

17 JULI 1987

BIBLIOGRAFIE

METHODEN EN TECHNIEKEN
BINNEN
GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK

Samenstelling: Hans Kuijlen
juni 1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - Telefoon: 030-319946



Handwritten text or signature in the center of the page.

Handwritten text at the bottom of the page, possibly a signature or date.

1. Inleiding

Voor u ligt een bibliografie die betrekking heeft op de gebruikte methoden en technieken, zoals die bij het onderzoek van de gezondheidszorg gebruikt worden. In eerste instantie is er naar gestreefd een *state-of-the-art* te geven. De documenten hebben in dat geval uitsluitend betrekking op actuele onderwerpen zoals die bij onderzoekers leven. Deze opzet is achteraf gewijzigd omdat een aantal algemeen aanvaarde methoden en technieken op deze wijze buiten deze bibliografie zouden vallen omdat zij niet ter discussie staan. Er is nu naar gestreefd een meer volledig overzicht te geven. Dit betekent niet dat dit werkstuk als een receptenboek met pasklare antwoorden voor allerlei methodologische problematieken gezien mag worden. Voor dit doeleinde deze zin ligt een verwijzing naar methodologische handboeken voor de sociale wetenschappen meer voor de hand. Een voorbeeld hiervan zijn P.G. Swanborn, "Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek", 1981, Boom, Meppel.

In deze bibliografie zijn specifiek methodologische publicaties opgenomen die betrekking hebben op het onderzoek van de gezondheidszorg als systeem opgenomen. Dit wil niet zeggen dat het gezondheidszorgonderzoek beschikt over een unieke en eigen methodologie. De gebruikte methoden zijn algemeen; hier worden toepassingen van deze methoden binnen het gezondheidszorgonderzoek gegeven. Centraal hierbij staat het onderzoek van de gezondheidszorg als systeem. Dit betekent niet dat aspecten van gezondheid en ziekte en attitudes van individuen niet aan de orde komen. Maar wanneer dit gebeurt is dat vanuit hun betekenis voor het gezondheidszorgonderzoek.

Binnen het onderzoek van de gezondheidszorg, dat zich richt op een inhoudelijk afgebakend maatschappelijk

systeem, is een aantal wetenschappelijke disciplines geconcentreerd. De verschillende disciplines bedienen zich van eigen methoden en technieken. Binnen dit bestek is getracht recht te doen aan deze disciplinaire verscheidenheid aan methoden en technieken.

De keuze van de bibliotheek van het NIVEL voor het uitbrengen van een bibliografie met het onderwerp methoden en technieken is ingegeven vanuit de constatering dat er op dit terrein zowel internationaal als nationaal nauwelijks documentaire overzichten voorhanden zijn. De verklaring hiervoor kan enerzijds gezocht worden in de ontoegankelijkheid van gegevensbestanden op dit gebied; publicaties worden veelal uitsluitend inhoudelijk ontsloten en daar waar documenten specifiek betrekking hebben op methodologische problemen is het gebruikte gereedschap, zoals thesauri en systematische systemen, veelal te weinig discriminerend. Anderzijds worden methodologische problemen en innovaties doorgaans behandeld binnen het kader van een uitgevoerd onderzoek, waardoor zij voor een 'niet specifiek deskundige lezer' zoals een documentalist vaak verborgen blijven.

2. Dataverzameling

Bij het verzamelen van de publicaties zijn verschillende bronnen geraadpleegd. Allereerst is de bibliotheek van het NIVEL geraadpleegd. Hierbij zijn de catalogi van het NIVEL en van de Samenwerking Literatuurdocumentatie Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (SAGEMA) onderzocht. Daarnaast zijn de vijf meest recente uitgaven (in boekvorm) van de Cumulated Index Medicus (vol. 21 t/m vol. 25) en van de FAMLI (Family Medicine Literature Index), Annual Cumulation (vol. 2 t/m vol. 6) onderzocht. Er is daarnaast een geautomatiseerd literatuuronderzoek uitgevoerd in de data-bases van WVC en DIMDI over de periode vanaf 1980. De verzameling is in dit geval tot stand gekomen door het gebruik van geautoriseerde trefwoorden en combinaties van deze trefwoorden. Uit de aldus verkregen ruwe verzameling publicaties is

een tweede selectie gemaakt op basis van de titelbeschrijvingen (face-validity). Een derde verzameling-beperkende factor is de eis van een eenvoudige beschikbaarheid van de publicatie bij de bibliotheken op het terrein van de gezondheidszorg. Er zijn in totaal meer dan 200 publicaties opgenomen. Een consequentie van de keuze van de data-bronnen is de relatieve oververtegenwoordiging van tijdschriftartikelen ten opzichte van boeken en rapporten; de Index Medicus en de FAMILI bevatten uitsluitend tijdschriftartikelen. Als gevolg van de beperkingen mag niet verwacht worden dat deze bibliografie een volledig overzicht van publicaties geeft; artikelen uit belangrijke tijdschriften met regelmatige publicaties over methodologische onderwerpen zoals bijvoorbeeld de Acta Psychiatrica Scandinavica, de American Journal of Epidemiology en de Methods of Information in Medicine zijn om redenen van beschikbaarheid niet opgenomen. Toch menen wij dat de onderhavige bibliografie een representatief en betrouwbaar beeld geeft van de methodologische ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek.

3. De titelbeschrijvingen

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn overeenkomstig de in de bibliotheek van het NIVEL geldende regels, waarbij aan de beschrijving van tijdschriftdocumenten meer zorg, in de zin van volledigheid, is besteed. De hierin opgenomen annotaties zijn voor het belangrijkste deel afkomstig van het NIVEL. Daarnaast zijn referaten opgenomen afkomstig uit de catalogi van W.V.C. en de Sagma-pool. Een gevolg van deze werkwijze is, dat de kwaliteit van de annotaties nogal verschillend is; van indicerende of informatieve referaten tot een combinatie van beiden voor tijdschriftartikelen. De referaten bij boeken en rapporten zijn in het algemeen indicatief van karakter. De uit de catalogus van het NIVEL afkomstige referaten bij tijdschriftartikelen zijn veelal gebaseerd op de excerpten en abstracten, zoals deze voor aan de arti-

kelen gegeven zijn. Een gevolg hiervan is dat de betekenis en de verantwoording van het betreffende onderzoek vaak in de annotatie is opgenomen, waardoor de methodologische aspecten, waar het in deze bibliografie om draait, relatief onderbelicht blijven. Een en ander betekent dat de referaten objectieve beschrijvingen van de inhoud van een document bevatten; de inhoud van de geannoteerde publicaties is niet kritisch verwerkt. Met andere woorden, er worden geen waarde-oordelen over de publicaties uitgesproken. In een enkel voorkomend geval is aandacht besteed aan commentaren op een publicatie.

4. Classificatie

De publicaties zijn achteraf geclassificeerd en in categorieën ingedeeld. Hierbij is het centrale thema en/of onderwerp van de publicatie als uitgangspunt genomen. In geval een publicatie meerdere onderwerpen behandelt is de indeling in een specifieke categorie arbitrair; met evenveel recht kan een bepaalde publicatie dan in een andere categorie worden ingedeeld. Iedere publicatie is slechts in een enkele categorie ondergebracht.

Ook met betrekking tot de keuze van de rubrieken is kritiek mogelijk. Zonder ons te verschuilen achter een gebrek aan inhoudelijke expertise op het gebied van methoden en technieken, menen wij dat de gebruikte hoofdstukindeling een zinvol en handzaam gebruik van de bibliografie niet uitsluit.

5. De publicaties

De opgenomen publicaties lijken, ondanks de opgelegde beperkingen bij de data-verzameling, een representatief beeld te geven van de methodologische ontwikkelingen in het gezondheidszorgonderzoek en de aan de orde zijnde problemen. Opvallend is de aandacht die geschonken wordt aan het ontwikkelen en het meten van bruikbare concepten. Voorbeelden hiervan zijn de begrippen gezondheid en ziekte, patiëntentevredenheid en

de kwaliteit van de zorg. Daarnaast komen evaluatiemethoden, waarbij met name aandacht besteed wordt aan de plaats en functie van de gebruikte concepten, naar voren.

Ieder van deze onderwerpen verdient het meer uitgebreid behandeld te worden in de vorm van bijvoorbeeld een literatuurrapport. Een ander in het oog springend gegeven is de voorliefde van de onderzoekers voor kwantitatieve benaderingen van de gezondheidszorg. Kwalitatieve onderzoeksmethoden worden slechts sporadisch gebruikt. Het is evenwel mogelijk dat de gehanteerde zoekmethodes mede verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van deze trend binnen dit bestek.

Een beeld dat naar voren is gekomen bij het samenstellen van deze bibliografie is de veelheid aan manieren waarop specifieke concepten gedefinieerd en geoperationaliseerd worden; deze trend staat in het algemeen een vergelijking van onderzoeksgegevens afkomstig van verschillende onderzoeken in de weg en bemoeilijkt, in het verlengde van het voorgaande, het integreren in en aggregeren van onderzoeksbevindingen tot theorieën, in de weg. Opvallend is in dit verband dat de onderzoekers zich hiervan ter dege bewust lijken en dit motief aangrijpen om door hen ontwikkelde meetinstrumenten aan te prijzen. Een tweede trend betreft de aandacht voor de wijze waarop gegevens verzameld worden; daar waar de wiskundige analysetechnieken een hoge graad van perfectie bereikt hebben, blijft het verzamelen van betrouwbare gegevens een centraal probleem. Een derde vanuit kwaliteitsoverwegingen toe te juichen ontwikkeling is het streven van onderzoekers naar een meer multi-disciplinaire aanpak van problemen, waarbij de verworvenheden van de afzonderlijke disciplines optimaal tot hun recht komen. In dit licht wordt het door een aantal onderzoekers als frustrerend ervaren dat het toenemen van de kwaliteit van onderzoeksresultaten geen gelijke tred houdt met de implementatie van deze bevindingen binnen het beleid; er blijft sprake van een grote discrepantie tussen onderzoek aan de ene en beleidsontwikkeling aan de andere kant.

6. De indeling

In het eerste hoofdstuk is een aantal algemene publicaties opgenomen. Er wordt onder andere ingegaan op de hierboven genoemde gespannen relatie tussen onderzoek en beleid op het terrein van de gezondheidszorg. In enkele van de hier opgenomen publicaties zijn de methodologie en methodologische problemen slechts marginaal aan de orde. Om redenen van volledigheid willen wij deze publicaties niet aan onze lezers onthouden. In hoofdstuk twee zijn algemene methodische publicaties opgenomen, waarbij aandacht besteed is aan de verschillende disciplines. Het derde hoofdstuk bevat publicaties die methoden van dataverzameling en/of de betrouwbaarheid en de validiteit van de verzamelde data behandelen. De enquête is een in het gezondheidszorgonderzoek veel gebruikte methode; hoofdstuk vier is hieraan gewijd. In hoofdstuk vijf en zes komen achtereenvolgens analyse-technieken en vormen van evaluatie-onderzoek aan de orde. Hoofdstuk zes is hierbij onderverdeeld in een algemeen gedeelte en een meer specifiek sub-hoofdstuk waarin ex-ante-evaluaties gericht op het bepalen van de behoefte aan zorg behandeld worden. Het zevende hoofdstuk is samengesteld uit publicaties, waarin het ontwikkelen en het meten van de verschillende concepten centraal staat. De concepten hebben in volgorde, betrekking op de gezondheids-toestand, de tevredenheid van de gebruikers over de verleende zorg, de kwaliteit en de toegankelijkheid van en tenslotte de behoefte aan zorg.

In het achtste en laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop het hulpverleningsproces en de interactie tussen hulpverlener en hulpvrager geanalyseerd en geïnterpreteerd kan worden.

GEBRUIKSAANWIJZING BIJ DE BIBLIOGRAFIE

Niet alle publicaties laten zich gemakkelijk vangen in het keurslijf van de gekozen structuur van de bibliografie. Waar de betreffende publicatie onder meerdere hoofdstukken geplaatst kan worden is gekozen voor het onderbrengen van de publicatie in de meest geëigende categorie.

- Onder de titelbeschrijvingen staan afkortingen van namen van instellingen. Dit betekent dat het boek, het rapport of het tijdschrift in het bezit is van onder andere deze instelling(en).
- De bron van het referaat, staat onder de titelbeschrijving vermeld. Dit wil zeggen dat de betreffende instelling zowel in het bezit is van de literatuur als het referaat heeft verzorgd.

Om het zoeken op auteur te vergemakkelijken is een alfabetische auteursindex samengesteld. Hierin zijn de eerste drie auteurs opgenomen die in de titelbeschrijving voorkomen.

Naast schrijvers zijn in de auteursindex ook redacteurs en sprekers op bijvoorbeeld symposia opgenomen.

Met betrekking tot de referaten wordt opgemerkt dat deze geen voorbeelden zijn van stijlvol nederlands taalgebruik. Bij het concipiëren van deze teksten is er uitsluitend naar gestreefd de inhoud van een publicatie zo goed mogelijk weer te geven.

VERKLARING VAN BIBLIOTHEEK

ncgv:

Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid
Da Costakade 45
Postbus 5103
3502 JC Utrecht
tel. 030-935141

nivel:

Bibliotheek NIVEL
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel. 030-319946

siu:

Sociologisch Instituut Utrecht
Bibliotheek Centrum Uithof
Heidelberglaan 2
Postbus 80124
3508 TC Utrecht
tel. 030-532197

wvc:

Bibliotheek Volksgezondheid
Dokter v.d. Stamstraat 2
2265 BC Leidschendam
tel. 070-209260 tst 2700
e/o
Documentatie en Bibliotheek van het Ministerie van
Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Sir Winston Churchilllaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
tel. 070-407911 tst 5670

HOOFDSTUKINDELING.

1. ALGEMEEN
2. METHODEN, ALGEMEEN
 - 2.1 Methoden, algemeen
 - 2.2 Epidemiologie
 - 2.3 Medische geografie en medische demografie
 - 2.4 Mortaliteit en morbiditeit
3. MEETPROBLEMEN, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT
4. ENQUETES
5. ANALYSE-TECHNIEKEN
6. EVALUATIE-ONDERZOEK
 - 6.1 Algemeen
 - 6.2 Behoefte aan zorg
7. GEBRUIKTE CONCEPTEN
 - 7.1 Gezondheid en functionele status
 - 7.2 Gezondheidsbeleving, -gedrag en social support
 - 7.3 Ziekte
 - 7.4 Patiëntentevredenheid
 - 7.5 Kwaliteit van de zorg
 - 7.6 Toegankelijkheid van de zorg
8. HULPVERLENINGSPROCES

1. ALGEMEEN

1

Banta, H.D.

Social science research on medical technology: utility and limitations./ H.D. Banta.- Social Science and Medicine, jrg. 17, nr. 18, 1983, p. 1363-1369, 55 ref. (NIVEL)

Wanneer er meer gebruik gemaakt wordt van de sociale wetenschappen kan het beleid beter ontwikkeld en geïmplementeerd worden. De sociale wetenschappen zijn er evenwel vaak niet in geslaagd, die kennis te produceren die nodig is bij het oplossen van maatschappelijke problemen. Een voorbeeld hiervan wordt gevonden op het beleidsterrein met betrekking tot medische technologie. De ontwikkeling van medische technologie vormt een centraal voorwerp van openbaar beleid in de meeste geïndustrialiseerde landen, voornamelijk als gevolg van de stijgende kosten voor de gezondheidszorg. Medische technologie is hiervoor in hoge mate verantwoordelijk. Onderzoek op dit gebied heeft geleid tot algemene uitspraken over de ontwikkeling en diffusie van medische technologie, waarbij meer specifiek onderzoek die factoren heeft opgespoord, die de ontwikkeling en diffusie in positieve en/of negatieve wijze beïnvloeden. Er is evenwel weinig onderzoek verricht naar de invloed van beleidsmechanismen. De werking van formeel beleid is niet geëvalueerd en de ontwikkeling van implementatiestrategieën door organisaties is niet onderzocht. Zonder deze evaluaties kan het beleid op dit terrein niet verbeterd worden en wordt de verspreiding van een succesvolle aanpak niet gestimuleerd. Voor het beleid is het een goede zaak wanneer de sociale wetenschappen bij dergelijke evaluaties betrokken worden. (NIVEL)

Black, N.

Tales of the expected: a case-study in health service management./ N. Black.- Social Science and Medicine; jrg. 16, nr. 20, 1982, p. 1801-1806, 11 ref. (NIVEL)

Wetenschappelijke benaderingen zoals operationeel onderzoek en de economie van de gezondheidszorg, zijn er niet in geslaagd een antwoord te geven op de vele problemen, waarmee het management van gezondheidszorgvoorzieningen geconfronteerd wordt. Dit is gedeeltelijk toe te schrijven aan de assumptie van het waarde vrij zijn van wetenschappelijke informatie en ten dele aan de geringe aandacht van onderzoekers voor conflicten binnen de gezondheidszorg. Het gebruik van de case-study is een methode om inzicht te verkrijgen in conflicten en kan derhalve de invloed van de wetenschap op beleidsbeslissingen ten goede komen. Het hier gegeven voorbeeld heeft betrekking op een onderzoek naar de perinatale zorg in een Engels district. Er wordt getracht aan te geven wat de praktische voordelen van deze aanpak zijn, waarbij het management aangezet wordt om onderzoeksresultaten daadwerkelijk te gebruiken. (NIVEL)

Choi, T.

Social science approaches to health services research./ T. Choi, J.N. Greenberg (eds.).- Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press, 1982 (NIVEL)

De rol van de sociale wetenschappen in het gezondheidszorg-onderzoek wordt uitgebreid besproken, waarbij wordt ingegaan op de overeenkomsten tussen zes perspectieven (sociologie, politicologie, jurisprudentie, epidemiologie, demografie en economie), de verschillen en het samengaan ervan. Enkele discussiepunten rond de status van de gezondheidszorg-onderzoeker en zijn specifieke plaats binnen

de voornoemde terreinen worden aangegeven. (NIVEL)

4

Culyer, A.J.

A health economist on medical sociology: reflections by an unreconstructed reductionist./ A.J. Culyer.- Social Science and Medicine; jrg. 20, nr. 10, 1985, p. 1013-1021, 9 ref. (NIVEL)

Elf verhandelingen over de medische sociologie worden geëvalueerd aan de hand van vijf criteria: het appelleren aan intellectuele inhoud; de inzichten in de politieke filosofie; de uitdrukingskracht; het voorspellend vermogen; de mogelijkheden voor sociale verbeteringen. Geconcludeerd wordt dat de medische sociologie op deze criteria beoordeeld als een magere discipline naar voren komt. Sociologen lijken onderwerpen die waardeoordelen impliceren te verwarren met onderzoeksobjecten waarbij dit niet het geval is. In het algemeen spreiden zij een tot misverstanden leidende obsessie ten toon waar het gaat om methodologische zaken van zeer fundamentele aard, waardoor de medische sociologie wordt weerhouden van de ontwikkeling van intressante analyses van vele onderwerpen waarvoor het in principe veel te bieden heeft. (NIVEL)

5

Esdale, J.M.

Observational studies of cause-effect relationships: An analysis of methodologic problems as illustrated by conflicting data for the role of oral contraceptives in the etiology of reumatoid arthritis./ J.M. Esdale, R.I. Horowitz.- Journal of Chronic Diseases; jrg. 39, nr. 10, 1986, p. 841-852, ref. (NIVEL)

Beschouwing over de twee meest gebruikte onderzoeksozpetten bij cohort-, bij algemeen observatie- en bij 'case-control'-onderzoek. Er worden richt-

lijnen uitgewerkt met behulp waarvan clinici de validiteit van onderzoek, waarbij deze methoden gebruikt worden, kunnen beoordelen. Om het gebruik van deze richtlijnen toe te lichten, worden zij toegepast op de hypothese dat het gebruik van orale contraceptiva de kans op het ontstaan van reumatoïde arthritis vermindert. Tijdens een recent 'case-control'-onderzoek is het ondersteunende bewijs voor deze hypothese, afkomstig van twee eerdere onderzoeken, weerlegd. De hier uitgevoerde analyse leidt tot de conclusie dat dit laatste onderzoek de beste voorspelling over de relatie tussen het gebruik van anticonceptiva en het ontstaan van reumatoïde arthritis tot op heden geeft. Uit de analyse vloeien verder aanbevelingen voort voor de opzet van toekomstig onderzoek op dit terrein. (NIVEL)

6

Etten, G. van

Health policy and health services research in the Netherlands./ G. van Etten, F. Rutten.- Social Science and Medicine, jrg. 17, nr. 2, 1983, p. 119-126, 9 ref., appendix (NIVEL)

De ontwikkeling die het gezondheidszorgonderzoek in Nederland in het laatste decennium heeft doorgemaakt, wordt beschreven. Daartoe wordt eerst een schets van de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen gegeven. Hierbij wordt de groei in het aandeel van de middelen voor het gezondheidszorgonderzoek binnen het gezondheidsonderzoek, nu 10%, gesignaleerd. Nadrukkelijk wordt erop gewezen, dat de ontwikkeling van een overheidsbeleid op dit gebied heeft bijgedragen aan deze groei. Als voorbereiding op de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is een onderzoeksprogramma opgezet. Dit bestaat uit het opzetten van regionale gezondheids-informatie-systemen (peil-stations), onderzoek naar samenhang tussen de voorzieningen, naar de allocatie van middelen en de relatie tussen

kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidszorg. Daarnaast worden de beleidsmaatregelen die deze ontwikkeling ondersteunen, beschouwd. Het meest belangrijk hierbij is de instelling van een adviescollege voor gezondheidsonderzoek, de Gezondheidsraad. Deze raad bestaat uit wetenschapsmensen, overheidsdienaren en vertegenwoordigers van veldorganisaties. Tenslotte wordt de Nederlandse situatie in een internationale context geplaatst. (NIVEL)

7

Hill, C.E.

The challenge of comparative health policy research for applied medical anthropology./ C.E. Hill.- Social Science and Medicine; jrg. 18, nr. 10, 1984, p. 861-871, 76 ref. (NIVEL)

Er wordt beargumenteerd dat medische antropologen ook buiten de muren van de geïnstitutionaliseerde wetenschap een bijdrage kunnen leveren aan het beleid en dat zij in die positie aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis in het algemeen en de medische antropologie in het bijzonder kunnen bijdragen. Met dit doel wordt een conceptualisering van beleid besproken, dat ingepast wordt binnen een frame-work voor gezondheidsbeleid. Daarna vindt een bespreking plaats van de rol van de antropoloog binnen dit veld, van de problemen bij de keuze van onderzoeksobjecten en wordt bezorgdheid uitgesproken over de strikte scheiding tussen zuivere en toegepaste wetenschap. Tenslotte worden de meest belangrijke knelpunten in het gezondheidsbeleid en de wijze waarop antropologen aan de verlichting hiervan kunnen bijdragen, beschouwd. (NIVEL)

8

Hofoss, D.

The relation between action and research in health policy./ D. Hofoss, P.F. Hjort.- Social Science and Medicine, jrg. 15A, n. 3, 1981, part II, p. 371-375,

Gezondheidszorgonderzoek volgt de gezondheidszorg, het bestuur, het beleid en de planning kritisch. Principes bij het stellen van prioriteiten worden getoetst, daarnaast levert onderzoek een bijdrage aan de bijstelling van actie-programma's. Het kritisch beschouwen van het onderzoek zelf is hierbij relevant. Velen stellen, dat onderzoek nauwelijks effect heeft op de gezondheidszorg. Hier wordt gesteld, dat niet teveel op directe en onmiddellijke effecten gelet moet worden. In plaats daarvan dient gekeken te worden naar lange termijn- en indirecte effecten van onderzoek op de gebruikte concepten, de ideeën en de methoden waarmee de gezondheidszorg vorm gegeven wordt. De invloed van onderzoek op gezondheidsbeleid kan verbeterd worden door gezondheidszorgonderzoek zo te plannen, dat direct ingespeeld kan worden op actuele onderwerpen, door een zo groot mogelijke samenwerking tussen onderzoekers en beleidsmakers en planners, waarbij de eersten de beide laatsten zoveel mogelijk ondersteunen. Onderzoekers dienen hiertoe discussies over methodologische verfijningen en het gebruik van wetenschappelijk jargon te vermijden en moeten de onderzoeksresultaten ook na afronding en publicatie van het onderzoek meer uitdragen. (NIVEL)

9

Louis, T.A.

Explaining discrepancies between longitudinal and cross-sectional models./ T.A. Louis, J. Robins, D.W. Dockery, e.a.- Journal of Chronic Diseases; jrg. 39, nr. 10, 1986, p. 831-839, ref. (NIVEL)

Gegevens van longitudinale onderzoeken kunnen zowel 'cross-sectioneel' als longitudinaal geanalyseerd worden. Discrepancies tussen de gevonden voorspellingen werpen vragen op over de validiteit bij het bepalen van cross-sectionele veranderingen. In

enkele gevallen zijn de discrepanties het gevolg van periode effecten, leeftijd- en cohort-effecten en selectieve steekproef-uitval. In andere gevallen zijn zij het gevolg van het onvolledig zijn van de bij de analyse gebruikte modellen; de gevonden verbanden zijn dan eerder 'spurious' dan substantieel.

In dit verslag wordt aangegeven dat wanneer de werkelijke relatie tussen de afhankelijke variabele en bijvoorbeeld de variabele leeftijd niet lineair maar quadratisch is, terwijl deze relatie in het model als lineair beschouwd wordt, het geschatte leeftijdseffect een functie van de verdeling naar leeftijd zal zijn. Wanneer het onderzoek in tijd geoptimaliseerd wordt en wanneer de verdeling naar leeftijd 'Gaussiaans' is, zal de geschatte invloed van de variabele leeftijd in beide analyses overeenkomen. De resultaten van de cross-sectionele en de longitudinale analyse komen ook overeen wanneer de verdeling naar leeftijd symetrisch en de non-lineairiteit quadratisch is; in alle andere gevallen niet. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het analyseren van de relatie tussen leeftijd en de hartfunctie van personen van middelbare en oudere leeftijd. De gebruikte gegevens zijn afkomstig van een groot prospectief longitudinaal onderzoek. (NIVEL)

10

Luft, H.S.

Health services research as a scientific process: The metamorphosis of an empirical research project from grant proposal to final report./ H.S. Luft.- Health Services Research; jrg. 21, nr. 4, 1986, p. 563-584, 24 ref. (NIVEL)

De dynamische processen tijdens het uitvoeren van gezondheidszorgonderzoek zijn nog nauwelijks onderzocht. De aandacht gaat meestal uit naar de resultaten en de beleidsimplicaties van een onderzoek.

Grote en kleine beslissingen, die tijdens de uitvoering van een onderzoek genomen worden, kunnen van grote invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek.

In dit artikel wordt een onderzoeksproject beschreven, waarbij tijdens het onderzoek ingrijpende veranderingen hebben plaatsgevonden om tegemoet te komen aan problemen, die blijken samen te hangen met de basisgegevens en met gevaren die een bedreiging vormen voor het valide interpreteren van de economische resultaten, zoals deze uit kwalitatieve case-onderzoeken naar voren zijn gekomen. Hoewel de combinatie van problemen waarmee men tijdens dit onderzoek te kampen heeft gehad weinig zullen voorkomen, lijkt het waarschijnlijk dat zich vergelijkbare problemen kunnen voordoen bij ander empirische onderzoek. (NIVEL)

2.1 METHODEN, ALGEMEEN

11

Bergsma, J.

Een aantal van mijn problemen over onderzoek in de gezondheidszorg./ J. Bergsma.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1982, p. 215-222, 17 ref. (NIVEL)

Het gebruik van modellen en theoriën in gezondheidszorgonderzoek wordt beschouwd. Naast het beperkte bereik van theoriën worden de beperkte waarde van modelgebonden onderzoek, de geringe werkzaamheid van interne criteria en het gebrek aan analogie tussen onderzoeken, genoemd als de centrale knelpunten bij de vertaling van onderzoeksresultaten naar de werkelijkheid van gezondheidszorgsystemen. Met behulp van recente onderzoeksprojecten wordt de eenzijdigheid in de feed-back van onderzoek naar de konkrete gezondheidszorg geflusterd. Vanuit dit gegeven is het noodzakelijk de realiteitswaarde van onderzoek te verhogen, mede om verwarring bij het management en gezondheidsvoorzieningen in het algemeen te voorkomen. De noodzaak van direkte observatie en registratie hierbij, wordt ondersteund. (NIVEL)

Groenewegen, P.P. en P.F.M. Verhaak reageren in Gezondheid en Samenleving; jrg. 4, nr. 2, 1983, p. 126-128, 4 ref., op bovengenoemd artikel. De centrale kritiek is dat het artikel meer vragen oproept als beantwoordt. (NIVEL)

12

Bergsma, J.

Methodische dilemma's in gezondheidszorgonderzoek. Inleiding op een themanummer./ J. Bergsma, A.Ph. Visser.- Gezondheid & Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1982, p. 212-214 (NIVEL)

Inleiding op een themanummer waarin methodische

knelpunten in het gezondheidszorgonderzoek aan de orde komen. Een drietal benaderingen wordt geëvalueerd, t.w. onderzoek 'in' de gezondheidszorg, onderzoek 'van' de gezondheidszorg en wetenschap en gezondheidszorg. (NIVEL)

13

Brown, V.A.

From sickness to health: an altered focus for health-care research./ V.A. Brown.- Social Science and Medicine; jrg. 15A, nr. 3, part I, 1981, p. 195-201, 39 ref. (NIVEL)

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de aard van de problemen waarvoor men zich gesteld ziet zich bij het onderzoek naar enerzijds het voorkomen van ziekte, de preventie en anderzijds het handhaven van de algemene gezondheidstoestand. Onderzoek naar preventie is gebaseerd op analytische methoden terwijl bij het onderzoek naar gezondheid van integratieve methoden gebruik gemaakt wordt. Met behulp van het analyseren van bestaande onderzoeken die betrekking hebben op een specifieke virusinfectie en een methode waarbij zes categorieën van bewijsvoering worden gesynthetiseerd, worden de twee methoden toegelicht. De konklusie is, dat onderzoeksresultaten meer direkt toepasbaar zijn in de gezondheidszorg indien de uitdaging van een methodisch integratieve benadering serieus genomen wordt. (NIVEL)

14

Cox, B.G.

Methodological issues for health care surveys./ B.G. Cox, S.B. Cohen.- New York, Marcel Dekker, 1985, Textbooks and Monograph Series, vol. 61, tabl. (NIVEL)

Boek met als centrale doelstelling het leveren van een heldere en belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van het gebruik van steekproeven bij onder-

zoek in het algemeen en de toepassing van deze methode bij het verzamelen van gegevens over het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg in het bijzonder. De beschreven methoden zijn ontwikkeld in het kader van een tweetal longitudinale, nationale onderzoeken in de V.S., te weten het National Medical Care Expenditure Survey (NMCES, 1977) en het National Medical Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES, 1980). Aan de orde komen achtereenvolgens: het meten van parameters in de gezondheidszorg; het bepalen van steekproeven; de keuze voor bepaalde typen onderzoek, waarbij een longitudinale opzet met alternatieven vergeleken wordt. Daarna wordt ingegaan op specifieke problemen bij het verzamelen van gegevens en de data-analyse, waarbij onder andere verschillende databronnen en -typen met elkaar geconfronteerd worden. (NIVEL)

15

Fahrenfort, M.

Over kwalitatief onderzoek in de huisartsgeneeskunde./ M. Fahrenfort.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 27, nr. 2, 1984, p. 57-60, 29 ref. (NIVEL)

De betekenis van conclusies uit kwantificerend onderzoek wordt beperkt door noodzakelijke operationaliseringen. Bij een vooronderzoek naar de besluitvorming in consulten bleken deze beperkingen zo groot te zijn, dat meer kwalitatieve methoden gewenst waren. Overzicht van de verschillende theoretische en praktische overwegingen die belangrijk zijn voor de keuze van een bepaalde onderzoeksmethode. Deze afweging hoeft niet bij voorbaat in het voordeel uit te vallen van kwantificeren; in bepaalde gevallen kunnen kwalitatieve methoden de voorkeur verdienen. Meer bekendheid met dergelijke methoden lijkt ook voor het onderzoek in de huisartsgeneeskunde gewenst. (WVC)

Graaf, H. de

Beoordelingscriteria voor toegepast onderzoek./ H. de Graaf.- Reflex; jrg. 15, nr. 5, 1981, p. 14-15 (WVC)

Schrijver geeft zijn visie op beoordelingscriteria voor levensecht toegepast onderzoek (het meest geëigende onderzoek wanneer het gaat om beleids- of maatschappelijk relevant onderzoek naar complexe verschijnselen, waarbij de toepasbaarheid van de onderzoeksresultaten voorop staat) en concentreert zich vooral op de groep criteria t.a.v. onderzoeksopzet en tijdplanning. Achtergronden; methoden; moeilijkheden; suggesties. (SAGEMA)

Nizetic, B.Z.

Scientific approaches to health and health care: Proceedings of a WHO meeting, Ulm, 1-4 november 1983./ B.Z. Nizetic, H.G. Pauli, P.G. Svensson (eds).- Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986, bijln. (NIVEL, B 1472)

Bijdragen aan een workshop, waarbij het leveren van bijdragen aan de ontwikkeling en aan de kwaliteit van gezondheidszorgonderzoek, centraal staat. Het probleem kan op een tweetal manieren benaderd worden. De eerste benadering gaat uit van en geeft steun aan de bestaande onderzoekparadigma's, de gebruikelijke methodologie en aan de bestaande onderzoeksinstituten die zich richten op die onderzoeksterreinen, die de prioriteit verdienen. Daarbij dient de onderzoeker ook gebruik te maken van paradigma's en methoden, die tot nu toe weinig ingang gevonden hebben binnen het gezondheidszorgonderzoek. Een tweede benadering, die het belang van de eerste aanpak niet ontkent, houdt zich bezig met de kloof tussen de potentie van de beschikbare onderzoeksinstrumenten en de werkelijke behoefte aan gezondheidszorg. De nadruk ligt hier

op het ontwikkelen van concepten en modellen voor gezondheid en ziekte en de gevolgen hiervan, de ontwikkeling van gvo-modellen, de ontwikkeling van modellen voor gezondheidsgedrag en zelf- en mantelzorg en op de betekenis van theorieën hierbij voor de planning en het beleid. De afzonderlijke bijdragen hebben betrekking op de theorie-ontwikkeling en op de verschillende theoretische en methodologische perspectieven. (NIVEL)

18

Spangenberg, J.F.A.

GVO-onderzoek: empirisch-analytisch interpretatief of handelingonderzoek?/ J.F.A. Spangenberg, F. Gerards, F. Nijhuis.- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 62, nr. 14, 1984, p. 550-560, ref. (NIVEL)

Een poging om enige systematiek aan te brengen in de methodologie van het Nederlandse GVO-onderzoek. Drie algemene modellen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek worden beschreven. Uit analyse van GVO-onderzoek blijkt een zekere overeenstemming met het handelingsonderzoek. Het feitelijk verricht onderzoek is overwegend empirisch-analytisch van aard. Het interpretatieve onderzoek lijkt vooral relevant vanwege het belang van de subjectieve betekenisgeving der onderzochten voor een geslaagde interventie. Recentelijk is er een tendens te bespeuren tot de ontwikkeling van meer interpretatieve en handelingsonderzoek-benaderingen naast een empirisch-analytische hoofdstroom. (WVC)

19

Susser, M.

Epidemiology in the United States after World War II: the evolution of technique./ M. Susser.- Epidemiologic reviews; jrg. 7, 1985, p. 146-177 (WVC)

Literatuurstudie over de ontwikkeling van de epidemiologie als discipline in de USA, met nadruk op

theorie en methodologie in relatie tot het veranderde ziektespectrum. (WVC)

20

World Health Organization

Health services research methodology: report on a WHO Workshop Moscow/Alma-Ata 19-30 November 1984/Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985. bijln., tabn. (WVC)

Verslag van een workshop onderzoeksmethodologie gezondheidsdiensten (Moskou/Alma Ata, 19-30 november 1984) gebaseerd op het concept van "Gezondheidszorg voor allen in het jaar 2000". (WVC)

21

Abramson, J.H.

Survey methods in community medicine: An introduction to epidemiological and evaluative studies./ J.H. Abramson.- Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984, third edition. (standex. NIVEL)

Het boek is bedoeld als een eenvoudige en systematische handleiding bij het plannen en uitvoeren van onderzoek op het gebied van gezondheid en ziekte en op het terrein van de gezondheidszorg. Hierbij maakt het niet uit of het onderzoek is ingegeven vanuit wetenschappelijke dan wel praktische motieven. Het boek is geen copendium bestaande uit gedetailleerde beschrijvingen van onderzoekstechnieken en statistische methoden, het is veeleer een ABC bij het opzetten en uitvoeren van onderzoek en het analyseren van de onderzoeksgegevens. In de 27 hoofdstukken worden de stappen die in een onderzoek gezet en de keuzes die gemaakt kunnen worden, in een chronologische volgorde behandeld. (NIVEL)

22

Broom, D.H.

The social distribution of illness: Is Australia more equal?/ D.H. Broom.- Social Science and Medicine; jr. 18, nr. 11, 1984, p. 909-917, 42 ref. (NIVEL)

De relatie tussen sociaal-economische status en ziekte vormt al jaren een uitdaging voor onderzoekers en artsen. In dit artikel wordt de wijze waarop diverse basisinstrumenten voor morbiditeit en het gebruik van voorzieningen met elkaar samenhangen, geschetst. De internationale literatuur omvat een aantal onderzoeken, waarin een positieve relatie tussen gezondheid en sociale status gevonden is; mensen die sociaal en economisch goed

functioneren beschikken over een goede gezondheid. Gegevens van een recent in Australië uitgevoerd onderzoek zijn niet in overeenstemming met Britse bevindingen wanneer beroepsgroepen bestudeerd worden. Maar wanneer in plaats van de grofmazige beroepsgroepen andere indicatoren voor status gebruikt worden, komen er een aantal overeenkomstige patronen naar voren. Het inkomen hangt significant samen met de kans op chronische aandoeningen bij mannen en vrouwen van middelbare leeftijd en bij vrouwen van boven de vijftenzestig jaar. Het voor- spelde patroon is eveneens zichtbaar voor ziektes in het recente verleden bij jonge mannen en voor de consultfrequentie bij oudere respondenten. Deze verbanden zijn evenwel niet statistisch significant. Met uitzondering van ouderen, zijn beter opgeleide mannen en vrouwen over het algemeen gezonder dan minder goed geschoolden, bij het gebruik van de meeste meetinstrumenten voor morbiditeit. De overeenkomsten en verschillen in resultaten zoals die in Australië en Groot-Brittanië gevonden zijn, werpen belangrijke beleids- en onderzoeksvragen op. Methodisch wordt in het artikel aandacht besteed aan de kwaliteit en de interpretatie van de in de verschillende onderzoeken gebruikte maten en meetinstrumenten met name aan die instrumenten waarmee de algemene gezondheidstoestand van een populatie gemeten wordt. (NIVEL)

23

Bijl, R.

Onderzoek naar risicogroepen: Een risico voor de GGZ: Geldigheid en toepasbaarheid van epidemiologisch onderzoek naar risicogroepen./ R.Bijl, E. ter Heine, J. Furer.- Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; j. 41, nr. 5, 1986, p.493-507, ref. (NIVEL)

In toenemende mate valt de kritiek te beluisteren, dat het aanbod van voorzieningen in de GGZ te weinig afgestemd is op de werkelijke noden in de bevolking. In dit artikel wordt aangetoond dat de

toepassing van resultaten van onderzoek naar risicogroepen binnen de GGZ een hachelijke zaak is. (NIVEL)

24

Bijl, R.

Van behoefte naar vraag: Epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden./ R. Bijl, J. Mastboom.- Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1986, NcGv-reeks 89 (NIVEL, B 1418)

Deze studie geeft een kritische analyse van de gebruiksmogelijkheden van de onderzoeksgegevens over de behoefte aan professionele geestelijke gezondheidszorg onder de bevolking. In het bijzonder wordt gekeken naar de betekenis, die dergelijke epidemiologische gegevens kunnen hebben bij de planning en capaciteitsnormering van gezondheidszorgvoorzieningen. (NIVEL)

25

Last, J.M. (ed.)

A dictionary of epidemiology./ J.M. Last (ed.).- New York, Oxford University Press, 1983, A handbook sponsored by the I.E.A. (NIVEL)

Epidemiologisch woordenboek dat bedoeld is om aan de onduidelijkheid waar het gaat om de eigenschappen en kenmerken van begrippen, die gebruikt worden om concepten, principes, methoden en procedures te beschrijven, een einde te maken. Het bedenken van nieuwe termen en onenigheid over de betekenis van bestaande begrippen werkt verwarrend voor beginnende en gevestigde epidemiologen. Met dit lexicon wordt getracht orde te scheppen in de chaotische nomenclatuur. Het is evenwel geen index, waarin het gebruik van specifieke termen goed- dan wel afgekeurd wordt. De opgenomen termen zijn, naast de epidemiologie, afkomstig uit aangrenzende disci-

Lilienfeld, A.M.

Foundations of epidemiology./ A.M. Lilienfeld, D.E. Lilienfeld.- New York, Oxford University Press, 1980, second edition. (NIVEL)

Doel van dit boek is het aanreiken van concepten en methoden, die binnen de epidemiologie worden toegepast op een veelvoud aan ziekteverschijnselen. Het brede bereik van deze discipline wordt met opzet geïllustreerd door middel van onderzoek over specifieke aandoeningen. De nadruk ligt op het integreren van biologische en statistische elementen bij het verklaren van resultaten, zoals die afgeleid worden uit bevolkingsgegevens met betrekking tot het ontstaan van ziekten. Kennis van de biostatistiek is onmisbaar voor het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek en de analyse van de resultaten. Om deze reden is een appendix met statistische procedures, zoals die regelmatig binnen de epidemiologie gebruikt worden, opgenomen.

Het boek valt globaal gesteld uiteen in vier delen. Een deel waarin de historische achtergronden en de conceptuele basis van de epidemiologie beschouwd worden. Een deel waarin demografische onderzoeken, inclusief mortaliteit en morbiditeit en het gebruik van deze gegevens voor epidemiologische problemen, kritisch besproken worden. Daarna wordt aandacht besteed aan experimenteel epidemiologisch en observatieonderzoek. Tenslotte wordt aangegeven op welke wijze gegevens afkomstig van verschillende onderzoeken tot een conceptueel kader geïntegreerd kunnen worden. In de appendices, wordt naast de eerder genoemde statistische procedures, ingegaan op de theoretische epidemiologie. (NIVEL)

MacMahon, B,

Epidemiology: Principles and methods./ B. MacMahon, T.F. Pugh.- Boston, Little, Brown and Compagny, 1970 (NIVEL, B 1521)

In het boek worden de onderliggende principes en de methoden van de epidemiologie behandeld. De nadruk ligt op de methoden zoals deze binnen het onderzoek naar chronische ziekten gebruikt worden; op dit moment ontbreken op dit terrein goede preventieve mogelijkheden. Er wordt ingegaan op de interactie tussen genetische en omgevingsfactoren bij de etiologie van ziekten, waarbij de belangrijkste methodologische benaderingen behandeld worden. De nadruk ligt hierbij op het verhelderen van causale relaties in termen van oorzaak en gevolg. Gezien de betekenis en het belang van de biostatistiek in dit licht, wordt ingegaan op elementaire statistische technieken. In de veertien hoofdstukken wordt achtereenvolgens ingegaan op epidemiologische principes en methoden, op begrippen die betrekking hebben op de oorzaken van ziekten, op de strategieën binnen de epidemiologie, op de classificatie van ziekten, op maten voor het meten van de frequentie en het voorkomen van ziekten, op data-bronnen, op individuele kenmerken, op de invloed van plaats en tijd en de combinatie van de drie hier voor genoemde variabelen. Daarna wordt aandacht besteed aan de verschillende typen onderzoek binnen deze discipline zoals het cohort-onderzoek, 'case-control'-onderzoek, interventie-onderzoek en onderzoek naar de betekenis van de genetica binnen de epidemiologie. (NIVEL)

Mausner, J.S.

Epidemiology: An introductory text./ J.S. Mauser, A.K. Bahn.- Philadelphia, W.B. Saunders, 1974. (standex. NIVEL)

In het boek wordt een achtergrond in de epidemiologie gegeven; het is bedoeld als een algemene introductie. De dertien hoofdstukken behandelen achtereenvolgens een epidemiologische oriëntatie op gezondheid en ziekte, epidemiologische concepten en modellen en de descriptieve epidemiologie, benaderd vanuit het individu en vanuit plaats en tijd. Bij dit laatste wordt een cohort analyse van mortaliteit gegeven. Er wordt verder ingegaan op het zoeken naar oorzakelijke verbanden, het uitvoeren klinische experimenten en het meten van mortaliteit en morbiditeit. Ook wordt ingegaan op de verschillende databronnen en worden indicatoren voor de kwaliteit van de gezondheidszorg gegeven. Er wordt vervolgens aandacht besteed aan de eigen dynamiek binnen een bevolking, het opsporen van ziekten en epidemiologisch aspecten van infectieziekten. In het laatste hoofdstuk worden onderzoeksmethoden bij chronische aandoeningen beschreven. (NIVEL)

29

Miettinen, O.S.

Theoretical epidemiology: Principles of occurrence research in medicine./ O.S. Miettinen.- New York, John Wiley & Sons, 1985. (NIVEL)

Boek waarin getracht wordt de epidemiologie als een afzonderlijke discipline, methodisch en theoretisch te onderbouwen. Epidemiologie wordt gedefinieerd als die discipline die zich bezig houdt met het bestuderen van het voorkomen van verschijnselen die van belang zijn op het terrein van gezondheid. Met andere woorden de theoretische epidemiologie richt zich op de centrale uitgangspunten bij het opzetten van onderzoek en het analyseren van gegevens, waarbij regelmatigheid in het voorkomen van ziekten gekoppeld worden aan kenmerken van populaties van mensen. Het eerste deel is gewijd aan de theoretische achtergronden, waarbij meer specifiek de kwaliteit van mogelijke onderzoeksopzetten aan de orde

komt. Het tweede deel behandelt het interpreteren van de analyse-resultaten, waarbij een aantal analyse-methoden behandeld worden. De kritiek van Wulsin, J.H. (JAMA; jrg. 256, nr. 7, p. 929-930) richt op de keuze en uitwerking van de analyse-technieken. (NIVEL)

30

Rogot, E.

On the feasibility of linking census samples to the National Death Index for epidemiologic studies: A progress report./ E. Rogot, M. Feinleib, K.A. Ockay, e.a.- American Journal of Public Health; jrg. 73, nr. 11, 1983, p. 1265-1269, 4 ref. (NIVEL)

Om de mogelijkheden van het koppelen van grote representatieve nationale steekproefonderzoeken, zoals die uitgevoerd zijn door het 'U.S. Census Bureau'(vgl. CBS) te onderzoeken, is er een pilot-studie opgezet waarbij 230.000 dossiers afkomstig van een bevolkingsonderzoek gerelateerd zijn aan de nationale index van doodsoorzaken (NDI).

De bevindingen van het pilot-onderzoek geven aan dat een meer omvangrijk onderzoek, waarbij verschillende databestanden op methodisch verantwoorde wijze aan elkaar gekoppeld worden haalbaar is en uitgevoerd kan worden. (NIVEL)

31

Sturmans, F.

Epidemiologie: Theorie, methoden en toepassing./ F. Sturmans.- Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1984, tweede druk. (NIVEL, B 1319)

In dit boek wordt ingegaan op de epidemiologie als wetenschappelijke discipline. Ondanks het belang van de medische statistiek voor deze discipline, wordt hier geen aandacht besteed aan de medische statistiek. Het boek bestaat uit een veertiental hoofdstukken waarin wordt ingegaan op de gebruikte

begrippen, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen de klassieke epidemiologie en de moderne epidemiologie en de medische ecologie. Er wordt ingegaan op de gebruikte werkwijzen en de relaties met andere disciplines zoals de statistiek, de sociale wetenschappen en GVO. Daarna worden de gebieden beschreven waarop een epidemiologische benadering een zinvolle bijdrage kan leveren. In het derde hoofdstuk wordt ingegaan op epidemiologie en ziekte-oorzaken, waarbij van een monocausaal naar een multicausaal model wordt overgestapt. Vervolgens wordt ingegaan op frequentiematen, indicatoren voor de algemene gezondheidstoestand en op doelstellingen en vormen van epidemiologisch onderzoek. In aparte hoofdstukken worden gezondheidsstatistieken, cohort-onderzoek dwarsdoorsnede en patient-contrôle-onderzoek, observationeel onderzoek en experimentele onderzoeken op basis van randomisatie, behandeld. Tenslotte wordt nog ingegaan op de bruikbaarheid van meetmethoden, screening en standaardisering. (NIVEL)

2.3 MEDISCHE GEOGRAFIE EN MEDISCHE DEMOGRAFIE

32

Brunschot, C.J.M. van

Gezondheidszorg en demografie: Met het oog op 2000. Sociale Gezondheidskunde./ C.J.M. van Brunschot.- Medisch Contact; jrg. 37, nr.40, 1982, ref. (NIVEL)

Artikel waarin ingegaan wordt op de betekenis van de nieuwe CBS-bevolkingsprognose voor de ontwikkeling van de intramurale gezondheidszorg. Er wordt een gebruiksbenadering ontwikkeld, waarbij het toekomstig gebruik van voorzieningen voorspeld wordt op basis van de demografische ontwikkeling en de ontwikkeling van het definitieve gebruik. Hierbij worden de randvoorwaarden bij de methode gedefinieerd zoals het gebruik van een 'ceteris-paribus'-clausule, die wordt toegepast op het aantal ziekenhuispatiënten, op de verpleegdagen en ziekenhuisbedden voor patiënten en op het aantal verpleeghuispatiënten. De reden voor deze keuze schuilt in de beschikbaarheid van deze gegevens. Daarna wordt een trendexploratie gegeven en nader uitgewerkt. In een volgende paragraaf wordt de normatieve benadering, die eruit bestaat dat de resultaten van een bevolkingsprognose worden gekoppeld aan bestaande beleidsnormen voor de capaciteit van voorzieningen, beschreven. Tenslotte worden beide benaderingen met elkaar geconfronteerd. (NIVEL)

33

Glick, B.

The spatial autocorrelation of cancer mortality./ B. Glick.- Social Science and Medicine; jrg. 13D, nr. 2, 1979, p. 123-130, 45 ref. (NIVEL)

Het onderzoek van geografische verschillen in

kankermortaliteit kan gebruikt worden bij het genereren van etiologische hypothesen, waarbij de bestaande hypothesen ondersteund of betwijfeld worden, en bij het bepalen van de plaats en omvang an toekomstig epidemiologisch onderzoek. Een beschrijvend-statistische techniek, de ruimtelijke autocorrelatie-analyse wordt hier geïntroduceerd en voorgesteld als een methode die de onderzoeker in staat stelt meer bruikbare informatie te verzamelen uit ruimtelijke patronen van mortaliteit als gevolg van een specifieke ziekte. Een empirisch onderzoek, naar de spreiding van kanker in Pennsylvania, wordt gebruikt als een illustratie van de mogelijkheden van deze techniek. Een aanzienlijke variatie in de mate van ruimtelijke autocorrelatie is gevonden bij de negen onderzochte sekse specifieke verspreidingspatronen van kanker. Drie verschillende paarsgewijze wegings- of koppelingsschema's zijn hierbij gebruikt om de ruimtelijke structuur van de mortaliteitscijfers te onderzoeken. Daarna is de ruimtelijke autocorrelatie-functie berekend voor die patronen met een aantoonbare significante autocorrelatie van de eerste orde (long-, maag- en blaaskanker). De vormen van de functies geven meer inzicht in het mortaliteitspatroon. Deze informatie wordt geëvalueerd in relatie met bestaande etiologische hypothesen. (NIVEL)

34

Connor, M.J.

An empiric study of ecological inference./ M.J. Connor, D. Gillings.- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 6, 1984, p. 555-559, 11 ref., appendix (NIVEL)

Binnen het gezondheidsonderzoek wordt in sommige gevallen gebruik gemaakt van geaggregeerde gegevens. Hoewel deze gegens meer inzichtelijk zijn dan observaties op individueel niveau, heeft men bij de interpretatie ervan met 'bias' als gevolg van ecologische oorzaken, die in de meeste gevallen niet

meetbaar is. Hier worden de implicaties van het gebruik van geaggregeerde gegevens onderzocht. Er wordt hiertoe een tweetal gescheiden analyses uitgevoerd. Een met geaggregeerde gegevens en een waarbij gebruik gemaakt wordt van gegevens op individueel niveau. Met behulp van gegevens afkomstig van het Medicare-programma in North Carolina voor de oudere bevolking, die betrekking hebben op de zorgperiodes in ziekenhuizen, zijn er regressiemodellen ontwikkeld. Deze modellen zijn de uitkomst van onderzoek naar de geografische groepseffecten. Hiermee is de invloed van uitgebreide voorzieningen, van het aanbod aan verpleegkundige zorg en van voorzieningen voor thuiszorg op het aantal acute ziekenhuisdagen, onderzocht. Er hebben zich specifieke problemen voorgedaan bij de definitie van variabelen, op het gebied van collineariteit, bij het terugdringen van variantie, op het gebied van het zwakker worden van verbanden, het optreden van schijnverbanden en op het gebied van de invloed van de observaties. Sterkere collineariteit, dit zijn correlaties tussen de onafhankelijke variabelen, treedt op bij de analyse van geaggregeerde data. Schijnverbanden zijn in deze analyse terug te voeren tot model-specificatie en de definiëring van interactie-effecten. (NIVEL)

35

Difford, F.

Mapping practice population and morbidity with a computer./ F. Difford.- British Medical Journal; jrg. 291, nr. 6501, 1985, p. 1017-1020, 5 ref. (NIVEL)

Er wordt een methode beschreven waarbij het geografische gebied dat de huisartspraktijk bestrijkt, wordt onderverdeeld in, op postcodes gebaseerde, patroon van locaties. De verdeling van de praktijkpopulatie kan dan grafisch weergegeven worden, waarbij specifieke ontwikkelingen zichtbaar worden. Verschillen in geografische omstandigheden en het voorkomen van morbiditeit kunnen in kaart gebracht

worden, waarbij de statistische significantie bepaald kan worden. Dit stuk gereedschap biedt meer mogelijkheden dan andere op informatie gerichte technologische ontwikkelingen binnen de huisartspraktijk. (NIVEL)

36

Kempers-Warmerdam, A.H.H.N.

Ouderenonderzoek in de sociale geografie./ A.H.H.N. Kempers-Warmerdam.- Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; jrg. 16, 1985, p. 109-113, 49 ref. (NIVEL)

Het sociaal-gerontologisch onderzoek in Nederland is voor het belangrijkste deel gebaseerd op bijdragen uit de psychologie en sociologie. De rol van de sociale geografie is tot op heden daarbij ondergeschikt. Er zijn echter talloze ruimtelijke concepties die samenhangen met of invloed hebben op het sociale gedrag bij het ouder worden. Op verscheidene geografische studievelden zijn reeds ouderenonderzoeken verricht. Deze zijn te rubriceren in de thema's: spreiding, migratie, huisvesting, en dagelijkse verplaatsingen van ouderen en de bereikbaarheid van voorzieningen. Geografen kunnen met hun onderzoekservaring, zeker in de toekomst, aanvullende bijdragen leveren voor het sociaal-gerontologisch onderzoek. (Samenvatting)

37

Mayer, J.D.

Medical geography: An emerging discipline./ J.D. Mayer.- Journal of the American Medical Association; jrg. 251, nr. 20, 1984, p. 2680-2683, 24 ref. (NIVEL)

In de Verenigde Staten is de medische geografie een van de minst bekende aan de geneeskunde gelieerde sociale wetenschappen. De medische geografie houdt zich bezig met de analyse van ruimtelijke patronen en de geografische verdeling van ziekten en gezondheidsvoorzieningen. Ondanks de relative onbekend-

heid van de discipline bijvoorbeeld in vergelijking met de epidemiologie, houdt zij een grote belofte in waar het gaat om het toepassen van het medisch geografisch perspectief en medisch geografische methoden op vraagstukken zoals bereikbaarheid van voorzieningen, kostenbeheersing, de invloed van milieuvervuiling en de verspreiding van ziekten. (NIVEL)

38

Mayer, J.D.

Geographical patterns of cardiac arrests: An exploratory model./ J.D. Mayer.- Social Science and Medicine; jrg. 15D, nr. 3, 1981, p. 329-334, 20 ref. (NIVEL)

De geografische verdeling van gevallen van acute hartstilstand buiten het ziekenhuis is nog niet onderzocht, maar is toch van belang zowel epidemiologisch als programmatisch, ten behoeve van de planning van eerste hulpvoorzieningen los van ziekenhuizen. In dit onderzoek zijn 525 gevallen opgepoord in Seattle waarbij de plaats waar het gebeurd is, is geregistreerd. Hierbij is een voorspellend model ontwikkeld om de geografische spreiding van de gevallen te verklaren. Het regressiemodel, dat gebaseerd is op een vijftal onafhankelijke variabelen, heeft een hoge proportie verklaarde variantie ($R^2=.94$). Wanneer in het model gebruik gemaakt wordt van een onafhankelijke variabele, de bevolking, wordt het voorspellend vermogen van het model slechts marginaal aangetast ($R^2=.91$). In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat een dergelijk voorspellend model gebruikt kan worden bij de geografische allocatie van eerstehulpvoorzieningen, waarbij het beperken van de bereikbaarheid van deze voorzieningen in tijd als uitgangspunt gehanteerd wordt. (NIVEL)

Mayer, J.D.

The distance behavior of hospital patients: A disaggregated analysis./ J.D. Mayer.- Social Science and Medicine; jrg. 17, nr. 12, 1983, p. 819-827, 21 ref. (NIVEL)

Het plannen van regionale gezondheidsvoorzieningen omvat impliciete informatie over de wijze waarop ziekenhuispatiënten omgaan met geografische afstanden door het specificeren van verzorgingsgebieden en door het geven van niveau's van concentratie. Het geografische gedrag van patiënten varieert met de bij hen vastgestelde ziekte, met de behandeling en met de diagnostische procedures. In dit onderzoek zijn een groot aantal diagnostische methoden, variërend van routinematige tot en met hoog gespecialiseerde technieken, in relatie met het geografisch gedrag, geanalyseerd. Regionalisering en spreiding van specifieke voorzieningen beïnvloeden per definitie het geografisch gedrag van patiënten. (NIVEL)

2.4 MORTALITEIT EN MORBIDITEIT

40

Ashley, J. (eds.)

Mortal or morbid? A diagnosis of the morbidity factor: The report of a Nuffield Provincial Trust Working Party./ J. Ashley, G. McLachlan (eds.).- London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985. (NIVEL, B 1402)

De vraag naar kwalitatief goede gegevens met betrekking tot morbiditeit voor een goede basis voor gezondheidszorgplanning, keert steeds weer terug. De potentiële bijdrage van goede gegevens aan beleidsformulering in de gezondheidszorg is van algemeen belang. De methodologische problemen die hiermee gepaard gaan zijn hoogst ingewikkeld. Dit boek licht een aantal van de belangrijkste problemen door en poogt een richting aan te geven bij het verzamelen van betrouwbare gegevens. Er worden ook een aantal beleidsontwikkelingen en verdere onderzoeksmogelijkheden gegeven. (NIVEL)

41

Berribedi, Z.M.

Health and development: Socio-economic determinants of mortality structure./ Z.M. Berribedi, J. Silber.- Social Science and Medicine; jrg. 15C, nr. 1, 1981, p. 31-39, 19 ref., appendix (NIVEL)

Het onderzoek naar de relatie tussen mortaliteit en de mate van ontwikkeling wordt vaak beperkt tot de analyse van het effect van inkomen per hoofd van de bevolking op een maat voor de hoogte van de mortaliteit zoals bijvoorbeeld het op leeftijd gestandaardiseerde mortaliteitscijfer. In dit paper wordt een alternatieve visie op het probleem ontwikkeld, niet alleen omdat het een groot aantal sociaal-

economische variabelen, die samenhangen met de mate van ontwikkeling, bij de analyse betreft maar ook omdat de invloed van de mate van ontwikkeling op de verschillende doodsoorzaken onderzocht wordt. Er wordt een 'principal component'-analyse, die in de appendix gedetailleerd beschreven wordt, uitgevoerd op internationale gegevens uit 1964. Dit maakt het mogelijk een typologie van doodsoorzaken te ontwikkelen. (NIVEL)

42

Horn, S.D.

Comparing classification methods: Measurement of variations in charges, length of stay, and mortality./ S.D. Horn, D.N. Schumacher.- Medical Care; jrg. 20, nr. 5, 1982, 11 ref. (NIVEL)

Er worden een drietal alternatieve systemen voor het categoriseren van ziekenhuispatiënten gedefinieerd en onderzocht. Het eerste systeem is uitsluitend gebaseerd op samengevatte ontslaggegevens. Het tweede berust eveneens op gecomprimeerde ontslaggegevens, die op hun beurt afkomstig zijn uit dossiers, die op volledigheid en juistheid gecontroleerd zijn. Het derde systeem is gebaseerd op een 'severity-of-illness'-index binnen een diagnostische groep. Hier zijn patiënten met een acuut hartinfarct als illustratief voorbeeld gebruikt. De homogeniteit van de drie systemen is onderzocht in relatie met ontslag, ligduur en mortaliteitscijfers. De resultaten geven aan dat een maat voor de ernst van ziekte essentieel is bij het maken van homogene categorieën, waarmee de ziekenhuisproductiviteit met betrekking tot het bepalen van het gebruik, onderzocht kan worden, zoals dit gebeurt door 'Professional Standard Review Organizations' en door 'Health System Agencies' ten behoeve van planningsdoeleinden. Daarnaast is een dergelijke maat van belang bij het vaststellen van ziekenhuistarieven zoals dit gebeurt door kostenbewakingscommissies en bij het interne financiële beleid en

voor onderzoek naar de bezettingsgraad van ziekenhuizen. (NIVEL)

43

Mackenbach, J.P.

Aangifte en codeering van enkele doodsoorzaken in Nederland en andere landen van de EEG./ J.P. Mackenbach, W.M.J. van Duyne.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg. 128, nr. 1, 1984, p. 13-18, 9 ref. (NIVEL)

In acht landen van de EEG, waaronder Nederland, werd een onderzoek gedaan naar de vergelijkbaarheid van sterftecijfers voor respiratoire aandoeningen. Hiertoe werden aan artsen in ieder land tien ziektegeschiedenissen voorgelegd, op grond waarvan een doodsoorzaakverklaring moest worden ingevuld. De formulieren werden door de nationale coderingscentra en door een Reference Center van de WHO gecodeerd.

De Nederlandse doodsoorzaakaangifte en -codering bleken vrij gunstig af te steken bij die van enkele andere landen. Er wordt een overzicht gegeven van de verschillende 'fouten' bij de doodsoorzaakaangifte, zoals die voorkwamen in de formulieren, ingevuld door Nederlandse artsen. Het onderzoek bevestigde het vermoeden dat sterfgevallen die moeten worden toegeschreven aan CARA, in per land wisselende mate ook worden aangegeven of gecodeerd in andere diagnoserubrieken. (Samenvatting)

44

Mackenbach, J.P.

Gebruik van sterftecijfers bij de vaststelling van regionale financiële plafonds? Over de bruikbaarheid van een Engels voorbeeld./ J.P. Mackenbach, W.A. Koch.- Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; jrg. 60, nr. 18, 1982, p. 490-497, ref. (NIVEL)

In dit artikel wordt beschreven hoe in Engeland op voorstel van de Resource Allocation Working Party (RAWP) regionale gestandaardiseerde sterftcijfers worden gebruikt om de relatieve hoogte van regionale budgetten voor gezondheidszorg vast te stellen.

Deze gang van zaken heeft veel kritiek opgeroepen; hiervan wordt een overzicht gegeven. Gebleken is dat dit gebruik van sterftcijfers onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd kan worden.

Omdat het voornemen bestaat om, in de nabije toekomst, in Nederland regionale financiële plafonds voor gezondheidszorg vast te stellen, is bestudering van dit Engelse voorbeeld van belang. Er worden argumenten aangevoerd voor de stelling dat het ook in Nederland aanbevelingswaardig zou zijn om een verdeelsleutel te hanteren die gebaseerd is op de 'behoefte' van de bevolking. Om dit te realiseren is onder andere, gezien de onvoldoende beschikbare kennis op dit terrein, een onderzoek nodig naar regionale morbiditeitsverschillen. (Samenvatting)

45

Mackenbach, J.P.

Regionale verschillen in sterfte, ziekenhuisopnamen en arbeidsongeschiktheid: Een onderzoek ten behoeve van de vaststelling van regionale financiële plafonds./ J.P. Mackenbach, W.A. Koch.- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 62, nr. 3, 1984, p. 77-82, ref. (NIVEL)

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg schrijft voor, dat de rijksoverheid per plangebied aangeeft welk beslag de voorzieningen voor gezondheidszorg op de beschikbare financiële middelen mogen leggen. De hierbij te hanteren criteria zullen, zo is als uitgangspunt gekozen, eventuele verschillen in behoefte aan gezondheidszorg moeten weerspiegelen. Een aantal criteria ligt vrijwel voor de hand: omvang van de bevolking en samenstelling naar

enkele demografische kenmerken. Daarnaast kan men zich afvragen in hoeverre regionale sterfteverschillen verschillen in behoefte aan zorg impliceren. Dit is toegespitst tot de vraag of regionale sterfteverschillen berusten op verschillen in de mate van voorkomen van voor de gezondheidszorg relevante aandoeningen in de bevolking.

Hiertoe is onderzocht in hoeverre provinciale sterfteverschillen naar diagnose corresponderen met verschillen in ziekenhuisopnamen en arbeidsongeschiktheidsincidentie. Voor een aantal diagnose-rubrieken werden positieve rangcorrelaties gevonden tussen gestandaardiseerde sterfte- en ziekenhuisopnamecijfers; overeenstemming in rangorde tussen sterfte- en arbeidsongeschiktheidscijfers ontbrak grotendeels.

Geconcludeerd wordt dat regionale sterfteverschillen voor de hoofdgroepen nieuwvormingen en ziekten van de bloedsomlooporganen (samen circa 70% van de sterfte uitmakend) berusten op verschillen in incidentie en/of prevalentie van deze aandoeningen. Met regionale verschillen in gestandaardiseerde sterfte zou dan ook bij de vaststelling van regionale financiële plafonds rekening moeten worden gehouden. (Samenvatting)

46

Manton, K.G.

Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population./ K.G. Manton.- Milbank Memorial Fund Quarterly; jrg. 60, nr. 2, 1982, p. 182-244, ref. (NIVEL)

Een van de meest serieuze uitdagingen waar de Verenigde Staten voor staan is het probleem van het plannen van voorzieningen voor een snel vergrijzende bevolking. Ondanks toegenomen speculaties over de reacties van publieke en private instellingen, bestaat er weinig consensus over de oorzaken, de dynamiek en de omvang van het probleem van vergrijzing. Hier wordt onder andere een model voor de mortaliteit

van individuen gepresenteerd, waarin de cruciale betekenis van chronische aandoeningen zowel voor de ontwikkeling van de morbiditeit als voor mogelijke ontwikkelingen in de toekomst, kan worden verhelderd. (NIVEL)

47

Miyawaki, N.

A statistical consideration on the mapping of mortality./ N. Miyawaki, S.-C. Chen.- Social Science and Medicine; jrg. 15D, nr. 1, 1981, p. 93-101, 13 ref., commentaar (NIVEL)

De mortaliteitsatlas geeft de ruimtelijke verdeling van het fenomeen 'dood' in een bepaalde tijdsperiode. De atlas maakt ook de analyse van factoren die ziekte beïnvloeden meer eenvoudig. Bij het samenstellen van de atlas is het vanuit geografisch oogpunt wenselijk de afzonderlijke geografische eenheden zo klein mogelijk te maken opdat deze eenheden vergeleken kunnen worden met andere gebieden met verschillende kenmerken. Aan de andere kant, vanuit het gegeven dat het aantal sterfgevallen per regio afneemt naarmate de regio's kleiner worden, is het bekend dat een vergelijking van de hoogte van de mortaliteitscijfers tussen de regio's problematischer wordt als gevolg van de grotere invloed van 'toevallige' fouten. De geografische gebieden dienen derhalve vanuit statistisch perspectief behoorlijk omvangrijk te zijn. Deze twee eisen botsen met elkaar. In de praktijk is het noodzakelijk geschikte geografische eenheden te ontwikkelen die een goed compromis vormen tussen deze tegenstrijdige eisen. In dit artikel wordt dit probleem tegen de achtergrond van statistische theorieën besproken. (NIVEL)

48

Rosenwaike, I,

The recent decline in mortality of the extreme aged: An analysis of statistical data./ I. Rosenwaike, P.C.

De officiële statistieken van de V.S. geven een daling van 26% in het mortaliteitscijfer van hoogbejaarden (personen van boven de 85 jaar) te zien in de periode tussen 1966 en 1977. Deze afname is groter dan die gevonden wordt bij andere leeftijds-categorieën van volwassenen. Hier worden de mogelijke effecten van artefacten onderzocht, zoals fouten bij de schatting van de omvang van de populatie en fouten bij het bepalen van veranderingen in trends van mortaliteit. Gegevens afkomstig uit dossiers van sociale diensten met betrekking tot het ingeschreven zijn voor 'Medicare' worden gebruikt om de juistheid van de schattingen met betrekking tot de omvang van de populatie hoogbejaarden te bepalen. Mortaliteitscijfers worden opgesplitst naar specifieke doodsoorzaak, sekse en ras met de bedoeling de invloed van demografische, sociale en gezondheidsfactoren op de veranderingen in het mortaliteitspatroon te bepalen. De resultaten van de analyse geven aan dat er een werkelijk substantiële vermindering in mortaliteit heeft plaats gehad onder de populatie ouderen. De afname van de mortaliteit onder vrouwen overtreft die van mannen, maar minder markant dan in het verleden. De mortaliteitscijfers voor niet-blanken zijn onderhevig aan bijzonder grote foutenmarges als gevolg van een onjuiste bepaling van de omvang van de deelpopulaties. Een scherpe daling van de naar leeftijd gecorrigeerde morbiditeit door hart- en vaatziekten, die vaker voorkomen bij ouderen, lijkt voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de daling van de mortaliteit in deze groep. (NIVEL)

49

Schade, E.

De betekenis van de opgave van de doodsoorzaken door de huisarts voor de kwaliteit van de statistiek./ E.

De kwaliteit van de statistiek van de doodsoorzaken opgesteld door de afdeling gezondheidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek is voor een belangrijk deel afhankelijk van de in de overlijdensverklaring B neergelegde informatie. De betrouwbaarheid ervan is bij een groep huisartsen onderzocht, waarbij de classificatie van de onderliggende doodsoorzaak door de huisarts werd vergeleken met die door het Centraal Bureau voor de Statistiek op grond van de door hem ingevulde B-verklaring. Bij 128 van de 365 overleden patiënten verschilde de classificatie van de doodsoorzaak door de huisartsen van die door het CBS. In 68% van de gevallen werd dit verschil veroorzaakt doordat de artsen ten onrechte een doodsoorzaak op de overlijdensverklaring B als zeker vaststaand hadden ingevuld; voor het overige waren de classificatieregels van de Wereldgezondheidsorganisatie de oorzaak van het verschil.

Het aandeel van de huisarts in de betrouwbaarheid van de statistiek van de doodsoorzaken zal verbeteren als de huisartsen zorgvuldiger te werk gaan bij het invullen van de basisgegevens. Een aanpassing van de classificatieregels aan de zich feitelijk voordoende situatie van onzekerheid omtrent de doodsoorzaak kan hier ook aan bijdragen, alsmede een 'gebruikersvriendelijker' formulier. (Samenvatting)

50

Steffelaar, J.W.

Hoe gezond is de gezondheidsstatistiek? Commentaren./ J.W. Steffelaar.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg. 127, nr. 3, 1983, p. 112-115, ref. (NIVEL)

Commentaar op het gebruik van sterftestatistieken als beleidsinstrument binnen de gezondheidszorg. Aandacht wordt besteed aan de onvolkomenheden ervan

en de gevolgen hiervan voor het beleid. Door de wijze van registratie kan nauwelijks worden vastgesteld wat de mate van onnauwkeurigheid is. Obductie, die met name van de kant van de huisarts, in een aantal gevallen (45%) waarin onzekerheid bestaat gewenst wordt, kan bijdragen tot een grotere betrouwbaarheid. Voor de onderbouwing van deze stelling wordt verwezen naar bestaand onderzoek, waarbij wordt ingegaan op het effect van fout-positieve en fout-negatieve registratie op elkaar. Een en ander wordt toegelicht aan de hand van de kankerregistratie en aan de hand van gevallen van acute hartdood. Geconcludeerd wordt dat de belangrijkste foutenbron de kwaliteit van de medische gegevens is. Er worden een drietal aanbevelingen gedaan:

- het stimuleren van artsen bij het ontwikkelen van registratiesystemen
- het geschikt maken van formulieren voor statistische bewerkingen
- een betere opleiding van niet-medici die omgaan met medische gegevens

(NIVEL)

51

Lende, R. van der

Aangifte en codering van enkele doodsoorzaken in Nederland./ R. van der Lende.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg. 128, nr. 1, 1984, p. 31-33, 4 ref. (NIVEL)

Artikel over sterftestatistiek, hun epidemiologische waarde en het belang van een classificatiesysteem van doodsoorzaken. In vergelijking met andere medische ontwikkelingen is er tot in het zeer recente verleden, nauwelijks moeite gedaan de sterftestatistiek verder te ontwikkelen en te verfijnen. De centrale problemen bij de registratie van de doodsoorzaken hebben betrekking op de validiteit en de betrouwbaarheid. De oorzaken hiervoor zijn de diagnostiek en het ontbreken van voldoende

kennis over het invullen van de overlijdensverklaring. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van het ziektebeeld CARA. (NIVEL)

3. MEETPROBLEMEN, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

52

Cherkin, D.C.

Assessing the reliability of data from patient medical records./ D.C. Cherkin, H.R. Philips, W.R. Gillanders.- Journal of Family Practice; jrg. 18, nr. 6, 1984, p. 937-940, ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de betrouwbaarheid van gegevens ontleend aan medische dossiers.

Hiertoe is het verloop van zwangerschappen in een algemene huisartspraktijk onderzocht. Ondanks de ogenschijnlijke geschiktheid van medische dossiers voor onderzoek herbergt het gebruik ervan een aantal specifieke methodische problemen. Hierbij is de kwaliteit van het onderzoek afhankelijk van de mate waarin deze problemen zijn opgelost. De betrouwbaarheid van de resultaten is hierbij afhankelijk van de problemen bij het meten en de berekening van waarden van variabelen uit de beschikbare gegevens en van het voorkomen van meer dan een waarde voor een specifieke variabele in een medisch dossier. Daarnaast heeft het in de hier gebruikte dossiers aan een konsekwente registratie van deelname aan zwangerschapsgymnastiek ontbroken en is er sprake van niet te kwantificeren foutenbronnen. (NIVEL)

53

Cleary, P.D.

The validity of self-reported physician utilization measures./ P.D. Clearly, A.M. Jette.- Medical Care; jrg. 22, nr. 9, 1984, p. 796-803. 16 ref. (NIVEL)

Door respondenten gemelde cijfers met betrekking

tot het gebruik van extramurale medische voorzieningen zijn vergeleken met cijfers over het werkelijke gebruik. De predictoren voor de discrepantie tussen deze cijfers zijn onderzocht, alsmede de mate waarin deze verschillen modellen voor het gedrag van de gebruikers van voorzieningen negatief beïnvloeden. De gevonden gemiddelde afwijking tussen genoemd en werkelijk gebruik is relatief klein, maar de invloed van deze verschillen op verklarende modellen kan substantieel zijn. (NIVEL)

54

Cohen, E.

Data quality and DRG's: An assessment of the reliability of federal beneficiary discharge data in selected Manhattan hospitals./ E. Cohen, D. Bernier, S. Tam, D. Schimel, A.H. Postel, S. Scheidt, J.B. Stamm.- Journal of Community Health; jrg. 10, nr. 4, winter 1985, p. 238-246, 6 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de mogelijke invloed van fouten bij het toekennen van diagnostische codes, zoals geconstateerd in ziekenhuizen in Manhattan, op de vergoedingen, waarbij deze vergoedingen worden toegekend op basis van diagnostic related groups (DRG's). Bij een verzameling van 1027 Medicare- en Medicaidpatiënten, die in 1983 en 1984 uit 18 ziekenhuizen ontslagen zijn, blijkt 17,5% van de patiëntendossiers een verkeerde DRG-code te bevatten. Het lijkt hier te gaan om systematische fouten in plaats van opzettelijke vergissingen. Het verschil in de vergoedingen op basis van de oorspronkelijke en herziene dossiers blijkt niet significant te zijn, noch geaggregeerd noch voor de afzonderlijke ziekenhuizen. Het blijkt dat de 'New York State's Prospective Hospital Reimbursement Methodology' tijdens de onderzoeksperiode niet uitsluitend gebaseerd is op DRG's, maar op een mix van verschillende factoren waarvan de DRG's er een is, om de

bestaande tarieven aan te passen. Een belangrijke aanbeveling, die uit het onderzoek naar voren komt, is het laten uitvoeren van interne nacontroles bij alle afdelingen met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de gecondenseerde gegevens in de dossiers. (NIVEL)

55

Kilpatrick, S.J.

Primary care research. Encounter records and the denominator problem./ S.J. Kilpatrick, R.M. Boyle.- New York: Preager Publishers, 1984 (NIVEL)

Verzameling essays over het bepalen van de omvang en waar mogelijk de opbouw van de populatie patiënten, die aangewezen zijn op de eerstelijnsgezondheidszorg, het "denominator"-probleem. Daar waar in het verleden de eerstelijnsgezondheidszorg beschreven werd door middel van onderzoek naar de werkbelasting en naar de werkinhoud van huisartsen, wordt er nu naar gestreefd de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn totaliteit, met inbegrip van de behoeften van de doelpopulatie te onderzoeken. Hierbij worden medische dossiers gebruikt voor epidemiologisch onderzoek. Dit vereist ontwikkelingen op het gebied van de classificatie van ziekten, symptomen en oorzaken van hulpzoekend gedrag. Daarnaast dient een meer nauwkeurige definitie van de gebruikte begrippen plaats te vinden met het oog op de vergelijkbaarheid van verschillende praktijken en moet het aantal personen, waaruit een specifieke praktijk bestaat meer exact bepaald worden. Boven genoemde ontwikkelingen vereisen een goed registratiesysteem in de huisartspraktijk en een hoge betrouwbaarheid van de aldus verkregen data. (NIVEL)

56

Morisky, D.E.

Concurrent and predictive validity of a self-reported

measure of medication adherence./ D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine.- Medical Care; jrg. 24, nr. 1, 1986, p. 67-74, 45 ref. (NIVEL)

Therapietrouw vormt met name bij hypertensie en andere ziekten die met geneesmiddelen en een verandering van gezondheidsgedrag behandeld worden, een centraal klinisch probleem. Hier worden de psychometrische eigenschappen van een gestructureerde uit vier door de patiënt zelf gerapporteerde items bestaande schaal voor therapietrouw beschreven. Betreffend instrument kan eenvoudig gebruikt worden tijdens het consult. Het instrument is onderzocht op concurrerende en predictieve validiteit. De resultaten wijzen op een hoge concurrerende alswel hoge predictieve validiteit wanneer de gevonden scores met de bij de patiënt gemeten bloeddruk vergeleken worden. (NIVEL)

57

Neuhaus, E.

Problems of case-finding and data collection in ambulatory care settings./ E. Neuhaus, B.T.F. Lyons, B.C. Payne.- American Journal of Public Health; jrg. 70, nr. 3, 1980, p. 282-283, 4 ref. (NIVEL)

Op basis van een vier jaar durend onderzoek in de ambulante gezondheidszorg komt naar voren dat de centrale problemen bij de verzameling van gegevens over de patiëntenzorg betaan uit:

- 1) problemen bij het verkrijgen van lijsten van patiënten naar diagnose/gezondheidstoestand, die de actuele situatie weergeven.
- 2) onnauwkeurige registratie en codering van de redenen van patiëntenbezoeken.
- 3) de ontoereikendheid bij het vinden van volledige medische gegevens binnen de registratiesystemen.

De hier gepresenteerde data leiden tot de veronderstelling dat er bepaalde regelmatigheden bestaan

in de mate van volledigheid, in de karakteristiek voor bepaalde onderzoeksomgevingen en voor bepaalde diagnostische categorieën. (NIVEL)

58

Rice, C.A.

Methodological, technical, and ethical issues of a computerized data system./ C.A. Rice, M.A. Godkin, R.J.O. Catlin.- Journal of Family Practice; jrg. 10, nr. 6, 1980, p. 1061-1067, 9 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar enige methodische, technische en ethische aspecten waarmee rekening gehouden dient te worden bij het ontwerp en de implementatie van een valide en betrouwbare geautomatiseerde klinische data-bank. De aandacht gaat uit naar een systeem van dataverzameling, zoals dat gebruikt wordt door een viertal gezondheidscentra, die verbonden zijn aan het medisch centrum van de Universiteit van Massachussets. De vooronderstelling is, dat de validiteit en de betrouwbaarheid van gegevens kan worden gemaximaliseerd door het standaardiseren van de bij consulten gebruikte formulieren om "vervuiling" (bias) van de dossiergegevens te voorkomen en de vergelijkbaarheid van de data te verzekeren. Door het gebruik van een checklist voor diagnoses om coderingsfouten te voorkomen en om het aantal geregistreerde diagnoses te verhogen, door de ontwikkeling van uniforme diagnostische criteria, door de opsporing van foutenbronnen met inbegrip van discrepanties tussen klinische gegevens zoals vastgelegd in de medische dossiers, de gespreksformulieren opgeslagen in de computer, door het verhogen van de medewerking van de hulpverleners bij het registreren van de gegevens, door middel van het verspreiden van samenvattingen van de gegevens, die bruikbaar zijn bij de hulpverlening. Potentiële toepassingen van de gegevens voor onderzoek worden hierbij beperkt door personele, financiële, ethi-

sche en programmatische factoren maar vooral door de prioriteitsstellingen van de gezondheidscentra, waarbij de zorg prevaleert boven onderzoek. (NIVEL)

59

Romm, F.J.

The validity of the medical record./ F.J.Romm, S.M. Putnam.- Medical Care; jrg. 19, nr. 3, 1981, p. 310-315, 16 ref. (NIVEL)

Het medisch dossier is voor vele doeleinden een bron van informatie, ook voor de kwaliteit van de verleende zorg. Ondanks dit vertrouwen in de bruikbaarheid van deze data-bron zijn er tot nu toe weinig pogingen ondernomen om de geregistreeerde inhoud tegen de inhoud van de interactie tussen arts en patiënt te valideren. Hier wordt de inhoud van de dossiers vergeleken met de inhoud van gesprekken tussen arts en patiënt. Hierbij blijkt 59% van de informatie-eenheden uit het gesprek aanwezig in de dossiers. In 92% van de gevallen is de centrale klacht geregistreerd, in 71% de informatie, die verband houdt met de gepresenteerde ziekte en in 29% gegevens over de medische geschiedenis van de patiënt. Onvolledige registratie van informatie verklaart ten dele het lage niveau van het gebruik en de bruikbaarheid van geschikte items afkomstig uit deze dossiers bij het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg. (NIVEL)

60

Roos, L.L.

How good are the data? Reliability of one health care data bank./ L.L. Roos, N.P. Roos, S.M. Cageorge e.a.- Medical Care, jrg. 20, nr. 3, 1982, p. 266-276, 24 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de betrouwbaarheid van de Manitoba Health Services Commission databank, vanuit verschillende optieken. Met de nadruk op diagnostische

en heelkundige procedures, richt het onderzoek zich op die gebieden waarin problemen bestaan, waarbij op de gegevens vertrouwd kan worden. Geautomatiseerde vergelijkingen zijn uitgevoerd omdat deze goedkope en effectieve controles opleveren voor de kwaliteit van de gegevens. Een sleutel bij het uitvoeren van goedkope onderzoeken naar betrouwbaarheid is het opsporen van onafhankelijk van elkaar geregistreerde informatie, die in twee of meer gegevensbestanden is opgenomen. Informatie van face-sheets, dit zijn formulieren waarop de medische status geregistreerd wordt en data m.b.t. belangrijke heelkundige procedures blijkt in de onderzochte data-bank betrouwbaar geregistreerd. Het samenvoegen van ICD-8 diagnoses tot categorieën blijkt meer betrouwbaar dan het vertrouwen op individuele diagnoses. Problemen bij het werken met de data hebben betrekking op het kunnen onderscheiden van nauwverwante procedures, de onvoldoende registratie van interne consultaties en van niet heelkundige procedures. (NIVEL)

61

Wendte, J.F.

Het gebruik van medische gegevens bij niet-medisch onderzoek in het ziekenhuis./ J.F. Wendte.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1984, p. 269-275, ref. (NIVEL)

Het gebruik van medische variabelen in sociaal-wetenschappelijk onderzoek is bij een studie naar de relatie tussen medische gegevens en problemen die patiënten bij hun opname in een algemeen ziekenhuis ondervonden, nader beschouwd. Er wordt ingegaan op theoretische, methodologische en praktische aspecten die betrekking hebben op het afleiden van gegevens uit medische dossiers. Twee variabelen, te weten de ernst en de aard van de ziekte, worden hier gebruikt om de problemen bij de con-

structie van een schaal en bij het classificeren van gevallen, te illustreren. (NIVEL)

62

Aday, L.A.

Potentials of local health surveys: A state-of-the-art summary./ L.A. Aday, C. Sellers, R.M. Andersen.- American Journal of Public Health; jrg. 71, nr. 8, 1981, p. 835-840, 59 ref. (NIVEL)

Er wordt een 'state-of-the-art' geschetst m.b.t. de mogelijkheden en beperkingen van lokale onderzoeken, surveys, waarbij in regio's de mate waarin gezondheidsproblemen voorkomen geschat wordt. De informatie die deze onderzoeken opleveren, kan voor een aantal doeleinden, zoals het bepalen van de behoefte aan voorzieningen, de planning en de evaluatie van het effect ervan, aangewend worden. De specifieke voordelen van deze onderzoeken zijn, het produceren van informatie over de behoeften van individuen, die geen hulp gezocht hebben. Ze bieden de mogelijkheid tot onderzoek van specifieke doelgroepen, verschaffen data over variabelen die alleen via enquêtes verkregen kunnen worden, bieden de mogelijkheid informatie te verzamelen over een skala van correlaties tussen variabelen en indicatoren voor gezondheidsgedrag, maken het mogelijk relaties tussen variabelen te onderzoeken en zijn een hulpmiddel bij de evaluatie van experimentele programma's op specifieke momenten. Nadelen en beperkingen van dit type onderzoek hebben betrekking op de betrouwbaarheid en de validiteit van de onderzoeksgegevens, de kosten en de implementatie. (NIVEL)

63

Aday, L.A.

Methodological issues in health care surveys of the Spanish heritage population./ L.A. Aday, G.Y. Chui, R. Andersen.- American Journal of Public Health; jrg. 70,

Dit paper onderzoekt nationale survey data m.b.t. de toegankelijkheid van de gezondheidszorg mede om de methodologische aspecten van het uitvoeren van gezondheidszorgonderzoek onder minderheden te exploreren. Hier worden het identificeren, het selecteren van dergelijke groepen, het verkrijgen van medewerking, het ontwerpen van valide interviewprotocols en het beheersen van bias a.g.v. het cultureel bepaald zijn van de inhoud van de onderzochte concepten, aan de orde gesteld. De resultaten wijzen erop dat er bij het opzetten van surveys onder minderheden aandacht besteed, moet worden aan de culturele en economische heterogeniteit, validiteitsonderzoek m.b.t. de maten voor consumptie van zorg, instemmend gedrag en attitudes t.o.v. de gezondheidszorg. Vanuit het gegeven dat er weinig onderzoeksmateriaal beschikbaar is, is deze analyse bedoeld om onderzoekers te attenderen op specifieke aspecten die in beschouwing genomen moeten worden bij de onderzoeksopzet, de ontwikkeling van bruikbare hypothesen en bij de evaluatie van de validiteit van de data. (NIVEL)

64

Aneshensel, C.S.

Telephone versus in-person surveys of community health status./ C.S. Aneshensel, R.F. Frerichs, V.A. Clack e.a.- American Journal of Public Health; jrg. 72, nr. 9, 1982, p. 1017-1021, 16 ref. (NIVEL)

Vergelijking van somatische morbiditeitsgegevens. Er is een steekproef getrokken onder de bevolking van Los Angeles County, waarbij ad random personen mondeling (face-to-face) dan wel telefonisch onderzocht zijn. Er zijn geen significante verschillen gevonden in de resultaten m.b.t. de algemene gezondheidstoestand, gerapporteerde ziekten tijdens de voorafgaande vier maanden en aantal ziekenhuisopnames tussen beide deelpopulaties. Een signifi-

cant grotere proportie mondeling geïnterviewde respondenten maakt melding van dagen van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (restricted activity) tijdens de voorafgaande twee weken. Dit verschil kan niet wegverklaard worden met behulp van sociaal-economische variabelen en verschillen in de gerapporteerde gezondheidstoestand in de deelpopulaties. (NIVEL)

65

Berg, J. van den

Geheugeneffecten bij het rapporteren van huisartscontacten./ J. van den Berg.- Maandbericht Gezondheidsstatistiek; jrg. 2, nr. 5, 1983, p. 24-27, ref. (NIVEL)

Respondenten van de Gezondheidsenquête 1981 rapporteerden hun huisartscontacten over een periode van drie maanden voorafgaande aan de datum van het vraaggesprek. Binnen deze periode blijkt de kans op het vergeten van een contact evenredig te zijn met de lengte van het tijdsinterval tussen contact en vraaggesprek. Gemiddeld wordt per week bijna 4% van de contacten vergeten; dit percentage varieert naar kenmerken van de respondenten en -vooral- naar kenmerken van de huisartscontacten. Regelmatige contacten, zoals voor bloeddruk, worden relatief weinig vergeten. Telefonische contacten worden relatief vaak vergeten. (CBS)

66

Briscoe, M.E.

Research note: proxy responses in health surveys: a methodological issue./ M.E. Briscoe.- Sociology of Health and Illness; jrg. 6, nr. 3, 1984, p. 358-365, 13 ref. (NIVEL)

Het door respondenten laten doen van uitspraken over anderen, zoals bijvoorbeeld de echtgeno(o)t(e), wordt vaak beschouwd als een mogelijke

foutenbron bij enquêtes. Er wordt verondersteld dat de respondenten, meestal vrouwen, de neiging hebben te weinig melding te maken van ziekten van niet bij het interview aanwezige personen (meestal mannen). De bevinding dat bij vrouwen hogere morbiditeitscijfers gevonden worden, kan derhalve op een artefact berusten, hetgeen een gevolg is van de wijze van dataverzameling. Om dit mogelijke effect te onderzoeken zijn 50 echtparen geënquêteerd. Er is gevraagd naar recent beleefde ziekteverschijnselen zowel bij zichzelf als bij de echtgeno(o)t(e). Er is een grote overeenkomst gevonden tussen de antwoorden van de echtelieden met betrekking tot de ernst en het aantal ziekteverschijnselen. Discrepancies tussen de antwoorden moeten worden toegeschreven aan "over-reporting" door beide sexen van verschijnselen bij de niet aanwezige persoon. De conclusie is dat verschillen in morbiditeitscijfers tussen mannen en vrouwen niet met behulp van het veronderstelde effect kunnen worden verklaard. (NIVEL)

67

Fienberg, S.E.

Cognitive aspects of health survey methodology: an overview./ S.E. Fienberg, E.F. Loftus, J.M. Tanur.-Milbank Memorial Fund Quarterly; jrg. 63, nr. 3, 1985, p. 547-564, ref. (NIVEL)

Eerste van vier artikelen over de overeenkomsten en raakvlakken tussen de cognitieve psychologie, de statistiek en het opzetten van onderzoek en wel m.n. in het kader van het "National Health Interview Survey" (NHIS, USA). Dit eerste artikel beziet een en ander vanuit het perspectief van de informatievoorziening. Gedefinieerd worden de termen "Survey" en "Sample Survey" (steekproef-onderzoek). Er wordt een overzicht gegeven van de geschiedenis en recente ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar cognitieve aspecten die een rol spelen bij enquêtes. Tevens wordt een indruk gegeven van

de aard van de gestelde vragen. Een aantal cognitieve dimensies van de "National Interview Survey" wordt nader besproken. (NIVEL)

68

Franssen, A.M.J.

Het 'testeffekt' bij longitudinaal onderzoek met onafhankelijke steekproeven./ A.M.J. Franssen, C.P.M. Knipscheer, J.M.G. Persoon.- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 65, nr. 15, 1987, p. 15-18, ref. (NIVEL)

Een bron van verstoring die kan optreden bij longitudinaal onderzoek, wanneer bij dezelfde proefpersonen herhaalde metingen worden verricht, wordt in de literatuur het testeffekt genoemd. Naar de mening van de auteurs is van een dergelijk effect ook sprake, wanneer bij onafhankelijke steekproeven uit eenzelfde onderzoekspopulatie herhaald wordt gemeten. Ons argument hiervoor is, dat bij mensen, die bekend zijn met het onderzoek doordat zij geïnformeerd zijn door anderen die bij een eerdere meting hebben deelgenomen, eenzelfde reactie kan optreden als wanneer zij zelf al zouden hebben deelgenomen. De mogelijkheid om dit te onderzoeken deed zich voor, doordat deze vraagstelling gekoppeld kon worden aan het hypertensieproject Lelystad, een onderzoek waarbij in drie opeenvolgende jaren (1982, 1983 en 1984) onderzoek is verricht naar de opsporing, behandeling en prevalentie van hypertensie bij drie onafhankelijke steekproeven uit de bevolking van Lelystad.

De resultaten geven aanleiding te konkluderen dat de vraagstelling bevestigend kan worden beantwoord. In het hypertensieproject is gebleken dat er een daling is opgetreden in de prevalentie van hypertensie bij de mannelijke deelnemers; de mannen die bekend waren met het project vóór de eigen oproep en die bovendien (ooit) een te hoge bloeddruk hebben (gehad), hebben ook het vaakst activiteiten ondernomen die gezondheidsbevorderend zijn. (Samen-

69

Gentry, M.

Survey of sampling techniques in widowhood research, 1973-1983./ M. Gentry, A.D. Shulman.- Journal of Gerontology; jrg. 40, nr. 5, 1985, p. 641-643 (WVC)

Evaluatie van het gebruik van steekproeven als een van de methoden van onderzoek en rapportage m.b.t. het lot van weduwen. Alle empirische studies genoemd in Psychological Abstracts and Sociological Abstracts over de periode 1973-1983 zijn bezien. Over het algemeen geven de onderzoekers te weinig informatie betreffende de wijzen, waarop zij hun onderzoekspopulatie bepalen. (SAGEMA)

70

Hartge, P.

Design and methods in a multi-center case-control interview study./ P. Hartge, J.I. Cahill, D. West e.a.- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 1, 1984, p. 52-56, 35 ref. (NIVEL)

Beschrijving van een 'case-control'-onderzoek in de V.S., waarbij 2.982 personen met blaaskanker en 5.782 personen als controle-groep geënquêteerd zijn. Er is gebruik gemaakt van een aantal bestaande technieken om de bias in de data terug te dringen en om de kwaliteit van de data te bewaken. Er wordt een beschouwing gegeven over de elementen in de onderzoeksoptzet en de veldmethoden, die gebruikt kunnen worden bij epidemiologisch onderzoek in het algemeen en bij multi-center interview onderzoek in het bijzonder. De keuzen van de gebruikte methoden, instrumenten en procedures wordt hierbij verantwoord. (NIVEL)

Lessler, J.T.

Laboratory-based research on the cognitive aspects of survey methodology: the goals and methods of the national center for health statistics study./ J.T. Lessler, M.G. Sirken.- Milbank Memorial Fund Quarterly; jrg. 63, nr. 3, 1985, p. 565-581, 9 ref. (NIVEL)

Beschrijving van een onderzoek naar potentiële foutenbronnen in een survey, waarbij gebruik gemaakt wordt van aan laboratorium-onderzoek ontleende methoden en van cognitieve theorieën. Er wordt aangegeven hoe het onderzoek bijdraagt aan de verbetering van de opzet van gezondheidsonderzoeken. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het National Health Interview Survey. Centraal staan geheugeneffecten bij respondenten, die vaak niet in staat zijn gebeurtenissen in de tijd juist te situeren. Als gevolg hiervan wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van de data negatief beïnvloed. Aan de orde komen strategieën van respondenten gebeurtenissen in de tijd te plaatsen en de reacties van respondenten op vragen met onbekende items. (NIVEL)

Hoddinott, S.N.

The Dillman Total Design Survey Method: A sure-fire way to get high survey return rates./ S.N. Hoddinott, M.J. Bass.- Canadian Family Physician; jrg. 32, nr. 11, 1986, p. 2366-2368, 2 ref. (NIVEL)

De 'Total Design Method' (TMD) zoals ontwikkeld door D.A. Dillman garandeert een responsecijfer van 80% bij postale en telefonisch enquêtes. Bij een onderzoek uitgevoerd in London, Ontario zijn een vragenlijst in de vorm van een boekje, een introductiebrief, een antwoordkaart en een gefrankeerde retourenveloppe toegestuurd aan 185 huisartsen. Huisartsen die niet gereageerd hebben bin-

nen een week na de oorspronkelijke mailing, hebben een herinneringskaart toegestuurd gekregen. Na drie en zeven weken is een vervangende vragenlijst verzonden.

Het responsecijfer van 92,8% geeft aan dat de methode erg succesvol is. De TDM is gebaseerd op gezonde onderzoeksprincipes en bevestigt, dat het besteden van aandacht aan administratieve details een hoog responsecijfer garandeert bij moeilijk te benaderen onderzoekssubjecten zoals huisartsen.

(NIVEL)

73

Marcus, A.C.

Memory aids in longitudinal health surveys: results from a field experiment./ A.C. Marcus.- American Journal of Public Health; jrg. 72, nr. 6, 1982, p. 567-573, 20 ref. (NIVEL)

Het gebruik van 'geheugen-steuntjes' om het geheugen van respondenten op te frissen wint aan populariteit in het gezondheidsonderzoek. Bij een veld-experiment onder 1.200 respondenten, rapporteren personen waarbij het geheugen systematisch gesteund is, 50% meer het voorkomen van symptomen als respondenten die niet ondersteund zijn. Het ondersteunen van het geheugen is gebeurd met behulp van een kalender met in in linker marge een aantal vragen met betrekking tot de ervaren symptomen, de reactie op deze symptomen en de contacten met anderen naar aanleiding van deze symptomen. De opvallendste verschillen zijn gemeten tijdens de eerste zes tot twaalf weken van het onderzoek voor symptomen die betrekking hebben op acute, voorbijgaande ziekten m.n. onder minderheidsgroepen en binnen de lagere sociaal-economische strata. Respondenten die een geheugensteuntje hebben gekregen, maken eerder melding van dokterscontacten m.n. tijdens de herfst- en wintermaanden. Van de respondenten die tenminste een maal gebruik gemaakt hebben van geheugensteuntjes, zegt 30% beïnvloed te

zijn door de gegeven informatie en is zich daarbij bewuster geworden van hun gezondheid. Tien personen zijn door de gegeven geheugeninformatie meer ongerust en depressief geworden over hun gezondheidstoestand. Dit impliceert een risico van 4 à 5% bij het gebruik van de methode. De resultaten wijzen niet in de richting van beïnvloeding van de perceptie over de eigen gezondheid. (NIVEL)

74

Marcus, A.C.

Non-participation in telephone follow-up interviews./ A.C. Marcus, C.W. Telesky.- American Journal of Public Health; jrg. 73, nr. 1, 1983, p. 72-77, 26 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de steekproefuitval tijdens een één jaar durend longitudinaal onderzoek, geanalyseerd wordt. Er is hierbij gebruik gemaakt van telefonische follow-up interviews. In het algemeen heeft het afhaken van respondenten weinig invloed op de verdeling van sociaal-demografische en gezondheidskenmerken binnen de steekproef. Wel wordt geconstateerd dat bepaalde sub-kategoriën met een grotere statistische waarschijnlijkheid afzien van deelneming aan de follow-up interviews. Het betreft hier de groepen: jongeren, niet-werkenden uit de lagere sociaal-economische milieus en diegenen die hun gezondheidstoestand als goed of slecht beoordelen. Tussen het slinken van de steekproef en de variabelen somatische ziekten en invaliditeit is geen verband gevonden. (NIVEL)

75

Marcus, A.C.

Telephone surveys in public health research./ A.C. Marcus, L.A. Crane.- Medical Care; jrg. 24, nr. 2, 1986, p. 97-112, 44 ref. (NIVEL)

Overzichtsartikel over de waarde en bruikbaarheid

van telefonische enquêtes bij gezondheidszorgonderzoek. Aan de orde komen de steekproefbepaling, de kwaliteit van de data, het ontwerpen van vragenlijsten, de instructie van de enquêteurs, de belasting van de respondent (i.v.m. non-response) en het gebruik van computers. Hierbij wijzen de auteurs op de vooruitgang bij het ontwikkelen van protocollen. De konklusies zijn:

- 1) telefonische enquêtes zijn geschikt voor follow-up interviews bij panel-onderzoek.
- 2) telefonische enquêtes zijn een goedkoop en uitvoerbaar alternatief voor face-to-face interviews bij cross-sectionele studies in algemene populaties.
- 3) telefonische enquêtes zijn minder geschikt voor onderzoek waarbij in de doelpopulatie een lage telefoon-dichtheid is en wanneer er sprake is van een hoge non-response. In deze gevallen verdient een gecombineerde aanpak de voorkeur.
- 4) CATI (Computer assisted telephone interviewing) is een van de belangrijkste en meest innovatieve technologische ontwikkelingen in het gezondheidszorgonderzoek van de afgelopen jaren. De techniek is uitermate geschikt bij grootschalig onderzoek om methodologische protocollen te testen en te verfijnen. (NIVEL)

76

Mosely, R.R.

The use of proxies in health surveys: Substantive and policy implications./ R.R. Mosely, F.D. Wolinsky.- Medical Care; jrg. 24, nr. 6, 1986, p. 496-510, 33 ref. (NIVEL)

Traditioneel wordt er van uitgegaan dat het op indirecte wijze verkrijgen van gegevens over gezondheids- en ziektegedrag van gezinsleden die niet bij het interview aanwezig zijn, geen significante betekenis heeft voor de interne validiteit van de gebruikte analyses. De auteurs onderzoeken hier op basis van gegevens van 78.439 volwassenen, die

geïnterviewd zijn in het kader van het 'Health Interview Survey' in 1978, of het gebruik van op indirecte wijze verkregen gegevens van een dergelijke invloed is op het uit deze gegevens empirisch afgeleide gedragsmodel voor het gebruik van voorzieningen, dat hieraan beleidsimplicaties verbonden meten worden. In 37% van de gevallen zijn de gegevens op indirecte wijze verkregen. Twee belangrijke bevindingen komen uit het onderzoek naar voren. Omdat het onmogelijk is het effect van indirecte ondervraging expliciet te beschouwen (b.v. door het betrekken van een dichotome variabele 'direct' bij de analyse), veranderen de geschatte effect-parameters voor het gedragsmodel niet. Daarnaast lijkt bij het gebruik van indirecte gegevens het aantal contacten met artsen en ziekenhuizen respectievelijk met 4 en 2% licht onderschat te worden evenals de omvang van het gebruik van diensten van artsen. De inhoudelijke en beleidsconsequenties van deze bevindingen worden becommentarieerd in het licht van twee alternatieve verklaringen. Bij de eerste verklaring wordt het lagere gebruik van voorzieningen verklaart vanuit de veronderstelling dat de indirect geïnterviewden het drukker hebben dan direct geïnterviewde personen. De tweede verklaringswijze veronderstelt dat zij over een betere gezondheid beschikken. (NIVEL)

5. ANALYSE-TECHNIEKEN

77

Arling, G.

Interaction effects in a multivariate model of physician visits by older people./ G. Arling.- Medical Care; jrg. 23, nr. 4, 1985 p. 361-371, 41 ref. (NIVEL)

Vroegere onderzoeken waarbij multivariate modellen gebruikt zijn, bij het verklaren van bezoeken aan artsen in een algemene populatie en in populaties bestaande uit ouderen, zijn er niet in geslaagd interacties tussen gezondheid, functionele stoornissen en economische status in de modellen te betrekken. Daarbij is de invloed van psychische nood en van sociale ondersteuning op het gebruik van de voorzieningen niet volledig onderzocht. Uit de analyse van data, afkomstig van een cross-sectioneel nationaal onderzoek onder niet in een instituut opgenomen ouderen (N=2.146) blijkt dat economische deprivatie een belangrijke negatieve invloed heeft op het aantal zelf gerapporteerde bezoeken aan een arts en een negatief interactie-effect vertoont met gerapporteerde bezoeken en medische conditie. Psychosomatische en emotionele problemen hebben een onafhankelijk, positieve invloed op het aantal bezoeken, terwijl het aantal klachten en de ervaren ernst ervan samen met psychosomatische symptomen belangrijke predictoren voor het aantal bezoeken zijn bij ouderen die niet in hun dagelijkse activiteiten beperkt worden door handicaps. Voor functioneel gehandicapten blijken deze factoren niet van significante betekenis. Sociale ondersteuning en emotionele nood zijn de belangrijkste verklarende factoren voor bezoek bij ernstig functioneel gehandicapten. De resultaten wijzen op het belang van het integreren van concepten afkomstig uit onderzoeken naar ziektegedrag in modellen voor medische consumptie en de beschouwing

van de toegankelijkheid van de zorg in zijn totale context. (NIVEL)

78

Cleary, P.D.

The analysis of relationships involving dichotomous dependent variables./ P.D. Cleary, R. Angel.- Journal of Health and Social Behavior; jrg. 25, nr. 3, 1984, p.334-348, 87 ref. (NIVEL)

Verschillende methoden voor het onderbrengen van dichotome afhankelijke variabelen in modellen worden vanuit theoretisch en praktisch oogpunt beschouwd. De conclusie is dat wiskundige en causale modellen theoretisch het meest voldoen, maar dat er regelmatig niet-significante verschillen gevonden worden tussen de resultaten van regressie-, discriminant analyses en lineaire modellen. De discriminant en lineaire regressie-analyses worden aanbevolen voor exploratief onderzoek, met lokale beperkingen bij de dataverwerking. Deze technieken zijn meer toegankelijk en minder kostbaar. De regressie-analyse is geschikt voor het ontwikkelen van verklarende modellen en voor de toetsing van hypothesen. (NIVEL)

79

Cowger, Ch.D.

Statistical significance tests; scientific ritualism or scientific method?/ Ch.D. Cowger.- Social Service Review; jrg. 58, nr. 3, 1984, p. 358-372 (WVC)

Het verkeerd gebruik, in verband met interpretatiefouten en "technische" tekortkomingen, van significantie-tests, vormt een ernstig probleem in het maatschappelijk werk-onderzoek; voorbeelden; aanbevelingen. (SAGEMA)

Deyo, R.A.

A simple language-based acculturation scale for Mexican Americans: validation and application to health care research./ R.A. Deyo, A.K. Diehl, H. Hazuda e.a.- American Journal of Public Health; jrg. 75, nr. 1, 1985, p. 51-55, 11 ref., appendici (NIVEL)

Opbouw van een enkelvoudige schaal ter vaststelling van het gebruik van Engels door Mexicaanse Amerikanen met behulp van een viertal korte vragen die bewezen hebben uitstekende model-eigenschappen te bezitten bij Guttman's Scalogram Analyse in twee onafhankelijke gegevens-sets. De bruikbaarheid is vastgesteld door overeenkomsten te testen tussen taal-scores en ethniciteit, geboorteplaats, integratie in de samenleving en woonomgeving. Bijzondere overeenkomsten zijn aangetoond tussen de scores en het gebruik van orale anticonceptie, pariteit, fatalisme t.o.v. gezondheid en de houding t.o.v. 'kruidendokters'. Deze overeenkomsten blijven bestaan wanneer de opleiding en het inkomen verhoogd worden. De schaal blijkt betrouwbaar en is bruikbaar voor het onderscheiden van categorieën onder de Mexicaans-Amerikaanse bevolkingspopulatie en als zodanig bruikbaar voor het onderzoek van de gezondheidszorg. (NIVEL)

Forrest, M.

Ordinal scale and statistics in medical research./ M. Forrest, B. Andersen.- British Medical Journal; jrg. 292, nr. 6519, 1986, p. 537-538, 16 ref. (NIVEL)

Een onderzoek van een twaalftal medische tijdschriften, waarbij een jaargang, 1982, is geanalyseerd, geeft aan dat in ten minste 72% van de opgenomen papers gebruik gemaakt wordt van ordinale schalen. Bij de analyse worden statistische methoden gebruikt, die meer verfijnde meetinstrumenten

ten vooronderstellen. Er worden daarom niet-parametrische methoden voor de analyse van gegevens op ordinaal niveau gegeven. (NIVEL)

82

Hakim, C.

Secondary analysis and the relationship between official and academic social research./ C. Hakim.- Sociology; jrg. 16, nr. 1, 1982, p. 12-28 (SIU)

Het SSRC survey-archief, opgericht in de zestiger jaren als nationaal archief voor sociaal wetenschappelijke gegevens waarin voornamelijk regelmatig terugkerende surveys zijn ondergebracht als het algemene gezinsonderzoek, gezinsuitgavenonderzoek etc., is het grootste data archief buiten de V.S. met contacten naar andere data-archieven. Voordelen secundaire analyse: besparing in tijd, geld en personeel en de schaalgrootte van het onderzoek (SAGEMA)

83

Polissar, L.

Regression analysis in health services research: the use of dummy variables./ L. Polissar, P. Diehr.- Medical Care; jrg. 20, nr. 9, 1982, p. 959-966, 13 ref. (NIVEL)

Dummy variabelen worden regelmatig maar veelal op een verkeerde wijze gebruikt bij regressie-analyses. Een korte beschouwing van voorbeelden uit de medische literatuur geeft aan dat de interpretatie van regressiecoëfficiënten van dummy's en de significantie ervan vaak onjuist of onduidelijk zijn. Het belang van het testen op interactie-effecten van een groep dummy variabelen wordt benadrukt. Daarnaast wordt een standaard en een nuttige uitbreiding van de techniek m.b.t. het testen van de invloed van een verzameling variabelen, beschreven. (NIVEL)

6.1 EVALUATIE-ONDERZOEK, ALGEMEEN

84

Ament, A.

Enkele kanttekeningen bij het toepassen van kosten-batenanalyses in de gezondheidszorg./ A. Ament.- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; jrg. 124, nr. 34, 1980, p. 1423-1427, 5 ref. (NIVEL)

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 gezondheidsprogramma's. (SAGEMA)

85

Amonoo-Lartson, R.

Patient care evaluation in a primary health care programme: the use of tracer conditions as a simple and appropriate technology in health care delivery./ R. Amonoo-Lartson, J.A. de Vries.- Social Science and Medicine; jrg. 15A, nr. 5, 1981, p. 735-741, 4 ref. (NIVEL)

Gezondheidsprogramma's, die gericht zijn op specifieke gemeenschappen, worden in toenemende mate gebruikt om de bereikbaarheid van de gezondheidszorg te verhogen, met name in ontwikkelingslanden. Om vast te stellen of dergelijke programma's werkelijk ten goede komen aan de doelgroepen, zijn eenvoudige doch effectieve evaluatietechnieken nodig, die gebruik maken van de al aanwezige epidemiologische gegevens. Hier wordt een aantal tracercondities genoemd, die gebruikt worden in een ruraal gebied in Afrika om de kwaliteit van de zorg binnen een geïntegreerd ontwikkelingsprogramma te bepalen. De methode lijkt eenvoudig in te voeren en

levert een onmiddellijke en nuttige feed-back, die gebruikt kan worden om de prestaties van de gezondheidszorg, door middel van training en het beleid binnen de voorzieningen, te verbeteren. (NIVEL)

86

Eriksson, E.A.

Quantitative measurement of continuity of care. Measures in use and an alternative approach./ E.A. Eriksson, L.G. Mattsson.- Medical Care; jrg. 21, nr. 9, 1983, p. 858-875, 20 ref. (NIVEL)

Continuïteit van de zorg is een veel gebruikt concept, dat evenwel geen algemeen geaccepteerde definitie kent. De ontwikkelde instrumenten geven hierbij de verschillende aspecten van continuïteit weer, waarbij het aspect met betrekking tot de concentratie van de zorg een sleutelrol speelt. Bijna alle in het verleden ontwikkelde instrumenten zijn op het individu gericht. Als een mogelijk alternatief wordt hier een benadering voorgesteld die uitgaat van het consult. Op het consult gebaseerde instrumenten zijn technisch eenvoudig hanteerbaar en kunnen door de mogelijkheid van directe interpretatie tot begripsvorming leiden. Deze instrumenten zijn meer flexibel dan op het individu gebaseerde maten met betrekking tot het tijdspectief en met betrekking tot het samenstellen van doelpopulaties, die gebruikt kunnen worden voor verschillende typen van vergelijkingen. Daarnaast blijft het mogelijk om alle op het individu gebaseerde maten uit de gegevens te extraheren. Bij het gebruik van meetinstrumenten die uitgaan van het consult lijkt het wegen van gelijke situaties meer eenvoudig en meer zinvol. (NIVEL)

87

Haen, F. de

De tracermethode in gezondheidszorgonderzoek./ F. de

Haen, D. Wijkel.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1982, p. 276-288, ref. (NIVEL)

Betrouwbare en valide methoden voor het schatten van de kwaliteit in gezondheidszorgonderzoek moeten nog worden ontwikkeld. Hierbij is de 'tracermethode' een stap voorwaarts, omdat het de evaluatie van zowel het zorgproces als van de uitkomst van een zorgsysteem combineert. Hier worden praktische en theoretische problemen bij de implementatie van het instrument binnen het veld van de eerstelijns en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, beschreven. Allereerst wordt de basis-assumptie die aan de methode ten grondslag ligt, dat routinematige zorg bij een 'normale' klacht als indicator voor de kwaliteit van de algemene zorg gebruikt kan worden, beschouwd. Hierbij zijn de tracers geselecteerd met behulp van criteria zoals die door Kessner en Kalk ontwikkeld zijn. Het gevolg hiervan is, dat de methode weinig bruikbaar blijkt bij de evaluatie van de geestelijke gezondheidszorg; somatische aspecten van zorg worden te veel benadrukt. Daarnaast vormt het verzamelen van gegevens m.n. binnen de algemene zorg een ernstig probleem. De bereidheid van artsen inzicht te geven in hun dossiers is minimaal, waarbij komt dat de kwaliteit van de medische dossiers, bijgehouden door huisartsen, zo mager is dat deze nauwelijks voor wetenschappelijk onderzoek, bruikbaar zijn. (NIVEL)

88

Holland, W.W. (ed.)

Evaluation of health care./ W.W. Holland (ed.).- Oxford: Oxford University Press, 1983 (NIVEL, B 1187)

Overzicht van concepten en methoden, die gebruikt worden bij de evaluatie van de gezondheidszorg. Dit facet van evaluatie-onderzoek is sterk in ontwikkeling. De concepten worden beschreven, waarbij de onderlinge relaties worden aangegeven. Hierbij wordt ingegaan op de problemen bij het meten van

deze concepten zoals de hulpvraag, de uitkomsten van het zorgproces, de mortaliteits- en morbi-teitscijfers. Aandacht wordt besteed aan het meet-niveau, de betrouwbaarheid en validiteit en aan de wijze van dataverzameling. Daarna worden economi-sche evaluatie-technieken zoals de kosten-baten-analyse en de kosten-effectiviteits-analyse behan-deld. Hier wordt ingegaan op meetproblemen bij het vaststellen van de kosten van de gezondheidszorg en op het concept van budgettering. Tenslotte wordt een aantal voor evaluatie-onderzoek bruikbare on-derzoeksopzetten gegeven. Een en ander wordt met een aantal praktische toepassingen in evaluatie-onderzoek geïllustreerd. (NIVEL)

89

Holland, W.W. (eds.)

Oxford textbook of public health. Volume 3: Investigative methods in public health./ W.W. Holland, R. Detels, G. Knox, E. Breeze (eds.).-Oxford, Oxford Univeristy Press, 1985 (NIVEL, B 1466)

Dit boek tracht de filosofie en de onderliggende principes van de openbare gezondheidszorg bloot te leggen. Methoden van onderzoek en oplossing van gezondheidsproblemen worden beschreven. daarnaast worden praktijk-voorbeelden gegeven. Globaal valt het boek in een zestal delen uiteen. Het eerste hiervan is gewijd aan informatiesystemen, het tweede aan het gebruiken van informatiesystemen ten behoeve van gezondheidsvoorlichting. In het derde deel wordt expliciet ingegaan op epidemiologische methoden en technieken en op de verschillende onderzoekstypen zoals 'cross-sectioneel'-, cohort-, interventie- en 'case-control'-onderzoek. Ook wordt aandacht besteed aan statistische methoden. Daarna worden de verschillende sociaal-wetenschappelijke disciplines belicht, wordt ingegaan op veldonder-zoeken naar externe risicofactoren met inbegrip van venerische bedreigingen en op de stand van zaken met betrekking tot onderzoek en ontwikkeling van

90

Howe, H.L.

Increasing efficiency in evaluation research: the use sequential analysis./ H.L. Howe.- American Journal of Public Health; jrg. 72, nr. 7, 1982, p. 690-697, 14 ref., appendix (NIVEL)

Beschrijving van Wald's sekventiële analyse en een beknopt overzicht van de gebruiksmogelijkheden van deze techniek. Sekventiële analyse is een algemene statistische deductie methode, die ongeacht het niveau waarop een variabele gemeten wordt, gebruikt kan worden. Er wordt een tweetal toepassingen in gezondheidszorgonderzoek genoemd, waarbij door het gebruik van de methode twee algemene problemen bij evaluatie-onderzoek overwonnen kunnen worden. In het eerste geval wordt de werkbelasting bij de analyse van ziekenhuisgegevens sterk gereduceerd en in het tweede geval wordt een directe feed-back van data m.b.t. een borstkanker-screeningsprogramma vereenvoudigd, waarbij de evaluatie-onderzoekers in staat zijn hun aandacht voor specifieke problemen tijdens de evaluatie bij te stellen. Wald's sekventiële analyse levert in het algemeen een besparing van 50% op bij observaties in vergelijking met klassieke steekproefprocedures. De benodigde steekproefgrootte is zelden meer dan eenderde van de gemiddelde steekproefomvang bij enkelvoudige steekproeven. (NIVEL)

91

Palmer, R.H.

A review of methods for ambulatory medical care evaluations./ R.H. Palmer, H.R. Nesson.- Medical Care; jrg. 20, nr. 8, 1982, p. 758-781, 106 ref. (NIVEL)

Evaluaties van medische zorg worden wijdverspreid gebruikt in ziekenhuizen in de Verenigde Staten als

een methode voor het verbeteren van de zorg en worden in toenemende mate toegepast op het terrein van de ambulante gezondheidszorg, in het bijzonder groepspraktijken. Opgelegde kwaliteitsbeheeringsprogramma's vereisen een vorm van interne inspectie, die extern gecontroleerd kan worden. Voor interne zelf-evaluatie blijken gecombineerde taakgeïntegreerde evaluaties meer geschikt dan complexe meerzijdige totaal-evaluaties, die vaak veelal door externe onderzoekers worden uitgevoerd. Een gedetailleerde beschrijving van bestaande methoden voor het ontwerpen van dergelijke interne evaluaties wordt hier gegeven. Aan de orde komen de herkenning van de te evalueren problemen, het gebruik van procesgegevens versus het gebruik van output-data, de keuze van de databronnen, thematieken en criteria, indicatoren voor het classificeren van eenheden, de te onderzoeken zorgeenheden en de mogelijkheden voor tussentijdse terugkoppeling. (NIVEL)

92

Simborg, D.W.

Evaluation methodology for ambulatory care information systems./ D.W. Simborg, Q.E. Whiting-O'Keefe.- Medical Care; jrg. 20, nr. 3, 1982, p. 255-265, 19 ref. (NIVEL)

De centrale doelstelling van een informatiesysteem voor ambulante gezondheidszorg is het verstrekken van gegevens aan de arts ter ondersteuning van klinische beslissingen. Deze beslissingen kunnen als afhankelijke output-variabele beschouwd worden van een proces waarbij het informatiesysteem, de patiënt, individuele kenmerken van de arts en de omgeving de onafhankelijke input-variabelen zijn. Bij evaluatie-onderzoek moeten deze relaties beschouwd worden. Benaderingen waarbij de uitkomsten van de zorg voor patiënten gebruikt worden, zijn problematisch omdat hier sprake is van een indirecte relatie tussen informatiesystemen en de resultaten hiervan voor de patiënt. Dit beperkt zowel de

gevoeligheid als de validiteit. Een meettechniek voor het proces, dat zich direct richt op de klinische beslissingen als een maat voor het resultaat kan geschikt zijn, wanneer het toegepast wordt in een algemene steekproef uit in de ambulante zorg genomen beslissingen. Een in ontwikkeling zijnde methode, gebaseerd op een uit de informatie-theorie afkomstig concept, is op een breder terrein bruikbaar dan de tot nu toe beschikbare methoden. (NIVEL)

93

Smith, G.

Assessing health care: A study in organisational evaluation./ G. Smith, C. Cantley.- Philadelphia, Open University Press/Milton Keynes, 1985 (NIVEL)

Verslag van een evaluatieonderzoek, uitgevoerd in een nieuw psycho-geriatriesch ziekenhuis in Engeland. Vanuit methodologisch perspectief is het met name het eerste hoofdstuk van belang. In dit hoofdstuk worden de richtingen waarin het evaluatieonderzoek zich ontwikkelt, besproken. De volgende methodologische problematieken worden gesignaleerd:

- het gebrekkige doorwerken van onderzoeksbevindingen, op zowel de professionele praktijk als op het beleid, wordt toegeschreven aan methodologische zwakheden van evaluatieonderzoek.
- de gebrekkige opzet van evaluatieonderzoek, als gevolg van een drietal assumpties. De vooronderstelling dat beleid per definitie rationeel is. De vooronderstelling dat er consensus bestaat binnen professionele organisaties en de vooronderstelling dat experimentele en quasi-experimentele onderzoeksopzetten wenselijk en ideaal zijn.

De auteurs bieden een aantal alternatieven aan. Zo kan bij evaluatieonderzoek onderscheid gemaakt worden tussen een evaluatie op basis van uitkomsten van zorg en een procesevaluatie.

Het 'verlichtend' evaluatieonderzoek, waarbij het centrale onderzoeksobject het beleidsprogramma betreft.

Een subjectivistische epistemologie, waarbij gebruik gemaakt wordt van een aan de fenomenologie ontleent begrippenkader.

Tenslotte kan binnen het evaluatieonderzoek voor een politiek en methodologisch pluralisme geopteerd worden.

Hier is gekozen voor een pluralistische evaluatiemethode, waarbij het "verstehen" en het evalueren van de rol die de verschillende partijen gespeeld hebben bij de patiëntenzorg centraal staat. Naast het evalueren van het resultaat, moet het functioneren van de betrokken organisaties geëxploreerd en verklaard worden. De betrokken partijen worden vanuit ideologische perspectief en vanuit operationeel handelen met elkaar vergeleken. Er moeten data verzameld worden over de opvattingen en percepties van de betrokken partijen over de uitkomsten van de zorg. Daarnaast moeten niet alleen de opvattingen maar ook de strategieën die verschillende belanghebbenden gebruiken om hun doeleinden te verwezenlijken, beschouwd worden. De uitkomsten van de evaluatie dienen in het licht van de verschillende opvattingen gezien te worden.

De pluralistische techniek biedt zowel een ethno-graphie van de wijze waarop organisaties zich ontwikkelen als een verklaring voor deze ontwikkelingen. Een en ander wordt aan de hand van concreet onderzoek toegelicht, waarbij als voordelen van de methode de volgende zaken naar voren komen. De methode geeft een realistisch antwoord op onderzoeksvragen, is bij machte mislukkingen te verklaren, kan op basis van deze verklaringen veranderingen instigeren, kan de inspanningen die aan succes verbonden zijn, inschatten en biedt meer mogelijkheden bij het implementeren van de onderzoeksbevindingen. Daarnaast draagt de pluralistische evaluatiemethode bij aan de onafhankelijkheid van onderzoek. Bij een verdere methodologische en theoretische ontwikkeling van deze methode wordt

opgemerkt dat deze methode niet verward mag worden met een pluralistisch model van beleidsanalyse, dat er zwaar geleund wordt op kwalitatieve gegevens, dat de opdrachtgevers voor onderzoek de methode nog onvoldoende ondersteunen, dat omissie van gegevens verregaande consequenties heeft voor de resultaten en dat het niet juist is de methode gefsoleerd van de sociale wetenschappen te beschouwen. (NIVEL)

94

Warner, K.E.

Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care: Principles, practice and potential./ K.E. Warner, B.R. Luce.- Ann Arbor (Michigan), Health Administration Press, 1982, appendici, bibliografie (NIVEL)

Boek dat bedoeld is om de negatieve beeldvorming over kosten-baten- en kosten-effectiviteitsanalyses te doorbreken. Er wordt ingegaan op de waarde van deze instrumenten bij economische analyses. Na een algemeen hoofdstuk waarin de relatie tussen de kosten en het functioneren van de gezondheidszorg wordt toegelicht in de zin van de aard en de oorzaken van de problemen en waarbij wordt ingegaan op kostenbeheersingsideeën en -maatregelen, wordt in het tweede hoofdstuk een uitwerking van deze typen analyses gegeven. Hier worden de definitie, de ontwikkeling van kosten-baten- en kosten-effectiviteitsanalyses en de betekenis ervan voor de gezondheidszorg behandeld. In het derde hoofdstuk wordt aandacht geschonken aan de methodologische principes zoals de probleemformulering van en de doelstellingen bij deze analyses, de ontwikkeling van alternatieve methoden, de waarde en de beperkingen ervan. Er wordt ingegaan op de validiteit en de betrouwbaarheid en op het implementeren van dergelijke analyses. In de volgende hoofdstukken wordt de bestaande literatuur behandeld en gewogen. Daarna wordt ingegaan op de potentiële mogelijk-

heden van de methoden, waarna een onderzoeksagenda gepresenteerd wordt. (NIVEL)

95

Winter, C.R. de

Validiteit van multiple regressie./ C.R. de Winter.-
Gezondheid en Samenleving; jrg. 5, nr. 2, 1984, p.
125-132, ref., bijl.; met een commentaar van J. Soe-
ters en F. Nijhuis (NIVEL)

Het gaat in dit artikel om de externe validiteit, waarbij de vraag is of de coëfficiënten die uit een een onderzoek door multiple regressie verkregen zijn, ook succesvol kunnen worden toegepast op andere data. In het bijzonder gaat het om het toepassen van waarden voor organisatorische kenmerken afkomstig uit het ene onderzoek als voorspellers van de arbeidsongeschiktheids-ratio in een viertal andere organisaties. De voorspelde en de werkelijk gevonden cijfers vertonen in dit geval geen overeenkomst. Er wordt geconcludeerd het in het algemeen gewenst is dat de uitkomsten van regressie-analyses gevalideerd worden. Hiervoor worden suggesties gedaan zoals het aandringen op het normaliseren en specificeren van variabelen, het vaststellen van het predictieve vermogen en het expliciteren van bij de regressie gebruikte parameters. (NIVEL)

6.2 BEHOEFTE AAN ZORG

96

Fries, B.E.

Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care./ B.E. Fries, L.M. Cooney.- Medical Care; jrg. 23, nr. 2, 1985, p. 110-122, 22 ref. (NIVEL)

Het vermogen verpleegkundige zorg in een verpleeghuis te begrijpen en te beheersen wordt belemmerd door het ontbreken van een classificatiesysteem voor langdurig zorg behoevende patiënten. Onderzoek onder patiënten van een verpleeghuis (N=1.469) heeft een classificatiesysteem opgeleverd, waarbij patiënten met een vergelijkbare behoefte aan zorg en behoefte aan verpleegtijd in het bijzonder, in groepen zijn ondergebracht. De negen aldus samengestelde groepen kunnen gebruikt worden bij de ontwikkeling van een gecombineerde profielschets met betrekking tot de relatieve behoefte aan zorg van een patiënt. Het blijkt dat slechts enkele meetgegevens over de functionele status, veeleer dan informatie over psychosociale en gedragsproblemen, nodig zijn voor het opzetten van een dergelijk systeem. (NIVEL)

97

Giachello, A.L.

Uses of the 1980 census for Hispanic health services research./ A.L. Giachello, R. Bell, L.A. Aday e.a.- American Journal of Public Health; jrg. 73, nr. 3, 1983, p. 266-274, 38 ref. (NIVEL)

De gegevens afkomstig uit het 'Census'-onderzoek 1980 vormen een belangrijke bron voor het onderzoek naar de gezondheidszorgvoorzieningen voor personen van latijns-amerikaanse afkomst. Dit is de snelst

groeierende minderheidsgroep van de V.S., waarnaar te weinig onderzoek is gedaan m.b.t. de gezondheidszorg en de bereikbaarheid ervan. Hier wordt beschreven op welke wijze het 'Census'-onderzoek hieraan een bijdrage kan leveren.

- 1) Door het schatten van de algemene behoefte aan gezondheidszorg van deze groep.
- 2) Door de doelgroepen te traceren met specifieke gezondheidsproblemen.
- 3) Door het gebruik van de data om de kwaliteit van nog uit te voeren onderzoek te verbeteren.

Daarnaast wordt aandacht besteed aan de problemen die het gebruik van de gegevens voor een secundaire analyse met zich meebrengt. (NIVEL)

98

Hadley, J.

Alternative methods of valuating health manpower distribution./ J. Hadley.- Medical Care; jrg. 17, nr. 10, 1979, p. 1054-1060, 19 ref. (NIVEL)

Er worden vier wenselijke eigenschappen van een ideale evaluatiemethode voor de verdeling van menskrachten in de gezondheidszorg, gepostuleerd. De bestaande benaderingen worden op basis van deze criteria beschouwd en als weinig bevredigend beoordeeld. Daarna wordt een alternative methode, die uitgaat van de economische productietheorie, beschreven. Het artikel besluit met aanbevelingen voor verder onderzoek van deze methode. (NIVEL)

99

Kviz, F.J.

An evaluation of the index of medical underservice. Results from a rural consumer survey./ F.J. Kviz, J.H. Flakerud.- Medical Care; jrg. 22, nr. 10, 1984, p. 877-889, 40 ref. (NIVEL)

De validiteit van een index om een gebrek aan medische voorzieningen vast te stellen, wordt geë-

valueerd. Hiertoe is het vermogen van de index onderscheid te maken tussen niveaus van behoefte aan gezondheidsvoorzieningen onderzocht. Er is een schriftelijke enquête gehouden onder gebruikers afkomstig uit rurale gebieden, waarbij gevraagd is naar de behoefte aan zorg. De vooronderstelling is, dat wanneer de index een valide indicator is voor een gebrek aan medische voorzieningen, in een gebied met relatief lage index-scores, respondenten melding zullen maken van een lagere toegankelijkheid, geringere beschikbaarheid, een minder gebruik van voorzieningen, een slechtere gezondheidstoestand en van een geringere tevredenheid over de beschikbare voorzieningen. De index blijkt slecht te discrimineren tussen behoefteniveaus, zoals deze door de respondenten gegeven zijn. Daarnaast blijkt de dichotome bestempeling van gebieden als gebieden met een gebrek of geen gebrek aan voorzieningen nog minder te discrimineren. Bij een vergelijking van gebieden met extreem tegengestelde index-scores, blijken deze scores slechts een kleine proportie van de variantie in de zes als criterium gebruikte maten te verklaren. De bevindingen zetten vraagtekens bij het gebruik van de index voor het bepalen van prioriteiten bij het beleid. Het gebruik van de index en het interpreteren van de scores dient met de nodige voorzichtigheid te gebeuren en dient d.m.v. andere data ondersteund te worden. (NIVEL)

100

MacKenzie, E.J.

The utility of synthetic and regression estimation. Techniques for local health planning./ E.J. MacKenzie, S. Shapiro, R. Yaffe.- Medical Care; jrg. 23, nr. 1, 1985, p. 1-13, 14 ref. (NIVEL)

Bij de planning van de gezondheidszorg bestaat bij de deskundigen al lang de behoefte aan gegevens over de algemene gezondheidstoestand, over het gebruik van voorzieningen en over de preventieve zorg in lokale gebieden. Synthetische schattingen

en regressie-analyse-technieken zijn nu zo ver ontwikkeld, dat zij gebruikt kunnen worden om nationale en regionale gegevens afkomstig van het NCHS Health Interview Survey (HIS) met behulp van demografische en andere relevante variabelen te vertalen naar een lokale situatie. Om de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van deze technieken voor de lokale planning van de gezondheidszorg te bepalen, zijn de waarden van bepaalde sleutelvariabelen afkomstig uit het HIS opnieuw bepaald door middel van een telefonische enquête onder 2.500 ad random geselecteerde huishoudens in een specifiek gebied. Hierbij worden de uitkomsten van deze telefonische enquête vergeleken met de uit de HIS-gegevens verkregen schattingen. De technieken worden geëvalueerd op basis van gegevens, waarover in het algemeen beschikt kan worden bij de lokale planning. (NIVEL)

101

Morgenstern, H.

A method for using epidemiologic data to estimate the potential impact of an intervention on the health status of a target population./ H. Morgenstern, E.S. Bursic.- Journal of Community Health; jrg. 7, nr. 4, 1982, p. 293-309, 55 ref. (NIVEL)

Voorstel voor een algemene methode bij de bepaling van de potentiële invloed op preventieve programma's, die erop gericht zijn de risico-factoren voor bepaalde ziektes in een doelpopulatie te veranderen. Er wordt een evaluatie-methode gegeven, met behulp waarvan alternatieve interventie-strategieën met elkaar vergeleken kunnen worden. Op basis van epidemiologische gegevens moeten kenmerkende grootheden met betrekking tot de verdeling van de te beïnvloeden risico-factor in een populatie, de omvang van de relatie tussen risico-factor en ziekte en de kans op ziekte, vastgesteld worden. Hieruit wordt een kwantitatieve maat afgeleid, waarmee de proportie ziektegevallen die bij toepassing van

verschillende interventie-programma's worden voorkomen, voorspeld wordt. Deze voorspellingen worden gebruikt om de potentiële doeltreffendheid, effectiviteit en geschiktheid van een op preventie gerichte strategie te schatten. Er wordt een voorbeeld van een toepassing van de methode gegeven. (NIVEL)

102

Raat, H.

Synthetic estimates als methode bij het schatten van de behoefte aan gezondheidszorg in kleine geografische gebieden./ H. Raat.- Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 63, nr. 13, 1985, p. 351-554, ref. (NIVEL)

Artikel waarin wordt ingegaan op de mogelijke betekenis van synthetic estimates voor de planning van gezondheidsvoorzieningen in Nederland. Een synthetic estimate is een schatting van de prevalentie van een aandoening in een regio op basis van een synthese tussen landelijke survey-gegevens en bevolkingsgegevens van de regio waarvoor de schatting wordt gemaakt. Er wordt een nadere uitwerking van de methode gegeven met name met betrekking tot de te gebruiken survey- en bevolkingsgegevens. Ook wordt aandacht besteed aan de validiteit van het instrument, waarbij de mogelijkheden van het instrument in Nederland gunstig afsteken ten opzichte van de Verenigde Staten met name door het homogene karakter van de Nederlandse populatie. Het instrument kan hierbij adhoc en op een landelijk georganiseerde basis toegepast worden. Bij de laatste toepassing zijn een aantal stappen relevant: een uniformering van de operationalisatie van (achtergrond)variabelen; de opname van de afhankelijke variabelen in landelijk survey-onderzoek; het ontwikkelen van steekproefprocedures in landelijk survey onderzoek. Veel te vaak wordt dit survey-onderzoek om praktische redenen beperkt tot een bepaalde provincie, regio of stad; het vergroten

van de aandacht voor socio-demografische bevolkingsgegevens op het niveau van de gemeenten. De auteur spreekt zijn voorkeur voor de laatste, de georganiseerde aanpak, uit. Ondanks beperkingen kan het instrument een belangrijke bijdrage leveren bij de planning van gezondheidszorgvoorzieningen. (NIVEL)

103

Scott-Samuel, A.

Need for primary health care: an objective indicator./ A. Scott-Samuel.- British Medical Journal; jrg. 288, nr. 6415, 1984, p. 457-458, 5 ref., appendix (NIVEL)

De toewijzing van middelen aan de eerstelijnsgezondheidszorg (primary care) behoort gebaseerd te zijn op de in de samenleving bestaande behoefte aan deze zorg en niet alleen op de werkbelasting van huisartsen. Er wordt een objectieve indicator gepresenteerd, waarmee de behoefte aan eerstelijnsgezondheidszorg bepaald kan worden. Het instrument is opgebouwd uit 11 op de bevolking betrekking hebbende variabelen. (NIVEL)

104

Shanas, E.

Comparative socio-medical studies of the elderly./ E. Shanas.- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 11, 1984, p. 1196-1197, 4 ref. (NIVEL)

Redactionele beschouwing over onderzoek naar de behoefte van medische en maatschappelijke zorg voor de bejaarden i.v.m. de toenemende vergrijzing. Ingegaan wordt op de problemen van onderzoek, waarbij situaties in verschillende landen met elkaar worden vergeleken. Niettemin levert dergelijk onderzoek belangrijke informatie over het nut van de gebruikte methoden om aan de groeiende behoefte te voldoen. (SAGEMA)

Shapiro, S.

Measuring need for mental health services in a general population./ S. Shapiro, E.A. Skinner, M. Kramer e.a.- Medical Care; jrg. 23, nr. 9, 1985, p. 1033-1043, 17 ref. (NIVEL)

Presentatie van meetinstrumenten voor de bepaling van de behoefte aan voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg. Voor het maken van een schatting is gebruik gemaakt van data afkomstig van het Eastern Baltimore Mental Health Survey. Hierbij zijn gegevens verzameld over het voorkomen van specifieke psychiatrische ziekten, zoals die opgenomen zijn in het gestandaardiseerd Diagnostic Interview Schedule (DIS), over functionele status en andere individuele kenmerken, over vormen van medische en geestelijke gezondheidszorg en over soorten van geconsumeerde zorg. De behoefte aan geestelijke gezondheidszorg is hierbij afgeleid uit de consumptie van zorg in de voorafgaande zes maanden en uit de aanwezigheid van twee of meer uitingen van emotionele problemen bij individuen. Dit laatste wordt gemeten als het voorkomen van een of meer DIS-klachten, als een score van vier of meer ziekteverschijnselen op de General Health Questionnaire en als het door een individu gerapporteerde niet kunnen uitvoeren van alledaagse activiteiten, gedurende tenminste een dag, als gevolg van emotionele problemen in de drie aan het onderzoek voorafgaande maanden. Ongeveer 14% van de volwassenen voldoet aan deze criteria die een behoefte aan zorg impliceren. De helft van deze personen heeft in de voorafgaande maanden geen hulp gezocht en wordt beschouwd als een groep met een niet ingeloste behoefte aan zorg. De behoefte aan zorg wordt beïnvloed door sociodemografische en economische variabelen. (NIVEL)

Stewart, R.

The nature of needs assessment in community mental health./ R. Stewart.- Community Mental Health Journal; jrg. 15, nr. 4, 1979, p. 287-295 (WVC)

Kritiek op de in Amerika gebruikte onderzoeksmethoden ter bepaling van de behoefte aan psychische hulpverlening. Schrijvers beargumenteren dat een driedelig onderzoeksmodel: probleeminventarisatie, prioriteitsbepaling, oplossing, bruikbaar is voor de opzet van nieuwe CMH-centra. Voor elke onderzoeksfase wordt van andere technieken gebruik gemaakt. (SAGEMA)

Yule, B.

The demand for dental care: an assessment./ B. Yule, D. Parkin.- Social Science and Medicine; jrg. 21, nr. 7, 1985, p. 753-760, 38 ref. (NIVEL)

Beschouwing van de bestaande literatuur over de vraag naar tandheelkundige zorg en het vaststellen van de konsekventies hiervan voor het Verenigd Koninkrijk, waar dergelijke analyses tot op heden ontbroken hebben. De kenmerken van het systeem van tandheelkundige zorg worden in het kort aangegeven. Daarnaast worden theoretische uitspraken gedaan met betrekking tot de vraag naar tandheelkundige zorg. De meeste aandacht wordt besteed aan een bespreking van empirisch onderzoek dat voornamelijk verricht is in Noord Amerika en Scandinavië. De conclusie is dat er over verschillende belangrijke empirische kwesties nog geen consensus bestaat. Tenslotte worden toekomstige onderzoeksgebieden in G.B. en daarbuiten aangereikt. (NIVEL)

108

Anderson, J.P.

Classifying function for health outcome and quality-of-life evaluation. Self- versus interviewer modes./ J.P. Anderson, J.H. Bush, C.C. Berry.- Medical Care; jrg. 24, nr. 5, 1986, p. 454-470, 29 ref. (NIVEL)

Zeer belangrijke problemen bij het meten van de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van het leven, worden gevormd door het bepalen van de validiteit van het instrumentarium en de onderrapportage van functionele stoornissen door respondenten. Dit geldt eveneens voor de in het kader van het General Health Policy Model met behulp van de Quality-of-Wellbeing-schaal (QWB) verzamelde gegevens. Bij de analyse worden de resultaten van door de respondent zelf gerapporteerde meetgegevens met door interviewers verzamelde gegevens vergeleken. Daarnaast is een vergelijking gemaakt van de uitkomsten van korte directe vragen en de uitkomsten van diepgaande algoritmen.

De vergelijkingen zijn gemaakt met behulp van correlatiematen, geaggregeerde frekwentieverdelingen, classificaties van individuen en met behulp van waarden voor de actuele gezondheidstoestand zoals die is vastgesteld op basis van gegevens afkomstig uit verschillende bronnen.

Ondanks de hoge correlaties tussen de scores afkomstig uit de verschillende QWB vraagtechnieken, blijkt de gevoeligheid en de predictieve waarde van door interviewers verzameld materiaal, substantieel superieur boven door respondenten zelf gerapporteerde gegevens. In de onderzoekspopulaties blijkt de specificiteit en de predictieve waarde van de twee typen vragen gelijk, waarbij de uitputtende vragenalgoritmen minder waarschijnlijk foutieve informatie met betrekking tot disfunctioneren opleveren.

De resultaten zijn consistent met de uitkomsten van voorafgaand onderzoek naar onderrapportage. Er wordt geconcludeerd, dat door interviewers verzameld materiaal waarbij gebruik gemaakt wordt van diepgaande vragen een noodzaak is wanneer de kwaliteit van het leven voldoende valide en betrouwbaar gemeten dient te worden voor evaluatie- en follow-up onderzoek. (NIVEL)

109

Bergner, M.

Measurement of Health Status./ M. Bergner.- Medical Care; jrg. 23, nr. 5, 1985, p. 696-704 (NIVEL)

Evaluatie van het bestaande instrumentarium voor het meten van de gezondheidstoestand (health status). Aandacht wordt besteed aan de definitie en het conceptualiseren van het begrip gezondheid. Vijf van belang zijnde dimensies worden hierbij onderscheiden: de genetische achtergronden, de bio-medische, fysiologische en anatomische conditie, de functionele conditie, de mentale gesteldheid en het individuele gezondheidspotentieel. Daarnaast worden maatschappelijke factoren, zoals het sociale milieu, huisvesting, persoonlijke en gezinskenmerken, alsmede het niveau van de gezondheidszorg als van invloed zijnde, genoemd. M.b.t. de huidige stand van zaken en de verdere ontwikkeling van het meetinstrumentarium wordt opgemerkt, dat dit m.n. gericht is op het meten van de gezondheidstoestand in het heden. Een te ontwikkelen instrument moet meer specificeren in een drietal richtingen: de evaluatie van klinische behandelingen, het incalculeren van veranderingen in de gezondheidszorg, de planning van gezondheidsvoorzieningen. (NIVEL)

110

Bergner, M.

The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure./ M. Bergner, R.A.

Bobbit, W.B. Carter e.a.- Medical Care; jrg. 19, nr. 8, 1981, p. 787-805, 19 ref. (NIVEL)

De presentatie van het definitieve resultaat van de ontwikkeling van de Sickness Impact Profile (SIP), een op gedrag gebaseerd meetinstrument voor de individuele gezondheidstoestand. Er is een onderzoek uitgevoerd om een inzicht te verkrijgen in de validiteit en betrouwbaarheid van dit instrument. Met behulp van de data zijn de gebruikte items en categorieën geanalyseerd. De betrouwbaarheid en de interne consistentie blijken hoog. Het verband tussen SIP-scores en scores op alternatieve instrumenten, die als toets gebruikt zijn, is hoog en in de voorspelde richting. Tevens is er een techniek ontwikkeld voor het beschrijven en bepalen van overeenkomsten en verschillen tussen onderscheiden groepen van individuen. Het definitieve instrument bevat 136 items, die verdeeld zijn over 12 categorieën, waarbij overall-scores, scores per categorie en per dimensie kunnen worden berekend. (NIVEL)

111

Blake, R.L.

The reliability and validity of a ten-item measure of functional status./ R.L. Blake, T.A. Vandiver.- Journal of Family Practice; jrg. 23, nr. 5, p. 455-459, 12 ref. (NIVEL)

Het acuraat bepalen van de functionele status is een belangrijke klinische bezigheid in de huisartspraktijk. Van de voor onderzoeksdoeleinden ontwikkelde maten is de toepasbaarheid binnen de eerstelijnsgezondheidszorg twijfelachtig.

Het "Duke-UNC Health Profile" (DUHP) is een uit 63 items bestaand instrument, waarmee een viertal dimensies van de functionele status bepaald kunnen worden: de symptoom-beleving; de fysieke status; de sociale status; de emotionele status. De betrouwbaarheid en validiteit van een uit 10 items be-

staande subset van vragen, de mini DUHP, is onderzocht onder blanke volwassenen met als bijzondere kenmerken veel stressvolle veranderingen in hun omstandigheden en die daarbij weinig sociale ondersteuning hebben ontvangen. De onderzochte personen hebben bij twee gelegenheden de DUHP volledig ingevuld en hebben gegevens over de eigen morbiditeit aangeleverd in de vorm van een maandelijks schriftelijke enquête, dit gedurende een aaneengesloten periode van zes maanden. Bij beide toepassingen van het instrument is een sterke correlatie tussen de mini DUHP en de samengestelde DUHP gevonden van respectievelijk .81 en .84 en blijkt er een middelmatige correlatie te bestaan met de vier afzonderlijke dimensies van de DUHP. De mini DUHP heeft een goede stabiliteit in de tijd ($r=.58$). De mini DUHP scores zoals die aan het begin en het einde van de onderzoeksperiode, zes maanden, gemeten zijn, zijn gecorreleerd aan het cumulatieve aantal ziekenhuisdagen, aan de dagen dat men thuis ziek in bed is gebleven, aan de dagen met een door ziekte beperkte activiteit en aan het aantal malen dat de huisarts geconsulteerd is. De antwoorden op de mini DUHP blijken bedlegerigheid, beperkte activiteit en het consulteren van de huisarts goed te voorspellen, wanneer gecontroleerd wordt op sociaal-demografische kenmerken bij de multivariate analyse. De uit 10 items bestaande schaal kan een nuttig en praktisch instrument zijn bij het bepalen en volgen van de functionele status in de eerstelijnsgezondheidszorg. (NIVEL)

112

Boyle, M.H.

Developing multiattribute health indexes./ M.H. Boyle, G.W. Torrance.- Medical Care; jrg. 22, nr. 11, 1984, p. 1045-1057, 52 ref. (NIVEL)

Overzicht van procedures voor het ontwikkelen van een uit een aantal attributen opgebouwde index voor gezondheid, die bruikbaar is bij algemeen ge-

zondheids- en beleidsevaluatie-onderzoek. Er moeten twee stappen genomen worden, te weten het maken van een classificatiesysteem voor de gezondheidstoestand, dat is samengesteld uit een aantal kenmerken en het integreren van het systeem tot een metrische schaal. Het systeem dient relevant te zijn voor het bedoelde gebruik en moet intern consistent zijn. Er moeten beslissingen over de mate van specificiteit en over de breedte van het dekkingsgebied van het instrument genomen worden omdat het aantal op te nemen kenmerken beperkt is, waarbij de betrouwbaarheid gehandhaafd moet worden. Bij het samenvoegen van het systeem tot een schaal met discrete waarden dienen zich vijf problemen aan. De keuze van een schaal-techniek, het gebruik van mathematische modellen om gezondheid te kwantificeren, de keuze van ankerpunten, de keuze van de codeurs en de herkenning van factoren die van invloed zijn op de toegekende waarden door de codeurs. Hier worden procedures voor het ontwikkelen van een index besproken, waarbij mogelijke oplossingen voor zich voordoende problemen worden gegeven. (NIVEL)

113

Brown, J.H.

The dimensions of health outcomes; a cross-validated examination of health status measurement./ J.H. Brown, E. Kazis, P.W. Spitz e.a..- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 2, 1984, p. 159-161, 21 ref. (NIVEL)

Twee onafhankelijk van elkaar ontwikkelde instrumenten voor het meten van de resultaten van patiëntenzorg, zijn gebruikt in een onderzoek onder 48 patiënten met reumatoïde artritis. Hierbij zijn de instrumenten ad random toegepast. De onafhankelijke voorspellingen voor fysieke onvolkomenheden en pijn vertonen een hoge correlatie. Beide instrumenten geven sterke significante verbanden met de globale gezondheid, hetgeen een bewijs is voor de congruente validiteit. De bevindingen wijzen erop, dat de gezondheidstoestand op zijn minst

is opgebouwd uit een drietal dimensies, fysieke handicaps, psychologische onvolkomenheden en pijn. (NIVEL)

114

Chappell, N.L.

Measuring functional ability and chronic health conditions among the elderly: A research note on the adequacy of three instruments./ N.L. Chappell.- Journal of Health and Social Behavior; jrg. 22, nr. 1, p. 90-102, ref. (NIVEL)

In dit paper worden de betrouwbaarheid en validiteit van een drietal instrumenten voor het meten van de gezondheid van ouderen empirisch onderzocht. Een index meet de mogelijkheid het zonder hulp van buiten af kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De tweede index bepaalt de functionele beperkingen (Shana's Index of Disability). Met de laatste index wordt de chronische gezondheidstoestand vastgesteld. De hier gebruikte gegevens zijn verzameld met behulp van een a-selecte steekproef onder ouderen, die in 1971 in Manitoba hebben gewoond. Over de gebruikte analysetechnieken: correlatiematrixes, factoranalyses, interne consistentie coëfficiënten en construct validiteit wordt afzonderlijk gerapporteerd voor zelfstandig wonende bejaarden, voor ouderen, die in gesubsidiëerde bejaardentehuizen wonen en voor bejaarden, die zijn opgenomen in verzorgingstehuizen waarin ook enige vorm van medische zorg verstrekt wordt. De resultaten wijzen erop dat de 'index van vaardigheden' niet op één maar op twee onderliggende concepten betrekking heeft, namelijk lichte en zware taken. Shana's index is betrouwbaar en valide wanneer zij gebruikt wordt binnen de populaties thuis en bejaardentehuizen wonende bejaarden met uitzondering van de populatie bejaarden, die in gesubsidiëerde verzorgingstehuizen wonen. De index waarmee de chronische gezondheidstoestand wordt gemeten blijkt in alle populaties onbetrouwbaar.

115

Haig, T.H.B.

The rational zero point for an illness index with ratio properties./ T.H.B. Haig, D.A. Scott, L.I. Wickett.- Medical Care; jrg. 24, nr. 2, 1986, p. 113-124, 12 ref. (NIVEL)

Artikel over de ontwikkeling van een meetinstrument (index) voor de gezondheidstoestand van patiënten op ratio-niveau. De juiste keuze van het logische nulpunt is hierbij van cruciaal belang. Hierbij is niet het overlijden van de patiënt, maar de afwezigheid van klachten als natuurlijk nulpunt gekozen. De waarde van een dergelijke schaal is, dat vergelijkbare behandelingsmethoden met een grotere validiteit beoordeeld kunnen worden. Op deze wijze kan het instrument een bijdrage leveren bij de allocatie van de beschikbare middelen binnen de gezondheidszorg. (NIVEL)

116

Holland, W.W.

Measurement of levels of health./ W.W. Holland, J. Ipsen, J. Kostzewski (eds).- Copenhagen, World Health Organization, 1979 (NIVEL)

Er wordt ingegaan op de betekenis en het conceptualiseren van het algemene niveau van gezondheid. Vanuit het gegeven, dat dit concept slechts indirect gemeten kan worden, wordt ingegaan op mogelijke indicatoren. Een en ander wordt nader uitgewerkt in een aantal benaderingen bij het meten van het algemene gezondheidspeil. Tenslotte worden 33 toepassingen op verschillende terreinen gegeven. (NIVEL)

Kaplan, R.M.

Do category rating scales produce biased preference weights for a health index./ R.M. Kaplan, J.A. Ernst.-Medical Care; jrg. 21, nr. 2, 1983, p. 193-207, 23 ref. (NIVEL)

Schaal-instrumenten, waarbij gebruik gemaakt wordt van vaste antwoordcategorieën, worden regelmatig gebruikt, binnen modellen voor gezondheidsbeslissingen, bij het meten van sociale voorkeuren. De werking van deze instrumenten wordt veelal betwijfeld omdat de respondenten, zoals beweerd wordt, geneigd zijn de diverse antwoordcategorieën in gelijke mate te gebruiken. De gevonden waarden zijn dan afhankelijk van de context waarin de stimuli worden aangeboden. Bij het eerste experiment worden proefpersonen ad random verdeeld over vijf groepen. Zij moeten een aantal vignetten met beschrijvingen van gezondheidstoestanden in vaste categorieën onderbrengen. Met behulp van uitgebreide testen zijn categorie-scores van de vignetten vooraf vastgesteld. Bij een groep zijn de aangeboden vignetten zo samengesteld, dat iedere categorie gelijk gevuld is (op basis van de vooraf vastgestelde waarden). In de tweede groep zijn alleen vignetten aangeboden die in de bovenste categorieën thuishoren, terwijl in de derde groep vignetten behorend in de laagste categorieën zijn aangeboden. In de vierde groep zijn geen stimuli aangeboden behorend tot de middelste categorieën, terwijl in de laatste groep uitsluitend deze cases zijn aangeboden. De resultaten zijn, dat de aangeboden vignetten over het algemeen in dezelfde categorieën worden gelegd onafhankelijk van de groep, waarin zij worden aangeboden. Een tweede experiment bevestigt deze bevindingen. Een derde experiment geeft aan dat verschillen uitsluitend ontstaan wanneer de categorieën slecht gedefinieerd zijn. (NIVEL)

Mootz, M.

Health indicators/M. Mootz.- Social Science and Medicine; jrg. 22, nr. 2, 1986, p. 255-263, ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de algemene achtergronden van gezondheidsindicatoren. Ingegaan wordt op de relatie met sociale indicatoren, specifieke onderzoeksproblemen, concepten t.a.v. gezondheid en mogelijke doeleinden en bronnen voor het ontwikkelen van gezondheidsindicatoren. Verder wordt een aantal minder traditionele voorbeelden gegeven van gezondheidsindicatoren zoals o.a. in Nederland gebruikt zijn. De conclusie luidt dat de verwachtingen te hoog gespannen zijn en dat de selectie ervan willekeurig is en afhankelijk van onderzoeksproblemen en beschikbare bronnen. Het ontwikkelen van een gezondheidsindex heeft geen zin vanwege de verschillende dimensies van het gezondheidsconcept binnen een bepaald onderzoeksprobleem. (NIVEL)

Sintonen, H.

An approach to measuring and valuing health states./ H. Sintonen.- Social Science and Medicine; jrg. 15C, nr. 2, 1981, p. 55-65, 30 ref. (NIVEL)

De presentatie van een benadering voor het meten van het begrip gezondheid met behulp van een kluster bestaande uit twaalf dimensies, die verwijzen naar de beleefde gezondheid en fysiologisch en sociaal functioneren. Iedere dimensie is onderverdeeld in vier of vijf discrete niveau's. De gezondheidstoestand wordt hierbij gedefinieerd als de som van de exclusieve combinatie van de scores op de dimensies. Deze classificatie is onafhankelijk van ziekte, erg gevoelig en valide in die zin, dat recht gedaan wordt aan de conceptualisering van gezondheid zoals die in Finland binnen het gezondheidsbeleid wordt toegepast. Waarschijnlijk is

de benadering ook in andere samenlevingen bruikbaar. In een experiment waarbij een steekproef uit een algemene populatie is getrokken die uitsluitend bestaat uit ziekenhuispatiënten en gezonde personen met een niet medisch beroep zijn de empirische waarden voor de gezondheidstoestand gemeten. Bij de door de respondenten zelf ingevulde vragenlijsten zijn twee schaaltechnieken gebruikt; er is gebruik gemaakt van rangorden en van antwoordcategorieën. De twee vragenlijsten zijn ad random gebruikt. Met betrekking tot de begrijpelijkheid van de vragen en eventuele problemen bij de beantwoording, bestaan er geen significante verschillen tussen de beide schaalmethoden. Beide vragenlijsten leveren vergelijkbare en relatief betrouwbare gegevens op. De resultaten doen vermoeden dat de hier gekozen benadering, levensvatbaar en de moeite van het testen en ontwikkelen waard is. (NIVEL)

120

Stewart, A.L.

Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indexes./ A.L. Stewart, J.E. Ware, R.H. Brook.- Medical Care; jrg. 19, nr. 5, 1981, p. 473-488, 23 ref. (NIVEL)

Samenvatting van een testonderzoek naar de geschiktheid van het aggregeren van specifieke categorieën van fysieke mogelijkheden en beperkingen tot een geaggregeerde functionele status index. Hiertoe zijn gegevens gebruikt die afkomstig zijn van door respondenten zelf ingevulde vragenlijsten (n=4603). De indexen, die het niveau van functionele status definiëren zijn afgeleid van een tweetal globale begrippen van functioneren: individueel- en rol-functioneren. De indexen worden gebruikt om chronische en tijdelijke fysieke beperkingen te bepalen. Bij het individueel functioneren worden de categorieën zelfzorg, mobiliteit en fysieke activiteiten gerekend. Rol-functioneren heeft betrekking op rol- en algemene activiteiten. Een

index die gebaseerd is op de aggregatie van deze categorieën voldoet niet aan de vereisten, die aan een cumulatieve schaal gesteld kunnen worden.
(NIVEL)

121

Torrance, G.W.

Measurement of health state utilities for economic appraisal. A review./ G.W. Torrance.- Journal of Health Economics; jrg. 5, nr. 1, 1986, p. 1-30, 31 ref. (NIVEL)

Het meten van de algemene gezondheidstoestand met het oog op de uitvoering van gezondheidszorgprogramma's wordt hier beschouwd. De nadruk ligt hierbij op het meten van de kwaliteit van de gezondheid (health state utilities). Er wordt een raamwerk gegeven, waarin de verschillende elementen die gemeten moeten worden aan de orde komen. Hierbij wordt aangegeven op welke wijze drie vormen van analyse (kosten-baten-, kosten-effectiviteit- en kosten-nut-analyse) in dit framework passen en op welke wijze zij met elkaar in verband staan.

Een belangrijk element uit het netwerk is de algemene gezondheidstoestand. Dit concept kan gemeten worden met behulp van ad hoc numerieke schalen, met behulp van de bereidheid van individuen zorg te ontvangen en/of de bereidheid ervoor te betalen of met behulp van het vaststellen van de kwaliteit van de gezondheid. De kwaliteit wordt hierbij beschouwd vanuit de behoefte aan alternatieve zorg, vanuit de beschrijving van de gezondheidstoestand en vanuit een uit verschillende kenmerken opgebouwde benadering. Daarnaast wordt ingegaan op de selectie van geschikte onderzoeksobjecten, de aggregatie van kwaliteit en de nauwkeurigheid van de methodes. Er worden drie meettechnieken in detail beschreven, te weten een classificatie-schaal, een standaard spel, waarbij voorkeuren voor een specifieke gezondheidstoestand worden vastgelegd en een ruilsituatie, waarbij voorkeuren voor een bepaalde gezond-

heidstoestand in een tijdsdimensie worden geplaatst. De methoden worden toegelicht met behulp van chronische en tijdelijke gezondheidssituaties en met behulp van de waardering van specifieke gezondheidssituaties als beter of slechter dan dood zijn. (NIVEL)

122

Ware, J.E. Jr

Choosing measures of health status for individuals in general populations. Commentary./ J.E. Ware, R.H. Brook, A.R. Davies e.a..- American Journal of Public Health; jrg. 71, nr. 6, 1981, p. 620-625, 14 ref. (NIVEL)

Er worden suggesties gedaan voor de keuze van geschikte instrumenten en methoden van data-verzameling voor onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van maten voor de individuele gezondheidstoestand (health status) in algemene populaties. Voor de keuze van een meetinstrument moet de reden voor het bestuderen van de gezondheidstoestand geïdentificeerd worden. Daarnaast treden er definitieproblemen op, wanneer de aspecten van gezondheid gespecificeerd worden. Onderzoekresultaten doen vermoeden dat het bij de definitie van de individuele gezondheidstoestand aanbeveling verdient zich te beperken tot de somatische en psychische componenten zonder sociale omstandigheden mede in de definitie te betrekken. Bij de evaluatie van de geschiktheid van de beschikbare meetinstrumenten moet een drietal aspecten in overweging worden genomen.

- 1) Is het meetinstrument praktisch bruikbaar in termen van gegevensverwerking, respondent-belasting en analyse.
- 2) Is het instrument betrouwbaar in termen van de onderzoeksopzet, groeps- en individuele vergelijkingen.
- 3) Is het instrument valide; geeft het informatie over die specifieke aspecten van gezondheid die

van belang zijn voor het onderzoek. M.n. het evalueren van de betrouwbaarheid en validiteit is problematisch; nauwkeurige analyse van de items kan helpen. Voor de meeste onderzoeken zijn echter, bij gebruik van objectieve en subjectieve indicatoren, meetinstrumenten beschikbaar. (NIVEL)

123

Yergan, J.

Health status as a measure of need for medical care: a critique./ J. Yergan, J. Logefroe, S. Shortell e.a..- Medical Care; jrg. 19, nr. 12, 1981 supplement, p. 57-68, 32 ref. (NIVEL)

Op nationaal niveau bestaat de wens de toegang van individuen tot effectieve medische voorzieningen te waarborgen. Overeenkomstig hiermee wordt er een beleid gevoerd, dat erop gericht is de toeganke-lijkheid af te stemmen op de verschillende bevol-kingsgroepen. Hiertoe wordt een drietal maten voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, die gelieerd zijn aan de individuele gezondheidstoe-stand, kritisch beschouwd. Het betreft hier de 'Use-Disability Ratio', de 'Symptoms-Response Ra-tio' en de 'Episode of Illness Analysis'. Hun bruikbaarheid voor het bepalen van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen op een wijze die bij-draagt aan een optimalisering van de algemene ge-zondheidstoestand van een populatie wordt hier beoordeeld. Hiervoor wordt het begrip gezondheid, de wijze waarop het gemeten wordt en gegevens over de relatie tussen de consumptie van zorg en veran-deringen in de algemene gezondheidstoestand onder-zocht. Hoewel de 'Use-Disability Ratio' geschikt is om de gelijkheid van toegankelijkheid te meten, lijkt dit instrument minder bruikbaar voor de bo-vengenoemde doeleinden. De twee andere instrumenten lijken in dit opzicht meer te voldoen. Aanbevelin-gen worden gedaan m.b.t. die voorzieningen die bij het ontwerp van een dergelijk construct betrokken

moeten worden en het onderzoek dat voor de ontwikkeling gedaan dient te worden. (NIVEL)

124

Appels, A.

Type A gedrag en het hartinfarct: een 9.5 jaar follow-up studie van een klein cohort./ A. Appels, P. Mulder, M. Van Hof.- Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden; jrg. 40, nr. 1, 1985, p. 20-26, ref. (NIVEL)

Om onderzoeksresultaten van Western Collaborative Group Study (WCGS) in Amerika te bevestigen is in Rotterdam prospectief onderzoek (Kaunas-Rotterdam Intervention Study) gedaan om de correlatie tussen type A gedrag en de kans op een coronair infarct aan te tonen. Een groep van 243 mannen, waarvan vastgesteld is of zij al dan niet dit type gedrag vertonen, is gedurende 9.5 jaar gevolgd. De resultaten van het Amerikaans en het Nederlands onderzoek komen niet helemaal overeen. Er is aangetoond dat er geen correlatie bestaat tussen type A gedrag en alle coronair lijden maar dat er wel een verband bestaat tussen fatale coronaire aandoeningen en type A gedrag. (NIVEL)

125

Appels, A.

De validiteit van de Jenkins Activity Survey, een vragenlijst ter meting van het type A gedrag./ A. Appels, P. Mulder, J. van Houten.- Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden; jrg. 40, nr. 8, p. 474-487, ref. (NIVEL)

Een onderdeel van de Kaunas Rotterdam Intervention Study (KRIS) is het vaststellen van type A gedrag bij 2750 mannen in de leeftijd van 45 tot 59 jaar met behulp van het toepassen van de Jenkins Activity Survey (JAS). Deze groep is gedurende 9.5 jaar gevolgd. Hierbij is geen relatie gevonden tussen

'JAS'-scores en al dan niet fatale hartinfarcten. De gemiddelde score op de JAS is significant hoger bij het screenen op toekomstige gevallen van agina pectoris dan voor degenen die ook in de toekomst bespaard blijven van hart- en vaatziekten. (NIVEL)

126

Dijkhuis, H.J.P.M.

Een vragenlijst voor het meten van ziektebeleving./ H.J.P.M. Dijkhuis, R.E. Hulshof, J. Theunissen.- Huisarts en Wetenschap; jrg. 25, nr. 7, 1982, p. 270-273, 289, 12 ref. (NIVEL)

Verslag van een onderzoek naar de psychometrische en praktische kenmerken van een vragenlijst voor het meten van ziektebeleving. Hiertoe worden eerst in twee huisartspraktijken 100 spreekuur-patiënten twee keer ondervraagd, waarna in 123 praktijken 617 spreekuur- en 111 visite-patiënten eenmaal worden ondervraagd. (SAGEMA)

127

Fung, K.Y.

Methodological issues in case-control studies III: The effect of joint misclassification of risk factors and confounding factors upon estimation and power./ K.Y. Fung, G.R. Howe.- International Journal of Epidemiology; jrg. 13, nr. 3, 1984, 10 ref. (NIVEL)

De invloed van het verkeerd classificeren van polytome risicofactoren en polytome covariabelen bij 'case-control'-onderzoek, op het voorspellen en het voorspellend vermogen ervan, is met behulp van een computersimulatie en wiskundige modellen onderzocht. Er wordt gevonden dat het verkeerd niet differentiërend classificeren van covariabelen mogelijk dezelfde gevolgen heeft als het verkeerd classificeren van belangrijke verklarende variabelen. De resulterende bias bij het schatten van de relatieve risico's kan zowel in de richting van als

vanaf het nulpunt gaan. Er wordt aangegeven dat wanneer een vage variabele verwisseld en dus verkeerd geclassificeerd wordt, de berekende p-waarde niet juist is, waarbij de richting van de afwijking van de p-waarde afhankelijk is van de aard van de verwisseling. (NIVEL)

128

Funch, D.P.

Measuring life stress: factors affecting fall-off in the reporting of life events./ D.P. Funch, J.R. Marshall.- Journal of Health and Social Behavior; jrg. 25, nr. 4, 1984, p. 453-464, 34 ref. (NIVEL)

Hoewel inventarisaties van gebeurtenissen in een mensenleven als methode gebruikt blijven worden, blijven er twijfels bestaan over de betrouwbaarheid van deze methode. Het ontbreken van het vermogen van respondenten zich vroegere gebeurtenissen te herinneren vormt hierbij het centrale probleem. Op basis van data die verzameld zijn bij een nationale representatieve steekproef, wordt geconcludeerd dat tijdens de eerste twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek de geheugeneffecten het grootst zijn, in de periode daarvoor neemt het minder snel af. Het percentage niet gemelde gebeurtenissen is afhankelijk van de aard van de gebeurtenissen. Zo worden overlijden van de echtgenoot, het eigen huwelijk en de geboorte van eigen kinderen nagevoel altijd gemeld terwijl andere gebeurtenissen zoals het overlijden van vrienden, voorbijgaande ziekten binnen het gezin e.d. door grote groepen vrij snel worden vergeten. De variatie in geheugeneffecten hangt samen met de individuele kenmerken van de respondent. De resultaten worden besproken waarbij met name aandacht besteed wordt aan de consequenties ervan voor het meten van spanningen als gevolg van levensgebeurtenissen (life stress) in de toekomst. (NIVEL)

Goldstein, M.S.

Predicting changes in perceived health status./ M.S. Goldstein, J.M. Siegel, R. Boyer.- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 6, 1984, p. 611-614, 9 ref. (NIVEL)

Data afkomstig van een panel-onderzoek, het Los Angeles Health Survey (N=903), zijn gebruikt om variabelen, die samenhangen met veranderingen in de gepercipieerde gezondheidstoestand over de periode van een jaar te onderzoeken. De gegevens zijn verzameld met behulp van een driemaal gelaagde a-selecte steekproef uit gezinnen uit Los Angeles. Het eerste interview, dat rechtstreeks is, heeft plaats gevonden in de zomer van 1976. Daarna zijn een aantal telefonische interviews gehouden. Het laatste interview is opnieuw rechtstreeks. De afhankelijke variabele, de gepercipieerde gezondheidstoestand, is voorspelt met behulp van een aantal indicatoren, zoals het aantal ziekteperiodes, het totale aantal ziekteperiodes met een bezoek aan een arts, de proportie ziekteperiodes met een bezoek aan een arts, de drie hiervoor genoemde maten uitsluitend toegepast op chronische aandoeningen en het totale aantal dagen dat men ziek in bed is gebleven. Het onderzoek is een replicatie van een voorgaand onderzoek. Er wordt een verband gevonden tussen variaties in chronische ziekten en variaties in handicaps en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Er blijkt echter geen relatie te bestaan tussen veranderingen, in positieve of negatieve zin, van de gepercipieerde gezondheidstoestand en indicatoren voor gezondheidsgedrag of voor de fysieke gezondheidstoestand. De bevindingen wijzen erop, dat uit een dimensie opgebouwde maten voor de gepercipieerde gezondheidstoestand het gevoel van het individu met betrekking tot al lang bestaande chronische ziekten, weergegeven. (NIVEL)

Malcolm Gill, W.

Subjective well-being; properties of an instrument for measuring this (in the chronically ill)./ W. Malcolm Gill.- Social Science and Medicine; jrg. 18, nr. 8, 1984, p. 683-691, 24 ref. (NIVEL)

Beschrijving van een valide en betrouwbare vragenlijst t.a.v. het subjectieve welbevinden en voorbeelden van klinische aanpassing. De vragenlijst bestaat uit 50 bijvoeglijke naamwoorden, waarvan 20 m.b.t. "energie" en 20 m.b.t. "blijde gevoelens". In tegenstelling tot de Life Satisfaction Checklist, is dit een momentopname en in de kliniek als "psychische thermometer" toepasbaar. (SAGEMMA)

Monck, E.

Measuring life events in an adolescent population: Methodological issues and related findings./ E. Monck, R. Dobbs.- Psychological Medicine; jrg. 15, nr. 4, 1985, p. 841-850, ref. (NIVEL)

Er is onderzoek verricht naar de problemen die samenhangen met het verzamelen van accurate informatie over belangrijke gebeurtenissen in het leven van meisjes tussen de 15 en 20 jaar. Er zijn 67 moeder-dochter-paren geïnterviewd. Deze paren zijn op a-selecte wijze uit getrokken een algemene populatie. Het 'Bedford'-classificatie- en scorings-systeem is hierbij aangepast om het geschikt te maken vanuit het perspectief van de adolescent. De moeders blijken zich minder gebeurtenissen dan hun dochters te herinneren. Het verschil is het meest in het oog springend voor 'ernstige' voorvallen bij meisjes van ouder dan zeventien jaar. Hier is een opmerkelijke 'uitval' waargenomen bij het rapporteren van ernstige en niet-ernstige gebeurtenissen na de dertigste week. Daarnaast is een significant verschil gevonden tussen het aantal gebeurtenissen

in de meest verafliggende periode van zes maanden vergeleken met de periode van zes maanden, die direct aan het onderzoek vooraf zijn gegaan.
(NIVEL)

132

Mossey, J.M.

Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly./ J.M. Mossey, E. Shapiro.- American Journal of Public Health; jrg. 72, nr. 8, 1982, p. 800-808, 32 ref., appendix (NIVEL)

Gegevens afkomstig van het 'Manitoba Longitudinal Study on Aging' (MLSA) zijn gebruikt om de volgende hypothese te testen. De door het individu zelf geschatte gezondheidstoestand (SRH) is een goede voorspeller van mortaliteit, onafhankelijk van de objectieve gezondheidstoestand (OHS). De onderzoekseenheden zijn a-select getrokken uit de populatie bejaarden in Manitoba, die in 1971 ouder zijn als 65 jaar en niet in een voorziening zijn opgenomen (N=3.128). Een uit een dimensie bestaande maat voor de subjectieve gezondheidstoestand is ontworpen tijdens het in 1971 uitgevoerde onderzoek. Een basis-maat voor de objectieve gezondheidstoestand is samengesteld met behulp van artsen en van de onderzochte bejaarden verkregen gegevens en op basis van gegevens met betrekking tot het gebruik van voorzieningen. Hierbij is bekend wie op welke datum in de periode van 1971 tot en met 1977 is overleden.

De analyse van de gegevens, waarbij gecontroleerd is op de variabelen, objectieve gezondheidstoestand, leeftijd, sexe, tevredenheid, inkomen en woongebied, geeft aan dat het overlijden van het aantal personen met een lage zelfgeschatte gezondheid in de periode 1971-1973, 2,92 maal zo hoog is en in de periode 1974-1977, 2,77 maal zo hoog is als het aantal personen met een door zichzelf uitstekend geschatte gezondheid.

Het verhoogde risico op overlijden dat samenhangt

met de zelfgeschatte gezondheid is groter dan het risico op overlijden dat samenhangt met de objectieve gezondheidstoestand, een lage tevredenheidsscore, een laag inkomen en man zijn. De bevindingen geven een empirische basis aan de al lang bestaande maar onvoldoende onderbouwde vooronderstelling, dat de beoordeling van de eigen gezondheidstoestand sterk samenhangt met de daarop in de tijd volgende objectieve gezondheidstoestand. (NIVEL)

133

Nectoux, F.

Social indicators: for individual well-being or social control./ F. Nectoux, J. Lintott, R. Carr Hill.- International Journal of Health Services; jrg. 10, nr. 1, 1980, p. 89-113 (WVC)

Analyse van sociale indicatoren, die vaak worden gezien als neutrale gegevens over de situatie van individuen of groepen, maar die in feite heel specifieke ideologieën of visies op de wereld weergeven. Aandacht wordt gegeven aan de konsekventies hiervan voor het gebruik van sociale indicatoren in de sociale beleidsvoering. (SAGEMA)

134

Orth-Gomér, K.

The measurement of social support in population surveys./ K. Orth-Gomér, A.-L. Undén.- Social Science and Medicine; jrg. 24, nr. 1, 1987, p. 83-94, 48 ref. (NIVEL)

Er is sprake van een toenemende belangstelling voor het opnemen van meetinstrumenten voor 'social support' binnen bevolkingsonderzoeken, waarbij de kansen op het voorkomen van chronische aandoeningen onderzocht wordt. Een keuze uit de veelheid aan meetinstrumenten is vaak problematisch en moeizaam. Hier worden die instrumenten besproken die in potentie bij bevolkingsonderzoek toepasbaar zijn. De

eigenschappen en kenmerken van de verschillende instrumenten, zoals het conceptuele raamwerk, het voorspellend vermogen en de psychometrische eigenschappen worden bepaald en systematisch met elkaar vergeleken. De gebruikersvriendelijkheid, de overzichtelijkheid en de bruikbaarheid van de afzonderlijke instrumenten wordt getest met behulp van een groep personen, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

De instrumenten zijn ingedeeld in duidelijk te onderscheiden groepen: instrumenten die kwantitatieve aspecten van sociale netwerken en sociale interactie beschrijven en instrumenten die de functie en de betekenis van 'mantelzorg' meten.

De eerste genoemde groep is het meest eenvoudig toepasbaar. De vragen, waaruit de instrumenten zijn samengesteld, worden makkelijker en sneller begrepen. Daarbij blijken deze instrumenten in staat somatische aandoeningen te voorspellen. Hun psychometrische eigenschappen blijven evenwel onbekend.

De kwalitatieve instrumenten blijken vragen en items te bevatten, die niet binnen algemene populaties te gebruiken zijn. Deze instrumenten zijn wel het meest zorgvuldig op hun psychometrische eigenschappen onderzocht. Dit kan niet gesteld worden met betrekking tot het predictieve vermogen ervan. Geconcludeerd wordt dat er geen bestaande instrumenten gevonden zijn, die op alle gewenste eigenschappen bevredigende resultaten opleveren. (NIVEL)

135

Sacks, J.J.

Reliability of the health hazard appraisal./ J.J. Sacks, M. Krushat, J. Newman.- American Journal of Public Health; jrg. 70, nr. 7, 1980, p. 730-732, 11 ref. (NIVEL)

Artikel waarin de betrouwbaarheid van een vragenlijst, de Health Hazard Appraisal (H.H.A.), die betrekking heeft op het inschatten van gezondheidsrisico's, onderzocht is op contradicties in de

gegeven antwoorden (1,6 per respondent). Het ontbreken van mogelijkheden om de betrouwbaarheid te controleren wordt toegeschreven aan het reduceren van risicogedrag door de respondenten. (NIVEL)

136

Sherk, C.

Health consequences of selected lifestyle factors: A review of the evidence, part 2./ S. Sherk, H. Thomas, D.M.C. Wilson, C.E. Evans.- Canadian Family Physician; jrg. 31, nr. 1, 1985, p. 129-139, 71 ref. (NIVEL)

Artikel waarin de waarde van de afzonderlijke factoren, die samenhangen met de levenswijze, voor de gezondheid op basis van een literatuurbeschouwing worden onderzocht. Het gaat om indicatoren die opgenomen zijn in de 'FANATASTIC Lifestyle Assessment Questionnaire'. Algemene weerstand tegen ziekten en een verminderde neiging tot depressiviteit hangen samen met de omvang van sociale relaties, waarbij het verband bij vrouwen groter is dan bij mannen. Roken is de belangrijkste oorzaak van te voorkomen mortaliteit: het mortaliteitscijfer voor rokers is bijna twee maal zo groot dan dat voor niet-rokers. Hartziekten en kanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken. De morbiditeit is onder rokers eveneens hoger. Zij zijn meer vatbaar voor bronchitis, longemfyseem, neusholteontsteking, maagzweren en griep. Misbruik van geneesmiddelen, al dan niet op recept, en drugs hangen nauw samen met verslaving en overlijden, veelal door zelfdoding. Misbruik van voorgeschreven geneesmiddelen is een belangrijk probleem bij ouderen. Een hoge consumptie van cafeïne hangt samen met chronische slapeloosheid, constante onrustgevoelens, depressiviteit en maagklachten. Het gebruik van veiligheidsgordels kan het aantal verkeersdoden en zwaarwonden halveren. Type A-gedrag hangt samen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten. 'Bewustwording' en de invloed hiervan op gezondheid en welbevinden vereist meer onderzoek. De kwaliteit

van de arbeidsomgeving is een belangrijke determinant van persoonlijkheid en gezondheidstoestand; de frequentie van symptomen neemt toe bij toenemende stress in het werk. (NIVEL)

137

Starker, J.

Methodological and conceptual issues in research on social support./ J. Starker.- Hospital and Community Psychiatry; jrg. 37, nr. 5, p. 485-490, 60 ref. (NIVEL)

De onderzoeksliteratuur wekt de indruk dat sociale ondersteuning (vert. social support) de schadelijke gevolgen van stressrijke levensgebeurtenissen verzacht en vermindert en een positieve invloed heeft op de individuele gestelijke en lichamelijke gezondheid.

De auteur is van mening dat gezien de conceptuele en methodologische zwakheden, gezondheidsprofessionals voorzichtig dienen te zijn bij het interpreteren en toepassen van onderzoeksresultaten.

De belangrijkste in de literatuur gevonden problemen betreffen het ontbreken van sluitende definities, het ontbreken van uniforme en betrouwbare schattingsinstrumenten, het onvermogen negatieve en conflicterende aspecten van ondersteunende relaties te beschouwen, en het ontbreken van inzicht in de verwarrende effecten van levensgebeurtenissen, in individuele verschillen in behoefte aan 'mantelzorg' en in factoren die van invloed zijn op sociale ondersteuning. (NIVEL)

138

Visser, A. Ph.

De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit./ A.Ph. Visser.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 4, nr. 3, 1983, p. 177-188, 32 ref. (NIVEL)

In dit artikel wordt ingegaan op enkele aspecten van de begripsvaliditeit van de VOEG (Vragenlijst

voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheid). Centraal staat daarbij de vraag of de VOEG opgevat kan worden als indicator van de subjectief ervaren lichamelijke toestand, dan wel of de VOEG meer een indicator is voor de min of meer stabiele neiging om psychische en sociale spanningen in vage lichamelijke klachten om te zetten. (NIVEL)

139

Wan, T.T.H.

Interpreting a general index of subjective well-being./ T.T.H. Wan, B. Livieratos.- Milbank Memorial Fund Quarterly; jrg. 56, nr. 4, 1978, p. 531-556, ref. (NIVEL)

Als concept wordt de gezondheidstoestand weergegeven door de mate waarin het individu bepaalde aanpassingsniveau's bereikt. Het concept omvat verschillende dimensies van gezondheid in termen van fysiek, psychosociaal, psychisch en sociaal welzijn. In de empirie wordt de gezondheidstoestand gemeten met behulp van subjectieve antwoorden gedestilleerd uit vragen die betrekking hebben op de door het individu zelf gerapporteerde gezondheid. Er ontstaat onduidelijkheid op het moment waarop getracht wordt de verschillende gezondheidsdimensies te definiëren. Daarnaast is het niet zeker in welke mate de subjectieve antwoorden de daadwerkelijke fysiologische gezondheidstoestand weergeven. In het algemeen is men het er over eens dat op het terrein van indexen voor de gezondheidstoestand er tot op heden geen perfecte voorspellende criteriumvariabelen ontwikkeld zijn, die gebruikt kunnen worden om de subjectieve gezondheidstoestand te valideren. De problemen bij de taxatie van indexen voor welzijn worden negatief beïnvloed door de moeilijkheden bij het conceptualiseren van het begrip gezondheid. Hoewel er geen algemeen geldend predictief criterium voor welzijn bestaat, is de ontwikkeling van een bruikbaar, valide en betrouwbaar instrument hiervoor, hoogst wenselijk. In dit

onderzoek wordt getracht de geschiktheid en bruikbaarheid van de 'General Well-Being'-index, die ontworpen is door het National Center for Health Statistics als een algemene maat voor de gezondheidstoestand, vast te stellen. Een centraal probleem vormt de verklaring en het verhelderen van de complexe relatie tussen de verschillende klinische maten en de algemene gezondheidstoestand. Speciale aandacht wordt geschonken aan de invloed van de variabele leeftijd op de subjectieve welzijnscores. (NIVEL)

140

Horn, S.D.

Measuring severity of illness: comparisons across institutions./ S.D. Horn.- American Journal of Public Health; jrg. 73, nr. 1, 1983. p. 25-31, 10 ref., appendix (NIVEL)

Conventionele methoden voor de classificatie van patiënten m.b.t. het gebruik van gezondheidsvoorzieningen zijn bijna altijd uitsluitend gebaseerd op diagnostische criteria. In dit artikel wordt een 'severity-of-illness index' beschouwd, die algemeen gebruikt kan worden voor medische en chirurgische ingrepen en die meer homogene sub-categorieën van patiënten oplevert m.b.t. het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, zoals geschat met behulp van de totale kosten, ligdagen, routine- en laboratoriumkosten als b.v. het gebruik van diagnostic-related-groups (DRG's). De severity-of-illness index wordt hier gebruikt om de totale behandelingskosten en het aantal ligdagen tussen ziekenhuizen te vergelijken. De resultaten leveren geen verschillen op tussen academische ziekenhuizen, al dan niet met opleidingsprogramma's en algemene ziekenhuizen wanneer er op de variabele severity-of-illness gecontroleerd wordt. (NIVEL)

141

Horn, S.D.

Measuring severity of illness: a reliability study./ S.D. Horn, B. Chachich, C. Clopton.- Medical Care; jrg. 21, nr. 7, 1983, p.705-714, 17 ref. (NIVEL)

Voor een kritisch onderzoek van de prestaties (output) van een ziekenhuis en voor het vergelijken van patiënten van verschillende ziekenhuizen is het belangrijk de ernst van een ziekte te kunnen

vaststellen, waarbij de verschillende ziekten naar de ernst tot categorieën kunnen worden samengevoegd. Hier wordt een met dit doel ontwikkelde index beschreven, die een algemeen karakter heeft en die op nagenoeg iedere ziekenhuispatiënt toepasbaar is. De betrouwbaarheid van deze index en de voor het samenstellen van een indexcijfer benodigde tijd worden onderzocht. De index blijkt betrouwbaar wanneer zij gebruikt wordt door getrainde medici, waarbij ongeveer 7 tot 8 minuten nodig zijn voor het bepalen van het indexcijfer. (NIVEL)

142

Horn, S.D.

Measuring severity of illness: homogeneous case mix groups./ S.D. Horn, P.D. Sharkey, D.A. Bertram.- Medical Care; jrg. 21, nr. 1, 1983, p. 14-25, 16 ref. (NIVEL)

Evaluatie van een index voor het meten van de ernst van een ziekte (severity of illness). Hierbij wordt gebruik gemaakt van gemengde groepen van ziekenhuispatiënten. Er wordt gevonden, dat deze index, waarin de ernst van de ziekte verwerkt is, meer homogene groepen van patiënten oplevert, wanneer gekeken wordt naar totale kosten, ligduur, routine- en laboratoriumkosten, in vergelijking met vier andere methoden voor het samenstellen van groepen van patiënten, die niet de totale lasten die de ziekte van een patiënt met zich meebrengt, weergeven. De bevindingen hebben belangrijke consequenties voor programma's, waarbij de tarieven voor de zorg vooraf bepaald worden en voor vergelijkende onderzoeken tussen ziekenhuizen. (NIVEL)

143

Horn, S.D.

Reliability and validity of the Severity of Illness Index./ S.D. Horn, R.A. Horn.- Medical Care; jrg. 24, nr. 2, 1986, p. 159-178, 16 ref., appendici (NIVEL)

Onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van een index, waarmee de ernst van een ziekte gemeten wordt. Geconcludeerd wordt, dat hier sprake is van een goed instrument, dat zijn waarde kan bewijzen bij de schatting van de behoefte van patiënten aan zorg. Derhalve kan het een rol spelen bij de allocatie van middelen in de gezondheidszorg. (NIVEL)

144

Wagner, D.P.

Statistical validation of a severity of illness measure./ D.P. Wagner, W.A. Knaus, E.A. Draper.- American Journal of Public Health; jrg. 73, nr. 8, 1983, p. 878-884, 32 ref. (NIVEL)

Er worden statistische bijzonderheden over de voorspellende kracht van een nieuwe schaal voor "ernst-van-de-ziekte" APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) gegeven. Dit gebeurt op basis van gegevens afkomstig van 833 opeenvolgende opnames in een intensive-care afdeling. Uit een multi-variate regressie-analyse, uitgevoerd op routinematig geregistreeerde fysiologische en andere gegevens, die verzameld zijn binnen 24 uur na opname, blijkt dat de ernst-van-de-ziekte en leeftijd een significant verband vertonen met al dan niet overleven. Wanneer de regressievergelijking gebruikt wordt om de proportie te overlijden personen te voorspellen uit onafhankelijke data, blijkt dat APACHE een nauwkeurige schatting van het mortaliteitscijfer geeft voor groepen patiënten, waarbij de mortaliteit voor ontslag varieert van 3 tot 80%. De "Acute Physiology Score" van APACHE vertoont een sterk significant verband met de uitkomsten van een aantal specifieke cardio-vasculaire, neurologische en gastro-intestinale diagnoses. Na verdere validering lijkt APACHE een instrument bruikbaar binnen een verscheidenheid aan onderzoeken. (NIVEL)

Williams, A.

The nature, meaning and measurement of health and illness: An economic viewpoint./ A. Williams.- Social Science and Medicine; jrg. 20, nr. 10, 1985, p. 1023-1027 (NIVEL)

Gezondheid kan als een kapitaal goed beschouwd worden. De kwaliteit en de kwantiteit van dit goed kan uitgebreid worden door een goede gezondheidszorg. De waarde van gezondheid in de zin van economisch kapitaal, kan gezien worden als een functie van leeftijd, het ontbreken van klachten en de hoeveelheid te leveren energie. Op basis hiervan kan de economische waarde van betaalde arbeid makkelijk vastgesteld worden. Voor onbetaald werk en vrije tijd ligt dit meer complex. De bruikbaarheid van een instrument dat verwijst naar de economische betekenis van gezondheid en ziekte is afhankelijk van de wijze waarop het wordt toegepast. Hierbij is het belangrijk of het instrument op individueel dan wel op collectief niveau economische grootheden bepaalt en of het voor de evaluatie achteraf van een specifieke gebeurtenis dan wel ex-ante evaluerend, gebruikt wordt. (NIVEL)

7.4 PATIENTENTEVREDENHEID

146

Chapko, M.K.

Development and validation of a measure of dental patient satisfaction./ M.K. Chapko, M. Bergner, K. Green e.a.- Medical Care; jrg. 23, nr. 1, 1985, p. 39-49, 27 ref. (NIVEL)

Methodisch artikel over de ontwikkeling van een meetinstrument voor de tevredenheid van patiënten over tandheelkundige zorg. De definitieve vragenlijst heeft betrekking op 42 van de oorspronkelijke 52 items. Dit levert een instrument op dat uit 13 subschalen bestaat die opgebouwd zijn uit 1 tot 8 items. De subschalen hebben betrekking op de tandarts-patiënt relatie, de kwaliteit van de behandeling, wachttijden, kosten e.d. Betreffende vragenlijst is in drie opeenvolgende jaren afgenomen. De respons varieert van 34 tot 45%. De respons-cijfers voor de verschillende praktijken lopen uiteen van 0 tot 96%. Testen geven aan dat de ontwikkelde subschalen redelijk betrouwbaar en valide zijn. Het instrument kan evenwel verder ontwikkeld worden door toevoeging van nieuwe items aan de verschillende subschalen. (NIVEL)

147

Fox, J.G.

A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care./ J.G. Fox, D.M. Storms.- Social Science and Medicine; jrg. 15A, nr. 5, 1981, p. 557-564, 81 ref., appendix (NIVEL)

De bestaande literatuur wordt een weinig consistent verband tussen sociaal-demografische variabelen en tevredenheid met de gezondheidszorg, gevonden. Als gevolg hiervan is de belangstelling

voor sociaal-demografische variabelen bij de voorspelling van tevredenheid geluwd. In dit exploratief onderzoek worden twee interveniërende variabelen genoemd, de attitude ten aanzien van de zorg en de voorwaarden van zorg, die kunnen bijdragen aan de consistentie en verfijning van de rol van sociaal-demografische variabelen. Wanneer de condities van zorg overeenkomen met de oriëntatie van een individu ten aanzien van de zorg, leidt dit tot tevredenheid met de zorg. Het gebrek aan vergelijkbaarheid van verwachtingen en ervaringen is van invloed op de gevonden correlaties tussen tevredenheid en sociaal-demografische variabelen bij de verschillende onderzoeken. De uit het model af te leiden voorspellingen worden ondersteund door de resultaten van een algemene enquête. Een verdere validering van het model kan het huidige methodologische onderzoek naar de dimensies van tevredenheid opnieuw verfijnen. (NIVEL)

148

Fritzpatrick, R.

Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration./ R. Fritzpatrick, A. Hopkins.- Sociology of Health and Illness; jrg. 5, nr. 3, 1983, p. 297- 331, 29 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar patiëntentevredenheid heeft tot de ontwikkeling van een aantal aan elkaar verwante concepten geleid met betrekking tot de wijze waarop patiënten de verkregen zorg evalueren. Recentelijk zijn er twijfels gerezen over de geschiktheid, over de bruikbaarheid van deze benaderingen bij het begrijpen en het verklaren van de wijze waarop patiënten anticiperen en reageren op medische consulten. Hier wordt verslag gedaan van een onderzoek onder patiënten die behandeld worden in poliklinieken voor neurologie. De resultaten wijzen erop dat het conceptuele raamwerk zoals dat uitkomst is van onderzoek naar patiëntentevredenheid slechts beperkte en soms misleidende inzichten verschaft in

de verwachtingen van de patiënt. Hier wordt geconcludeerd dat verschillen tussen patiënten in bezorgdheid over hun ziekte meer direct bij de verklaring van verschillen in reacties op de ontvangen medische zorg betrokken moeten worden. Deze benadering maakt een meer nauwkeurige evaluatie van de gezondheidszorg vanuit het gezichtspunt van de patiënt mogelijk. (NIVEL)

149

Hays, R.D.

My medical care is better than yours: Social desirability and patient satisfaction ratings./ R.D. Hays, J.E. Ware.- Medical Care; jrg. 24, nr. , 1986, 16 ref., appendix (NIVEL)

De uitspraak, dat de waardering van de gezondheidszorg gebaseerd op gegevens met betrekking tot de persoonlijk ontvangen zorg, meer positieve resultaten oplevert dan de waardering van de zorg gebaseerd op meer algemene gegevens is in de literatuur goed gedocumenteerd. De waardering van de gezondheidszorg op basis algemene gegevens levert een grotere differentiatie in antwoorden met betrekking tot tevredenheid op. Hoe dan ook, de validiteit bij het gebruik van algemene gegevens ten opzichte van het gebruik van persoonlijke gegevens staat voortdurend ter discussie. Er wordt verondersteld dat de 'bias' als gevolg van het geven van sociaal wenselijke antwoorden het grootst is bij het gebruik van gegevens met betrekking tot persoonlijke ervaringen. De auteurs toetsen deze hypothese in een populatie van 3918 volwassenen, die hoog of laag hebben gescoord op een set van vragen, waarmee het geven van sociaal wenselijk antwoorden wordt gemeten. Hierbij is tevredenheid met behulp van beide soorten hierboven genoemde gegevens gemeten. Het blijkt dat schalen die gebaseerd zijn op individuele ervaringen steeds 'bias' in een 'positieve' richting vertonen bij personen die sociaal wenselijk antwoorden verstrekken. Dit geldt niet voor de

maten, die gebaseerd zijn op meer algemene gegevens. De correlatie tussen het geven van sociaal wenselijke antwoorden en het verschil tussen de waardering van de gezondheidszorg op basis van eigen ervaringen en de waardering op basis van algemene gegevens blijkt statistisch significant, waarbij de oorzaken van een betere waardering van de gezondheidszorg op basis van eigen ervaringen verklaard kan worden vanuit het geven van sociaal wenselijke antwoorden. De resultaten worden in het licht van de ontwikkeling van valide satisfactie-onderzoek besproken. (NIVEL)

150

Hazewinkel, A.

Het meten van tevredenheid. Een aanzet tot instrumentontwikkeling./ A. Hazewinkel.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1982, p. 244-250, 19 ref. (NIVEL)

Personen in ongunstige omstandigheden wendden regelmatig voor tevreden te zijn. Deze algemene bevinding heeft er, samen met het belang van de mate van tevredenheid als criterium voor de effectiviteit van op de behandeling van mensen gerichte organisaties, toe geleid dat hier gezocht wordt naar nieuwe methoden om de mate van tevredenheid vast te stellen. Een aantal, tijdens ongestructureerde gesprekken, geuite klachten van medewerkers van een verzorgingstehuis is gebruikt bij de konstruktie van een klachtenlijst, bestaande uit items met vaste antwoordcategoriën (multiple choice). Op basis van een klusteranalyse worden twee sets van klachten onderscheiden: een groep die verwijst naar een gebrek aan taakondersteuning en een groep die verwijst naar een gebrek aan sociaal-funktionele steun. Nadere analyse met behulp van 'control graphs' wijst op een zekere mate van validiteit. Tenslotte wordt een drietal aanbevelingen gedaan voor de konstruktie van instrumenten voor het meten van tevredenheid, waarbij gebruik gemaakt wordt van

kwasi-objectief geformuleerde klachten: de vragen-sets dienen aan te sluiten bij de inhoud van de ongestructureerde interviews, de gebruikte formuleringen dienen zo veel mogelijk overeen te komen en het direct vragen naar tevredenheid dient vanuit het oogpunt van sociaal wenselijke antwoorden, voorkomen te worden. (NIVEL)

151

Hulka, B.S.

Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice./ B.S. Hulka, S.J. Zyzanski.- Medical Care; jrg. 20, nr. 6, 1982, p. 649-653, 11 ref. (NIVEL)

Er wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling op het gebied van het meten van attitudes ten opzichte van de arts en de medische zorg in de afgelopen tien jaar. Bijzondere aandacht wordt besteed aan een schaal, waarover in 1970 voor het eerst melding is gemaakt en aan een in 1981 gepubliceerd en aan deze schaal gewijd valideringsonderzoek. De bij dit laatste onderzoek gebruikte analysemethoden ter bepaling van de validiteit worden vanuit technisch oogpunt beschouwd, evenals de onderliggende vooronderstellingen en de problemen bij de interpretatie van de resultaten. Het meest beperkend hierbij is de vooronderstelling, dat validiteit alleen bereikt kan worden bij een uni-dimensionele opzet. Attitudes ten opzichte van de zorg zijn opgebouwd uit een diversiteit aan substantiële kenmerken en worden mede bepaald door ervaringen en psychologische eigenschappen van het individu en door de context waarbinnen de schaal gebruikt wordt. Er wordt voorgesteld bij de validering van patiënten-attitude schalen uit te gaan van een inhoudelijk meer algemeen concept en van de doeleinden waarvoor het instrument gebruikt wordt. (NIVEL)

Linder-Pelz, S.

The multidimensionality of patientsatisfaction with a clinic visit./ S. Linder-Pelz, E.L. Struening.- Journal of Community Health; jrg. 10, nr. 1, 1985, p. 42-54, 28 ref., appendix (NIVEL)

Drie hypothesen die betrekking hebben op de structuur van de factoren, die de tevredenheid van patiënten in kontakten met een voorziening voor ambulante gezondheidszorg bepalen, zijn getest met behulp van een steekproef uit de populatie ambulante patiënten van een medisch centrum in New York. Er is gevonden dat patiënten het consult aan de hand van vier onderscheiden factoren beoordelen: het gedrag van de arts; het comfort en de faciliteiten; het maken van de afspraak; het bezoek in zijn algemeenheid. Een significante proportie van de variantie in algemene satisfactie wordt verklaard door de tevredenheid met het gedrag van de arts en de tevredenheid met het comfort en de faciliteiten tijdens het contact. Er zijn drie tevredenheidsschalen ontwikkeld met een aantoonbare betrouwbaarheid met betrekking tot de interne consistentie. Enige mogelijke effecten van de responsmethodes op de tevredenheidsscores zijn onderzocht. Deze effecten blijken niet substantieel en er wordt gesteld dat het type psychometrische procedure bij andere onderzoeken naar tevredenheid gebruikt kan worden. (NIVEL)

Manu, P.

A quantitative measure of consumer preferences in health care delivery./ P. Manu, R.B. Goodspeed, D.A. Matthews.- Medical Care; jrg. 24, nr. 1, 1986, p. 86-94, 13 ref. (NIVEL)

Presentatie van een op empirische gegevens gebaseerde index waarmee de voorkeurspatronen van ge-

bruikers bij een op competitie gebaseerd aanbod van gezondheidsvoorzieningen, gemeten kunnen worden. Het instrument maakt gebruik van individuen als analyse-eenheden en geeft het niveau van de individuele consumptie aan.

De wiskundige formule van deze consumenten voorkeursindex (CPI) ziet er als volgt uit:

De som van de individuele voorkeur van gebruikers maal het aantal gebruikers min één gedeeld door het marktaandeel van de meest gebruikte voorziening in het kwadraat maal het aantal gebruikers.

De individuele voorkeur (IP) wordt hierbij als volgt berekend:

De individuele voorkeur is gelijk aan ((het individuele gebruik van de onderzochte voorziening minus het individuele gebruik van een concurrerende voorziening) gedeeld door het totale gebruik van voorzieningen) in het kwadraat.

Er worden een tweetal toepassingsvoorbeelden gegeven. (NIVEL)

154

McCusker, J.

Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care./ J. McCusker.- Medical Care; jrg. 22, nr. 5, 1984, p. 476-493, 20 ref. (NIVEL)

Beschrijving van inspanningen gericht op het ontwerpen en testen van een meetinstrument voor attitudes van chronische en terminale patiënten en van hun gezinnen ten opzichte van de medische zorg. Hierbij zijn schalen voor de volgende aspecten ontwikkeld, de algemene tevredenheid, de continuïteit van de zorg, de beschikbaarheid van artsen, de competentie van artsen, de persoonlijke kwaliteiten van artsen, het betrekken van patiënt en gezin bij de behandelingsbeslissingen, de afwezigheid van pijn en de pijnbestrijding. Daarnaast zijn schalen ontwikkeld voor het meten van voorkeuren voor thuiszorg en voor voorkeuren voor door de artsen te

nemen beslissingen. De schalen zijn in twee onafhankelijke populaties getest, met behulp van gegevens afkomstig uit een onderzoek naar thuiszorg, waarbij nieuwe methoden van zorg voor aan huisgebonden chronische en terminale patiënten geëvalueerd zijn en met behulp van data afkomstig van een onderzoek naar terminale zorg, waarbij een steekproef getrokken is uit de nabestaanden van reeds overleden kankerpatiënten. De interne consistentie, de discriminerende en convergerende validiteit van iedere schaal zijn bepaald door de gemiddelden item-totaal correlaties, Cronbach's alpha en een vergelijking met andere uit de vragenlijst afkomstige items. De resultaten ondersteunen het gebruik van een aantal schalen in hun oorspronkelijke vorm. Voor de te wijzigen schalen worden aanbevelingen gedaan. (NIVEL)

155

Sprangenberg, F.

Tevreden patiënten bestaan niet./ F. Spangenberg.- Ziekenhuis; jrg. 11, nr. 2, 1981, p. 68-69, 4 ref, verkorte versie rapport (NIVEL)

Verslag van de werkzaamheden van een multidisciplinaire werkgroep bestaande uit doctoraalstudenten met als doel de evaluatie van de methodologie van patiënten-enquêtes aangaande het functioneren van ziekenhuizen. (SAGEMA)

156

Stamps. P.L.

Statistical analysis of an attitude scale to measure patient satisfaction with medical care./ P.L. Stamps, J. Berger Finkelstein.- Medical Care; jrg. 19, nr. 11, 1981, p. 1108-1135, 39 ref. (NIVEL)

Tevredenheid van patiënten over medische zorg wordt als een belangrijk maar moeilijk meetbaar concept

beschouwd. Het meest beschreven en meest gestandaardiseerde meetinstrument is ontwikkeld door Hulka e.a. Hier wordt verslag gedaan over de resultaten van een drietal toepassingen. De uitgevoerde statistische analyses worden toegelicht. Er worden opmerkelijke overeenkomsten gevonden tussen de drie toepassingen. De conclusie is dat het instrument in hoge mate betrouwbaar is. Met betrekking tot de validiteit geven de analyses, een itemanalyse, een Guttman scalogram en een factoranalyse, aan dat er nog veel werk verzet moet worden alvorens een algemeen gebruik mogelijk wordt. Het instrument kan niet gebruikt worden voor predictief onderzoek in algemene populaties. Hiervoor is een verdere ontwikkeling en meer theoretisch onderzoek noodzakelijk. Dergelijk onderzoek is gewenst zeker met het oog op het verkrijgen van inzicht in het proces van hulpaanbod. (NIVEL)

157

Visser, A.Ph.

De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis: Tevredenheid, kennis en emotionele toestand van ziekenhuispatiënten: meting, inhoud en determinanten./ A.Ph. Visser.- Assen, Van Gorkum, 1984. Tevens proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam, ref. (NIVEL, B 1210)

Proefschrift waarin onderzoek, zowel literatuur- als empirisch onderzoek, gedaan wordt naar indicatoren van de beleving van ziekenhuispatiënten. Er wordt ingegaan op methodische factoren in onderzoek onder ziekenhuispatiënten. In dit verband wordt aandacht besteed aan meetmodellen in satisfactie-onderzoek en aan het optreden van antwoordtendenties. Hierbij wordt gelet op de invloed van persoonsfactoren en kenmerken van de ziekenhuisomgeving op de beleving van patiënten. (NIVEL)

Visser, A.Ph.

Methodische aspecten in satisfactieonderzoek onder ziekenhuispatiënten./ A.Ph. Visser.- Gezondheid en Samenleving; jrg. 3, nr. 4, 1982, p. 232-243, 62 ref. (NIVEL)

Met behulp van een drietal onderzoeken wordt de invloed van verschillende methodische aspecten bij het meten van patiëntentevredenheid onderzocht. Er wordt geconcludeerd dat de volgende factoren nauwelijks van invloed zijn op de scores bij het meten van tevredenheid: de formulering van vragen-sets, de tijd voor en na het ontslag uit het ziekenhuis, het gebruik van schriftelijke vragenlijsten of 'face-to-face'-interviews. De bevindingen wijzen erop, dat de gevonden mate van tevredenheid door effecten als sociale wenselijkheid en dankbaarheid van de patiënt beïnvloed wordt. Er worden suggesties gedaan voor het opzetten van onderzoek naar tevredenheid. (NIVEL)

Zastowny, T.R.

Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation./ T.R. Zastowny, K.J. Roghman, A. Hengst.- Medical Care; jrg. 21, nr. 3, 1983, p. 294-322, 57 ref. (NIVEL)

Tevredenheid met gezondheidszorg wordt om verschillende redenen vaak gemeten bij gezondheidszorgonderzoek. De brede definitie van de concepten en het gebruik van verschillende maten van tevredenheid maken vergelijkingen tussen onderzoeken problematisch. Vragen over de structuur en de dimensies van tevredenheid blijven bestaan. De relatie tussen tevredenheid en het gebruik van medische voorzieningen vereist een theoretische en empirische verduidelijking. Hier wordt verslag gedaan van verschillende onderzoeken waarbij tevredenheid is

gemeten en die uitgevoerd zijn in het kader van een onderzoeksprogramma naar de jeugdgezondheidszorg. Met behulp van multi-dimensionele schaaltechnieken is de stabiliteit van de structuur van tevredenheid en zijn de zorgvoorkeuren van patiënten voor verschillende populaties onderzocht. De verschillende structuren die uit het onderzoek naar voren komen, lijken de unieke evaringen van een patiënt weer te geven. Er zijn multivariate analyses uitgevoerd bij het onderzoek naar de relatie tussen tevredenheid en het gebruik van de zorg. Tevredenheid lijkt een veelzijdig concept, dat verband houdt met korte en lange termijn processen. Er zijn specifieke conceptualiseringsmodellen nodig om het verband tussen tevredenheid en de verschillende typen ziekte- en gezondheidsgedrag weer te geven. (NIVEL)

160

Anderson, O.W.

Quality measurement and control in physician decision making: State of the art./ O.W. Anderson, M.C. Shields.- Health Services Research; jrg. 17, nr. 2, summer 1982, p. 125-155, 93 ref. (NIVEL)

De inhoud en waarde van het concept, waarmee het controleren van de kwaliteit van de huisarts wordt vastgesteld, wordt hier beschouwd in het licht van onderzoeken, die gericht zijn op het meten en verbeteren van kwaliteit. De conclusies zijn voorzichtig, in het licht het aantal hoogdravende pogingen die ondernomen zijn om de besliskundige kwaliteiten van huisartsen te meten en te controleren. Indrukwekkende pogingen zijn op dit gebied verricht, zoals bijvoorbeeld het verplichten van 'Professional Services Review Organisations' (PSRO's), de kwaliteit te bewaken nog voor er een bruikbare methodologie ontwikkeld is.

Kosten- en kwaliteitsanalyses hebben ten hoogste een marginale invloed en zijn de middelen die er voor uitgetrokken worden om ze uit te voeren doorgaans niet waard. Onderzoeken naar het gebruik van voorzieningen hebben eveneens een minimale invloed op het terug dringen van het werkelijke gebruik. Bureaucratische benaderingen van het probleem dringen alleen tot het gebruik van bepaalde, specifieke, streng gedefinieerde procedures en handwijzen, terug. Er is geen operationele definitie van onnodig en overbodig gebruik voorhanden. De tendens is om het laagste gebruiksniveau als optimaal te beschouwen, waarschijnlijk omdat een dergelijk gebruik resulteert in de laagste kosten. Bestuurskundige benaderingen slagen er niet in de beleidsmakers op eenzelfde wijze te prikkelen zoals de verschillende typen Health Maintenance Organisa-

tions dat wel doen, zoals blijkt uit de tot nu toe verzamelde gegevens. HMO's, het creëren van aftrekposten en gezamenlijke verzekeringen en concurrentie houden grotere beloften in waar het gaat om het terugdringen van de kosten dan analyses van het gebruik. Ook het invoeren van kwaliteits-audits heeft maar een marginale invloed, vanuit het gegeven dat met behulp van de bestaande methoden er slechts beperkte verwachtingen bestaan om het gedrag van artsen te kunnen veranderen. Hier worden de inzichten over de wijze waarop organisatorische kenmerken, artsen beïnvloeden gemist.

Daarom is er onderzoek nodig naar alternatieve vormen van kostenbeheersing en kwaliteitscontrole, zoals naar het functioneren van HMO's, naar het delen van verantwoordelijkheden en risico's tussen artsen, naar competitieve organisatievormen en aftrekposten en gezamenlijke verzekeringen.

In afwachting van goede methoden moeten de middelen die uitgegeven worden aan analyses van de processen tot een minimum beperkt worden. Onderwijl, dient het analyserend onderzoek zich te concentreren op extreme verschillen tussen eng gedefinieerde criteria met een bewezen validiteit. Daarnaast moet de gebruikte methodologie verbeterd worden door systematisch onderzoek en de monitoring van de kwaliteit. (NIVEL)

161

Borgiel, A.E.M.

Assessing the quality of care in family physicians' practices./ A.E.M. Borgiel, J.I. Williams, G.M. Anderson, M.J. Bass, E.V. Dunn, C.T. Lamont, R.A. Spasoff, D.I. Rice.- Canadian Family Physician; jrg. 31, nr. 4, p. 853-862, 22 ref. (NIVEL)

Dit 'feasibility'-onderzoek is door het 'Practice Assessment Committee' van het College of Family Physicians of Canada, uitgevoerd om instrumenten te definiëren en te ontwikkelen waarmee de kwaliteit van de zorg, zoals die aangeboden wordt door huis-

artsen, vastgesteld kan worden. De gunstige reacties op deze onderzoeken en het aanvaarden van de gevonden resultaten, wijzen erop dat deze methode nuttig voor huisartsen kan zijn. De instrumenten sporen de zwakke en sterke punten van de huisartsen op zodat met gerichte veranderingen in kwaliteit en efficiëntie, hogere niveau's van professionele tevredenheid bereikt kunnen worden. De methoden kunnen uiteindelijk gebruikt worden om geaccepteerde kwaliteitsstandaards voor de huisartsgeneeskundige zorg te ontwikkelen. (NIVEL)

163

Brook, R.H.

Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary crossing research./ R.H. Brook, K.N. Lohr.- Medical Care; jrg. 23, nr. 5, 1985, p. 710-722, 60 ref. (NIVEL)

Beschouwing over de toekomstige richtingen voor het onderzoek naar de kwaliteit van de zorg en het gebruik van de resultaten hiervan. Onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg kan niet langer onafhankelijk van andere disciplines worden uitgevoerd. Er moet een onderzoeksprogramma gestart worden waarin de volgende onderdelen geïntegreerd worden: de uitwerking van de zorg waar de omstandigheden het meest gunstig zijn om goede resultaten te boeken, de doeltreffendheid van de zorg in de dagelijkse gang van zaken, variaties in het gebruik van diensten gebaseerd op bevolkingsgroepen en de hiermee nauw verbonden variatie in de kwaliteit van de zorg enz. Kwaliteitsniveau's in de meest brede betekenis. Voorstel, testen en onderzoek van een dergelijk model betekent ook aandacht voor de huidige en toekomstige politieke context van de gezondheidszorg. (NIVEL)

Bush, J.W.

"Counterintuitive" preferences in health-related quality-of-life measurement./ J.W. Bush, J.P. Anderson, R.M. Kaplan e.a.- Medical Care; jrg. 20, nr. 5, 1982, p. 516-525, 32 ref. (NIVEL)

De gepubliceerde voorkeuren voor trapsgewijze schalen bij het meten van de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van het leven lijken in tegenspraak met eerdere assumpties met betrekking tot de rangordering van kwaliteit. De gevonden verschillen blijken statistisch niet significant, waarbij er een duidelijke intuïtieve verklaring bestaat voor de waargenomen ordening. Een aantal alternatieve verklaringen, zoals vaagheid bij de case-beschrijvingen, onnauwkeurige schalingsmethoden, interactie-effecten bij het gebruik van cognitieve integratie-regels door de respondenten en omkeringen als gevolg van de vlakke antwoord-karakteristiek van lineaire modellen (dit betekent dat vele verschillende combinaties van coëfficiënten vergelijkbare hoge proporties van de variantie verklaren, of dat omgekeerd R^2 nauwelijks verandert bij een groot scala van coëfficiënten), blijken niet of weinig waarschijnlijk bij te dragen aan de empirische resultaten. De konsekwenties van "negatieve voorkeuren" voor andere meetprocedures worden besproken, alsmede de betekenis van coëfficiënten tussen afzonderlijke kenmerken voor de analyse van de gezondheidszorg. (NIVEL)

Doessel, D.P.

A rehabilitation of health outcome in quality assessment./ D.P. Doessel, J.V. Marshall.- Social Science and Medicine; jrg. 21, nr. 12, 1985, p. 1319-1328, 65 ref. (NIVEL)

Doel van dit artikel is het opzetten van een con-

ceptueel raamwerk voor het analyseren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit raamwerk voegt de gangbare opvattingen binnen de medische literatuur samen met een economische benadering, m.n. de theorie van consumentengedrag. Men stelt dat deze 'nieuwe' theorie van consumentengedrag een bruikbare definitie kan opleveren voor de kwaliteit van de zorg. Men geeft een verklaring hoe de relatie tussen patiënttevredenheid, kosten en resultaten mogelijk onderling verbonden kan worden. Men bespreekt hoe deze synthese leidt tot veronderstellingen over een relatie tussen structuur en verloop van de kwaliteit van de zorg. (NIVEL)

165

Donabedian, A.

Explorations in quality assessment and monitoring: Volume II. The criteria and standards of quality./ A. Donabedian.- Ann Arbor, Health Administration Press, 1982 (NIVEL, B 1450)

Tweede deel van een verkennend onderzoek naar 'quality assessment' en 'monitoring'. In het eerste boek is aandacht besteed aan de definitie van kwaliteit en de wijze waarop kwaliteit kan worden vastgesteld. Hier staat het kwantificeerbaar maken van het begrip kwaliteit met behulp van indicatoren en meetinstrumenten centraal; het gaat om concrete gedetailleerde uitwerkingen van meer algemene concepten zoals die gebruikt zijn bij de definitie van kwaliteit. De indicatoren worden ondergebracht in een alles omvattende classificatie. Er wordt tevens aangegeven in welke richting verder onderzoek zich dient te ontwikkelen. Ook wordt een en ander in een breder theoretisch kader geplaatst. Een probleem blijkt het vaststellen van de grenzen waarbinnen het onderzoekssubject zich beweegt. De auteur heeft bij het afbakenen van het probleem een aantal arbitraire beslissingen moeten nemen, welke nader worden toegelicht.

Zo is het onderzoek naar output-criteria niet in

deze beschouwing opgenomen. Een volgende publicatie zal zich, wanneer deze verschijnt, waarschijnlijk meer richten op het begrip kostenbeheersing dan op het begrip kwaliteit. (NIVEL)

166

Given, C.W.

Evaluation and application of continuity measures in primary care settings./ C.W. Given, M. Branson, R. Zemach.- Journal of Community Health; jrg. 10, nr. 1, spring 1985, p. 22-41, 8 ref., appendix (NIVEL)

De continuïteit in het contact tussen patiënt en arts is een belangrijk criterium voor de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheid geworden. Er zijn drie in de literatuur beschreven maten voor continuïteit onderzocht met behulp van het gebruik van gesimuleerde gegevens en met behulp van gegevens afkomstig van vijf 'gezondheidscentra' (vert. primary care settings). Hierbij is gekeken naar de verschillen en de bruikbaarheid van de verschillende maten.

167

Heineken, P.A.

The use of negative indexes of health to evaluate quality of care in a primary-care group practice./ P.A. Heineken, G. Charles, D.H. Stimson, C. Wenell, R.H. Stimson.- Medical Care; jrg. 23, nr. 2, 1985, p. 198-208, 23 ref. (NIVEL)

Een methode om de kwaliteit van de zorg te bepalen, maakt gebruik van negatieve gezondheidsindexen als een maat voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Deze methode is toegepast in een aan een ziekenhuis verbonden gezondheidscentrum (vert. primary care group practice). Gedurende een periode van vijf jaar zijn de dossiers van 1147 patiënten geanalyseerd. Het onderzoek heeft geleid tot een aantal waarnemingen met betrekking tot het gebruik van de

methode in deze omgeving:

- 1) De methode, waarbij gebruik gemaakt wordt van negatieve indexen, moedigt artsen aan zowel primair als secundair preventieve maatregelen in hun praktijk te integreren en draagt er toe bij dat de arts zijn taak ruim definieert zowel met betrekking tot de individuele patiëntenzorg als met betrekking tot het beïnvloeden van het overheidsbeleid.
- 2) Het merendeel van de dossiers bevat op dit moment niet alle voor het gebruik van de methode noodzakelijke gegevens.
- 3) In de enkele gevallen waarin de methode voorbeelden van mogelijk te voorkomen ziekten en te voorkomen sterfte opspoorde, is het niet mogelijk vast te stellen of de zorg goed en de evaluatiemethode voldoende gevoelig is of dat de zorg slecht is en de methode te weinig gevoelig voor het opsporen van tekorten in de zorg. (NIVEL)

168

Lacko, B.

Een verkorte versie van een instrument voor verpleegkundige zorgkwaliteit./ B.Lacko, H.F.J.M. van Tuijl.-Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; jrg. 63, nr. 23, 1985, p. 974-975. (NIVEL)

Voor beschouwing van een voordracht waarin verslag gedaan wordt van de ontwikkeling van een meetinstrument voor de kwaliteit van verpleegkundige zorg (definitief rapport verschijnt sept/okt. 1986). Via statistische weg is een aantal variabelen geselecteerd, die een redelijke schatting opleveren van de via het totale profiel gemeten kwaliteit. Onafhankelijk hiervan is op basis van common-sense-overwegingen een tweede selectie gemaakt. Daarna is het aantal variabelen verder beperkt op basis van een selectie door verpleegkundigen (face-validity). (NIVEL)

169

Long, A.F. (eds.)

Health services performance. Effectiveness and efficiency./ A.F. Long, S. Harrison (eds).- Beckenham, Croom Helm, 1985 (NIVEL, B 1265)

Verzameling essays waarin de uitkomsten van gezondheidszorg geëvalueerd worden. Er wordt een uitwerking gegeven van de begrippen kwaliteit van de zorg, effectiviteit van de zorg (d.i. de relatie tussen de behoeften aan en de uitkomsten van zorg), determinanten van gezondheid, -efficiency, waarbij een aantal benaderingen van dit begrip gegeven wordt. Er wordt ingegaan op de definities van deze begrippen, waarbij de dimensies van de begrippen worden aangegeven. Daarna wordt nog ingegaan op de aanvaardbaarheid en de implementatie van gezondheidszorgprogramma's. Er wordt een koppeling gemaakt tussen de theorie en de praktijk. (NIVEL)

170

Nelson, R.H.

Editorial opinion. Program evaluation/quality assurance : a waste of time?/ R.H. Nelson.- Journal of Community Psychology; jrg. 7, nr. 4, 1979, p. 368-370 (NCGV)

Kritische opmerkingen over en kanttekeningen bij pogingen tot evaluatie van en het garanderen van kwaliteit en efficiency van de geestelijke gezondheidszorg. Verklaard wordt waarom programma-evaluatie en kwaliteitsbewaking theoretische idealen zijn en waarom men niet in staat is hierbij praktische en bruikbare instrumenten te vinden. (SAGEMA)

171

Palmer, R.H.

A randomized controlled trial of quality assurance in

sixteen ambulatory care practices./ R.H. Palmer, T.A. Louis, L.N. Hsu e.a.- Medical Care; jrg. 23, nr. 6, 1985, p. 751-770, 32 ref. (NIVEL)

Uitvoering van een gecontroleerd experiment, waarbij de cycli van kwaliteitsbewaking in zestien groepspraktijken voor ambulante eerstelijnsgezondheidszorg, onderzocht zijn. Uit een achttal taken, die sterk van invloed zijn op de uitkomst van de zorg, zijn er ad random twee uitgekozen voor experimentele interventie. Twee andere taken worden gebruikt als controle-variabelen. Het niveau van taakuitoefening is in elke praktijk drie maal gemeten; 12 maanden voor, 9 maanden tijdens en 9 maanden na de interventies. Hierbij is het percentage van de evaluatie-kriteria die niet toepasbaar blijken ten opzichte van die die wel bruikbaar zijn als maat voor prestatie gebruikt. Als gevolg van de interventies is het prestatieniveau voor twee taken significant verbeterd terwijl bij één taak het prestatieniveau marginaal is toegenomen. Taken met een gepercipieerd geringere invloed op de gezondheid van de patiënt vertonen verrassend een grotere toename in kwaliteit. Taken, waarbij geen kwaliteitsverbetering geconstateerd is, hebben betrekking op de vooronderstelde behoefte aan veranderingen in het hulpaanbod waarop de individuele arts geen directe invloed kan uitoefenen. (NIVEL)

172

Rogers, J.

The concept and measurement of continuity in primary care./ J.Rogers, P. Curtis.- American Journal of Public Health; jrg. 70, nr. 2, 1980, p. 122-127, 37 ref. (NIVEL)

Het begrip continuïteit van de zorg, een aanvaard principe binnen de huisartsgeneeskunde, wordt hier op het niveau van filosofie en definities, beschouwd. Een model voor continuïteit in de eerstelijnsgezondheidszorg, bestaande uit een vijftal

elementen wordt gepresenteerd. De elementen zijn de hulpverlener, de cliënt, de aard van het contact, de beschikbare kennis en de omgeving waarin de continue zorg geboden wordt. Deze dimensies zijn, de een meer dan de ander, meetbaar. Er bestaat de behoefte het model meer exact en meer precies te definiëren en te operationaliseren, ten einde het begrip continuïteit van de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn volle omvang te kunnen evalueren. (NIVEL)

173

Smedby, O.

Measures of continuity of care: A register-based correlation study./ O. Smedby, G. Eklund, E.A. Eriksson, B. Smedby.- Medical Care; jrg. 24, nr. 6, 1986, p. 511-518, 8 ref. (NIVEL)

Bij een empirisch onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van gegevens afkomstig van een gezondheidscentrum in Zweden, zijn de correlatiecoëfficiënten voor negen verschillende maten voor de continuïteit van de zorg, berekend. Vijf maten zijn gebaseerd op de consulten, de overige vier maten gaan uit van het individu. De gevonden correlaties zijn in het algemeen hoog. Dit kan het gevolg zijn van het overeenkomstige gedrag van de maten, wanneer zij worden toegepast op mensen die weinig op consult verschijnen. De correlaties blijken, ook wanneer gecontrôleerd wordt op personen met een hoge consultratio, hoog te zijn. Verschillende maten blijken significant afhankelijk van het niveau van het gebruik van de voorzieningen. De resultaten wekken de indruk dat in het algemeen de 'Continuity Of Care'-maat de voorkeur verdient bij de op het individu gebaseerde instrumenten en dat de 'fraction-of-care'-maat voor de instrumenten die uitgaan van het consult, aanbevelingswaardig is. Fraction-of-care wordt hierbij gedefinieerd als het aantal visites dat gedurende de periode waarin de continuïteit bepaald wordt, is gebracht aan de behandeld

arts. Op basis van de flexibliteit van het instrument en de eenvoudige interpreteerbaarheid van de resultaten, geven de auteurs hun voorkeur aan deze laatst genoemde maat. (NIVEL)

7.6 TOEGANKELIJKHEID EN GEBRUIK VAN DE ZORG

174

Aday, L.A.

Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview./ L.A. Aday, R.M. Andersen.- Medical Care; jrg. 19, nr. 12, 1981, supplement, p. 4-27, 50 ref. (NIVEL)

Overzicht van een aantal van de belangrijkste ethische aspecten, die bij het conceptualiseren en meetbaar maken van het begrip 'gelijkheid in toegang' (equity of access) tot de gezondheidszorg een rol spelen. Er worden gegevens gepresenteerd, die een inzicht geven in de gangbare betekenis van het begrip in de V.S. De gevolgen van deze conceptuele en empirische gegevens worden in ogenschouw genomen. Daarbij wordt aandacht besteed veranderingen in het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg en aan de betekenis en doeleinden van het begrip 'gelijkheid in toegang'. (NIVEL)

175

Aday, L.A.

The national profile of access to medical care: Where do we stand?/ L.A. Aday, R.M. Andersen.- American Journal of Public Health; jrg. 74, nr. 12, 1984, p. 1331-1339, 9 ref. (NIVEL)

De presentatie van de analyse van gegevens afkomstig uit een recent nationaal onderzoek met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In het bijzonder worden gegevens over belangrijke indicatoren voor de toegankelijkheid en over speciale problemen, die samenhangen met het politieke en economische klimaat in de jaren tachtig, zoals die verzameld is tijdens een nationale

telefonische enquête onder 6610 volwassenen en kinderen afkomstig uit 4802 gezinnen, vergeleken met gegevens afkomstig uit voorgaande nationale onderzoeken onder belangrijke deelpopulaties. De gegevens worden vergeleken naar leeftijd, woonplaats, inkomen, ras, verzekeringswijze en naar bron van regelmatige zorg. In het algemeen geven de bevindingen aan dat er vooruitgang geboekt is, hoewel enkele vormen van ongelijkheid blijven voortduren. Enkele traditioneel achtergestelde groepen hebben nu vaker een vaste huisarts, een particuliere ziektekostenverzekering, zijn meer frequent naar de dokter geweest en hebben vaker op preventie gericht medisch onderzoek ondergaan dan in het verleden. Aan de andere kant hebben economisch en sociaal achtergestelde groepen in 1985 hun achterstand nog niet volledig ingehaald. Er zijn bewijzen dat deze groepen het hardst getroffen worden door de verhoging van de financiële drempels in de zorg als gevolg van werkloosheid, inflatie en bezuinigingen op op gelijkheid gerichte gezondheidszorgprogramma's, die kenmerkend zijn voor de jaren tachtig. (NIVEL)

176

Collins, E.

Equity and the NHS: self-reported morbidity, access, and primary care. Contemporary themes../ E. Collins, R. Klein.- British Medical Journal; jrg. 281, nr. 6248, 1980, p. 1111-1115, 20 ref. (NIVEL)

Regelmatigheden in de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn opgespoord met behulp van gegevens afkomstig van 27.154 proefpersonen. De ruwe data zijn afkomstig van het in 1974 uitgevoerde 'General Household Survey'. Het gaat om gegevens van door de ondervraagden zelf genoemde morbiditeit en gebruik van voorzieningen. De toegankelijkheidsratio's zijn berekend voor een viertal categorieën van gezondheid, te weten niet-ziekten, acuut zieken, chronisch zieken die niet door hun ziekte

beperkt worden en chronisch zieken die hierdoor wel beperkt worden. In tegenstelling met conclusies uit bestaande publicaties, geeft de analyse hier aan dat de National Health Service gelijkheid bewerkstelligd heeft waar het gaat om de toegankelijkheid van de eerste lijn; er bestaan geen consistente afwijkingen voor de lagere sociaal-economische groepen. Voor enkele gezondheidscategorieën, hebben deze groepen proportioneel een hogere toegangsratio dan op basis van de door deze groepen zelfgenoemde morbiditeit verwacht mag worden. De bevindingen wijzen op grote variaties tussen en binnen deze gezondheidsheidscategorieën. (NIVEL)

177

Diehr, P.

Factors related to the use of ambulatory mental health services in three provider plans./ P. Diehr, K. Price, S.J. Williams, D.P. Martin.- Social Science and Medicine; jrg. 23, nr. 8, 1986, p. 773-787, 26 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar het gebruik van voorzieningen van ambulante geestelijke gezondheidszorg door volwassenen bij verschillende vormen van ziektekostenverzekeringen en in relatie met socio-demografische en behoefte factoren. Bij het verzamelen van de gegevens is gebruik gemaakt van een gestratificeerde en gerandomiseerde steekproef onder rijksambtenaren en hun gezinsleden. Ieder gezin is direct geïnterviewd. Daarnaast zijn gegevens met betrekking tot het gebruik van voorzieningen onttrokken aan medische dossiers en uit declaraties bij verzekeringsinstellingen. Bij de analyse van de data is gebruik gemaakt van multiple regressie en correlatie wat betreft de invloed van demografische variabelen. Bij de voorspelling van het gebruik van GGZ-voorzieningen is gebruik gemaakt van discriminant analyse. Log-liniaire regressie is toegepast om het aantal visites en de gestandaardiseerde kosten voor gebruikers van GGZ-instellingen te bepalen. Uit de

resultaten blijkt dat het geslacht geen belangrijke rol speelt, dat een slechte gezondheid en een lagere sociaal-economische status (SES) in verband staan met minstens een consult, maar dat ook een betere gezondheid en een hogere SES vervolgens tot hogere gebruiksfrequenties leiden. Er bestaan nauwelijks verschillen tussen de vorm van verzekering en het percentage verzekerden betreft, dat enig gebruik maakt van de voorziening en, wel zijn er verschillen in frequentie van consulten daarna. Ook bestaan er verschillen met betrekking tot inkomen, behoeften en symptoomsensitiviteit. (NIVEL)

178

Fiedler, J.L.

A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care./ J.L. Fiedler.- Social Science and Medicine; jrg. 15C, nr. 3, 1981, p. 129-142, 148 ref. (NIVEL)

De afgelopen 35 jaar heeft er in de V.S. een concentratie van medische centra en universitaire ziekenhuizen in grote urbane gebieden plaatsgevonden. Deze trend heeft tot een relatief verminderde bereikbaarheid van de voorzieningen in rurale gebieden geleid. Wat belangrijker is, is dat deze relatieve deprivatie een sleutelrol speelt bij de verklaring van het geringe gebruik van gezondheidsvoorzieningen in deze gebieden. Hoewel beleidsmakers zich al geruime tijd bewust zijn van de structurele ontwikkelingen binnen de industrie, zijn zij niet bereid of niet in staat deze voortschrijdende groei en ontwikkeling fundamenteel te wijzigen. Deze beschouwing beschrijft de verschillende factoren die van invloed zijn op dit ontwikkelingspatroon, zowel op individueel als op macroniveau. Verder wordt de wijze waarop het overheidsbeleid, de kenmerken van het systeem van gezondheidszorgvoorzieningen en de kenmerken van de bevolking samenhangen met de toegankelijkheid en het gebruik van de voorzieningen, beschouwd. Methodisch

wordt ingegaan op de conceptualisering en operationalisering van de relevante variabelen: de kenmerken van de zorgvoorzieningen, de kenmerken van de verzorgingspopulatie en de tevredenheid van de patiënten met de zorg. (NIVEL)

179

Joseph, A.E.

Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: A method and case study./ A.E. Joseph, P.R. Bantock.- Social Science and Medicine; jrg. 16, nr. 1, 1982, p. 85-90, 31 ref. (NIVEL)

De huisarts vervult een sleutelrol binnen het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen in rurale gebieden. Hij verwijst naar de hogere echelons en biedt basisgezondheidszorg aan. Als gevolg van de concentratie van gezondheidszorgvoorzieningen in urbane gebieden en als gevolg van het economisch principe, dat medisch specialisten zich vestigen in gebieden met een groot patientenaanbod, is de rol van de huisarts op het platteland cruciaal. Hierbij heeft het aanbod van huisartsen geen gelijke tred gehouden met de vraag en is de bereikbaarheid van de huisarts een knelpunt geworden. Hoewel bereikbaarheid hier niet het equivalent is van fysieke of geografische bereikbaarheid, verhoogt de spreiding van de bevolking het belang van de geografische bereikbaarheid. Er volgt een discussie over de eigenschappen van meetinstrumenten voor bereikbaarheid, die enerzijds gebaseerd zijn op het gebruik van voorzieningen en anderzijds op de geografische spreiding van de bevolking en huisartsen. Er wordt een meetinstrument voor de potentiële fysieke bereikbaarheid gepresenteerd dat wordt toegepast op een Canadese data-set. Deze maat is vastgelegd in een wiskundige formule.

De resultaten geven aan, ondanks behoorlijke verschillen in potentiële bereikbaarheid tussen regionale gebieden die dicht bij of veraf van urbane

gebieden liggen, dat naarmate de verzorgingspopulatie van de plattelandsarts kleiner is, de betekenis van het van het isolement, dit is de afwezigheid van belangrijke urbane gebieden met voorzieningen, meer gecompenseerd wordt. (NIVEL)

180

Kekki, P.

Analysis of relationships between the availability of resources and the use of health services in Finland: A cross-sectional study./ P. Kekki.- Medical Care; jrg. 18, nr. 12, 1980,p. 1228-1240, 11 ref. (NIVEL)

De relatie tussen de beschikbaarheid en het gebruik van voorzieningen is voor de gehele Finse bevolking onderzocht. De verzorgingsgebieden van een gezondheidscentrum zijn als onderzoekseenheden gebruikt. De gegevens van dit cross-sectionele onderzoek zijn voornamelijk afkomstig uit een tweetal bronnen. Gebruiksgegevens van de verschillende provincies afkomstig van de Nationale Gezondheidsraad, het Sociale Verzekeringsinstituut en het Centraal Bureau voor de Statistiek. Achtergrond gegevens zijn ontleend aan de Nationale Gezinsenquête van 1976. Op de gegevens is een multiple regressie-analyse uitgevoerd met als variabelen het aanbod van artsen per gezondheidscentrum, het aanbod van ziekenhuisartsen, het aanbod van bedden in de ziekenafdelingen van bejaardentehuizen, het aanbod van bedden in gezondheidscentra, het aanbod van wijkverpleegkundigen en het aanbod van ziekenhuisbedden. Ook zijn enkele achtergrondvariabelen in de regressie-vergelijking opgenomen. Gevonden is dat veranderingen in het gebruik van voorzieningen in hoge mate afhankelijk zijn van het aanbod van huisartsen in gezondheidscentra. Een toename van het aantal huisartsen en artsen in poliklinieken hangt samen met en toename van het aantal visistes bij de voorzieningen waar deze artsen werkzaam zijn en een afname van het aantal ziekenhuisopnames en een aanzienlijke afname van arts-patient contacten in

de private sector buiten het ziekenhuis. De rol van wijkverpleegkundigen lijkt relatief belangrijk bij het verminderen van het beddengebruik in gezondheidscentra, vermoedelijk als gevolg van de geboden thuiszorg. Het onderzoek geeft een significant verband tussen de de meeste aanbodsvARIABLEN en het gebruik van voorzieningen te zien, wanneer er op de andere van invloed zijnde variabelen gecontroleerd wordt. (NIVEL)

181

Knox, P.L.

The accessibility of primary care to urban patients: a geographical analysis./ P.L. Knox.- Journal of the Royal College of General Practitioners; jrg. 29, nr. 200, 1979, p. 160-168, 19 ref. (NIVEL)

Nu in zwang zijnde geografische analyse technieken kunnen op de huisartspraktijk worden toegepast. Zij geven aan dat de locaties van de praktijkruimten niet ad random verdeeld zijn en ook niet samenhangen met de situering van verzorgingspopulaties of met de woongebieden van patiënten met de grootste behoefte aan medische verzorging. De verschillende gebruikte maten voor de verschillende aspecten van toegankelijkheid zijn vastgelegd in een wiskundige formules. De resultaten wijzen op een concentratie van praktijken in gebieden met een bevolking afkomstig uit de sociaal-economische middenklasse. Daarnaast bestaat er een gebrek aan huisartsen in gebieden met een bevolking afkomstig uit de lagere sociale klassen. (NIVEL)

182

Long, S.H.

Reimbursement and access to physicians' services under Medicaid./ S.H. Long, R.F. Settle, B.C. Stuart.- Journal of Health Economics; jrg. 5, nr. 3, 1986, p. 235-251, 25 ref. (NIVEL)

Verscheidene recente onderzoeken hebben aangetoond dat de deelname van artsen aan het staatsprogramma Medicaid direct in verband staat met de hoogte van hun vergoedingenniveau. Het gevolg is dat, indien de staat de honoraria verlaagt, diegenen die in aanmerking komen voor Medicaid, schade lijden omdat de toegang tot de dienstverlening door artsen voor hen beperkt wordt. De resultaten die in dit verslag gepresenteerd worden ondersteunen deze gevolgtrekking niet. Multivariate analyses van gebruikspatronen met betrekking tot het consult en andere consumptiepatronen onder niet-bejaarden die in aanmerking komen voor Medicaid, duiden erop dat 'krappe' vergoedingen voor artsen de toegang tot de ambulante zorgverlening niet belemmeren, als alleen die voorzieningen waar men een arts kan consulteren in beschouwing worden genomen. De maat voor toegankelijkheid van Medicaid, is opgebouwd uit twee variabelen met betrekking tot het gebruik: de waarschijnlijkheid dat men een arts bezoekt en het aantal visistes dat men per jaar aan de dokter brengt. De gebruikte analyse is uitgevoerd binnen de context van een multivariaat model voor het gebruik van Medicaid. (NIVEL)

183

Marcus, A.C.

Racial/ethnic differences in access to health care: Further comments on the Use-Disability Ratio./ A.C. Marcus, J.D. Stone.- Medical Care; jrg. 20, nr. 9, 1982, p. 892-900, 19 ref. (NIVEL)

Indicatoren voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vallen in het algemeen binnen een van twee ruim gedefinieerde groepen. De eerste groep van indicatoren richt zich op factoren die van invloed zijn op de verschillende cijfers met betrekking tot het gebruik van voorzieningen en worden veelal bepaald met behulp van gegevens over patienttevredenheid. De tweede groep van indicatoren richt zich meer specifiek op werkelijke cijfers met be-

trekking tot het gebruik en is daarom een meer objectieve maat voor toegankelijkheid. Een van de meest wijdverbreide en gebruikte groep van indicatoren voor toegankelijkheid is de gebruiks/beperktheidsratio. Dit is een geaggregeerde maat, die berekend wordt door het aantal kontakten met de arts gedurende een bepaalde periode door het totale aantal ziektedagen gedurende deze periode. Omdat deze ratio's meer voor specifieke groepen berekend wordt dan voor individuen, is het problematisch deze ratio's statistisch te testen. Een alternatief is een door Chen ontworpen maat. Toegankelijkheid wordt gedefinieerd als de proportie personen die melding maken van een symptoom en een arts bezoeken gedeeld door het totale aantal personen die melding maken van een symptoom. Op deze maat kunnen op eenvoudige wijze, het is individu wordt gebruikt als analyse eenheid, significantie tests worden uitgevoerd.

In dit artikel worden enkele problemen bij de toepassing van een gebruiks/beperktheidsratio binnen gezondheidszorgonderzoek aangegeven en worden handelwijzen die deze problemen tot een minimum kunnen beperken aangegeven. De gebruikte gegevens zijn afkomstig van een analyse van raciale en etnische verschillen in het gebruik van voorzieningen en zijn ontleend aan het 'Los Angeles Health Survey, 1979' (N=1009). De resultaten wijzen erop dat negers meer toegang hebben tot de gezondheidszorg dan zowel blanken als latijns-amerikanen, in het bijzonder met betrekking tot ademhalings-, spier- en skeletziekten en dat de gebruiks/beperktheidsratio met de nodige omzichtigheid gebruikt dient te worden omdat dit instrument gevoelig is voor verschillen in subgroepen met betrekking tot de duur en de oorzaak van het fysiek en psychisch beperkt zijn. (NIVEL)

184

Marcus, A.C.

Monitoring health status, access to health care, and

compliance behavior in a large urban community: A report from the Los Angeles Health Survey./ A.C. Marcus, L.G. Reeder, L.A. Jordan, T.E. Seeman.- Medical Care; jrg. 18, nr. 3, 1980, p. 253-265, 39 ref. (NIVEL)

Samenvatting van de resultaten van een tweetal onderzoeken uitgevoerd in Los Angeles County in 1974 en 1977. De oorspronkelijke bedoeling van de analyse is het opsporen van geaggregeerde veranderingen in de gezondheidstoestand binnen de populatie, in de toegankelijkheid en in de meegaandheid van de bevolking met het medisch regime, zoals dat door de individuele patient beoordeeld is. Hierbij wordt gesteld dat het operationaliseren en meten van het begrip toegankelijkheid bijzonder problematisch is. Hier is gekozen voor een gebruiks/onbekwaamheidsratio voor het meten van toegankelijkheid binnen de context van de behoefte, bijvoorbeeld het totale aantal bezoeken aan artsen per 100 ziekte-dagen.

Aanvullend wordt gesteld dat het onderzoek de betekenis van dergelijk lokaal bevolkingsonderzoek voor beleidsdoeleinden, in het bijzonder met betrekking tot recente wetgeving op het gebied van 'Health Systems Agencies' onderstreept. Er is een substantiële overeenkomst gevonden tussen kenmerken met betrekking tot de gezondheidstoestand in beide steekproeven en nationale schattingen, met name wat het voorkomen van chronische aandoeningen betreft. Er is een 3-jarige trend van toenemende (arbeids)ongeschiktheid gevonden, die in overeenstemming is met nationale data. Hoe dan ook is, in afwijking met nationale schattingen, een bewijs gevonden voor een toegenomen toegankelijkheid van de voorzieningen, die samenhangt met (arbeids)ongeschiktheid en een corresponderende verkleining van de traditionele inkomensverschillen. De analyse van de door patienten genoemde compliantie vertoont weinig verandering in tijd, waarbij blanken en sociaal-economische midden en hogere klassen zeggen minder meegaand te zijn met de aanbevelingen van de

185

Penchansky, R.

The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction/ R. Penchansky, J.W. Thomas.- Medical Care; jrg. 19, no. 2, 1981, p. 127-141, 37 ref. (NIVEL)

Toegankelijkheid (access) is een sleutelbegrip zowel voor het beleid als voor gezondheidszorgonderzoek. Het wordt evenwel niet exact gedefinieerd en gebruikt. Voor sommige auteurs verwijst het naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen terwijl het bij anderen betrekking heeft op factoren, die het gebruik beïnvloeden. Hier worden voorstellen gedaan om te komen tot een taxonomische definitie van het begrip; toegankelijkheid wordt voorgesteld als een algemeen concept, dat een verzameling van meer specifieke dimensies m.b.t. de relatie tussen patiënt en gezondheidszorgsysteem incorporeert. Deze dimensies hebben betrekking op de beschikbaarheid, de bereikbaarheid, de uitrusting en de aanvaardbaarheid van voorzieningen. Met behulp van patiëntentevredenheid worden de validiteit en het discriminerend vermogen van de verschillende dimensies onderzocht. De onderzoeksresultaten ondersteunen de differentiatie van het begrip toegankelijkheid naar de bovengenoemde dimensies. (NIVEL)

186

Salber, E.J.

The health interview survey and minority health./ E.J. Salber, A.G. Beza.- Medical Care; jrg. 18, nr. 3, 1980, p. 319-326, ref. 18. (NIVEL)

De voor- en nadelen van het gebruik van de 'National Center for Health Statistics Interview Surveys' (HIS) bij het bepalen van de behoeften aan voor-

zienen van etnische minderheden op lokaal niveau worden onderzocht. Waar de HIS informatie geeft over de gezondheidstoestand van minderheden en hun gebruik van voorzieningen, is deze informatie van beperkte waarde op lokaal niveau. In ieder nationaal onderzoek zal het aantal respondenten afkomstig uit minderheidsgroepen klein en heterogeen zijn, waarbij het gebruik van een gemeenschappelijke taal als aggregatiemiddel tot een populatie met zeer verschillende kenmerken leidt. Sommige groepen zijn niet vertegenwoordigd of hun aantal wordt belangrijk onderschat, zeker wanneer zij geen deel uitmaken van een normaal huishouden, de kern van HIS. Pertinente voorbeelden hiervan zijn migrante landarbeiders en jong-volwassen zwarte stedelingen. Andere problemen doen zich voor wanneer gebruik gemaakt wordt van indirecte antwoorden, zoals bij HIS het geval is bij het bepalen van acute ziekte en bij het tamelijk weinig voorkomende gebruik van gecombineerde onderzoeken. Hoewel er een aantal belangrijke methoden zijn, waardoor HIS-onderzoeken verbeterd kunnen worden, blijft er een behoefte bestaan aan bijzonder meer effectief onderzoek naar specifieke minderheidsgroepen en aan lokaal diepte-onderzoek om de hiaten in kennis te dichten met betrekking tot de behoeften van minderheden. (NIVEL)

187

Simon, H.

An index of accessibility for ambulatory health services./ H. Simon, A. Reisman, S. Javad, D. Sachs.-Medical Care; jrg. 17, nr. 9, 1979, p. 894-901, 7 ref. (NIVEL)

In dit paper wordt een index besproken die ontwikkeld is en gebruikt wordt voor het meten van de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen die ambulante zorg verlenen. De index is gebaseerd op een viertal niveau's van urgentie en/of ernst van ziekte en op de wachttijden bij de toegang tot

voorzieningen. De parameters van de index, in eerste instantie vastgesteld door medewerkers van voorzieningen, zijn getest met behulp van een deelverzameling van meningen van ambulante patienten en zijn tenslotte verfijnd met behulp van een Delphi-methode met het oog op het verhogen van de interne consistentie. Het panel heeft bestaan uit bestuursleden, artsen en managers en mensen die bepalen of patienten al dan niet in behandeling moeten worden genomen. De werkelijke tijdsperioden die nodig zijn geweest om toegang te verkrijgen tot de verschillende stadia van zorg en tot de verschillende afdelingen zijn verkregen door gesimuleerde verzoeken om afspraken, door het volgen van telefoongesprekken met de verschillende opnameafdelingen, door directe observatie en door een computer waarmee het telefoonverkeer gevolgd is. Het paper bespreekt de ontwikkelde index, de bij het verzamelen van gegevens gebruikte methoden en de hierop uitgevoerde analyses. (NIVEL)

188

Wolinsky, F.D.

A cohort analysis of the use of health services by elderly Americans./ F.D. Wolinsky, R.R. Mosely, R.M. Coe.- Journal of Health and Social Behavior; jrg. 27, nr. 3, 1986, p. 209-219, 41 ref. (NIVEL)

Presentatie van een cohort analyse naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door bejaarde Amerikanen. Er zijn standaard cohort tabellen samengesteld waarbij gebruik gemaakt is van gegevens van ongeveer 50.000 personen en die afkomstig zijn van de "Health Interview Surveys" van 1972, 1976 en 1980. Er zijn zes cohorten met een leeftijdsvariatie van 4 jaar samengesteld, waarbij het jongste cohort in 1972 betrekking heeft op de leeftijdscategorie 56-59 jarigen en het oudste cohort in 1980 op personen van tussen de 84 en 87 jaar. Er is een significant verband tussen leeftijd en het aantal arts- en ziekenhuiskontakten gevonden. Ook

blijkt het aantal contacten op de verschillende tijdstippen te variëren. Zo neemt bijvoorbeeld met het ouder worden het aantal personen dat in het jaar voorafgaand aan het onderzoek of een arts in een ambulante situatie hebben geconsulteerd of gehospitaliseerd zijn, toe. De analyse van de omvang van bezoeken aan de arts levert een omgekeerde J-curve op in relatie met leeftijd, waarbij het draaipunt zich bij een leeftijd van 80 jaar. Van de negen beschouwde alternatieve verklaringen voor deze J-curve, zijn er drie op basis van enerzijds conceptuele en anderzijds empirische overwegingen plausibel. Twee van deze verklaringen hebben betrekking op substitutie van zorg, waarbij de hulpverlening in de eerste verklaringswijze overgenomen wordt door poliklinische voorzieningen en in de tweede verklaring door de overname van de zorg door de sociale omgeving met name door de oudere kinderen. De derde verklaring heeft betrekking op de onvrijwillige verbreking van de arts-patient relatie door overlijden van of door het opgeven van de praktijk door de eigen huisarts. Tenslotte worden de beleidsimplicaties van de verschillende verklaringen besproken. (NIVEL)

8. HULPVERLENINGSPROCESSEN

189

Busschbach, J.T. van
Patiëntenvoorlichting gemeten: Ontwikkeling en
toepassing van een observatie-instrument./ J.T. van
Busschbach.- Utrecht, Nivel, 1986 (NIVEL)

De vraagstelling van het onderzoek betreft de dagelijkse praktijk van patiëntenvoorlichting door de huisarts; over welke zaken wordt voorlichting gegeven, hoe frequent gebeurt dit, in hoeverre is het geven van voorlichting afhankelijk van de aard van de klacht, van de patiënt en van de arts? Na een algemene inleiding waarin het begrip patiëntenvoorlichting wordt omschreven en afgebakend mede met behulp van bestaand onderzoek, wordt de keuze voor de onderzoeksmethode, observatie-onderzoek, verantwoord. Vervolgens wordt de operationalisering in observatie-categorieën gegeven alsmede het definitieve observatie-instrument. Daarna wordt het met behulp van dit instrument uitgevoerde onderzoek beschreven. (NIVEL)

190

Buijs, R.

Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors./ R. Buijs, E.M. Sluijs, P. Verhaak.- Social Science and Medicine; jrg. 19, nr. 7, 1984, p. 683-690, 12 ref. (NIVEL)

Bij het bepalen en waarderen van het verbale gedrag van artsen tijdens een consult, bestaat behoefte aan een classificatie-instrument met behulp waarvan de gesprekstijl van een arts kan worden samengevat. Een dergelijk instrument wordt hier onderzocht. Na een beschrijving van de originele procedures, worden enige kritiepunten hierop geformuleerd op basis waarvan een bijstelling van het

instrument plaatsvindt. Met dit aangepaste instrument zijn 36 consulten geclassificeerd met als doel de relevantie en betrouwbaarheid ervan te testen. Het blijkt mogelijk consulten met de bestaande 45 categorieën te beschrijven, hoewel slechts 15 categorieën in meer dan de helft van de consulten voorkomen. Van de categorieën, die voldoende vaak zijn voorgekomen, blijkt de vastgestelde betrouwbaarheid voldoende. De gevonden inter-observator-betrouwbaarheids-coëfficiënten zijn bijna allemaal hoger dan .70. Een voorbeeld geeft aan dat de procedure bijzonder bruikbaar is bij het discrimineren tussen artsen en bij de bepaling van typen van consulten. (NIVEL)

191

Chapko, M.K.

Delegation of expanded functions to dental assistants and hygienists./ M.K. Chapko, P. Milgrom, M. Bergner e.a..- American Journal of Public Health; jrg. 75, nr. 1, 1985, p. 61-65, 20 ref. (NIVEL)

126 tandartspraktijken in Washington State hebben elke uitgebreide handeling, die is verricht door de tandarts, mondhygienist of tandartsassistent, vastgelegd. Er zijn vijf twee-wekelijkse registratieperiodes vanaf februari 1979 tot februari 1981. Gelijkblijvend met toenemende productiviteit delegeren tandartsen het meest frekwent taken aan tandartsassistenten, liever dan aan mondhygienisten en delegeren hierbij een individuele taak volgens een vast patroon. Voor taken die gedelegeerd kunnen worden aan de assistent, is een verband aangetoond tussen het percentage tandartsen dat een individuele taak delegeert en de hoeveelheid 'tandarts-tijd' die vrijkomt door die taak te delegeren. Vanuit het gezichtspunt van de kwaliteit van de zorg verhoudt het percentage tandartsen dat een taak delegeert zich omgekeerd evenredig met de moeilijkheid van de taak. (NIVEL)

Crijnen, A.

Medische interviewvaardigheid gemeten: de Maastrichtse anamnese- en advieslijst./ A. Crijnen, J. van Dalen, H. Kraan e.a..- Medisch Contact; jrg. 41, nr. 4, 1986, p. 114-116, 10 ref. (NIVEL)

Ontwikkeling van een nieuw meetinstrument dat uitsluitend medische interview-vaardigheden pretendeert te meten, de Maastrichtse anamnese- en advies Scoringslijst (MAAS), een observatie-instrument dat 68 items telt, verdeeld over vijf subschalen. De subschalen zijn: vraagverheldering, anamnese, hulpaanbod, structurering en basis interview-vaardigheden. Bij de samenstelling is rekening gehouden met de onderwijsbare vaardigheden en psychometrische eisen. De MAAS blijkt goed te gebruiken te zijn als leidraad bij het geven van onderwijs en bij de evaluatie van interview-vaardigheden van studenten. De uitkomsten van de betrouwbaarheids- en validiteitsanalyse geven aan dat er met de MAAS op betrouwbare wijze kan worden geobserveerd en dat de MAAS valide is. (NIVEL)

Goldberg, H.I.

The continuity of care provided to primary care patients: a comparison of family physicians, general internists and medical subspecialists./ H.I. Goldberg, A.J. Dietrich.- Medical Care; jrg. 21, nr. 1, 1985, p. 63-73, 30 ref. (NIVEL)

Onderzoek naar de kwaliteit van de zorg zoals die door huisartsen, algemeen internisten en (sub)specialisten in de 'eerstelijnszorg' aan volwassen patiënten wordt aangeboden, vanuit de these dat de opleiding van de arts bepalend is voor de kwaliteit van de aangeboden zorg. Het onderzoek is een bijdrage aan deze discussie. In dit geval is kwaliteit

gemeten als de continuïteit van de zorg. Dit begrip is gedefinieerd als de proportie visites die een patiënt heeft ontvangen van de behandelend arts. De procedures die tijdens het onderzoek gevolgd zijn alsmede de data-analyses zijn gedetailleerd weergegeven. De uitgangshypothese kan niet worden geverifieerd. (NIVEL)

194

Inui, T.S.

Outcome-based doctor-patient interaction. I. Comparison of techniques./ T.S. Inui, W.B. Carter, W.A. Kukull e.a.- Medical Care; jrg. 20, nr. 6, 1982, p. 535-566, 17 ref. (NIVEL)

Analysetechnieken voor interacties zijn ontwikkeld voor en toegepast op verbale contacten tussen arts en patiënt met als bedoeling deze interacties te beschrijven en ze te koppelen aan de uitkomsten van dit proces. Vroegere pogingen op dit terrein worden gekenmerkt door het gebruik van een enkelvoudige taxonomie bij de classificatie van verbaal gedrag en van de uitkomsten van de interactie, compliantie en/of patiëntentevredenheid. Hier zijn drie verschillende analyse-technieken toegepast op data afkomstig van 101 contacten tussen artsen en nieuwe patiënten in een medische kliniek voor algemene zorg. De uitkomst van het consult is op een drietal wijzen vastgesteld, de mate van kennis van de patiënt over zijn problemen aan het einde van het gesprek, de compliance bij het medicijn-gebruik in de opeenvolgende maanden en de tevredenheid van de patiënt over het consult. Er zijn kruistabellen samengesteld en er is een multiple regressie-analyse uitgevoerd, waarbij gespreksvariabelen gekoppeld zijn aan de uitkomsten van de interactie. De gevonden verbanden zijn bij twee van de drie technieken vergelijkbaar (Bales en Roter). De keuze voor een techniek is afhankelijk van de bedoelingen van de onderzoeker. De door Roter ontwikkelde techniek vereist bij het gebruik van videobanden

een geringe tijdsinvestering en levert vergelijkbare resultaten als meer complexe technieken, waarbij geschreven verslagen gebruikt worden. (NIVEL)

195

Hoed, F.E. den

Het meten van methodisch werken: De ontwikkeling van een observatieschema om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken./ F.E. den Hoed, E.M. Sluijs.- Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982 (NIVEL)

In dit onderzoeksverslag wordt besproken hoe een meetinstrument wordt ontwikkeld om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken. Het bestaat uit twee observatieschema's waarvan de betrouwbaarheid en de validiteit getoetst is op een steekproef van 63 consulten uit de videotheek van het N.H.I. (NIVEL)

196

Kuyvenhoven, M.N.

Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten. Het ontwikkelen van instrumenten voor het meten van huisartsgeneeskundig handelen./ M.N. Kuyvenhoven, H.M. Jacobs, F.W.W.W. Touw-Otten e.a..- Huisarts en Wetenschap; jrg. 29, nr. 3, 1986, p. 65-71, 25 ref. (NIVEL)

Huisartsen handelen zeer verschillend bij vage klachten. Om deze te meten zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld: een aantal schriftelijke simulatieconsulten (vijf patiënten met vage klachten, een instructiepatiënt en een testpatiënt met een acute appendicitis) en een beoordelingsprocedure met betrekking tot de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen (geeft de huisarts voldoende aandacht aan de relevante lichamelijke aspecten; is er kans op onnodige schade?). De simulatieconsulten blijken subjectief en objectief een goed beeld te

geven van het handelen van de negentien deelnemende huisartsen, terwijl de betrouwbaarheid van de beoordelingsprocedure hoog is. Het handelen van de deelnemende huisartsen blijkt betrekkelijk stabiel. De conclusie van het onderzoek luidt, dat de twee meetinstrumenten gezamenlijk betrouwbaar en valide discrimineren tussen huisartsen die 'veel' en huisartsen die 'weinig' kans op onnodige schade induceren. (NIVEL)

197

Lichtenstein, R.

Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings./ R. Lichtenstein.- Medical Care; jrg. 22, nr. 22, 1984, p. 56-68, 24 ref. (NIVEL)

Een accuraat meetinstrument voor het vaststellen van de beroepstevredenheid van artsen in georganiseerde praktijken is belangrijk voor zowel beleidsmatige als administratieve doeleinden. In het verleden ondernomen pogingen voor de ontwikkeling van een dergelijk instrument, hebben als gevolg van conceptuele en methodische onvolkomenheden weinig bevredigende resultaten opgeleverd. Hier wordt een nieuw ontwikkeld instrument empirisch getest in een populatie van artsen, die werkzaam zijn in een in hoge mate bureaucratische omgeving, het gevangeniswezen. De analyse wijst op betrouwbaarheid en validiteit van het instrument, waarbij het mogelijk blijkt het voornemen van artsen hun baan te willen opgeven, te voorspellen. Het instrument kan aangewend worden om de werkomgeving zo te veranderen, dat de beroepstevredenheid toeneemt. (NIVEL)

198

Marron, J.T.

Use of psychologic testing in characterizing the frequent user of ambulatory health care services./ J.T. Marron, B.S. Fromm, V.L. Snyder e.a.- Journal of Family Practice; jrg. 19, nr. 6, 1984, p. 802-806, 10 ref.

(NIVEL)

Artikel over het gebruik van een gezondheidsvragenlijst, de Millon Behavioral Health Inventory (MBHI), in de huisartspraktijk bij het differentiëren van patiënten naar de omvang van de hulpvraag. Het gaat erom, dat de huisarts in een vroeg stadium een mogelijk overmatig gebruik van gezondheidsvoorzieningen door de patiënt kan voorstellen. Het hier gebruikte instrument lijkt voor dit doel geschikt. Op basis van de gevonden resultaten wordt de relatie tussen MBHI-scores en medische consumptie in een verkennend onderzoek verder onderzocht. (NIVEL)

199

Sheldon, B.

The use of single case experimental designs in the evaluation of social work./ B. Sheldon.- British Journal of Social Work; jrg. 13, nr. 5, 1983, p. 477-500 (WVC)

Studie gericht op de problemen i.v.m. de ("objectieve") evaluatie e.d. van maatschappelijke dienstverlening c.q. social casework, waarbij o.a. aan de orde komen: procedures en voorwaarden (omschrijving van het probleem; hypothesen i.v.m. de oplossing van het betreffende probleem; interventie; evaluatie; follow-up); criteria en indicatoren; verzameling van gegevens (o.a. observatievormen, hulpmiddelen hierbij); interpretatie. (SAGE-MA)

200

Trivedi, V.M.

Measurement of task delegations among nurses by nominal group process analysis./ V.M. Trivedi.- Medical Care; jrg. 20, nr. 2, 1982, p. 154-164, 19 ref. (NIVEL)

Het delegeren van taken tussen de verschillende niveaus van verpleegkundigen is hier empirisch onderzocht en gemeten door het uitvoeren van een analyse op verpleegkundige activiteiten. In plaats van het gebruik van conventionele technieken, zoals tijd- en activiteitenregistratie wordt hier gebruik gemaakt van de "Nominal Group Process"-analyse, waarmee een lijst van verpleegactiviteiten is ontwikkeld en van speciaal ontworpen vragenlijsten voor de analyse van de verpleegkundige activiteiten. Ongeveer 100 verplegers uit een algemeen ziekenhuis hebben aan het onderzoek deelgenomen. De resultaten m.b.t. de omvang van taak-delegering zijn vergeleken met het ziekenhuisbeleid. Daarnaast is een vergelijking gemaakt tussen de verschillende verpleegafdelingen. (NIVEL)

201

Woodward, C.A.

Measurement of physician performance by standardized patients. Refining techniques for undetected entry in physicians' office./ C.A. Woodward, G.A. McConvey, V. Neufeld e.a.- Medical Care; jrg. 23, nr. 8, 1985, p. 1019-1027, 23 ref. (NIVEL)

Beschrijving van de ontwikkeling van methoden met behulp waarvan de kwaliteit van de zorg door huisartsen bepaald kan worden. Hierbij simuleren proefpersonen de rol van patiënt. Er wordt ingegaan op de methoden van training en op de wijze waarop deze simulanten zich onopgemerkt als patiënt in de huisartspraktijk presenteren. Het onderzoek toont aan dat deze simulanten met een lage kans op ontdekking (13%) een praktijk kunnen worden binnengesmokkeld en dat zij in staat zijn met een hoge betrouwbaarheid details over het consult weer te geven. (NIVEL)

AUTEURSINDEX

- Abramson, J.H.
21
- Aday, L.A.
62, 63, 97, 174, 175
- Ament, A.
84
- Amonoo-Lartson, R.
85
- Andersen, B.
81
- Andersen, R.
67
- Andersen, R.M.
62, 174, 175
- Anderson, G.M.
161
- Anderson, J.P.
108, 163
- Anderson, O.W.
160
- Anehensel, C.S.
64
- Angel, R.
78
- Appels, A.
124, 125
- Arling, G.
77
- Ashley, J.
40
- Bahn, A.K.
28
- Banta, H.D.
1
- Bantock, P.R.
179
- Bass, M.J.
72, 161
- Bell, R.
97
- Berger Finkelstein, J.
156
- Bergner, M.
109, 110, 146, 191
- Bergsma, J.
11, 12
- Berg, J. van den
65
- Bernier, D.
54
- Berribedi, Z.M.
41
- Berry, C.C.
108
- Bertram, D.A.
142
- Beza, A.G.
186
- Bijl, R.
23, 24
- Black, N.
2
- Blake, R.L.
111
- Bobbit, R.A.
110
- Borgiel, A.E.M.
161
- Boyer, R.
129
- Boyle, M.H.
112
- Boyle, R.M.
55
- Branson, M.
166

Breeze, E.	Chappell, N.L.
89	114
Briscoe, M.E.	Charles, G.
66	167
Brook, R.H.	Chen, S.-C.
120, 122, 162	47
Broom, D.H.	Cherkin, D.C.
22	52
Brown, J.H.	Choi, T.
113	3
Brown, V.A.	Chui, G.Y.
13	63
Brunschot, C.J.M. van	Clack, V.A.
32	64
Buijs, R.	Cleary, P.D.
190	53, 78
Bursic, E.S.	Clopton, C.
101	141
Bush, J.H.	Coe, R.M.
108	188
Bush, J.W.	Cohen, E.
163	54
Busschbach, J.T. van	Cohen, S.B.
189	14
Butson, T.	Collins, E.
131	176
Cageorge, S.M.	Connor, M.J.
60	34
Cahill, J.I.	Cooney, L.M.
70	96
Cantley, C.	Cowger, Ch.D.
93	79
Carr Hill, R.	Cox, B.G.
133	14
Carter, W.B.	Crane, L.A.
110, 194	75
Catlin, R.J.O.	Crijnen, A.
58	192
Chachich, B.	Culyer, A.J.
141	4
Chapko, M.K.	Curtis, P.
146, 191	172

Dalen, J. van
192
Davies, A.R.
122
Detels, R.
89
Deyo, R.A.
80
Diehl, A.K.
80
Diehr, P.
83, 177
Dietrich, A.J.
193
Difford, F.
35
Dijkhuis, H.J.P.M.
126
Dobbs, R.
131
Dockery, D.W.
9
Doessel, D.P.
164
Donabedian, A.
165
Draper, E.A.
144
Dunn, E.V.
161
Duyne, W.M.J. van
43
Eklund, G.
173
Eriksson, E.A.
86, 173
Ernst, J.A.
117
Esdaille, J.M.
5
Etten, G. van
6
Evans, C.E.
136
Fahrenfort, M.
15
Feinleib, M.
30
Ferree, H.
26
Fiedler, J.L.
178
Fienberg, S.E.
67
Flaskerud, J.H.
99
Forrest, M.
81
Fox, J.G.
147
Franssen, A.M.J.
68
Frerichs, R.F.
64
Fries, B.E.
96
Fritzpatrick, R.
148
Fromm, B.S.
198
Funch, D.P.
128
Fung, K.Y.
127
Furer, J.
23
Gentry, M.
69
Gerards, F.
18
Giachello A.L.
97
Gillan, W.R.
56

Gillings, D.	Heine, E. ter
34	23
Given, C.W.	Hengst, A.
166	159
Glick, B.	Hill, C.E.
33	7
Godkin, M.A.	Hjort, P.F.
58	8
Goldberg, H.I.	Hoddinott, S.N.
193	72
Goldstein, M.S.	Hoed, F. den
129	195
Goodspeed, R.B.	Hofoss, D.
153	8
Graaf, H. de	Hof, M. van
16	124
Green, K.	Holland, W.W.
146	88, 89, 116
Green, L.W.	Hoogen, H.J.M. van den
56	26
Greenberg, J.N.	Hopkins, A.
3	148
Hadley, J.	Horn, R.A.
98	143
Haen, F. de	Horn, S.D.
87	45, 140, 141, 142, 143
Haig, T.H.B.	Horowitz, R.I.
115	5
Hakim, C.	Houten, J. van
82	125
Harrison, S.	Howe, G.R.
169	127
Hartge, P.	Howe, H.L.
70	90
Hays, R.D.	Hsu, L.N.
149	171
Hazewinkel, A.	Hulka, B.S.
150	151
Hazuda, H.	Hulshof, R.E.
80	126
Heineken, P.A.	Inui, T.S.
167	194

Ipsen, J.	Kukull, W.A.
116	194
Jacobs, H.M.	Kuyvenhoven, M.N.
196	196
Javad, S.	Kviz, F.J.
187	99
Jette, A.M.	Lacko, B.
53	168
Jordan, L.A.	Lamont, C.T.
184	161
Joseph, A.E.	Last, J.M.
179	25
Kaplan, R.M.	Lende, R. van der
117, 163	51
Kazis, E.	Lessler, J.T.
113	71
Kekki, P.	Levine, D.M.
180	56
Kempers-Warmerdam, A.H.H.N.	Lichtenstein, R.
36	197
Kilpatrick, S.J.	Lilienfeld, A.M.
55	26
Klein, R.	Lilienfeld, D.E.
176	26
Knaus, W.A.	Linder-Pelz, S.
144	152
Knipscheer, C.P.M.	Lintott, J.
72	133
Knox, G.	Livieratos, B.
89	139
Knox, P.L.	Loftus, E.F.
181	67
Koch, W.A.	Logefroe, J.
44, 45	123
Kostzewski, J.	Lohr, K.N.
116	162
Kraan, H.	Long, A.F.
192	169
Kramer, M.	Long, S.H.
105	182
Krushat, M.	Louis, T.A.
135	9, 171

Luce B.R.
94
Luft, H.S.
10
Lyons B.T.F.
57
MacKenzie, E.J.
100
MacMahon B.
27
Mackenbach, J.P.
43, 44, 45
Malcolm Gill, W.
130
Manton, K.G.
46
Manu, P.
153
Marcus, A.C.
73, 74, 75, 183, 184
Marron, J.T.
198
Marshall, J.R.
128
Marshall, J.V.
164
Martin, D.P.
177
Mastboom, J.
24
Matthews, D.A.
153
Mattson, L.G.
86
Mauser, J.S.
28
Mayer, J.D.
37, 38, 39
McConvey, G.A.
201
McCusker, J.
154

McLachlan, G.
40
Mietinnen, O.S.
29
Milgrom, P.
191
Miyawaki, N.
47
Monck, E.
131
Mootz, M.
118
Morgenstern, H.
101
Morisky, D.E.
56
Mosely, R.R.
76, 188
Mossey, J.M.
132
Mulder, P.
124, 125
Nectoux, F.
133
Nelson, R.H.
170
Nesson, H.R.
91
Neufeld, V.
201
Neuhaus, E.
57
Newman, J.
135
Nijhuis, F.
18
Nizetic, B.Z.
17
Ockay, K.A.
30
Orth-Gomer, K.
134

Palmer, R.H.
91, 171
Parkin, D.
107
Pauli, H.G.
17
Payne, B.C.
57
Penchansky, R.
185
Persoon, J.M.G.
72
Philips, H.R.
52
Polissar, L.
83
Postel, A.H.
54
Price, K.
177
Pugh, T.F.
27
Putnam, S.M.
59
Raat, H.
102
Reeder, L.G.
184
Reisman, A.
187
Rice, C.A.
58
Rice, D.I.
161
Robins, J.
9
Rogers, J.
172
Roghman, K.J.
159
Rogot, E.
30
Romm, F.J.
59
Roos, L.L.
60
Roos, N.P.
60
Rosenwaike, I.
48
Rutten, F.
6
Sachs, D.
187
Sacks, J.J.
135
Sagi, P.C.
48
Salber, E.J.
186
Saunders, W.B.
28
Schade, E.
49
Scheidt, S.
54
Schimel, D.
54
Schumacher, D.N.
45
Scott-Samuel, A.
103
Scott, D.A.
115
Seeman, T.E.
184
Sellers, C.
66
Settle, R.F.
182
Shanas, E.
104
Shapiro, E.
132

Shapiro, S.	Spasoff, R.A.
100, 105	161
Sharkey, P.D.	Spitz, P.W.
142	113
Sheldon, B.	Stamm, J.B.
199	54
Sherk, C.	Stamps, P.L.
136	156
Shields, M.C.	Starker, J.
160	137
Shortell, S.	Steffelaar, J.W.
123	50
Shulman, A.D.	Stewart, A.L.
69	120
Siegel, J.M.	Stewart, R.
129	106
Silber, J.	Stimson, D.H.
41	167
Simborg, D.W.	Stimson, R.H.
92	167
Simon, H.	Stone, J.D.
187	183
Sintonen, H.	Storms, D.M.
119	147
Sirken, M.G.	Struening, E.L.
71	152
Skinner, E.A.	Stuart, B.C.
105	182
Sluijs, E.M.	Sturmans, F.
190, 195	31
Smedby, B.	Susser, M.
173	19
Smedby, O.	Svensson, P.G.
173	17
Smith, G.	Tam, S.
93	58
Snyder, V.L.	Tanur, J.M.
198	67
Spangenberg, F.	Telesky, C.W.
155	74
Spangenberg, J.F.A.	Theunis, J.
18	126

Thomas, H.	Whiting-O'Keefe, Q.E.
136	92
Thomas, J.W.	Wickett, L.I.
185	115
Torrance, G.W.	Wijkel, D.
112, 121	87
Touw-Otten, F.W.W.W.	Williams, A.
196	145
Trivedi, V.M.	Williams, J.I.
200	161
Tuijl, H.F.J.M. van	Williams, S.J.
168	177
Unden, A.-L.	Wilson, D.M.C.
134	136
Vandiver, T.A.	Winter, C.R. de
111	95
Verhaak, P.	Wolinsky, F.D.
190	76, 188
Visser, A.Ph.	Woodward, C.A.
12, 138, 158	201
Vries, J.A. de	W.H.O.
85	20
Wagner, D.P.	Yaffe R.
144	100
Wan, T.T.H.	Yergan J.
139	123
Ware, J.E.	Yule B.
120, 122, 149	107
Warner, K.E.	Zastowny T.R.
94	159
Wendte, J.F.	Zemach R.
61	166
Wenell, C.	Zyzanski, S.J.
167	151
West, D.	
70	

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

Technology assessment
Samengesteld door P. van der Heijden
Bibliografie jrg. 2, no. 1, 1987