

wachttijd voor nieuwe patiënten, gunstig kan worden beïnvloed.

Het is uiteraard minder eenvoudig het overige rendement — dus met uitzondering van het naar de specialist verwijzen — van het gebruikmaken van een E.C.G.-Dienst voor huisartsen in maat en getal uit te drukken. Men mag echter onzes inziens de conclusie trekken dat wanneer men bij tweehonderd patiënten, die — op indicatie — naar een E.C.G.-Dienst worden verwezen, 53 procent afwijkingen in het electrocardiogram vindt, er zowel medicamenteus als wat leefregels betreft het een en ander aan medische begeleiding door de huisarts kan worden gedaan.

Conclusies. Uit het voorgaande menen wij de conclusie te mogen trekken, dat het gebruikmaken van een E.C.G.-Dienst voor huisartsen een belangrijke aanvulling van het diagnostisch apparaat van de huisarts betekent. De opsporing van ischemische hartziekten door de huisartsen kan er door worden bevorderd. De samenwerking van een aantal huisartsen met een cardioloog of internist,

zoals in de hier beschreven E.C.G.-Dienst plaatsvindt, schept misschien tevens de mogelijkheid de „minimal lesions” op het electrocardiogram beter dan tot dusver het geval is geweest te evalueren. Ten slotte betekent het een niet te verwaarlozen winstpunt dat de wachttijd en de onzekerheid bij de patiënt in geval van verwijzing naar een interne polikliniek of cardioloog tot vrijwel nihil wordt verkort.

Morgans, C. M., D. B. Gillings, N. G. Pearson en D. B. Shaw. (1970) Brit. med. J. I, 41-43.
Seymour, J., N. Conway en E. Bridger. (1968) Brit. med. J. I, 305-307.
Short, D. (1970) Brit. med. J. I, 560-561.

Summary. An electrocardiographic service for general practitioners. A description is given of the objectives of an electrocardiographic service for general practitioners and the requirements which must be met if such a diagnostic service is to function effectively. The results of the electrocardiograms obtained in the first two-hundred patients warrant the expectation that this service will promote the diagnosis of ischaemic heart diseases in general practice.

De werkzaamheden van de diëtisten bij de Kruisverenigingen

DOOR G. B. OVERWEEL EN F. J. SCHAMINÉE*

Sinds 1955 werken diëtisten bij de provinciale Kruisverenigingen, het eerst in Groningen en Friesland, waar diëtisten werden ingeschakeld bij een onderzoek van diabetici en bij de voeding van aanstaande moeders. Thans in 1970, zijn ongeveer 45 diëtisten bij genoemde verenigingen werkzaam.

De diëtistenopleiding die sinds 1935 bestaat, duurt afhankelijk van de vooropleiding vier tot vijf jaar. De opleiding is zuiver paramedisch gericht; door specialisten worden onder meer de volgende vakken gedoceerd: chemie; pathologie en dieetleer; toegepaste dieetleer; pathologische anatomie; fysiologie en fysiologische chemie; warenkennis van de levensmiddelen; psychologie van de diëtiëk en intermenselijke verhoudingen; maatschappelijke gezondheidszorg. De aanstaande diëtisten krijgen een goede training in de voedselbereiding; een stage-tijd behoort mede bij de opleiding.

Wat is in het algemeen het werk van de diëtisten bij de Kruisverenigingen? Per provincie loopt dat nogal uiteen. Globaal gesteld hebben zij als taak de algemene en de dieetvoeding in een bepaald gebied of streek op een beter en meer verantwoord niveau te brengen en te houden.

De diëtiste is dus op voedingsgebied „de specialiste”; zij beantwoordt vragen, zij probeert proble-

men op te lossen en voor alles moet zij trachten de diverse mensen in de taal van hun eigen milieu en intelligentie-hoogte te benaderen. Dieetpatiënten die thuis hun voeding moeten verzorgen, hebben behoefte aan goede voorlichting. Het dieet moet zo zijn opgesteld, dat het past in het milieu van de patiënt, het mag geen of nauwelijks een extra belasting vormen voor het gezin.

De patiënt wordt de laatste tijd sterk beïnvloed door de reclame, hij raakt gemakkelijk in de war door de grote sortering dieetartikelen. Vele patiënten met een langdurig door te voeren dieet of een combinatie-dieet worden hiermede geconfronteerd. Een en ander maakt een goede en verantwoorde voorlichting noodzakelijk.

Voorlichting kan direct en indirect worden gegeven: direct aan individuele personen en gerichte groepen, terwijl indirecte voorlichting wordt verstrekt aan personen die uit hoofde van hun functie worden geconfronteerd met algemene en dieetvoeding. Door *Bremer en Van Westreenen* evenals door *Den Hartog* werd reeds een en ander over de samenwerking van huisartsen en diëtisten vermeld. Door een goed op elkander afgesteld zijn van artsen en diëtisten wordt het gezondheidspeil op een zo hoog mogelijk niveau gebracht.

Om enige indruk te geven van het werk van de diëtiste bij een Kruisvereniging, worden hier enkele

* Respectievelijk diëtiste in Gelderland en diëtiste in Noord-Brabant.

gegevens over 1968 uit de provincies Noord-Brabant en Gelderland verstrekt. Hiermede wordt niet gesteld dat deze provincies model staan, maar de schrijfsters van dit artikel hebben hier hun werkring, zodat zij uiteraard hoofdzakelijk beschikken over gegevens uit de genoemde provincies, waar in het totaal acht diëtisten werkzaam zijn.

De directe voedingsvoorlichting laat zich onderverdelen in twee onderdelen namelijk voorlichting aan gezonden en voorlichting aan zieken.

De voedingsvoorlichting aan gezonden werd in groepsverband gegeven, onder andere door middel van werkzaamheden samengevat in *tabel 1*.

De voedingsvoorlichting aan zieken wordt in groepsverband en individueel gegeven. In 1968 werden de volgende cursussen gehouden: vermageringscursussen (aantal lessen 12); cursussen voor diabetici (12) en cursussen voor samenstelling zoutarme diëten (21). Individueel wordt op spreekuren voorlichting gegeven.

Voor 1968 werden 1.357 spreekuren in 95 plaatsen gehouden. Hier kwamen 4.012 nieuwe patiënten en 19.543 controle-patiënten. Door de diëtiste worden alleen patiënten geholpen met een verwijfsbriefje van de arts. Hierbij kan worden opgemerkt, dat de diëtiste een beter uitgebalanceerd dieet kan geven wanneer de arts vermeldt hoe de somatische, psychische en sociale omstandigheden van de betreffende patiënt zijn.

Tijdens de spreekuren neemt de diëtiste de voedingsanamnese op, zij bespreekt met de patiënt zijn of haar dieet. Hierdoor krijgt de patiënt een dieet, waarin zijn wensen zoveel mogelijk zijn verwerkt. Diverse soorten diëten kunnen worden gegeven. Ook vermageringsdiëten moeten zoveel mogelijk worden aangepast aan de betreffende patiënt, want vermageren is niet hongeren, maar wel verstandig eten.

Zoals uit bovengenoemde aantallen valt te concluderen, komen de patiënten regelmatig op con-

Tabel 1. Samenvatting werkzaamheden in verband met de voedingsvoorlichting aan gezonden.

Werkzaamheden	Aantal malen	Aantal personen bij benadering
Cursussen voor aanstaande moeders	65	2 000
Lessen aan leerling-wijkverpleegsters	76	—
Lessen aan leerling-kraamverzorgsters	66	—
Kleutercursussen	34	550
Lezingen op bijeenkomsten voor bejaarden	42	2 100
Lezingen op vergaderingen voor diverse groepen	41	2 000

trole. Deze begeleiding en controle zijn belangrijk om hen te stimuleren in het dieet te volharden, om eventueel wijzigingen in het dieet aan te brengen of om verkeerde raadgevingen van familie of burens te corrigeren. Bij uitzondering bezoekt de diëtiste — ook op verwijzing van de arts — de patiënt thuis. In 1968 werden ongeveer 300 patiënten bezocht.

De indirecte voedingsvoorlichting wordt gegeven aan districtsverpleegsters, leidsters-docenten, wijkverpleegsters, kraamverzorgsters, ziekenverzorgsters in groepsverband of individueel. Ook komen geregeld vragen op voedings- en dieetgebied van de kant van artsen en vroedvrouwen.

De diëtiste houdt zich door vakliteratuur en contact met eigen vakvereniging en voorlichtingsbureau voor de voeding op de hoogte van de nieuwe inzichten op voedings- en dieetgebied. Bovendien zorgt zij ervoor kennis te nemen van alle nieuwe in de handel komende dieetartikelen, zodat haar werkzaamheden zo adequaat mogelijk kunnen worden uitgevoerd.

Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2.

Hartog, C. den (1965) huisarts en wetenschap 8, 281.