

huisarts en wetenschap

maandblad van het
nederlands huisartsen
genootschap



Te dik: wie verliest vet en wie niet?

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS EN MEJ. J. DE VRIES, DIËTISTE, BEIDEN TE ROTTERDAM
(OMMOORD)

Mensen, die te dik zijn of zichzelf te dik vinden, komen veel voor en de huisarts heeft met het probleem „overgewicht” vaak te maken. Een keur aan variaties in het vermageringsdieet aangepast aan het inzicht van een aantal uiteenlopende industrieën, staat ter beschikking. Vele artsen kiezen daaruit — om welke duidelijke of onduidelijke redenen dan ook — een „favoriet” vermageringsvoorschrift. Zij schrijven dat dieet, al dan niet vergezeld van een „eetlustremmer” aan de adipeuze patiënten voor met een min of meer uitvoerig individueel advies of een licht schuldgevoel. Hoe vaak valt hierna een groot stilzwijgen?

Met vreugde is in Ommoord in 1969 de komst van een diëtiste begroet. Zij ontvangt regelmatig de patiënten van onze groepspraktijk op een afspraakspreekuur, zij dient hen van advies en zij begeleidt hen verder. Het ligt voor de hand om na enige tijd na te gaan wat uit deze samenwerking is voortgekomen en te beoordelen of het mogelijk is de resultaten te verbeteren. (Omdat het merendeel van de door de huisartsen naar de diëtiste verwezen patiënten de wens koestert af te vallen, is onze aandacht op deze groep gericht.)

In de periode van 1 maart '69 tot 1 september '70 zijn door drie artsen van onze groep 156 patiënten naar de diëtiste verwezen met het verzoek hen te helpen gewicht te verliezen. Alvorens te beschrijven hoe het deze boetelingen verging, is het van belang de uitgangspunten en de benaderingswijze van de diëtiste nader aan te geven. Immers, vele factoren kunnen aan het tot stand komen van een te grote vetmassa bijdragen. De hierna volgen-

de gegevens zijn onzes inziens van praktisch belang:

- 1 Het gebruik van vet is sterk gestegen (*De Wijn*). Hierbij wordt gedacht aan lekkernijen als patates frites, croquetten, nassiballen, pinda's, chips en tal van borrelhapjes.
- 2 Wat de koolhydraten betreft valt een verschuiving waar te nemen van de „onzuivere” (brood, aardappelen) naar de „zuivere” koolhydraten (diverse versnaperingen en frisdranken).
- 3 De hoeveelheid inspanning en lichamelijke arbeid in ons dagelijks leven neemt af. Ook het werk van de huisvrouw wordt door een keur aan apparatuur en door de zegeningen van de moderne levensmiddelenindustrie aanzienlijk verlicht.
- 4 Veranderende maatschappijverhoudingen brengen met zich, dat zowel voor het werk (bijvoorbeeld vertegenwoordigers, managers) als voor de ontspanning regelmatig een beroep wordt gedaan op de kookkunst van anderen. De toenemende „sophistication” daarbij — zie de advertenties rond de kerstdagen — is bepaald niet gericht op het inperken van het gebruik van calorieën.

Hiertegenover staat dat in het, door de reclame, de mode, de film en door de „in-crowd” uitgedragen ideaalbeeld van de mens van nu, heel weinig plaats aanwezig is voor een opvallende vetlaag. Zeker bij een relatief jonge bevolking met een relatief hoog ontwikkelingsniveau zoals in Ommoord (*Lamberts*), ontstaat spoedig onvrede met

een vetlaag die nog niet zo lang geleden als „lekker mollig” kon worden gekarakteriseerd.

Met het bovenstaande voor ogen zoekt de diëtiste samen met de patiënt naar een individueel aangepast dieet. Dit heeft in beginsel een aantal belangrijke voordelen boven het verstrekken van een standaarddieet.

1 Een voedingsanamnese wordt afgenomen, waardoor een indruk wordt gevormd over de — vaak zeer uiteenlopende — voedingsgewoonten en over de werk- en leefomstandigheden.

2 Het dieet wordt samen met de patiënt opgesteld, de patiënt heeft inspraak en misschien stimuleert dit ook de motivering om het dieet werkelijk te houden.

3 Het dieet wordt aangepast aan de financiële mogelijkheden.

4 Kooktechnische adviezen kunnen worden gegeven.

5 De patiënten worden regelmatig gecontroleerd, waarbij het dieetvoorschrift kan worden aangepast. Wij vinden het regelmatige contact van belang omdat op deze wijze een relatie met de diëtiste tot stand kan komen, waarbinnen problemen die met het overgewicht samenhangen kunnen worden besproken.

Samenvatting. De beschrijving van de samenwerking tussen de diëtiste en de huisarts van de groepspraktijk Ommoord is in dit verslag toegepast op patiënten met overgewicht. Naar de diëtiste werden 156 patiënten met een te grote vetmassa verwezen, van wie zich 34 aan de verdere controle onttrokken.

Nadat de beginselen van de dieettherapie zijn uiteengezet, wordt de nadere analyse van de resultaten van de dieettherapie beschreven. Er blijken aan de hand van de ingevoerde informatie geen belangrijke verschillen aantoonbaar tussen de wel- en de niet-gecontroleerde groep. Bij de wel-gecontroleerde groep is met behulp van correlatieberekening, factoranalyse met score-berekening en multiële correlatie-berekening gezocht naar verklaringen voor het al dan niet afvallen van de verwezen en gecontroleerde patiënten. Het gemiddelde gewichtsverlies bedroeg 6,9% (9,7 pond) van het uitgangsgewicht. De ingevoerde interveniërende variabelen blijken slechts in geringe mate het percentage gewichtsverlies te verklaren. (Multiële correlatie-coëfficiënt $R=0,25$). Met name kon geen verband worden aangetoond tussen het percentage gewichtsverlies en de leeftijd, het beroepsniveau, het bestaan van lichamelijke afwijkingen, gezinsproblematiek of individuele problematiek, de duur van de begeleiding door de diëtiste, het uitgangsgewicht en de mate van overgewicht.

Het uitgangsgewicht blijkt positief gecorreleerd aan de leeftijd en — daarmee — aan het bestaan van lichamelijke afwijkingen. Het gemiddelde gewichtsverlies is naar onze mening onvoldoende. In het vervolg zal de diëtiste de veranderingen in de vetmassa volgen met behulp van de Harpenden huidplooidikte-meter.

Ten slotte wordt gewezen op de betekenis van een inductieve benadering in de huisartsgeneeskunde.

Ondanks de individualisering van het dieet kan een algemeen schema worden erkend bij het overgaan van het bestaande naar een meer verantwoord voedingspatroon. Als motto wordt daarbij gehanteerd: niet minder eten, maar anders eten. De kwantiteit blijft zoveel mogelijk dezelfde, maar de samenstelling wordt gewijzigd, vooral door beperking van vet, het vermijden van zuivere koolhydraten, door gebruik te maken van voedingsmiddelen met een grote verzadigingswaarde en door zeer kritisch te letten op de „tussendoortjes”. In *tabel 1** vindt men een aantal details die hierop betrekking hebben.

Hoe is het met de 156 wegens overgewicht verwezen patiënten gegaan? In *tabel 2* zijn over deze groep een aantal gegevens te vinden.

Van 122 patiënten is bekend hoe het met het gewicht is gegaan omdat zij zich regelmatig lieten controleren. 34 patiënten lieten zich echter na het opstellen van het dieet niet meer terugzien, zodat het niet mogelijk is laatstgenoemden verder in de bewerking te betrekken. Wel zijn van deze groep patiënten dezelfde achtergrondgegevens verzameld als van de eerstgenoemden opdat kon worden beoordeeld of zich aan de hand van deze gegevens duidelijke verschillen tussen de gecontroleerde en de niet-gecontroleerde groep voordoen.

De gehanteerde achtergrondinformatie spreekt goeddeels voor zich. *Lamberts en Op 't Root* beschreven reeds eerder de hier aangegeven probleemsoorten. Welke conclusies kan men uit de gegevens van *tabel 2* trekken?

1 Het aantal patiënten dat zich aan de controle onttrekt is teleurstellend groot. Aan de hand van de gehanteerde achtergrondgegevens doen zich geen duidelijke verschillen voor tussen de wel- en de niet-gecontroleerde groep. In de toekomst zal bij de verwijzing met meer nadruk moeten worden gewezen op de noodzaak van controle. De aard van de huisartsgeneeskunde brengt met zich dat men de „zondaars” vroeg of laat weer tegenkomt, zodat kan worden geïnformeerd naar de redenen van de onttrekking aan de controle door de diëtiste.

2 Overgewicht is in onze praktijk een echt vrouwenprobleem. Wanneer men van de 122 gecontroleerde patiënten de mannen ($n = 13$, gemiddeld 90,1 kg) buiten beschouwing laat, wegen de vrouwen ($n = 109$) gemiddeld 75,0 kg. Los van de vraag welke problemen zijn verbonden aan het vaststellen van een „ideaal” gewicht en aan het hanteren van tabellen (*De Moor en Hendrikx*) is het volkomen duidelijk dat er sprake is van aanzienlijk overgewicht (gemiddeld minstens 10 tot 15 kg).

3 De helft van de verwezen patiënten is pilgebruiker. Dit is gezien de gemiddelde leeftijd en het aantal vrouwen niet zo verbazingwekkend. Deze informatie is vooral van belang omdat onduidelijk is welke invloed de orale anticonceptie heeft op het morbiditeitspatroon in de huisarts-

* Zie pagina 378-379.

Tabel 2. Achtergrondgegevens van de 156 wegens overgewicht verwezen patiënten.

Diverse gegevens	Gecontroleerde groep n = 122 Procentages	Niet-gecontroleerde groep n = 34 Procentages
<i>Geslacht</i>		
mannen	11	9
Vrouwen	89	91
<i>Beroepsniveau</i>		
I Hoofdzakelijk handarbeid	12	3
II Lagere employés, kleine middenstand	30	47
III Middengroep, middenstand, onderwijzers, etcetera	40	35
IV Hoofdambtenaren, hoge employé's	11	15
V Vrije en academische beroepen	7	0
<i>Actuele gezinsstructuur</i>		
Gehuwd kinderloos	14	15
Gezin met jonge kinderen	42	50
Gezin met oudste kind vanaf 15 jaar	34	18
Overigen	10	17
<i>Pilgebruik</i>		
Wel	47	50
Niet	42	35
Onbekend of niet van toepassing	11	15
<i>Somatische afwijkingen</i>		
Geen	61	62
Cardiovasculair	13	12
Bewegingsapparaat	16	12
Diabetes	2	6
Respiratoir	2	6
Graviditeit, post partum	2	6
Overige	11	6
<i>Actuele gezinsproblematiek</i>		
Wel	46	38
Geen	30	38
Onbekend, onzeker	24	24
<i>Actuele individuele relatieproblematiek</i>		
Wel	27	32
Geen	43	38
Onbekend, onzeker	30	29
<i>Actuele individuele intrapsychische problemen</i>		
Wel	25	26
Geen	45	47
Onbekend, onzeker	30	26
<i>Actuele individuele ontplooiingsproblemen</i>		
Wel	20	20
Geen	49	56
Onbekend, onzeker	31	24
<i>Uitgangsgewicht (kg)</i>		
	77,5 ¹⁾	78,1 ²⁾
	¹⁾ (sd = 14,4)	²⁾ (sd = 13,9)

praktijk. De pilgebruikster is immers gedwongen haar huisarts regelmatig te bezoeken. Tijdens dat bezoek komt — mede afhankelijk van de opvattingen van de huisarts — op min of meer stereotiepe wijze een aantal vragen aan de orde.

Daarbij wordt onder meer ook op het gewicht gelet. Tevens is het niet uitgesloten dat de vrouw van het pilconsult gebruik maakt om klachten naar voren te brengen, die anders de drempelwaarde tot spreekuurbezoek niet zouden hebben overschreden. Met andere woorden, het gevaar van kansconcurrentie doemt levensgroot op wanneer men zich gaat verdiepen in onderdelen van het morbiditeitspatroon.

4 Bij ongeveer 40 procent van de verwezen patiënten bestaan een of meer manifeste lichamelijke afwijkingen. Het valt op dat het aantal afwijkingen in de niet-gecontroleerde groep niet kleiner is. Kennelijk wordt door het bestaan van een afwijking de drang om zich te laten controleren niet versterkt.

5 Het bestaan van actuele gezins- of individuele problematiek is in deze groep niet opvallend hoog. Dit kan wellicht mede worden verklaard door het betrekkelijk grote aantal patiënten, van wie de huisarts over onvoldoende informatie meende te beschikken om verantwoord tot een uitspraak over het al dan niet bestaan van psycho-sociale problematiek te komen. Het is in elk geval evident dat er zich wat deze informatiebron betreft geen duidelijke verschillen tussen de wel en de niet-gecontroleerde groep voordoen.

6 Het gemiddelde gewichtsverlies in ponden (9,7 pond) en als percentage van het uitgangsgewicht (6,9 procent) is weinig bevredigend. Uit de „mate van overgewicht” blijkt dat de helft van de patiënten ons imponeerde als lijdend aan „manifeste adipositas”.

Hiermede komt een gewetensvraag aan de orde. De impressionistische benadering van de mate van overgewicht is uiteraard erg grof (*Durnin en Rahaman*). Er stond ons echter aan het begin van de samenwerking met de diëtiste geen aantrekkelijker schatting van de vetmassa ter beschikking. *Lamberts* heeft zich omstandig verdiept in de mogelijk-

Ponden gewichtsverlies	9,7 ³⁾	—
	³⁾ (sd = 8,7)	
Percentage gewichtsverlies	6,9 ⁴⁾	—
	⁴⁾ (sd = 5,5)	
Kwartalen controle I	24	
II	39	
III	24	
IV	13	
<i>Mate van overgewicht</i>		
Geen of gering, verzoek patiënt	11	15
„Mollig”	48	35
Manifeste adipositas	41	50

heden om de relatieve vetmassa als een van de drie belangrijke onderdelen van de lichaamssamenstelling (vet-, spier- en skeletmassa) te schatten. Hij stelt dat de meest praktische en betrouwbare antropometrische benadering van de vetmassa het gebruik van een Harpenden-huidplooidiktemeter noodzakelijk maakt. Zowel de levertijd als de prijs van dit instrument bleek prohibitief te zijn voor toepassing ervan tijdens dit onderzoek. Inmiddels is echter — toen bleek dat de samenwerking met de diëtiste bevredigend verliep — een dergelijke meter in gebruik genomen.

Thans gaat het om de beantwoording van de aan het begin van dit artikel gestelde vraag: wie valt af en wie niet? Omdat zich onder de gecontroleerde groep ($n = 122$) slechts dertien mannen bevinden en omdat het geslachtsverschil in deze numerieke verhouding de interpretatie van de correlatiestructuur onnodig moeilijk kan maken, zijn de heren uit de vermageringsrace genomen. De invloed hiervan op de verdeling van de achtergrondvariabelen — met uitzondering van de gewichtsvariabelen en het pilgebruik — bleek niet van belang te zijn. Er resteerden dus 109 vrouwen bij wie als centrale variabele het percentage gewichtsverlies werd gekozen, terwijl tevens negen achtergrondvariabelen (interveniërende variabelen) in de analyse werden betrokken*.

* De bewerking vond plaats door Drs. M. Wigbout, afdeling bewerking waarnemingsuitkomsten T.N.O.

Om een inzicht te verkrijgen in de afhankelijkheidsstructuur van de gebruikte gegevens is een correlatiematrix, een orthogonale factoranalyse met scoreberekening en een multiële regressievergelijking vervaardigd. Voor een meer uitvoerige beschrijving betreffende de begrippen die bij deze statistische methoden aan de orde komen en de wijze waarop kan worden geprobeerd verschillende onafhankelijke dimensies binnen de totale informatie te onderscheiden kan worden verwezen naar *Lamberts*.

In *tabel 3* vindt men de correlatiematrix en aansluitend daarop de factoranalyse. Een correlatie geeft een maat voor de sterkte en de richting van de samenhang tussen twee variabelen. Met het kwadraat van de correlatie verkrijgt men een indruk over het percentage van de informatie dat door twee variabelen wordt gedeeld. Zo betekent een correlatie $r = +0,40$ dat 16 procent en $r = -0,50$ dat 25 procent van de informatie door het variabelenpaar wordt gedeeld. De hoeveelheid gedeelde informatie is in het algemeen veel interessanter dan de vraag of een correlatie al dan niet significant is. In ons geval ($n = 109$) is een correlatie op het 5 procent-niveau significant bij $r \geq / 0,19$ / en op het 1 procent-niveau bij $r \geq / 0,26$ /

De correlatiematrix in *tabel 3* leidt tot een aantal conclusies.

1 De — voor dit onderzoek — centrale variabele namelijk het percentage gewichtsverlies, vertoont praktisch geen relatie met de overige va-

Tabel 3. Correlatiematrix en factoranalyse.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Leeftijd	1									
2 Beroep	-0,23	1								
3 Pil	-0,41	+0,06	1							
4 Lichamelijke afwijkingen	+0,53	-0,22	-0,28	1						
5 Gezinsproblematiek	-0,06	-0,04	+0,11	+0,00	1					
6 Individuele problematiek	+0,01	+0,17	-0,04	-0,04	+0,59	1				
7 Kwartalen	-0,07	-0,12	-0,14	+0,00	+0,02	-0,04	1			
8 Mate overgewicht	+0,21	-0,14	-0,20	+0,12	+0,03	-0,03	+0,15	1		
9 Uitgangsgewicht	+0,34	-0,18	-0,12	+0,27	+0,06	-0,04	+0,11	+0,60	1	
10 Percentage gewichtsverlies	+0,00	-0,13	+0,02	+0,06	+0,06	-0,04	+0,06	+0,10	-0,05	1
			I	II	III	IV	V			
1 Leeftijd			+0,75	+0,02	-0,40	+0,08	-0,02			
2 Beroep			-0,43	+0,10	-0,22	-0,50	+0,20			
3 Pil			-0,54	+0,02	+0,42	+0,08	-0,47			
4 Lichamelijke afwijkingen			+0,65	+0,01	-0,41	+0,25	-0,21			
5 Gezinsproblematiek			-0,06	+0,88	+0,09	+0,17	-0,06			
6 Individuele problematiek			-0,11	+0,88	-0,20	-0,02	+0,10			
7 Kwartalen			+0,25	+0,01	+0,36	+0,09	+0,78			
8 Mate overgewicht			+0,62	+0,13	+0,51	-0,34	-0,06			
9 Uitgangsgewicht			+0,69	+0,15	+0,35	-0,38	-0,25			
10 Percentage gewichtsverlies			+0,09	+0,02	+0,36	+0,69	+0,02			
Cumulatieve variantie in procenten			24	40	52	63	73			

riabelen. Dit is met name opmerkelijk waar het het uitgangsgewicht, de mate van overgewicht en de duur van de controle betreft.

2 Het uitgangsgewicht vertoont een positieve samenhang met de leeftijd, het bestaan van lichamelijke afwijkingen en uiteraard met de mate van overgewicht. Deze bevinding demonstreert mooi dat meer informatie over de aard van de gevonden correlaties nodig is. Berust de samenhang tussen het uitgangsgewicht en het voorkomen van lichamelijke afwijkingen geheel op de correlatie van de leeftijd met beide variabelen of is er ook nog een leeftijds-onafhankelijke betrekking tussen uitgangsgewicht en het voorkomen van lichamelijke afwijkingen? Een nadere analyse is nodig.

3 Een hoger beroepsniveau gaat gepaard met een enigszins lagere leeftijd en dus met minder lichamelijke afwijkingen. De hoogte van de correlaties is dermate gering dat weinig praktische betekenis hieraan mag worden toegekend.

4 Het zal voor niemand als een verrassing komen dat het pilgebruik negatief met de leeftijd en met het bestaan van lichamelijke afwijkingen is gecorreleerd.

5 Opvallend is dat het bestaan van actuele (samengenomen) gezins- en individuele problematiek praktisch geen relatie vertoont met de overige variabelen. Dit wijst wat het pilgebruik betreft tevens erop dat onze vrees voor het optreden van kansconcurrentie ten aanzien van de samenhang met het bestaan van problematiek niet naar voren komt.

Het is duidelijk dat nu wel iets meer bekend is over de vraag wie wel en wie niet afvalt, maar dat nog onvoldoende gebruik is gemaakt van de beschikbare informatie. Daarom is een aantal technieken van de multivariate analyse toegepast.

Daartoe is eerst de multiële correlatie berekend waarbij het percentage gewichtsverlies is gecorreleerd met alle informatie van de overige variabelen tezamen, dat wil zeggen er is berekend hoeveel van de variantie van de centrale variabele kan worden verklaard door de overige negen variabelen samen. De multiële correlatie bedroeg $R = 0,25$. Met andere woorden: slechts 6 procent van de variantie van het percentage gewichtsverlies kan door de overige variabelen worden voorspeld.

Dit betekent weinig goeds over een verdere analyse: de koek die kan worden verdeeld, is immers maar heel klein. Dat het een „significant” stuk koek is, heeft maar een geringe betekenis. De factoranalyse kan ons misschien leren hoe het beperkte deel van de variantie van het percentage gewichtsverlies, dat door de overige variabelen wordt verklaard, kan worden geïnterpreteerd (zie tabel 3).

Factoranalyse is een techniek waarmee een groot aantal afhankelijke, gecorreleerde variabelen kan worden gereduceerd tot een kleiner aantal onafhankelijke (orthogonale) „ongecorreleerde” factoren. De afhankelijke variabelen zijn meetbare grootheden (gewicht, leeftijd, beroepsniveau); de

nieuwe onafhankelijke factoren zijn meer abstracte, informatiebeschrijvende componenten.

In tabel 3 zijn vijf factoren aanwezig (I tot en met V) — onafhankelijke informatiebronnen — waarmee 73 procent van alle informatie, gegeven met de oorspronkelijke tien variabelen, wordt beschreven. Van elk der variabelen wordt op elk der factoren de „lading” aangegeven als maat voor de betekenis welke elke factor heeft voor het „verklaren” van de informatie, gegeven met een bepaalde variabele. De solitaire variabele wordt binnen de afhankelijkheidsstructuur van alle variabelen tezamen in onafhankelijke stukken „gehakt”. (Lamberts heeft reeds eerder in dit tijdschrift aan de hand van een fictief cijfervoorbeeld laten zien hoe samengestelde variabelen, zoals het gewicht en de bekkenbreedte kunnen zijn opgebouwd uit een aantal van elkaar onafhankelijke stukken informatie.)

Een hoge lading (maximaal plus of min 1) wijst op een grote betekenis; een lage lading (minimaal 0) op een geringe betekenis. Een plus-teken wijst op een positieve, een min-teken op een negatieve, aan elkaar tegenovergestelde relatie. Aan de hand van de factorscores kan voor ieder der 109 proefpersonen de betekenis van elk der factoren worden beoordeeld. Een factorscore kan worden gezien als een individuele, abstracte maat (vergelijk gewicht, leeftijd, beroepsniveau) voor de betekenis welke een bepaalde factor (dimensie) heeft voor de positie van een proefpersoon binnen het multidimensionale model (hier zijn vijf dimensies aangegeven) dat aan de orde is.

Factor I heeft het karakter van een algemene of „grootte”-factor, waarin de leeftijd — en daarmee het bestaan van lichamelijke afwijkingen, het niet-gebruiken van de pil en het aanvangsgewicht — centraal staan. De in de hierna volgende factoren beschreven informatie is op deze wijze gedeels „leeftijd-vrij” gemaakt. Dat wil zeggen dat de daarin voorkomende relaties niet verklaard kunnen worden door de invloed van leeftijdsverschillen.

Factor II is een nogal „schone” informatiebron. Het bestaan van actuele gezins- en individuele problematiek komt hier sterk naar voren zonder dat de overige variabelen noemenswaardige ladingen op deze factor laten zien. Het al dan niet bestaan van problematiek blijkt in onze situatie een praktisch onafhankelijke informatie te zijn.

Factor III is allerm minst „schoon”; deze factor is moeilijk te interpreteren, omdat geen van de ladingen uitgesproken hoog is, terwijl deze factor toch voor verschillende variabelen tegelijk een duidelijke betekenis heeft (bijvoorbeeld ladingen als $-0,40$, $+0,42$, $-0,41$, $+0,51$).

Het is duidelijk dat onafhankelijk van de „leeftijd” (factor I) en het bestaan van problematiek (factor II) een positieve relatie tussen pilgebruik — en daarmee een relatief lage leeftijd en relatief weinig lichamelijke afwijkingen — en de mate van overgewicht naar voren komt. Gaat het hier om

Tabel 1. Voorbeeld van een veelvuldig gebruikt voedingspatroon voor een gehele dag.

	Hoeveelheid in grammen	Eiwit (g)	Vet (g)	Kool- hydraten (g)	Calorieën (aantal)
Ontbijt					
Melkbrood (2 sneetjes)	60	5,6	1,2	26,4	139
Margarine	10	—	8,3	—	75
Kaas (volvet)	20	4,4	5,4	0,2	67
Jam	15	—	—	9,2	37
Thee met suiker (2 kopjes)		—	—	14	56
Totaal		10	14,9	49,8	374
In de loop van de morgen					
Koffie met suiker (2 kopjes)		—	—	14	56
Koffiemelk	50	3,5	3,9	4,8	68
Koekje (één)		0,6	2,5	6	49
Appel	150	—	—	15	60
Totaal		4,1	6,4	39,8	233
Warme maaltijd					
Gebonden groentesoep (1 bord) ...	250	2,7	11,3	9,1	149
Doorregen varkenslappen	75	10,5	26,3	—	279
Margarine	25	—	20,7	—	186
Groenten (gestoofd met 10 g margarine)	200	4	8,7	2	102
Aardappelen (2 kleine aardappelen)	100	2	0,1	19	85
Vla	150	4,5	4,4	22,5	148
Totaal		23,7	71,5	52,6	949
In de loop van de middag					
Thee met suiker (2 kopjes)		—	—	14	56
Stuk chocolade		2,3	8	12,8	132
Frisdrank	175	—	—	21	84
Appel	150	—	—	15	60
Totaal		2,3	8	62,8	332
Tweede broodmaaltijd					
Melkbrood (3 sneetjes)	90	8,4	1,8	39,6	208
Margarine	15	—	12,5	—	113
Worst	15	2,1	5,3	3	68
Kaas (volvet)	20	4,4	5,4	0,2	67
Jam	15	—	—	9,2	37
Gewone melk	200	6,6	6,4	9,2	121
Thee met suiker (2 kopjes)		—	—	14	56
Totaal		21,5	31,4	75,2	670
In de loop van de avond					
Koffie met suiker (2 kopjes)		—	—	14	56
Koffiemelk	50	3,5	3,9	4,8	68
Koekjes (twee)		1,2	5	12	98
Frisdrank	175	—	—	21	84
Pinda's	30	8,1	14,7	3,9	180
Sinaasappels	150	—	—	15	60
Totaal		12,8	23,6	70,7	546
Eindtotaal		74,4	155,8	350,9	3104

Verandering in een verantwoord voedingspatroon

	Hoeveelheid in grammen	Eiwit (g)	Vet (g)	Kool- hydraten (g)	Calorieën (aantal)
Ontbijt					
Bruinbrood (2 sneetjes)	60	4,7	0,9	25,8	130
Halvarine	10	—	4	—	36
Kaas (20+)	20	6,2	2,4	0,2	47
Rookvlees	10	3,2	0,6	—	18
Thee zonder suiker (2 kopjes)		—	—	—	—
Totaal		14,1	7,9	26	231
In de loop van de morgen					
Koffie zonder suiker (2 kopjes)		—	—	—	—
Magere koffiemelk	50	3,5	0,8	4,6	40
Appel	150	—	—	15	60
Karnemelk	150	4,5	0,6	5,3	45
Totaal		8	1,4	24,9	145
Warme maaltijd					
Heldere groentesoep (1 bord)	250	1,5	2,8	2	39
Mager rundvlees	75	16,5	2,3	—	87
Margarine	10	—	8,3	—	75
Groenten (niet gestoofd) gedeeltelijk rauw	200	4	0,4	2	28
Aardappelen (2 kleine)	100	2	0,1	19	81
Taptemelk (yoghurt)	150	5,1	—	6	44
Totaal		29,1	13,9	29	354
In de loop van de middag					
Thee zonder suiker (2 kopjes)		—	—	—	—
Karnemelk	150	4,5	0,6	5,3	45
Appel	150	—	—	15	60
Totaal		4,5	0,6	20,3	105
Tweede broodmaaltijd					
Bruinbrood (3 sneetjes)	90	7,1	1,4	38,7	196
Halvarine	15	—	6	—	54
Rosbief	15	3,3	0,5	—	18
Kaas (20+)	20	6,2	2,4	0,2	47
Tomaat	100	1	0,2	3	18
Slankomel	200	7,4	0,4	10,4	75
Thee zonder suiker (2 kopjes)		—	—	—	—
Totaal		25	10,9	52,3	408
In de loop van de avond					
Koffie zonder suiker		—	—	—	—
Magere koffiemelk	50	3,5	0,8	4,6	40
Spawater/suikervrije frisdrank		—	—	—	—
Kaas (20+)	30	9,3	3,6	0,3	71
Totaal		12,8	4,4	4,9	111
Eindtotaal		93,5	39,1	157,4	1354

jonge pilgebruiksters met een duidelijke adipositas? Om deze vraag te beantwoorden is nagegaan welke vrouwen een uitgesproken hoge en welke vrouwen een zeer lage score op deze factor hadden. De vrouwen met een hoge score ($n = 14$) blijken bijna zonder uitzondering de pil te slikken en te imponeren als manifest adipeus. De achttien vrouwen met een lage score slikten slechts zelden de pil, slechts drie van hen behoorden tot de groep met adipositas. De polariteit in deze factor wordt dus bevestigd.

In factor IV treedt een negatieve relatie op tussen het percentage gewichtsverlies en het beroepsniveau. Ook hier wijzen de factorscores ons de weg. De vrouwen met een hoge score behoorden tot de lagere beroepsniveaus, zij verloren relatief een hoog percentage van het uitgangsgewicht. Deze factor wijst erop dat verscholen onder de vorige factoren toch iets meer over het al dan niet afvallen is te vinden.

In factor V treedt de duur van de controle op de voorgrond. Kennelijk is er sprake van een groep niet-pilsliksters die betrekkelijk lang worden gecontroleerd zonder dat dit voor de mate van gewichtsverlies iets uitmaakt.

Het is invoelbaar dat de geduldige lezer moeite heeft de betekenis van deze nogal ingewikkelde benadering van een dermate „simpel” probleem te ervaren. Bovenal, wat heeft een en ander eigenlijk te maken met huisartsgeneeskunde? Naar onze mening is de hier gepresenteerde handelwijze echter noodzakelijk en in overeenstemming met de actuele wetenschappelijke denktrant. De nadruk is gevallen op een explorerende inductieve benadering, op het zoeken naar nieuwe modellen om een ingewikkelde situatie te analyseren. Een deductieve benadering, vooral gericht op het toetsen van hypothesen en op het zoeken naar significantie, zonder zich in te laten met de vraag of het al dan niet verwerpen van de hypothesen betekenis in kwantitatieve zin — zo men wil in praktische zin — zou hebben, heeft naar onze mening op het terrein van de huisartsgeneeskunde slechts een zeer beperkte betekenis.

Deze opvatting heeft voor het team in Ommoord groot gewicht bij het opzetten en evalueren van nieuwe samenwerkingsvormen en van meer gericht onderzoek. De morbiditeitsanalyse waarmee wij gestart zijn en die reeds eerder in dit tijdschrift is beschreven (*Lamberts*) vormt daarvan een duidelijk voorbeeld, evenals dit verslag van de samenwerking met de diëtiste.

Daarnaast kunnen nog enkele overwegingen worden genoemd:

1 Iedereen in Ommoord was tevreden over de samenwerking tussen diëtiste en huisarts. De patiënten laten meermalen merken dat de ruime aandacht aan hen geschonken, op prijs wordt gesteld. De huisartsen waarderen de professionele inbreng

van de diëtiste; zij voelen zich verlost van hun schuldgevoel over een onvoldoende begeleiding bij de benadering van patiënten met overgewicht. De diëtiste is tevreden over de samenwerking met een groepspraktijk, over de mogelijkheden tot overleg en over de aangename werksituatie.

2 Totdat de uitkomsten van de bewerking bekend werden, hield iedereen opgewekt vast aan zijn „uit de praktijk voortgekomen” onwrikbare opvattingen zoals: oudere mensen vallen moeilijker af; intelligente mensen en mensen met een lichamelijke afwijking zijn beter gemotiveerd, zij vallen betrekkelijk gemakkelijk af; mensen met actuele problematiek hebben meer moeite het dieet te volgen. Tenslotte was de opvatting uitgekristalliseerd dat de resultaten van de begeleiding door de diëtiste dermate manifest waren, dat de betekenis van de samenwerking daarmee evident was.

3 Kritische beschouwing van de uitkomsten laat zien dat af en toe onmiskenbaar een fors gewichtsverlies optreedt, maar dat over de gehele linie — inclusief het grote aantal niet-gecontroleerden — geen enkele reden tot juichen bestaat.

4 Praktisch hanteerbare relaties tussen de mate van gewichtsverlies en de interveniërende variabelen zijn niet naar voren gekomen. Alle vooropgezette ideeën die mede aan het kiezen van de variabelen ten grondslag lagen, moeten worden verlaten. De partiële correlatie-structuur zoals die uit de factoranalyse naar voren komt, geeft wel aanleiding tot nieuwe bespiegelingen, die later — deductief! — nog eens nader kunnen worden gezien. De praktische betekenis ervan zal waarschijnlijk helaas ook dan niet groot blijken te zijn, gezien de samenstelling van het hele materiaal. Op dit moment kunnen wij geen antwoord geven op de vraag wie van onze patiënten wél en wie niet zal afvallen, wanneer verwijzing naar de diëtiste plaatsvindt.

5 In het raam van de veelheid aan problemen waarmee de huisarts wordt geconfronteerd, is overgewicht een betrekkelijk simpel probleem. Ook de samenwerking met de diëtiste is relatief eenvoudig van structuur, vooral door de duidelijke afgrensmogelijkheden van de professionele terreinen. De overgrote meerderheid van de problemen waarmee de huisarts — al dan niet in samenwerkingsverband — krijgt te maken, is nog zover van analyseren af, dat een evaluatiemethode gericht op het rendement van de benadering vaak niet eens zonder uitvoerig nader onderzoek kan worden gepresenteerd. Dit laatste geldt trouwens beslist niet alleen voor het aandeel van de huisarts in de gezondheidszorg.

Wat is nu de conclusie? De artsen van onze groep en de diëtiste zullen samen deemoedig een nieuw leven moeten beginnen. Wij zullen ons gaan richten op meer exact meetbare informatie zoals de huidplooidikte en de veranderingen daarin. Alle vooropgezette ideeën zijn verlaten, naar nieuwe

ideeën en een hernieuwde evaluatiemogelijkheid moet worden gezocht.

- Durnin, J. V. G. A. en M. M. Rahaman (1967) Brit. J. Nutr. 21, 681
- Lamberts, H. Een psycho-sociaal, antropometrisch en arbeidsfysiologisch profiel van gewone en van geestelijk niet-stabiele dienstplichtigen. Bronder, Rotterdam, 1969.
- Lamberts, H. (1970) huisarts en wetenschap 13, 10 en 363.
- Lamberts, H. en J. M. H. Op 't Root (1970) huisarts en wetenschap, 13, 450
- Luyken, R. en J. F. de Wijn. (1971) T.soc.Geneesk. 49, 394.
- Luyken, R. en J. F. de Wijn en J. C. A. Zaat. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 441, 936 en 990.
- Moor, P. de en A. Hendrikx. Moderne dieetleer. De Nederlandse bibliotheek der geneeskunde, deel 15. Stafleu, Leiden, 1968.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfort Kroese, Leiden, 1969.
- Rümke, C. L. (1970) Ned.T.Geneesk. 114, 766
- Wijn, J. F. de, (1970) huisarts en wetenschap, 13, 217.

Summary. Overweight: who loses fat and who does not? In this report the description of the collaboration between dietician and general practitioners in the Ommoord group practice focuses on overweight patients. Referred to the

dietician: 156 patients with an excessive volume of adipose tissue, of whom 34 rejected further follow-ups.

An explanation of the principles of dietary therapy is followed by an analysis of the results obtained. On the basis of the information available, no significant differences were demonstrable between the follow-up group and the group without follow-up. In the follow-up group, use was made of correlation studies, factor analysis with score rating, and multiple correlation studies in order to find explanations for the loss or non-loss of weight of the patients referred and followed up. The mean weight loss was 6.9% (4.85 kg) of the initial weight. The intervening variables introduced were found to afford only a very limited partial explanation of the percentage of weight loss (multiple correlation coefficient $R=0.25$). Specifically, no correlation was demonstrable between percentages of weight loss and age, occupational level, presence of physical abnormalities, family problems or personal problems, duration of dietetic guidance, initial weight and degree of overweight.

The initial weight proved to correlate positively with age and (therefore) with the presence of physical abnormalities. The mean weight loss was considered to be insufficient. In future follow-ups the dietician will make use of the Harpenden skinfold-thickness meter to study the changes in volume of adipose tissue.

The significance of an inductive approach in general practice medicine is finally pointed out.

VAN DE COMMISSIE PRAKTIJKVOERING

*Brief van de huisarts aan de specialist**

Sinds lange tijd bestaat de behoefte aan een goed communicatiesysteem tussen huisarts en specialist. De Commissie Praktijkvoering heeft gepoogd tot een ontwerpbrief in deze zin te komen. Bij navraag door de werkgroep bleek er een grote hoeveelheid zeer gevarieerd voorgedrukte mogelijkheden te bestaan, deels eigen ontwerp van verschillende huisartsen. Naar het oordeel van de werkgroep waren sommige brieven te weinig, andere te veel en te gedifferentieerd voorgedrukt. Na ampele overwegingen en een half jaar proefgebruik in de praktijk kwam de werkgroep tot een haars inziens verantwoord model. Pro memorie zijn verschillende rubrieken in margine voorgedrukt, te weten huidige klachten, anamnese, onderzoek, idem elders, diagnose, reeds ingestelde therapie, sociale en psychische factoren. Hierbij is er naar gestreefd enerzijds alle facetten van de patiëntengeschiedenis tot uitdrukking te kunnen brengen, terwijl anderzijds is getracht het aantal rubrieken tot een overzichtelijke hoeveelheid te beperken. Er is bewust afgezien van enige vorm van liniëring of dubbele punten achter de hoofdjes, omdat dit mogelijkwijze iets zou impliceren wat per se niet de bedoeling van de werkgroep is geweest, namelijk:

a. dat achter elk hoofdje iets zou moeten zijn te vermelden;

* Werkgroep Praktijkvoering: J. H. van Ginkel, rapporteur.

b. dat de ruimte tussen de hoofdjes op enigerlei wijze maatgevend zou zijn.

Tijdens de ontwikkelingsperiode bestond wel de wens hierover contact op te nemen met „de specialist”, maar er bleek geen genoegzaam vertegenwoordigende instantie hiervoor te vinden te zijn. Toen het ontwerp klaar en voor publikatie gereed was, werd de werkgroep benaderd door de Stichting Medische Registratie te Utrecht, waarin toen ongeveer tweederde van de ziekenhuizen en de daaraan verbonden specialisten samenwerkten aan onder andere uniformering van registratie en berichtgeving. In de besprekingen met de Stichting werd het gewenste contact met de specialisten gerealiseerd. Op verzoek van de Stichting Medische Registratie werden in het oorspronkelijke ontwerp onder andere enkele veranderingen in de layout aangebracht. Tijdens deze besprekingen kon de werkgroep de wensen van de huisarts kenbaar maken inzake het bericht terug van de specialist aan de huisarts (na poliklinisch onderzoek, het voorbericht bij ontslag en de definitieve ontslagbrief). De ontwerpen van deze brieven zijn de Commissie Praktijkvoering intussen gepasseerd en met het commentaar van de Commissie aan de Stichting teruggezonden.

Als formaat van de brief van de huisarts aan de specialist is bewust voor het A4-model gekozen, ondanks de vaak bij de huisarts bestaande horror