

**Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild.**

Het vóórkomen van CVA en TIA in de huisartspraktijk en de lotgevallen van de getroffen patiënten. Een studie onder 1 % van de Nederlandse bevolking.

K. van der Meer, R.J.A. Smith, G.J.Bremer.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen (prof.dr. G.J. Bremer)

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.  
(coördinator: A.I.M. Bartelds).

Dit project werd mogelijk gemaakt door subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Meer, K. van der

Cerebrovasculaire aandoeningen gepeild / K. van der Meer,  
R.J.A. Smith. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de  
Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-129-X geb.

SISO 606.1 UDC 616.831

Trefw.: beroerte.

Utrecht, september 1990

## VOORWOORD

Voor u ligt een verslag van het onderzoek naar het voorkomen van cerebrovasculaire aandoeningen in de huisartspraktijk, op basis van de gegevens die zijn verzameld door de huisartsen die meewerken aan de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.

Het was de bedoeling de incidentie voor CVA en TIA te bepalen en van de getroffen patiënten de lotgevallen in het eerste jaar na optreden van het cerebrovasculair accident in kaart te brengen. Hiervoor was behalve de "aanmelding" ook een vervolgregistratie noodzakelijk.

Dat na 2 jaar van registreren een volledig bestand van gegevens beschikbaar kwam is de verdienste van de registrerende huisartsen en de medewerkers van de CMR Peilstations Nederland. Een woord van dank en waardering voor hun inzet is hier op zijn plaats.

De samenstellers.



## INHOUD

<b>1. INLEIDING</b>	<b>5</b>
G.J.Bremer	
<b>2. WERKWIJZE VAN DE PEILSTATIONS</b>	<b>12</b>
A.I.M.Bartelds	
2.1. Peilstationpopulatie	12
2.2. Wijze van rapporteren	16
2.3. Enkele opmerkingen	16
<b>3. REGISTRATIE-PROCEDURE EN VERZAMELDE GEGEVENS</b>	<b>18</b>
R.J.A. Smith en K. van der Meer	
<b>4. CVA IN DE HUISARTSPRAKTIJK</b>	<b>21</b>
K. van der Meer en R.J.A. Smith	
4.1. vóórkomen	23
4.2. uitvalsverschijnselen	24
4.3. opname in het ziekenhuis	25
4.4. handelen van huisartsen	28
4.5. beloop, sterfte	28
4.6. beschouwing	31
4.7. samenvatting	33
<b>5. PATIENTEN MET TIA IN DE HUISARTSPRAKTIJK</b>	<b>36</b>
R.J.A. Smith en K. van der Meer	
5.1. vóórkomen	37
5.2. uitvalsverschijnselen	39
5.3. handelen van huisartsen	40
5.4. Beloop	42
5.5. beschouwing	43
5.6. samenvatting	46
<b>6. TENSLOTTE</b>	<b>49</b>

<b>7. BASISGEGEVENS VOOR DE GROEP CVA-PATIENTEN</b>	<b>51</b>
7.1. bij melding	51
7.2. na 1 week	55
7.3. na 8 weken	59
7.4. na 1 jaar	63
<b>8. BASISGEGEVENS VOOR DE GROEP TIA-PATIENTEN</b>	<b>67</b>
8.1. bij melding	67
8.2. na 1 week	71
8.3. na 8 weken	75
8.4. na 1 jaar	79
<b>BIJLAGEN</b>	<b>83</b>
1. Toelichting weekstaat	84
2. Incidentiecijfers van CVA voor verschillende populatie- segmenten voor elk der beide registratiejaren.	86
3. Incidentiecijfers van TIA voor verschillende populatie- segmenten voor elk der beide registratiejaren.	88
4. De weekstaat	90

## 1. INLEIDING

In 1982 besloten de medewerkers verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen de geriatrie als belangrijkste onderwerp te nemen van hun onderzoek en binnen de geriatrie vooral de aandacht te richten op het ziektebeeld het cerebrovasculaire accident, de beroerte, de attaque.

Dit ziektebeeld werd gekozen om verschillende redenen.

In de eerste plaats is het een ernstige ziekte die vooral bij oudere mensen voorkomt. De ziekte wordt min of meer beschouwd als een 'complicatie' van hypertensie en zou door een goede 'preventie' in frequentie teruggebracht kunnen worden, zij geeft aanleiding tot vaak ernstige invaliditeit - 20 - 30% van de chronische verpleeghuispatiënten hebben een cerebrovasculair accident doorgemaakt - en samenwerking met specialisten is voor de huisarts, wil hij voor deze patiënten iets kunnen betekenen, een absolute voorwaarde.

De thuisverzorging van CVA patiënten vereist, in alle fasen van het ziek zijn, bovendien specifieke kennis en vaardigheden waarbij samenwerking met ten minste wijkverpleegkundige, fysiotherapeut en logopedist noodzakelijk is. Ten slotte zijn de diagnostische problemen bij een TIA niet gering en vormt de afasie een complicatie die een heel bijzondere aandacht noodzakelijk maakt.

Kortom het ziektebeeld van het CVA heeft veel belangrijke aspecten die van betekenis zijn voor de huisartsgeneeskunde, zoveel dat onderzoekers er gedurende lange tijd hun krachten aan kunnen wijden.

Door deze vele aspecten is er bovendien sprake van veel 'transfer' in de zin van: het CVA is een belangrijk ziektebeeld omdat (huis)artsen bij CVA patiënten geconfronteerd worden met problemen en vragen die ook bij andere ziekten van oudere mensen veel vóórkomen.

Ik noem er enkele:

- Moet de patiënt worden opgenomen in een ziekenhuis?
- Hoever gaat de autonomie van de patiënt?
- Hoe groot kan en mag de invloed van de omgeving zijn op de beslissingen van de arts?

Om deze patiënten goed te kunnen adviseren is het ook noodzakelijk dat de huisarts op de hoogte is van de moderne vorderingen van de geneeskunde en zich niet laat imponeren door discutabele publicaties over

onderzoeksmethoden, ingrepen en therapieën waarvan de resultaten allerm minst vaststaan.

Momenteel (acht jaar later) weten wij beter hoeveel lacunes er in de kennis ten aanzien van deze ziekte nog bestaan. Zelfs een simpele vraag betreffende de prevalentie als:

hoeveel mensen in onze maatschappij hebben -al of niet met een resterende invaliditeit- een CVA overleefd, heeft men tot nu toe in Nederland niet goed kunnen beantwoorden.

Deskundigen zeggen: ongeveer 7 per 1.000 van de bevolking, waarvan er ongeveer 2 permanent in een verpleeghuis verblijven.

Dit soort getallen zijn berekend aan de hand van de incidentie en de gemiddelde ziekteduur maar concrete tellingen zijn er -voor zover ik weet- in Nederland nog nooit gedaan.

Ik schrijf 'voor zover ik weet' want het is tegenwoordig onmogelijk om alle publicaties te lezen die er over deze ziekte verschijnen, hoewel wij uiteraard wel proberen de voor ons relevante literatuur bij te houden.

Speciaal voor huisarts-onderzoekers is dat een probleem want huisartsen moeten ervoor oppassen ook weer niet te diep in de problematiek te duiken.

Voor wij het NIVEL verzochten het CVA met hulp van de peilstationartsen te onderzoeken hebben wij de problematiek onderzocht waar de individuele huisarts mee geconfronteerd wordt wanneer zich een patiënt met een CVA in zijn praktijk voordoet (1,2,3), hebben wij ons verdiept in de interdoktervariatie ten aanzien van het handelen van huisartsen bij dit ziektebeeld (4), hebben wij getracht -met hulp van de SOOM: de "Stichting Onderzoek Ouderwordende Mens"- een gedragslijn op te stellen voor huisartsen bij patiënten met een CVA (5), en hebben wij de zorg voor de CVA patiënt in de eerstelijnsgezondheidszorg nader bestudeerd. (6) Vervolgens onderzochten wij de mening van oudere mensen over de beantwoording van de vraag: "Wat moet er gebeuren als ik ernstig ziek word"? (7) en bestudeerden wij CVA patiënten in verpleeghuizen. (8) Ten slotte verdiepten wij ons in de voorlichtingsliteratuur die er met betrekking tot dat ziektebeeld in Nederland is uitgegeven.(9 en 10)

Toen wij in 1985 de Begeleidingscommissie van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland van het NIVEL verzochten het cerebrovasculaire accident op de weekstaat te plaatsen en tevens, met behulp van aanvullende vragenlijsten, te onderzoeken hoe het met de patiënten verder is gegaan, deden wij



dat om verschillende redenen.

De meest belangrijke reden lag wel in het feit dat vrijwel alle door huisartsen verrichte morbiditeitsonderzoekingen òf al betrekkelijk oud waren (11,12), of vrijwel altijd lokaal, in een bepaalde regio òf in het buitenland waren verricht (12,13). Recent onderzoek betreffende de incidentie van het CVA in Nederland is er niet gedaan.

In 1979 had het NIVEL de cerebrovasculaire aandoeningen al eens met hulp van de peilstations onderzocht (14) en ook toen had men reeds de verdere lotgevallen van de patiënten bestudeerd, maar de peiling had plaatsgevonden in 1971-1973.

Uit dit onderzoek waren overigens leerzame conclusies voor latere onderzoekers te trekken.

Hoewel epidemiologische gegevens uiteraard met veel voorzichtigheid gehanteerd moeten worden staan enkele feiten langzamerhand wel vast. Terwijl de incidentie van het CVA al jaren lang langzaam daalt (zie o.a. 15) blijft het een ziekte die sterk toeneemt met het stijgen van de leeftijd. Daarnaast daalt de mortaliteit sterk -waarschijnlijk door een intensievere behandeling- maar dat heeft tot gevolg dat het aantal mensen, invalide ten gevolge van deze kwaal, toeneemt. De frequentie waarmee de patiënten in een ziekenhuis worden opgenomen is de laatste 25 jaar dan ook sterk gestegen. (16) Merkwaardig is dat er duidelijke geografische verschillen in de wereld bestaan zowel wat incidentie als wat mortaliteit betreft.

Daarnaast blijkt er in Nederland weinig duidelijkheid te bestaan over het percentage patiënten met een TIA dat door de huisartsen naar specialistische centra verwezen wordt.

Voor een goed overzicht van de belangrijke epidemiologische onderzoekingen zij de lezer verwezen naar het artikel van Schulte. (15)

Het leek ons om de genoemde redenen goed als er in Nederland weer een landelijk morbiditeits onderzoek zou plaatsvinden.

Met de gegevens van een dergelijk onderzoek kan dan de behoefte aan zorg in de toekomst enigszins worden begroot.

Wij denken daarbij dan vooral aan de zorg die voor deze mensen thuis, in revalidatiecentra en in verpleeghuizen nodig zal zijn.

Bij het hier beschreven onderzoek is weer gebruik gemaakt van de tweedeling van de ziektebeelden in:

- transient ischaemic attack (TIA) en
- andere cerebrovasculaire ziektebeelden.

De inclusiecriteria staan beschreven in ICHPPC-2 defined, de International Classification of Health Problems in Primary Care. (17). Prof.Dr. H.J.G.H.Oosterhuis heeft ons geholpen de criteria wat de TIA's betreft voor de peilstationartsen nog wat nauwkeuriger te omschrijven.

Terwijl de diagnostiek bij blijvende verlammingen niet zo veel problemen oplevert is de diagnose TIA allerminst eenvoudig.

Theoretisch is deze diagnose trouwens pas na 24 uur te stellen reden waarom de genoemde ziektebeelden bij de eerste melding tesamen werden geregistreerd.

Omdat de interdoktervariatie bij artsen - en niet alleen bij huisartsen - groot is (18) was het interessant ook het handelen van de huisartsen bij deze ziekte te inventariseren temeer omdat de gegevens van de peilstations een ( grove) verdeling naar provincie(groep) en urbanisatiegraad toelaat. Overigens moet steeds bedacht worden dat artsen uiteraard mensen behandelen en geen ziektebeelden en dat het dus niet zo verwonderlijk is dat artsen op dit punt wat hun gedrag betreft sterk uiteenlopen.

Uit ons onderzoek tot dan toe is gebleken dat dat handelen van de huisartsen meer bepaald lijkt door de lokale situatie waarin zij zich bevinden dan door de toestand van de patiënt. (1,4)

Omdat de vraag gesteld kan worden of dat voor de patiënten nu wel zo goed is rijst direct de logische vraag hoe het nu met de gesignaleerde patiënten verder is gegaan.

Om deze reden hebben wij de registrerende huisartsen gevraagd gegevens betreffende de patiënten te verzamelen na respectievelijk 1, 8 en 52 weken. (Zie Bijlagen)

Iets dergelijks was ook reeds gedaan bij het onderzoek van het NIVEL in 1979 (14) hoewel de tijdstippen waarop toen de gegevens verzameld werden anders lagen.

Samenvattend komen wij tot de volgende onderzoeksvragen:

- a) Wat is de incidentie van het CVA en van de TIA?
- b) Hoe treedt de huisarts bij deze ziektebeelden op?
- c) Wat zijn de lotgevallen van de patiënten gedurende het jaar na de melding?

Een eerste globale overzicht over de resultaten van dit onderzoek staat vermeld in het Jaarverslag 1987 van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland. (19)

Verder zijn twee artikelen verschenen voor publicatie in Huisarts & Wetenschap, één over CVA (20) en één over TIA in de huisartspraktijk. (21) De teksten van deze artikelen zijn in dit rapport voor een belangrijk deel overgenomen.

In het boek "Een huisarts wel-beschouwd" is een hoofdstuk opgenomen onder de titel "Beroerte: opname in het ziekenhuis?" Ook hierin worden gegevens uit het NIVEL-project gepresenteerd. (22)

## LITERATUUR

1. Schure LM, Bremer GJ en Wachters-Kaufmann CSM. Insturen of thuishouden? Huisarts Wet 1983;26:338-40.
2. Dijksterhuis PH en Heel CP van. Transient ischaemic attack in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1984;27:205-11.  
Zie ook: Ingezonden: Huisarts Wet 1985;28;26-7.
3. Soesbeek KH. Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. Huisarts Wet 1985;28:94-5.
4. Soesbeek KH en Bremer GJ. Over het handelen van huisartsen bij patiënten met een CVA. Verslag van een schriftelijke enquête. Huisarts Wet 1985; 28 (suppl.H&P 9): 36-7.
5. Soesbeek KH en Pleiter C. CVA Thuisverzorging? Rapport Vakgroep Huisartsgeneeskunde, RU Groningen: 1984.
6. Wachter-Kaufmann CSM, Soesbeek KH en Pleiter C: Beroerte: een beroerde zorg? In :De eerste lijn onderzocht.Red.: WGM Boersma en L.Hingstman. Van Loghum Slaterus, Deventer 1985.
7. Schure LM en Bremer GJ. Wat moet er gebeuren als ik ernstig ziek word? Meningingen en wensen van een aantal oudere mensen.  
Samen op weg 1985; 5:5. Maandelijks Orgaan van de ANBO: Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen.
8. Boer A. Beroerte-Verpleeghuis? Een onderzoek naar mensen die een beroerte hebben gehad en in een verpleeghuis verblijven. Doctoraal scriptie sociologie, RU Groningen 1985.
9. Wachters-Kaufmann CSM. Voorlichtingsliteratuur voor patiënten met een CVA.Huisarts Wet 1985;28: (suppl.H&P 9),38.
10. Bremer GJ. en Wachters-Kaufmann SCM. Literatuur over het cerebrovasculair - accident. Een model voor een literatuur lijst over een ziektebeeld. Huisarts Wet 1988;31:234-6.
11. Oliemans P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Urecht 1969.
12. Morbidity Statistics from General Practice Vol. I and III. HMSO, London 1958;62.
13. Ree van, Hoogen van den H. Cerebrovasculair diseases in general practice (Abstract) Allgemeinmedizin 1988;17:VIII.
14. Nederlands Huisartsen Instituut. Studies uit de continue morbiditeitsregistratie peilstations. Longitudinaal onderzoek cerebrovasculaire aandoeningen, Utrecht 1979.
15. Schulte BPM. Epidemiologische aspecten van de beroerte. Tijdschr. Gerontol Geriatr 1987;18:47-50.

16. Hoogendoorn D. Arteriosklerotische hersenaandoeningen in de landelijke statistiek van doodsoorzaken: het cerebrovasculair accident (CVA). Ned Tijdschr Geneeskd. 1985;129:1883-7.
17. Classification Committee of WONCA. International Classification of Health Problems in Primary Care -2- defined Oxford: Oxford University Press 1983.
18. Lamberts H. Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts Wet 1986;29:146-52.
19. Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland Utrecht 1987.
20. Meer van der K. Smith RJA. CVA patiënten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1990; 33:141-144
21. Meer van der K. Smith RJA. Patiënten met TIA in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1990; 33:184-188
22. Meer van der K. Smith RJA. Beroerte: opname in het ziekenhuis? Een huisarts welbeschouwd. Uitgeverij Bunge: 1989; 5; 39-46

## 2. DE WERKWIJZE VAN DE PEILSTATIONS

De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations, Nederland, kortweg C.M.R. Peilstations, bestaat sinds 1970. Het startte aanvankelijk als een samenwerkingsverband van het toenmalige Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut.

Thans behoort het project tot de basisactiviteiten van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het NIVEL, dat in 1985 de rechtsopvolger werd van het Nederlands Huisartsen Instituut.

De C.M.R. Peilstations is een registratie methode waarvan de basis ligt in de huisartspraktijk. In een land als Nederland waar de toegang tot de meer gespecialiseerde zorg en ziekenhuiszorg via de huisarts verloopt en elke huisarts voor een goed omschreven groep patiënten zorgt is de huisartspraktijk een belangrijke bron van informatie over de ziekten die in de bevolking voorkomen. In de C.M.R.-Peilstations wordt van deze informatiebron gebruik gemaakt.

### 2.1. Peilstationpopulatie

De C.M.R. Peilstations bestaat uit een landelijk netwerk van huisartsenpraktijken, de peilstations, dat 1% van de Nederlandse bevolking bestrijkt. Hierbij is rekening gehouden met een geografische spreiding en met een spreiding over regio's met een verschillende graad van urbanisatie.

Voor de geografische spreiding wordt een indeling in provinciegroep gehanteerd:

- provinciegroep A: Groningen, Friesland en Drenthe
- provinciegroep B: Overijssel, Gelderland en Flevoland
- provinciegroep C: Utrecht, Noord- en Zuid Holland
- provinciegroep D: Zeeland, Noord Brabant en Limburg

Voor de spreiding naar graad van urbanisatie wordt de volgende indeling gebruikt:

- groep 1: plattelandsgemeenten (urbanisatiegroep A<sub>1</sub>-A<sub>4</sub>)<sup>1</sup>
- groep 2: verstedelijkt platteland en gemeenten met een stedelijk karakter (urbanisatiegroep B<sub>1</sub>-B<sub>3</sub> en C<sub>1</sub>-C<sub>4</sub>)
- groep 3: grote steden dat wil zeggen gemeenten met meer dan 100.000 inwoners (urbanisatiegroep C<sub>5</sub>)

In figuur 2.1. is de spreiding over Nederland weergegeven.



Ter contrôle van de 1%-doelstelling wordt elke twee jaar een praktijktelling

gehouden. In tabel 2.1. wordt de populatie van de peilstationpraktijken vergeleken met de totale Nederlandse bevolking. Deze vergelijking is gebaseerd op de tellingen van 1985, de uitkomsten van de tellingen zijn gebruikt in de berekening in de jaren 1986 en 1987, waarin de registratie van de cerebrovasculaire accidenten plaatsvond.

Tabel 2.1.: vergelijking van de populatie van de praktijken van de peilstationartsen met de totale Nederlandse bevolking

		aantal inwoners Nederland <sup>2</sup>	aantal patiënten peilstations (met percentage)
provinciegroep	A	1.591.477	22.143 (1.4%)
	B	2.961.252	22.533 (0.8%)
	C	6.474.415	68.256 (1.1%)
	D	3.586.613	35.069 (1.0%)
urbanisatiegroep	1	1.688.452	24.348 (1.4%)
	2	9.406.483	87.894 (0.9%)
	3	3.518.822	35.759 (1.0%)
geslacht	mannen	7.224.323	73.394 (1.0%)
	vrouwen	7.390.802	75.607 (1.0%)
totaal		14.615.125	148.001 (1.0%)

Ook de 1% afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht wordt bij deze telling gecontroleerd. In tabel 2.2. wordt een overzicht gegeven van de percentages mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking die resorteren onder de Peilstations per leeftijdsklasse van 5 jaar per provinciegroep per urbanisatiegroep en voor Nederland



Tabel: 2.2. Peilstationspopulatie per leeftijdsgroep en naar sexe als percentage van de totale populatie per provinciegroep en naar urbanisatiegraad

Leef- tijd	provinciegroep				urbanisatiegroep			Neder- land								
	A		B		C		D		1		2		3			
	M	V	M	V	M	V	M		V	M	V	M	V	M	V	
0- 4	1.3	1.4	0.7	0.6	0.9	0.9	0.8	0.8	1.3	1.3	0.7	0.7	1.0	0.9	0.9	0.9
5- 9	1.4	1.5	0.7	0.7	1.1	1.0	0.9	0.9	1.4	1.5	0.9	0.9	1.1	1.0	1.0	1.0
10-14	1.5	1.5	0.7	0.7	1.1	1.1	1.0	1.1	1.5	1.5	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1
15-19	1.3	1.4	0.8	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.4	1.5	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0
20-24	1.3	1.5	0.8	0.8	1.1	1.1	1.0	1.1	1.5	1.7	1.0	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1
25-29	1.5	1.6	0.8	0.7	1.1	1.1	1.0	1.0	1.4	1.4	0.9	0.9	1.1	1.2	1.0	1.1
30-34	1.5	1.6	0.7	0.7	1.0	1.1	1.0	1.0	1.3	1.5	0.9	0.9	1.1	1.2	1.0	1.0
35-39	1.5	1.6	0.7	0.7	1.1	1.1	0.9	1.0	1.4	1.5	0.9	0.9	1.0	1.1	1.0	1.0
40-44	1.2	1.2	0.7	0.7	0.9	1.0	0.9	1.0	1.3	1.3	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
45-49	1.3	1.4	0.7	0.7	1.0	1.0	0.9	1.1	1.4	1.4	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
50-54	1.3	1.2	0.8	0.8	1.0	1.1	1.0	1.0	1.5	1.5	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
55-59	1.2	1.3	0.8	0.8	1.1	1.1	0.9	1.0	1.4	1.5	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0
60-64	1.3	1.3	0.8	0.8	1.1	1.0	0.9	0.9	1.5	1.4	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0
65-69	1.4	1.2	0.8	0.7	1.1	1.0	0.8	0.9	1.5	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0
70-74	1.1	1.2	0.9	0.7	1.0	1.1	1.0	0.9	1.5	1.4	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	0.9
75-79	1.3	1.3	0.9	0.8	1.0	0.9	0.9	0.9	1.4	1.4	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0	0.9
80-84	1.3	1.2	1.0	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.3	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0
>85	1.3	1.3	0.9	0.7	1.1	1.0	0.9	1.1	1.5	1.4	1.0	1.0	1.0	0.8	1.1	1.0
totaal	1.4	1.4	0.7	0.7	1.0	1.1	0.9	1.0	1.4	1.4	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0

Met het oog op de registratie van aandoeningen van oudere mensen is van belang dat ook in de hogere leeftijdsgroepen de 1% norm is gerealiseerd.

De tweejaarlijkse tellingen van de praktijkpopulaties blijken een goede methode te zijn te controleren of de 1% norm op enig moment is gerealiseerd.

## **2.2. Wijze van rapporteren**

In de peilstations wordt wekelijks een zogenaamde weekstaat ingevuld (zie bijlage 4). Bij de rapportage wordt in principe uitgegaan van een volledige 7-daagse week. Ten aanzien van het weekend wordt verzocht ook die patiënten te registreren, die tijdens een 'vrij weekeinde' door de waarnemend huisarts zijn gezien. Bij afwezigheid van de huisarts en het ontbreken van waarneming in de praktijk zelf (bij vakantie, ziekte of nascholing) zal het niet altijd mogelijk zijn alle dagen van de week te melden. Per week wordt men dan ook verzocht het aantal dagen waarover wel gerapporteerd wordt op het formulier aan te kruisen.

Het zijn vooral de als solist werkzame huisartsen waarbij uitval in de registratie optreedt als gevolg van de genoemde factoren. De omvang van het aantal niet gerapporteerde dagen lag in 1986 op 12% en in 1987 14%. In de grote steden en in de westelijke provincies is de uitval iets hoger dan in de andere subgroepen.

Na afloop van een registratieweek wordt de weekstaat met de meldingen en onder opgave van het aantal dagen waarover is gerapporteerd naar het secretariaat op het Nivel gezonden.

Contrôle op het insturen van de weekstaat vindt plaats: wanneer 2 weken na afloop van een registratieweek geen ingevulde weekstaat is ontvangen wordt contact met de betreffende praktijk opgenomen.

Wanneer sprake is van een registratie waarbij per melding aanvullende gegevens worden gevraagd wordt per praktijk een logboek aangelegd waarmee gecontroleerd wordt of de aanvullende gegevens zijn ontvangen. Bij de registratie van de cerebrovasculaire aandoeningen, waarbij er enkele malen na de melding opnieuw gegevens werden gevraagd was dat het geval. (zie hoofdstuk 3.).

En ook hierbij is de regel dat bij het uitblijven van de aanvullende gegevens contact opgenomen wordt met de betreffende peilstationarts om deze daaraan te herinneren.

## **2.3. Enkele opmerkingen**

De C.M.R. Peilstations is een project met een inmiddels twintig jarige geschiedenis. In de werkwijze van het project is in die twintig jaar weinig veranderd. Ook in de aan het project meewerkende groep huisartsen treedt weinig verandering op. De wijze van werken is de artsen derhalve vertrouwd. Er is routine aanwezig in de praktijken waar het het melden van

aandoeningen of verrichtingen betreft.

Uitval in de registratie treedt voor al daarop waar een (solo)arts afwezig is wegens vakantie, ziekte of nascholing en er geen waarnemer in de praktijk aanwezig is. Hoewel in de verwerking van de gegevens gecorrigeerd wordt voor deze afwezigheid moet om die reden zeker bij aandoeningen met een hoge urgentie voor het inroepen van hulp van de huisarts altijd met enige voorzichtigheid naar de gevonden incidentie worden gekeken.

In een registratie als de onderhavige kunnen de gevonden incidenties om die reden aan de lage kant zijn.

- 1) Typologie van de Nederlandse Gemeenten naar urbanisatiegraad, 1-1-1971 (Centraal Bureau voor de Statistiek).
- 2) 1-1-1987, Centraal Bureau voor de Statistiek Personen, die zijn ingeschreven in het centraal personenregister (C.P.R.) zijn buiten beschouwing gelaten.

### 3. REGISTRATIE-PROCEDURE EN VERZAMELDE GEGEVENS.

In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over TIA- en CVA-patiënten. In de volgende hoofdstukken zijn voor elk van deze twee onderscheiden groepen apart de onderzoeksvragen beantwoord. Voor de CVA-patiënten gebeurt dit in hoofdstuk 4 en voor de TIA-patiënten in hoofdstuk 5.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de registratie-procedure, de aard van de verzamelde gegevens en de totstandkoming van beide groepen patiënten.

Gedurende een periode van twee jaar, van begin 1986 tot eind 1987, werden door de deelnemende huisartsen alle patiënten met een nieuw opgetreden cerebrovasculaire aandoening aangemeld. Alle deelnemende huisartsen ontvingen een instructie (bijlage 1.), waarin de inclusie-criteria voor CVA en TIA volgens de ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) werden vermeld. Aan het begin van de registratie-periode werd deze instructie nog mondeling toegelicht en door-gesproken.

De gegevens werden verzameld door middel van een meldingsformulier en drie vervolformulieren: één na 1 week, één na 8 weken en één na 1 jaar.

#### **Op het meldingsformulier staan vragen naar:**

- basisgegevens van de patiënt, zoals leeftijd, sexe en woonsituatie.
- uitvalverschijnselen.
- mogelijke risico-factoren, zoals hypertensie, diabetes mellitus, adipositas, dementie en andere aandoeningen.
- aan de TIA of CVA van deze melding voorafgaande TIA's en/of CVA's met eventuele restverschijnselen.
- de mate van zelfredzaamheid vóór de melding.

#### **Op de drie vervolformulieren wordt gevraagd naar:**

- andere belangrijke aandoeningen, die intussen zijn ontdekt.
- ingestelde behandeling door de huisarts, zoals medicatie, inschakelen wijkverpleegkundige, verwijzing naar een specialist of een fysiotherapeut of anderszins.
- al dan niet opname en de redenen die bij de beslissing tot opname een rol spelen en het type instelling (ziekenhuis, verzorgingshuis of verpleeg-huis).

- overlijden en de daarop aanvullende gegevens, zoals doodsoorzaak, aantal dagen nog geleefd na het CVA en de plaats van overlijden.
- opgetreden recidieven in de afgelopen periode.
- de mate van hulpbehoefendheid op het gepeilde moment.
- nog aanwezige uitvalsverschijnselen.
- het aantal malen, dat de huisarts nog contact heeft gehad met de patiënt na de melding.
- de huidige verblijfplaats van de patiënt.

Een melding door de huisarts betekent dat als de (waarschijnlijke) diagnose een cerebrovasculaire aandoening werd gesteld. Omdat pas na 24 uur definitief het onderscheid tussen een TIA en een CVA te maken is (volgens de definitie van de ICHPPC-2-defined) is op het "1 week"-formulier de vraag opgenomen naar de definitieve diagnose: CVA, TIA of gewijzigde diagnose. Een gewijzigde diagnose wil in dit geval zeggen, dat er naderhand niet van een cerebrovasculaire aandoening sprake bleek te zijn. Vanwege de mogelijkheid dat pas veel later zou blijken, dat de diagnose TIA of CVA onterecht gesteld was, werd ook op het "1 jaar"-formulier gevraagd naar eventuele wijzigingen in de aanvankelijk gestelde diagnose.

In totaal werden over de twee jaren 422 patiënten aangemeld. Hiervan betrof het in 132 gevallen een TIA en in 273 gevallen een CVA.

De kenmerken van de populatie CVA-patiënten zijn bepaald op grond van alleen de patiënten, die vanwege een CVA zijn gemeld. CVA's, die naderhand optraden bij patiënten gemeld vanwege een TIA, zijn alleen betrokken bij de berekening van de incidentie-cijfers van het CVA.

Dezelfde procedure is gehanteerd voor het bepalen van de gegevens betreffende de TIA.

Verder werd er in 3 gevallen geen diagnose gesteld, terwijl bij 14 meldingen de huisarts de aanvankelijke diagnose wijzigde: bij 7 in de eerste week en bij de overige 7 door middel van het "1 jaar"-formulier.

Bij de patiënten bij wie een wijziging in de aanvankelijke diagnose werd aangebracht werd de uiteindelijke diagnose gesteld op:

- 1x een epileptisch insult ten gevolge van meta's in cerebro.
- 1x gemetasteed prostaatcarcinoom
- 1x Adam Stokes ten gevolge van hersenmeta's
- 1x snel groeiende hersentumor
- 1x cardiaal (pericarditis)
- 1x focale epilepsie
- 1x trauma capitis met als gevolg contusio cerebri

- 1x hypokinetisch rigide syndroom/ arterieel Parkinsonisme
- 1x conversie verschijnselen bij psychische problemen
- 1x organisch psychosyndroom
- 1x onduidelijk, mogelijk migraine
- 2x collaps e.c.i.
- 1x multi-infarct brain

#### 4. CVA IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Het optreden van een cerebrovasculair accident (CVA) is een ingrijpende gebeurtenis. Het plotselinge verlies van belangrijke lichaamsfuncties heeft voor de patiënt en zijn omgeving ernstige gevolgen. De roep om de huisarts is in deze omstandigheden begrijpelijk: wat heeft de patiënt, wat moet er nu gebeuren?

Op grond van de anamnese, de hetero-anamnese en het lichamelijk onderzoek komt de huisarts tot de waarschijnlijke diagnose: beroerte, het klinisch beeld dat bij oudere mensen in 80% van de gevallen berust op een herseninfarct.(1,2) Een hersentumor is niet uit te sluiten en omdat de verschijnselen zeer recent zijn opgetreden, moet nog met de mogelijkheid van een TIA rekening gehouden worden.

Wat te doen? De patiënt laten opnemen? Is de verzorging van de patiënt thuis mogelijk? Kan de beslissing uitgesteld worden? Hoe zijn de overlevingskansen?

Uit onderzoek op verschillende plaatsen in Nederland zijn cijfers beschikbaar gekomen over de incidentie van cerebrovasculaire aandoeningen per 1000 inwoners per jaar.

Lamberts (1984) (3) vond in het monitoring-project een incidentie van 0.8 in het eerste en 2.2 in het tweede jaar van registratie.

In het CMR van het Nijmeegs Instituut (1983) (4) wordt een incidentie van 3.0 gemeld.

In het onderzoek van Herman e.a. (1981) (5) in Tilburg, wordt een incidentie van 1.74 gevonden.

Het ziektebeeld treft vooral oudere mensen. Voor mensen van 65 jaar en ouder wordt in het Autonomie-project een incidentie van 15.6 per 1000 gevonden (11). De mortaliteit is hoog. Het CVA staat in Nederland op de lijst van doodsoorzaken op de derde plaats: ongeveer 12.000 gevallen per jaar.

Gedurende een periode van twee jaar (1986 en 1987) zijn door de huisartsen van de peilstations van het NIVEL alle nieuwe CVA-patiënten geregistreerd. Op de dag van de melding werden de persoonsgegevens van de patiënt geregistreerd als ook de woonsituatie, de mate van zelfredzaamheid vóór het CVA en de gepresenteerde uitvalsverschijnselen. Na 1 week, na 8 weken en na 1 jaar werden door de huisartsen vragenlijsten met betrekking tot de toestand van de patiënt ingevuld. Steeds werd gevraagd of de

patiënt in leven was; zo nee: wat was de doodsoorzaak, waar was de patiënt overleden en hoe lang heeft de patiënt nog geleefd? Zo ja: waar verblijft de patiënt nu, heeft de patiënt een recidieve CVA doorgemaakt en hoe is het gesteld met de hulpbehoefendheid van de patiënt? Voor de beoordeling van de hulpbehoefendheid van de patiënt werd de huisarts gevraagd een uitspraak te doen of er geen, weinig of veel hulp nodig was. Er werd van uitgegaan dat de huisarts deze beoordeling maakt na recente eigen waarneming bij de patiënt thuis, in het ziekenhuis of in het verpleeghuis. Ook werd de huisarts gevraagd wat de redenen waren de patiënt te laten opnemen of juist thuis te houden. In hoofdstuk 7 staan de "rechte tellingen" vermeld.

Wat betreft de classificatie van de cerebrovasculaire aandoeningen, werd gekozen voor de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-defined). In deze classificatie wordt een onderscheid gemaakt tussen "Transient Cerebral Ischemia" (TIA) en "Other Cerebrovascular Disease". Onder CVA verstaan we alle andere cerebrovasculaire ziektebeelden, inclusief alle vormen van apoplexie en post-apoplectische verlammingen (zie bijlage 1).

Nodig voor de diagnose zijn acute symptomen van uitval van hersenfunctie, waarvan verondersteld wordt dat deze van vasculaire oorsprong zijn, en die langer dan 24 uur duren of de dood veroorzaken.

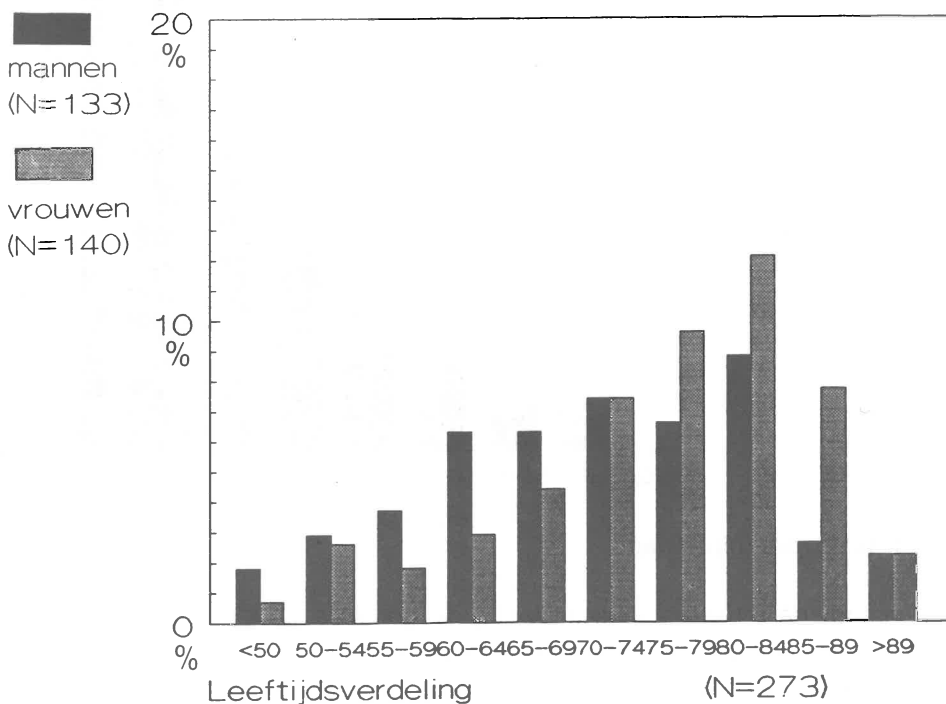


#### 4.1. Vóórkomen

In totaal werden 273 patiënten met een of meer CVA's gemeld in de 2 jaren van registratie. Aanvankelijk werden ook nog 10 patiënten aangemeld met vermoedelijk een CVA, bij wie later de diagnose werd gewijzigd in epilepsie (2), hersentumor (1), conversie (1), collaps e.c.i. (2), organisch psychosyndroom(1), multi-infarct brain (1), cardiale pathologie (1) en van een patiënt is geen nieuwe diagnose opgegeven.

In 1986 werden 137 patiënten gemeld, in 1987 136 patiënten. Dat het CVA een aandoening is die vooral oudere mensen treft, blijkt uit figuur 4.1.

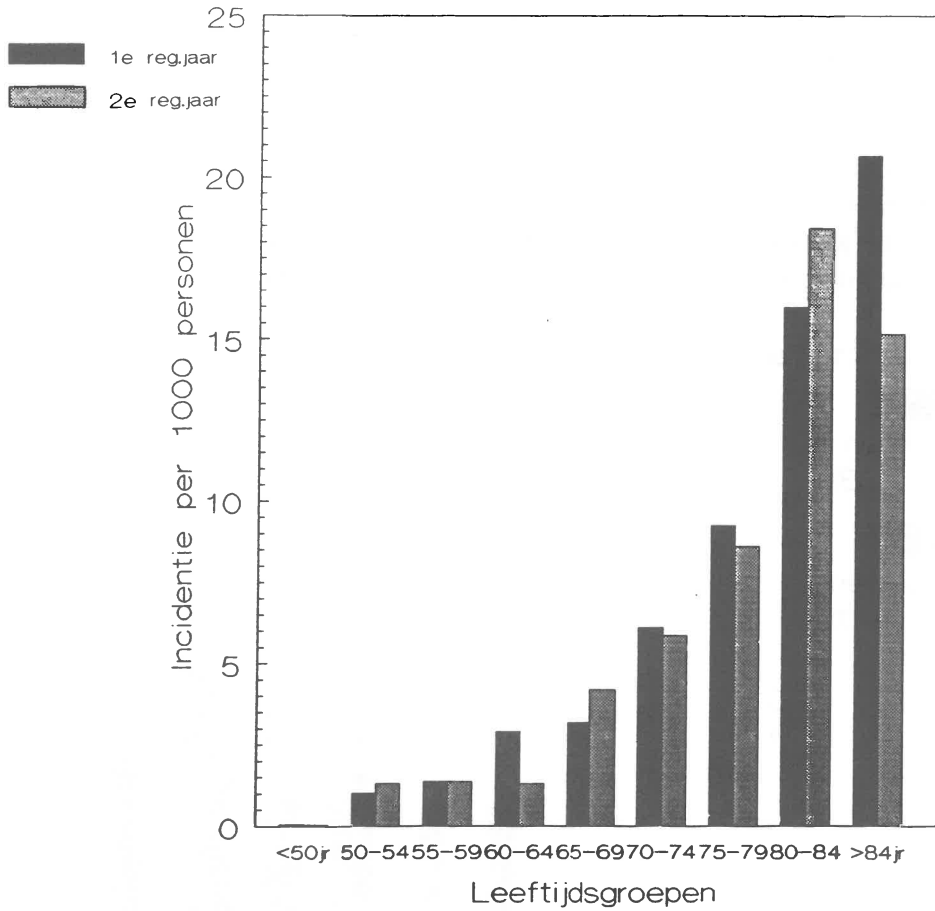
Figuur 4.1. Leeftijdverdeling CVA-patiënten naar sexe (273)



Twee derde-deel van de groep CVA patiënten is ouder dan 70 jaar. Vrouwen maken voor 51% en mannen voor 49% deel uit van de groep CVA-patiënten.

De incidentie stijgt met de leeftijd (figuur 4.2.). De incidentie voor het optreden van CVA in de hele populatie van de peilstations is berekend op 1.3 per 1000 inwoners.

Figuur 4.2. Incidentie-cijfers CVA over 2 jaren van registratie per leeftijdsgroep



#### 4.2. Uitvalsverschijnselen

Wat betreft de uitvalsverschijnselen bij de gemelde CVA-patiënten: spraakstoornissen kwamen het meest frequent voor: bij 61% van de patiënten. Bewustzijnsstoornissen werden bij een kwart van de patiënten geregistreerd (tabel 4.1.).

Tabel 4.1. Uitvalsverschijnselen in relatie tot het percentage ziekenhuisopname en het percentage sterfte in de eerste week (N=275).

Uitvalsverschijnselen	%	Percentage ziekenhuisopname in de eerste week	Percentage sterfte in de eerste week
spraakstoornis	61 %	77 %	13 %
linker arm	42 %	77 %	16 %
rechter arm	37 %	80 %	15 %
linker been	38 %	81 %	18 %
rechter been	31 %	81 %	15 %
bewustzijnsstoornis	27 %	83 %	34 %
slikstoornis	16 %	71 %	14 %
incontinentie	14 %	74 %	32 %
facialis-uitval	10 %	78 %	7 %
visusstoornis	4 %	50 %	0 %

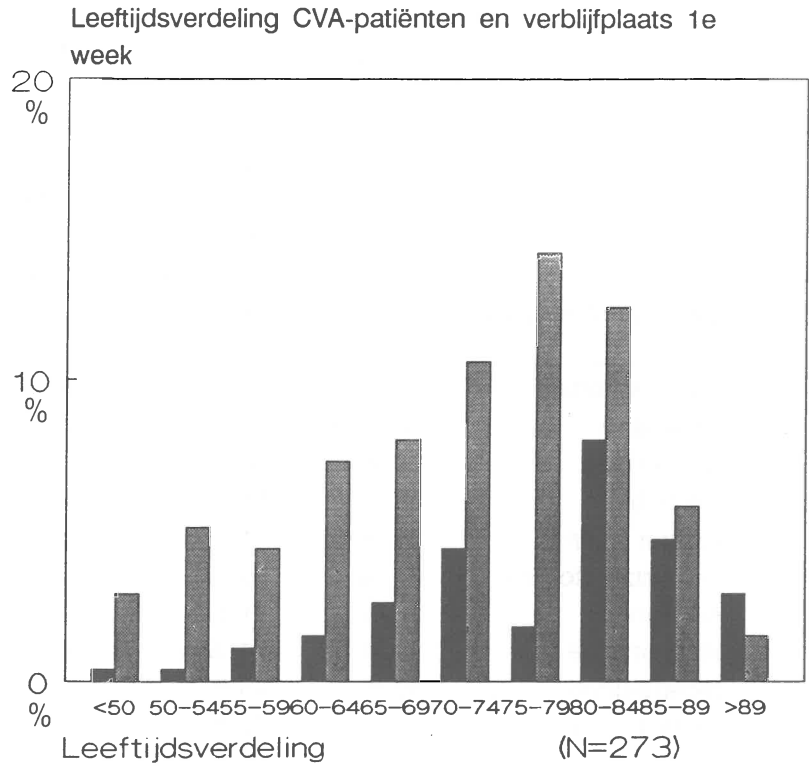
Patiënten met bewustzijnsstoornissen werden in een hoger percentage opgenomen: 83%, terwijl de sterfte in de eerste week bij deze patiënten hoog is, namelijk 34%.

### 4.3. Opname

In de eerste week volgend op het accident werd 72% van de CVA-patinten opgenomen in een ziekenhuis. De patiënten die thuis werden gehouden zijn vooral mensen die ouder zijn dan 80 jaar (figuur 4.3. en 4.4.).

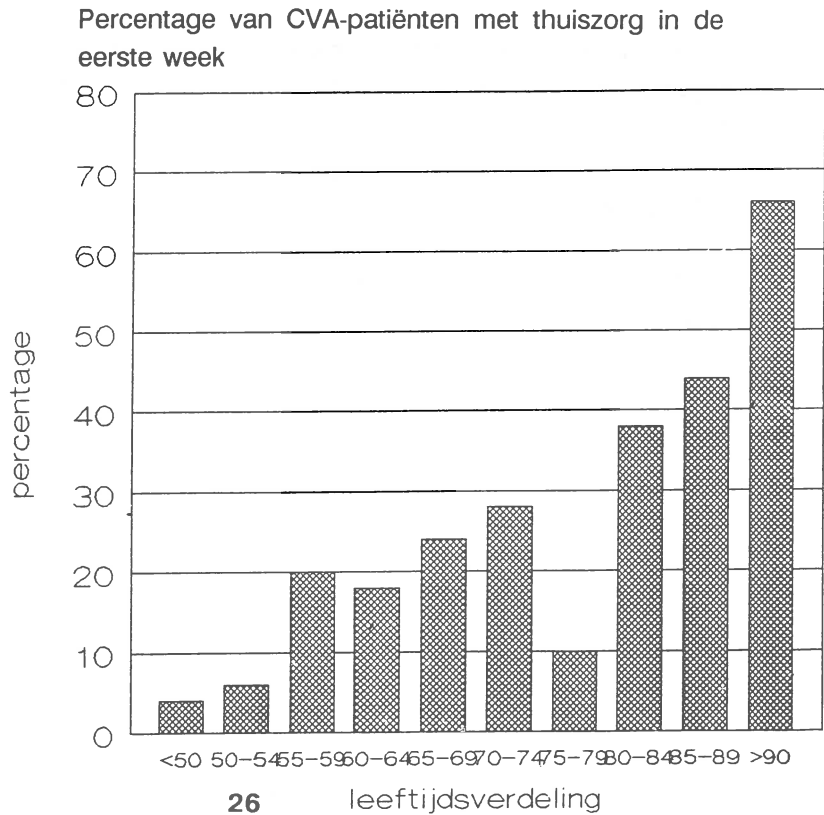
Figuur: 4.3.

Thuis verzorging  
Opname ziekenhuis



Figuur 4.4.

leeftijd



Als reden voor opname noemden de huisartsen in 68% der gevallen medische redenen en in 34% ontoereikende verzorging thuis. In 5% van de gevallen speelde de wens van de patiënt en in 13% de wens van de familie een belangrijke rol (tabel 4.2).

Tabel 4.2. Redenen om de patiënt **wel** te laten opnemen, voor de patiënten die werden opgenomen (N=198).

medische reden	68 %	ontoereikende
verzorging thuis	34 %	
wens van de patiënt	5 %	
wens van de omgeving	13 %	

(per patiënt kunnen meerdere mogelijkheden van toepassing zijn)

Bij 22% van de patiënten die thuis werden gehouden was de wens van de patiënt en diens omgeving duidelijk uitgesproken (tabel 4.3.).

Tabel 4.3. Redenen om de patiënt **niet** te laten opnemen, voor de patiënten die werden thuisgehouden (N=75).

geen medische reden	62 %
patiënt wilde thuisblijven	22 %
omgeving wilde patiënt thuis houden	20 %
geen plaats in ziekenhuis	0 %

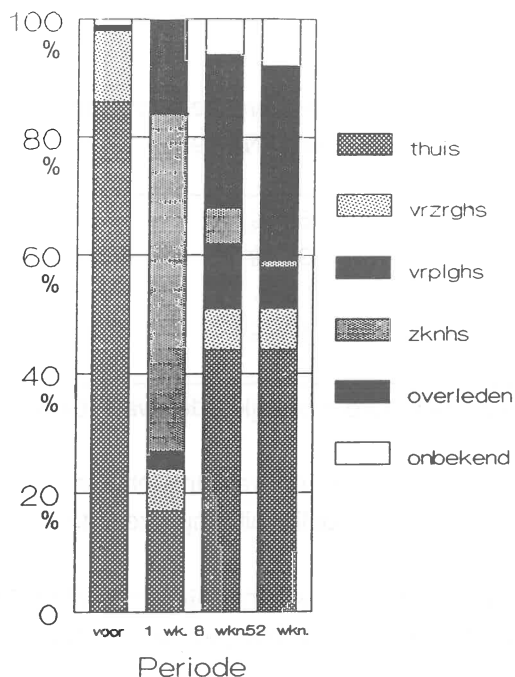
(per patiënt kunnen meerdere mogelijkheden van toepassing zijn)

Geen enkele keer werd melding gemaakt van het ontbreken van plaats in een ziekenhuis als reden van thuishouden.

Van de 32 CVA-patiënten die in een verzorgingshuis woonden, werden 10 patiënten opgenomen.

In figuur 4.5. wordt de verblijfplaats van de CVA-patiënt op de 4 meetpunten aangegeven: vóór het optreden van het CVA, na 8 weken en na één jaar na melding. In de eerste week treedt een belangrijke verplaatsing op van de patiënten. 72% wordt opgenomen in een ziekenhuis. Wanneer er 8 weken verstreken zijn is de helft van de patiënten weer (nog) thuis.

Figuur: 4.5. Verblifplaats CVA-patiënten (N=275) op 4 meetpunten in percentages



#### 4.4. Handelen huisarts

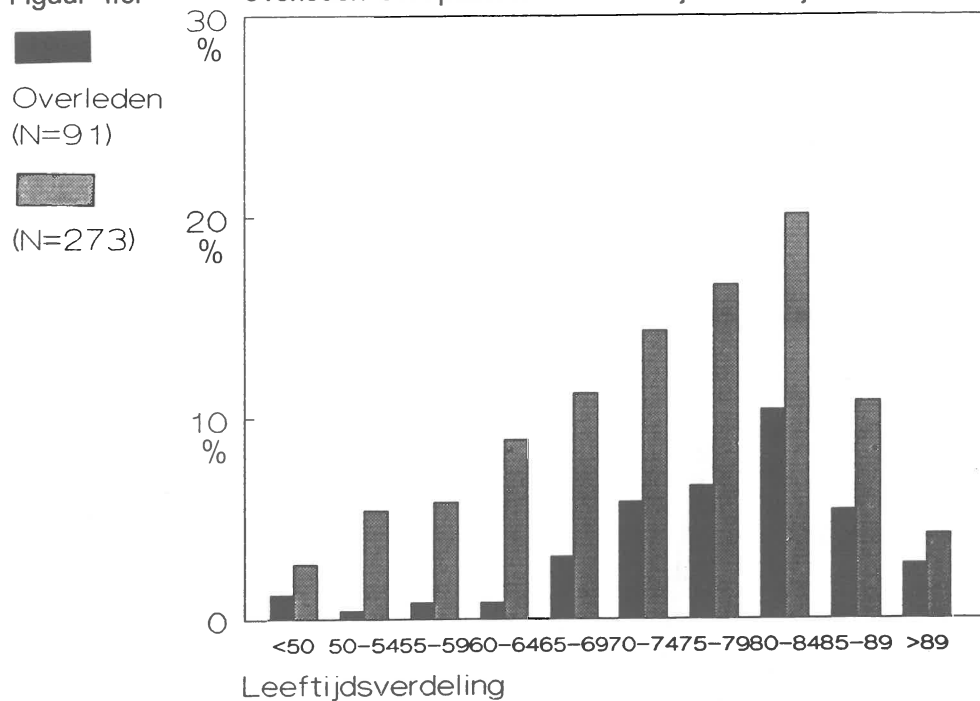
Na het CVA kwam de huisarts nog veelvuldig in contact met de patiënt. De patiënten die thuis werden verzorgd werden door de huisarts frequent bezocht, gemiddeld 2.2 (standaard deviatie 2.5) contacten in de eerste week. In de periode van de 2de tot en met de 52ste week is de contactfrequentie gemiddeld 11.6 (standaard deviatie 8.5).

#### 4.5. Beloop

De sterfte binnen het jaar na getroffen te zijn door een CVA is hoog (figuur 4.6.). In de eerste week overleed 16%, na 8 weken is 26% van alle CVA-patiënten overleden en na een jaar een derde deel. In figuur 4.7. is de sterfte aangegeven in de eerste maand na het optreden van het CVA. In figuur 4.8. is nogmaals te zien dat de sterfte vooral de eerste week groot is, in de groep hoogbejaarde CVA-patiënten het meest uitgesproken: meer dan 30%.

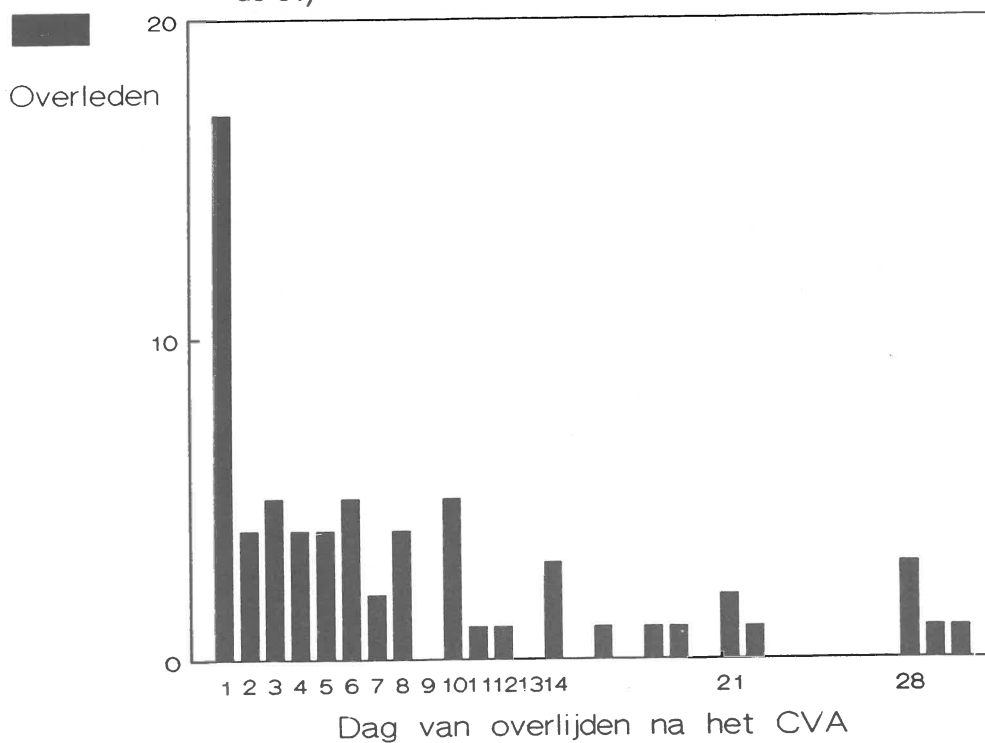
Figuur 4.6.

Overleden CVA-patiënten naar leeftijd in een jaar

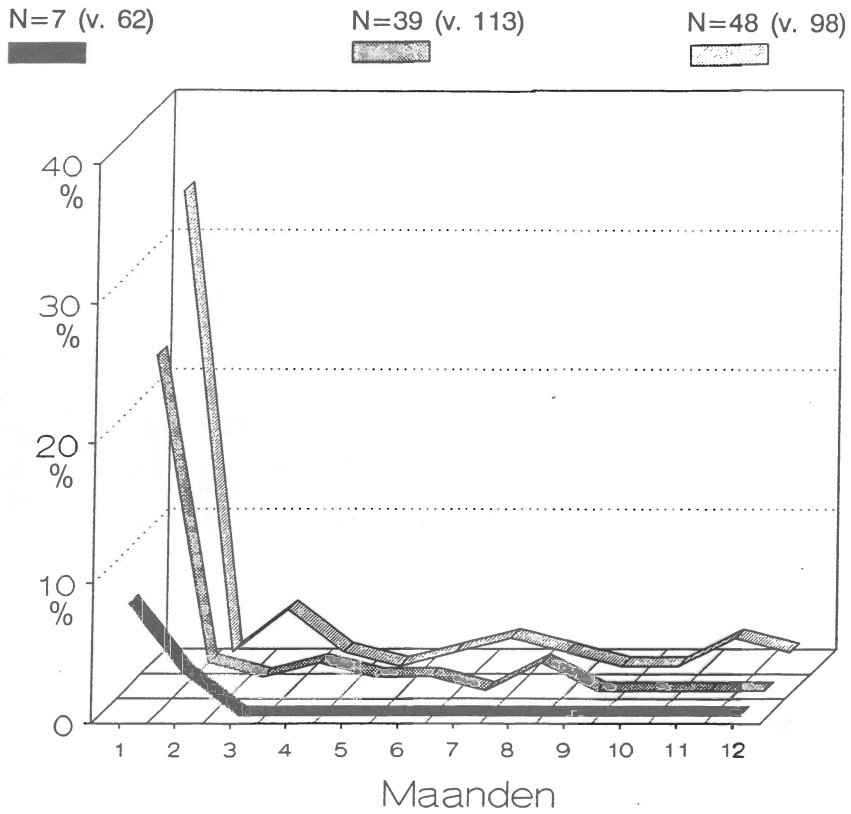


Figuur 4.7.

CVA-patiënten, overleden in de eerste maand (N=66 van de 91)



Figuur 4.8. Overleden CVA-patiënten per maand naar leeftijd N=91 (van 275)



De sterfte is vooral de eerste dag groot 7%; dit is een vijfde deel van de sterfte over het hele jaar. Na 1 week zijn 9 patiënten thuis overleden, en 30 in het ziekenhuis. Dit betekent 12% van de patiënten die thuis bleven en 15% van de opgenomen patiënten.

Als doodsoorzaak wordt meestal het CVA genoemd (tabel 4.4.).



Tabel 4.4. Overlijden na een CVA (91 patiënten) doodsoorzaken naar overlevingsduur

	1e wk.	2e wk.	3-8 wk.	9-52 wk.	
CVA	26	12	2	2	42
Recidief CVA	2	1	5	5	13
cardiale oorzaak	5	2	1	5	13
pneumonie	2	1	1	5	9
cachexie	0	0	3	2	5
overige	4	1	1	3	9
	39	17	13	22	91

In tabel 4.4. is te zien dat het CVA en het recidief CVA in meer dan de helft van de overleden patiënten als doodsoorzaak wordt genoemd. In de eerste twee weken is het CVA in drie kwart van de gevallen de doodsoorzaak.

Een kwart van de CVA-patiënten die na een jaar nog in leven waren, was volgens de huisarts in ernstige mate hulpbehoevend.

Uit de vervolgregistratie blijkt dat 20% van de gemelde patiënten met een CVA in de loop van het jaar een recidief-CVA doormaakte.

#### 4.6. Beschouwing

De incidentie voor CVA's in de populatie van de peilstationpraktijken in 1986 en 1987 werd berekend op 1.3 per 1000 inwoners. De incidentie stijgt met de leeftijd tot 20 per jaar per 1000 in de leeftijdsgroepen 80 jaar en ouder. Voor mensen boven de 65 jaar is de incidentie 8.4. In vergelijking met de gegevens uit andere onderzoeken zijn deze uitkomsten aanzienlijk lager. Meyboom-de Jong en Smith vonden een incidentie van 15.6 voor mensen boven de 65 jaar (11).

De behandeling van de patiënt in de acute fase van een herseninfarct is de laatste jaren niet wezenlijk veranderd. Tot de jaren '40 werd, de adering toegepast. Daarna kwamen de medicamenteuze behandelingen in zwang: de vasodilatoren, de thrombolytica, de middelen waarmee haemodilutie wordt beoogd en de calcium-antagonisten (6). Klinisch onderzoek heeft tot nu toe van geen van deze behandelingen de werkzaamheid overtuigend kunnen aantonen.

Nog altijd is de verzorging van de patiënten die door een beroerte zijn getroffen het belangrijkste: zorgen voor een goede vochtbalans, het treffen van maatregelen ter voorkoming van decubitus, snel beginnen met revalidatie.

Het is de vraag waar deze verzorging het beste kan plaatsvinden.

Oosterhuis schrijft in het boek *Klinische Neurologie* (7), dat de patiënt om drie redenen opgenomen moet worden: vanwege het onderzoek, om complicaties te voorkomen en om de reactivering te bevorderen.

Het blijkt dat in Nederland niet alle patiënten met een beroerte worden opgenomen. In een Nijmeegs project (8) werd de helft van de CVA-patiënten opgenomen in een ziekenhuis. Uit de gegevens van het NIVEL in 1979 werden 56% van de aangemelde CVA-patiënten opgenomen (9). Meyboom-de Jong vond in haar onderzoek dat 47 % van de CVA-patiënten werden verwezen naar een specialist (11). Bremer (10) noemt de factoren die van belang zijn bij de afweging of een patiënt met een CVA in een ziekenhuis moet worden opgenomen of juist niet: leeftijd, toestand van de patiënt vòòr het CVA, de verzorgingsmogelijkheden thuis, de wens van patiënt en diens omgeving en de vraag of er plaats is in een ziekenhuis.

Met een opname in een ziekenhuis wordt de patiënt uit de vertrouwde eigen omgeving gehaald. Iedere huisarts weet uit ervaring dat ziekenhuisopname van oudere patiënten onaangename complicaties tot gevolg kan hebben zoals desoriëntatie en depressie van de patiënt. Dit heeft een negatieve invloed op het herstel. Verder kan het voor de bejaarde partner moeilijk zijn regelmatig op bezoek te gaan in het ziekenhuis.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat een hoge leeftijd van de patiënt kennelijk een belangrijke overweging vormt om de patiënt thuis te verzorgen.

De beslissing wel of niet opnemen wordt vooral bepaald door de inschatting door de huisarts van de medische noodzaak. Het is de vraag hoe deze inschatting medebepaald is door de niet uitgesproken wens van patiënt en omgeving.

In de groep thuisverzorgden klinkt de wens van de patiënt en diens omgeving sterk door. Bij de opgenomen patiënten werd in 13 % van de gevallen aangegeven dat de wens van de omgeving een belangrijke reden was voor opname. Deze gegevens geven beperkte steun aan de onder huisartsen nogal eens gehoorde opvatting dat opname vaak gebeurt onder druk van de omgeving.

Huisartsen noemen medische redenen en de ontoereikende verzorgingsmogelijkheden thuis als belangrijkste redenen voor opname.

De aanwezigheid van ernstige uitvalsverschijnselen, zoals bewustzijnsstoornissen, is voor de huisarts kennelijk een belangrijke reden om tot opname te besluiten. Het is bekend, dat juist bij deze patiënten de sterfte het hoogst is. De verzorging van deze patiënten zal ook thuis veel problemen opleveren. Men kan zich afvragen of het niet beter is bij patiënten met een hoog sterfte-risico in de eerste dagen een etmaal af te wachten alvorens tot opname te besluiten. Immers de eerste dagen van het CVA is de sterfte ook in het ziekenhuis relatief het hoogst. In deze periode zou overleg met een collega-huisarts of specialist van waarde kunnen zijn.

Voor patiënten in een verzorgingshuis zijn meer verzorgingsmogelijkheden aanwezig, bijvoorbeeld in de vorm van een ziekenboeg. Het gaat hier vooral om oudere mensen. Het is niet verrassend dat in deze groep minder vaak tot opname wordt besloten.

#### **4.7. Samenvatting**

In het peilstationproject van het NIVEL wordt voor het CVA in de huisartspraktijk in de jaren 1986 en 1987 een incidentie van 1.3 per 1000 inwoners berekend. Dit is lager dan in andere onderzoeken wordt gerapporteerd.

De aandoening treft vooral oudere mensen. Van de 273 gemelde patiënten was 2/3 deel ouder dan 70 jaar.

Mannen en vrouwen maken ieder voor ongeveer de helft deel uit van de groep gemelde CVA patiënten.

De incidentie stijgt met de leeftijd. In de leeftijdsgroep 65-69 jaar is de incidentie 4 per 1000, in de leeftijdsgroepen boven de 80 jaar rond de 20 per 1000 inwoners.

In de eerste week na het optreden van het CVA werd 72% van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis.

De patiënten die thuis werden gehouden kwamen vooral voor in de groep hoogbejaarden.

De verdeling van de patiënten over de verschillende verblijf plaatsen is na 8 weken en na 1 jaar na het CVA vrijwel identiek: bijna de helft van de patiënten is weer (nog) thuis, 10% verblijft in een verzorgingshuis en 10% verblijft in een verpleeghuis. Verder blijkt dat er na 8 weken weinig verschuiving meer optreedt.

De sterfte in de groep CVA-patiënten is hoog. In de eerste week overlijdt

16%, daarvan is de helft van de patiënten overleden in de eerste twee dagen. Na 8 weken is 26% van alle CVA-patiënten overleden en na een jaar een derde deel.

20% van de patiënten krijgt in een jaar een recidief CVA. Een kwart van de mensen is na een jaar in sterke mate hulpbehoevend.

## LITERATUUR

1. Van Gijn J, Staal A, Van Urk H. Transient ischaemic attacks en het vóórkomen van herseninfarcten; de behandeling anno 1984. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1777-8.
2. O'Brien PA, Ryder DQ, Twomey C, et al. The role of computed tomography brain scan in the diagnosis of acute stroke in the elderly. Age Ageing 1987; 16: 319-22.
3. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
4. Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JW, et al, eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
5. Herman B, Leyten ACN, Van Luijk JH, e.a. Epidemiology of Stroke in Tilburg, The Netherlands. Stroke 1982; 13: 629-34.
6. Koudstaal P. Is medicamenteuze behandeling in het acute stadium van een herseninfarct mogelijk? Tijdschr Gerontol Geriatr 1987; 18: 65-8.
7. Oosterhuis H. Klinische neurologie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985.
8. Van Ree J, Arts H, Van den Hoogen H. CVA en TIA in de huisartspraktijk; incidentiecijfers en lotgevallen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1987; 18: 55-60.
9. Anoniem. Studies uit de continue morbiditeitsregistratie peilstations. Longitudinaalonderzoek cerebrovasculaire aandoeningen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.
10. Bremer GJ. Moet een patiënt met een beroerte worden opgenomen? Tijdschr Gerontol Geriatr 1987; 18: 51-4.
11. Meyboom-De Jong B, Smith RJA. Cerebrovasculaire stoornissen bij ouderen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32: 359-65.

## 5. PATIENTEN MET TIA IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Onder een TIA (Transient Ischaemic Attack) verstaat men het plotseling optreden en binnen 24 uur weer volledig verdwijnen van neurologische afwijkingen die kunnen worden verklaard door een plaatselijke doorbloedingsstoornis van de hersenen.

In het Monitoring Project worden voor de incidentie van TIA de getallen 1,2 en 1,8 per jaar per duizend patiënten opgegeven (1). Dit zou betekenen dat in de doorsnee-huisartspraktijk 2-4 nieuwe patiënten per jaar met een TIA worden gezien.

Het stellen van de diagnose TIA is voor de huisarts een moeilijke opgave. Ook bij neurologen is een aanzienlijke "interobserver- variatie" (2). Uit de literatuur is bekend dat de uitvalsverschijnselen meestal slechts enkele minuten duren, zodat de klachten vaak al verdwenen zijn als de hulp van de huisarts wordt ingeroepen.

Bij 50% van de patiënten die met een TIA opgenomen werden in een ziekenhuis verdwenen de verschijnselen binnen 30 minuten (3).

De anamnese is dus een belangrijk instrument voor de huisarts bij het stellen van de diagnose. Bovendien is het mogelijk dat slechts een deel van de patiënten met verschijnselen die op een TIA berusten zich tot hun huisarts wenden, omdat de uitvalsverschijnselen zo tijdelijk zijn en aan een andere, onschuldige oorzaak worden geweten. Aangenomen mag worden dat de door de huisartsen geregistreerde incidentiecijfers lager zijn dan het werkelijke aantal, dat in de bevolking voorkomt.

Patiënten die een TIA doormaken zouden een verhoogde kans hebben op het krijgen van een cerebrovasculair accident in de volgende jaren (4). In het eerste jaar is de recidiefkans het hoogst (5). Verder wordt beschreven dat mensen die een herseninfarct doormaken in 10 tot 20 % van de gevallen eerder een TIA hebben gehad.

In het Oxfordshire Community Stroke project was bij 14% van de patiënten met een eerste herseninfarct een TIA in de voorgaande 2 jaren geregistreerd (6).

Volgens sommige neurologen dient de patiënt met een vermoedelijke TIA met spoed naar een neuroloog te worden verwezen. Zeker bij patiënten jonger dan 70 jaar zou een onderzoek in een ziekenhuis noodzakelijk zijn (7). Wanneer andere oorzaken zijn uitgesloten, richt het specialistisch onderzoek zich vooral op het localiseren van doorbloedingsstoornissen van de arteria carotis, waarna een eventuele endarteriectomie kan worden

overwogen. Een gunstig effect van deze risicovolle ingrepen staat evenwel niet zondermeer vast (8, 9).

Als medicamenteuze behandeling wordt tegenwoordig vooral aspirine aanbevolen. In de literatuur is het gunstige effect van doses van 300 en meer beschreven (10, 11, 12, 13). Het effect van lagere doses is nog in studie (14).

De literatuurgegevens hebben vooral betrekking op patiënten die vanuit de neurologische kliniek zijn onderzocht.

Van begin 1986 tot eind 1987 zijn door de huisartsen van de peilstations van het NIVEL alle nieuwe gevallen van TIA geregistreerd ook als de patiënt vóór de registratie-periode al eens door een TIA was getroffen.

In aanvulling op het bij de peilstations gebruikelijke registratie-onderzoek werden op de dag van melding, na 1 week, na 8 weken en na 1 jaar door de huisartsen ook hier de vragenlijsten met betrekking tot de toestand van de patiënt ingevuld.

De kenmerken van de populatie TIA-patiënten zijn beschreven op grond van de patiënten, die vanwege een TIA zijn gemeld. TIA's, die naderhand optraden bij patiënten, die gemeld werden vanwege een CVA, zijn alleen betrokken bij de berekening van de incidentie-cijfers van de TIA.

### **5.1. Vóórkomen**

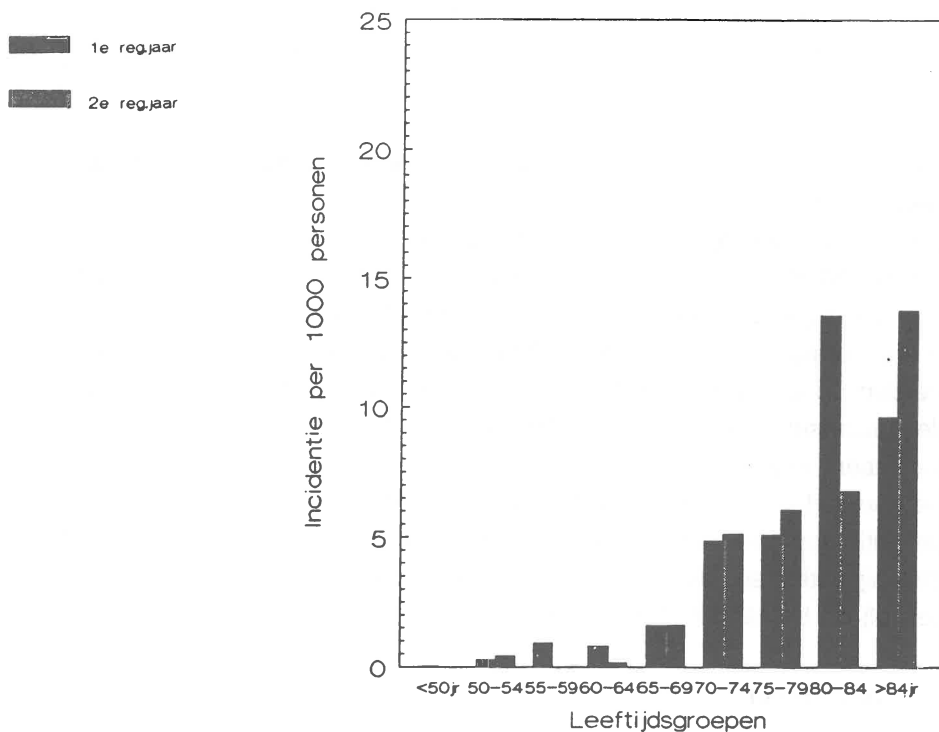
Tijdens de registratiejaren 1986 en 1987 werden door de huisartsen van de peilstations in totaal 132 patiënten met één of meerdere TIA's aangemeld. In het eerste jaar 74 en in het tweede 58 patiënten. In het jaar volgend op de melding werd bij 20 van de 132 patiënten een tweede TIA, bij 4 patiënten een derde en bij 2 patiënten een vierde TIA gemeld.

Binnen de groep van de met een CVA gemelde patiënten werd in de registratie-periode bij 15 patiënten één TIA gemeld, 3 patiënten kregen na het CVA nog twee TIA's.

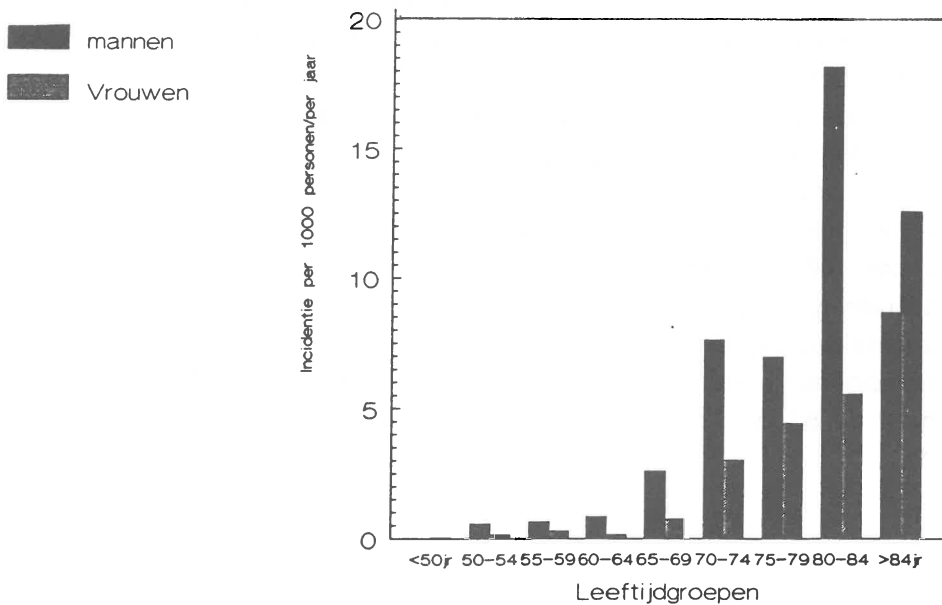
De incidentie voor de hele populatie voor TIA werd berekend op 77 resp. 65 per 1000 personen. Het betreft vooral oudere patiënten; 3/4 van de patiënten is ouder dan 70 jaar (figuur 5.1). Mannen worden vaker getroffen dan vrouwen (figuur 5.2).

De incidentie voor TIA neemt toe met de leeftijd. In de leeftijdsgroepen boven de 80 jaar ligt de incidentie boven de 10 per 1000 ouderen (figuur 5.1).

Figuur 5.1. Incidentie-cijfers TIA over 2 jaren van registratie per leeftijdsgroep



Figuur 5.2. Incidentie-cijfers TIA per sexe en per leeftijdsgroep, 1e en 2e jaar gemiddeld





Bijna 40 % van de patiënten is bekend met hypertensie. Een vijfde deel van de patiënten had te voren al een TIA doorgemaakt (tabel 5.1). Bij 7% van de patiënten werd de aanvankelijke diagnose TIA in de loop van de registratie periode van 1 jaar gewijzigd in o.a.: migraine, hersentumor, conversie en bewusteloosheid e.c.i.

Tabel 5.1: Overzicht van de kenmerken van de TIA-patiënten.

	(n=132) %	spec. (n=54) %	HA (n=78) %
<hr/>			
meldingen met TIA (N=132)			
verwijzing in de 1e week	19		
opname in de 1e week	31		
opname + verwijzing in de 1e week	41		
<hr/>			
mannen	54	57	52
70 jaar en ouder	78	68 <>	85
bekend met hypertensie	39	41	38
diabetes	10	9	11
adipositas	20	11	26
dementie	7	4	9
betreft recidief TIA	23	18	26
<hr/>			
zelfredzaamheid 1 week na de melding :			
- geen hulp nodig	66	73	62
- weinig hulp nodig	24	20	27
- veel hulp nodig	9	6	11

<> = significant verschil (  $p < 0.05$  )

Fisher's exact test

## 5.2. Uitvalsverschijnselen

Spraakstoornissen waren de meest vóórkomende uitvalsverschijnselen (48% van de patiënten). Visusklachten kwamen bij 8 % van de patiënten voor. Gemiddeld werden per patiënt 2,0 uitvalsverschijnselen geregistreerd (tabel 5.2).

Tabel 5.2. Uitvalsverschijnselen bij TIA-patiënten (n=132)

	%	spec. (n=54) %	HA * ) (n=78) %
- spraakstoornissen	48	55	43
- uitval van li.arm	32	28	35
- uitval van li.been	21	22	21
- uitval van re.arm	23	24	23
- uitval van re.been	19	16	21
- bewustzijnsstoornissen	14	20	10
- fascialisstoornissen	8	8	9
- visusklachten	8	6	9
- oogbewegingsstoornissen	2	6	0
- slikstoornissen	6	10	3
- paraesthesieën	4	8	1
- coördinatie	4	4	4
- evenwichtsstoornissen	2	4	1
- incontinentie	2	0	4
- andere uitvalsverschijnselen	3	8	0
	n	n	n
gemiddeld aantal uitvalsverschijnselen	2.0	2.2	1.8

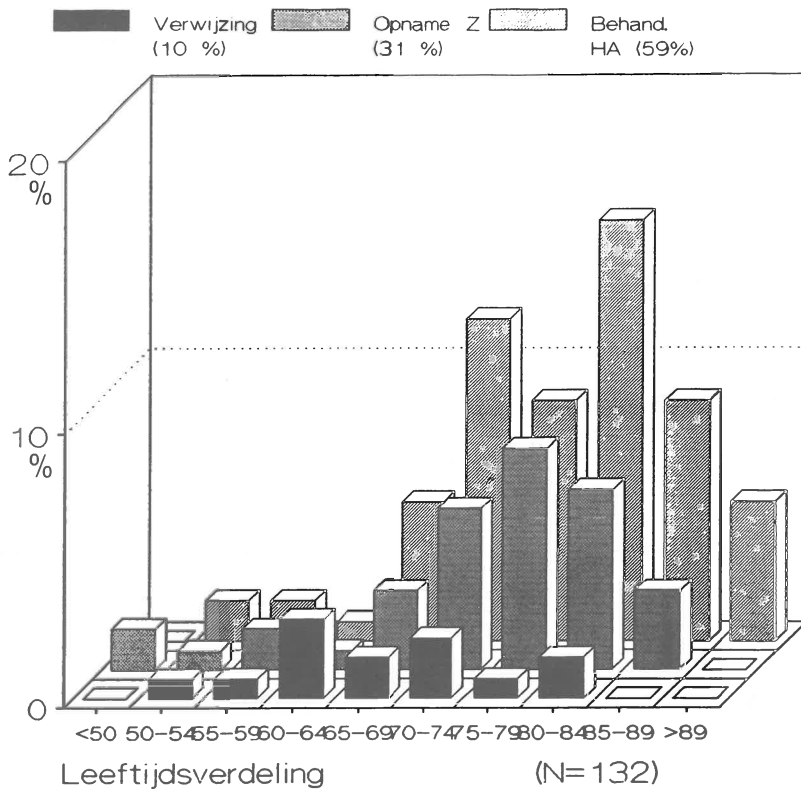
\*) geen der verschillen zijn significant ( $p < .05$ )

### 5.3. Het handelen van de huisartsen

De huisartsen verwezen in de eerste week 19% van de patiënten naar het spreekuur van een specialist.

Een derde deel van alle patiënten werd in de eerste week opgenomen in het ziekenhuis. In totaal kwam ruim 40% in totaal onder behandeling van de specialist. (figuur 5.3)

Figuur: 5.3. Leeftijdverdeling TIA-patiënten en verblijfplaats 1e week



De patiënten die niet werden verwezen waren ouder, hadden vaker een recidief TIA gehad en hadden gemiddeld meer hulp nodig (tabel 5.3). Ongeveer 3/5 van de groep jonger dan 70 jaar werd verwezen naar de specialist.

Tabel 5.3. Lotgevallen van TIA-patiënten (nieuw en recidief) in de loop van een jaar.

	Recidief		
	TIA N(%)	CVA N(%)	Overleden N(%)
Nieuwe TIA N=102	16(16)	6(6)	5(5)+
Niet verwezen N=59	6(10)	2(3)	1(2)
Verwezen N=43	10(23)	4(9)	4(9)
Recidief TIA N=30	10(33)	5(17)	6(21)+
Totaal groep TIA N=132	26(20)	11(8)	11(8)

+  $P < 0.05$   
Fisher's exact-test.

De helft van de patiënten kreeg aspirine voorgeschreven met betrekking tot de doorgemaakte TIA. Dit geldt voor zowel de groep patiënten die werd verwezen als voor de groep die niet werd verwezen.

Wanneer aspirine werd voorgeschreven gaven huisartsen de voorkeur aan aspirine in een dosering van 80 tot 100 mg. per dag. De patiënten die naar een specialist werden verwezen kregen vaker sintrom of aspirine in een hogere dosering. Zoals eerder vermeld zijn de verwezen en de niet verwezen groepen patiënten verschillend samengesteld.

#### 5.4. Beloop

In het totaal overleden 11 patiënten in de loop van het registratie jaar; 5% van de 102 patiënten die een eerste TIA doormaakten en 21% van de 30

patiënten die bij de huisarts bekend waren met een eerder doorgemaakte TIA: een significant verschil (tabel 5.3).

De doodsoorzaken waren CVA (5), cardiaal (3), pneumonie (2) en plotselinge dood (1). In de loop van een jaar maakten 11 patiënten een CVA door; in de groep die al eerder een TIA hadden is de frequentie niet significant hoger dan in de groep nieuwe TIA patiënten.

In de loop van een jaar na de TIA zijn er tussen de groep aspirine-gebruikers en de groep die geen aspirine kregen voorgeschreven geen significant verschil in het aantal overledenen en recidief TIA- en CVA-gevallen (tabel 5.4).

Tabel 5.4. Lotgevallen van patiënten aantallen met een eerste TIA in de loop van een jaar naar aspirinegebruik. (N=97\*)

	Overleden	Recidief	CVA
Aspirine-gebruikers (N=41)	2	3	1
Niet-Aspirine-gebruikers(N=56)	3	13	5

Fisher's exact-test.

Geen significante verschillen

\*) Exclusief Sintrom gebruikers (N=5)

## 5.5. Beschouwing

De huisartsen van het peilstation-project van het NIVEL registreerden van begin 1986 tot eind 1987 in het totaal 132 patiënten met de diagnose TIA. Dit betekent voor Nederland jaarlijks ongeveer 6600 patiënten. Het gaat hierbij vooral om oudere patiënten: 3/4 van de mensen is ouder dan 70 jaar. De gemiddelde incidentie over 2 jaar is berekend op .71; de gemiddelde incidentie voor patiënten boven de 65 jaar over de beide jaren bedroeg 5.3. Meyboom meldt hogere incidentiecijfers: voor patiënten van 65 jaar en ouder een incidentie van 11.6. Uit het Transitie-project kwam voor 65+ers een incidentie-cijfer van 13.1 en in het monitoring-project 8.0 (16).

De in dit onderzoek gevonden incidentie-cijfers zijn beduidend lager dan de in andere onderzoeken gevonden waarden. Voor deze verschillen zijn een

aantal verklaringen mogelijk:

a. In dit onderzoek is een populatie gebruikt, die speciaal is samengesteld om een getrouwe afspiegeling van de Nederlandse bevolking te krijgen. Daarbij is o.a. rekening gehouden met de verdeling van de variabelen urbanisatie-graad en regio. In de onderzoeksprojecten van Meyboom en Lamberts gebeurde dit in mindere mate.

b. Een TIA kan gepaard gaan met zeer geringe uitvalverschijnselen, zodanig dat de patiënt geen reden ziet zijn huisarts te consulteren. Bovendien bestaan de verschijnselen vaak kortdurend, soms slechts enkele minuten.

Voor de huisarts kan de diagnose TIA moeilijk te stellen zijn, zeker wanneer de huisarts wordt geraadpleegd als de uitvalsverschijnselen al weer verdwenen zijn. Bovendien kunnen de (anamnestische) verschijnselen aan andere kwalen worden toegeschreven. Door dergelijke factoren is een grote spreiding in het aantal vastgestelde TIA's goed denkbaar. Zeker op een aantal van gemiddeld 66 meldingen per jaar moet met fluctuaties rekening gehouden worden.

c. Een TIA is in de gemiddelde huisartspraktijk een aandoening die zich zelden voordoet (gemiddeld 1.1 TIA per registrerende huisarts per jaar). Voor een registratie-onderzoek is dit een ongelukkige omstandigheid. De registrerende huisartsen moeten een heel jaar continu alert zijn op de spaarzaam optredende TIA's. Hoewel de aan het NIVEL verbonden huisartsen vaak jarenlange registratie-ervaring hebben, moet met een zekere mate van onderregistratie rekening worden gehouden.

Een CVA is in het merendeel der gevallen een aangrijpende gebeurtenis. Daarentegen is het waarschijnlijk dat een TIA met minimale verschijnselen wel eens "vergeten" wordt.

Bij de TIA-patiënten kwamen spraakstoornissen het meest voor en daarna de motorische uitvalsverschijnselen van armen en benen. Het is opmerkelijk dat in de groep patiënten die werden verwezen of opgenomen spraakstoornissen en bewustzijnsstoornissen niet significant vaker voorkwamen, terwijl dit toch de stoornissen zijn die het dagelijks functioneren het meest beïnvloeden.

Voor de huisarts komt een belangrijke vraag aan de orde:

hoe te handelen? Moet de patiënt worden verwezen? Worden opgenomen in een ziekenhuis? Is voorschrijven van aspirine hier aangewezen?

In de literatuur wordt geadviseerd om vooral mensen die jonger zijn dan 70 jaar en die door een TIA worden getroffen te verwijzen naar een neuroloog. Uit dit onderzoek blijkt dat van de groep patiënten jonger dan 70 jaar

inderdaad een groter deel wordt ingestuurd naar de specialist dan van de oudere groep. Toch wordt 2/5 van de groep jonger dan 70 jaar nog niet verwezen.

In het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd werd in de eerste week 40% van de patiënten in contact gebracht met de specialist. Van de groep patiënten met voor het eerst een TIA werd 43% verwezen. Een derde deel van alle gemelde TIA-patiënten werd in de eerste week opgenomen in het ziekenhuis. Het bleek inderdaad dat vooral de oudere mensen werden thuis gehouden, evenals de patiënten met adipositas, dementie en wanneer het een recidief van een TIA betrof. Ook patiënten die tevoren al meer hulpbehoevend waren, werden vaker door de huisarts thuis gehouden. De aangegeven verschillen zijn echter klein.

Bij patiënten die voor het eerst een TIA kregen, blijkt - zowel voor de groep die bij de huisarts onder behandeling bleef als voor de groep die naar een specialist werd verwezen - in ongeveer 40% van de gevallen aspirine te worden voorgeschreven. De gehanteerde dosering blijkt zeer divers te zijn. Drie patiënten waren opgenomen in een TIA-trial zodat de aard van de medicatie niet te achterhalen was.

Een vergelijking tussen het voorschrijfgedrag van huisartsen versus de specialisten is met deze gegevens niet mogelijk. De groep verwezen patiënten was gemiddeld ouder, had vaker een recidief gehad en had gemiddeld meer hulp nodig. Gezien het aantal patiënten is het niet mogelijk voor die variabelen te controleren in de analyses.

Voor de lotgevallen van de TIA-patiënten bleek het van groot belang te zijn of het een eerste of een recidief TIA betreft. In de groep patiënten die tevoren al een TIA hadden door gemaakt bleken meer sterfgevallen voor te komen in de loop van het registratiejaar. Bij de patiënten die een eerste TIA doormaakten bleken in de groep die naar de specialist waren verwezen vaker recidief TIA, CVA en sterfgevallen voor te komen. Deze gegevens duiden er op dat de huisartsen goed in staat zijn de patiënten die kennelijk een hoog risico vormen voor het krijgen van complicaties, te selecteren voor verwijzing naar de specialist.

Bij de patiënten die hun eerste TIA doormaakten, blijkt in dit onderzoek in de groep aspirine-gebruikers en in de groep niet-aspirine-gebruikers voor de sterfte, het vóórkomen van een CVA en recidief TIA geen duidelijk verschil te bestaan. De groepen zijn echter zeer verschillend qua gemiddelde leeftijd en aard der uitvalverschijnselen. Verder zijn de doseringen verschillend. Huisartsen schrijven vaker aspirine voor in een dosering van 80-100 mg. terwijl specialisten meer geneigd zijn doseringen van 300 mg. en meer te adviseren.

Wat betekenen deze gegevens nu voor de dagelijkse praktijk? In de eerste plaats kunnen we stellen dat TIA in de huisartspraktijk betrekkelijk weinig frequent voorkomt. De aandoening treft vooral oudere mensen. Met de toenemende vergrijzing in het verschieft zal de huisarts echter steeds vaker met patiënten met TIA's te maken krijgen.

De huisarts zal voor iedere patiënt moeten beoordelen of soms ingrijpende, behandelingen (ziekenhuisopname, arteriografie, CT-scan, echografie, operatieve ingrepen en eventuele medicatie) gewenst zijn.

De behandeling van TIA is vooral gericht op de preventie van het cerebrovasculair accident en wellicht ook op de preventie van het recidief TIA. De optimale dosering van een aspirine-medicatie staat op dit moment nog onvoldoende vast. Verder onderzoek zal hierop antwoord moeten geven.

Uit dit onderzoek komt evenwel naar voren dat een TIA bij de bejaarde patiënt een voorbode van ernstige problemen in het komend jaar kan zijn.

## 5.6. Samenvatting

Van begin 1986 tot eind 1987 werden door de huisartsen die meewerken aan het peilstation project van het NIVEL 132 patiënten met een TIA gemeld. De praktijk-populatie omvat 1% van de Nederlandse bevolking. In het onderzoek is het vóórkomen van TIA's, de aard van de uitvalverschijnselen, het handelen van de huisarts en het beloop in het jaar na de TIA in beeld gebracht. De gemiddelde jaar-incidentie is berekend op .71. Het betrof vooral oudere patiënten; drie kwart van de groep patiënten was ouder dan 70 jaar. Spraakstoornissen kwamen bij 48% van de patiënten voor. De huisartsen verwezen ruim 40% van de patiënten naar een specialist, vrijwel steeds een neuroloog. De helft van de groep TIA patiënten kreeg aspirine voorgeschreven. De dosering was zeer verschillend.

In de loop van een jaar na de gemelde TIA overleden 11 patiënten; 6 van de 30 patiënten die reeds bij de huisarts bekend waren met een eerder doorgemaakte TIA en 5 van de 102 nieuwe TIA patiënten. Van 11 patiënten werd in de loop van het registratiejaar een CVA gemeld.

Bij de patiënten die een eerste TIA doormaakten bleken in de groep die naar de specialist waren verwezen vaker recidief TIA, CVA en sterfgevallen voor te komen. Deze gegevens duiden er op dat de huisartsen goed in staat zijn de patiënten die kennelijk een hoog risico vormen voor het krijgen van complicaties, te selecteren voor verwijzing naar de specialist.



## LITERATUUR

1. Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
2. Koudstaal P, Van Gijn J, Staal A, Duivenvoorden H, Gerritsma J, Kraaijveld C. Diagnosis of transient ischemic attacks: improvement of interobserver agreement by a check- list in ordinary language. *Stroke* 1986; 17: 723-8.3. Levy DE. How transient are transient ischaemic attacks? *Neurology* 1988; 38: 674-7.
4. Van Ree JW, Van Weel C, Van den Hoogen H. De samenhang tussen transient ischaemic attack en cerebrovasculair accident. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1073-6.
5. McDowell F, Sonnenblick E, Lesch M. Current concepts in cerebrovascular disease. New York: Grune & Stratton, 1980.
6. Sandercock PAG, Warlow CP, Jones LN, Starkey IR. Predisposing factors for cerebral infarction. The Oxfordshire Community Stroke project. *Br Med J* 1989; 298: 75-80.
7. Van Gijn J, Staal A, Van Urk H. Transient ischaemic attacks en het vóórkomen van herseninfarcten. *Ned Tijdsch Geneesk* 1982; 126: 1405-13.
8. Van Urk H, Terpstra O. Wat is de waarde van de carotis-endarteriëctomie? *Ned Tijdsch Geneesk* 1985; 129: 2147.
9. Wassman H. Wann sollte eine Karotisstenose operiert werden? *Z Allg Med* 1988; 64: 201-7.
10. UK-TIA study group: United Kingdom Transient Ischaemic Attack (UK-TIA) aspirin trial [interim results]. *Br Med J* 1988; 296: 316-20.
11. European Stroke Prevention Study group. European Stroke Prevention Study: principal end points. *Lancet* 1987; ii: 1351-4.
12. Bousser M, Eschwege E, Haguenu M, Lefaucconnier, Thibult N, Touboul D, Touboul P. 'AICLA' controlled trial of aspirin and dipyridamole in the secondary prevention of athero-thrombotic cerebral ischemia. *Stroke* 1983; 14: 5-14 .
13. Van Gijn J, Staal A, Van Urk H. Transient ischaemic attacks en het vóórkomen van herseninfarcten; de behandeling anno 1984. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1777-8.
14. Anonymous. The Dutch TIA trial; protective effects of low-dose aspirin and atenol in patients with transient ischemic attacks or nondisabling stroke. *Stroke* 1988; 19: 512-7.

15. Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2. International Classification of Health Problems in Primary care. Oxford: Oxford University Press. 1983.
16. Meyboom - De Jong B, Smith RJA. Cerebrovasculaire stoornissen bij ouderen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1989; 32: 359-65.

## 6. TENSLOTTE

Blijkt dat uit de Basisgegevens in hoofdstuk 7 en 8 -, de ingevulde formulieren - onder andere de volgende conclusies zijn te trekken:

1. Het CVA is een aandoening die vooral oudere mensen treft, 2/3 deel van de groep CVA patiënten is ouder dan 70 jaar.
2. In Nederland worden lang niet alle patiënten die door een CVA worden getroffen opgenomen in een ziekenhuis. In dit onderzoek bleef 28% van de groep CVA patiënten in de acute fase van het CVA thuis. Geen enkele keer werd het ontbreken van plaats in het ziekenhuis als reden genoemd om de patiënten thuis te houden.
3. In de eerste week overleed 1/6 deel van de groep CVA patiënten. De sterfte is de eerste en de tweede dag het hoogst. Na 8 weken is een kwart van alle patiënten overleden en na een jaar 1/3 deel.
4. Acht weken na het optreden van een CVA is een kwart van de patiënten overleden. Van de overlevenden is dan 60% thuis, 10% in een verzorgingshuis, 15% in een verpleeghuis en 10% is opgenomen in het ziekenhuis.
5. Een jaar na het optreden van een CVA, is 1/3 deel van de patiënten overleden. Van de overlevenden is 70% thuis, 10% in een verzorgingshuis, 11% in een verpleeghuis en 2% van de patiënten is opgenomen in het ziekenhuis.
6. Van de patiënten die door een CVA zijn getroffen had 10% vóór het optreden van het CVA thuis al veel hulp nodig. Een jaar na het optreden van het CVA is 28% van de patiënten volgens de huisarts in ernstige mate hulpbehoevend.
7. Een jaar na het optreden van het CVA is een kwart van de patiënten onder behandeling (geweest) van de fysiotherapeut, ruim 11% van een logopedist en 7% van de patiënten krijgt hulp van de wijkverpleegkundige.
8. In de periode tussen 2 maanden en 12 maanden na het optreden van het CVA heeft de huisarts gemiddeld 7 contacten per patiënt.
9. 20% van de CVA patiënten krijgt in de loop van het eerste jaar na het optreden van CVA een recidief CVA.

Patiënten die door een CVA worden getroffen zijn vaak bekend met een uitgebreide co-morbiditeit. Hypertensie was bij 38% van de patiënten te voren bekend. Bij bijna 1/3 deel van de CVA patiënten was te voren

reeds een andere cardiovasculaire aandoening ontdekt. Een kwart van de patiënten had reeds eerder een CVA of TIA doorgemaakt.

10. Van de patiënten die een TIA doormaakten was drie kwart ouder dan 70 jaar.
11. Bijna 40% van de groep TIA patiënten kwam onder behandeling van een specialist, meestal de neuroloog.
12. De aanvankelijk gestelde diagnose TIA werd in 7% van de gevallen in de loop van een jaar gewijzigd.
13. 8% van de patiënten met een TIA overleden in de loop van een jaar. CVA was de meest voorkomende doodsoorzaak bij deze patiënten.
14. Bij 8% van de aangemelde TIA patiënten trad in de loop van een jaar een CVA op.
15. 39% van de TIA patiënten was te voren reeds bekend met hypertensie. Bij de patiënten was voor het optreden van de TIA bij ongeveer 25% al sprake van een cardiovasculaire aandoening.
16. Een kwart van de TIA patiënten had reeds eerder een CVA of TIA doorgemaakt.

## 7. BASISGEGEVENS VOOR DE GROEP CVA-PATIENTEN.

In dit overzicht worden voor de groep CVA-patiënten de basisgegevens gepresenteerd voor elk van de vier formulieren: het aanmeldings-formulier en de drie vervolformulieren (van 1, 8 en 52 weken na de melding).

Hiertoe is zoveel mogelijk aangesloten bij de vorm van de formulieren. De formulieren zijn zo getrouw mogelijk weergegeven, terwijl bij elk item de resultaten van de rechte tellingen zijn afgedrukt met daarachter tussen haakjes de relevante groepspercentages.

### 7.1. Aanvullende gegevens m.b.t. de melding CVA

Jaar van melding:

137 (50%) 1e jaar (1986)

136 (50%) 2e jaar (1987)

Leeftijd:

7 ( 3%)	< 50 jaar	40 (15%)	70 - 74 jaar
15 ( 6%)	50 - 54 jaar	44 (16%)	75 - 79 jaar
15 ( 6%)	55 - 59 jaar	57 (21%)	80 - 84 jaar
25 ( 9%)	60 - 64 jaar	29 (11%)	85 - 89 jaar
29 (11%)	65 - 69 jaar	12 (4%)	> 90 jaar

Geslacht:

132 (49%) man

140 (51%) vrouw (niet ingevuld 1)

Uit hoeveel personen bestaat het huishouden? (onder huishouden wordt verstaan: het samen delen en/of samen gebruiken van maaltijden, deze situatie moet minstens 3 maanden bestaan).

- 63 (23%) éénpersoonshuishouden
- 132 (48%) tweepersoonshuishouding, wie is de huisgenoot? .....
- 42 (15%) drie of meerpersoonshuishouding, wie zijn de huisgenoten?  
.....
- 33 (12%) instituut/tehuis, te weten een:
  - 2% serviceflat/aanleunwoning
  - 9% verzorgingshuis
  - 1% verpleeghuis
- 2 ( 1%) Anders, te weten.....

Is er sprake van uitvalsverschijnselen?

Zijn deze geheel of gedeeltelijk? \*

- 111 (42%) arm links                    geheel 47 (18%)
- 100 (37%) arm rechts                geheel 32 (12%)
- 101 (38%) been links                geheel 33 (12%)
- 84 (31%) been rechts                geheel 26 (10%)
- 72 (27%) bewustzijnsstoornissen
- 164 (61%) spraakstoornissen
- 42 (16%) slikstoornissen
- 38 (14%) incontinentie

Overige, namelijk....

- 9 ( 3%) evenwichtsstoornissen
- 11 ( 4%) visusstoornissen
- 8 ( 3%) coördinatioestoornissen
- 27 (10%) fascialisuitval
- 14 ( 5%) overige, welke verschijnselen.....

Had de patiënt tevoren hypertensie?

- 97 (38%) ja                    Laatstgemeten bloeddruk .....
- 160 (62%) nee
- 16                    onbekend

Zo ja, werd de patiënt voor deze hypertensie behandeld?

87 (93%)	ja	waarmee*	26 (37%)	diëet
7 (7%)	nee		32 (45%)	diuretica
			22 (30%)	bêta blokkers
			8 (11%)	andere middelen:.....
16	niet ingevuld			

Zo ja, met goed gevolg

50 (82%)	ja	
2 (3%)	nee	
9 (15%)	onzeker	(niet ingevuld: 26)

Had de patiënt Diabetes Mellitus?

36 (13%)	ja	Behandeld met*	22 (61%)	diëet
			23 (64%)	orale anti diabetica
			7 (20%)	insuline
234 (87%)	nee			

Was er sprake van Dementie?

13 (5%)	ja
256 (95%)	nee

Is er sprake adipositas

69 (26%)	ja
200 (74%)	nee

Was er sprake van andere ziekten?

114 (42%)	ja, welke .....
-----------	-----------------

**Reeds bekende aandoeningen voor het optreden van CVA, 3x en vaker genoemd.**

ICPC	N
1. K76 chronic ischemic heart dis.	25
2. R91 chronic bronchitis/bronchiectasis	15
3. K78 atrial fibrillation/flutter	15
4. K91 atherosclerosis /excl. heart/brain	12
K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	
5. K77 heart failure	10
6. L89 osteoarthritis allied conditions	5
7. N87 parkinsonism	4
8. P76 depressive dis.	3
9. T86 hypothyroidism	3
10. T92 gout	3
11. R84 malign neoplasma lar./trac.bronc./lung	3

Was er sprake van recidief CVA of TIA

69 (25%) ja  
202 (75%) nee

Zo ja, hoe was de aard van de uitvalsverschijnselen kort vóór deze melding,\*

11 (16%) arm links 3 geheel  
12 (17%) arm rechts 0 geheel  
9 (13%) been links 2 geheel  
10 (14%) been rechts 0 geheel  
12 (17%) spraakstoornissen  
3 ( 4%) incontinentie  
18 (26%) overige

Hoe was de mate van zelfredzaamheid vóór deze melding?

168 (63%) er was geen hulp nodig  
71 (27%) weinig hulp nodig  
27 (10%) veel hulp nodig

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.



## 7.2. Vragenformulier CVA - 1 week na de melding

Bij patiënt(e) werd de **diagnose** gesteld op:

TIA

273 andere cerebrovasculaire aandoeningen  
andere diagnose, namelijk:.....

Zijn er intussen andere belangrijke aandoeningen ontdekt?

214 (83%) nee

44 (17%) ja, welke:.....

**Andere aandoeningen ontdekt in de eerste week na het CVA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	6
2.	R81 pneumonia	4
	K78 atrial fibrillation/flutter	4
3.	T90 diabetes mellitus	3
	K94 phlebitis and thrombophlebitis	3
4.	U05 other urination problems	2
	K75 acute myocardial infarction	2

Welke **behandeling** vond plaats?\*

99 (37%)	geen behandeling	
99 (36%)	medicamenteus ; nieuwe of gewijzigde medicatie,nl.:.....	
	aspirine meer dan 300 mg/dag	25
	minder dan 300 mg/dag	9
	onbekende dosering	22
	sintrom nieuw voorgeschreven	8
	gestaakt	4
	dipyridamol	13
	diuretica	11
	beta-blokkers	4
	overige	44
16 ( 6%)	inschakelen wijkverpleegkundige	
26 (10%)	verwijzing fysiotherapeut	
65 (24%)	verwijzing naar het spreekuur van een specialist, specialisme:...	
	Neuroloog	59
	Neurochirurg	4
	Internist	3
	Cardiologie	2
18 ( 7%)	andere behandeling, welke? .....	
	Operatie	5
	Revalidatiecentrum	32
	logopedie	2

Werd de patiënt(e) opgenomen?\*

76 (28%) nee,de patiënt bleef thuis.

Welke redenen waren er om de patiënt thuis te houden?

47 (62%)	geen medische redenen tot opname	
0	geen plaats	
17 (22%)	patiënt(e) wilde thuis blijven	
15 (20%)	omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen	
10 (14%)	andere	
196 (72%)	ja, in een	
	190 (70%) ziekenhuis	
	6 ( 2%) verpleeghuis	
	1 ( 0%) verzorgingshuis	

Wat zijn de belangrijkste redenen om de patiënt op te laten nemen?

- 134 (68%) medische redenen
- 68 (34%) ontoereikende verzorging thuis
- 10 ( 5%) wens van de patiënt(e)
- 25 (13%) wens van de omgeving
- 11 ( 6%) andere

Met wie besprak de huisarts de mogelijkheid van **thuis houden, verwijzen of opnemen**?

- 107 (43%) niet ter sprake geweest
- 89 (36%) patiënt(e) zelf
- 104 (42%) omgeving van de patiënt(e)
- 21 ( 9%) specialist
- 9 ( 4%) anders
- 26 (10%) niet ingevuld.

Was ooit al eens met de patiënt(e) te voren gesproken hoe er in geval van een ernstige aandoening (zoals CVA) gehandeld zou moeten worden?

- 21 ( 8%) ja
- 242 (92%) nee

Hoe vaak hebt u na het eerste **contact** op de meldingsdatum nog persoonlijk contact gehad met de patiënt(e)? Aantal malen.....

- |     |           |               |
|-----|-----------|---------------|
| 0   | 71 (29%)  |               |
| 1-3 | 118 (48%) |               |
| 4-7 | 45 (19%)  |               |
| >7  | 13 ( 4%)  | 2.2 gemiddeld |

Is de patiënt(e) **overleden**?

- 42 (16%) ja
- 231 (84%) nee

Aantal dagen dat de patiënt(e) nog heeft geleefd:.....

Aantal dagen geleefd:

- <2 dgn. 17 (40%)
- 2-4 14 (33%)
- 5-7 11 (26%)

Wat was de doodsoorzaak? .....

Belangrijkste doodsoorzaken :

CVA	34 (81%)
Myocardinfarct	3 ( 7%)
Pneumonie	3 ( 7%)
onbekend	1 (2,5%)
missing	1 (2,5%)

Heeft er obductie plaatsgevonden?

(alleen in het 2e registratiejaar) 3

Waar is de patiënt(e) overleden?

5 (12%)	thuis	
30 (73%)	ziekenhuis	
2 ( 5%)	verpleeghuis	
4 (10%)	elders, nl.:.....	
	verzorgingshuis	3
	onbekend	1

Heeft de patiënt(e) een **recidief** doorgemaakt?

19 ( 8%) ja  
222 (92%) nee

Is de patiënt(e) nu **hulpbehoevend**?

47 (20%) heeft geen hulp nodig  
51 (22%) heeft weinig hulp nodig  
88 (38%) heeft veel hulp nodig  
45 niet ingevuld.

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

175 (76%) ja

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.

### 7.3. Vragenformulier CVA - 8 weken na de meldingsdatum

ZIJN ER INTUSSEN ANDERE BELANGRIJKE AANDOENINGEN ONTDEKT?

190 (85%) nee

34 (15%) ja, welke: .....

**Andere aandoeningen ontdekt van de 1e t/m de 8e week na het CVA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	K90 other cerebrovascular disease	6
2.	K78 atrial fibrillation/flutter	3
	T90 diabetes mellitus	3
3.	K76 chr. ischemic heart disease	2
	K83 heart valve disease, nos, non-rheumatic	2
	K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	2
	U05 other urination problems	2
	U28 disability/impairment	2

Welke behandeling vond plaats?\*

65 (28%)	geen behandeling	
100 (43%)	medicamenteus ; nieuwe of gewijzigde medicatie, nl.:.....	
	aspirine meer dan 300 mg/dag	31
	minder dan 300 mg/dag	6
	onbekende dosering	14
	sintrom nieuw voorgeschreven	12
	gestaakt	1
	dipyridamol	12
	diuretica	16
	beta-blokkers	7
	overige	4
20 ( 9%)	inschakelen wijkverpleegkundige	
38 (16%)	verwijzing fysiotherapeut	
52 (23%)	verwijzing naar het spreekuur van een specialist, namelijk...	
	Neuroloog	45
	Revalidatiearts	5
	Oogarts	2
	Cardioloog	7
27 (12%)	andere behandeling, welke? .....	
	Dagbehand.verplghs.	4
	Revalidatiecentrum	4
	Logopedie	9

Werd de patiënt(e) **opgenomen**?

76 (28%) nee, de patiënt(e) bleef thuis.

Welke redenen waren er om de patiënt(e) thuis te houden?

43 (19%) geen medische redenen tot opname  
- ( - ) geen plaats  
18 ( 8%) patiënt(e) wilde thuis blijven  
12 ( 5%) omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen  
12 ( 5%) anders , nl.: .....  
196 (72%) ja, in een  
190 (97%) ziekenhuis  
6 ( 3%) verpleeghuis  
- ( - ) verzorgingshuis

Wat zijn de belangrijkste redenen om de patiënt(e) op te **laten** nemen?

114 (75%) medische redenen, nl.: .....  
71 (47%) ontoereikende verzorging thuis  
11 ( 7%) wens van de patiënt(e)  
22 (14%) wens van de omgeving  
14 ( 9%) andere, nl.: .....

Hoe vaak hebt U na het eerste **contact** op de meldingsdatum nog persoonlijk contact gehad met de patiënt(e)? aantal malen.....

0 24 (11%)  
1-3 85 (40%)  
4-7 66 (31%)  
>7 37 (17%) 4.4 gemiddeld

Is de patiënt(e) **overleden**?

70 (26%) ja ; overleden tussen 1 en 8 weken 28 (10%)  
199 (74%) nee

Aantal dagen dat de patiënt(e) nog heeft geleefd:.....

Aantal weken geleefd:

1e week 42 (60%)  
2e week 14 (20%)  
3-4 wkn. 9 (13%)  
5-8 wkn. 5 ( 7%)

Wat was de doodsoorzaak?.....

Belangrijkste doodsoorzaken in de 2e tot en met 8e week :

CVA 16 (57%)

Myocardiaal 5 (18%)

Pneumonie 7 (25%)

Waar is de patiënt(e) overleden? in 2e tot en met 8e week

2 ( 7%) thuis

21 (75%) ziekenhuis

3 (11%) verpleeghuis

2 ( 7%) elders, nl.:.....

Heeft de patiënt(e) in de afgelopen periode een (nieuwe) CVA/TIA doorge-  
maakt?

TIA: 6 (3%) ja CVA: 9 (4%) ja

Is de patiënt(e) nu **hulpbehoevend**?

45 (25%) heeft geen hulp nodig

65 (37%) heeft weinig hulp nodig

65 (37%) heeft veel hulp nodig

3 ( 2%) weet ik niet

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

119 (50%) ja, welke:.....

3 ( 2%) weet ik niet

**Indien de patiënt(e) nog leeft:**

Waar verblijft de patiënt(e) op dit moment?

114 (59%) thuis

20 (10%) verzorgingshuis

30 (15%) verpleeghuis

17 ( 9%) ziekenhuis

12 ( 6%) elders, nl.:.....

1 (1%) onbekend revalidatie-centrum 8

bejaardenhuis 2

Hoe beoordeelt U de toekomst van de patiënt(e) wat betreft de zelfredzaamheid?

- 53 (28%) zal zonder hulp kunnen
- 59 (31%) zal weinig hulp nodig hebben
- 69 (36%) zal steeds veel hulp nodig hebben
- 10 ( 5%) weet ik niet

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.



#### 7.4. Vervolgformulier CVA - 1 jaar na de meldingsdatum

Is de diagnose zoals gesteld 1 week na de melding gewijzigd?

273 nee

- ja, nl. ....

Welke behandeling vond met betrekking tot het CVA tussen 8 en 52 weken plaats?

41 (21%) geen behandeling

92 (47%) medicamenteus, nieuwe of gewijzigde medicatie:.....

aspirine meer dan 300 mg/dag 27

minder dan 300 mg/dag 10

onbekende dosering 25

sintrom nieuw voorgeschreven 14

gestaakt 2

dipyridamol 13

diuretica 11

beta-blokkers 8

overige 32

14 ( 7%) hulp van wijkverpleegkundige

46 (24%) behandeling van fysiotherapeut

21 (11%) behandeling van logopedist

44 (23%) verwijzing naar het spreekuur van een specialist,  
namelijk:.....

Neuroloog 40

Revalidatiearts 8

Psychiater/-loog 4

Internist 3

27 (14%) andere behandeling, welke? .....

Dagbehand.verplghs. 7

Revalidatiecentrum 7

Operatie 2

Werd de patiënt(e) opgenomen\* in de periode tussen 8 weken en 52 weken na de melding?

112 (56%) nee, de patiënt(e) bleef thuis.

Welke redenen\* waren er om de patiënt(e) thuis te houden?

- 66 (86%) geen medische redenen tot opname
- ( - ) geen plaats
- 8 (10%) patiënt(e) wilde thuis blijven
- 10 (13%) omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen
- 8 (10%) andere, nl.: .....
- 87 (44%) ja,in
  - 56 (65%) ziekenhuis
  - 26 (30%) verpleeghuis
  - 4 ( 5%) verzorgingshuis

Wat waren de belangrijkste redenen\* om de patiënt(e) op te laten nemen?

- 65 (76%) medische redenen
- 35 (41%) ontoereikende verzorging thuis
- 4 ( 5%) wens van de patiënt(e)
- 10 (12%) wens van de omgeving
- 8 ( 9%) andere

Zijn er in de afgelopen 10 maanden nieuwe/andere aandoeningen bijgekomen?

- 35 (18%) ja, en wel:.....

**Andere aandoeningen ontdekt van de 8e t/m de 52e week na het CVA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	T90 diabetes mellitus	4
2.	K77 heart failure	3
	L75 fracture: femur	3
	N88 epilepsy, all types	3
3.	K75 acute myocardial infarction	2
	K94 phlebitis and thrombophlebitis	2
	P70 organic psychosis	2
	U05 other urination problems	2

Hoe vaak is er contact geweest tussen U en de patiënt(e) gedurende de laatste 10 maanden?

Aantal contacten: .....

0	23 (12%)	
1- 3	35 (18%)	
4- 7	55 (28%)	
8-10	44 (23%)	
>10	35 (18%)	7.2 gemiddeld

Heeft de patiënt(e) in de afgelopen periode een CVA/TIA doorgemaakt?

TIA	15 (7%)	ja
CVA	16 (8%)	ja

Is de patiënt(e) **overleden**?

94 (46%) ja ; overleden tussen 8 en 52 weken: 24 (9%)

Aantal maanden dat de patiënt(e) nog heeft geleefd na de 1ste meldingsdatum: .....

Aantal maanden geleefd: (1 missing)

1e maand	65 (70%)
2e maand	5 ( 7%)
3-6 mndn.	13 (19%)
7-12 mnd.	10 (14%)

Wat was de oorzaak? .....

Belangrijkste doodsoorzaken in de 3e tot en met 12e maand :

CVA	6 (25%)
Myocardiaal	7 (29%)
Pneumonie	4 (17%)

Waar is de patiënt(e) overleden? (tussen 8e week en 1 jaar)

5 (21%)	thuis
6 (25%)	ziekenhuis
12 (50%)	verpleeghuis
1 ( 4%)	elders, nl.: .....

### Indien de patiënt(e) nog leeft

Zijn er in de tussenliggende periode, 8-52 weken na de melding, nog veranderingen opgetreden in de woonsituatie; zo ja wilt u dit in het kort aangeven? .....

Waar verblijft de patiënt(e) op dit moment?

- 115 (69%) thuis
- 19 (11%) verzorgingshuis
- 19 (11%) verpleeghuis
- 3 ( 2%) ziekenhuis
- 8 ( 5%) elders, nl. ....
- 2 ( 1%) onbekend

Indien opname in ziekenhuis of verpleeghuis:

Hebt U de patiënt(e) bezocht?

- 24 (32%) ja

Hebt U contact gehad met de behandelend specialist of verpleeghuisarts?

- 26 ja

**Is de patiënt(e) nu hulpbehoevend?**

- 59 (36%) Heeft geen hulp nodig
- 49 (30%) Heeft weinig hulp nodig
- 46 (28%) Heeft veel hulp nodig
- 9 ( 6%) Weet ik niet

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

- 78 (48%) nee
- 73 (45%) ja? welke: .....
- 12 ( 7%) weet ik niet

\* Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.

## 8. BASISGEGEVENS VOOR DE GROEP TIA-PATIËNTEN.

In dit hoofdstuk worden voor de groep TIA-patiënten de basisgegevens gepresenteerd voor elk van de vier formulieren: het aanmeldings-formulier en de drie vervolgformulieren (van 1, 8 en 52 weken na de melding). Hiertoe is zoveel mogelijk aangesloten bij de vorm van de formulieren. De formulieren zijn zo getrouw mogelijk weergegeven, terwijl bij elk item in een rechthoekig kader de resultaten van de rechte tellingen zijn afgedrukt met daarachter tussen haakjes de relevante groepspercentages.

### 8.1. Aanvullende gegevens m.b.t. de melding CVA

Jaar van melding:

74 (56%)	1e jaar (1986)
58 (44%)	2e jaar (1987)

Leeftijd:

2 (2%)	< 50 jaar	27 (20%)	70 - 74 jaar
4 (3%)	50 - 54 jaar	24 (18%)	75 - 79 jaar
5 (4%)	55 - 59 jaar	30 (23%)	80 - 84 jaar
6 (5%)	60 - 64 jaar	15 (11%)	85 - 89 jaar
12 (9%)	65 - 69 jaar	7 (5%)	> 90 jaar

Geslacht:

70 (54%)	man	
59 (46%)	vrouw	(niet ingevuld 3)

Uit hoeveel personen bestaat het huishouden? (onder huishouden wordt verstaan: het samen delen en/of samen gebruiken van maaltijden, deze situatie moet minstens 3 maanden bestaan).

- 25 (19%) éénpersoonshuishouden
- 78 (59%) tweepersoonshuishouding, wie is de huisgenoot? .....
- 19 (14%) drie of meerpersoonshuishouding, wie zijn de huisgenoten?.....
- 10 ( 8%) instituut/tehuis, te weten een:
  - 9% serviceflat/aanleunwoning
  - 14% verzorgingshuis
  - verpleeghuis

Anders, te weten.....

Is er sprake van uitvalsverschijnselen?

Zijn deze geheel of gedeeltelijk? \*

- |          |                        |        |        |
|----------|------------------------|--------|--------|
| 41 (32%) | arm links              | geheel | 2 (2%) |
| 30 (23%) | arm rechts             | geheel | 3 (2%) |
| 27 (21%) | been links             | geheel | 1 (1%) |
| 24 (19%) | been rechts            | geheel | 5 (4%) |
| 18 (14%) | bewustzijnsstoornissen |        |        |
| 62 (48%) | spraakstoornissen      |        |        |
| 8 ( 6%)  | slikstoornissen        |        |        |
| 3 ( 2%)  | incontinentie          |        |        |

Overige, namelijk....

- 10 (8%) visusstoornissen
- 11 (8%) fascialisuitval
- 5 (4%) coördinatiestoornissen
- 5 (4%) paraesthesiën
- 3 (2%) evenwichtsstoornissen
- 3 (2%) oogbewegingen
- 4 (3%) overige, welke verschijnselen.....

Had de patiënt tevoren hypertensie?

- |          |          |                               |
|----------|----------|-------------------------------|
| 50 (39%) | ja       | Laatstgemeten bloeddruk ..... |
| 79 (61%) | nee      |                               |
| 3        | onbekend |                               |

Zo ja, werd de patiënt voor deze hypertensie behandeld?

49 (98%)	ja	waarmee*	25 (51%)	diëet
			27 (55%)	diuretica
			20 (41%)	bêta blokkers
			13 (27%)	andere middelen:.....
1 (2%)	nee			

Zo ja, met goed gevolg

30 (83%)	ja		
1 (3%)	nee		
5 (14%)	onzeker	(niet ingevuld: 13)	

Had de patiënt Diabetes Mellitus?

13 (10%)	ja	Behandeld met*	9 (64%)	dieet
			7 (50%)	orale anti diabetica
			4 (29%)	insuline
118 (90%)	nee			

Was er sprake van Dementie?

9 (7%)	ja
123 (93%)	nee

Is er sprake adipositas

27 (20%)	ja
105 (80%)	nee

Was er sprake van andere ziekten?

64 (49%)	ja, welke .....
----------	-----------------

**Reeds bekende aandoeningen vòòr het optreden TIA, genoemd (N=132) 3x en vaker.**

	ICPC	N.
1.	K76 chronic ischemic heart dis.	10
2.	R91 chronic bronchitis/bronchiectasis	7
3.	K78 atrial fibrillation/flutter	6
4.	K91 atherosclerosis (excl. heart/brain)	6
5.	R95 emphysema	3
6.	U76 malignant neoplasma bladder	3
7.	K77 heart failure	3

Was er sprake van recidief CVA of TIA

30 (23%)	ja
102 (77%)	nee

Zo ja, hoe was de aard van de uitvalsverschijnselen kort vóór deze melding,\*

3 (2%)	arm links	geheel	1
2 (2%)	arm rechts	geheel	0
3 (2%)	been links	geheel	1
3 (2%)	been rechts	geheel	0
5 (4%)	spraakstoornissen		
- (-)	incontinentie		
3 (2%)	overige		

Hoe was de mate van zelfredzaamheid vóór deze melding?

84 (66%)	er was geen hulp nodig
30 (24%)	weinig hulp nodig
12 (9%)	veel hulp nodig

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.



## 8.2. Vragenformulier CVA - 1 week na de melding

Bij patiënt(e) werd de **diagnose** gesteld op:

132 TIA

andere cerebrovasculaire aandoeningen andere diagnose, namelijk:.....

Zijn er intussen andere belangrijke aandoeningen ontdekt?

106 (84%) nee

20 (16%) ja, welke:.....

**Andere aandoeningen ontdekt in de eerste week na de TIA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	K78 atrial fibrillation/flutter	4
2.	K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	2
	P70 organic psychosis	2

Welk **behandeling** vond plaats?\*

45 (34%) geen behandeling

72 (55%) medicamenteus ; nieuwe of gewijzigde medicatie,nl.:.....

aspirine meer dan 300 mg/dag 17

minder dan 300 mg/dag 13

onbekende dosering 19

sintram nieuw voorgeschreven 3

dipyridamol 16

diuretica 5

beta-blokkers 2

hydergine 2

overige 14

gestaakt 5

3 ( 2%) inschakelen wijkverpleegkundige

3 ( 2%) verwijzing fysiotherapeut

26 (20%)	verwijzing naar het spreekuur van een specialist:...	
	Neuroloog	18
	Vaatchirurg	3
	Internist	1
	Oogarts	1
	Uroloog	1
2 ( 2%)	andere behandeling, welke? .....	
	(bed)rust	2

Werd de patiënt(e) opgenomen?\*

94 (71%)      nee, de patiënt bleef thuis.

Welke redenen waren er om de patiënt thuis te houden?

75 (91%)	geen medische redenen tot opname	
- ( - )	geen plaats	
11 (13%)	patiënt(e) wilde thuis blijven	
12 (15%)	omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen	
6 ( 7%)	andere	
38 (29%)	ja, in een	
	36 (97%)	ziekenhuis
	1 ( 3%)	verpleeghuis
	- ( - )	verzorgingshuis

Wat zijn de belangrijkste redenen om de patiënt op te laten nemen?

18 (62%)	medische redenen
5 (17%)	ontoereikende verzorging thuis
6 (21%)	wens van de patiënt(e)
5 (17%)	wens van de omgeving
5 (17%)	andere
9	niet ingevuld

Met wie besprak de huisarts de mogelijkheid van **thuis houden, verwijzen of opnemen**?\*

59 (47%)	niet ter sprake geweest
57 (46%)	patiënt(e) zelf
34 (27%)	omgeving van de patiënt(e)
10 ( 8%)	specialist
2 ( 2%)	andere, nl.: .....
7	niet ingevuld.

Was ooit al eens met de patiënt(e) te voren gesproken hoe er in geval van een ernstige aandoening (zoals CVA) gehandeld zou moeten worden?

11 ( 8%) ja  
119 (92%) nee

Hoe vaak hebt u na het eerste **contact** op de meldingsdatum nog persoonlijk contact gehad met de patiënt(e)?

Aantal malen.....

0 20 (16%)  
1-3 82 (67%)  
4-7 20 (16%)  
>7 1 ( 1%) 2.0 gemiddeld

Is de patiënt(e) **overleden**?

2 ( 2%) ja  
130 (98%) nee

Aantal dagen dat de patiënt(e) nog heeft geleefd:.....

Aantal dagen geleefd:

<2 dgn. 1 (-)  
2-4 - (-)  
5-7 1 (-)

Wat was de doodsoorzaak? .....

Doodsoorzaken:

CVA 2

Heeft er obductie plaatsgevonden?

(alleen in het 2e registratiejaar) 0

Waar is de patiënt(e) overleden?

- (-) thuis  
2 (-) ziekenhuis  
- (-) verpleeghuis  
- (-) elders, nl.:.....

Heeft de patiënt(e) een **recidief** doorgemaakt?

11 (10%) ja  
105 (90%) nee

Is de patiënt(e) nu **hulpbehoevend**?

79 (66%)	heeft geen hulp nodig
29 (24%)	heeft weinig hulp nodig
11 (9%)	heeft veel hulp nodig
11	niet ingevuld.

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

- (-) ja

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.

### 8.3. Vragenformulier CVA - 8 weken na de meldingsdatum

ZIJN ER INTUSSEN ANDERE BELANGRIJKE AANDOENINGEN ONTDEKT?

104 (81%)      nee  
24 (19%)      ja, welke: .....

**Andere aandoeningen ontdekt van de 1e t/m 8e week na de TIA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	4
2.	T90 diabetes mellitus	3
3.	K76 chr. ischemic heart disease	2
	K89 transient cerebral ischemia	2

Welke behandeling vond plaats?\*

39 ( 2%)	geen behandeling	
74 (57%)	medicamenteus ; nieuwe of gewijzigde medicatie, nl.:.....	
	aspirine meer dan 300 mg/dag	24
	minder dan 300 mg/dag	15
	onbekende dosering	13
	sintrom nieuw voorgeschreven	5
	dipyridamol	14
	diuretica	5
	beta-blokkers	5
	hydergine	4
	overige	22
	gestaakt	3
3 ( 2%)	inschakelen wijkverpleegkundige	
3 ( 2%)	verwijzing fysiotherapeut	
21 (16%)	verwijzing naar het spreekuur van een specialist, namelijk...	
	Neuroloog	15
	Internist	2
	Vaatchirurg	5
3 ( 2%)	andere behandeling, welke? .....	
	Opname bejaardenhuis	1
	Endarteriectomie	1
	Cholegitiectomie	1

Werd de patiënt(e) **opgenomen**?

82 (64%)      nee, de patiënt(e) bleef thuis.

Welke redenen waren er om de patiënt(e) thuis te houden?

72 (92%)	geen medische redenen tot opname	
- (-)	geen plaats	
11 (14%)	patiënt(e) wilde thuis blijven	
11 (14%)	omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen	
5 (6%)	anders	
47 (36%)	ja, in een	
	40 (91%)	ziekenhuis
	2 (5%)	verpleeghuis
	2 (5%)	verzorgingshuis

Wat zijn de belangrijkste redenen om de patiënt(e) op te laten nemen?

31 (84%)	medische redenen
7 (19%)	ontoereikende verzorging thuis
2 (5%)	wens van de patiënt(e)
3 (8%)	wens van de omgeving
4 (11%)	andere
10	niet ingevuld

Hoe vaak hebt U na het eerste **contact** op de meldingsdatum nog persoonlijk contact gehad met de patiënt(e)? aantal malen.....

0	9 (7%)	
1-3	67 (53%)	
4-7	42 (34%)	
>7	7 (6%)	3.4 gemiddeld

Is de patiënt(e) **overleden**?

4 (3%)	ja ; overleden tussen 1 en 8 weken	2 (2%)
126 (97%)	nee	

Aantal dagen dat de patiënt(e) nog heeft geleefd:.....

Aantal weken geleefd:

1e week	2 (2%)
2e week	- (-)
3-4 wkn.	- (-)
5-8 wkn.	2 (2%)

Wat was de doodsoorzaak?.....

Doodsoorzaken in de 2e tot en met 8e week :

CVA 1

Myocardiaal 1

Waar is de patiënt(e) overleden?

1 (-) thuis

3 (-) ziekenhuis

- (-) verpleeghuis

- (-) elders, nl.:.....

Heeft de patiënt(e) in de afgelopen periode een (nieuwe) CVA/TIA doorge-  
maakt?

TIA: 8 (6%) ja

CVA: 1 (1%) ja

Is de patiënt(e) nu **hulpbehoevend**?

70 (59%) heeft geen hulp nodig

29 (24%) heeft weinig hulp nodig

20 (17%) heeft veel hulp nodig

- (-) weet ik niet

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

- (-) ja, welke:.....

2 (2%) weet ik niet

**Indien de patiënt(e) nog leeft:**

Waar verblijft de patiënt(e) op dit moment?

95 (75%) thuis

22 (17%) verzorgingshuis

3 ( 2%) verpleeghuis

2 ( 2%) ziekenhuis

3 ( 2%) elders, nl.:.....

1 ( 1%) onbekend

Hoe beoordeelt U de toekomst van de patiënt(e) wat betreft de zelfredzaamheid?

68 (54%)	zal zonder hulp kunnen
37 (30%)	zal weinig hulp nodig hebben
19 (15%)	zal steeds veel hulp nodig hebben
1 ( 1%)	weet ik niet

\*Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist.



#### 8.4. Vervolgformulier CVA - 1 jaar na de meldingsdatum

Is de diagnose zoals gesteld 1 week na de melding gewijzigd?

132            nee  
-              ja, nl. ....

Welke behandeling vond met betrekking tot het CVA tussen 8 en 52 weken plaats?

44 (36%)	geen behandeling	
60 (49%)	medicamenteus, nl. ....	
	aspirine meer dan 300 mg/dag	13
	minder dan 300 mg/dag	10
	onbekende dosering	25
	sintram	5
	dipyridamol	16
	diuretica	6
	beta-blokkers	4
	hydergine	5
	overige	18
	gestaakt	-
3 ( 2%)	hulp van wijkverpleegkundige	
7 ( 6%)	behandeling van fysiotherapeut	
- ( - )	behandeling van logopedist	
13 (11%)	verwijzing naar het spreekuur van een specialist, namelijk: .....	
	Neuroloog	11
	Internist	2
	Vaatchirurgie	1
	Cardioloog	1
1 ( 1%)	andere behandeling, welke? .....	
5	niet ingevuld	

Werd de patiënt(e) opgenomen\* in de periode tussen 8 weken en 52 weken na de melding?

100 (80%)    nee, de patiënt(e) bleef thuis.

Welke redenen\* waren er om de patiënt(e) thuis te houden?

45 (100%)	geen medische redenen tot opname	
- ( - )	geen plaats	
8 ( 18%)	patiënt(e) wilde thuis blijven	
6 ( 13%)	omgeving wilde patiënt(e) thuis verzorgen	
1 ( 2%)	andere	
55	niet ingevuld	
25 ( 20%)	ja,in	
	20 (87%)	ziekenhuis
	2 ( 9%)	verpleeghuis
	1 ( 4%)	verzorgingshuis

Wat waren de belangrijkste redenen\* om de patiënt(e) op te laten nemen?

20 (91%)	medische redenen
7 (32%)	ontoereikende verzorging thuis
- ( - )	wens van de patiënt(e)
3 (14%)	wens van de omgeving
1 ( 5%)	andere

Zijn er in de afgelopen 10 maanden nieuwe/andere aandoeningen bijgekomen?

23 (19%) ja, en wel:.....

**Andere aandoeningen ontdekt van de 8e t/m 52e week na de TIA, 2x en vaker genoemd.**

	ICPC	N.
1.	K90 other cerebrovascular disease	2
	K92 other arter. obstr. periph. vasc.dis.	2
	K94 phlebitis and thrombophlebitis	2
	P70 organic psychosis	2

Hoe vaak is er contact geweest tussen U en de patiënt(e) gedurende de laatste 10 maanden?

Aantal contacten: .....

0	14 (12%)	
1-3	28 (23%)	
4-7	38 (32%)	
8-10	23 (19%)	
>10	17 (14%)	6.5 gemiddeld

Heeft de patiënt(e) in de afgelopen periode een CVA/TIA doorgemaakt?

TIA	14 (11%)	ja
CVA	8 (6%)	ja

Is de patiënt(e) **overleden**?

11 (8%) ja ; overleden tussen 8 en 52 weken: 7( 5%)

Aantal maanden dat de patiënt(e) nog heeft geleefd na de 1ste meldingsdatum: .....

Aantal maanden geleefd:

1e maand	2 (18%)
2e maand	2 (18%)
3-6 mndn.	5 (45%)
7-12 mnd.	2 (18%)

Wat was de oorzaak? .....

Belangrijkste doodsoorzaken

in de 3e tot en met 12e maand:

CVA	2
Myocardiaal	2
Pneumonie	2
Plotselinge dood	1

Waar is de patiënt(e) overleden?

2	thuis
4	ziekenhuis
1	verpleeghuis
1	elders, nl.: .....

**Indien de patiënt(e) nog leeft**

Zijn er in de tussenliggende periode, 8-52 weken na de melding, nog veranderingen opgetreden in de woonsituatie; zo ja wilt u dit in het kort aangeven? .....

Waar verblijft de patiënt(e) op dit moment?

80 (77%)	thuis
18 (17%)	verzorgingshuis
2 ( 2%)	verpleeghuis
- ( - )	ziekenhuis
3 ( 3%)	elders, nl. ....
1 ( 1%)	onbekend
17	niet ingevuld

Indien opname in ziekenhuis of verpleeghuis:

Hebt U de patiënt(e) bezocht?

6 (27%)	ja
---------	----

Hebt U contact gehad met de behandelend specialist of verpleeghuisarts?

8	ja
---	----

**Is de patiënt(e) nu hulpbehoevend?**

60 (58%)	Heeft geen hulp nodig
33 (32%)	Heeft weinig hulp nodig
9 ( 9%)	Heeft veel hulp nodig
1 ( 1%)	Weet ik niet

Heeft de patiënt(e) nog **uitvalsverschijnselen**?

87 (84%)	nee
12 (12%)	ja? welke: .....
5 ( 5%)	weet ik niet

\* Bij beantwoording kunnen meerdere mogelijkheden worden aangekruist

## BIJLAGEN

## Toelichting weekstaat

### Cerebrovasculair accident (nieuw)

Gevraagd wordt alle acute (plotseling optredende) nieuwe gevallen van deze ziekte te registreren. Ook wanneer zich bij een patiënt, die voorheen is getroffen door een CVA en daar restverschijnselen van heeft overgehouden, een nieuwe cerebrovasculair probleem voordoet wordt registratie gevraagd. Uitgesloten van registratie dienen te worden die patiënten, die voor 1-1-1986 een CVA hebben gehad en die geen **nieuwe** acute neurologische afwijkingen welke op een doorbloedingsstoornis kunnen wijzen, vertonen.

Onder de term cerebrovasculair accident valt een aantal ziektebeelden dat in de huisartspraktijk moeilijk onderscheiden kan worden. Om deze reden is het verstandig slechts twee vormen te benoemen die overigens bij het **eerste** contact met de patiënt niet altijd onderscheiden kunnen worden. Deze twee vormen worden ook in de ICHPPC-2 genoemd (International Classification of Health Problems in Primary Care.(1)

Opgemerkt moet worden dat ook de differentiële diagnostiek - vooral bij jonge mensen - met migraine (equivalenten) en epilepsie soms moeilijk kan zijn.

1. Transient Ischaemic Attaque (TIA) Deze diagnose moet gesteld worden als de volgende verschijnselen zich bij een patiënt voordoen:
  - Er treden plotseling neurologische afwijkingen op, die verklaard kunnen worden door plaatselijke doorbloedingsstoornissen van de hersenen;
  - De afwijkingen moeten binnen 24 uur volledig verdwenen zijn;
  - Er mogen geen restverschijnselen zijn.

Migraine en/of epilepsie en "flauwvallen" worden niet onder dit ziektebeeld gerekend.

2. Andere Cerebrovasculaire ziektebeelden.  
Inclusief alle vormen van apoplexie en post-apoplectische verlammingen. Nodig voor de diagnose zijn acute symptomen van uitval van

hersenfunctie, waarvan verondersteld wordt dat deze van vasculaire oorsprong zijn, en die langer dan 24 uur duren of de dood veroorzaken.(2)

Bij registratie wordt u gevraagd een formulier in te vullen.  
Op de vervolformulieren worden meer gespecificeerde gegevens gevraagd.  
Gevraagd wordt de formulieren na 1 week, na 8 weken en na 52 weken in te vullen.

## Bijlage 2

### Incidentiecijfers van CVA voor verschillende populatie-segmenten voor elk der beide registratiejaren.

Reg.jaar:	Populatie-segment:	Aantal CVA's:	Incidentie:
1	totale populatie	172	1.306
2	" "	162	1.230
1	<50jr.	5	0.052
1	50-54jr.	7	1.010
1	55-59jr.	9	1.372
1	60-64jr.	18	2.913
1	65-69jr.	16	3.194
1	70-74jr.	25	6.105
1	75-79jr.	29	9.250
1	80-84jr.	33	15.988
1	>84jr.	30	20.661
2	<50jr.	4	0.042
2	50-54jr.	9	1.298
2	55-59jr.	9	1.372
2	60-64jr.	8	1.295
2	65-69jr.	21	4.192
2	70-74jr.	24	5.861
2	75-79jr.	27	8.612
2	80-84jr.	38	18.411
2	>84jr.	22	15.152
1	mannen	84	1.304
1	vrouwen	88	1.308
2	mannen	82	1.273
2	vrouwen	79	1.175
1	mannen <50jr.	3	0.062
1	mannen 50-54jr.	3	0.861
1	mannen 55-59jr.	7	2.226



**Incidentiecijfers van CVA voor verschillende populatie-segmenten voor elk der beide registratiejaren (vervolg).**

<b>Reg.jaar:</b>	<b>Populatie-segment:</b>	<b>Aantal CVA's:</b>	<b>Incidentie:</b>
1	mannen 60-64jr.	13	4.429
1	mannen 65-69jr.	10	4.338
1	mannen 70-74jr.	16	9.040
1	mannen 75-79jr.	10	8.203
1	mannen 80-84jr.	15	20.979
1	mannen >84jr.	7	15.217
2	mannen <50jr.	3	0.062
2	mannen 50-54jr.	6	1.723
2	mannen 55-59jr.	6	1.908
2	mannen 60-64jr.	5	1.704
2	mannen 65-69jr.	13	5.640
2	mannen 70-74jr.	9	5.085
2	mannen 75-79jr.	12	9.844
2	mannen 80-84jr.	18	25.175
2	mannen >84jr.	10	21.739
1	vrouwen <50jr.	2	0.042
1	vrouwen 50-54jr.	4	1.159
1	vrouwen 55-59jr.	2	0.586
1	vrouwen 60-64jr.	5	1.541
1	vrouwen 65-69jr.	6	2.219
1	vrouwen 70-74jr.	9	3.871
1	vrouwen 75-79jr.	19	9.916
1	vrouwen 80-84jr.	18	13.343
1	vrouwen >84jr.	23	23.185
2	vrouwen <50jr.	1	0.021
2	vrouwen 50-54jr.	3	0.869
2	vrouwen 55-59jr.	3	0.879
2	vrouwen 60-64jr.	3	0.925
2	vrouwen 65-69jr.	8	2.959
2	vrouwen 70-74jr.	15	6.452
2	vrouwen 75-79jr.	15	7.829
2	vrouwen 80-84jr.	20	14.826
2	vrouwen >84jr.	11	11.089

Bijlage 3

**Incidentiecijfers van TIA voor verschillende populatie-segmenten voor elk der beide registratiejaren.**

Reg.jaar:	Populatie-segment:	Aantal TIA's:	Incidentie:
1	totale populatie	101	0.767
2	„ „	86	0.653
1	<50jr.	2	0.021
1	50-54jr.	2	0.288
1	55-59jr.	6	0.915
1	60-64jr.	5	0.809
1	65-69jr.	8	1.597
1	70-74jr.	20	4.884
1	75-79jr.	16	5.104
1	80-84jr.	28	13.566
1	>84jr.	14	9.642
2	<50jr.	0	0.000
2	50-54jr.	3	0.433
2	55-59jr.	0	0.000
2	60-64jr.	1	0.162
2	65-69jr.	8	1.597
2	70-74jr.	21	5.128
2	75-79jr.	19	6.061
2	80-84jr.	14	6.783
2	>84jr.	20	13.774
1	mannen	56	0.869
1	vrouwen	45	0.669
2	mannen	47	0.729
2	vrouwen	36	0.535
1	mannen <50jr.	0	0.000
1	mannen 50-54jr.	1	0.287
1	mannen 55-59jr.	4	1.272

**Incidentiecijfers van TIA voor verschillende populatie-segmenten voor elk der beide registratiejaren (vervolg).**

<b>Reg.jaar:</b>	<b>Populatie-segment:</b>	<b>Aantal TIA's:</b>	<b>Incidentie:</b>
1	mannen 60-64jr.	5	1.704
1	mannen 65-69jr.	6	2.603
1	mannen 70-74jr.	8	4.520
1	mannen 75-79jr.	10	8.203
1	mannen 80-84jr.	18	25.175
1	mannen >84jr.	4	8.696
2	mannen <50jr.	0	0.000
2	mannen 50-54jr.	3	0.861
2	mannen 55-59jr.	0	0.000
2	mannen 60-64jr.	0	0.000
2	mannen 65-69jr.	6	2.603
2	mannen 70-74jr.	19	10.734
2	mannen 75-79jr.	7	5.742
2	mannen 80-84jr.	8	11.189
2	mannen >84jr.	4	8.696
1	vrouwen <50jr.	2	0.042
1	vrouwen 50-54jr.	1	0.290
1	vrouwen 55-59jr.	2	0.586
1	vrouwen 60-64jr.	0	0.000
1	vrouwen 65-69jr.	2	0.740
1	vrouwen 70-74jr.	12	5.161
1	vrouwen 75-79jr.	6	3.132
1	vrouwen 80-84jr.	10	7.413
1	vrouwen >84jr.	10	10.081
2	vrouwen <50jr.	0	0.000
2	vrouwen 50-54jr.	0	0.000
2	vrouwen 55-59jr.	0	0.000
2	vrouwen 60-64jr.	1	0.308
2	vrouwen 65-69jr.	2	0.740
2	vrouwen 70-74jr.	2	0.860
2	vrouwen 75-79jr.	11	5.741
2	vrouwen 80-84jr.	5	3.706
2	vrouwen >84jr.	15	15.121

**Weekstaat i.b.v. centrale registratie  
CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE, PEILSTATIONS, 1987**

Profi. no.	Regel no.	Verlagjaar	Week no.	Code peilstat.	Rapport
4 0 0	8	7		0 2 5 *	
1-3	4-5	6-7	8-9	10-13	14

Regel no.	Leeftijdsgroep	Influenza (achtig ziektebeeld <sup>1)</sup> )	Cervixkankerlijke					Onstagen psychische patiënt <sup>4)</sup>	Sterilisatie vernicht <sup>7)</sup>	Morging-eter pil <sup>8)</sup>	Honde-beten <sup>9)</sup>	Suicide(poging) <sup>10)</sup>	Cerebrovasculair accident <sup>11)</sup> (nieuw)	Verwijzing psychosociale problemen <sup>12)</sup>	Dementie	Voorschrijven rohypnol	Zwangerschap (ondanks a.c.) <sup>13)</sup>	Leeftijdsgroep						
			Ma 1-1980 tot december 31 1980 (1981 tot 1982)	Localisatie cervixkanker (in situ of invasief)	Localisatie cervixkanker (in situ of invasief)	Localisatie cervixkanker (in situ of invasief)	Localisatie cervixkanker (in situ of invasief)												Localisatie cervixkanker (in situ of invasief)					
01	< 1																	< 1	01					
02	1-4																	1-4	02					
03	5-9																	5-9	03					
04	10-14																	10-14	04					
05	15-19																	15-19	05					
06	20-24																	20-24	06					
07	25-29																	25-29	07					
08	30-34																	30-34	08					
09	35-39																	35-39	09					
10	40-44																	40-44	10					
11	45-49																	45-49	11					
12	50-54																	50-54	12					
13	55-59																	55-59	13					
14	60-64																	60-64	14					
15	65-69																	65-69	15					
16	70-74																	70-74	16					
17	75-79																	75-79	17					
18	80-84																	80-84	18					
19	≥ 85																	≥ 85	19					
4-5	15-17	18-20	21-23	24-26	27-29	30-32	33-35	36-38	39-41	42-44	45-47	48-50	51-53	54-56	57-59	60-62	63-65	66-68	69-71	72-74	75-77	78-80	81-83	99-101

Weeknummer : \_\_\_\_\_  
 Opgevaardigd : \_\_\_\_\_  
 Aantal dagen gerapporteerd 0  1  2  3  4  5   
 (zie voetnoot 1)  
 Zie omslagzijde voor voetnoten

## LITERATUUR

1. International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford/New York/Toronto: Oxford University Press, 1985
2. Jansen JJ. Het cerebrovasculaire accident. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1984 NBDG nr.171





