

# Inclusie, exclusie en uitval in relatie tot demografische en sociaal-economische kenmerken

Over de representativiteit van onderzoekspopulaties in huisartsgeneeskundig onderzoek

P. SUNAERT  
L. FEYEN  
J. DE MAESENEER

Sunaert P, Feyen L, De Maeseneer J. Inclusie, exclusie en uitval in relatie tot demografische en sociaal-economische kenmerken. Over de representativiteit van onderzoekspopulaties in huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1998;41(4):193-6.

**Vraagstelling** In hoeverre zijn maatschappelijk zwakkere groepen vertegenwoordigd in doorsnee huisartsgeneeskundig, patiëntgebonden onderzoek?

**Methode** Uit de jaargang 1996 van *Huisarts en Wetenschap* (H&W) en *The British Journal of General Practice* (BJGP) werden alle artikelen geselecteerd die het resultaat waren van patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk. Aan de hand van een checklist werden de gehanteerde inclusie- en exclusiecriteria geïnventariseerd. Voorts werd nagegaan in hoeverre demografische en sociaal-economische factoren aan bod kwamen bij de beschrijving van de uitval en de onderzoekspopulatie.

**Resultaten** In totaal werden 59 artikelen geselecteerd, 20 in H&W en 39 in de BJGP. Noch bij de inclusie- noch bij de exclusiecriteria werden veel demografische en/of sociaal-economische gegevens vermeld, en bij de beschrijving van de uitval kwamen deze kenmerken eveneens nauwelijks aan bod. Bij de beschrijving van de onderzoekspopulatie werden, behalve leeftijd en geslacht, weinig andere demografische en sociaal-economische kenmerken vermeld.

**Conclusie** Niet duidelijk is op welke populaties de conclusies van de geanalyseerde onderzoeken uiteindelijk van toepassing zijn. De resultaten kunnen dan ook niet zonder meer geëxtrapoleerd worden naar specifieke, groepen, zoals maatschappelijk achtergestelden.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, UZ-1K3, De Pintelaan 185, B-9000 Gent.  
De auteurs zijn allen huisarts.  
Correspondentie: P. Sunaert.

## Inleiding

Huisartsen krijgen voortdurend te horen dat hun handelen 'evidence-based' moet zijn: onderbouwd door medische gegevens van goede kwaliteit, afkomstig uit gedegen wetenschappelijk onderzoek. Geleidelijk neemt de hoeveelheid 'wetenschappelijke evidentie' ook voor de huisartspraktijk toe. Het is echter de vraag of gegevens die zijn verzameld bij bepaalde groepen patiënten, zomaar mogen worden geëxtrapoleerd naar 'de populatie'. Dat geldt bijvoorbeeld evident ten aanzien van de resultaten van onderzoek dat alleen onder mannen is uitgevoerd. Dergelijke generaliseringen treft men niettemin regelmatig aan: de auteurs van een onderzoek naar de preventie van coronaire hartziekte met pravastatin dat is uitgevoerd bij mannen, verklaren dat hun conclusies van toepassing zijn voor de totale populatie.<sup>1</sup> En in een recent *editorial* in de JAMA<sup>2</sup> worden de conclusies van een onderzoek naar voedingsgewoonten dat exclusief is uitgevoerd bij mannen,<sup>3</sup> eveneens geëxtrapoleerd naar de totale populatie. Intussen is uit de literatuur voldoende bekend dat er duidelijke sekseverschillen zijn ten aanzien van ziekte en gezondheid, en dat deze verschillen niet zonder belang zijn voor het medisch beleid.

Men kan zich afvragen of een vergelijkbaar probleem niet aan de orde is bij de interpretatie van gegevens die afkomstig zijn uit een bepaalde sociaal-economische groep. Is de 'evidence' rond het beleid bij hypertensie bij een middenklasse-populatie zonder meer extrapoleerbaar naar lagere maatschappelijke groepen? Veel gezondheidsproblemen komen immers niet in gelijke mate voor in de verschillende sociaal-economische groepen. Vaak is er een omgekeerd verband tussen enerzijds de frequentie van klachten en aandoeningen, en anderzijds het opleidings-, beroeps- of inkomensniveau.<sup>4</sup> Daarnaast wordt de huisarts geconfronteerd met verschillen in presentatie en in diagnostische en therapeutische aanpak. Zo bestaat er ook steeds meer 'evidence' dat etniciteit, los van de relatie tussen herkomst en sociaal-economische positie, een verklaren-

de factor is voor gezondheidsverschillen binnen een bepaalde populatie.<sup>5</sup>

Een extra probleem is het gegeven dat onderzoek bij maatschappelijk achtergestelde groepen bijzonder lastig is, zoals wij zelf moeten vaststellen in het onderzoek naar het beleid bij diabetes mellitus bij 'kansarme groepen' en migranten, dat momenteel wordt uitgevoerd door de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit in Gent. Daarbij blijkt hoe moeilijk het is om basale informatie over bijvoorbeeld het functioneren en de compliance van de patiënten te verzamelen, en om bepaalde beleidsstrategieën te implementeren. In weerwil van talrijke inspanningen (zoals het vertalen van vragenlijsten en het houden van interviews aan huis), worden wij geconfronteerd met een aanzienlijke uitval.

Die uitkomst deed bij ons de vraag rijzen in hoeverre deze kansarme groepen vertegenwoordigd zijn in het patiëntgebonden onderzoek dat gewoonlijk in de huisartspraktijk wordt verricht. Vanuit deze achtergrond zijn de volgende vragenstellingen geformuleerd:

- Worden bepaalde patiëntengroepen op basis van demografische en/of sociaal-economische achtergrondkenmerken direct (via inclusie/exclusiecriteria) of indirect (via uitval) uitgesloten uit onderzoek in de huisartspraktijk?
- In hoeverre wordt in patiëntgebonden huisartsgeneeskundig onderzoek informatie verstrekt over de demografische en sociaal-economische achtergrondkenmerken van onderzoeksgroepen?

## Methode

Ten behoeve van het onderzoek analyseerden wij de inhoud van één jaargang (1996) van *Huisarts en Wetenschap* (H&W) en *The British Journal of General Practice* (BJGP), twee tijdschriften waarin traditioneel veel huisartsgeneeskundig onderzoek wordt gepubliceerd. Artikelen werden geselecteerd op basis van volgende inclusiecriteria:

- huisartsgeneeskundig onderzoeksartikel;

– patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk.

Er werd geen inhoudelijke selectie gemaakt, en zowel kleinschalig als groot-schalig onderzoek werd opgenomen.

De gevonden artikelen werden verdeeld over de twee eerste auteurs. Alle artikelen werden beoordeeld aan de hand van een checklist volgens een vast procedure:

- Nagegaan werd of er bij het samenstellen van de onderzoekspopulatie expliciet inclusie- en exclusiecriteria waren geformuleerd, en zo ja, in hoeverre demografische en sociaal-economische factoren mede bepalend waren geweest om sommige patiëntengroepen al dan niet in het onderzoek op te nemen.
- Bij de resultaten werd nagegaan of er tijdens de onderzoeksfase sprake was geweest van uitval, en zo ja, of deze uitval ook duidelijk was omschreven en in hoeverre hierbij aandacht werd besteed aan demografische en sociaal-economische achtergrondkenmerken.
- Tenslotte werd bij de resultaten nagegaan in hoeverre over demografische en sociaal-economische kenmerken van de onderzoekspopulatie was gerapporteerd.

Onder demografische en sociaal-economische indicatoren werden verstaan: leeftijd, geslacht, gezinstoestand, etniciteit, opleiding, beroep, werksituatie, inkomen en woonsituatie van de onderzoekspopulatie.

Alle artikelen werden in een tweede ronde door beide auteurs samen besproken en beoordeeld; hierbij bleek een grote overeenstemming.

## Resultaten

### Inclusie- en exclusiecriteria

In totaal werden 59 onderzoeksartikelen gevonden, 20 in H&W en 39 in de BJGP. Inclusiecriteria waren vermeld in respectievelijk 15 en 35 artikelen, exclusiecriteria in respectievelijk 10 en 16 artikelen (tabellen 1 en 2).

• *Inclusiecriteria.* Bij het samenstellen van onderzoeksgroepen waren, buiten leeftijd en geslacht, slechts zelden demo-

grafische of sociaal-economische criteria toegepast. In drie artikelen was etniciteit aan de orde in de inclusiecriteria, maar slechts op een indirecte manier (de Nederlandse taal machtig). In één artikel wordt melding gemaakt van ondervetegenwoordiging van lagere sociaal-economische groepen.

• *Exclusiecriteria.* In één artikel waren patiënten van het onderzoek uitgesloten, omdat de arts ervan uitging dat deelname in verband met de thuissituatie niet mogelijk was; feitelijke informatie over de *gezinstoestand* wordt echter niet gegeven. In een ander onderzoek waren *niet-blanken* uitgesloten van deelname. In twee artikelen wordt indirect verwezen naar *opleiding* als uitsluitcriterium (respectievelijk een laag intelligentiequotiënt en niet kunnen lezen of schrijven).

### Uitval

In 13 van de 59 artikelen werd, gezien de aard van het onderzoek, geen uitval verwacht. Het gaat hierbij om onderzoeken op basis van bestaande onderzoeksgegevens. In vier artikelen wordt niets vermeld over uitval tijdens het onderzoek, in 42 artikelen gebeurt dat wel. In 28 artikelen wordt deze uitval ook nader omschreven.

De beschrijving van de uitval blijft in de meeste artikelen beperkt tot de redenen van uitval (overlijden, weigering); in slechts vijf artikelen wordt ook informatie gegeven over de uitgevallen populatie (tabel 3).

• In drie artikelen betreft die informatie de *leeftijd* van de groep uitvallers. In het ene artikel wordt op basis van een 5%-steekproef vastgesteld dat de uitvallers qua leeftijd en geslacht te vergelijken zijn met de respondenten; in het andere wordt vastgesteld dat er geen verschil is tussen de gemiddelde leeftijd van de respondenten en de non-respondenten. In het derde artikel wordt melding gemaakt van een hogere uitval bij ouderen.

• *Etniciteit* wordt in één artikel indirect als reden van uitval genoemd: door taalproblemen waren sommige patiënten niet in staat de vragenlijst in te vullen.

• Uitval op basis van *sociaal-economische* factoren wordt in één artikel gemeld

(hooger percentage hoger opgeleiden onder de weigeraars).

### Beschrijving onderzoekspopulatie

In totaal 39 artikelen bevatten een beschrijving van de onderzoekspopulatie. In de meerderheid van de gevallen zijn de *leeftijds- en geslachtsverdeling* van de populatie bekend.

• De *gezinstoestand* van de onderzoekspopulatie wordt in zeven artikelen beschreven: in drie artikelen wordt de burgerlijke staat gedetailleerd vermeld, in de andere gebeurt dat slechts gedeeltelijk.

• *Etniciteit* komt slechts in twee artikelen aan de orde. In één artikel wordt vermeld dat 91,7 procent van de populatie Brits is, in het andere dat 92,5 procent van de populatie blank is. In beide gevallen blijft de informatie beperkt tot deze gegevens.

• Slechts 17 artikelen bevatten informatie over de *sociaal-economische* kenmerken van de populatie. In één artikel blijft die informatie beperkt tot de mededeling dat de onderzoeksgroep in dit opzicht 'breed is samengesteld'. In een ander artikel wordt enkel melding gemaakt van een oververtegenwoordiging van de lagere sociale klasse.

Het *opleidingsniveau* wordt genoemd in zes artikelen. Daarbij worden de volgende indicatoren gehanteerd:

- de gemiddelde leeftijd waarop men is opgehouden met onderwijs;
- 'no qualifications – O level / HND – A level degree / diploma';
- gemiddelde score van opleidingsniveau 1 tot 5;
- het criterium van hoogste opleiding: geen lagere school / lager beroepsonderwijs / middelbaar onderwijs / hoger onderwijs / 'anders' (2 maal);
- laag opleidingsniveau versus midden en hoog opleidingsniveau.

De *werksituatie* wordt beschreven in zes artikelen. Hierover wordt als volgt gerapporteerd:

- percentage van de onderzoeksgroep dat werkt dan wel werkloos is (2 maal);
- percentage werkenden, werklozen, invaliden en gepensioneerden;
- percentage met betaald werk;
- percentage patiënten dat betaald werk

**Tabel 1** Aanwezigheid van demografische en sociaal-economische inclusiecriteria in de onderzochte artikelen. Percentages

|                | H&W<br>n=20 | BJGP<br>n=39 |
|----------------|-------------|--------------|
| Leeftijd       | 35          | 60           |
| Geslacht       | 15          | 30           |
| Gezinstoestand | –           | –            |
| Etniciteit     | 10          | 3            |
| Opleiding      | –           | –            |
| Werksituatie   | –           | –            |
| Beroep         | –           | –            |
| Inkomen        | –           | –            |

**Tabel 2** Aanwezigheid van demografische en sociaal-economische exclusiecriteria in de onderzochte artikelen. Percentages

|                | H&W<br>n=20 | BJGP<br>n=39 |
|----------------|-------------|--------------|
| Leeftijd       | 10          | –            |
| Geslacht       | –           | –            |
| Gezinstoestand | –           | 3            |
| Etniciteit     | –           | 3            |
| Opleiding      | –           | 5            |
| Werksituatie   | –           | –            |
| Beroep         | –           | –            |
| Inkomen        | –           | –            |

**Tabel 3** Aanwezigheid van demografische en sociaal-economische kenmerken in de beschrijving van de uitval. Percentages

|                | H&W<br>n=20 | BJGP<br>n=39 |
|----------------|-------------|--------------|
| Leeftijd       | 5           | 5            |
| Geslacht       | –           | 3            |
| Gezinstoestand | –           | –            |
| Etniciteit     | –           | 3            |
| Opleiding      | 5           | –            |
| Werksituatie   | –           | –            |
| Beroep         | –           | –            |
| Inkomen        | –           | –            |

**Tabel 4** Beschreven demografische en sociaal-economische kenmerken van de onderzoekspopulatie. Percentages

|                | H&W<br>n=20 | BJGP<br>n=39 |
|----------------|-------------|--------------|
| Leeftijd       | 65          | 62           |
| Geslacht       | 50          | 46           |
| Gezinstoestand | 15          | 10           |
| Etniciteit     | –           | 5            |
| Opleiding      | 20          | 5            |
| Werksituatie   | 5           | 13           |
| Beroep         | –           | 13           |
| Inkomen        | 10          | 5            |

Verder wordt meestal slechts fragmentarisch bericht over de demografische en sociaal-economische kenmerken van de uiteindelijke onderzoekspopulatie. Voor de artikelen waarin dit wel het geval is, geldt dat deze rapportage niet uniform gebeurt. Voor etniciteit, gezinstoestand, opleiding, werksituatie, beroep en inkomen worden verschillende classificatiesystemen gebruikt. Dit bemoeilijkt de interpretatie van onderzoeksgegevens, en beperkt de vergelijkbaarheid.

Samenvattend kunnen we stellen dat de meeste artikelen niet duidelijk aangeven op welke populatie de conclusies van het onderzoek betrekking hebben. We kunnen ons dan aansluiten bij een van de conclusie van *Meijman* bij zijn onderzoek naar kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk: problemen met betrekking tot de samenstelling en representativiteit van de onderzoeksgroepen maken in kwantitatief opzicht de belangrijkste methodologische tekortkomingen in de bestudeerde onderzoeksverslagen uit.<sup>7</sup>

Het belangrijkste gevolg hiervan is dat de uitkomsten van deze artikelen (de 'evidence') niet zomaar geëxtrapoleerd mogen worden naar specifieke bevolkingsgroepen, zoals kansarmen, migranten of werklozen. Bij de selectie van de onderzoeksgroep en het formuleren van inclusie- en exclusiecriteria zou men van meet af aan ook aandacht dienen te besteden aan de beschrijving van de populatie die men bij het onderzoek wil betrekken in samenhang met de demografisch en sociaal-economische context.

Verder zouden we willen pleiten voor uniforme, internationaal aanvaarde classificatiesystemen die eenvoudig hanteerbaar zijn in onderzoek. Momenteel worden verschillende classificatiesystemen door elkaar gebruikt, waarbij niet onmiddellijk duidelijk is wat de verschillende gradaties inhouden.

Dankbetuiging en literatuur op pag. 198.

heeft en percentage met een WAO/AAW-uitkering.

In vijf artikelen wordt de *beroepssituatie* van de populatie beschreven volgens het classificatiesysteem sociale klasse I t/m V.

Twee artikelen bevatten informatie over het *inkomen*:

- GBP <10.000, 10.000-19.999, 20.000-29.999 en ≥30.000;
- NLG <19.000, 19.000–32.600 en >32.600.

In twee artikelen wordt indirect informatie over het inkomen gegeven, via de *verzekeringstoestand* van de populatie.

In één artikel wordt melding gemaakt van *autobezit* en *woonvorm*.

## Beschouwing

Uit deze gegevens kunnen we niet besluiten dat in het doorsnee patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk doelbewust specifieke patiëntengroepen worden

uitgesloten. Inclusie- en exclusiecriteria hebben zelden of nooit betrekking op etniciteit of sociaal-economische indicatoren. De criteria die worden toegepast, hangen voornamelijk samen met de problematiek die men wil bestuderen, waarna de patiënten die deze problematiek vertonen, als één groep in het onderzoek worden opgenomen.

Op de vraag of bepaalde groepen indirect – via de uitval – uit het onderzoek worden uitgesloten, kunnen we op grond van deze gegevens geen antwoord geven. De uitval wordt daarvoor in de meeste artikelen te summier beschreven. In slechts 5 van de 42 artikelen waarin uitval wordt vermeld, wordt ook iets gezegd over de demografische en/of sociaal-economische kenmerken van de uitvallers. Nochtans is te verwachten dat bepaalde groepen zoals migranten en ouderen relatief frequenter uit het onderzoek zullen verdwijnen, doordat ze minder goed te bereiken zijn.<sup>6</sup>

niet dichterbij brachten; er werd in dit consult dan ook geen psychosociale verklaring vastgesteld.

Patiënten reageerden overwegend met ontkenningen op domeinchecklistvragen, waardoor het niet mogelijk was om hun reacties te transformeren tot een psychosociale verklaring voor de klacht.

## Beschouwing

Huisartsen blijken geregeld psychosociale aspecten aan te snijden, zonder dat de patiënt daar zelf mee komt. Met oorzaak-verifiërende vragen sturen zij expliciet naar een psychosociale verklaring, met oorzaakzoekende vragen gebeurt dat impliciet: de huisarts vraagt of de patiënt een verklaring voor de klacht heeft en zoekt na diens reactie in verschillende psychosociale domeinen om een oorzaak op het spoor te komen. Deze twee soorten vragen leiden tot verschillende reacties bij patiënten en daarmee tot verschillen in het vinden of vaststellen van een psychosociale verklaring. Er is met andere woorden een mogelijk verband tussen de mate van explicietheid van de huisarts en de mate van instemming of afwijzing door patiënten. Overigens is het opvallend dat ook (expliciete) oorzaakverifiërende vragen in voorzichtige bewoordingen worden geformuleerd.

Op basis van het beperkte aantal consulten kunnen geen generaliserende uitspra-

ken worden gedaan ten aanzien van het gevonden verband en de werkwijze van huisartsen. Er is echter wel een tendens in het onderzoeksmateriaal zichtbaar. Opvallend is dat patiënten heel goed in staat zijn naar aanleiding van expliciete vragen aan te geven of er volgens hen sprake is van een psychosociale oorzaak of niet. Dit zou ervoor kunnen pleiten dat huisartsen best op zoek kunnen gaan naar psychosociale oorzaken wanneer zij van mening zijn dat deze een rol spelen, ook in gevallen waarin de patiënt daar zelf niet mee komt. De enige voorwaarde zou dan wel zijn dat de huisarts dit op voorzichtige wijze doet. Nader onderzoek op een groter corpus consulten is echter noodzakelijk om deze hypothese te verifiëren.

## Dankbetuiging

Mijn dank gaat uit naar de huisartsen en patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Tevens wil ik prof.dr. B. Meyboom-de Jong danken voor haar commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

## Literatuur

- 1 Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk; een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: Nivel, 1986.
- 2 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 3 Van der Meer K. Patiënten met psychische en so-

cialen problemen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993.

- 4 Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Nijmegen: De Stempel, 1988.
- 5 Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk; I. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringsproject. Huisarts Wet 1982;25: 333-42.
- 6 Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 7 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. Huisarts Wet 1992;35:281-6.
- 8 Joosten A. Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken. Een gespreksanalytische studie. Groningen: GLUC, 1997.
- 9 Heritage J. Conversation analysis. In: Quasthoff UM, editor. Aspects of oral communication. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- 10 Mishler E. The discourse of medicine. Dialects of medical interviews. Norwood NJ: Ablex, 1984.
- 11 Heath C. Body movement and speech in medical interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- 12 Ten Have P. Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-patiëntgesprekken. Dordrecht: Foris, 1987. ■

## Transcriptienotatie

|        |                                          |
|--------|------------------------------------------|
| H, P   | huisarts, patiënt                        |
| (0.7)  | pauze van respectievelijk 0.7 seconde    |
| (.)    | pauze kleiner dan 0.3 seconde            |
| ., ?   | dalende, stijgende en vragende intonatie |
| zie[k] | overlap van uitingen van twee sprekers   |
| [ziek] |                                          |

## Inclusie, exclusie en uitval in relatie tot demografische en sociaal-economische kenmerken

### Dankbetuiging

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door financiële steun van het Vlaams Ministerie van Volksgezondheid. Wij danken A. Peleman voor het zorgvuldig uittikken van het manuscript.

### Literatuur

- 1 Sepherd J, Cobbe S, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with Pravastatin in men

with hyper-cholesterolemia. N Engl J Med 1995;333:1301-7.

- 2 Wynder EL, Stellman SD, Zang EA. High fiber intake. Indicator of a healthy lifestyle. JAMA 1996;275:486-7.
- 3 Rimm EB, Ascherio A, Giovannucci E, et al. Vegetable, fruit, and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. JAMA 1996;275:447-51.
- 4 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen: over sociale statistieken en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.

- 5 Pringle M, Rothera I. Practicality of recording patient ethnicity in general practice: descriptive intervention study and attitude survey. BMJ 1996;312:1080-2.
- 6 Uniken Venema HP, Garretsen HFL. Het meten van de gezondheidstoestand. 4: Gezondheidsonderzoek bij moeilijk bereikbare groepen. Assen: Van Gorcum, 1995.
- 7 Meijman FJ. Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1993. ■