

ing. New York: Springer
any.

. & Bylsma, W.H. (1991).
ward and downward soci-
The impact of esteem-re-
eived control. In: J. Suls
ds.), *Social comparison:
theory and research*
lisdale (NJ): Lawrence

n, J. & Van Knippenberg,
l comparison processes
tients. *British Journal of*
7, 25, 1-13.

wn, J.D. (1988). Illusion
A social psychological
ental health. *Psychologi-*
193-210.

l, M. (1989). Social com-
under threat: Downward
ward contacts. *Psycho-*
3, 569-575.

. B.P. & Aspinwall, L.G.
npi, n, stress and co-
anu. *Social Psychology*
,

990). *Met ontslag be-*
n: VU Uitgeverij.

(1995). Interpersonal
ce level, and parental
idinal study among hig-
g soccer players. *The*
t, 9, 225-241.

992). Self-enhancement
ue soccer players: The
and ambiguity on soci-
havior. *Journal of Ap-*
ology, 22, 1186-1198.

. Van Horn, J.E. (1993).
sociale vergelijking bij
en. *Gedrag en Organi-*

Downward comparison
l psychology. *Psycholo-*
245-271.

S.E. & Lichtman, R.R.
parison in adjustment
Journal of Personality
log, 49, 1169-1183.

k, (1995). Affective
l comparison: A study
dividuals. *Britisch Jour-*
iology.

Kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners

Een inhoudsanalyse van acht meetinstrumenten

Crétien van Campen en Ada Kerkstra*

Summary

Quality of life of nursing home residents: A content analysis of eight instruments

There are many self-report questionnaires available to assess the quality of life of somatic patients in nursing homes. In this article a content analysis is carried out on eight selected questionnaires to determine which (parts of) instruments are most suitable for use in somatic departments of Dutch nursing homes. The conceptual, psychometric and feasibility characteristics of the COOP/WONCA charts, the McMaster Health Index Questionnaire, the Medical Outcome Study Short Form/RAND-36, the Nottingham Health Profile, the Quality of Well-being Scale, the Sickness Impact Profile, the Life Satisfaction Index Z and the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale are analyzed. It is concluded that the SIP, the NHP, the LSI-Z and the PGCMS contain relevant, reliable, valid and feasible subscales for the assessment of the quality of life of nursing home residents with somatic illnesses. A combination of a health-related quality of life measure, like the NHP or the SIP, and an instrument to assess the life satisfaction of elderly in institutions, like the LSI-Z and the PGCMS, would cover the most dimensions of the quality of life of nursing home residents. However, these instruments do not cover all relevant dimensions. The development of supplementary subscales on the dimensions 'experienced autonomy' and 'felt safety' is necessary.

Inleiding

Door de 'dubbele vergrijzing' van de Nederlandse bevolking zullen steeds meer ouderen hun leven gaan doorbrengen in een verpleeghuis. Er wordt in Nederland echter geen systematisch onderzoek verricht naar de kwaliteit van het leven in verpleeghuizen, terwijl het van belang is te weten in welke mate de verzorging en het verblijf in verpleeghuizen bijdragen aan de kwaliteit van leven.

Onderzoek op dit gebied wordt aangemerkt als een prioriteit in verpleeghuiszorgonderzoek (Sluijs, Kerkstra & Van der Zee, 1993). Ten behoeve van evaluatie en systematische vergelijkingen verdienen kwantitatieve meetinstrumenten de voorkeur. Hoewel er veel meetinstrumenten bestaan om de kwaliteit van leven te meten (Spilker, Molinek, Johnston, Simpson & Tilson, 1990) zijn er in Nederland

* Dr. C. van Campen en dr. A. Kerkstra zijn verbonden aan het NIVEL, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Correspondentieadres: Crétien van Campen, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

QWB: de Quality of Well-being Scale (Kaplan, Anderson & Ganiats, 1993)
 SIP: de Sickness Impact Profile (De Bruin, Diederiks, De Witte, Stevens & Philipsen, 1994a; Gerety et al., 1994).

Twee zorgspecifieke levenstevredenheid-instrumenten voor ouderen in instellingen behoren tot de selectie (zie Tabel 1):

LSI-Z: de Life Satisfaction Index Z (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961; Wood, Wylie & Sheafor, 1969)
 PGCMS: de Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975)

De vraagstelling van dit artikel luidt: welke van deze acht instrumenten (of delen van meetinstrumenten) zijn inhoudelijk, psychometrisch en in het gebruik het meest geschikt om de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen te meten?

Methode

De acht geselecteerde meetinstrumenten zijn inhoudelijk geanalyseerd op begripsmatige, psychometrische kenmerken en gebruiksvriendelijkheid. De resultaten van de inhoudsanalyse bestaan uit een bespreking per instrument aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Meten de instrumenten kwaliteit van leven als een aan gezondheid, zorg en verblijf gerelateerd begrip?
- 2 Welke van de zes vastgestelde dimensies meet het instrument en welke niet?
- 3 Is de inhoudelijke formulering van de items van toepassing op verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen?
- 4 Zijn de relevante dimensies/items betrouwbaar, valide en sensitief voor veranderingen, gebleken bij verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen?
- 5 Is het instrument bruikbaar in verpleeghuizen, d.w.z. is het gebruikersvriendelijk voor alle patiënten? Zijn er gegevens over de betrouwbaarheid van proxy-interviews met familieleden of vrienden? En bestaat er een Nederlandse versie?

Resultaten

Begrip

Zes van de acht instrumenten meten aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (zie Tabel 1). Van deze zes instrumenten zijn er twee expliciet (MHIQ, MOS-SF/RAND-36) en de andere vier impliciet gebaseerd op de WHO-definitie van gezondheid: 'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1958). Er is een gradueel verschil tussen de COOP/WONCA kaarten, de MHIQ en de QWB enerzijds, waarmee vooral de functionele status van de patiënt gemeten wordt en de NHP en de SIP anderzijds, waarin meer de gevolgen van gezondheidsproblemen in de dagelijkse omgeving gemeten worden. De SIP en NHP bevatten items over de gevolgen van ziekte voor verzorging en verblijf. Bijvoorbeeld: 'Ik heb hulp nodig om buiten te komen' (NHP) en 'Ik kom niet op eigen kracht in of uit bed of stoel, maar word verplaatst door iemand of door een mechanisch hulpmiddel' (SIP68). De MOS-SF/RAND-36 is daar tussen te plaatsen. De zes instrumenten leggen alle het zwaartepunt bij lichamelijk functioneren.

Twee andere vragenlijsten, de LSI-Z en de PGCMS, werden ontwikkeld voor oude-

positive end of the continuum of psychological well-being to the extent that he: a) takes pleasure from the round of activities that constitutes his everyday life; b) regards his life as meaningful and accepts resolutely that which life has been; c) feels that he has succeeded in achieving his major goals; d) holds a positive image of self; and e) maintains happy and optimistic attitudes and moods.' (Neugarten et al., 1961, p. 137). Een hoge moraal (PGCMS) omschrijft Lawton (1972) als een gevoel van tevredenheid met zichzelf, gevoel dat er een plaats is voor zichzelf in de omgeving, een zekere aanvaarding van wat niet veranderd kan worden. De LSI-Z en PGCMS leggen het zwaartepunt bij de psychische en sociale dimensies van kwaliteit van leven.

Dimensies

De vastgestelde dimensies van het begrip 'kwaliteit van leven' van verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen zijn vergeleken met de subschalen en items van de acht instrumenten. In Tabel 2 zijn de subschalen van de instrumenten ingedeeld naar de vastgestelde dimensies.

De gezondheidstoestand-instrumenten meten bijna alle de zintuiglijke, lichamelijke, psychische en sociale dimensies van kwaliteit van leven. Geen van deze instrumenten meet de dimensies 'ervaren autonomie' en 'ervaren veiligheid'. De COOP/WONCA kaarten, de MHIQ en QWB zijn beperkt tot het zintuiglijk (pijn), lichamenlijk (bijv. kunnen hardlopen), psychisch (bijv. depressief zijn) en sociaal (bijv. regelmatig vrienden bezoeken) gezond functioneren. Deze instrumenten bevatten geen subschalen over de gevolgen van gezondheidsproblemen voor het dagelijkse leven. De SIP, de NHP en MOS-SF/RAND-36 bevatten wel subschalen die verwijzen naar de gevolgen van gezondheidsproblemen, zoals het zich kunnen aankleden, wassen, boodschappen doen en uitgaan. Maar ook al bestrijken deze drie instrumenten meer dimensies, ze missen nog steeds belangrijke items naast de al genoemde dimensies 'ervaren autonomie' en 'ervaren veiligheid'. De SIP bevat geen items over pijnbeleving, geen items over psychische aspecten zoals zelfbeeld en coping vaardigheden en geen items over sociale familierollen. De NHP mist items over lichamelijke zelfverzorging, psychisch zelfbeeld, cognitieve en coping vaardigheden en sociale familierollen. De MOS-SF/RAND-36 mist items over lichamelijke zelfzorg, mobiliteit, psychisch zelfbeeld, cognitieve en coping vaardigheden en sociale familierollen. De SIP en NHP bestrijken nog het grootste deel van de vastgestelde dimensies. Vergelijkt men de SIP en NHP, dan mist de NHP een dimensie over cognitieve vaardigheden en zelfzorg en de SIP een dimensie over pijn.

De LSI-Z en PGCMS zijn beperkt tot de psychische dimensie. In vergelijking met de gezondheidstoestand-instrumenten gaan de subschalen van de LSI-Z en PGCMS dieper in op de bespiegelingen op het leven door ouderen. De dimensies van de LSI-Z en de PGCMS missen items over cognitieve vaardigheden (bijvoorbeeld wel in de SIP aanwezig). De belangrijkste waarde van de levenstevredenheid-instrumenten is dat ze psychische aspecten operationaliseren, zoals zelfbeeld (tijdens het ouder worden) en het mentaal omgaan met het ouder worden.

Items

De relevantie van de instrumenten voor verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen is te beoordelen aan de hand van de inhoudelijke formuleringen van de items. Is de inhoud van de items van toepassing op verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen?

Het COOP/WONCA instrument bestaat uit zeven beeldkaarten. Iedere kaart bevat een vraag en vijf antwoordmogelijkheden met vijf tekeningen. De vragen zijn ontworpen voor thuisverblijvende patiënten. Op grond van de inhoud van de vragen en antwoordcategorieën is te verwachten dat ze weinig zullen differentiëren tus-

sen verpleeghuispatiënten met verschillende functionele toestanden.

De MHIQ-items van de dimensies zijn beperkt tot iemands ervaren gezondheids-toestand en besteden geen aandacht aan de gevolgen en handicaps als gevolg van gezondheidsproblemen. De items zijn gericht op mensen die thuis wonen. De inhoud van een aantal items is niet relevant voor verpleeghuisbewoners.

Veel items van de MOS-SF/RAND-36 hebben betrekking op beperkingen in het werk en dagelijkse bezigheden in en rondom het huis. De items die over gezondheid gaan zijn van toepassing op verpleeghuispatiënten. De items die de gevolgen van ziekte op het werk en activiteiten binnens- en buitenshuis betreffen zijn niet van toepassing.

De NHP items van deel I betreffen lichamelijke, psychische en sociale beperkingen. Alle items van deel I sluiten aan bij de leefwereld van verpleeghuispatiënten. In deel II wordt gevraagd welke van zeven levensactiviteiten aangetast worden door de ziekte: werk/beroep, huishoudelijk werk, sociale contacten, seksualiteit, hobby's en vakantie. Deel II is gericht op thuiswonenden en nauwelijks van toepassing op verpleeghuispatiënten. Deel II is overigens facultatief.

De items van de QWB zijn inhoudelijk slechts in enkele gevallen relevant voor verpleeghuispatiënten. De zintuiglijke dimensie wordt gemeten door middel van een lijst met 23 klachten zoals pijn aan de ogen of algemene vermoeidheid. Inhoudelijk lijken deze items op medische items en de vraag is of men niet beter gestandaardiseerde medische *checklists* kan gebruiken om klachten, symptomen en problemen vast te stellen.

De items van de Nederlandstalige SIP68 sluiten bijna allemaal aan bij de leefwereld van verpleeghuisbewoners. Voor Amerikaanse verpleeghuizen is de SIP-Nursing Homes (SIP-NH) ontwikkeld. Deze vragenlijst bevat geen items over huishouden en werk (Gerety et al., 1994). De items van de SIP-NH zijn niet gepubliceerd. Een vergelijking van de SIP-NH en SIP68 verdient aanbeveling.

De inhoud van de items van de LSI-Z sluiten allemaal aan bij de leefwereld van oudere verpleeghuispatiënten. De items gaan over: de mate van geestdrift die een persoon opbrengt, de mate, waarin de persoon verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar leven, de mate, waarin de persoon voelt dat zijn of haar levensdoelen zijn bereikt, de mate waarin de persoon zichzelf competent, knap, enzovoort vindt en de mate, waarin de persoon plezier aan het leven beleeft (Neugarten et al., 1961).

Ook de items van de PGCMS sluiten inhoudelijk alle aan bij de leefwereld van oudere verpleeghuispatiënten. De items van de dimensie 'Agitation' bevatten uitspraken over aspecten van de gemoedsrust, zoals zich zorgen maken, bang zijn en slapeloosheid. De items van de dimensie 'Attitude toward own ageing' zijn uitspraken over toenemende moeilijkheden met het ouder worden, minder energie hebben, gelukkiger of ongelukkiger worden. De items van de dimensie 'Lonely dissatisfaction' bevatten uitspraken over onder meer eenzaamheidsgevoelens, vrienden zien en de zinvolheid van het leven.

Psychometrische kenmerken

Deze bespreking van de psychometrische kenmerken van de instrumenten is beperkt tot onderzoek bij verpleeghuisbewoners en verwante populaties. Van de gezondheidstoestand-instrumenten is alleen van de Sickness Impact Profile (SIP) de betrouwbaarheid en validiteit getoetst bij verpleeghuisbewoners (Gerety et al., 1994; Mulrow, Gerety, Cornell, Lawrence & Kanten, 1994; Rothman, Hedrick & Inui, 1989). De betrouwbaarheidscoëfficiënten van de 'SIP-Nursing Home' dimensies varieerden van .57 tot .92 bij 231 Amerikaanse verpleeghuisbewoners. Deze variatie is waarschijnlijk het gevolg van de dimensiestructuur van de oorspronkelijke SIP136, die in de verkorte SIP68 verbeterd is (De Bruin et al., 1994a; 1994b).

z scores correleerde laag (-.16) met de SIP-scores en scores van de Katz ADL schaal (-.15) en de Barthel Index (-.15) bij verpleeghuisbewoners (Rothman et al., 1989). De LSI-Z meet blijkbaar iets anders dan lichamelijke beperkingen (ADL) en gevolgen van somatische ziekte (SIP). De sensitiviteit van de LSI-Z is op basis van het bestaande onderzoek moeilijk te bepalen. Wylie (1970) legde de LSI-Z voor aan thuisverblijvende ouderen voor en nadat een sociaal wijkprogramma begonnen werd. De scores namen significant toe in vergelijking met een controlegroep. Abraham (1992) vond echter nauwelijks veranderingen in de LSI-Z scores van verpleeghuispatiënten tijdens een longitudinale effect studie van cognitief-gedragsmatige groepstherapieën. Rubin, Sizemore, Loftis en Loret de Mola (1993) vergeleken onder meer de levenstevredenheid vanuit het ziekenhuis ontslagen ouderen die extramurale geriatrische zorg ontvingen met een controlegroep die de gewone nazorg ontvingen. De LSI-Z scores van de experimentele groep waren hoger maar niet significant hoger.

Lawton (1975) stelde de interne consistentie van de herziene Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) vast bij 1086 bewoners van bejaardenoorden en thuiswonende ouderen: Cronbach's $\alpha=0.85$ (Agitation), 0.81 (Attitude toward own aging), 0.85 (Lonely dissatisfaction). Morris, Sherwood, May en Bernstein (1987) stelden bij ouderen in twee revalidatiecentra de interne consistentie vast van: 'Attitude toward ageing' (KR20 = .57 en .56), 'Agitation' (KR20 = .70 en .72), en 'Lonely dissatisfaction' (KR20 = .72 en .74). Alleen de laatste twee dimensie hebben een aanvaardbare interne consistentie. Lawton (1972) en Lohmann (1977) vonden correlaties van 0.57 tot 0.79 met LSI-Z schaal bij ouderen thuis en in verzorgingshuizen. Rothman et al. (1989) vonden een correlatie van .74 bij verpleeghuisbewoners. Omdat de PGCMS hoog correleerde met de LSI-Z en laag met een generiek gezondheidstoestand-instrument (de SIP), concluderen Rothman et al. (1989) dat de PGCMS een betere maat voor psychisch welzijn is dan de SIP. De PGCMS bleek gevoelig voor verandering in een onderzoek naar de effecten op het psychisch welzijn van een sociaal interactieprogramma tussen ouderen in instellingen en verstandelijk gehandicapten (Kalson, 1976) en verandering van het psychisch welzijn van ouderen tijdens een langer verblijf in een instelling (Morris et al., 1987).

Toepassing

Alleen de SIP, de LSI-Z en PGCMS zijn in Amerikaanse verpleeghuizen afgenomen en bieden gegevens over de gebruikersvriendelijkheid voor verpleeghuisbewoners. De LSI-Z (13 items) en de PGCMS (17 items) zijn korte instrumenten. Beide kunnen zowel schriftelijk als mondeling afgenomen worden. De PGCMS wordt veel gebruikt in Amerikaanse geriatrische instellingen (Mancini & Shade, 1985). De SIP136 is toegepast bij verpleeghuispatiënten (Gerety et al., 1994; Mulrow et al., 1994; Rothman et al., 1989). De lengte, duur en belasting van de SIP136 heeft veel kritiek ontlokt. Om daar aan tegemoet te komen zijn kortere versies ontwikkeld zoals de SIP68 en de SIP-NH (66 items). De SIP is in verschillende versies tenminste driemaal toegepast in Amerikaanse verpleeghuizen. Rothman et al. (1989) beweren dat de afname van de SIP136 bij verpleeghuisbewoners geen problemen opleverde. Daarbij moet aangetekend worden dat zij patiënten met ernstige communicatieve beperkingen uitsloten van het onderzoek. Opmerkelijk is dat van geen van deze drie, noch van de andere instrumenten gegevens bekend zijn over de betrouwbaarheid van proxy-interviews. Met betrekking tot de bovengenoemde vragenlijsten bestaat alleen van de SIP een Nederlandstalige versie en een verkorte Nederlandstalige versie, de SIP68. Ten slotte dient opgemerkt te worden dat deze instrumenten vragenlijsten zijn die alleen schriftelijk of mondeling afgenomen kunnen worden. Er wordt in de literatuur over afname van deze instrumenten bij

verpleeghuispatiënten geen andere meer gebruiksvriendelijke technieken genoemd, zoals het gebruik van beeldkaarten of audio-visuele apparatuur.

Discussie

Op grond van de inhoud van de items sluiten de LSI-Z, de PGCMS, de SIP68 en de NHP (deel I) het meest aan bij de leefwereld van verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen. De items van de MOS-SF/RAND-36 hebben voornamelijk betrekking op werkzaamheden binnenshuis en buitenshuis en zouden in formulering aangepast dienen te worden voor verpleeghuisbewoners. De items van de COOP/WONCA kaarten, de MHIQ en de QWB zijn inhoudelijk veel minder relevant voor verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen en te verwachten valt dat zij dientengevolge te weinig differentiëren tussen verschillende verpleeghuisbewoners. Op het niveau van de dimensies bestrijkt een combinatie van de SIP of NHP enerzijds en de LSI-Z en PGCMS anderzijds het grootste deel van de zes vastgestelde dimensies. De dimensies 'ervaren autonomie' en 'ervaren veiligheid' blijven dan echter nog steeds buiten beschouwing.

Engelstalige versies van de SIP136, de LSI-Z en de PGCMS zijn getoetst bij Amerikaanse verpleeghuispatiënten. In de meeste gevallen bleken de instrumenten betrouwbaar, valide en gevoelig voor veranderingen. De Amerikaanse *nursing homes* verschillen echter van de Nederlandse verpleeghuizen (Ribbe, 1993). Aanvullend onderzoek bij ouderen in Nederlandse verpleeghuizen is daarom gewenst ten aanzien van de vertaling in het Nederlands, validering bij somatische patiënten in Nederlandse verpleeghuizen en de betrouwbaarheid van proxy-interviews in vergelijking met ondervraging van de patiënten zelf. Proxy-metingen zijn onder meer van belang om de negatieve effecten van patiëntenuitval tegen te gaan (Van Elderen et al., 1994).

In Nederlandse verpleeghuizen worden observatieschalen zoals de Beoordelingsschaal Oudere Patiënten (BOP) en SIVIS Hulpindex gebruikt om de oordelen van hulpverleners over de kwaliteit van verschillende levensaspecten van patiënten vast te stellen. Het is van belang om het oordeel van de patiënt over zijn kwaliteit van leven te meten. De geselecteerde meetinstrumenten voldoen aan dit criterium. Ten tweede is het van belang om zowel 'aan gezondheid' als 'aan zorg en verblijf gerelateerde kwaliteit van leven' te meten. Kwaliteit van leven wordt in onderzoek steeds vaker in engere zin opgevat als 'aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven' (Werkgroep Gezondheidstoestandmetingen, 1994; Van Elderen et al., 1994). De ontwerpers van meetinstrumenten zoals de SIP en de NHP veronderstellen dat kwaliteit van leven voornamelijk bepaald wordt door (de consequenties van) de ervaren gezondheidstoestand. De ontwerpers van de levenstevredenheid-instrumenten LSI-Z en PGCMS veronderstellen daarentegen dat de kwaliteit van leven van ouderen in instellingen sterk gerelateerd is aan het welzijn en het leefklimaat binnen een instelling. In het geval van verpleeghuisbewoners dienen beide begrippen geoperationaliseerd te worden.

Voor de operationalisering van 'aan gezondheid, zorg en verblijf gerelateerde kwaliteit van leven' van verpleeghuisbewoners komen delen uit de SIP en de NHP in aanmerking voor de dimensies zintuiglijk, lichamelijk, psychisch (gemoedstoestanden en cognitieve vaardigheden) en sociaal functioneren. Voor de dimensie psychisch functioneren (zelfbeeld en coping vaardigheden) komen de LSI-Z en PGCMS in aanmerking. Omdat geen van de instrumenten de dimensies 'ervaren autonomie' en 'ervaren veiligheid' meten, dienen nieuwe subschalen voor deze dimensies ontwikkeld te worden, bij voorkeur op basis van interviews met bewoners.

t kunnen worden om
tische aandoeningen
et discrimineert tus-
tillende zorgafhanke-
aken om de bijdrage
aan de kwaliteit van

d in opdracht van en
zijn & Sport, Directie

1. Rosser (Eds.), *Quality
it: key issues in the
t*. Kluwer Academic

macs, D.L. (1973). Cor-
saction: A re-examina-
rontology, 8, 479-502.
rn, S. Van der, Echteld,
, Maes, S., Diekstra, R.
n den (1994). *Kwaliteit
ek bij somatische chro-
oetermeer*. NCCZ.

sschier, J., Kooijmans,
L. (1994). De beleving
geautoriseerde Neder-
de Nottingham Health
& *Gezondheid*, 22(6),

ll, J.E., Mulrow, C.D.,
la, H.P., Lichtenstein,
dri, A.A. & Rosenberg,
ness Impact Profile for
(SIP-NH). *Journal of
12*-M8.

. Limburg, M., Meulen,
yt, P. (1993). A compa-
e scales with measures
ap, and quality of life.

. a program of so-
ween institutionalized
tally retarded persons.
340-348.

son, J.P. & Ganiats, G.
y of Well-being Scale:
le quality of life index.
.M. Rosser (Eds.), *Qua-
ent: Key issues in the
ordrecht*. Kluwer.

.G., Phillips, C.B., Fos-

sel, A.H. & Liang, M.H. (1992). Compara-
tive measurement sensitivity of short and
longer health status instruments. *Medi-
cal Care*, 30, 917-925.

König-Zahn, C., Furer, J.W., Tax, B. (1993).
*Het meten van gezondheidstoestand. 1.
Algemene gezondheid* Assen: Van Gor-
cum.

Kozma, A. & Stones, M.J. (1987). Social de-
sirability in measures of subjective well-
being: A systematic evaluation. *Journal of
Gerontology*, 42, 56-59.

Lawton, M.P. (1972). Assessing the compe-
tence of older people. In D.P. Kent, R.
Kastenbaum & S. Sherwood (Eds.), *Re-
search planning & action for the elderly*
(pp. 144-165). New York: Behavioral Pub-
lications Inc.

Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geri-
atric Centre Morale Scale: A revision.
Journal of Gerontology, 30, 85-89.

Lohmann, N. (1977). Correlations of life sa-
tisfaction, morale and adjustment measu-
res. *Journal of Gerontology*, 32, 73-75.

Mancini, J.A. & Shade, D.D. (1985). Measu-
ring morale: Note on use of factor scores.
Psychological Reports, 56, 139-144.

McEwen, J. (1993). The Nottingham Health
Profile. In S.R. Walker & R.M. Rosser
(Eds.), *Quality of life assessment: Key
issues in the 1990s* (pp. 111-130). Dor-
drecht: Kluwer.

Morris, J.N., Sherwood, S., May, M.I. &
Bernstein, E. (1987). FRED: An innovative
approach to nursing home level-of-care
assignments. *Health Services Research*,
22, 117-138.

Mulder, P.H. & Sluijs, E.M. (1993). *Bibliog-
raphy dependent elderly: Quality of life
indicators*. Utrecht: NIVEL.

Mulrow, C.D., Gerety, M.B., Cornell, J.E.,
Lawrence, V.A. & Kanten, D.N. (1994).
The relationship between disease and
function and perceived health in very
frail elders. *Journal of the American Geri-
atric Society*, 42, 374-380.

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. & Tobin,
S.S. (1961). The measurement of life sa-
tisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-
143.

Patrick, D.L. & Erickson, P. (1993) *Health
status and health policy: Allocating re-
sources to health care*. New York: Oxford
UP.

Ribbe, M.W. (1993). Care for the elderly:

The role of the nursing home in the
Dutch health care system. *International
Psychogeriatrics*, 5(2), 213-222.

Rothman, M.L., Hedrick, S. & Inui, T.
(1989). The Sickness Impact Profile as a
measure of the health status of noncogni-
tively impaired nursing home residents.
Medical Care, 27 (3) suppl, s157-s167.

Rubin, C.D., Sizemore, M.T., Loftis, P.A. &
Loret de Mola, N. (1993). A randomized,
controlled trial of outpatient geriatric
evaluation and management in a large pu-
blic hospital. *Journal of the American
Geriatrics Society*, 41, 1023-1028.

Scholten, J.H.G. & Weel, C. van (1992).
*Functional status assessment in family
practice: The Dartmouth COOP Func-
tional Health Assessment Charts/WON-
CA*. Lelystad: Meditekst.

Sluijs, E.M., Kerkstra, A. & Van der Zee, J.
(1993) *Prioriteiten in verpleeghuiszorgon-
derzoek*. Utrecht: NIVEL.

Spilker B., Molinek F.R., Johnston K.A.,
Simpson R.L., Tilson H.H. Quality of life
bibliography and indexes. *Medical Care*
1990, 28(12) suppl.: DS1-DS77.

Stock, W.A. & Okun, M.A. (1982). The con-
struct validity of life satisfaction among
the elderly. *Journal of Gerontology*, 37(5),
625-627.

Ware, J.E. (1993). *SF-36 Health Survey: Ma-
nual & interpretation guide*. Boston: The
Health Institute, New England Medical
Center.

Werkgroep Onderzoek Gezondheidstoe-
standmeting (1994) Standaardisatie van
onderzoek naar met gezondheid samen-
hangende kwaliteit van leven. *Neder-
lands Tijdschrift voor Geneeskunde*,
138(29), 1484-1486.

WHO (1958). *The first ten years. The health
organization*. Geneva: WHO.

Wood, V., Wylie, M.L. & Sheafor, B. (1969).
An analysis of a short self-report measure
of life satisfaction: Correlation with rater
judgments. *Journal of Gerontology*, 24(4),
465-469.

Wylie, M.L. (1970). Life satisfaction as a
program impact criterion. *Journal of
Gerontology*, 25, 36-40.

Zee, K.I. van der & Sanderma, R. (1993).
*Het meten van de algemene gezondheids-
toestand met de RAND-36: een handlei-
ding*. Groningen: Noordelijk Centrum
voor Gezondheidsvraagstukken.