsprobleem is. De prevalentie wordt op 10% geschat, waarmee het tot de top-4 van de psychische stoornissen wordt gerekend (met depressies, angststoornissen en verslavingsziekten). Zowel in de eerste lijn als GGZ en somatische gezondheidszorg loopt de prevalentie op tot een veelvoud (50%). Persoonlijkheidsstoornissen vormen een hoofdbestanddeel van het dagelijks werk in de GGZ en een onderschat deel van het werk op gezondheidszorgterreinen daarbuiten. Volgens de auteur is het een *'niet onbelangrijk tekort dat in de VTV-1997 geen berekeningen aangaande de ziektelast van persoonlijkheidsstoornissen zijn gemaakt'*.

5.2.4 Incidence of cancer in the Netherlands 1994

Uit deze jaarlijkse rapportage (Visser et al., 1997) blijkt dat bij mannen de volgorde in de incidentie als volgt te zijn (van hoog naar laag): long/bronchus, prostaat, colon/rectum, blaas/overige urinewegen, huid overig, hoofd/hals, maag, lymfomen (Hodgkin en non-Hodgkin), nier, melanoom. Bij vrouwen: borst, colon/rectum, long/bronchus, ovarium, baarmoeder, melanoom, huid overig, lymfomen (Hodgkin en non-Hodgkin), maag, cervix. Onder de 45 jaar zijn nog andere tumoren van belang: testis, hersenen, leukemie, neuroblastoom en schildklier (top-5 per leeftijdsklasse).

5.2.5 Cancer incidence and survival in the Southeast of the Netherlands, 1955-1994

Uit dit rapport (Coebergh et al., 1995) kunnen gegevens over de ernst afgeleid worden, bijv. de overleving na diagnose. Tumoren met een lage 5-jaarsoverleving zijn resp.: pancreas, galwegen, slokdarm, pleura, acute non-lymfoblastische leukemie, long, galblaas, farynx, chronische myelogene leukemie, ovarium, acute lymfoblastische leukemie, neusholte, non-hodgkin lymfomen, blaas, nier, weke delen, urinewegen, colon/rectum, dunne darm, bot en mondholte (alle 5-jaarsoverleving kleiner dan 60%).

5.2.6 Spijsverteringsziekten in Nederland 1970-1989

In dit rapport (Schuit, 1991) zijn van alle spijsverteringsziekten de volgende gegevens gepresenteerd: sterfte, ziekenhuisopnamen, geopereerde patiënten, verpleegdagen, gemiddelde verpleegduur en langdurig ziekteverzuim (langer dan een jaar). De gegevens zijn afkomstig uit 1989 en *tabel 5.5* geeft een overzicht van de gegevens.

Tabel 5.5: overzicht van enkele gegevens omtrent de consequenties van spijsverteringsziekten in Nederland.

	sterfte >100	ziekenhuis- opnamen >2.000	operaties >1.500	gem. ver- pleegduur >20 dagen	langdurig ziekteverzuim >250 gevallen/jr
zweren maag/twaalfv. darm, gastritis	2	4		+	1
levercirrose	1	15		+	4
hernia met/zonder obstructie	9	5	3		3
darmdivertikels, diverticulitis	5	8		+	12
ov. ziekten galblaas, -wegen	7	11	9		10
inflammatoire darmziekten	10	9		+	2
ileus	3	6	8		
infecties/wormen	6	3			8
galstenen/cholecystitis	8	2	2		
appendicitis e.d.		1	1		
trombose/embolie A. mesenterica	4				
peritonitis	11			+	
hemorroïden		7	4		
ov. aandoeningen oesofagus		10			9
fissura en fistula ani		12	6		
periaanaal en perirectaal abces		14	7		
chron. pancreatitis				+	11
anorexia nervosa				+	5
acute pancreatitis	12				
darmfunctiestoornissen		13			
aandoeningen gebit en kaak			5		
coeliakie				+	
vena portae trombose				+	
purulente hepatitis/leverabces				+	
hepatitis non A, non B				+	
acute pancreatitis				+	
darmfunctiestoornissen					6
stoornis maagfunctie					7

Niet opgenomen in de tabel zijn maligniteiten en grote restgroepen. De volgorde in de tabel zou een volgorde van prioriteit kunnen zijn: resp. op vier indicatoren hoog scorend, op drie, twee en één. Trombose/embolie van de A. mesenterica is vanwege de hoge sterfte wat hoger geplaatst.

5.2.7 Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding (1997)

Dit RIVM-rapport (De Melker et al., 1997) besteedt aandacht aan de belangrijkste infectieziekten m.b.t. de volksgezondheid. De infectieziekten die behandeld worden, zijn:

- maag-darminfecties
- luchtweginfecties
- influenza
- infecties met RSV
- tuberculose
- SOA
- HIV/AIDS
- meningitis
- virale hepatitis
- zoönosen
- streptokokken groep A infecties
- RVP-ziekten
- ziekenhuisinfecties
- resistentie-problematiek

De laatste drie worden in VTV onder de determinanten besproken.

5.2.8 Neuromusculaire ziekten (1995)

In 1995 ontving VTV een brief van het interuniversitair steunpunt neuromusculair onderzoek. Hierin werd gepleit voor het opnemen van neuromusculaire ziekten in VTV. Dat dergelijke ziekten zelden in overzichten naar voren komen, zou aan de onvolledige en onjuiste registratie-indeling bij de verantwoordelijke instanties liggen. In het bijgevoegde overzicht zijn prevalenties en incidenties gegeven van zeer diverse aandoeningen, die elk een lage frequentie hebben, maar totaal op een prevalentie van 13,2 per 1.000 uitkomen (vgl. astma en heupartrose).

5.2.9 Economische evaluatie van nierinsufficiëntie (1998)

In een recent artikel (De Wit et al., 1995) werden de kosten berekend van nierinsufficiëntie ('end stage renal disease'). Deze bleken jaarlijks 650 miljoen gulden te bedragen. In de Kosten van Ziekten Studie werden de kosten sterk onderschat omdat alleen ziekenhuiskosten werden meegenomen en geen kosten in verband met dialyse. De aldus berekende kosten voor nierinsufficiëntie zijn vergelijkbaar met die voor gehoorstoornissen en hartfalen. Het is echter mogelijk dat een deel van de kosten reeds onder diabetes mellitus verdisconteerd is (ICD-code 250.4: diabetes mellitus met nierafwijking), al wordt deze code in de LMR niet vaak geregistreerd (bijv. in 1990 slechts 323 maal).

5.2.10 Syndromen die in de belangstelling staan

In de media is de afgelopen ca. 5 jaar veel aandacht voor enkele nieuwe ziekten. Te denken valt aan chronische onbegrepen pijn, chronisch vermoeidheidssyndroom, eetstoornissen, whiplash, burn-out, (voedsel)allergie, muisarm, dyslexie, bekkenpijn.

Voor sommige ziektebeelden is een oorzaak bekend of waarschijnlijk, voor andere niet. Die laatstgenoemde ziektebeelden kunnen samengenomen worden met somatoforme stoornissen (onbegrepen lichamelijke klachten). Gewaakt moet worden voor stigmatisering van patiënten door deze klachten te benoemen als een psychische stoornis.

5.3 Buitenlandse volksgezondheidsdocumenten

Inmiddels is een aanzienlijk aantal buitenlandse volksgezondheidsdocumenten verschenen. Het kan verhelderend zijn na te gaan welke volksgezondheidsproblemen deze beschrijven. Behalve dat vaak

een aantal problemen is beschreven, hebben een aantal documenten ook 'health targets' gedefinieerd. Sommige documenten bestaan zelfs enkel uit health targets, zoals 'Health for All'. 'The global burden of disease study' wordt ook in deze paragraaf besproken, ondanks dat dit onderzoek landoverstijgend is.

5.3.1 Sweden's public health report 1997

In het algemeen worden in Zweden in volksgezondheidsrapporten zes gezondheidsproblemen beschreven (1 t/m 6; *tabel 5.6*). In sommige rapporten wordt bovendien nog aandacht besteed aan andere problemen (7 t/m 12; *tabel 5.6*). In het rapport uit 1997 (NBHW, 1998) worden de onderwerpen 1 t/m 8 beschreven. Er zijn geen criteria gegeven op basis waarvan deze problemen zijn geselecteerd. Wel wordt enige achtergrondinformatie gegeven. Binnen deze groepen gezondheidsproblemen worden afzonderlijke aandoeningen genoemd. Hierbij is niet een bepaalde selectie gevolgd, maar het al-dan-niet uitwerken van afzonderlijke aandoeningen is meer afhankelijk van de beschikbare data. Het geheel maakt een weinig systematische indruk. De beschreven gezondheidsproblemen, de reden van selectie, en de onderscheiden aandoeningen zijn weergegeven in *tabel 5.6*.

Tabel 5.6: Gezondheidsproblemen die beschreven zijn in het "Sweden public health report" en de reden van selectie.

	gezondheidsprobleem	reden voor selectie	onderscheiden aandoeningen in tekst
1	hart- en vaatziekten	hoge sterfte	coronaire hartziekten cerebrovasculaire ziekten
2	psychische problematiek	belangrijke reden voor arbeidsverlies	depressie angststoornissen PTSS alcohol- en drugsafhankelijkheid psychose en schizofrenie suicide(poging) psychische klachten (w.o. slaapproblemen, nervositeit)
3	kanker	hoge sterfte en veel verloren levensjaren voor het 65e jaar	top-10 voor mannen en vrouwen (w.o. kanker van de urinewegen (excl. nieren), nieren, baarmoeder, ovarium, zenuwstelsel)
4	zieken van het bewegingsapparaat	leidt tot veel beperkingen en ziekteverzuim. Belangrijkste chronische ziekten	rugpijn schouderpijn work-related klachten v/h BA nekpijn
5	ongevallen, vergiftiging en suicide	veel verloren levensjaren	val, verkeer, medische ongevallen, geweld, sport enz.
6	allergieën	komen frequent voor en veroorzaken een toenemende ziektelast voor kinderen en jeugdigen	astma hooikoorts const. eczeem voedselovergevoeligheid nikkelallergie sick-building syndroom
7	gebits- en tandvleesziekten		
8	(bepaalde) infectieziekten		'rumours of new diseases' tbc zoönose gastro-enteritis AIDS/HIV SOA
9	suikerziekte	-	-
10	aangeboren afwijkingen	-	-
11	abortus	-	-
12	urine-incontinentie	-	-

Andere onderwerpen die behandeld worden zijn:

gezondheid van kinderen

- chronische ziekten (allergische klachten, ziekten van het zenuwstelsel (migraine), luchtwegziekten, neurologische ziekten (spasticiteit), psoriasis, diabetes)
- gedragsproblemen
- psychiatrische stoornissen
- psychosomatische klachten
- pesten

gezondheid van jeugdigen

- chronische ziekten (luchtwegziekten, CARA, ziekten vh BA, nek- en schouderpijn, rugpijn)
- psychische problemen (angstig, moe, slaap)
- suïcide(poging)
- zwangerschap en abortus

- infant, perinatale, neonatale, postneonatale sterfte
- (verkeers)ongevallen

gezondheid van volwassenen

- chronische ziekten (ziekten vh BA, psychische en psychosomatische problemen, allergie, hart- en vaatziekten)
- psychische problemen (angstig, moe, slaap)

gezondheid van ouderen

- chronische ziekten (hart- en vaatziekten, ziekten vh BA)
- dementie
- functionele problemen

5.3.2 Finland: the health of the nation 1996

Indicatoren die in dit document uit 1996 (Aromaa et al., 1998) gebruikt zijn, zijn onder meer:

- functionele beperkingen
- hulpbehoefte
- personen in institutionele zorg
- arbeidsongeschiktheid
- ziekteverzuim
- VUT en pensioen

Als belangrijkste gezondheidsproblemen worden beschouwd: hart- en vaatziekten, kanker, ziekten van het bewegingsapparaat en psychische problemen. Nieuwe, toenemende problemen vormen allergie, chronische longziekten en astma en diabetes. Infectieziekten, letsels en ongevallen en ziekten van de mond blijven ook een belangrijke rol spelen. Verder wordt de functionele capaciteit nog aangetast door dementie en ziekten van het zenuwstelsel. Niet aangegeven wordt waarom dit precies de grootste volksgezondheidsproblemen vormen. Binnen deze brede ziektegroepen worden specifieke ziekten verder uitgewerkt. In de inleiding van elke ziektegroep wordt wel aangegeven waarom bepaalde specifieke problemen belangrijk zijn, er worden daarbij echter geen criteria gehanteerd. Elke paragraaf over de brede ziektegroepen bevatten inleidingen waarin soms diverse aandoeningen worden behandeld. De hieronder weergegeven aandoeningen krijgen een apart kopje:

Infectieziekten

- gevaarlijke bacteriële infecties (w.o. sepsis)
- luchtweginfecties
- infecties van maagdarmkanaal
- SOA, incl. HIV en AIDS
- ziekenhuisinfecties
- antibiotica-resistentie
- RVP-ziekten

Kwaadaardige nieuwvormingen

Suikerziekte

Dementie

Psychische en gedragsstoornissen

- suïcide

Hart- en vaatziekten

- coronaire hartziekten
- hartfalen
- overige hartziekten (kort)
- cerebrovasculaire ziekten
- hypertensie
- lipidose (hypercholesterolemie)

Gezichts- en gehoorstoornissen

- gehoorstoornissen
- gezichtsstoornissen

Ziekten van het bewegingsapparaat

- reumatoïde artritis
- artrose
- lumbago en sciatica (lage-rugpijn)

- pijn in de nek- en schouderregio

COPD

Allergieën en astma

- w.o. astma, constitutioneel eczeem, chronisch eczeem vd handen, allergisch contact-eczeem, hooikoorts, boerenlong

Ziekten van de mondholte

Ongevallen en hun gevolgen

- privé-, sport- en vrijetijdsongevallen

- verkeersongevallen
- bedrijfsongevallen

Beroepsziekten en arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's

- beroepsziekten
- arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's en stressfactoren
- arbeidsgerelateerde ziekten

Verder wordt er aandacht besteed aan de gezondheid van specifieke groepen: kinderen, adolescenten, defensiepersoneel, zwangere vrouwen, beroepsbevolking en de ouderen.

5.3.3 Australia's health 1996

In het eerste hoofdstuk worden een aantal algemene aspecten belicht: indicatoren en gezondheidsverschillen (AIHW, 1996). Vermeldenswaardig zijn sterfte, levensverwachting, beperkingen en handicaps, algemene gezondheid (SF-36, ervaren gezondheid) en LVZB. Als naar de Aboriginal mensen gekeken wordt, worden daarboven nog de volgende indicatoren in ogenschouw genomen: zuigelingen en maternale sterfte, middelenmisbruik en mondgezondheid. Uitgebreid wordt verder aandacht besteed aan zwangerschaps(uitkomsten). In het tweede hoofdstuk worden de belangrijkste gezondheidsproblemen gepresenteerd:

Infectieziekten

- RVP-ziekten
- HIV en AIDS
- SOA
- tbc

Kwaadaardige nieuwvormingen

- cervixkanker
- prostaatkanker

Hart- en vaatziekten

Ziekten van de mondholte

Ongevalsletsels

- niet-opzettelijk toegebracht letsel
- suïcide
- geweld
- verkeersongevallen

Psychische problematiek

- SF-36 scores

5.3.4 Our health – our future. The state of the public health in New Zealand (1994)

Dit rapport uit 1994 beschrijft in hoofdstuk 3 een aantal ziekten, met nadruk op verschillen in leeftijd (PHC, 1994). Hoofdstuk 4 beschrijft specifieke gezondheidsproblemen, wat geen grote volksgezondheidsproblemen zijn, en hier verder niet uitgewerkt worden. Uit een hoofdstuk met targets kunnen belangrijke te monitoren volksgezondheidsproblemen voor Nieuw-Zeeland afgeleid worden. Tenslotte zijn er hoofdstukken over speciale onderwerpen en ongevalsletsels. Hieronder worden alle onderwerpen weergegeven die in het rapport aan de orde komen en die betrekking hebben op ziekten en aandoeningen.

Infectieziekten:

- | | | |
|-----------------|---------------|-----------------------|
| • salmonellosis | • tyfus | • leptospirosis |
| • shigellosis | • hepatitis A | • meningokokkenziekte |
| | • giardiasis | • malaria |

- hepatitis C
- SOA en HIV/AIDS
- tuberculose
- RVP-ziekten
- infectieziekten vh maagdarmkanaal
- reumatische koorts
- hepatitis B
- influenza

niet-besmettelijke ziekten

- potential years of working life lost
- ziekenhuisopnamen
- zuigelingen sterfte
- doodgeboorte
- perinatale sterfte
- late neonatale sterfte
- post-neonatale sterfte
- ziekenhuisopnamen voor zuigelingen
- sterfte
- ongevalletsels
- opzettelijk toegebracht letsel

Specifieke gezondheidsproblemen

- coronaire hartziekten

- cerebrovasculaire ziekten
- longontsteking en influenza
- astma
- suikerziekte
- kanker (long, dikke darm, melanoom, borst, cervix, prostaat, testis)
- psychische problemen (opnamen, opnameduur, verwijzer, schizofrenie, psychosen, afhankelijkheid)
- beperkingen
- mondgezondheid

Letsels

- botbreuken
- vergiftiging
- div. verkeersongevallen
- accidentele val
- heupfracturen
- verbranding
- verdrinking
- suïcide
- geweld
- seksueel misbruik

speciale onderwerpen

- legionellose
- geboorteeffecten tgv pesticide

Public Health Outcome targets

- verbranding door heet water
- verdrinking
- vergiftiging
- sterfte aan CHZ
- wiegendood
- gehoorverlies kinderen
- verkeersongevallen (auto's, voetgangers, fietsers, door alcohol)
- HIV-infectie
- sterfte t.g.v. alcohol
- longkanker
- melanoom
- cervixkanker
- mobiliteit van ouderen
- beperkingen t.g.v. ongevalletsels bij ouderen
- influenza bij ouderen
- depressie en psychische problemen bij ouderen
- incontinentie bij ouderen

5.3.5 Health in France, 1994 General Report

Dit rapport beschrijft niet systematisch een aantal gezondheidsproblemen (Ministry of Health, 1996). Wel kunnen uit de tekst een aantal problemen die beschreven zijn, gedestilleerd worden. Tevens kan uit de targets afgeleid worden welke problemen prioriteit krijgen. De combinatie van problemen en targets zijn hieronder weergegeven.

Indicatoren

- levensverwachting
- LVZB
- perinatale sterfte
- premature sterfte (<65 jr)
- maternale sterfte
- ervaren gezondheid
- personen met (fysieke of geestelijke) beperkingen of afhankelijkheid

Aandoeningen

- tuberculose
- AIDS
- SOA
- hepatitis
- kanker
- kanker van bovenste tractus gastrointestinaal
- dikke-darmkanker

- melanomen
- longkanker
- borstkanker
- baarmoederkanker
- diabetes
- hart- en vaatziekten
- CHZ
- cerebrovasculaire ziekten (en hypertensie)
- psychische problemen
- chronische psychische ziekten
- depressie
- alcoholcirrose, -afhankelijkheid en -psychose
- drugsmisbruik
- kindermisbruik
- astma
- zweren van maag en 12-vingerige darm

- appendicitis
- hernia (van de buik)
- te laag geboortegewicht
- artrose
- reumatoïde artritis
- osteoporose
- lage-rugpijn
- ongevalletsels
- verkeersongevallen
- bedrijfsongevallen
- iatrogene aandoeningen
- ziekenhuisinfecties
- geweld
- suïcide(pogingen)
- pijn
- beroepsziekten
- nieuwe arbeidsgebonden ziekten (BA, allergie, stress)

5.3.6 Health plan for Catalonia 1993-1995 en 1996-1998

Dit rapport definieert niet vooraf een aantal gezondheidsproblemen, maar achtereenvolgens worden resultaten uit verschillende bronnen gepresenteerd (Generalitat de Catalunya, 1993). Uit elke bron worden de belangrijkste problemen besproken. Problemen die aldus naar voren komen, maar in VTV niet besproken worden, zijn zuigelingensterfte, maternale sterfte, spataderen, brucellose, hepatitis A, blaaskanker, abortus, end-stage nierinsufficiëntie en orgaantransplantaties.

Uit de targets kunnen de volgende gezondheidsproblemen afgeleid worden:

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| • AIDS | • psychische problemen | • zuigelingensterfte |
| • RVP-ziekten | • psychische problemen bij kinderen en jeugdigen | • perinatale aandoeningen |
| • SOA | • angst en depressie | • vroeggeboorten |
| • tyfus | • psychose | • te laag geboortegewicht |
| • gastroenteritis en diarree | • alcoholafhankelijkheid | • aangeboren afwijkingen |
| • voedselvergiftiging | • drugsafhankelijkheid | • foetaal-alcoholsyndroom |
| • brucellose | • <i>hart- en vaatziekten</i> | • artrose |
| • trichinosis | • cerebrovasculaire ziekten | • rugpijn |
| • tuberculose | • chronisch nierfalen | • letsels |
| • <i>kanker</i> | • ziekten van de luchtwegen | • vergiftiging (overdosis drugs) |
| • longkanker | • influenza | • verkeersongevallen |
| • borstkanker | • pneumokokkenpneumonie | • verdrinking |
| • cervixkanker | • COPD | • accidentele val |
| • huidkanker | • astma | • bedrijfsongevallen |
| • kanker van de dikke-darm | • mondgezondheid | • arbeidsgelateerde ziekten |
| • suikerziekte | • (gevolgen van) hepatitis | • suicide |
| • ijzergebreksanemie bij vrouwen die zwanger kunnen worden | • leverziekten | |
| | • maternale sterfte | |

In 1997 verscheen een update en hierin werden nieuwe targets vastgesteld, op basis van consultaties van deskundigen (Generalitat de Catalunya, 1997). Nieuwe onderwerpen waren: gezondheidsproblemen van de menopauze, ziekenhuisinfecties, pijn, cognitieve en gedragsstoornissen (delirium en dementie).

5.3.7 Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994

Dit is het tweede rapport (LÖGD, 1995). Het eerste betrof 1990. In de rapporten worden thema's behandeld die verschillen per rapport. Er is dus ook geen vaste set van indicatoren en ziekten die aan bod komen in de rapporten.

Ziekten die in de eerste twee rapporten uitgebreider aan de orde zijn geweest, zijn **diabetes, AIDS en HIV-infectie, suicide, privé-ongevallen, geweld tegen kinderen, mannengeweld tegen vrouwen, verkeersongevallen, terminale nierproblemen en alcoholmisbruik**.

Opvallende problemen die aan de orde komen zijn kinderarbeid, schadelijke stoffen in de lucht (luftschaadestoffe), **geweld tegen kinderen en vrouwen**.

Door de toenemende levensverwachting worden problemen op oudere leeftijd belangrijker die grote invloed hebben op de kwaliteit van leven. Genoemd worden **chronische bronchitis, astma en emfyseem, artrose, hernia, oogziekten** (blindheid, staar en glaucoom), **gehoorproblemen, depressie, ongevallen, chronische pijn, beroerte, cariës en tandeloosheid**.

Bij het thema sociale ongelijkheid werden verschillen getoond tussen lagere en hogere klassen in het voorkomen voor een aantal groepen van ziekten. In een ander thema wordt gekeken naar **belemmeringen bij kinderen**. Bij het thema bescherming tegen **infectieziekten** kwamen tuberculose, salmonella-infecties, SOA's en ziekenhuisinfecties aan de orde.

5.3.8 Gesundheitsbericht für Deutschland (1998)

Dit rapport uit 1998 beschrijft 27 exemplarische, belangrijke gezondheidsproblemen (Statistischen Bundesamt, 1998). Diverse criteria worden gehanteerd, zoals kosten, epidemiologische ontwikkelingen, ernst/kwaliteit van leven en sterfte.

- | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|--|
| • AIDS | • suïcide | • chronische nierinsufficiëntie |
| • tuberculose | • AMI | • allergieën (o.a. alveolitis, astma, rhinitis, anafylaxie, const. eczeem) |
| • hepatitis B | • CVA | • artrose |
| • borstkanker | • perifere arteriële atherosclerose | • dorsopathieën |
| • longkanker | • astma | • osteoporose |
| • cervixkanker | • COPD | • letsels |
| • prostaatkanker | • longontsteking | |
| • colon-/rectumkanker | • cariës en parodontitis | |
| • dementie | • chronische leverziekten en –cirrose | |
| • schizofrene psychosen | | |
| • depressie | | |

5.3.9 Healthy people 2000 (1990)

Dit Amerikaanse rapport uit 1990 heeft een lijst van doelen vastgelegd, waaruit af te leiden valt wat belangrijke volksgezondheidsproblemen zijn in de VS (DHHS, 1990). Uiteraard legt het vooral de nadruk op leefstijlfactoren. Die zijn hier niet opgenomen.

- | | | |
|---|---|--|
| • beperkingen in activiteiten | • psychische problemen bij kinderen en jongeren | • heupfracturen |
| • afhankelijkheid (ADL) | • mishandeling van kinderen | • verkeersongevallen |
| • beperkingen in het horen | • tienerzwangerschappen | • accidentele val |
| • beperkingen in het zien | • psychische stoornissen bij volwassenen | • accidentele verdrinking |
| • gezonde levensjaren tot 65 jaar | • gezondheidsschade t.g.v. stress | • vergiftiging |
| • actieve levensjaren na 65 jaar | • verstandelijke handicap | • bedrijfsongevallen |
| • maagdarminfecties | • acute middenoorontsteking | • arbeidsgelateerde huidaan-
doeningen |
| • tuberculose | • coronaire hartziekte | • verbranding |
| • HIV/AIDS | • beroerte | • arbeidsgelateerde hepatitis
B infectie |
| • SOA (chlamydia, gonorrhea, syfilis, herpes gen., PID, hep. B) | • end-stage nierziekte | • (gevolgen van) hoofdletsel |
| • bacteriële meningitis | • longontsteking | • (gevolgen van) letsel aan
ruggenmerg |
| • RVP-ziekten | • COPD | • drugsintoxicatie |
| • hepatitis A, B, C | • astma | • alcoholgerelateerde
verkeersongevallen |
| • tropische ziekten | • cariës, gingivitis en para-
dontitis | • fysiek geweld tegen vrouwen
door partners |
| • kanker | • levercirrose | • (poging tot) verkrachting |
| • borstkanker | • ongewenste
zwangerschappen | • geweld |
| • cervixkanker | • onvruchtbaarheid | • suïcide(pogingen) |
| • dikkedarmkanker | • zuigelingensterfte | • ongevalletsels |
| • longkanker | • neonatale sterfte | • ziekte door verontreinigd
water (toxische stoffen,
micro-organismen) |
| • kanker vd mondholte en
farynx | • postneonatale sterfte | • loodvergiftiging |
| • suikerziekte | • doodgeboorte | |
| • complicaties van suikerziekte | • maternale sterfte | |
| • groei-achterstand | • foetaal-alcoholsyndroom | |

5.3.10 Health for all targets. The health policy for Europe (1993)

In dit rapport (updated edition September 1991) worden 38 targets opgesomd (WHO, 1993). Hieronder zijn de targets en indicatoren opgenomen die betrekking hebben op de gezondheidstoestand. Uit het rapport van TNO (Bull's eye or Achilles' heel) blijkt dat het voor een flink aantal indicatoren erg lastig is een geschikte operationalisatie te vinden en/of gegevens te vinden.

Gezondheid en kwaliteit van leven

- ervaren gezondheid
- percentage werklozen
- sociale gezondheid en steun
- kwaliteit van leven
- gezonde levensverwachting

Mensen met beperkingen

- percentage personen vd beroepsbevolking met beperkingen dat werkt
- kwaliteit van leven van personen met een beperking

Chronische ziekten

- dagen met tijdelijke beperkingen
- percentage personen met langdurige beperkingen
- tuberculose
- hepatitis
- pertussis
- syfilis
- gonorroe
- andere SOA
- AIDS
- LVZB
- chronische ziekten (kanker, psychisch, hart vaat, bewegingsapparaat, luchtwegen, diabetes, zintuigen, dementie)
- mondgezondheid
- langdurige arbeidsongeschiktheid

Infectieziekten

- RVP-ziekten
- malaria
- longontsteking
- infecties van maagdarmkanaal
- complicaties van SOA

Gezond ouder worden

- levensverwachting (op verschillende leeftijden)
- PYLL voor het 65e
- sterfte voor het 5e
- kwaliteit van leven van 65+

Gezondheid van kinderen en jeugdigen

- zuigelingensterfte
- neonatale sterfte

- postneonatale sterfte
- perinatale sterfte
- misbruik van kinderen

Gezondheid van vrouwen

- maternale sterfte
- PID
- keizersnede
- niet-geplande zwangerschap
- (poging tot) verkrachting

Hart- en vaatziekten

- coronaire hartziekten
- cerebrovasculaire ziekten
- kwaliteit van leven bij mensen met HVZ

Kanker

- long
- cervix
- borst
- dikke-darm
- kwaliteit van leven bij mensen met kanker

Ongevallen

- letsel door motorvoertuigen
- verkeersongevallen
- in en om huis (vergiftiging)
- arbeidsgerelateerde
- beperkingen door ongevallen

Psychische stoornissen en suïcide

- suïcide(poging) en automutilatie
- kwaliteit van leven bij mensen met een psychische stoornis

Gezonde leefstijl

- te laag geboortegewicht

Tabak, alcohol en drugs

- moord en doodslag
- alcoholgerelateerde ziekten
- alcoholgerelateerde verkeersongevallen
- drugsgerelateerde ziekten
- behandeling voor drugsmisbruik

Voedselkwaliteit en -veiligheid

- voedselvergiftigingen en -infecties

Arbeidsgezondheid

- (gevolgen van) beroepsziekten
- (gevolgen van) bedrijfsongevallen

Basisgezondheidszorg

- abortus provocatus
- levendgeborenen

Kwaliteit van zorg

- appendicitis
- hernia en intestinale obstructie
- bijwerkingen geneesmiddelen
- chirurgische wondinfecties
- ziekenhuisheropnamen
- diabetescomplicaties

De 'global burden of disease' studie (Murray & Lopez, 1996)

De global burden of disease study (GBD) heeft voor 8 regio's in de wereld de ziektelast berekend voor de belangrijkste ziekten en aandoeningen. De ziektelast wordt uitgedrukt in Disability Adjusted Life-Years (DALY's), een maat die is samengesteld uit het aantal jaren dat verloren gaat door voortijdige sterfte en het aantal jaren dat verloren gaat door het leven met ziekte, met een correctie voor de ernst van de ziekte. In de berekening van de DALY is in de GBD bovendien een leeftijdsweging toegepast en een discontering van toekomstig gezondheidsverlies. Voor de vergelijking met de selectie van VTV-ziekten is de regio waarin Nederland valt (Established Market Economies, EME) als uitgangspunt genomen. Hiervoor zijn de ziekten op volgorde gezet van ziektelast, waarbij uitgegaan is van de DALY's zonder weging voor leeftijd en discontering (DALY[0,0]).

Op basis van de lijst van ziekten die gebruikt is in het GBD-project kunnen wij nagaan of we in de VTV-selectie aandoeningen missen die gepaard gaan met een hoge ziektelast of dat wij aandoeningen hebben opgenomen in VTV die gepaard gaan met een relatief kleine ziektelast. Hierbij is het van belang te weten dat Murray en Lopez zijn uitgegaan van de gehele ICD en op enigszins willekeurige manier clusters hebben samengesteld (Murray & Lopez, 1996), waarbij ze vooral uitgegaan zijn van sterftestatistieken. Bovendien hebben ze per hoofdgroep een aantal diagnosen geselecteerd en overige diagnosen als restgroep beschouwd (bijv COPD, astma, en overige ziekten van de ademhalingswegen). Voor VTV zouden deze restgroepen nog interessante diagnosen kunnen bevatten.

De ziekten en aandoeningen die relatief veel ziektelast veroorzaken (de eerste helft van de lijst van de GBD / EME, in volgorde van de DALY[0,0]) en die niet in VTV zijn meegenomen zijn de volgende:

- | | |
|---|---|
| • andere cardiovasculaire ziekten | • leukemie |
| • andere kankers | • nefritis/nefroze |
| • perinatale aandoeningen | • andere aangeboren afwijkingen |
| • andere aandoeningen vh maagdarmkanaal | • ijzerdeficiëntie-anemie |
| • ander niet-opzettelijk letsel | • andere aandoening vd urinewegen en geslachtsorganen |
| • levercirrose | • andere aandoening vh bewegingsapparaat |
| • andere aandoeningen vd luchtwegen | • ovariumkanker |
| • andere neurosen | • blaaskanker |
| • endocriene ziekten | • kanker van de mond en orofarynx |
| • multiple myeloom | • leverkanker |
| • bipolaire stoornissen | |
| • inflammatoire hartziekte | |
| • pancreaskanker | |

Duidelijk is dat op deze wijze vooral grote restgroepen geselecteerd worden. Nagegaan moet worden in hoeverre daar nog voor VTV interessante specifieke ziekten in zitten. Ziekten die min of meer een afzonderlijke entiteit vormen, zijn vet gedrukt.

Ziekten die relatief weinig ziektelast veroorzaken (de onderste helft van de DALY[0,0]-lijst van de GBD/EME), en toch in VTV geselecteerd zijn, zijn hieronder weergegeven:

- | | |
|--|---|
| • vergiftiging | • glaucoom |
| • melanoom | • hepatitis B |
| • zweren van maag en twaalfvingerige darm | • bovenste luchtweginfecties |
| • bacteriële meningitis | • cataract |
| • multiple sclerose | • gonorroe |
| • diarree (infecties van maagdarmkanaal) | • peridontitis |
| • tuberculose | • syfilis |
| • PTSS | • overige ziekte van de tanden (gingivitis?) |
| • anencephalie | • andere SOA (excl. HIV) |
| • syndroom van Down | • overige ziekte van de zintuigen (gehoorstoornissen, diab. retinopathie, maculadegeneratie?) |
| • spina bifida | |

Hierbij valt op dat veel ziekten die in de GBD studie weinig ziektelast veroorzaken in VTV een onderdeel van een groter cluster vormen, zoals bijvoorbeeld het syndroom van Down onderdeel is van het cluster aangeboren afwijkingen, PTSS van het cluster neurotische stoornissen en melanoom van het cluster huidkanker. Ziekten die geen deel uitmaken van een cluster zijn vet gedrukt.

5.3.11 Atlas of Avoidable Mortality (Holland 1988, 1989, 1993)

Er zijn inmiddels drie atlassen verschenen waarin het vóórkomen van ‘vermijdbare’ sterfte tussen verschillende Europese landen vergeleken wordt (Holland, 1986, 1989, 1993). De doodsoorzaken zijn gekozen uit de lijsten van Rutstein et al., die naast 116 ‘vermijdbare’ doodsoorzaken, ook 76 gevallen van ‘vermijdbare’ ziekte bevatten (zie ook paragraaf 3.1). De lijst met doodsoorzaken uit de eerste Europese atlas (1986) is hieronder weergegeven.

Ook in onderzoek binnen Nederland zijn selecties uit de lijsten van Rutstein gebruikt voor studies naar ‘vermijdbare’ sterfte. Het kan in deze onderzoeken bijvoorbeeld gaan om het beschrijven van variaties in de tijd (trends) (Mackenbach, 1988) of variaties tussen regio's (bijv. Treurniet et al., 1999). De selectie binnen deze onderzoeken verschilt soms van de selectie die in de Europese context werd gemaakt (zie hieronder). Sommige aandoeningen die in Europees verband minder relevant zijn, kunnen immers voor de Nederlandse situatie wel interessant zijn. Het zou nuttig zijn om te bezien welke selectie van ‘vermijdbare’ aandoeningen en sterfgevallen interessant zijn voor VTV. Hieronder wordt een lijst weergegeven van ‘vermijdbare doodsoorzaken’ die opgenomen zijn in twee verschillende bronnen.

Holland, 1988	Mackenbach, 1988 ^a
• Tuberculose • Baarmoederhalskanker • Ziekte van Hodgkin • Chronische rheumatische hartziekte • Alle respiratoire aandoeningen • Astma • Blindedarmontsteking • Abdominale hernia • Cholelithiasis en -cystitis • Hypertensieziekte en CVA • Maternale sterfte • Perinatale sterfte	• Schildklierafwijkingen • Diabetes mellitus (<25 jaar) • Pernicieuze anemie • Andere anemieën • Maagzweer • Ileus zonder hernia • Benigne prostaathyperplasie • Longontsteking/influenza • Bloedvergiftiging • Infecties van de urinewegen • Congenitale afwijkingen van het spijsverteringsstelsel • Congenitale cardiovasculaire afwijkingen • Rheumatische hartziekte • Nefritis en nefrose • Kanker van lip en huid • Nierkanker (< 14 jaar) • Ziekte van Hodgkin • Zaadbalkanker • Leukemie (<14 jaar) • Baarmoederhalskanker

^a De aandoeningen die ook door Mackenbach bestudeerd werden, maar al in de linker kolom zijn opgenomen, zijn hier weggelaten

6. Evaluatie VTV-1997

Tijdens het uitvoeringsproces van VTV-1997 en bij de evaluatie van VTV-1997 werd voor een aantal onderwerpen die nu niet in VTV behandeld worden, aandacht gevraagd.

6.1 Suggesties van medewerkers aan VTV-1997

Op basis van reacties van betrokkenen bij de totstandkoming van VTV-1997 zijn nog een aantal ziekten ter sprake gekomen die mogelijk in aanmerking komen om aan de selectie van ziekten te worden toegevoegd. Dit is een zeer divers lijstje waaraan geen criteria ten grondslag liggen.

- ziekte van Creutzfeldt-Jacob
- andere 'emerging diseases'
- RVP-infectieziekten
- (zeldzame) stofwisselingsziekten
- anemie/hemofilie
- hoofd-hals tumoren
- benigne neoplasmata
- kanker van de tractus urogenitalis
- leukemie
- schildklieraandoeningen
- jicht
- cystische fibrose
- persoonlijkheidsstoornissen
- bipolaire stoornis
- uitsplitsing van psychische problemen bij kinderen (autisme, eetstoornissen, ADHD e.d.)
- syndromen die in de belangstelling staan zoals chronische vermoeidheidssyndroom
- niet-aangeboren hersenletsel
- neuromusculaire aandoeningen
- migraine
- duizeligheidssyndroom
- middenoorontsteking
- longembolie/infarct
- hartritmestoornissen
- ulcus cruris (open been)
- perifere arterieel vaatlijden
- perifere veneus vaatlijden
- allergie
- hernia inguinalis (liesbreuk)
- darmdivertikels
- ziekten van de galblaas/wegen
- coeliakie
- stoma
- nierinsufficiëntie (nierdialyse)
- incontinentie
- hyperplasie van de prostaat
- psoriasis
- doorliggen (chronisch ulcus)
- aandoeningen van de weke delen in de schouder/arm (tennisarm, golferselleboog, muisarm)
- spierziekten
- complicaties van meerlingzwangerschappen
- ICIDH-categorieën
- chronische ziekten t.g.v. infectieziekten

6.2 Suggesties van auteurs thema-I van VTV-1997

Bij de evaluatie van VTV-1997 (Lobbezoo & Ruwaard, 1998) deden de auteurs van thema-I een aantal suggesties voor nieuwe onderwerpen of uitbreiding van bestaande onderwerpen:

- toevoegen aan de VTV-selectie: chronische leverziekten, prikkelbare darmsyndroom en pancreas-pathologie.
- uitbreiden van het aantal bijdragen over aangeboren afwijkingen, in ieder geval naar belangrijke oorzaken van verstandelijke handicap.
- de selectie van de nieuwvormingen in VTV zou mogelijk opnieuw overwogen moeten worden. Misschien moeten andere kankers toegevoegd worden.
- er zou meer informatie opgenomen moeten worden over erfelijkheid en kanker. Op dat gebied doen zich veel nieuwe ontwikkelingen voor.
- er zou aandacht besteed kunnen worden aan de relatie tussen infectieziekten en chronische ziekten.

- een interessant onderwerp is de (mogelijke) toename van allergieën en de blootstelling aan allergene stoffen en vaccins.
- voor psychische stoornissen is indeling volgens de DSM gewenst (en niet volgens de ICD of ‘zelfbedachte indelingen’).

6.3 Suggesties van VWS-medewerkers

Geïnventariseerd is voor welke onderwerpen VWS-medewerkers specifieke belangstelling hebben. Dit is gedaan door medewerkers van het Centrum VTV (waaronder medewerkers van de Dienst Informatie en Advisering, gedetacheerd bij VWS) te raadplegen die veel contact hebben met VWS. De volgende onderwerpen kwamen daarbij naar voren:

- decubitus: hoge kosten, mogelijkheden voor preventie, op het raakvlak van zorg en preventie psychische comorbiditeit;
- infectieziekten als determinant van chronische ziekten en veranderingen in het milieu;
- psychische stoornissen en de sociaal-maatschappelijke gevolgen en het sociaal functioneren;
- arbeidsgebonden aandoeningen: muisarm, psychische arbeidsongeschiktheid, burnout;
- claudicatio intermittens;
- chronische pijn (pijncentra), chronische vermoeidheid, arbeidsgerelateerde ziekten (4 centra onlangs door de Minister aangewezen);
- terminale ziekten; heeft vooral te maken met inrichting van de palliatieve zorg.

7. Sterfte-analyse

Op basis van de sterftecijfers over de periode 1991-1994 is nagegaan aan welke ziekten veel personen overlijden. In *tabel 7.1* zijn alleen de ziekten opgenomen die meer dan 1.000 doden tot gevolg hadden in de periode 1991-1994 en die niet voor VTV-1997 waren geselecteerd. Er is uitgegaan van 3-cijferige ICD-codes. Het betreffen alleen primaire doodsoorzaken.

Tabel 7.1: Absolute sterfte in de periode 1991-1994 aan een groot aantal aandoeningen

ICD-9 code	# doden 1991-1994	omschrijving ziekte
155	1.334	kanker aan lever en intrahepatische galwegen
156	1.810	kanker van galblaas en extrahepatische galwegen
157	6.654	kanker van pancreas
163	1.217	kanker van pleura
180	1.054	kanker van cervix uteri
182	1.157	kanker van corpus uteri
183	4.175	kanker van ovarium en overige uterusadnexa
188	4.324	kanker van de blaas
189	3.756	kanker van nier en overige niet-gesp. urineorganen
191	2.422	kanker van de hersenen
203	2.395	multiple myeloom en immunoproliferatieve neoplasmata
204	1.412	lymfoïde leukemie
205	1.820	myeloïde leukemie
276	1.578	stoornissen van het vocht, electrolyten en zuur-base evenwicht
279	1.638	stoornissen van het immuuniteitsmechanisme
335	1.204	ziekte van voorhoornzellen
415	1.881	acute pulmonale hartaandoening
424	5.350	overige aandoeningen van het endocard
425	1.968	cardiomyopathie
427	11.872	hart dysritmieën
440	5.222	Atherosclerose
444	1.809	Arteriële embolie en trombose
557	1.523	vasculaire insufficiëntie van de darm
560	2.102	darmobstructie zonder vermelding van hernia
571	2.968	chronische leverziekte en -cirrose
578	3.521	gastro-intestinale bloeding
585	1.185	chronische nierinsufficiëntie
586	3.337	niet gespecificeerde nierinsufficiëntie
707	1.939	chronische ulcus van de huid
797	5.816	seniliteit zonder vermelding van psychose
Enkele groepen van ICD-codes		
141-149 (140)	1.624 (40)	kanker van de mond of keelholte (zonder lippen)
204-208	4.223	leukemie
401-405	3.134	hypertensie (zit ook een gedeelte van hartfalen in)
500-508 (495)	1.367 (42)	pneumoconiosen en andere longziekten door externe prikkels
580-588	5.059	nefritis, nefrotisch syndroom en nefrose

Enkele restcategorieën met meer dan 1.000 sterfgevallen in de periode 1991-1994 zijn weggelaten. Uit deze tabel blijkt dat er een aantal categorieën zijn met aanzienlijke sterfteaantallen. In VTV-1997 was het percentage van de totale sterfte dat door de VTV-ziekten voor hun rekening werd genomen ca. 70%. Indien dit percentage te laag geacht wordt, zullen enkele van de hierboven gepresenteerde ziekten(clusters) toegevoegd kunnen worden. Voor de interpretatie: 2% van het totaal aantal sterftegevallen in de periode 1991-1994 is 10.621, onder mannen 5.397 en onder vrouwen 5.225. 1% van het totaal aantal sterftegevallen in de periode 1991-1994 is 5.311, 1% van het aantal sterftegevallen onder mannen bedraagt 2.698 en onder vrouwen 2.612. Verlaging van het criterium van 2% naar 1% leidt tot selectie van pancreaskanker, ovariumkanker, aandoeningen van het endocard en harddysritmieën. Net onder het criterium van 1% liggen leukemie, blaaskanker, atherosclerose, gastro-intestinale bloeding en nierinsufficiëntie.

ziekte	VTV	RGD OCV	PPO	ZON	KvZ	IN	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
prionziekten			+														
waterpokken			+														
gordelroos			+														
cytomegalie			+														
tropische ziekten	det																
malaria	det		+							+						+	
zoönosen						+	+										
toxoplasmose			+														
brucellose												+					
trichinosis												+					
streptokokken groep A						+											
emerging infections							+										
salmonellosis	(+)									+			+				
shigellosis	(+)									+							
giardiasis	(+)									+							
leptospirosis										+							
reumatische koorts (ook onder HVZ)										+							
legionellose																	
infectieziekten bij allochotone kinderen				+						+							

Vrijwel alle VTV-ziekten worden in andere documenten besproken. Een uitzondering is *sepsis*, dat nergens een apart aandachtspunt vormt. Waarschijnlijk wordt er wel in andere hoofdstukken aandacht aan geschonken: gevaarlijke bacteriële infecties, ziekenhuisinfecties en/of meningitis. *Resistentie* en/of *ziekenhuisinfecties* worden in alle documenten in het rijtje aandoeningen behandeld. Het zijn namelijk volksgezondheidsproblemen en geen determinanten. Voor VTV is te overwegen de beschrijving van het optreden van een infectieziekte naar ziekten en aandoeningen te verplaatsen, terwijl de determinanten met betrekking tot die infectieziekte bij determinanten onder te brengen. Hetzelfde geldt voor *RVP-ziekten* en *tropische ziekten* (malaria, giardiasis, buiktyfus). Gegevens over vaccinatie en reizen horen onder de determinanten, gegevens over het voorkomen van deze ziekten onder de ziekten. De enige aandoening die in andere documenten redelijk vaak genoemd wordt, maar in VTV ontbreekt, is *hepatitis*. Hoewel hepatitis A onder reizen behandeld wordt en hepatitis B onder SOA, is het te overwegen een aparte bijdrage op te nemen over alle vormen van hepatitis naast elkaar. Verder valt op dat er veel ziekten in slechts één document beschreven zijn. Met enige creativiteit zijn hier echter wel interessante groepen van te maken, bijv. *verontrustende ziekten* (bijv. prionziekten/ziekte van Creutzfeldt-Jacob, streptokokken groep A, emerging infections, gevaarlijke bacteriële infecties) en/of *zoönosen* (leptospirosis, brucellose, trichinosis, toxoplasmose). Bedacht moet worden dat de IGB in haar documenten veel aandacht besteedt aan zoönosen. Afstemming is dus gewenst. Door (een) medewerker(s) aan VTV is de ziekte van Creutzfeldt-Jacob (een prionziekte) gesuggereerd om op te nemen. Een geheel andere invalshoek is een selectie van

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	IC	Sur	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
baarmoederhals- kanker				+	+			+				+	+		+		+	+	+	
baarmoeder/ endometriumkanker				+				+		+				+						
ovariumkanker				+	+			+	+	+										+
retinoblastoom				+																
benigne nieuwvorm.						+	+													
kanker van de blaas/uninewegen								+	+	+					+					+
nierkanker								+	+	+										
hoofd/hals								+	+											
hersenkanker									+											
neuroblastoom								(+)												
schilddriekanker								(+)												
tractus urogenitalis						+		(+)												
kanker van lip, mondholte en farynx									+								+	+		+
zenuwstelsel										+										
spijsvertering						+														
weke-delenkanker									+											
botkanker									+											
mond, farynx, slokdarm, larynx									+					+						

De nieuwvormingen die in VTV-1997 aan de orde zijn gekomen worden ook veelvuldig in de andere documenten besproken. Van de door ZON geselecteerde kankers borst- en dikkedarmkanker worden alleen de erfelijke vormen bedoeld. Kankers die zowel in het 'Burden of Disease project' als in één of meer buitenlandse documenten voorkomen (maar niet in VTV-1997), zijn een aantal kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel, pancreaskanker, ovariumkanker en blaaskanker. Andere kankers die in buitenlandse documenten genoemd worden, maar niet in het BoD-project, zijn testis-, baarmoederhals-, baarmoeder- en nierkanker. Pancreas-, ovarium- en baarmoederhalskanker krijgen ook in ZON een hoge prioriteit. Tenslotte zijn te overwegen (genoemd in het BoD-project of een Nederlands document): benigne nieuwvorming (BoD-project, TNO-project t.b.v. de constructie van vragenlijsten, Kosten van Ziekten studie), leverkanker (BoD-project, kleine overleving), clearcellcarcinoom van de vagina (PPO) en retinoblastoom (PPO). De volgorde van enkele genoemde kankers in sterfteaantallen is: pancreaskanker, leukemie, blaaskanker, ovariumkanker (incl. kanker van de overige uterusadnexa), nierkanker (incl. overige urinewegorganen, excl. blaas), hersenkanker, multiple myeloom, galblaaskanker, leverkanker, pleurakanker, baarmoederkanker, baarmoederhalskanker en benigne nieuwvormingen.

Voorstel om extra te selecteren voor volgende VTV's: pancreaskanker, overige kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel (Hodgkin-lymfomen, multiple myeloma en leukemieën), ovariumkanker, blaaskanker en baarmoederhalskanker. Opgemerkt moet worden dat baarmoederhalskanker in

VTV-1997 reeds opgenomen is onder de determinanten en in thema IV. Morbiditeitsgegevens zouden beter in het morbiditeitsproject gepresenteerd kunnen worden.

Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten en immuuniteitsstoornissen

ziekte	VTV	Chr Aan	RGD OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
suikerziekte	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
complicaties van suikerziekte															+	+	
obesitas	det		+	+	+												
vetstofwisselingsstoornissen (i.h.b. famil. hypercholesterolemie)				+	+												
struma door jodiumgebrek				+													
congenitale hypothyreoïdie				+													
congenitale adrenale hyperplasie				+													
fenylketonurie				+													
taaislijmziekte				+													
jicht						+											
groeiachterstand ca. 5-jarigen															+		
erfelijke ziekten en metabole stoornissen bij allochtonen					+												

Suikerziekte wordt in vrijwel alle andere documenten besproken. In twee documenten zijn complicaties van suikerziekte aparte aandachtsgebieden naast de aandoening suikerziekte. Momenteel bevat VTV weinig gegevens over de mate waarin complicaties bij diabetespatiënten optreden. Hieraan zou meer aandacht besteed kunnen worden in de paragraaf over suikerziekte. Obesitas wordt in VTV als determinant beschouwd. Cholesterol-gehalte is een VTV-determinant. Het valt te overwegen de reeds op jonge leeftijd optredende familiale hypercholesterolemie als ziekte te selecteren of bij de determinant serum cholesterol hier meer aandacht aan te besteden. Op de plaats in VTV waar specifiek aandacht besteed wordt aan allochtonen, is het te overwegen gegevens over erfelijke ziekten en metabole stoornissen te presenteren. De overige ziekten komen in de diverse documenten weinig aan de orde.

[illegible]

Geen van de ziekten uit hoofdgroep IV zijn opgenomen in VTV-1997. In de verschillende documenten worden ook zelden bloedziekten genoemd. Alleen ijzergebreksanemie en erfelijke hemolytische anemieën zijn te overwegen aan VTV toe te voegen. De eerste wordt vooral in verband gebracht met zwangerschap en vermoeidheid, de tweede met alloctonen.

[illegible]

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	RG0	TNO	KvZ	RUG	syn	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
psychische problema- tiek bij kinderen	+		++			+					+					+			+		
autisme	(k)	+																			
eetstoornissen (w.o. anorexia nervosa)	(k)			+	+					+											
leerstoornissen en communicatiestoornissen (w.o. dyslexie)			++							+											
gedragsstoornissen	(k)			+	+	+					+										
persoonlijkheidsstoornissen						+			+												
(para)suicide	+							+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
chronisch-vermoed- heidsyndroom			+							+											
psychische arbeids- ongeschiktheid (neu- rasthenie/surmena- ge/burn-out)	det			+	+	+	+			+								+			
psychische problemen	+				+						+		+		+	+					
psychische stoornissen i.h.a.											+			+	+				+	+	
psychische problemen bij ouders					+									+							

n=beschreven onder neurotische stoornissen

k=beschreven onder psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen

In de tabel is te zien dat de diversiteit in de beschreven psychische stoornissen groot is in de verschillende documenten. In sommige documenten worden brede categorieën besproken (bijv. neurotische stoornissen), in andere veel smallere (bijv. angststoornissen of zelfs PTSS). Suicide wordt veelal onder de psychische stoornissen behandeld; in VTV valt het onder uitwendige oorzaken van letsels. Het is voor VTV te overwegen het eveneens onder psychische stoornissen op te nemen.

Letsel ten gevolge van kindermisbruik en verkrachting bespreken wij onder uitwendige oorzaken van letsels, chronische onbegrepen (benigne) pijn onder symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden. Het chronisch-vermoedheidsyndroom (ICD-10 code F48.0; ICD-9 code 300.5) is in (nog) geen enkel document opgenomen maar is te overwegen op te nemen in VTV.

In de evaluatie van VTV-1997 wordt opgemerkt dat de indeling volgens de DSM-IV moet worden gehanteerd, en niet volgens zelf bedachte categorieën. Dat zou betekenen dat psychische problemen bij kinderen en jeugdigen zou moeten verdwijnen en de nadruk moet worden gelegd op de stoornissen die in de jeugd optreden (gedragsstoornissen, leerstoornissen, eetstoornissen, autisme). Toch wordt in verschillende documenten problematiek onder kinderen als één onderwerp behandeld.

Voorgesteld wordt neurotische stoornissen te vervangen door angststoornissen (incl. PTSS) en somatisatiestoornissen. Eventueel zou de somatisatiestoornis uitgebreid kunnen worden tot somatoforme stoornissen (dus met conversie-stoornis, pijnstoornis, hypochondrie en stoornis in de lichaamsbeleving).

In navolging van RGO zou schizofrenie uitgebreid kunnen worden tot 'schizofrenie en psychotische stoornissen'. In plaats van depressie wordt voorgesteld stemmingsstoornissen te selecteren (dus incl. manische en manisch-depressieve stoornissen). Overwogen zou moeten worden om persoonlijkheidsstoornissen op te nemen. Het heeft een hoge prevalentie en gaat gepaard met hoge maatschappelijke last en kosten (antisociale persoonlijkheid en agressie, borderline persoonlijkheid). Ook het opnemen van psychische arbeidsongeschiktheid (neuraasthenie/surmenage/burn-out/overspannenheid) is te overwegen. Afstemming moet plaatsvinden met de overall-indicator 'arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim'. Verstandelijke handicap dient goed met aangeboren afwijkingen afgestemd te worden (zie aldaar).

Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen

[illegible]

ziekte	VTV	Chr Aan	RG OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	syn	Fin	NZ	Ca	NW	HP	HFA	BD
migraine		+				+		+								
cerebrale parese		+														
duizeligheidsyndrome n e.d.						+										
spasticiteit																
neuromusculaire aandoeningen		+						+								

De aandoeningen uit ICD-hoofdgroep 6 die voor VTV-1997 geselecteerd waren, komen ook in andere publicaties veel aan de orde. Opvallend is dat vergeleken met andere documenten, de gezichts- en gehoorstoornissen in VTV gedetailleerd worden beschreven. In veel documenten worden niet specifieke aandoeningen van de zintuigen besproken, maar de beperkingen (in VTV komen zowel enkele aandoeningen van de zintuigen onder 'ziekten en aandoeningen' als de beperkingen en handicaps ten gevolge van deze aandoeningen aan de orde onder de indicator 'beperkingen en handicaps'). Migraine is een aandoening die niet in VTV aan de orde komt maar wel in een aantal andere publicaties. Het chronisch-vermoeidheidsyndroom en chronische onbegrepen pijn zijn opgenomen onder resp. psychische stoornissen en 'symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden'. Voor het opnemen van neuromusculaire ziekten in VTV wordt door het 'interuniversitaire steunpunt neuromusculair onderzoek' gepleit. Hierover zou ook nagedacht moeten worden.

Ziekten van het hartvaatstelsel

ziekte	VTV	Chr Aan	RG OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	NZ	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
CHZ	+			+	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+
hartfalen	+		++			+	+		+							
pompfunctiestoornis- sen		+														
hartritmestoornissen		+				+										
reumatische koorts										+						
inflammatoire hartziekte																+
CVA	+	+	++	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
atherosclerose (onder- liggend ziekteproces)		+			+	+										
ov. ziekten van de arteriën, arteriolen, capillairen (w.o.)						+							+			

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
aneurysma's)																	
aneurysma vd buik- aorta	+			+													
chronisch veneus vaatlijden		+															
trombose					+												
longembolie					+												
spataderen												+					
open been/ulcus cruris																	

De ziekten in ICD-hoofdgroep 7 die in VTV-1997 aan de orde zijn geweest komen ook veelvuldig voor, behalve aneurysma van de aorta, in de beschreven studies. Hypertensie wordt in veel documenten onder hart- en vaatziekten beschreven; in VTV is het een determinant. Als belangrijke atherosclerotische aandoening is het te overwegen atherosclerose of emboli/trombose van de perifere arteriën (claudicatio intermittens) nog te selecteren. Ziekten van de longcirculatie (o.a. cor pulmonale, longembolie/longinfarct) en perifeer veneus vaatlijden (incl. veneuze trombose, spataderen, open been (soms ook arterieel)) worden weinig genoemd, evenals hartritmestoornissen, hartklepafwijkingen en inflammatoire en reumatische hartziekten. Het aantal patiënten dat jaarlijks overlijdt aan hartritmestoornissen is echter aanzienlijk (ca. 3.000). Andere niet-VTV-ziekten met aanzienlijke sterfteaantallen zijn (in volgorde): aandoeningen van het endocard (klepafwijkingen), cardiomyopathie, acute pulmonale hartaandoening en arteriële embolie/trombose (tot 450 doden per jaar).

Ziekten van de ademhalingswegen

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	IEN	Zw	Fin	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
bovenste luchtweginfecties	+						+	+	+	+			+					
infecties vd lagere luchtwegen	+			+	+	+	+	+	+	+	+		+		+	+	+	+
RS-virus (inf. lagere luchtwegen)								+										
influenza	+			+	+		+	+		+			+					
astma	+	+		+	+	+	+		+	+		+	+	+	+	+	+	+
COPD	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
hooikoorts									+	+					+			
sick-building syndroom									+									
alveolitis/boerenlong										+					+			

De ziekten die in VTV-1997 beschreven werden, komen ook in de andere documenten veel aan de orde. Uit het overzicht kunnen twee suggesties afgeleid worden: binnen het onderwerp pneumonie zou expliciet aandacht kunnen worden aan RSV (aandacht hiervoor ontbreekt momenteel geheel). Het is ook te overwegen in navolging van de Scandinavische landen aandacht te besteden aan allergische ziekten in samenhang (astma, hooikoorts, alveolitis, sick-building syndroom e.d.; zie ook onder ziekten van de huid). Ook in de evaluatie van VTV-1997 wordt dat voorgesteld.

Een goep van aandoeningen met een hoge sterfte (boven de reeds genoemde aandoeningen) is 'pneumoconiosen en ander longziekten door externe prikkels' (ca. 340 per jaar). Hieronder bevindt zich ook asbestose. Overwogen kan worden deze aandoeningen toe te voegen aan een indicator 'arbeidsgerelateerde ziekten' (met ziekten van het bewegingsapparaat en psychische stoornissen).

Ziekten van het spijsverteringsstelsel

ziekte	VTV	Chr Aan	RG OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	SVZ	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
gebitsafwijkingen	+			+			+		+	+	+	+		+	+	+	+	+	+
zweren maaag/12-vingerige darm	+			+		+	+	+					+						
inflammatoire darmz.	+		++			+		+											
appendicitis							+	+					+					+	
buikbreuken							+	+					+					+	
hernia inguinalis (liesbreuk)						+													
chronische leverziekten/cirroze			+					+					+	+		+			+
obstipatie																			
zkt galblaas/galwegen						+													
darmdivertikels						+	+	+											
ileus								+											
trombose/embolie A. mesenterica								+											

De ziekten die in VTV-1997 aan de orde zijn gekomen, worden ook in andere documenten regelmatig besproken. Ziekten die in andere documenten worden besproken, maar niet in VTV-1997, zijn appendicitis, buikbreuken, chronische leverziekten/levercirrose en ziekten van de galblaas en galwegen. Opgemerkt moet worden dat in VTV onder afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen wel kort aandacht is voor levercirrose t.g.v. alcoholgebruik.

In de evaluatie van VTV-1997 werd voorgesteld chronische leverziekten, prikkelbare darmsyndroom en pancreaspathologie toe te voegen. Aandoeningen met een aanzienlijke sterfte zijn gastro-intestinale bloeding, chronische leverziekte/cirroze, darmobstructie (ileus) en vasculaire insufficiëntie van de darm.

Ziekten van de urinewegen en geslachtsorganen

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
acute urineweginfect.	+						+										
hyperplasie prostaat						+	+										
(peri)menopauzale stoornissen				+								+					
chron. nierzkt/nier-in- sufficiëntie/terminale nierziekte			+			+	+					+	+				+
fertiliteitsproblemen							+								+		

Weinig ziekten uit hoofdgroep 10 komen regelmatig in de verschillende documenten aan de orde. Een uitzondering wordt gevormd door de chronische nierziekten/terminale nierziekte, welke in VTV niet is opgenomen. De sterfte hieraan is hoog, en bedraagt (afhankelijk van de exacte definitie) ca. 1.180 - 1.260 per jaar. Fertiliteitsproblemen, o.a. als gevolg van SOA, worden enkele keren als zodanig genoemd.

Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	syn	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	HP	HFA	BD
zwangerschapshyper- tensie				+														
zwangerschaps- diabetes				+														
complic. weëën- activit. en bevalling				+														
ongewenste zwangerschap en abortus								+	+	+	+			+		+		
tiernerszwangerschap																+		
keizersnede											+						+	
bekkenpijn								+										
maternale sterfte											+		+	+		+		

In VTV-197 is geen enkele aandoening uit deze hoofdgroep geselecteerd. In andere documenten komen wel een aantal keren ongewenste of niet-geplande zwangerschap en abortus en matemale sterfte aan de orde. De vraag is of dit grote Nederlands volksgezondheidsproblemen zijn. Mogelijk wel onder alloctonen.

Ziekten van huid en subcutis

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	syn	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
constitutioneel eczeem	+								+	+						+			
contact-eczeem	+					+			+	+							+		
chronische ulcus/de-cubitus (doorliggen)			++			+													
psoriasis			+			+			+										
allergie i.h.a.								+	+	+			+			+			
voedselallergie								+	+										
huidveranderingen door zonlicht				+															

Constitutioneel eczeem en contact-eczeem, die in VTV-1997 aan de orde zijn gekomen, komen alleen in de Scandinavische documenten voor. Psoriasis, niet geselecteerd voor VTV-1997, komt ook af en toe voor in de andere bestudeerde documenten. Decubitus (huidziekte met de hoogste sterfte, namelijk 485 per jaar) wordt twee maal genoemd, maar krijgt in het RGO/OCV document wel hoge prioriteit. Verder komt het onderwerp allergie regelmatig voor. Dit heeft ook vaak betrekking op andere allergieën dan huidallergieën. Hiermee in samenhang moeten andere allergische aandoeningen gezien worden (zie ziekten van de luchtwegen).

Ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel

ziekte	VTV	Chr Aan	RG0 OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
reumatoïde artritis	+	+	+	+		+	+		+			+						+
perifere artrose	+			+	+	+			+			+	+	+	+			+
spondylose	+			+	+	+			+			+	+		+			+
dorsopathiën/ nek+rug	+			+	+	+		+	+			+	+	+	+			

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
schouderpijn								+	+									
osteoporose	+			+	+							+			+			
retropatellaire chondropathie						+												
ov. chron. inflammatoire gewrichtszktn.		+	+			+												
houdingsafwijkingen				+	+													
verworven misvormingen van extremiteten en wervelkolom						+												
enthesopathieën (schouder/elleboog)						+												
werkgerelateerde klachten BA					+			+				+	+					
chron. ziekten BA																	+	
bindweefselziekten (SLE)			+															

De in VTV-1997 geselecteerde aandoeningen in ICD-hoofdgroep 13 komen ook in andere documenten vaak aan de orde. Andere aandoeningen van het bewegingsapparaat die in andere documenten worden besproken, zijn aandoeningen van de schouder, houdingsafwijkingen en werkgerelateerde aandoeningen. Die laatste worden o.m. gevormd door dorsopathieën.

Het TNO-rapport 'Reuma in Nederland' hanteert een wat andere indeling dan in veel andere documenten (incl. VTV). Met name chronische weke-
delenreuma (met onder andere rsi, chronische lage-rugpijn, schouderpijn, nekpijn) vormt een belangrijke categorie.

Neuromusculaire aandoeningen worden besproken onder de 'ziekten van het zenuwstelsel', whiplash onder ongevalsletfels.

Aangeboren afwijkingen

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	HP	HFA	BD
aangeb. afw centraal zenuwstelsel	+			+						+							
spina bifida																	
anencephalie																	
aangeb. afw. hartvaatstelsel	+									+							
aangeb. afw. hart																	
syndroom van Down	+			+	+					+							+
fragiele-X syndroom				+													
niet ingedaalde testis				+													
congenit. heupluxatie				+													
aangeb. afwijkingen i.h.a.			+					+		+	+		+				

De in VTV-1997 beschreven aandoeningen in ICD-hoofdgroep 14 komen in andere documenten niet vaak zo specifiek aan de orde. Er zijn geen andere aangeboren afwijkingen die in de andere documenten veelvuldig beschreven worden.

In het RGO/OCV advies worden aangeboren afwijkingen in een wat breder kader aangeduid. Ze worden beschouwd als oorzaak van zeer verschillende problematiek: spasticiteit, doofheid, blindheid, verstandelijke handicap en vroeggeboorte. In de evaluatie van VTV werd geopperd de selectie van het aantal aangeboren afwijkingen uit te breiden, in ieder geval naar de belangrijkste oorzaken van verstandelijke handicap. Gedacht kan worden aan syndroom van Down, aangeboren afwijkingen van het zenuwstelsel (beide reeds opgenomen in VTV), fragile-X syndroom, Patau syndroom, infectie met rubella, complicatie bij de geboorte enz.

Aandoeningen ontstaan in de perinatale periode

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
vroeggeboorten	+		+		+								+					+
gezondheidsproblemen bij op tijd geboren	+																	+
te laag geboortegewicht	+									+		+	+				+	
asfyxie	+																	
perinatale infecties	+																	
foetaal alcoholyndroom													+			+		
hemorragische ziekte vd pasgeborene				+														
diverse sterfematen					+			+		+	+	+	+		+	+	+	

De in VTV-1997 geselecteerde aandoening ‘gezondheidsproblemen bij op tijd geboren’ komt in andere documenten niet voor, te laag geboortegewicht en vroeggeboorten af en toe. Er zijn geen andere aandoeningen die veelvuldig aan de orde komen. Wel wordt vaak aandacht besteed aan sterfte op zeer jonge leeftijd. Daarbij worden diverse sterfematen gehanteerd (zuigelingen, neonatale, postneonatale, perinatale).

Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	syn	Zw	Fin	Au	NZ	Fr	Ca	NW	HP	HFA	BD
wiegendood				+								+						
incontinentie			++	+	+	+			+			+						
(chronische onbegrepen) pijn			++					+					+	+	+			

Wiegendood, incontinentie en (chronische onbegrepen) pijn zijn symptomen die in een aantal documenten besproken worden maar die niet in VTV-1997 aan de orde zijn gekomen. Incontinentie en pijn zijn te overwegen op te nemen in VTV.

Ongevalsletsels en vergiftiging

ziekte	VTV	Chr Aan	RGO OCV	PPO	ZON	TNO	KvZ	syn	Zw	Fin	AU	NZ	Fr	Ca	NW	Dui	HP	HFA	BD
heupfractuur	+					+						+				+	+		
whiplash/letsel aan ruggemerg								+									+		
(gevolgen van) hoofd- letsel																	+		
ongevallen i.h.a.	+				+		+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
verkeersongevallen	+						+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
bedrijfsongevallen	+									+			+	+		+	+	+	
privé-ongevallen	+								+	+					+	+		+	
sportongevallen					+				+	+						+			
acc. val	+						+		+			+		+		+	+		+
acc. verdrinking	+								+			+		+		+	+		
acc. vergiftiging	+								+			+		+		+	+		
ongevallen tijdens medische behandeling	+						+		+				+					+	
(para)suicide en automutilatie	+						+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
geweld (w.o. tegen vrouwen)	+						+		+		+	+	+		+	+	+	+	+
seksueel geweld/ver- krachting					+							+			+		+	+	
kindermishandeling/ incest	ps. k														+		+	+	
verbranding												+				+	+		

Soms worden ongevalsletsels en vergiftiging niet ingedeeld naar oorzaak maar naar de locatie van het letsel (zoals door TNO: bijv. fracturen, open wonden enz.). De oorzaken van letsel die in VTV-1997 aan de orde zijn gekomen worden ook vaak in de andere documenten beschreven. Het valt op dat in de andere documenten ook redelijk vaak de onderwerpen geweld tegen vrouwen, seksueel geweld (tegen mannen en vrouwen) en kindermishandeling en incest aan de

orde komen. Verbranding wordt twee keer beschreven. Aan kindermishandeling wordt overigens in VTV onder 'psychische problemen kinderen en jeugdigen' ook aandacht besteed. Suicide is in dit rapport ook beschreven onder psychische stoornissen.

Overige indicatoren en ziekten

ZON: gezondheid van alleenstaande zwangere vrouwen en moeders, 'mobiliteit, zelfredzaamheid en veiligheid bij ouderen'.

Finland: beroepsziekten, arbeidsgerelateerde ziekten

Nieuw-Zeeland: ziekenhuisopnamen naar diagnose, ziekenhuisopnamen voor zuigelingen, beperkingen t.g.v. ongevalsletsels.

Frankrijk: beroepsziekten, nieuwe arbeidsgebonden ziekten (BA, allergie, stress)

Catalonië: orgaantransplantaties, arbeidsgerelateerde ziekten

Healthy People 2000: gezonde levensjaren tot 65 jaar, actieve levensjaren na 65 jaar, arbeidsgerelateerde hepatitis B infectie

Health for All: langdurige arbeidsongeschiktheid, sterfte voor het 5e levensjaar, beperkingen door ongevallen, kwaliteit van leven bij mensen met beperkingen, psychische stoornissen en kanker, beroepsziekten, chirurgische wondinfecties, ziekenhuisheropnamen (laatste twee als indicator van kwaliteit van zorg).

8.2 Conclusies op basis van de diverse documenten

Op basis van voorgaande overzichten is hieronder een concluderend overzicht gegeven. Weergegeven zijn aandoeningen waarvan te overwegen is deze aan de lijst van 52 VTV-ziekten toe te voegen. De vetgedrukte aandoeningen krijgen prioriteit, vastgesteld op basis van prioritering in het RGO/OCV-document (paragraafhoofdstuk 5.1.2; systematische afweging van het belang voor de volksgezondheid van onderwerpen door experts), opneming in het ZON-programma (hoofdstuk 5.1.4; recente prioriteitenlijst van 'public health' onderwerpen), hoge sterfte (hoofdstuk 7; belangrijke volksgezondheidsindicator), frequent beschreven onderwerp in andere binnenlandse en buitenlandse documenten (rest van hoofdstuk 5) en aandachtspunten van VWS (hoofdstuk 6.3) of medewerkers VTV-1997 (hoofdstuk 6.1 en 6.2). Van de buitenlandse documenten heeft het 'Burden of Disease project (BoD)' wat meer aandacht gekregen omdat hierin op kwantitatieve wijze en onderbouwd een weging heeft plaatsgevonden. De beslissing om in de volgende tabel een aandoening al dan niet vet te drukken kon niet anders dan soms wat arbitrair zijn omdat kwantificering van onderlinge weging niet mogelijk was.

Indien in *tabel 8.1* vermeld staat dat van een aandoening de prevalentie of sterfte hoog zijn, wordt bedoeld ten opzichte van aandoeningen die niet reeds geselecteerd zijn voor VTV op basis van een hoge prevalentie of sterfte. Voor een aantal aandoeningen wordt slechts een kleine uitbreiding of precisering voorgesteld.

Tabel 8.1: Aandoeningen waarvan te overwegen is deze aan de huidige VTV-selectie toe te voegen, en de criteria waaraan zij voldoen.

Aandoening	Criterium voor het belang van de betreffende aandoening
HOOFDGROEP 1	
Hepatitis	• Lage prevalentie in algemene bevolking, maar in specifieke bevolkingsgroepen kan de prevalentie erg hoog zijn (tot 70%). • Het beloop van hepatitis B en C is bij 10-20% van de patiënten ernstig (hepatitis, levercirrose, leverkanker). • Er zijn belangrijke mogelijkheden voor preventie beschikbaar (vaccinatie, screening van risicogroepen en bron-contactonderzoek) • Systematiek: nu in VTV alleen aandacht voor hepatitis A en B, en verspreid over SOA, drugsafhankelijkheid, syndroom van Down, het immuunsysteem, importziekten en fysieke omgeving. Een aparte bijdrage over hepatitis (zowel A, B, C, D, E als G) zal bijdragen aan de systematiek. Ook in veel buitenlandse documenten wordt hepatitis als apart ziektebeeld beschreven (alleen hepatitis A+B+C)
Verontrustende ziekten (prionziekten, streptokokken groep A)	• Zeer ernstige infecties. Hoewel de kans op optreden misschien klein is, kunnen bij optreden de gevolgen enorm groot zijn. Monitoring is van belang om veranderingen (incidentie, virulentie, nieuwe ziekten) tijdig op te merken. • Actueel onderwerp
Zoönosen ^a	• In Nederland niet een groot volksgezondheidsprobleem, maar sommige ziekten zijn wel potentieel gevaarlijk (qua ernst en voorkomen). • Actueel onderwerp
Infectieziekten die chronische ziekten veroorzaken	• Belangrijk onderwerp i.v.m. preventie van chronische ziekten. Mogelijk veel winst te behalen, in termen van ziektelast. • Aandacht voor in literatuur, actueel onderwerp (in VTV-1997 voor deel onder determinant 'Immuunsysteem').
Infectieziekten bij allochtone kinderen	• Belangrijk onderwerp i.v.m. bestrijding ongelijkheid in gezondheid.
HOOFDGROEP 2	
Kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel/leukemie	• Hoge sterfte, hoge incidentie en (voor een aantal vormen) slechte prognose • Hoge incidentie op jonge leeftijd waardoor veel verlies van (gezonde) levensjaren • Multiple myeloom en leukemie veroorzaken veel ziektelast volgens BoD-project
Pancreaskanker	• Hoge sterfte, hoge incidentie • Slechte prognose, zware terminale ziekte • Veel ziektelast volgens BoD-project • Weinig uitzicht op verbetering van prognose

Aandoening	Criterium voor het belang van de betreffende aandoening
Ovariumkanker	- Hoge sterfte, hoge incidentie, slechte prognose - Veel ziektelast volgens BoD-project
Blaaskanker	- Hoge sterfte, hoge incidentie, vrij slechte prognose - Veel ziektelast volgens BoD-project
Baarmoederhalskanker	- Weinig vóókomende kanker, maar goede mogelijkheden voor vroege opsporing. Momenteel zijn meer ontwikkelingen nodig t.a.v. de goede uitvoering van preventie. - In vrijwel alle buitenlandse 'verkenningen' behandeld.
Nierkanker	- Hoge sterfte, hoge incidentie - hoge incidentie op relatief jonge leeftijd waardoor veel verlies van (gezonde) levensjaren
Leverkanker	- Slechte prognose - Veel ziektelast volgens BoD-project
Hersenkanker	- Redelijk hoge sterfte, matige prognose - Ontstaat op jonge leeftijd waardoor veel verlies van (gezonde) levensjaren
Benigne nieuwvormingen	- Veel ziekenhuisverpleegdagen - Vrij hoge kosten
HOOFDGROEP 3	
Complicaties van suikerziekte	Belangrijke oorzaak van ziektelast en sterfte. In thema I van VTV-1997 weinig aandacht aan besteed (wel in thema V).
Familiaire hypercholesterolemie	Mogelijkheden voor vroege opsporing en adequate behandeling (statines) beschikbaar.
Erfelijke ziekten en metabole stoornissen bij allochtonen	Belangrijk onderwerp i.v.m. bestrijding ongelijkheid in gezondheid.
Cystische fibrose	- Sterk verminderde KvL, slechte prognose. - Hoewel de incidentie erg laag is (50-80 kinderen per jaar), is de 'case-fatality' hoog, waardoor relatief nog veel verlies van (gezonde) levensjaren.
HOOFDGROEP 4	
IJzergebreksanemie	- Veel ziektelast volgens BoD-project. - Bij bepaalde etnische groepen hoge prevalentie
Hemolytische anemieën	- Toename vanwege immigratie. - Ernstig ziektebeeld (maar lage prevalentie: enkele honderden personen)
HOOFDGROEP 5	
Stemmingsstoornissen (incl. manisch-depressieve episoden)	- Uitbreiding van het onderwerp 'depressie'. Vormt logische groep in de psychiatrische literatuur en DSM omdat opeenvolgend depressieve en manische episoden optreden. Bij een eerste episode is het onderscheid vaak nog niet te maken. - Bipolaire stoornissen apart veroorzaken veel ziektelast, volgens BoD-project.
Angststoornissen (incl. PTSS)	Definitieve vervanging van het verouderde begrip neurotische stoornissen
Somatisatiestoornissen/somatoforme stoornissen	- Definitieve vervanging van het verouderde begrip neurotische stoornissen - Hoge prevalentie (tot 4,4% in buitenlandse studies) - Oorzaak van groot zorgbeslag - Ingewikkelde interactie tussen lichaam, geest en cultuur
Persoonlijkheidsstoornissen	- Hoge prevalentie (levensprevalentie meer dan 10%) - Sommige stoornissen hoge kans op suicide (RR=10) - Persoonlijkheidsstoornissen veroorzaken veel last voor patiënten zelf, maar ook voor naasten. - Oorzaak van veel zorgbeslag en kosten binnen en buiten gezondheidszorg en maatschappelijke last.
Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden (autistische en aanverwante stoornissen, eetstoornissen, leerstoornissen, communicatiestoornissen en gedragsstoornissen)	Het gaat hier om de naamgeving en explicitering. Huidige naam is 'Psychische problemen van kinderen en jeugdigen'. Liever DSM-categorieën dan zelfbedachte.

Aandoening	Criterium voor het belang van de betreffende aandoening
Suicide(poging) / (para)suicide	Het gaat hier om de verplaatsing van het hoofdstuk 'Uitwendige oorzaken van letsels en geweld' naar 'psychische stoornissen'. Het krijgt zo meer aandacht, in de vorm van een zelfstandig hoofdstuk.
Chronisch vermoeidheidssyndroom	• Hoge prevalentie (ca. 1 per 1.000) • Grote zorgvraag • Dreigende overbehandeling • Actueel onderwerp
Psychotische stoornissen (incl. schizofrenie)	Uitbreiding van de stoornis schizofrenie: • Psychotische stoornissen veroorzaken veel lijden voor patiënten zelf, maar ook voor naasten. • Oorzaak van veel zorgbeslag en kosten binnen en buiten gezondheidszorg en maatschappelijke last.
HOOFDGROEP 6	
Migraine	• Hoge prevalentie • Veel verlies van KvL • Belangrijke consequenties voor de samenleving in termen van kosten en ziekteverzuim
Neuromusculaire ziekten	• Hoge prevalentie • Ontstaat vaak op jonge leeftijd • Veel verlies van KvL • Deze groep komt uit bestaande registraties niet naar voren, waardoor tot nu toe de kans op selectie voor VTV nihil was.
(Persisterende) middenoorontsteking	• Frequent optredende aandoening die de taal-spraakontwikkeling van kinderen negatief beïnvloedt.
HOOFDGROEP 7	
Perifeer arterieel vaatlijden (excl. AAA)	• Hoge prevalentie • Veel verlies van KvL
Hartritmestoornissen	• Hoge prevalentie • Hoge sterfte • Veel ziekenhuisverpleegdagen • Veel verlies van KvL
Aandoeningen van het endocard/klepafwijkingen	• Hoge sterfte
Ziekten van de longcirculatie	• Hoge sterfte • Veel ziekenhuisverpleegdagen
Perifeer veneus vaatlijden (spataderen, open been, chronisch ulcus, trombose)	• Hoge prevalentie • Veel verlies van KvL
HOOFDGROEP 8	
RSV (binnen longontsteking)	• Ernstige luchtweginfectie bij jonge kinderen (ziekenhuisopname, sterfte), zodat aparte aandacht (binnen het onderwerp longontsteking) gerechtvaardigd lijkt.
HOOFDGROEP 9	
Chronische leverziekten/levercirrose	• Hoge sterfte • Veel ziekenhuisverpleegdagen per patiënt • Veel langdurig ziekteverzuim • Veel verlies van KvL en veel ziektelast volgens BoD-project • Veel gebruikte indicator in buitenlandse documenten: aansluiten bij Europa/rest van wereld
Gastro-intestinale bloeding	• Hoge sterfte en veel verloren levensjaren • Veel verlies van KvL • Veelal secundair bij andere aandoeningen (carcinoom, colitis, varices oesofagus, ontsteking)
Buik- en liesbreuken	• Hoge kosten preventie en behandeling, veel operaties, veel verpleegdagen (totaal en per patiënt) • Veel verlies van KvL, vaak recidieven • Leidt tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid
Appendicitis	• Hoge kosten preventie en behandeling, veel operaties, veel ziekenhuisopnamen • Leidt tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Aandoening	Criterium voor het belang van de betreffende aandoening
Ziekten van de galblaas en galwegen (cholelithiasis)	• Hoge kosten preventie en behandeling, veel ziekenhuisopnamen, verpleegdagen en operaties
HOOFDGROEP 10	
Chronische nierziekten/nierinsufficiëntie/nierfunctiestoornissen	• Hoge sterfte • Veel verlies van KvL en veel ziektelast volgens BoD-project • Hoge kosten
Benigne prostaathypertrofie	• Hoge incidentie bij ouderen • Veel ziekenhuisverpleegdagen • Vrij hoge kosten • Toenemend probleem (vergrijzing), ook vaker gediagnosticeerd vanwege afnemend schaamtegevoel.
Fertiliteitsproblematiek	• Blijvend probleem (vnl. a.g.v. SOA) • Groeiend probleem (pas op latere leeftijd zwangerschapswens)
HOOFDGROEP 11	
Ongewenste zwangerschap en abortus	• In buitenland veel aandacht voor dit probleem • Mogelijk probleem onder allochtonen
Maternale sterfte	• In buitenland veel aandacht voor dit probleem • Mogelijk probleem onder allochtonen
HOOFDGROEP 12	
Psoriasis	• Veel verlies van KvL • Moeilijk te behandelen • Levenslange aandoening • Hoge zorgvraag • Hoge prevalentie
Decubitus	• Relatief hoge sterfte (t.o.v. andere huidziekten): 1.939 personen in 1994 • Veel verlies van KvL (veel pijn en leed) • Veel ziekenhuisverpleegdagen • Veel kosten
Allergie (alveolitis, hooikoorts, astma, sick-building syndroom, const. eczeem, voedselallergie)	• Veel verlies van KvL • Ongerstheid in de bevolking, actueel probleem • Aanwijzingen voor een toenemend probleem • Integratieve beschrijving lijkt nuttig
HOOFDGROEP 13	
Aandoeningen van de schouder	• Veel verlies van KvL • Hoog ziekteverzuim en veel arbeidsongeschiktheid
(Overige) weke-delenreuma (RSI, chron. lage-rugpijn, schouder-, nekpijn, fibromyalgie, tendinitis)	• Invalidiserend • Hoog beslag op zorg • Probleem: VTV schaart sommige aandoeningen hiervan onder andere categorieën
Whiplash	• Veel verlies van KvL • Hoog ziekteverzuim en veel arbeidsongeschiktheid • Actueel onderwerp • Meer specifieke aandacht voor whiplash binnen het onderwerp 'dorsopathieën' lijkt gerechtvaardicht.
Houdingsafwijkingen	• Langdurige afwijkingen leiden progressief tot klachten op latere leeftijd: longfunctiestoornissen, rugpijn, beperkingen van mobiliteit. Tevens cosmetische redenen.
HOOFDGROEP 14	
Oorzaken van verstandelijke handicap	• Diverse syndromen en oorzaken: fragiele X, Down, Patau, infectie met rubella, complicatie bij geboorte, aangeboren afw. van zenuwstelsel.
HOOFDGROEP 15	
Perinatale sterfte	• Veel gebruikte indicator in buitenlandse documenten. • Aansluiten bij Europa/rest van wereld.
HOOFDGROEP 16	
Incontinentie	• Hoge prevalentie • Veel verlies van KvL • Sociale vereenzaming

Aandoening	Criterium voor het belang van de betreffende aandoening
	• Hoge kosten • Toegenomen zorgvraag • Reden voor opname in verpleeghuis
Chronische onbegrepen pijn / pijn in het algemeen	• Geen organische afwijking (meer) aantoonbaar • Hoge prevalentie • Veel verlies van KvL • Grote zorgvraag • Dreigende overbehandeling • Actueel onderwerp
Wiegendood	• Vooral een probleem bij allochtonen (Turken)
HOOFDGROEP 17	
Seksueel geweld / verkrachting	• Actueel onderwerp • Wordt door de samenleving als belangrijk probleem ervaren • Schade op jonge leeftijd
Kindermishandeling / incest	• Actueel onderwerp • Wordt door de samenleving als belangrijk probleem ervaren • Schade op jonge leeftijd • In VTV onder 'psychische problematiek kinderen/jeugdigen'. Mogelijk meer uitwerking nodig.
Verbranding	• Gezondheidsprobleem waarop mogelijk nog veel winst is te behalen
OVERIGE ONDERWERPEN	
Arbeidsgerelateerde aandoeningen (bewegingsapparaat (rug, rsi, bekkenpijn), psychisch (burn-out), longen (pneumoconiosen/asbestose)	• Actueel onderwerp • Veel verlies van KvL • Maatschappelijke gevolgen in termen van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim zijn groot • Relatief hoge sterfte aan pneumoconiosen (340 p.j.)

^a zoönosen: ziekten die ontstaan doordat levende dieren micro-organismen overbrengen, zoals rabiës, psittacose, toxoplasmose, toxocara, lyme (borreliose), kattekrabziekte, hondebeten, brucellose, paratuberculose, spoelwormen, echinococcose, leptospirosis, trichinosis, streptococcose.

Bredere definitie: infectieziekten die onder natuurlijke omstandigheden, eventueel via insecten, van gewervelde dieren op de mens worden overgebracht. Dus incl. listeriose, voedselinfecties, BSE enz.

Aandoeningen die door de Europese Burden of Disease groep voorgesteld werden, maar hierboven niet genoemd zijn, zijn:

1. mond- en oropharynxkanker
2. darmdivertikels
3. genitale prolaps (verzakking)
4. perimenopauzale stoornissen

Door ons zijn deze aandoeningen niet geselecteerd, omdat ze te weinig ernstig zijn (2, 3, 4), weinig vóórkomen (1) en na eventuele behandeling (operatie) een redelijk goede prognose hebben (2, 3, 4).

Voor een aantal infectieziekten wordt voorgesteld het vóórkomen ervan te beschrijven onder 'ziekten en aandoeningen' en niet onder 'determinanten'. Het beschrijven van ziekten (mortaliteit en morbiditeit) kan informatie geven over ontwikkelingen in preventie en zorg. Zo kan een verandering van de incidentie van mazelen en COPD het gevolg zijn van veranderingen in de effectiviteit van de vaccinatie respectievelijk rookpreventie en CARA-zorg. Voor beide aandoeningen is het logisch om ziektegegevens onder 'ziekten en aandoeningen' te brengen en preventie- en zorggegevens onder die desbetreffende hoofdstukken/thema's. Dit vergemakkelijkt het opzoeken en vergroot de vergelijkbaarheid met andere andere (buitenlandse) documenten. De determinanten waarvoor verplaatsing wenselijk is, zijn 'Resistentie en ziekenhuisinfecties' (antibioticagebruik, operaties, invasieve behandelingen kunnen beschreven worden in het deel over 'determinanten'), 'Ziekten die zijn opgenomen in het rijksvaccinatieprogramma (vaccinatiegraad in het deel over 'determinanten') en 'Importziekten' (immigratie en reizen in het deel over 'determinanten').

In voorgaande tabel zijn aandoeningen die specifiek als indicator van 'vermijdbare' sterfte en ziekte kunnen dienen (zie par. 5.3.12), niet opgenomen. Vergelijking van de tabel in par. 5.3.12 met bovenstaande tabel en de 52 ziekten in VTV-1997, leert dat ziekten die geselecteerd zouden kunnen

worden in het kader van 'vermijdbare' ziekte en sterfte voor een groot deel al om andere redenen geselecteerd zijn of zouden kunnen worden. Het is echter goed denkbaar en nuttig, dat deze aandoeningen opnieuw gegroepeerd worden in een aparte rapportage. Dit zou dan een rapportage kunnen zijn rond een bepaald thema, bijvoorbeeld 'monitoring van gezondheidsuitkomsten van de gezondheidszorg'.

9. Selectie van ziekten en aandoeningen: hoe verder?

In de inleiding van dit rapport zijn een aantal vragen over de selectie van ziekten en aandoeningen opgesteld, die wij in dit rapport trachten te beantwoorden. Hieronder worden die vragen nog eens systematisch langsgelopen.

1. voldoen de 52 geselecteerde aandoeningen?
 - a missen we aandoeningen?
 - b hebben we aandoeningen die bij nader inzien uit de lijst verwijderd kunnen worden?
2. zijn de gekozen criteria goed, moeten er nieuwe criteria bij?
3. zijn de gekozen grenswaarden van de criteria bruikbaar of moeten we andere kiezen ?
4. moeten we de hele selectieprocedure op recente data en met de huidige kennis over de bronnen opnieuw uitvoeren?
5. moeten we op basis van andere onderzoeken (RGO, TNO, internationale onderzoeken) ziekten toevoegen?
6. moeten we op basis van commentaar uit het veld ziekten toevoegen?
7. moeten we aandoeningen definiëren aan de hand van etiologie of gevolgen?

sub 1a. Uit deze notitie 'Selectie van ziekten en aandoeningen', blijkt dat de selectie van 52 ziekten voor VTV-1997 een bruikbare selectie is geweest, maar ook één die misschien wel weer aangepast zou moeten worden (nieuwe tijden, nieuwe ontwikkelingen, nieuwe inzichten). Uit adviezen, onderzoeken en buitenlandse VTV's zijn zeer vele suggesties gekomen voor te selecteren ziekten (zie 8.1). Het moge echter duidelijk zijn dat het niet de bedoeling is om op basis van allerlei criteria vele ziekten toe te voegen en uiteindelijk een onhandelbaar grote selectie van ziekten en aandoeningen te krijgen.

sub 1b. Ook kan gedacht worden aan verwijdering van ziekten. Te denken valt aan AIDS (lage incidentie, lage sterfte, geen toenemende problematiek), verkoudheid (lage ernst, lage sterfte) en contact-eczeem (lage ernst, lage sterfte). Uiteraard zijn er tegenargumenten. In dit geval: AIDS heeft een hoge ziektelast, verkoudheid heeft een hoge incidentie en hoog kortdurend ziekteverzuim, voor contact-eczeem zijn interessante ontwikkelingen gaande (wetgeving, aanpassing in de industrie e.d.). Vooralsnog lijkt het weinig zinvol ziekten te verwijderen.

sub 2. De huidige criteria omvatten sterfte, verloren levensjaren, incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk, ziekenhuisontslagen, ziekteverzuim, verpleeghuisopnamen, kosten en mogelijkheden voor preventie. Er lijken geen duidelijke kwantitatieve selectiecriteria te zijn die toegevoegd kunnen worden aan de voor VTV-1997 gebruikte criteria. Soortgelijke documenten als VTV in het buitenland hanteren in het geheel geen criteria of beschrijven die niet.

Op basis van het criterium 'vermijdbaarheid' zijn voor VTV-1997 18 ziekten geselecteerd (boven de ziekten die reeds in VTV-1993 waren opgenomen). Hiervan werden er aan de VTV-lijst slechts drie toegevoegd. Voor volgende VTV's is het goed denkbaar en nuttig om ziekten waarvan het vóórkomen of de sterfte 'vermijdbaar' is, in een aparte rapportage uit te werken.

Een kwantitatief criterium dat mogelijk toegevoegd kan worden, is ernst (of gevolgen voor de kwaliteit van leven/functioneren of perspectief/prognose). Soms wordt dit criterium indirect meegenomen via andere criteria, maar niet altijd. Een ziekte als nierinsufficiëntie is nu bijv. niet meegenomen: een niet al te hoge prevalentie, weinig ziekenhuisopnamen, weinig sterfte (primaire doodsoorzaak is meestal iets anders, bijv. diabetes) maar grote afhankelijkheid (dialyse). Om op objectieve wijze bij grote groepen patiënten de mate van ernst vast te stellen, zal echter moeilijk zijn. Een mogelijke oplossing is de waardering van ziektestadia door deskundigen, zoals in het Nederlandse 'burden of disease project' (Van der Maas & Kramers, 1997). Maar hierin zijn alleen de reeds voor VTV-1997 geselecteerde aandoeningen gewaardeerd en niet de aandoeningen uit paragraaf 8.1. Of het panel-onderzoek van TNO-PG voor de selectie van ziekten t.b.v. enquêtes voldoet, kunnen we moeilijk beoordelen.

Een niet-kwantitatief criterium zou verder nog kunnen zijn aansluiting bij buitenlandse documenten, bijv. bij de HFA-targets (zie sub 5). Verder zal de opdrachtgever (VWS) eigenlijk aan moeten geven welke criteria hij belangrijk vindt. Deze criteria zouden dan zo mogelijk gekwantificeerd en toegepast kunnen worden.

M.b.t. kosten is er het probleem dat voor de Kosten van Ziekten Studie afstemming heeft plaatsgevonden met VTV-1997. Ziekten die geen deel uitmaakten van VTV-1997 zijn dus zelden aan bod gekomen in de KvZ Studie.

Overigens moeten criteria misschien niet al te star gehanteerd worden. Dit blijkt bijv. uit brieven n.a.v. VTV-1993 over neuromusculaire en reumatische ziekten. ICD-indelingen voldoen vaak niet in de dagelijkse praktijk (neurologie, reumatologie). Een hiermee samenhangend probleem is dat sommige ziekten niet volledig naar voren komen in de registraties die gebruikt zijn voor de selectie van ziekten voor VTV-1993 (bijv. nierinsufficiëntie komt onvoldoende tot uiting in huisartsenregistraties en de LMR).

sub 3. In hoofdstuk 7 hebben we laten zien dat bij de keuze van een andere grenswaarde, andere ziekten geselecteerd zullen worden. Ook voor VTV-1993 is dat al beschreven: als de grenswaarde bij sterfte niet 2% was, maar 1,5% zouden bijv. hartritmestoomissen en ovariumkanker geselecteerd worden. In hoofdstuk 5 en 8 zien we die ziekten in een aantal documenten ook terugkomen, en ook pancreaskanker, blaaskanker, nierkanker, aandoeningen van het endocard en nierinsufficiëntie. Het verlagen van de grenswaarde bij incidentie, prevalentie en kosten zal weer andere ziekten toelaten. Doel hiervan is de totale dekking van VTV te verhogen. Nu vertegenwoordigen de VTV-ziekten 45-50% van de diagnoses in de huisartspraktijk, 70% van de sterfgevallen en 65% van de kosten.

sub 4. Het moge duidelijk zijn dat het ondoenlijk is om 'even' de selectieprocedure opnieuw uit te voeren met andere criteria en recentere gegevens. Het hele proces van doorrekenen van de criteria op basis van de beschikbare bronnen is een tijdrovende zaak. Ook de kosten voor de aanschaf van volledige databestanden moet niet worden onderschat. Een alternatief is beschreven onder sub. 5 en 6.

Indien de selectie wel opnieuw uitgevoerd wordt, is een probleem het kiezen van de geschikte huisartsenregistratie. Het kiezen van één of twee registraties zoals voor de selectie van VTV-1993 is gebeurd, geeft problemen omdat uit een analyse van huisartsenregistraties (Gijzen et al., 1997) is gebleken dat iedere registratie weer net anders meet en dat ook de gehanteerde definities nogal kunnen verschillen. Bovendien moeten ziektegroepen geconstrueerd worden en moeten complete bestanden aangeschaft worden. Het toepassen van de criteria op sterfte en ziekenhuisontslagen en misschien ook wel WAO en verpleeghuizen zal makkelijker uitvoerbaar zijn. Waarschijnlijk zal deze exercitie niet veel nieuwe ziekten opleveren maar het geeft misschien wel een idee van de verandering in de tijd. Ook hierbij is een probleem welke ziektegroepen (entiteiten) als uitgangspunt moeten worden gekozen.

sub 5. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van elders geselecteerde ziekten. Hieruit kunnen ideeën opgedaan worden voor VTV. Afstemming met bijv. ZON of buitenlandse 'VTV's' lijkt gewenst. Onafhankelijk van het feit of een formele selectieprocedure gedaan wordt, is het verhelderend de elders geselecteerde ziekten (al dan niet op basis van formele criteria) langs te lopen. Mogelijk is een formele selectieprocedure niet eens nodig, maar kan met het bekijken van andere selecties volstaan worden. Wel is het raadzaam e.e.a. af te stemmen binnen VTV, met andere afdelingen binnen het RIVM, VWS en eventueel op te richten expertgroepen van het VTV-project dat de gezondheidstoestand bestudeert.

Een besluit zou genomen moeten worden over de vraag of VTV ook (een aantal van) de Health for All indicatoren moet opnemen. Zie hierover ook de discussie in TSG (TSG 1998; 76: 98-116) en op het Ministerie van VWS.

sub 6. Zie hiervoor sub 5. In dit rapport is commentaar uit het veld ondergebracht in hoofdstuk 6 en hierover zou zeker nagedacht moeten worden.

sub 7. Bij VTV-1993 was het uitgangspunt voor definiëring de etiologie. In VTV-1993 was dat logisch, gezien het feit dat de nadruk lag op preventie. In VTV-1997 is de aandacht verschoven richting gevolgen van aandoeningen voor het individu (thema 3) en de maatschappij (thema 6). Daarmee is het denkbaar geworden aandoeningen naar gevolgen te definiëren. Te denken valt aan niet-aangeboren hersenletsel, welke door diverse oorzaken kan ontstaan (ongeval, beroerte, tumor, hartstilstand, infectie, 'spontaan'/onbekend e.d.). De gevolgen voor de patiënten kunnen sterk overeenkomen in termen van beperkingen, kwaliteit

van leven, indeling in ernststadia, medische consumptie (neurologie, revalidatie) en kosten. Andere aandoeningen die op dergelijke wijze gedefinieerd kunnen worden zijn urine-incontinentie, aandoeningen waarbij een stoma noodzakelijk is, terminaal nierfalen, chronische (onbegrepen) pijn, neuromusculaire aandoeningen en stofwisselingsziekten.

Afsluitend concluderen wij dat het uitgangspunt voor volgende VTV's de ziekten en aandoeningen van VTV-1997 dient te zijn. Uit vergelijking met diverse bronnen, uit de evaluatie van VTV-1997 en uit eigen analyses komen enkele ziekten naar voren die kandidaat zijn om toegevoegd te worden aan de huidige selectie van ziekten. Dit zijn verontrustende infectieziekten ('(re)-emerging infections') en zoönosen, enkele nieuwvormingen, persoonlijkheidsstoornissen, hartritmestoornissen, aandoeningen van de hartkleppen, chronische leverziekten, chronische nierziekten en ziekten die met name van invloed zijn op kwaliteit van leven en het maatschappelijk functioneren van patiënten, zoals chronisch vermoeidheidssyndroom, somatisatiestoornis, migraine, claudicatio intermittens, psoriasis, decubitus, aandoeningen van de schouder, incontinentie en chronische (onbegrepen) pijn. Verder wordt voorgesteld bij enkele aandoeningen extra accenten te leggen, zoals bij dorsopathiën op whiplash, bij longontsteking op longontsteking door het RS-virus en bij uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging op seksueel geweld. Tenslotte wordt voorgesteld (meer) aandacht te besteden aan arbeidsgerelateerde aandoeningen. Een aantal onderwerpen leent zich voor beschouwende, integratieve rapportages: allergieën en infectieziekten als oorzaak van chronische ziekten. Ook is aparte rapportage over ziekten waarvan het vóórkomen en/of de sterfte te vermijden zijn, te overwegen.

Wij willen hier nog niet definitief besluiten om bovengenoemde aandoeningen allemaal op te nemen in het VTV-project 'Morbiditeit in Nederland' of in het elektronische informatiesysteem de 'VTV-monitor'. Een en ander is afhankelijk van de beschikbare middelen en mogelijkheden. Maar indien ruimte vrij komt, kunnen (enkele van) genoemde aandoeningen geselecteerd worden, zo mogelijk in overleg met deskundigen met brede interesse en belangstellenden van het ministerie van VWS. De vorm waarin gerapporteerd zal worden kan dan nader bepaald worden. Gedacht kan worden aan papieren rapporten, eenmalige opname in de VTV-monitor of continue opname in de VTV-monitor.

Literatuur

- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 1996: the fifth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1996.
- Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J (eds.). Health in Finland (in preparation), 1998.
- Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving Health: Measuring Effects of Medical Care. The Milbank Quarterly 1994a; 72: 225-255.
- Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. The Role of Medical Care in Determining Health: Creating an Inventory of Benefits. In: Amick B et al. (eds). Society and Health. New York: Oxford University Press, 1994b.
- Coebergh JWW, Heijden LH van der, Janssen-Heijnen MLG (eds.). Cancer incidence and Survival in the Southeast of the Netherlands 1955-1994. Eindhoven: Comprehensive Cancer Centre South, 1995.
- Davidse W, Miedema HS, Chorus AMJ. Selectie van ziekten ten behoeve van enquêtes. TNO-rapport 94.082. Leiden: TNO Preventie en gezondheid, Divisie Collectieve Preventie, 1994.
- DHHS, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Healthy People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington: DHHS, 1990.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Health Plan for Catalonia 1993-1995. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. The Health Plan at your Fingertips. Health Plan for Catalonia 1996-1998. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
- Gezondheidsraad. Commentaar op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Publikatie nummer 1994/02. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994.
- Harteloh PPM, Ruwaard D, Kramers PGN. Evaluatie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993. Bilthoven: RIVM (rapport nr. 431501012), 1995.
- Holland W (ed.). EC Concerted Action Project "Health Services and Avoidable Mortality". EC Atlas of Avoidable Mortality, 1974-1978. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- iMGZ-EUR en TNO-PG, instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam en TNO Preventie en Gezondheid TNO-PG. Prioriteiten in Preventieonderzoek. Onderzoeksverslag. Rotterdam/Leiden: iMGZ-EUR en TNO-PG, 1995.
- Koopmanschap MA, Roijen L van, Bonneux L. Kosten van ziekten in Nederland. Rotterdam: iMGZ/iMTA, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.
- Lobbezoo IE, Ruwaard D. Evaluatie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. RIVM rapport 431501026. Bilthoven: RIVM, 1998.
- LÖGD, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994. Bielefeld: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1995.
- Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Maas IAM, Gijsen R. Een actualisering van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking: aansluiting bij het volksgezondheidsbeleid. Interne notitie. Bilthoven: RIVM, 1995.
- Maas PJ van der, Kramers PGN. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. III Gezondheid en levensverwachting gewogen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Mackenbach JP, Bouvier-Colle MH, Jouglé E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. J Ep Comm Health 1990; 44: 106-111.
- Mackenbach JP, Looman CWN, Kunst AE, Habbema JDF, Maas PJ van der. Post-1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in the Netherlands. Soc Sci Med 1988; 27: 889-894.
- Mackenbach JP. Mortality and medical care. Studies of morbidity by cause of death in the Netherlands and other European countries. Diss. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1988.

- Mackenbach JP. Screening: nieuwe mogelijkheden, nieuwe controversen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 734-739.
- Melker HE de, Conyn-van Spaendonck MAE, Sprenger MJW (red.). *Infectieziekten in Nederland. Epidemiologie, diagnostiek en bestrijding*. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1997.
- Miedema HS. *Reuma in Nederland: de cijfers. Het aantal patiënten met chronisch reumatische aandoeningen in Nederland*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1997.
- Ministry of Health and of Social and Urban Affairs and High Committee on Public Health. *Health in France. 1994 General Report*. Paris: John Libbey Eurotext, 1996.
- Murray CJL, Lopez AD (eds.). *The Global Burden of Disease. (Vol. I)*. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
- NBHW, The National Board of Health and Welfare and the Centre for Epidemiology of The National Board of Health. *Swedens's Public Health Report 1997*. Stockholm, 1998.
- PHC, Public Health Commission. *Our Health-Our future. The State of the public health in New Zealand 1994*. Wellington: Public Health Commission, 1994.
- Polder JJ, Meerding WJ, Koopmanschap MA, Bonneux L, Maas PJ van der. *Kosten van ziekten in Nederland 1994*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg/instituut voor Medische Technology Assessment, 1997.
- RGO/OCV, Raad voor Gezondheidsonderzoek en OverlegCommissie Verkenningen. *Verkenningen naar Prioriteiten voor het Gezondheidsonderzoek*. Amsterdam: OCV, 1996.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies Chronische aandoeningen: Prioriteiten voor onderzoek*. 's Gravenhage: RGO, 1991.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies Prioriteiten voor Preventieonderzoek*. 's Gravenhage: RGO, 1996.
- RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. Advies nr. 19*. 's Gravenhage: RGO, 1999.
- Riggs JE. Parkinson's Disease: An Epidemiologic Method for Distinguishing Between Symptomatic and Neuroprotective Treatment. *Clinical Neuropharmacology* 1991; 14: 489-497.
- Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care (second revision of tables, May 1980). *A clinical method*. *N Engl J Med* 1980; 302: 1146.
- Ruwaard D, Kramers PGN, Berg Jets A van den, Achterberg PW (eds.). *Public Health Status and Forecasts 1993. The health status of the Dutch population over the period 1950-2010*. The Hague: Sdu Uitgeverij, 1994.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheids-toestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Den Haag: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 1993.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). *Redactie op onderdelen: leden projectteam. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De Som der delen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eds.). *Public Health Status and Forecasts 1997. Health, prevention and health care in the Netherlands until 2015*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- Schaapveld K, Hirasig RA. *Preventiegids. Een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers in de jeugdgezondheidszorg*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1993.
- Schuit AJ. *Spijsverteringsziekten in Nederland 1970-1989*. Breukelen: Nederlands Lever Darm Stichting, 1991.
- Staatstoezicht op de Volksgezondheid. *De zorg als determinant van Gezondheid. Commentaar op de "Volksgezondheid Toekomst Verkenning, de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010"*. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, 1994.
- Statistischen Bundesamt: *gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998.
- Sytema S, Koopmans P. *Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Een verkenning van omvang, gevolgen en kosten*. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.
- Treurniet HF, Mackenbach JP, Maas PJ van der. *Toezicht met inzicht. Een oriëntatie op informatievoorziening voor het opsporen van gezondheidsrisico's in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/iMGZ, 1994.

- Treurniet HF, Looman CWN, Maas PJ van der, Mackenbach JP. Regional variations in 'avoidable' mortality: a reflection of variations in incidence? *Int J Epidemiol* 1999 [in press]
- Visser O, Coebergh JWW, Schouten LJ (eds). Incidence of cancer in the Netherlands 1994. Netherlands Cancer Registry and SIG Health Care Information, 1997.
- WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe. Health for all targets. The health policy for Europe. Updated edition September 1991. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1993.
- Wilson JHG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Genève: WHO, 1968.
- Wit GA de, Ramsteijn PG, Charro FTh de. Economic evaluation of end stage renal disease treatment. *Health Policy* 1998; 44: 215-232.
- ZorgOnderzoek Nederland. ZON-programma 1998-2002.

Bijlage 1 Verzendlijst

- 1 Dr. H.J. Schneider, Directeur-Generaal van de Volksgezondheid
- 2 Prof.Dr. JJ. Sixma, Voorzitter van de Gezondheidsraad
- 3 Mw. drs. W. Reijmerink Dir GZB, Ministerie van VWS
- 4 Drs. B.P. van Beek, Dir CSZ, Ministerie van VWS
- 5 Drs A.H. Stor, Dir FEZ, Ministerie van VWS
- 6 Depot Nederlandse Publikaties en Nederlandse Bibliografie
- 7 Directie Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- 8 Dr G. Elzinga, Directeur Volksgezondheid
- 9 Prof.Dr.Ir. D. Kromhout, Directeur sector II
- 10 Dr. D. Ruwaard, Hoofd cVTV
- 11 Mw. Prof.Dr. G. van den Bos, Hoofd CZO
- 12 Mw. Dr. M.A.E. Conyn-van Spaandonck, Waarnemend Hoofd CIE
- 13 Dr.Ir. J.C. Seidell, Hoofd CZE
- 14 Prof.Dr. J. van der Zee, NIVEL
- 15 Dr. F.G. Schellevis, NIVEL
- 16 Dr. P.W. Achterberg (cVTV)
- 17 Mw. Drs. J. van den Berg Jeths (cVTV)
- 18 Mw. Dr.Ir. A.H. de Boer (CZO)
- 19 Mw. Drs. M. Busch (cVTV)
- 20 Dr. W.M. Hirs (cVTV)
- 21 Mw. Dr.Ir N. Hoeymans (cVTV)
- 22 Dr. J.C. Jager (CZO)
- 23 Ir. J. Jansen (cVTV)
- 24 Dr. P.G.N. Kramers (cVTV)
- 25 Mw. Drs. L.C.M. Limburg (CZO)
- 26 Dr. F. van der Lucht (cVTV)
- 27 Mw. Ir. I.A.M. Maas (cVTV)
- 28 Dr.Ing. J.A.M. van Oers (cVTV)
- 29 Mw. Drs. A. Ravelli, Msc (cVTV)
- 30 Drs. M.C. Ribbens (cVTV)
- 31 Dr. J.S.A.G. Schouten (cVTV)
- 32 L.J. Stokx, arts (cVTV)
- 33 Mw. Dr. A.H.M. Triemstra (CZO)
- 34 Drs. A.A. van der Veen (cVTV)
- 35 Dr. R.A. Verheij (cVTV)
- 36 Dr. H. Verkleij (cVTV)
- 37 Ing. W.J.J. Vrijzen (cVTV)
- 38-41 Auteurs
- 42 SBD/Voorlichting & Public Relations
- 43 Bureau Rapportenregistratie
- 44 Bibliotheek RIVM
- 45-60 Bureau Rapportenbeheer
- 61-80 Reserve exemplaren