

de invalide de gelegenheid geeft zich (weer) op de gemeenschap te oriënteren. De invalide kan dit niet alleen bereiken; de mensen om hem heen, de gehele gemeenschap, zullen hem daarbij moeten helpen.

Voor een nieuwe benadering van de invalidensport lijkt een eerste impuls te moeten komen van de revalidatie-artsen. Zij dienen sport te beschouwen als onmisbaar voor de therapie en daarom op te nemen in het revalidatiepakket. Het is wenselijk dat bij het ontslag van een patiënt uit een revalidatiecentrum, de revalidatie-ars de huisarts op de hoogte brengt van de mogelijkheden op sportgebied voor de patiënt. Dit moet uiteraard een advies blijven, sportbeoefening mag niet dwingend worden voorgeschreven. Daarnaast is er voor de huisarts een taak in het attenderen van invalide mensen in zijn praktijk op de voordelen en mogelijkheden van sportbeoefening.

Aan de overheid is het tenslotte om op allerlei gebied sterker dan tot nu toe rekening te houden met de invalide mens en diens recht om in de maatschappij zoveel mogelijk op gelijke voet deel te nemen met valide mensen. Een belangrijke stap hiertoe

Summary. Invalid sports in The Netherlands. The Dutch Invalid Sports League provides different branches of sports for different types of invalids. Yet only 4 to 5 per cent of the physically handicapped are actively engaged in sports. The physical, psychological and social advantages of sports for the handicapped are explained. The establishment of regional advisory bureaus for sports medicine could contribute to resolution of the medical fitness problems for the physically handicapped. It would seem useful to institute a nationwide investigation into the cause of the insufficient interest taken by the handicapped in sports. In order to stimulate sports for the handicapped, cooperation between rehabilitation specialists and general practitioners is essential.

zou bijvoorbeeld zijn het verstrekken van bindende voorschriften bij de bouw van sportaccommodaties, opdat ook de gehandicapte aan het gebeuren in deze veelal met gemeenschapsgelden gerealiseerde projecten kan deelnemen.

De lichamelijk gehandicapten en de sport. Congresverslag. Uitgeverij De Vrieseborch b.v., Haarlem, 1973.

Kessel, Guttman & Maurer. Neuro-Traumatologie. Band II. Urban en Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1971.

Stijns, H. J. Sport voor minder-validen. Acco, Leuven, 1972.

Tjebbes, H. (1973) Ned. milit. geneesk. T. 26, 43-53.

Walsh, J. J. Understanding paraplegia. London, 1964.

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Verslagen en Rapporten 1972, nummer 31: „Advies inzake de medische sportbegeleiding”.

Gespreksgroepen voor te dikke mensen; een experiment in het gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam

DOOR INEKE VAN BOCKEL, AGOGE, KARIN BAKKER EN FRANS BAKKER, HUISARTS

*„Je bent binnen
dan buiten datgene wat je van binnen bent geweest
je voelt je leeg
omdat er binnen in jezelf niets is.
Je probeert
die binnenkant van de buitenkant
die je eens van binnen bent geweest
naar binnen in jezelf te halen
je probeert jezelf binnen datgene wat je
van buiten bent, te krijgen:
eten en gegeten worden.
de buitenkant van binnen hebben en
binnen de buitenkant zijn . . . R. D. Laing in „Toestanden”.*

Een van de samenwerkingsprojecten in Ommoord is dat met de diëtiste. Het is het streven in Ommoord alle samenwerkingsprojecten te beschrijven en te evalueren. De intensieve bemoeienis van de diëtiste met onze patiënten is door Lamberts en De Vries uitvoerig beschreven. De resultaten ervan, uitgedrukt onder

meer in gewichtsverlies van de 156 onderzochte patiënten, waren teleurstellend: gemiddelde afnemings 6,9 procent van het uitgangsgewicht. Ook het aantal patiënten dat zich aan de controle onttrok was hoog (34 van de 156). De evaluatie leidde derhalve tot de vraag of er een alternatief mogelijk was voor de klassieke

individuele benadering door de diëtiste. Deze is immers voornamelijk een individuele symptoombenadering, waarbij met behulp van een dieet en de relatie diëtiste-patiënt — onder meer controle en stimuleren — wordt getracht de patiënt te doen afvallen. Het gevolg van deze — „medisch model” — benadering kan zijn dat het probleem achter het symptoom blijft bestaan en dat deze methode óf mislukt óf slechts tijdelijk succes heeft.

Er zijn vele aanwijzingen, ook in de literatuur (Godfrey, Summerskill, Young) dat overgewicht een complex, multiconditioneel probleem vormt, waarbij de patiënten onder meer hebben geleerd de bevrediging, welke zij vinden in het eten, als compensatie te aanvaarden voor be-

paalde tekorten in het persoonlijk functioneren. Wijziging van attitude, opheffen van communicatiestoornissen en veranderen van eetgedrag, niet alleen door middel van een tijdelijk voor te schrijven dieet, zouden de hoekstenen kunnen zijn voor een alternatieve benadering.

ALTERNATIEVE BENADERING

Het leek ons, ook op grond van gegevens uit de literatuur, dat een experiment met groepsgewijze benadering van het probleem overgewicht te overwegen viel. Een groep zou mogelijk beter voldoen om een meer blijvende gedrags- en attitudeverandering te bewerkstelligen:

— „Dikke mensen hebben per definitie niet genoeg kracht om alleen te „lijnen”, zij hebben morele steun nodig, die het best kan worden gegeven door een groep lotgenoten” (aldus de „weight-watchers”);

— uit vele sociaal psychologische onderzoeken en experimenten is gebleken dat groepssteun, groepsdiscussie en groepsbeslissing geëigende methoden kunnen zijn om attitudewijziging tot stand te brengen (*Bennet, Lewin*);

— communicatieproblemen met anderen zijn voor vele vetzuchtigen erg groot (*Groen*); waar kan het communiceren beter worden „geoeffend” dan in een groep.

Uit twee Amerikaanse onderzoeken (*Harmon, Simmons*) bleek in het geval van vetzuchtigen dat de groeps gesprekken niet eenzijdig moeten zijn gericht op voeding en diëten noch op alleen maar emotionele achtergrond-problematiek. Het meest effectief bleken de groepen waarbij deze beide werden gecombineerd. Daarnaast stond bij deze groepsbenadering het veranderen van binnen uit op de voorgrond. Methoden als straf en beloning werden vermeden. Volgens *Handers* is deze laatste methode juist voor te dikke mensen niet geschikt.

OPZET VAN HET EXPERIMENT

Uit het bestand van de diëtiste werden honderd personen aangeschreven, die verscheidene mislukte dieetpogingen achter de rug hadden. Zo duidelijk mogelijk werd hierbij uitgelegd wat onze bedoeling was. Tevens werd men per brief uitgenodigd een informatieavond in het gezondheidscentrum te bezoeken. Hierna kon men zich definitief opgeven. Er bestond voldoende animo om met drie groepen van ongeveer twaalf deelnemers te beginnen.

De selectiecriteria werden opzettelijk wat vaag gehouden:

- één of meer mislukte dieetpoging;
- alleen vrouwen (dik zijn is vooral een probleem van vrouwen in Ommoord);
- „zelfselectie” via omschrijving van de doelstelling in vermelde brief en informatie-avond;
- een eigen financiële bijdrage van f 50,— per persoon (er bleek op geen enkele manier ergens geld los te krijgen voor dit experiment).

De groepen stonden onder leiding van een agoge, mevrouw J. G. van Bockel-van Amerongen, en een geïnteresseerde leek, mevrouw K. Bakker-Dijkstra. Er waren in totaal zestien bijeenkomsten per groep met een duur van 2 tot 2½ uur eenmaal per week. In januari werd begonnen en het experiment was dus begin mei ten einde. Eens per veertien dagen vond voor de groepsleiding een coaching plaats door een groepsleidster van het vormingscentrum „Via” uit Ommoord aan de hand van verslagen en opgenomen bandjes. Er werden verslagen gemaakt van de groepsbijeenkomsten en het individuele gedrag in de groep.

Het doel van de bijeenkomsten: ons stond de volgende hiërarchie van doelstellingen voor ogen:

- 1 stimuleren tot afvallen en tot aanleren van andere eetgewoonten zonder taktiek van straf of beloning, maar als eigen beslissing;
- 2 het verkrijgen van inzicht in het eetgedrag en de achterliggende problematiek;
- 3 te komen tot een alternatief ge-

Samenvatting. Adipositas is een complex, multiconditioneel probleem. Afvallen, alleen met behulp van een dieet, is meestal teleurstellend. In Ommoord werd in januari 1974 een begin gemaakt met het bijeenbrengen van groepjes patiënten die wilden vermageren.

In dit onderzoek worden drie groepen van in totaal 27 vrouwen beschreven, bij wie opnieuw de complexiteit van het probleem „adipositas” wordt bevestigd. De groepsgewijze benadering lijkt inderdaad een goed hulpmiddel om dit complexe probleem te benaderen. Meer inzicht en een aanzet tot attitude- en gedragsverandering zijn onder andere het gevolg. Om daarnaast ook de gewichtsafname een kans te geven is een evenwichtige verdeling van de groeps gesprekken over voeding en dieet aan de ene kant en die over emotionele achtergronden aan de andere kant noodzakelijk.

drag, zodat het gedrag of de attitude, ten grondslag liggende aan het overmatig eten, verandert of dat in plaats van eten een andere (meer wezenlijke?) bevrediging wordt gekozen; 4 het aanleren van sociale vaardigheden.

Het ging ons er om de voorwaarden voor gewichtsverlies zo gunstig en duurzaam mogelijk te maken. Gewichtsverlies zou op deze manier kunnen worden bereikt als het overmatige eten als compensatie voor een gemis niet meer zo nodig was. Daarbij konden wij ons ook voorstellen dat voor sommige deelnemers het „vrede hebben” met hun dik-zijn een uiteindelijk doel zou blijken. Op de volgende wijze werd getracht deze doeleinden te verwezenlijken:

I Groeps gesprekken: 1 over de achterliggende problematiek (de oorzaken van het dik worden en het vele eten) en andere problematiek; 2 over eetgewoonten; 3 over „alternatief” gedrag (bijvoorbeeld wat men kan doen om de leegte op te heffen).

II Informaties (door deskundigen): 1 over voeding (diëtiste: meermalen in elke groep); 2 over medisch-psychologische achtergronden van dik zijn (groepsdiscussie onder leiding van huisarts); 3 over lichaamshouding en lichaamsbeweging; ieder

groepslid werd door de fysiotherapeut (en de groep) individueel bekeken en zo nodig werd houdingscorrectie toegepast; dit laatste werd nog enkele malen gecontroleerd; 4 over huidverzorging (schoonheidsspecialiste); 5 over yoga. De informatie onder 3, 4 en 5 hadden mede tot doel te proberen bewustwording van het eigen lichaam te stimuleren; 6 over hobby's, hobbyclubs en andere activiteiten in Ommoord (opbouwwerker); 7 over gespreksgroepen in Ommoord (vormingsleiders van het vormingsinstituut „Via”); de informatie onder 6 en 7 hadden onder meer tot doel het stimuleren van alternatief gedrag, bijvoorbeeld opheffing van verveling en leegte.

ONDERZOEK

Aan het experiment was een onderzoek verbonden. In de meeste onderzoekverslagen welke wij op het spoor zijn gekomen wordt het gewichtsverlies als voornaamste variabele gehanteerd. Ons ging het echter om meer dan gewichtsverlies; met name het persoonlijk functioneren stond sterk op de voorgrond. Hiermee kwamen wij al meteen op glad ijs. Noch in de literatuur, noch in de Nederlandse praktijk konden wij voor ons doel goed hanteerbare „meetinstrumenten” op het spoor komen. Toch hebben wij gemeend zoveel als mogelijk was te moeten kijken naar wat er gebeurde om daaruit lering te trekken. De indices, die in het vervolg van ons betoog naar voren komen, zijn dan ook niet meer — maar ook niet minder — dan indrukken, die uiteraard nadere uitwerking behoeven. Wij hebben ons bij het opdoen van deze indrukken gebaseerd op de volgende door ons verzamelde gegevens:

- 1 een gedetailleerde beschrijving van het hele proces (groepsverslagen, individuele verslagen, evaluatieverslagen van de coaching);
- 2 alle groepsleden vulden aan het begin en einde van het experiment vragenlijsten in (zelfbeoordeling); bovendien hielden alle deelnemers een notitieboekje bij;

3 eenmaal per maand werd het gewicht gemeten (totaal vijf keer);

4 aan begin en eind van het experiment werd ook de huidploidikte gemeten met de Harpender & Kingfoldcaliper (betere maat voor de hoeveelheid vet);

5 bij een steekproef van dertien patiënten werden door een geïnteresseerde internist wederom aan het begin en het eind van het experiment via een subcutane punctie in de gluteaal streek, vetcellen verzameld. Tevens werd met een injectie van „zwaar” water de hoeveelheid extracellulair vocht bepaald; een en ander levert een maat op voor de hoeveelheid vet en typering van het vetpatroon; vele kleine vetcellen of weinig grote - theorie over de invloed hiervan op gewichtsverlies;

6 een aantal sociale en medische gegevens, zoals gebruikt in het morbiditeitsonderzoek van de groepspraktijk, werd als achtergrondvariabelen ingevoerd.

Bij het onderzoek waren 27 vrouwen betrokken. Er waren drie groepen die respectievelijk bestonden uit tien, twaalf en vijf leden. De laatste groep was zo klein omdat al snel enkele deelnemers afvielen. In tabel 1 vindt men een aantal achtergrondgegevens van de groepsleden.

De in het voorgaande (onder „onderzoek”) gememoreerde en gemeten huidploidikte blijft hier verder onvermeld omdat deze in dit onderzoek slecht interpreteerbare resultaten bleek op te leveren, doordat de spreiding der metingen bij eenzelfde vrouw groot was aangezien het meermalen zeer dikke huidplooien betrof (bijvoorbeeld 3 tot 4 cm). Het onderzoek naar de hoeveelheid vet en de typering daarvan door middel van subcutane gluteaal punctie is elders in bewerking.

GESPREKSONDERWERPEN

De gespreksonderwerpen kwamen voornamelijk uit de groep zelf naar voren. Wel moest, vooral in het begin, het gesprek door de leiding worden bijgestuurd omdat het vaak doelloos gepraat dreigde te worden

Tabel 1. Achtergrondgegevens van de deelnemers (N = 27).

Leeftijdverdeling en gezinssituatie	Aantal
Jonger dan 30 jaar	4
Tussen 30 en 45 jaar	12
45 jaar en ouder	11
Gehuwd	25
Kinderen	23
Beroepsniveau	
Hoger	1
Midden	18
Lager	8
Woonomstandigheden	
Wonend in de laagbouw	6
Wonend in flats	21
Tijdstip waarop adipositas intrad in de jeugd	10
Na huwelijk en/of na eerste kind	13
Op middelbare leeftijd	4
Uitgangsgewicht:	
Gemiddeld gewicht bij aanvang experiment	85 kg
Hoogste gewicht	112 kg
Laagste gewicht	71 kg

over eten en recepten. Toen dit patroon eenmaal was doorbroken kwam een veelheid van onderwerpen aan de orde. Men zou deze onderwerpen kunnen verdelen in twee categorieën:

onderwerpen die min of meer direct met eten en dik zijn hebben te maken, zoals dieet en eetproblemen, zwakke wil ten aanzien van het „lijnen”, minderwaardigheidsgevoelens ten opzichte van het „figuur”, kwetsbaarheid voor opmerkingen over het figuur, moeite met en/of het ontbreken van lichaamsbeweging, de nadelige gevolgen van het dik zijn voor de gezondheid, dik zijn en „de pil”, eten uit verveling, eten om een leegte op te vullen, eten voor de gezelligheid; eten uit eenzaamheid, eten door „de zenuwen” of als men zich „rot” voelt;

onderwerpen die in breder verband met het persoonlijk functioneren hebben te maken (en mogelijk daardoor ook op het dik zijn) zoals moeilijkheden met het dik zijn in de gezinssituatie (vooral de echtgenoten toonden weinig begrip), het altijd flink moeten zijn - vooral in de gezinssituatie, (daardoor?) moeilijk hulp kunnen vragen aan anderen

onder wie wéér de echtgenoot, moeite met voor zichzelf te durven opkomen, moeite met agressieregulatie, minderwaardigheidsgevoelens, gebrek aan zelfvertrouwen, de sterke neiging tot aanpassen en zich anders voordoen dan men is („gezellige dikkerd”), moeite met ontspanning, moeite met naar anderen te luisteren, huwelijksproblemen, opvoedingsproblemen, problemen op het werk.

Opvallend is de hoeveelheid ter sprake gekomen onderwerpen. Dit was duidelijk een winst van het groepsgebeuren. Toen men zich door zijn lotgenoten geaccepteerd voelde, ontwikkelde er zich wederkerig tussen de deelnemers een enorme stimulans binnen de groep. Uit de rapportages bleek dat 7 vrouwen van de 27 zich al vanaf het begin in de groep op haar gemak gevoelden, 14 vrouwen geraakten daartoe in de loop van het proces. In de zelfbeoordeling (na afloop ingevuld) bleken 18 vrouwen zich verbonden te hebben gevoeld met de groepsgenoten.

Het groepsdoel. Als wij het hele gebeuren nog eens wat nauwkeuriger bekijken is het eigenlijk niet zo vreemd dat er zoveel op de eigen persoon betrokken onderwerpen aan de orde kwamen. Aanvankelijk was het verwachtingspatroon duidelijk gericht op diëten, voedingsvoorlichting en dergelijke. Na vrij korte tijd hield men dit echter voor gezien en wilde men veel liever praten over persoonlijke problemen. In de zelfbeoordeling na afloop vonden dan ook 20 vrouwen van de 27 dat de groep er voor diende om persoonlijke problemen te bespreken.

Behoeften, die in de groep werden bevredigd. Uit de zelfbeoordeling bleek dat 15 van de 27 ondervraagden de behoefte aan contact in grote mate bevredigend vonden. Dit werd nog eens geaccentueerd door het feit dat velen wilden doorgaan toen de groepsbijeenkomsten ten einde waren. Een aantal (18) is gaan deelnemen aan een gespreksgroep van het vormingsinstituut. Een aantal anderen kwam een tijdlang op eigen initiatief nog bij elkander. Van de 27

deelnemers vonden 13 de behoefte aan stimulans om af te vallen bevredigend; 10 vrouwen vonden hetzelfde over de behoefte aan praten over eten en diëten; 9 vrouwen vonden het van de behoefte aan gezelligheid en 9 vrouwen ervoeren de behoefte aan praten over eigen problemen in grote mate bevredigd.

Persoonlijke problematiek. Bij ongeveer de helft van alle vrouwen bestonden duidelijke minderwaardigheidsgevoelens als gevolg van dikzijn. Hedderich concludeert ook uit zijn onderzoek dat vetzuchtigen, die graag willen afvallen, zich benadeeld en als mindere behandeld voelen ten opzichte van mensen met een normaal gewicht. Bij 8 van de 27 vrouwen kwam bovendien naar voren dat zij in hun gezin „flink” moesten zijn. Zij vonden dat zij zich niet zwak mochten tonen en dat zij zeker hun eigen problemen voor zich moesten houden.

Suczek deed een onderzoek naar de persoonskenmerken van vetzuchtige vrouwen en zag als een van de belangrijkste karaktertrekken het psychisch (en daardoor ook lichamelijke?) sterk moeten zijn en het ontkennen van zwakte. Groen vond in zijn groepen vetzuchtigen dat de meeste vrouwen de verzorging van hun gezin voorop stelden en nauwelijks zorg en aandacht voor zichzelf durfden vragen. Ook van onze deelnemers vonden 15 vrouwen dat zij geen hulp kunnen of willen vragen aan man of aan kinderen voor hun problemen. Bij 7 vrouwen kwam actuele huwelijks- en gezinsproblematiek naar voren. Tenslotte bleken 15 vrouwen naar eigen zeggen te gaan eten als gevolg van problemen, spanningen, verveling en leegte. Opvallend was dat degenen, die in de laagbouw wonen, evenals degenen met kinderen (dit gaat in Ommoord meestal samen) significant vaker (allemaal zelfs!) aangeven te eten en te snoepen bij stress of verveling!

De groepsleiding. De bedoeling was de groepen niet directief te leiden: de inhoud van de gesprekken en het groepsproces werden zoveel

mogelijk door de groep zelf bepaald. Uit de zelfbeoordeling bleek dat deze bedoeling niet helemaal juist is overgekomen: 7 vrouwen vonden de leiding directief; 5 vrouwen waren van mening dat de leiding het midden hield tussen directief en niet directief; 6 vrouwen oordeelden de leiding niet directief. Op de vraag aan welke van de twee vormen van leiding geven men de voorkeur gaf antwoordden 15 vrouwen: directief; 4 vrouwen: niet directief en 4 vrouwen er tussen in.

IN HOEVERRE ZIJN DE DOELSTELLINGEN VERWEZENLIJK?

1 *Absentie en „afvallen”.* Van de groepsleden zijn er 10 drie of meer keren afwezig geweest, in het merendeel van de gevallen met opgaaf van reden. Na de zevende bijeenkomst hielden twee deelnemers er mee op; het bespreken van elkaanders persoonlijke problemen vonden zij „gezwets”, zij wilden concrete richtlijnen, verder niets. Om dezelfde reden hadden zich na de eerste (informatieve) bijeenkomst al vier deelnemers teruggetrokken. Drie personen vielen tenslotte af wegens verhuizing of verandering van werkring. Hierna waren de betreffende 27 vrouwen over.

2 *Gewichtsverlies.* Aan het einde van de groepsbijeenkomsten waren 12 vrouwen meer dan vier kilogram afgevallen. Het hoogste gewichtsverlies bedroeg zestien kilogram, het minste resultaat was een gewichtsvermeerdering van twee kilogram. Gemiddeld kwam men uit op een gewichtsverlies van vier kilogram. In september, dus vijf maanden later, werd het gewicht nog eens gemeten. De situatie was gelijk gebleven. Het gemiddelde verlies bleef iets beneden de vier kilogram.

Men mag (wederom) concluderen dat het gewichtsverlies teleurstellend is, ook al was de primaire opzet niet zozeer het afvallen op zichzelf. Wij sluiten ons dan ook aan bij de conclusie van Schouwstra dat de gewichtsvermindering bij een groeps-

gewijze benadering moeilijk als succes van het groepsgebeuren is te hantieren.

Opvallend is wel de flinke spreiding in vermindering van gewicht. Sommige deelnemers vallen enorm af, twee waren in september respectievelijk 23 en 24 kilogram afgevalen, bij anderen blijft effect uit, sommigen (3) komen zelfs wat aan, een ervaring die vele diëtisten en huisartsen zullen delen en die niet te verklaren is met het zich wel of niet aan een dieet houden.

Constitutionele factoren en tijdstip van dik worden, bijvoorbeeld in de vroege jeugd, lijken nadelige factoren. Overigens blijken de leeftijdsgroepen van 45 jaar en ouder het dik zijn gemakkelijker te accepteren dan jongeren, van wie niemand het accepteerde.

3 *Verandering van de eetgewoonten.* Van de 27 ondervraagden zeggen 18 na afloop van de groep dat zij haar eetgewoonten hebben veranderd; 20 vrouwen zijn dan ook van mening dat afvallen niet een kwestie is van een tijdelijk dieet maar van een blijvende verandering van eetgewoonten; 6 vrouwen zeggen minder vet te eten; 5 vrouwen zowel minder vet als „zoet”; 7 vrouwen gebruiken naar eigen zeggen minder alcohol. De personen die meer dan drie kilogram zijn afgefallen vermelden significant (één procent niveau) vaker dat hun eetgewoonten zijn veranderd dan zij, die minder dan drie kilogram zijn afgefallen. In tegenstelling tot wat men zou verwachten, zijn de zes personen die reeds rookten, niet meer gaan roken. Een van de doelen was dat aan het eind van de sessies de groepsleden de steun en stimulans van de groep bij het veranderen van de eetgewoonten niet meer zouden nodig hebben. Van de 27 vrouwen vinden 23 dat zij na afloop van de groepen zonder steun van de groep verder kunnen afvallen en zijn dit ook van plan. Degenen, die meer dan drie kilogram zijn afgefallen, zijn hierin — begrijpelijk — optimistischer dan de rest.

4 *Het verkrijgen van inzicht en attitudewijziging.* In de zelfbeoorde-

ling vinden 9 vrouwen dat zij zich bewust zijn geworden van de achterliggende factoren van het dik zijn. Uit de rapportages van persoonlijke gesprekken met de deelnemers komen wij wat dit betreft zelfs op 13 vrouwen. De leeftijdsgroep tot 45 jaar heeft significant meer inzicht in de achtergronden van dik zijn dan de groep van 45 jaar en ouder; dit geldt ook voor de hogere en middelste beroepsklasse ten opzichte van de lagere. 9 vrouwen zeggen door die bewustwording verandering te hebben aangebracht in de situatie die door deze achterliggende factoren wordt bepaald. 9 vrouwen vinden dat zij meer voor zichzelf opkomen; 5 vrouwen achten zich minder nerveus; 9 vrouwen geven aan meer contact met burens te hebben. Het blijkt tenslotte dat degenen, die inzicht hebben gekregen in de achtergronden van het dik zijn, significant (één procent niveau) vaker van inzicht zijn dat zij op het persoonlijke of sociale vlak zijn veranderd.

5 *Alternatief gedrag.* Meer dan de helft van de deelnemers meent, na afloop van de groepen, de dwangmatige behoefte aan eten of snoepen beter te kunnen weerstaan. Van de 27 vrouwen gaan 14 op zo'n moment iets anders doen bijvoorbeeld lezen, naaien of andere hobbies. 18 vrouwen zijn iets gaan doen in Ommoord als opvulling van leegte of verveling. 8 vrouwen zeggen er sinds het deelnemen aan de groepen meer op uit te trekken. Ook de gegeven informatie lijkt zijn doel bij de gedragsverandering niet te hebben gemist: 18 vrouwen zijn meer aan schoonheidsverzorging gaan doen (schoonheidsspecialiste); 14 vrouwen zijn meer gaan wandelen; 22 vrouwen zijn meer op de lichaamshouding gaan letten (fysiotherapie); 18 vrouwen zijn van plan iets te gaan doen in de zin van yoga, gespreks-groepen, hobbyclubs en dergelijke.

6 *Sociale vaardigheden.* Aan sociale vaardigheden is in deze groepen niet expliciet gewerkt. Het opgenomen zijn in de groep laat klaarblijkelijk in deze zin toch zijn invloed gelden. Uit de verslagen van de groeps-

leiding blijkt dat het merendeel van de dames veel beter naar elkander heeft leren luisteren. 4 vrouwen zeggen in de zelfbeoordeling te zijn veranderd op het sociale vlak; 8 vrouwen voelden zich mettertijd ongeremder in de groep; 7 vrouwen zeggen zich nu ook in een groot gezelschap prettiger te voelen.

NABESCHOUWING

Het aantal patiënten in de huisartspraktijk dat wil afvallen is groot. De ervaringen met dit afvallen zijn voor ieder, die zich ermede bezig houdt, teleurstellend en frustrerend. Zoals zo vaak in de huisartsgeneeskunde is het ook bij adipositas weer de vraag wat het werkelijke probleem is achter de vraag om af te vallen. Biedt de patiënt, die wil afvallen, niet iets anders aan dan zijn vetlaag; en zo ja, wat dan? Is dat leegte, verveling, hunkering naar ook eens wat aandacht, naar ook eens zwak mogen zijn of verdrietig of boos, enzovoort? Of gebruikt de patiënt zijn vetlaag als alibi om juist alles bij het oude te kunnen laten; hij doet immers zijn best om af te vallen; en wat kun je meer doen dan je best, je loopt tenslotte niet voor niets bij de dokter. Of is iemand gewoon te dik omdat hij teveel eet onder het bombardement van alle reclame (waarom doen wij dáár dan niet wat aan als vetzucht zo slecht is, zoals wij altijd maar weer horen en weten!). Of wil iemand afvallen omdat „dun” de mode is (zie wederom de reclame)?

Uit onze ervaringen, in het voorafgaande beschreven, blijkt nog weer eens duidelijk hoe complex het adipositasprobleem in werkelijkheid is. Het blijkt ook dat een groot aantal vetzuchtigen, althans in onze groepen, was te motiveren, zij het met moeite, hun dik zijn vanuit verschillende gezichtshoeken te bekijken.

De groepswijze benadering lijkt voor de behandeling van adipositas een goed hulpmiddel. Dat een en ander leidt tot meer inzicht en tot een aanzet van attitude- en gedragsverandering is — op grond van onze resultaten — aannemelijk. Dat dit

niet leidt tot opvallende gewichtsvermindering is duidelijk en eigenlijk in het licht van bovenstaande ook niet anders te verwachten. Het frustrerende gevoel — dat ook weer iedere huisarts kent — bezig te zijn met iets (adipositas is te veel calorieën = afvallen = minder calorieën) dat eigenlijk een andere lading dekt was zowel voor de groepsdeelnemers als de groepsleiding bij deze groepservaring veel minder groot. Het merendeel van de groepsdeelnemers wilde dan ook geen wezenlijk andere benadering dan de door ons gevolgde. Wel wilde men meer nadruk op voedingsvoorlichting, informatie en het afvallen zelf, omdat men toch de gewichtsafneming als belangrijke steun en stimulans ervoer bij de effecten van het groepsgebeuren. De diëtiste houdt dus in het hele gebeuren een belangrijke taak.

Degenen, die méér dan drie kilogram waren afgevallen, gevoelden zich na verloop van tijd significant ongeremder en vrijer in de groep dan de rest. De in het begin van dit artikel gememoreerde conclusies van Harmon en Simmons kunnen wij onderschrijven: De groeps gesprekken

moeten evenwichtig zijn verdeeld tussen voeding en dieet enerzijds en emotionele achtergrond anderzijds, opdat de cirkel: eten en gegeten worden ook in overdrachtelijke zin doorbroken wordt en blijft.

Summary. Discussion groups for the obese; an experiment at the Ommoord health centre (Rotterdam). Obesity is a complex, multiconditional problem. Attempts to lose weight exclusively by dieting are usually disappointing. In January 1974 the Ommoord health centre started to form groups of patients who wanted to lose weight.

This study describes three groups totalling 27 women and confirms the complexity of the obesity problem. The group approach does seem to be a sound aid in dealing with this complex problem. The consequences of this approach include a more profound insight and motivation for changes in attitude and behaviour. In order to facilitate actual weight loss as well, a balanced distribution of group discussions over nutrition and diet on the one hand and emotional backgrounds on the other hand, is a necessity.

Bennet, E. B. (1955) Hum. Relat. 8, 251-274.

Godfrey, J. (1971) J. roy. Coll. gen. Practit. 21, 276.

Groen, J. J. (1972) Voeding. 33, 222-239.
Harmon, A. R. en anderen. (1958) Nurs. Outl. 6, 452-456.

Hedderich, K. en anderen. (1971) Dtsch. med. Wschr. 96, 748-789.

Lamberts, H. en anderen. (1971) huisarts en wetenschap 14, 373-381.

Lewin, K. Groupsdecision and social change in: Maccoby, E. E. en anderen. Readings in social psychiatry. New York, 1958.

Schouwstra, C. P. (1974) huisarts en wetenschap 17, 93.

Simmons, W. D. en anderen. (1954) J. Amer diet Ass. 30, 437-441.

Suczek, R. (1957) Am. J. Clin. Nutr. 5, 197-202.

Stauder, K. H. (1959) Psyche (Heidelberg) 11, 641-185.

Stichting Interkruis. Rapport over werken met afslankgroepen in Leiderdorp, Sassenheim, Utrecht, Wassenaar en Ommoord. Interkruis, 's-Gravenhage, 1974.

Summerskill en anderen. (1955) Emotional adjustment and dieting performance 19, 151-153.

Weight Watchers. An international organization for fatties. 2 Thames street, Windsor, Berkshire. In Nederland: Weightwatchers, club voor slankblijvers, Gratia van der Oye, Kerkstraat 48, Den Haag.

Young, C. M. en anderen. (1957) Am. J. clin. Nutr. 5, 186-191.

Young, C. M. en anderen. (1955) Amer. Practit. 6, 685-694.

Registratie van medische gegevens door de huisarts*

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

INLEIDING

Kort na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap werd in 1959 de groene „werkkaart” geïntroduceerd (*Studiegroep Patiëntenregistratie*). Deze kaart is een succes geworden; er werden miljoenen exemplaren verkocht en bijna alle Nederlandse huisartsen gebruiken tegenwoordig een of andere vorm van kaartstelsel. De doelstelling van de ontwerpers van de N.H.G.-kaart was drieledig: de kaart dient als geheugensteun voor de huisarts; de kaart geeft (met behulp van ruiters en

plakstrookjes) de mogelijkheid voor het snel signaleren van bepaalde gegevens; men zag de registratiekaart van de huisarts als een „carnet de santé”, waarin de gezondheidstoestand van alle burgers is vastgelegd. Dit laatste speelde duidelijk mee toen het N.H.G. enige jaren later uitsprak dat het beheer van alle medische gegevens tot de taak van de huisarts behoort. Naast de werkkaart, die sinds 1959 nauwelijks is veranderd, werden door het N.H.G. een vervolgcarter, een zwangerschapskaart, een orale anticonceptiekaart en een systeem voor het opbergen van specialistenbrieven uitgebracht.

Inmiddels zijn er op het gebied van

Het hier afgedrukte artikel is geschreven op verzoek van het N.H.G.-bestuur en beoogt de gedachten te bepalen over de registratieproblemen in de eerste lijn. De redactiecommissie hoopt dat hiermee een aandeel kan worden geleverd in de voorbereiding van de over enkele maanden te houden „workshop” op dit gebied.

de medische registratie nieuwe ontwikkelingen, waarvan ik er drie zou willen noemen. In de eerste plaats is de hoeveelheid medische gegevens, die van ieder individu ter beschikking staat, snel toegenomen. Niet alleen de behandelingen van ziekten, maar ook allerlei vormen van preventief onderzoek (zuigelingen, scho-

* Uit het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde