

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25198>

Please be advised that this information was generated on 2021-10-17 and may be subject to change.

Method. RNUH-LEO is a computerized database which contains the anonymized patient information of one general practice (with two practitioners) and four primary health care centres. The fourteen participating general practitioners were asked what International Classification of Primary Care (ICPC) code they used to indicate a patient with chronic fatigue or with CFS. With these codes and with the code for depression patients were selected from the database. It then was determined whether these patients met the criteria of CFS by Holmes et al.

Results. The general practitioners used 10 codes. Including the code for depression a total of 601 patients were preselected from a total of 23,000 patients in the database. Based on the information from the patients' records in the database, 42 of the preselected patients were selected who might fulfil the Holmes' criteria of CFS. According to the patients' own general practitioner, 25 of the 42 patients would fulfil the Holmes' criteria. The men:women ratio was 1:5. The prevalence of CFS in the population surveyed was estimated to be at least 1.1 per 1,000 patients.

LITERATUUR

- ¹ Hannay DR. Symptom prevalence in the community. *J R Coll Gen Pract* 1978;28:492-9.
- ² Lamberts H. In het huis van de huisarts: verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ³ Jerrett WA. Lethargy in general practice. *Practitioner* 1981;225:731-7.
- ⁴ Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, Meier NJ, Powell JB. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA* 1988;260:929-34.
- ⁵ Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, Ware NC, Lee J, Thoyer E, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993;153:2759-65.
- ⁶ David A, Pelosi A, McDonald E, Stephens D, Ledger D, Rathbone R, et al. Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general practice attenders. *BMJ* 1990;301:1199-202.

- ⁷ Manu P, Lane TJ, Matthews DA. The frequency of the chronic fatigue syndrome in patients with symptoms of persistent fatigue. *Ann Intern Med* 1988;109:554-6.
- ⁸ Swanink CMA, Galama JMD, Vercoulen JHMM, Bleijenberg G, Fennis JFM, Meer JWM van der. Het chronische-moeheidsyndroom. I. Somatologische hypothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:2005-9.
- ⁹ Ho-Yen DO, McNamara I. General practitioners' experience of the chronic fatigue syndrome. *Br J Gen Pract* 1991;41:324-6.
- ¹⁰ Denz-Penhey H, Murdoch JC. General practitioners acceptance of the validity of chronic fatigue syndrome as a diagnosis. *N Z Med J* 1993;106:122-4.
- ¹¹ Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Kamaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988;108:387-9.
- ¹² Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- ¹³ Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Galama JMD, Fennis JFM, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Het chronische-moeheidsyndroom. II. Psychosociale hypothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:2010-4.
- ¹⁴ Metsemakers JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices [proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
- ¹⁵ Hartog M den, Hermans JHG, Gier JJ de, Jong A de. Gebruikershandleiding Medicom: versie 94-2. Oosterhout: PharmaPartners, 1994.
- ¹⁶ Lamberts H, Wood M, editors. International classification of primary care. New York: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁷ Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:92-7.
- ¹⁸ Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. *Huisarts Wet* 1995;38:412-21.
- ¹⁹ Valdini AF, Steinhardt S, Valicenti J, Jaffe A. A one-year follow-up of fatigued patients. *J Fam Pract* 1988;26:33-8.

Aanvaard op 23 april 1996

'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst': een praktisch hulpmiddel bij het scoren van vermoeidheid

M. ALBERTS, E.M.A. SMETS, J.H.M.M. VERCOULEN, B. GARSSSEN EN G. BLEIJENBERG

Vermoeidheid is een universeel en alledaags verschijnsel. Epidemiologische onderzoeken geven een hoge prevalentie aan van vermoeidheid in de normale populatie en in de eerstelijnsgezondheidszorg.¹ In de huisartspraktijk staan vermoeidheidsklachten op de derde plaats van de lijst met de meest gerapporteerde problemen.² In ernstige vorm kan vermoeidheid vóórkomen

SAMENVATTING

De 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst' (VVV) is een kort, betrouwbaar en eenvoudig te gebruiken instrument ter bepaling van de intensiteit van de lichamelijke vermoeidheid van de patiënt. Hij bestaat uit 4 vragen waarbij de patiënt een kruisje moet zetten op een 7-puntsschaal ('ik voel me moe', 'ik ben gauw moe', 'ik voel me fit' en 'lichamelijk voel ik me uitgeput'). Daarna kan de arts een totaalscore berekenen en die vergelijken met de score in normgroepen (genormeerd wat betreft belasting). Het invullen is eenvoudig en gaat snel. De VVV is een welkome aanvulling in de dagelijkse medische praktijk en in klinisch wetenschappelijk onderzoek bij de beoordeling van vermoeidheidsklachten.

Academisch Ziekenhuis, afd. Medische Psychologie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Drs.M.Alberts, gezondheidswetenschapper; drs.J.H.M.M.Vercoulen, psycholoog; dr.G.Bleijenberg, klinisch psycholoog.

Academisch Medisch Centrum, afd. Medische Psychologie, Amsterdam.

Mw.drs.E.M.A.Smets, psycholoog.

Helen Dowling Instituut, Rotterdam.

Dr.B.Garssen, psychofysioloog.

Correspondentieadres: drs.M.Alberts.

als symptoom van somatische aandoeningen (kanker, multiple sclerose of hartziekte), van psychologisch dis-

functioneren (depressie) en van stressreacties, of als hoofdklacht zonder duidelijke oorzaak (chronische-vermoeidheidsyndroom). Ook als bijwerking van medicatie of therapie kan vermoeidheid ontstaan. Artsen moeten dus regelmatig de ernst van deze subjectieve klacht inschatten. Het belang van een adequate beoordeling van vermoeidheidsklachten mag blijken uit de voorspellende waarde van vermoeidheid voor het ontstaan van andere klachten of ziekteconsequenties, zoals een toegenomen gebruik van medische voorzieningen,³ of werkverzuim.

Zelfs voor een ervaren arts is het moeilijk te beoordelen hoe vermoeid een patiënt is vergeleken met andere patiënten; immers, een in de dagelijkse medische praktijk hanteerbaar criterium is niet voorhanden. Voor wetenschappelijke doeleinden zijn twee Nederlandstalige vermoeidheidsvragenlijsten beschikbaar. De 'Checklist individuele spankracht' (CIS)⁴ en de 'Multidimensionele vermoeidheidsindex' (MVI)⁵ zijn nuttige instrumenten gebleken die hebben geleid tot meer inzicht in de aard van vermoeidheid en de processen die daaraan ten grondslag liggen. Voor de dagelijkse medische praktijk zijn beide vragenlijsten door hun lengte en ingewikkelde scoring van meerdere subschalen onbruikbaar. Er is derhalve behoefte aan een kort en eenvoudig instrument dat de intensiteit van de door de patiënt ervaren lichamelijke vermoeidheid adequaat weergeeft.

Daarom hebben wij, uitgaande van de genoemde twee vermoeidheidsvragenlijsten, de 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst' (VVV) ontwikkeld. Op basis van bestaande gegevens bij 1772 respondenten in 6 verschillende onderzoeksgroepen hebben wij met behulp van statistische technieken een set van 4 items geselecteerd die aan de volgende voorwaarden voldoet: (a) hij heeft een uitstekende betrouwbaarheid (Cronbach- α : 0,88); (b) hij kan onderscheid maken tussen patiëntengroepen en gezonde controlepersonen. Gekozen is voor een vormgeving die zowel in klinisch wetenschappelijk onderzoek als in de dagelijkse medische praktijk gemakkelijk gehanteerd kan worden.

In dit artikel beschrijven wij de VVV en gaan wij in op de items, de instructie, de afname en de scoring. Tevens worden normgegevens gepresenteerd van zowel patiëntengroepen als gezonde controlepersonen en worden de toepassingsmogelijkheden en de beperkingen van de VVV besproken.

VERKORTE VERMOEIDHEIDSVRAGENLIJST

Items en instructie. De VVV bestaat uit 4 vragen waarmee de enkelvoudige dimensie 'lichamelijke vermoeidheid' wordt gemeten; de lijst helpt om de intensiteit van deze vermoeidheid vast te stellen (figuur). De klachten zijn geen bijverschijnselen of gevolgen van vermoeidheid, maar ze vormen zelf de kern van de door de patiënt ervaren vermoeidheid. Het duidelijkst wordt deze dimensie vertegenwoordigd door de items 'ik voel me moe' en 'lichamelijk voel ik me uitgeput'. Het positief geformuleerde item 'ik voel me fit', dat hetzelfde aspect vanuit het gezichtspunt van gezondheid benadert, sluit nauw hierbij aan. Inhoudelijk gezien voegt het item 'ik

ben gauw moe' iets extra's toe doordat het ingaat op de hoeveelheid belasting die iemand denkt aan te kunnen in verband met zijn of haar vermoeidheid.

In de instructie wordt gevraagd naar de vermoeidheid over de afgelopen twee weken. Informatie over een tweeweekse periode is betekenisvoller dan die over een kortere of langere periode. Vragen naar vermoeidheid over een langere periode zou de betrouwbaarheid van de antwoorden en daarmee van de vragenlijst kunnen aantasten, omdat de gebeurtenissen in een langere periode voor patiënten moeilijker zijn te reproduceren. Vragen naar vermoeidheid over een kortere periode (bijvoorbeeld de laatste dagen of uren) is alleen zinvol als men een momentane toestand wil beoordelen, hetgeen in de dagelijkse medische praktijk meestal niet, maar in klinisch wetenschappelijk onderzoek soms wel nuttig is.

Afname en scoring. Bij de ontwikkeling van dit instrument werd speciale aandacht besteed aan de hanteerbaarheid voor zowel de arts als de patiënt. De VVV bestaat uit twee vellen. Op het voorste vel (zie figuur a), de eigenlijke vragenlijst, beantwoordt de patiënt de 4 items over vermoeidheid gedurende de laatste twee weken. De antwoorden drukken door op het onderliggende scoringsformulier (zie figuur b), waar de arts de score per item – variërend van 1 tot en met 7 – kan aflezen. Om een hogere score te laten corresponderen met sterkere vermoeidheid zijn de items 1, 2 en 4 gespiegeld: 'nee, dat klopt niet' heeft de score 1 en 'ja, dat klopt' de score 7. Door de score van de 4 items op te tellen berekent men de VVV-totaalscore. Deze kan variëren van minimaal 4 tot maximaal 28. Naast de totaalscore kunnen andere gegevens worden ingevuld, zoals de hoofdklacht en de diagnose die gesteld is bij de patiënt. De gehele afname neemt hooguit enkele minuten in beslag.

NORMGEGEVENS

De normgegevens zijn op het scoringsformulier vermeld (zie figuur b). Bij de samenstelling van de normen zijn gegevens van zowel gezonde controlepersonen als patiëntengroepen gehanteerd. Ook is binnen bepaalde groepen onderscheid gemaakt naar de mate van belasting (normaal versus zwaar) waaraan de normpersonen onderhevig waren: gezonde volwassenen ($n = 51$); studenten onder normale omstandigheden of direct na de zomervakantie ($n = 614$) en studenten na een wekenlang intensief onderwijsprogramma ($n = 157$); militairen in de kazerne ($n = 163$) en militairen halverwege de tweede week van een zware veldoefening ($n = 163$); kankerpatiënten onder behandeling bij de afdeling Radiotherapie ($n = 209$); patiënten met functionele buikklachten ($n = 83$); patiënten met multiple sclerose ($n = 48$); en patiënten die voldeden aan de criteria voor chronische-vermoeidheidsyndroom ($n = 445$). Een uitgebreidere beschrijving van deze steekproeven en de wijze van gegevensverzameling is eerder gepubliceerd.^{4,8}

Per normgroep zijn in de figuur de gemiddelde leeftijd en de normscores weergegeven. Gekozen is voor een 5-puntsnormeringsschaal met de volgende klassen: laag

Verkorte VermoeidheidsVragenlijst (VVV)

Naam :
Geslacht : m/v
Geboortedatum :
Invul-datum :

Op deze pagina staan 4 uitspraken waarmee u kunt aangeven hoe u zich de laatste twee weken heeft gevoeld.

U kunt elke vraag beantwoorden door in één van de zeven hokjes een kruisje te zetten. De plaats van het kruisje geeft aan in welke mate u vindt dat de uitspraak op u van toepassing is.

Bijvoorbeeld, wanneer u vindt dat de uitspraak helemaal klopt, zet dan een kruisje in het linker hokje, dus zo:

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

Wanneer u vindt dat het antwoord niet 'ja, dat klopt', maar ook niet 'nee, dat klopt niet' is, zet dan een kruisje in het hokje dat het meest overeenkomt met uw gevoel. Bijvoorbeeld zo:

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

Beantwoord alle vier de uitspraken en plaats *telkens één kruisje bij iedere uitspraak*.

1. Ik voel me moe

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

2. Ik ben gauw moe

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

3. Ik voel me fit

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

4. Lichamelijk voel ik me uitgeput

ja, dat klopt nee, dat klopt niet

a

De 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst': (a) instructie en items.

– beneden gemiddeld – gemiddeld – boven gemiddeld – hoog. Deze klassen zijn gebaseerd op de volgende percentielscores: laag (P_0 - P_{10}); beneden gemiddeld (P_{10} - P_{33}); gemiddeld (P_{33} - P_{66}); boven gemiddeld (P_{66} - P_{90}); hoog (P_{90} - P_{100}). Dit betekent dat de normscore voor de klasse 'laag' gebaseerd is op de 10% laagst scorende personen uit de betreffende groep en de normscore voor de klasse 'hoog' op de 10% hoogst scorende. Op vergelijkbare wijze is de klasse 'gemiddeld' gebaseerd op eenderde van de personen die scoren tussen het 33e en het 66e percentiel.

De VVV-scores werden onderzocht op samenhang met biografische gegevens. In geen van de groepen was er een significante samenhang met de leeftijd. Vrouwen scoorden significant hoger dan mannen in de groepen 'normaal belaste studenten' (respectieve scores 13,0 en 11,8; $p = 0,035$), 'zwaarbelaste studenten' (15,9 en 12,8; $p = 0,004$), en 'patiënten met functionele buikklachten' (20,3 en 14,6; $p = 0,001$). In de overige groepen werden geen sekseverschillen gevonden. Het was dus voorbarig om in de normgegevens onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen.

Scoringsformulier VVV

Naam :
 Geslacht : m/v
 Geboortedatum :
 Invul-datum :

Hoofdklacht patiënt :
 sinds :(maand)(jaar)

Diagnose :

Groepen	gemid. leeftijd	laag	beneden gem.	gem.	boven gem.	hoog
<i>gezonden:</i>						
gezonde volwassenen	37	4	4	5-8	9-14	≥15
studenten normaal belast	22	4	5-7	8-14	15-21	≥22
studenten zwaar belast	21	≤5	6-9	10-17	18-23	≥24
militairen in kazerne	21	4	5-6	7-14	15-22	≥23
militairen op oefening	21	≤5	6-11	12-18	19-24	≥25
<i>patiënten:</i>						
kanker	61	4	5-12	13-21	22-27	28
functionele buikklachten	41	≤6	7-12	13-21	22-27	28
multiple sclerose	36	≤12	13-19	20-26	27	28
chron. vermoeidheidssyndroom	38	≤22	23-25	26-27	28	28

1. Ik voel me moe
- ja, dat klopt

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

 nee, dat klopt niet
2. Ik ben gauw moe
- ja, dat klopt

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

 nee, dat klopt niet
3. Ik voel me fit
- ja, dat klopt

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 nee, dat klopt niet
4. Lichamelijk voel ik me uitgeput
- ja, dat klopt

7	6	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---

 nee, dat klopt niet

Totaal score VVV :

b

De 'Verkorte vermoeidheidsvragenlijst': (b) scoringsformulier.

Toelichting bij het gebruik van de normgegevens. Benadrukt dient te worden dat op basis van VVV-scores alleen geen diagnoses kunnen worden gesteld. De score van een patiënt op de VVV kan vergeleken worden met die van diverse normgroepen. Bijvoorbeeld, wanneer blijkt dat de patiënt onlangs een studie heeft afgemaakt of een verbouwing aan zijn huis heeft voltooid, is dit een reden om als normgroep gezonden onder zware omstandigheden te kiezen in plaats van een van de patiëntengroepen. Zo kan het gebeuren dat een score bij de ene patiënt als 'hoog' gekwalificeerd wordt, terwijl de-

zelfde score bij een andere patiënt als 'gemiddeld' uit de bus komt.

BESCHOUWING: MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN
 De VVV blijkt in de dagelijkse medische praktijk goed hanteerbaar. De ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan door diverse artsen in een huisartspraktijk en op de polikliniek Inwendige Geneeskunde in ons ziekenhuis leren dat patiënten over het algemeen weinig moeite hebben met het zelfstandig en correct invullen van de VVV. Artsen kunnen op eenvoudige wijze een betrouwbare

vermoeidheidsscore berekenen. Hierbij is de beschikbaarheid van normgegevens een belangrijk voordeel van de VVV; die gegevens bieden een ruim referentiekader waarbinnen de klacht kan worden gezien. De mogelijkheid tot herhaalde metingen biedt de arts de gelegenheid veranderingen in moeheid te registreren. Te denken valt aan de beoordeling van effecten van medicatie of aan het volgen van het ziektebeloop. De VVV kan bijvoorbeeld gebruikt worden als een hulpmiddel bij het stellen van de diagnose 'chronische-vermoeidheidsyndroom'.⁹

De VVV biedt een aantal voordelen in vergelijking met een ander veel gehanteerd meetinstrument, een visuele analoge schaal (VAS). Dit is een lijn van 100 mm met aan weerszijden uiterste aanduidingen ('niet moe' en 'zeer moe'), waarop de patiënt een kruisje dient te zetten. Een probleem is dat er voor een VAS-schaal geen gestandaardiseerde instructie bestaat om vermoeidheid te meten. Het is bekend dat patiënten doorgaans veel uitleg nodig hebben bij het invullen van dit type schalen.^{10 11} Voorts is door het ontbreken van normen bij VAS-waarden een vergelijking met andere personen niet goed mogelijk. Veranderingen in vermoeidheid worden bij het gebruik van de VAS uitgedrukt in mm, terwijl een patiënt op de VVV bij een bepaalde normgroep een verbetering kan vertonen bij overgang van een vermoeidheidsscore 'hoog' naar 'gemiddeld'. Dit laatste is voor de arts een veel inzichtelijker gegeven dat beter aansluit bij de beoordeling van de vermoeidheid van de individuele patiënt. De genoemde bezwaren tegen de VAS gelden in nog sterkere mate voor vermoeidheidsvragen die de arts zelf bedenkt.

Een toepassing in het kader van klinisch wetenschappelijk onderzoek is het gebruik van de VVV als uitkomstmaat in klinische trials bij patiëntengroepen waarin vermoeidheid een belangrijke rol speelt. Omdat vermoeidheid directe gevolgen voor de kwaliteit van leven heeft, kan de VVV ook gebruikt worden in onderzoeken waarin de kwaliteit van leven centraal staat. Ter bepaling van momentane vermoeidheid, bijvoorbeeld ten gevolge van kortdurende ziekte of van inspanning, kan men de instructie van de VVV aanpassen door bijvoorbeeld te vragen hoe de patiënt zich de laatste dagen heeft gevoeld in plaats van de laatste twee weken. Wie de gevolgen van vermoeidheid voor het activiteiten-niveau of de concentratie wenst te bepalen, wordt geadviseerd de oorspronkelijke subschalen van de vermoeidheidsvragenlijst te gebruiken. Deze aspecten zijn niet opgenomen in de VVV. De onderzoeksgroepen waarop de verkorting werd gebaseerd, waren over het algemeen relatief jong. Normen voor oudere patiëntengroepen en oudere gezonde controlepersonen ontbreken nog. Aanvullende gegevens op dit punt zijn gewenst.

Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Prinses Beatrixfonds en de Stichting Nationaal Reumafonds.

ABSTRACT

'Shortened fatigue questionnaire': a practical aid in scoring fatigue. - The 'Shortened fatigue questionnaire' (SFQ) is a short,

reliable and easily used instrument to determine the intensity of the patient's bodily fatigue. It consists of four questions which the patient answers by checking an item at a 7-point scale ('I feel tired', 'I tire easily', 'I feel fit' and 'I feel physically exhausted'). The physician can then calculate a total score and compare it with the score in standard groups (standardized by load-bearing). The questionnaire can be completed simply and quickly. It constitutes a valuable addition in daily medical practice and in clinical scientific studies for the assessment of fatigue complaints.

LITERATUUR

- ¹ Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:92-7.
- ² Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ³ Valdini AF, Steinhardt S, Valicenti J, Jaffe A. A one-year follow-up of fatigued patients. *J Fam Pract* 1988;26:33-8.
- ⁴ Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Fennis JFM, Galama JMD, Meer JWM van der, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1994;38:383-92.
- ⁵ Smets EMA, Garssen B, Bonke B, Vercoulen JHMM, Haes JCJM de. Het vaststellen van vermoeidheid: de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI). *Gedrag & Gezondheid* 1995;23:79-85.
- ⁶ Smets EMA, Garssen B, Bonke B, Haes JCJM de. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995;39:315-25.
- ⁷ Smets EMA, Garssen B, Cull A, Haes JCJM de. Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. *Br J Cancer* 1996;73:241-5.
- ⁸ Vercoulen JHMM, Hommes OR, Swanink CMA, Jongen PJH, Fennis JFM, Galama JMD, et al. The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis. A multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects. *Arch Neurol* 1996;53:642-9.
- ⁹ Meer JWM van der, Rijken PM, Bleijenberg G, Thomas S, Hinkelooen RJ, Bensing JM. Aanwijzingen voor het beleid bij langdurige, lichamelijke onverklaarde moeheidsklachten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1516-9.
- ¹⁰ Brunier G, Graydon J. A comparison of two methods of measuring fatigue in patients on chronic haemodialysis: visual analogue vs Likert scale. *Int J Nurs Stud* 1996;33:338-48.
- ¹¹ Giorgi F, Cellerino R, Gramazio A, Tummarello D, Menichetti ET, Giordani P, et al. Assessing quality of life in patients with cancer: a comparison of a visual-analogue and a categorical model. *Am J Clin Oncol* 1996;19:394-9.

Aanvaard op 21 april 1997

Bladvulling

Doctores, dokters en doctorandi

Over 1895 vermeerderde het aantal artsen met 99, dat der medic. doctores, tevens artsen, met slechts 20; op elke zes nieuw gevestigde geneeskundigen wordt dus slechts één doctor gevonden. Voorwaar sprekende cijfers, die tot nadenken stemmen en dit te meer, omdat de schijnbaar zoo rationeele gevolgtrekking, dat de zeldzaamheid van den van ouds zoozeer geachten titel de waarde er van nog hoger zou doen stijgen, door niemand, die de kaart van ons land kent, zal onderschreven worden. Het publiek vraagt ter nauwernood of de nieuwe geneeskundige óók doctor is of slechts arts. En wij? Wij zouden bezwaarlijk onze collega's daarnaar willen rangschikken.

(Ned Tijdschr Geneesk 1897;41:525.)