

Veel voorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk

Het lange-termijnperspectief

C. VAN WEEL

Van Weel C. Veel voorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk. Het lange-termijnperspectief. Huisarts Wet 1996; 39(6): 312-5.

Samenvatting Dit onderzoek analyseert de omvang van de tien meest frequent voorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk: incidentie, prevalentie en de trends daarin tussen 1971 en 1992, alsmede de comorbiditeit. Van de tien meest frequent voorkomende chronische aandoeningen in de Continue Morbiditeits Registratie werden incidentie, prevalentie en hun voortschrijdende driejaarsgemiddelden gedurende de periode 1971-1992 berekend. Comorbiditeit werd gedefinieerd als het gelijktijdig voorkomen van twee of meer van de onderzochte ziekten bij een patiënt. De meest frequent voorkomende ziekten waren hypertensie, vetzucht, ischemische hartziekte, artrose van heup of knie, astma/COPD, eczeem, diabetes mellitus, hooikoorts, hyperlipemie en psoriasis (incidentie 2-5/1000 patiëntjaren; prevalentie 13-54/1000 patiëntjaren). Tussen 1971 en 1992 nam de incidentie niet toe, de prevalentie wel. Bij 38 procent van de 65 jarigen of ouder was sprake van comorbiditeit.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. Prof.dr. C. van Weel, hoogleraar huisarts-geneeskunde.

Eerder gepubliceerd als: Van Weel C. Chronic diseases in general practice – the longitudinal dimension. Eur J Gen Pract 1996; 2: 17-21.

Inleiding

Chronische aandoeningen vormen een aanzienlijke ziektelast in de populatie. Het CBS rapporteert in zijn meest recente overzicht een gemiddelde van 0,6 chronische aandoeningen per inwoner.¹ Onder invloed van de vergrijzing van de populatie zal het aantal patiënten met een chronische ziekte verder stijgen, en dientengevolge het appel op de gezondheidszorgvoorzieningen.² De geneeskundige zorg voor chronisch zieken ziet zich geplaagd voor de uitdaging om vroegtijdige sterfte te voorkomen,³ maar minstens zo belangrijke aandachtspunten vormen de preventie van en zorg voor complicaties,⁴ de kwaliteit van de resterende levensjaren,⁵ en de belasting als gevolg van ziekte en behandeling van het sociale netwerk van de patiënt.^{6,7}

Per definitie zijn de behandeling van en zorg voor chronische ziekten langdurig van aard, en in theorie is de huisarts goed in staat deze zorg te verlenen:^{8,9} regelmatige vervolcontacten kunnen worden gebruikt voor patiëntenvoorlichting, preventie en het vervolgen van het ziektebeloop en de effecten van de behandeling. Binnen de eerste lijn is daarnaast aanvullende expertise beschikbaar.⁹ De functionele toestand van de patiënt vormt een waardevolle aanwijzing voor de kwaliteit van leven.¹⁰ Dit, gevoegd bij een goede persoonlijke communicatie tussen huisarts en patiënt, vormt een belangrijk element bij het bewaren van de autonomie van de patiënt.⁸ Dit betekent dat men hoge verwachtingen van de huisartsgeneeskunde heeft bij de zorg voor chronische ziekten. Empirische gegevens die naast deze hoge verwachtingen kunnen worden geplaatst, zijn echter schaars.

Het doel van dit artikel is de omvang te analyseren van de meest frequent voorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk: incidentie, prevalentie, trends in de tijd, en de frequentie van comorbiditeit.

Methoden

Het onderzoek is gebaseerd op gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie

Nijmegen (CMR). Het onderzoekprogramma waarin de CMR is geplaatst, stelt zich ten doel het ontstaan en lange-termijnbeloop te analyseren van in de huisartspraktijk frequent voorkomende chronische ziekten.¹¹⁻¹⁵ De gegevens voor de analyse in dit onderzoek zijn ontleend aan de standaardregistratie.¹⁶ De registratie is begonnen in één praktijk in 1967, en kreeg de huidige omvang van vier praktijken in 1971. Op grond hiervan wordt 1971 doorgegaan – ook in dit onderzoek – als het beginpunt van longitudinale analyses gehanteerd. Vanaf die tijd zijn alle aan de huisarts gepresenteerde en via verwijzing in de tweede lijn vastgestelde ziekte-episoden in een diagnosecode vastgelegd.^{17,18} Chronische ziekten krijgen, in de jaren volgend op het jaar waarin de diagnose voor het eerst is gesteld, een prevalentiecode ('doorcoderen'). Hiervoor gelden gedifferentieerde criteria.¹⁶ In de registratie zijn geen gegevens over andere aspecten van de ziekte-episode vastgelegd,¹⁹ met uitzondering van een beperkt aantal chronische ziekten, in het kader van het Nijmeegs Monitoring Project.^{20,21} De validiteit van de sinds 1971 vastgelegde diagnoses bleek hoog te zijn.²²

Dit onderzoek was gebaseerd op de tien meest frequente chronische ziekten. De incidentie en prevalentie werden gestandaardiseerd voor leeftijd²³ en uitgedrukt als aantal per 1000 patiëntjaren. De trends in de tijd werden bepaald voor de *gemeenschappelijke* incidentie en prevalentie van de tien ziekten door het berekenen van voortschrijdende driejaarsgemiddelden voor de jaren 1971-1992. Daarbij werd ook onderscheid gemaakt tussen patiënten <65 jaar en patiënten ≥65 jaar. Comorbiditeit werd gedefinieerd als het gelijktijdig aanwezig zijn van meer dan één van de bestudeerde tien chronische ziekten. De comorbiditeit werd berekend voor patiënten ≥65 jaar en patiënten ≥75 jaar.

Resultaten

De tien meest frequente chronische aandoeningen zijn weergegeven in het volgende staatje:

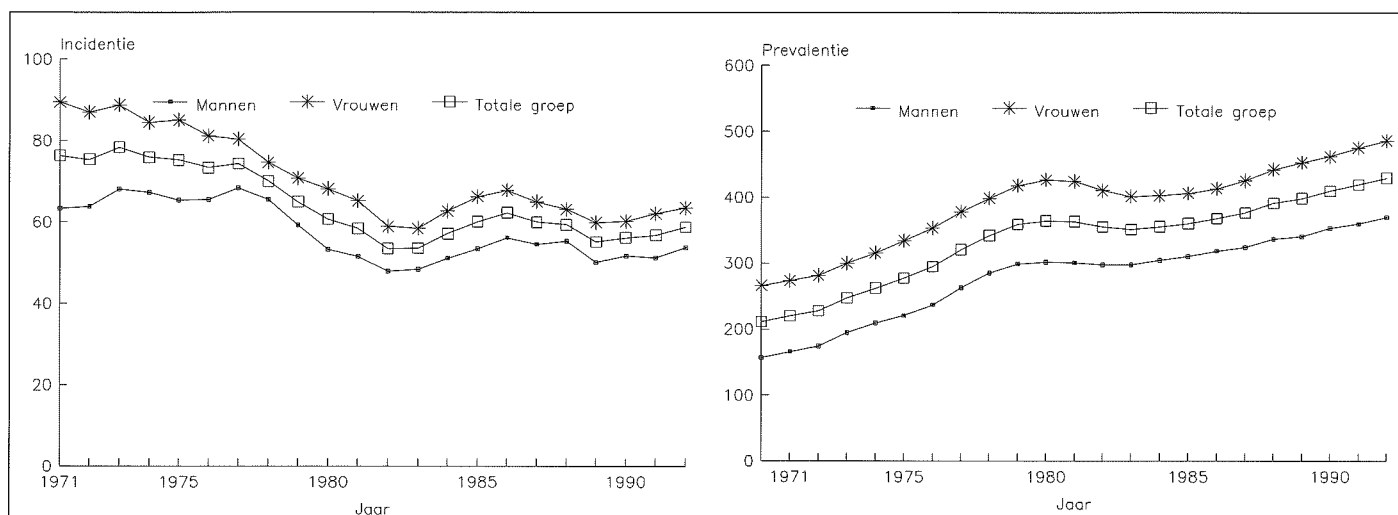
	Inc	Prev
Hypertensie	3	54
Vetzucht	2	42
Chron. ischemische hartziekte	5	37
Artrose heup/knie	5	33
Astma, COPD	5	32
Eczeem	5	23
Diabetes mellitus	2	21
Hooikoorts	5	18
Hyperlipemie	4	17
Psoriasis	2	13

De incidentie wijst erop dat nieuwe gevallen regelmatig werden gediagnosticeerd in de huisartspraktijk. De prevalenties bleken aanzienlijk hoger, hetgeen impliceert dat – in kwantitatieve zin – de nadruk lag op behandeling en zorg voor reeds gediagnosticeerde gevallen.

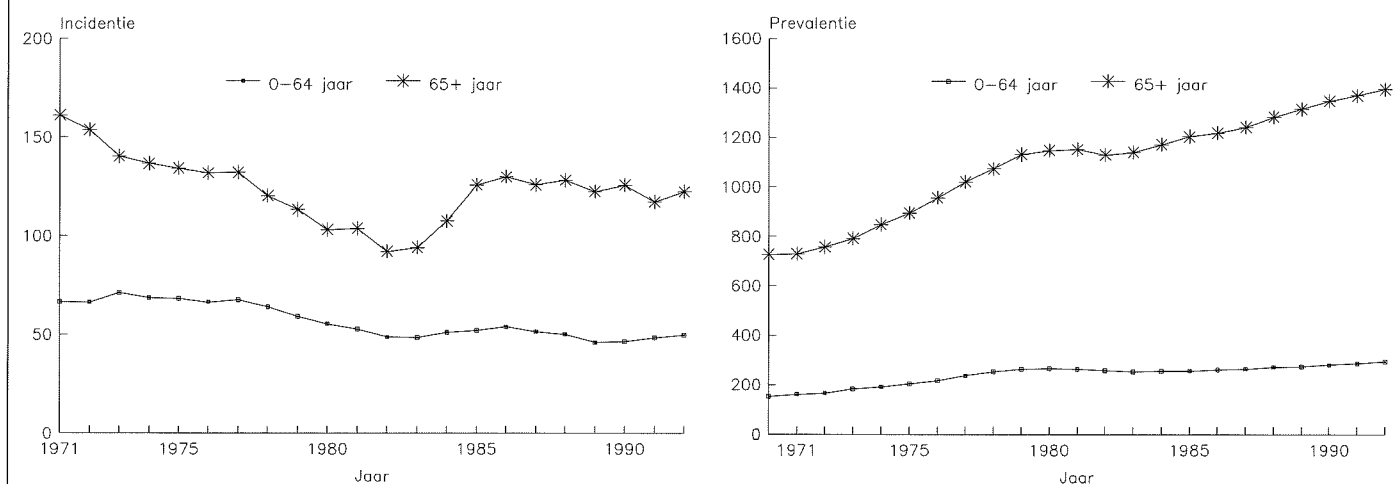
De gemeenschappelijke jaarlijkse incidentie van deze tien chronische ziekten vertoonde een daling in de eerste jaren van

het onderzoek om daarna min of meer stabiel te blijven. Deze ziekten werden vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd, en dit sekseverschil was stabiel gedurende de gehele observatieperiode. De prevalentie nam vanaf 1971 gestaag toe, en betrof wederom meer vrouwen dan mannen. Ook hier bleef het sekseverschil constant (figuur 1).

Zoals te verwachten werden nieuwe ge-



Figuur 1 Top-10 chronische ziekten, 1971-1992 (voortschrijdende driejaarsgemiddelden). Incidentie en prevelantie naar geslacht



Figuur 2 Top-10 chronische ziekten, 1971-1992 (voortschrijdende driejaarsgemiddelden). Incidentie en prevelantie naar leeftijdsklasse

vallen vooral onder de patiënten van 65 jaar en ouder vastgesteld. Bij deze groep deed zich ook met name de toename in prevalentie voor. Bij degenen onder de 65 jaar bleven incidentie en prevalentie gedurende de onderzoeksperiode min of meer stabiel (figuur 2).

Van de patiënten van 65 jaar en ouder had 35 procent geen van de onderzochte chronische ziekte; 27 procent had één, 22 procent had twee en 16 procent had drie of meer van de tien ziekten. Een vergelijkbaar patroon deed zich voor bij degenen van 75 jaar en ouder: 31 procent had geen van de onderzochte aandoeningen, 29 procent één, 25 procent twee en 15 procent drie of meer.

Beschouwing

Dit onderzoek beschrijft de omvang van de tien meest frequent voorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk. De huisarts richt zich in principe op alle aandoeningen in alle stadia.²⁴ Dat komt naar voren in het aantal diagnosecategorieën dat in beschouwing moet worden genomen – in de CMR meer dan 400. Hoewel weinig frequent voorkomende chronische morbiditeit een stempel drukt op de (individuele) huisarts en zijn praktijkvoering,²⁵ wordt het algemene patroon bepaald door de frequent voorkomende chronische ziekten die hier beschreven zijn.

Huisartsen diagnosticeren regelmatig nieuwe gevallen van chronische morbiditeit, en deze diagnostiek betreft een variatie aan lichaamssystemen. Dit benadrukt het feit dat de huisarts het eerste contact verzorgt met een ongeselecteerd aanbod van patiënten uit de populatie.²⁴ De incidentie van de meest voorkomende chronische ziekten is gedurende het laatste decennium stabiel gebleven. Aanzienlijk meer patiënten blijken echter onder behandeling van een chronische ziekte te zijn, en dat benadrukt de rol van de huisarts bij de (langdurige) follow-up en zorg. In dit opzicht bleek er een geleidelijke toename gedurende de afgelopen 20 jaar. Het gaat daarbij vooral om patiënten van 65 jaar en ouder, die voor een aanzienlijk

deel aan meer dan één van de top-tien chronische ziekten lijden.

Het onderzoek was gebaseerd op gegevens geregistreerd onder dagelijkse praktijk omstandigheden in de CMR. Als gevolg hiervan zijn alleen episoden betrokken waarvoor hulp van de huisarts was ingeroepen. Op het totale morbiditeitspatroon is dat ongeveer tien procent van alle ervaren morbiditeit.^{26,27} In dit onderzoek, waarin het om chronische ziekten gaat, vormen asymptomatische en presymptomatische gevallen met name een bron van onderrapportage. Hoewel de praktijken betrokken zijn bij projecten waarin screening en casefinding een rol spelen,^{20,21} valt supervisie hiervan buiten de protocollaire richtlijnen van de CMR.

In het algemeen vormt de betrouwbaarheid een probleem bij gegevens die ontleend worden aan de dagelijkse patiëntenzorg. Dit geldt in het bijzonder bij het verzamelen van gegevens over een langere tijdsperiode. Dat betreft de consistentie van registreren en coderen van de gegevens, en de stabiliteit van de populatie waarover gegevens worden verzameld. Voor de CMR is hier nauwkeurig naar gekeken. De stabiliteit van de praktijkpopulatie – met name van de kinderen¹¹ en, voor dit onderzoek van belang, de ouderen^{14,16} – maakt de CMR aantrekkelijk voor longitudinaal onderzoek. De zorgvuldigheid van registratie¹⁶ is onlangs getest, waarbij aan de hand van externe diagnostische criteria de betrouwbaarheid kon worden vastgesteld.^{15,22,28} Het ligt voor de hand dat met name de specificiteit van de geregistreerde gegevens hoog is.

De meeste chronische ziekten nemen toe met de leeftijd, en de leeftijd van de populatie dient in ogenschouw te worden genomen bij het analyseren van frequenties op verschillende tijdstippen. In dit onderzoek werd gestandaardiseerd voor leeftijd. Een geringe toename aan hoogbejaarden in de praktijkpopulatie tussen 1971 en 1992 zou echter een disproportioneel effect kunnen hebben gehad op de hier besproken indicatoren van morbiditeit. Dit zou zich dan in de prevalentie hebben moeten manifesteren, en niet in de incidentie die min of meer stabiel bleef.

De geobserveerde daling in de incidentie van de top-tien chronische ziekten gedurende de eerste jaren van de CMR-registratie valt moeilijk te verklaren. Externe factoren zouden hier een rol hebben kunnen spelen, zoals een instroom van nieuwe patiënten in die periode en daardoor een 'verdunding' van de referentiepopulatie. Ook is de invloed van praktijkroutines onder invloed van onderzoek en onderwijs niet uit te sluiten: dit zou dan tot een kritischer diagnostiek hebben moeten leiden. De toename in de prevalentie wijst op een toename in het aantal patiënten dat onder duurzame behandeling en controle staat. Ook hier zullen externe factoren van invloed zijn: de levensduur van patiënten met chronische ziekten neemt toe. Maar praktijkroutines lijken in dit verband een doorslaggevende factor te zijn geweest, met het bevorderen van stringente langdurige behandeling voor patiënten met chronische ziekten.^{20,21} Dit zal eveneens de frequentie van comorbiditeit hebben verhoogd.

De bevindingen van dit onderzoek ondersteunen de toegenomen behoefte aan zorg voor chronische ziekten in de eerste lijn²⁻⁵ maar maken duidelijk dat langdurige zorg daarbij kwantitatief gezien meer op de voorgrond staat dan het diagnostiseren van nieuwe gevallen. Ook het belang van comorbiditeit van frequent voorkomende chronische ziekten²⁹ werd in dit onderzoek bevestigd. Patiënten met comorbiditeit lopen een verhoogd risico op complicerende, intercurrente ziekten³⁰ en op beperkingen in hun functionele status – twee factoren die consequenties hebben voor de continuïteit van zorg. Continuïteit van zorg wordt vooral gezien als een continuïteit in de persoon van de behandelend huisarts^{31,32} of als de noodzaak van continuïteit in de ziektegerichte behandeling.³³ De gegevens van dit onderzoek ondersteunen de betekenis hiervan met empirische gegevens. De frequentie van comorbiditeit betekent tegelijkertijd, dat de zorg vooral patiënt- en niet alleen ziektegericht moet zijn. Op basis van comorbiditeit kunnen verschillende ziekten, complicaties en behandelingen op eenzelfde tijdstip bij één patiënt worden verwacht. Dit suggereert

de behoefte aan continuïteit van zorg in de biografische zin:³⁴ het plaatsnemen van de betekenis van elke ziekte, complicatie en interventie in het kader van de sociaal-medische levensloop van de patiënt. Dit onderzoek ondersteunt de opvatting dat continuïteit van zorg voor patiënten met chronische ziekten vooral in dit licht moet worden gezien.

Literatuur

- 1 Anonymous. Vademecum of health statistics of The Netherlands. Netherlands Central Bureau of Statistics. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1994.
- 2 Hollander CF, Becker HA, eds. Steering committee on future health scenarios. Growing old in the future. Scenarios on health and aging 1984-2000. Dordrecht: Kluwer, 1987.
- 3 Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.
- 4 Stout RW, Crawford V. Active life expectancy and terminal dependancy: trends in long-term geriatric care over 33 years. *Lancet* 1988; i: 281-3.
- 5 Fries JF, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989; i: 481-3.
- 6 Baumgarten M. The health of persons giving care to the demented elderly: a critical review of the literature. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 1137-48.
- 7 Kuyper MB. Op de achtergrond. Een onderzoek naar de problemen van partners van patiënten met een chronische ziekte [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 8 Lawrence M. All together now. *J Roy Coll Gen Pract* 1988; 38: 296-302.
- 9 Hasler JC. The primary health care team. London: Royal Society of Medicine Press, 1994.
- 10 Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil* 1993; 15: 96-101.
- 11 Kolnaar BGM, van Lier A, Van den Bosch WJHM, et al. Asthma in adolescents and young adults: relationship with early childhood respiratory morbidity. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 73-8.
- 12 Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Van Weel C. Morbidity from childhood to adulthood. The medical life history of 103 patients. *Fam Pract* 1992; 9: 290-4.
- 13 Van den Bogaard C, Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Van Weel C. The relation between breast feeding and early childhood morbidity in a general population. *Fam Med* 1991; 23: 510-5.
- 14 Van Weel C, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Smits AJA. Development of respiratory illness in childhood – a longitudinal study in general practice. *J Roy Coll Gen Pract* 1987; 37: 404-7.
- 15 De Grauw WJC, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Cardiovascular morbidity and mortality in type-2 diabetes patients: a 22-year historical cohort study in Dutch general practice. *Diabetic Med* 1995; 12: 117-22.
- 16 Van Weel C, Van den Bosch WJHM, HJM Van den Hoogen. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 373-7.
- 17 Anonymous. Morbidity classification for general practitioners derived from English E-list. [Morbiditeitsclassificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse z.g. 'E-lijst']. Utrecht: Dutch college of general practitioners, 1963.
- 18 Anonymous. A classification of disease. *J Roy Coll Gen Pract* 1963; 13: 204-6.
- 19 Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 20 Van den Hoogen HJP, Van Ree JW. Preventive cardiology in general practice: computer assisted hypertension care. *J Hum Hypertens* 1990; 4: 365-7.
- 21 De Grauw WJC, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Monitoring of non-insulin dependent diabetes mellitus in general practice. *Diab Nutr Metab* 1991; 4(Suppl 1): 67-71.
- 22 Van Weel C. Validity of morbidity recorded in general practice. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(Suppl 1): 29-32.
- 23 Classification Committee of WONCA. An international glossary for primary care. *Huisarts Wet* 1981; 24: 341-6.
- 24 Lamberts H, Knottnerus JA, Hofmans SB, Klaassen A, red. General practice research in Dutch academia. Amsterdam: Koninklijke Academie voor Wetenschappen, 1994.
- 25 Hofmans-Okkes IM, Meyboom-de Jong B, Lamberts H, Van Weel C. Chronisch ziekten met zeldzame ziekten in de huisartspraktijk. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Ziekten, 1994.
- 26 Van de Lisdonk EH. Perceived and presented morbidity in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 73-8.
- 27 Hannay DR. The symptom iceberg. London: Routledge and Kegan Paul, 1979.
- 28 Bartelink ML, Van de Lisdonk E, Van den Hoogen H, et al. Migraine in family practice: prevalence and influence of sex hormonal status. *Fam Med* 1993; 25: 331-6.
- 29 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk E, et al. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 469-73.
- 30 Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, et al. Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 259-62.
- 31 Freeman G. Continuity of care in general practice: a review and critique. *Fam Pract* 1984; 1: 245-52.
- 32 Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992; 9: 3-8.
- 33 Stott N, Davis R. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 201-5.
- 34 Grol R, Smits A, Franssen H, et al. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 275-9.