

life in some cases. A previously established relationship between physician and patient is therefore of great importance. The role of the family members in the decision and its execution is also discussed, as is method by which the physician can perform the life-terminating act in a responsible manner. The physician who obeys the rules discussed need have little fear of criminal or disciplinary prosecution.

In the conclusion, the increased demand for active termination of life is placed in a broader perspective, and it is pointed out that the physician has a dual task: on the one hand to help individuals who are in distress, and on the other hand to keep an eye on the social causes of this distress.

- Admiraal, P. V. Verantwoorde euthanasie, handleiding voor artsen. *Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, Amsterdam*, 1980.
- Beemer, Th. Euthanasie: moraaltheologische overwegingen. In: P. Muntendam (red.). *Euthanasie. Stafleu, Leiden*, 1977.
- Beemer, Th. C. J. en M. de Wachter. Recente kerkelijke uitspraken over stervenshulp en euthanasie in de Rooms-Katholieke kerk. In: F. J. A. Huygen e.a. (red.). *Menswaardig sterven. Ambo, Bithoven*, 1974.
- Beuge, F. van. Juridische problemen rond een zelfdoding. (1981) *Med. Contact* 36, 407-411.
- Diekstra, R. F. W. Over suïcide. *Samsom, Alphen ald Rijn-Brussel*, 1981.
- Discussienota. Werkgroep Euthanasie van de KNMG. (1973) *Med. Contact* 30, 7-16.
- Douma, J. Euthanasie. *De Vuurbaak, Groningen*, 1973.
- Heering, H. J. Aan de grenzen van het menselijk bestaan. (1973) *Wending* 28, 136-149.
- Leenen, H. J. J. Euthanasie in het gezondheidsrecht. In: P. Muntendam. *Euthanasie. Stafleu, Leiden*, 1977.
- Meningen over en ervaringen met euthanasie. Verslag van een mondeling onderzoek, bij 1030 ondervraagden thuis, in de periode 9 tot en met 21 november 1979, in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie te Amsterdam verricht door Lagendijk Opinieonderzoek, Apeldoorn. 1980.
- Pattison, E. M. The living-dying process. In: C. A. Garfield. *Psychological care of the dying patient. McGraw-Hill, New York etc.*, 1978.
- Scheffer, S. en J. Westendorp. Ethische en juridische problemen rond een zelfdoding. (1981) *Med. Contact* 36, 69-72.
- Schroten, E. Een kwestie van leven of dood. (1981) *Metamedica* 60, 324-336.
- Speijer, N. en R. F. W. Diekstra. Hulp bij zelfdoding. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1980.
- Spreeuwenberg, C. Huisarts en stervenshulp. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1981.

Een vragenlijst voor het meten van ziektebeleving

H. J. P. M. DIJKHUIS, R. E. HULSHOF EN J. THEUNISSEN*

De omvang en betekenis van een gezondheidsstoornis wordt in eerste instantie alleen door de betrokkene zelf ervaren. Zijn ziektebeleving bepaalt zijn behoefte om hulp in te roepen en is medebepalend voor het tijdstip waarop de hulpverlening beëindigd kan worden. In sommige gevallen is het zinvol als werkers in de gezondheidszorg in staat zijn de ziektebeleving van een patiënt te meten en via een aantal metingen te volgen in de tijd. Hierdoor kan het inzicht in de gevolgen van bepaalde ziekten en behandelingsmethoden verdiept worden.

Inleiding

Pogingen om het ziek-zijn te meten zijn niet nieuw. Bekende voorbeelden zijn de vragenlijsten voor het meten van de dagelijkse levensactiviteiten, de bewegingsvrijheid, de invaliditeit en de algemene toestand van ontslagen ziekenhuispatiënten (*Katz et al.; Zeman; Solokow et al.; Rosser and Watts*). Ook zijn vragenlijsten opgesteld waarbij de patiënt zelf een oordeel geeft over zijn gezondheid, op basis van een aantal specifieke symptomen (*Brodman et al.; Dirken; Mechanic and Newton; Aakster; Koos; Grogono and Woodgate*). De World Health Organization houdt zich al jarenlang bezig met het opstellen van criteria om gezondheid te meten (*Measurement*).

Deze vragenlijsten dienen óf om relatief onveranderlijke en medisch-technische gegevens te verzamelen, óf om gegevens over specifieke symptomen te verkrijgen. Bovendien worden criteria voor de mate van ziek-zijn doorgaans door de arts of een andere hulpverlener bepaald en niet door de patiënt zelf. Daarom hebben wij een nieuwe, door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst ontworpen, in de hoop een geschikter instrument te verkrijgen om de ziektebeleving in kaart te brengen. Het doel hiervan is de arts, ter aanvulling van zijn meer objec-

tieve gegevens, de gelegenheid te bieden gegevens te verzamelen over de wijze waarop de patiënt een verstoring van zijn welbevinden ervaart.

Om de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de vragenlijst te bepalen is het volgende onderzoek verricht:

– het discriminerend vermogen is onderzocht via een afname bij groepen patiënten van wie de auteurs op logische en empirische gronden aannemen dat zij in ziektebeleving verschillen (visitepatiënten versus spreekuurpatiënten en spreekuurpatiënten onder twee condities);

– de meetconsistentie is onderzocht via een afname bij groepen patiënten van wie de auteurs op logische en statistische gronden aannemen dat zij in ziektebeleving overeenkomen (twee onafhankelijke groepen spreekuurpatiënten);

– de interne consistentie van de lijst is onderzocht via een item-analyse.

In deze publikatie wordt derhalve alleen gerapporteerd over de psychometrische en praktische kenmerken van de vragenlijst en wordt niet ingegaan op verschillen tussen de groepen patiënten onderling, of de wijze waarop die tot stand zijn gekomen.

• *Steekproefkenmerken.* Het (longitudinale) vooronderzoek heeft plaatsgevonden in januari 1979 in twee huisartspraktijken te Den Haag, in totaal werden honderd spreekuurpatiënten (zesendertig mannen en vierenzestig vrouwen) tweemaal ondervraagd. Het

* De auteurs waren ten tijde van het onderzoek verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden. Zij zeggen de 123 huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het Leidse Instituut voor Huisartsgeneeskunde, hartelijk dank voor hun medewerking.

(transversale) jubileumonderzoek – gehouden ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde – vond plaats in mei 1979 in 123 huisartspraktijken in Zuid-Holland. Het totale aantal patiënten, dat toen is ondervraagd, bedraagt 728, 617 spreekuur- en 111 visitepatiënten (278 mannen en 450 vrouwen).

• *Procedure.* Bij het vooronderzoek hebben medische studenten de vragenlijsten door de patiënten laten invullen. Dit gebeurde direct na het spreekuur en zes weken later bij de patiënten thuis. Bij het jubileumonderzoek zijn de vragenlijsten vergezeld van een nauwkeurige instructie naar de huisartsen gestuurd. Deze lijsten moesten tijdens het spreekuur of de visites door de patiënten worden ingevuld. Indien een patiënt zelf geen antwoord kon geven, werd aan de moeder c.q. verzorger gevraagd dit namens hem te doen.

• *De inhoud van de vragenlijst.* Bij de constructie van de vragenlijst zijn de auteurs ervan uitgegaan, dat ziek-zijn in twee dimensies kan worden beleefd: in tijd en in ernst (intensiteit). Vervolgens is gezocht naar relevante en specifieke items in elk van deze dimensies. Hiertoe is in de afgelopen jaren uitgebreid onderzoek verricht. Elk voorgesteld item is door Dr. A. J. van Meurs in zijn praktijk op relevantie gecontroleerd. De uit twee delen bestaande vragenlijst (*bijlage*) bevat in het eerste deel een item over een ziekte duur variërend van minder dan 1 uur tot meer dan 12 uur. Het tweede deel bevat zes items over bezorgdheid, hinder, hulpbehoefte, aanpassing van de levenswijze, belasting door medische maatregelen en gevolgen voor familie en vrienden. Beide delen zijn gemeten op ordinaal schaalniveau. Standaardisering is bereikt door per item drie of vier antwoordmogelijkheden te bieden.

• *Score-berekening.* Optelling van de itemscores levert een score per deel. Bij het ziekte duurdeel zijn ten hoogste 4 en ten minste 0 punten te behalen. Bij het ziekte-ernstdeel zijn per item ten hoogste 4 en ten minste 0 punten te behalen en is de somscore derhalve maximaal 24 punten.

Het produkt van beide deelscores levert de totaalscore, die kan variëren van 0 tot 96 punten. Een lage score (0-48 punten) impliceert een geringe mate van ziektebeleving, een hoge score (49 - 96 punten) een hoge mate.

Resultaten

In *tabel 1* worden beide steekproefpopulaties onderscheiden naar spreekuur- en visitepatiënten, en naar leeftijdsklasse en geslacht. Ter vergelijking zijn tevens de landelijke percentages opgenomen. Toepassing van de X^2 -toets voor twee onafhankelijke steekproeven op de absolute cijfers levert geen significante verschillen op. De in *tabel 1* gegeven percentages kunnen dus als representatief beschouwd worden.

• *Validiteit en betrouwbaarheid.* Om het discriminerend vermogen van de vragenlijst te onderzoeken is, zowel bij het vooronderzoek als bij het jubileumonderzoek getoetst op verschillen tussen groepen c.q. condities (Student T-toets). De gemiddelde ziektebeleving van de honderd patiënten uit het vooronderzoek is zes weken na het eerste spreekuurbezoek significant lager dan tijdens dit eerste bezoek (respectievelijk 8,91 en 16,49; $p < 0,001$). De vragenlijst discrimineert dus tussen de twee verschillende afnamecondities bij dezelfde groep spreekuurpatiënten.

De gemiddelde ziektebeleving van de honderd spreekuurpatiënten uit het vooronderzoek verschilt niet significant van de gemiddelde ziektebeleving (16,74) van de 617 spreekuurpatiënten uit het jubileumonderzoek. Bij deze twee overeenkomstige groepen is dus met de vragenlijst betrouwbaar hetzelfde resultaat verkregen.

De verschillen tussen de spreekuur- en de visitepatiënten van het jubileumon-

derzoek (*tabel 2*) zijn statistisch significant. De vragenlijst discrimineert dus tussen deze twee groepen. De visitepatiënten scoren significant ($p < 0,001$) hoger dan de spreekuurpatiënten, hetgeen eveneens geldt voor de gemiddelde ernst en de gemiddelde duur van de ziekte afzonderlijk ($p < 0,01$).

Een nadere beschouwing van het cijfermateriaal wijst uit dat van de groep spreekuurpatiënten de overgrote meerderheid (94 procent) een lagere score heeft (minder dan de helft van de maximum ziektebelevingscore), terwijl een derde (35 procent) van de groep visitepatiënten een hoge score heeft (meer dan de helft van de maximumscore). Voor het ziekte-ernstdeel van de vragenlijst geldt ongeveer dezelfde frequentieverdeling (respectievelijk 94 procent en 37 procent).

Het ziekte duurdeel geeft een ander beeld te zien. De overgrote meerderheid (88 procent) van de visitepatiënten rapporteert een ziekte duur van meer dan 12 uren en slechts 10 procent een ziekte duur van minder dan 1 uur. Bij de spreekuurpatiënten zijn die percentages respectievelijk 35 procent en 57 procent. De ernstfactor discrimineert dus voornamelijk bij de groep visitepatiënten en de tijdsfactor bij de groep spreekuurpatiënten.

Om vast te stellen in hoeverre het ziekte-ernstdeel van de vragenlijst homogeen is met (hetzelfde meet als) de gehele lijst is de produktiemoment correlatiecoëfficiënt berekend; deze is 0,998 en statistisch significant ($p <$

Tabel 1. Spreekuurbezoek/visites, leeftijdsklassen en geslacht in vooronderzoek en jubileumonderzoek en overeenkomstige landelijke gegevens. Percentages.

	Vooronderzoek	Jubileumonderzoek	Landelijk*
Spreekuurbezoek	100	85	81
Visites	–	15	15
<i>Mannen</i>			
0-20 jaar	8	8	11
21-65 jaar	27	23	23
≥ 65 jaar	1	7	6
<i>Vrouwen</i>			
0-20 jaar	11	7	11
21-65 jaar	38	42	36
≥ 65 jaar	15	12	9

* Gegevens ontleend aan het Instituut voor Medische Statistiek. De cijfers zijn exclusief de 4 procent overige en niet vermelde patiënten.

Tabel 2. Gemiddelde ziektebeleving bij het jubileumonderzoek.

	Ziektebeleving	Ziekte-ernst	Ziekte duur
Spreekuurpatiënten (n=617)	16,74	4,87	2,82
Visitepatiënten (n=111)	41,78	10,76	3,69

Tabel 3. Item-totaalcorrectie volgens Pearson.

Nummer en omschrijving	Spreekuurpatiënten (n = 617)		Visitepatiënten (n = 111)	
1 Bezorgdheid	0,73		0,57	
2 Hinder	0,75		0,77	
3 Hulpbehoevendheid	0,47		0,68	
4 Aanpassing van de levenswijze	0,73		0,72	
5 Belasting t.g.v. medische maatregelen	0,44		0,37	
6 Gevolgen voor de omgeving	0,64		0,77	

Tabel 4. Item-correlaties (ETA) bij 617 spreekuurpatiënten en 111 visitepatiënten.

Item-nummer	2		3		4		5		6	
	Spr.	Vis.	Spr.	Vis.	Spr.	Vis.	Spr.	Vis.	Spr.	Vis.
	1	0,46	0,49	0,24	0,28	0,41	0,33	0,23	0,07	0,42
2			0,34	0,45	0,48	0,55	0,25	0,19	0,30	0,47
3					0,37	0,37	0,20	0,21	0,27	0,49
4							0,22	0,22	0,38	0,49
6									0,18	0,19

Tabel 5. De scoringspercentages van 617 spreekuurpatiënten en 111 visitepatiënten op de ziekte-ernstitems.

Itemnummer en omschrijving	Ziektebeleving			
	Spreekuurpatiënten		Visitepatiënten	
	laag	hoog	laag	hoog
1 Bezorgdheid	58	11	33	21
2 Hinder	42	15	12	36
3 Hulpbehoevendheid	90	-	30	13
4 Aanpassing van de levenswijze	64	13	30	34
5 Belasting t.g.v. medische maatregelen	77	3	52	13
6 Gevolgen voor omgeving	81	1	55	19

0,001). De ziektebeleving is derhalve betrouwbaar te voorspellen uit de ziekte-ernst.

Aangezien het ziekte-ernstdeel uit een aantal items bestaat, is het mogelijk om hiervoor de interne consistentie (alfabetrouwbaarheid) en de meet-onnauwkeurigheid (standaardmeetfout) te berekenen. Bij visitepatiënten heeft alfa een waarde van 0,74 en bedraagt de standaardmeetfout 2,9. Bij spreekuurpatiënten is alfa 0,62 en de standaardmeetfout 2,5.

Om het discriminerend vermogen van de ziekte-ernstitems te bepalen en na te gaan in hoeverre zij homogeen zijn, zijn de correlaties tussen itemscores en totale ernstscores en de correlaties tussen de items onderling berekend. Uit het consistente beeld in tabel 3 van hoog posi-

tieve en statistisch significante ($p < 0,001$) correlaties blijkt ten eerste dat de totale ziekte-ernstscores op betrouwbare wijze voorspelbaar is uit de score op de afzonderlijke items. Ten tweede blijkt uit de berekende itemvarianties dat alle items bijdragen aan de ernstfactor. Bij spreekuurpatiënten zijn substantiële bijdragen geleverd door bezorgdheid (0,54), hinder (0,56) en aanpassing (0,53). Met uitzondering van een geringe bijdrage door bezorgdheid (0,33) is bij visitepatiënten eenzelfde beeld te zien: hinder (0,59) en aanpassing (0,52). De bijdragen van hulpbehoevendheid en gevolgen voor de omgeving zijn bij visitepatiënten aanmerkelijk groter (respectievelijk 0,46 en 0,60) dan bij spreekuurpatiënten (respectievelijk 0,22 en 0,40). Medische belasting levert

zowel bij visitepatiënten (0,14) als bij spreekuurpatiënten (0,20) de kleinste bijdrage.

Ten derde blijkt uit de gemiddelde item-totaalcorrelatie zowel bij spreekuurpatiënten ($r_{it} = 0,63$), als bij visitepatiënten ($r_{it} = 0,71$), dat de items als groep homogeen zijn.

Deze homogeniteit uit zich eveneens in de gemiddelde correlatie tussen de items die bij spreekuurpatiënten 0,32 en bij visitepatiënten 0,34 bedraagt, en in het patroon van die correlaties (tabel 4). Uit de matige samenhang tussen de items blijkt dat zij alle een redelijke discriminerende bijdrage leveren.

De relevantie van de items uit zich onder andere in de scoringspercentages van tabel 5. Zoals verwacht worden ernstige hulpbehoevendheid en gevolgen voor de omgeving door respectievelijk 13 procent en 19 procent van de visitepatiënten vermeld, maar door bijna niemand op het spreekuur.

Beschouwing

Zowel de gehele vragenlijst als de onderdelen ervan discrimineren tussen groepen huisartspatiënten van wie de auteurs op logische en empirische gronden aannemen dat die wezenlijk in ziektebeleving verschillen. De auteurs hebben zich tot deze discriminerende validiteit beperkt omdat ten tijde van het onderzoek soortgelijke (en gevalideerde) lijsten niet beschikbaar waren om daaraan de ontwikkelde vragenlijst te valideren.

De onderdelen van de vragenlijst zijn valide in zoverre dat zij een gemeenschappelijke kern hebben, namelijk de ziektebeleving die moet worden gemeten. In dit opzicht registreert de lijst overeenkomsten waar die te verwachten zijn. Alle onderdelen leveren immers een homogene en redelijk discriminerende bijdrage. Het bovenstaande is een aanwijzing voor de begripsvaliditeit van de lijst, zodat die een geschikte operationalisatie lijkt van het begrip ziektebeleving en met name van het ernst-aspect. De overeenkomstige resultaten op verschillende tijdstippen van afname bij onafhankelijke groepen huisartspatiënten zijn een volgende aanwijzing voor de validiteit van de vragenlijst.

De betrouwbaarheid van de vragenlijst is voldoende voor de vergelijking van groepsgemiddelden bij wetenschappelijk onderzoek en voor het geven van feedback aan de individuele patiënt. Voor het nemen van belangrijke beslissingen betreffende de patiënt kan het

gewenst zijn de betrouwbaarheid te verhogen. De betrouwbaarheid is bij spreekuurpatiënten wat lager dan bij de visitepatiënten, hetgeen te verklaren is door de geringere ziektebeleving en spreiding in die eerste groep.

De bruikbaarheid van de lijst blijkt uit de eenvoudige en weinig tijdrovende afname.

De volledige voorspelbaarheid van de ziektebelevingscore uit de ziekte-ernstscore impliceert, dat men de wegingsfactor ziekteduur zonder wezenlijk verlies aan informatie uit de vragenlijst kan weglaten. Dit vereenvoudigt afname, scoring en verwerking. Een verdere vereenvoudiging kan worden bereikt door bij alle items drie antwoordcategorieën en de mogelijkheid tot automatische verwerking te bieden. Wanneer men de tijdsfactor in de vragenlijst wil handhaven, is het aan te bevelen de ziekteduur waarover de patiënt kan rapporteren, te verlengen (bijvoorbeeld de langste periode enkele dagen of weken in plaats van meer dan 12 uren).

Ofschoon de vragenlijst in psychometrisch en praktisch opzicht voor enige verbetering vatbaar is, menen de auteurs met dit onderzoek een aanvaardbare basis voor verdere validering te hebben gelegd.

Bijlage: de vragenlijst

Vraag 1	Score
Hebt u in de afgelopen 24 uur klachten over uw gezondheid* gehad?	ja/nee = 0
Zo ja, hoe lang duurden deze klachten: aankruisen s.v.p.	
a. alles bij elkaar minder dan 1 uur	0 = 1
b. ongeveer 1 tot 3 uren	0 = 2
c. ongeveer 3 tot 12 uren	0 = 3
d. meer dan 12 uur of blijvend	0 = 4

Opmerking 1

Als u bovenstaande vraag met „ja” beantwoord hebt, wilt u dan nog de volgende „nadere” gegevens verschaffen?

Opmerking 2

Bij kleine kinderen of gestoorden moet dit formulier door de verzorger (verzorgster) worden ingevuld alsof deze zelf de patiënt was.

Wilt u bij de volgende punten kiezen uit

* Klachten: alles wat volgens de patiënt bij gezonde mensen niet voorkomt.

** Afwijkingen: alles wat volgens de patiënt bij gezonde mensen niet voorkomt.

*** Medische maatregelen zijn alle onderzoeken, behandelingen, ingrepen, recepten, diëten en maatregelen die door een dokter zijn voorgeschreven of in gang gezet (dus ook laboratoriumonderzoek, wijkverpleging, fysiotherapie etc.).

een van de mogelijkheden; per vraag 1 vakje aankruisen s.v.p.

1. *Zorg* over de klachten of afwijking(en)**
 - a. ik ben er in de afgelopen 24 uur ernstig bezorgd over geweest; 0 = 4
 - b. ik heb er in de afgelopen 24 uur wel, maar geen ernstige zorgen over gehad; 0 = 2
 - c. ik heb er in de afgelopen 24 uur geen of nauwelijks zorgen over gehad. 0 = 0

2. *Hinder* ten gevolge van de klachten of afwijking(en) (bijvoorbeeld pijn, bewegingsbeperking, gebrek aan prestatievermogen)
 - a. ik heb er in de afgelopen 24 uur ernstige hinder of bezwaren van ondervonden; 0 = 4
 - b. ik heb er in de afgelopen 24 uur duidelijk, doch dragelijke hinder van gehad; 0 = 2
 - c. ik heb er in de afgelopen 24 uur nauwelijks hinder van gehad. 0 = 0

3. *Hulpbehoefte* ten gevolge van de klachten of afwijking(en)
 - a. ik ben in de afgelopen 24 uur geheel op verzorging van anderen aangewezen geweest; 0 = 4
 - b. ik ben in de afgelopen 24 uur veel op verzorging van anderen aangewezen geweest; 0 = 2
 - c. ik heb in de afgelopen 24 uur enige hulp van anderen nodig gehad; 0 = 1
 - d. ik heb mij in de afgelopen 24 uur geheel zelf kunnen redden. 0 = 0

4. *Aanpassing* van levenswijze als gevolg van de klachten of afwijking(en)
 - a. ik heb afspraken (of werk) moeten afzeggen; 0 = 4
 - b. ik heb minder plannen en/of afspraken gemaakt; 0 = 2
 - c. ik heb mijn werkwijze enigszins aangepast; 0 = 1
 - d. ik heb in de afgelopen 24 uur alles gewoon kunnen doen. 0 = 0

5. *Belasting door medische maatregelen* ten gevolge van de klachten of afwijking(en)
 - a. neen; in de afgelopen 24 uur zijn er geen medische maatregelen*** getroffen; 0 = 0
 - b. ja; er werden wel medische maatregelen getroffen, maar ik vond deze in de afgelopen 24 uur nauwelijks tijdrovend, hinderlijk, beperkend of belastend; 0 = 2
 - c. ja; er werden wel medische maatregelen getroffen en ik vond deze maatregelen duidelijk tijdrovend, hinderlijk, beperkend of belastend. 0 = 4

6. *Gevolgen voor de omgeving* van mijn klachten of afwijking(en)
 - a. ik heb gemerkt dat mijn

- huisgenoten of intieme vrienden belangrijke zaken hebben uitgesteld of nagelaten als gevolg van mijn klachten of afwijkingen; 0 = 4
- b. mijn klachten of afwijkingen zijn volgens mij ook storend geweest voor mijn huisgenoten of intieme vrienden; 0 = 2
- c. volgens mij zijn mijn huisgenoten of intieme vrienden weinig door mijn klachten of afwijkingen gehinderd. 0 = 0

Samenvatting. In dit artikel wordt gerapporteerd over een onderzoek naar de psychometrische en praktische kenmerken van een vragenlijst voor het meten van ziektebeleving. Voor het vooronderzoek werden in twee huisartspraktijken in totaal honderd spreekuurpatiënten tweemaal ondervraagd; het tijdsverloop tussen beide keren bedroeg zes weken. Daarna werden in 123 praktijken in totaal 617 spreekuur- en 111 visitepatiënten eenmaal ondervraagd.

De vragenlijst blijkt een redelijk valide, betrouwbare en bruikbare maatlat, waarmee de arts kan vaststellen in welke mate en welke opzichten een patiënt een verstoring in zijn welbevinden ervaart.

Summary. A questionnaire to measure illness perception.

This paper reports on a study of the psychometric and practical characteristics of a questionnaire used to measure illness perception. In a preliminary study, a total of one-hundred surgery patients in two general practices were questioned twice, at an interval of six weeks. Next, 617 surgery patients and 111 house call patients were questioned once in 123 practices.

The questionnaire proved to be a fairly valid, reliable and effective yardstick which the practitioner can use to establish to which degree and in which respects the patient perceives a disturbance of his well-being.

Aakster, C. W. Verslag van een medisch-sociologisch onderzoek naar de verbanden tussen sociale factoren en gezondheidsstoornissen. (1974) *Ned. T. Geneesk.* **118**, 199-203.

Brodman, K., A. J. Erdmann and H. G. Wolff. Cornell medical index health questionnaire manual. *Cornell University Medical College, New York*, 1949.

Diagnose analyse uit de praktijk van huisartsen in Nederland 1975 en 1976. *Instituut voor Medische Statistiek, Den Haag*.

Dirken, J. M. Arbeid en stress. *Wolters, Groningen*, 1967.

Vervolg literatuur op pag. 289.