

# Een vorm van samenwerking tussen huisarts en diëtiste\*

DOOR TH. W. NIJENBERG, DIËTISTE EN J. M. DEVEER, HUISARTS, BEIDEN TE UTRECHT

In zijn dagelijks werk wordt de huisarts vele malen geconfronteerd met voedingsproblematiek. Zowel bij de behandeling van ziekte als in het vlak der preventie is kennis van de voedingswetenschap voor hem van belang. Hoewel hij meestal krachtens zijn opleiding beschikt over een redelijke kennis van de grote lijnen van diëtetik is zowel zijn theoretische kennis als zijn ervaring in de praktische toepassing ervan niet altijd voldoende om een optimaal resultaat te verkrijgen.

Sinds 1935 bestaat er opleiding tot het beroep van diëtiste. Vooral na de tweede wereldoorlog is dit beroep meer in de belangstelling gekomen. Men doet veel moeite voor de erkenning er van. Via het Nijverheidsonderwijs voeren verschillende wegen tot een eenjarige diëtiste-cursus, welke in Amsterdam, Nijmegen en Den Haag wordt gegeven.

Het theoretische deel van de cursus wordt gegeven door een groot aantal specialisten. Het omvat pathologische anatomie, ziekteleer, voedings- en dieetleer en bovendien theorie en praktische toepassing bij de door de specialist voorgestelde gevallen. Verder worden lessen gegeven in bacteriologie, psychologie, sociologie, organisatie van de gezondheidszorg, voedingsvoorlichting, keukeninrichting. Daarnaast wordt de economie en administratie van inrichtingen behandeld. Bovendien loopt men gedurende een half jaar stage in ziekenhuizen. Een klein deel van de praktijkperiode mag men doorbrengen bij een G.G. en G.D. of bij een bedrijf. Het examen wordt afgenomen in tegenwoordigheid van een gedelegeerde van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Een groot aantal diëtisten vindt zijn arbeidsterrein in ziekenhuizen en andere inrichtingen. Daarnaast is er een groep werkzaam in de preventieve sector, terwijl ook bij de industrie behoefte bestaat aan krachten met een dergelijke opleiding. Gedurende de laatste jaren bestaat er ook bij de verschillende Kruisverenigingen belangstelling voor de mogelijkheden, die de diëtiste kan bieden. Op provinciaal niveau ging men over tot het aanstellen van diëtisten, waarbij men voor haar als taak zag: individuele en groepsvoorlichting van overige functionarissen in dienst van de Kruisverenigingen; rechtstreekse groepsvoorlichting, gepaard gaande met het verspreiden van voorlichtingsmateriaal aan

verenigingen of aan speciale bevolkingsgroepen, zoals bejaarden, aanstaande moeders of diabetici.

Daarnaast wordt de diëtiste ook een taak toegedacht in de rechtstreekse individuele voorlichting, in samenwerking met huisartsen of specialisten. Bij deze vorm van voorlichting ligt het niet in de bedoeling dat de diëtiste in het gezin komt. Zij zal haar adviezen in het algemeen slechts geven via degene die haar om advies heeft gevraagd, bijvoorbeeld wijkverpleegster, districtsverpleegster, specialist of huisarts. Gezien de noodzakelijke nazorg zou de wijkverpleegster steeds zoveel mogelijk op de hoogte dienen te zijn van de door de diëtiste verstrekte adviezen. Men stelt zich hierbij voor, dat de diëtiste slechts in uitzonderingsgevallen in het gezin komt, steeds in overleg met de huisarts en bij voorkeur tezamen met de wijkverpleegster. Haar werk zou in de eerste plaats moeten bestaan uit het houden van spreekuren.

In de laatste acht jaren komt dit werk in sommige streken in de dorpen, waar de communicatieproblemen over het algemeen eenvoudig liggen, langzaam tot enige bloei. In de steden zijn de ervaringen nog ronduit slecht. Toch is hier voor de huisarts de mogelijkheid gegeven om via de diëtiste zijn patiënten beter te behandelen. Het is echter de vraag of de bovengenoemde manier van samenwerking voor dat deel van de problematiek, waarmede de huisarts heeft te maken, wel adequaat moet worden beschouwd. Het is zelfs mogelijk dat hierin een van de redenen van de trage ontwikkeling is gelegen.

Met de huispraktijk als uitgangspunt is er slechts weinig over de vorm van samenwerking en de methode van werken van de diëtiste gedacht. Het was de bedoeling van de schrijvers om via een proefcontact enige oriënterende gedachten in deze richting te ontwikkelen. Aanvankelijk werd getracht te achterhalen welke andere oorzaken er voor het slechte spreekuurbezoek zouden kunnen zijn. De ervaring leerde, dat het geven van ruime ruchtbaarheid, inclusief een persoonlijke kennismaking van de diëtiste met de huisarts, niet voldoende was. Tijdens deze kennismakingcontacten bleken enkele huisartsen van mening dat zij in het spreekuurconsult reeds voldoende informatie gaven. Tevens werd de indruk opgedaan, dat in het arsenaal van de huisarts de weinig spectaculaire dieettherapie door arts en patiënt nogal eens als onbelangrijk wordt gevoeld. In andere gevallen lijkt de behandeling te schematisch en te weinig aangepast en uitge-

\* Het beschreven proefcontact werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Wit-Gele Kruis, afdeling Utrecht.

werkt. Zeer vaak worden standaarddiëten gebruikt afkomstig van voedingsindustrieën, alhoewel men de nadelen ervan onderkent (reclame, onpersoonlijk, verward).

Als mogelijk bezwaar van een regelmatig spreekuurcontact tussen diëtiste en patiënt werd gesteld, dat de huisarts kan menen hierdoor een gedeelte van zijn verantwoordelijkheid te hebben gedelegeerd. Als gevolg hiervan zou hij niet meer voldoende aandacht aan de dieettherapie besteden. Anderzijds werd gesteld, dat genoemd spreekuurcontact tot een schijnbehandeling of wezenlijke behandeling door de diëtiste kan uitgroeien, waartegen de huisarts bezwaren zou kunnen koesteren. Opleiding en taak van de diëtiste staan de artsen vaak niet duidelijk voor ogen. Haar kracht wordt geacht meer op culinair terrein dan in het vlak der gezondheidszorg te liggen.

We kunnen ons voorstellen, dat er ook van de zijde van de patiënt factoren bestaan, die oorzaak zijn voor het slechte spreekuurbezoek. De onbekendheid met het bestaan van een dergelijk spreekuur speelt een rol, maar van meer betekenis is de onbelangrijkheid van een dieet in de ogen van de patiënt en het feit, dat een dieet moeilijk is vol te houden. Veel patiënten zijn niet hun eigen verzorgers en men krijgt deze laatste groep meestal niet op het spreekuur van de diëtiste.

Uitgaande van bovengenoemde ervaringsfeiten en overwegingen werd voor het proefcontact een andere wijze van samenwerking ontworpen. Eenmaal in de veertien dagen werden in een persoonlijk contact de nieuwe dieetpatiënten door de huisarts aan de diëtiste voorgesteld, waarbij gesproken werd over hun somatische, psychische en sociale omstandigheden, voor zover deze voor de dieetbehandeling van belang waren. De diëtiste bezocht vervolgens de patiënt thuis, nam een voedingsanamnese op, maakte zich een eigen beeld van de persoon en zijn omgeving en trachtte een positieve relatie tussen de patiënt en haar te doen ontstaan. Tenslotte kwam zij met een zo doeltreffend mogelijk schriftelijk advies, waarvan aan de huisarts een afschrift werd gestuurd. Alle patiënten kwamen regelmatig op het spreekuur van de huisarts terug. De diëtiste kon op eigen initiatief, op verzoek van de patiënt of op verzoek van de arts herhalingsbezoeken afleggen. Het verdere verloop van de behandeling kwam regelmatig ter sprake in de contacten tussen huisarts en diëtiste.

Alle patiënten, die gedurende de proefperiode voor dieettherapie in aanmerking kwamen werden in het proefcontact opgenomen, tenzij van zeer eenvoudige standaarddiëten resultaat kon worden verwacht. Uiteraard is het hier gepresenteerde materiaal niet representatief voor de dieetproblematiek in de Nederlandse huisartspraktijk. Het lag slechts in de bedoeling om enkele algemene beschouwingen te baseren op materiaal uit de praktijk.

In een periode van zes maanden werden 54

patiënten voorgesteld. Deze groep bestond uit 39 vrouwen en 15 mannen. Naar het verstrekte dieetvoorschrift kan men de patiënten als volgt indelen:

Dieet	Aantal	Mannen	Vrouwen
Gewoon vermageringsdieet ...	29	23	6
Zout,,loos"vermageringsdieet .	7	6	1
Galblaasvermageringsdieet ....	1	1	
Colitisvermageringsdieet .....	1	1	
Vermageringsdieet met onverzadigde vetzuren .....	1		1
Gewoon diabetesdieet .....	1	1	
Vermagerings diabetesdieet ...	3	1	2
Zout,,loos"vermageringsdiabetesdieet ..	1	1	
Dieet bij colonklachten .....	6	5	1
Maagdieet .....	3		3
Zout,,loos"dieet .....	1		1
Totaal .....	54	39	15

Uit de in het staatje toegepaste rubricering blijkt duidelijk, dat het overgewicht verreweg de belangrijkste indicatie was, met name bij vrouwen, voor een intensieve dieetbehandeling. Achteraf werd nagegaan bij hoeveel van de 54 patiënten men naar het inzicht van zowel huisarts als diëtiste, toch met een eenvoudig standaarddieet zou zijn uitgekomen. Dit bleken er vier te zijn. Daarenboven leek voor twee andere patiënten de gevolgde werkwijze in zoverre niet noodzakelijk, omdat zij op een spreekuur van de diëtiste voldoende aangepaste informatie hadden kunnen krijgen. Het aantal patiënten, waarbij voor het maken van het dieet en voor het verdere verloop van de dieetbehandeling de bij het proefcontact gevolgde werkwijze onontbeerlijk leek, bedroeg 48. Bij 23 patiënten bleek het veelvuldig bezoeken van de patiënt door de diëtiste van waarde te zijn.

Tijdens het contact werd getracht de voordelen van het huisbezoek door de diëtiste bij de patiënt, te onderkennen. Het blijken de volgende te zijn.

Zij trof behalve de patiënt ook meestal de verzorgster of verzorger aan. Op het spreekuur komt hooguit slechts een van beiden. Wanneer dit alleen de verzorgster is en deze goed wordt geïnstrueerd in het bereiden van de hoofdmaaltijden, bestaat het gevaar dat de patiënt vindt, dat de verzorgster zich te streng aan het dieet houdt en zo het eten onnodig onsmakelijk maakt. Wanneer de patiënt zelf ook bij het gesprek aanwezig is, weet hij, dat de verzorgster niet onnodig streng is. Ook weet de patiënt dan wat hij tussen de maaltijden door mag gebruiken en wat de mogelijkheden zijn bij eten buitenshuis.

De voedingsanamnese en instructie konden directer gebeuren. Men ziet thuis de kookfaciliteiten en bovendien welke produkten er worden gebruikt. De patiënt vindt het prettig om te tonen welk voedsel hij kiest. Daardoor kan de gevoelsrelatie met de diëtiste aan waarde winnen, hetgeen voor de beïnvloeding van groot belang kan zijn.

De diëtiste krijgt een betere informatie over de aard van het gezin en ziet de patiënt als deel van een gezinseenheid. Hiermede kan bij het samenstellen van het dieet rekening worden gehouden. Ook kan men zo een betere indruk krijgen van de wijze van inkomstenbesteding en de materiële welstand van het gezin. Men weet beter of een eenvoudig of een wat uitgebreider voorschrift moet worden gegeven. Bovendien kan zo enigzins worden gepeild hoeveel zorg men van de patiënt of verzorgster ten aanzien van het dieet mag verwachten.

Door het huisbezoek is men niet afhankelijk van het initiatief van de patiënt. Uit verschillende motieven (gemakzucht, psychologische weerstanden) kan het voorkomen, dat de patiënt het spreekuur van de diëtiste, waarnaar hij wordt verwezen, niet bezoekt.

Wanneer men de patiënt thuis bezoekt is deze in zijn eigen omgeving. Hier wordt gemakkelijker contact gelegd dan op een spreekuur en het gevolg is, dat de patiënt veel minder verzwijgt bij het opnemen van de voedingsanamnese. Daardoor kan men een dieet geven, dat veel beter aan de situatie van de patiënt is aangepast. Bij een tweede bezoek of ander contact weet men dan waar de knelpunten zitten en daardoor kan men de patiënt meer steun geven. De patiënt krijgt de indruk, dat een en ander door onderling overleg op de voor hem meest plezierige manier wordt geregeld en dat hij niet wordt gedwongen iets te doen, waar hij geen zin in heeft.

De weerstand, die het houden van een dieet in de omgeving van de patiënt kan wekken neemt door het huisbezoek, waarbij men veelal ook andere leden van het gezin leert kennen, ook duidelijk af. Wanneer de huisgenoten iets weten van het hoe en waarom van het dieet kunnen zij de patiënt veel beter helpen tijdens zwakke momenten.

Uiteraard staan hier andere overwegingen tegenover. Doordat de patiënt soms gemakkelijker praat, wanneer de huisgenoten niet aanwezig zijn of de omgeving rustiger is, komen er op een spreekuur soms weer andere facetten naar voren. Niet te ontkennen is dat controle van de patiënt op een spreekuur in een aantal gevallen zeer goed mogelijk is indien men éénmaal een contact bij de patiënt thuis heeft gehad en daarbij voldoende informatie over zijn omgeving heeft gekregen. In vergelijking tot het houden van een diëtiste-spreekuur is bezoek bij de patiënt thuis kostbaarder. Het huisbezoek kost bovendien meer tijd, omdat een bezoek meestal wat langer duurt en de diëtiste zich moet verplaatsen. Het is echter de vraag in hoeverre dit van belang is, gezien het te verwachten beter functioneren van de hulp en de mogelijke toename van het effect ervan.

Wel zou men kunnen stellen, dat men te veel van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt overneemt of anders gezegd, dat men het de patiënt te gemakkelijk maakt. Deze overname van de per-

soonlijke verantwoordelijkheid is echter in feite een stimulering ervan.

In de loop van het contact kwamen de volgende punten duidelijk naar voren.

Bij de dieetbehandeling is het voor de huisarts nuttig om een scheiding te maken tussen diëten met een kwalitatief en met een kwantitatief karakter. Voor de kwalitatieve diëten te weten: galblaas-, maag-, colondieet en zoutloos dieet, kan men zeer wel een standaarddieet gebruiken, dat de huisarts zelf aan de patiënt kan uitreiken. In die gevallen, waarbij van de kant van de patiënt moeilijkheden rijzen bij het volgen van een dergelijk standaarddieet kan men de hulp van de diëtiste inroepen, welke hulp meestal zeer goed op een door haar te houden spreekuur kan worden geboden.

Bij de kwantitatieve diëten is het noodzakelijk een uitgebreide voedingsanamnese op te nemen. Men moet rekening houden met de persoonlijkheid van de patiënt en de structuur van het gezin waartoe hij behoort. Bovendien moeten mogelijke inconvenienten van zijn werktijden, respectievelijk het karakter van zijn werk in aanmerking worden genomen. Bij dergelijke diëten lijkt het huisbezoek, tenminste voor het eerste contact, van doorslaggevende waarde.

Een deel van de patiënten blijkt moeilijk voor dieetcontrole naar de huisarts te gaan. Als factoren, die hierbij mogelijk een rol spelen kunnen worden genoemd: de patiënt heeft de dieetmaatregelen niet voldoende opgevolgd; hij leeft in de veronderstelling, niet voldoende aan de verwachtingen te hebben beantwoord; hij wil niet voor een „kleinigheid” beslag leggen op de drukbezette tijd van de huisarts, en de patiënt vindt het houden van een dieet eigenlijk niet zo belangrijk. Dit laatste wordt in de hand gewerkt door het feit, dat bij een aanmerkelijk deel van deze groep het dieet voornamelijk een preventieve waarde had. In het morbiditeitspatroon, dat de huisartsen wordt aangeboden, levert deze groep een belangrijk aandeel.

Gezien de stelling, dat de verantwoordelijkheid voor de dieetbehandeling bij de huisarts dient te blijven berusten verdienen de volgende overwegingen eveneens de aandacht.

De huisarts zal zich bewust moeten zijn van de gevoelswereld, waarin de patiënt leeft bij het houden van dieet. Maatregelen in het vlak van de praktijkvoering van de huisarts, bijvoorbeeld een afspraakspreekuur, kunnen het continue contact tijdens de behandeling verbeteren. Het in een persoonlijk contact toelichten van de waarde van preventieve maatregelen valt ten zeerste aan te raden. Aanvulling van de kennis van de huisarts wat betreft de voedingsleer is zeker gewenst.

De meerderheid der patiënten stelde de gevolgde werkwijze zeer op prijs en maakte een coöperatieve indruk. De huisarts had het gevoel, dat het effect van de dieetbehandeling groter was dan voordien en dat hem bovendien in het therapeutische vlak,

bijvoorbeeld bij de behandeling van diabetes-patiënten, meer armslag werd gegeven. Bij benadering leek voor de in het voorgaande beschreven werkwijze, per duizend inwoners twee uur arbeid per week van de diëtiste toereikend te zijn.

Enthousiasme en aandacht van huisarts en diëtiste in dit voornamelijk preventieve veld nemen duidelijk toe. Beiden hechten zeer veel waarde aan de correctiemogelijkheden, die zij in het contact hebben ervaren. In het contact bestaat de mogelijkheid, dat de diëtiste de huisarts informatie aanbiedt, die hij persoonlijk niet of niet zo gemakkelijk kan verkrijgen. Enerzijds wordt hiermee bedoeld informatie over de wijze, waarop de patiënt de relatie met zijn huisarts beleeft, anderzijds over die relaties, respectievelijk gezinsstructuren, die de huisarts ontgaan of die niet toegankelijk voor hem zijn. Hierbij spelen uiteraard zowel de persoonlijkheid van diëtiste en huisarts als de relatie tussen beiden een belangrijke rol.

Bij de kruisverenigingen bestond tot voor kort de neiging om de wijkverpleegster een grotere taak te geven bij de dieetvoorlichting in de huisartspraktijk. Hoewel het zeer goed mogelijk lijkt, dat zij bij een incidenteel geval de huisarts in zijn dieetbehandeling kan ondersteunen is het vooralsnog de vraag of een wijkverpleegster in dit vlak voldoende hulp zal kunnen bieden. De opleiding van de diëtiste lijkt hiertoe veel adequater. Bovendien bleek in de praktijk, dat bij geen van de tijdens het proefcontact bezochte patiënten de wijkverpleegster contact had gehad met het gezin, waarvan de patiënt deel uit-

maakte. Hoewel de medisch-persoonlijke contacten met het gezin zoveel mogelijk over één figuur moeten lopen, lijkt het ons, dat achtergrond, doel en continuïteit van het werk van de diëtiste zo verschillen van dat van de wijkverpleegster, dat ook aan eerstgenoemde entree in het gezin moet worden gegeven. De wijkverpleegster kan het werk van de diëtiste ondersteunen in die gevallen, waarbij zij vanuit haar professie in hetzelfde gezin een rol speelt.

Het succes van de geschetste gang van zaken staat of valt met een continue, goede persoonlijke relatie tussen huisarts en diëtiste. Dit geldt ook ten aanzien van de samenwerking met anderen die belast zijn met zorg in en rond het gezin, zoals zielzorger, wijkverpleegster, vroedvrouw, maatschappelijk werkster en heilgymnast. In de grote stad stelt een dergelijke communicatie alle betrokkenen voor enorme moeilijkheden. Het is dringend gewenst, dat wij ons op korte termijn beraden hoe deze kunnen worden opgelost.

*Samenvatting.* Aan de hand van een proefcontact tussen een huisarts en een diëtiste, waarbij werd gezorgd voor een goede communicatie en waarbij aan de diëtiste entree in het gezin werd gegeven, worden de voor- en nadelen van deze werkwijze uitvoerig overwogen.

*Summary.* A form of cooperation between general practitioner and dietician. The advantages and disadvantages of cooperation between general practitioner and dietician are discussed with reference to a test case in which good communication was ensured and the dietician given access to the family.

## Enkele facetten van de gezondheidsleer voor de ouder wordende mens

DOOR F. J. G. OOSTVOGEL, ARTS\*

In zijn bundel novellen „Mens en Engel” beschrijft Adriaan Morriën op voortreffelijke wijze een oude vrouw die, alleen in huis, bewusteloos is geraakt en weer tot bewustzijn komt. Haar „laatste lichaam” had haar in de steek gelaten. Zij had namelijk haar leven gezien als een verzameling lichamen, zij was van het ene lichaam in het andere gestapt. Alhoewel „Haar laatste lichaam” de situatie, zoals deze zich kan voordoen, indringend beschrijft, moeten wij rekenen met de realiteit van één lichaam van geboorte tot dood. Tussentijdse wisseling is er niet bij, ook al kan men reeds organen transplanteren. Dit ene, ons op het levenspad vergezellende lichaam en de daarin huizende geest moeten wij dan ook in zo goed mogelijke conditie houden.

\* Geneesheer-directeur Gulden Huis te 's-Gravenhage.

De gezondheidsleer voor bejaarden is een vervolg op en een aanvulling van de algemene gezondheidsleer. Het is een algemene gezondheidsleer waarbij er meer dan tot nu toe geschiedde rekening dient te worden gehouden met het feit dat de leeftijdsverwachting van de pasgeborene de laatste decenia sterk is toegenomen. Zulks zal overigens wel mede een gevolg zijn van de toepassing van deze leer. Zij richtte zich echter tot dusver meer op het levensbegin tot aan de volwassenheid en in veel mindere mate op het presenium en het senium, op de levensvoltooiing.

De wetenschappen die zich bezig houden met de problematiek rond het ouder worden, de gerontologie, en haar medisch onderdeel de geriatrie, staan nog in de kinderschoenen. Alleen vanuit deze kinderschoenen kan ik een poging wagen enige aspecten