

# Het oogheekkundige onderzoek in de huisartspraktijk\*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

In zijn academische proefschrift, *Morbiditeit in de huisartspraktijk*,\*\*schrijft *Oliemans*: „De huisarts ziet in verhouding veel aandoeningen van de ogen, waarvan echter slechts weinig gevallen door hem zelf worden geholpen. Vooral refractie-afwijkingen... hebben een hoge prevalentie..., maar aangezien correctie nauwelijks meer door (de) huisarts geschiedt, zegt dit voornamelijk iets over het verwijzingsgetal voor de oogarts”.

Omdat de huisarts inderdaad „slechts weinig gevallen” helpt, krijgt de oogarts veel verwijskaarten. In 1965 werden voor alle specialismen tezamen 380 verwijskaarten per 1 000 verzekerden per jaar uitgeschreven, 122 hiervan gingen naar de oogarts dat wil zeggen ruim 30 procent van het totaal.

In dit artikel wil ik trachten aan te tonen dat deze gang van zaken niet juist is. Het is mijn overtuiging dat de huisarts wel degelijk in staat is een aantal oogheekkundige patiënten te helpen. Een voorwaarde voor dit helpen is echter dat de huisarts de patiënt dan ook onderzoekt.

Van de 122 patiënten, die per 1 000 verzekerden naar de oogarts worden verwezen, worden twee in een ziekenhuis opgenomen: van alle specialismen het geringste percentage. Het vak oogheekkunde is dus bij uitstek een poliklinisch vak. Dit verschijnsel alleen al zou ons op de gedachte kunnen brengen dat de huisarts meer kan doen dan hij doet.

Welke argumenten zijn er aan te voeren om de huisarts op oogheekkundig gebied niet geheel te degraderen tot de schrijver van verwijskaarten?

Wanneer de huisarts het oogheekkundige onderzoek geheel achterwege laat zal de kwaliteit van een deel van zijn werk hiervan zeker schade ondervinden. Oogheekkundige complicaties zijn immers bij een aantal veel voorkomende ziekten niet zeldzaam, zoals bijvoorbeeld bij diabetes mellitus en bij hypertensie. De vaak voorkomende enkelvoudige klacht hoofdpijn maakt eveneens een oogheekkundig onderzoek noodzakelijk. Het is een ervaringsfeit dat een groot aantal van de oogheekkundige hoofdpijnen door de huisarts kan worden gediagnostiseerd en soms ook behandeld (*Kok van Alphen*).

Bij een systematisch onderzoek van de patiënt

\* Voordracht gehouden op de Studiedag Oogheekkunde - Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, 1 november 1969, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.

\*\* H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

\*\*\* Zie (1961) huisarts en wetenschap 4, 2. Dit schema, „Het Hoofdpijnenonderzoek” is à f 1,56 per exemplaar verkrijgbaar bij het N.H.I. te Utrecht.

met hoofdpijn door de huisarts wordt meestal een oogheekkundige oorzaak aan het licht gebracht. Bij dit onderzoek kan de huisarts gebruik maken van een speciaal daarvoor ontworpen schema\*\*\*. De huisarts zal een patiënt met hoofdpijn dus altijd oogheekkundig moeten onderzoeken. Een verwijzing van de patiënt naar de oogarts wegens hoofdpijn zonder meer is even weinig elegant als een verwijzing van een patiënt naar een chirurg wegens „buikpijn” zonder meer.

Er zijn nog enkele andere argumenten aan te voeren om het oogheekkundige onderzoek in de huisartspraktijk niet achterwege te laten.

De huisarts zal immers ook moeten beoordelen óf en wanneer een verwijzing naar de oogarts is geïndiceerd. Wanneer men de beslissing om een oogarts te consulteren geheel aan de patiënt overlaat, blijkt bijvoorbeeld dat een groot aantal kinderen met strabisme te laat onder behandeling komt, waardoor dikwijls een onherstelbare amblyopie ontstaat.

Tenslotte zal de huisarts bij een keuring de kandidaat ook oogheekkundig moeten beoordelen, terwijl hij zich evenmin kan onttrekken aan het verlenen van eerste hulp bij oogongevallen.

Met behulp van morbiditeitsonderzoekingen in de huisartspraktijk kon worden aangetoond dat velen van de oogheekkundige patiënten die de huisarts consulteren, ook door de huisarts kunnen worden behandeld. Het heeft geen zin de resultaten van deze morbiditeitsonderzoekingen thans uitvoerig te vermelden. Hiervoor kan worden verwezen naar publikaties van onder andere *Logan*, *Hodgkin* en *Oliemans*.

In mijn eigen praktijk verrichtte ik het volgende oriënterende onderzoek.

Van 200 oogheekkundige patiënten die mijn hulp inriepen, werden de volgende gegevens genoteerd: datum consult, naam, adres, geboortedatum, klacht, onderzoek (inspectie, doorlichting, gezichtsscherpte, refractie, enzovoort), instrument dat werd gebruikt, diagnose, therapie en bij een verwijzing: indicatie voor de verwijzing en de diagnose van de specialist. Niet genoteerd werden de patiënten bij wie de oogheekkundige afwijking een duidelijk symptoom van een andere ziekte was, bijvoorbeeld een conjunctivitis bij mazelen. Dit partiële morbiditeitsonderzoek leverde de volgende gegevens op.

1 De 200 patiënten werden over een periode

van 145 dagen gezien. Ongeveer één op de veertien patiënten was een oogheelkundige patiënt.

2 Oogheelkundige patiënten komen vrijwel allen op het spreekuur. Dat wil zeggen dat de huisarts zijn oogheelkundig instrumentarium maar zelden bij de patiënt thuis nodig heeft.

3 Gemiddeld vergde een oogheelkundige patiënt 1,5 verrichtingen. Dit aantal is geringer dan het aantal verrichtingen per gemiddelde klacht.

4 De meest voorkomende afwijkingen waren (tabel 1): refractie-afwijkingen (42 procent); ontstekingen (26 procent, vooral conjunctivitis); traumata 18 procent.

Tabel 1. *Overzicht gegevens eigen oriënterend onderzoek.*

Oogheelkundige afwijkingen bij 200 patiënten in de huisartspraktijk		Aantal patiënten	Verwijzingen (totaal)	Eerste verwijzingen
170*	Conjunctivitis .....	41	1	1
171	Blefaritis .....	1	—	—
172	Hordeolum .....	5	—	—
173	Iritis, iridocyclitis .....	—	—	—
174	Andere oogontstekingen .....	5	—	—
175	Ontsteking van de traanklieren .....	1	1	1
176	Refractie-afwijkingen .....	85	30	12
177	Ulcera van de cornea .....	—	—	—
178	Strabismus .....	10	10	5
179	Cataract .....	1	1	—
180	Glaucoma .....	2	2	—
181	Overige ziekten van het oog ..	12	5	1
496	Corpus alienum .....	29	1	1
	Andere traumata .....	8	—	—
Totaal .....		200	51	21

\* Nummering volgens de Engelse E-lijst.

5 Ongeveer 25 procent van de patiënten werd verwezen, voor bijna de helft ging het om eerste verwijzingen. Bij patiënten met andere aandoeningen ligt het aantal verwijzingen veel lager.

6 Verwijzen vindt vrijwel steeds bij het eerste consult plaats, namelijk in meer dan 85 procent van de gevallen. Dit percentage ligt aanmerkelijk hoger dan bij de andere „vakken”. Dit wil zeggen dat het eerst zelf behandelen en dan verwijzen bij patiënten met oogheelkundige klachten niet vaak voorkomt.

In 145 dagen werden 85 patiënten met refractie-afwijkingen gezien, dat is per jaar 215. Welke financiële consequenties het handelen van de huisarts heeft leert de volgende eenvoudige berekening.

Wanneer iedere huisarts alle patiënten met refractie-afwijkingen verwijst, wil dat zeggen 215 patiënten per huisarts per jaar of op de 4 500 huisartsen 967 500 verwijskaarten. Indien men een en ander berekent volgens de tarieven van de ziekenfondsen (prijs per verwijskaart  $f$  10,85) dan komt

men op de totale kosten van 10,5 miljoen gulden, afgezien van het extra arbeidsverzuim.

Wanneer de huisarts de eenvoudige refractie-afwijkingen zelf zou behandelen, zou dat neerkomen op minder dan één verrichting per werkdag. Deze geringe hoeveelheid werk voor iedere huisarts spaart de overbelaste oogartsen echter veel tijd uit. In Nederland zijn immers op de 4 500 huisartsen slechts 256 oogartsen werkzaam.

Belangrijk is te vermelden dat de volgende afwijkingen in de huisartspraktijk vaak voorkomen: refractie-afwijkingen, ontstekingen van de buitenste lagen van het oog en van de oogleden en de aanwezigheid van corpora aliena. Een groot aantal van deze afwijkingen kan de huisarts uitstekend zelf behandelen.

Verwijzing van al deze patiënten heeft tot gevolg dat de oogartsen het te druk krijgen en dat zij niet meer toekomen aan belangrijk routine-onderzoek zoals bijvoorbeeld de tonometrie. Bovendien ontstaan zoals bij ons in de streek, bijzonder lange wachtlijsten voor het spreekuur van de oogarts, waardoor bijvoorbeeld kinderen met een beginnend strabisme of een aangeboren traanwegstenose laat of te laat onder behandeling komen.

De taak van de huisarts bestaat echter niet alleen uit het diagnostiseren en — wanneer dat mogelijk is — behandelen van de genoemde vaak voorkomende afwijkingen. Belangrijker is misschien nog wel het signaleren van minder vaak voorkomende, maar ernstiger oogziekten zoals bijvoorbeeld het glaucoom. In feite bestaat wat dat betreft weinig verschil met de diagnostische problematiek op het gebied van de andere specialismen. Reeds het vermoeden dat een ernstige afwijking zou kunnen bestaan, moet een indicatie zijn om de patiënt te verwijzen.

Ook op het gebied van de oogheelkunde heeft de huisarts een taak die in principe identiek is met zijn taak in het algemeen: hij is werker in het eerste échelon, hij moet signaleren en selecteren en dat is slechts mogelijk wanneer hij de patiënt onderzoekt.

Een oogheelkundig onderzoek in de huisartspraktijk is in de volgende gevallen aangewezen.

1 Wanneer de patiënt klaagt over zijn ogen.

2 Als onderdeel van een uitgebreider onderzoek bij patiënten met hypertensie, diabetes mellitus, toxicose, enzovoort en als onderdeel van het neurologische onderzoek bij bijvoorbeeld een patiënt met hoofdpijn.

3 Bij vrijwel alle keuringen.

Na deze drie obligate indicaties kunnen nog twee facultatieve indicaties worden genoemd.

4 Als onderdeel van een periodiek geneeskundig onderzoek bij gezonden waarbij bijvoorbeeld de visus kan worden bepaald (*Beek*).

5 Als onderdeel van een zogenaamd surveillance-programma. (*Wilson en Jungner, Graham*).

Men verricht hierbij een min of meer uitgebreid onderzoek bij een bepaalde patiënt, omdat men

weet dat deze patiënt — hoewel hij geen klachten heeft op dat gebied — toch een bepaalde kans heeft een bepaalde afwijking te hebben. De huisarts bevindt zich in een ideale positie om onderdelen van een dergelijk surveillance programma uit te voeren. In een dergelijk programma zou men bijvoorbeeld ook urine-onderzoek op suiker bij alle mensen boven de 50 jaar die de arts bezoeken kunnen opnemen. Daarnaast zou tonometrie bij alle mensen boven de 40 jaar die het spreekuur bezoeken, een methode zijn om glaucomasimplex in een vroeg stadium op het spoor te komen.

In verband met het betrekkelijk frequent voorkomen van deze oogziekte (2 procent van alle mensen boven de 40 jaar) en het behandelbaar zijn van de afwijking (Ross), lijkt het mij nuttig dat de huisarts bij bepaalde patiënten de oogdruk meet. In een „gemiddelde praktijk” van 2 500 zielen is ongeveer een derde van de mensen ouder dan veertig jaar. Per praktijk zijn dus zestien patiënten met glaucoom te verwachten.

Naar mijn mening moet de huisarts het volgende oogheelkundige onderzoek (Weve) kunnen uitvoeren.

- Inspectie, zo nodig met focale belichting
- Doorlichting van de media; oogspiegelen
- Gezichtsscherpte-bepaling
- Refractiebepaling
- Drukmeting
- Gezichtsvelonderzoek
- Onderzoek pupilreactie
- Meting van de accommodatie
- Onderzoek ruststandafwijking

Natuurlijk behoeft het gehele schema niet bij alle patiënten te worden uitgevoerd. Hoe ver het onderzoek in het individuele geval moet gaan, zal de arts aan de hand van de klachten van de patiënt zelf moeten bepalen. Wel zijn twee algemene regels (Weve) te geven namelijk: beide ogen dienen afzonderlijk te worden onderzocht en bij iedere patiënt moet de gezichtsscherpte worden bepaald.

Om het genoemde onderzoek te kunnen uitvoeren moet de huisarts beschikken over de volgende instrumenten.

- 1 Binoculaire loep volgens Berger
- 2 Letterkaart volgens Snellen
- 3 Brillendoos
- 4 Oogspiegel
- 5 Fluoresceïne strips
- 6 Schijf volgens Placido
- 7 Maddoxglaasje
- 8 Wingtest volgens Maddox
- 9 Plaatjes volgens Amsler
- 10 Tonometer volgens Schiötz

Tenslotte heeft de arts nodig: een corneaanestheticum (bijvoorbeeld Novesine 0,2 of 0,4 procent) en een mydriaticum (bijvoorbeeld Mydriaticum Chibret).

De in de tabel genoemde instrumenten zijn geplaatst in volgorde van de gebruiksfrequentie, het bij het onderzoek meest gebruikte instrument staat bovenaan. De beste letterkaart is waarschijnlijk het nieuwe T.N.O. model. De tonometer volgens Schiötz ben ik pas na het genoemde onderzoek gaan gebruiken.

Het verdient de voorkeur dat de huisarts over een donkere kamer beschikt of dat hij zijn onderzoekkamer geheel kan verduisteren. Een goede lichtbron behoort uiteraard in elke onderzoekkamer aanwezig te zijn. De kostprijs van het genoemde instrumentarium bedraagt een kleine duizend gulden (zie bijlage).

#### BIJLAGE

##### *Oogheelkundig diagnostische instrumenten voor gebruik in de huisartspraktijk*

Heine May Ophthalmoscoop met accusan handvat, compleet met ophthalmoscooperlens 13 dioptrie in vassing, in etui .....	f 178,30
Focolux-opzet, compleet met lamp en loep van 3 dioptrie .....	f 50,75
Terry Anglepoise lamp, vrijrijbaar statiefmodel, kleur grijs hamerslag .....	f 140,85
Oculus brillendoos van bruin vouwbaar saffiaanleer, bevattende: 10 paar spherische glazen, convex; 10 paar spherische glazen, concave; 2 prisma glazen, 3 accessoires en 1 pasmontuur, eenvoudig model voor 3 paar glazen. P.D. verstelbaar van 58-68 mm .....	f 264,—
P.D. maatje .....	f 8,80
Oculus Visuskaart installatie met 2 verdeckt opgestelde lampen 60 V en visuskaart naar keuze ...	f 159,—
Visuskaart, TNO, mat plastic, voor 5 meter afstand .....	f 8,80
Keratoscoop vlg. Placido .....	f 33,60
Set à 4 platen vlg. Amsler .....	f 1,50
Maddoxglaasje .....	f 17,10
Maddox Wingtest .....	f 112,—
Tonometer vlg. Schiötz, met schuine afleesschaal, compleet met 3 suppletiegewichtjes en ijkcertificaat in etui .....	f 130,—
Container à 1 000 stuks Haag-Streift fluoresceïne strips .....	f 28,65
Loep vlg. Berger .....	f 48,—

Genoemde prijzen zijn exclusief 12% B.T.W. In verband met de prijsverhogingen van de fabrikant, mede ten gevolge van loonsverhogingen in de metaalindustrie en prijsveranderingen in verband met de te verwachten revaluatie van de Duitse Mark, hebben deze prijzen slechts een beperkte geldigheid (oktober 1969).

- Beek, A. De uitvoerbaarheid van periodiek geneeskundig onderzoek in de huisartspraktijk. Van Gorcum, Assen, 1966.
- Graham, P. A. The early diagnosis of visual defects. Office of Health Economics, London, 1967.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. Livingstone, London, 1966.
- Kok van Alphen, C. C. (1962) huisarts en wetenschap 5, 48.
- Logan, W. P. D. Morbidity Statistics from General Practice H.M.S.O., London, 1958-1960.
- Ross, A. K. (1968) J. roy. Coll. Gen. Practit. 15, 358.
- Ross, A. K. (1969) Practitioner 202, 838.
- Weve, H. J. M. Leerboek der oogheelkundige onderzoeksmethodes. H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1942.
- Wilson, J. M. G. en G. Jungner. Principles and practice of screening for disease. W.H.O. Public Health Papers no. 34, Geneva, 1968.