

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

betreft:

huisarts

Naam

naam:

Huisarts

adres:

Woonplaats

geboren:

Telefoon

beroep:

Aan:

Datum:

Geachte Collega,

Bovengenoemde patiënt werd heden naar U verwezen:

Huidige
klachten

Anamnese

Onderzoek

id elders

Diagnose

Reeds
ingesteelde
therapie

Sociale en
psychische
factoren

Gaarne Uw oordeel en advies/overname van de behandeling.

Met collegiale hoogachting,

Brief van de huisarts aan de specialist (ware grootte 21 x 29 cm)

vacui, om ruimte te hebben voor een zo volledig mogelijke informatie.

De voorbedrukte brieven (voorzien van naam, adres en telefoonnummer van de huisarts) en de bijpassende vensterenveloppen (bedrukt met het adres van de huisarts) kunnen worden besteld bij het bureau van het N.H.G., Burgemeester Reigerstraat 87, Utrecht, telefoon 030-51. 67. 41, tegen de volgende prijzen:

1.000 brieven in 5 blocs van 200 stuks en 500 vensterenveloppen: f 85,— voor leden en f 90,— voor niet-leden;

1.000 brieven in 5 blocs van 200 stuks zonder vensterenveloppen: f 55,— voor leden en f 60,— voor niet-leden.

Deze prijzen zijn inclusief verpakings- en verzendkosten, exclusief B.T.W.. Levertijd vier weken.

VAN DE COMMISSIE PRAKTIJKVOERING

Rapport „De ongevalstas“*

In 1967** publiceerde de Commissie Praktijkvoering het rapport: „Het Instrumentarium van de huisarts“. In dit rapport werd onder andere de inhoud van de ongevalstas aangegeven. Ook andere instanties hebben zich beziggehouden met de samenstelling van een ongevalstas of ongeveldkoffer voor de arts. Van deze instanties moge worden genoemd: V.V.A.A.***; Hoofdbestuur van het Nederlandsche Roode Kruis (Artsenset Rijkspolitie), Philips Gezondheidscentrum (Afdeling Ongevallendienst) en Nederlandse Vereniging van docenten in Eerste Hulp Bij Ongelukken.

De Werkgroep Instrumentarium heeft kennis genomen van de publikaties van deze instanties, heeft hoofdstuk III (Eerste Hulp Bij Ongevallen) van „Het Verkeersongeval“**** bestudeerd en heeft een bespreking gehad met een werkmcommissie, waarin vertegenwoordigers van bovengenoemde organisaties zitting hadden. Naar aanleiding hiervan is de Werkgroep tot de volgende conclusies gekomen:

In elke auto, die is voorzien van het rode aesculaapteken, behoort een ongevalstas of -koffer aanwezig te zijn. Tegenover de voordelen, welke de arts uit dit aesculaapteken meent te kunnen verkrijgen, staat de verplichting om bij een wegongeval eerste hulp te verlenen en een adequate uitrusting moet de arts hiertoe in staat stellen.

De inhoud van de ongevalsset dient het volgende te omvatten:

Een chirurgische trousse, waarin steriel: naaldvoerder, hechtnaalden, schaar met scherpe punten, anatomisch pincet, chirurgisch pincet, mes-

* Werkgroep Instrumentarium: H. S. Boogaart, Dr. R. S. ten Cate, S. van der Kooij en B. J. van Vianen.

** (1967) huisarts en wetenschap 10, 174.

*** (1957) Arts en Auto 33, 1195

**** W. van der Slikke en anderen. Het verkeersongeval. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., 1967.

jeshouder met assortiment mesjes, kochers, splinterpincet, knopsonde en agrafepincet met agrafes.

Hechtmateriaal (catgut, zijde, nylon)

2 Wegwerpspuiten met naalden 2 ml

2 Wegwerpspuiten met naalden 10 ml

Procaïne HCl 2 procent, 2 en 10 ml

Procaïne HCl, 1 of 2 procent met adrenaline, 2 en 10 ml

Bij het besluit een dergelijk chirurgisch instrumentarium te adviseren, speelt mede de overtuiging een rol, dat sommige huisartsen dit ook zullen gebruiken bij kleine chirurgische ingrepen bij de patiënt thuis, zonder dat hierbij van een ongeval sprake behoeft te zijn.

In overleg met de bovengemelde instanties, werd besloten het EHBO-gedeelte van de ongevalstas als volgt samen te stellen:

4 snelverbanden nummer 1

3 snelverbanden nummer 3

1 doos hydrofielgaasjes 5/5 cm, steriel

1 doos hydrofielgaasjes 10/10 cm, steriel

6 hydrofielwindsels 6 cm en 4 cambric windsels

10 cm of 4 nylex windsels 5-7 cm en 4 nylex windsels 10 cm

5 zakjes witte zigzag watten van 10 gram

3 rollen vette watten 2 x 10 cm

assortiment pleisterverband met wondkussen Brocades Lohmann

1 doos optulle Brand 24 stuks

1 steriele doek; opschrift aanbrengen „voor brandwonden“ of een steriele metalline verbanddoek 60 x 80 cm

1 spoel kleefpleister 5 m x 2½ cm

6 driekante doeken (wegwerpdoeken)

1 plastic spalk onderarm } niet vouwen, naam
1 plastic spalk onderbeen } erop (materiaal-
uitwisseling)

1 draadspalk van Cramer, 80 cm

1 veiligheidsspeldenkaart van 12 stuks

1 flacon Betadine jodium 5 of 30 ml

1 verbandschaar 13 cm