

13A
 NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

BIBLIOGRAFIE TECHNOLOGY ASSESSMENT

Samensteller: P. van der Heijden

Mei 1987

De bibliografie "Technology Assessment" is een publicatie die deel uitmaakt van een serie uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, telefoon: 030-319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Heijden, P. van der

Bibliografie technology assessment / samenst.: P. van der Heijden. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) ; jrg. 2, nr. 1) Met index.

ISBN 90-6905-054-4

SISO 601.9 UDC 66/68:61(01)

Trefw.: medische technologie ; bibliografieën.

INHOUD

INLEIDING	v
TECHNOLOGY ASSESSMENT: DEFINITIE EN AFBAKENING	vi
HOOFDSTUKINDELING	x
GEBRUIKSAANWIJZING	xiii
BRONNEN	xiv
HOOFDSTUK I: BUITENLAND	1
I.1 BESCHOUWINGEN	1
I.1.1 ALGEMEEN	1
I.1.2 PRIMARY CARE	11
I.1.3 ETHIEK	17
I.1.4 SOCIAAL-POLITIEK	19
I.1.5 VERSPREIDING TECHNOLOGIEËN	23
I.1.6 VERSPREIDING INFORMATIE	28
I.2 METHODOLOGIE	31
I.3 TOEKOMST	41
I.4 ONDERZOEK	45
HOOFDSTUK II: NEDERLAND	53
II.1 BESCHOUWINGEN	53
II.2 METHODOLOGIE	65
II.3 TOEKOMST	68
II.4 ONDERZOEK	76
AUTEURSINDEX	87
TREFWOORDENINDEX	94



INLEIDING

Voor u ligt een bibliografie die betrekking heeft op medische technology assessment. De opgenomen publicaties (artikelen en monografieën) geven inzicht in de ontwikkelingen zoals die zich voordoen op dit gebied binnen de medische wereld. Deze bibliografie is niet samengesteld voor diegenen die zich reeds beroepsmatig met technology assessment bezighouden, maar meer voor hen die zich willen oriënteren op dit gebied en een ingang zoeken in de materie. Volledigheid of alomvattendheid is derhalve in deze bibliografie niet nagestreefd. De materie omvat teveel verschillende facetten om dit na te kunnen streven binnen het bestek van de NIVEL-bibliografieënreeks. Wel is getracht een representatief overzicht van de beschikbare literatuur te geven.

Technology assessment ontstond in de jaren zestig in de Verenigde Staten. In eerste instantie om technologieën voor ze op de markt verschenen te beoordelen of zelfs tegen te houden. Het Congres besliste dat er een instantie moest komen die op min of meer wetenschappelijke wijze de voor- en nadelen van nieuwe technieken moest beoordelen. Die organisatie werd het Office of Technology Assessment (O.T.A.). Momenteel zijn 130 ambtenaren werkzaam bij het OTA met een budget van 15 miljoen dollar voor het zelf doen of laten uitvoeren van "assessments" (Rozendaal, nr. 107).

In Nederland bestaat een dergelijke organisatie niet, maar de politiek heeft al wel wensen in die richting kenbaar gemaakt. In de Nota Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek (nr. 98), uitgebracht door de ministeries van Onderwijs en Wetenschap en WVC, vormt technology assessment een van de vijf deelprogramma's. Voorgesteld wordt om voor technology assessment vijf miljoen gulden beschikbaar te stellen. Medio 1987 kwam het eerste rapport van de Commissie Toekomstige Medische Technologie (nr. 120) van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (ingesteld in 1983) uit. Dit betekent opnieuw een voorwaartse impuls voor technology assessment in Nederland.

DEFINIËRING VAN TECHNOLOGY ASSESSMENT

Doel van technology assessment is een rationalisering van de besluitvorming met betrekking tot de toepassing van nieuwe technologieën, de toepassing van bestaande technologieën op nieuwe terreinen en het stopzetten van gebruik van bestaande technologieën. Dit is een wat globale definitie. Hieronder zullen we het begrip verder preciseren. Omwille van de duidelijkheid vermelden we, misschien ten overvloede, dat als er in deze bibliografie sprake is van technologieën dit betrekking heeft op medische technologieën

Technology assessment valt uiteen in twee begrippen. Het eerste begrip technology (technologie) is eens door de Amerikaanse econoom Galbraith als volgt omschreven: technologie betekent de systematische toepassing van wetenschappelijke of andere georganiseerde kennis op praktische taken. Of, anders gesteld, het begrip technologie voegt twee elementen samen, namelijk het fysische element, zoals lasers, computers etc. en het sociale element, zoals methoden, procedures, regelingen, know-how etc. Technologie omvat dus zowel hard-ware als soft-ware (aangehaald in: Banta, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1981, p.446, nr. 37)

Medische technologie werd derhalve door het Office of Technology Assessment als volgt gedefinieerd: het geheel van technieken, geneesmiddelen, hulpmiddelen en procedures gebruikt door professionele hulpverleners in het verschaffen van medische zorg aan individuen en de systemen waarin die hulp verleend wordt.

Het tweede begrip, assessment, is geen synoniem voor experiment. Het komt wel dicht in de buurt van experimenteren; het is een evaluatieproces, gebaseerd op de vooronderstelling dat evaluatie (assessing) van de realiteit en aannames over die realiteit zullen leiden tot rationelere, goed geïnformeerde besluiten (Banta, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1981, p.446, nr. 37). Voor het woord assessment bestaat geen precies Nederlands equivalent. Zoals uit bovenstaande blijkt, komt evaluatie het dichtst in de buurt van assessment. We hebben daarom besloten om assessment te vertalen met evaluatie.

In de meest brede zin is technology assessment dus de evaluatie van medische technologie, d.i. technologie in de definitie als bovenstaand omschreven.

In de dagelijkse praktijk wordt met evaluatie van medische technologie bedoeld, elk proces van onderzoek naar en rapportage van eigenschappen van een medische technologie, zoals gebruikt in de gezondheidszorg. Deze eigenschappen kunnen zijn veiligheid, doelmatigheid, efficiëntie en geschiktheid, maar ook indicaties voor gebruik, kosten, kosten-effectiviteit, en ook al dan niet bedoelde sociale, politieke, economische en ethische consequenties (Committee for evaluating medical technologies in clinical use, p.2, B1414, nr. 6).

In principe bevat een "goede" technology assessment het hele scala van eigenschappen. De evaluatie omvat niet alleen "slechts" het testen van de technologie, maar gaat ook in op de consequenties op de lange termijn. Technology assessment verschaft aldus een bepaalde vorm van beleidsanalyse, waarin de evaluatie van een technologie geïncorporeerd is (Committee for evaluating medical technologies in clinical use, p.2, B1414, nr 6). Meestal echter wordt slechts een gedeelte van de hele evaluatie uitgevoerd. Hierin wordt door Guyatt e.a. (zie o.a. nr. 61) een onderscheid gemaakt tussen twee aspecten van evaluatie van medische technologie: enerzijds het klinisch onderzoek naar de diagnostische en therapeutische waarde van medische technologieën en anderzijds de economische evaluatie van de invoering van medische technologieën. Voor het klinische gedeelte van het onderzoek, d.i. evaluatie van bijvoorbeeld veiligheid, doelmatigheid en efficiëntie, wordt vaak gebruik gemaakt van Randomized Controlled Trials. Voor economische evaluatie gelden kosten-batenanalyse of kosten-effectiviteitsanalyse als de aangewezen evaluatiemethoden.

Een belangrijk aspect van technology assessment, wat niet direct in de definitie terug te vinden is, is het zogenaamde "early warning system". Hiermee wordt bedoeld, het tijdig onderkennen van nieuwe, relevante technische veranderingen. Dit systeem is over het algemeen nog niet zo sterk ontwikkeld, maar daarin treedt de laatste tijd verandering op. Deze op de toekomst

gerichte benadering wint in Nederland steeds meer terrein. Onder invloed van de ongunstige economische omstandigheden dringt meer en meer het besef door, dat nieuwe medische technologieën niet langer vanzelfsprekend in ziekenhuizen toegepast kunnen worden of in het ziekenfondspakket opgenomen kunnen worden. Deze toekomststudies zijn uiterst relevant voor de beleidsmakers. In Nederland zijn vanuit de beleidshoek dan ook al een aantal studies in die richting geïnitieerd. Een coherent systeem voor "early warning" wordt voorgesteld door de Commissie Toekomstige Medische Technologie (nr. 120) van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Een ander nog onbesproken aspect van technology assessment omvat zogenaamde Consensus-meetings of conferenties. Zoals de naam al aangeeft, zijn dit conferenties waar experts op een bepaald gebied tot overeenstemming trachten te komen over bijvoorbeeld de best toe te passen behandelingsmethode of -techniek. De werkwijze is als volgt:

- 1- een panel van deskundigen wordt geformeerd rond een bepaald te bespreken item;
- 2- het panel komt samen in een openbare vergadering om alle gegevens door te nemen en te bediscussiëren. Daarna volgt een uitvoerende vergadering om de "consensus" voor te bereiden;
- 3- de primaire taak van het panel is om tevoren gestelde vragen te beantwoorden;
- 4- aan het eind van de conferentie presenteert het panel in een plenaire vergadering een "consensus statement", wat indien nodig nog geamendeerd kan worden;
- 5- om de invloed van het "consensus statement" zo groot mogelijk te doen zijn, wordt zorg gedragen voor een zeer brede verspreiding ervan.

AFBAKENING

Het moge duidelijk zijn dat de hiervoor geschetste definitie erg ruim is. Strikt genomen zou, bij het

hanteren van deze definitie, vrijwel elk evaluatie-onderzoek in de gezondheidszorg te verstaan zijn als technology assessment. Uiteraard hebben wij bij het samenstellen van deze bibliografie enige beperkingen aan moeten brengen.

Allereerst besloten we het evalueren van systemen buiten beschouwing te laten, behalve wanneer een verandering in een bepaald systeem directe invloed uitoefent op het totale gezondheidssysteem. Daarnaast zijn in deze bibliografie zogenaamde programma-evaluaties niet opgenomen. Bij de overige evaluaties hebben we ons, voor zover mogelijk, beperkt tot die publikaties die de "hard-ware" (machines en apparaten) onderzochten.

Een belangrijke vorm van technology assessment is die van de geneesmiddelen. In de meeste westerse landen bestaan strenge, goed georganiseerde, normen voor het toelaten van geneesmiddelen op de markt. Er is daarom weinig discussie omtrent dit onderwerp. We hebben daarom besloten om met betrekking tot de geneesmiddelen-evaluatie één publikatie op te nemen (nr. 9), waarin het effect van het werk van regulerende instanties onderzocht werd.

Voor een verdere precisering verwijzen we naar de hoofdstukindeling; daarin zal verder ingegaan worden op het waarom van al dan niet opgenomen werken.

HOOFDSTUKINDELING

Omwille van de duidelijkheid bij de classificering van de verzamelde publicaties hebben we een onderscheid gemaakt tussen enerzijds buitenlandse publicaties, in hoofdzaak engelstalige (hoofdstuk I), en anderzijds Nederlandse publicaties (hoofdstuk II).

Naast deze tweedeling hebben we in de beide hoofdstukken een identieke onderverdeling gemaakt die, gezien het aanbod van literatuur en de hiervoor genoemde ontwikkelingen in de technology assessment, het meest voor de hand ligt. De onderverdeling is als volgt:

1. beschouwingen
2. methodologie
3. toekomst
4. onderzoek.

ad 1. Gezien de hoeveelheid buitenlandse publicaties is, om het terugvinden te vergemakkelijken, een verdere onderverdeling gemaakt in een aantal subparagrafen. Dit om de verschillende facetten van technology assessment duidelijk tot uiting te laten komen.

In een aantal gevallen wordt in een beschouwing een onderzoek besproken, dat eigenlijk buiten ons bereik ligt (zie ad 4). We hebben het dan toch opgenomen, omdat de strekking van de publicatie onzes inziens algemene geldigheid bezit.

Voor wat betreft Nederland hebben we de verschillende beschouwingen, gezien de beperkte hoeveelheid, niet onderverdeeld.

ad 2. In deze paragrafen zijn publicaties opgenomen die een methode geven om medische technologieën te onderzoeken. Aan de orde komt onder meer de Randomized Controlled Trial als vorm van klinische test en consensus conferenties. Daarnaast voor economische evaluaties kosten-batenanalyse en kosten-effectiviteitsanalyse. In de monografie van Feeny c.s. (nr. 61) wordt een nieuwe evaluatiemethode gepresenteerd, de zogenaamde Technology Assessment Iterative Loop.

ad 3. Een steeds belangrijker aspect, zoals reeds geme-

moreerd, van technology assessment is het "early warning" systeem. Wij menen daarom dat het zinvol is hier een apart onderdeel in deze bibliografie van te maken. De artikelen die in deze paragrafen opgenomen zijn, hebben specifiek betrekking op de toekomstige ontwikkelingen. Daarmee is niet gezegd dat andere publicaties geen aanwijzingen voor toekomstig handelen zouden bevatten.

In paragraaf II.3 vindt u onder meer een aantal adviezen van de Gezondheidsraad. Dit is een selectie van de grote hoeveelheid adviezen die de Gezondheidsraad jaarlijks uitbrengt. Wij achtten het niet zinvol alle adviezen van de Gezondheidsraad op te nemen. De gepresenteerde adviezen geven onzes inziens een representatief beeld van de activiteiten van de Gezondheidsraad. Onder nr. 128 vindt u een publicatie die een overzicht bevat van de uitgebrachte adviezen van 1955-1985.

ad 4. In deze paragrafen hebben we artikelen samengebracht waarin daadwerkelijke onderzoeksresultaten besproken worden. Voor wat betreft het buitenland hebben we ons, gezien de achtergrond van de bibliografie, zo veel mogelijk beperkt tot onderzoeken uit de eerstelijnsgezondheidszorg.

Voor Nederland geldt dat de geselecteerde tijdschriftpublicaties onderzoeken uit de eerstelijnsgezondheidszorg omvatten. Daarnaast is een aantal tests opgenomen, die uitgevoerd zijn door de Medisch Technische Dienst (MTD) van TNO. Dit om aan te geven wat er buiten de eerstelijnsgezondheidszorg aan technology assessment gedaan wordt in Nederland. Voor deze tests geldt hetzelfde als voor de adviezen van de Gezondheidsraad. Niet alle door de MTD uitgevoerde tests zijn opgenomen.

In de paragrafen I.1 en I.2 is een aantal monografieën opgenomen, die als handboek gekwalificeerd kunnen worden: Committee for Evaluating Medical Technologies (nr. 6), Altman, Blendon (nr. 1), Cochrane (nr. 5), Feeny et. al. (nr. 61), Office of Technology Assessment (nr. 11).

In paragraaf II.3 vindt u een monografie die specifiek

voor Nederland als handboek zou kunnen gelden: Banta en Geleijns (nr. 120).

N.b. Opgemerkt dient te worden dat sommige publicaties in meer categorieën thuis zouden kunnen horen. Ze zijn dan geplaatst in de paragraaf die daar onzes inziens het meest voor in aanmerking kwam. De trefwoordenindex zal in dat geval uitkomst bieden.

GEBRUIKSAANWIJZING

Zoals reeds vermeld, laten niet alle publikaties zich exclusief vangen onder één noemer. In tegenstelling tot de vorige serie NIVEL bibliografieën, wordt in deze serie niet meer gewerkt met verdubbelingen, maar wordt gebruik gemaakt van zowel een auteursindex als een trefwoordenindex.

Onder het referaat staan afkortingen van namen van instellingen. Dit betekent dat het boek, het rapport of het tijdschrift in het bezit is van deze instelling(en). Staat NIVEL tussen haakjes, dan maakt de uitgave geen deel uit van de eigen collectie, maar is wel het referaat verzorgd door het NIVEL. Heeft het NIVEL een publicatie wel in haar collectie, maar is het referaat extern verzorgd, dan staat de refererende instantie als eerste vermeld.

Een B. of R. onder de titelbeschrijving gevolgd door een cijfer verwijst naar de vindplaats in de NIVEL-bibliotheek, dit geldt ook voor C., in het laatste geval is de publicatie in gecopieërde vorm in de NIVEL-bibliotheek aanwezig.

BRONNEN

A.B.

Bibliotheek der Rijksuniversiteit
Wittevrouwenstraat 7-11
Postbus 16.007
3500 DA UTRECHT

B.C.U.

Bibliotheek Centrum Uithof
Heidelberglaan 2
Postbus 80.124
3508 TC UTRECHT

B.G.

Bibliotheek Gezondheidsraad
Postbus 90.517
2509 LM 's-GRAVENHAGE

E.U.R.

Erasmus Universiteit Rotterdam
Postbus 1738
3500 DR ROTTERDAM

I.S.G.

Instituut voor Sociale Geneeskunde
Verlengde Groenestraat 75
6525 EJ NIJMEGEN

NGV

Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
Da Costakade 45
Postbus 5103
3502 JC UTRECHT

N.I.P.G.

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
TNO
Wassenaarseweg 56
Postbus 124
2300 AC LEIDEN

N.R.V.

Bibliotheek Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Boerhavelaan 1
Postbus 7100
2701 AC ZOETERMEER

R.U.L.

Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

TNO

Medisch Technologische Dienst TNO
Postbus 188
2300 AD LEIDEN



I. BUITENLAND

I.1 BESCHOUWINGEN

I.1.1 algemeen

1

ALTMAN S.H., BLENDON, R. (eds.).

Medical technology: the culprit behind health care costs?

Washington: Government Printing Office, 1979, 306 p.,
lit. opgn. 538, DHEW Publication no. (PHS) 79-3216.

Deze monografie is de neerslag van een conferentie over het kostenvraagstuk met betrekking tot medische technologie. De term medische technologie is vrij algemeen. Binnen de geneeskunde kan hier van alles onder vallen, van steriele gaasjes tot hartchirurgie. In dit werk werd de term ingeperkt tot: technologieën die een hoog potentieel bezitten om de kosten van de gezondheidszorg te beïnvloeden. Deze technologieën zijn verdeeld in drie categorieën:

- 1- deze die hoge uitgaven vereisen om ze in bezit te krijgen, bijvoorbeeld de CT scanner;
- 2- deze die geen hoge uitgaven of kosten met zich meebrengen, maar potentieel zeer veel gebruikt kunnen worden, bijvoorbeeld bepaalde chirurgische procedures of alledaagse laboratoriumtests;
- 3- deze met hoge personele kosten, bijvoorbeeld nierdialyse.

Het eerste deel van het werk geeft een totaaloverzicht van de belangrijkste vraag van de conferentie: heeft medische technologie significante invloed op de kosten van gezondheidszorg en op de nationale uitgaven voor die zorg?

Het tweede deel beschouwt die technologieën, die naar het schijnt cruciaal zijn in termen van kosten. Hierbij komen de CT scanner en nierdialyse aan de orde. Het derde deel is een samenvatting van de conferentie en presenteert de belangrijkste bevindingen en geeft, waar mogelijk, opties met betrekking tot toekomstig overheidshandelen.

(NIVEL), A.B.

2

BUNKER, J.P., FOWLES, J., SCHAFFARZICK, R.

Evaluation of medical-technology assessment: effects of coverage and reimbursement (first of two parts).

New England Journal of Medicine; 306, 1982, no. 10, p. 620-624, lit. opgn. 12.

In dit eerste deel worden de effecten van het dekkings- en vergoedingensysteem van verzekeringsmaatschappijen op biomedische innovaties onderzocht. Geconcludeerd wordt dat het ontbreken van een consistent en expliciet beleid ten aanzien van vergoedingen voor nieuwe technologieën resulteert in de escalatie van kosten. Bovendien verschaft het motieven tot het achterhouden van vernieuwingen. Het onvermogen om een goed vergoedingenbeleid te ontwerpen is toe te schrijven aan inadekwate technology assessment.

NIVEL

3

BUNKER, J.P., FOWLES, J., SCHAFFARZICK, R.

Evaluation of medical-technology assessment: proposal for an institute for health-care evaluation (second of two parts).

New England Journal of Medicine; 306, 1982, no. 11, p. 687-692, lit. opgn. 16.

In dit tweede deel stellen de auteurs een particulier instituut voor gezondheidszorgevaluatie voor. De doelstellingen van het instituut zouden de volgende moeten zijn:

- een uniforme data-bank opzetten;
- nieuwe data en analyses genereren;
- verspreiding van informatie onder belanghebbenden.

Een aantal mogelijke problemen van een dergelijk instituut worden besproken, inclusief juridische en ethische aspecten, de rol van selectieve vergoedingen en de kwaliteit van de informatie.

NIVEL

4

CHRZANOWSKI, R., GUTZWILLER, F.

The assessment of medical technologies: examples from Switzerland.

Health Policy; 6, 1986, no. 1, p. 45-55, lit. opgn. 30.

Technology assessment van nieuwe technologieën wordt steeds noodzakelijker in vele landen. Er is een groot aantal redenen om te evalueren, onder meer stijgende kosten van de gezondheidszorg, medische doelmatigheid, veiligheid en sociale en politieke omstandigheden.

In Zwitserland, een land met een gedecentraliseerd gezondheidssysteem, wordt technology assessment door verschillende instituten uitgevoerd. Het meeste werk wordt gedaan door de "division of medical techniques" van het "Swiss Hospital Institute". Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek wordt hier besproken, namelijk Magnetic Resonance Imaging (MRI). Het onderzoeksrapport is een hulp voor diegenen die bijvoorbeeld investeringen plannen.

NIVEL

5

COCHRANE, E.L.

Effectiveness and efficiency: random reflections on health services.

z.p.: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1973, lit. opgn. 80.

De auteur stelde een onderzoek in naar de klinische sector van de National Health Service (NHS) in Groot-Brittanie. Gebaseerd op historisch onderzoek, ruwe metingen van input en output en metingen van efficiëntie en effectiviteit bij diagnose en behandeling van enige alledaagse ziekten, komt de auteur tot de conclusie dat er een behoorlijke inflatie is ontstaan. De output stijgt aanzienlijk minder dan de input zou doen vermoeden. Gesuggereerd wordt dat de inflatie beteugeld kan worden door een toenemend

gebruik van "randomized controlled trials" (RCT).
(NIVEL) I.S.G.

6

COMMITTEE FOR EVALUATING MEDICAL TECHNOLOGIES IN CLINICAL USE.

Assessing medical technologies.

Washington: National Academy Press, 1985, 537 p., lit. opgn. 477.

Deze studie is een 'follow up' van een conferentie, gehouden in 1980 onder auspiciën van het Institute of Medicine. De deelnemers overwogen verschillende methoden om biomedische technologieën te evalueren. Daarnaast overwogen ze methoden om de verzamelde informatie toe te passen op/door te geven aan het medisch onderwijs, klinische praktijk, allocatie van middelen, verzekering van kwaliteit en betaling. Deze studie werd ondernomen naar aanleiding van een aantal vragen die rezen op de conferentie. Het doel is deze vragen verder uit te diepen en te beantwoorden:

- wat is de kracht van en wat zijn de grenzen van technology assessment en hoe kan het verbeterd worden? Deze vraag komt uitgebreid aan de orde in het derde hoofdstuk van dit werk;
- hoe wordt kennis, verkregen door technology assessment, vertaald in betere zorg? Dit wordt besproken in hoofdstuk 4, hieruit kan men leren dat er op dit gebied nog veel moet gebeuren;
- welke leemten bestaan er in het huidige systeem van technology assessment? Hoofdstuk 2 beschouwt het terrein van technology assessment: wie doet wat, hoeveel wordt ervoor uitgegeven en waarom. In de hoofdstukken 6 en 7 wordt hierop verder ingegaan;
- wie zou technology assessment moeten betalen? Een antwoord hierop wordt geformuleerd in de hoofdstukken 2, 5 en 7.

Elk hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen die betrekking hebben op het besproken gebied. In het afsluitende commentaar roepen de auteurs de beleidsmakers op om tot een nationaal systeem van

technology assessment te komen.

In appendix A wordt een profielschets gepresenteerd van 20 technology assessment programma's.

Appendix B bevat een negental artikelen over technology assessment.

NIVEL

7

CULYER, A.J., HORISBERGER, B. (eds.).

Economical and medical evaluations of health care technologies.

Berlin etc.: Springer Verlag, 1983, 405 p., lit. opgn. 407.

Economen hebben een andere benaderingswijze van de gezondheidszorg dan medici. Economen leggen meer de nadruk op kosten en baten, terwijl medici de nadruk leggen op de gezondheid van de patiënt. De relatie tussen deze twee disciplines is echter interactief en symbiotisch. Om deze benaderingswijze tot uiting te laten komen is de opbouw van het boek als volgt; het eerste deel bevat artikelen die een introductie in de problematiek bevatten. De delen 2, 3 en 4 behandelen respectievelijk dialyse, cimetidine en CT scanning. Steeds wordt eerst de waardering op "micro" niveau besproken, vanuit respectievelijk medisch en economisch perspectief en vervolgens wordt dit herhaald voor het "macro" niveau. Het geheel wordt afgesloten met een algemeen essay van de redacteuren.

(NIVEL) E.U.R.

8

DRUMMOND, M.F.

Studies in economic appraisal in health care.

Oxford, New York etc.: Oxford University Press, 1981, 216 p.

B.43(I)

Bibliografie die behulpzaam kan zijn bij het werk van de onderzoeker, maar ook voor hen die niet in staat zijn zelf onderzoek te doen maar desondanks

kennis willen nemen van de resultaten van gedane onderzoeken. Elke studie wordt becommentarieerd op vijf punten: studieopzet; evaluatie van kosten en baten; toelaten van onnauwkeurigheden; resultaten en conclusies; en algemeen commentaar.

De opgenomen werken moesten aan de volgende criteria voldoen:

1- het onderzoeksonderwerp moest een evaluatie van een medische behandeling betreffen;

2- er moesten harde (geen illustratieve) data gebruikt zijn;

3- de studie moest in het Engels gepubliceerd zijn. Naast de 101 besproken titels, zijn 62 titels toegevoegd, die niet aan de gestelde criteria voldoen.

NIVEL

9

DUKES, G.

The effects of drug regulation.

Boston, The Hague etc.: MTP Press Limited, 1985, 136 p., lit. opgn. 176.

B.1415

In 1980 zette het Regional Office for Europe van de World Health Organization (WHO) een serie studies op over evaluatie van geneesmiddelen. De bedoeling was om het effect van het werk van regulerende instanties vast te stellen op: de beschikbaarheid van geneesmiddelen, de farmaceutische industrie en de volksgezondheid. Dit boek zet dat werk in een historisch perspectief en beschrijft de data-bronnen die gebruikt zijn door het project-team, daarnaast beschrijft het de methoden die door de WHO en anderen gebruikt worden in het onderzoeken van deze instellingen en de weerslag van deze instellingen op de gemeenschap.

Tenslotte presenteert het een analyse van tegenwoordige kennis en de plannen en vooruitzichten voor toekomstig onderzoek.

NIVEL

FINEBERG, H.V., HIATT, H.H.

Evaluation of medical practices: the case for technology assessment.

New England Journal of Medicine; 301, 1979, no. 20, p. 1086-1091, lit. opgn. 55.

De systematische evaluatie van medische technologieën verdient meer aandacht, speciaal dure en/of gevaarlijke technologieën. Daarvoor zijn weinig methoden voor handen en evaluatie van innovatieve of controversiële technologieën komt nog weinig voor. Toch hebben reeds enkele studies geleid tot afschaffing van ineffectieve technologieën. Grotere inspanning in deze kan de kwaliteit van de zorg verbeteren. De kosten van evaluaties van nieuwe technologieën zouden in de kosten van de hele gezondheidszorg geïncorporeerd moeten worden. De eerst verantwoordelijken, die zorg moeten dragen voor de verspreiding van de resultaten, zijn de medici en geneeskundige genootschappen. Ook overheidsinstanties, verzekeringsmaatschappijen en onderwijsinstututen zouden hiertoe bij kunnen dragen, ten einde uiteindelijk een effectief technology assessment programma te creëren.

(NIVEL) U.B.U.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT.

Strategies for medical technology assessment.

Washington: Government Printing Office, 1982, 228 p., lit. opgn. 450.

Dit werk analyseert het huidige systeem van identificatie en testen van medische technologieën en het systeem van synthetiseren en verspreiden van informatie betreffende technology assessment. Het rapport richt zich voornamelijk op de informatiestroom die essentieel is voor een efficiënt evaluatiesysteem. Methoden voor het testen van technologieën en voor het synthetiseren van informatie worden onderzocht en besproken. Ook wordt het innovatieproces voor

medische technologie beschreven en de effecten van overheidsbeleid op dat proces. Er wordt kritiek geleverd op het huidige systeem van technology assessment. Er worden beleidsvoorstellen gedaan, zowel op het gebied van wetgeving als in algemene zin. Om de conclusies van het rapport te onderbouwen en te ondersteunen zijn acht bijlagen toegevoegd, waaronder twee compendia bevattende databanken, een methodologisch artikel, en een artikel met een aantal case-studies.

(NIVEL) R.U.L.

12

REISER, S.J., ANBAR, M., (eds.).

The machine at the bedside: strategies for using technology in patient care.

Cambridge etc.: Cambridge Press, 1984, 363 p., lit. opgn. 502.

De opzet van het boek is om aan te geven op welke manier medische technologie de mensen raakt. Het gaat voornamelijk over dat aspect van de technologie dat in apparatuur ligt opgesloten. Het boek is samengesteld uit hoofdstukken en case-studies. De hoofdstukken geven een algemeen beeld van moderne kennis die nodig is om gezondheidstechnologie op een goede manier te begrijpen en te gebruiken. Aan de orde komen onder meer: de basis van de medische technologie in natuurkundige principes; het proces van verspreiding van technologie; de rol van wetgeving, ethiek en economie; strategieën voor besluitvorming; en strategieën voor de keuzes die mogelijk zijn voor het vaststellen en mogelijk maken van toepassing van medische technologie. Elke case wordt vergezeld door een bibliografie die belangrijk achtergrondmateriaal bevat.

(NIVEL) E.U.R.

13

SHOWSTACK, J.A., SCHROEDER, S.A., MATSUMO, M.F.

Changes in the use of medical technologies, 1972-1977: a study of 10 inpatient diagnoses.

New England Journal of Medicine; 306, 1982, no. 12, p. 706-712, lit. opgn. 14.

Om de mate waarin ziekenhuistests en procedures veranderd zijn in een periode van vijf jaar, te beoordelen, bestudeerden de auteurs 1203 patiënten van het ziekenhuis van de University of California, San Francisco, in ofwel 1972 ofwel 1977 met een van de tien diagnoses. Na zorgvuldige aanpassing aan de ernst van de aandoening, bleek dat het totaal van tests en procedures relatief onveranderd was gebleven in deze vijf jaar, hoewel toch het gebruik van zekere nieuwe diagnostische procedures significant toenam. De gegevens suggereren dat een "technology imperative" meer van toepassing is op de introductie van nieuwe technologieën dan op het uitbreiden van andere, gevestigde tests en procedures.

NIVEL

14

SHOWSTACK, J.A., SCHROEDER, S.A., STEINBERG, H.R.
Evaluating the cost and benefits of a diagnostic technology: the case of upper gastrointestinal endoscopy. Medical Care; 19, 1981, no. 5, p. 498-509, lit. opgn. 44.

Technology assessment wordt voorgesteld als een manier ter stimulering van het gebruik van meer passende medische technologie, om gezondheidszorgkosten te drukken. De toepassing van technology assessment op een diagnostische technologie wordt besproken aan de hand van maag-darm endoscopie. Verschillende algemene problemen duiken op als een diagnostische technologie wordt geevalueerd. Een van die problemen is het wegen van relatief concrete data, zoals klinische en economische kosten, tegen minder kwantificeerbare data, zoals de waarde van de informatie afkomstig van de procedure. In het geval van maag-darm endoscopie zijn de harde data snel gevonden. Minder snel is de marginale diagnostische winst te berekenen voor de grote variatie in gevallen die een endoscopie vragen. Geconcludeerd wordt

dat in geval van endoscopische technologie, technology assessment het meeste nut heeft als heuristisch gereedschap. Echter vanwege de moeite die het vraagt deze evaluaties uit te voeren, zal technology assessment in dit geval in de nabije toekomst weinig bijdragen tot het indammen van de kosten van de gezondheidszorg.

NIVEL

15

STOCKING, B.

Strategies for technology assessment and implementation in some European countries.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1986, no. 1, p. 19-26, lit. opgn. 507.

Het artikel beschrijft de technology assessment activiteiten in twee gezondheidszorgsystemen in Europa en het gebruik daarvan om beleid ten aanzien van medische technologie te ontwikkelen. De twee systemen die vergeleken worden zijn: het budgetaire systeem en het verzekerings/betaling per verrichting systeem. Hieronder vallen respectievelijk het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Denemarken enerzijds en Nederland en Frankrijk anderzijds. Opvallend is, dat de benadering ten aanzien van technology assessment in beide systemen onderling weinig verschilt, maar dat verschillend gebruik gemaakt wordt van de technology assessment studies.

NIVEL

16

TOWERY, O.B., PERRY, S.

The scientific basis for coverage decisions by third-party payers.

The Journal of the American Medical Association; 245, 1981, no. 1, p. 59-61.

Iedere derde partij die betaalt voor gezondheidszorg, heeft zijn eigen methode om te bepalen welke medische verrichtingen gedekt moeten worden. Het nieuwe National Center for Health Care Technology

(NCHCT) is belast met de evaluatie van de medische en wetenschappelijke basis voor Medicare's dekking van verschillende tests en procedures, die gebruikt worden in de medische praktijk. Veel van de belangrijke zaken die betrokken zijn bij deze evaluaties en de benadering van de NCHCT zijn in dit artikel beschreven.

NIVEL

I.1.2 primary care

17

BERK, A.A., CHALMERS, T.C.

Cost and efficacy of the substitution of ambulatory for inpatient care.

New England Journal of Medicine; 304, 1981, no. 7, p. 393-397, lit. opgn. 29.

Substitutie van ziekenhuis naar ambulante behandeling van patiënten wordt normaal gevonden als het gaat om voorstellen om kosten te beperken. Er wordt dan uitgegaan van de veronderstelling dat substitutie ertoe leidt dat goede of betere resultaten geboekt zullen worden tegen lagere kosten. Wanneer echter goede criteria voor het meten van kosten en doelmatigheid worden opgesteld blijkt dat er weinig gepubliceerd is wat deze assumptie ondersteunt. Slechts vier artikelen van de door de auteurs geanalyseerde 134 artikelen bevatten voldoende data over zowel kosten als doelmatigheid om statistisch valide conclusies te kunnen trekken. Twee ervan laten zien dat de potentiële besparingen gepaard zouden gaan met slechtere klinische resultaten. De andere twee laten zien dat ambulante zorg net zo effectief als, en minder kostbaar is dan verzorging in een ziekenhuis. Tenslotte doen de auteurs enkele aanbevelingen voor de toekomst. Ze leggen de nadruk op de noodzaak om goede gegevens te verzamelen.

(NIVEL) U.B.U.

18

BLANPAIN, J.E.

The changing environment of health care.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 271-277, lit. opgn. 10.

Beschouwing over onder andere kosten, demografische aspecten, veranderende waarden, en technologie in relatie tot de recentelijke toename van thuiszorg ten opzichte van intramurale zorg.

NIVEL

19

GERSHUNY, J.I.

Reflections on homebased health services and the future of the service sector.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 365-369.

Beschouwing over de toename van het gebruik van technologieën thuis. De geavanceerde technologieën dienen niet gezien te worden als afwijkingen van de grote lijn in de ontwikkeling van de gezondheidszorg, maar als een integraal onderdeel van de ontwikkeling van de hele medische sector. Of ze al dan niet gewenst zijn zal uitvoerig bediscussieerd moeten worden.

NIVEL

20

HAMMOND, J.

Home health care cost-effectiveness: an overview of the literature.

Public Health Reports; 94, 1979, no. 4, p. 305-311, lit. opgn. 14.

C

De auteur bespreekt in dit artikel kort het concept van kosten-effectiviteit met betrekking tot de thuiszorg en hij geeft een overzicht van representatieve studies over kosten-effectiviteit van thuiszorg ten opzichte van opname in een ziekenhuis,

vroeg ontslag uit een ziekenhuis, en nazorg in of buiten het ziekenhuis of instituut.

In de conclusie doet de auteur enkele uitspraken over de kosten van thuiszorg ten opzichte van de gehele kosten van de gezondheidszorg.

NIVEL

21

HERMESSE, J.

Cost-effectiveness health technology at home as an avenue for reducing national health expenditures: a view from government.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 289-300, lit. opgn. 3.

Het sturen van gezondheidsbeleid naar meer kosten-effectieve procedures impliceert dat pasklare criteria om technologieën te evalueren voorhanden zijn; anders zouden belangrijke kansen en problemen gemist worden. Dit punt komt in het eerste deel van het artikel ter sprake. Voor politici is een evaluatie op zich inadekwaat.

In deel twee komt de politiek aan de orde. Andere beleidsdoelen moeten geformuleerd worden; onder andere voor technologieën voor thuiszorg.

In het derde deel worden beperkingen van de implementatie van deze doelen beschreven.

Ten slotte worden vooruitzichten voor het sturen van beleid naar meer kosten-effectieve alternatieven besproken.

NIVEL

22

HEUVEL, W. VAN DEN, SCHRIJVERS, G. (eds.).

Innovations in care for the elderly: European experiences.

Lochem, Gent: De Tijdstroom, 1986, 176 p.

B.1399

Door de toenemende vergrijzing is een verzwaring ontstaan voor de professionele zorg, vooral voor de institutionele zorg. Doordat in de jaren zestig in

deze toenemende institutionele zorg problemen ontstonden rond demoralisatie en hospitalisatie en er meer aandacht onstond voor sociaal-economische factoren, wordt nu naar alternatieven gezocht. In de meeste Europese landen wordt de nadruk gelegd op het zo lang mogelijk onafhankelijk blijven van ouderen. Tot nu toe zijn beschrijvingen en empirische gegevens rond deze "nieuw" ontstane zorg dun gezaaid. Dit boek verzamelt ervaringen met innovaties gebaseerd op waardeonderzoek in zorg voor ouderen uit verschillende Europese landen. Het benadrukt de noodzaak tot innovatie.

NIVEL

23

LEENDERS, J., MARKÉ, L.A.

An annotated bibliography on home care technologies. International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 371-393.

Geannoteerde bibliografie over technologieën voor thuiszorg, waarin de volgende onderverdeling is gemaakt:

- economische aspecten van thuiszorg;
- thuiszorg voor nierziekte in het eindstadium;
- parenterale voeding thuis;
- thuiszorg voor CARA;
- tehuiszorg;
- populatiekarakteristieken van thuiszorg- en gezondheidszorggebruikers;
- diversen.

NIVEL

24

LOUCKS, V.R.

Home health care: a perspective from industry.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 301-304, lit. opg. 3.

Beschouwing over de noodzakelijke kostenbeperkingen in de gezondheidszorg. Dit kan en moet opgevangen worden door produktiviteitsverhoging en een toename

van thuiszorg. Loucks ziet hier een rol weggelegd voor de industrie van medische apparatuur. De industrie heeft namelijk schaalvoordelen. Wel is het dan noodzakelijk dat de industrie niet alleen de apparatuur maakt, maar de patiënten door middel van instructeurs ook leert hoe met de apparatuur om te gaan.

NIVEL

25

LUDBROOK, A.

The economics of home care for the treatment of end-stage renal failure.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 315-324, lit. opgn. 10.

Het eerste deel van het artikel geeft een overzicht van de gebruikte methodes bij economische studies van "end-stage renal failure". Vervolgens worden de verschillende vormen van behandeling besproken. Het blijkt dat thuisdialyse of continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD) het meest kosten-effectief is. Aangegeven wordt waarom niet vaker gebruik gemaakt wordt van deze alternatieven. Tenslotte worden aan het geheel enkele conclusies verbonden.

NIVEL

26

MCNERNEY, W.J.

The rationale for siting advanced health technologies at home.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 279-288, lit. opgn. 6.

Beschouwing waarin aangegeven wordt dat en waarom thuiszorg groeit. Als een van de belangrijkste redenen wordt gezien, dat de hele gezondheidszorg competitiever aan het worden is. Er worden ook enkele aanbevelingen gedaan voor een voorspoedige toekomst van thuiszorg.

NIVEL

27

ORLEANS, M., ORLEANS, P.

High and low technology: sustaining life at home. International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1985, no. 2, p. 353-363, lit. opgn. 15.

De auteurs houden een pleidooi om huizen zo te bouwen dat ze ongelukken voorkomen. Dit in plaats van het kostbare aanpassen van huizen ten behoeve van gehandicapten.

NIVEL

28

RIFKIN, S.B., WALT, G.

Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective health care".

Social Science and Medicine; 23, 1986, no. 6, p. 559-566, lit. opgn. 33.

In dit artikel wordt getracht antwoord te geven op de vraag wat het effect is van technologie op het verbeteren van de leefomstandigheden van met name de armen en hoe dit effect wordt geanalyseerd in termen van gezondheidswinst. Besproken worden twee concepten welke domineren in het veld van de gezondheidszorg: primary health care en selective primary health care. Op grond hiervan worden in de twee concepten omvangrijke verschillen als gevolg van de verwarring van de twee benaderingen uiteengezet. Deze verschillen zouden in de eerste plaats moeten zijn wie de resultaten controleert van technologische tussenkomsten en de tijdsperiode waarbinnen plannen worden uitgevoerd.

NIVEL

29

SAUDEK, C.D.

Developing and assessing an implantable insulin pump: interactions of university, industry, and government. International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 3, p. 471-482, lit. opgn. 19.

De Programmable Implantable Medication System (PIMS) is een technologie die, in tegenstelling tot vele andere technologieën is ontwikkeld door samenwerking van industrie, universiteit en overheid. De auteur beschrijft in dit artikel hoe een en ander in z'n werk is gegaan. Aan de orde komen onder meer de ontwikkelingsfase, pre-klinische tests en kosten.

NIVEL

30

SCHLAG, P.

Continuous cancer chemotherapy: rationale and prerequisites for treatment at home.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 2, p. 343-351, lit. opgn. 10.

Beschouwing over chemotherapie thuis, waarbij ook uitgebreid aandacht wordt besteed aan de apparatuur en de voordelen van extramurale therapie. Volgens de auteur zijn de voordelen dermate groot dat het systeem in de toekomst steeds vaker toegepast zal gaan worden.

NIVEL

I.1.3 ethiek

31

HOWARD, J., DAVIS, F., POPE, C., RUZEH, S.

Humanizing health care: the implications of technology, centralization, and self-care.

Medical Care; 15, 1977, no. 5 (supplement), p. 11-26, lit. opgn. 44.

Studie naar de humaniserende en dehumaniserende invloeden van technologie, centralisatie en zelfzorg op de totale medische zorg. In het gedeelte over technologie wordt geconstateerd dat technologie vaak de schuld krijgt van dehumanisering van de medische zorg. Dit hangt echter af van hoe en voor wie de technologie wordt aangewend. De auteurs noemen vier redenen waarom technologie als dehumaniserend erva-

ren kan worden, onder andere technologie als zondebok, of als "self fulfilling prophesie". De auteurs geven aan waar op gelet dient te worden om dit te vermijden.

NIVEL

32

REISER, S.J.

Assessment and technological present.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 7-12, lit. opgn. 4.

Dit artikel bevat een filosofische uiteenzetting omtrent de voortschrijdende techniek in relatie tot ethiek. De auteur wijst erop dat, in tegenstelling tot vroeger, ethische vragen niet alleen meer spelen in de directe patiënt-dokter relatie, maar dat nu ook de overheid hierin een rol speelt. De auteur waarschuwt ervoor dat er goed nagedacht moet worden over het al te snel invoeren van nieuwe technologieën, zonder de ethische aspecten in beschouwing te nemen.

NIVEL

33

REISER, S.J.

Medicine and the reign of technology.

Cambridge, London etc., Cambridge University Press, 1978, lit. opgn. 551.

Dit boek beschrijft enkele facetten van de technologische vooruitgang van de laatste vier eeuwen. Het laat zien hoe de vooruitgang het diagnostiseren beïnvloedde en hoe de relatie arts-patiënt veranderd is. Geconcludeerd wordt dat de oordelen gebaseerd op subjectief bewijs (oordeel van de arts) vervangen zijn door objectief bewijs ("oordeel" van de machine). Ter illustratie wordt de ontwikkeling van enkele belangrijke technologieën beschreven, namelijk de microscoop, de stethoscoop, de thermometer, de toenemende kennis op bacteriologisch en biomedisch gebied, de röntgen-apparatuur en de meest

recente ontwikkelingen op het gebied van computers. De schrijver benadrukt dat de arts de patiënt als mens moet blijven beschouwen en behandelen. (NIVEL) I.S.G.

34

RIIS, P.

Ethical considerations in data acquisition.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 127-131, lit. opgn. 2.

Een aantal aspecten en definities van medische ethiek passeren de revue in verband met technology assessment. De auteur benadrukt dat ethische overwegingen in verband met technology assessment serieus meegewogen dienen te worden, maar dat dit desondanks niet mag leiden tot het achterwege laten van data-verzameling.

NIVEL

I.1.4 sociaal-politiek

35

BANTA, H.D.

Social science research on medical technology: utility and limitations.

Social Science and Medicine; 17, 1983, no. 18, p. 1363-1369, lit. opgn. 55.

Beleid zou beter ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden als meer gebruik gemaakt zou worden van de sociale wetenschappen. Vaak echter bieden de sociale wetenschappen niet voldoende adequate kennis om sociale problemen op te lossen. Een voorbeeld hiervan is het beleid ten aanzien van medische technologie. Medische technologie is in de meeste geïndustrialiseerde landen een belangrijk beleidspunt, voornamelijk als gevolg van de stijgende medische kosten. Sociaal-wetenschappelijk onderzoek heeft geleid tot algemene formuleringen over hoe medische technologie is ontwikkeld en verspreid. Er bestaan

echter weinig studies over beleidsmechanismen. De ontwikkeling en implementatie van beleid ten aanzien van medische technologie zou ervan profiteren indien de sociale wetenschappen zich bezig zouden gaan houden met de bestudering ervan.

NIVEL

36

BANTA, H.D. (ed.).

Resources for health: technology assessment for policy making.

New York: Praeger Publishers, 1982, 235 p., lit. opgn. 239.

Het boek is het resultaat van een conferentie die gehouden werd in Bellagio in Italië. Het doel van de conferentie was na te gaan hoe formele analyse en evaluatie bij kunnen dragen aan het maken van gezondheidszorgbeleid, met name ten aanzien van verdeling van middelen.

Het boek volgt de werkvolgorde van de conferentie. De eerste twee artikelen behandelen algemene beleidsproblemen. Het volgende tweetal behandelen doelmatigheid en veiligheid. De derde twee artikelen bespreken kosten-effectiviteitsanalyse en de laatste twee onderzoeken mechanismen voor planning en controle van medische technologie. Elk artikel wordt gevolgd door een of twee korte stukken die betrekking hebben op het voorgaande artikel. Ook worden een aantal overzichten gepresenteerd ter verduidelijking van het geheel. Een samenvatting van de beraadslagingen van de conferentie wordt aan het einde gegeven.

(NIVEL) E.U.R.

37

BANTA, H.D., BEHNEY, C.J.

Policy formulation and technology assessment.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 59, 1981, no. 3, p. 445-479, lit. opgn. 50.

In dit artikel worden achtereenvolgens behandeld:

- toepassing van technology assessment op het gebied van de gezondheidszorg;
- beoordeling van evaluatie van doelmatigheid, veiligheid en kosten-effectiviteit;
- gebruik van technology assessment bij formulering van politieke doelstellingen.

Na dit descriptieve en historisch overzicht stellen de auteurs een systeem van technology assessment voor en maken daarna enkele opmerkingen over de toekomst van gebruik van technology assessment in de politiek.

NIVEL

38

EVANS, R.W.

Health care technology and the inevitability of resource allocation and rationing decisions: part 1 and part 2.

Journal of the American Medical Association; 249, 1983, nos. 15 en 16, p. 2047-2053 en 2208-2219, lit. opgn. 308.

In toenemende mate wordt erkend dat de middelen die beschikbaar zijn om de noden van de gezondheidszorg te lenigen beperkt zijn. Het probleem van beperkte middelen zal steeds nijpender worden, gegeven nieuwe medische technologie en de hoge kosten van de medische zorg. Het wordt duidelijk dat er besluiten moeten worden genomen in verband met de allocatie van de middelen en met de verdeelsleutel van de middelen, omdat niet iedereen met catastrofale of gecompliceerde medische omstandigheden zal kunnen profiteren van medische technologie.

Terwijl technology assessment de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem verbetert, moeten de methoden voor verdeling en allocatie van de middelen nog verbeterd worden. Als de maatschappij dat doet, zal ze ingrijpende beslissingen moeten gaan nemen aangaande vragen over leven en dood, op een manier waaraan ze niet gewend is.

NIVEL

39

IGLEHART, J.K.

Another chance for technology assessment.

New England Journal of Medicine; 309, 1983, no. 8, p. 509-512, lit. opgn. 3.

Het artikel richt zich op uitingen van bezorgdheid aangaande de chaotische staat waarin technology assessment in de Verenigde Staten verkeert. Deze uitingen kunnen een al complexe technology assessment-situatie nog verder compliceren. Ze houden echter ook beloften in voor het belang dat in politieke kringen aan technology assessment gehecht wordt. Een aantal instanties en groeperingen wordt besproken.

NIVEL

40

MCKINLEY, J.B.

Evaluating medical technology in the context of a fiscal crisis: the case of New Zealand.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 58, 1980, no. 2, p. 217-267, lit. opgn. 40.

Planning op het gebied van diensten ten behoeve van de gezondheidszorg in Nieuw Zeeland en de implicaties van een toename van high technology, houden geen rekening met de groeiende crisis in 's lands economie. Sociale politiek die structurele economische problemen en structurele problemen in de gezondheidszorg negeert is onrealistisch. Er wordt een strategie geopperd om te ontdekken welke bronnen beschikbaar zijn en hoe ze gealloceerd kunnen worden om hun geld waard te zijn. De situatie zoals aangegeven wordt, is niet uniek voor Nieuw Zeeland.

NIVEL

41

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT.

Medicare's prospective payment system: strategies for evaluating cost, quality, and medical technology.

Washington: Government Printing Office, 1985, 232 p.,

lit. opgn. 407.

R.2885

Beschreven worden de mogelijke effecten van het prospectieve vergoedingen systeem van Medicare op het Amerikaanse gezondheidssysteem. Nagegaan wordt in hoeverre deze effecten kunnen en moeten worden gemeten. De belangrijkste effecten zijn die op de kosten van de zorg en op de gezondheid tengevolge van de zorg. Omdat directe meting van de gezondheid onmogelijk is, zijn vier indicatoren gekozen, namelijk kwaliteit van de zorg, toegankelijkheid van de zorg, technologische veranderingen en klinische research.

NIVEL

42

YOUNG, D.A.

Strategies in technology assessment and implementation in the United States.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 13-18, lit. opgn. 15.

Technology assessment in de Verenigde Staten wordt gekarakteriseerd door een grote verscheidenheid binnen de verschillende organisaties, groepen en individuen die zich bezig houden met innovatie, ontwikkeling en verspreiding van informatie daarover. Daarnaast wordt technology assessment gekenmerkt door een gebrek aan coördinatie. Het artikel somt een aantal gebreken op en eindigt met het aanraden van een samenhangend programma voor technology assessment.

Nivel

I.1.5 verspreiding technologieën

43

ANDERSON, J.G., JAY, S.J., SCHWEER, H.M., ANDERSON, M.M.

Physician utilization of computers in medical practice: policy implications based on a structural model.

Social Science and Medicine; 23,, 986, no. 3, p. 259-

De ontwikkeling van beleid aangaande, op de computer gebaseerde, medische technologie wordt belemmerd door een gebrek aan kennis omtrent het proces van toepassing en gebruik door medici. Deze studie werd ontworpen om een model te testen, waarin het proces van medici om hun praktijkgedrag te veranderen als ze gebruik gaan maken van een Hospital Information System (HIS) is beschreven. Een structureel model werd ontwikkeld, geschat en getest waarbij data van 270 stafleden van een 1160 bedden tellend ziekenhuis werden gebruikt. Het gehele model bestaat uit een metingsmodel dat aanneemt dat de geobserveerde variabelen gegenereerd zijn door een kleiner aantal ongeobserveerde variabelen; en een structureel vergelijkingsmodel dat exogene en endogene variabelen relateert. Het model indiceert dat onderling overleg resulteert in meer computergebruik en minder zorgen omtrent de mogelijke invloed van computergebruik. Medici die al kennis hebben van computers gaan er vaker toe over de HIS aan te passen aan de eigen praktijk. Een aantal politieke implicaties hiervan worden besproken.

NIVEL

44

BAKER, S.R.

The diffusion of high technology medical innovation: the computed tomography scanner example.

Social Science and Medicine; 13d, 1979, no. 3, p. 155-162, lit. opgn. 13.

Het kritiekloos enthousiasme van de meeste radiologen, bij de introductie van de computer tomografie scanners, leidde tot een snel landelijk gebruik van deze apparatuur. Om de verspreidingsaspecten van de vroege adoptie en latere algehele acceptatie te evalueren werd een vragenlijst gestuurd naar hoofden van radiologische afdelingen van algemene ziekenhuizen verspreid over het land. De antwoorden bevatten onder meer een verklaring voor de geestdrift om deze

kostbare innovatie te verwerven. Echter, de hoge prijs, en de snelle veroudering creëerden onverwachte verspreidingsproblemen. Diegenen die traditioneel snel tot aanschaf van innovaties overgaan, waren vaak in het nadeel. Als motief voor aankoop gaven de respondenten een gunstige kosten-batenverhouding, terwijl er nog geen gegevens over de economische doelmatigheid beschikbaar waren.

De onstuimigheid van medici om, zonder op de kosten te letten, de nieuwste innovaties te verwerven, heeft wetgeving veroorzaakt die zoekt naar een meer overwogen diffusie. Toch zal teveel controle het innovatieproces verstikken en op de lange duur ernstige problemen voor de Amerikaanse geneeskunde creëren.

NIVEL

45

BANTA, H.D., KEMP, K.B. (eds.).

The management of health care technology in nine countries.

New York: Springer Publishing Company, 1982, 180 p., lit. opgn. 277.

Het beleid dat de ontwikkeling en verspreiding van medische technologieën beïnvloedt, wordt beschreven. De volgende negen landen komen aan bod: het Verenigd Koninkrijk, Canada, Australië, Japan, Frankrijk, West-Duitsland, Nederland, Zweden en de Verenigde Staten. De verschillende hoofdstukken, waarin elk land afzonderlijk aan bod komt, kennen globaal dezelfde opzet. Eerst wordt de regeringsvorm en de economie beschreven, vervolgens wordt het gezondheidssysteem beschreven. Ten derde wordt het beleid van elk land ten aanzien van onderzoek, ontwikkeling, evaluatie en regulering van medische technologieën onderzocht. Ook worden veiligheids- en doelmatigheidsregels, planning en financieringsaspecten besproken. Om dit te illustreren worden per land vijf technologieën besproken, te weten CT scanners, nierdialyse, bypass chirurgie, kobalt therapie en geautomatiseerde klinische laboratoria.

Voor toekomstig beleid wordt een hiërarchisch systeem voorgesteld dat uit vier niveau's bestaat:

1- een regering kan de adoptie en ontwikkeling van een nieuwe technologie actief promoten;

2- een regering kan interveniëren om grotere efficiëntie in produktie of gebruik van een technologie aan te moedigen;

3- een regering kan vraagtekens plaatsen bij en testen van de baten van medische technologieën;

4- een regering zal de verspreiding van technologieën limiteren ten einde de kosten en baten in evenwicht te brengen.

(NIVEL) N.R.V.

46

BOUCKAERT, A., LEROY, X.

The diffusion of a vanguard technique: the case of nuclear medicine in Belgium.

Social Science and Medicine; 21, 1985, no. 10, p. 1119-1124, lit. opgn. 3.

Hoe verspreidt een technologie zich over het land? Welke factoren beïnvloeden de verspreiding door tijd en ruimte? De auteurs hebben getracht deze vragen te beantwoorden door middel van het voorbeeld van nucleaire geneeskunde. Ze gebruikten een macro-economische benadering, gebaseerd op regionale en diachronische gegevens. Twee verschillende velden hebben voordeel gehad bij het gebruik van radioisotopen: "in vivo" en "in vitro" tests. De groeiratio van deze twee technieken is compleet verschillend geweest en de toekomstige ontwikkeling zal waarschijnlijk ook scherp uiteenlopen. Aan de andere kant is de regionale spreiding van de gebruiksratio's in beide gevallen gelijk. Het lijkt gerelateerd aan de dichtheid van specialisten die toegankelijk zijn voor patiënten en ook aan de regionale manier van praktijkvoering welk type test voorgescreven wordt.

NIVEL

47

FEENY, D.

Neglected issues in the diffusion of health care technologies.

International Journal of Technology assessment in Health Care; 1, 1985, no. 3, p. 681-692, lit. opgn. 78.

Dit artikel bevat een kort overzicht van de recente literatuur over de verspreiding van medische technologieën om te verduidelijken wat reeds bekend is en om te schetsen waar nog aanvullend onderzoek nodig is. Eerst wordt een aantal definities gepresenteerd, vervolgens komt de verspreiding aan de orde en tenslotte worden enkele conclusies getrokken.

NIVEL

48

GORDON, G., FISCHER, G.L. (eds.).

The diffusion of medical technology: policy and research planning perspectives.

Cambridge: Ballinger Publishing Company, 1975, lit. opgn. 142.

Het boek is gebaseerd op en een neerslag van discussies en papers die gepresenteerd werden op een conferentie in 1972. Aan de orde komen met name de toenemende rol van de centrale overheid, de moeilijkheid om de verspreiding van technologieën te onderzoeken, de noodzaak voor onderzoekers en beleids mensen om tot een grotere eensgezindheid te komen en het belang dat de sociale wetenschappen kunnen hebben bij het onderzoek naar verspreiding van medische technologie. Een aantal paden waarlangs onderzoek kan worden verricht worden besproken.

(NIVEL) I.S.G.

49

GREER, A.L.

Advances in the study of diffusion of innovation in health care organizations.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 55, 1977, no. 4, p. 505-532, lit. opgn. 40.

Dit artikel overziet het huidige onderzoek over diffusie van innovatie en legt de nadruk op enkele veelbetekenende studies. Aan de orde komen drie theoriën op het gebied van diffusie: de klassieke theorie, de organisatie theorie, en de politieke theorie. De klassieke theorie heeft veel te vertellen over de individuele respons ten aanzien van innovatie en over de circulatie van informatie over innovatie tussen medici. De organisatie theorie produceerde verschillende variabelen. Beschikbaarheid van middelen en personeel zijn daarin de belangrijkste variabelen. De politieke theorie heeft tot nog toe weinig bijgedragen aan innovatietheorie. Maar sinds de gezondheidsorganisaties gezien kunnen worden als pluralistische besluitvormingsinstanties, kan het toenemende gebruik van de politieke theorie als veelbelovend beschouwd worden.

NIVEL

50

GROSS, P.F.

Technology assessment in different nations and lessons from a cross-sectional survey of magnetic resonance imaging (MRI) diffusion.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 3, p. 515-536, lit. opgn. 8.

Het artikel vat eerst de stand van zaken met betrekking tot technology assessment in 20 geïndustrialiseerde landen samen. Daarna geeft het een verslag van een enquête uit 1983 betreffende de voorbereidingen voor introductie van MRI. Tenslotte wordt gewezen op een aantal voor de hand liggende lessen, die uit de verspreiding van MRI getrokken kunnen worden.

NIVEL

I.1.6 verspreiding informatie

51

BLANPAIN, J.E.

Transfer of technology assessment to health policy makers.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 117-125, lit. opgn. 12.

Van een activiteit alleen voor wetenschapsmensen is technology assessment van belang geworden voor eenieder die direct danwel indirect te maken heeft met het leveren van, organiseren van, financieren van en ontvangen van gezondheidszorg. Als gevolg hiervan waren nieuwe communicatielijnen nodig om de resultaten van technology assessment door te geven. Een drietal nieuwe communicatielijnen wordt besproken, namelijk "scenariobuilding", beleidsgeoriënteerde tijdschriften en forums op het gebied van gezondheidszorgbeleid.

NIVEL

52

GUTZWILLER F., CHRZANOWSKI, R.

Technology assessment impact on medical practice.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 2, p. 99-106, lit. opgn. 23.

De vraag dient gesteld te worden of technology assessment inderdaad invloed heeft op de medische praktijk en onder welke omstandigheden. Onderzocht wordt, aan de hand van een aantal bekende onderzoeken, wat de invloed van technology assessment geweest is. Onderscheid wordt gemaakt tussen "positive assessments" en "negative assessments". Daarnaast wordt aangegeven welke de factoren zijn die de invloed van technology assessment kunnen beïnvloeden.

NIVEL

53

JACOBY, I., ROSE, M.

Transfer of information and its impact on medical practices: the U.S. experience.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 107-115, lit. opgn. 7.

Na een korte beschrijving van het NIH (National Institute of Health) Development Program wordt nader ingegaan op de manier waarop OMAR (Office of Medical Application of Research) zorg draagt voor de verspreiding van de resultaten van consensus conferenties en op de resultaten van effectevaluatie-onderzoeken. Daarnaast wordt ingegaan op de pogingen die andere organisaties ondernemen om informatie te verspreiden.

NIVEL

54

STROSS, J.K., HARLAN, W.R.

The dissemination of new medical information.

Journal of the American Medical Association; 241, 1979, no. 24, p. 2622-2624, lit. opgn. 13.

Verspreiding van nieuwe medische informatie naar de praktiserende medicus is een complex en vaak gebrekkig proces. Om de omvang van dit probleem te bekijken, onderzochten de auteurs eerstelijns artsen, ten einde hun kennis vast te stellen omtrent de coöperatieve test van fotocoagulatie bij diabetische retinoptie. Ondanks de bekende relevantie voor hun praktijk waren slechts 28% van de huisartsen en 46% van de internisten op de hoogte van de studieresultaten. Aan de respondenten werd gevraagd twee papieren patiënten met diabetische retinoptie te behandelen. Slechts 33% behandelde beide correct, ondanks de publikatie van de studie 18 maanden eerder. Deze ondervindingen wijzen erop dat resultaten van klinische tests mogelijk niet verspreid worden onder praktiserende artsen en daarmee niet toegepast worden. Hier moet meer aandacht aan geschonken worden. (vert. aut. ref.)

NIVEL

I.2 METHODOLOGIE

55

BENNET, K.J., FEENY, D., GUYATT, G.H., TUGWELL, P., DRUMMOND, M.F.

Guidelines for health technology assessment: the efficacy, effectiveness and efficiency of neonatal intensive care.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no.4, p.873-892, lit. opgn. 36.

In dit artikel evalueren de auteurs met behulp van het zeven stappen systeem (nr. 61) neonatal intensive care. De aandacht gaat vooral uit naar doelmatigheid, effectiviteit en efficiëntie. Het artikel moet een voorbeeldfunctie vervullen voor andere evaluaties van technologieën.

NIVEL

56

BIRCH, S., DONALDSON, C.

Cost-benefit analysis: dealing with the problems of indivisible projects and fixed budgets.

Health Policy; 7, 1987, no. 1, p. 61-72, lit. opgn. 20.

Beargumenteed wordt dat de methoden om ondeelbaarheid te overkomen, te weten opbrengsten-kosten ratios en de netto opbrengsten methode, niet geschikt zijn om te kiezen tussen twee projecten. Ten eerste; de waarden van opbrengsten-kosten ratios zijn gevoelig voor de specificaties van kosten en opbrengsten. De auteurs laten zien dat onjuiste specificaties er toe kunnen leiden dat een inefficiënt project juist als efficiënt gezien kan worden en vice versa. Ten tweede; als budgetbeperkingen onderkend worden kan een project, dat in het begin het meest efficiënte leek, relatief inefficiënt blijken te zijn. Om dit te ondervangen worden enkele suggesties aangedragen.

NIVEL

57

BLOOM, B.S.

Controlled studies in measuring the efficacy of medical care: a historical perspective.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no.2, p. 299-310, lit. opgn. 39.

De geschiedenis van het testen van medische therapieën heeft, in de westerse wereld, een opmerkelijk lange traditie. Dit artikel behandelt de effecten van medische interventies (preventief, therapeutisch en rehabilitatief) inclusief studies op het gebied van doelmatigheid, effectiviteit, kosten, risico's en opbrengsten.

NIVEL

58

BROOK, R.H., CHASSIN, M.R., FINK, A., SOLOMON, D.H., KOSECOFF, J., PARK, R.E.

A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 53-63, lit. opgn. 8.

De standaard manier voor technology assessment is een randomized controlled trial (RCT). Er zijn grote voordelen aan verbonden, maar ook een aantal nadelen, onder andere: de te onderzoeken gevallen zijn gelimiteerd, RCT's zijn duur en nemen veel tijd in beslag, ze vinden plaats onder te ideale omstandigheden.

In dit artikel werken de auteurs een methode uit om een aantal van deze problemen te ondervangen. Zij menen dat het synthetiseren van meningen van experts betere resultaten op zal leveren dan de meest ambitieuze RCT. De toepassing van de gepresenteerde methode wordt beschreven.

NIVEL

59

CHALLAH, S., MAYS, N.B.

The randomized controlled trial in the evaluation of

new technology: a case study.

British Medical Journal; 292, 1986, no. 6524, p. 877-879, lit. opgn. 20.

Dit artikel draagt niet bij tot de discussie omtrent de voor- en nadelen van randomized trials, maar het zoekt, met als voorbeeld verschillende tests met niersteenvergruizers, naar de grenzen van goede evaluatie van nieuwe technieken, in het bijzonder ten aanzien van randomized controlled trials.

NIVEL

60

CHALMERS, T.C.

The clinical trial.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 59, 1981, no. 3, p. 324-339, lit. opgn. 16.

De praktijk van de geneeskunde is, in feite, het doen van klinisch onderzoek; vragen worden gesteld, feiten verkregen en geanalyseerd, en acties worden daarop ondernomen. Klinische tests (trials) formaliseren dit dagelijkse proces om onzekerheid weg te nemen of te reduceren op ethisch, wetenschappelijk en economisch gebied. Maar de moeilijkheden inherent aan goede klinische tests hebben geleid tot het opkomen van interesse in minder goede methoden. Ingegaan wordt op wat een goede test is. Hiervoor worden criteria aangegeven, ethische overwegingen worden aangestipt en kosten worden besproken.

NIVEL

61

FEENY, D., GUYATT, G., TUGWELL, P. (eds.).

Health care technology: effectiveness, efficiency and public policy.

Montreal: Institute for research on public policy, 1986, 270p., lit. opgn. 341.

B.1490

Nieuwe gezondheidstechnologie wordt vaak zonder een goede evaluatie van efficiëntie en effectiviteit

opgenomen in gezondheidszorgsystemen. Ontevredenheid is het gevolg als de technologie niet aan de verwachtingen blijkt te voldoen; de technologie raakt in onbruik en wordt uiteindelijk vervangen door wederom een ongeëvalueerde technologie. Om de standaard van het systeem te verbeteren geeft dit boek richtlijnen voor klinische en economische evaluatie van gezondheidstechnologie. Als gewerkt wordt volgens die richtlijnen garanderen de auteurs een goede evaluatie van veiligheid, efficiëntie en effectiviteit van de nieuwe technologie.

Het systeem dat de auteurs met dat doel introduceren noemen zij: The Technology Assessment Iterative Loop (de technology assessment "cirkel"). Het systeem bestaat uit zeven achtereenvolgende stappen:

1- Burden of illness; vaststellen van de tegenwoordige niveau's van morbiditeit en mortaliteit.

2- Efficacy; vaststellen of de nieuwe technologie direct of indirect de gezondheid verbetert.

3- Diagnosis and screening; vaststellen van de potentiële patiënten die baat zullen hebben bij de nieuwe technologie.

4- Community effectiveness; vaststellen van de baten/schaderatio en schatten van de reductie in morbiditeit en mortaliteit in geval van toepassing in de dagelijkse praktijk.

5- Efficiency; schatten van de effecten gedeeld door de kosten.

6- Synthesis and implementation; integratie van de voorgaande stappen om aanbevelingen te kunnen doen omtrent de optimale planning van de diffusie van de nieuwe technologie.

7- Monitoring and reassessment; selecteren van succesindicatoren en herevaluatie van stap 1 enz.

NIVEL

62

GUYATT, G., DRUMMOND, M.

Guidelines for the clinical and economic assessment of health technologies: the case of magnetic resonance. International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 3, p. 551-566, lit. opgn. 18.

Volgens zeven stappen, eerder aangegeven in hun monografie (nr. 61) geven de auteurs aan hoe Magnetic Resonance geëvalueerd kan worden. In dit artikel komen met name effectiviteit en efficiëntie op klinisch en economisch gebied aan de orde. Een uitgebreid scala van eventuele gevolgen wordt besproken.
NIVEL

63

GUYATT, G., DRUMMOND, M., FEENY, D.

Guidelines for the clinical and economic evaluation of health care technologies.

Social Science and Medicine; 22, 1986, no. 4, p. 393-408, lit. opgn. 73.

Vele nieuwe technieken voor diagnose, behandeling, rehabilitatie en "patient-management" zijn in de gezondheidszorg toegepast zonder eerst grondig op effectiviteit te zijn getoetst. Het artikel pleit voor verbetering (hiervoor worden richtlijnen gegeven) en uitbreiding van deze toetsing. Er worden criteria gegeven voor onderzoek naar klinische effectiviteit en economische efficiëntie.

Besproken worden:

- klinische evaluatie van therapeutische technieken;
- klinische evaluatie van diagnostische technieken;
- richtlijnen voor economische evaluatie.

NIVEL

64

HUTTON, J.

Economic evaluation of medical technologies.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 43-52, lit. opgn. 14.

In dit artikel wordt een basismethodologie uiteengezet die gebruikt wordt bij de economische evaluatie van medische technologieën. Daarnaast komen speciale problemen aan de orde met betrekking tot de analyse van medische technologieën. Uiteengezet worden on-

der meer de handelwijze bij een economische evaluatie en het verschil tussen enerzijds kosten-baten-analyse en anderzijds kosten-effectiviteitsanalyse.
NIVEL

65

MOSES, L.E.

Data acquisition for assessment of medical technology: methods other than clinical trials.
International Journal of Technology Assessment in health Care; 2, 1986, no. 1, p. 27-38, lit.opgn 22.

Naast de RCT (randomized controlled trial) bestaan er nog vele andere manieren om data te verzamelen ten einde medische technologie te evalueren. Een aantal hiervan komt aan de orde: -anekdote; -series; -observatie; -case-studie; -epidemiologisch onderzoek; -databanken; -historische controlled trials. De bedoeling van deze bespreking is om een aantal opvallende kenmerken van deze methodes te signaleren. De auteur pretendeert niet dat het artikel alomvattend is.

NIVEL

66

MULLAN, F., JACOBY, I.

The town meeting for technology: the maturation of consensus conferences.
The Journal of the American Medical Association; 254, 1985, no. 8, p.1068-1072 ,lit, opgn. 9.

In dit artikel wordt de ontwikkeling geschetst van zogenaamde consensus conferences. Daarnaast wordt aangegeven hoe het verloop van een dergelijke conferentie behoort te zijn volgens het Amerikaanse National Institute of Health. De auteurs spreken de verwachting uit, dat de verfijning van het systeem door zal gaan en hopelijk zal uitmonden in een algemene aanvaarding door diverse instanties in de Verenigde Staten en daarbuiten.

NIVEL

67

PAUKER, S.G.

Decision analyses as a synthetic tool for achieving consensus in technology assessment.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 83-97, lit. opgn. 27.

Het huidige consensus-proces is een geaccepteerd mechanisme voor technology assessment van medische technologie in een onzekere omgeving. De mogelijkheid om beslisanalytische modellen te incorporeren in dit proces, wordt aan de hand van enkele voorbeelden onderzocht. De optimale rol voor formele modellen is nog niet vastgesteld. Verder onderzoek is nodig.

NIVEL

68

SCHERSTIN, T.

Some reflections on randomized controlled trials.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 39-42, lit. opgn. 3.

Algemeen wordt erkend dat de randomized controlled trial de beste methode is om veiligheid en doelmatigheid van een nieuwe medische technologie te onderzoeken. Uit een onderzoek blijkt dat slechts vijf procent daadwerkelijk randomized controlled trials waren. De auteur vraagt zich af waarom deze vorm niet vaker voorkomt. Naast een aantal nadelen somt de auteur ook een aantal voordelen op om toch gebruik te maken van randomized controlled trials.

NIVEL

69

SCITOVSKY, A.A.

Estimating the direct cost of illness.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 60, 1982, no.3, p. 463-491, lit. opgn. 31.

Ongeacht welke methode (in dit artikel de zogenaamde "human capital method" versus de "willingness to

pay" methode) gebruikt wordt om de kosten van ziekte te schatten, is het noodzakelijk om goede data betreffende gezondheidszorg naar type verrichting en naar ziektecategorie te bezitten om beleid voor beheersing van medische kosten te kunnen ontwerpen en bewaken. Derhalve acht de schrijfster het gerechtvaardigd een evaluatie te geven van de methoden om kosten te bepalen.

Tenslotte worden enkele suggesties gedaan over de data-behoeften om de uitgaven beter te kunnen schatten.

NIVEL

70

VANG, J.

The consensus development conference and the European experience.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 2, 1986, no. 1, p. 65-76, lit. opgn. 21.

Het ontstaan van consensus conferenties in Groot-Brittannië, Zweden en Denemarken wordt in dit artikel besproken. Daarnaast wordt melding gemaakt van de onderwerpen die in de verschillende landen op consensus conferenties aan bod zijn geweest. De invloed van de conferenties en de toekomst ervan worden kort aangestipt.

NIVEL

71

WAGNER, J.L.

The feasibility of economic evaluation of diagnostic procedures.

Social Science and Medicine; 17, 1983, no. 13, p. 861-869, lit. opgn. 42.

Beschouwing waarin wordt nagegaan wat het nut is van de technieken van economische evaluatie bij de besluitvorming over welke diagnostische procedure het best gevolgd kan worden. Vijf specifieke problemen die optreden bij economische evaluatie van diagnostische procedures komen aan de orde:

- specificering van de relevante diagnostische alternatieven;
- definiëren van homogene patiëntengroepen;
- meten van diagnostische accuratesse;
- meten van diagnostische kosten;
- specificering van de gemeten uitkomsten van diagnostische procedures.

De literatuur over economische evaluatie van twee diagnostische procedures (röntgenopnamen van de schedel en computer tomografie) wordt besproken binnen het model van economische evaluatie. Twee studies werden gevonden die de economische evaluatie met succes hadden toegepast op computer tomografie; geen voor röntgen.

NIVEL

72

WARNER, K.E., LUCE, B.R.

Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care: principles, practice, and potential.

Ann Arbor: Michigan Health Administration Press, 1982, 318 p., lit. opgn. 781.

B.1527

De bedoeling van deze studie is om duidelijk te maken wat kosten-batenanalyse en kosten-effectiviteitsanalyse inhoudt. Een kort historisch overzicht wordt gegeven. Vervolgens worden de principes van kosten-batenanalyse (KBA) en kosten-effectiviteitsanalyse (KEA) uiteengezet. De stappen die gevolgd moeten worden zijn de volgende:

- definiëring van het probleem en het object;
- vaststelling van alternatieven;
- beschrijving van de produktie-relaties;
- vaststelling, meting en waardering van de kosten;
- vaststelling, meting en waardering van de baten en/of de effectiviteit;
- verrekening om tot één waarde te komen;
- afrekenen met/ omzeilen van onzekerheden;
- behandelen van herdistributie problemen;
- presenteren en interpreteren van het gevondene;
- mogelijk maken van omzetten van de analyse in

implementatie.

Hoofdstuk 4 en de bijlagen bevatten een uitgebreid literatuuroverzicht van KBA's en KEA's.

Tenslotte wordt gewezen op de mogelijkheden van dergelijke analyses. Aangegeven wordt ook wat de "agendapunten" voor de toekomst zijn.

NIVEL

73

WEINSTEIN, M.C.

Methodological considerations in planning clinical trials of cost-effectiveness of magnetic resonance imaging.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no. 3, p. 567-581, lit. opgn. 12.

Dit artikel bespreekt een aantal belangrijke methodologische aspecten van het ontwerpen van klinische tests om kosten-effectiviteit van Magnetic Resonance Imaging te evalueren. Er wordt niet aangegeven welke methode al dan niet de juiste is. De volgende items komen onder meer aan de orde: beschrijving van kritische keuzes ten aanzien van studieobjecten; aangeven van alternatieve manier om kosten en effectiviteit te meten; aangeven van vier soorten studiemogelijkheden, namelijk randomized controlled trials, observeren, simuleren, synthese; bespreken van zaken betreffende meting en dataverzameling; bespreken van overwegingen met betrekking tot uitvoerbaarheid en ethiek in het selecteren van een studieontwerp.

NIVEL

I.3 TOEKOMST

74

GORDON, T.J., GERJUOY, H., ANDERSON, M.
Life extending technologies: a technology assessment.
New York, Oxford etc.: Pergamon Press, 1979, 275 p.,
lit. opgn. 100.

Terwijl de levensverwachting bij de geboorte, sinds het begin van deze eeuw, flink is toegenomen blijft de toenemende levensverwachting op latere leeftijd daar enigszins bij achter. Er zijn echter tekenen die erop wijzen dat hier binnen niet al te lange tijd verandering in komt. Er wordt op grote schaal onderzoek verricht naar middelen om ouderdomsziekten te genezen en naar het begripen van veroudering op zich. Daarnaast wordt voortgang geboekt in het ontwikkelen van non-biologische protheses. Doorbraken in een van deze gebieden zou de verwachte sterfte van de bevolking, met name de oudere cohorten, kunnen veranderen. Deze ontwikkelingen zullen natuurlijk hun weerslag hebben op demografische, economische en sociale ontwikkelingen in de maatschappij. En daarmee op beleidsbeslissingen in de private en publieke sector.

Een centraal doel van deze studie was derhalve om de vooruitzichten op levensverlenging vast te stellen. Het is niet de bedoeling een bepaalde levensstijl aan te bevelen. Meer speciaal zijn de doelstellingen van deze studie:

- 1- identificeren van het potentieel voor, en voorstellen van toekomstige levensverlengende technologieën in de komende 25 jaar;
- 2- vorming van plausibele scenario's uit deze voorstellingen;
- 3- op basis van deze scenario's vaststellen welke categorieën mensen in aanmerking komen.

Het ontwerp van de studie is gebaseerd op een logische volgorde welke bestaat uit negen stappen met een aantal feedback-mechanismen.

(NIVEL) A.B.

75

HSR 84

HSR 84: planning for the third decade of health services research.

Medical Care; 23, 1985, no.5.

Deze speciale uitgave bevat de lezingen van de conferentie van het National Center for Health Services Research van oktober 1984. De opzet was om belangrijke onderzoekers samen te laten komen, ten einde hen terug te laten zien op 20 jaar research, om de vooruitgang te beschouwen en om hen voorstellen te laten doen voor research in de komende tien jaar. Een zestal specifieke topics komt uitgebreid aan de orde, te weten organisatie en financiering van de gezondheidszorg, gebruik(er)spatronen, patiënt-zorgverlener relaties, sociale en behavioristische epidemiologie, gezondheidszorg informatiesystemen en evaluatie van gezondheidszorg.

NIVEL

76

IGLEHART, J.K.

The cost and regulation of medical technology: future policy directions.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 55, 1977, no.1, p.25-59, lit. opgn.32.

Dit artikel behandelt enkele van de kostenimplicaties van medische technologie. Als voorbeeld wordt de CT-scanner uitgebreid besproken. Daarnaast komt het beleid van de Verenigde Staten ter sprake inzake nieuwe technologieën en de afwegingen die terzake gemaakt worden.

NIVEL

77

MCKINLEY, J.B.

From "promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 59, 1981, no.3, p.374-411, lit. opgn. 82.

De zeven stadia die beschreven worden zijn:

- 1- het stadium van het "veelbelovende rapport";
- 2- het stadium van professionele en organisatorische adoptie;
- 3- het stadium van publieke acceptatie en staatsaanbeveling;
- 4- het stadium van "standaard procedure" en observerende studies;
- 5- het stadium van de randomized controlled trial;
- 6- het stadium van de professionele afwijzing;
- 7- het stadium van erosie en discreditering.

Tenslotte beschrijft de auteur een strategie voor de toekomst, om te voorkomen dat technologieën ongeëvalueerd geaccepteerd worden. Uitgegaan wordt daarbij van de volgende stelling: de overheid zou nooit een verrichting, procedure of technologie mogen ondersteunen, als daarvan niet de effectiviteit aangetoond kan worden of aangetoond is.

NIVEL

78

SCHWARTZ, W.B.

The inevitable failure of current cost-containment strategies: why they can only provide temporary relief. Journal of the American Medical Association; 257, 1987, no.2, p.220-224, lit. opgn. 36.

Hedendaagse strategieën om ziekenhuiskosten te drukken richten zich voornamelijk op het elimineren van niet-medisch noodzakelijk geachte zorg. Deze pogingen negeren het feit dat elimineren van een dergelijke zorg lopende uitgaven reduceert, maar geen invloed uitoefent op drie sleutelfactoren voor de stijgende lijn in reële kosten, namelijk bevolkingsgroei, stijgende "input"prijzen en technologische innovatie en verspreiding. Geleidelijk elimineren van niet noodzakelijke zorg, tot 30% van de ligdagen kan miljarden dollars besparen, maar kan slechts voor enkele jaren de stijgende kosten ondervangen. Als alle onnodige ligdagen geëlimineerd zijn, zal de onderliggende stijgingsratio toch weer

tevoorschijn komen. Als tenminste niet iets ondernomen wordt ten aanzien van technologische innovatie.

NIVEL

I.4 ONDERZOEK

79

BUXTON, M.J., WEST, R.R.

Cost-benefit analysis of long-term haemodialysis for chronic renal failure.

British Medical Journal; 2, 1975, no. 5967, p. 376-379, lit. opgn. 11.

Deze analyse geeft aan dat er een groot verschil tussen de kosten en baten van een dergelijke faciliteit bestaat. Het verschil kan gezien worden als datgene wat de maatschappij over heeft voor het in stand houden van een mensenleven. Uitgaande van de beschikbare data kwamen de auteurs tot een "sociale" waarde voor het in leven houden van een hemodialyse-patient van ongeveer 4720 Engelse Pond per jaar in een ziekenhuis en 2600 Engelse Pond thuis. De analyse suggereert dat de maatschappij goed moet overwegen of ze al dan niet "zo maar" dergelijke dure middelen ter beschikking stelt van de bevolking.

NIVEL

80

DINKEL, R.

Parenteral nutrition in different settings.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no.2, p.335-341, lit. opgn. 10.

Analyse van de kosten-effectiviteit van verschillende methoden van parenterale voeding, gezien vanuit het standpunt van het gezondheidssysteem en vanuit de West-Duitse samenleving als geheel. Besproken worden uitsluitend de economische kosten van parenterale voeding in het ziekenhuis versus thuis. Aanbevelingen voor verder onderzoek worden gedaan.

NIVEL

81

GARNER, T.I. DARDIS, R.

Cost-effectiveness analysis of end-stage renal disease treatments.

Medical Care; 25, 1987, no.1, p.25-35, lit. opgn. 23.

De kosten-effectiviteit van verschillende end-stage renal disease (ESRD) behandelingen werd vergeleken, waarbij gebruik gemaakt werd van twee manieren van kostenmeting. Het kosten-effectiviteitscriterium was, de kosten per gewonnen levensjaar of de impliciete waarde van een jaar langer leven. Hoe lager de kosten per gewonnen levensjaar waren des te kosten-effectiever de behandeling was. Vier ESRD behandelingen werden geëvalueerd over een periode van 20 jaar. Thuis-dialyse en transplantatie waren kosten-effectiever dan dialyse in een centrum. (vert. aut. ref.)

NIVEL

82

HILL, J.D., HAMPTON, J.R., MITCHELL, J.R.A.

A randomized trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction.

The Lancet; 1, 1978, no.8096, p.837-841, lit. opgn. 7.

Verzorging thuis of in het ziekenhuis van patiënten van wie men vermoedt dat ze een hartinfarct hebben, werd vergeleken in een aselecte test. Een ziekenhuisteam reageerde op oproepen van huisartsen. Vijfhonderd Oproepen werden ontvangen en van de 349 patiënten 70% werd vermoed dat ze een infarct hadden. Van deze groep werd 24% uitgesloten van de test op basis van medische of sociale factoren. Voor de overige 76% was er geen significant verschil in de 6-weeken mortaliteit tussen de thuisgroep (13%) en de ziekenhuisgroep (11%). Voor de meerderheid van de patiënten voor wie een huisarts werd geroepen, vanwege een infarct, heeft opname in een ziekenhuis geen duidelijke voordelen. (vert. aut. ref.)

(NIVEL) A.B.

83

JOYEUX, H., GOUTTEBEL, M.C., RODIER, F., LACOUR, B., SOLASSOL, C.

Home parenteral nutrition in France.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no.2, p.325-333, lit. opgn. 10.

Beschrijving van de ervaringen van de auteurs met parenterale voeding thuis vanaf 1970. Aan de orde komen verder de technologische evolutie van de materialen, hedendaagse indicaties voor parenterale voeding thuis en het zogenaamde "economische plaatje". Verder worden de resultaten en toekomstperspectieven besproken.

NIVEL

84

KIELY, B.G., MACPHERSON, J.G.

Stress self-help packages in primary care: a controlled trial.

Journal of the Royal College of Practitioners; 36, 1986, no.288, p.307-309, lit. opgn. 11.

Beschrijving van een gecontroleerd experiment waarin de klinische effectiviteit is onderzocht van een zelfhulppakket voor stress. Dat pakket werd door huisartsen voorgeschreven aan patiënten die psychologische problemen voorlegden die mogelijk te maken hadden met stress. Patiënten werden aselekt ondergebracht in twee groepen: een groep kreeg de gewone behandeling door de huisarts zonder pakket, en een met pakket. Er werden significante voordelen geconstateerd voor patiënten die het pakket ontvingen. Daartoe werden controles uitgevoerd van de klachten van patiënten in een follow-up na drie maanden, en een vergelijking van de hoeveelheid consulten voor psychologische problemen in de drie maanden voor de behandeling met de hoeveelheid consulten in de drie maanden erna. Besproken wordt wat de mogelijkheden zijn van gebruik van dergelijke pakketten bij de behandeling van psychologische problemen in de eerste lijn.

NIVEL

LAMEIRE, N.H.

Experience with CAPD as home dialyses.

International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no.2, p.305-313, lit. opgn. 19.

Besproken worden achtereenvolgens een aantal aspecten van CAPD (continue, ambulante peritoneale dialyse), te weten een beschrijving van de werking, voordelen en complicaties, organisatie van een CAPD programma, resultaten en economische aspecten. De auteur komt, zich baserend op de grote hoeveelheid literatuur en op eigen bevindingen, tot enkele voorzichtige conclusies. Vooral voor jongere patiënten is CAPD een redelijk alternatief, voor ouderen kan het een redelijk alternatief zijn als hemodialyse niet mogelijk is. Economisch gezien is CAPD over een periode van twee à drie jaar gevolgd door een transplantatie de meest economische manier van het behandelen van terminale nierdisfunctie.

NIVEL

MATHER, H.G., MORGAN, D.C., PEARSON, N.G., READ, K.L.Q., SHAW, D.B., STEED, G.R., THORNE, M.G., LAWRENCE, C.J., RILEY, I.S.

Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients.

British Medical Journal; 1, 1976, no.6015, p.925-929, lit. opgn. 15.

Om de behandeling thuis ten opzichte van behandeling in het ziekenhuis te vergelijken, werden 1895 patiënten bestudeerd. Deze waren jonger dan 70 jaar en hadden een infarct binnen 48 uur gehad. De resultaten bevestigen en versterken eerdere bevindingen. Thuiszorg is een goede manier van behandelen voor vele patiënten, vooral voor die patiënten die ouder dan 60 jaar zijn en die een ongecompliceerde aanval hadden. (vert. aut. ref.)

NIVEL

87

MULLEY, A.G., SILVERSTEIN, M.D., DIENSTAG, J.L.

Indications for use of hepatitis B vaccine, based on cost-effectiveness analysis.

New England Journal of Medicine; 307, 1982, no.11, p.644-652, lit. opgn. 65.

Om indicaties voor het gebruik van het hepatitis B vaccin te formuleren, onderzochten de auteurs drie strategieën: iedereen vaccineren; iedereen screenen en vaccineren van degenen die niet immuun zijn; niet vaccineren of screenen, maar passief immunizeren van hen die aan het virus blootgesteld zijn geweest. Screening gevolgd door vaccinatie van homoseksuele mannen en vaccinatie zonder screening vooraf van chirurgen zou resulteren in een besparing op de medische kosten. Noch screenen, noch vaccineren is het goedkoopst voor de bevolking als geheel. (vert. aut. ref.)

NIVEL

88

SCITOVSKY, A.A.

Changes in the cost of treatment of selected illnesses, 1971-1981.

Medical Care; 23, 1985, no. 12, p. 1345-1357, lit. opgn. 14.

Eerdere studies van de auteur, over de periodes 1951-1964 en 1964-1971, lieten zien dat de belangrijkste verandering, die de kosten deed stijgen, de toename van zogenaamde "little ticket" technologieën (bijvoorbeeld laboratoriumtests, röntgenapparatuur) was. Dit artikel laat zien dat in de periode 1971-1981 het gebruik van deze "little ticket" technologieën vrijwel niet veranderde, maar dat de nieuwe en dure "big-ticket" technologieën de kosten deden stijgen.

NIVEL

89

SKELLIE, F.A., MOBLEY, G.M., COAN, R.E.

Cost-effectiveness of community-based long-term care: current findings of Georgia's alternative health service's project.

American Journal of Public Health; 72, 1982, no.4, p.353-358, lit. opgn. 11.

Er werd een studie ondernomen naar de kosten-effectiviteit van lange termijnzorg in de eerste lijn, met vrijwillige deelnemers die in aanmerking komen voor Medicaid vergoedingen voor verpleegtehuis zorg. Een jaar na deelname was de levensduur langer voor de 575 cliënten in de experimentele groep, maar de Medicaid en Medicare-kosten voor deze groep waren hoger dan voor de 172 cliënten in de controlegroep. Onder hen die meer risico liepen om in een verpleegtehuis te worden opgenomen, waren de kosten per persoon in de experimentele groep wat lager dan voor hen in de controlegroep. De resultaten suggereren dat eerstelijnszorg voor hen, die het meeste risico lopen om opgenomen te worden, kosten-effectief is. (vert. aut. ref.)

NIVEL

90

WARNER, K.E.

Technology and handicapped people: mandatory passive restraint systems in automobiles: issues and evidence. Washington: Government Printing Office, 1982, 50 p., lit. opgn. 52, Background Paper 1.

Case-studie van een preventieve techniek. Onderzocht wordt of luchtzakken en automatische veiligheidsgordels in alle auto's moeten worden bevestigd. Aan de orde komen kosten-batenanalyses van beide systemen en filosofische en ethische kwesties gerelateerd aan dergelijke systemen.

(NIVEL) E.U.R.

91

WATESKA, L.P., SATTLER, L.L., STEIGER, E.

Cost of a home parenteral nutrition program.

Journal of the American Medical Association; 244, 1980,

Geanalyseerd worden de kosten voor een ziekenhuis voor het verzorgen van parenterale voeding thuis voor 8 patiënten. De kostencomponenten zijn inclusief training, materiaal, voorraden en follow-up. De gemiddelde jaarlijkse kosten waren 73% lager dan ze in het ziekenhuis zouden zijn geweest. De vestiging van private ondernemingen kunnen de kosten voor ziekenhuizen verder drukken.

NIVEL

92

ZWEIFEL, P.

Technology in ambulatory medical care: cost increasing or cost saving?

Social Science and Medicine; 21, 1985, no.10, p.1139-1151, lit. opgn. 12.

Ziektekostenverzekeraars vrezen dat het toegenomen gebruik van medische technologie in de ambulante zorg resulteert in hogere rekeningen per arts. Deze kijk op de zaak kan zekere subtiele koppelingen tussen beschikbare, geschikte technologie in de ambulante praktijk en de geneigdheid de marginale patiënt te hospitaliseren over het hoofd zien. In dit artikel werd de invloed van technologie op vier componenten van de kosten van medische behandelingen statistisch geanalyseerd voor meer dan 700 Zwitserse artsen. Deze vier componenten zijn: aantal behandelde gevallen; rekening per geval voor ambulante zorg; hospitaliseringsratio; en de kosten van het verblijf in een ziekenhuis in verhouding tot ambulante zorg. Netto zou, zo werd geschat, 10% vermindering in het gebruik van laboratoriumwerk en röntgen-procedures respectievelijk resulteren in ongeveer 2% en 0,4% besparingen. Eenzelfde vermindering van directe geneesmiddelenverkoop aan patiënten zou de totale kosten 0,3% doen stijgen. Vanuit de samenleving bezien zouden zelfs de geringste besparingen verdwijnen zo gauw de totale sociale kosten van een

verblijf in het ziekenhuis meegeteld zouden worden.
(vert. aut. ref.)

NIVEL

II NEDERLAND

II.1 BESCHOUWINGEN

93

AUFDEMKAMPE, G., BEIJER, M.A.J., OBBENS, H.J.M., TER-
LOUW, T.J.A.

Kwaliteit van effect-meting in de fysiotherapie: ecologische validiteit in het wetenschappelijk onderzoek.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 95, 1985, no.6, p.123-131, lit. opgn. 22.

Een pleidooi wordt gevoerd voor ecologisch valide effect-meting in de fysiotherapie: effect-meting die niet alleen gericht is op het dagelijks leven en beleven van de patiënt, maar tevens betrouwbaar is. Ten einde een indruk te krijgen over de ecologische validiteit binnen het Nederlands fysiotherapeutisch onderzoek, werd een viertal evaluaties van de onderzoeksliteratuur uit de periode 1979 tot en met 1983 uitgevoerd. Er bleken in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 59 effectonderzoeken te zijn gepubliceerd, case-studies inbegrepen. Ruim een derde deel van de meet-uitspraken is ecologisch gericht: betreft pijn, ADL of welbevinden. Slechts een klein gedeelte van de uitspraken is expliciet betrouwbaar. Vooral de ecologische effectvariabelen blijken dikwijls onbetrouwbaar te worden gemeten. Het ontwikkelen van ecologisch valide meetinstrumenten is dan ook een eerste prioriteit bij de verwetenschappelijking van de fysiotherapie. (aut. ref.)

NIVEL

94

BALLY, J., HAAN, G., STARMANS, R.

Evaluatie medische technologie.

Medisch Contact; 40, 1985, no.49, p.1521-1523, lit.opgn. 11.

Evaluatie van medische technologie is niet alleen belangrijk vanuit medisch oogpunt: wat heeft het grootste effect met de laagste kosten?, maar ook vanuit economisch oogpunt: wat levert met de minste

kosten het grootste effect? Evaluatie van medische technologie wordt echter nog (te) weinig uitgevoerd. Een van de redenen zou kunnen zijn dat er problemen liggen bij de medische evaluatie. Problemen op dit gebied zullen doorwerken op economische evaluatie, omdat deze gebaseerd is op medische evaluatie. De auteurs trachten de mogelijkheden en de problemen van evaluatie van medische technologie en met name van diagnostiek aan te geven. Het artikel dient volgens de auteurs gezien te worden als een oproep aan medici voor meer evaluatieonderzoek teneinde de efficiëntie en daarmee de ethiek, van het medisch handelen te bevorderen.

NIVEL

95

BOBBERT, M., HOUTKOOP, E., ROZENDAL, R.H., SAMBEEK, H.W.R.

Onderzoek naar de effecten van fysiotherapeutisch handelen.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 94, 1984, no. 7/8, p.158-160, lit. opgn. 5.

In dit artikel wordt ingegaan op het onderscheid tussen onderzoek naar de werkzaamheid van afzonderlijke fysiotherapeutische toepassingsvormen en onderzoek naar de werkzaamheid van een fysiotherapeutische behandeling. Om te beginnen dienen verschillende designs gebruikt te worden. Bovendien zijn de auteurs van mening dat begrip van dit onderscheid essentieel is wanneer men juiste criteria aan wil leggen ter beoordeling en interpretatie van onderzoeksresultaten. Ten slotte wordt ingegaan op problemen die bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek naar de werkzaamheid van een behandeling een rol kunnen spelen. Wellicht is het zo dat pre-experimentele en quasi-experimentele designs een oplossing kunnen bieden bij dergelijke problemen. (aut. ref.)

NIVEL

BOUTER, L.M., KEPPEL HESSELINK, J.M.

Therapie en effect: evaluatie van therapieën binnen de geneeskunde.

Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie; 93, 1983, no.9, p.252-258, lit. opgn. 31.

Evaluatief onderzoek binnen de gezondheidszorg beoogt rationele beslissingen in verband met in te stellen therapieën mogelijk te maken door middel van semikwantitatieve effectiviteits- en efficiëntie"metingen". Bij een therapeutisch experiment is het wenselijk diagnostische criteria van de patiëntengroep ondubbelzinnig vast te leggen, waarbij een meersporen diagnostisch model gehanteerd kan worden. De noodzakelijke controlegroep kan onder andere dienen om inzicht te krijgen in het placebo-effect om nieuwe therapieën te vergelijken met bestaande behandelingswijzen. De te volgen experimentele procedure dient bij beide patiënten uniform en duidelijk omschreven te zijn. (aut. ref.)

NIVEL

BROUWERS, A., VERZELLENBERG, L.N.J.

The development of research in the field of biomedical technology: a role for economic appraisal?

Eindhoven: Eindhoven University of Technology, 21 p., lit. opgn. 6., 1985.

R.2862

De auteurs betogen dat al te vaak belangrijke beslissingen niet het verwachte resultaat opleveren, omdat een totaalbeeld van verschillende complexe resultaten ontbreekt. Zij wijzen op de noodzaak van een groep "generalisten" die de communicatie tussen de experts moet bevorderen. Economen zouden hierin een belangrijke rol moeten en kunnen spelen.

NIVEL

98

DISCUSSIONOTA

Discussienota Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek,

z.p.: z.n., 1985, 30 p., lit. opg. 9.

Deze discussienota gaat over de keuzes die moeten worden gemaakt bij de stimulering van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Zij maakt onderscheid tussen versterking van de infrastructuur van universitaire (top)instituten en programmastimulering. Op die programmastimulering wordt uitvoeriger ingegaan dan op de versterking van de universitaire infrastructuur. Bij die laatste gaat het immers om bescherming en versterking van bestaand onderzoek, bij programmastimulering om onderzoek dat moet worden opgebouwd. Een van de te stimuleren programma's is technology Assessment. Voorgesteld wordt om voor technology assessment 5 mln. beschikbaar te stellen.

NIVEL

99

KASTELEINS, A., WILLEMS, H.H.M.

Diagnostische verrichtingen en algorithmen: een kostenbesparing?

Medisch Contact; 35, 1980, no.10, p.304-306, lit. opg. 3.

Het verdient aanbeveling algorithmen bij diagnostisch onderzoek van patiënten te onderzoeken. Vier voorbeelden van de toepassing van algorithmen op röntgenologisch vlak worden gegeven. Van een dergelijk onderzoek kan een kostenbesparende werking uitgaan maar ook zal men op deze wijze steeds kritisch moeten beoordelen of een volgende diagnostische stap gewenst is. Dit mede gezien in het licht van het feit dat nieuw onderzoek belastend is voor de patiënt.

NIVEL

100

LAPRÉ, R.M.

Is de gezondheidszorg het waard?
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983,
no.23, p.899-904, lit. opgn. 23.

Inaugurale rede, waarin de relatie economie-geneeskunde en het rendement van de gezondheidszorg behandeld worden. Na een terugblik op het ontstaan van de economische en medische wetenschap gaat Lapré in op klachten over de weinig efficiënte aanpak in de gezondheidszorg. Bepleit worden uitbreiding van effectiviteitsmeting en intensievere samenwerking tussen econoom en medische specialisten om een meer verfijnde meting mogelijk te maken.

NCGV NIVEL

101
LAPRÉ, R.M.
Technology assessment op macro-niveau: een bestuurlijk model.
Medisch Contact; 42, 1987, no.15, p.459-461, lit. opgn. 14.

Een nieuwe medische mogelijkheid dient niet vanzelfsprekend te worden beschouwd als een voorziening die aan de bevolking ter beschikking moet worden gesteld: de financiële begrenzingen dwingen tot het stellen van prioriteiten. De criteria daarvoor behoeven verdere ontwikkeling en ook de bestuurlijke structuur moet worden gestroomlijnd, wil de besluitvorming verantwoord zijn. Met andere woorden, er dient een macro-besluitvormingsstructuur te worden ontwikkeld voor de beoordeling van het al dan niet toepassen van nieuwe technologieën: technology assessment op macro-niveau, bijvoorbeeld inzake de in vitro fertilisatie.(aut. ref.)

NIVEL

102
LEIJNSE, B.
Economische overwegingen bij de toepassing van medische technologieën.

De waarde van gezondheid en van een mensenleven is aan dezelfde regels onderhevig als die welke vanouds in handel en industrie als juist worden ervaren. Ook in ons land koersen we naar een gedeeltelijk vrije markt, als gevolg van zeer aardse, pecuniaire overwegingen. Het beste bewijs hiervoor is de roep om kosten-batenanalyses. Ook de politiek erkent dat de geldmiddelen de beperkende factor zijn geworden in de geneeskunde. Om een inadequate bezuinigingspolitiek te vermijden dient dit probleem op twee manieren aangepakt te worden:

- 1- de moderne medische technologieën goedkoper maken;
- 2- via kosten-batenanalyses precies vastleggen welke oude en nieuwe technologieën financieel op dit moment boven onze macht gaan.

NIVEL

103

MACKENBACH, J.P.

Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapie zeker mogelijk.

TNO-project; 12, 1984, no.2, p.62-64.

C

Het huidige morbiditeitspatroon wordt overheerst door aandoeningen, zoals bijvoorbeeld van het bewegingsapparaat. Deze aandoeningen zullen niet of pas na langere tijd tot sterfte leiden. De zo ontstane kostenexplosie in de fysiotherapie heeft de roep om verantwoording door effectonderzoek tot gevolg gehad. Volgens de auteur is het randomized controlled trial hiervoor de beste methode, ter toetsing van hypothesen. Dit betekent dus met controlegroep en aselechte toewijzing. Specifieke problemen zijn de vereiste dubbelblindheid, objectieve meting en/of pluriformiteit in indicatiestelling. Ter verduidelijking worden een aantal Engelse onderzoeken be-

sproken.

NIVEL

104

MAIMONE, M.

Technology assessment: een verkenning.

Delft: Technische Hogeschool Delft, 1985, lit. opgn. 45. P.O.O. Memorandum 1985-I.

In deze nota wordt een overzicht gegeven van de voornaamste kenmerken van technology assessment. De aandacht gaat primair uit naar de discussies en stellingnames uit de specifieke technology assessment literatuur. De oude en nieuwe visie op technology assessment worden naast elkaar gezet en vergeleken. Daarnaast worden belangrijke discussiepunten besproken, namelijk de waarde van technology assessment onderzoek, methodologische knelpunten en institutionalisering van technology assessment.

(NIVEL) B.C.U.

105

MULDER, J.H.

Technology assessment: wat moet een arts ermee?

Medisch Contact; 42, 1987, no.15, p.457-458, lit.opgn.12.

Het artikel geeft een inleiding voor de leek. Uiteengezet wordt wat technology assessment is en wat het doel ervan is. Ook wordt ingegaan op de methoden die er bestaan voor technology assessment. Aan de orde komen hier observatiestudies, experimenteel onderzoek, literatuurstudies en kostenanalyses en consensusachtige technieken.

NIVEL

106

OBBENS, H.J.M., RAASSEN-BEIJER, M.A.J., TERLOUW, T.J.A., AUFDEM KAMPE, G., MEIJER, O.G.

Kwaliteit van effect-onderzoek: 1979 t/m/ 1983: interne, statistische en externe validiteit in het wetenschappelijk onderzoek.

Een pleidooi wordt gevoerd om bij de waardering van effect-onderzoek expliciete criteria voor de kwaliteit van dat onderzoek te hanteren. Daarbij gaat het niet om de "absolute kwaliteit" van de individuele publikaties, maar om de "relatieve kwaliteit" van onderzoek binnen tijdschriften en in het kader van wetenschappelijke discussies. Wat betreft de "interne validiteit" worden met name "selectie bias", "contaminatie" en "placebo" besproken in het licht van pre-, quasi- en true experimenteel design. Van de 59 in de periode 1979 t/m 1983 in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie gepubliceerde effect-onderzoeken bleek 76% pre, 10% quasi, en 14% true experimenteel te zijn opgezet. In deze gegevens kon geen duidelijke positieve trend ten aanzien van de kwaliteit worden ontdekt. Een klein aantal problemen betreffende de "statistische validiteit" wordt beschreven. Het bleek dat 4 van de 14 gepubliceerde quasi- en true experimentele onderzoeken wat betreft de genoemde problemen statistisch valide waren. Getracht werd ook de "externe validiteit" kwantitatief in kaart te brengen, maar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij de classificatie bleek onvoldoende hoog. De gegevens van het onderzoek worden tenslotte gecombineerd met vorig jaar gepubliceerde gegevens over de "ecologische validiteit", van dezelfde effect-onderzoeken. Gesteld wordt dat de ontwikkelde kwaliteitscriteria gebruikt kunnen worden om trends in kwaliteitsontwikkeling, nationale verschillen tussen disciplines en internationale verschillen tussen fysiotherapeutische onderzoekstradities zichtbaar te maken. (aut. ref.)

NIVEL

107

ROZENDAAL, S.

Technology assessment: futurologie heeft afgedaan. De toekomst is aan technology assessment, een minder presentieuze methode om de effecten van nieuwe technieken

te voorspellen.

N.R.C. Handelsblad, 1-5-1986.

C

Beschouwing over technology assessment in het algemeen. Tevens wordt een globale inventarisatie gegeven van de stand van zaken met betrekking tot medische technology assessment in Nederland.

NIVEL

108

SMITS R.E.H.M., LEYTEN, A.J.M., BARKEMA, A.H.

Technology assessment: op zoek naar een bruikbare aanpak. een zestal gebieden van technologische ontwikkeling.

's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984, p. 49-57.

C

In dit rapport over technology assessment wordt in hoofdstuk 8 de medische technologie besproken. Aan de hand van de indeling van het Office of Technology Assessment splitsen de auteurs de medische technologie op in vier deelgebieden, te weten:

- 1- geneesmiddelen;
- 2- medische hulpmiddelen;
- 3- medische procedures;
- 4- organisatie van medische faciliteiten.

Vervolgens worden aan de hand van deze vierdeling enerzijds technologie en besluitvorming en anderzijds medische technologie en technology assessment besproken. Afgesloten wordt met te benadrukken dat er behoefte aan technology assessment-informatie bestaat, maar dat het beoordelen van een medische technologie moeilijk is, omdat gezondheidseffecten moeilijk in geld zijn uit te drukken.

NIVEL

109

SPORKEN, P. WACHTER, M DE.

Gezondheidsethiek: nieuwe taken?

Medisch Contact; 40, 1985, no.21, p.633-636, lit. opgn.

6.

Er wachten de gezondheidsethiek vele nieuwe taken waarmee zij nog niet voor de volle honderd procent vertrouwd is. De ethiek zal op tal van gebieden verder uitgewerkt dienen te worden. Veel humane waarden zouden in verdrukking komen wanneer de ethische implicaties van de medische beslis-kunde en van besluitvormingsprocessen worden verwaarloosd. Het artikel gaat onder andere in op de gezondheidsethiek op meso-, macro- en microniveau.

NIVEL

110

STRATEN, G-J.

Technology assessment en computer tomografie: met TACT op weg naar sturing van technologiese ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Nijmegen: z.n., 1986, 129 p., lit. opgn. 67, Afstudeerscriptie Katholieke Universiteit Nijmegen.

Deze studie is verdeeld over twee fases. In de eerste fase wordt de invoering van een medische technologie in Nederland in kaart gebracht. Bij deze rekonstruktie van de invoering van die medische technologie (i.c. computer tomograaf) staat het besluitvormingsproces en de rol die (wetenschappelijke) informatie daarin gespeeld heeft centraal. In de tweede fase worden gesprekken gevoerd met personen die bij de invoering betrokken zijn geweest. De onderwerpen die aan bod komen hebben betrekking op de case-beschrijving en het technology assessment concept "nieuwe stijl".

NIVEL

111

VANDENBROUCKE, J.P.

Kosten-batenanalyse en preventief onderzoek.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, 1981, no.7, p.276-278, lit. opgn. 12.

Ingegaan wordt op de toepassing van de kosten-batenanalyse in de medische sector, in het bijzonder

op de bijzondere kenmerken van de kosten-batenanalyse van preventief onderzoek.

NIVEL

112

VERSLAG

Verlag symposium gewijd aan medical technology assessment (M.T.A.): onderdeel van toegepaste gezondheidszorgresearch of aparte discipline?

Leiden: TNO, 1986, 42 p., lit. opgn. 16.

Deze bundel bevat een aantal samenvattingen van redevoeringen die gehouden werden op een symposium te Leiden in 1986, onder auspiciën van de Hoofdgroep Gezondheidsonderzoek TNO (HGO). De bedoeling van het symposium was om een gedachtenwisseling tot stand te brengen tussen functionarissen van verschillende overheidsdiensten, en representanten van TNO-onderdelen.

Deze bundel bevat verder een weergave van de gevoerde paneldiscussie.

(NIVEL) NIPG

113

VISSERS, T.C.G.M.

Strategieën om een ongebreidelde groei van medische technologieën te voorkomen.

Medisch Contact; 41, 1986, no.4, p.105-107, lit. opgn. 6.

Neerslag van een bijdrage aan het symposium "Het Instrument 1985". Er worden enige kanttekeningen geplaatst bij veel gehoorde visies ten aanzien van de beheersing van de medische technologieën. Met behulp van de diffusiecurve voor medische technologie wordt de levensloop van een nieuwe technologie verduidelijkt. Er wordt ook ingegaan op een aantal minder frequent geformuleerde, maar mogelijk effectievere mogelijkheden.

NIVEL

ZILVOLD, G.

Revalidatie-geneeskunde en techniek.

z.p.: z.n., 1984, 28 p., lit. opgn. 27.

Na een inleiding, waarin het belang van de techniek en het belang van samenwerking tussen medici en ingenieurs wordt benadrukt, bespreekt de auteur drie zogenaamde parameters. Deze drie zijn: de gekwantificeerde electromyografie, klinisch gebruik van gangbeeldanalyse en cardiale belastbaarheid. Het belang van technologie wordt bij alle drie benadrukt. De auteur zegt verder over revalidatietechniek dat dit noodzakelijk is om te komen tot een evaluatie van de efficiëntie van de behandeling, welke wordt ingesteld en te hulp snelt om op zo efficiënt mogelijke wijze aanpassingen voor de patiënt te creëren.

(NIVEL) A.B.

II.2 METHODOLOGIE

115

AMENT, A.

Enkele kanttekeningen bij het toepassen van kosten-batenanalyses in de gezondheidszorg.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 124, 1980, no.34, p.1423-1427, lit. opg. 5.

De uitgangspunten van de kosten-batenanalyse worden uiteengezet en de resultaten van enkele analyses worden op hun merites beoordeeld. Geconcludeerd wordt dat de kosten-batenanalyse een zeer ruwe indicatie oplevert van de werkelijke opbrengsten van gezondheidszorg.

NIVEL

116

ANDEL, H. VAN.

Medische technologie geëvalueerd.

Medisch contact; 36, 1981, no.45, p.1395-1398.

Een interessante mogelijkheid voor artsen en specialisten om binnen hun professie, maar ook naar buiten, verantwoording af te leggen is de zogenaamde consensus-meeting, ontwikkeld aan het National Institute of Health in de Verenigde Staten. De auteur beschrijft het waarom, het hoe en de vragen die rijzen met betrekking tot deze vorm van evaluatie van medische technologie. Het is een manier van werken die zijns inziens ook in Nederland zou kunnen worden toegepast.

NIVEL

117

CASPARIE, A.F., EVERDINGEN, J.J.E. VAN.

Consensus Development Conferences in the Netherlands. International Journal of Technology Assessment in Health Care; 1, 1985, no.4, p.905-912.

Consensus Conferenties worden in Nederland wat anders toegepast en met een ander doel gehouden dan in

de Verenigde Staten en andere Westeuropese landen. In Nederland worden dergelijke conferenties gebruikt om criteria te ontwikkelen voor goede medische zorg, zoals overeengekomen door de medische stand. Ze worden gehouden onder auspiciën van het CBO. De werkwijze is als volgt: de gekozen voorzitter formuleert de vragen voor de conferentie; bekende experts worden uitgenodigd om een paper te schrijven over een bepaald deel van het onderwerp; de experts komen enige malen bijeen tot overeenstemming is bereikt; op de eigenlijke conferentie (1 à 2 dagen) presenteren de experts hun bevindingen aan de toehoorders (150 à 800 deelnemers); na enige weken worden de bevindingen en conclusies op schrift gesteld en gepubliceerd. Een overzicht van reeds gehouden conferenties wordt gegeven.

NIVEL

118

HELM, H.J., VAN DER HISCHE, E.A.H.

De evaluatie van diagnostische technologieën: een besliskundige benadering.

Medisch Contact; 41, 1986, no.9, p.273-276, lit. opgn. 4.

Het artikel vormt de inhoud van een voordracht gehouden op "Het Instrument 1985". Nieuwe behandelingen worden onderworpen aan uitvoerige klinische proefnemingen, dit is veel minder het geval met diagnostische procedures. De beslisanalyse kan behulpzaam zijn bij het vaststellen van het nut van een diagnostische test. Aan de hand van een praktijkgeval uit de literatuur formuleren de auteurs de volgende conclusie: een diagnostische techniek heeft een evaluatie op verschillende niveaus. Volgens werken zij vier niveaus uit. Evaluatie is nodig op het technische niveau (1). Daarnaast moet onderzocht worden in welke mate de techniek kan discrimineren tussen de toestanden die voor de diagnostiek van belang zijn (2). Op het derde niveau stelt men vast onder welke omstandigheden een diagnostische techniek voldoende informatie geeft (3).

Op het hoogste niveau bekijkt men diagnostische tests in relatie met de therapeutische "kosten" en "baten" (4). Voorbeelden worden gegeven.

NIVEL

119

KAMPEN, E.J. VAN.

Baten en kosten van klinisch chemisch laboratoriumonderzoek.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 123, 1979, no.45, p.1941-1944, lit. opgn. 1.

De toepassing van klinische chemie heeft een aantal functionele elementen zoals analyse, kwaliteitsbewaking, interpretatie, medical need, automatisering, management, organisatie en economie. Al deze functies hebben hun directe invloed op de baten en kosten. Voor een redelijke discussie hierover acht de auteur het nodig iets meer te weten over een klinisch laboratorium in een ziekenhuis. Beschreven wordt een "gemiddeld laboratorium" in een "gemiddeld ziekenhuis". Hieruit wordt duidelijk dat het thans toegepaste systeem van kosten en baten geen beoordeling toelaat. Een proeve van een fundamenteel andere benadering wordt geïntroduceerd en ter discussie gesteld.

(NIVEL)

II.3 TOEKOMST

120

BANTA, H.D., GELIJNS, A.C.

Anticipating and assessing health care technology, volume I. General considerations and policy conclusions.

's-Gravenhage: z.n., 1987, lit. opgn. 230.

Eerste van een serie rapporten. In dit rapport worden onder andere aanbevelingen gedaan voor het ontwikkelen van een technology assessment-systeem voor de gezondheidszorg in Nederland. Het systeem omvat vier soorten activiteiten, te weten het in een vroeg stadium signaleren van nieuwe technologieën, het verzamelen van gegevens over en het analyseren van technologieën, het synthetiseren van gegevens uit het onderzoeksstadium en het doen van aanbevelingen voor toekomstige gebruikers, en verspreiding van de gegevens naar de aangewezen personen of instanties die de beleidsbeslissingen nemen. Gedeelten van een dergelijk systeem bestaan al wel in Nederland, maar het is nog geen uniform systeem.

Een technology assessment-systeem voor evaluatie van nieuwe technologieën moet de volgende vijf stappen omvatten:

- 1- evaluatie van toekomstige technologieën;
- 2- evaluatie van doelmatigheid en veiligheid vroeg in de levenscyclus;
- 3- evaluatie van doelmatigheid en veiligheid later in de levenscyclus;
- 4- kosten-effectiviteitsanalyse;
- 5- evaluatie na algehele verspreiding van de technologie.

Er wordt verder gewezen op het internationaal belang van technology assessment, met name voor kleinere landen zoals Nederland. De commissie doet een viertal beleidsaanbevelingen die voortvloeien uit de eerste geschetste aanbevelingen.

(NIVEL)

121

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake allogene beenmergtransplantatie.

's-Gravenhage: z.n., 1985, 124 p., lit. opgn. 71.

Gevraagd om een advies, heeft een commissie van de Gezondheidsraad geconstateerd, op grond van uitvoerig literatuuronderzoek en van Nederlandse ervaringen, dat allogene beenmergtransplantatie (bmt) voor de behandeling van een aantal groepen patiënten de beste overlevingskansen biedt. Gezien de hoge kosten en arbeidsintensiviteit, is het van groot belang dat de bmt is ingebed in de hematologische zorg en dat de centra waar bmt plaatsvindt over een aantal voorzieningen beschikken op topniveau. De commissie beveelt een drietal ziekenhuizen aan waar de komende vijf jaar allogene bmt zou moeten worden geconcentreerd.

(NIVEL) B.G.

122

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake hartchirurgie: bevattende een raming van de behoefte aan hartchirurgische ingrepen in Nederland omstreeks 1990.

's-Gravenhage: z.n., 1984, 355 p., lit. opgn. 312.

In dit advies beargumenteert een commissie van de Gezondheidsraad een behoefte aan hartchirurgie in Nederland omstreeks 1990 van ongeveer 12.300 ingrepen per jaar. Hierbij wordt een onzekerheidsmarge van 10 à 15% opgegeven. De ingrepen worden onderverdeeld in: coronaire bypassoperaties, klepoperaties, hartoperaties bij kinderen en operaties vanwege hartritmestoornissen. Besloten wordt met een veertiental aanbevelingen die, naast eerder vermelde punten, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek betreffen.

(NIVEL) B.G.

123

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake kunstmatige voortplanting.

's-Gravenhage: z.n., 1986, 222 p., lit. opgn. 131.

Het rapport behandelt technische, psychosociale en ethische aspecten van de kunstmatige voortplantingstechnieken, waarvan in vitro fertilisatie (IVF), kunstmatige inseminatie donor (KID), eiceldonatie en draagmoederschap de hoofdcategorieën zijn. IVF en KID zijn veel gevraagde behandelingen; naar eiceldonatie en draagmoederschap is (op dit moment) weinig vraag en toepassing komt op nog slechts heel beperkte schaal voor. Ingegaan wordt verder op de stand van de wetenschap. Tot slot worden enkele aanbevelingen geformuleerd.

(NIVEL) B.G.

124

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake kwaliteitsbeheer medische hulpmiddelen.

's-Gravenhage: z.n., 1985, 40 p., lit. opgn. 29.

De explosieve groei die de medische hulpmiddelen, in aantal, ingewikkeldheid en bijbehorende kosten, de laatste 25 jaren hebben doorgemaakt is nog niet ten einde. Dit impliceert een steeds toenemende behoefte aan vakkundig beheer van de kwaliteit van deze apparatuur en aan toezicht op zowel veiligheid als economisch verantwoord gebruik, vooral om twee redenen: 1- verkleining van het risico voor de gezondheid van patiënten en bedienend personeel; 2- voorkoming van economische verliezen als gevolg van enerzijds onnodige ligdagen in een ziekenhuis of onnodig (herhaald) onderzoek en anderzijds te lage benuttingsgraad en/of verkeerd gebruik van het hulpmiddel.

De commissie van de Gezondheidsraad die dit rapport opgesteld heeft komt tot een aantal conclusies op met name het vlak van de regelgeving. Benadrukt wordt dat de baten van naleving van de geformuleerde aanbevelingen zullen opwegen tegen de gemaakte kosten.

(NIVEL) B.G.

125

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake medische biotechnologie.

's-Gravenhage: z.n., 1985, 33 p., lit. opgn. 11.

In dit advies worden de ontwikkelingen op het terrein van de biotechnologie beschreven. Op grond van deze beschrijving worden knelpunten gesignaleerd. Vervolgens wordt aangegeven langs welke weg die knelpunten kunnen worden aangepakt. Geadviseerd wordt een Programmacommissie Medische Biotechnologie (PcMeB) in te stellen. Tenslotte wordt de structuur gegeven waarbinnen deze commissie werkzaam kan zijn. (NIVEL) B.G.

126

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake pancreastransplantatie.

's-Gravenhage: z.n., 1985, 81 p., lit. opgn. 51.

In dit advies wordt aandacht besteed aan de plaats die pancreastransplantatie in kan nemen naast bestaande conventionele behandeling met insuline-injecties en continue toediening van insuline met behulp van een draagbaar pompje. Daarnaast wordt aandacht besteed aan transplantatie van de eilandjes van Langerhans. De commissie, gezien de thans bekende gegevens, staat wat terughoudend tegenover pancreastransplantatie als behandelingsmethode voor patiënten met type 1 diabetes mellitus.

(NIVEL) B.G.

127

GEZONDHEIDSRAAD.

Advies inzake radiotherapie.

's-Gravenhage: z.n., 1984, 136 p., lit. opgn. 5.

Berekeningen worden uitgevoerd met betrekking tot de huidige en toekomstige behoefte aan apparatuur en personeel. Het aantal megavoltapparaten is niet voldoende om in de behoefte te voorzien. Gelet op de

lange duur van voorbereidingen van bouw en inrichting zal er veel moeite moeten worden gedaan om de achterstand in te lopen. Een integrale kosten-effectiviteitsanalyse was voor de commissie niet te maken. De huidige beoefening van de radiotherapie wordt uitgebreid beschreven, alsmede de stand van wetenschap met betrekking tot de resultaten van de kankerbehandeling bij een groot aantal tumorlocaties. Recente en te verwachten ontwikkelingen worden geanalyseerd of aangegeven.

(NIVEL) B.G.

128

GEZONDHEIDSRAAD.

Overzicht adviezen 1955- maart 1985.

z.p.: z.n., z.j., 32 p. Toegevoegd zijn de uitgebrachte adviezen voor 1986.

R.3062

De nummers 121 t/m 127 zijn voorbeelden van adviezen die de Gezondheidsraad met grote regelmaat doet verschijnen. Deze adviezen kunnen worden opgevat als technology assessments. In dit overzicht staan alle adviezen van de Gezondheidsraad, dus ook de adviezen met betrekking tot technology assessment. Het lijkt ons niet zinvol om deze in het kader van deze bibliografie allemaal te bespreken.

NIVEL

129

Nota 2000.

Nota 2000.

Leidschendam: Ministerie van WVC, 1986, 381 p.

R.2771

Kerngedachte van de Nota 2000 is dat gezondheid niet alleen een produkt is van de talrijke voorzieningen die worden aangetroffen op het brede terrein van de gezondheidszorg, maar ook van andere factoren. Die factoren zijn ondergebracht in vier groepen: biologische factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijk omgeving en de leefwijze. Een overheid die de

gezondheid van haar ingezetenen wil bevorderen, kan zich niet beperken tot het scheppen en in stand houden van een dicht net van voorzieningen. De aandacht zal zich ook moeten richten op de vier genoemde andere complexen.

Hoofdstuk 7.5 richt zich met name op de medische technologie en in paragraaf 7.5.1 komt de beleidsontwikkeling met betrekking tot de medische technologie aan de orde. Hierin wordt ook aandacht besteed aan de noodzaak van technology assessment.

NIVEL

130

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG.

Het hart van de toekomst, de toekomst van het hart: scenario's over hart en vaatziekten 1985-2010.

Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986, 107 p., lit. opgn. 34.

B.1514

In de scenario's voor hart- en vaatziekten werd de aandacht gericht op ischemische hartziekten die 80% van de sterfte aan alle hartziekten uitmaken en 25% van de totale sterfte. Als sleutelvariabelen werden de mogelijke incidentie en de prevalentie en de rol van preventie en behandeling gekozen tussen 1985 en 2010. Daarbij werd gebruik gemaakt van Nederlandse gegevens, internationale literatuur en schattingen van deskundigen bij berekeningen van behandelingseffecten. Gezien de vele gegevens, hun onderlinge samenhang en het aantal mogelijke scenario's werden deze laatste vervaardigd met behulp van een computer-simulatiemodel. De uitkomsten van dit scenario-onderzoek komen in hoofdzaak neer op:

- 1- een voortgezette daling van sterfte aan ischemische hartziekten tot na 2000, ongeacht de leefwijze;
- 2- uitgestelde sterfte bij de oudere bevolking door langere ziekte en behandeling;
- 3- verminderde sterfte in jongere leeftijdsgroepen door preventie;
- 4- verminderde behoefte aan kostbare behandelingsmogelijkheden als hartchirurgie na 1995 of later,

afhankelijk van vraag en aanbod;

5- groter effect van vroege preventie dan van late interventie, met winst in kwaliteit van leven;

6- verbetering van behandeling van acute ischemische hartziekten leidt tot lagere sterfte en meer chronische patiënten;

7- verbetering van acute en chronische behandeling van ischemische hartziekten heeft, bij een al aanzienlijke levensverwachting, een bescheiden invloed op de verlenging ervan.

NIVEL

131

STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG.

Ouder worden in de toekomst: scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000.

Amsterdam: Uitgeverij Kobra, 1984, 272 p. lit. opgn. 110.

B.1095

Uitgaande van de volgende probleemstellingen:

1- welke zijn de belangrijkste (toekomstige) ontwikkelingen, die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand van ouderen in Nederland in de periode 1984-2000?

2- welke zijn, gezien de toekomstige gezondheidstoestand van ouderen en hun toenemend aantal in de Nederlandse bevolking, de mogelijke patronen van (gezondheids-)voorzieningen in de periode 1984-200? heeft de stuurgroep een drietal scenario's ontworpen.

Als eerste een referentiescenario, waartegen de overige twee scenario's kunnen worden afgezet. In dit referentiescenario komen een vijftal aspecten aan de orde, namelijk de demografische ontwikkelingen, de gezondheidstoestand van de ouderen, maatschappelijke ontwikkelingen, de vraag naar voorzieningen door ouderen en de economische context. De medisch-technologische ontwikkeling wordt onveranderd geacht tot het jaar 2000. Scenario B gaat uit van een toenemende groei van de vraag naar voorzieningen en scenario C gaat uit van een afnemende

vraag naar voorzieningen. Daarnaast komen zogenaamde doorkruisende ontwikkelingen aan de orde. Tenslotte wordt ingegaan op de gebruiksmogelijkheden van scenario's.

NIVEL

II.4 ONDERZOEK

132

ARNOLD, L.V.

De X-alert monitor getest: röntgenstraling in de praktijk.

Nederlands Tandartsenblad; 41, 1986, no.17, p.550-553, lit. opgn. 4.

De aanwezigheid van röntgenstraling in een ruimte is alleen indirect vast te stellen. Voor de tandheeldkunde komen drie manieren in aanmerking, namelijk de filmbadge, de TLD-badge en de monitor met Geiger-Müller telbuis. De X-alert monitor is van het laatste type. De monitor werd getest op zijn gevoeligheid voor secundaire straling. Het blijkt een zeer gevoelige en handzame stralingsdetector.

NIVEL

133

BERGHUIS, L.P.J., SCHOTMAN, M.D., DE GRAAFF, J. EGGINK, C.O.

De betrouwbaarheid van de kogelsterilisator.

Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde; 91, 1984, no.5, p.199-204, lit. opgn. 18.

Een aseptische werkwijze is bij endodontische behandelingen van groot belang. Een belangrijk hulpmiddel hierbij kan de kogelsterilisator zijn. In de literatuur echter lopen de meningen omtrent de betrouwbaarheid van dit apparaat sterk uiteen. Daarom werd een onderzoek ingesteld naar het steriliserend vermogen van deze kogelsterilisator. Als resultaten komen naar voren, dat endodontische instrumenten binnen acceptabele tijden tijdens de behandeling gesteriliseerd kunnen worden, voor zover dit het werkzame deel van de instrumenten betreft. Na de behandeling dient het instrumentarium geautoclaveerd te worden. Het artikel wordt afgesloten met een lijst van aanbevelingen.

(NIVEL) A.B.

BLOM-FUHRI SNETHLAGE, M.H. (red.)

Techniek voor ouderen.

Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1986, 111 p.

B.1329

In deze publikatie worden de technische voorzieningen voor ouderen onderzocht, met problemen als: - welke eisen stellen ouderen aan hun woning, woninginrichting en huishoudelijke apparatuur; - welke eisen stellen ouderen aan bereikbaarheid en informatie- en communicatiemiddelen; - hoe ziet de markt van de op ouderen gerichte goederen en diensten er uit en waar zijn lacunes aanwijsbaar; - het ontwerpen van produkten, ook bruikbaar voor ouderen; - welke factoren spelen bij ouderen een rol bij het al dan niet aanvaarden van nieuwe technieken.

NIVEL

BOON, M.E.

De Cytobrush-Methode: een middel ter verbetering van de kwaliteit van door huisartsen gemaakte cervixuitstrijken.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, no.10, p.322-324, lit. opgn. 13.

In februari 1985 introduceerde het Leids Cytologisch Laboratorium bij circa 600 huisartsen de zogenaamde Cytobrush, met het verzoek deze uitstrijkmethode toe te passen naast de conventionele spatelmethode. In deze evaluatie komen de volgende vragen aan de orde: 1- is het percentage representatieve preparaten groter bij de combinatiemethode dan bij de spatelmethode?

2- worden in de brushgedeelten van de uitstrijken meer afwijkende cellen gezien dan in de spatelgedeelten?

3- worden met de combinatiemethode voorstadia van het adenocarcinoom van de cervix gevonden, die met de spatel niet zouden zijn opgespoord?

Het blijkt dat het percentage representatieve uit-

strijkjes aanzienlijk kan toenemen, wanneer de huisarts gebruik maakt van de nieuwe combinatiemethode. Een tweede voordeel van de Cytobrush is, dat daarmee een hoger gedeelte van de endocervix wordt bereikt, waardoor voorstadia van de adenocarcinoom die met de spatel worden gemist, toch tijdig kunnen worden opgespoord.

NIVEL

136

ENGELS, L.G.J., BELT, A.M.TH. VAN DER, BAKKER, J.H. ,
TONGEREN, J.H.M.

Totale parenterale voeding thuis; ervaringen bij 7 patiënten.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 126, 1982, no.15, p.658-664, lit. opgn. 53.

Beschreven worden ervaringen bij 7 patiënten die 5 tot 58 maanden thuis parenterale voeding kregen toegediend, 4 patiënten met een short bowelsyndroom, 1 met een jejunostoma, 1 met een totale dunne-darmobstructie door tumorgroei en 1 met sclerodermie, onder andere van de dunne darm. Bij 4 patiënten wordt de voedingsoplossing door een sub-cutaan gelegen arterioveneuze fistel toegediend, bij de overigen door een V. cava-catheter. Aanbevelingen worden gedaan omtrent de toe te dienen voedingsoplossingen en het toedieningssysteem. Ingegaan wordt op indicaties, complicaties en psycho-sociale aspecten van parenterale voeding.

NIVEL

137

HEKKENBERG, R.

MTD-test gebruikswaarde van ultrageluidapparaten voor de fysiotherapie.

z.p.: z.n., 1984, 105 p., lit. opgn. 17. NZI-publikatie 84.431.

Het onderzoek naar negen apparaten wordt voorafgegaan door normen ten aanzien van elektrische veiligheid en aanbevelingen met betrekking tot elektro-

magnetische interferenties. Het accent van het onderzoek lag bij de functionele eigenschappen. Daarnaast zijn onderzocht ergonomische aspecten, constructie en onderhoud, elektrische veiligheid en elektrische interferenties. Met nadruk wordt erop gewezen dat de klinische effectiviteit buiten beschouwing gelaten wordt in het onderzoek. N.b. een tiende apparaat is ook nog getest. Het rapport hiervan is genummerd 84.431/1.

(NIVEL) TNO

138

HINTE, E.J., HUPPES, G.

Vier "light-curing" apparaten vergeleken.

Nederlands Tandarsenblad; 41, 1986, no.20, p.682-685.

In dit eerste van twee artikelen wordt de werking van vier "light-curing" apparaten besproken. Daarnaast komen aan bod de extra's en de uitvoering. Het onderzoek werd in opdracht van de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde (NMT) door een ingenieursbureau uitgevoerd.

NIVEL

139

HINTE, E.J., HUPPES, G.

Vier "light-curing" apparaten vergeleken.

Nederlands Tandartsenblad; 41, 1986, no.21, p.731-733.

In dit laatste van twee artikelen wordt, in het in opdracht van de NMT uitgevoerde test, ingegaan op de belichting, de bediening, de geluidsproductie en het onderhoud van vier "light-curing" apparaten. De auteurs gaan uiteindelijk niet zo ver één van de apparaten aan te bevelen.

NIVEL

140

HOLLANDER, J.I.

MFI-test ECG-electroden.

z.p.: z.n., 1982, 58 p., lit. opgn. 20. NZI-publicatie 82.285.

Het doel van het onderzoek is om ECG-electroden met gelijk of nagenoeg gelijk gebruiksdoel te onderzoeken en onderling te vergelijken op grond van gebruikswaarde. Onder gebruikswaarde wordt verstaan de technische kwaliteit en de klinische bruikbaarheid van de elektroden. Het rapport bevat de onderzoeksresultaten van 24 verschillende "lange termijn gevulde wegwerp" elektroden voor volwassenen.
(NIVEL) TNO

141

HOLLANDER, J.I., BOSCH, H. VAN DEN, HAKKENBERG VAN GAASBEEK, CH.A., BOTER, J., VENROOIJ, G.E.P.M.
MFI-test hartmonitoren.
z.p.: z.n., 1980, 87 p., lit. opgn. 10. NZI-publikatie 80.195

Vergelijkend onderzoek naar OK-hartmonitoren. Het onderzoek omvat in principe één type of samenstelling van elk merk welke bij aanvang van het onderzoek op de Nederlandse markt aanwezig was. Het betreft OK-hartmonitoren waarvan de samenstelling bestaat uit ECG- en polsversterkers; cardiotachometer en monitor. De apparaten werden getest en beoordeeld op technische en ergonomische aspecten.
(NIVEL) TNO

142

JAGER, W.O.R. DE.
Automatiseren: vergelijking van een viertal systemen voor de tandartsenpraktijk.
Nederlands Tandartsenblad; 41, 1986, no.7, p.202-214.

In het kader van dit artikel is gekozen voor de bespreking van vier systemen, die op grond van hun achtergrond een zekere waarborg voor continuïteit en professionaliteit lijken te bezitten. Aan alle firma's werd een vragenlijst gezonden met het verzoek die zo volledig mogelijk in te vullen. Hiervan werd een vergelijking gemaakt. De auteur spreekt zich uiteindelijk uit voor bepaalde soft-ware pakketten

op bepaalde gebieden, maar onderstreept dat dat slechts zijn persoonlijke mening is.

NIVEL

143

KEULEN, G.J. VAN.

MTD-test drip-rated controlled and volumetric infusion pumps.

z.p.: z.n., 1984, 158 p., lit. opgn. 35. NZI-publikatie 84.421.

Engelse versie van NZI-publikatie 83.362. De infuuspompen werden onderzocht op technische aspecten, waaronder veiligheid en ergonomische aspecten.

(NIVEL) TNO

144

KEULEN, G.J. VAN.

MTD-test mechanische en electronische infusieregelaars.

z.p.: z.n., 1984, 117 p., lit. opgn. 33. NZI-publikatie 84.420.

Dit rapport is een eerste deelrapport van een onderzoek dat door TNO en een aantal andere instanties uitgevoerd werd. In dit rapport komen de technische-gebruikswaarde- en commerciële aspecten van de onderscheiden hulpmiddelen aan de orde.

(NIVEL) TNO

145

KEULEN, G.J. VAN.

MTD-test niet draagbare spuitinfusiepompen.

z.p.: z.n., 1985, 68 p., lit. opgn. 19. NZI-publikatie 85.441.

Derde van een aantal rapporten in de reeks vergelijkende onderzoeken naar de gebruikswaarde van medische apparatuur (eerder verschenen rapporten nrs. 83.362 en 84.420) Het onderzoek heeft als doel de apparaten te onderzoeken op gebruikswaarde. Hieronder wordt verstaan de technische kwaliteit van zowel uitvoering als bouwwijze van het instrument in rela-

tie tot het praktische gebruik.
(NIVEL) TNO

146

KEULEN, G.J. VAN, DANE, H.J.

MFI-test intensive care convective couveuses.

z.p.: z.n., 104 p., lit. opgn. 41. NZI-publikatie
81.266.

Het onderzoek omvat in principe één type of samenstelling van elk merk dat tijdens het praktische deel van het onderzoek op de Nederlandse markt aanwezig was. Wanneer van één merk principieel verschillende toestellen leverbaar waren zijn deze in het onderzoek opgenomen. Beoordeeld werden de functionele eigenschappen (klimaat en akoestiek), uitvoering en constructie, veiligheid en ergonomische aspecten.

(NIVEL) TNO

147

KOPPELAAR, N., MOESKER, A.

Epidurale pijnbestrijding in de thuissituatie: functie, plaats, taken en verantwoordelijkheden nader toege-licht.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, no.2, p.4-6, lit.opgn 4.

Epidurale pijnbestrijding is een nieuw fenomeen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zoals alle nieuwe ontwikkelingen, heeft ook dit vele vragen opgeroepen. De bedoeling van dit artikel is enerzijds om duidelijkheid te geven over wat epidurale pijnbestrijding inhoudt en anderzijds om als aanzet te dienen tot een discussie over taken en verantwoordelijkheden die hierbij aan de orde komen. Ondanks de wettelijke belemmeringen hebben de auteurs erg positieve ervaringen opgedaan met deze vorm van pijnbestrijding.

NIVEL

KREIS, I.A., HOFMAN, A., POTS, K.

Een nieuw apparaat ter vermindering van waarnemer bias bij bloeddrukmeting.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no.21, p.898-900, lit. opgn. 4.

Er is bij de bloeddrukmeting in dit onderzoek gekozen voor een methode die vergelijkbaar is met de gebruikelijke auditieve methoden. Juist bij de meest gebruikte methoden van bloeddrukmeting kan waarnemer bias gemakkelijk optreden. Onderzocht werden de zogenaamde RZ-meter (Random zero) en de RIVM-meter (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne). Materiaal, methode en resultaten worden weergegeven en besproken.

NIVEL

MARKUS, H.J.M., HOOGEN, H.J.M. VAN DEN, HUYGEN, F.J.A.

De betrouwbaarheid van hemoglobinebepalingen in de huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 23, 1981, no.2, p.47-51, lit.-opgn. 5.

In dit onderzoek werden geen systematische verschillen gevonden tussen de bepalingen van de negen bij het onderzoek betrokken praktijkassistentes. Evenmin waren er belangrijke systematische verschillen tussen de drie Siccameters en drie Spencermeters, of tussen deze apparaten en een colorimeter van een ziekenhuislaboratorium. Wel kwamen zowel bij de Siccameter als bij de Spencermeter onverwachte uitschieters voor, die mogelijk te wijten zijn aan prepareerfouten. Er is dus een vrij grote foutenmarge wanneer het hemoglobinegehalte met een dergelijk apparaat wordt bepaald. Om deze marge te beperken kan men beter niet op één bepaling afgaan, maar deze een of meer malen herhalen.

NIVEL

150

NIMWEGEN, CHR. VAN, BOTER, J., HAKKENBERG VAN GAASBEEK, CH.A., STERKEN, W., VENROOIJ, C.E.P.M. VAN.

MFI-test doorstroom-bloedverwarmers.

z.p.: z.n., 1979, 122 p., lit. opgn. 32. NZI-publikatie 80.187.

De in dit rapport geteste apparaten werden onderzocht op technische prestaties, die verband houden met de functionele waarde, de constructie en de veiligheid voor patiënt en bediener. Onder deze technische prestaties vallen mechanische constructie, elektrische constructie, eenvoud van onderhoud, veiligheid en ergonomische aspecten.

(NIVEL) TNO

151

PESET REIG, R., MARRINK-OESEBURG, D.S., MARK, TH.W. VAN DER.

De mini Wright peak-flow meter en de spirometer.

Huisarts en Wetenschap; 26, 1983, no.10, p.384-385, lit. opgn. 5.

Er wordt een korte beschrijving gegeven van een vergelijkende studie van de peak expiratory flow rate, zoals gemeten met de Wright peak-flow meter en expiratoire seconde capaciteit zoals gemeten met de spirometer. De studie betrof 88 patiënten die een polikliniek bezochten. Aangetoond werd dat er een goede correlatie bestaat tussen de mini en maxi peak-flow meters. Hierdoor is het te verwachten dat het gebruik van de mini peak-flow meter toe zal nemen, mede gezien de kosten, en dat zelfs longpatiënten voorzien kunnen worden van een dergelijke meter, zodat zij hun longfunctie thuis en op hun werk kunnen meten.

NIVEL

152

RAPPORT

Rapport onderzoek naar tast- en steunstokken afgerond.

R: maandblad voor revalidatie; 1983, no.1, p.8-9.

Verslag van een onderzoek van TNO, in opdracht van de Stichting Warenonderzoek Gehandicapten, waarin de stokken onderzocht werden op constructie, ergonomie en functionele aspecten. Daarnaast wordt aangekondigd dat het IZF en TNO een nieuwe stok aan het ontwikkelen zijn.

(NIVEL) B.C.U.

153

RIETHORST, J.

MFI-test draagbare defibrillatoren.

z.p.: z.n., 1982, 80 p., lit. opgn. 13. NZI-publicatie 82.292.

Vergelijkend onderzoek naar 23 defibrillatoren. Het onderzoek is gericht op een aantal technisch functionele eigenschappen, betrouwbaarheid, veiligheid en ergonomische aspecten van accugevoede apparaten.

(NIVEL) TNO

154

STERKEN, W.

MTD-test een vergelijkend onderzoek naar de gebruikswaarde van electrochirurgische apparaten.

z.p.: z.n., 1985, 165 p., lit. opgn. 22. NZI-publicatie 85.432.

Dit onderzoek had ten doel om apparaten met gelijk of nagenoeg gelijk gebruiksdoel te onderzoeken en onderling te vergelijken met betrekking tot de gebruikswaarde. Onder gebruikswaarde wordt verstaan de technische kwaliteit van zowel uitvoering als de bouwwijze van het instrument in relatie tot het praktische gebruik. De beoordeling betreft alle onderdelen die voor de gebruikswaarde van betekenis zijn.

(NIVEL) TNO

155

VLIST, J.A. VAN DER.

Oud en zelfstandig: toepassing van maatschappelijke kosten-batenanalyse op de huisvesting van ouderen. Economisch Statistische Berichten; 69, 1984, no.3474, p.890-893, lit. opgn. 7.

Op basis van een onderzoek van de provincie Zeeland naar de benodigde bejaardenvoorzieningen aldaar, wordt nadere analyse gegeven van keuze tussen intra- en extramurale woonvoorzieningen. Hierbij wordt rekening gehouden met verlies van zelfstandigheid bij opname in een bejaardentehuis, met de mate van validiteit van bejaarden, met de omvang van de benodigde hulp, met de aan-/afwezigheid van een partner en met de leeftijd. Na vergelijking van kosten en baten van al dan niet in een tehuis wonen, kan geconcludeerd worden dat er maatschappelijk gezien minder behoefte is aan intramurale voorzieningen dan waarvan momenteel wordt uitgegaan.

WVC NIVEL

156

VOORHOEVE, H.W.A.

BOEL-test richt zich op het totale communicatievermogen: het alternatief voor de Ewing-test blijkt in de praktijk in Zuid-Holland snellere en goedkopere resultaten te bereiken.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no.1, p.16-18, lit. opgn. 7.

Als gevolg van een aantal omstandigheden was in 1979 een uitbreiding van het screeningsonderzoek van het gehoor volgens de Ewing-methode niet langer mogelijk. Als alternatief werd de BOEL-test gekozen. Deze test wordt volgens een standaardmethode in een bepaalde volgorde uitgevoerd; het is een test, niet alleen voor het gehoor, maar voor het hele communicatievermogen. De auteur concludeert dat de BOEL-test als screeningstest een serieus en uitvoerbaar alternatief voor de Ewing-test is, zeker gelet op de kosten.

NIVEL

AUTEURSINDEX

A

Altman, S.H.
1
Ament, A.
115
Anbar, M.
12
Andel, H. van
116
Anderson, J.G.
43
Anderson, M.M.
43, 74
Arnold, L.V.
132
Aufdemkampe, G.
93, 106

B

Baker, S.R.
44
Bakker, J.H.
136
Bally, J.
94
Banta, H.D.
35, 36, 37, 45, 120
Barkema, A.H.
110
Behney, C.J.
37
Beijer, M.A.J.
93
Belt, A.M.TH. van der
136
Bennet, K.J.
55

Berghuis, L.P.J.
133
Berk, A.A.
17
Birch, S.
56
Blanpain, J.E.
18, 51
Blendon, R.
1
Blom-Fuhri Snethlage, M.H.
134
Bloom, B.S.
57
Bobbert, M.
95

Boon, M.E.
135
Bosch, H. van den
139
Boter, J.
141, 150
Bouckaert, A.
46
Bouter, L.M.
96
Brook, R.H.
58
Brouwers, A.
97
Bunker, J.P.
2, 3
Buxton, M.J.
79

C

Casparie, A.F.
117

Challah, S. 59	E
Chalmers, T.C. 17, 60	Eggink, C.O. 133
Chassin, M.R. 58	Engels, L.G.J. 136
Chrzanowski, R. 4, 52	Evans, R.W. 38
Coan, R.E. 89	Everdingen, J.J.E. van 117
Cochrane, E.L. 5	F
Committee for evaluating medical technologies in clinical use 6	Feeny, D. 47, 55, 61, 63
Culyer, A.J. 7	Fineberg, H.V. 10
D	Fink, A. 58
Dane, H.J. 146	Fischer, G.L. 48
Dardis, R. 81	Fowles, J. 2, 3
Davis, F. 31	G
De Graaff, J. 133	Garner, T.I. 81
Dienstag, J.L. 87	Gelijns, A.C. 120
Dinkel, R. 80	Gerjuoy, H. 74
Discussienota 98	Gershuny, J.I. 19
Donaldson, C. 56	Gezondheidsraad. 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128
Drummond, M.F. 8, 55, 62, 63	Gordon, G. 48
Dukes, G. 9	Gordon, T.J. 74

Gouttebel M.C.	Hollander, J.I.
83	140, 141
Greer, A.L.	Hoogen, H.J.M. van den
49	149
Gross, P.F.	Horisberger, B.
50	7
Gutzwiller, F.	Houtkoop, E.
4, 52	95
Guyatt, G.H.	Howard, J.
55, 61, 62, 63	31
	HSR '84
H	75
	Huppés, G.
Haan, G.	138, 139
94	Hutton, J.
Hakkenberg van Gaasbeek,	64
CH.A.	Huygen, F.J.A.
141, 150	149
Hammond, J.	
20	I
Hampton, J.R.	
82	Iglehart, J.K.
Harlan, W.R.	39, 76
54	
Hekkenberg, R.	J
137	
Helm, H.J. van der	Jacoby, I.
118	53, 66
Hermesse, J.	Jager, W.O.R. de
21	142
Heuvel, W. van den	Jay, S.J.
22	43
Hiatt, H.H.	Joyeux, H.
10	83
Hill, J.D.,	
82	K
Hinte, E.J.	
138, 139	Kampen, E.J. van
Hische, E.A.H.	119
118	Kasteleins, A.
Hofman, A.	99
148	

Kemp, K.B.	M
45	
Keppel Hesselink, J.M.	Mackenbach, J.P.
96	103
Keulen, G.J. van	MacPherson, J.G.
143, 144, 145, 146	84
Kiely, B.G.	Maimone, M.
84	104
Koppelaar, N.	Markus, H.J.M.
147	149
Kosecoff, J.	Mark, TH.W. van der
58	151
Kreis, I.A.	Marké, L.A.
148	23
L	Marrink-Oeseburg, D.S.
	151
Lacour, B.	Mather, H.G.
83	86
Lameire, N.H.	Matsumo, M.F.
85	13
Lapré. R.M.	Mays, N.B.
100, 101	59
Lawrence, C.J.	McKinley, J.B.
86	40, 77
Leenders, J.	McNerney, W.J.
23	26
Leijnse, B.	Meijer, O.G.
102	106
Leroy, X.	Mitchell, J.R.A.
46	82
Leyten, A.J.M.	Mobley, G.M.
108	89
Loucks, V.R.	Moesker, A.
24	147
Luce, B.R.	Morgan, D.C.
72	86
Ludbrook, A.	Moses, L.E.
25	65
	Mulder, J.H.
	105
	Mullan, F.
	66

Mulley, A.G.
87

N

Nimwegen, CHR. van
150
Nota 2000
129

O

Obbens, H.JM.
93, 106
Office of Technology
Assessment
11, 41
Orleans, M.
27
Orleans, P.
27

P

Park, R.E.
58
Pauker, S.G.
67
Pearson, N.G.
86
Perry, S.
16
Peset Reig, R.
151
Pope, C.
31
Pots, K.
148

R

Raassen-Beijer, M.A.J.
106
Rapport
152
Read, K.L.Q.
86
Reiser, S.J.
12, 32, 33
Riethorst, J.
153
Rifkin, S.B.
28
Riis, P.
34
Riley, I.S.
86
Rodier, F.
83
Rose, M.
53
Rozendaal, S.
107
Rozendal, R.H.
95
Ruzeh, S.
31

S

Sambeek, H.W.R.
95
Sattler, L.L.
91
Saudek, C.D.
29
Schaffarzick, R.
2, 3,
Scherstin, T.
68

- Schlag, P.
30
- Schotman, M.D.
133
- Schrijvers, G.
22
- Schroeder, S.A.
13, 14
- Schwartz, W.B.
78
- Schweer, H.M.
43
- Scitovsky, A.A.
69, 88
- Shaw, D.B.
86
- Showstack, J.A.,
13, 14
- Silverstein, M.D.
87
- Skellie, F.A.
89
- Smits, R.E.H.M.
108
- Solassol, C.
83
- Solomon, D.H.
58
- Sporcken, P.
109
- Starmans, R.
94
- Steed, G.R.
86
- Steiger, E.
91
- Steinberg, H.R.
14
- Sterken, W.
150, 154
- Stocking, B.
15
- Straten, G-J.
110
- Stross, J.K.
54
- Stuurgroep Toekomstscena-
rio's Gezondheidszorg.
130, 131
- T
- Terlouw, T.J.A.
93, 106
- Thorne, M.G.
86
- Tongeren, J.H.M.
136
- Towery, O.B.
16
- Tugwell, P.
55, 61
- V
- Vandenbroucke, J.P.
111
- Vang, J.
70
- Venrooij, C.E.P.M. van
141, 150
- Verzellenberg, L.N.J.
97
- Vissers, T.C.G.M.
113
- Vlist, J.A. van der
155
- Voorhoeve, H.W.A.
156
- W
- Wachter, M de
109

Wagner, J.L.

71

Walt, G.

28

Warner, K.E.

72, 90

Wateska, L.P.

91

Weinstein, M.C.

73

West, R.R.

79

Willems, H.H.M.

99

Y

Young, D.A.

42

Z

Zilvold, G.

114

Zweifel, P.

92

TREFWOORDENINDEX

A

ambulante zorg
17, 92
automatisering
142

B

beleidsaanbevelingen
1, 6, 11, 21, 40, 42, 48,
56, 76, 77, 78, 98, 113,
120, 121, 122, 123, 124,
125, 126, 127, 128, 129

België

46

bestuurlijke aspecten
101

bibliografie

8, 12, 23, 128

biomedische technologie
97, 125

C

CAPD

85

CARA

151

computers

43

conferentieverlag

1, 6, 36, 48, 75, 112,
113, 118

consensus conferentie

53, 66, 67, 70, 116,
117

D

demografische aspecten
18

demografische factoren
78

Denemarken

70

discussienota

98

doelmatigheid

4, 17, 36, 37, 44, 45,
55, 57, 103

E

economische aspecten

7, 44, 45, 63, 71, 80,
83, 85, 97, 100

effectiviteit

5, 28, 55, 57, 61, 62,
63, 77, 84, 96, 100,
106, 135

effect-meting

93

efficiëntie

5, 38, 55, 61, 62, 63,
94, 96, 100, 114

ELGZ

84, 87, 89, 147

ethische aspecten

3, 31, 32, 33, 34, 60,
73, 90, 94, 109

Europa

15, 22

F

fysiotherapie

93, 95, 103, 106, 137

G

gehandicapten
27, 90, 152
geïndustrialiseerde landen
50
geschiedenis
33, 57
gezondheidszorgsystemen
15
Groot-Brittannië
70

H

hart- en vaatziekten
82, 86, 122, 130
huisartsen
135, 148, 149

I

informatieverspreiding
3, 11, 42, 51, 52, 53,
54, 108, 110, 120

K

klinische tests
60
kostenaspect
1, 2, 4, 6, 10, 14, 17,
18, 24, 29, 35, 38, 41,
44, 60, 69, 75, 78, 88,
91, 92, 99, 101, 102,
124, 156
kosten-baten
7, 14, 57, 118, 119
kosten-batenanalyse
56, 64, 72, 79, 90, 102,
111, 115, 155

kosten-effectiviteit
20, 21, 25, 36, 37, 81,
89, 94

kosten-effectiviteits-
analyse
64, 72, 73, 87, 127
kunstmatige voortplanting
123

L

levensverlenging
74
literatuuroverzicht
20, 47, 49, 71, 72, 106

M

Medicare
16, 41, 89
medische hulpmiddelen
124
medische industrie
24, 29

N

nierdialyse
1, 7, 25, 79, 81
Nieuw Zeeland
40

O

onderzoek
5, 13, 14, 29, 43, 45,
56, 57, 59, 60, 65, 68,
69, 71, 74, 79, 80, 81,
82, 83, 84, 85, 86, 87,
88, 89, 90, 91, 119,
130, 131, 132, 133, 134,
135, 136, 137, 138, 139,

140, 141, 142, 143, 144,
145, 146, 147, 148, 149,
150, 151, 152, 153, 154,
155, 156
onderzoeksmethoden
6, 58, 59, 61, 62, 63,
64, 65, 69, 72, 73, 95,
104, 105, 118, 119, 120
ouderen
22, 74, 89, 131, 134,
155
overheid
29, 32
overheidsbeleid
2, 35, 36, 76, 98, 112,
129, 147

P

parenterale voeding
80, 83, 91, 136
pharmacie
9
politieke aspecten
37, 38, 39, 40, 43
preventie
90, 111
procedures
13, 71, 77

R

radiotherapie
127
RCT
5, 58, 59, 65, 68, 73,
84, 103
relatie arts-patiënt
32, 33
revalidatie
114

S

scenario's
74, 130, 131
sociaal-economische facto-
ren
22
sociaal-politieke factoren
4
sociale aspecten
35, 38, 40, 92, 136
sociale wetenschappen
35, 48
substitutie
17, 82, 86

T

tandheelkunde
132, 133, 138, 139, 142
Technology Assessment Ite-
rative Loop
55, 61, 62
thuiszorg
18, 19, 20, 21, 22, 23,
24, 25, 26, 27, 30, 79,
80, 81, 82, 83, 85, 86,
91, 136

TNO

112, 137, 140, 141, 143
144, 145, 146, 150, 152,
153, 154
toekomstige ontwikkelingen
9, 26, 27, 30, 37, 44,
48, 55, 72, 74, 75, 76,
77, 78, 83, 120, 121,
122, 123, 124, 125, 126,
127, 129, 130, 131
transplantatie
81, 121, 126

V

veiligheid

4, 36, 37, 45, 143, 146,
150

verspreiding

12, 43, 44, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 78, 120

W

West Duitsland

80

WHO

9

Z

zelfzorg

31

ziektekostenverzekeraars

92

ziektekostenverzekering

2, 16, 41

Zweden

70

Zwitserland

4

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN:

Wijkverpleging/kruisvereniging
Samengesteld door R. Willemsen
Bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986

Ouderen (I)
Samengesteld door A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986

Ouderen (II)
Samengesteld door A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986

Relatie eerste en tweede lijn
Samengesteld door R. Willemsen
Bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986

De apotheker
Samengesteld door A.K. de Leeuw
Bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986

Alternatieve geneeswijzen
Samengesteld door A. van der Velden
Bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg
Samengesteld door H. Kuijlen
Bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986

Communicatie (huis)arts-patiënt
Samengesteld door A.K. de Leeuw en A. Vos
Bibliografie jrg. 1, no. 8, 1986

Zelfzorg en mantelzorg
Samengesteld door F. Wieman
Bibliografie jrg. 1, no. 9, 1986

Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek
Samengesteld door H. Kuijlen
Bibliografie jrg. 1, no. 10, 1986

De fysiotherapeut
Samengesteld door K. Dijkhuis
Bibliografie jrg. 1, no. 11, 1986

