DE LOGBOEKJES TEGEN HET LICHT

Bruikbaarheid van het Medisch Logboek Consumentenpanel Gezondheidszorg 1993-1995

NIVEL/Consumentenbond, voorjaar 1996
R.D. Friele
R.H.C. Bakker
Y. Vaessen

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 bn Utrecht. Telefoon 030-2319946.

Consumentenbond, Enthovenplein 1, Postbus 1000, 2500 ba Den Haag. Telefoon 070-4454545.

De Consumentenbond
De Consumentenbond is een vereniging die opkomt voor de belangen van de consument. De Bond verricht onderzoek naar en geeft voorlichting over de kwaliteit en de prijzen van goederen en diensten. De resultaten van dit onderzoek worden o.a. gepubliceerd in de Consumentengids, het maandblad voor leden van de Consumentenbond. Daarnaast kunnen leden van de Consumentenbond gratis informatie inwinnen of voor bemiddeling aankloppen bij de Juridische of Financiële Ledenservice of de Ledenservice Produktadvisering. De Consumentenbond behartigt de belangen van de consument door overleg te voeren en contact te houden met de overheid en instellingen op maatschappelijk, juridisch en economisch gebied. De Consumentenbond is volledig onafhankelijk, zowel op financieel gebied als ten aanzien van de keuze van te onderzoeken artikelen en diensten.

Het NIVEL
Het NIVEL is een landelijk opererend, onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het meeste onderzoek is beleidsgericht, toegepast, en praktisch bruikbaar.
Veel onderzoek wordt uitgevoerd op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van VWS, beroepsverenigingen, instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, fondsen voor wetenschappelijk onderzoek en de EG.
Het NIVEL is 'Collaborating Centre' voor de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).
Het instituut heeft ongeveer honderd medewerkers en is gevestigd in het hart van Utrecht.

ISBN 90-6905-298-9
Tekstverwerking/lay-out Bernadette Kamphuys
Omslag Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD		5
1	INLEIDING	7
2	WERKWIJZE	9
3	DE BELEIDSRELEVANTIE VAN DE LOGBOEKJES	10
3.1	Werkwijze	10
3.2	Resultaten	10
3.3	Conclusie	11
4.	DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER EEN STEEKPROEF VAN LEDEN VAN HET CONSUMENTENPANEL	12
4.1	Inleiding	12
4.2	Resultaten	12
4.3	Conclusies	13
5	LITERATUURONDERZOEK NAAR VALIDITEIT EN REPRODUCEERBAARHEID	15
5.1	Werkwijze	15
5.2	Resultaten	15
5.3	Overwegingen	16
5.4	Conclusies	16
6	ANALYSES OP HET LOGBOEK MATERIAAL	18
6.1	Omvang en samenstelling van het panel in de jaren 1992-1995	18
6.1.1	Inleiding	18
6.1.2	Resultaten	18
6.1.3	Conclusie	19
6.2	De respons op de logboekjes	19
6.2.1	Inleiding	19
6.2.2	Resultaten	20
6.2.3	Conclusies	22
6.3	Medicijngebruik	23
6.4	Huisartsenbezoek	26
6.4.1	Inleiding	26
6.4.2	Resultaten	26
6.4.3	Conclusie	27
6.5	Tandartsenbezoek	28
6.5.1	Inleiding	28
6.5.2	Resultaten	28
6.5.3	Conclusie	31
7	EEN VERGELIJKING MET DE GEZONDHEIDSENQUETE	33
7.1	Een beschrijving van de Gezondheidsenquête	33
7.2	CBS gegevens vergeleken met de gegevens uit de logboekjes	36

8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 39
8.1 Samenvatting van reeds geformuleerde conclusies 39
8.1.1 Beleidsrelevantie 39
8.1.2 Validiteit en reproduceerbaarheid 39
8.1.3 Uniciteit 40
8.2 Drie conclusies 41
8.2.1 Conclusie 1: behoud het goede. 41
8.2.2 Conclusie 2: Versterk het unieke 41
8.2.3 Conclusie 3: Probeer problemen te ondervangen 42
8.3 Aanbevelingen 42
8.4 Implementatie 43

LITERATUUR 44

BIJLAGEN 45
Bijlage 1: Enkele voorbeeldpagina's uit de logboekjes
Bijlage 2: Consumentenpanel 1995, nieuwe werving en panelverversing
Bijlage 3: Respons op de logboekjes naar achtergrondkenmerken
Bijlage 4: Medicijnconsumptie: 14 daagse cijfers
Bijlage 5: Medicijnconsumptie: 14 daagse cijfers, 1e helft 1995, gewogen naar gezinsinkomen
Bijlage 6: Medicijnconsumptie: Gebruik van medicijnen uit verschillende categorieën
Bijlage 7: Tandartsenbezoek

VOORWOORD

In dit rapport wordt de bruikbaarheid van het Medisch Logboek Consumentenpanel Gezondheidszorg beoordeeld. Het doel van deze beoordeling was tot een besluit te komen over continuering van de Logboekjes als meetinstrument. Inmiddels heeft de programma-commissie de aanbevelingen uit dit rapport overgenomen en wordt het project voorlopig voortgezet.

Naast gegevens met betrekking tot de validiteit, betrouwbaarheid en uniciteit van de Logboekjes bevat dit rapport nog enkele waardevolle aspecten. Zo wordt een beeld geschetst van het onderzoeksproject Consumentenpanel Gezondheidszorg. Tevens wordt aandacht besteed aan de methodologische aspecten van (longitudinaal) onderzoek met behulp van logboekjes en aan onderzoek naar de medische consumptie van de nederlandse bevolking. Daarbij worden resultaten gepresenteerd over huisartsen- en tandartsenbezoek.

1 INLEIDING

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een onderzoeksproject van het NIVEL en de Consumentenbond dat in 1991 van start is gegaan. Het panel heeft tot doel informatie over en van patiënten en consumenten te verzamelen zodat beleidmakers, patiënten- en consumentenorganisatie en aanbieders van zorg hun beleid op het gebied van de zorg kunnen baseren op betrouwbare consumentengegevens. De dataverzameling geschied met twee meetinstrumenten, een peiling en het Logboek. Een peiling is een enquête-onderzoek over een bepaald thema, zoals kennis van de inhoud van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Jaarlijks worden twee peilingen gehouden. Het tweede meetinstrument is het Medisch Logboek. Vanaf juli 1992 is door de leden van het Consumentenpanel een logboekje bijgehouden. Dit boekje wordt hen ieder half jaar toegestuurd: rond de kerst en in juni. Voor het gehele gezin kunnen zij hier dan, voor een half jaar, hun medische consumptie in kwijt. Geregistreerd worden: huisartsenbezoek, medicijngebruik, specialistenbezoek, bezoek aan de fysiotherapeut en de tandarts. Bij het bezoek aan de huisarts, de specialist en de fysiotherapeut kunnen mensen aangeven voor welke ziekte of klacht zij dit doen (zie bijlage). Aangezien de logboekjes worden afgenomen onder een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking, zal naar verwachting de medische consumptie van vooral incidentele zorgconsumenten gemeten worden. Natuurlijk zal het panel een aantal mensen bevatten die vanwege een ziekte een grotere zorgvraag hebben, maar het merendeel van de mensen zal een relatief klein en kortdurend beroep op zorg doen.

Het Logboek is bedoeld als monitoringinstrument voor het beleid. Aanvankelijk werd hierbij gedacht aan de stelselwijziging, zoals die door de toenmalige staatssecretaris Simons was voorgenomen. Deze stelselwijziging zou op vele fronten tot grote verandering hebben geleid. Het werd wenselijk geacht de gevolgen hiervan te monitoren. logboekjes leken een geschikt instrument om zich voordoende trendbreuken te kunnen signaleren. De stelselwijziging is echter niet doorgegaan. Bovendien zal een vergelijkbaar grootscheepse verandering ook niet op korte termijn plaatsvinden. Er gebeurt natuurlijk wel het een en ander. Dit gaat stapsgewijs. Hierdoor is het moeilijker om de gevolgen van deze veranderingen in de vorm van een trendbreuk terug te zien. Dit betekent strikt genomen dat de legitimatie voor het logboekje is weggevallen. Daarnaast bleek dat er enkele kritische vragen gesteld konden worden over de validiteit en de betrouwbaarheid van de gegevens uit de logboekjes en werd de vraag gesteld in welke mate de logboekjes een aanvulling betekenen op de CBS Gezondheidsenquête.

Deze constateringen waren aanleiding om de logboekjes op een aantal punten eens kritisch te bekijken. Het eerste is de **beleidsrelevantie**; dit betreft de vraag of de logboekjes nog kunnen voorzien in antwoorden op beleidsrelevante vragen. Daarnaast wordt gekeken naar mogelijke methodologische tekortkomingen. Zo blijkt de **non-respons** hoog te zijn, in ieder geval in de eerste periodes waarin de logboekjes werden afgenomen. Verder worden vraagtekens gesteld bij de **validiteit** en de **reproduceerbaarheid** van de gegevens. Tot slot wordt de vraag gesteld wat de meerwaarde van de gegevens uit de logboekjes is ten opzichte van gegevens die door het CBS worden verzameld: **de uniciteit** van de gegevens. Het gaat hierbij om zeer fundamentele vragen ten aanzien van de bruikbaarheid van het meetinstrument, die beantwoord moeten worden om de waarde van de gegevens uit de logboekjes te bepalen.

In deze rapportage worden bovenstaande vragen beantwoord. Uiteindelijk moeten deze antwoorden leiden tot een beslissing over de logboekjes binnen het Consumentenpanel. Die beslissing zal inhouden dat ofwel met de logboekjes wordt gestopt ofwel dat het gebruik van logboekjes, eventueel in gewijzigde vorm, wordt voortgezet. Hierbij moet het volgende worden overwogen. De logboekjes leggen een groot beslag op de capaciteit van het Consumentenpanel, die is begrensd door financiële middelen. De middelen zijn toereikend om de panelleden vier keer per jaar te benaderen. Doordat de logboekjes twee maal per jaar worden verspreid, blijft er ruimte over voor twee peilingen. Het wegvallen van de logboekjes zou inhouden dat jaarlijks vier peilingen gedaan kunnen worden. De baten van de logboekjes moeten dus worden afgewogen tegen de baten van twee extra peilingen.

2 WERKWIJZE

Om de bruikbaarheid van de logboekjes te bepalen is informatie uit verschillende bronnen gehaald. Ten eerste is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. In recente beleidsnota's is nagegaan wat de beleidsthema's zijn waar de resultaten van de logboekjes bij zouden kunnen aansluiten. Vervolgens is nagegaan wat bekend is over de validiteit en de reproduceerbaarheid van gegevensverzameling met de hulp van logboekjes. Tot slot zijn publikaties van de CBS Gezondheidsenquête geraadpleegd. De door het CBS gevolgde werkwijze en gepresenteerde resultaten worden vergeleken met die van de logboekjes om inzicht te geven in de uniciteit van het logboekjesmateriaal. Aan deze vergelijking is relatief veel aandacht gegeven vanwege de centrale positie van de gegevens uit de Gezondheids-enquête in de informatievoorziening op het gebied van zorggebruik.

De tweede bron bestaat uit een enquête die bij 140 panelleden is afgenomen. Hierin zijn onder andere vragen gesteld over de manier waarop het logboekje wordt ingevuld. In de toelichting van het Logboek wordt geadviseerd na elk bezoek met een hulpverlener de gegevens direct te registreren. Door te achterhalen in hoeverre dit daadwerkelijk gebeurt wordt een beeld verkregen van de nauwkeurigheid en daarmee de betrouwbaarheid van de informatie.

De derde bron zijn de logboekjes zelf. Bij de analyse van beschikbare materiaal is ingegaan op de populatiesamenstelling en de non-respons op de logboekjes. Ook zijn drie meer inhoudelijke vragen geformuleerd. Voor elk van deze vragen is nagegaan of het logboekjesmateriaal een bruikbaar antwoord levert. De resultaten van deze analyses geven in eerste instantie inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van het materiaal.

3 DE BELEIDSRELEVANTIE VAN DE LOGBOEKJES

3.1 Werkwijze

Om inzicht te krijgen in de beleidsrelevante thema's waarvoor de logboekjes informatie zouden kunnen leveren zijn enkele recente beleidsnota's van het ministerie van VWS bestudeerd (1,2). Aan deze nota's zijn vier thema's ontleend waarvoor de logboekjes relevante informatie zouden kunnen opleveren. Deze thema's zijn; toegankelijkheid, doelmatigheid, kostenbeheersing en versterking van de invloed van patiënten- en consumenten(organisaties) op de zorg. Bij deze bespreking wordt ervan uitgegaan dat de gegevens uit de logboekjes in principe betrouwbaar en valide zijn.

3.2 Resultaten

Het eerste thema waarvoor de logboekjes relevante informatie kunnen leveren is het thema toegankelijkheid. Het hoofddoel van het gezondheidszorg-beleid is het verbeteren van gezondheid en welzijn van de inwoners van Nederland (1). Eén van de voorwaarden voor het realiseren hiervan is een goed toegankelijke gezondheidszorg.
De logboekjes verschaffen informatie over medische consumptie. Wanneer de toegang tot bepaalde hulpverleners (voor sommige groepen) beperkt is zal dit tot uiting komen in een lagere consumptie. Door een vergelijking te maken van de consumptiegegevens van verschillende groepen, b.v. ouderen en jongeren, is het mogelijk informatie te leveren over de feitelijk 'toegang' die deze groepen tot de zorg hebben.

Doelmatigheid is het tweede thema waarover de logboekjes relevante informatie kunnen leveren. Veelal wordt bij dit thema gedoeld op de doelmatigheid van de diagnostiek en behandeling. Daarnaast behelst dit thema de doelmatigheid van de organisatie van gezondheidszorg, bijvoorbeeld de doelmatigheid van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Informatie uit de logboekjes kan gebruikt worden voor een analyse van de regiefunctie van de huisarts, door bijvoorbeeld na te gaan in welke mate sprake is van direct specialistenbezoek zonder de huisarts te raadplegen.

Het derde beleidsthema is kostenbeheersing. Op basis van de logboekjes kunnen ontwikkelingen in de zorgconsumptie zichtbaar gemaakt worden. Het is mogelijk om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de zorgconsumptie van verschillende subgroepen binnen het panel. Kostenstijgingen of -dalingen kunnen zo gelokaliseerd worden bij specifieke subgroepen of gerelateerd worden aan veranderingen in het verzekerings- of financieringsstelsel of veranderingen in de structuur van de zorg.

Een vierde beleidsthema is het versterken van de invloed van patiënten en consumenten en de patiënten- en consumentenorganisaties op de zorg. De patiënt moet centraal gesteld worden in de zorgverlening want alleen op deze manier kan de zorg bijdragen aan het verbeteren van gezondheid en kwaliteit van leven (2). Het patiënten/consumentenbeleid van het ministerie van VWS heeft daarbij twee aandachtspunten: het versterken van de positie van de individuele patiënt in relatie tot de hulpverlener en de zorgverzekeraar en het versterken van de positie van de patiënten en consumenten als collectief. De logboekjes geven informatie over het gedrag van consumenten en patiënten. Informatie

over gedrag is relevant als monitor van met name de gevolgen van de inrichting van het zorgaanbod en de verzekering/financiering van de zorg. Zo kan een verandering in het verzekerings- of financieringsstelsel, bijvoorbeeld het instellen van een eigen bijdrage voor de huisarts, tot gevolg hebben dat bepaalde groepen consumenten, bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen, aanzienlijk minder vaak een beroep doen op huisartsenzorg terwijl onder andere groepen consumenten, bijvoorbeeld mensen met een hoog inkomen, geen effect gezien wordt. Dergelijke gegevens kunnen ontleend worden aan de logboekjes. Op deze manier kan de informatie uit de logboekjes relevant zijn voor het vergroten van de invloed van patiënten of consumenten op de zorg. Immers deze organisaties worden goed geïnformeerd over het bestaan van gewenste of ongewenste ontwikkelingen. Op basis van deze informatie kunnen zij gefundeerd invloed uitoefenen op de zorg. Dit maakt hen geloofwaardiger en daarmee overtuigender.

3.3 Conclusie

Voor verschillende beleidsthema's kan informatie uit de logboekjes nuttig zijn. Het gaat om de thema's 'Toegankelijkheid van zorg', 'Doelmatigheid en Zorg op maat' (met name op de vraag of de inrichting van de zorg bijdraagt aan doelmatigheid en zorg op maat) en 'Kostenbeheersing'. Van patiënten- en consumentenorganisaties wordt verwacht dat zij invloed uitoefenen op het beleid. Door goede patiënten- en consumenteninformatie te leveren kunnen de logboekjes van het Consumentenpanel de patiënten- en consumentenorganisaties ondersteunen. Vanwege het longitudinale karakter zijn de logboekjes bij uitstek geschikt om effecten te monitoren van veranderingen in het verzekerings- of financieringsstelsel van de zorg of veranderingen van de inrichting van de zorg.

Ter versterking van de bijdrage van de logboekjes aan het thema toegankelijkheid zou nagegaan moeten worden of naast het zorggebruik ook informatie over de zorgvraag kan worden opgenomen.

4. DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTE ONDER EEN STEEKPROEF VAN LEDEN VAN HET CONSUMENTENPANEL

4.1 Inleiding

Inzicht in de manier waarop respondenten de logboekjes invullen is van cruciaal belang bij een uiteindelijke beoordeling van de logboekjes als onderzoeksinstrument. Als eerste is het belangrijk om informatie te verzamelen over de manier waarop de respondenten hun logboekje invullen.

Onder 140 leden van het Consumentenpanel is een korte enquête uitgevoerd. Bij de voorbereiding hiervan leefde het vermoeden van een selectieve non-respons onder respondenten met een laag inkomen en ouderen. Daarom zijn drie steekproeven getrokken. Eén random steekproef met 80 respondenten, en twee selectieve steekproeven onder mensen met een laag inkomen (<ƒ24.000 netto) en onder ouderen (>65 jaar) van ieder 30 personen. In de enquête zijn vragen gesteld over de manier waarop respondenten hun logboekje invullen. Daarnaast zijn vragen gesteld over hoe de respondenten de logboekjes beoordelen. Hun antwoorden kunnen aanleiding zijn om de logboekjes zo te veranderen dat ze aantrekkelijker worden om in te vullen.

4.2 Resultaten

100 van de 140 uitgestuurde enquêtes zijn geretourneerd (71%). Daarbij waren er 20 respectievelijk 26 van mensen (van de 30) met een laag inkomen en ouderen en 54 van de algemene steekproef.

De helft (50%) van de respondenten uit de algemene steekproef en 42% van de ouderen stelt dat zij het logboekje invullen na ieder bezoek aan een hulpverlener. De anderen doen dit als ze het moeten terugsturen of zo nu en dan. Van de mensen met de laagste inkomens zegt 30% het logboekje na elk bezoek in te vullen en 50% het logboekje pas in te vullen als ze het moeten terugsturen.

De antwoorden op de vraag of mensen gebruik maken van een geheugensteuntje als zij de logboekjes invullen, vertonen geen verschil tussen de drie groepen. Verondersteld wordt dat de noodzaak van een geheugensteuntje alleen aanwezig is als de logboekjes niet direct na het bezoek aan een hulpverlener worden ingevuld. Het blijkt dat 60% van de respondenten gebruik maakt van een geheugensteuntje. In de meeste gevallen gaat het hier om de agenda (36%) en in iets mindere mate om rekeningen (19%). Hieruit concluderen we dat zeker 60% van de respondenten het logboekje niet direct na een vorm van medische consumptie invult, maar pas later. Het gebruik van een geheugensteuntje leidt bij het doen van retrospectief onderzoek natuurlijk wel tot meer valide gegevens.

In vrijwel alle gevallen worden de logboekjes ingevuld door één en dezelfde persoon voor het hele huishouden.

Omdat we veronderstelden dat het voor respondenten moeilijk zou zijn om de klachten waarvoor zij een hulpverlener bezochten in te vullen, is hier navraag naar gedaan. De respondenten geven in meerderheid (89%) aan dat zij met de hulp van de klachtenlijst hun

klachten doorgaans goed kunnen weergeven. Ook onder de groep ouderen en mensen met een laag inkomen ligt dit percentage hoog: 92% respectievelijk 84%. Ruim 90% van de respondenten vindt geen enkele vraag uit het logboekje lastig om te beantwoorden.

De vormgeving van het logboekje en het gemak van invullen wordt door twee-derde als goed beoordeeld. Gemiddeld vindt ruim 80% van de ondervraagden de vragen begrijpelijk en de instructies duidelijk. Voor mensen met een laag inkomen ligt dit lager (rond de 60%). Eén op de zes respondenten vindt de frequentie waarmee zij vragenlijsten krijgen teveel, onder de mensen met een laag inkomen is dit 25%. Ongeveer twee derde vindt de frequentie precies goed, terwijl 1 op de zes vindt dat het wel vaker zou mogen.

Onder de respondenten zijn kort geleden de resultaten van de enquête over de WGBO verspreid. Het blijkt dat ongeveer 90% van de respondenten de resultaten enigszins, grotendeels of helemaal heeft gelezen. Onder de mensen met een laag inkomen ligt dit percentage lager (60%). Een ruime meerderheid (85%) zou het prettig vinden om vaker resultaten te ontvangen.

Tot slot is gevraagd hoe men het in het algemeen vindt om deel te nemen aan het Consumentenpanel. Deze vraag konden de mensen in eigen woorden beantwoorden. Vrijwel alle antwoorden zijn positief. Men vindt het positief om met het panel mee te doen omdat men het belangrijk vindt. Anderen geven aan dat ze hierdoor op de hoogte blijven.

4.3 Conclusies

De eerste conclusie is dat veel (meer dan de helft) van de respondenten de logboekjes invullen als een retrospectieve vragenlijst. Velen gebruiken hierbij een geheugensteuntje. Door mensen met een laag inkomen wordt de vragenlijst vaker als retrospectieve vragenlijst ingevuld. Dit betekent dat bij de beoordeling van de validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument uitgegaan moet worden van de validiteit en betrouwbaarheid als retrospectief meetinstrument. Maar vanwege de continue registratie, waarbij al dan niet gebruik wordt gemaakt van geheugensteuntjes, zal de betrouwbaarheid en validiteit van de logboekjes iets gunstiger uitpakken dan wanneer gebruik gemaakt wordt van een éénmalige vragenlijst.

Er zijn geen onderdelen van de vragenlijst te benoemen die extra moeilijk zijn om in te vullen. Wel is het zo dat één van de drie respondenten de vormgeving van het logboek en het gemak waarmee het kan worden ingevuld niet als goed beoordelen. Eén op de vijf respondenten vindt de begrijpelijkheid van de vragen en de duidelijkheid van de instructies niet goed. Dit ligt iets hoger onder mensen met een laag inkomen. Deze resultaten betekenen dat het belangrijk is om nog eens heel goed naar de vormgeving van de vragenlijst te kijken: het moet makkelijker, begrijpelijker, duidelijker en beter vormgegeven worden.

Tot slot lijkt de motivatie van de deelnemers vooral voort te komen uit enige vorm van betrokkenheid bij de materie: men wil nuttig werk doen of heeft het idee door mee te doen beter op de hoogte te blijven. De positieve reacties op de verspreiding van de onderzoeksresultaten lijkt hier consistent mee te zijn. Het is belangrijk om met deze manier van werken door te gaan: ervoor te zorgen dat mensen betrokken blijven bij het panel door ze te informeren over wat er met de resultaten van hun antwoorden wordt gedaan en/of door

ze inhoudelijk te informeren over het onderzoek. Het is tevens belangrijk dat dit op een eenvoudig toegankelijke manier gedaan wordt om zo ook de mensen uit de lagere inkomensgroepen te bereiken.

5 LITERATUURONDERZOEK NAAR VALIDITEIT EN REPRODUCEERBAARHEID

5.1 Werkwijze

In de (internationale) literatuur is met de hulp van Medline gezocht naar publikaties over de methodologische aspecten van het doen van onderzoek met de hulp van logboekjes. Daarnaast is gezocht naar handboeken op dit gebied. Ten slotte is een onderzoek gevonden op basis van de nationale studie, waar de resultaten van zowel dagboekjes als een retrospectieve enquête werden vergeleken met de registratie door huisartsen van huisartenconsulten.

5.2 Resultaten

Geconstateerd werd dat de literatuur over dagboekjes vooral betrekking heeft op dagboekjes met een korte looptijd: ongeveer een maand (zie bijv. (3-7)). Het doel van deze studies is vooral inzicht te krijgen in de gezondheidservaring en klachten van respondenten. Het accent ligt vaak niet op de medische consumptie die hier het gevolg van is. Slechts in een enkele studie wordt hier op ingegaan. Dit betekent dat de resultaten niet als vanzelfsprekend van toepassing verklaard kunnen worden op de logboekjes van het Consumentenpanel. De registratieduur van de logboekjes is 6 maanden, terwijl juist wordt ingegaan op medische consumptie. Daarbij wordt wel het type klachten geregistreerd.

Validiteit
Dagboekjes lijken vooral geschikt om op een valide manier inzicht te krijgen in gebeurtenissen die weinig indruk maken op mensen. Verbrugge (3) stelt dat in dagboekjes meer problemen worden gerapporteerd dan in een retrospectief interview. In een dagboekje worden vooral de kleine symptomen vaker gerapporteerd (4). Burman (5) stelt dat dagboekjes minder geschikt zijn om gebeurtenissen die weinig voorkomen te registreren. Dagboekjes zijn vooral interessant om acute en kleine symptomen te registreren, terwijl in retrospectief onderzoek deze minder indrukwekkende gebeurtenissen ondergerapporteerd worden (8).

Rapportages over de frequentie van huisartsenbezoek uit retrospectieve interviews en dagboekjes komen in een aantal studies redelijk met elkaar overeen. "Diaries are not clearly better or worse than interviews for reports of health actions" (3). Daarentegen vonden Roghman en Hagerty (6) dat een retrospectief interview meer artsen-contacten opleverde dan een dagboekje. Het bleek dat 82% van de gerapporteerde dagboekcontacten geverifieerd konden worden, tegen 58% van de gerapporteerde interview contacten. Een vergelijkbaar gegeven werd gevonden door Bruijnzeels e.a. (9). Zij vergeleken dagboekgegevens, gegevens uit een patiënteninterview en geregistreerde huisartsencontacten uit de nationale studie over artsenbezoek door kinderen. Zij laten zien dat interview-gegevens (met een terugvraagperiode van 2 maanden) meer contacten opleveren dan de dagboekjes. De gegevens uit de dagboekjes bleken echter beter samen te hangen met de huisartsenregistratie dan de gegevens uit de interviews. De conclusie is dat de interviewgegevens sensitiever zijn, terwijl de dagboekjesgegevens specifieker zijn.

Deze verhoogde sensitiviteit kan deels verklaard worden doordat in een retrospectief interview respondenten een langere rapportageperiode in hun hoofd hebben dan waar naar gevraagd wordt: telescoping (6). Dit leidt tot een hoger aantal gerapporteerde fenomenen.

Volgens Burman (5) zijn verschillende onderzoekers nagegaan wie nu meer dan wel minder responderen op dagboekjes. Het blijkt dat de hoger opgeleiden, en mensen met een hoger inkomen relatief vaker responderen (7). Tevens is invullen van dagboekjes slechter in huishoudens met druk bezette ouders (5). In dagboekjes bleken vooral moeders met een lager opleidingsniveau minder huisartsenbezoeken te rapporteren dan bij de huisarts geregistreerd stonden. Dit werd geweten aan problemen met schrijven voor deze groep mensen (9). Carp en Carp (7) vonden dat met name mensen met een lagere opleiding of met minder inkomen slechter responderen op een dagboek. De overweging om de resultaten te corrigeren door het invoeren van een wegingsfactor waarbij de mensen met een lagere opleiding of minder inkomen wat vaker meetellen, wordt door Carp en Carp (7) afgewezen. Zij stellen dat de non-respondenten niet vergelijkbaar zijn met degenen die wel responderen ook al hebben ze een vergelijkbaar inkomen en een vergelijkbare opleiding.

Reproduceerbaarheid
Norman (10) stelt dat mensen aan het begin van een dagboekjes periode de boekjes beter invullen dan in latere fases. Eenzelfde bevinding rapporteren Roghman en Hagerty (6) en Verbrugge (3). Mechanic (11) stelt dat mensen daarentegen ook gevoeliger kunnen worden, zodat ze aan het einde van een dagboekjesperiode juist meer symptomen rapporteren.

5.3 Overwegingen

De logboekjes die aan het Consumentenpanel worden voorgelegd wijken op een aantal punten af van de dagboekjes die in veel onderzoek worden gebruikt. Zo is de registratie-periode langer; 6 maanden tegen doorgaans 4 weken. Daarnaast is de inhoud van de logboekjes vooral gericht op medische consumptie, terwijl in ander dagboekonderzoek de nadruk meestal op gezondheidservaringen ligt. Wat dit betekent dat voor de validiteit en betrouwbaarheid van de informatie is onduidelijk. Hiervoor is een analyse van het reeds verzamelde materiaal noodzakelijk.

Al eerder bleek dat de logboekjes niet door iedereen daadwerkelijk als een dagboekje worden ingevuld. Veel respondenten vullen de logboekjes in als een retrospectieve vragenlijst. Sommigen vullen de logboekjes half-jaarlijks in, terwijl anderen dit wat frequenter doen. De eerder beschreven problemen omtrent de validiteit en betrouwbaar-heid van retrospectief onderzoek zullen daarom ook deels van toepassing zijn op de logboekjes.

5.4 Conclusies

In vergelijking met retrospectief onderzoek lijken dagboekjes gelijkwaardig en soms meer valide voor het registreren van huisartsenconsulten. Het bezoek aan een arts of andere hulpverlener zal voor de meeste respondenten geen 'minder indrukwekkende gebeurtenis'

zijn en zich dus goed lenen voor een retrospectieve onderzoeksmethode. Dat betekent dat deze gegevens waarschijnlijk met de logboekjes redelijk valide worden geregistreerd. Tevens zal het registreren met logboekjes bijdragen aan de validiteit omdat het fenomeen van telescoping bij de logboekjesmethode in mindere mate zal optreden. Een artsenbezoek dat in een eerdere periode is geregistreerd maakt immers minder kans om nogmaals in een latere periode te worden geregistreerd. De consequentie hiervan is dat de cijfers uit de logboekjes over het bezoek aan hulpverleners lager zullen uitvallen dan dezelfde cijfers uit puur retrospectief onderzoek. Retrospectief onderzoek met een korte terugvraagperiode (bijvoorbeeld 2 maanden) kan leiden tot te hoge prevalentiecijfers.

Naast klachten en het bezoek aan hulpverleners wordt in de logboekjes het medicijngebruik geregistreerd. Het is waarschijnlijk dat op dit punt, door de retrospectieve manier van invullen over een relatief lange periode, sprake zal zijn van onderrapportage. We verwachten hierbij namelijk dat het in veel gevallen om een 'minder indrukwekkende gebeurtenis' zal gaan.

Voor de betrouwbaarheid van de gegevens wordt in de literatuur gewezen op rapportage effecten. Wanneer mensen de logboekjes regelmatig bijhouden, dan zou na enige tijd een lagere consumptie gerapporteerd kunnen worden, doordat de respondenten het invullen vergeten. Dit fenomeen zal zich niet voordoen wanneer de boekjes vooral retrospectief worden ingevuld.

Om op dit punt definitieve conclusies te kunnen formuleren is het van belang de hierboven beschreven conclusies te vergelijken met de resultaten van enkele analyses op het beschikbare logboekjesmateriaal. Zo zal het mogelijk zijn om gegevens over het bezoek aan hulpverleners te vergelijken met cijfers uit anderen bronnen, die vooral gebaseerd zijn op retrospectief verzamelde gegevens. De verwachting is dat de cijfers uit de logboekjes lager zullen uitkomen dan de cijfers uit retrospectief verzamelde gegevens. Dit zou een gunstig signaal zijn voor de validiteit van de verzamelde logboekjesgegevens.
Daarnaast is het belangrijk inzicht te krijgen in eventuele rapportage-effecten. Wordt aan het begin van een rapportageperiode systematisch meer of juist minder gerapporteerd? Dit is vooral van belang voor fenomenen die redelijk vaak voorkomen, zoals het gebruik van medicijnen.

6 ANALYSES OP HET LOGBOEK MATERIAAL

Om inzicht te krijgen in de respons, de betrouwbaarheid, de validiteit en de mogelijkheden van het materiaal van de logboekjes, is op het verzamelde materiaal een aantal analyses uitgevoerd. Eerst zal worden ingegaan op de samenstelling van het panel en de respons op de logboekjes. Daarna zullen gegevens gepresenteerd worden over medicijngebruik, huisartsenbezoek en tandartsenbezoek.

6.1 Omvang en samenstelling van het panel in de jaren 1992-1995

6.1.1 Inleiding

Het uitgangspunt voor de samenstelling van het panel was representativiteit voor de Nederlandse bevolking. De representativiteit wordt daarbij afgemeten aan een aantal kenmerken: leeftijd, geslacht, opleiding, ziektekostenverzekering, inkomen, omvang van het huishouden en geografische ligging. In de jaren 1992-1995 is de panelsamenstelling geanalyseerd, en over de jaren 1992-1994 is hier over gerapporteerd (12-14).

Het panel is samengesteld op basis van het telefoonbestand van de PTT. Dit bestand kent een hoge dekkingsgraad, waarbij niet zelfstandig wonende ouderen ondervertegenwoordigd zijn. Ook de dekkingsgraad voor de verschillende welstandsklassen verschilt: de dekkingsgraad voor de laagste klasse is lager (82%) dan die voor de hoogste klasse (95%) (12). Bij de start van het panel werd besloten om ieder jaar 20% van het panel te verversen: om zo panelmortaliteit te verhelpen en eventuele paneleffecten te kunnen bestrijden.

6.1.2 Resultaten

Het panel in 1992

In 1992 bestond het panel uit 1514 huishoudens met daarin 3730 gezinsleden (12). Dit panel was een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en geografische spreiding. Qua opleiding bleken de laagst opgeleiden ondervertegenwoordigd en de hoogst opgeleiden oververtegenwoordigd. Ook bleek een ondervertegenwoordiging van de een-persoonshuishoudens, en een oververtegenwoordiging van de twee-persoonshuishoudens.

Het panel in 1993

In november 1992 vond de eerste verversing van het panel plaats. Het panel bestond op dat moment nog uit 1113 actieve huishoudens (13). Er werden ruim 600 leden toegevoegd, wat leidde tot een panelgrootte van 1741 huishoudens met 4215 gezinsleden. Bij deze verversing werd ernaar gestreefd de ondervertegenwoordiging van de leden met een lagere opleiding op te heffen.

Het panel in 1993 bleek wederom een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking qua leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en geografische spreiding.

De poging om de ondervertegenwoordiging van de lager opgeleiden op te heffen bleek niet gelukt: de laagst opgeleiden waren nog steeds ondervertegenwoordigd en de hoogst opgeleiden oververtegenwoordigd. Tevens bleken huishoudens met een netto-jaarinkomen tot ƒ24.000 ondervertegenwoordigd te zijn (15% in het panel, 24% in de Nederlandse bevolking) en waren een-persoonshuishoudens ondervertegenwoordigd.

Het panel in 1994
In mei 1994 werd het panel voor een tweede keer ververst (14). Het panel bestond op dat moment uit 1619 leden. Hiervan werden er 503 verwijderd en werden 388 nieuwe huishoudens toegevoegd. Het panel bestond nu uit 1504 huishoudens met 3836 gezinsleden.
Het panel in 1994 bleek wederom een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking. De laagst opgeleiden bleven echter ondervertegenwoordigd en de hoogst opgeleiden oververtegenwoordigd. Huishoudens met een netto-jaarinkomen tot *f*24.000 bleken ook ondervertegenwoordigd te zijn (13% in het panel, 25% in de Nederlandse bevolking), terwijl huishoudens met een netto-inkomen tussen de *f*34.000 en *f*44.000 oververtegenwoordigd zijn (24% in het panel, 17% in de Nederlandse bevolking). Ook bleek een ondervertegenwoordiging van de een-persoonshuishoudens.

Het panel in 1995
Halverwege 1995 vond de derde verversing van het panel plaats, waarbij ook weer gepoogd werd de ondervertegenwoordiging van mensen met een lagere opleiding en een laag inkomen te compenseren. Op het moment van de verversing bestond het panel uit 1445 actieve huishoudens. Hiervan werden er 245 uit het bestand verwijderd en werden er 325 nieuwe huishoudens in het bestand opgenomen. Het panel bestond eind 1995 uit 1501 huishoudens met 3661 gezinsleden.
Het panel vormt in 1995 wederom een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking qua leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en geografische spreiding. Ook de vertegenwoordiging in het panel van een-persoonshuishoudens vormt nu een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking (Zie bijlage 2).
De laagst opgeleiden blijven ondervertegenwoordigd. Huishoudens met een netto-jaarinkomen tot *f*24.000 bleken ook nu weer ondervertegenwoordigd te zijn (15% in het panel, 23% in de Nederlandse bevolking), terwijl huishoudens met een netto-inkomen tussen de *f*34.000 en *f*44.000 ook nu weer oververtegenwoordigd zijn (22% in het panel, 16% in de Nederlandse bevolking).

6.1.3 Conclusie

De panelsamenstelling over de jaren 1992-1995 is vrijwel gelijk gebleven: het panel vormt een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en geografische spreiding. In 1995 vormt de omvang van de huishoudens ook een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Het panel kent een systematische en persistente ondervertegenwoordiging van mensen met een inkomen tot *f*24.000 en van mensen met een lagere opleiding. In het panel is ongeveer 15% afkomstig uit de inkomensgroep tot *f*24.000, terwijl deze groep ongeveer 25% uitmaakt van de Nederlandse bevolking. Ondanks verschillende pogingen is het niet gelukt dit euvel te verhelpen.

6.2 De respons op de logboekjes

6.2.1 Inleiding

Vanaf juli 1992 werd de panelleden gevraagd voor iedere halfjaarlijkse periode een logboekje in te vullen. In deze paragraaf zal ingegaan worden op de respons op deze logboekjes. Daarbij moet worden opgemerkt dat in het eerste jaar sprake was van een zich ontwikkelende werkwijze. Zo is van het logboekje 92-2 (het eerste boekje) alleen informatie bekend van *individuen* die minstens één vorm van medische consumptie had-

den. In het logboekje 93-1 (het tweede boekje) is alleen informatie bekend van *huishoudens* met minstens één vorm van medische consumptie. Van individuen zonder medische consumptie binnen deze huishoudens is wel informatie beschikbaar. Vanaf 93-2 is de deelnemers expliciet verzocht het logboekje ook te retourneren wanneer niemand in het huishouden enige vorm van medische consumptie had gehad.

6.2.2 Resultaten

In tabel 6.2.1 en 6.2.2 staan de responscijfers van de logboekjes uit de verschillende onderzoeksperioden. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen de respons van de huishoudens (tabel 6.2.1) als geheel en de respons van de individuen in die huishoudens (tabel 6.2.2).

Tabel 6.2.1 Respons op de logboekjes

	Aantal huishoudens		
Logboekperiode	Panelgrootte	Respons (n)	Aantal huishoudens met nulconsumptie
92-2	1514	843 (56%)	0
93-1	1714	971 (56%)	0
93-2	1714	1009 (59%)	21 (2%)
94-1	1714	878 (51%)	27 (3%)
94-2	1504	1128 (75%)	46 (4%)
95-1	1504	971 (65%)	30 (3%)

Uit tabel 6.2.1. blijkt dat de respons van de huishoudens op logboekjes varieert van 51% tot 75%. De laagste respons wordt gevonden vlak voor de verversing van 1994, de hoogste respons vlak erna. Blijkbaar heeft verversen een positieve invloed op de respons. Vanaf 93-2 is aan de deelnemers gevraagd logboekjes altijd te retourneren, ook als men geen medische consumptie had. Het percentage logboekjes dat 'leeg' geretourneerd werd is gering (tussen de 2%-4%).

Vergelijkbare cijfers worden gevonden wanneer de resultaten op het niveau van de leden van de huishoudens worden gepresenteerd (tabel 6.2.2). De respons varieert tussen de 53% en de 76%. Vanaf 93-1 bevat het bestand ook respondenten zonder medische consumptie in het betreffende half jaar. De laagste waarde vinden we in 93-1, de hoogste direct hierna in 93-2. Vanaf 93-2 is bekend dat een klein percentage respondenten (2%-4%) de logboekjes wel heeft geretourneerd, maar niet (volledig) heeft ingevuld.

Tabel 6.2.2 Respons op de logboekjes

	Aantal respondenten			
Logboekperiode	Panelgrootte	Respons	Aantal individuen met nulconsumptie	Aantal individuen met niet (volledig) ingevuld logboekje
92-2	3730	1970 (53%)	0	0
93-1	4215	2577 (61%)	317 (12%)	0
93-2	4215	2641 (63%)	442 (21%)	52 (2%)
94-1	4215	2304 (55%)	393 (17%)	75 (3%)
94-2	3836	2935 (76%)	486 (17%)	126 (4%)
95-1	3836	2494 (65%)	388 (16%)	87 (3%)

In bijlage 3 staat de respons voor de verschillende respondentenkenmerken weergegeven. Daarbij is een vergelijking gemaakt tussen de panel-samenstelling en de kenmerken van de respondenten op de logboekjes. Het blijkt dat de achtergrondkenmerken van de respondenten op de logboekjes sterk overeenkomen met die van het panel voor wat betreft de verdeling der geslachten, de leeftijdsopbouw, de verzekeringsvorm en de opleiding. In de logboekjes zijn panelleden met een netto inkomen van minder dan ƒ24.000 ondervertegenwoordigd.

De logboekjes hebben een longitudinaal karakter. Om analyses te kunnen doen waarbij gebruik gemaakt wordt van dit longitudinale karakter is het nodig dat over verschillende meetperiodes informatie beschikbaar is van dezelfde respondenten. In tabel 6.2.3 staat weergegeven hoeveel logboekjes door de gezinnen zijn geretourneerd.

Tabel 6.2.3 De verdeling van het aantal gezinnen die ooit één of meer logboekjes retourneerden (N=2142) over het aantal door hen geretourneerde logboeken

Aantal geretourneerde logboeken	Aantal gezinnen
1	774
2	378
3	137
4	155
5	278
6	420

Van 420 gezinnen is de medische consumptie over de afgelopen drie jaar bekend (6 logboekjes). Van 774 gezinnen is één logboekje beschikbaar. Gemiddeld heeft ieder gezin drie logboekjes ingevuld, In tabel 6.2.4 is van de respondenten van 1995-1 nagegaan of van hen ook logboekjes van voorliggende periodes beschikbaar zijn.

Tabel 6.2.4 Het aantal gezinnen met een ingevuld logboekje over de periode 95-1 (n=971) dat al eerder een logboekje heeft ingevuld.

Logboekperiode	Aantal gezinnen
Alleen 95-1	22 (2%)
95-1 en 94-2	912 (94%)
95-1 en 94-1	666 (69%)
95-1 en 93-2	709 (73%)
95-1 en 93-1	639 (66%)
95-1 en 92-2	536 (55%)

Van slechts 2% van de responderende gezinnen uit 95-1 is geen ander logboekje beschikbaar. Van ruim 90% van de respondenten uit 95-1 is ook het logboekje uit 94-2 beschikbaar. Van ruim twee-derde is een logboekje beschikbaar uit de drie daaraan voorafgaande perioden. Van meer dan de helft van de in 95-1 responderende gezinnen zijn al gegevens vanaf 92-2 beschikbaar.

6.2.3 Conclusies

De responscijfers voor huishoudens en individuen variëren tussen de 51% en de 75%. Het lijkt erop dat responscijfers gunstig beïnvloed worden door een regelmatige verversing van het panel.
De cijfers van 92-2 en 93-1 moeten met de nodige terughoudendheid gebruikt worden. Over deze periodes ontbreken namelijk gegevens over gezinnen (92-2) of personen (93-1) die geen consumptie hadden. Vanaf 93-2 is aan dit punt serieus aandacht besteed. Dit betekent dat consumptiecijfers uit de voorliggende periodes systematisch te hoog zullen uitkomen*. Het bestand biedt goede mogelijkheden voor longitudinale analyses. Van alle huishoudens heeft 64% een logboekje over meer dan één periode bijgehouden. Van 420 huishoudens (20%) is zelfs de medische consumptie van de afgelopen drie jaar bekend.

De validiteit van de logboek-gegevens wordt beoordeeld door een vergelijking te maken met gegevens uit andere bronnen. De Gezondheidsenquête van het CBS wordt algemeen beschouwd als een valide meetinstrument voor de medische consumptie in Nederland en lijkt daardoor het meest geschikt als vergelijkingsbron. Met betrouwbaarheid of reproduceerbaarheid van de logboekgegevens wordt gedoeld op de mate waarin gegevens, bij gelijk blijvende omstandigheden, over de onderzoeksperiode constant blijven. In de volgende paragrafen zullen achtereenvolgens de validiteit en betrouwbaarheid van de medicijnconsumptie, het huisartsenbezoek en het tandartsenbezoek worden beschreven. Hiermee wordt tevens een indicatie gegeven van de mogelijkheden van het logboek materiaal. Bij de analyses zullen de cijfers van 1992 niet worden betrokken vanwege de ontbrekende nulconsumptie.

* Wanneer we uitgaan van een gemiddelde waarde van de 'nulconsumptie' van 18%, (21+17+17+16)/4, dan zouden de cijfers van 92-2 ter correctie vermenigvuldigd moeten worden met 82% (=100%-18%). De correctie voor 93-1 zou minder groot hoeven te zijn: 95% (=(100-18)%/(100-12)%).

6.3 Medicijngebruik

De eerste analyses zijn uitgevoerd op de gegevens over het medicijngebruik. Respondenten kunnen in de logboekjes aangeven gedurende welke periode zij voorgeschreven medicijnen hebben gebruikt. Bij deze analyse stonden twee vragen centraal: hoe verhouden de gegevens uit de logboekjes zich tot de resultaten van de CBS enquête en is het mogelijk een analyse te maken van de betrouwbaarheid van de gegevens.

Een vergelijking met de CBS Gezondheidsenquête
In de CBS enquête wordt het gebruik van voorgeschreven medicijnen nagevraagd in een periode van 14 dagen voorafgaand aan het interview. Deze relatief korte terugvraagperiode is ingegeven vanuit de overweging dat een langere periode zal leiden tot een onbetrouwbare rapportage.

In tabel 6.3.1 worden enkele CBS-gegevens over het medicijngebruik gepresenteerd.

Tabel 6.3.1 Gemiddelde percentages personen met medicijngebruik in een periode van 14 dagen op basis van de CBS Gezondheidsenquête (Tabel 8b; Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1995 nr 5, p.25)

	man	vrouw	0-19	20-44	44-64	65+	ziekenfonds	particulier
1992	27	35	16	22	43	66	34	27
1993	28	36	18	23	41	70	34	28
1994	26	36	16	22	42	70	33	29

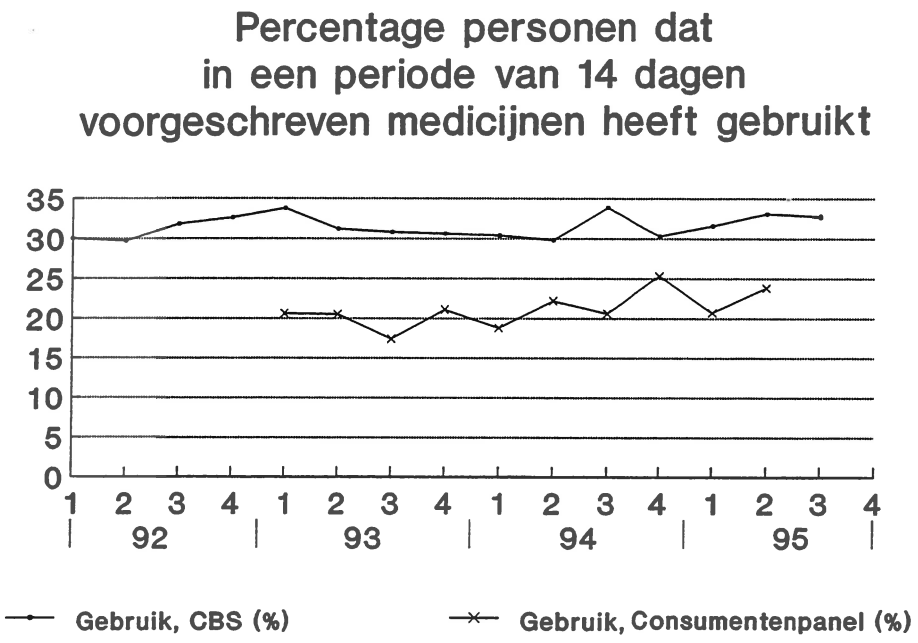
Uit deze tabel blijkt dat het tussen de 26% en 36% van de respondenten in een periode van 14 dagen voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt. Vrouwen, ziekenfondspatiënten en ouderen gebruiken meer medicijnen dan mannen, particulier verzekerden en jongeren. Vergelijkbare cijfers zijn te ontlenen aan de resultaten van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uit 1987/1988.

In tabel 6.3.2 zijn de gegevens uit de logboekjes weergegeven. Deze cijfers zijn verkregen door voor elke respondent voor ieder half jaar de consumptie in 13 14-daagse periodes te berekenen (zie bijlage 1). Vervolgens is hierover een jaargemiddelde berekend, conform de werkwijze van het CBS.

Tabel 6.3.2 Percentage respondenten dat in een periode van 14 dagen voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt (bron: Logboek Consumentenpanel Gezondheidszorg)

	totaal	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
1993	19,9	18,0	21,8	9,8	8,3	15,1	31,3	46,5	19,4	25,2
1994	21,8	20,7	22,8	10,2	7,8	17,5	31,6	48,2	21,1	27,8
1995, 1e helft	22,3	21,4	23,2	12,2	8,3	17,4	30,4	49,3	22,5	28,1

Als eerste valt op dat de consumptiecijfers uit de logboekjes een stuk lager liggen dan die van het CBS. Wel wordt een hogere consumptie voor vrouwen en ouderen gevonden. Ziekenfondspatiënten consumeren volgens deze cijfers juist minder dan particulier verzekerden. Daar de CBS-gegevens zijn gecorrigeerd voor verschillen tussen de steekproef en de samenstelling van de Nederlandse bevolking is nagegaan of een dergelijke correctie op het verzamelde materiaal de verschillen tussen de CBS-gegevens en de logboek-gegevens zou kunnen opheffen. Een voorbeeld van de gecorrigeerde data is opgenomen in bijlage 5. Het blijkt dat correctie voor de verdeling van de respondenten over de inkomensklassen inderdaad leidt tot een geringe verhoging (van één à twee procent) van de gerapporteerde medicijnconsumptie. Een tweede gevolg is dat de ziekenfondspatiënten een consumptie vertonen die gelijk is aan die van particulier verzekerden. Deze correctie kan de verschillen tussen de CBS-gegevens en de gegevens uit de logboekjes dus niet doen verdwijnen.



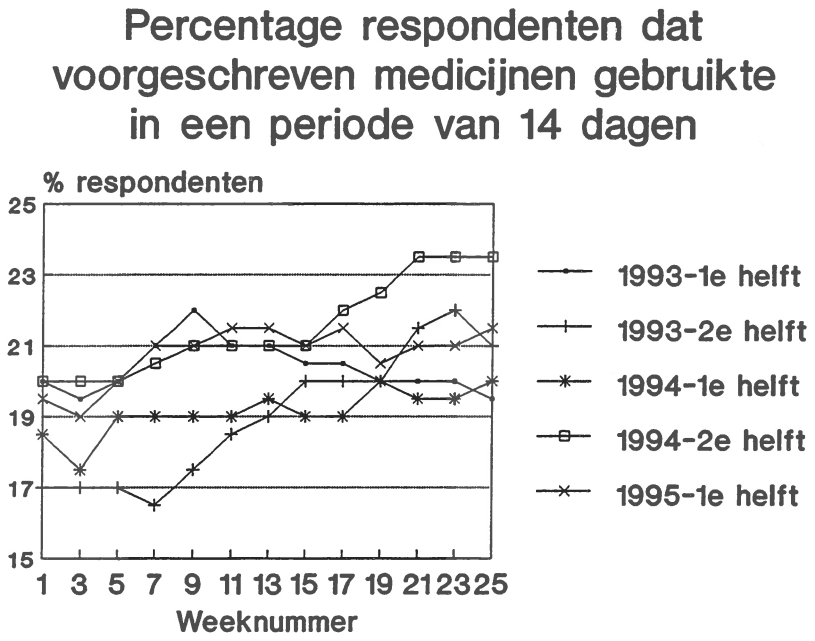
Grafiek 6.3.1

Een mankement van de Logboek-gegevens ligt in de deels ontbrekende begin- en/of afsluitdatum van het medicijngebruik. In de bestanden heeft ongeveer 3% van de respondenten wel aangegeven voorgeschreven medicijnen te hebben gebruikt, maar zij hebben daarbij achterwege gelaten een begin- of einddatum te registreren. De gegevens konden derhalve niet opgenomen worden in de 14-daagse cijfers. Deze omissie zou een verschil van ten hoogste 3% kunnen verklaren. De verschillen tussen de logboekjes en de CBS-gegevens worden hierdoor echter niet verklaard, zoals ook duidelijk geïllustreerd wordt in grafiek 6.3.1. In deze grafiek staan kwartaalcijfers van zowel de CBS-Gezondheidsenquête als de logboekjes weergegeven.

Verondersteld kan worden dat het lagere medicijngebruik in het panel te wijten is aan een selectieve respons voor bepaalde typen medicijnen. Dit is nagegaan. De resultaten van deze analyse, die zijn uitgevoerd voor steeds twee periodes van 14-dagen, zijn weergegeven in bijlage 7. De resultaten over alle periodes zijn vergeleken met de CBS gegevens over 1991/1992. Medicijnen tegen hoest en verkoudheid, medicijnen voor het

hart en de bloedvaten, plaspillen en slaap- en kalmeringsmiddelen worden relatief iets minder vaak gerapporteerd in de logboekjes, terwijl medicijnen voor de huid, hormonen en medicijnen voor de ogen iets meer worden gerapporteerd. Deze verschillen zijn lastig te interpreteren. Het is echter niet aannemelijk dat onderrapportage plaats vindt bij medicijngebruik voor chronische aandoeningen of juist voor acute aandoeningen.

Betrouwbaarheid van de Logboek-gegevens
De betrouwbaarheid van de gegevens m.b.t. medicijngebruik wordt afgeleid door een vergelijking tussen de Logboek-periodes.



Grafiek 6.3.2

In grafiek 6.3.2 zijn de cijfers over het medicijngebruik in 14-daagse periodes weergegeven voor de vijf periodes waarover logboekgegevens beschikbaar zijn (met uitzondering van 1992). In elke periode is eenzelfde fenomeen zichtbaar: in de laatste weken ligt het aantal personen dat medicijnen gebruikt enkele procenten hoger dan in de eerste weken. Dit fenomeen was ook al zichtbaar in grafiek 6.3.1 in de zaagtandachtige vorm van de gegevens uit de logboekjes. Verondersteld zou kunnen worden dat het hier om een seizoenseffect gaat. Echter voor vrijwel elk van de afzonderlijke registratieperiodes is sprake van een stijging in het percentage respondenten dat medicijnen gebruikt. We vermoeden dat de stijging vooral een gevolg is van het retrospectief invullen van de logboekjes. Wanneer de panelleden het logboekje pas achteraf invullen, dan zullen zij medicijngebruik uit het begin van de registratieperiode makkelijk vergeten, en dus onderrapporteren.

Conclusies
De conclusie van deze analyses moet zijn dat de cijfers over het medicijngebruik uit de logboekjes niet erg valide en betrouwbaar zijn. Ten eerste ligt het gerapporteerde niveau van het medicijngebruik aanzienlijk onder dat van het CBS en gegevens uit de Nationale Studie. Ten tweede rapporteren ziekenfondsverzekerden een lagere of gelijke medicijnconsumptie als particulier verzekerden. Dit is zeer ongeloofwaardig, vanwege het feit dat er een sterke samenhang bestaat tussen verzekeringsvorm en medische consumptie. Het

fenomeen lijkt goed te verklaren uit het feit dat ziekenfondsverzekerden minder zicht zullen hebben op hun medicijngebruik dan particulier verzekerden, die doorgaans zelf nota's en/of afrekeningen ontvangen. Tot slot vertonen de logboekjes een systematische onderrapportage van het medicijngebruik in de eerste weken, waardoor vraagtekens gezet kunnen worden bij de betrouwbaarheid van de gegevens. Hieruit moet geconcludeerd worden dat de cijfers over het medicijngebruik niet bruikbaar zijn. Bruikbare cijfers lijken alleen verzameld te kunnen worden over een veel kortere periode. Gezien het gegeven dat in week 24 al sprake is van een onderrapportage ten opzichte van de laatste registratieweek (week 26), zal hierbij eerder gedacht moeten worden aan een periode van 1 of 2 weken dan aan 1 of 2 maanden.

6.4 Huisartsenbezoek

6.4.1 Inleiding

De validiteit van de Logboek-gegevens met betrekking tot de huisarts wordt bepaald door vergelijking met gegevens uit de CBS Gezondheidsenquête. Het CBS publiceert deze gegevens zowel over perioden van twee weken als over een jaar. Het percentage respondenten dat in een jaar een huisarts heeft bezocht is berekend door de Logboek-bestanden van twee periodes te koppelen. Daarnaast worden de gegevens uit de eerste helft van 1995 onderverdeeld in 13 periodes van twee weken. Hierdoor kan enerzijds een verdere vergelijken met de CBS-cijfers worden gemaakt. Anderzijds levert dit informatie over de manier waarop de logboekjes zijn bijgehouden. Bij de analyse van het medijngebruik bleek immers een flinke onderrapportage in het begin van de registratie. Verondersteld werd dat dit te maken heeft met de lange terugvraagperiode en het feit dat minder indrukwekkende gebeurtenissen (zoals het gebruiken van medicijnen) makkelijk vergeten worden. Een andere veronderstelling is dat respondenten wellicht systematisch te weinig medische consumptie registreren, ongeacht de aard van deze consumptie.

6.4.2 Resultaten

In tabel 6.4.1. worden de cijfers gepresenteerd over de fractie respondenten dat in de periode van 1 jaar een huisarts heeft bezocht. De cijfers uit de Gezondheidsenquête zijn ontleend aan de antwoorden op de vraag naar de laatste maal dat de huisarts was bezocht. Valt deze datum binnen de termijn van een jaar voorafgaand aan het interview, dan is voor deze respondent sprake van huisartsenbezoek in dat jaar. De cijfers uit de logboekjes zijn gebaseerd op de antwoorden in twee maal twee logboekjes. Deze logboekjes (1993-2 en 1994-1 en 1994-2 en 1995-1) zijn aan elkaar gekoppeld. In dit gekoppelde bestand is de fractie respondenten met minstens één huisartsenbezoek berekend.

Tabel 6.4.1 Percentage personen met contact met de huisarts gedurende één jaar. Vergelijking tussen de Gezondheidsenquête CBS 1992-93, n=17923 (Bron: Vademecum gezondheidsstatistiek 1995); 1993/1994 (Bron: Mndber gezondheid 95/6) en Logboek Consumentenpanel.

	CBS 1992/93	CBS 1993/94	Logboek 1993/94	Logboek 1994/95
totaal	76	76	74	74
mannen	69	70	70	71
vrouwen	82	82	78	76
0-14 jaar	70	69	67	66
15-24 jaar	69	70	66	59
25-44 jaar	77	77	71	71
45-64 jaar	77	78	80	79
65 jaar en ouder	86	86	82	89
ziekenfonds	76	78	75	77
particulier	74	73	77	76

De tabel laat een grote overeenkomst zien tussen de gegevens uit de Gezondheidsenquête en de logboekjes. De 95%-betrouwbaarheidsintervallen voor de populatie als geheel overlappen elkaar. De consumptiecijfers voor mannen en vrouwen in beide bestanden verschillen iets.
Door het CBS is over het eerste kwartaal van 1995 gerapporteerd dat 12,4% van de Nederlandse bevolking in een periode van 14 dagen hun huisarts bezocht (15). Voor het tweede kwartaal ligt dit op 13%. Cijfers over het huisartsenbezoek in een periode van 14 dagen op basis van de logboekjes liggen lager: 8,6% respectievelijk 7,6%.

6.4.3 Conclusie

Het blijkt dat de cijfers uit de logboekjes over het huisartsenbezoek in een periode van 14 dagen lager ligt dan de cijfers van het CBS. Echter, de gegevens over het huisartsenbezoek in een periode van één jaar zijn vergelijkbaar met die uit de Gezondheidsenquête. Het verschil in de cijfers tussen mannen en vrouwen is in de logboekjes kleiner dan in de Gezondheidsenquête. Dit verschil is niet als vanzelfsprekend een aanwijzing voor de beperkte validiteit van de gegevens uit de logboekjes. Uit onderzoek aan de hand van dagboekjes naar ervaren gezondheid en gezondheidsgedrag bleek enerzijds dat vrouwen vaker klachten hadden dan mannen. Deze verschillen bleken echter minder groot dan verwacht mocht worden op basis van resultaten van gezondheidsenquêtes (16). Gijsbers van Wijk (16) wijt dit aan een inadequate methodologie van gezondheidsenquêtes, die er toe leidt dat vrouwen in deze enquêtes relatief meer klachten en gezondheidsgedrag rapporteren dan wanneer gebruik gemaakt wordt van meer valide meetinstrumenten. Deze redenering volgend zou betekenen dat een kleiner verschil in de cijfers tussen mannen en vrouwen juist zou wijzen op een verhoogde validiteit.

De cijfers uit de logboekjes lijken net zo valide als de CBS-cijfers. Kennelijk is hierbij geen sprake van een systematische onderrapportage, zoals die voor het medicijngebruik werd geconstateerd. De veronderstelling dat de lager gemelde medicijnconsumptie veroorzaakt wordt doordat het makkelijk wordt vergeten, lijkt daarmee een redelijke verklaring.

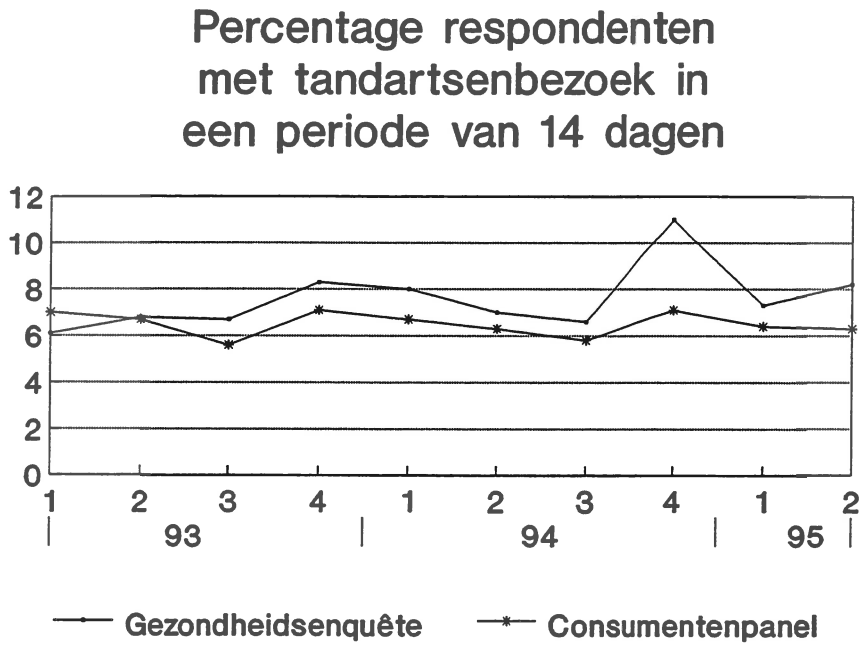
6.5 Tandartsenbezoek

6.5.1 Inleiding

De derde analyse betreft het tandartsenbezoek. Ten eerste wordt een vergelijking gemaakt tussen de cijfers uit de logboekjes en de Gezondheidsenquête. Hiertoe zullen twee analyses worden uitgevoerd. Eerst zullen de consumptiecijfers per periode van 2 weken met elkaar worden vergeleken. Daarna wordt nagegaan in welke mate er sprake is van respons-trends, door een grafische presentatie van de tandartsencontacten in 14-daagse periodes te presenteren. Ten tweede worden de jaarcijfers van het CBS vergeleken met die uit de logboekjes. Tot slot wordt nagegaan hoe het verloop is over de registratieperiode van de tandartsencontacten per half jaar van respondenten met verschillende verzekeringsvormen.

6.5.2 Resultaten

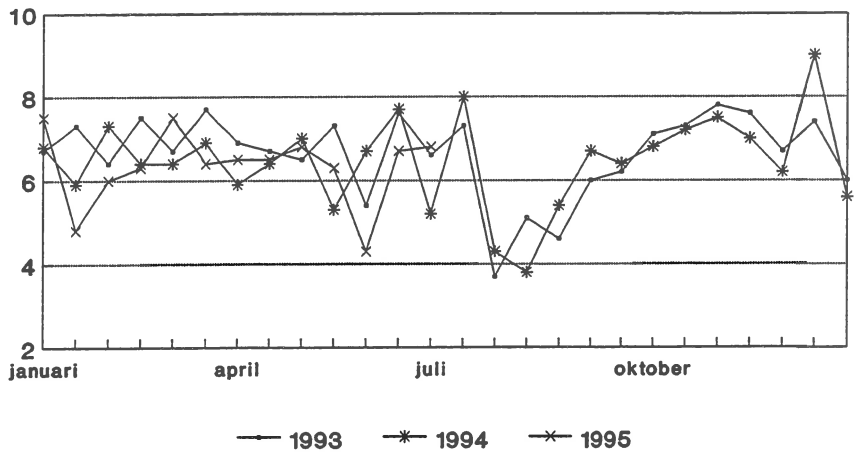
In grafiek 6.5.1. staat het percentage respondenten dat in een 14-daagse periode contact had met de tandarts. De resultaten komen redelijk overeen. De cijfers uit de logboekjes liggen iets onder die uit de Gezondheidsenquête, maar de trends lopen parallel. De uitschieter in het 4e kwartaal van 1994 van de Gezondheidsenquête wordt enigszins gerepliceerd in de data van de logboekjes.



grafiek 6.5.1

In grafiek 6.5.2. staan de 14-daagse cijfers van alle logboekjes achter elkaar gepresenteerd. De cijfers vertonen een schommelend beeld, met een duidelijk seizoenseffect. De consumptie in de zomermaanden ligt laag.
Een respons-trend, zoals bij het medicijngebruik, is niet zichtbaar.

Percentage personen met tandartsencontact in 14 dagen



Grafiek 6.5.2

In tabel 6.5.1 staan de jaarcijfers van het tandartsenbezoek weergegeven (zie voor halfjaarcijfers en de respondentaantallen bijlage 7).

Tabel 6.5.1 Percentage contacten met de tandarts in een periode van twee weken. Een vergelijking van de logboekjes met het CBS (Bron: Maandberichten gezondheidsstatistiek 1995 nr.12).

	1993	1994	1995, 1e kwart	1995, 2e kwart
CBS	7.0	8.3	7.3	8.2
Consumenten panel	6.6	6.5	6.4	6.3

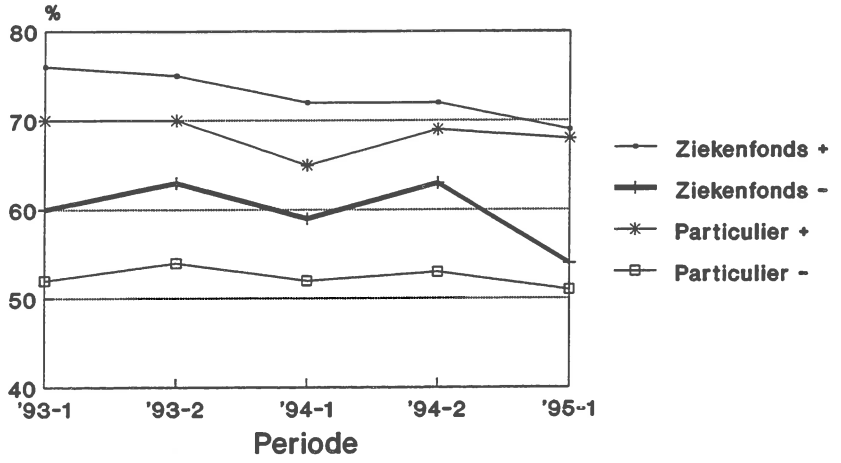
De tabel laat zien dat de resultaten uit de logboekjes wat lager uitkomen dan die van de Gezondheidsenquête, zoals ook al duidelijk was geworden in grafiek 6.5.1.. In de volgende tabel (6.5.2.) staan de cijfers weergegeven over het tandartsenbezoek over de periode van een jaar. Deze cijfers zijn voor de logboekjes gebaseerd op hetzelfde bestand als de cijfers in tabel 6.5.1. De CBS-cijfers zijn gebaseerd op een andere vraagstelling, namelijk de vraag naar het laatste tandartsenbezoek, en daarmee deels op een ander gegevensbestand.

Tabel 6.5.2 Percentage personen dat jaarlijks en halfjaarlijks een bezoek aan de tandarts heeft gebracht naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Een vergelijking met de Gezondheidsenquête van het CBS (Bron: Tabel 3a. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1995, nr. 5).

	man	vrouw	0-19	20-44	45-64	65+	ziekenfonds	particulier
Logboek 1993	73.7	77.2	76.6	86.5	66.4	50.0	77.7	72.5
Logboek 1994	75.3	75.6	77.6	85.2	69.8	47.6	79.0	70.5
CBS 1993	73.4	74.6	82.6	88.3	63.7	30.7	71.8	77.4
CBS 1994	73.4	74.5	81.1	88.7	64.1	32.0	71.2	78.3

De cijfers van het CBS liggen nu op hetzelfde niveau of zelfs onder het niveau van de cijfers uit de logboekjes. Dit is opmerkelijk. Het kan verklaard worden uit het gegeven dat terugvragen over een langere periode leidt tot onderrapportage. Dit fenomeen kan enerzijds een verklaring zijn voor het feit dat de 14-daagse cijfers uit de logboekjes iets onder die van de Gezondheidsenquête liggen, omdat een deel van de respondenten de logboekjes pas aan het einde van de looptijd invult. Het is daarnaast ook een verklaring voor het feit dat de logboekjes iets hogere jaarcijfers opleveren, dan de Gezondheidsenquête. In de Gezondheidsenquête wordt namelijk retrospectief navraag gedaan naar het laatste tandartsenbezoek. Voor een deel van de respondenten zal dit betekenen dat zij moeten rapporteren over een gebeurtenis die zich meer dan een half jaar voorafgaand aan het interview voordeed. Hierdoor zal het jaarcijfer op basis van de Gezondheidsenquête iets lager uitvallen. De cijfers uit de logboekjes laten een wat groter verschil zien tussen de tandartsencontacten van mannen en vrouwen dan de cijfers uit de Gezondheidsenquête. De gegevens over het tandartsenbezoek van ziekenfondsverzekerden versus particulier verzekerden verschillen sterk tussen de beide bestanden. Volgens de Gezondheidsenquête gaan meer particulier verzekerden minstens één maal per jaar naar de tandarts dan ziekenfondsverzekerden. Volgens de logboekjes is dit net andersom. Het ligt niet voor de hand om hierbij aan te nemen dat de cijfers uit de Gezondheidsenquête beter zijn. Immers, ziekenfondsverzekerden waren gedurende de logboekjesperiode verzekerd voor de kosten van het tandartsenbezoek. Dit gold niet voor de meeste particulier verzekerden. Ook kan overwogen worden dat particulier verzekerden zich een tandartsenbezoek beter zullen herinneren dan ziekenfondsverzekerden omdat de meeste van hen een rekening of afrekening van dit bezoek zullen ontvangen. Dit geldt niet voor de ziekenfondsverzekerden, wat kan leiden tot een onderrapportage door de ziekenfondsverzekerden wanneer het gaat om het tandartsenbezoek gedurende een heel jaar.

Tot slot is aan de leden van het Consumentenpanel in januari 1996 gevraagd hoe zij verzekerd waren voor de tandarts. Van al de respondenten is nagegaan of zij vanaf 1993 een logboekje hadden ingevuld. Wanneer dit het geval was is hun tandartsenbezoek nagegaan. Het gemiddelde tandartsenbezoek in een periode van een half jaar is daarna berekend voor een viertal groepen: zij die in 1995 ziekenfonds verzekerd waren met een tandartsenverzekering en zonder, en zij die in 1995 particulier verzekerd waren met een tandartsen verzekering en zonder. Daarbij zijn voor de betreffende jaren alleen die



Grafiek 6.5.3

respondenten in de analyses opgenomen waarvan de verzekeringsvorm (wel of niet ziekenfonds) overeenkwam met die in 1995. De resultaten van deze analyses staan weergegeven in grafiek 6.5.3..

Tabel 7.6.3 Percentage personen met tandartscontact naar verzekeringsvorm met al dan niet aanvullende tandartsverzekering.

		Logboekperiode				
verzeke-ringsvorm	aanvullende verzekering	93-1 (n=1034) *	93-2 (n=1091)	94-1 (n=1068)	94-2 (n=1423)	95-1 (n=1337)
ziekenf.	ja	76%(n=517)	75%(n=546)	72%(n=545)	72%(n=741)	69%(n=685)
	nee	60%(n=120)	63%(n=123)	59%(n=115)	63%(n=183)	54%(n=178)
partic.	ja	70%(n=197)	70%(n=209)	65%(n=208)	69%(n=248)	68%(n=237)
	nee	52%(n=200)	54%(n=213)	52%(n=200)	53%(n=251)	51%(n=237)

*** De cijfers van 93-1 zijn gecorrigeerd voor een verschil in non-respons met de andere periodes.**

Het blijkt dat ziekenfondspatiënten die zich in 1995 aanvullend verzekerden al in 1993 vaker de tandarts bezochten dan ziekenfonds die zich niet bijverzekerden. Daarnaast lijkt het erop dat na 1992 zich bij de niet bijverzekerde groep ziekenfondspatiënten een kleine afname in het tandartsenbezoek voordoet. Informatie uit toekomstige logboekjes kan uitwijzen of hier daadwerkelijk sprake is van een veranderend consumptiepatroon.

6.5.3 Conclusie

De cijfers uit de logboekjes komen redelijk overeen met de cijfers uit de Gezondheidsenquête. Daarnaast blijken de gegevens niet onderhevig te zijn aan de responstendens dat

het aantal gemelde tandartsenbezoeken samenhangt met het moment van onderzoek. Kennelijk wordt, net als het huisartsenbezoek, ook het tandartsenbezoek niet makkelijk vergeten. Jaarcijfers uit de logboekjes lijken minstens van dezelfde kwaliteit als, en mogelijk beter te zijn dan jaarcijfers uit de Gezondheidsenquête. Daarnaast blijkt het mogelijk om gebruik te maken van het longitudinale karakter van de gegevensverzameling. Op deze manier kan inzicht gegeven worden in consumptietrends over een langere periode, wat met een dwarsdoorsnedeonderzoek onmogelijk is.

7 EEN VERGELIJKING MET DE GEZONDHEIDSENQUETE

Om de validiteit en betrouwbaarheid van de logboekjes te beoordelen zijn, in het vorige hoofdstuk, de gegevens uit de logboekjes vergeleken met gegevens uit de CBS Gezondheidsenquête. Voor een beoordeling van de uniciteit van de logboekjes zullen we in dit hoofdstuk ingaan op de vraag in hoeverre overeenkomsten en verschillen tussen beide onderzoeken het bestaan van de logboekjes rechtvaardigen. We kiezen voor de Gezondheidsenquête omdat dit de oudste continue bron van gegevens over het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen is. De eerste gegevens stammen uit 1981. Tevens is de gehanteerde vraagstelling in de logboekjes identiek aan die in de Gezondheidsenquête.

7.1 Een beschrijving van de Gezondheidsenquête

Werkwijze
Het CBS benadert ieder jaar ongeveer 6000 huishoudens (met ongeveer 10.000 personen) (17). In de periode 1981-1994 varieerde het aantal respondenten tussen de 8000 en 10.000 (18). Deze groep wordt verdeeld in 26 gelijke delen. Iedere veertien dagen wordt één van deze deelpopulaties benaderd. De Gezondheidsenquête is een mondeling vragenlijstenonderzoek. Voor personen onder de 16 en voor leden van een huishouden die niet aanwezig zijn tijdens het interview, worden de gegevens verstrekt door een volwassene uit het huishouden, een zogenaamd proxy-interview (17). Het aantal proxy-interviews voor mannen is 25%. Voor vrouwen ligt dit op 12%. Gesteld wordt dat dit geen verstoring van de resultaten oplevert (19).

De gegevens werden tot 1990 schriftelijk vastgelegd. Na 1990 gebeurde dit met de hulp van een schootcomputer. De enquête heeft geen betrekking op de inwoners van instellingen als verpleeg- en verzorgingshuizen (18).

Voor het berekenen van kwartaalcijfers wordt het gemiddelde van 6,5 tweeweekse periodes genomen. Voor het berekenen van jaarcijfers worden de gemiddelde van de kwartaalcijfers genomen (17).

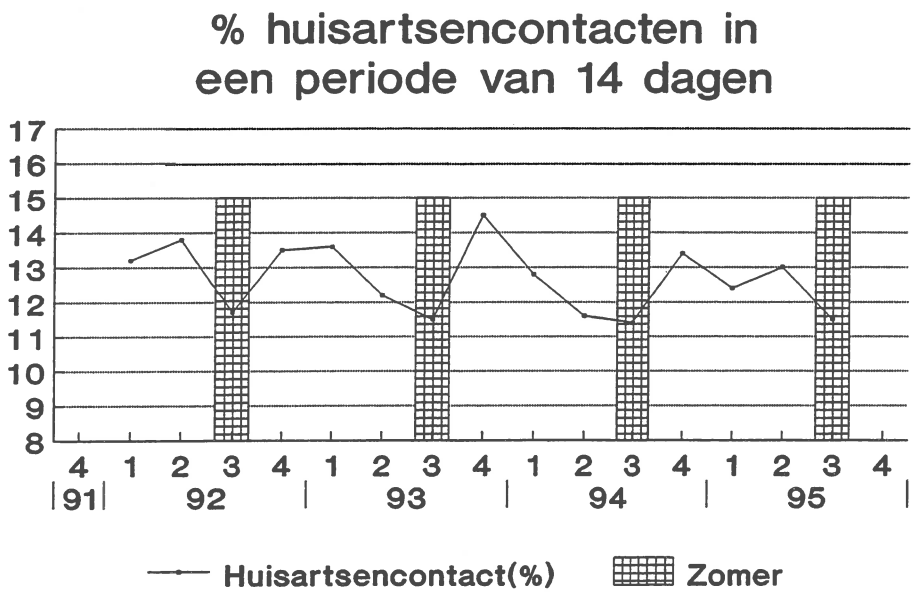
Vraagformulering
In de Gezondheidsenquête wordt zowel naar gezondheid, gezondheidsgedrag als naar voorzieningengebruik gevraagd (19). We beperken ons tot het voorzieningengebruik omdat de logboekjes hier ook toe beperkt zijn. Beide onderzoeken kennen op een aantal punten grote overeenkomsten. Met betrekking tot de huisarts wordt gevraagd naar het aantal contacten gedurende de 2 maanden voorafgaand aan het interview, de datum van het laatste contact, de reden voor het contact (ook de klacht of de ziekte), de lokatie van het contact en van wie het initiatief kwam. Voor de specialist en de fysiotherapeut worden dezelfde vragen gesteld. Het medicijngebruik wordt gevraagd over de periode van 14 dagen voorafgaand aan het interview. Aangegeven wordt om welk type medicijnen het gaat, op basis van 18 categorieën. Ook wordt de datum gevraagd van het laatste gebruik van voorgeschreven medicijnen. In de enquête wordt ook, vergelijkbaar met de huisarts, het tandartsenbezoek nagevraagd. Tenslotte worden nog enkele achtergrondkenmerken gevraagd. Wat de vraagstelling op deze punten betreft zijn er grote overeenkomsten tussen de logboekjes en de Gezondheidsenquête.

Methodologische overwegingen ten aanzien van de Gezondheidsenquête
In de rapportages van het CBS wordt op verschillende plekken informatie gegeven over de methodologische overwegingen die ten grondslag hebben gelegen aan de gevolgde werkwijze.
Het punt van de herinneringsperiode wordt aan de orde gesteld. Voor gebeurtenissen die weinig indruk maken is een korte terugvraagperiode van belang, in andere gevallen is een langere terugvraagperiode verantwoord (19). De jaarcijfers van huisartsen-, specialisten- en tandartsencontacten zijn gebaseerd op de rapportage van de respondenten over de afgelopen 14 dagen (19). Hoewel de vraag in de enquête terugslaat op de afgelopen 2 maanden, worden in de analyses alleen meldingen opgenomen die binnen een periode van 2 weken vallen (19,20). Deze weergave is niet helemaal volledig, omdat in sommige rapportages ook het aantal mensen wordt vermeld dat bijvoorbeeld de huisarts bezocht in de periode van 1 jaar (zie bijv (18) of (21)), terwijl ook het aantal contacten wordt gerapporteerd (zie bijv (21)). Dergelijke cijfers kunnen niet gebaseerd zijn op de rapportages van de afgelopen 14-dagen, maar hiervoor moet een beroep gedaan worden op het herinneringsvermogen over de periode van één jaar. Ditzelfde geldt voor het specialistenbezoek en het tandartsenbezoek. Bij de jaarrapportage over het aantal voorgeschreven en gebruikte medicijnen wordt vastgehouden aan de rapportage over een 14-daagse periode (21).
De herinneringseffecten zijn onderwerp geweest van een nadere analyse (22). Het blijkt dat (voor de tijdsperiode van 3 maanden) voor het bezoek aan huisartsen per week ongeveer 3,9% van de consulten worden vergeten. De conclusies is gebaseerd op de aanname dat de rapportage van 'de afgelopen week' 100% correct is, en geen overschatting. Het lijkt er daarnaast op dat huisartsencontacten die regelmatig terugkomen minder makkelijk worden vergeten dan de incidentele contacten (22), dit geldt ook voor telefonische contacten. Ook wordt een consult waaruit een verwijzing naar een specialist volgt niet snel vergeten.

Bij huisartsenconsulten worden formeel ook de telefonische consulten meegerekend, maar het is de vraag of respondenten dit ook zo ervaren (20).
Het vaststellen van het medicijngebruik is complex. Er is een groot verschil tussen het voorgeschreven krijgen van een medicijn en het gebruik ervan. Daarom wordt naar beide fenomenen gevraagd (20).

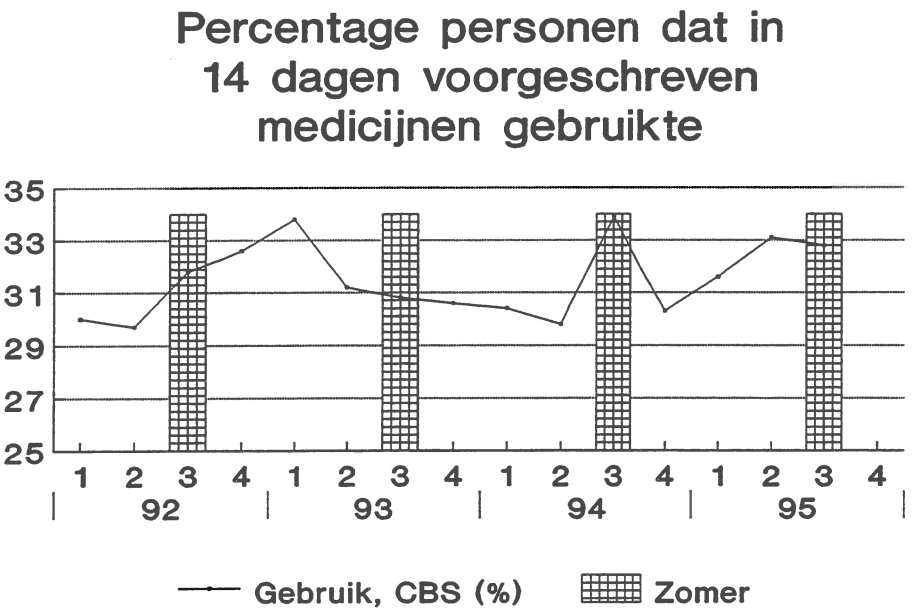
Non-respons
In het beginjaar van de gezondheidsenquete lag de non-respons rond de 30% van de benaderde huishoudens (23). Tussen 1981 en 1991 daalde de respons van 68% tot 57% (19). In het derde kwartaal 1995 lag de respons op 57% (15). De cijfers worden ieder jaar gecorrigeerd voor eventueel selectieve non-respons.
De responscijfers van de logboekjes liggen in dezelfde orde van grootte als die van het CBS, waarbij moet worden aangetekend dat de cijfers voor de laatste twee meetperioden gunstig afsteken tegen die van het CBS.

Uitgevoerde analyses
Op het CBS materiaal zijn verschillende analyses uitgevoerd. Standaard is de rapportage van kwartaal en jaarcijfers. Daarnaast zijn recent enkele rapportages uitgekomen waarin trends over de tijd worden geanalyseerd (18). Daaruit blijkt een trendmatige stijging van het aantal mensen met een huisartsencontact in 1 jaar. Ook wordt een stijging van het aantal mensen dat hun tandarts in 1 jaar bezoekt gerapporteerd. Het aantal gebruikte voorgeschreven medicijnen blijkt met de jaren te stijgen.



Figuur 7.1 (Bron CBS)

Overigens zijn naast deze trendmatige stijgingen flinke fluctuaties tussen de kwartalen in het gebruik van voorzieningen waar te nemen (15). Figuur 7.1 laat een consistent lager artsenbezoek in de zomermaanden zien, terwijl de gegevens voor de andere kwartalen flink variëren.



Figuur 7.2 (bron CBS)

In figuur 7.2 wordt het verloop van het medicijngebruik gepresenteerd, gebaseerd op de CBS Gezondheidsenquête. Ook het medicijngebruik op recept kent grote fluctuaties. Deze lijken niet te herleiden tot seizoenseffecten.

In verschillende rapportages is een koppeling gemaakt tussen medische consumptie en zelf gerapporteerde gezondheidstoestand (zie bijv. (24) of (25)).

Bij het bezoek aan de huisarts en specialist wordt ook gevraagd naar de reden (de belangrijkste klacht) voor dit bezoek. Over analyses op dit materiaal is enkele malen gerapporteerd: een keer voor de huisarts (26), een keer voor de specialist (27) en een keer voor de jaren 1989/1991 voor beide typen hulpverleners (19).

Betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten
Mackenbach (28) stelt dat over de validiteit van de gegevens van de Gezondheidsenquête weinig bekend is. Validering heeft zich vooral beperkt tot analyses binnen het verzamelde materiaal, zoals hierboven ook al is aangegeven.

Wat betreft de betrouwbaarheid van de CBS data zou gekeken kunnen worden naar de stabiliteit over de tijd van gerapporteerde gegevens. Dit is een schier eindeloze exercitie omdat er zeer veel resultaten worden gepubliceerd. Wel laten de hierboven gepresenteerde kwartaalcijfer van het medicijngebruik en de huisartsencontacten zien dat er flinke fluctuaties over de kwartalen waarneembaar zijn. Deze kwartaalcijfers zijn het gemiddelde van 6,5 14-daagse cijfers, die naar op hun beurt weer sterker zullen fluctueren. Cijfers hierover worden niet gegeven.

7.2 CBS gegevens vergeleken met de gegevens uit de logboekjes

Dit hoofdstuk had tot doel na te gaan op welke punten de gegevens uit de logboekjes uniek zijn. Daarbij is als referentiebron de CBS-Gezondheidsenquête genomen. Deze vertoont op een aantal punten grote overeenkomsten met de logboekjes. Zo zijn de vraagstellingen op elkaar afgestemd. Beide gegevensverzamelingen hebben een continu karakter. En met beide onderzoeken worden gegevens van 'de Nederlandse bevolking' verzameld.

Aantallen respondenten en de power van analyses
De CBS Gezondheidsenquête heeft betrekking op een groter aantal respondenten (rond de 9000 respondenten op jaarbasis) dan het Consumentenpanel (rond de 2500 respondenten). Dit verschil lijkt overigens groter dan het feitelijk is. Door het CBS worden deze 9000 éénmalig ondervraagd. Het CBS doet als het ware iedere 14 dagen onderzoek onder 9000/26=346 respondenten. Kwartaalcijfers zijn gebaseerd op ruim 2000 respondenten. In het Consumentenpanel worden op ieder moment gegevens van 2500 respondenten verzameld. De power van het Consumentenpanel voor het geven van kwartaalcijfers is daarmee in principe vergelijkbaar met de power van de Gezondheidsenquête. De power van de Gezondheidsenquête voor het geven van jaarcijfers is groter dan van het Consumentenpanel. Dit laatste betekent dat de jaarcijfers op basis van de Gezondheidsenquête zich beter lenen voor het krijgen van inzicht in gebeurtenissen die bij weinig mensen voorkomen, en voor het maken van verfijndere uitsplitsingen.

De terugvraagperiode
In de Gezondheidsenquête wordt in principe teruggevraagd over een beperkte periode. In de rapportages over deze resultaten wordt gebruikt gemaakt van gegevens die betrekking hebben op verschillende periodes: 14 dagen, 2 maanden en een jaar. Terugvragen over een kortere periode levert betere gegevens op dan terugvragen over

een langere periode. Voor de respons op de logboekjes geldt dat deze door een aanzienlijk deel van de respondenten achteraf worden ingevuld, zodat sprake is van een half-jaarlijks retrospectief onderzoek. Dit betekent dat de cijfers van het CSB over 14 dagen en 2 maanden betrouwbaarder zullen zijn dan die uit de logboekjes. Dit is vooral van belang voor de fenomenen die makkelijk worden vergeten, zoals het medicijngebruik. In mindere mate lijkt dit van belang voor het bezoek aan de tandarts en de specialist. Voor het bezoek aan de huisarts lijkt dit enigszins te spelen. De cijfers die het CBS publiceert over de consumptie over een heel jaar zijn wat dit betreft minder betrouwbaar dan die uit het Consumentenpanel.

Het design

Het design van beide studies is verschillend. Het CBS ondervraagt steeds nieuwe respondenten: er is sprake van een herhaald dwarsdoorsnede onderzoek. Daardoor het onmogelijk om op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête uitspraken te doen over combinaties van medische consumptie die zich uitstrekken over een langere periode, met name meer dan één jaar. Dergelijke analyses kunnen wel gedaan worden op basis van het materiaal van de logboekjes. Het materiaal van de logboekjes leent zich daarnaast beter voor het construeren van 'trajecten'. Het is bijvoorbeeld mogelijk om na te gaan in welke mate mensen die een specialist bezochten dit deden na het bezoek aan de huisarts. Het longitudinale design van de logboekjes heeft ook positieve consequenties voor de power van de analyse van verschillen. De mogelijkheid bestaat om gekoppelde analyses uit te voeren, omdat voor dezelfde respondenten gegevens beschikbaar zijn van voor en na een beleidsinterventie. In één van de voorbeeldanalyses op het verzamelde materiaal is deze mogelijkheid toegepast aan de hand van de interventie in de tandartsenverzekering.

Geregistreerde gegevens

In de Gezondheidsenquête worden veel meer gegevens geregistreerd dan in de logboekjes. Het grote verschil is dat in de Gezondheidsenquête ook de gezondheid van de respondenten wordt nagevraagd. Hierdoor is het in principe mogelijk gegevens over de gezondheid te koppelen aan de medische consumptie. Van deze mogelijkheid is in de jaren dan de Gezondheidsenquête nu wordt afgenomen nog maar sporadisch gebruik gemaakt.

In de Gezondheidsenquête worden ook meer aspecten van de medische consumptie geregistreerd dan in de logboekjes. Het gaat daarbij met name om de minder vaak voorkomende vormen van medische consumptie, zoals rond bevallingen. Het ligt niet voor de hand om dergelijke gegevens na te gaan vragen in de logboekjes, omdat het aantal respondenten hiervoor te beperkt is.

Conclusies

In de logboekjes van het Consumentenpanel en in de Gezondheidsenquête van het CBS worden deels vergelijkbare gegevens geregistreerd. De Gezondheidsenquête wordt door een groter aantal mensen ingevuld, dan de logboekjes. De jaarcijfer van het CBS zijn daardoor exacter, terwijl deze cijfers zich ook beter lenen voor een uitsplitsing naar diverse respondentcategorieën. Ook lenen de CBS cijfers zich beter voor de registratie van de minder prevalente medische consumptie. Door de beperkte terugvraagperiode die het CBS hanteert zullen minder indrukwekkende gebeurtenissen in de Gezondheidsenquête beter geregistreerd worden dan in de logboekjes.

De logboekjes onderscheiden zich van de Gezondheidsenquête in het onderzoeksdesign: longitudinaal versus dwarsdoorsnede. De logboekjes kunnen informatie opleveren over combinaties van medische consumptie over langere tijd. Deze informatie is niet te

ontlenen aan de Gezondheidsenquête. Ook is de power voor de analyse van trendveranderingen in de gegevens uit de logboekjes relatief groot, omdat het mogelijk is gegevens gekoppeld te analyseren. Deze mogelijkheid bestaat niet met de CBS-gegevens.

8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de conclusies uit de voorafgaande hoofdstukken. Daarna wordt een drietal conclusies geformuleerd. Op basis van deze conclusies worden aanbevelingen geformuleerd.

8.1 Samenvatting van reeds geformuleerde conclusies

8.1.1 Beleidsrelevantie

Informatie uit de logboekjes kan nuttig zijn voor verschillende beleidsthema's. Het gaat om de thema's 'Toegankelijkheid van zorg', 'Doelmatigheid (met name op de vraag of de inrichting van de zorg bijdraagt aan doelmatigheid)' en 'Kostenbeheersing'. Van patiënten- en consumentenorganisaties wordt daarnaast verwacht dat zij invloed uitoefenen op het beleid. Door goede patiënten- en consumenteninformatie te leveren kunnen de logboekjes van het Consumentenpanel de patiënten- en consumentenorganisaties ondersteunen.

8.1.2 Validiteit en reproduceerbaarheid

De panelsamenstelling over de jaren 1992-1995 is vrijwel gelijk gebleven: het panel vormt een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en geografische spreiding. In 1995 vormt de grootte van de huishoudens ook een redelijke afspiegeling van die van de Nederlandse bevolking. Het panel kent een systematische en persistente ondervertegenwoordiging van mensen met een inkomen tot *f*24.000 en van mensen met een lagere opleiding. In het panel is ongeveer 15% afkomstig uit de inkomensgroep tot *f*24.000, terwijl deze groep ongeveer 25% uitmaakt van de Nederlandse bevolking. Ondanks verschillende pogingen is het niet gelukt dit euvel te verhelpen.

De responscijfers voor de huishoudens en de individuen varieert tussen de 51% en de 75%. Deze responscijfers liggen in dezelfde orde van grootte als die van het CBS, waarbij moet worden aangetekend dat de cijfers voor de laatste twee meetperioden gunstig afsteken tegen die van het CBS. Responscijfers kunnen gunstig beïnvloed worden door een regelmatige verversing van het panel. De respons op de logboekjes is selectief: mensen met een laag inkomen responderen relatief weinig. Dat de lagere inkomensgroep lager respondeert dan de anderen kan voor een deel verklaard worden uit het feit dat zij minder positief zijn over de begrijpelijkheid van de vragen en de duidelijkheid van de instructies in het logboekje.

De conclusie is dat de logboekjes gegevens opleveren van een op vele punten representatieve onderzoekspopulatie, met uitzondering van mensen met een laag inkomen.

De cijfers van 92-2 en 93-1 moeten met de nodige terughoudendheid gebruikt moeten worden. In deze periodes is de 'nulconsumptie' veel lager (93-1) dan in de latere logboekjes of het gegeven ontbreekt (92-2). Dit komt doordat pas bij de logboekjes van 93-2 aan dit punt serieus aandacht is besteed.

Belangrijk is de conclusie dat het bestand veel mogelijkheden biedt voor longitudinale analyses. Zo is het bijvoorbeeld voor minstens 2/3 van de respondenten uit 95-1 mogelijk om van hen een ingevuld logboekje van enige periode uit de twee voorgaande jaren te vinden.

Op basis van literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat het gebruik van logboekjes kan leiden tot resultaten die gelijkwaardig en soms meer valide zijn dan retrospectief verkregen gegevens. De resultaten van de analyse van cijfers over huisartsen- en tandartsenbezoek zijn aanleiding om te concluderen dat deze cijfers uit de logboekjes valide en betrouwbaar zijn. De analyse van de verzamelde gegevens op het gebied van medicijngebruik maakt duidelijk dat deze cijfers niet valide en niet betrouwbaar zijn.

Uit de enquête onder leden van het panel naar de manier waarop zij de logboekjes invullen moet geconcludeerd worden dat zeker de helft de logboekjes invult als een retrospectieve enquête. Dat velen gebruik maken van een geheugensteuntje door hun agenda te raadplegen dan wel rekeningen na te kijken bij het invullen van het logboekje kan de validiteit van de gegevens vergroten.

De conclusie is dat het bezoek aan hulpverleners valide en betrouwbaar geregistreerd kan worden met de logboekjes. Het medicijngebruik leent zich niet voor een registratie met de logboekjes.

8.1.3 Uniciteit

In de logboekjes van het Consumentenpanel en in de Gezondheidsenquête van het CBS worden deels vergelijkbare gegevens geregistreerd. De Gezondheidsenquête wordt door een groter aantal mensen ingevuld, dan de logboekjes. De jaarcijfers van het CBS zijn daardoor exacter, terwijl deze cijfers zich ook beter lenen voor een uitsplitsing naar diverse respondentcategorieën. Ook lenen de CBS cijfers zich beter voor de registratie van de minder prevalente medische consumptie. Door de beperkte terugvraagperiode die het CBS hanteert zal het medicijngebruik beter geregistreerd worden dan in de logboekjes.
Voor het genereren van jaarcijfers doet het CBS een beroep op het herinneringsvermogen van de respondenten over de periode van een geheel jaar, of er worden gemiddelde 14-daagse consumptiecijfers over een geheel jaar gepresenteerd. Het presenteren van 14-daagse consumptiecijfers is een onbevredigende wijze van presenteren, wanneer het eigenlijk om jaarcijfers gaat. Het doen van een beroep op het herinneringsvermogen over de periode van een heel jaar leidt tot minder betrouwbare resultaten. Bij de logboekjes wordt een beroep gedaan op het herinneringsvermogen van respondenten van ten hoogste een half jaar. Dit leidt tot betrouwbaarder cijfers. Dit werd duidelijk bij de vergelijking van cijfers over de tandartsenconsumptie. Informatie uit de logboekjes kan op dit punt een kwalitatieve verbetering zijn ten opzichte van de informatie uit de CBS Gezondheidsenquête.
De logboekjes onderscheiden zich op één punt wezenlijk van de Gezondheidsenquête. Bij de Gezondheidsenquête is sprake van dwarsdoorsnede-onderzoek, bij de logboekjes is sprake van longitudinaal onderzoek. De logboekjes kunnen informatie opleveren over combinaties van medische consumptie over langere tijd. Deze informatie is niet te ontlenen aan de Gezondheidsenquête. Ook is de power voor de analyse van trendveranderingen in de gegevens uit de logboekjes relatief groot, omdat het mogelijk is gegevens gekoppeld te analyseren. Deze mogelijkheid bestaat niet met de CBS-gegevens. De voordelen van het longitudinale design zijn geïllustreerd bij de analyse van de gegevens over tandartsenbezoek in relatie tot de verzekeringsvorm.

8.2 Drie conclusies

8.2.1 Conclusie 1: behoud het goede.

De waarde van de gegevens uit de logboekjes is vanuit verschillende invalshoeken aan de orde gesteld. De conclusie is dat de gegevens uit de logboekjes beleidsrelevantie hebben, dat een belangrijk deel van de gegevens valide en betrouwbaar is en dat de gegevens voldoende uniciteit hebben.
Het gaat om materiaal dat niet op een andere manier nogmaals verzameld kan worden. De waarde van dit materiaal zal toenemen naarmate het onderzoek met de logboekjes met een vergelijkbare opzet wordt gecontinueerd.

In de inleiding is gesteld dat gegevens uit de logboekjes zouden moeten opwegen tegen gegevens uit een tweetal peilingen. Het maken van deze afweging is lastig, omdat hiermee verschillende grootheden met elkaar vergeleken worden. Daarnaast heeft zich nooit de situatie voorgedaan dat van een peiling moest worden afgezien vanwege het gebruik van de logboekjes. De analyses op het materiaal over het bezoek aan de tandarts laat duidelijk zien dat de logboekjes unieke gegevens opleveren. Het kunnen doen van dergelijke analyses is een sterk argument voor voortzetting van de logboekjes. Ten tweede kan, veel meer dan tot nu toe gedaan is, gezocht worden naar het combineren van consumptiegegevens met gegevens uit peilingen. Op deze manier kunnen ook de peilingen met de hulp van de logboekjes versterkt worden. De mogelijkheden van het materiaal zijn dusdanig dat ons voorstel is om het gebruik van de logboekjes binnen het panel te continueren.

Het verzamelde materiaal kent ook zijn zwakke kanten. Zo zijn de gegevens over het medicijngebruik onbruikbaar. Een ander probleem is de selectieve samenstelling van het panel en de non-respons op de logboekjes door met name mensen met een laag inkomen. Ondanks deze zwakke kanten is het verzamelde materiaal waardevol. De eerste conclusie is dan ook: probeer het goede in het bestaande materiaal te behouden.

8.2.2 Conclusie 2: Versterk het unieke

Het belang van de logboekjes ligt vooral in het longitudinale karakter van de gegevensverzameling, wat het mogelijk maakt om trends in de ontwikkeling van medische consumptie te identificeren. Het is belangrijk om dit unieke aspect van de logboekjes te versterken. Enerzijds is dit mogelijk door het doen van analyses waarin het longitudinale karakter wordt uitgebuit, zoals in het geval van de gevolgen van de veranderingen in de tandartsenverzekering. Anderzijds is het wellicht mogelijk naast medische consumptie ook andere informatie te verzamelen en te koppelen aan de medische consumptie. Te overwegen valt aan de informatie uit de logboekjes informatie uit een beperkt aantal gezondheidsvragen te koppelen, zodat met een prospectief design een inzicht gegeven kan worden op het zorgbeslag van (on-)gezondheid. Nu al wordt er in de basisvragenlijst navraag gedaan naar de gezondheidsbeleving en het voorkomen van chronische aandoeningen. Deze zou mogelijk uitgebreid kunnen worden met een iets betere vragenlijst over gezondheid die, in tegenstelling tot nu, bijvoorbeeld ééns per jaar aan de panelleden kan worden voorgelegd. Daarnaast zouden peilingen waarin om het oordeel van zorg gevraagd worden nadrukkelijker in verband gebracht kunnen worden met consumptiegegevens in een voorafgaande periode. Op een dergelijke manier zou inzicht gekregen kunnen worden in het in de tijd op elkaar volgende trio: (on-)gezondheid, medische consumptie en oordeel over een medische voorziening.

8.2.3 Conclusie 3: Probeer problemen te ondervangen

De derde conclusie is gebaseerd op de constatering dat de representativiteit en respons de achilleshiel is van de logboekjes. Het gaat daarbij met name om de lage respons onder mensen met een laag inkomen. Het is belangrijk al wat redelijk is in te zetten om de respons op de logboekjes te verhogen. Enerzijds betekent dit dat nogmaals kritisch gekeken zal moeten worden naar de vormgeving en presentatie van de logboekjes, en naar de duidelijkheid van de vragen en de instructie. Ook lijkt het niet verstandig om het logboekje groter te laten worden. Het weglaten van het medicijngebruik betekent dat het invullen van het logboekje minder belastend wordt. Dit kan het makkelijker maken het logboekje in te vullen. Daarnaast geldt voor het meeste onderzoek dat 'reminders' werken. Tot op heden is hier zeer terughoudend mee omgesprongen. Dit is begrijpelijk, maar dit moet niet betekenen dat helemaal geen gebruik van gemaakt wordt. Tot slot werken beloningen natuurlijk ook. Door panelleden is in ieder geval aangegeven dat zij het leuk vinden iets terug te horen over wat er met hun antwoorden gebeurt. Het lijkt aanbevelenswaardig in ieder geval twee keer per jaar de resultaten en wat ermee gebeurt aan de panelleden terug te spelen. De vraag is of hiermee ook de mensen met het lagere inkomen worden bereikt. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dit nauwelijks het geval is, omdat velen van hen aangeven de laatst verstuurde informatie over de WGBO niet te hebben gelezen. Door de Consumentenbond wordt de panelleden ieder jaar de mogelijkheid geboden een boek van de Consumentenbond te bestellen. Het is de vraag of hiermee de mensen met het lagere inkomen daadwerkelijk een plezier gedaan wordt. Misschien moet ook een wat 'makkelijker' presentje worden aangeboden. Tot slot kan regelmatige panelverversing bijdragen aan de respons. Deze mogelijkheid is natuurlijk wel beperkt doordat er naar gestreefd moet worden een substantieel deel van het panel meerdere jaren te volgen. Een panelverversing in de orde van jaarlijks 25% zodat het panel na 4 jaar wordt vernieuwd, zou een evenwichtige keuze kunnen zijn.

8.3 Aanbevelingen

Hieronder volgen de aanbevelingen die gebaseerd zijn op en ontleend zijn aan bovengemelde conclusies.

1. Het verdient aanbeveling om door te gaan met de logboekjes.
2. Het accent bij het gebruik van de logboekjes moet gelegd worden op het versterken van het longitudinale karakter.
3. Centraal staat de registratie van het bezoek aan een hulpverlener. Het medicijngebruik is niet geschikt om in de logboekjes te registreren.
4. Versterking van het longitudinale karakter van de logboekjes is ook mogelijk door het opnemen van vragen naar de gezondheid in een jaarlijkse basisvragenlijst.
5. Peilingen die betrekking hebben op het oordeel dat mensen hebben over de zorg zouden gekoppeld moeten worden met gegevens over medische consumptie.
6. Een grote inspanning moet worden geleverd om de respons op de logboekjes hoog te houden, en voor de mensen met een laag inkomen en een lage opleiding hoger te maken. Hiervoor zijn verschillende strategieën beschikbaar die alle ingezet moeten worden.

8.4 Implementatie

Deze aanbevelingen zijn natuurlijk alleen nuttig als er ook wat mee wordt gedaan.

Het lijkt niet goed uitvoerbaar om al in de logboekjes voor de tweede helft van 1996 alle voorgestelde vernieuwingen door te voeren. Een fasegewijze vernieuwing is echter niet aanbevelenswaardig, omdat een eventueel effect hiervan op de resultaten dan zeer moeilijk traceerbaar zal zijn.
Daarom wordt voorgesteld om de logboekjes voor de tweede helft van 1996 zo goed als intact te laten. Wel wordt het hoofdstuk over het gebruik van medicijnen verwijderd, en wordt het logboekje netjes verzorgd. Ook zal geprobeerd worden door het gebruik van een reminder en het terugkoppelen van resultaten en wat ermee gedaan is, de respons hoog te houden. Meer structurele veranderingen zullen uitgevoerd worden in de logboekjes van 1997.
Actief analyseren van en rapporteren over de resultaten van de logboekjes zal een extra belasting betekenen van de uitvoerenden in dit project ten opzichte van de voorgaande jaren, waarin het accent toch vooral gelegd is op het tweetal jaarlijkse peilingen. Dit betekent dat enerzijds nog planmatiger met de te besteden ruimte zal moeten worden omgesprongen. Dit betekent ook dat omgezien moet worden naar additionele financieringsbronnen ter dekking van de kosten voor nadere analyses en rapportages.

LITERATUUR

1. Gezond en Wel; het kader van het volkgezondheidsbeleid 1995-1998, 1995.
2. Zorg in het regeerakkoord; bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995-1998, 1995.
3. Verbrugge, L.M. Health diaries. *Med Care* 18:73-95, 1980.
4. Stone, A.A., Kessler, R.C. en Haythornthwaite, J.A. Measuring daily events and experiences: decisions for the researcher. *Journal of Personality* 59:575-607, 1991.
5. Burman, M.E. Health diaries in nursing research and practice. *Image.J.Nurs.Sch.* 27:147-152, 1995.
6. Roghman, K. en Haggerty, R. The diary as a research instrument in the study of health and illness behaviours. *Med Care* 10:143-163, 1972.
7. Carp, F. en Carp, A. The validity, reliability and generalisability of diary data. *Experimental Aging Research* 7:281-296, 1981.
8. Richardson, A. The health diary: an examination of its use as a data collection method. *J.Adv.Nurs.* 19:782-791, 1994.
9. Bruijnzeels, M.A., Wouden, J.C.van der, Foets, M., Prins, A. en Heuvel, W.J.A.van der Comparing interview and diary data with a GP's registration for children's medical consumption, 1996. (UnPub)
10. Norman, G., McFarlane, A., Streiner, D. en Neale, K. Health diaries: strategies for compliance and relation to other measures. *Med Care* 20:623-629, 1982.
11. Mechanic, D. Medical sociology: some tensions among theory, method, and substance. *J.Health.Soc. Behav.* 30:147-160, 1989.
12. Kerssens, J.J. Het consumentenpanel gezondheidszorg anno 1992 in vergelijking met de Nederlandse bevolking, Utrecht:NIVEL, 1993.
13. Kerssens, J.J. Het consumentenpanel gezondheidszorg anno 1993 in vergelijking met de Nederlandse bevolking, Utrecht:NIVEL, 1993.
14. Kerssens, J.J. Het consumentenpanel gezondheidszorg anno 1994 in vergelijking met de Nederlandse bevolking, Utrecht:NIVEL, 1994.
15. Frenken, F.J.M. Aspecten van gezondheid en medische consumptie in de bevolking, kwartaalgegevens. *Mndber.gezondheid* 14(12):34-40, 1995.
16. Gijsbers van Wijk, C.M.T. Sex differences in symptom perception, Amsterdam:Universiteit van Amsterdam, 1995.
17. Appelboom, W.J.M.J. De continue gezondheidsenquete; enkele aspecten ter nadere oriëntatie. *Mndber.gezondheid* 1(5):5-9, 1982.
18. Swinkels, H. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. *Mndber.gezondheid* 14(5):4-28, 1995.
19. Netherlands health interview survey 1981-1991, The hague:SDU-publishers/cbs-publications, 1992.
20. Sonsbeek, J.L.A. Aspecten van gezondheid en ziekte in de bevolking. *Mndber.gezondheid* 1(5):11-15, 1982.
21. Frenken, F.J.M. Medische consumptie en gezondheid, 1993/1994,jaargegevens. *Mndber.gezondheid* 14(6):4-15, 1995.
22. Berg, J.van den Geheugeneffecten bij het rapporteren van huisartscontacten. *Mndber.gezondheid* 5:24-27, 1983.
23. Appelboom, W.J.M.J. Aspecten van gezondheid en ziekte in de bevolking. *Mndber.gezondheid* 1(10):16-19, 1982.
24. Frenken, F.J.M. Gebruik van gezondheidszorg, 1986-1990. *Mndber.gezondheid* 11:5-9, 1991.
25. Brekel, E.J.G.van den Voorgeschreven en niet voorgeschreven medicijnen. *Mndber.gezondheid* 12:5-23, 1983.
26. Berg, J.van den Contacten met de huisarts in 1981. *Mndber.gezondheid* 5:5-23, 1983.
27. Brekel, E.J.G.van den Contact met specialisten, 1981-1983. *Mndber.gezondheid* 12:5-24, 1984.
28. Mackenbach, J.P. De CBS-gezondheidsenquête. *Ned Tijdschr Geneeskd* 137(30):1488-1492, 1993.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Enkele voorbeeldpagina's uit de logboekjes

De Huisarts

Hieronder vult u de gegevens in over het contact met de huisarts (waar u ingeschreven staat). Het gaat om bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts en om telefonische consulten. Telt u ook het contact met de waarnemer/vervanger van uw huisarts mee, ook het contact met de assistente, indien er een medische behandeling heeft plaatsgevonden. Elke keer dat u, of een van uw gezinsleden, contact heeft gehad met de huisarts (of zijn of haar vervanger) vult u de rubrieken van links naar rechts in. De geboortedatum in de eerste rubriek geeft ons genoeg informatie om ieder gezinslid te herkennen.
Indien u uw huisarts persoonlijk spreekt bijvoorbeeld in verband met het uitschrijven van een herhalingsrecept, noteer dit dan als bezoek aan de huisarts. Krijgt u het recept van de assistent, dan hoeft u dit niet te noteren.

Bezoekt u de huisarts vaker dan u kwijt kunt in dit logboek, belt u dan gerust voor een extra logboek.

Welk gezinslid betrof het contact? *(geboortedatum)*	**Voor welke klacht of ziekte?** *(Gebruik s.v.p. een code uit de lijst op pagina 25. Bij meerdere redenen kiest u de belangrijkste)*	**Wanneer vond het contact plaats?** *(datum)*	**Waar of hoe vond het contact plaats?** *(omcirkel één van de mogelijkheden)*
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ code lijst (zie p. 25) 999 weet niet	⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 bij de huisarts 2 thuis 3 alleen telefonisch 4 anders
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ code lijst (zie p. 25) 999 weet niet	⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 bij de huisarts 2 thuis 3 alleen telefonisch 4 anders
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ code lijst (zie p. 25) 999 weet niet	⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 bij de huisarts 2 thuis 3 alleen telefonisch 4 anders
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ code lijst (zie p. 25) 999 weet niet	⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 bij de huisarts 2 thuis 3 alleen telefonisch 4 anders
⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ code lijst (zie p. 25) 999 weet niet	⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 bij de huisarts 2 thuis 3 alleen telefonisch 4 anders

Medicijnen

Hieronder vult u gegevens in over het gebruik van medicijnen. Het gaat echter niet om alle medicijnen die u gebruikt.

Uitgesloten zijn:
- de pil (anticonceptie);
- medicijnen tijdens een ziekenhuisopname;
- medicijnen die zonder recept zijn verkregen.

De vragen moeten per medicijn ingevuld worden: voor de medicijnen die u al gebruikt of voor nieuwe medicijnen die de arts u voorschrijft.
Gebruikt u een medicijn gedurende een lange periode en krijgt u herhalingsrecepten, vul de begin- en einddatum (indien deze bekend is) in van de periode dat u één type medicijn slikt.
Gebruikte u een medicijn al vòòr 1 juli 1995 noteer dan als "begindatum" 01 07 95. Gebruikt u ook ná 31 december 1995 een bepaald medicijn vul dan als "einddatum" 31 12 95 in.

Welk gezinslid betrof het medicijngebruik? *(geboortedatum)*	**Welke medicijnen worden gebruikt?** *(zie lijst rechtsboven)*	**Wanneer of in welke periode werden de medicijnen gebruikt?** *(datum)*
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ code lijst (rechtsboven) 99 weet niet	op/van ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ tot ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ code lijst (rechtsboven) 99 weet niet	op/van ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ tot ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ code lijst (rechtsboven) 99 weet niet	op/van ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ tot ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ code lijst (rechtsboven) 99 weet niet	op/van ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ tot ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ code lijst (rechtsboven) 99 weet niet	op/van ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ tot ⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet

De Tandarts

De volgende vragen gaan over contacten met de tandarts. Het gaat om bezoeken ter controle en behandeling.
Het gaat niet om de bezoeken aan de orthodontist.
Wilt u elke keer als u of een van uw gezinsleden naar de tandarts gaat deze vragen beantwoorden. Vult u de rubrieken van links naar rechts in.
Let op: voor de tandarts hoeft u slechts drie vragen te beantwoorden.

Welk gezinslid betrof het? *(geboortedatum)*	**Wanneer had u contact met de tandarts?** *(datum)*	**Waarom had u contact met de tandarts?** *(omcirkel één van de mogelijkheden)*
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 spoedeisende behandeling 2 periodiek onderzoek (controle) 3 behandeling na controle 4 langlopende behandeling 5 anders
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 spoedeisende behandeling 2 periodiek onderzoek (controle) 3 behandeling na controle 4 langlopende behandeling 5 anders
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 spoedeisende behandeling 2 periodiek onderzoek (controle) 3 behandeling na controle 4 langlopende behandeling 5 anders
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 spoedeisende behandeling 2 periodiek onderzoek (controle) 3 behandeling na controle 4 langlopende behandeling 5 anders
⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar	⌊_⌋ ⌊_⌋ ⌊_⌋ dag maand jaar 9 weet niet	1 spoedeisende behandeling 2 periodiek onderzoek (controle) 3 behandeling na controle 4 langlopende behandeling 5 anders

Toelichting bij de lijst op pagina 25

De lijst op de volgende pagina bevat ongeveer 150 klachten, problemen of ziekten die redenen kunnen zijn voor een bezoek aan de huisarts, specialist of fysiotherapeut.

De indeling van de lijst is afkomstig van huisartsen. De redenen zijn in hoofdcategorieën ingedeeld:

algemeen
ademhalingsorganen
bloed, lymfestelsel, milt
bewegingsapparaat (spieren en skelet)
endocriene klieren
hart-vaatstelsel
huid
maag-darmkanaal
mannelijke geslachtsorganen
oog
oor
psyche
sociale problemen
urinewegen
vrouwelijke geslachtsorganen en borsten
zenuwstelsel
zwangerschap, bevalling

Elke hoofdcategorie kent een aantal specifieke redenen. Zo zijn er bijvoorbeeld 21 specifieke reden die betrekking hebben op spieren, gewrichten en skelet (het bewegingsapparaat). Terwijl de hoofdcategorie 'mannelijke geslachtsorganen' slechts één specificatie telt.

De bedoeling is dat u, met behulp van de codes uit de lijst, zo nauwkeurig mogelijk aangeeft waarom u naar de huisarts, specialist of fysiotherapeut bent gegaan.
Wanneer uw specifieke reden niet in de lijst voorkomt, kiest u de code van de betreffende hoofdcategorie.

Een voorbeeld ter verduidelijking: Als u de huisarts bezoekt omdat u uw pink heeft gebroken, dan is de code 257 (klachten arm/hand). Maar gaat u naar de huisarts omdat uw ribben zijn gekneusd, dan is de code 250 (bewegingsapparaat) omdat geen specifieke code hierop van toepassing is.
Zo valt een behandeling door de kaakchirurg onder het maag-darmkanaal, code 462.
U kunt dus wel <u>altijd</u> een code vinden.

Lijst met redenen voor bezoek aan de huisarts, de specialist en de fysiotherapeut

(zie voor een toelichting pagina 24)

100 algemeen
- 101 angst voor ziekte
- 102 gewichtstoename
- 103 gevolgen ongeval
- 104 gezwelvorming
- 105 handicap door erfelijke afwijking
- 106 kanker
- 107 koorts
- 108 malaise
- 109 moeheid
- 110 overmatig transpireren
- 111 test, onderzoek
- 112 virus infectie
- 113 inentingen (bijv. griepprik)

150 ademhalingsorganen
- 151 acute bronchitis
- 152 allergische neusverkoudheid
- 153 astma
- 154 benauwdheid
- 155 chronische bronchitis
- 156 griep, influenza
- 157 hoesten
- 158 hooikoorts
- 159 infectie luchtwegen
- 160 keelpijn
- 161 longontsteking
- 162 longemphyseem
- 163 neusbloeding
- 164 ontsteking strottehoofd
- 165 bijholte ontsteking
- 166 verkoudheid
- 167 verstopte neus
- 168 vocht achter longen

200 bloed, lymfestelsel, milt
- 201 bloedarmoede
- 202 leukemie

250 bewegingsapparaat (spieren en skelet)
- 251 artritis
- 252 artrose
- 253 gekneusde pols
- 254 gekneusde voet
- 255 hernia
- 256 ischias
- 257 klachten arm/hand
- 258 klachten aan gewrichten
- 259 klachten heup
- 260 klachten been/knie
- 261 klachten voet/teen
- 262 lage rugklachten, lumbago
- 263 neklachten
- 264 peesontsteking
- 265 reuma
- 266 rugklachten
- 267 schouderklachten
- 268 snij-, scheurwond, splinter
- 269 spierpijn
- 270 tenniselleboog
- 271 verstuiking enkel

300 endocriene klieren
- 301 chronische nierziekte
- 302 diabetes of suikerziekte
- 303 eetstoornissen
- 304 galstenen
- 305 galziekte
- 306 nierstenen
- 307 schildklierafwijking

350 hart-vaatstelsel
- 351 aderverkalking
- 352 dikke enkels/benen
- 353 hartklachten
- 354 hartkloppingen
- 355 hartzwakte
- 356 hoge bloeddruk
- 357 open been
- 358 pijn op de borst
- 359 problemen met slagaderen
- 360 spataderen

400 huid
- 401 acné
- 402 allergie
- 403 exceem
- 404 steenpuist, negenoog
- 405 verstopping talgkliertjes
- 406 wratten

450 maag-darmkanaal
- 451 aambeien
- 452 braken
- 453 buikkrampen
- 454 chronisch maaglijden
- 455 diarree
- 456 leverziekte
- 457 maag pijn
- 458 maagzuur
- 459 misselijkheid
- 460 parasieten, wormen
- 461 verstopping, obstipatie
- 461 kaak, gebit

500 mannelijke geslachtsorganen
- 501 prostaatklachten

550 oog
- 551 oogklachten
- 552 ver-, bijziendheid

600 oor
- 601 acute oorontsteking
- 602 chronische oorontsteking
- 603 hoorproblemen
- 604 oorpijn
- 605 oorsmeer
- 606 oorsuizen

650 psyche
- 651 aggressief gevoel
- 652 angsten
- 653 depressie
- 654 hyperventilatie
- 655 nervositeit
- 656 overbelasting
- 657 snel opgewonden
- 658 slapeloosheid
- 659 spanningshoofdpijn
- 660 stress

700 sociale problemen
- 701 problemen werk
- 702 problemen gezin

750 urinewegen
- 751 blaasontsteking
- 752 incontinentie

800 vrouwlijke geslachtsorganen en borsten
- 801 bloedverlies
- 802 eileiderontsteking
- 803 menstruatie klachten
- 804 menopauze
- 806 verzakking baarmoeder

850 zenuwstelsel
- 851 aangezichtspijn
- 852 duizeligheid
- 853 epilepsie
- 854 hoofdpijn
- 855 migraine
- 856 multiple-sclerose
- 857 parkinson

900 zwangerschap, bevalling
- 901 anticonceptie
- 902 zwangerschapsbevestiging

Bijlage 2: Consumentenpanel 1995, nieuwe werving en panelverversing

1 Nieuwe werving

Halverwege dit jaar vond de vierde werving plaats voor het Consumentenpanel. Uit het PTT-adressenbestand (particulieren) werd een aselecte steekproef van 5000 huishoudens getrokken. Daarnaast werd uit dit zelfde bestand een steekproef van 5000 huishoudens getrokken, waarvan mag worden aangenomen dat zich hieronder meer ouderen bevinden en meer minder welgestelde huishoudens. Deze tweede selectie is gemaakt teneinde voor enkele 'afwijkingen' binnen het Consumentenpanel (ten opzichte van het CBS) te corrigeren.

Personen die wilden deelnemen aan het Consumentenpanel, is verzocht een vragenlijst met achtergrondgegevens over hun eigen gezinssituatie in te vullen: het zogenaamde "Aanmeldingsformulier". Met behulp van de gegevens uit deze lijst kan de samenstelling van het Consumentenpanel vergeleken worden met de Nederlandse bevolking. De vierde werving van het panel leverde 881 aanmeldingen op.

2 Panelverversing

Op het moment dat de nieuwe werving plaatsvond, bestond het Consumentenpanel uit 1445 huishoudens. Hiervan zijn er 245 middels een dankbrief en kleine attentie afgeschreven. Van de in totaal 881 aanmeldingen zijn er 325 huishoudens in het panel opgenomen, zodat het Consumentenpanel per 1 juli 1995 uit 1525 huishoudens bestond. Inmiddels hebben 24 huishoudens bedankt voor verdere deelname. Het Consumentenpanel bestaat nu dus uit 1501 huishoudens.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren wij u enkele achtergrondgegevens van het huidige Consumentenpanel. Deze gegevens worden telkens vergeleken met de meest recente gegevens van het CBS. Verschillen niet groter dan 3% (een overigens arbitraire grens) zijn tot op heden altijd als niet ter zake beschouwd. Wanneer een variabele veel categorieën kent (geografische ligging, langdurige aandoeningen), doet de 3%-norm geen recht aan een goede vergelijking.

	AANTAL
Huishoudens	1501
Panelleden en eventuele partners	2530
Gezinsleden	3661

LEEFTIJD	CONSUMENTENPANEL	CBS
jonger dan 25 jaar	30	32
25-34 jaar	18	17
35-44 jaar	19	15
45-54 jaar	14	13
55-64 jaar	9	9
65 jaar en ouder	12	13

GESLACHT	CONSUMENTENPANEL	CBS
man	50	49
vrouw	50	51

OPLEIDING	CONSUMENTENPANEL	CBS
Lagere school	7	16
LBO	22	17
MAVO / MULO	16	11
HAVO / VWO / HBS / MMS	8	7
MBO	25	31
HBO	16	13
Wetenschappelijk onderwijs	6	5
Overig	1	0

ZIEKTEKOSTENVERZEKERING	CONSUMENTENPANEL	CBS
Particulier	32	32
Ziekenfonds	61	62
Publiekrechtelijk	7	6
Niet verzekerd	0	1

NETTO JAARINKOMEN	CONSUMENTENPANEL	CBS
minder dan ƒ14.000	3	7
ƒ14.000 - ƒ24.000	12	16
ƒ24.000 - ƒ34.000	20	18
ƒ34.000 - ƒ44.000	22	16
ƒ44.000 - ƒ60.000	24	21
ƒ60.000 - ƒ80.000	13	14
meer dan ƒ80.000	6	8
weet niet	1	0

GROOTTE HUISHOUDEN	CONSUMENTENPANEL	CBS
1 persoon	28	29
2 personen	34	32
3 personen	13	14
4 personen	19	17
5 of meer personen	7	8

PROVINCIES	CONSUMENTENPANEL	CBS
Groningen	4	4
Friesland	5	4
Drenthe	3	3
Overijssel	6	7
Gelderland	11	12
Flevoland	2	2
Utrecht	7	7
Noord-Holland	14	16
Zuid-Holland	24	22
Zeeland	3	2
Noord-Brabant	15	15
Limburg	6	7

BURGERLIJKE STAAT	CONSUMENTENPANEL	CBS
Gehuwd	52	46
Ongehuwd	42	44
Gescheiden	3	5
Verweduwd	3	6

ERVAREN GEZONDHEID	CONSUMENTENPANEL	CBS
Zeer goed	17	28
Goed	62	53
Gaat wel	13	12
Soms goed, soms slecht	7	5
Zeer slecht	2	2

LANGDURIGE AANDOENINGEN	CONSUMENTENPANEL	CBS
Astma, chronische bronchitis of CARA	5	7
Ontsteking v.d. neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte	8	6
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	2	2
Hoge bloeddruk	7	7
Beroerte	0	1
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm	1	1
Ernstige darmstoornis	1	2
Galstenen of galblaasontsteking	1	1
Nierstenen	1	1
Ernstige nierziekte	0	0
Leverziekte of levercirrhose	0	0
Chronische blaasontsteking	1	1
Verzakking van baarmoeder	1	2
Suikerziekte	2	2
Schildklierafwijking	2	1
Hardnekkige rugaandoening of hernia	8	8
Gewrichtsslijtage	7	8
Gewrichtsontsteking	2	2
Andere chronische reuma	1	1
Epilepsie	1	1
Duizeligheid met vallen	1	2
Migraine	6	6
Ernstige huidziekte	1	2
Kwaadaardige aandoening of kanker	1	1
Geen ziekten/aandoeningen	51	64

SOORT BEROEP	PANELLID	PARTNER PANELLID
LAGERE BEROEPEN	**TOTAAL 27**	**TOTAAL 37**
Elementaire beroepen	3	6
Niet-specialistische beroepen	0	0
Agrarische beroepen	1	2
Wiskundige, natuurwetenschappelijke beroepen	0	0
Technische beroepen	7	8
Transportberoepen	3	3
(para)Medische beroepen	0	0
Administratieve, commerciële beroepen	10	14
Beveiligingsberoepen	1	0
Verzorgende beroepen	2	4
MIDDELBARE BEROEPEN	**TOTAAL 39**	**TOTAAL 41**
Docenten transport- en sportvakken	0	0
Agrarische beroepen	1	2
Wiskundige, natuurwetenschappelijke beroepen	0	0
Technische beroepen	9	8
Transportberoepen	1	1
(para)Medische beroepen	4	7
Administratieve, commerciële beroepen	16	13
Juridische, bestuurlijke beveiligingsberoepen	1	1
Taalkundige, culturele beroepen	0	0
Op het terrein van gedrag en maatschappij	1	1
Verzorgende beroepen	6	8
HOGERE BEROEPEN	**TOTAAL 22**	**TOTAAL 14**
Pedagogische beroepen	6	5
Landbouwkundige beroepen	0	0
Wiskundige, natuurwetenschappelijke beroepen	1	1
Technische beroepen	3	1
Transportberoepen	0	0
(para)Medische beroepen	2	2
Administratieve, commerc., econom. beroepen	5	3
Juridische, bestuurlijke beveiligingsberoepen	1	0
Taalkundige, culturele beroepen	1	1
Op het terrein van gedrag en maatschappij	3	1
Verzorgende beroepen	0	0
Managers	0	0
WETENSCHAPPELIJKE BEROEPEN	**TOTAAL 8**	**TOTAAL 3**
Pedagogische beroepen	0	0
Landbouwkundige beroepen	0	0
Wiskundige, natuurwetenschappelijke beroepen	0	0
Technische beroepen	2	0
(para)Medische beroepen	1	1
Economische, administratieve beroepen	1	1
Juridische, bestuurlijke beroepen	2	1
Op het terrein van gedrag en maatschappij	1	0
Managers	1	0
NIET TE CLASSIFICEREN BEROEPEN	7	5
N	1391	832

4 Conclusies

Het Consumentenpanel geeft een goede afspiegeling weer van de Nederlandse bevolking met betrekking tot de volgende variabelen:

- geslacht
- leeftijd
- ziektekostenverzekering
- grootte huishouden
- geografische ligging

Ten aanzien van de overige variabelen wijkt het Consumentenpanel in sommige antwoordcategorieën (enigszins) af.

Het Consumentenpanel is ten opzichte van de Nederlandse bevolking ***oververtegenwoordigd*** in de volgende categorieën:

- leeftijd, tussen de 35 en 44 jaar
- opleiding, LBO en MAVO/MULO
- netto jaarinkomen, *f*34.000 - *f*44.000
- burgerlijke staat, gehuwd
- ervaren gezondheid, goed

Het Consumentenpanel is ten opzichte van de Nederlandse bevolking ***ondervertegenwoordigd*** in de volgende categorieën:

- opleiding, lagere school en MBO
- netto jaarinkomen, onder de *f*24.000
- ervaren gezondheid, zeer goed
- langdurige aandoeningen, geen ziekten/aandoeningen

Ondanks inspanningen om door een deels gerichte werving ook de lagere inkomenshuishoudens tot deelname te motiveren, moet geconcludeerd worden dat dit toch problematisch blijft.

In vergelijking met het vorige jaar is het panel echter qua opleiding en inkomen niet 'verslechterd'. Dit geldt ook voor de andere variabelen. Ten aanzien van de grootte van huishoudens is er zelfs sprake van een verbetering ten opzichte van het voorgaande jaar.

Bijlage 3: Respons op de logboekjes naar achtergrondkenmerken

Tabel 2.922 Panelleden en de respondenten van logboek 92-2 naar achtergrondkenmerken n=3891).

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1945	50	50
vrouw	1920	49	50
missing	26		
0-14 jaar	725	19	
15-24 jaar	517	13	34
25-44 jaar	1417	36	37
45-64 jaar	807	21	20
65 jaar en ouder	425	11	10
ziekenfonds	1958	60	60
particulier	1316	40	33
anders	5	0	7
missing	612		
lagere school	220	8	9
LBO	627	23	
MAVO/M)ULO	513	19	41
HAVO/VWO/HBS	218	8	
MBO	524	20	27
HBO	424	16	
WO	132	5	23
anders	14	1	
missing	1219		
< 14.000	48	2	
14-24.000	226	8	
24-34.000	513	17	
34-44.000	689	23	
44-60.000	819	27	
60-80.000	433	14	
> 80.000	186	6	
weet niet	74	2	
missing	903		

Tabel 2.931 Panelleden (n=4215) en de respondenten van logboek 93-1 (n=2577) naar achtergrondkenmerken.

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1290	50	50
vrouw	1260	49	50
missing	27	1	
0-14 jaar	582	23	
15-24 jaar	277	11	33
25-44 jaar	955	37	38
45-64 jaar	518	20	20
65 jaar en ouder	245	10	9
ziekenfonds	1296	60	60
particulier	873	40	40
anders	1	0	
missing	407		
lagere school	69	4	6
LBO	354	21	
MAVO/M)ULO	321	19	41
HAVO/VWO/HBS	157	9	
MBO	377	22	30
HBO	326	19	
WO	105	6	23
anders	10	1	
missing	858		
< 14.000	34	1	3
14-24.000	162	6	12
24-34.000	461	18	20
34-44.000	599	24	22
44-60.000	693	27	24
60-80.000	368	15	13
> 80.000	167	7	5
weet niet	46		
missing	47		

Tabel 2.932 Panelleden n=4215) en de respondenten van logboek 93-2 n=2641) naar achtergrondkenmerken.

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1325	50	50
vrouw	1295	49	50
missing	21	1	
0-14 jaar	592	22	
15-24 jaar	288	11	33
25-44 jaar	967	37	38
45-64 jaar	552	21	20
65 jaar en ouder	242	9	9
ziekenfonds	1332	59	60
particulier	909	41	40
anders	1	0	
missing	399		
lagere school	81	5	6
LBO	374	21	
MAVO/M)ULO	341	19	41
HAVO/VWO/HBS	146	8	
MBO	391	22	30
HBO	325	18	
WO	111	6	23
anders	11	1	
missing	861		
< 14.000	32	1	3
14-24.000	159	6	12
24-34.000	483	19	20
34-44.000	625	24	22
44-60.000	718	28	24
60-80.000	359	14	13
> 80.000	175	7	5
weet niet	45	2	
missing	45		

Tabel 2.941 Panelleden (n=) en de respondenten van logboek 94-1 (n=2304) naar achtergrondkenmerken.

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1143	50	50
vrouw	1123	49	50
missing	38		
0-14 jaar	527	23	
15-24 jaar	232	10	33
25-44 jaar	849	37	38
45-64 jaar	478	21	20
65 jaar en ouder	218	9	9
ziekenfonds	1188	61	60
particulier	762	39	40
anders	2	0	
missing	352		
lagere school	70	5	6
LBO	325	21	
MAVO/M)ULO	290	19	41
HAVO/VWO/HBS	133	9	
MBO	436	28	30
HBO	289	19	
WO	92	6	23
anders	11	1	
missing	758		
< 14.000	26	1	3
14-24.000	133	6	12
24-34.000	444	20	20
34-44.000	549	24	22
44-60.000	614	27	24
60-80.000	307	14	13
> 80.000	142	6	5
weet niet	40	2	
missing	49		

Tabel 2.942 Panelleden (n=) en de respondenten van logboek 94-2 (n=2935) naar achtergrondkenmerken.

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1431	49	50
vrouw	1442	49	50
missing	62	2	
0-14 jaar	650	22	
15-24 jaar	329	11	32
25-44 jaar	1067	36	37
45-64 jaar	603	21	21
65 jaar en ouder	286	10	10
ziekenfonds	1568	63	60
particulier	910	37	38
anders	3	0	
missing	454		
lagere school	103	5	6
LBO	473	24	
MAVO/M)ULO	376	19	44
HAVO/VWO/HBS	154	8	
MBO	391	20	28
HBO	336	17	
WO	114	6	22
anders	13	1	
missing	975		
< 14.000	40	1	3
14-24.000	184	6	10
24-34.000	585	20	19
34-44.000	686	24	24
44-60.000	786	27	24
60-80.000	364	13	13
> 80.000	171	6	6
weet niet	46	2	
missing	73		

Tabel 2.951 Panelleden (n=) en de respondenten van logboek 95-1 (n=2494) naar achtergrondkenmerken.

	(n)	Aantal respondenten (%)	Verdeling in het panel (%)
man	1227	49	50
vrouw	1221	49	50
missing	46	2	
0-14 jaar	574	23	
15-24 jaar	251	10	32
25-44 jaar	894	36	37
45-64 jaar	525	21	21
65 jaar en ouder	250	10	10
ziekenfonds	1367	64	60
particulier	763	36	38
anders	3	0	
missing	361		
lagere school	84	5	6
LBO	408	24	
MAVO/M)ULO	316	19	44
HAVO/VWO/HBS	134	8	
MBO	327	20	28
HBO	295	18	
WO	99	6	22
anders	10	1	
missing	821		
< 14.000	24	1	3
14-24.000	162	7	10
24-34.000	510	21	19
34-44.000	604	25	24
44-60.000	636	26	24
60-80.000	299	12	13
> 80.000	154	6	6
weet niet	39	2	
missing	66		

Bijlage 4: Medicijn consumptie

Tabel 92.2 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=1056; man=492; vrouw=564), leeftijd (n=1059; 0-14 =180; 15-24=77; 25-44=359; 45-64=270; 65+=173) en verzekeringsvorm (n=954; ziekenfonds=557; particulier=397). N.B. Alleen de leden die een ingevuld logboekje retourneerden zijn in de tabel vertegenwoordigd.

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	39	38	23	22	31	46	64	39	41
per2	40	40	23	27	33	48	66	39	46
per3	42	41	24	30	34	50	67	39	48
per4	42	42	25	29	33	53	68	40	47
per5	44	41	25	29	33	53	71	40	49
per6	43	42	20	34	35	53	68	40	49
per7	44	43	21	38	34	55	68	41	49
per8	45	43	25	32	33	57	69	42	49
per9	44	41	19	31	32	58	70	40	49
per10	44	42	19	30	35	56	69	40	49
per11	44	42	19	27	36	54	71	40	50
per12	46	43	26	30	37	53	70	41	52
per13	51	49	33	34	43	59	71	47	56
half jaar	89	88	86	87	87	91	92	89	89

Tabel 93-1 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2532; man=1280; vrouw=1252), leeftijd (n=2542; 0-14 =550; 15-24=266; 25-44=931; 45-64=535; 65+=260) en verzekeringsvorm (n=2138; ziekenfonds=1265; particulier=873). N.B. Alle leden die het logboekje niet of onvolledig hebben ingevuld tellen mee als niet-consumerenden.

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	17	23	9	9	14	32	48	20	24
per2	17	22	9	11	14	30	45	19	24
per3	17	23	9	10	15	31	48	19	26
per4	19	23	9	12	16	31	48	20	26
per5	19	25	10	11	18	33	48	22	26
per6	18	24	10	10	16	33	49	21	27
per7	19	23	10	10	16	33	51	21	27
per8	18	23	9	9	15	34	50	20	27
per9	19	22	7	9	15	34	49	19	26
per10	18	22	7	8	15	35	47	19	26
per11	18	22	7	8	15	33	48	19	27
per12	18	22	8	8	16	32	47	19	27
per13	18	21	6	9	16	31	46	19	26
half jaar	44	52	36	35	45	59	72	49	53

Tabel 93-2 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2556; man=1291; vrouw=1265), leeftijd (n=2567; 0-14 =548; 15-24=279; 25-44=933; 45-64=556; 65+=251) en verzekeringsvorm (n=2162; ziekenfonds=1263; particulier=899).

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	16	18	10	6	13	27	43	17	22
per2	16	18	9	6	12	26	42	17	21
per3	16	18	8	6	13	26	42	16	22
per4	15	18	8	6	12	27	41	16	21
per5	16	19	9	6	12	28	42	17	22
per6	17	20	12	6	13	29	43	18	23
per7	18	20	12	5	15	29	44	19	24
per8	18	22	11	6	16	32	45	20	25
per9	18	22	12	5	15	33	46	20	25
per10	18	22	11	7	15	31	47	20	25
per11	20	23	12	10	17	32	49	21	27
per12	21	23	12	10	17	34	49	21	27
per13	19	23	12	8	16	32	47	20	27
half jaar	37	46	34	26	40	49	68	45	45

Tabel 94-1 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2174; man=1095; vrouw=1079), leeftijd (n=2181; 0-14 =439; 15-24=218; 25-44=793; 45-64=486; 65+=245) en verzekeringsvorm (n=1829; ziekenfonds=1091; particulier=738).

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	18	19	10	6	14	27	39	18	23
per2	17	18	8	6	13	25	40	17	21
per3	19	19	9	6	15	28	41	18	24
per4	19	19	9	6	14	29	42	18	24
per5	18	20	10	6	15	29	41	19	24
per6	18	20	10	6	15	29	40	18	25
per7	19	20	10	6	15	29	41	19	25
per8	19	19	9	7	15	29	42	18	25
per9	19	19	8	7	15	29	42	17	26
per10	19	21	10	7	16	29	44	18	26
per11	18	21	8	7	16	29	44	18	26
per12	20	19	8	7	16	29	43	18	26
per13	20	20	8	7	15	30	44	18	27
half jaar	36	43	29	22	39	48	60	40	46

Tabel 94-2 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2739; man=1363; vrouw=1376), leeftijd (n=2753; 0-14 =534; 15-24=309; 25-44=983; 45-64=625; 65+=302) en verzekeringsvorm (n=2307; ziekenfonds=1439; particulier=868).

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	19	21	9	6	15	27	49	19	25
per2	19	21	8	6	15	29	50	19	26
per3	18	22	7	6	16	29	49	20	25
per4	19	22	6	7	16	31	50	20	26
per5	19	23	7	7	16	32	52	21	27
per6	19	23	8	7	16	32	52	21	27
per7	20	22	8	7	16	32	52	21	27
per8	20	22	9	7	16	32	51	21	27
per9	21	23	8	8	17	33	53	21	29
per10	21	24	8	8	18	34	55	22	30
per11	22	25	10	9	18	33	53	23	30
per12	22	25	11	8	19	33	53	23	30
per13	22	25	11	9	19	33	53	23	30
half jaar	38	44	31	21	36	51	72	41	49

Tabel 95-1 Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2367; man=1195; vrouw=1172), leeftijd (n=2376; 0-14 =466; 15-24=244; 25-44=829; 45-64=553; 65+=284) en verzekeringsvorm (n=1986; ziekenfonds=1259; particulier=727).

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	19	20	9	5	15	27	47	20	24
per2	18	20	10	6	14	26	45	19	24
per3	19	21	11	6	16	27	45	20	26
per4	20	22	12	5	16	28	47	20	27
per5	20	22	11	8	16	29	49	21	27
per6	20	23	11	8	16	29	48	22	26
per7	21	22	11	7	16	30	49	22	26
per8	21	21	12	7	16	29	49	21	27
per9	21	22	10	7	16	31	48	21	28
per10	20	21	10	7	15	30	49	21	27
per11	20	22	11	7	16	31	48	22	27
per12	20	22	10	9	16	30	49	21	28
per13	21	22	10	11	16	30	49	21	28
half jaar	39	42	31	21	38	47	66	42	46

Bijlage 5: 14 daagse cijfers, 1e helft 1995, gewogen naar gezinsinkomen

Tabel 95-1w Percentage personen dat per periode van twee weken tenminste één voorgeschreven medicijn heeft gebruikt naar geslacht (n=2335; man=1149; vrouw= 1186), leeftijd (n=2351; 0-14=425; 15-24=224; 25-44=855; 45-64=544; 65+=303) en verzekeringsvorm (n=2004; ziekenfonds=1406; particulier=598). (Bron: Logboeken Consumentenpanel, eerste helft 1995). **De data zijn gewogen naar gezinsinkomen.**

	man	vrouw	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
per1	19	21	10	7	13	30	47	23	22
per2	18	21	11	7	14	29	42	21	23
per3	18	23	11	7	15	30	43	22	24
per4	19	23	12	7	15	31	45	22	26
per5	19	24	11	9	15	31	46	23	25
per6	19	24	11	10	15	31	45	23	25
per7	21	23	12	9	16	32	46	24	25
per8	21	23	12	9	15	31	47	23	26
per9	21	22	11	9	15	33	47	23	26
per10	21	22	10	8	14	33	47	23	26
per11	21	24	11	8	15	36	46	24	26
per12	21	23	10	10	16	34	46	24	27
per13	22	23	10	12	16	33	47	24	26
half jaar	36	40	28	20	34	47	62	41	41

Bijlage 6: Medicijnconsumptie: Gebruik van medicijnen uit verschillende categorieën

Tabel 1 Percentage medicijngebruikers per medicijn. Voor iedere logboekperiode is de tweewekelijkse periode 4 en 10 weergegeven, alsmede gemiddelde en de range en gegevens uit de Gezondheidsenquête van het CBS (Bron: Vademecum Gezondheidsstatistiek 1995). (Logboekjes: 1992-2 p4:n=445 ,p10:n=455 ; 1993-1 p4:n=534, p10:n=508; 1993-2 p4:n=436, p10:n=513; 1994-1 p4:n=414, p10:n=436; 1994-2 p4:n=551. p10:n=606; 1995-1 p4:n=499, p10:n=499)

	Logboek 1992-2	Logboek 1993-1	Logboek 1993-2	Logboek 1994-1	Logboek 1994-2	Logboek 1995-1	gemiddelde (range)	CBS 1991/ /1992
pijn- en koortswerende middelen, zoals aspirine	6 6	7 6	5 5	6 5	4 5	6 5	6 (4- 7)	7
medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn enz.	4 4	10 5	2 7	6 5	3 6	7 4	5 (2-10)	9
versterkende middelen, zoals vitaminen, mineralen, tonica	7 6	4 4	5 6	4 6	4 5	4 5	5 (4- 7)	5
medicijnen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	21 22	19 20	21 20	22 22	26 25	27 27	23 (19-27)	27
plaspillen	4 5	4 5	5 3	4 5	7 6	6 6	5 (3- 7)	7
laxeermiddelen	2 1	1 1	0 1	0 1	1 2	1 1	1 (0- 2)	1
medicijnen voor maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen	7 8	7 7	10 10	7 6	9 9	9 9	8 (6-10)	8
slaap- en kalmeringsmiddelen; middelen tegen de zenuwen	9 10	8 10	8 9	10 10	11 11	10 10	10 (8-11)	13
antibiotica zoals penicilline en sulfa preparaten	7 6	9 5	6 7	8 7	5 6	5 5	6 (5- 9)	7
medicijnen voor de huid	14 15	12 12	15 15	10 11	12 15	15 14	13 (10-15)	10
medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen	9 9	9 10	9 9	7 6	10 9	8 8	9 (6-10)	8
medicijnen tegen allergie	5 4	6 9	6 5	7 7	7 6	6 9	6 (4- 9)	6
medicijnen tegen astma	7 7	7 8	9 8	9 8	9 9	9 9	8 (7- 9)	7
hormonen	5 7	6 7	6 6	7 7	5 5	5 5	6 (5- 7)	3
medicijnen tegen suikerziekte	3 4	3 3	3 3	5 6	5 4	4 4	4 (3- 6)	5
medicijnen voor de ogen	5 5	5 5	3 3	4 6	7 6	5 5	6 (3- 7)	3
andere medicijnen	22 20	19 21	21 21	18 21	19 19	16 18	20 (16-22)	21
soort medicijn onbekend	0 0	1 0	1 1	0 1	1 0	0 0	0 (0- 1)	2

Bijlage 7: Tandartsenbezoek

Tabel 1 Percentage personen dat jaarlijks en halfjaarlijks een bezoek aan de tandarts heeft gebracht naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Tussen haakjes staat het percentage personen boven de 18 jaar dat de tandarts bezocht naar verzekeringsvorm. Een vergelijking met de Gezondheidsenquête van het CBS (Bron: Tabel 3a. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1995, nr. 5).

	man	vrouw	0-19	20-44	45-64	65+	zieken-fonds	particu-lier
Logboek 93-1	62.7	66.2	63.0	75.1	59.3	40.4	68.9 (70.5)	59.5 (60.5)
Logboek 93-2	60.0	62.5	64.6	70.8	51.6	36.3	66.9 (66.8)	53.5 (53.1)
Logboek 94-1	59.3	61.6	62.5	70.9	51.9	35.9	65.5 (65.5)	54.1 (53.8)
Logboek 94-2	60.4	62.6	64.1	67.8	57.8	38.4	66.0 (66.1)	55.9 (54.9)
Logboek 95-1	60.7	60.9	64.3	67.5	56.4	38.7	63.1 (62.4)	56.8 (56.0)
Logboek 1993	73.7	77.2	76.6	86.5	66.4	50.0	77.7 (78.9)	72.5 (72.6)
Logboek 1994	75.3	75.6	77.6	85.2	69.8	47.6	79.0 (78.9)	70.5 (70.6)
CBS 1993	73.4	74.6	82.6	88.3	63.7	30.7	71.8	77.4
CBS 1994	73.4	74.5	81.1	88.7	64.1	32.0	71.2	78.3

Overzicht van de aantallen in tabel 1, bijlage 7
Geslacht:
Logboek 93-1: mannen n=1280, vrouwen n=1250
Logboek 93-2: mannen n=1291, vrouwen n=1265
Logboek 1993: mannen n=1121, vrouwen n=1092
Logboek 94-1: mannen n=1095, vrouwen n=1079
Logboek 94-2: mannen n=1360, vrouwen n=1376
Logboek 1994: mannen n= 923, vrouwen n= 917
Logboek 95-1: mannen n=1195, vrouwen n=1172

Leeftijd:
Logboek 93-1: 0-19 jaar n=683, 20-44 jaar n=1043, 45-64 jaar n=535, 65 jaar en ouder n=260 Logboek 93-2: 0-19 jaar n=687, 20-44 jaar n=1054, 45-64 jaar n=556, 65 jaar en ouder n=251 Logboek 1993: 0-19 jaar n=603, 20-44 jaar n= 912, 45-64 jaar n=476, 65 jaar en ouder n=214 Logboek 94-1: 0-19 jaar n=571, 20-44 jaar n= 872, 45-64 jaar n=486, 65 jaar en ouder n=245 Logboek 94-2: 0-19 jaar n=716, 20-44 jaar n=1104, 45-64 jaar n=625, 65 jaar en ouder n=302 Logboek 1994: 0-19 jaar n=478, 20-44 jaar n=

729, 45-64 jaar n=427, 65 jaar en ouder n=208 Logboek 95-1: 0-19 jaar n=613, 20-44 jaar n= 926, 45-64 jaar n=553, 65 jaar en ouder n=284

Verzekeringsvorm: (personen van 18 jaar en ouder)
Logboek 93-1: ziekenfonds n=1365 (972), particulier n=873 (735)
Logboek 93-2: ziekenfonds n=1263 (979), particulier n=899 (751)
Logboek 1993: ziekenfonds n=1112 (852), particulier n=766 (638)
Logboek 94-1: ziekenfonds n=1091 (850), particulier n=738 (626)
Logboek 94-2: ziekenfonds n=1440 (1122), particulier n=866 (740)
Logboek 1994: ziekenfonds n= 921 (716), particulier n=641 (548)
Logboek 95-1: ziekenfonds n=1259 (980), particulier n=727 (629)

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1994
Auteur: A.I.M. Bartelds
Utrecht: NIVEL, 1994. 142 pag., fl. 25,00

Het jaarverslag 1993 van de CRM-Peilstations bevat een beschrijving van de methodiek van deze sinds 1970 bestaande registratie en de uitkomsten voor het jaar 1993.

Gegevens zijn verzameld over influenza(-achtige aandoeningen), het maken van een uitstrijkje van de baarmoedermond door de huisarts, de door huisartsen aangevraagde mammografieën, de bij vrouwen en mannen uitgevoerde sterilisaties, het voorkomen van acute myocardinfarcten, de incidentie van diabetes mellitus in de huisartspraktijk, de suicïdes en suicïdepogingen die ter kennis komen van de huisarts, het vermoeden op het optreden van bijwerkingen van cosmetica, de aantal patiënten welke door een bij of een wesp gestoken zijn, het voorkomen van Pelvic Inflammatory Disease bij vrouwen, het voorkomen van urethritis bij mannen, het aantal consulten bij de huisarts waarin AIDS ter sprake komt en de incidentie van acute gastro-enteritis.

Nieuwe gevallen van lymedisease zijn vermeld. Het aantal verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding wordt sinds 1976 geregistreerd.