

Morbiditeit in de huisartspraktijk (2)

DOOR DR. A. P. OLIEMANS* EN DR. F. DE WAARD**

In 1967 werd door 52 Nederlandse huisartsen gedurende één week per kwartaal geregistreerd wat zij in de dagelijkse praktijk aan ziekten en gebreken ontmoetten. Bij deze registratie werden gegevens verzameld over diagnose, therapie en verwijzing en over andere praktijk-analytische facetten van het werk van de huisarts. Dankzij dit intermitterend morbiditeitsonderzoek (I.M.O.) kon onder meer informatie worden verkregen over het aantal contacten per 1 000 personen dat voor elke ziekte werd geteld (consultatie-cijfer) en over het aantal nieuwe diagnoses dat door de huisarts werd gesteld, eveneens per 1 000 personen („incidence”).

Tegelijkertijd met het I.M.O. werd door vijf huisartsen gedurende een jaar continu aantekening gehouden van elke ziekte welke zij in dat jaar in hun praktijk ontmoetten (continue morbiditeitsregistratie, C.M.R.). Hierdoor kon het aantal ziekten dat zich in één jaar per 1 000 personen voordeed („period-prevalence”) worden vastgesteld. Voor een lijst van de deelnemers aan het I.M.O. en de C.M.R. en voor verdere gegevens over de opzet van deze onderzoeken zie *Oliemans en De Waard*.

Het totaalbeeld. Aan de hand van de getallen, verkregen in bovengenoemde onderzoeken, is het mogelijk na te gaan met welke ziektebeelden de huisarts wordt geconfronteerd ***. Aangezien het twee verschillende onderzoeken betreft, mogen uit berekeningen verkregen door gegevens uit het I.M.O. en de C.M.R. te combineren, slechts globale conclusies worden getrokken.

Bij de registratie werd de morbiditeit over achttien hoofdstukken verdeeld, zoals geschiedt in de internationale statistische classificatie van ziekten, verwondingen en doodsoorzaken, afgekort tot I.C.D. (*tabel 1*). In elk hoofdstuk zijn de ziekten groepsgewijs gerangschikt; in hoofdstuk XI bijvoorbeeld worden achtereenvolgens bij elkander genoemd: alle gevallen die de graviditeit, bevalling of het purperium betreffen (*Aulbers*).

* Huisarts te 's-Gravenhage.

** Verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht.

*** Voor uitgebreidere tabellen en informatie raadplegen: Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk, StenfertKroese, Leiden, 1969.

Samenvatting. De Nederlandse huisarts werd volgens twee in het jaar 1967 uitgevoerde onderzoeken per 1 000 tot zijn praktijk behorende personen ruim 4 000 maal geconsulteerd. Globale analyse toont aan dat met name respiratoire aandoeningen (15 procent) en preventieve handelingen (14 procent) een groot gedeelte van zijn aandacht opeisen. Uit berekeningen blijkt dat bij bijna de helft der patiënten wordt volstaan met een symptoom- of waarschijnlijkheidsdiagnose.

Tabel 1 Inhoud hoofdstukken

Hoofdstuk

- I Besmettelijke en parasitaire ziekten.
- II Nieuwvormingen.
- III Allergische, endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten.
- IV Ziekten van bloed en bloedvormende organen.
- V Psychosen, neurosen en anomalieën van de persoonlijkheidsstructuur.
- VI Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen.
- VII Ziekten van de organen van de bloedsomloop en het lymfhestelsel.
- VIII Ziekten van de ademhalingsorganen.
- IX Ziekten van de spijsverteringsorganen.
- X Ziekten van het urogenitaal orgaan.
- XI Normale baring en stoornissen van zwangerschap, baring en kraambed.
- XII Ziekten van de huid en de onderhuidse weefsels.
- XIII Ziekten van de beenderen en het bewegingsapparaat.
- XIV Aangeboren misvormingen.
- XV Enige ziekten van neonati en oudere zuigelingen.
- XVI Onvolledig omschreven ziekte toestanden, symptomen en seniliteit.
- XVII Traumata, vergiftigingen.
- XVIII Inenting, onderzoek, voorlichting en dergelijke.

Volgens deze onderzoeken werd de huisarts in het registratiejaar per 1 000 personen gemiddeld voor 1 663 aandoeningen geconsulteerd. Hieronder vallen ook de preventieve handelingen zoals deze

in hoofdstuk XVIII van de morbiditeitsclassificatie worden omschreven (tabel 1) en die eigenlijk niets met morbiditeit hebben te maken. Deze handelingen zijn echter dusdanig met het dagelijkse werk van de huisarts verweven, dat zij toch in de morbiditeitsclassificatie werden opgenomen; bovendien is de grens tussen preventieve handelingen en morbiditeit niet steeds scherp te trekken.

Een baby-controle kan als een preventieve handeling worden beschouwd, deze valt dan ook onder hoofdstuk XVIII; indien de arts echter tegelijkertijd door de moeder wordt geconsulteerd over „luiereczeem” en een bloedend navelgranuloompje, dan worden deze aandoeningen doorgaans niet apart gecodeerd. Nog moeilijker wordt het wanneer bijvoorbeeld wordt gevraagd de menstruatie uit te stellen in verband met sportwedstrijden of vakantie. Dit valt weliswaar niet onder de morbiditeit in strikte zin, maar het is toch moeilijk een en ander alleen als voorlichting te interpreteren.

Per 1 000 personen werden in het registratiejaar 245 preventieve handelingen geteld die niet hadden te maken met een bestaande ziekte; dit komt neer op 14 procent der „aandoeningen” waarvoor de huisarts werd geconsulteerd. Het aantal „werkelijke” ziekten en/of gebreken dat de huisarts per 1 000 personen per jaar in zijn praktijk ontmoet, zal dus $1\ 663 - 245 = 1\ 418$ zijn, dat wil zeggen gemiddeld zal iedere patiënt zijn huisarts voor bijna anderhalve ziekte per jaar raadplegen.

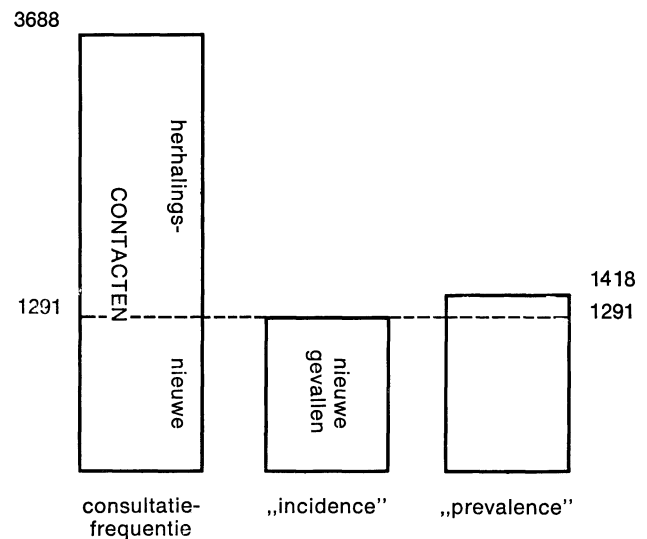
Hierbij zijn ook handelingen in verband met graviditeit, partus en puerperium geteld, hoewel meestal geen sprake is van morbiditeit. Zou ook dit aantal (39 per 1 000 personen) van het totaal worden afgetrokken, dan krijgt men een totaal aantal ziekten per 1 000 personen per jaar van 1 379. Vooral in de verloskunde zijn morbiditeit en niet-ziekelijkheid echter zo sterk met elkander verweven, dat wij de voorkeur eraan geven uit te gaan van een „prevalence” van 1 418 (tabel 2).

Tabel 2. Morbiditeitsindices per 1 000 der bevolking

	Incidence	(Annual) prevalence	Consultatie-cijfer
Morbiditeit in engere zin	1 257	1 379	3 471
Normale zwangerschap	34	39	217
Morbiditeit in deze publikatie	1 291	1 418	3 688
Hoofdstuk XVIII preventie	128	245	488
Totaal	1 419	1 663	4 176

Worden uitsluitend de nieuwe ziekte-contacten geteld (dat wil zeggen contacten tussen huisarts en patiënt waarbij een nieuwe ziekte of gebrek wordt vastgesteld), dan blijkt de huisarts per 1 000 personen per jaar 1 291 nieuwe ziekten te hebben gediagnostiseerd („incidence”), terwijl hij in dat zelf-

Figuur 1. Grafische voorstelling van consultatiecijfer, „incidence” en „prevalence” per jaar per 1 000 personen.



de jaar per 1 000 personen 3 688 maal werd geconsulteerd voor een ziekte of gebrek (consultatie-cijfer). De „incidence” en het consultatie-cijfer met inbegrip van de preventieve handelingen bedroegen respectievelijk 1 419 en 4 176.

Deze getallen werden berekend door het totaal van de gevonden morbiditeit te delen door de totale onderzoekbevolking. Reeds eerder werd aangetoond (Oliemans en De Waard) dat de morbiditeitscijfers sterk worden beïnvloed door leeftijd en geslacht van de onderzochte bevolking („population-at-risk”), doch ook door andere factoren, zoals vestiging in de stad of op het platteland, seizoeninvloeden en sociale klasse. Zo zal een praktijk in een pas drooggelegde polder, doorgaans bestaande uit jonge gezinnen, een volledig ander morbiditeitsbeeld vertonen dan een praktijk in een grote stad met een vergrijzende bevolking. Beide zullen ook weer verschillen van een praktijk in een forensendorp of in een stadje in een recreatiegebied.

Globaal kunnen uit bovengenoemde cijfers de volgende conclusies worden getrokken (Figuur 1):

- 1 Een nieuwe ziekte werd vastgesteld bij 1 291 van de 3 688 contacten, met andere woorden: bij ongeveer eenderde der contacten werd een nieuwe diagnose gesteld, terwijl tweederde deel een herhalingscontact betrof.
- 2 Gemiddeld werd per ziekte tweeënehalf contact geteld (dat wil zeggen: het consultatie-cijfer gedeeld door het aantal ziekten (3688/1418)).
- 3 Bij meer dan 90 procent van de ziekten welke de huisarts in één jaar bij zijn patiënt zag, betrof het een „nieuw geval” (1 291/1418), met andere woorden: in minder dan 10 procent der ziekten

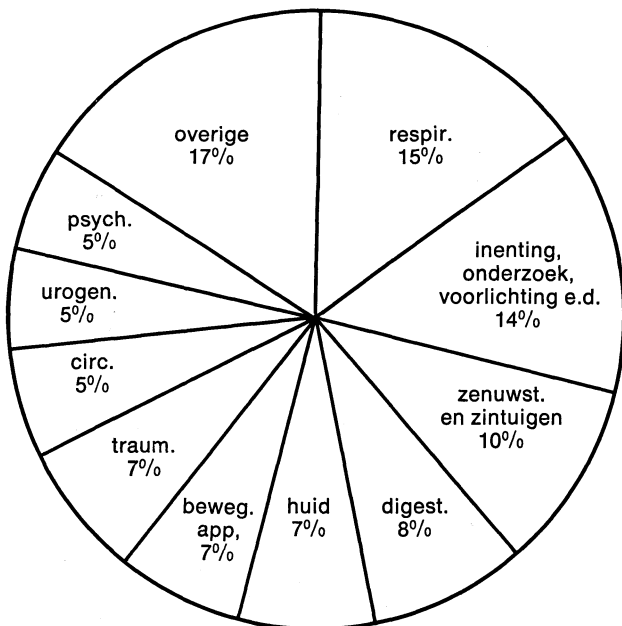
betroft het een ziekte waarvoor reeds een arts-patiënt-contact had plaats gevonden in de periode voorafgaande aan de registratie („oud geval”). In deze kleine groep komen vooral die chronische aandoeningen voor, die aanleiding geven tot vele consulten.

Worden ook de preventieve handelingen als behorend bij de morbiditeit geteld, dan blijken bovengenoemde berekeningen ongeveer dezelfde waarden te geven. De proportie van de „prevalence”, ingenomen door „oude gevallen” is alleen groter, namelijk 15 procent in plaats van 10 procent.

Wanneer het vóórkomen van aandoeningen hoofdstuksgewijs wordt vergeleken, dan blijkt dat 15 procent van de aandoeningen welke de huisarts onder ogen krijgt, behoort tot de respiratoire ziekten. Preventieve handelingen, omschreven in hoofdstuk XVIII, nemen 14 procent van het medische panorama voor hun rekening, terwijl de overige hoofdstukken van de morbiditeit onderling vrijwel gelijke percentages van de totale „prevalence” betreffen (Figuur 2).

Problemen bij de diagnostiek. Bij het classificeren van ziektebeelden in een morbiditeitsregistratie, dient men te trachten elk ziektebeeld op grond van goed omschreven criteria met een diagnose-codenummer aan te duiden. De registrerende huisarts moet de ziekten welke hij ontmoet exact kunnen benoemen teneinde deze bij het juiste diagnose-nummer te kunnen onderbrengen. Het is voor de huisarts in zijn dagelijkse praktijkvoering echter

Figuur 2. Schematische voorstelling van de procentuele verdeling der morbiditeit („prevalence”) over de verschillende hoofdstukken der morbiditeitsclassificatie.



dikwijls niet mogelijk een exacte diagnose te stellen, dit geldt vooral bij het eerste contact tijdens een ziekte-episode van zijn patiënten (Braun, Bremer, Crombie, Pflanz, Schlegel, Todd).

Deze overwegingen waren voor de Engelse huisartsen aanleiding nader onderzoek te verrichten (Research Committee, 1958; Crombie) waarbij vier categorieën van diagnostiseren werden onderscheiden, namelijk 1: het onmiddellijk vaststellen van een diagnose*; 2: het uitsluiten van een ernstige kwaal of aandoening; 3: het volstaan met een waarschijnlijkheidsdiagnose en 4: gevallen waarin geen diagnose kan worden gesteld.

In dit onderzoek werd door de registrerende huisarts bij elk eerste contact met een ziekte tevens vermeld bij welke van de vier bovengenoemde categorieën de diagnose werd ingedeeld. Het onderzoek leverde daarbij de volgende resultaten op:

Direct vaststaande diagnose	52 procent
Uitsluiten van ernstige aandoeningen	10 procent
Waarschijnlijkheidsdiagnose	30 procent
Geen diagnose	8 procent

ad 1 Diagnoses die met zekerheid kunnen worden gesteld en die over het algemeen door de verschillende deelnemers eensluidend zullen worden beoordeeld en benoemd zijn onder andere mogelijk bij:

infectieziekten, zoals morbilli, varicella, parotitis epidemica, hepatitis met icterus, oxyuriasis;

beschrijvende diagnoses zoals otitis externa, conjunctivitis, varices, hernia inguinalis, furunkel;

diagnoses die via specialisten of met behulp van technische onderzoeksmethoden (röntgenologie, electrocardiografie, laboratorium) worden gesteld, zoals carcinoom, pernicieuze anemie, ulcus duodeni, hartinfarct.

ad 2 Het uitsluiten van ernstige aandoeningen speelt vooral een rol bij ziektebeelden zoals buikpijn (appendicitis) of ongevallen (fractuur). Wanneer de huisarts heeft besloten dat er geen sprake is van een ernstige aandoening, zal hij verder meestal volstaan met het vermelden van een symptoomdiagnose die vaak dezelfde is als de klacht waarvoor de patiënt hem consulteert, bijvoorbeeld buikpijn, duizeligheid of misselijkheid.

ad 3 Waarschijnlijkheidsdiagnoses, dat wil zeggen: diagnoses waarbij men (nog) niet absoluut zeker is van de etiologie van het ziektebeeld, worden door de huisarts veel gebruikt. Wanneer de huisarts een waarschijnlijkheidsdiagnose stelt, begint hij veelal op basis hiervan reeds met een therapie; vaak blijkt deze therapie voldoende om genezing te bewerkstelligen (post aut propter), zodat bevestiging van de diagnose uitblijft. Ook bij de zogenaamde symptoomdiagnoses is de huisarts niet zeker van de etiologie of pathogenese; hij werkt met een (nog) onvolledige diagnose.

* Diagnose: het onderkennen van de aard en de zetel van een ziekte (Van Dale).

ad 4 Soms zal in het geheel geen diagnose kunnen worden gesteld, zelfs al staan uitgebreide technische mogelijkheden ter beschikking. Dit is vooral het geval bij klachten over pijn en onwel bevinden, waarbij psychische factoren een oorzakelijke rol kunnen spelen.

Door middel van een analyse van de gegevens verkregen bij het I.M.O. en de C.M.R. zal thans worden nagegaan hoe vaak de huisarts met symptoom- of waarschijnlijkheidsdiagnoses werkt. Een inzicht in deze kwestie is voor de opleiding tot huisarts van belang, maar — afgezien van het bovengenoemde Engelse onderzoek — exacte getallen hierover ontbreken.

Symptoomdiagnoses. Alle zogenaamde symptoomdiagnoses staan als zodanig in de morbiditeitsclassificatie vermeld (in *tabel 3* zijn de symptoomdiagnoses van hoofdstuk VIII, ziekten van de tractus respiratorius, vermeld); deze kunnen derhalve direct door de computer worden geteld.

Bij het I.M.O. werden 4 421 kaarten (ongeveer 10 procent van het totaal) ontvangen, waarbij de deelnemer op een speciaal daarvoor bestemde plaats had aangegeven dat hij alleen een symptoomdiagnose had ingevuld. Deze kaarten werden twee tot drie maanden later aan de deelnemers teruggezonden met het verzoek eventueel verbeterde of veranderde diagnoses te vermelden. Bij een tweede bewerking bleek 75 procent der diagnoses als symptoomdiagnose te zijn gehandhaafd!

Er zijn echter vele aandoeningen die in de classificatie niet als symptoomdiagnose te boek staan, doch die in feite wel daaronder vallen (*tabel 4*).

Bij al deze diagnoses wordt in feite alleen een symptoom vastgesteld waaraan vaak een andere ziekte ten grondslag ligt.

Hypochrome anemie zegt niets over de ziekte waarmee de patiënt zich bij ons meldt, alleen iets over het symptoom bloedarmoede met bepaalde kenmerken. De oorzaak is dan nog niet bekend, hetgeen tot verder onderzoek noopt. Dit onderzoek zal ons misschien niet veel verder brengen

Tabel 3. Symptoomnummers uit hoofdstuk VIII (tractus respiratorius)

Diagnose-nummer	Omschrijving	„Prevalence”
259	Keelpijn	9,9
260	Pleuravocht, exclusief maligne 081	0,1
262	Cyanose, exclusief cardiaal 232	—
263	Epistaxis	2,6
264	Hemoptoë	0,7
265	Dyspnoe, exclusief cardiaal 235	1,3
266	Stridor	—
267	Hoesten	33,1
268	Sputum, niet-geïnfecteerd	1,0
269	Sputum, geïnfecteerd	7,5
270	Heesheid	2,5
271	Pleurapijn	0,6
272	Overige symptomen	0,7

dan bijvoorbeeld de waarschijnlijkheidsdiagnose „anemie ten gevolge van te sterke menstruatie of te weinig ijzerrijke voeding”. Vaak echter zal geen zekere diagnose kunnen worden gesteld, er zal worden volstaan met de diagnose „hypochrome anemie”.

De als zodanig in de classificatie genoemde symptoomdiagnoses tezamen met de voorgaande diagnoses die feitelijk als symptoomdiagnoses moeten worden geïnterpreteerd, leveren volgens de C.M.R. een „prevalence” op van 516,2, is gelijk aan 36,4 procent der totale „prevalence” (1 418). Met andere woorden: meer dan éénderde der ziektegevallen wordt dus als symptoomdiagnose gecodeerd en behandeld! Het symptoom is dikwijls niet meer dan de klacht waarvoor de patiënt bij de huisarts komt.

Bij het bovenstaande dient nog te worden opgemerkt dat er ook diagnoses zijn die weliswaar als symptoomdiagnoses worden geclassificeerd, doch die de zekerheid bezitten van een vaststaande diagnose; zij zullen derhalve niet door een andere diagnose worden vervangen (bijvoorbeeld adipositas, enuresis, fluor albus).

Waarschijnlijkheidsdiagnoses. Op dezelfde wijze te werk gaande, kan men behalve de symptoomdiagnoses ook de ziekten tellen waarbij meestal met een waarschijnlijkheidsdiagnose wordt volstaan zonder dat later een andere of een definitieve diagnose wordt gesteld (*tabel 5*).

Deze lijst van ziekten, waarbij de diagnose als een waarschijnlijkheidsdiagnose kan worden opgevat, is zeker voor uitbreiding vatbaar; zij wordt hier slechts gebruikt als minimum en als illustratie. In uitzonderingsgevallen worden deze diagnoses later bevestigd door een nader onderzoek; meestal echter blijft er onzekerheid over etiologie en pathogenese.

Hun voorkomen (132,8 per jaar op 1 000 perso-

Tabel 4. Aandoeningen die in feite ook als symptoomdiagnoses moeten worden geïnterpreteerd.

Diagnose-nummer	Omschrijving	„Prevalence”
111	Hypochrome anemie	22,6
113	Hemorragieën en purpura	0,7
167	Brachialgie	3,6
168	Ischialgie	6,1
218/220	Hypertensie	22,5
240/241	Verkoudheidsziekten	77,6
280	Stoornissen van de maagfunctie	4,3
289	Gastro-enteritis	16,0
387	Ziekten van de nagels	3,2
388	Ziekten van de haren	1,7
407	Lumbago, exclusief HNP 412, ischialgie 168	12,8
408	Fibrositis, myositis, myalgieën	31,7
Totaal		202,8

Tabel 5. Aandoeningen die als een waarschijnlijkheidsdiagnose moeten worden opgevat.

Code	Omschrijving	„Prevalence”	Opmerkingen
087	Allergische dermatosen	16,9	
V	Vele psychiatrische aandoeningen	60,7	Psychoneurose, depressie, asthenie zijn vaak niet de onderliggende diagnoses.
155	Cerebrovasculaire stoornissen	4,4	Zelden is bekend wat de reden is van parese, duizeligheid en dergelijke.
212	Angina pectoris	6,4	
213	Myodegeneratio cordis	3,7	Slechts vaag omschreven begrip (<i>Ekker en De Waard</i>).
214	Functionele hartziekten	5,2	Soms zal later een andere diagnose worden gesteld.
221	Arteriosclerosis	3,9	
245	Influenza	9,2	Diagnose die zelden wordt bevestigd (<i>Pel</i>).
285	Darmstoornissen	10,2	
406	Arthrosis deformans	14,2	Oorzakelijk verband tussen afwijkingen en klachten is niet altijd zeker.
Totaal		132,8	

nen) bedraagt 9,3 procent van de totale „prevalence” (1 418), met andere woorden: bij bijna 10 procent der patiënten zal de huisarts volstaan met een „waarschijnlijke” diagnose.

Conclusie. De symptoom- en waarschijnlijkheidsdiagnoses tezamen hebben volgens voorgaande berekeningen een voorkomen van 649 per 1 000 personen. Dit betekent dat de huisarts bij 46 procent van het totale aantal ziekten (649 van het totale aantal 1 418) zal volstaan met een diagnose, waarbij de aard van de ziekte niet met zekerheid bekend is.

Summary. Morbidity in general practice (2). According to the overall results of two morbidity surveys the general practitioner in the Netherlands is consulted annually more than 4 000 times per 1 000 patients. Respiratory diseases account for 15 percent of the spectrum he sees. The figures obtained also show that in almost half the cases the general practitioner will make only a probability diagnosis or a „symptom diagnosis”.

Aulbers, B. J. M. (1967) huisarts en wetenschap 10, 447-450.

Braun, R. N. „Die gezielte Diagnostik in der Praxis” Schattauer, Stuttgart, 1957.

Bremer, G. J. (1960) huisarts en wetenschap 3, 109-112.

Brouwer, W. (1963) huisarts en wetenschap 6, 301-304.

Crombie, D. L. (1963) J. Coll. Gen. Practit. 6, 219.

Ekker, W. en F. de Waard (1966) huisarts en wetenschap 9, 386-394.

Nomenclatuur ten behoeve van de codering van ziekten, ongevallen, verwondingen en doodsoorzaken, samengesteld op basis van de I.C.D. 1948. Deel I en II, Centraal Bureau voor de Statistiek, Utrecht, 1959.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Oliemans A. P. en F. de Waard (1969) huisarts en wetenschap 12, 309-315.

Pel, J. Z. S. (1965) huisarts en wetenschap 8, 321-324.

Pflanz, M. (1964) Münch. med. Wschr. 106, 1649.

Schlegel, L. (1959) Schweiz. med. Wschr. 23, 335.

Todd, J. W. (1952) Lancet II, 1235.