

# CONCEPT

## **STRATEGISCHE ANALYSE INFORMATIEVOORZIENING VOLKSGEZONDHEID TOEKOMST VERKENNING 2010: GEGEVENSBRONNEN EN INFORMATIEBEHOEFTE**

Harry Verkleij<sup>1</sup>, Nancy Hoeymans<sup>1</sup>

9 november 2010

<sup>1</sup>Centrum VTV, RIVM, Bilthoven

## **SAMENVATTING**

Elk van de vijf VTV-edities die sinds 1993 gemaakt zijn, vermeldt het gebruik van zo'n 40 à 50 verschillende gegevensbronnen zoals registraties en enquêtes om de gezondheidstoestand van de bevolking te beschrijven en te monitoren. Dat zijn niet steeds dezelfde bronnen. Er komen bronnen bij en er vallen bronnen af. Het doel van deze notitie is om in kaart te brengen welke gegevensbronnen de VTV gebruikt en suggesties te geven hoe de informatievoorziening voor de monitoringfunctie van de VTV verbeterd kan worden.

Goede monitoring is afhankelijk van continuïteit van surveys en registraties die de primaire metingen van de gezondheidstoestand van burgers vastleggen. De continuïteit van deze primaire gegevensbronnen blijkt te verschillen. In het bijzonder de gebrekkige continuïteit van epidemiologische onderzoek in de 'gezonde' bevolking (health examination studies) valt op. Daardoor weten we niet goed hoeveel mensen ziek zijn, terwijl ze daarvoor niet behandeld worden. Ook weten we niet goed hoe het staat met belangrijke factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden, bijvoorbeeld hoeveel mensen last hebben van hoge bloeddruk, cholesterolgehalte en overgewicht, en hoe sterk dit aantal toe- of afneemt.

In de praktijk worden verschillende oplossingen gevonden om de continuïteit van gegevensbronnen te waarborgen. De meest succesvolle methode lijkt te zijn om van periodieke metingen die met enige regelmaat worden uitgevoerd omdat ze zo duur zijn, toch op een vorm van continue metingen over te gaan. Momenteel wordt onder andere veel verwacht van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid die beoogt de gegevensverzamelingen van GGD-en op elkaar af te stemmen en van het daarmee samenhangende project Nederland de Maat genomen, waarin ook biomedische gegevens verzameld worden. Er is een aanzienlijke inspanning nodig om dit initiatief tot een succes te maken.

Sinds de eerste VTV in 1993 neemt de gegevensbehoefte toe vanwege de toenemende aandacht voor gecombineerde indicatoren zoals de omvang van disability adjusted life years (DALY's), gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen, en regionale en internationale vergelijkingen. Op al deze terreinen bestaan lacunes. Bovendien stelt de informatiemaatschappij nieuwe eisen aan de informatievoorziening met meer nadruk op snelle oplevering van gegevens, op het gebruik van nieuwe technieken van gegevensverzameling via internet en het gebruik van koppelingsmogelijkheden van bestanden. Daarnaast verandert de maatschappelijke betekenis van gezondheid. Meer mensen leven met een gediagnosticeerde ziekte. Er is daardoor meer behoefte aan inzicht in hoe het mogelijk is om de beperkingen die het gevolg zijn van ziekte, te verminderen. De nadruk op eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid doet een toenemend beroep op methoden van gegevensverzameling die in interactie met de burgers en naar aanleiding van actuele thema's tot stand komen.

## **Inhoudsopgave**

	<b>Pag.</b>
1 Inleiding	4
2 Gegevensbronnen voor de VTV	6
3. Continuïteit in indicatoren en gegevensbronnen	9
4 Lacunes in de informatievoorziening VTV-2010	15
5 Oplossingen voor discontinuïteit in gegevensbronnen	18
6 Beperkingen van deze notitie	19
6 Conclusie	20
 Literatuur	 21
 Bijlagen	
1 Gebruikte bronnen in de VTV-2010	21
2 Uitwerking van het conceptuele VTV-model in indicatoren	24
3 Continuïteit en verandering in gebruikte bronnen; VTV-2010 vergeleken met VTV-1993	26
4 Planning Voedsel Consumptie Peilingen	31

## 1. INLEIDING

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen hebben als opdracht een breed georiënteerde beschrijving van de gezondheidstoestand te geven, met verwachtingen voor toekomstige ontwikkelingen die als basis kan dienen voor de ontwikkeling van de vierjaarlijkse nota Gezondheidsbeleid van het ministerie van VWS (pg. 5, VTV-93). Kort gezegd moet de VTV antwoord geven op de vragen: hoe gezond of ziek zijn de inwoners van Nederland? Waardoor wordt dat bepaald? Hoe ontwikkelt zich een en ander van verleden naar toekomst? En hoe hangt dit alles samen? (inleiding VTV-93). Daarmee is de monitoring van de gezondheidstoestand - het aangeven van trends vanuit het verleden - van de Nederlandse bevolking een van de kerntaken van de VTV.

Als gebruiksdoel is ook gesteld dat de VTV moet dienen als basis voor aanbevelingen ten aanzien van signalering, monitoring en onderzoek inzake de gezondheidstoestand (pg. 103, VTV-93). De VTV dient dus niet alleen de verzamelde informatie te integreren, maar deze ook te evalueren en lacunes in de informatievoorziening te beschrijven.

De VWS-opdrachtgever van het project Zorggegevens heeft de vraag gesteld wat de kritische gegevensinfrastructuur is voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Met andere woorden: welke gegevens en welke gegevensbronnen zijn nodig om een adequate VTV te kunnen maken? De achtergrond van deze vraag is meerledig. Zo'n beschrijving kan helpen om de noodzakelijke gegevensbronnen in stand te houden en/of te verbeteren, maar ook betrokken worden bij de beoordeling of bepaalde registraties nog langer nodig zijn. Het kan een minpunt op de conduitestaat van gegevensbronnen opleveren als zij niet in de VTV gebruikt worden, vooral als zij toch al niet zo'n sterke positie hebben. Zwaarwegend kan zo'n negatief oordeel op basis van niet-gebruik-in-de-VTV overigens niet zijn, omdat de VTV vooral gebruikt maakt van registraties die voor andere doeleinden zijn ontworpen. Van deze mogelijke doelen kiest deze notitie het verbeteringsdoel als uitgangspunt. Het doel van deze notitie is suggesties op te leveren welke impulsen VWS en het RIVM kunnen geven om de informatievoorziening voor de komende VTV's te optimaliseren.

Deze optimalisatievraag kan op meerdere manieren beantwoord worden. Eén manier is om een ideaalbeeld van de VTV te schetsen, van daaruit de gegevensbehoeften te benoemen, en vervolgens de verschillen tussen het ideaalbeeld en de beschikbare gegevens aan te geven. Deze manier heeft het voordeel dat er een langere termijnvisie geschetst moet worden, maar het nadeel dat er een groot wensenpakket op tafel gelegd gaat worden, dat niet erg realistisch is. De weg die in de loop van de VTV-geschiedenis gevolgd is, is een meer pragmatische. Bij elke VTV worden opnieuw de lacunes in de gegevensvoorziening en verbeterwensen benoemd, die naar voren kwamen tijdens het maken van de VTV. Het voordeel daarvan is dat de lacunes daadwerkelijk als ernstig gevoeld zijn, de aard ervan goed beoordeeld kan worden, en dat de verbeterwensen beter kunnen aansluiten op actuele beleidsthema's en maatschappelijke ontwikkelingen. In deze notitie worden beide wegen in zekere mate bewandeld. Het conceptuele VTV-model dient als het ideaalplaatje en de lacunes worden benoemd vanuit het conceptuele model én de praktijkervaringen van de makers van de VTV.

De analyse beperkt zich tot een van de kerntaken van de VTV: de monitoring van de volksgezondheid en dekt dus niet de volledige informatiebehoefte van de VTV.<sup>1</sup>

We beschrijven de vier typen gegevensbronnen waarvan de vijf achtereenvolgende VTV's gebruik hebben gemaakt (paragraaf 2). We besteden aandacht aan de continuïteit van de informatiebehoefte van de VTV en aan de (dis)continuïteit van de gebruikte gegevensbronnen (paragraaf 3). Vervolgens komen de lacunes in de informatievoorziening die in de VTV-2010 zijn benoemd aan de orde (paragraaf 4). We sluiten af met conclusies (paragraaf 5).

---

<sup>1</sup> De VTV heeft behalve een monitoring-functie ook de functie om toekomstverkenningen uit te voeren en om gegevens aan te dragen die behulpzaam kunnen zijn voor het nemen van (overheids)beslissingen om de volksgezondheid te verbeteren. Om deze taak goed te kunnen uitvoeren is ook veel informatie nodig over oorzakelijke factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden, de effectiviteit van interventies en over de gevolgen van veranderingen in de volksgezondheid (o.a. voor maatschappelijke kosten en baten). Daarvoor maakt de VTV gebruik van informatie die uit wetenschappelijk onderzoek naar oorzakelijke relaties naar voren komt. Die tweede poot waar de VTV op staat - het wetenschappelijk onderzoek naar causale processen - blijft hier buiten beschouwing.

## 2. GEGEVENSBRONNEN VOOR DE VTV

### Het belang van verschillende typen gegevensbronnen

De VTV's maken - gezien hun opdracht - zo veel mogelijk gebruik van onderzoek dat betrekking heeft op de algemene bevolking of in representatieve steekproeven daarvan, zodat er uitspraken gedaan kunnen worden over de gezondheidstoestand van de gemiddelde Nederlander. Omdat er aanzienlijke verschillen in gezondheidstoestand bestaan tussen bevolkingsgroepen is het ook van belang dat gegevensbronnen het mogelijk maken om de gegevens uit te kunnen splitsen naar geslacht, leeftijdsgroepen, sociaal-economische status en andere kenmerken die van invloed zijn op gezondheidsverschillen.

Elke van de vijf VTV-edities vermeldt het gebruik van ongeveer 40 à 50 verschillende gegevensbronnen om de gezondheidstoestand van de bevolking te beschrijven en te monitoren.

De vier meest gebruikte typen gegevensverzamelingen in de VTV zijn:

- door burgers en patiënten zelf gerapporteerde gegevens over gezondheid en determinanten (gezondheidsenquêtes, in het engels: health interview surveys);
- door professionals gemeten (biomedische) gegevens in de bevolking (gezondheidsonderzoek ofwel epidemiologisch bevolkingsonderzoek; in het engels health examination surveys);
- door professionals geregistreerde gegevens over de gezondheidstoestand van patiënten op basis van mededelingen van de patiënt en/of biometingen van de patiënt tijdens diagnostiek en behandeling (zorgregistraties; in het engels: health care registries);
- bevolkingsstatistieken van het CBS.

Deze bronnen hebben elk hun unieke voor- en nadelen en verschillen in de mate waarin in ze geschikt zijn om bepaalde typen indicatoren te meten. Deze geven we hieronder aan.

Gezondheidsenquêtes in de bevolking zijn vooral geschikt om ervaren gezondheid, ervaren lichamelijke en geestelijke beperkingen, en leefgewoonten te meten, afzonderlijk zowel als in samenhang. Gezondheidsenquêtes hebben bovendien het voordeel dat ook allerlei sociaal-demografische kenmerken van deelnemers worden vastgelegd, waardoor onderzoek naar gezondheidsverschillen goed is uit te voeren.<sup>2</sup>

Health examination surveys onderzoeken steekproeven in de algemene bevolking met behulp van aan de klinische praktijk ontleende medische onderzoekstechnieken, laboratoriumbepalingen en vragenlijsten. Ze verschillen daarmee van gezondheidsenquêtes die immers geen gebruik maken van medische bepalingen en die over het algemeen gebruik maken van brede en minder diepgaande

---

<sup>2</sup> Gezondheidsenquêtes hebben ook nadelen: de beoogde representativiteit wordt niet volledig gehaald. Niet alleen als gevolg van (toenemende) non respons, maar ook omdat sommige bevolkingsgroepen niet of minder goed worden bereikt (bijvoorbeeld bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen, anderstaligen, zwervers, ongeletterden, illegalen). Daarnaast is het fenomeen in opkomst van internetsteekproeven met zelf-aanmelding. Tenslotte maken de toenemende koppelingsmogelijkheden van registraties het onderzoek naar gezondheidsverschillen met behulp van zorgregistraties gemakkelijker. Al deze 'bedreigingen' maken gezondheidsenquêtes met behulp van representatief getrokken steekproeven uit de bevolking echter nog lang niet overbodig.

vragenlijsten<sup>3</sup>. Ze komen wel weer overeen met gezondheidsenquêtes doordat het onderzoek in de algemene bevolking en niet in een klinische praktijkpopulatie plaatsvinden. Daarmee beperken ze zich niet tot mensen die zich om hulp hebben gewend tot een huisarts of andere zorgverlener, zoals zorgregistraties wel doen.

Health examination surveys worden in de VTV's gebruik om de omvang van zogenaamde endogene determinanten zoals bloeddruk, cholesterolgehalte, gewicht en voedingsstatus in kaart te brengen. Daarnaast worden health examination surveys gebruikt om een schatting te maken van het aantal mensen in de algemene bevolking dat een bepaalde lichamelijke en geestelijke chronische ziekten heeft zoals hart- en vaatziekten, diabetes, artrose, depressie en angststoornissen, of een voorloperstadium ervan (de zogenaamde prevalentiecijfers). Health examination studies zijn minder geschikt om het aantal *nieuwe* gevallen van een ziekte in een bepaald tijdsbestek (bijvoorbeeld een jaar) in beeld te brengen (de zogenoemde incidentiecijfers), omdat ook mensen zonder duidelijke klachten onderzocht worden en het aantal onderzochte mensen daarvoor vaak te gering is.

Voor veel ziekten (bijvoorbeeld diverse vormen van kanker) is het niet goed mogelijk om in de algemene bevolking een betrouwbare inschatting van het aantal mensen dat aan die ziekte lijdt te bepalen, omdat de benodigde medische onderzoeken daarvoor te ingewikkeld zijn. Daarom wordt in de VTV's veelvuldig gebruikt gemaakt van huisartsenregistraties en andere meer specialistische, ziektegerichte zorgregistraties om een schatting te maken van de omvang van het aantal mensen met een ziekte in de algemene bevolking (zowel incidentie als prevalentie).

De huisartsenzorg is laagdrempelig en functioneert als poortwachter voor de specialistische zorg. Daardoor hebben huisartsen een beter overzicht over de totale omvang van ziekten dan specialisten in ziekenhuizen. Om die reden wordt in deze notitie onderscheid gemaakt tussen huisartsenzorgregistraties en overige zorgregistraties (zoals dat in de VTV-1993 ook gebeurde).

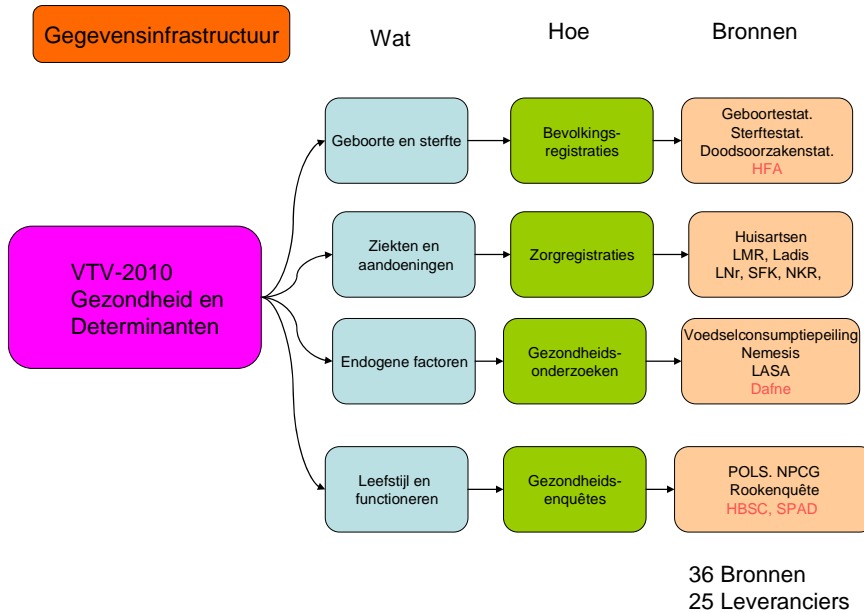
Het heeft veel voordelen om de verschillende typen onderzoeken naast elkaar te gebruiken, niet alleen omdat ze andere indicatoren in beeld brengen, maar ook als het dezelfde indicator, bijvoorbeeld de omvang van depressie, betreft. In die gevallen geeft de combinatie van health examination surveys, huisartsenregistraties en specialistische zorgregistraties, inzicht in de dekkingsgraad van de algemene en specialistische professionele zorg voor deze aandoeningen. Hierbij wordt vaak verwezen naar het filtermodel van Goldberg en Huxley. Dat model gaat ervan uit dat er steeds hogere drempels bestaan bij het zoeken en krijgen van professionele hulp naarmate de hulp specialistischer is.

---

<sup>3</sup> Het onderscheid tussen een HIS en een HES kan gradueel zijn. Ook in een gezondheidsenquête kan naar bijvoorbeeld voedings- en bewegingsgedrag of geestelijke gezondheid worden gevraagd, maar dat gebeurt dan gewoonlijk met niet meer dan een beperkt aantal korte vragen. In de voedselconsumptiepeiling krijgen deelnemers een uitgebreide vragenlijst voorgelegd, moeten ze dagboeken bijhouden met wat ze eten, wordt de wekelijkse boodschappenlijst vergeleken met de voedselvoorraad in huis, worden de voedselconsumptie omgerekend in voedingsnutriënten. Daarom wordt de VCP als een HES beschouwd. In Nemesis krijgen deelnemers niet een enkele korte vragenlijst over hun gezondheid, maar is de vragenlijst zeer uitgebreid en ontleend aan de vragen die in de klinische setting als diagnostisch interview worden gebruikt. Om die reden is Nemesis als een mental health examination survey te beschouwen.

Bijlage 1 geeft een overzicht van de gebruikte bronnen in de VTV-2010, onderverdeeld naar de vier typen. Figuur 1 visualiseert de gegevensstromen in een schema.

Figuur 1: Schema van type gegevensbronnen gekoppeld aan indicator domeinen uit het conceptuele VTV-model (VTV-2010, onderdeel Gezondheid en determinanten)



Legenda: internationale gegevensbronnen zijn met rood aangegeven

De VTV-1993 (pg. 115) constateert dat gegeven de doelstellingen van de verkenningen en het gelaagde conceptuele model in de informatiebehoefte vijf niveaus kunnen worden onderscheiden:

1. de registratie van de situatie op één moment voor afzonderlijke indicatoren van de gezondheidstoestand en determinanten,
2. het registreren van trends in de tijd hiervan,
3. het gelijktijdig registreren van indicatoren waardoor deze rechtstreeks onderling vergeleken kunnen worden,
4. het beschrijven van relaties tussen indicatoren onderling, waardoor de verschillende lagen van het model gekoppeld kunnen worden
5. het maken van toekomstverkenningen met behulp van modellering (integratie van gegevens zowel binnen als tussen de lagen, als in de tijd)

Deze niveaus zijn verschillend doordat er in toenemende mate spraken is van samenhangend gebruik van gegevens waarmee ook in toenemende mate aan deze gegevens eisen worden gesteld.

### **3. CONTINUÏTEIT IN INDICATOREN EN GEGEVENSBRONNEN**

Het volgen van trends in de tijd vereist dat er continuïteit is in de verzamelde gegevens. Zonder registratie van sterfgevallen zouden we geen inzicht hebben in de levensverwachting. Zonder doodsoorzakenstatistiek zouden we niet goed weten hoeveel mensen jaarlijks aan kanker overlijden. Zonder huisartsenregistraties zouden we niet weten hoeveel mensen onder behandeling zijn voor diabetes. Zonder het Nemesis-project zouden we geen inzicht hebben in het vóórkomen van depressie en angststoornissen in de bevolking en zonder de POLS-enquête zouden we geen inzicht hebben in de rookgewoonten, de ervaren gezondheid en de ervaren lichamelijke beperkingen in de algemene bevolking.

Als deze registraties niet meer zouden bestaan en de surveys niet herhaald zouden worden, zouden we bovendien niet weten of de gezondheidstoestand van de bevolking verbetert of verslechtert en of de beleidsdoelen worden bereikt. We zouden niet weten dat de levensverwachting sterk is toegenomen, dat de kankersterfte nu even groot is als de sterfte aan hart- en vaatziekten, dat de geestelijke gezondheidstoestand van de bevolking gelijk blijft, dat meer mensen op jongere leeftijd met een ziekte gediagnosticeerd worden, maar dat de levensverwachting zonder beperkingen zich gunstiger ontwikkelt.

Continuïteit is dus belangrijk, maar ook weer niet zaligmakend. Er moet ook oog voor vernieuwing zijn. Wanneer we alleen zouden kijken naar de bestaande statistieken, zouden we een groot deel van nieuwe ontwikkelingen die van belang zijn voor de gezondheidstoestand van de bevolking missen. Bestaande registraties signaleren alleen veranderingen in datgene wat we meten, maar kan geen nieuwe verschijnselen signaleren in wat we niet meten en wat buiten de bestaande registraties gebeurt. Voor de ontdekking van het electrocardiogram werd de diagnose hartinfarct anders gesteld dan nu, en betekende de diagnose destijds ook iets anders. Nu er in de winkels duizenden voedselproducten worden aangeboden, moet de wijze waarop de voedselconsumptie van de bevolking wordt vastgesteld, ook worden aangepast.

Surveys en registraties dienen dus ook voldoende oog voor vernieuwing te hebben, zowel omdat de maatschappij verandert, de wetenschap nieuwe instrumenten levert, maar ook omdat opvattingen veranderen over wat belangrijk is. Ze moeten zich aanpassen aan wat we willen weten.

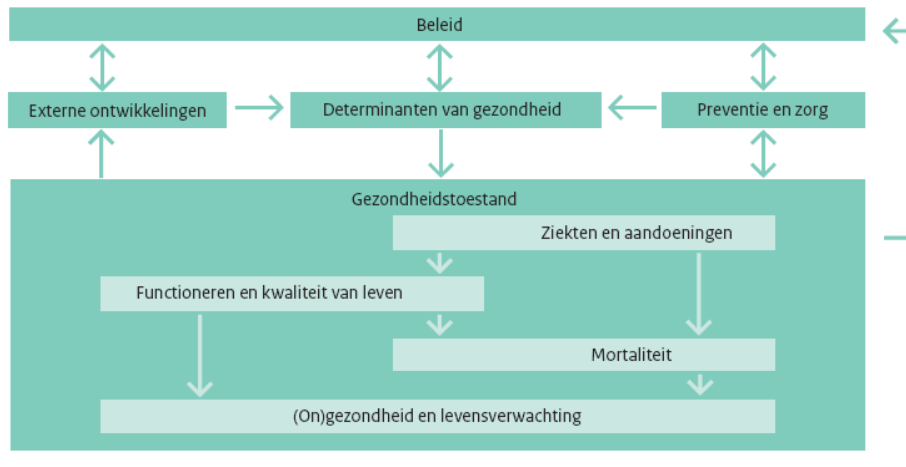
In deze paragraaf gaan we in op twee vragen: 1. is er veel verandering in de VTV in wat we willen weten, en 2. hoe staat het met de continuïteit in de gegevensbronnen waarvan de VTV gebruikt maakt?

#### **Het VTV-model als ordeningsmodel voor de informatievoorziening**

Het VTV-model dient als richtsnoer voor de onderwerpen, indicatoren en gegevens waarmee in de VTV-rapporten over de trends in de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking gerapporteerd wordt.

**Figuur 2.1**

Het VTV-model, uitgewerkt voor gezondheidstoestand.



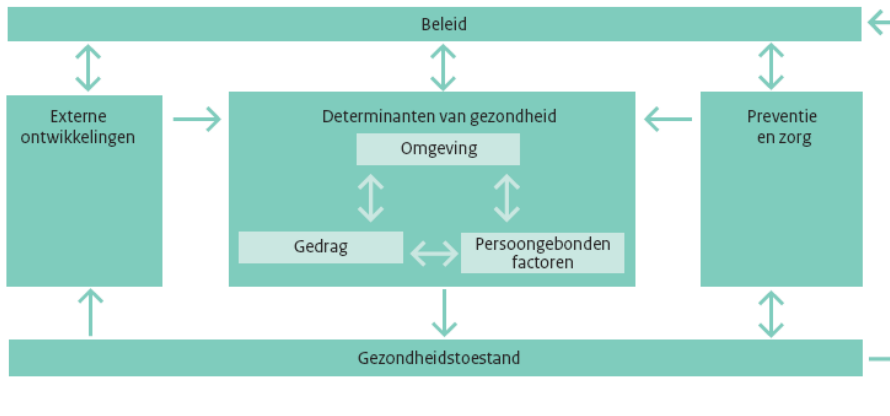
Het model voor gezondheidstoestand bevat vier blokken: ziekten en aandoeningen, functioneren en kwaliteit van leven, mortaliteit en (on)gezondheid en levensverwachting. En het model voor determinanten drie blokken: omgeving, gedrag, persoonsgebonden factoren. Deze zeven blokken zijn te beschouwen als indicator domeinen waarbinnen in theorie nog oneindig veel verschillende indicatoren<sup>4</sup> benoemd kunnen worden. Hierover wordt gerapporteerd aan de hand van beschikbare gegevens. De beschikbare informatievoorziening beperkt de aard en inhoud van de indicatoren waarover de achtereenvolgende VTV's hebben kunnen rapporteren.

Binnen de beschikbare gegevens wordt overigens wel een selectie gemaakt. Niet van alle ziekten wordt de omvang beschreven, alleen van de belangrijkste in termen van ziektelast. Ook worden niet van alle determinanten het voorkomen beschreven, maar alleen van de determinanten waarvan een omvangrijke invloed op de volksgezondheid bekend of vermoed wordt of waarvan aannemelijk is dat maatregelen mogelijk zijn om deze determinanten in voor de volksgezondheid gunstige zin te beïnvloeden.

<sup>4</sup> Voor een en hetzelfde verschijnsel zijn meerdere indicatoren mogelijk. Van Dale geeft als één van de betekenissen van indicator: verschijnsel dat op iets wijst, factor die iets aangeeft; Porta MS. A dictionary of epidemiology. International Epidemiological Association (2008) geeft als omschrijving van health indicator: a variable, susceptible to direct measurement that reflects the state of health of persons in a community, en als definitie voor risk indicator: an attribute that is associated with an increases probability of occurrence of a disease or other specified outcome.

**Figuur 3.1**

Het conceptuele model van de volksgezondheid, uitgewerkt voor determinanten van gezondheid.



*Bijlage 2* geeft een uitwerking van het conceptuele VTV-model in indicatoren.

### **Continuïteit in indicatoren groot**

Hoewel de VTV geen afgesproken lijst van unieke en duidelijk omschreven indicatoren kent, is er toch *grosso modo* sprake van een grote continuïteit in de aspecten van de volksgezondheid die in de opeenvolgende VTV's gemonitord worden. De vernieuwing in de monitoring functie van de VTV heeft zich in de opeenvolgende VTV's vooral gericht op het construeren van gecombineerde indicatoren (gezonde levensverwachting, DALYs), op verschillen in gezondheidstoestand naar sociaal-economische status en etniciteit, en naar regionale en internationale verschillen in gezondheidstoestand. Het is opvallend dat in de VTV-2010 voor het eerst aandacht wordt gevraagd voor andere opvattingen over gezondheid, waaruit de behoefte aan nieuwe indicatoren ontstaat (meer aandacht voor gevolgen van ziekten en mogelijkheden om te participeren in de maatschappij, voor subjectieve afwegingen van burgers van gezondheid versus andere factoren die geluk beïnvloeden, en voor de invloed en beïnvloedbaarheid van de sociale en fysieke omgeving). Centraal staan de indicatoren levensverwachting, ervaren gezondheid en beperkingen, een aantal biologische risicofactoren en (riskante) leefgewoonten, ziekten en aandoeningen en combinaties van deze indicatoren.

### **Continuïteit bij alle gegevensbronnen problematisch, maar vooral bij health examination studies**

De VTV's maken gebruik van een groot aantal gegevensbronnen. De kern daarvan bestaat uit

- 1 de demografische statistieken van het CBS (waaronder de geboorte-, sterfte- en doodsoorzakenstatistiek en de gezondheidsenquête van het CBS (POLS),
- 2 grootschalige epidemiologische bevolkingsonderzoeken, zoals de opeenvolgende studies naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten en andere chronische ziekten (van Consultatiebureauproject Hart- en vaatziekten tot Nederland de Maat genomen, het Nemesis-project naar de geestelijke gezondheid, de Voedsel Consumptie Peilingen en de Nationale Groeistudie naar lengte en gewicht bij kinderen)

- 3 landelijke huisartsenregistraties zoals de Nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk en LINH, en daarnaast regionale huisartsenregistraties.
- 4 overige registraties gericht op specifieke determinanten
- 5 overige zorgregistraties met ziektespecifieke gegevens of gegevens over zorgzwaarte.

Deze kern dekt een groot deel van de gegevensbehoefte van de VTV's, maar is zeker niet volledig. Dat blijkt wel uit het grote aantal andere gegevensbronnen en het grote aantal andere typen gegevens over zorggebruik en kosten van ziekten in de al genoemde bronnen die in andere onderdelen van de VTV aan de orde komen.

*Bijlage 3* geeft een overzicht van de verschillen in de bronnen die in de VTV-1993 en in de VTV-2010 gebruikt zijn. Daar komt een beeld naar voren over de (dis)continuïteit van de verschillende typen gegevensbronnen.

Elke type monitor kent zijn eigen ontwikkelingen en bedreigingen van de continuïteit. Het meest bedreigd zijn de Health examination surveys. Het pleidooi in opeenvolgende VTV's om meer health examination studies uit te voeren geldt vooral voor de endogene factoren (zoals bloeddruk, cholesterolgehalte en gewicht) en voor die aandoeningen waarvoor er aanwijzingen zijn dat er veel mensen niet behandeld worden. Diabetes en depressie worden in het bijzonder genoemd, maar de lijst van dit type aandoeningen is groter dan alleen die twee.

Health examination studies zijn duur en worden, juist ook om die reden, slechts eens in de 4 tot 10 jaar uitgevoerd. Maar het geldt ook voor andere grootschalige en dure studies zoals de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Dat betekent dat iedere keer opnieuw na een aantal jaren de motivering en legitimatie moet worden verdedigd. Dat gebeurt dan bovendien grotendeels in een context waarin een groot deel van de betrokkenen met kennis van zaken vertrokken is. Dit heeft weer tot gevolg dat nieuwe argumenten en legitimaties worden gevonden om het belang van het onderzoek te onderbouwen. De spanning tussen vernieuwing en continuïteit die er in elk monitor-onderzoek sterk aanwezig is, valt in een dergelijk geval eerder in de richting van vernieuwing. En dit leidt er vervolgens weer eerder toe dat de opzet van het monitor-instrument - als er al financiering gevonden wordt - ook in belangrijke opzichten wordt aangepast.

Het gebrek aan continuïteit betreft behalve de financiering ook de opzet van de monitors. Geen enkel monitor-instrument ontkomt aan het spanningsveld tussen de wens om trends te meten en alles 'bij het oude te laten' en de wens om juist 'noodzakelijke vernieuwingen' door te voeren om recht te doen aan nieuwe maatschappelijke problemen die om monitoring vragen, en aan nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen, in de vorm van nieuwe, betere meetinstrumenten.

#### **4. LACUNES IN DE INFORMATIEVOORZIENING VTV-2010**

In het deelrapport Gezondheid en Determinanten van de VTV-2010 wordt een aantal lacunes in de informatievoorziening genoemd. Het zicht op de volksgezondheid is nog niet optimaal en op onderdelen zelfs onvoldoende. Naast verbeteringen in de informatievoorziening wordt ook achteruitgang op onderdelen geconstateerd. Om de kwaliteit van volgende VTV-rapporten te verbeteren is het wenselijk om die lacunes weg te werken. Daarvoor is inzicht nodig in de ontwikkelingen in de gegevensbronnen die voor de VTV's van belang zijn.

Om welke lacunes gaat het? Het deelrapport noemt er vier. Er zijn meer epidemiologische bevolkingsonderzoeken (health examination studies) gewenst. Er zijn meer gegevens nodig over determinanten. Er is een update van wegingsfactoren nodig voor ernst van ziekten. Andere opvattingen over (volks)gezondheid wijzen nieuwe richtingen voor onderzoek en beleid. Hieronder wordt dit toegelicht in de woorden van het deelrapport (pg. 104 e.v.).

##### **Gegevens ziekten: nu vooral zorgregistraties, meer bevolkingsonderzoeken gewenst**

De gegevens over incidentie en prevalentie van ziekten komen nu vooral uit de verschillende registraties in de zorg. Dit betekent dat we niet voor alle ziekten de beste schatting hebben, namelijk cijfers uit bevolkingsonderzoeken. Uit recent uitgevoerd bevolkingsonderzoek naar psychische stoornissen blijkt bijvoorbeeld dat het percentage mensen met een psychische stoornis in de algemene bevolking gelijk blijft, terwijl de zorgregistraties een stijging van psychische stoornissen zien. Mogelijk geldt dit ook voor andere aandoeningen. Om goede schattingen te geven van het voorkomen van ziekten in Nederland zijn meer bevolkingsonderzoeken dan ook van groot belang.

##### **Meer en betere gegevens noodzakelijk over meer soorten van determinanten**

Hoewel het overzicht van determinanten redelijk compleet lijkt, zijn er wel degelijk witte vlekken. Het meest pregnant is het ontbreken van recente, representatieve gegevens over bloeddruk en cholesterol. Ook voor overgewicht zijn geen objectief vastgestelde gegevens, al konden we hiervoor uitwijken naar zelfgerapporteerde gegevens. Inmiddels is wel al onderzoek gestart naar deze gegevens in het onderzoek 'NL de maat', zodat de volgende VTV weer de laatste stand van zaken op dit gebied kan geven. Ook de gegevens over voeding zijn relatief oud. Er wordt wel regelmatig een voedselconsumptiepeiling in de Nederlandse bevolking gehouden, maar hiervoor is telkens een andere doelgroep benaderd (VCP 1987-1998: hele populatie, 2003: jongvolwassenen 2005/2006: kinderen) of de methode aangepast. Daardoor was het niet mogelijk om trends in voedingspatronen te bestuderen. Ook laten de gegevens over voeding het niet toe om nauwkeurig de totale energie-inname te volgen, terwijl juist dit aspect van de voeding van belang is voor informatie over overgewicht en obesitas in Nederland. Tot slot is er weinig bekend over de sociale omgeving en over de bijdrage van maatschappelijke determinanten, als economische ontwikkelingen, welvaart en cultuur aan de volksgezondheid en gezondheidsverschillen.

##### **Update van wegingsfactoren voor ernst van ziekten nodig**

De top tien van belangrijkste ziekten in Nederland is gebaseerd op de ziektelast in DALY's. Deze maat is een samenvatting van verschillende indicatoren die iets zeggen over het belang van specifieke ziekten voor de volksgezondheid, zoals het aantal mensen dat sterft aan de ziekte, het aantal mensen dat de ziekte heeft en de

ernst van de ziekte. De eerste twee elementen worden telkens geactualiseerd, maar dit geldt niet voor de ernst van de ziekte (wegingsfactor).

**Andere opvattingen over (volks)gezondheid wijzen nieuwe richtingen**

Er bestaan veel verschillende opvattingen over gezondheid en ziekte, die alle meer of minder duidelijk een rol spelen in onze maatschappij. Gezondheid is niet vanzelfsprekend de afwezigheid van ziekte, zoals de bekende WHO-definitie duidelijk maakt. Ziek en gezond opvatten als twee afzonderlijke begrippen maakt het mogelijk meer aandacht te geven aan specifieke determinanten van gezondheid. En onderscheiden van ziekten en zieken vraagt aandacht voor de mens achter de ziekte. Ook van belang is aandacht voor de betekenis van het 'volks' aspect in volksgezondheid ten opzichte van individuele gezondheid. Zulke conceptuele verruiming roepen nieuwe onderwerpen voor onderzoek op, waarvoor ook andere soorten gegevens nodig zijn. Deze kunnen resulteren in nieuwe vormen van preventie en beleid, die beter aansluiten bij de verschillende opvattingen van gezondheid zoals die in de maatschappij leven.

Wat is nu het belang van deze notitie in relatie tot deze lacunes? Het antwoord op deze vraag is dat deze notitie vooral van belang lijkt voor de eerste twee lacunes. De update van wegingsfactoren is slechts eens in de 10-20 jaar wenselijk (nu dus) en vergt een overzichtelijk en beperkt onderzoek. De andere opvattingen over (volks)gezondheid vergen de opzet van nieuw onderzoek en vervolgens - bij gebleken nuttige resultaten - de opzet van een nieuw monitoringsproject.

## 5. OPLOSSINGEN VOOR DISCONTINUÏTEIT IN GEGEVENSBRONNEN

### **Verschillende typen oplossingen om de kans op continuïteit te vergroten**

De financiële bedreigingen van de continuïteit<sup>5</sup> lijken mogelijk het best te kunnen worden opgevangen door monitoring-activiteiten niet periodiek uit te voeren, maar juist continu te laten plaatsvinden. LINH is weliswaar een zorgregistratie en geen epidemiologisch onderzoek, maar is wel een voorbeeld waarbij deze oplossingsvorm is gehanteerd. Door de registraties van de huisartsen die meededen aan de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk te automatiseren, kunnen de morbiditeitsgegevens van alle consulten nu sinds 2001 op continue basis verzameld worden. Bij de Voedsel Consumptie Peiling is een andere strategie gevolgd om de kansen op continuïteit te vergroten, namelijk door een meerjaren strategie uit te werken bestaande uit een continue basispeiling met daarnaast een meerjarenplan voor vijf jaar met jaarlijkse deelonderzoeken (zie bijlage 1). In de praktijk bleek dit meerjarenplan ambitieuzer dan de financiële begroting toeliet en zijn meerdere onderdelen niet uitgevoerd. In het nieuwe meerjarenplan zullen de geplande activiteiten meer in lijn liggen met de begroting (persoonlijke mededeling Marga Ocké, projectleider VCP).

Voor het meten van de risicofactoren van hart- en vaatziekten wordt nu geprobeerd om met het project Nederland de Maat genomen weer een nieuwe serie gegevens te verzamelen. Het project Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid probeert de gegevensverzamelingen (zowel de gezondheidsenquêtes als de health examination studies) van GGD-en op elkaar af te stemmen en bovendien af te stemmen op de gezondheidsenquête van het CBS (POLS). Als dat lukt, is de volgende stap om ook daarvoor een continuïteitsplan te ontwikkelen.

Ook bij inhoudelijke of methodologische vernieuwingen hebben continue monitoringsprojecten mogelijk een betere uitgangspositie om dit probleem te lijf te gaan, doordat het eenvoudiger is gedurende kortere tijd de oude en de nieuwe vorm naast elkaar uit te voeren, waardoor enig zicht ontstaat op de verschillen en overeenkomsten tussen deze methoden. Een voorbeeld is POLS waarbij de nieuwe methode van gegevensverzameling via internet, telefoon en mondeling gedurende enige tijd in 2010 naast de oude methode (mondeling) loopt.

### **Alternatieve oplossing om genoeg te nemen met minder precisie hooguit tijdelijk bruikbaar**

Er wordt wel eens geopperd om de goedkopere bevolkingsenquêtes te gebruiken als een proxy voor de duurdere health examination surveys, gekoppeld aan af en toe uitgevoerde validatie-studies waarin beide methoden met elkaar vergeleken worden. Dat kan hooguit, onder bijzondere voorwaarden, een tijdelijke strategie zijn. Het voorbeeld van depressie laat immers zien dat de resultaten van beide metingen juist ver uit elkaar kunnen gaan lopen (sterke toename in huisartsenregistraties, maar constant niveau in bevolkingsonderzoek). Als er overtuigend bewijs is dat de professionele metingen uit bevolkingsonderzoek over langere tijd gezien parallel lopen met metingen uit andere vormen van onderzoek (bijvoorbeeld zelfrapportages

---

<sup>5</sup> Continuïteit is niet onmogelijk. De Nationale groeistudie is een voorbeeld waar een epidemiologisch bevolkingsonderzoek met grote tussenpozen van 15 jaar toch al meerdere keren herhaald kon worden. De voornaamste oorzaak hiervan is vermoedelijk dat de gegevens tijdens de jeugdgezondheidszorgonderzoeken worden bepaald, die routinematig op bepaalde leeftijden bij alle kinderen wordt uitgevoerd.

of huisartsenregistraties), waarvan sommigen bij overgewicht beweren dat dit het geval is, kan deze alternatieve oplossing gebruikt worden<sup>6</sup>. Maar zelfs dan is er geen enkele garantie dat de overeenstemming tussen alternatieve vormen van onderzoek in de toekomst zal voortduren. Ook de mate van gewenste precisie maakt uit. Het maakt uit of de informatiebehoefte om een precieze schatting vraagt, met cijfers achter de komma, of alleen signalen behoeft op te vangen van grote wijzigingen in de trend. In alle gevallen zal echter de duurdere professionele meetmethode af en toe herhaald moeten worden.

### **Bereidheid tot deelname is voorwaarde voor continuïteit**

Zowel enquêtes als health examination studies onder de algemene bevolking hebben te kampen met afnemende deelnamecijfers. Wat dat betreft hebben zorgregistraties het gemakkelijker, omdat patiënten zelf naar de zorg toe komen hun gezondheid te laten controleren en hulp te krijgen.

### **Preventieconsult/health check als mogelijke oplossing voor health examination studies**

Als het preventie consult wordt opgenomen in de Zorgverzekeringswet en de bereidheid tot deelname hieraan onder de bevolking groot genoeg is, (groter dan nu in Nederland de Maat), dan ligt daarin mogelijk een kans om de uitkomsten hiervan als een aanvulling of alternatief voor health examinations in Nederland te gaan gebruiken. Sinds 2008 omvat LINH bijvoorbeeld ook al gegevens uit het diagnostisch archief. Het diagnostisch archief bevat gegevens over onder andere bloedsuikerspiegel, bloeddruk, BMI en rookstatus, voor zover door de huisarts vastgelegd (dit is niet verplicht). Er is dan wel validatie-onderzoek nodig en er zal inzicht verkregen moeten worden in de selectiviteit van de deelname aan het preventieconsult.

### **Eenheid van taal essentieel, maar niet voldoende**

De behoefte om gezondheidsgegevens te vergelijken wordt steeds groter, zowel lokaal tussen gemeenten, regionaal tussen bijvoorbeeld GGD-regio's en internationaal tussen landen, en het liefst op al die niveaus tegelijkertijd. Die groter wordende behoefte blijkt o.a. uit het initiatief om de gezondheidsenquêtes van GGD-en op elkaar af te stemmen ten behoeve van lokale en regionale vergelijkingen (vaak afgezet tegen landelijke cijfers) en uit het initiatief om de landelijke gezondheidsenquête van het CBS (POLS) af te stemmen op de European Health Interview Survey die in ontwikkeling is.

Er is echter geen vergelijking zonder eenheid van taal, consensus over de gebruikte definities van termen, en opleiding in het gebruik daarvan. Er is daarom - vooral in zorgregistraties, maar ook in andere typen onderzoek - veel aandacht nodig voor de ontwikkeling van classificaties en codeersystemen en het toepassen ervan in de dagelijkse praktijk. Het is wat dat betreft opmerkelijk dat de ICD-10 zo langzaam in Nederland wordt ingevoerd. In het licht van het toenemende belang van de kwaliteit van leven als dimensie van de gezondheidstoestand, neemt ook het belang toe van de WHO Classificatie van Functioneren (ICF).

---

<sup>6</sup> Heel recent kwam de vijfde Nationale Groeistudie van TNO-PG uit, waarin lengte en gewicht van kinderen sinds 1955 om de 15 jaar worden gemeten. De uitkomsten hiervan zouden vergeleken kunnen worden met gegevens uit CBS-POLS (op groepsniveau, op individueel niveau is dit alleen mogelijk als er voldoende gegevens uit beide studies aan elkaar gekoppeld kunnen worden).

### **Herzien van registraties kwestie van lange adem**

Er is veel dynamiek in de gegevensbronnen voor de VTV en er zijn veel pogingen om registraties op elkaar af te stemmen. Maar dat alles kost veel tijd, energie en een goede ondersteuning van alle betrokken partijen. Dit is geen loze opmerking. Er zijn belangrijke consequenties aan deze constatering verbonden. Allereerst moeten beleidsmakers niet zo maar lichtvaardig registraties stopzetten. Zoals de ervaringen met de LMR leren is het afbreken van een registratie snel gedaan, en is het weer opbouwen ervan in een nieuwe omgeving een moeizaam proces. Op de tweede plaats moeten beleidsmakers zich realiseren dat er voldoende geïnvesteerd moet worden in het opzetten en aanpassen van bestaande registraties, willen deze kans van slagen hebben.

## **6. BEPERKINGEN VAN DEZE NOTITIE**

Deze notitie kent een aantal beperkingen:

- 1 Niet de volledige gegevensbehoefte van de VTV is in beeld gebracht; met name de onderdelen zorggebruik, kosten van ziekten en modellering van effecten van interventies en mogelijke toekomstige ontwikkelingen zijn hier niet behandeld;
- 2 In de historische vergelijking is de VTV-2010 vooral vergeleken met de eerste VTV (VTV-1993) en niet met de tussenliggende VTV's. Zo is er bijvoorbeeld geen lijst opgesteld met gegevensbronnen die in de tussentijd gestopt zijn.
- 3 Er is niet ingegaan op de vraag welke bronnen de VTV-2010 wel heeft willen gebruiken, maar niet gebruikt heeft vanwege onvoldoende kwaliteit.
- 4 Nieuwe methoden van gegevensverzameling en -analyse zoals internet-enquêtes en de mogelijkheden om gegevens te koppelen zijn wel genoemd, maar niet nader geanalyseerd.
- 5 De lacune-paragraaf beperkte zich tot de oude kern van de VTV en ging maar zeer kort in op nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen die een paradigmashift en daarmee verschuiving naar een wenselijke nieuwe set indicatoren met zich meebrengt.
- 6 Ook zijn de lacunes vanuit het oogpunt van de monitoring van gezondheidsverschillen en regionale en internationale verschillen slechts aangestipt en niet uitgewerkt.

## **7. CONCLUSIE**

Er is een opmerkelijke continuïteit in de indicatoren waarover in de VTV's gerapporteerd wordt. Er is wel een aanzienlijk aantal veranderingen in de gegevensbronnen. Gebrekkige continuïteit van gegevensbronnen is de belangrijkste bedreiging voor het goed kunnen uitvoeren van de monitoring-functie. Alle typen gegevensbronnen hebben te maken met deze bedreiging, maar de grootschalige health examination studies het meest.

Hierdoor ontbreekt een goede en betrouwbare medische meting van veel persoonsgebonden determinanten (zoals bloeddruk, overgewicht) en kan niet worden vastgesteld hoeveel mensen een ziekte of aandoening 'onder de leden' hebben (zoals bijvoorbeeld diabetes) terwijl ze hiervoor geen zorg ontvangen. Ook kan niet worden vastgesteld of de opsporing van ziekten verbetert. Hiervoor zijn health examination studies én zorgregistraties een sine qua non.

In de praktijk worden verschillende oplossingen gevonden om de continuïteit van gegevensbronnen te waarborgen. Deze oplossingen geven ook suggesties hoe de continuïteit van health examinations studies verbeterd kan worden. Momenteel wordt veel verwacht van Nederland de Maat genomen waarin voor het eerst sinds 1997 weer landelijke gegevens over hoge bloeddruk en cholesterolgehalte verzameld worden en van de Lokale en Landelijke Monitor Volksgezondheid waarin de gegevensverzamelingen van GGD-en onderling en met het CBS op elkaar afgestemd worden. De ervaring met de onderlinge afstemming van regionale gezondheidsenquêtes en de lage responscijfers van verschillende health examination studies leren dat een aanzienlijke inspanning nodig is om deze initiatieven tot een succes te maken. Zeker ook nu de wens steeds sterker wordt dat gegevens zowel regionaal, nationaal en internationaal en in de tijd met elkaar vergelijkbaar moeten zijn.

## **LITERATUUR**

Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag. Sdu Uitgeverij.1993

Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Deel 1. De gezondheidstoestand: een actualisering. RIVM, Bilthoven, Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Oers JAM van. Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2002.

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.) Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2006.

Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en Determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. RIVM, Bilthoven, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2006.

### ***Website***

<http://www.vtv2010.nl> Deze website bevat alle vijf edities (VTV-1993 alleen kernboodschappen).

## BIJLAGE 1: GEBRUIKTE BRONNEN IN DE VTV-2010

Het rapport Gezondheid en determinanten van de VTV-2010 geeft op de pagina's 117-118 een overzichtslijst van in totaal 36 gebruikte gegevensbronnen<sup>7</sup>. De bronnen zijn niet allemaal gelijk van aard. In het kader van deze notitie zijn we - vanwege de aandacht voor de gegevensinfrastructuur - vooral geïnteresseerd in zogenaamde primaire gegevensbronnen, d.w.z. bronnen die gegevens bevatten die zo dicht mogelijk tegen het eerste moment aanliggen dat deze gegevens voor het eerst vastgelegd werden en gecontroleerd zijn. Het merendeel van de bronnen in de lijst is van dit type, maar de lijst bevat ook 10 'bronnen' die ofwel bestaan uit namen van (internationale) instituten ofwel uit websites waarbij niet onmiddellijk duidelijk is wat voor een type bron(nen) deze bevatten. Vaak bevatten websites, zoals bijvoorbeeld CBS-Statline, namelijk gegevens uit meerdere gegevensbronnen, en zijn ze zelf dus niet als primaire gegevensbron te beschouwen..

Zoals als tabel 3 laat zien zijn in de VTV-2010 36<sup>8</sup> gegevensbronnen gebruikt. Opvallend is het geringe aantal gezondheidsonderzoeken en het grote aantal 'overige' zorgregistraties .

Tabel 3: Aantal gebruikte bronnen in VTV-2010, onderscheiden naar type

Type bron	Bronnen VTV-2010
Gezondheidsenquête	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CBS-POLS Periodiek Onderzoek Leef Situatie</li><li>2. ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</li><li>3. HBSC Health Behaviour in School-aged Children study</li><li>4. NPCG Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NIVEL)</li><li>5. OBiN Ongevallen en Bewegen in Nederland</li><li>6. STIVORO-rookenquêtes</li></ol>
Gezondheidsonderzoek	<ol style="list-style-type: none"><li>1. LASA Longitudinal Aging Study Amsterdam (VU)</li><li>2. NEMESIS Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Trimbos-Instituut)</li><li>3. Voedselconsumptiepeilingen: VCP basis, VCP kinderen, VCP jong volwassenen (RIVM)</li><li>4. DAFNE The DAta Food NETworking (DAFNE) project. European food availability databank based on household budget surveys</li></ol>
Huisartsenregistratie	<ol style="list-style-type: none"><li>1. CMR Nijmegen e.o. Continue Morbiditeit Registratie Nijmegen</li><li>2. CMR-Peilstations Nederland Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (NIVEL)</li><li>3. LINH Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg</li></ol>

<sup>7</sup> In de VTV-93 is een uitstekend overzicht gemaakt van de belangrijkste bronnen die gebruikt zijn om de indicatoren voor de gezondheidstoestand en de (geselecteerde) determinanten in beeld te brengen. Van elke bron, die voor minstens twee indicatoren gebruikt is, is destijds het type, de omvang, de periode, de leeftijden en regionale of landelijke dekking aangegeven, en is bovendien de indicator(en) waarvoor deze bron gebruikt werd expliciet benoemd. Bronnen die slechts voor 1 indicator gebruikt zijn, zijn destijds niet in de overzichtstabel opgenomen. In twee andere tabellen (een voor gezondheidstoestand en een voor determinanten) is destijds bovendien de omgekeerde weg bewandeld en is voor elke gebruikte indicator aangegeven welke bron(nen) gebruikt zijn. De VTV-1993 lijst geeft de *belangrijkste* kwantitatieve bronnen (bronnen voor minstens twee indicatoren) en is dus niet helemaal volledig.

<sup>8</sup> Inclusief één dubbel telling: Obin is zowel ingedeeld bij gezondheidsenquêtes als bij andere zorgregistraties

	<p>(NIVEL)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. RNH Registratienet Huisartsenpraktijken (UM, capaciteitgroep Huisartsgeneeskunde)</li> <li>5. RNUH-LEO Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken (LUMC)</li> <li>6. Transitieproject Transitieproject (UvA, Vakgroep Huisartsgeneeskunde)</li> </ol>
Andere zorgregistratie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CAK Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten</li> <li>2. CBS Doodsoorzakenstatistiek</li> <li>3. CBS-NND Statistiek niet-natuurlijke dood</li> <li>4. IKA Kankerregistratie IKA-regio (Noord-Holland en Flevoland)</li> <li>5. LADIS Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (IVZ)</li> <li>6. LIS Letsel Informatie Systeem (Consument en Veiligheid)</li> <li>7. LMR Landelijke Medische Registratie (Prismant/DHD-Dutch Hospital Data)</li> <li>8. LNR Landelijke Neonatologie Registratie (Prismant)</li> <li>9. LVR Landelijke Verloskunde Registratie (Prismant)</li> <li>10. LZV Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen (Prismant)</li> <li>11. NKR Nederlandse Kanker Registratie (VIKC)</li> <li>12. NRBM Nederlands Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis (RIVM/AMC)</li> <li>13. NTR Nederlands Tuberculose Register (KNCV)</li> <li>14. PRN Stichting Perinatale Registratie Nederland</li> <li>15. SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen;</li> <li>16. SHM Stichting HIV Monitoring</li> <li>17. WHO-MDB Mortality Database,</li> <li>18. WHO-HfA Health For All database,</li> <li>19. Zorgis Zorginformatiesysteem van GGZ Nederland</li> </ol>

Vergeleken met de bronnenlijst in de VTV-93 (hier niet getoond) valt op dat het aantal gebruikte epidemiologische gezondheidsonderzoeken daalde van 9 in 1993 naar 4 in 2010. Bovendien gaat het in beide jaren om geheel andere onderzoeken. De Voedsel Consumptie Peiling is het enige gezondheidsonderzoek dat herkenbaar in beide jaren gebruikt is.

Verder lijkt dat het aantal gebruikte huisartsenregistraties iets is toegenomen (van 4 naar 6) en het aantal overige zorgregistraties sterk toegenomen (van 9 naar 20). Dit laatste is echter vermoedelijk grotendeels een schijnbare toename, want de bronnenlijst in VTV-93 vermeldde alleen bronnen die voor twee of meer indicatoren gebruikt waren. Het ligt voor de hand dat de meeste 'overige' zorgregistraties in de VTV-2010 voor hooguit één enkele indicator gebruikt zijn.

Ten slotte valt de toename van het aantal internationale gegevensbronnen op. In het bronnenoverzicht uit 1993 ontbraken deze geheel<sup>9</sup>, in het 2010-overzicht betreft het een vijftal bronnen: ESPAD, HBSC, DAFNE, WHO-MDB en WHO-HfA.

<sup>9</sup> De VTV-1993 besteedde ook aandacht aan de internationale vergelijking van indicatoren, maar gebruikte daarvoor de indicatorspecifieke wetenschappelijke literatuur.

Alle gegevensbronnen veranderen in de loop der tijd in meer of mindere mate naar inhoud en opzet. Sommige gegevensbronnen worden op een bepaald moment stopgezet, nieuwe worden gestart. Vooral een aantal gezondheidsonderzoeken blijkt een beperkte levensduur te hebben.

**Veel bronnen nodig omdat elke bron een beperkt indicator domein of een beperkte tijdsperiode dekt**

In de VTV's worden (dus) veel verschillende bronnen (circa 35) gebruikt voor in totaal ruim 80 indicatoren. Waarom zijn zoveel bronnen nodig? De voornaamste reden daarvoor is dat elke bron maar een beperkt terrein kan dekken. Zorgregistraties worden opgezet om specifieke gezondheidsproblemen in kaart te brengen. Het aantal vragen dat in een gezondheidsenquête gesteld kan worden, is beperkt. Aan kinderen dienen andere vragen gesteld te worden dan aan volwassenen. Daarom bestaat er bijvoorbeeld een aparte NIPO-enquête over roken naast de veel algemener gerichte CBS-gezondheidsenquête. Om dezelfde reden zijn indertijd aparte gezondheidsonderzoeken opgezet naar hart-vaatziekten (Consultatiebureauproject), reumatische aandoeningen (EPOZ) en psychische aandoeningen (Regio-project). Mede daarom bestaan er meerdere (regionale) huisartsenregistraties naast elkaar, de een meer gericht op ziekte-episodes en de ander meer gericht op probleellijsten. En daarom bevat de Kankerregistratie meer en betrouwbaardere gegevens over kankerpatiënten dan de meer algemene Landelijke Medische Registratie.

## BIJLAGE 2: UITWERKING VAN HET CONCEPTUELE VTV-MODEL IN INDICATOREN

Er bestaat geen unieke lijst van nauw omschreven indicatoren die vastgelegd is voor de opeenvolgende VTV-rapporten. Wel is er een grote mate van continuïteit in de indicatoren, of zo men wil, variabelen, waarover in de opeenvolgende VTV-rapporten kwantitatieve gegevens worden beschreven. In tabel 1 staan de indicatoren uit de VTV-1993 benoemd en is aangegeven met hoeveel indicatoren elk blok gemeten wordt.

Tabel 1: Inhoud indicatoren voor gezondheid en determinanten in VTV-93 (pg. 776-87)

Indicator domeinen	Indicatoren	
	Aantal	Inhoud
Gezondheidstoestand		
1. ziekten en aandoeningen	54 (of 106)	Afwezigheid van ziekten en aandoeningen Incidentie en prevalentie van 52 ziekten en aandoeningen Co-morbiditeit
2. functioneren en kwaliteit van leven	6	Ervaren gezondheid Lichamelijke beperkingen en handicaps Psychische problematiek Afwezigheid medische consumptie Ziekteverzuim Arbeidsongeschiktheid
3. mortaliteit	3	Sterfte Verloren levensjaren Levensverwachting
4. (on)gezondheid en levensverwachting	1	(On)gezonde levensverwachting
Determinanten*		
1. persoonsgebonden factoren	8	Genetische factoren Bloeddruk Serum cholesterol Lichaamsgewicht Glucosetolerantie Immuunsysteem (geen bron)** Veroudering (geen bron)** Persoonskenmerken in relatie tot psychische gezondheid (geen bron)**
2. gedrag	7	Voeding Roken Alcoholgebruik Seksueel gedrag Lichamelijke (in)activiteit Druggebruik Reizen en importziekten
3. omgeving	5	Fysieke omgeving (geen bron)** Sociaal-economische status Etnische achtergrond

		Sociale omgeving en psychische gezondheid (geen bron)** Arbeid (geen bron)**
	84 of 136	

\* In de VTV-93 werden bovendien 4 indicatoren voor medische zorg en 6 indicatoren voor preventie benoemd, waarvan voor 6 indicatoren in het bronnenoverzicht geen gegevensbronnen vermeld staan omdat een duidelijke operationalisatie of gegevensbron ontbrak. Deze twee indicator domeinen zijn hier buiten beschouwing gelaten.

\*\* In tabel 2 valt ook op dat voor een aantal indicatoren/indicator domeinen in de VTV-1993 geen adequate kwantitatieve gegevens vermeld konden worden, meestal omdat een gegevensbron ontbrak. Het is niet zo duidelijk of dit sinds de VTV-1993 verbeterd is.

In de VTV-2010 zijn niet zulke uitgebreide overzichtstabellen beschikbaar, en is een lijst van indicatoren samengesteld op basis van de inhoudsopgave en de tabellen en figuren uit het deelrapport Determinanten en gezondheid. Deze lijst is hier niet weergegeven, omdat die veel op de lijst uit 1993 lijkt. De lijst van indicator domeinen is bijna identiek. Er is een beperkt aantal verschillen.

Ten opzichte van de VTV-97 zijn in de VTV-2010 een aantal **extra** indicatoren opgenomen: incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen (vervangt psychische gezondheid), twee indicatoren voor kwaliteit van leven: participatie en betaald werk, een drietal zogenoemde gecombineerde gezondheidsmaten: levensduur zonder ziekte, levensduur zonder beperkingen en disability adjusted life years, en enkele omgevingsindicatoren: bezorgdheid omgevingsfactoren, concentratie fijn stof, ziektelast door binnenmilieu, leefomgeving en sociale steun.

De indicatoren uit de VTV-97 die **niet meer** in de VTV-2010 terugkwamen betreffen de afwezigheid van ziekten en aandoeningen en de afwezigheid van medische consumptie (daar zijn overigens wel data voor beschikbaar), ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (maar deze komen wel in een ander deelrapport van de VTV-2010 aan de orde), de gedragsindicator voor reizen en importziekten en de persoonsgebonden factoren genetische factoren, serum cholesterol en glucosetolerantie. De laatste twee indicatoren (serum cholesterol en glucosetolerantie) ontbreken omdat geen actuele gegevens beschikbaar zijn. Waarom de vier andere indicatoren ontbreken (afwezigheid van ziekten en aandoeningen, afwezigheid van medische consumptie, gedragsindicator voor reizen en importziekten, en genetische factoren<sup>10</sup>) staat in de VTV-2010 niet vermeld.

Vanwege de monitorfunctie van de VTV is het als een goede zaak te beschouwen dat het merendeel van de indicatoren die ook al in de eerste VTV besproken werden, in de VTV-2010 terugkomen. Dat zegt overigens nog niets of de kwaliteit van de kwantitatieve gegevens voor die indicatoren in de loop van de tijd verbeterd of verslechterd is. Of er voldoende aandacht voor nieuwe indicatoren is, is aan de lezer ter beoordeling. Dat er van enige vernieuwing in de monitorfunctie sprake is mag uit de hier bovengenoemde lijst van extra indicatoren blijken. In paragraaf ... komen we hier op terug.

<sup>10</sup> In zowel de VTV-1993 als VTV-2010 is overigens gebruik gemaakt van Eurocat om de omvang van aangeboren afwijkingen te bepalen.

### **BIJLAGE 3: CONTINUÏTEIT EN VERANDERING IN GEBRUIKTE BRONNEN; VTV-2010 VERGELEKEN MET VTV-1993**

In dit onderdeel geven we kort aan voor welke indicator domeinen de verschillende typen bronnen in de VTV gebruikt worden, en beschrijven daarnaast een aantal opvallende veranderingen en vernieuwingen die hebben plaatsgevonden in de gegevensbronnen: welke bronnen zijn in 2010 niet meer gebruikt (en waarom), welke bronnen zijn zowel in 1993 en 2010 gebruikt en zijn die bronnen dan ook zelf onveranderd gebleven? Welke drijfveren hebben tot nieuwe bronnen geleid?

#### ***1. Gezondheidsenquêtes (health interview surveys)***

Gezondheidsenquêtes worden in de VTV vooral gebruikt om ervaren gezondheid, zelfgerapporteerde chronische ziekten en leefgewoonten in beeld te brengen. De gezondheidsenquêtes van het CBS spelen daarbij een belangrijke rol, aangevuld met meer enquêtes van andere organisaties die gericht zijn op specifieke leefgewoonten en specifiek groepen (zoals jongeren).

Er zijn maar weinig gezondheidsenquêtes die jarenlang qua opzet en inhoud gelijk blijven. Er kunnen allerlei veranderingen optreden: enquêtes worden opgericht, samengevoegd, veranderen van opzet, nemen periodiek andere onderwerpen mee, breiden hun doelgroep uit, et cetera..

Dat geldt ook voor de gezondheidsenquêtes van het CBS. In ... zijn de gezondheidsenquête en het leefsituatieonderzoek samengevoegd tot één enquête (POLS), waarbij er een (beperkt?) aantal vragen werden aangepast. Momenteel vinden opnieuw aanpassingen plaats. Onderdelen van de vragenlijst worden afgestemd met de plannen voor een Europese Health Interview Survey. Daarnaast wordt de wijze van afname aangepast: er komt een mogelijkheid om de vragen via internet of telefonisch te beantwoorden. Ook dit leidt tot aanpassingen in de vragenlijst en de verzamelde gegevens.

In 2010 ontbreken de patiëntenenquête van de Nationale Studie (omdat geen nieuwe, actuele meting is uitgevoerd) en de NIPG-TNO peilingen JGZ (reden niet nagegaan) in de lijst van bronnen.

Er zijn verschillende drijfveren die tot nieuwe enquêtes leiden. Twee van de nieuwe enquêtes hebben betrekking op Nederlandse deelname aan internationale onderzoeken naar de gezondheidstoestand van kinderen in Europese landen. Eén nieuwe enquête heeft betrekking op chronisch zieken en gehandicapten, en één op ongevallen en bewegen. De achterliggende ontwikkelingen die tot de totstandkoming van deze enquêtes hebben geleid liggen daarmee in de behoefte aan internationale vergelijking, in de behoefte om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van een belangrijke doelgroep van de gezondheidszorg (voorbeeld chronisch zieken en gehandicapten) en in bepaalde aspecten van gezondheid (voorbeeld ongevallen).

#### ***2. Gezondheidsonderzoeken (health examination surveys)***

De health examination studies worden in de VTV's vooral gebruikt om met behulp van aan de klinische praktijk ontleende meetmethoden de omvang van ziekten, voorstadia van ziekten, en het vóórkomen van determinanten in de bevolking in kaart te brengen, ook onder mensen die (nog) niet als zodanig met een bepaalde ziekte binnen de gezondheidszorg bekend en gediagnosticeerd zijn.

In de VTV-93 werden meer gezondheidsonderzoeken gebruikt dan in de VTV-2010. Er zijn vermoedelijk meerdere oorzaken, die hieraan ten grondslag liggen, maar een ervan is zeker de kosten. Health examination surveys zijn over het algemeen duur, duurder dan gezondheidsenquêtes, omdat er lichamelijk onderzoek aan te pas komt, bloed of ander materiaal afgenomen – en opgeslagen – moet worden, en de uitslagen door deskundigen beoordeeld moet worden. Ook als er geen biomedisch onderzoek plaatsvindt, zoals bij onderzoeken naar de geestelijke gezondheid of naar de voedings- of bewegingsgewoonten, kunnen de benodigde gestandaardiseerde vragenlijsten zo uitgebreid zijn dat de kosten aanzienlijk zijn. Daardoor is de continuïteit (nog) moeizamer te regelen dan van gezondheidsenquêtes en is de financiering vaak slechts eenmalig of voor een beperkt aantal jaren geregeld. Als vervolgens nieuwe financiering wordt gevonden, worden ook aanpassingen in de onderzoeksopzet aangebracht, en verandert de naam van het onderzoek.

De beperkte continuïteit van health examination studies uit zich in verschillende vormen. Ze worden eenmalig uitgevoerd (bijvoorbeeld EPOZ), pas na verloop van een aantal jaren herhaald (Nemesis, Voedsel Consumptie Peiling) of bestaan uit een serie achtereenvolgende onderzoeken die in meer of regelmatig ook mindere mate op elkaar aansluiten zoals bij het onderzoek naar de risicofactoren voor hart- en vaatziekten (van Consultatiebureauproject HVZ tot Nederland de Maat genomen, met een opvallende leemte tussen 2001 en 2009). Rekening houdend met het feit dat het Regenboog-project onvoldoende output had vanwege de zeer kleine steekproeven en de zeer lage respons (16%), is er zelfs een leemte van 1998 – 2009.

Het EPOZ-onderzoek naar reumatische aandoeningen liep bijvoorbeeld van 1975-1978. Het Regio-project-Nijmegen naar psychische aandoeningen besloeg alleen het jaar 1983. Tabel 5 geeft een aantal voorbeelden van epidemiologische bevolkingsonderzoeken die elkaar opvolgen in de tijd en die met elkaar samenhangen omdat zij op hoofdlijnen dezelfde doelstelling hebben, maar waarbij alleen al uit de naamgeving blijkt dat er veranderingen hebben plaatsgevonden in opzet en/of financiering. Het meest duidelijke voorbeeld betreft het bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

*Tabel 5: Historisch bij elkaar horende epidemiologische bevolkingsonderzoeken<sup>1</sup>*

Hart en vaatziekten	
Consultatiebureau-project	1974-1980
RIFOH	1981-1986
Peilstationsproject HVZ <sup>2</sup>	1987-1992
MORGEN-project <sup>2</sup>	1993-1997
REGENBOOG-project <sup>2</sup>	1998-2001
Nederland de Maat genomen <sup>2</sup>	2009-2010
Psychische gezondheid <sup>3</sup>	
Nemesis 1	1996
Nemesis 2	2007-2009
Voedselconsumptiepeiling	
VCP1	1987- 1988
VCP2	1992
VCP3	1997-1998

VCP4	2003
VCP Basis	2007-2010
VCP Jong Volwassenen	2003
VCP Kids	2005/6
VCP Ouderen 2009	2009?
VCP Allochtonen 2010	2010?

<sup>1</sup>De lokale en nationale monitor volksgezondheid jeugd, volwassenen en ouderen is een afstemmingsproject van lokale gegevensverzamelingen GGD-en, en verzamelt de GGD-gegevens in een landelijke database; het betreft in naast gegevens uit interviews ook health examination gegevens, en is dus veel breder dan alleen risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Het project begon in 2002.

<sup>2</sup>Het Doetinchem-cohort loopt hier doorheen en is vijf keer onderzocht: in 1987-1991 in het peilstationsproject HVZ, in 1993-1997 in het Morgen-project, in 1998-2002 in het Regenboog-project, in 2003-2007 (apart) en momenteel weer in het kader van Nederland de maat genomen (2008-2012)..

<sup>3</sup>Nemesis 1 had een follow-up in 1997 en 1999, Nemesis 2 heeft een follow-up in 2010 en 2015.

Wat betreft nieuwe ontwikkelingen valt op dat in het afgelopen decennium enkele longitudinale health examination studies zijn opgezet, die deelnemers volgen in de tijd (cohort studies). Voorbeelden zijn de ABCD-studie en de Generation-R study, waarin kinderen vanaf hun geboorte (of al vanaf de zwangerschap van de moeder) een aantal jaren gevolgd worden. Deze studies zijn zeer waardevol, maar voorlopig niet of beperkt bruikbaar voor monitoring doeleinden: ze bestuderen immers vooral het proces van het ouder worden onder de deelnemers en niet de veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking in de loop van de tijd<sup>11</sup>.

### **3. Huisartsenregistraties**

De huisartsenregistraties worden in de VTV's vooral gebruikt voor de bepaling van trends in de omvang van ziekten en aandoeningen. Dit is een kern-onderdeel van de VTV's. Omdat de huisarts als poortwachter fungeert en huisartsen van specialisten diagnostische informatie terugkrijgen van patiënten die poliklinisch of tijdens een ziekenhuisopname onderzocht zijn, beschikken zij over de meest bruikbare diagnostische informatie over patiënten om de omvang van ziekten en aandoeningen in Nederland te bepalen. Deze schatting heeft wel als beperking dat alleen gediagnosticeerde ziektegevallen geteld worden. Bovendien kunnen veranderingen in de praktijkvoering van de huisarts die schattingen ook in de tijd beïnvloeden. De basis van de huisartsenregistraties ligt in de spreekuurcontacten. In het geval dat patiënten voor bepaalde klachten de huisarts alleen opbellen of rechtstreeks naar een andere zorgverlener gaan, wordt de kans op registratie kleiner.

Idealiter brengt de VTV zowel de omvang van het aantal mensen dat een ziekte heeft en daarvoor behandeld wordt door medische zorgverleners in kaart, als het aantal mensen dat daarvoor (nog) niet behandeld wordt. Om dat te kunnen doen zijn behalve huisartsenregistraties ook health examination studies in de algemene bevolking nodig. Health examination studies kunnen uiteraard voor de meeste ziekten geen klinische diagnose stellen zoals dat door de huisarts of het ziekenhuis gebeurt, maar aan de hand van medische onderzoeken in de algemene bevolking kan

<sup>11</sup> Naarmate cohort-studies een onderzoekspopulatie met een bredere leeftijdsrange en een langere looptijd hebben, worden ze wat bruikbaar voor monitor-doeleinden.

wel inzicht verkregen worden in de mate van waarschijnlijkheid dat bepaalde ziekten of voorloperstadia daarvan, zoals hoge bloeddruk, diabetes en depressie, vóórkomen en in de loop van de tijd toe- of afnemen. Helaas kan door het gebrek aan continuïteit in health examination surveys in de algemene bevolking en de beperkte reikwijdte van aandoeningen die daarin onderzocht worden, geen inzicht verkregen wordt in het aantal mensen dat wel een aandoening ‘onder de leden’ heeft, maar daarvoor geen zorg ontvangt. Dit aantal kan aanzienlijk zijn (zie de voorbeelden van diabetes en depressie).

Huisartsenregistraties verschillen op belangrijke punten van elkaar in wat en hoe ze registreren (bijvoorbeeld contacten, ziekte-episodes of chronische problemen). In de eerste VTV waren alleen nog schattingen van enkele huisartsenregistraties beschikbaar, zijn de uitkomsten naast elkaar gepresenteerd, en konden maar voor enkele ziekten trendschattingen gebruikt worden. In de periode 1993-2010 is het aantal gebruikte huisartsenregistraties toegenomen. In 1993 zijn vier registraties gebruikt en in 2010 zes. Twee huisartsenregistraties, de CMR-Peilstations Nederland en LINH, werken met een landelijke steekproef van huisartsenpraktijken. De andere vier zijn allemaal regionaal van opzet en zijn opgezet door universitaire huisartsencentra.

Door regelmatig diep in de opzet van deze registraties te duiken hebben is in opeenvolgende VTV's getracht om de waarde van de omvangschattingen van ziekten en aandoeningen op basis van alle deze registraties te evalueren. Per aandoening kan de gebruikswaarde van de afzonderlijke huisartsenregistraties verschillen. Onlangs is op de website Nationaal Kompas Volksgezondheid een goed overzicht verschenen waarin voor elke van de aandoeningen waarvoor in de VTV-20120 de omvang geschat is, is aangegeven welke huisartsenregistraties hiervoor gebruikt zijn<sup>12</sup>.

Incidenteel is (door VWS, NIVEL en/of RIVM) een overleg gestart om te beoordelen of het mogelijk was om de verschillende huisartsenregistraties te harmoniseren, en zo mogelijk efficiency-winst te bereiken. Dat overleg leidde gewoonlijk tot de constatering dat de (regionale) belangen en de verschillen in doelstellingen van de huisartsenregistraties groter waren dan de te behalen winst door harmonisering.

De VTV maakt bij voorkeur gebruik van een landelijke huisartsenregistratie omdat die een meer representatief landelijk beeld geven met minder regionale vertekening.

In de landelijke huisartsenregistraties is de continuïteit van de morbiditeitsgegevens echter (nog) beperkt. De CMR-peilstations hanteert een lijst van aandoeningen die jaarlijks iets verandert, en kan daardoor maar voor enkele aandoeningen trendgegevens in de tijd monitoren. Er zijn maar twee grote Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk uitgevoerd, met een tussenruimte van 10 jaar, waarvan de gegevens vanuit monitoring doeleinden gezien gedateerd zijn.

---

<sup>12</sup> Gommer AM (RIVM), Poos MJJC (RIVM), Baal PHM van (RIVM). Schattingsmethode incidentie en prevalentie 2007 In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Ziekte, kwaliteit van leven en sterfte\ Ziekten en aandoeningen, 11 mei 2009

Tabel 6: Historisch bij elkaar horende landelijke huisartsenregistraties/surveys

Landelijke CMR-Nivel: 1970-heden
Nationale Studie 1: 1987
Nationale Studie 2: 2000-2002
Nationale Studie 1 <sup>e</sup> lijn (niet gesubsidieerd, wel Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijnszorg -LINEL)
LINH: 1991- heden (diagnoses vanaf 2001)

Voor de meting van trends in de tijd is de VTV - zeker de tweede tot en met de vierde VTV - sterk afhankelijk geweest van één kleine regionale huisartsenregistratie, de CMR-Nijmegen, omdat die het langste bestaat. In de VTV-2010 is hiervoor ook van het RNH gebruik gemaakt.

Doordat een groter aantal regionale huisartsenregistraties nu al langere tijd bestaat - er zijn geen huisartsenregistraties gestopt - , neemt de gegevensbasis voor de bepaling van trends in de omvang van ziekten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk de laatste jaren wel toe.

Het landelijke LINH bestaat al sinds 1991 en richtte zich aanvankelijk op het registreren van contacten, medicijnvoorschriften en verwijzingen. Diagnostische informatie werd alleen bij voorschriften en verwijzingen vastgelegd. Pas sinds 2001 wordt *alle* diagnostische informatie geregistreerd met ICPC-codes. Continuering van LINH kan de mogelijkheden voor monitoring van veranderingen in de tijd van het voorkomen van ziekten en aandoeningen op landelijk niveau in de toekomst sterk vergroten.

Door veranderingen in de organisatie van de zorg (o.a. rechtstreekse toegang tot fysiotherapie) ontstaat onvolledigheid. Het is daarom belangrijk dat de plannen om tot een Landelijke Informatie Netwerk Eerste Lijn te komen (LINEL) voortvarend worden uitgevoerd en vanuit de overheid worden ondersteund.

#### 4. Andere zorgregistraties

De overige zorgregistraties worden gebruikt als aanvulling op de huisartsenregistraties. Er is een groot aantal aandoeningspecifieke registraties die een betere gegevenskwaliteit leveren dan de brede huisartsenregistraties en de algemene ziekenhuisregistratie LMR. Tezamen dekken deze overige zorgregistraties hooguit een deel van alle aandoeningen waarover de VTV gegevens probeert te verzamelen. De brede registraties blijven dus nodig voor de VTV.

De LMR is belangrijk voor de VTV, maar als de VTV de enige gebruiker van de LMR zou zijn, zou dat een onvoldoende bestaansreden voor de LMR zijn. De LMR wordt echter door veel andere partijen en voor een reeks andere doeleinden gebruikt (zie de LMR-brandbrief van het RIVM van enkele jaren geleden en de informatieparagraaf in de Zorgbalans 2010).

Ook in de overige zorgregistraties is er veel dynamiek, waarvan maar een deel in dit overzicht tot uitdrukking kon komen. Voorbeelden zijn: de versterking van de Landelijke Kanker Registratie, de samenbundeling van letselregistraties, de veranderde opzet van de SOA-registraties.

## BIJLAGE 4: PLANNING VOEDSEL CONSUMPTIE PEILINGEN<sup>13</sup>

Dit schema stamt uit 2002, aanpassingen die tijdens de uitvoeringsfase plaatsvonden staan onder tabel

TIJDSHEMA VOEDSELCOMPTIEONDERZOEK VANAF 2003				
	BASISGEGEVENS- VERZAMELING	SPECIALE GROEPEN	SPECIALE PRODUCTEN	VOEDINGSSTATUS VOEDINGSGEDRAG
2003	Pilot VCP Jongvolwassenen			
2004				
2005		VCP Jonge kinderen 2005-2006		
2006	Pilot en validering 6-11jr; 7-15 jr			
2007				Voedingsstatus Natrium en Jodium
2008	Basis 7-69 jr VCP 2007-2009		nader te bepalen	
2009	IJking	Ouderen		
2010		Kinderen 1/2 - 6 jaar	nader te bepalen	
2011	Basis 7-69 jr VCP 2010-2012	Allochtonen of Zwangeren&lacterenden		Basis Ouderen of Allochtonen of Zwangeren&lacterenden
2012			nader te bepalen	Kinderen
2013		Ouderen of Allochtonen of Zwangeren&lacterenden		Ouderen of Allochtonen of Zwangeren&lacterenden
2014	Basis 7-69 jr VCP 2013-2015	Kinderen 1/2 - 6 jaar	nader te bepalen	Basis
2015		Ouderen of Allochtonen of Zwangeren&lacterenden		Ouderen of Allochtonen of Zwangeren&lacterenden

Dit planningschema is een aantal jaren geleden gemaakt als een - ambitieus - werkprogramma voor de VCP met meer aandacht voor aparte bevolkingsgroepen. Er is uitgegaan van een ideale situatie zonder primair naar de (beperkte) financieringsmogelijkheden te kijken. Als gevolg van de beperkte financieringsmogelijkheden zijn uiteindelijk in de uitvoeringsfase verschillende onderdelen geschrapt. Deze aanpassingen betreffen<sup>14</sup>:

Kolom 1: IJking is vervallen; VCP-basis start in 2011 in plaats van in 2010.

Kolom 2: VCP kinderen 1/2-6 jaar is vervallen; VCP allochtonen loopt van 2010-2011 en is gekoppeld aan het HELIUS-project/cohort van AMC A'dam

Kolom 3: Speciale producten vervallen (geen geld)

Kolom 4: VCP-basis is gekoppeld aan NL de maat. Voedingsgedrag vervalt; ouderen of allochtonen of zwangeren 2011 --> keuze is gevallen op allochtonen; de vier laatste rijen dienen van een vraagteken te worden voorzien

De planning was een wensenlijst die de begrotingen oversteeeg. In de nieuwe planning waar nu over nagedacht wordt, is het beschikbare bedrag het uitgangspunt.

<sup>13</sup> VCP bestaat grotendeels uit een interview, maar de vitaminestatus wordt in bloed en urine bepaald. Als men een Health Examination Survey (HES) formuleert als een uitgebreid, professioneel interview, dan kan men het interview-deel van de VCP ook als een HES kunnen zien.

<sup>14</sup> aangegeven door projectleider Voedselconsumptiepeiling op 28.6.2010.