



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM Briefrapport 010003004/2013
R. Gijsen et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM Briefrapport 010003004/2013

R. Gijsen et al.

Colofon

© RIVM 2013

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

R. Gijsen
M.J.J.C. Poos
L.C.J. Slobbe
M. Mulder
M.H.D. in 't Panhuis – Plasmans
N. Hoeymans

Contact:

Ronald Gijsen
Centrum Gezondheid en Maatschappij, afdeling Verkenningen Zorg en Preventie
Ronald.Gijsen@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in het kader van de Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2014 (VTV-2014).

Rapport in het kort

Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

Voor de eerstvolgende Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) in 2014 en het Nationaal Kompas Volksgezondheid is een nieuwe selectie gemaakt van de ziekten op basis waarvan de volksgezondheid in Nederland kan worden beschreven. Hiervoor zijn er 59 geselecteerd. Voor deze nieuwe selectie zijn niet alleen veranderende ziektepatronen in Nederland van belang, maar ook veranderingen in maatschappelijke discussies over de gezondheidszorg. Zo gaat het nu bijvoorbeeld ook om maatschappelijke participatie van mensen met een chronische aandoening. De eerste systematische selectie van ziekten is in 1991 gemaakt voor de eerste VTV-editie. De nieuwe selectie is de eerste systematische herselectie sindsdien.

Net als de vorige is de nieuwe selectie gebaseerd op sterftecijfers, hoe vaak een ziekte voorkomt, preventie, kosten en beleid. Daarnaast zijn de volgende criteria toegevoegd: de gevolgen voor individu en samenleving, het aantal ziekenhuisopnamen, en belemmeringen voor maatschappelijke participatie van mensen met een chronische aandoening. Ten opzichte van de vorige selectie zijn zestien ziekten verdwenen (zoals maagkanker omdat deze ziekte nu minder vaak voorkomt dan twintig jaar geleden, en verkoudheid omdat de gevolgen ervan voor een individu niet groot zijn). Elf ziekten zijn nieuw in de lijst, zoals burn-out en persoonlijkheidsstoornissen vanwege belemmeringen voor participatie.

Sinds 1993 brengt het RIVM elke vier jaar de VTV uit waarin de volksgezondheid in Nederland staat beschreven. Het ministerie gebruikt deze informatie om de landelijke nota Volksgezondheidsbeleid op te stellen. Belangrijke maatstaven voor de volksgezondheid zijn de omvang van ziekten en aandoeningen en de gevolgen hiervan voor patiënt en samenleving.

Abstract

New set of diseases used for the Dutch Public Health Status and Forecasts Reporting

A new set of diseases has been selected for the next edition of the Dutch Public Health Status and Forecasts Reporting (VTV) in 2014 and for the National Public Health Compass. This will serve as a basis for describing the public health situation in the Netherlands. Fifty-nine diseases were selected for this purpose. The selection process was influenced both by changing disease patterns in the Netherlands and by major public debates on healthcare issues. This involves topics such as social participation by those suffering from chronic disorders. The first systematic selection of diseases was carried out in 1991, for the first edition of the VTV. The new set is the result of the first systematic re-selection since that time.

Like its predecessor, the new set is based on mortality rates, how often a disease occurs, prevention, cost, and policy. In addition, the following criteria have been added: impact on the individual and on society, the number of hospitalisations, and the obstacles to social participation encountered by those suffering from chronic diseases or disorders. Sixteen diseases from the previous set have now been dropped (such as stomach cancer, as this disease is less common now than it was twenty years ago, and the common cold, as this has a relatively minor effect on individuals). The present list contains eleven new diseases, such as burn-out and personality disorders, as these are major barriers to social participation.

Once every four years, since 1993, the RIVM has issued a VTV describing the public health situation in the Netherlands. The Ministry of Health, Welfare and Sport uses this information when drawing up the national white paper on Public Health Policy. Some major public health benchmarks are the burden of diseases and disorders and the effects that they have on patients and society.

Inhoud

Inhoud	5
Samenvatting	6
1 Inleiding en doel	8
2 Methode en resultaten	11
2.1 Negen stappen	11
2.2 Resultaat: selectie van 59 ziekten	21
3 Vergelijking met vorige selectie	23
Literatuur	26
Dankwoord	29
Bijlage I Lijsten van ziekten gebruikt voor samenstellen van lijst met kandidaatziekten	30
Bijlage II Keuzes bij selectie van top-50 van de multicriteria-analyse	32
Bijlage III Vermijdbaarheid	33
Bijlage IV Vergelijking met andere lijsten van ziekten en adviezen	38
Bijlage V Resultaten enquête onder professionals: ziekten toevoegen aan de selectie	42

Samenvatting

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) wordt elke vier jaar uitgebracht door het RIVM en geeft al sinds 1993 een integratieve beschrijving van de gezondheid in Nederland. Het ministerie gebruikt deze informatie voor het opstellen van de landelijke nota volksgezondheidsbeleid. De nieuwste editie van de VTV zal in 2014 verschijnen. Voor de nieuwe VTV (en volgende edities) en het Nationaal Kompas Volksgezondheid is een nieuwe selectie van ziekten gemaakt om zo goed mogelijk de volksgezondheid in Nederland te beschrijven. Belangrijke indicatoren voor de volksgezondheid zijn de aanwezigheid van ziekten en aandoeningen en gevolgen hiervan voor patiënt en samenleving. Daarnaast zal de maatschappelijke participatie een centraal thema van de VTV-2014 zijn (Hoeymans et al., 2011).

Voor de eerste editie van de VTV is in 1991 een systematische selectie van ziekten gemaakt op basis van de bijdrage van ziekten aan de totale mortaliteit en morbiditeit (Ruwaard et al., 1993). Dit resulteerde in een lijst van 44 ziekten en aandoeningen. Aan deze selectie zijn er in de loop der tijd nog ruim 20 ziekten toegevoegd, vooral vermijdbare en dure ziekten. Ook ziekten die op bepaalde momenten hoog op de agenda bij VWS stonden zijn er bijgekomen, met als criterium dat het monitoren van de specifieke ziekten beleidsrelevant is. Er is echter nooit meer systematisch een nieuwe selectie van ziekten gemaakt.

De nieuwe selectie is op negen criteria gebaseerd:

1. Hoge sterfte (primaire en secundaire sterfte, trends, verloren levensjaren)
2. Hoge morbiditeit (incidentie en prevalentie in de huisartsenpraktijk)
3. Hoge kosten van ziekten
4. Vermijdbaar door preventie
5. Beleidsrelevantie
6. Hoge ziektelast op populatie niveau (gemeten in Disability-Adjusted Life Years)
7. Matige tot hoge ziektelast op individueel niveau
8. Veel ziekenhuisopnamen (klinische opnamen en dagopnamen, trends in opnamen)
9. Belemmering voor maatschappelijke participatie (WIA, Wajong, ziekteverzuim)

Voor vijf van deze criteria (1, 2, 3, 6 en 8) is op basis van kwantitatieve gegevens een rangordening gemaakt. Via een multicriteria-analyse zijn per ziekte scores voor de verschillende indicatoren opgeteld. Hiermee zijn 50 ziekten geselecteerd. Vervolgens zijn de overige criteria één voor één langsgelopen en zijn telkens relevante ziekten toegevoegd. De selectie is ook vergeleken met 14 andere lijsten van ziekten en met adviezen van verschillende partijen, vooral vanuit de GGZ, de langdurige zorg en de sector verstandelijk gehandicapten omdat deze sectoren niet goed tot hun recht komen in bovenstaande criteria. Om die reden is ook advies van het 'European Perinatal Health Report' (Peristat genoemd) meegenomen. Het resultaat is een nieuwe selectie van 59 ziekten.

Ten opzichte van de vorige selectie zijn er 16 ziekten verdwenen en 11 ziekten bijgekomen. Zo maakt maagkanker nu niet langer deel uit van de selectie omdat deze ziekte nu minder vaak voorkomt dan twintig jaar geleden. Verkoudheid is een voorbeeld van een ziekte die eruit is omdat de gevolgen ervan voor een individu niet groot zijn. Elf ziekten zijn nieuw in de lijst. Burn-out en persoonlijkheidsstoornissen zijn bijvoorbeeld toegevoegd vanwege belemmeringen voor participatie. De nieuwe selectie weerspiegelt niet alleen veranderende ziektepatronen in Nederland, maar ook veranderingen in maatschappelijke discussies over de gezondheidszorg.

1 Inleiding en doel

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) geeft al sinds 1993 een integratieve beschrijving van de gezondheid in Nederland. Het RIVM maakt elke vier jaar een VTV in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die de informatie vooral gebruikt voor het opstellen van het volksgezondheidsbeleid. Ook de nieuwste editie van de VTV, die in 2014 zal verschijnen, zal een beschrijving bevatten van de volksgezondheid. Belangrijke indicatoren voor de volksgezondheid zijn de aanwezigheid van ziekten en aandoeningen en gevolgen hiervan voor patiënt en samenleving. Daarnaast zal de maatschappelijke participatie een centraal thema van de VTV-2014 zijn (Hoeymans et al., 2011).

De VTV bestaat uit het vierjaarlijkse samenvattend rapport en onderliggende websites. Informatie over ziekten en aandoeningen wordt vooral gepresenteerd op deze websites, en dan met name in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Deze website bevat ook informatie over andere gezondheidsmaten (zoals ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen), determinanten van gezondheid en preventie en zorg. Het samenvattend rapport van de VTV beschrijft de hoofdlijnen, zoals een top 10 van de meest voorkomende ziekten en aandoeningen in Nederland en de belangrijkste veranderingen in het ziektepatroon.

Voor de eerste editie van de VTV is in 1991 een systematische selectie van ziekten gemaakt (Ruwaard et al., 1993). Deze selectie was gebaseerd op de bijdragen van ziekten aan de totale mortaliteit en morbiditeit. Dit resulteerde in een lijst van 44 ziekten en aandoeningen. Sindsdien zijn ook kosten en vermijdbaarheid benoemd als belangrijke criteria. Daarnaast zijn er in de loop der tijd ziekten op expliciet verzoek van VWS aan de selectie toegevoegd, met als criterium dat het monitoren van de specifieke ziekten beleidsrelevant is (Gijsen et al., 1999). In totaal zijn er sinds de eerste selectie nog ruim 20 ziekten bijgekomen. Er is echter nooit meer systematisch een nieuwe selectie van ziekten gemaakt, terwijl er in twintig jaar tijd ongetwijfeld nieuwe ziekten zijn gekomen en oude ziekten zijn gegaan (Vandenbroucke, 1992), en de medische en maatschappelijke aandacht is verschoven. De uitkomst van deze exercitie is een vernieuwde selectie van ziekten voor de VTV-2014 (en volgende edities) en het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Doel

Het doel is het samenstellen van een lijst met de belangrijkste ziekten om zo goed mogelijk de volksgezondheid in Nederland te beschrijven. Op dit moment zijn er 64 ziekten in de VTV opgenomen. De nieuwe lijst mag niet langer worden. Dus voor elke nieuwe ziekte zal er minstens één geschrapt worden. Bijkomende overwegingen zijn om een breed spectrum van ziekten te includeren. Met andere woorden: de selectie zal zo veel mogelijk alle International Classification of Diseases (ICD)-hoofdstukken representeren. Verder zal de overlap tussen verschillende ziekten zoveel mogelijk voorkomen worden. Onder de term 'ziekte' scharen wij overigens ook syndromen, stoornissen, lichamelijk letsels, afwijkingen of andere groepen die binnen de ICD worden gebruikt.

Criteria

Bij de selectie gaan we uit van de eerder genoemde criteria. Maar voor de hernieuwde selectie hanteren we daarnaast ook zorggebruik, hoge collectieve ziektelast en matige tot hoge individuele ziektelast. En, omdat maatschappelijke participatie één van de kernthema's is van de VTV-2014, selecteren we ook ziekten die vanuit dat perspectief van belang zijn. Hiermee komen we op de volgende 9 criteria:

1. Hoge sterfte (primaire en secundaire sterfte, trends, verloren levensjaren)
2. Hoge morbiditeit (incidentie en prevalentie in de huisartsenpraktijk)
3. Hoge kosten van ziekten
4. Vermijdbaar door preventie
5. Beleidsrelevantie
6. Hoge ziektelast op populatie niveau (gemeten in Disability-Adjusted Life Years)
7. Matige tot hoge ziektelast op individueel niveau
8. Veel ziekenhuisopnamen (klinische opnamen en dagopnamen, trends in opnamen)
9. Belemmering voor maatschappelijke participatie (WIA, Wajong, ziekteverzuim)

Ziektelast kent daarbij dus twee uitwerkingen: ziekten met een hoge ziektelast in de populatie zullen we zoveel mogelijk includeren in de selectie. Aan de andere kant zullen we ziekten met een lage ziektelast op individueel niveau juist uitsluiten uit de selectie (zie Tekstblok 1 voor toelichting).

Tekstblok 1. Lage individuele ziektelast, waarom is dat een criterium?

Sommige ziekten komen veel voor in de Nederlandse populatie, terwijl de individuele ziektelast beperkt is. De vraag is of deze ziekten van belang zijn om de volksgezondheid in Nederland te beschrijven en daarmee in de selectie zouden moeten komen. Ook elders speelt deze vraag. In de context van afspraken rondom het basispakket, is het idee dat de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket kunnen (aldus het regeerakkoord uit 2010). Het gaat dan om aandoeningen die eerder als "ongemak" dan als ziekte ervaren worden. Deze lageziektelast benadering is een uitwerking van het criterium noodzakelijkheid, zoals geïntroduceerd door de commissie Dunning in 1991. Noodzakelijkheid werd gedefinieerd als zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Behandeling van mensen van wie het functioneren het meest ernstig bedreigd is, heeft dan prioriteit.

De discussie rondom de lage ziektelast 'high prevalent minimal disease' speelt ook in onderzoek over de waarde van de QALY of DALY (Weinstein, 1988; Haagsma et al., 2008). Minimal disease zijn in dit geval ziekten met een tijdelijke minimale impact op de kwaliteit van leven van individuen. Omdat veel van deze ziekten vaak voorkomen, zorgen ze voor een relatief hoge ziektelast in de populatie, en daarmee voor een hogere beleidsprioriteit. Ook in deze onderzoeken wordt de vraag gesteld of dit wenselijk is.

Kinderen

Anders dan vorige keren, besteden we in de uitwerking van de verschillende criteria ook aandacht aan morbiditeit, mortaliteit, zorggebruik en ziektelast bij kinderen. Dit doen we omdat de selectie ook geschikt moet zijn om de ziektelast per leeftijdsgroep te kunnen weergeven. De ziektelast bij kinderen is zo gering ten opzichte van de totale ziektelast, dat er anders te weinig ziekten van de kinderleeftijd in de selectie komen. Bovendien kunnen ziekten bij kinderen veel indruk maken op de omgeving, voor veel onrust zorgen, en grote impact hebben op de verdere lichamelijke, geestelijke en intellectuele ontwikkeling. Deze aspecten komen uit de ranglijsten voor de totale bevolking over het algemeen slecht naar voren.

Specifieke ziekten en integratieve onderwerpen

Naast de selectie van specifieke ziekten bevat het Nationaal Kompas Volksgezondheid ook groepen van ziekten (integratieve onderwerpen). Tot op heden staan 'chronische ziekten en multimorbiditeit', 'beroepsziekten' en 'allergieën' in het Kompas uitgewerkt. Deze onderwerpen staan nu niet ter discussie. Wel kan een mogelijke uitkomst zijn dat er nog groepen van ziekten toegevoegd gaan worden aan de selectie van ziekten.

Transparantie en continuïteit

Het proces om te komen tot een vernieuwde selectie is zo vormgegeven, dat het relatief eenvoudig is om deze exercitie te herhalen. De vernieuwde selectie van ziekten is immers ook tijdsgebonden. Mochten er nieuwe inzichten zijn of veranderingen in het ziekt patroon of preventieprogramma's, dan moet ook deze selectie weer gewijzigd kunnen worden. Het proces is zo transparant mogelijk beschreven, zodat de gemaakte keuzes, die soms arbitrair zijn, zichtbaar zijn.

2 Methode en resultaten

2.1 Negen stappen

Gestart is met een lijst van ruim 300 ziekten. Dit zijn alle ziekten die voorkomen in verschillende lijsten en databestanden zoals deze gebruikt worden voor de VTV, inclusief de vorige selectie en adviezen van experts. Al deze ziekten zijn in een multicriteria-analyse geordend op het belang volgens de criteria die gekwantificeerd konden worden. Vervolgens zijn ziekten toegevoegd aan de selectie op basis van vermijdbaarheid en belang voor participatie, en uit de selectie gehaald op basis van een zeer lage individuele ziektelast. De selectie die op deze manier ontstaat, is vervolgens vergeleken met andere lijsten van ziekten en adviezen van andere partijen. Deze stap is aan de procedure toegevoegd als cross-check van de selectie. Vervolgens is een enquête uitgezet onder (klinische) experts met de vraag welke ziekten zij missen in de huidige VTV-selectie. Ook is de lijst met ziekten voorgelegd aan beleidsmakers met de vraag of zij nog ziekten missen die beleids- of maatschappelijk relevant zijn. Tot slot is met behulp van experts de selectie kritisch bekeken, bijvoorbeeld om te kijken of er ziekten samengenomen konden worden onder één naam.

Samengevat zijn de volgende negen stappen doorlopen om te komen tot een vernieuwde selectie van VTV-ziekten:

1. Samenstellen van lijst met kandidaatziekten
2. Voorselectie op basis van multicriteria-analyse
3. Ziekten toevoegen op basis van criterium 'vermijdbaarheid'
4. Ziekten toevoegen op basis van criterium 'participatie'
5. Ziekten schrappen op basis van criterium 'lage individuele ziektelast'
6. Vergelijken met andere lijsten van ziekten en adviezen
7. Resultaten uit enquête onder professionals verwerken
8. Ziekten toevoegen op basis van beleids- of maatschappelijke relevantie
9. Kritisch beschouwing van de selectie met behulp van experts

De stappen zijn hieronder verder uitgewerkt.

Stap 1. Samenstellen van lijst met kandidaatziekten

Uit de duizenden ziektebeelden en diagnoses is een inventarisatie gemaakt van ruim 300 ziekten, die kandidaat zijn voor de VTV selectie. Deze is tot stand gekomen door alle ziekten die voorkomen in verschillende lijsten en databestanden zoals aanwezig bij de RIVM-afdelingen die de VTV maken, systematisch op een rij te zetten (inclusief ICD-9-CM, ICD-10 en ICPC-1 coderingen). Ook alle ziekten van de huidige VTV-selectie zijn opgenomen. Daarnaast zijn meerdere experts geraadpleegd voor advies (zie stap 7). Alle door hen genoemde ziekten zijn toegevoegd aan de inventarisatie. Zie Bijlage I voor een overzicht van de gebruikte lijsten en databestanden. Het volledige overzicht van alle kandidaatziekten is te raadplegen via:

www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/010003004groslijst.xlsx.

Stap 2. Voorselectie op basis van multicriteria-analyse

Uit de lijst van ruim 300 ziekten zijn in de multicriteria-analyse 50 ziekten geselecteerd. De gebruikte criteria zijn sterfte, morbiditeit (incidentie en prevalentie in de huisartsenpraktijk), zorggebruik (ziekenhuisopnamen), kosten en ziektelast in DALY's. Deze criteria zijn ingevuld met meerdere indicatoren. Zo bestaat sterfte uit vijf indicatoren: primaire doodsoorzaak, secundaire doodsoorzaak, sterfte bij kinderen, verloren levensjaren en trend in oorzaak-specifieke sterfte. Tabel 1 geeft deze en andere indicatoren per criterium.

Daarnaast bevat Tabel 1 de relatieve weging van de criteria. Het uitgangspunt is dat alle criteria even zwaar wegen. Alleen het criterium ziekenhuisopnamen telt minder zwaar mee. De reden hiervoor is de grote overlap met kosten. De criteria bestaan uit verschillende indicatoren. De weging binnen de criteria is als volgt:

- Per criterium zijn er vaak één of meerdere kernindicatoren. Dit geldt bijvoorbeeld voor 'primaire sterfte' en 'verloren levensjaren' als het gaat om sterfte en klinische opnamen bij ziekenhuisopnamen. Deze kernindicatoren wegen zwaarder dan de andere indicatoren.
- De indicatoren voor kinderen tellen in principe half zo zwaar als die van de hele bevolking. Alleen bij ziekenhuisopnamen tellen ze even zwaar. Maar hier geldt dat de hele indicator ziekenhuisopnamen maar voor de helft meetelt in het geheel.
- Ook trends tellen minder zwaar dan de kernindicatoren. De trends worden onderverdeeld in twee indicatoren die elk een ander aspect van de trend weergeven: de relatieve toename en de absolute toename.

De databestanden die gebruikt zijn, zijn de CBS doodsoorzakenstatistiek 2010, de Landelijke Medische Registratie 2007 (Dutch Hospital Data), het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg 2007 (NIVEL), het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en omstreken 2010 (LUMC), de Kosten van ziekten studie 2010 (RIVM) en het Global Burden of Disease project 2004 (WHO). Als voor een ziekte geen gegevens beschikbaar waren van een bepaald criterium (wat wel eens het geval was bij de criteria kosten en ziektelast) is dat criterium voor de betreffende ziekte niet meegewogen. Beoordeling vond dus plaats op basis van de gemiddelde score op alleen gescoorde criteria.

Tabel 1: Uitwerking en weging van de indicatoren voor de criteria van de multicriteria-analyse

Criterium en indicatoren	Weging	Omschrijving
Sterfte		
Primaire sterfte	5	Aantal doden in 2010 met ziekte als primaire doodsoorzaak
Primaire sterfte (0-14 jaar)	2	Aantal doden in 2010 met ziekte als primaire doodsoorzaak
Secundaire sterfte	1	Aantal doden in 2010 met ziekte als secundaire oorzaak
Toename sterfte absoluut	1	Verschil aantal doden met ziekte als primaire doodsoorzaak tussen 2010 en 2000
Toename sterfte relatief	1	Verschil aantal doden (%) met ziekte als primaire doodsoorzaak tussen 2010 en 2000
Verloren levensjaren	5	Aantal verloren levensjaren in 2010 met ziekte als primaire doodsoorzaak
SOM=1		
Ziekenhuisopnamen		
Klinische opnamen	4	Aantal klinische opnamen in 2007 met ziekte als hoofdontslagdiagnose
Klinische opnamen (0-14 jaar)	4	Aantal klinische opnamen in 2007 met ziekte als hoofdontslagdiagnose
Dagopnamen	2	Aantal dagopnamen in 2007 met ziekte als hoofdontslagdiagnose
Toename	1	Verschil aantal klinische opnamen ziekte tussen 2007 en 1997
Toename relatief	1	Verschil aantal klinische opnamen ziekte (%) tussen 2007 en 1997
SOM=0,5		
Kosten		
	1	Aantal euro's uitgegeven aan de zorg voor ziekte in 2010
SOM=1		
Morbiditeit in de huisartspraktijk		
Patiënten	2	Aantal patiënten (met deelcontacten) bij de huisarts
Patiënten (0-14 jaar)	1	Aantal patiënten (met deelcontacten) bij de huisarts
Deelcontacten	2	Aantal deelcontacten bij de huisarts
Deelcontacten (0-14 jaar)	1	Aantal deelcontacten bij de huisarts
Prevalentie	2	Aantal personen met ziekte bij huisarts 2007
Prevalentie (0-14 jaar)	1	Aantal personen met ziekte bij huisarts 2007
SOM=1		
Ziektelast		
WHO GBD DALY	2	GBD 2004 DALYs by age, sex and cause
WHO GBD DALY (0-14 jaar)	1	GBD 2004 DALYs by age, sex and cause
SOM=1		

Resultaat multicriteria-analyse

Met behulp van deze multicriteria-analyse is een top 50 geselecteerd. Voor het samenstellen van deze top 50 is nog een aantal keuzes gemaakt. Zo is voor het selecteren van letsels gekozen voor de oorzaak (zoals verkeersongevallen en zelftoegebrachte letsels) en niet voor het letsel zelf (zoals heupfractuur en hersenschudding). Groepen die eigenlijk meerdere ziekten omvatten, zijn uit de lijst gehaald ('vergaarbakziekten', zoals psychische problemen bij de jeugd en gezondheidsproblemen bij op tijd geboren). Bijlage II geeft een overzicht van deze en andere keuzes die zijn gemaakt. Het resultaat van de analyse staat in Tabel 2.

Tabel 2: Selectie van 50 ziekten op basis van sterfte, incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk, kosten, ziektelast en ziekenhuisopnamen (resultaten van de multicriteria-analyse)

Infectieziekten	Hartstilstand
Infecties van het maagdarmkanaal	Aandoeningen van het endocard (klepafwijkingen)
	Inflammatoire hartziekten
Kanker	Ademhalingswegen
Longkanker	Astma
Dikkedarmkanker	COPD
Borstkanker	Infecties van onderste luchtwegen
Non-Hodgkin Lymfomen	Infecties van bovenste luchtwegen
Leukemie	hypertrofie/chron.inf.tons./adenoid
Hersenkanker	
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	Spijverteringsstelsel
Diabetes	Gebitsafwijkingen
Stofwisselingsstoornissen	Levercirrose
Psychische stoornissen	Urinewegen
Verstandelijke handicap	Acute urineweginfecties
Dementie	Chronische nierziekte/nierfalen
Depressie	
Afhankelijkheid van alcohol	Huid
Afhankelijkheid van drugs	Constitutioneel eczeem
Schizofrenie	Contacteczeem
Angststoornissen	
Zenuwstelsel	Bewegingsstelsel
Epilepsie	Nek- en rugklachten
Migraine	Perifere artrose
	Reumatoïde artritis
Zintuigen	Aangeboren afwijkingen
Gehoorstoornissen	Aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel
Gezichtstoornissen	Down syndroom
Refractiestoornissen	
Otitis media	Aandoeningen perinataal
	Vroeggeboorten
Hartvaatstelsel	Letsels
Coronaire hartziekten	Verkeersongevallen
Beroerte	Privéongevallen
Hartfalen	Zelf-toegebracht letsel
Hypertensieve hartziekte	
Hartritestoornissen	

Sensitiviteitsanalyse

Om de gevoeligheid van de selectie voor de vijf verschillende criteria in de multicriteria-analyse te testen, is deze analyse nog een aantal keren uitgevoerd waarbij telkens één van de criteria dubbel zo zwaar is gewogen als de andere vier. Het effect hiervan is dat ziekten verschuiven op de ranglijst. Dit effect is het grootst voor het criterium sterfte. Sepsis bijvoorbeeld, verschuift van de 51e plek naar de 40e als sterfte dubbel zo zwaar zou meewegen. Ook prostaat-, slokdarm- en pancreaskanker en chromosomale afwijkingen komen op deze manier in de top-50. Doordat er op deze manier vijf andere ziekten in de top-50 komen zullen er natuurlijk ook vijf ziekten uit de top-50 vallen zoals bijvoorbeeld gezichtsstoornissen en reumatoïde artritis. De effecten van de overige vier criteria zijn kleiner: per criterium zouden één of twee andere ziekten in de top-50 terecht komen. De conclusie is dat de selectie relatief robuust is en het meest gevoelig voor het criterium sterfte.

Stap 3. Ziekten toevoegen op basis van criterium vermijdbaarheid

In de selectie worden ook ziekten meegenomen waarvan de incidentie of de sterfte vermijdbaar is door preventieve interventies. De focus ligt hierbij op preventie, omdat de invalshoek van de VTV publieke gezondheid is.

Vermijdbaar betekent dat:

- het ontstaan van de ziekte (deels) vermijdbaar is door aanpassingen in de leefstijl of door effectieve preventieve interventies, of
- dat de sterfte en/of ziektelast als gevolg van de ziekte (deels) vermijdbaar is door aanpassingen in de leefstijl, door effectieve preventieve interventies of door vroegtijdige opsporing in combinatie met adequate behandeling.

Het is voor dit criterium niet mogelijk om een kwantitatieve analyse uit te voeren. Om toch de belangrijkste ziekten te selecteren, wordt gebruik gemaakt van eerdere onderzoeken en van een panel van experts. Zo bevatten de preventiegids (Schaapveld & Hirasings, 1997) en het leerboek 'Volksgezondheid en gezondheidszorg' (Mackenbach & Van der Maas, 2005) lijsten van ziekten die vermijdbaar zijn door preventie. Ook zijn er lijsten met ziekten waarvan de sterfte door preventie (en zorg) vermijdbaar is (Tobias & Jackson, 2001; CER, 2009; AMIEHS, 2011). Deze lijsten bevatten tientallen ziekten (zie Bijlage III), teveel om toe te voegen aan de VTV-lijst. Daarom is ervoor gekozen die ziekten toe te voegen, waarvoor geldt dat:

1. er effectieve preventieprogramma's zijn, of
2. er een relatie is met leefstijl, of
3. ziektelast en/of sterfte verminderd kunnen worden door screening/ vroege opsporing, en
4. ze nog redelijk vaak voorkomen

Van ziekten wordt overwogen om ze aan de selectie toe te voegen als ze voldoen aan criterium 1 of 2 of 3, én aan criterium 4. Met het vierde criterium worden ziekten uitgesloten die vanwege succesvolle preventie weinig (meer) voorkomen, zoals cholera (door riolering) en de voedingsdeficiënties scheurbuik en rachitis (door een rijk aanbod van voedingsmiddelen en toevoeging van vitamine D aan margarine).

In een panel van acht personen met verschillende expertises die allen werkzaam zijn bij het RIVM, zijn de lijsten doorgenomen en zijn ziekten op basis van criteria 1, 2 of 3 geselecteerd. Gecombineerd met criterium 4 leidt dit tot het voorstel om de volgende ziekten toe te voegen aan de voorselectie:

- Prostaatkanker
- Huidkanker
- Baarmoederhalskanker
- Influenza
- Osteoporose/fracturen
- Sportblessures
- Soa, inclusief hiv/aids
- RVP-ziekten

Zie Bijlage III voor meer details.

Verder zijn ook aandoeningen gesuggereerd, die in de VTV-systematiek als determinanten gezien worden. Zie Tekstblok 2 voor de wijze waarop deze 'aandoeningen' uitgewerkt worden in de VTV.

Tekstblok 2: ziekten of determinanten van ziekten

Van een aantal ziekten wordt het ontstaan of de sterfte wel als vermijdbaar beschouwd, maar als zelfstandige 'ziekte' passen ze niet in de huidige 'VTV-systematiek'. Het voorstel is om informatie hierover op te nemen onder de gerelateerde determinant of ziekte:

- (Familiaire) hypercholesterolemie: uitwerking bij de determinant 'serumcholesterol'
- Overgewicht/obesitas: uitwerking bij de determinant 'lichaamsgewicht'
- Voedingsdeficiënties: uitwerking bij de determinant 'voeding'
- Zwangerschapsdiabetes: uitwerking bij de ziekte 'diabetes mellitus'

Deze vier ziekten kunnen in het Kompas uiteraard wel duidelijker in de boom-/zoekstructuur worden opgenomen, zodat gebruikers die onder genoemde ziekten zoeken, toch de informatie kunnen vinden.

Stap 4. Ziekten toevoegen op basis van criterium 'participatie'

Zoals gezegd zal (arbeids)participatie een belangrijk thema zijn in de VTV-2014, en daarom wordt ook bekeken welke ziekten belangrijk zijn als het gaat om uitval uit het arbeidsproces en jonggehandicapten. Hiervoor wordt informatie over de Wajong, WIA/WAO en ziekteverzuim bekeken.

Uit onderzoek en vernieuwde registratie van Wajong-uitkeringen blijkt dat de volgende diagnoses, die niet al in de stappen 1 tot en met 3 zijn geselecteerd, vaak een reden voor uitkering vormen: ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke handicaps), autistische spectrum stoornissen, aandachtttekortstoornissen (ADHD) en persoonlijkheidsstoornissen. Het absoluut aantal gevallen in de Wajong met deze stoornissen in 2010 is resp. 32.400, 17.300 en 15.100.

Op basis van analyse van lopende gevallen van WAO (gedeeltelijk en volledig arbeidsongeschikt), IVA en WGA kan overwogen worden de volgende diagnoses toe te voegen: burn-out (en deels overlappende diagnoses 'overige reacties op ernstige stress', 'surmenage/overspannenheid', 'spanningsklachten', 'neurasthenie'), persoonlijkheidsstoornissen en multiële sclerose. Als alle gevallen worden opgeteld (met ongetwijfeld enige dubbeltellingen) zijn dit resp. 27.400, 13.800 en 6.600 gevallen.

Als het gaat om ziekteverzuim zijn psychische klachten/overspannenheid/burn-out en rugklachten de twee belangrijkste verzuimredenen. Zij maken elk ongeveer 15% uit van het totale verzuimvolume. Daarna volgen de klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen en de luchtweginfecties, met ieder zo'n 11% van het verzuimvolume. Dit blijkt uit de SCP trendrapportage ziekteverzuim (Versantvoort & Echtelt, 2012).

Op basis van de gegevens over Wajong, WAO/WIA en ziekteverzuim worden de volgende ziekten toegevoegd aan de voorselectie:

- Autistische spectrum stoornissen
- ADHD
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Burn-out, overspannenheid

Stap 5. Ziekten schrappen op basis van criterium 'lage ziektelast voor patiënt'

Sommige ziekten komen weliswaar veel voor en zorgen daarmee op populatieniveau nog voor een redelijke ziektelast, maar op individueel niveau is de ziektelast echter zeer laag. Hierdoor worden deze ziekten niet opgenomen in de VTV-selectie (zie ook Tekstblok 1 in de inleiding).

De uitwerking van dit criterium is gebaseerd op adviezen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Het CVZ heeft, in opdracht van VWS, onderzocht hoe het lage ziektelastcriterium uitgewerkt zou kunnen worden (CVZ, 2012). Het voorstel van het college was om een aandoening met een lage ziektelast aan te duiden als een aandoening met een 'disability weight' dat ligt onder een gekozen drempelwaarde. Zij constateerden echter te veel haken en ogen om deze uitwerking ook daadwerkelijk zo te gebruiken om ziekten uit te sluiten uit het basispakket. Zo zijn sommige milde aandoeningen in subgroepen van patiënten wel degelijk ernstig. Ook aandoeningen met een episodisch of progressief verloop kennen stadia waarin patiënten veel last hebben. Voor de toepassing van de selectie van ziekten voor de VTV gelden deze bezwaren veel minder. Het gaat bij de VTV immers om de beschrijving van de volksgezondheid, en niet om afwegingen bij individuele patiënten. Voor de selectie van ziekten wordt deze benadering gebruikt. De vraag is vervolgens wel welk afkappunt genomen moet worden. De RVZ heeft in een eerder advies een drempelwaarde van 0,1 genoemd (RVZ, 2006), waarbij 0,1 betekent dat mensen 10% van hun gezondheid verliezen door deze ziekte. Een andere benadering wordt gekozen in het onderzoek van Haagsma en collega's. Zij sluiten ziekten uit, waarvoor tenminste de helft van de bevolking niet bereid is om tijd in te leveren in een Time-Trade-Off methode

(Haagsma et al., 2008). Hieruit blijkt dat ziekten met een gewicht van 0,003 en hoger wel in de selectie blijven.

Voor de selectie van ziekten voor VTV wordt nu gekozen voor een drempelwaarde die hier tussenin ligt. Dit betekent dat de ziekten die een lager gewicht hebben dan 0,02 geschrapt worden uit de voorlopige selectie:

- Infecties van bovenste luchtwegen
- Acute urineweginfecties

Voor niet alle aandoeningen zijn echter wegingsfactoren voor de ernst beschikbaar. Op basis van face-value en expertopinie worden de volgende aandoeningen uit de selectie weg gelaten:

- Refractiestoornissen
- Otitis media
- Hypertrofie/chronische infecties van de tonsillen/adenoid

De redenen hiervoor zijn dat refractiestoornissen over het algemeen goed te corrigeren zijn met een bril of met lenzen. Otitis media en tonsillitis/adenitis kunnen weliswaar vervelend zijn, maar zijn dit slechts kort en bovendien in een beperkte periode van het leven.

Stap 6. Vergelijken met andere lijsten van ziekten en adviezen

In bovenstaande stappen is nog een aantal aspecten onderbelicht gebleven. Zo zijn niet alle sectoren even goed tot hun recht gekomen in de uitwerking van de selectiecriteria. Voor morbiditeit en zorggebruik is vooral gebruik gemaakt van registraties bij de huisarts en in ziekenhuizen. Daarom wordt nog speciaal aandacht besteed aan de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de langdurige zorg en de sector verstandelijk gehandicapten. Ook de problematiek rondom de geboorte (perinatale morbiditeit en aangeboren afwijkingen) komt mogelijk niet goed uit de selectie. Bovendien zijn er op dit terrein ook belangrijke adviezen. Verder is de selectie van kanker vergeleken met de cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Tot slot is als check de voorlopige selectie van ziekten naast die van de regieraad gelegd om te bekijken of er ziekten in de selectie van de regieraad zitten die over het hoofd zijn gezien. De vergelijking met de andere selecties en lijsten is bovendien een manier om een oordeel te geven over de robuustheid van de VTV-selectie. Zie Bijlage IV voor meer informatie.

De conclusie is dat de extra verzamelde informatie de gemaakte keuzen grotendeels ondersteunt. Alleen op het terrein van de GGZ zullen gedragsstoornissen nog toegevoegd worden. Deze komen volgens GGZ-cijfers relatief vaak voor bij kinderen, en dit kwam niet voldoende tot uitdrukking in de cijfers afkomstig uit huisartsen- en ziekenhuisregistraties. Wat betreft de perinatale aandoeningen wordt het advies van het 'European Perinatal Health Report' (kortweg Peristat genoemd) gevolgd en is 'laag geboortegewicht' toegevoegd aan de selectie. Tot slot zijn 'complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed' toegevoegd. Hoewel de totale morbiditeit in de bevolking beperkt is, krijgt een aanzienlijk deel van de vrouwen hier mee te maken. Bovendien is in de huidige selectie van ziekten geen enkele ziekte die ontstaat tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed opgenomen, terwijl het doel is om het gehele spectrum van ziekten in de bevolking te dekken.

Kortom, op basis van stap 6 worden aan de selectie van ziekten toegevoegd:

- Gedragsstoornissen
- Laag geboortegewicht
- Complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed

Stap 7. Resultaten uit enquête onder professionals verwerken

Stap 7 uit de procedure bestaat uit het raadplegen van verschillende experts. Drie groepen van experts is gevraagd welke ziekten zij van belang achten om toe te voegen aan de VTV-selectie en waarom. Die groepen waren (1) medici, zowel specialisten als generalisten, die veel kennis hebben van ziekten, (2) mensen binnen het RIVM die veel met de cijfers en de resultaten van de VTV werken, en (3) gebruikers van de VTV zoals medewerkers van ministeries en koepels van patiëntenorganisaties.

Van alle ziekten die door meer dan drie mensen genoemd werden, zijn de argumenten voor en tegen gewogen om zo tot een besluit te komen. Dit is ook gedaan voor ziekten die minder vaak genoemd werden, maar wel door experts op de betreffende gebieden, en voorzien zijn van argumenten. Zie Bijlage V voor alle suggesties, argumenten en overwegingen.

Het resultaat is dat de volgende ziekten worden toegevoegd aan de selectie:

- Zoönosen
- Zorggerelateerde infectieziekten en antimicrobiële resistentie

Infectieziekten komen door de meeste van de gekozen criteria minder goed tot hun recht. Voor deze groep van ziekten gaat het niet zozeer om morbiditeit en mortaliteit, maar ook om de dreiging van mogelijke uitbraken of epidemieën. Reden om hier nog twee groepen van infectieziekten toe te voegen.

Er zijn ook ziekten genoemd die al in een eerder stadium in de selectie zijn gekomen. Deze zijn hier weggelaten. Verder wordt nog 'bipolaire stoornis' toegevoegd, waarmee de categorie 'depressie' is verbreed tot 'stemmingsstoornissen'.

Tot slot hebben experts integratieve onderwerpen genoemd, die ze zouden willen toevoegen aan de VTV-selectie. Het voorstel is om de volgende twee onderwerpen uit te werken in het Kompas:

- SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten)
- Zeldzame ziekten

Stap 8. Ziekten toevoegen op basis van het criterium 'beleids- of maatschappelijke relevantie'

Als laatste stap zijn nog ziekten toegevoegd aan de selectie die voor de verschillende beleidsdossiers bij VWS relevant zijn of maatschappelijk veel aandacht krijgen. Op basis hiervan zijn door de leden van drie begeleidingscommissies rond de VTV-2014 nog drie ziekten toegevoegd aan de selectie. De leden zijn afkomstig uit wetenschap, ministeries, publieke gezondheidszorg en het RIVM. De drie toegevoegde ziekten zijn:

- Ziekte van Parkinson. Volgens betrokkenen krijgt deze aandoening veel maatschappelijke aandacht door innovatieve zorgvormen. Bovendien vindt men dat deze aandoening een relatief hoge prevalentie heeft, met een forse ziektelast voor de patiënten.
- Arbeidsongevallen. Deze groep van ongevallen vindt men maatschappelijk interessant, onder andere voor het bedrijfsleven en het ministerie van sociale zaken en werkgelegenheid. Bovendien ligt in de VTV-2014 extra nadruk op participatie en arbeidsparticipatie.
- Letsel door geweld. Er is al jaren toenemende aandacht voor geweld op straat, er wordt beleid gemaakt tegen seksueel geweld, mishandeling en seksueel misbruik van kinderen.

Daarnaast zijn twee van de eerder geselecteerde typen kanker (leukemie en hersenkanker) vervangen door het onderwerp 'kanker bij kinderen'. Deze vormen van kanker komen met name bij kinderen relatief vaak voor. Maatschappelijk is er nu veel aandacht voor (Nederland bouwt bijvoorbeeld een ziekenhuis voor kanker bij kinderen). Bovendien is het legitiem om de verschillende kankers bij kinderen in samenhang te bekijken, vanwege de generieke mogelijkheden en aandachtspunten om kanker bij kinderen te behandelen. Met andere woorden, het soort kanker doet er minder toe dan het feit dat het optreedt bij kinderen.

Stap 9. Kritisch beschouwing van de selectie met behulp van experts

De lijst met ziekten die nu is ontstaan, is in overleg met experts nog eens onder de loep genomen. De vraag was of er ziekten zijn die bij nader inzien samengenomen kunnen worden of toch niet relevant zijn. Het resultaat is dat levercirrose onder afhankelijkheid van alcohol opgenomen zal worden, omdat alcoholafhankelijkheid hier een belangrijke oorzaak van is.

Nadere beschouwing van het onderwerp stofwisselingsstoornissen laat zien dat dit een cluster is met zeer verschillende stoornissen, zoals hypercholesterolemie, stoornissen van het immuunsysteem, jicht, obesitas en zeldzame ziekten zoals cystische fibrose, PKU en de ziekte van Pompe. Hypercholesterolemie en obesitas vallen in de VTV-systeematiek onder determinanten (zie Tekstblok 1 in de inleiding). De aangeboren stofwisselingsziekten komen aan de orde in het nieuwe integratieve onderwerp 'zeldzame ziekten'. Het algemene cluster stofwisselingsziekten kan vervolgens komen te vervallen.

Tot slot is de selectie van hart- en vaataandoeningen besproken met enkele experts op dit gebied. Hun advies was om hypertensieve hartziekten en inflammatoire hartziekten niet op te nemen. Hypertensieve hartziekten omvatten een verzameling hartziekten waarbij te hoge bloeddruk een belangrijke rol speelt. Dit is geen eenduidige categorie. Hypertensie is weliswaar zeer belangrijk, maar de relatie met een hartziekte is niet eenduidig vast te stellen. Daarom is wel hypertensie opgenomen in de VTV, maar wordt dit uitgewerkt als determinant van ziekten en niet als aandoening (zie Tekstblok 1). Ook inflammatoire hartziekten is niet opgenomen. De reden hiervoor is dat het een tamelijk subjectief ziektebeeld is en daardoor geen eenduidige categorie. Hartklepafwijkingen, hartritmestoornissen en hartstilstand blijven wel in de selectie.

2.2 Resultaat: selectie van 59 ziekten

Het resultaat van de negen stappen is een selectie van 59 ziekten en 6 algemene, integratieve onderwerpen. In Tabel 3 staat een overzicht van de ziekten (ziekten met een * zijn nieuw in de selectie). Een overzicht van alle ziekten met bijbehorende ICD-9, ICD-10, en ICPC codes is te raadplegen via: www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/010003004codes.xlsx.

Tabel 3: Selectie van ziekten op basis van sterfte, incidentie en prevalentie in de huisartsenpraktijk, kosten, ziektelast en ziekenhuisopnamen, vermijdbaarheid en relevantie voor participatie

Infectieziekten Maagdarminfecties Soa, inclusief hiv en aids RVP-ziekten Zoönosen * Zorggerelateerde infectieziekten en antimicrobiële resistentie *	Ademhalingswegen Astma COPD Infecties van onderste luchtwegen Influenza
Kanker Longkanker Dikkedarmkanker Borstkanker Non-Hodgkin Lymfomen Huidkanker Prostaatkanker Baarmoederhalskanker	Spijverteringsstelsel Gebitsafwijkingen
Endocriene, voedings, en stofwisselingsziekten Diabetes	Huid Constitutioneel eczeem Contacteczeem
Psychische stoornissen Verstandelijke handicap Dementie Depressieve en bipolaire stoornis (stemmingsstoornissen) Afhankelijkheid van alcohol (incl. levercirrose) Afhankelijkheid van drugs Schizofrenie Angststoornissen Autistische spectrum stoornissen Aandachttekortstoornissen (ADHD) Gedragsstoornissen Persoonlijkheidsstoornissen * Burn-out / chronische overspanning *	Bewegingsstelsel Nek- en rugklachten Perifere artrose Reumatoïde artritis Osteoporose
Zenuwstelsel Epilepsie Migraine * Ziekte van Parkinson	Urinewegen Chronische nierziekte/nierfalen *
Zintuigen Gehoortoornissen Gezichtstoornissen	Zwangerschap, bevalling en kraambed Complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed *
Hartvaatstelsel Coronaire hartziekten Beroerte Hartfalen Hartritmestoornissen (boezemfibrilleren) * Hartstilstand * Aand. van het endocard (klepafwijkingen) *	Aandoeningen perinataal Vroeggeboorten Laag geboortegewicht *
	Aangeboren afwijkingen Aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel Down syndroom
	Letsels Verkeersongevallen Privéongevallen Sportblessures Arbeidsongevallen Zelf-toegebracht letsel Letsel door geweld
	Integratieve onderwerpen Chronische ziekten en multimorbiditeit Zeldzame ziekten * Beroepsziekten Kanker bij kinderen * SOLK (Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten) * Allergie

3 Vergelijking met vorige selectie

De nieuwe selectie van ziekten voor de VTV heeft een lijst van ziekten opgeleverd die in de huidige tijd kunnen worden beoordeeld als belangrijke volksgezondheidsproblemen. In dit hoofdstuk laten we de belangrijkste verschillen met de vorige selectie zien.

Nieuw in de selectie

In vergelijking met de vorige selectie van ziekten voor de VTV zijn er elf ziekten bijgekomen (zie Tabel 3.1) en drie integratieve onderwerpen (zie Tabel 3.2). Nieuw in de selectie zijn bijvoorbeeld burn-out en persoonlijkheidsstoornissen. Dit komt omdat belemmeringen voor participatie in de maatschappij als nieuw criterium is toegevoegd. Ook ziekten die als groep nu hoger op de beleidsagenda staan dan twintig jaar geleden zoals zoönosen en zorggerelateerde infectieziekten, zijn nieuw. Enkele hartziekten zijn nieuw omdat ze nu vaker optreden dan vroeger, mogelijk omdat de overleving van patiënten met een coronaire hartziekte toegenomen is. Ook speelt de toename van behandel mogelijkheden zoals hartklepchirurgie een rol. Laag geboortegewicht en complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed zijn opgenomen omdat gezondheidsproblemen rond de zwangerschap sterk in de belangstelling staan en een aanzienlijk deel van de vrouwen met deze risico's te maken krijgt.

Tabel 3.1: Nieuw in de selectie (t.o.v. vorige selectie van VTV-ziekten)

- Zoönosen
- Zorggerelateerde infectieziekten en antimicrobiële resistentie
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Burn-out
- Migraine
- Hartritmestoornissen
- Hartstilstand
- Aandoeningen van het endocard (klepafwijkingen)
- Chronische nierziekte/nierfalen
- Complicaties zwangerschap, bevalling of kraambed
- Vroeggeboorten

Tabel 3.2: Nieuwe integratieve onderwerpen

- SOLK (Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten)
- Zeldzame ziekten
- Kanker bij kinderen

Verdwenen uit de selectie

In totaal zijn er zestien ziekten verdwenen. Bovenste luchtwegen en urineweginfecties zijn voorbeelden van ziekten die niet langer deel uitmaken van de selectie. Dit komt omdat matige tot ernstige individuele ziektelast van aandoeningen als nieuw criterium is toegevoegd en dit relatief milde ziekten betreft. Maagkanker, zweren van de maag en twaalfvingerige darm en aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel zijn niet langer in de selectie opgenomen, omdat de incidentie of sterfte nu lager is dan 20 jaar geleden. In Tabel 3.3 is weergegeven welke ziekten uit de selectie zijn verdwenen.

Tabel 3.3: Uit de selectie (t.o.v. vorige selectie van VTV-ziekten)

- Tuberculose
- Hersenvliesontsteking
- Sepsis
- Slokdarmkanker
- Maagkanker
- Eetstoornissen
- Multipiele sclerose
- Aneurysma's van de buikaorta
- Infecties van bovenste luchtwegen
- Zweren van maag en twaalfvingerige darm
- Inflammatoire darmziekten
- Decubitus
- Heupfracturen (komt aan de orde bij osteoporose)
- Acute urineweginfecties
- Gezondheidsproblemen bij op tijd geboren
- Aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel

Grootste deel van de selectie is gelijk gebleven

Het grootste deel van de selectie is gelijk gebleven. Zo maken de belangrijkste doodsoorzaken (coronaire hartziekten, beroerte en verschillende typen kanker) en ziekten die belangrijk zijn met betrekking tot huisartsenzorg (diabetes, eczeem, nek- en rugklachten en astma) nog steeds deel uit van de selectie. Ook een aantal infectieziekten en kankers zijn binnen de selectie gebleven omdat ze vermijdbaar waren en zijn.

Arbitraire keuzen

De keuze van de selectie van ziekten is gebaseerd op een zo systematisch mogelijke werkwijze, waarbij echter ook een aantal arbitraire keuzen moest worden gemaakt. Is alles met een ICD-code ook een ziekte? Zo is er voor gekozen om een laag geboortegewicht en vroeggeboorten wel toe te voegen, al zijn dat niet echt ziekten. Aan de andere kant zijn hypertensie en obesitas niet toegevoegd. Deze zijn beschouwd als risicofactoren en als zodanig in de VTV opgenomen, ook al is het ook goed te verdedigen dat deze factoren zich wel voordoen als ziekten, inclusief behandeling en operatie. Een andere keuze is in hoeverre ziekten samengenomen worden. Als bijvoorbeeld maculadegeneratie, glaucoom, cataract en retinopathie als aparte ziekten waren gekozen, dan waren de gezichtsstoornissen niet in de selectie gekomen. Hetzelfde geldt voor nek- en rugklachten. En als het gaat om lichamelijke letsels is er gekozen voor de oorzaak en niet de manifestatie. Zo worden verkeersongevallen en sportblessures wel meegenomen, maar niet hersenletsels en heupfracturen. Het maken van deze en andere keuzen is ondersteund door de resultaten van een enquête onder medici (zowel generalisten als medisch specialisten), onderzoekers en gebruikers van de VTV bij ministeries, koepels en patiëntenorganisaties. Daarnaast is op onderdelen ook overlegd met verschillende experts.

Veranderde selectie door verandering in epidemiologie en methodologie

Een deel van de veranderingen ten opzichte van de vorige selectie is te verklaren door veranderingen in de epidemiologie, de gehanteerde criteria en de gebruikte databestanden. Voor een deel zijn de veranderingen echter ook te wijten aan een verandering van methodologie. In de selectieprocedure van 1991 is van elk criterium een grenswaarde gebruikt. Een ziekte moest bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor 2% of meer van de sterfte of van de prevalentie in de huisartspraktijk (Poos et al., 2013). Nu is een multicriteria-analyse toegepast, waarbij de verschillende criteria gewogen zijn. Mogelijk zijn ziekten die destijds bij meerdere criteria net buiten de boot vielen, nu wel in de selectie gekomen. En andersom, zijn ziekten die vorige keer op één criterium binnenkwamen, nu mogelijk niet in de selectie gekomen, doordat ze op de andere criteria laag scoorden. Dit maakt een directe vergelijking van beide selecties niet goed mogelijk.

Veranderde selectie door veranderingen in maatschappelijke discussies

In de nieuwe selectie zijn niet alleen de veranderende ziektepatronen, maar ook veranderingen in de maatschappelijke discussies terug te zien. Zo gaat het in de selectie naast sterfte en morbiditeit ook om kosten en maatschappelijke participatie, twee thema's die hoog op de agenda staan. Aan de andere kant worden ziekten met een mild verloop nu minder van belang geacht, een discussie die ook maatschappelijk gevoerd wordt. Zo is in de context van de afspraken rondom het basispakket voorgesteld de behandeling van ziekten met een lage ziektelast uit het basispakket te verwijderen (CVZ, 2012; Reageerakkoord VVD-CDA, 2010). Maatschappelijke thema's zullen in de toekomst echter weer veranderen, net als ziektepatronen en inzichten, waardoor deze selectie op termijn weer aangepast zal worden. Dit zal nu relatief eenvoudig kunnen, omdat het proces om te komen tot een selectie van ziekten nauwkeurig beschreven is. Al zal ongetwijfeld opnieuw blijken dat het wegen van de kwantitatieve en kwalitatieve informatie lastig is.

Literatuur

AMIEHS (2011) Avoidable mortality in the European Union: Towards better indicators for the effectiveness of health systems. Volume 1: Final report. Iris Plug, Rasmus Hoffmann and Johan Mackenbach (red.).

<http://amiehs.lshtm.ac.uk/publications/reports/AMIEHS%20final%20report%20VOL%201.pdf> (geraadpleegd op 16 juli 2013).

CER, Centre for Epidemiology and Research, Population Health Division, NSW Department of Health (2009) ICD codes - potentially avoidable mortality. Report of the New South Wales Chief Health Officer. Vastgesteld op 21 mei 2009.

http://www.nscchealth.nsw.gov.au/publichealth/toc/app_icd_avm.pdf (geraadpleegd op 28 juli 2013).

CVZ (2012) Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/rapporten-en-standpunten/2012/1203-uitvoeringstoets-lage-ziektelastbenadering/1203-uitvoeringstoets-lage-ziektelastbenadering/Uitvoeringstoets+lage-ziektelastbenadering.pdf> (geraadpleegd op 28 juli 2013).

Gijsen, R., Poos, M.J.J.C., Treurniet, H.F. en Westert, G.P. (1999) Selectie van ziekten en aandoeningen voor de Volksgezondheid Toekomst verkenningen. RIVM rapport 278610001. Bilthoven: RIVM.

Haagsma, J.A., Havelaar, A.H., Janssen, B.M.F. en Bonsel, G.J. (2008) Disability Adjusted Life Years and minimal disease: application of a preference-based relevance criterion to rank enteric pathogens. Population Health Metrics 2008, 6:7 doi:10.1186/1478-7954-6-7.

Hoeymans, N., Loon, J.A.M. van en Schoemaker, C.N. (2011) Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM Rapport 270241002/2011. Bilthoven: RIVM.

Klerk, M. (2011) Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008. Den Haag: SCPS.

Mackenbach, J.P. en Maas, P.J. van der (2005) Volksgezondheid en gezondheidszorg. Derde druk. Maarssen: Elsevier.

Mokkink, L.B., Lee, J.H. van der, Grootenhuis, M.A., Offringa, M., Van Praag, B.M.S. en Heymans H.S.A (2006) Omvang en gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen. Amsterdam: Emma Kinderziekenhuis/AMC.

Poos, M.J.J.C., Gijsen, R. en Gommer, A.M. (2013) Hoe zijn de ziekten en aandoeningen voor het Kompas geselecteerd? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.

Ribbe, M.W., Frijters, D.H.M. en Mens, J.T.h. van (1993) Kenmerken van verpleeghuispatienten bij eerste opname: leeftijd, geslacht en morbiditeit. NTvG 137 (49): 2544-8.

Ruwaard, D., Kramers, P.G.N., Berg Jeths, A. van den en Achterberg P.W. (1993) Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Bilthoven: RIVM.

RVZ (2006) Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Zinnige_en_duurzame_zorg.pdf.
(geraadpleegd op 16 juli 2013).

Schaapveld, K. en Hirasings, R.A. (1997) Preventiegids. Een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Tweede herziene druk. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V..

SCP (2005) Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Den Haag: SCP.

Tobias, M. en Jackson, G. (2001) Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. Aust N J Z Public Health 25: 12-20.

UWV (2007) De groei van de Wajonginstroom. Een onderzoeksrapport in het kader van het dossieronderzoek Wajong 2007. Kenniscahier 07-01. Amsterdam: UWV.

UWV (2011) Wajongmonitor: tweede rapportage. Een analyse van de nieuwe Wajong in 2010. Versie 1.4. Amsterdam: UWV.

Vandenbroucke, J.P. (1992) Ziekten komen en gaan. Ned Tijdschr Geneeskd 136: 2500-2502.

Versantvoort, M. en Echtelt, P. van (red.) (2012) Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen. Den Haag: SCP.

Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA; 2010.

Weinstein, M.C. (1988) A QALY is a QALY is a QALY - or is it? J Health Econ 7 (3): 289-290.

Wijga, A.H., Scholtens, S., Oeffelen, A.A.M. van en Beckers, M. (2010) Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Omvang en gevolgen geïnventariseerd. RIVM Rapport 260136001/2010. Bilthoven: RIVM.

Wijga, A.H., Beckers, M.C.B. (2011) Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 155:A3464.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J. en Gustavsson, A (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. ECNP/EBC REPORT 2011. Eur Neuropsychopharmacol 21, 655-79.

Zwart, J.J., Richters, J.M., Ory, F., De Vries, J.I., Bloemenkamp, K.W., Roosmalen, J. van (2009) Ernstige maternale morbiditeit tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 153: B113.

Dankwoord

We willen R.T. Hoogenveen van het RIVM bedanken voor het uitvoeren van de multicriteria-analyse (MCA).

Bijlage I Lijsten van ziekten gebruikt voor samenstellen van lijst met kandidaatziekten

1. ISHMT2008: International Shortlist for Hospital Morbidity tabulation (Versie 2008). Ontwikkeld in samenwerking tussen Eurostat, OECD en WHO-FIC. Specifiek voor rapportage over ziekenhuis-morbiditeit.
<http://www.who.int/classifications/icd/implementation/morbidity/ishmt/en/index.html>
2. ESM2007: diagnosis-specific morbidity - European shortlist. Door Eurostat opgestelde lijst met diagnoses ten behoeve van rapportage over totale morbiditeit in Europa.
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/3EC5D732-5E3E-44E1-850D-479A00A05645/0/2012eurostatmorbiditypilot.pdf>
3. GBD2005: diagnoselijst volgens Global Burden of Disease project WHO (Final draft operations manual 2009). Deze lijst is bedoeld voor wereldwijd gebruik, en bevat met name onder de groep met vermijdbare aandoeningen (infectieziekten, zwangerschapsproblematiek, ondervoeding) veel ziekten die in Nederland niet of nauwelijks meer voorkomen.
http://www.globalburden.org/GBD_Study_Operations_Manual_Jan_20_2009.pdf
De laatste berekening van het GBD project van de WHO is uit 2008 en doet een schatting voor 2004. Er zijn aparte tabellen voor 'high income countries' in Europa.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html
4. CBS-BELDO: belangrijkste doodsoorzakenlijst CBS. Deze lijst is in internationaal verband opgesteld voor rapportage over mortaliteit door nationale statistische bureaus.
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6D7F2E5D-8BB8-4ECD-A65E-1FF47339E6FA/0/Codelijstbelangrijkedoodsoorzakenvanaf1969.pdf>
5. KVZ2003HH: diagnose indeling Kosten van Ziektenstudie RIVM (zoals in gebruik sinds 2003). <http://www.kostenvanziekten.nl/>
6. VTV_CBS_2006: aangepaste lijst van ziekten uit de volksgezondheidstoekomstverkenningen, opgesteld door RIVM ten behoeve van CBS-rapportages ziekenhuis-morbiditeit.
http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2004/oktober/Indeling_van_diagnosen_en_verrichtingen_en_toepassing_in_nieuwe_statistieken_o_ver_ziekenhuisopnamen
7. KOMPAS2011: lijst van ziekten en aandoeningen waarover in het Nationaal Kompas Volksgezondheid van RIVM wordt gerapporteerd (stand mei 2010).
<http://www.nationaalkompas.nl/>

8. VTV2010GD: lijst van ziekten waarover epidemiologische data zijn gepubliceerd in het deelrapport gezondheid en determinanten van de Volksgezondheidstoekomstverkenning 2010.
<http://www.vtv2010.nl/deelrapporten/gezondheid--determinanten/>

9. Regieraad top-100: *'De Regieraad stimuleert het veld deze lijst te gebruiken bij het agenderen van richtlijnonderwerpen, waarbij niet alleen eerste en tweede lijn hun onderwerpen beter op elkaar afstemmen, maar ook de langdurige zorg en de preventieve zorg een plaats krijgen.'* (bron: regieraad.nl)
<http://www.regieraad.nl/applicaties/www.regieraad.nl/top100/top100list.php>

10. Vermijdbare sterfte: Tobias & Jackson, 2001; CER, 2011; AMIEHS, 2011.

11. Ziekten waarvoor effectieve preventieve interventies bestaan: Schaapveld & Hirasings, 1997; Mackenbach & Van der Maas, 2005, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012. <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/>

12. ICD-9 en ICD-10 codes: met behulp van gegevens LMR en doodsoorzakenstatistiek zijn ICD-codes (3 posities) apart toegevoegd, voor zover ze nog niet in andere lijsten voorkomen, en voor zover ze als afzonderlijke code een aanzienlijke ziektelast of sterfte indiceren.

13. Ziekten bij kinderen: recent onderzoek hiernaar is uitgevoerd door Mookink et al. (2006) en Wijga et al. (2010) en Wijga & Beckers (2011). Mookink et al. keken naar chronische aandoeningen, inclusief zeldzame, en Wijga et al. naar veel voorkomende chronische aandoeningen.

14. Zorgbalans. <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/>

15. European Perinatal Health Report: omvat indicatoren waarmee de perinatale gezondheid in de EU gemonitord en geëvalueerd kan worden. In een formele procedure werden 10 kernindicatoren en 24 aanbevolen indicatoren geselecteerd. Daarnaast werden indicatoren geselecteerd die nog verder ontwikkeld moeten worden. <http://www.europeristat.com/>

16. LEMMoN studie (Zwart et al., 2009): Nederlandse studie gericht op ernstige maternale morbiditeit tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed tot 6 weken post partum.

17. ECNP/EBC report 2011 (Wittchen et al., 2011): beschrijft de ziektelast van hersenziekten in Europa. Daartoe is door 19 epidemiologische panels een literatuurstudie gedaan naar het voorkomen van psychische stoornissen.

18. Aangeboren afwijkingen: Eurocat Noordoost-Nederland. Tabellen gepubliceerd op de website in april 2011.
<http://www.rug.nl/umcg/faculteit/disciplinegroepen/MedischeGenetica/Eurocat/tabellen>

19. Kanker: Indeling en cijfers van de Nederlandse Kanker Registratie.
<http://www.cijfersoverkanker.nl/>

Bijlage II Keuzes bij selectie van top-50 van de multicriteria-analyse

Op voorhand zijn uit de lijst enkele ziekten verwijderd:

- letsels
 - o trauma capitis
 - o intracraniaal letsel
 - o heupfractuur
 - o verbranding, brandwonden
 - o verdrinking
 - o bijwerkingen van geneesmiddelen
- vergaarbakziektegroepen
 - o gezondheidsproblemen bij op tijd geboren
 - o psychische stoornissen bij de jeugd exclusief roken
 - o groepen infectieziekten
 - o aangeboren afwijkingen
- specifieke symptomen
 - o acute buik
 - o langdurige buikpijn
 - o obstipatie bij kinderen
- ziekten die vallen onder andere ziektegroeppen (deelverzamelingen) of ziekten die juist een samenvoeging zijn van andere ziekten
 - o essentiële hypertensie (is bovendien een determinant in VTV)
 - o eczeem
 - o chronische aspecifieke lage rugpijn
 - o hoofdpijn/spanningshoofdpijn/migraine/clusterhoofdpijn
 - o stemmingsstoornissen
 - o lymfomen
 - o boezemfibrilleren
 - o cataract
 - o RSV pneumonie
 - o kindermishandeling

Zoveel mogelijk wordt voorkomen dat er overlap in ICD-codes is tussen ziekten, omdat patiënten met een bepaalde aandoening dan dubbel geteld zouden worden. Zo is er overlap tussen hypertensieve hartziekten en nierinsufficiëntie en tussen hypertensieve hartziekten en nefritis/nefroze. Tussen hypertensieve hartziekten en chronische nierziekte/nierfalen is geen overlap, zodat vooralsnog de keuze is gemaakt voor chronische nierziekte/nierfalen.

Ook tussen aandoeningen van het endocard/klepafwijkingen en inflammatoire hartaandoeningen is overlap. Toch wordt voorlopig verder gegaan met beide aandoeningen.

Bijlage III Vermijdbaarheid

Uitgangspunt voor dit overzicht is de preventiegids (Schaapveld & Hirasig, 1997). In deze gids staat een overzicht van preventieve maatregelen die zinvol aan de bevolking of delen daarvan kunnen worden aangeboden. Gebruikte criteria in deze gids waren:

1. relevant gezondheidsprobleem,
2. er is bewijs voor doeltreffendheid,
3. het programma is doelmatig,
4. betrokkenheid van huisartsen, verloskundigen en/of jeugdgezondheidszorg.

Van ziekten wordt overwogen om ze aan de selectie toe te voegen als ze voldoen aan criterium 1 of 2 of 3, én aan criterium 4. Gezondheidswinst door tertiaire preventie is buiten beschouwing gebleven.

Deze interventies zijn aangevuld met interventies die zijn beschreven in andere bronnen:

- 'Volksgezondheid en gezondheidszorg' (Mackenbach & Van der Maas, 2005). Tabel 4.1 uit dit boek is een overzicht van effectieve interventies. Wij gebruiken de 3e druk; in latere drukken is de tabel verdwenen.
- De lijst van ziekten waarvan de sterfte (deels) vermijdbaar is via preventie. Een aangepaste lijst van Tobias en Jackson (2001) is gebruikt, gepubliceerd door 'Centre for Epidemiology and Research, Population Health Division, NSW Department of Health'.

Ten slotte zijn door twee experts ziekten die met recent geïntroduceerde interventies zijn te vermijden, toegevoegd.

Hieronder staat een overzicht van ziekten die in aanmerking komen voor de VTV-selectie. Het zijn de ziekten die afkomstig zijn uit de hierboven beschreven bronnen minus ziekten die op basis van de multicriteria-analyse al geselecteerd zijn. In de tweede kolom is aangegeven welke ziekten zijn geselecteerd door het panel op het criterium vermijdbaarheid.

Ziekte	Geselecteerd door panel
Infectieziekten	
ziekten in het rijksvaccinatieprogramma (incl. hersenvliesontsteking)	-
soa (incl. aids/hiv en hepatitis B)	ja
rabiës	-
reizigersziekten	-
toxoplasmose	-
tuberculose	-
hepatitis (o.a. hepatitis A)	-

Nieuwvormingen

baarmoederhalskanker	ja
huidkanker/melanoom	ja
prostaatkanker	ja
kanker van mond en orofarynx	ja
slokdarmkanker	ja
maligne neoplasma van lever en intrahepatische galwegen	ja
maagkanker	ja
zaadbalkanker	-
oogkanker	-
ziekte van Hodgkin	-

Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten

congenitale hypothyreodie	-
(familiaire) hypercholesterolemie ²	-
jodiumdeficiëntie ¹	-
overgewicht/obesitas ²	-
voedingsanemieën ¹	-
coeliakie	-
afwijkend groeipatroon kinderen	-
aand. van de hypofyse en bijniere (waaronder adrenogenitaal syndroom)	-

Ziekten van bloed en bloedvormende organen

ijzergebreksanemie	-
sikkelcelziekte/thalassemie	-
hemolytische ziekte door andere irregulaire antistoffen dan anti-D	-

Psychische stoornissen

ontwikkelingsstoornissen (o.a. spraaktaalstoornissen)	-
---	---

Zintuigen

amblyopie	-
-----------	---

Hart- en vaatziekten

aneurysma aortae	ja
diepe veneuze trombose met pulmonale embolie	ja

Ziekten van de ademhalingswegen

influenza	ja
-----------	----

Ziekten van het spijsverteringsstelsel

chronische leverziekte (excl. aan alcohol gerelateerd)	-
--	---

Ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel

houdingsafwijkingen (o.a. scoliose)	-
osteoporose	ja
infecties van bot	-

Zwangerschap, bevalling en kraambed

zwangerschapsdiabetes ³	-
complicaties van de zwangerschap	-

Aandoeningen perinatale periode

hemorragische ziekte van de pasgeborene	-
rhesus(D)-immunisatie	-
wiegendood	-

Aangeboren afwijkingen

aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel	-
congenitale heupluxatie en dysplasie	-
niet-scrotale testes	-
fragiele X-syndroom	-

Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden [plus risicofactoren die niet geassocieerd zijn met één enkele ziekte]

ongewenste zwangerschap	-
arbeidsgebonden ziekte	-

Letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken ⁴

heupfractuur	-
brandwonden	-
kindermishandeling	-
verdrinking	-
sportblessures	ja
letsel als gevolg van geweld	-
accidentele vergiftiging (incl. medicijnen excl. alcohol)	-

¹ wordt onder de determinant voeding uitgewerkt

² wordt onder de determinant lichaamsgewicht uitgewerkt

³ wordt onder de determinant serumcholesterol uitgewerkt

⁴ waarschijnlijk worden alle oorzaken van letsel geselecteerd

In een panel van zeven personen van de vroegere RIVM-centra VTV, PZO, CVB en CGL (momenteel VPZ en G&M) zijn de lijsten doorgenomen en zijn ziekten op basis van criteria 1, 2 of 3 geselecteerd, waarbij criterium 4 impliciet (=niet met cijfers onderbouwd) werd meegenomen. Hierbij selecteerde het panel de volgende ziekten (zie ook bovenstaande tabel):

- Soa (inclusief hiv/aids)
- Prostaatkanker
- Kanker van mond en orofarynx
- Slokdarmkanker
- Maligne neoplasma van lever en intrahepatitische galwegen
- Huidkanker
- Maagkanker
- Baarmoederhalskanker
- Aneurysma van de buikaorta
- Influenza
- Osteoporose
- Sportblessures
- Meldingsplichtige infectieziekten

Hieronder is voor deze ziekten informatie over het vóórkomen ervan weergegeven. Tevens wordt het rangnummer in de top-304 van de multicriteria-analyse (MCA) en de top-100 van de Regieraad getoond. Op basis van deze informatie heeft de projectgroep besloten of een ziekte wordt toegevoegd aan de selectie van VTV-ziekten (+), of niet (-).

	Top-304 MCA	Top-100 Regieraad	Opmerking	Conclusie
Soa (inclusief hiv/aids)	205		Ziekte last komt niet goed naar voren in de ranglijst, want cijfers van soa-poli's en GGD'en zijn niet opgenomen, en bovendien is er veel ongediagnosticeerde ziekte last.	+
Prostaatkanker	70	17	Tamelijk hoog in de ranglijst, en bovendien hoog in de top-100 van de Regieraad	+
Kanker van mond en orofarynx	96		Niet hoog in de ranglijst, niet genoemd door Regieraad.	-
Slokdarmkanker	95	36	Niet hoog in de ranglijst, niet heel hoog in de top-100 van de regieraad	-
Maligne neoplasma van lever en intra-hepatitische galwegen	97		Niet hoog in de ranglijst, niet genoemd door Regieraad.	-
Huidkanker	85	29	Tamelijk hoog in de ranglijst, en bovendien tamelijk hoog in de top-100 van de Regieraad	+
Maagkanker	105	35	Niet hoog in de ranglijst, niet heel hoog in de top-100 van de Regieraad	-
Baarmoederhalskanker	176	71	Laag in de ranglijst en laag in lijst van de Regieraad. Door vaccinatie zal de incidentie mogelijk nog verder dalen. Toch opnemen vanwege omvangrijk preventieprogramma	+
Aneurysma van de buikaorta	134	55	Laag in de ranglijst en laag in de top-100 van de Regieraad	-
Influenza	187	14	Laag in de ranglijst, hoog in de top-100 van de Regieraad. Influenza leidt lang niet altijd tot medische consumptie, dus ranglijst geeft onderschatting. Ook onderregistratie als nevend diagnose bij ziekenhuisopname. Bovendien groot preventieprogramma	+
Osteoporose	147	43	Laag in de ranglijst en niet heel hoog in de top-100 van de Regieraad. In de ranglijst is dit onderwerp onderbelicht omdat deze diagnose niet vaak gesteld wordt. Veel ouderen hebben echter wel osteoporose (ERGO-onderzoek). Osteoporose leidt tot veel fracturen.	+ (a)
Sportblessures	274		Laag in de ranglijst, niet genoemd in de top-100 van de Regieraad. In de ranglijst is dit onderwerp onderbelicht, omdat SEH-cijfers niet zijn meegenomen; sportblessures leiden tot veel SEH-	+

			bezoeken. Ook in de huisartsencijfers is dit onderwerp niet opgenomen. Veel blessures leiden bovendien wel tot beperkingen maar niet tot zorggebruik. Het aantal DALY's in Nederland is hoog.	
Meldingsplichtige infectieziekten	-		Vaker dan 500x per jaar gemeld: nieuwe influenza, tuberculose, kinkhoest, Q-koorts. Tussen 200 en 500x per jaar: hepatitis A, hepatitis B, shigellose, bof, legionellose, malaria, meningokokkeziekte.	+ (b)

MCA = multicriteria-analyse

a: (Heup)fracturen bij ouderen kan bij het VTV-onderwerp osteoporose beschreven worden (als complicatie ervan)

b: Influenza: zie elders in deze tabel. Q-koorts en malaria: zoönose, zie stap 7.

Malaria past ook bij de determinant 'reizen'. Hepatitis B: deels bij soa.

Shigellose: bij infecties maagdarmkanaal of bij de determinant 'reizen'.

Legionellose: bij infectieziekten van de onderste luchtwegen. Blijven over: tuberculose, kinkhoest, bof, meningokokkenziekten (RVP-ziekten) en hepatitis A.

Van tuberculose is de ziektelast in Nederland gering (zie

<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/verloren-levensjaren-ziekte-en-ziektelast-voor-56-geselecteerde-aandoeningen/>). Ook hepatitis A (een 'voedsel- en watergerelateerde infectieziekte' die ook door seksueel contact kan worden overgebracht) is een beperkt volksgezondheidsprobleem. De ziekteverschijnselen zijn gering en de kans op complicaties is klein. Jaarlijks is er een beperkt aantal uitbraken. Voorstel is om alleen RVP ziekten te selecteren, mede omdat hiervoor een uitgebreid preventieprogramma bestaat.

Op basis van de overwegingen zoals beschreven in bovenstaande tabel, wordt voorgesteld de volgende ziekten toe te voegen aan de selectie:

- Soa
- Prostaatkanker
- Huidkanker
- Baarmoederhalskanker
- Influenza
- Osteoporose/fracturen
- Sportblessures
- RVP-ziekten

Bijlage IV Vergelijking met andere lijsten van ziekten en adviezen

GGZ en psychische stoornissen

De GGZ is onderbelicht in de cijfers over morbiditeit en zorggebruik. Deze zijn namelijk alleen gebaseerd op ziekenhuis- en huisartsenregistraties. Een optie om toe te voegen aan de voorselectie (op basis van Nemesis, internationale onderzoeken naar het voorkomen van psychische stoornissen en GGZ-statistieken): gedragsstoornissen, ADHD (ook politiek interessant), autisme, persoonlijkheidsstoornissen, slaapstoornissen. Drie van deze stoornissen zijn geselecteerd bij de andere criteria (ADHD, autisme, persoonlijkheidsstoornissen). Gedragsstoornissen zijn toegevoegd aan de selectie, omdat die veel voorkomen bij kinderen, naast autisme en ADHD. Slaapstoornissen komen weliswaar tamelijk veel voor, maar de ziektelast is niet al te hoog (volgens Global BoD project).

Voorstel om toe te voegen aan de selectie:

- gedragsstoornissen

Sector verstandelijk gehandicapten (VG)

Cijfers uit deze sector ontbreken grotendeels in bovenstaande overzichten. De kosten die deze sector maakt, zijn groot. Er zijn echter nauwelijks gegevens beschikbaar over diagnoses die zijn gesteld. Uitzondering is ZRS (zorgregistratiesysteem) van CVZ, waarvan cijfers zijn gepubliceerd door het SCP (2005). In 2001 hadden 16.000 cliënten een indicatie voor VG-zorg. Het betrof 8.800 nieuwe zorgvragers (55% van de cliënten) en 7.200 doorstromers (45% van de cliënten). Bij ongeveer 2000 van de nieuwe zorgvragers was een gedragsstoornis als bijkomende stoornis bij de verstandelijke handicap geregistreerd, bij iets meer dan 500 autisme en bij iets minder dan 500 epilepsie. Bij bijna 1300 van de doorstromers was een gedragsstoornis geregistreerd als bijkomende stoornis, bij 400 autisme en bij 550 epilepsie.

Deze bevindingen wijzen op veel gedragsstoornissen en autisme in de sector VG. Deze worden ook gevonden in de jeugdpsychiatrie en jeugdzorg. Beide stoornissen zijn vanwege andere argumenten al toegevoegd aan de selectie. Die keuze wordt hier ondersteund.

Langdurige zorg

Een belangrijk deel van de morbiditeit in de langdurige zorg lijkt voldoende aan bod zijn gekomen in voorgaande stappen, omdat ziekten van patiënten die thuiszorg nodig hebben of zijn opgenomen in een verzorgingshuis ook in bijvoorbeeld de huisartsen- en ziekenhuisregistraties worden vastgelegd. Alleen ziekten van verpleeghuisbewoners worden deels gemist. Uit onderzoek uit 1991 op basis van registratie door specialisten ouderengeneeskunde, blijkt dat vrijwel alle ziekten die onder verpleeghuisbewoners vaak voorkomen in stap 1 zijn geselecteerd. Uitzonderingen zijn de neurologische ziekten ziekte van Parkinson en multiple sclerose (Ribbe et al., 1993). Van recenter datum is een onderzoek uit 2008 waarbij aan bewoners (of partner/familielid) van verzorgingshuizen en verpleeghuizen door een door middel van een gezondheidsenquête is

nagevraagd welke chronische ziekten zij hadden (De Klerk, 2011). De steekproef bestond uit 51% verzorgingshuisbewoners en 49% verpleeghuisbewoners. Bij vergelijking van de uitkomsten van stap 1 (multicriteria-analyse) met de resultaten uit dat onderzoek blijkt dat de meeste ziekten die onder bewoners van instellingen vaak voorkomen, ook door middel van stap 1 van onze selectieprocedure zijn geselecteerd. Enkele uitzonderingen zijn:

- Ernstige/hardnekkige aandoeningen van arm of hand (door 16% gerapporteerd). Dit is een weinig specifieke groep aandoeningen die in onze selectie kunnen vallen onder artrose, reumatoïde artritis en (gevolgen van) ongevalsletels. Andere hardnekkige aandoeningen van bijvoorbeeld pezen, banden of gewrichtskapsel van de arm of hand zijn niet in onze selectie opgenomen.
- Vernauwing van bloedvaten in buik, benen (geen spataderen) (13%). Deze (vergaarbak van) aandoeningen zijn in de lijst van kandidaatziekten opgesplitst in onder andere ulcus cruris, aneurysma's van de buikaorta, tromboflebitis/flebotrombose (inclusief diepe veneuze trombose) en claudicatio intermittens.
- Ernstige darmstoornissen (10%). Deze groep aandoeningen is in de lijst van kandidaatziekten opgesplitst in darmkanker, inflammatoire darmziekten, prikkelbaredarmsyndroom, paralytische ileus en darmobstructie zonder hernia, diverticulose/diverticulitis, fecale incontinentie en obstipatie. Van deze aandoeningen is alleen darmkanker in stap 1 geselecteerd.
- Ziekten aan nieren, gal, lever of schildklier (6%). Chronische nierziekte/nierfalen en levercirrose zijn geselecteerd in stap 1, ziekten van de galblaas of schildklier niet.
- Een ziekte van het zenuwstelsel, zoals multiple sclerose en ziekte van Parkinson (6%).

De algemene conclusie is dat de meeste van de ziekten die in de langdurige zorg vaak voorkomen al in de selectie zijn opgenomen. Er is geen reden om nog ziekten toe te voegen.

Perinatale morbiditeit

Op basis van het werk van het 'European Perinatal Health Report' (kortweg Peristat genoemd) zouden we 'laag geboortegewicht' willen toevoegen aan de selectie, omdat deze in de 'coreset' van Peristat opgenomen is. Opties zijn nog cerebrale parese (spasticiteit) en abortus/ongewenste zwangerschap, die niet in de coreset van Peristat zijn opgenomen, maar in de 'recommended set'. Verder zijn opties voor ziekten bij de moeder: hypertensieve ziekten bij de moeder (incl. pre-eclampsie en eclampsie) en fluxus (ernstige bloedingen).

Voorstel voor perinatale morbiditeit om toe te voegen aan de VTV-selectie:

- laag geboortegewicht

Voor specifieke aandoeningen bij pasgeborenen lijkt een eigenstandige bijdrage in VTV niet gerechtvaardigd, ook omdat de beschikbaarheid van cijfers beperkt is. Het valt nog te overwegen de onderwerpen vroeggeboorte en laag geboortegewicht in te kaderen in het algemenere onderwerp 'oorzaken van ziekte en sterfte bij pasgeborenen'. Dit omdat deze problemen vaak ook weer het gevolg zijn van specifiekere oorzaken, zoals onvoldoende functioneren van de placenta. Bovendien zijn veel gezondheidsproblemen bij pasgeborenen het gevolg van een gecompliceerde bevalling. Dit onderwerp is niet in de

inventarisatie opgenomen. Over de precieze uitwerking van deze onderwerpen zullen we daarom nog met experts overleggen.

Ziekten bij de moeder: het overgrote deel van de helft van de populatie (nl. vrouwen) raakt zwanger en loopt risico op ernstige complicaties (enige procenten). Aangezien het gaat om relatief korte perioden, is de totale morbiditeit in de bevolking beperkt. In de huidige selectie van ziekten en gezondheidsproblemen is geen enkele ziekte die ontstaat tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed opgenomen. Het is de vraag of, ook gezien de aandacht in de samenleving voor gezondheid bij moeder en kind, er toch niet aandacht moet zijn voor dit onderwerp.

Voorstel om toe te voegen aan de VTV-selectie:

- complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed

Aangeboren afwijkingen: EUROCAT

Overwegen om toe te voegen aan de voorselectie: monogenetische aandoeningen (interessant politiek onderwerp, was ook advies van expert in enquête, zie stap 7), aangeboren afwijkingen van het skelet of heupdysplasie (veel voorkomend, onderwerp voor JGZ), aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel (hoge letaliteit, ook al in de baarmoeder; mogelijkheden voor interventies), chromosomale aandoeningen (als uitbreiding van het syndroom van Down: de helft van de geboorteprevalentie is Down).

Aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel is al opgenomen in de huidige lijst van VTV-ziekten. Opvallend dat in de VTV-berekeningen de ziektelast (in DALY's) van deze afwijkingen tot een hogere ziektelast leiden dan die van aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel, terwijl dat in het BoD project omgekeerd is. Het voorstel is om aangeboren afwijkingen van het centraal zenuwstelsel toch niet toe te voegen aan de selectie, omdat de prevalentie van deze aandoening naar verwachting verder zal dalen, gezien het huidige screeningsbeleid. Voor andere aandoeningen zien we ook geen aanleiding die toe te voegen.

Kanker

Onze selectie van soorten kanker hebben we nog vergeleken met de informatie over sterfte, incidentie en prevalentie van de NKR. Hieruit volgt dat de volgende kankers toegevoegd zouden kunnen worden aan de selectie: prostaatkanker, melanoom en/of huidkanker, alvleesklierkanker (hoge incidentie gecombineerd met hoge sterfte, daarom beperkte prevalentie). Voor de preventie van alvleesklierkanker bestaan echter geen effectieve preventieprogramma's. Qua kwantitatieve analyse staat het ongeveer gelijk met huidkanker (net erboven), maar het optreden van huidkanker en de sterfte eraan is deels wel vermijdbaar, en daarom interessanter voor VTV. De eerste twee (prostaat- en huidkanker) gaan al mee door het criterium vermijdbaarheid (zie stap 3). Verder geen kankers toevoegen. Kankers gaan voldoende mee in de eerste twee stappen. Bovendien hebben we al erg veel typen kanker in de selectie.

Regieraad

Onze selectie tot en met stap 3 komt redelijk goed overeen met de selectie die de regieraad heeft gemaakt. De Regieraad heeft aandoeningen geselecteerd die prioriteit hebben bij het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden. Deze prioritering is gebaseerd op morbiditeit, mortaliteit, ziektelast en mate van multidisciplinariteit bij de aanpak van de aandoening. Hierbij heeft de Raad ook gebruik gemaakt van de selectie van ziekten van de VTV. Er zijn slechts twee ziekten die niet in onze selectie zitten maar wel in de bovenste 25 van de top-100 van de regieraad: ziekte van Parkinson (24) en varices (spataderen), in- of excl. ulcus (25). De ziekte van Parkinson staat op plaats 83 van 304 ziekten waarvoor een rangordening is opgesteld in de multicriteria-analyse. Varices/ulcus staat op plaats 76. Beide staan dus nog tamelijk hoog op de ranglijst. Toch zien we voor beide ziekten niet direct reden om die toe te voegen aan de selectie, te meer we niet de indruk hebben dat deze ziekten sterk worden ondergeregistreerd in de gebruikte gegevensbronnen.

Bijlage V Resultaten enquête onder professionals: ziekten toevoegen aan de selectie

Enquête

Ruim 250 mensen hebben in december 2011 een enquête ontvangen met uitleg over de VTV, een overzicht van de huidige selectie van ziekten, de criteria en de selectieprocedure. Hierin is ook toegelicht dat wij experts vragen om suggesties te doen voor ziekten die niet mogen ontbreken, maar ook voor ziekten die juist verwijderd zouden mogen worden uit de VTV-lijst.

Drie vragen zijn gesteld.

1. Welke ziekten of aandoeningen zou u willen toevoegen aan de VTV-lijst?
2. Welke ziekten of aandoeningen zou u willen verwijderen uit de VTV-lijst?
3. Kunt u uw keuzen toelichten?

Respons

Twee groepen van mensen zijn benaderd voor de enquête. Ten eerste is de enquête verstuurd naar alle medewerkers van de sector Volksgezondheid en Zorg van het RIVM. Dit betreft 181 mensen. Hiervan hebben 25 mensen (14%) de enquête ingevuld. Ten tweede zijn specifieke experts benaderd. Dit betrof zowel mensen bij instituten die ook met selecties van ziekten werken als specifieke klinici (Zie kadertje). Ook mensen in de begeleidingscommissie van de VTV-2014 zijn benaderd. Dertig van de 80 benaderde experts hebben de enquête geretourneerd. Dit is 38%.

Op 15 december 2011 is een herinneringsmail naar alle non-respondenten gestuurd. Op 10 januari 2012 was de deadline van reageren.

De groep klinici bestond uit de volgende typen specialisten (naar aantal respondenten):

Eén: huisarts, neuroloog, klinisch geneticus, cardioloog, internist, arboarts, longarts, SEH-arts, orthopeed

Twee: jgz-arts, gynaecoloog, kinderarts

Drie: dermatoloog

Vier: psychiater

Resultaten

In totaal zijn vele ziekten gesuggereerd om opgenomen te worden in de selectie. Hieronder bespreken we eerst de ziekten die drie keer of vaker genoemd zijn, en nog niet geselecteerd zijn in de multicriteria-analyse. Ook ziekten die minder dan drie keer zijn genoemd, bespreken we hier. We geven telkens de argumenten die genoemd zijn door de experts. We voegen hier de door ons bekende (kwantitatieve) informatie en onze eigen overwegingen aan toe om vervolgens tot een besluit te komen.

Drie keer of vaker genoemd, en nog niet opgenomen in de selectie:

- Schildklieraandoeningen
- Overgewicht/obesitas (9x genoemd)
- Burn-out
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Psoriasis
- Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, zoals (pre-)eclampsie
- Fluxus (ernstig bloedverlies)
- Zeldzame ziekten
- SOLK

Hieronder zijn de argumenten van de deelnemers aan de enquête weergegeven voor de ziekten die drie keer of vaker zijn genoemd.

Schildklieraandoeningen - Komen relatief veel voor. - Patiënten moeten vaak chronisch medicijnen slikken en staan onder langdurige medische begeleiding. - Ze kunnen allerlei andere veel voorkomende kwalen veroorzaken (overgewicht, depressies enz.).
Overgewicht / obesitas - Obesitas is gezondheidsprobleem nr 1. en heeft aparte aandacht nodig - Het is een probleem met steeds grotere wordende omvang met grote repercussie op de volksgezondheid nu en in de toekomst. Daarnaast neemt het aantal ziekten dat hier aan gerelateerd is ook toe (hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen). - M.n. voor (specifieke) allochtone populaties van belang. - Ik weet dat we vanuit het VTV-model obesitas als een determinant zien en niet als een ziekte maar veel partijen doen dat wel. Ik vraag me dus af of daar nog naar gekeken zal worden. - Obesitas wordt beschouwd als (chronische) ziekte, hoewel daar ook discussie over is. - (Morbide) obesitas is een groeiend ernstig gezondheidsprobleem. - Belangrijk i.v.m. alle op preventie gerichte maatregelen in de toekomst.
Burn-out - Overspannenheid (surmenage) is de meest voorkomende psychische aandoeningen. In DSM IV wordt dit gerekend tot de aanpassingsstoornis. Huisartsen hanteren de ICPC code P78 (surmenage). Ook de term stressgerelateerde stoornis wordt gebruikt in ondermeer de NVAB richtlijn Psychische klachten. De ziektelast van overspannenheid lijkt mij omvangrijk. Directe maar vooral niet directe medische kosten (ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) zijn substantieel en rechtvaardigen mijns inziens opname in de VTV lijst. - Dit is binnen de werkende populatie de meest genoemde psychische aandoening. - Ik zou graag burn-out uitgebreider in het Kompas zien. Nu staat er alleen iets onder beroepsziekten. Daar komt het te beperkt tot zijn recht; bovendien is het niet alleen een beroepsziekte. Mensen kunnen ook een burn-out krijgen vanuit een andere vorm van overbelasting. Het komt veel voor en is echt een ziekte van deze tijd.
Persoonlijkheidsstoornissen - Hoge prevalentie, veel lijdensdruk voor patiënt en omgeving, veel medische consumptie. - Eventueel antisociale persoonlijkheidsstoornis er in vanwege veel maatschappelijke overlast. - Drie argumenten om toe te voegen: - o als hoofddiagnose persoonlijkheidsstoornis betreft: De afgelopen 10 jaar steeds meer in de aandacht binnen de psychiatrie omdat er steeds meer effectieve behandelvormen zijn ontwikkeld. - o Er is veel comorbiditeit van andere psychische stoornissen met persoonlijkheidsstoornissen. Additie van effectieve behandelmodules voor persoonlijkheidsstoornissen bij de andere psychische ziektes is gewenst - o suïciderisico door (al dan niet comorbide) persoonlijkheidsstoornissen

Psoriasis

- De incidentie is stabiel, maar geassocieerd met co-morbiditeit. Tevens forse kosten bij nieuwe behandelingsopties ('biologics').
- Best hoge prevalentie, dacht ik.
- Er is de laatste jaren veel veranderd in de medicamenteuze behandeling met de introductie van "biologicals" als enbrel, stelara en humira. Zeer dure medicatie die in ieder geval de kosten enorm hebben opgestuwd. De farmaceutische industrie speelt als altijd een fraaie rol in het onder de aandacht brengen van deze nieuwe geneesmiddelen. Diverse opinion-leaders zijn erg actief in het uitdragen van de effectiviteit van biologics. Maar nu word ik misschien te cynisch.

Hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap

- Overweeg zwangerschapsdiabetes en zwangerschapshypertensie toe te voegen. Zwangerschapsdiabetes en zwangerschapshypertensie zijn sterke voorspellers van respectievelijk type 2 diabetes en atherosclerose later in het leven (van de moeder).
- Belangrijke oorzaak van problemen bij moeder en kind tijdens zwangerschap en rond baring.
- Het is een gemis dat er niets van maternale zwangerschapsgelateerde ziektelast in de lijst staat. Te denken valt bijvoorbeeld aan pre-eclampsie (incidentie enkele procenten van alle zwangeren) of fluxus postpartum (incidentie afhankelijk van definitie 0,4 tot 7% van alle zwangeren).

Fluxus

- Belangrijke oorzaak van problemen bij moeder en kind tijdens zwangerschap en rond baring.
- Het is een gemis dat er niets van maternale zwangerschapsgelateerde ziektelast in de lijst staat. Te denken valt bijvoorbeeld aan pre-eclampsie (incidentie enkele procenten van alle zwangeren) of fluxus postpartum (incidentie afhankelijk van definitie 0,4 tot 7% van alle zwangeren).

Zeldzame ziekten

- Toevoegen van frequent voorkomende, maar complex, item (zeldzame ziekten). Heeft heel sterk te maken met kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.....en komt erg frequent voor.
- Zeldzame ziekten nemen bij elkaar een zeer groot deel van de totale ziektelast voor hun rekening; ze zijn geassocieerd met andere aandoeningen (verstandelijke en lichamelijke handicaps, sociale last (familie) en veel kosten (verzorging of zeer dure therapie); verder is de zorg versnipperd en vaak niet adequaat.
- Een beschouwing over zeldzame ziekten (die opgeteld helemaal niet zeldzaam zijn) zou ik op prijs stellen. In 2013 nationaal plan vereist (EU).
- Zeldzame aandoeningen (weesziekten) zijn beleidsmatig gezien een belangrijke categorie.

SOLK

- Hoge prevalentie, veel medische consumptie, ingewikkelde interactie tussen lichaam, geest, cultuur, maatschappij.
- Er ontstaan in den lande steeds meer behandelprogramma's voor SOLK. SOLK geeft grote ziektelast (denk aan chronisch vermoeidheid, fibromyalgie), preventie van iatrogene schade (door teveel onderzoek en verkeerde behandeling) is nodig.
- Mijn voorstel zou zijn om vermoeidheid (A04, een van de meest voorkomende symptoomdiagnoses) toe te voegen.
- Ik zou overwegen om ruimte te maken voor chronische vermoeidheidssyndromen. Ik besef dat er nog steeds gezocht wordt naar harde parameters (anatomie, pathofysiologie, infectie), maar dit soort klachten kunnen leiden tot sociale invaliditeit.
- CVS/ME (chronische vermoeidheidssyndroom) staat er niet op. ME/MS is een zeer invaliderende aandoening, waarbij de discussie is of de oorzaken psychisch dan wel bio-medisch zijn. In Nederland lijden er naar schatting meer 30.000 mensen aan. Wellicht zou deze aandoening meegenomen moeten worden.
- Toevoegen van frequent voorkomende, maar complex item (pijn). Heeft sterk te maken met kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven.....en komt erg frequent voor.
- Eruit: nek- en rugklachten (in bredere groep 'klachten' zetten en daar ook pijn en jeuk bespreken). Nek- en rugklachten behoren tot een veel grotere groep 'klachten' die

een groot deel van de huisartsenzorg beslaan (en ook in het ziekenhuis veel aandacht vragen; pijn is daarin een dominant probleem, dat door ons nauwelijks genoemd wordt).

- Onverklaarde klachten (heeft veel verschillende terminologieën), hier vallen wat mij betreft ook ME, IBD, fibromyalgia onder. Waarom? Ze komen veel voor in NL en mensen schrijven dezelfde klachten toe aan allerlei ziekten (ME, IBD etc.) en/of aan milieu factoren. Er is een sterke relatie met slechtere kwaliteit van leven, en slechter dagelijks functioneren. Dus echt een probleem wat eens geagendeerd zou moeten worden, ook al is er nog beperkt informatie (prevalenties/ incidenties etc.). Ja de definitie is een probleem maar er zijn vragenlijsten waarmee het wordt gemeten, navragen NIVEL: Joris IJzermans heeft er 1 ontwikkeld.

Bij deze ziekten kunnen de volgende kenmerken worden toegevoegd:

	MCA (top- 304)	top- 100 Regie- raad	Opmerking	Conclusie
Schildklier-aandoeningen	115	84	Bij een deel van de patiënten zal er geen diagnose zijn gesteld (onderdiagnostiek). Bovendien wordt de ziekte vaak poliklinisch behandeld. Poliklinische contacten zitten niet in de statistieken. In POLS 2000 (daarna niet meer nagevraagd) was de prevalentie 0,6%, vergelijkbaar met gevolgen van beroerte en nierstenen. In LINH neemt de prevalentie toe van 7 per 1.000 in 2002 tot 12 per 1.000 in 2010 (bron: Statline). Volgens berichten over LifeLines heeft 2% van de bevolking een schildklieraandoening.	De prevalentie is niet erg hoog. De ziektelast is mogelijk wel hoog, vergeleken met diverse andere ziekten: vermoeidheid, kouwelijkheid/warmte-intolerantie, over/ ondergewicht, hartritmestoornissen, hartfalen, depressie, angst. Omdat deze informatie niet duidelijk is, nemen we deze aandoeningen vooralsnog niet op in de VTV-selectie.
Burn-out	259		Komt slecht in statistieken naar voren. Komt veel voor en veroorzaakt veel kosten. Zie ook stap 4 WAO, WIA en Wajong.	Vooralsnog toevoegen
Persoonlijkheidsstoornissen	88		Ziektelast komt niet goed naar voren in de gebruikte statistieken. Daarnaast zijn patiënten vaak niet in zorg ondanks ziektelast.	Vooralsnog toevoegen
Psoriasis	156	92	Veelal poliklinische contacten, welke niet in de gebruikte statistieken zitten	Vooralsnog niet opnemen. Beleidsrelevantie betreft vooral de hoge kosten van nieuwe geneesmiddelen.

Ernstige fluxus	179		In de statistieken komt dit waarschijnlijk slecht naar voren. Optreden (deels) vermijdbaar.	Als we aandacht willen schenken aan gezondheidsproblemen bij de moeder, is dit een goede kandidaat. Incidentie tot enkele procenten. Heeft ook gevolgen voor kind. Voorstel: deze aandoening opnemen in een integratief stuk over complicaties van de zs, bevalling en kraambed. Zie ook stap 6.
Hypertensieve aandoeningen zwangerschap	181		Zie ernstige fluxus	Zie ernstige fluxus
Zeldzame ziekten	280		Slecht geoperationaliseerd in statistieken.	Niet als ziekte toevoegen maar als apart onderwerp, zoals beroeps-ziekten, en chronische ziekten en multimorbiditeit. In VTV-2010 is hier ook aandacht aan besteed.
Overgewicht / obesitas	116	41	Kosten zijn niet gekwantificeerd. Comorbiditeit komt slecht tot uitdrukking. Ziekte of risicofactor?	Obesitas als 'determinant' blijven beschouwen, maar wel bij 'ziekten' duidelijk aangeven waar dit onderwerp te vinden is. Onder de determinant lichaamsgewicht meer de ziekteaspecten van obesitas benadrukken, inclusief zorgcijfers: voorkomen in de huisartsenpraktijk, aantal ziekenhuisopnamen, (kosten-) effectiviteit van interventies (w.o. operaties), comorbiditeit enz.
SOLK	285	74 (CVS)		Vooralsnog toevoegen gezien de waarschijnlijk hoge ziektelast, medische consumptie en kosten. Beleidsrelevant, gevolgen voor participatie. Kwantificering zal lastig zijn, omdat het gaat om vele verschillende uitingen. Voorstel: opnemen als integratief onderwerp opnemen (zoals beroepsziekten).

Op basis van de hierboven beschreven exercitie stellen we voor om de volgende ziekten toe te voegen aan de voorselectie:

- Burn-out
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Complicaties van de zwangerschap, bevalling en kraambed

Deze drie ziekten waren overigens al eerder toegevoegd aan de selectie (zie stap 4 en 6)

Kandidaten voor integratieve bijdragen:

- SOLK
- Zeldzame ziekten

Ziekten die minder dan drie keer genoemd werden, maar wel door experts op de betreffende gebieden, en voorzien van argumenten:

Zoönosen:	bedreigend, toenemend probleem (bijv. Lyme), veel ziektelast bij chronische klachten na infectie, beleidsrelevant
Zorggerelateerde infectie-ziekten en antimicrobiële resistentie:	veel (maatschappelijke) aandacht (veehouderij, ziekenhuisuitbraken), toekomstige problemen in behandelbaarheid, beleidsrelevant
Alvleesklierkanker:	komt vaker voor, enorme impact op leven
Cystische fibrose:	'vermijdbaar' via hielprik
Bipolaire stoornis:	belangrijke ziekte in de psychiatrie (naast schizofrenie): EPA (ernstige psychiatrische aandoening), ernstige klachten en beperkingen, veelal chronisch-recidiverend, ontstaat op jonge leeftijd, grens met depressie lastig te trekken, prevalentie vergelijkbaar met schizofrenie
Niet aangeboren hersenletsel (NAH):	specifieke groep binnen de revalidatie
Boezemfibrilleren:	toenemende incidentie en prevalentie, inmiddels heeft 20% van de ouderen boezemfibrilleren, interessante relatie met beroerte
Hooikoorts:	leidt tot veel kosten, ziekteverzuim en schoolverzuim, met afname in schoolprestaties
Gastro-oesofageale refluxziekte:	volksziekte geworden (terwijl zweren van maag en twaalfvingerige darm zijn gedaald)
Voedselallergie:	toenemend probleem wereldwijd, toenemende incidentie. Elk jaar overlijden er mensen in Nederland aan. Grote belasting voor kinderen, impact op kwaliteit van leven, veel (spoedeisende) medische zorg
Ulcus cruris:	groot beslag op voorzieningen, toenemend voorkomen verwacht bij toename van obesitas en diabetes
Klachten bewegings-apparaat (KBA: RSI, chronische a-specifieke lage rugpijn, tenniselleboog):	veel zorggebruik (huisartsenzorg en ziekenhuiszorg), veel lijden (pijn), belangrijke oorzaak van arbeidsverzuim en -ongeschiktheid
Trisomie 13 en 18:	'vermijdbaar' via screening
Geneesmiddelenreacties:	toenemend probleem bij polyfarmacie bij veroudering

Voor drie ziekten hebben de argumenten ons overtuigd, en we stellen dan ook voor om deze drie aandoeningen toe te voegen aan de voorselectie.

- Zoönosen
- Zorggerelateerde infectieziekten en antimicrobiële resistentie
- Bipolaire stoornis (depressie verbreden tot stemmingsstoornissen)

Andere ziekten staan niet hoog in de ranglijst van 304 ziekten, de argumenten zijn onvoldoende (zoals cystische fibrose, gastro-oesofageale reflex, ulcus cruris, NAH, refluxziekte, trisomie 13 en 18, geneesmiddelenreacties), de ziektelast lijkt minder dan van de andere ziekten in de voorselectie (hooikoorts, ulcus cruris) of ze worden geschaard onder andere reeds voorgeselecteerde ziekten (zoals boezemfibrilleren onder hartritmestoornissen, voedselallergie en hooikoorts onder allergie, KBA onder nek- en rugklachten en SOLK, en cystische fibrose en trisomie 13 en 18 onder zeldzame ziekten). Van pancreaskanker moet opgemerkt worden dat er een indrukwekkende toename van sterfte heeft plaatsgevonden in de periode 2000-2010: absoluut 714 gevallen (+40%). Toch zijn de absolute sterfte en verloren DALY's te laag om selectie te rechtvaardigen.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl