

patiënt zal door een bepaalde afwijking ernstige hoofdpijnen hebben, anderen in het geheel niet. Vooral bij de oogheelkundige oorzaken van hoofdpijn zijn de individuele verschillen zeer groot. De persoonlijkheidsstructuur van de patiënt speelt hierbij een grote rol. Zo zien we de ene patiënt met een oude, scheefzittende bril, die zijn afwijking zeker niet goed corrigeert, zonder hoofdpijnklachten, terwijl bij een ander $\frac{1}{4}$ dioptrie verschil van glazen of een kleine verandering van de cylinderas een hinderlijke hoofdpijn kan doen verdwijnen. Het werk van de patiënt, zijn milieu en zijn psychische toestand speelt naast de eigenlijke oogheelkundige afwijking een rol.

Het oogheelkundig onderzoek bij patiënten met hoofdpijnklachten is noodzakelijk; moge het vaak tijdrovend zijn, het is een dankbaar werk, omdat we degenen met oogheelkundige oorzaken van hoofdpijn meestal eenvoudig en doeltreffend kunnen helpen.

Schema voor oogheelkundig onderzoek bij hoofdpijnklachten

Anamnese:

1. Sinds hoelang bestaat de hoofdpijn?
2. Verband met werk, lezen, naaien?
3. Op welke tijd van de dag? (cave glaucoom: hoofdpijn soms geregeld in de ochtenduren).
4. Hele dag door, of als aanval? (denk aan migraine).
5. In welk deel van het hoofd wordt de pijn gelokaliseerd?
 - a. cephalaea anterior (mogelijk conjunctivitis, iritis of glaucoom);
 - b. cephalaea posterior (mogelijk presbyopie, convergentie-insufficiëntie);
 - c. cephalaea anterior en posterior of één van beiden (mogelijk refractieafwijking).

Onderzoek

1. Opnemen van visus met en zonder glazen. Myopie zo laag mogelijk corrigeren. Hypermetropie zo hoog mogelijk corrigeren. Astigmatisme moet meestal naar oogarts verwezen.
2. Ogen in alle richtingen laten bewegen. Letten op achterblijven (oogspierparese) van één oog. Onderzoek van oogspierevenwicht: ogen beurtelings met de hand afdekken en laten fixeren. Kijk ook of het oog achter de hand een abnormale stand inneemt. Let op torticollis of abnormale stand van hoofd.
3. Inspectie van pupillen. Gelijke grootte? Normale reacties op licht en convergentie?
4. Inspectie van voorste oogsegment. Concentreer licht van een lamp van 75 W. met een oogspiegel lensje van +13 of +20 op het oog en bekijk het oog met een loep. Een kleine Hartnack's loep kan hiervoor goed dienen.
 - a. Conjunctiva: Conjunctivale vaatinjectie, kleur rood: conjunctivitis. Ciliaire vaatinjectie, kleur rose-paars: prikkeling van diepere delen.
 - b. Cornea: Let op defecten; kleuren met een druppel fluoresceïne 1 procent, daarna uitwassen met wat boorwater; defecten duidelijk als groene vlekken te zien. Desceemetstippen wijzen op iritis.
 - c. Iris: Teveel vaatinjectie of groezelige tekening duidt op iritis of iridocyclitis.
5. Spiegelen. Eerst even met doorvallend licht de media bekijken. Een beginnend cataract tekent zich dan duidelijk af. Fundus: Kijken naar papil (stuwingspapil, diepe excavatie bij glaucoom, bleke papil bij atrofie, bijvoorbeeld multipole sclerose). Kijken naar vaten, onregelmatigheden aan de vaten en bloedingen.

Foster, C. B. (1950) Amer. J. Ophthal. 33, 733.

*De stage sociale geneeskunde bij de huisarts**

DOOR PROF. DR A. MERTENS TE NIJMEGEN

Toen de Nijmeegse medische faculteit ongeveer vier jaar geleden een stage sociale geneeskunde van vier weken als eerste co-assistentenschap na het semi-artsexamen instelde, deden zich twee vragen voor. Ten eerste: Waar kunnen de semi-artsen het beste deze stage lopen? Ten tweede: De gehele stage bij één en dezelfde arts of dienst óf bij meer dan één, om liefst met zoveel mogelijk velden van de sociale geneeskunde kennis te maken?

Op de redenen, die mij de tweede vraag met „bij één en dezelfde arts of dienst” deden beantwoor-

den, ga ik thans kortheidshalve niet in. Op de eerste vraag was het antwoord: ter keuze van de semi-arts bij een huisarts, bij een gemeentelijke geneeskundige dienst, bij een bedrijfsgeneeskundige dienst, bij een Kruisvereniging, bij een ziekenhuis-maatschappelijke werkster of in een verpleegtehuis.

Van de ruim honderd semi-artsen, die de Nijmeegse medische faculteit tot nu toe heeft opgeleverd, heeft driekwart een stage bij de huisarts verkozen, terwijl van de overige mogelijkheden het meest een stage is gelopen bij de Nijmeegse G.G. en G.D. Tot nu toe hebben achttien huisartsen uit de kring Nijmegen en drie huisartsen uit de kring Arnhem als gastheer semi-artsen in hun praktijk

* Voordracht, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.

ontvangen, maximaal tweemaal per jaar. Ook treden incidenteel huisartsen elders in het land als gastheer op. Geen van deze huisartsen heeft tot nu toe voor een voortzetting van deze taak bedankt.

Ware de artsen-opleiding in Nederland zo, dat hierin een co-assistentie bij een huisarts, onder supervisie van de faculteit en dus niet uitsluitend, doch wel mede van de hoogleraar in de sociale geneeskunde, zou zijn opgenomen, dan zou onder het zoëven genoemde lijstje van keuze-mogelijkheden voor de semi-arts „de huisarts” niet voorkomen. Een co-assistentie bij de huisarts is er in de Nederlandse artsenopleiding tot nu toe echter niet.

Een stage bij de huisarts uitgaande van de sociale geneeskunde is zeer wel verdedigbaar. De semi-arts komt er weliswaar niet met de praktijk van alle vormen van sociaal-geneeskundig werk in aanraking — evenmin overigens als in een stage bij een G.G. en G.D., bedrijfsgeneeskundige dienst, enzovoort — maar toch met zeer belangrijke. Hij krijgt er enig idee van:

1 De patiënt, die ziek is en behandeld wordt in zijn eigen milieu.

2 De relatie patiënt-arts, die met de huisarts anders is geaccentueerd dan met de specialist.

3 De samenwerking van de huisarts met allerlei sociaal-geneeskundige instanties en diensten (controleerend geneeskundigen, bedrijfsartsen, schoolartsen, consultatiebureau-artsen, wijkverpleegsters, sociale werksters enzovoort).

4 De meeste huisartsen verrichten enig zogenaamd sociaal-geneeskundig werk in engere zin: consultatiebureaus, vaccinaties, controles, keuringen; sommige zijn part-time bedrijfsarts.

5 De semi-arts ziet en leert omgaan met de vele administratieve bescheiden, die de organisatie van de gezondheidszorg thans van de huisarts vraagt.

Als gunstige bijprodukten van deze stage zijn te beschouwen, dat de semi-arts althans enige indruk krijgt hoe de huisarts werkt, hoe zijn administratie is ingericht, welke het morbiditeitspatroon is in de huisartsenpraktijk en omtrent de samenwerking huisarts-specialist ten bate van de patiënt.

De voornaamste vragen, die a priori rijzen bij het openen van de mogelijkheid tot een stage van de medische student bij de huisarts, zijn de volgende drie:

1 Hoe „nemen” de patiënten van de huisarts de aanwezigheid van deze medische student? Hier kan slechts de ervaring antwoord op geven.

2 Hoe selecteert men de huisartsen, zodat de meest geschikten in dit onderwijs worden ingeschakeld? De ervaring leert, zoals te verwachten was, dat autoselectie hier een goede, zo niet de beste, vorm van selectie is. Slechts degenen, die ambitie hebben voor dit werk en die althans subjectief overtuigd zijn van een verantwoorde eigen praktijkvoering, melden zich. Iemand, die voor dit werk niets voelt, laat verstek gaan. Iemand, die het toelaten van een min of meer deskundige pottenkijker in zijn

praktijk of de bespreking van bepaalde casus in de op de stage volgende colloquia schuwt, meldt zich niet voor dit werk.

Het omgekeerde gaat natuurlijk niet op! Er zijn verschillende huisartsen, die om andere redenen niet als gastheer kunnen optreden, met name wegens te enge behuizing.

Selectie-methoden van buitenaf hebben verschillende nadelen, zodanige wellicht, dat een stage bij de huisarts er primair of secundair door wordt getorpedeerd. Autoselectie van de huisartsen blijkt, althans naar mijn ervaring, prima te voldoen.

De derde vraag, die opkomt als men huisartsen in het medische onderwijs wil inschakelen is: zal dit onderwijs verantwoord worden gegeven? De belangrijkste vraag! Zou dit onverantwoord zijn, dan moet men er niet aan beginnen. Het middel is erger dan de kwaal! Overigens kan men met mij van mening verschillen, dat het inderdaad een kwaal is, als de medische student tijdens zijn opleiding geen kennis maakt met het huisartsenwerk.

Zullen deze geselecteerde huisartsen verantwoord onderwijs geven aan de semi-artsen? Als criterium voor „verantwoord” meen ik te moeten nemen: kan dit onderwijs de vergelijking met het onderwijs tijdens andere co-assistenties doorstaan? Niet minder, maar ook niet meer, is nodig.

De bestaande co-assistenties zijn gericht op het aanleren van bepaalde methoden, vooral methoden van onderzoek. Tegelijkertijd krijgt de co-assistent de gelegenheid de prestaties in dit gedeelte der geneeskunde en de wijze, waarop ze worden bereikt, van nabij waar te nemen en de sfeer, waarin wordt gewerkt, te leren kennen. Leren van onderzoeksmethoden en een niet-oppervlakkig „sight-seeing” met deskundige toelichting, zou men kortweg kunnen zeggen. Deze toelichting, waarbij de co-assistent ook op door hem gestelde vragen antwoord krijgt, en waarop een aantal casus meer diepgaand wordt besproken, wordt gegeven door de hoogleraar, zijn reeds opgeleide stafleden en — kwantitatief veelvuldig — door de assistenten, die zelf in opleiding zijn; als regel aan groepjes studenten, zelden aan ieder van hen individueel.

Bij de stage bij een huisarts leert de co-assistent geen bepaalde specifieke onderzoeksmethoden; hij leert hier de elders onderwezen onderzoeksmethoden toepassen in een bepaalde situatie. Deze situatie is in zijn technische mogelijkheden als regel een beperkte. Door de context, waarin de patiënt wordt gezien, en de relatie, waarin hij tot de arts staat, kunnen echter meer factoren — met name sociale factoren en de levensgeschiedenis van de patiënt — in de beschouwing worden betrokken. Bovendien moeten voor een deel geheel andere vragen worden beantwoord als in de kliniek. Moet de patiënt verwezen worden? Moet hij worden opgenomen en zo ja, met spoed? Moet hij naar bed en als dit zou moeten, kan het dan? Moet hij zijn werk staken?

Dit leren beoordelen van de patiënt met slechts

beperkte hulpmiddelen en of deze hulpmiddelen in casu al dan niet voldoende zijn, doch anderzijds met inachtneming van alle repercussies van de voor te stellen maatregelen, lijkt mij niet minder belangrijk voor de aanstaande arts als het leren van de onderzoekingsmethoden en het kennis nemen van alle hulpmiddelen, die hierbij van dienst kunnen zijn.

Tegelijkertijd is ook een groot gedeelte van de stage bij de huisarts te kenschetsen als niet-oppervlakkige „sight-seeing” met deskundige toelichting. Hier heeft de semi-arts de leermeester onafgebroken ter beschikking en hij krijgt steeds individueel onderwijs. En al zal het zeker vóórkomen, dat een gewenste bespreking van een bepaalde patiënt niet begonnen of afgebroken wordt, omdat „opschieten” de boodschap is, hier staat tegenover, dat desgewenst de handelwijze ten aanzien van bijna ieder der vele patiënten althans enig commentaar krijgt en van een groter of kleiner aantal een uitvoerig.

Tenslotte zijn er dan de colloquia, waar van elke stage twee patiënten diepgaand worden besproken en waar de semi-arts de aanpak van problemen in andere praktijken dan die van zijn gastheer en op andere terreinen van de sociale geneeskunde krijgt gedemonstreerd.

De stage bij een huisarts is zeker niet alleen voor de toekomstige huisarts van belang, maar wellicht meer nog voor de toekomstige specialist of sociaal-

geneeskundige. Zij behoort thuis in de opleiding tot algemeen arts; zonder deze stage is deze opleiding incompleet. Ook kan de aanstaande arts, hierdoor beter gefundeerd, zijn richting voor de toekomst kiezen en wordt de realisering van een goed samenspel van de verschillende soorten artsen voor de toekomst bevorderd.

Uit een en ander, geschraagd ook door de tot nu toe opgedane ervaring, meen ik te mogen concluderen, dat het onderwijs, dat aldus wordt gegeven, een vergelijking met het onderwijs tijdens de andere vigerende co-assistentenschappen zeer wel kan doorstaan. Het is verantwoord en noodzakelijk onderwijs aan de medische student.

Kan het beter? Zijn er geen wensen? Natuurlijk wel. Een co-assistentenschap bij de huisarts, uitgaande van de faculteit en niet van de sociale geneeskunde alleen. Een „teaching-practice”, een aan de faculteit verbonden onderwijs-huisartsenpraktijk, als centrum in het netwerk van meewerkende huisartsen.

Voorlopig echter roeien wij met de riemen, die beschikbaar zijn. Wij roeien, naar mijn mening en ervaring, verantwoord, en genoeglijk, zegt ieder, die als onderwijzer of leerling is ingestapt! Dit werk in de roeibootjes lijkt mij de moeite waard; maar bovendien van belang om ervaring op te doen omtrent de inrichting van de toekomstige model-boot en omtrent de koers, die deze het beste kan varen.

*Ervaringen van een huisarts met het co-assistentenschap sociale geneeskunde bij de huisarts**

DOOR H. L. A. VLAMINGS, HUISARTS TE NIJMEGEN

Over onze ervaringen met semi-artsen, die het co-assistentenschap sociale geneeskunde bij de huisarts verkozen, wil ik in het kort, een en ander vertellen.

Toen Prof. Mertens enkele jaren geleden zijn ideeën over dit co-assistentenschap in een centrumvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap uiteenzette, waren wij, huisartsen, allen enthousiast. Het leek ons bijzonder nuttig, dat de bijna afgestudeerde medicus in de gelegenheid zou worden gesteld het huisartsenwerk met al zijn eigen problematiek te kunnen meemaken. Enerzijds voelden wij ons enigszins gevleid aan de scholing van de toekomstige medicus, zij het dan maar gedurende een maand, te kunnen meewerken, anderzijds bracht dit, naar ik meen, voor ons de verplichting met zich mee te zorgen, dat deze voor de toekomstige medicus wellicht eerste indruk over het werk van de huisarts, een goede zou zijn.

* Voordracht, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte” te Nijmegen, april 1961.

Nu, na enkele jaren, waarbij sommigen van ons al vijf co-assistenten hebben gehad, zijn onze ervaringen als volgt weer te geven:

We stelden onze co-assistent voor als de bijna afgestudeerde dokter, die ervaring komt opdoen in de huispraktijk. Het meest hebben wij opgezien tegen de aanwezigheid van de semi-arts tijdens het spreekuur, doch dit bleek in de praktijk bijzonder mee te vallen. Wij hadden verwacht, dat de patiënt het erg hinderlijk zou vinden, dat er steeds iemand bijzat en meeluisterde. Maar het is opvallend, hoe gewoon de patiënten er op hebben gereageerd. Men krijgt een zekere handigheid om, wanneer men merkt, dat de aanwezigheid van de co-assistent minder gewenst is, deze met een bepaalde opdracht te laten verdwijnen naar de behandelkamer, zogenaamd om een urine na te kijken, een andere patiënt te verbinden, of de bekende reflexhamer te gaan halen. Een iets uitgebreidere praktijkruimte met bijvoorbeeld een behandelkamer of apotheekruimte is daarom wel gewenst.

Bij het maken van de visites is het natuurlijk veel