

## 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/2066/25237>

Please be advised that this information was generated on 2019-05-25 and may be subject to change.

Michel Wensing  
Richard Grol  
Josephine Asberg  
Pauline van Montfort  
Chris van Weel  
Albert Felling

# Wat zegt de ervaren gezondheid van chronische patiënten over hun beoordeling van de huisartsenzorg?

## INLEIDING

Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in de factoren die het oordeel van patiënten over de zorg bepalen. Dit is nodig om bij het interpreteren van de uitkomsten van een patiëntenraadpleging rekening te kunnen houden met de samenstelling van de patiëntenpopulatie. Dit is met name relevant als een vergelijking wordt gemaakt tussen verschillende zorgaanbieders wat betreft de beoordeling door hun patiënten. Verder kan inzicht in determinanten helpen om interventies ter verbetering van de zorg te richten op aspecten van zorg die daadwerkelijk van belang zijn. Dit kunnen bijvoorbeeld bepaalde aspecten van de consultvoering of de organisatie van de zorg zijn.

De gezondheidstoestand is wellicht een determinant van het patiëntenoordeel, omdat is gebleken dat patiënten met een betere gezondheid doorgaans positiever over de zorg oordelen.<sup>1-21</sup> Er zijn verschillende verklaringen geopperd voor deze samenhang. Het is mogelijk dat tevreden patiënten het advies van de arts beter onthouden en opvolgen, met een betere gezondheid als gevolg. Deze hypothese werd echter niet ondersteund in een longitudinaal onderzoek, terwijl daarentegen wel een effect van de gezondheidstoestand op de oordelen over de zorg werd gevonden.<sup>1</sup> Het laatstgenoemde effect kan bestaan uit een negatieve kleuring van de attitude ten aanzien van de gezondheidszorg, of uit een minder goede communicatie en behandeling door artsen die resulteert in minder positieve oordelen over de zorg.<sup>22</sup>

Een systematische literatuursearch, die zowel Medline searches als handmatige searches in twintig tijdschriften in de periode 1980 tot 1994 omvatte, leverde eenentwintig studies op die rapporteerden over de relatie tussen ervaren gezondheid en oordelen over de zorg.<sup>1-21</sup> In veel studies werd gevraagd naar globale satisfactie met de zorg, hoewel de meeste auteurs patiëntensatisfactie als een multidimensioneel begrip beschouwen.<sup>23</sup> Het is mogelijk dat de relatie tussen gezondheid en oordelen over de zorg varieert

tussen verschillende aspecten van zorg. Verondersteld kan worden dat oordelen over organisatorische aspecten van zorg minder afhangen van de gezondheid dan oordelen over de medische of interpersoonlijke vaardigheden van de arts.

Uit dit literatuuroverzicht bleek verder dat de meeste studies zich richten op algemene en geestelijke gezondheid, terwijl andere aspecten van de gezondheid veel minder vaak werden onderzocht. Ook hier is een multidimensionele benadering wenselijk, omdat het effect van de ervaren gezondheid op de oordelen over de zorg kan uiteenlopen tussen verschillende aspecten van de gezondheid. Een beperking van veel studies was verder dat geen rekening werd gehouden met de samenstelling van de patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld wat betreft leeftijd en geslacht. Tenslotte bleken de meeste studies in ziekenhuizen te zijn uitgevoerd, zodat de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de eerstelijnszorg.

Wij voerden een studie uit, waaraan de volgende onderzoeksvraag ten grondslag lag: In hoeverre is de relatie tussen ervaren gezondheid en oordelen over de zorg multidimensioneel?

## METHODEN

### *Onderzoekspopulatie en data-verzameling*

Achtentwintig huisartsen uit verschillende gebieden in Nederland voerden een enquête uit onder chronische patiënten in hun praktijk. Deze patiënten hadden een of meerdere van de volgende aandoeningen: cara, diabetes mellitus, chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, cardiovasculaire ziektes, migraine. In totaal 1210 vragenlijsten werden door de huisartsen uitgedeeld aan bezoekers van het spreekuur of verzonden aan een selectie van patiënten uit de computerregistratie. De patiënten vulden de vragenlijsten thuis in en stuurden ze daarna naar de vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

### *Variabelen en meetinstrumenten*

De oordelen over de huisartsenzorg werden gemeten met de *C E P*, een gevalideerd meetinstrument.<sup>24</sup> Bij de meeste vragen werd een zespunts antwoordschaal gebruikt, die loopt van 'slecht' naar 'zeer goed'. Met behulp van factoranalyse werden negen dimensies onderscheiden, die intern consistent bleken. De drie vragen over 'competentie/zorgvuldigheid' betreffen de behoefte aan méér zorg, waarbij een driepunts antwoordschaal werd gebruikt: 'ja graag', 'maakt mij niet uit', 'nee liever niet'. Betrouwbaarheidsanalyse van deze (gedichotomiseerde) vragen wees uit dat deze vragen een intern consistente dimensie vormden.

De ervaren gezondheid werd gemeten met behulp van de *W O N C A / C O O P* kaarten voor 'lichamelijke fitheid', 'gemoedstoestand', 'dagelijkse bezigheden', 'sociale activiteiten', 'veranderingen in de gezondheidstoestand' en 'algemene gezondheid'.<sup>25,26</sup> Iedere kaart bevat één vraag met een vijfpunts antwoordschaal. De vragenlijst bevatte ook vragen over leeftijd, geslacht, opleiding, ziektekosten verzekering, chronische aandoeningen en aantal contacten met huisartsen en medisch specialisten in de voorgaande twee maanden.

### Analyse

De verschillen tussen patiënten met een goede gezondheid (hoogste drie categorieën bij de WONCA/COOP vraag) en patiënten met een slechtere gezondheid (laagste twee categorieën) werden onderzocht. Ten eerste werd voor deze twee patiëntengroepen berekend welk percentage van de patiënten de zorg op de verschillende dimensies 'goed' of 'zeer goed' vond (de hoogste twee antwoordcategorieën). De verschillen werden getoetst met een t-test. Vervolgens werd lineaire regressie analyse toegepast (methode: enter) om te bepalen welke aspecten van de ervaren gezondheid de oordelen over de zorg voorspelden. Voor deze analyse werden de originele antwoorden op de zes-puntschaal per dimensie gemiddeld per patiënt.

TABEL I.

Patiëntkenmerken (n=762; percentages tenzij anders aangegeven)	Geslacht	Sample
	vrouw	59.4
	<i>Leeftijd (jaar)</i>	
	0-19	0.8
	20-39	8.8
	40-64	38.2
	65-79	42.5
	80+	9.6
	<i>Burgerlijke staat</i>	
	getrouwd	63.8
	gescheiden	6.4
	weduwe/weduwnaar	19.5
	ongetrouwd	10.3
	<i>Hoogste opleiding</i>	
	basisonderwijs	28.7
	lagere beroepsopleiding	41.0
	middelbaar onderwijs	12.2
	hogere beroepsopleiding/universiteit	6.7
	anders	11.5
<i>Aantal contacten met huisarts in voorgaande 2 maanden</i>	gemiddeld (range)	2.4 keer (0-20)
<i>Ziektekostenverzekering</i>	ziekenfonds particulier	77.3 22.7
<i>Aantal contacten met medisch specialist in voorgaande 2 maanden</i>	gemiddeld (range)	1.6 keer (0-11)
<i>Zelf-gerapporteerde chronische aandoening (incl. comorbiditeit)</i>	astma, chronische bronchitis, cara ernstige hartkwaal of hartinfarct hoge bloeddruk (gevolgen van) een beroerte diabetes mellitus hardnekkige rugaandoening, hernia gewrichtsslijtage knie, heup of handen gewrichtsontsteking handen, voeten andere chronische reuma migraine andere chronische aandoening	19.3 11.5 43.6 3.9 14.7 16.5 33.2 11.3 5.4 6.8 37.0

TABEL 2.

Dimensions (aantal items tussen haakjes)	Percentages (*)			Cronbach's alpha	Oordelen van patiënten over de huisartsenzorg (n=762)
	Slecht/ twijfelachtig	Voldoende/ ruim voldoende	Goed/ zeer goed		
Medische zorg (6)	2.0	35.4	62.6	0.93	(#) Andere antwoordschaal
Informatie en advies (6)	2.0	36.0	62.0	0.93	
Steun (6)	8.3	39.1	52.6	0.96	
Relatie en communicatie (10)	2.6	34.4	62.9	0.94	
Continuïteit	2.3	33.9	63.9	0.84	
Samenwerking (4)	7.7	36.6	55.7	0.87	
Organisatie van afspraken (9)	1.0	34.3	64.7	0.89	
Beschikbaarheid bij spoed (3)	8.9	35.3	55.8	0.85	
Accomodatatie (3)	7.2	44.2	48.7	0.72	
Behoeftte aan meer zorg (#)(3)	-	-	-	0.85	

TABEL 3.

		Percentages	Ervaren gezondheidstoestand (n=762)
Lichamelijke fitheid (zwaarst mogelijke inspanning)	erg zwaar	30.4	
	zwaar	15.3	
	matig	18.3	
	licht	19.2	
	erg licht	16.9	
Gemoedstoestand (last van emotionele problemen)	geen enkele	36.1	
	een beetje	31.7	
	nogal wat	16.9	
	veel	9.5	
	heel erg veel	5.7	
Dagelijkse bezigheden (last met dagelijkse bezigheden)	geen enkele	30.1	
	een beetje	27.7	
	nogal wat	24.0	
	veel	13.9	
	er niet toe in staat	4.3	
Sociale activiteiten (belemmerd in sociale activiteiten)	helemaal niet	50.5	
	een klein beetje	26.1	
	nogal wat	13.5	
	veel	7.0	
	heel erg veel	2.9	
Veranderingen in de gezondheidstoestand	sterke verbetering	13.5	
	lichte verbetering	29.0	
	geen verbetering	45.0	
	lichte achteruitgang	10.2	
	sterke achteruitgang	2.3	
Algemene gezondheid	uitstekend	8.8	
	heel goed	7.5	
	goed	39.9	
	matig	39.4	
	slecht	4.4	

## RESULTATEN

De respons was 63 procent (762 van 1210). Tabel 1 geeft een overzicht van de patiëntenpopulatie. Bijna 60 procent van de patiënten was vrouw. De leeftijd varieerde, maar de meeste mensen waren ouder dan veertig jaar. Gemiddeld hadden de respondenten in de voorgaande twee maanden 2.4 keer contact gehad met een huisarts en 1.6 keer met een medisch specialist. De meeste patiënten (93 procent) rapporteerden een of meer chronische aandoeningen. Het vaakst gerapporteerd werden hypertensie en chronische aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Tabel 2 geeft de ervaren gezondheid weer. Van alle patiënten zei 56 procent een 'goede', 'heel goede' of 'uitstekende' algemene gezondheid te hebben. De overige patiënten vonden hun gezondheid 'matig' of 'slecht'.

De oordelen van patiënten over de zorg waren overwegend positief (tabel 3). Bij alle dimensies vond 49 tot 63 procent van de patiënten de zorg minstens 'goed'. De patiënten waren het meest kritisch over 'beschikbaarheid bij spoed', 'accomodatie', 'steun' en 'samenwerking' (met andere hulpverleners). Tabel 4 geeft een samenvatting van de resultaten van de regressieanalyses. Behalve de 'lichamelijke fitheid' voorspelden de verschillende aspecten van een slechtere gezondheid veelal minder positieve oordelen over 'medische zorg', 'informatie', 'steun' en 'relatie en communicatie'. Na controle voor patiëntkenmerken (inclusief de aspecten van ervaren gezondheid) bleek dat alleen een slechtere algemene gezondheid minder positieve oordelen over de zorg voorspelden. De oordelen waren verder minder positief bij jonge patiënten, mensen met veel chronische ziekten (alleen oordeel over 'medische zorg') en mensen met een lagere opleiding (alleen oordeel over 'informatie').

Verschillende aspecten van de ervaren gezondheid (behalve 'lichamelijke fitheid') voorspelden de oordelen van patiënten over de 'continuïteit' en 'samenwerking'. Na controle voor patiëntkenmerken bleven twee effecten over. Ten eerste bleek dat een slechtere algemene gezondheid minder positieve oordelen over 'continuïteit' voorspelde. Ten tweede bleek dat een slechtere gemoedstoestand minder positieve oordelen over 'samenwerking' voorspelde. Jongere patiënten hadden minder positieve oordelen over deze aspecten van zorg.

De ervaren gezondheid voorspelde in veel minder mate de oordelen over de 'organisatie van afspraken', 'beschikbaarheid bij spoed' en 'accomodatie'. Na controle voor patiëntkenmerken bleef slechts één effect bestaan: een slechtere algemene gezondheid voorspelde minder positieve oordelen over de 'organisatie van afspraken'. Ook bleek weer dat jonge mensen minder positief oordelen over de zorg. Verder bleek dat mensen met een ziektefondsverzekering minder positieve oordelen over deze aspecten van zorg hadden dan mensen met een particuliere verzekering.

Tenslotte bleek dat een minder goede gezondheid een grotere 'behoefte aan meer zorg' voorspelde (behalve 'fysieke fitheid'). Na controle voor patiëntkenmerken bleek dat alleen het effect van 'gemoedstoestand' nog significant te zijn. Jonge patiënten, hogere opgeleide patiënten en patiënten met minder chronische aandoeningen hadden een sterkere 'behoefte aan meer zorg'.

TABEL 4. Oordelen van patiënten over de huisartsenzorg voorspeld door ervaren gezondheidstoestand (n=762; bèta-coëfficiënten)

Oordelen > Gezondheids-toestand	medische zorg	infor-matie	steun	relatie en com-municatie	conti-nuiteit	samen-werking	organi-satie van afspraken	beschik-baarheid voor spoed	accomo-datie	behoefte aan meer zorg
lichamelijke fitheid	.04 .07	.02 .08	.02 .07	.01 .01	.01 .02	.03 .01	.05 .09	.06 .08	.04 -.02	.04 .03
gemoeds-toestand	-.09* .01	-.12‡ -.03	-.18† -.10	-.12‡ -.07	-.11‡ -.07	-.18† -.23†	-.09* -.06	-.14‡ -.05	-.05 -.04	-.22† -.19†
dagelijkse bezigheden	-.11‡ .05	-.10‡ .05	-.14† .05	-.07* .12	-.08* .12	-.11‡ .04	-.05 .04	-.13‡ .06	-.01 .07	-.17† -.01
sociale activiteiten	-.10‡ -.03	-.13† -.06	-.14† -.05	-.09* -.05	-.11‡ -.05	-.07 .11	-.05 .03	-.09* -.04	-.04 -.01	-.14† .02
verander-ingen in gezondheids-toestand	-.11‡ -.08	-.10‡ -.05	-.11‡ -.08	-.07 -.05	-.08* -.06	-.07 -.03	-.01 .02	-.13‡ -.09	-.02 -.01	-.10‡ -.06
algemene gezondheid	-.20† -.17‡	-.20† -.15‡	-.21† -.16‡	-.16† -.17‡	-.15† -.16‡	-.13‡ -.08	-.09* -.16‡	-.18† -.13	-.07 -.08	-.16† -.04
andere predictoren	age: .21† nch: -.11*	age: .16† edu: .12‡	age: -.22†	age: .19†	age: .15‡	age: .14	age: .20† ins: -.11‡	age: .18‡	age: .18‡ ins: -.09*	age: .20† edu: .12‡ nch: -.11

*Legenda*

- eerste regel: beta-coëfficiënt in bivariate regressie-analyse

- tweede regel: beta-coëfficiënt in multiple regressie-analyse (=gecontroleerd voor patient-kenmerken en andere aspecten van ervaren gezondheid)

† p<.001; ‡ p<.01; \* p<.05

andere predictoren:

nch: aantal gerapporteerde chronische aandoeningen

edu: opleiding (1=laag, 5=hoog; de categorie 'anders' werd uitgesloten)

ins: verzekering (1=ziekenfonds, 2=particulier)

BESCHOUWING

Deze studie laat zien dat de relatie tussen de ervaren gezondheid en de oordelen over de zorg varieerde tussen diverse aspecten van zorg, maar nauwelijks tussen aspecten van gezondheid. Zoals werd verwacht voorspelde de ervaren gezondheid de oordelen over de verschillende aspecten van het klinisch handelen, de continuïteit en de samenwerking in de zorg. Eveneens volgens verwachting bleken de oordelen over 'beschikbaarheid bij spoed' en 'accomoda-

tie' nauwelijks door de gezondheidstoestand te worden voorspeld. Anders dan werd verwacht voorspelde de gezondheidstoestand ook het oordeel over de organisatie van afspraken.

Het bleek dat met name de algemene gezondheid gerelateerd was aan de oordelen over de zorg. Als dit een algemeen gevoel van misère is, dat de beoordeling van de zorg kleurt, is dit een gegeven waarmee bij de interpretatie van patiëntenoordelen over de zorg rekening moet worden gehouden. Het is ook mogelijk dat de slechtere algemene gezondheid het resultaat is van minder goede zorgverlening; in dat geval is verbetering van de zorg wenselijk. Het bleek verder dat patiënten met een slechter ervaren gemoedstoestand minder positief over de samenwerking in de zorg oordeelden en een sterkere behoefte hadden aan meer zorg. Hoewel geen nadere informatie over deze patiënten aanwezig is, zijn dit wellicht de mensen met een hoge medische consumptie, die moeilijk tevreden zijn te stellen: moeilijke patiënten voor artsen dus.

De effecten van de overige aspecten van de ervaren gezondheid op de beoordeling van de zorg werden in de regressie analyses weggenomen door de algemene gezondheid. Blijkbaar lag aan deze effecten aan algemene factoren grondslagen waren zij niet gebonden aan het specifieke karakter van deze aspecten. Hierop is één uitzondering: lichamelijke fitheid had geen effect op de beoordeling van de zorg. Het belang van de ervaren gezondheid voor het oordeel over de zorg moet overigens niet worden overdreven: slechts een gering percentage van de variatie kon worden verklaard. Desalniettemin is duidelijk dat een betere gezondheid bijdraagt aan een positiever oordeel over de zorg.

#### SAMENVATTING

Inzicht in determinanten van oordelen van patiënten over de zorg is nodig voor een goede interpretatie van deze oordelen. In deze studie onderzochten wij of de ervaren gezondheid voorspellende waarde heeft voor de oordelen van chronische patiënten over de huisartsenzorg (n=762 patiënten van 28 huisartsen). Gezondheid werd gemeten met de W O N C A / C O O P kaarten en oordelen van patiënten met de C E P, een gevalideerde vragenlijst. Het bleek vooral dat een slechte algemene gezondheid en een slechte gemoedstoestand minder positieve oordelen over een aantal aspecten van de zorg voorspelde.

#### SUMMARY

Insight into the determinants of patients' evaluations of care is needed for a good interpretation. In this study we explored whether health status predicts patients' judgements of the quality of general practice care (n=762 chronically ill patients from 28 general practitioners). Health status was measured by W O N C A / C O O P charts, and patients' judgements by C E P, a previously validated questionnaire. Particularly a poor overall health and poor mental well-being predicted less positive judgements of several aspects of care.



## Referenties

1. Hall JA, Milburn MA, Epstein AM. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Med Care* 1993;21:84-94.
2. Boles M, Wan TTH. Longitudinal analysis of patient satisfaction among Medicare beneficiaries in different models of health maintenance organizations and fee-for-service care. *Hlth Serv Man Res* 1992;5:198-206.
3. Cleary PD, Edgeman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Hlth Aff* 1991;254-267.
4. Greenley JR, Young TB, Schoenherr RA. Psychological distress and patient satisfaction. *Med Care* 1982;4:373-385.
5. Gould SJ. Consumer attitudes toward health and health care: a differential perspective. *Journal of Consumer Affairs* 1988;22:96-118.
6. Hall JA, Feldstein M, Fretwel MD, Rowe JW, Epstein AM. Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care* 1990;3:261-269.
7. Heath BH, Hultberg RA, Ramey JM, Ries CS. Consumer satisfaction: some new twists to a not so old evaluation. *Comm Ment Hlth J* 1984;123-134.
8. Hopton JL, et al. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Fam Practice* 1993;10:82-87.
9. Hsieh M, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Hlth Soc Work* 1991;16:281-290.
10. Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner: the patients' view. *J Roy Coll Gen Pract* 1984;34:71-75.
11. Kelley MA, Alexander CS, Morris, NM. Maternal satisfaction with primary care for children with selected chronic conditions. *J Comm Hlth* 1991;16:213-224.
12. Koning CJM, Dekker FW, Maillé AR. 'Het woord aan de patiënt'. Een vooronderzoek naar behoeften van C A R A-patinten met betrekking tot medische zorg, voorlichting en wetenschappelijk onderzoek. *Wetenschapswinkel Leiden* 1993. ("A pilot study on the needs of C O P D patients concerning medical care, patient education and scientific research").
13. Linn LS, Greenfield SG. Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill. *Med Care* 1982;4:425-431.
14. Patrick DL, Scrivens E, Charlton JRH. Disability and patient satisfaction with medical care. *Med Care* 1983;11:1062-1075.
15. Snider EL. The elderly and their doctors. *Soc Sci Med* 1980;14A:527-531.
16. Stein MD, Fleishman J, Mor V, Dresser M. Factors associated with patient satisfaction among symptomatic H I V-infected persons. *Med Care* 1993;31:182-188.
17. Tessler R, Mechanic D. Consumer satisfaction with prepaid group practice: A comparative study. *J Hlth soc Behav* 1975;16:95-113.
18. Weiss L. Patient Satisfaction with Primary Medical Care. Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Med Care* 1988;26:383-392.
19. Wilson PMJ, Sullivan F, Hussein S, Smith GD. Examination of the effects of emotional disturbance and its detection on general practice patients' satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 1995;45:304-309.
20. Zastowny TR, Roghman KJ, Hengst A. Satisfaction with medical care: replications and theoretical reevaluation. *Med Care* 1983;21:294-322.
21. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Med Care* 1989;27:705-723.
22. Hall JA, Milburn MA, Roter DL, Daltroy LH. Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Hlth Psych* 1997 (in press).
23. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Prog Plann* 1983;6:185-205.
24. Wensing M. Patients evaluate general practice. A method for assessing and improving care. Thesis: University Nijmegen, 1997.
25. Nelson EC, Wasson J, Kirk J. Assessment of function in routine clinical practice. Description of the C O P chart method and preliminary findings. *J Chron Dis* 1987;40(suppl):55S-64S.

26 Van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten FWMM, Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. COOP/WONCA Charts. A manual. Groningen, The Netherlands: WONCA/ERGHONCH, 1995.

Dit artikel is een bewerking van: Wensing M, Grol R, Asberg J, Van Montfort P, Van Weel C, Felling A. Does the health status of chronically ill patients predict their judgements of the quality of general practice care. *Quality of Life Research* 1997;6: 293-299. Rapid Science Publishers.

MICHEL WENSING, *Gedragwetenschapper/onderzoeker, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.*

RICHARD GROL, *Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.*

JOSEPHINE ASBERG, *Student geneeskunde, Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.*

PAULINE VAN MONTFORT, *Gezondheidswetenschapper, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.*

CHRIS VAN WEEL, *Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.*

ALBERT FELLING, *Hoogleraar methoden van onderzoek, Vakgroep Methoden, Katholieke Universiteit Maastricht.*

*Correspondentie:* Dr. M. Wensing, w o k, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.