

van de patiënt overgenomen. Bovendien wordt de vetzucht benaderd als een ziekte, en dat is voor de meeste mensen prettiger dan 'eigen schuld'. *Carne* vergeleek een groep patiënten die het dieet volgden en fysiologisch zout-injecties kregen, met een groep patiënten die alleen het dieet volgden. De eerste groep viel duidelijk meer af.⁸ Ook het groepseffect en de belangstelling van de andere dorpingen zullen hebben bijgedragen aan het resultaat.

Eerder noemde ik reeds het belang van de kosten van de kuur. Simeons behandelt al zijn patiënten in zijn particuliere internationale kliniek in Rome. De deelnemers eten en slapen daar en worden dagelijks door de dokter gezien. Overdag zijn ze vrij om de stad te bezoeken. Door het niet geringe bedrag dat de behandeling kost, kan de patiënt zich moeilijk veroorloven zich niet aan het dieet te houden.

Het bleek dat het hongergevoel sterk correleerde met de vermageringsresultaten. Enerzijds kan ik me voorstellen dat patiënten met veel honger minder actief zijn en meer (stiekem) tegen het dieet zondigen, anderzijds lijkt het logisch dat een patiënt die sterk afvalt, daardoor extra gestimuleerd wordt en nauwelijks honger ervaart.

Het is jammer dat voor de behandeling HCG gebruikt wordt. Het motief *moeders voor moeders* wordt toch al, ten gevolge van negatieve publiciteit, door veel zwangeren in twijfel getrokken.⁹ Het is wellicht ethischer om in voorkomende gevallen fysiologisch zout te spuiten.

Dankbetuiging

Met dank aan Elly de Kort, verpleegkundige, die zes weken lang de deelnemers begeleidde, en aan Annemarie Westdorp voor het typewerk.

¹ Simeons ATW. Een nieuwe geneeswijze van vetzucht. Amsterdam: Wetenschappelijke Uitgeverij, 1967.

² Simeons ATW. Chorionic gonadotrophin in the obese [Letter to the editor]. *Lancet* 1962; i: 47-8.

³ Simeons ATW. Chorionic gonadotrophin in the treatment of obese women [Letter to the editor]. *Am J Clin Nutr* 1963; 13: 197-8.

⁴ Simeons ATW. Chorionic gonadotrophin in the treatment of obesity [Letter to the editor]. *Am J Clin Nutr* 1964; 15: 188-90.

⁵ Sohar E. A forty-day-550 caloriediet in the treatment of obese outpatients. *Am J Clin Nutr* 1959; 7: 514-8.

Vervolg op pagina 177

Huisarts en overgewicht

Verslag van een enquête

J. C. BAKX, J. C. SEIDELL, L. A. W. HENSKENS,
H. C. J. M. SCHOUTEN-VAN DEN OEVER EN
H. J. M. VAN DEN HOOGEN*

Weinig is bekend over de wijze waarop huisartsen het probleem overgewicht benaderen. Om hierin meer inzicht te krijgen werd een enquête gehouden onder 320 huisartsen in de regio Nijmegen. De ondervraagde huisartsen maken bij het stellen van de diagnose overgewicht vooral gebruik van de regel van Broca en slechts weinig van de Quetelet-index. Het grootste deel van de respondenten is van oordeel dat de behandeling van overgewicht een zaak van de huisarts is. Die behandeling richt zich vooral op de individuele patiënt; de gezinsleden, de diëtiste en de assistente spelen een beperkte rol. Uit het onderzoek blijkt dat onder huisartsen een grote diversiteit in denken en handelen ten aanzien van overgewicht bestaat.

Inleiding

Uit veel onderzoeken is bekend dat overgewicht een chronisch probleem is. De behandeling is moeilijk en het resultaat is in veel gevallen teleurstellend. Ook blijkt dat er veelal sprake is van een gezinsprobleem. Zo vonden *Garn et al.* in hun onderzoek onder 17-jarigen dat kinderen van wie beide ouders te dik waren, gemiddeld drie keer zo vaak te dik waren als kinderen van wie beide ouders een normaal gewicht hadden.¹

Uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënten bij gewichtsproblemen de voorkeur geven aan het advies van hun huisarts.² In hoeverre huisartsen hierop echter inspelen, is onvoldoende bekend: er zijn geen bruikbare gegevens over de houding van de Nederlandse huisarts ten aanzien van overgewicht als probleem in de praktijk.

Om enig inzicht te krijgen in de manier waarop huisartsen dit probleem benaderen, hebben wij een enquête-

* J. C. Bakx, huisarts, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwhogeschool Wageningen; J. C. Seidell, verbonden aan de vakgroep Humane Voeding van de Landbouwhogeschool Wageningen; L. A. W. Henskens en H. C. J. M. Schouten-van den Oever, keuzevakstage-studenten, Medische Faculteit, Katholieke Universiteit Nijmegen; H. J. M. van den Hoogen, verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

onderzoek verricht. Hierbij is getracht antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- Wat noemen huisartsen overgewicht en hoe stellen zij dat vast?
- Wat is de houding van huisartsen ten aanzien van overgewicht?
- Welk therapeutisch beleid voeren huisartsen bij overgewicht?

Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst, bestaande uit 28 voor het merendeel gesloten vragen. Enkele vragen hadden betrekking op persoonsgebonden kenmerken van de huisarts – leeftijd, geslacht, werkvorm en praktijkgrootte – om vast te stellen in hoeverre de onderzoeksgroep representatief was voor de totale groep Nederlandse huisartsen. De vragenlijst is te-

Tabel 1. De onderzoekspopulatie (n=169) en de overeenkomstige cijfers voor alle Nederlandse huisartsen (N=5752). Percentages.

Kenmerken	Onderzoeks- populatie	Alle huisartsen
<i>Geslacht</i>		
– man	92	93
– vrouw	8	7
<i>Leeftijd</i>		
< 40 jaar	49	55
≥ 40 jaar	51	45
<i>Werkvorm</i>		
– solist	47	61
– in associatie	42	33
– gez.h. centrum	11	7
<i>Praktijkgrootte</i>		
– 2000	21	onbekend
– 2000-2800	55	onbekend
– 2800	24	onbekend
<i>Urbanisatiegraad</i>		
– stad	42	53
– platteland	58	47

voren getest bij dertig Nijmeegse arts-assistenten in opleiding tot huisarts.

De onderzoekspopulatie bestond uit een aselechte steekproef van 150 huisartsen uit de regio Nijmegen zonder band met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en 150 huisartsen die wél op enigerlei wijze een relatie met dit instituut onderhouden (bijvoorbeeld als huisartsopleider). Behalve deze 300 enquêtes zijn nog vragenlijsten uitgereikt aan twintig willekeurige huisartsen die een in Nijmegen gehouden nascholingscursus bijwoonden.

Resultaten

Van de 320 verzonden vragenlijsten bleken er 27 onbestelbaar. Van de resterende 293 werden er 169 terugontvangen. Uit *tabel 1* blijkt dat de onderzoeksgroep ouder is dan de populatie van Nederlandse huisartsen. Voorts zijn naar verhouding minder solistisch werkzame huisartsen en stadspraktijken in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd.

Een non-respons onderzoek kon niet worden verricht, omdat de non-respondenten niet identificeerbaar waren in

verband met de anonimiteit van de enquête.

Diagnostische criteria

Van de respondenten zegt 20 procent dat men voor het vaststellen van overgewicht vooral of uitsluitend gebruik maakt van visuele inspectie; de overige 80 procent hanteert min of meer meetbare criteria, zoals de regel van Broca, de 'Waagschaal' van de Hartstichting (die gebaseerd is op de Quetelet-index en de lichaamsbouw) en 'tabellen'. Slechts weinigen zeggen dat zij de Quetelet-index 'vaak of altijd' gebruiken en nog minder respondenten meten de huidplooidikten 'vaak of altijd'. Het 'zich dik voelen' door de patiënt wordt frequent als criterium voor het stellen van de diagnose gebruikt.

Tabel 2. De criteria voor het vaststellen van overgewicht en de frequentie waarmee de huisartsen die criteria toepassen. Afgeronde percentages (n=169).

Criteria	Vaak/altijd	Soms	Zelden/nooit
Regel van Broca	33	20	47
QI	9	9	82
Waagschaal	27	25	47
Tabellen	24	24	53
Huidplooiemeting	2	24	74
Patiënt voelt zich te dik	22	36	43

Regel van Broca: normaal gewicht mannen in kg = lengte in cm minus 100; normaal gewicht vrouwen = normaal gewicht man van zelfde lengte minus 10%. **Quetelet-index:** gewicht in kg gedeeld door kwadraat van de lengte in m.

Tabel 3. Drie gewichtsklassen en het percentage huisartsen dat een dergelijk gewicht maximaal acceptabel acht voor een gezonde man/vrouw van 30-50 jaar en een lengte van respectievelijk 1,80 en 1,70 m, met ter vergelijking de bijbehorende Quetelet-indices.

Gewichtsklassen bij mannen	Percentage huisartsen	Gewichtsklassen bij vrouwen	Percentage huisartsen	Quetelet-index
t/m 80 kg	50	t/m 72 kg	70	< 25
81-87 kg	33	73-78 kg	20	25-27
> 87 kg	17	> 78 kg	10	> 27

Tabel 4. De houding van de huisartsen ten opzichte van overgewicht. Afgeronde percentages (n=169).

Uitspraken	++	+	+/-	-	--
Behandeling van overgewicht is tijdsverspilling	1	17	32	37	13
Een huisarts is niet opgeleid om overgewicht te behandelen	8	24	18	31	19
Behandeling van overgewicht is niet de taak van de huisarts	1	6	12	44	37

++ helemaal mee eens; + mee eens; +/- neutraal; - niet mee eens; -- helemaal niet mee eens.

Tabel 5. Behandelingsmethoden en de frequentie waarmee de huisartsen die methoden adviseren. Afgeronde percentages (n=169).

Behandelingsmethoden	Vaak/altijd	Soms	Zelden/nooit
Zelfstandig dieet	36	44	21
Dieet begeleid door huisarts	30	53	19
Dieet begeleid door diëtist	27	61	12
Vermageren in clubverband	5	50	45
Maaltijdvervangers	—	23	77
Eetlustremmers	2	50	48
Meer bewegen	67	26	8

Opvattingen en houding

'Wat vindt u het maximum acceptabele gewicht voor een overigens gezonde man respectievelijk vrouw van 1.80 m, respectievelijk 1.70 m in de leeftijd van 30-50 jaar?' Uit *tabel 3* blijkt dat slechts een klein deel van de huisartsen voor hun patiënten een QI groter dan 27 acceptabel acht. Ook mogen, volgens de respondenten, mannen relatief zwaarder zijn dan vrouwen ($p < 0.001$).

Door middel van drie stellingen werd geprobeerd een indruk te krijgen van de houding van de huisartsen ten aanzien van overgewicht (*tabel 4*). Ongeveer de helft van de ondervraagden is van mening dat behandeling van overgewicht geen tijdsverspilling is. Over de stelling dat de huisarts niet is opgeleid om overgewicht adequaat te behandelen, blijken de meningen zeer verdeeld. Het grootste deel van de respondenten rekt de behandeling van overgewicht tot de taak van de huisarts. Bij nadere analyse bleken er geen significante verschillen te bestaan tussen enerzijds enkele kenmerken van de huisarts - leeftijd, praktijkgrootte en praktijkvorm - en anderzijds de houding ten aanzien van overgewicht.

'Heeft u behoefte aan nascholing over dit onderwerp?' Op deze vraag gaf 38 procent een bevestigend antwoord. Er bleek bij de beantwoording van deze vraag geen verschil te bestaan tussen huisartsopleiders en andere huisartsen. Ook de leeftijd van de huisarts was niet van invloed.

Behandeling

Van de respondenten zegt 84 procent dat zij patiënten met overgewicht alleen behandelen, als de patiënt er om vraagt of als er sprake is van bijkomende chro-

nische aandoeningen; 16 procent zegt alle patiënten met overgewicht te behandelen.

Meer bewegen wordt zeer vaak geadviseerd. Vermageren in clubverband en maaltijdvervangende of eetlustremmende middelen worden daarentegen weinig geadviseerd (tabel 5).

Bij nadere analyse bleek dat oudere huisartsen vaker dan jongere collega's de voorkeur geven aan het zelf begeleiden van een patiënt aan wie zij een dieet adviseren. Vrijwel altijd zou hierbij geadviseerd worden om meer te bewegen.

Ook werd gevraagd wat men adviseert aan patiënten die, ondanks behandeling, te dik blijven. Bij gezonde personen zouden de huisartsen alleen wat doen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Bij chronische aandoeningen ligt dit anders: de meeste respondenten zouden de patiënt te verwijzen of doorgaan met behandelen (tabel 6).

Uit tabel 7 blijkt tenslotte dat de behandeling van overgewicht door de huisarts zich richt op de individuele dikke patiënt; de gezinsleden, de diëtiste en de assistente spelen over het algemeen een beperkte rol.

Beschouwing

De onderzoekspopulatie is, alleen al door de geografische gebondenheid, niet representatief voor de Nederlandse huisartsenpopulatie. Uit tabel 1 blijkt bovendien dat huisartsen die werkzaam zijn in een samenwerkingsverband, oververtegenwoordigd zijn in de onderzoekspopulatie. Overigens bleek de werkvorm geen duidelijke invloed te hebben op het antwoordpatroon. In hoeverre non-respons en een mogelijke tendens tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden de resultaten hebben vertekend, is niet na te gaan.

In dit onderzoek bleken aanzienlijke verschillen te bestaan tussen huisartsen ten aanzien van het beleid bij overgewicht. Dit verschil begint bij het vaststellen van wie wel en wie geen overgewicht heeft; men zou kunnen concluderen dat de meeste huisartsen in dit onderzoek de opvatting 'te dik is wat er te dik uitziet' huldigen. In ieder geval worden metingen van huidplooidikten zeer zelden genoemd, terwijl vrijwel niemand de - door de Gezondheidsraad geadviseerde³ - Quetelet-index gebruikt.

Volgens deze huisartsen zouden mannen zwaarder mogen zijn dan vrouwen, waarbij 17 procent voor mannen van 1.80 m een maximaal acceptabel gewicht van meer dan 87 kg werd aangege-

Tabel 6. Reactie van de huisartsen, indien overgewicht ondanks behandeling blijft bestaan. Afgeronde percentages (n=169).

Reactie	Gezonde patiënt	Patiënt met chronische aandoening
Behandeling stoppen	13	3
Zelf behandelen	6	25
Verwijzen	7	60
Alleen behandelen op verzoek patiënt	72	13

Tabel 7. Aspecten van de behandeling van overgewicht. Afgeronde percentages (n=166 à 168).

Vragen	Vaak/altijd	Soms	Zelden/nooit
Betrekt u gezinsleden bij de behandeling van overgewicht?	2	37	61
Gaat u zorgvuldig na wat/hoeveel iemand eet?	33	49	19
Gaat u zorgvuldig na waarom/wanneer iemand eet?	27	54	19
Hoe vaak heeft u contact met de diëtist over uw patiënten?	8	41	52
Heeft uw assistente een taak bij de behandeling:			
- wegen van patiënten?	11	13	75
- bespreken/uitreiken van voorlichtingsmateriaal?	8	23	69
- zelfstandig begeleiden van patiënten?	4	10	86

Summary

Bakx JC, Seidell LJ, Henskens LAW, Schouten-van den Oever HCJM, Van den Hoogen HJM. General practitioner and overweight. Report on an enquiry. *Huisarts Wetten* 1986; 29: 174-7.

Previous studies have shown that patients with weight problems prefer to consult their general practitioner. In order to gain some insight into the manner in which general practitioners approach this problem, an enquiry was performed into the following questions:

- how do general practitioners define overweight and how do they determine it;
- what is their attitude towards overweight;
- what is their therapeutic strategy with regard to overweight?

The study was performed with the aid of a questionnaire comprising 28 questions. Of 320 questionnaires distributed, 169 were returned.

- Twenty percent of the respondents reported having determined overweight mostly or exclusively by visual inspection; 80 percent applied more or less measurable criteria such as Broca's formula and 'tables'. Only a few used the Quetelet index (QI) 'often or always' and even fewer measured skin fold thickness 'often or always'. A frequent diagnostic criterion was the patient's 'feeling fat'.

- 'What do you think is the maximum acceptable weight of an otherwise healthy man measuring 180 cm or woman measuring 170 cm in the age group 30-50 years?' Only a few responders thought a

QI in excess of 27 acceptable; and responders allowed men relatively higher body weights than women.

Some 50 percent of the responders believed that treatment of overweight is not a waste of time. Views on the postulate that general practitioners have received no training for adequate treatment of overweight, were rather divided. Most respondents counted treatment of overweight among the tasks of the general practitioner.

'Do you feel the need for a refresher course on this subject?' This question was answered in the affirmative by 38 percent of the respondents.

- Eighty-four percent of the respondents stated that they treated overweight only if the patient requested it or if it was associated with chronic problems; 16 percent reported treating all patients with overweight. Increased exercise is frequently advised, whereas weight-losing clubs and meal-substituting or appetite-reducing agents are rarely advised.

Respondents were also asked what they advised patients whose overweight persisted despite treatment. Given healthy persons, the respondents would 'do something' only if the patient requested it explicitly. The situation with chronic problems is different: most respondents would either continue treatment or refer the patient.

Keywords: Family practice; Obesity.

Address of authors: Ir. J. C. Seidell, Vakgroep Humane Voeding, Landbouwhogeschool, De Dreijen 12, 6703 BC Wageningen, The Netherlands.

ven. Voor vrouwen van 1.70 m lang werd door nog geen 10 procent een maximaal acceptabel gewicht van meer dan 78 kg aangegeven. Deze grenzen komen overeen met een QI van 27. Mogelijk heeft het slankheidsideaal voor vrouwen ook invloed op het oordeel van de mannelijke huisartsen in de onderzoeksgroep.

Het grootste deel van de ondervraagde huisartsen rekent de behandeling van de patiënt met overgewicht tot zijn taak. Deze gegevens sluiten aan bij de wens van de patiënt op dit gebied.² De huisarts is door zijn plaats in de gezondheidszorg ook bijzonder geschikt om patiënten met overgewicht op te sporen en te behandelen. Jaarlijks ziet hij ongeveer 70 procent van zijn patiënten.

Voor een doeltreffende behandeling van overgewicht en vetzucht is in de eerste plaats noodzakelijk dat huisartsen daarvoor identieke criteria gaan hanteren. De Quetelet-index lijkt hiervoor het meest geschikt, waarbij een QI van 30 als grens voor obesitas gehanteerd kan worden.³ Als grens voor matig overgewicht wordt wel een QI van 25 aanbevolen.⁴

De motivatie van de huisarts zal een belangrijke rol spelen bij de behandeling van overgewicht, omdat langdurige begeleiding noodzakelijk is en de behandeling in veel gevallen moeizaam verloopt. Uit de in dit tijdschrift eerder gerapporteerde bevindingen van de behandeling van overgewicht in een gezondheidscentrum blijkt dat daarbij ook de gemotiveerde huisarts teleurstellende ervaringen kan opdoen.⁵ Een benadering met gespreksgroepen van patiënten met overgewicht werd positief beoordeeld.⁶ Daarnaast verdienen de mogelijkheden van een preventieve benadering van het probleem wellicht meer aandacht.

Een dergelijke aanpak vereist een benadering waarbij de gunstige effecten, zowel voor huisarts als patiënt, pas op lange termijn zichtbaar worden. De huisarts zal de patiënt hierin inzicht moeten geven om hem te blijven motiveren. Hij kan daarin bijgestaan worden door de doktersassistente, die een belangrijke rol kan spelen als begeleiding van de langdurige behandeling, zoals ook gebleken is uit het Nijmeegs Interventie Projekt.⁷ Nader onderzoek zal nodig zijn om na te gaan of deze benadering in de huisartspraktijk uitvoerbaar is en tot resultaten kan leiden.

Dankbetuiging

Met dank aan medewerkers van het Nij-

meegs Universitair Huisartsen Instituut voor hun assistentie, en aan Dr. P. Deurenberg, Prof. dr. J. G. A. J. Hautvast en Prof. dr. F. J. A. Huygen voor hun adviezen.

¹ Garn SM, Baily SM, Cole PE. Synchronous fatness changes in husbands and wives. *Am J Clin Nutr* 1979; 32: 2375-7.

² Seidell JC, Bakx JC, Van den Hoogen HJM, Deurenberg P. Overgewicht in relatie tot morbiditeit en subjectief welbevinden in vier huisartspraktijken. In: Boerma GW, Hingsman L, red. *De eerste lijn onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985; 225-36.

³ Gezondheidsraad. Advies inzake adipositas. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

⁴ Garrow JS. *Treat obesity seriously: a clinical manual*. London: Churchill Livingstone, 1981.

⁵ Lamberts H, De Vries J. Te dik: wie verliest vet en wie niet? *Huisarts en Wetenschap* 1971; 14: 373-81.

⁶ Van Bockel I, Bakker K, Bakker F. Gespreksgroepen voor te dikke mensen - een experiment uit het gezondheidscentrum Ommoord Rotterdam. *Huisarts en Wetenschap* 1975; 18: 256-61.

⁷ Van Ree JW. *Het Nijmeegs Interventie Projekt [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

Vervolg literatuur pag. 174

⁶ Craig LS, Ray RE, Waxter SH, Madigan H. Chorionic gonadotrophin in the treatment of obese women. *Am J Clin Nutr* 1963; 12: 230-4.

⁷ Frank BW. The use of chorionic gonadotrophin hormone in the treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 1964; 14: 133-6.

⁸ Carne S, Lond MB. The action of chorionic gonadotrophin in the obese. *Lancet* 1961; ii: 1282-4.

⁹ Rolland R. HCG moet blijven. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1010.

Nota bene

Bij de behandeling van acute diarree bij kinderen is appelsap gecontraïndiceerd. Stelling bij: Van den Berg HM. Some prognostic factors for therapy of patients with non-Hodgkin lymphoma [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

Conversie ICPC

Een van de studies naar de relevantie van de International Classification of Primary Care (ICPC) is gericht op de relatie die dit systeem onderhoudt met drie andere classificatiesystemen: de ICHPPC-2-Defined, de ICD-9 en de Classification of Diseases, Problems and Procedures van de Royal College of General Practitioners.

De vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam heeft deze studie inmiddels afgesloten in de vorm van een drietal publikaties die een volledige conversie omvatten. Deel 1 biedt de conversie van de ICPC op het niveau van de hoofdrubrieken naar de drie andere systemen, deel 2 geeft een alfabetische index met bijna 5000 ingangen waarin naar de corresponderende rubrieken wordt verwezen, en in deel 3 zijn per hoofdrubriek alle synoniemen uit de index weergegeven met hun conversie naar de drie andere systemen.

De nu beschikbare conversie verdient de aandacht van huisartsen die zich met classificeren bezighouden, omdat duidelijk blijkt hoe beperkt de vergelijkbaarheid van de inhoud van de vier beschikbare systemen is. Ook al heeft de ICD-9, wat de diagnostische categorieën betreft, als moederclassificatie geëindigd, de compatibiliteit van de eindproducten van de vier systemen blijkt bij toepassing in de huisartspraktijk slechts zeer beperkt. De vervaardigde thesaurus blijkt ook geen technische oplossing te bieden voor een ongestoorde vertaling van met het ene systeem verzamelde klinisch huisartsgeneeskundige gegevens naar een weergave volgens een ander systeem. Dat geldt niet alleen de diagnostische classificatie, maar in nog sterkere mate de classificatie van de reden van komst en van de huisartsgeneeskundige interventies.

Aan de ontwikkeling van een classificatiesysteem voor de huisarts ligt altijd een omschreven bedoeling ten grondslag. Wanneer bedoelingen uiteenlopen, kan men ook niet anders verwachten dan dat de vergelijkbaarheid gebrekkig is. Daarom dient de keuze voor een classificatiesysteem weloverwogen te zijn en gebaseerd op het doel dat men met de te verzamelen en te classificeren informatie voor ogen heeft.

De drie delen zijn verkrijgbaar door overmaking van f 30,- op gironummer 5032102 van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Amsterdam, onder vermelding van 'Conversie ICPC'.

H. Lamberts