

Oogheelkundige diagnostiek: een blinde vlek bij de huisarts?

R.L.P. RITZ
H.C.P.M. VAN WEERT

Ritz RLP, Van Weert HCPM. Oogheelkundige diagnostiek: een blinde vlek bij de huisarts? Huisarts Wet 1998;41(8):375-7.

Doel Vaststellen in hoeverre de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek binnen een gezondheidscentrum is geïmplementeerd, en nagaan of het aantal oogheelkundige verwijzingen kan worden gereduceerd bij oogheelkundig onderzoek door de huisarts conform de standaard.

Methoden Descriptief onderzoek in een gezondheidscentrum met vijf huisartsen. Gedurende zes maanden werden alle nieuwe oog- en visusklachten geregistreerd. Verwezen patiënten werden, alvorens door de oogarts te worden gezien, tevens beoordeeld door een haio, die gedurende twee dagen een additionele training oogheelkunde had gevolgd. Deze beoordeling gebeurde aan de hand van de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek.

Resultaten Een eerste contact voor oogheelkundige problemen vond plaats bij 248 patiënten, van wie er 69 werden verwezen. Uit deze groep konden 63 patiënten nogmaals worden beoordeeld door de haio; bij 20 van hen achtte hij de verwijzing niet geïndiceerd. De oogarts vond bij geen van deze patiënten pathologie die specialistische interventie vereiste. Bij het merendeel van de verwezen patiënten bleek het oogheelkundig onderzoek onvolledig te zijn uitgevoerd door de huisarts; funduscopie en oogboldrukmeting waren nauwelijks verricht.

Conclusie Bij een juiste uitvoering van het in de standaard beschreven oogheelkundig onderzoek door de huisarts is een aanzienlijke reductie van het aantal oogheelkundige verwijzingen mogelijk, zonder verlies aan kwaliteit. Verklaringen voor de gebrekkige implementatie van de standaard zijn onvoldoende beheersing van het oogheelkundig onderzoek door de huisarts (met name funduscopie) en een gebrek aan tijd voor een volledig oogheelkundig onderzoek binnen een normaal consult.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde AMC/UvA, Meibergdreef 15, 1115 AZ Amsterdam.
R.L.P. Ritz, huisarts in opleiding;
dr. H.C.P.M. van Weert, huisarts.
Correspondentie: dr. H.C.P.M. van Weert.

Inleiding

In de huisartspraktijk neemt de oogheelkundige diagnostiek een bescheiden plaats in. Toch komen oog- en visusklachten veel voor; de 'incidentie' van deze klachten in de huisartspraktijk bedraagt 40-60 per 1000 patiënten per jaar.^{1,2} Bijna een kwart van deze patiënten wordt verwezen naar de oogarts, en daarbij gaat het in ruim één derde van de gevallen om refractieafwijkingen.^{3,4} Van alle nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn gaat 20 procent naar de oogarts.⁵ Tegelijkertijd kent de oogheelkundige zorg lange wachttijden.⁶

In de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek wordt per klacht aangegeven welk onderzoek de huisarts moet doen om een diagnose te stellen. Daarnaast geeft de standaard richtlijnen voor het verwijzen naar respectievelijk oogarts en opticien/optometrist.⁷ Inmiddels zijn enkele jaren verstreken en mag worden verwacht dat de standaard redelijk is ingeburgerd. Goed hanteren van de standaard zou kunnen leiden tot een daling van het aantal verwijzingen naar de oogarts, zeker voor refractieafwijkingen.

Wij verrichtten een onderzoek in een gezondheidscentrum in Almere, ter evaluatie van het effect van de standaard op het verwijsbeleid bij nieuwe visus- en oogklachten, en de praktische haalbaarheid van oogheelkundig onderzoek volgens de standaard. Uitgangspunt was de volgende vraagstelling:

- In welke mate is de NHG-standaard oogheelkundige diagnostiek in het gezondheidscentrum geïmplementeerd?
- Beïnvloedt volledige uitvoering van het in de standaard beschreven oogonderzoek, vergeleken met het feitelijke beleid in het gezondheidscentrum, het aantal verwijzingen naar de oogarts?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in een gezondheidscentrum te Almere-Haven, waar vijf huisartsen werkzaam zijn met een totale patiëntenpopulatie van 6951 personen (van wie 4308 ziekenfondsverzekerd). In

de regio is één ziekenhuis, het Flevoziekenhuis in Almere-Stad.

Het onderzoek vond plaats in de periode mei t/m oktober 1996. Aan de deelnemende huisartsen werd gevraagd bij alle nieuwe oog- en visusklachten het verrichte oogheelkundig onderzoek te registreren en bij verwijzing ook de reden van verwijzing te vermelden. De huisartsen registreerden de consulten volgens het SOEP-systeem in het elektronisch medisch dossier (EMD). De klacht, het verrichte oogheelkundig onderzoek, de werkdagnose en het beleid werden gedetailleerd beschreven. De desbetreffende registraties werden vervolgens 'geruiterd', zodat alle consulten betreffende nieuwe oog- en visusklachten gemakkelijk konden worden geïdentificeerd.

Alle patiënten die naar de oogarts werden verwezen, werd gevraagd mee te werken aan een tweede consult, dat zou worden uitgevoerd door een huisarts in opleiding (haio). Deelname of weigering zou geen enkele consequentie hebben voor de verwijzing of de duur van de wachttijd. De desbetreffende haio was bezig met het eerste opleidingsjaar en had voor dit onderzoek twee dagen training van een oogarts ontvangen. De haio verrichtte het onderzoek conform de standaard en beoordeelde of de verwijzing voldeed aan de hierin genoemde criteria. Daarbij werd gebruik gemaakt van het schema van het Tilburgs Oogheelkunde Project (TOP), dat conform de NHG-standaard is.⁸ De duur van dit tweede consult bedroeg gemiddeld 20 minuten.

De verslaglegging van de haio (klacht, oogheelkundig onderzoek, diagnose en oordeel over de juistheid van de verwijzing) vond plaats vóór het bezoek aan de oogarts. Wanneer de huisarts de patiënt op verzoek van de opticien naar de oogarts had verwezen wegens een niet optimaal te corrigeren refractieafwijking, werd dit als een terechte verwijzing beschouwd, ook indien bij de herbeoordeling geen afwijkingen werden gevonden. De uiteindelijke diagnose van de oogarts gold als gouden standaard.

Patiënten die zonder verwijzing bij de oogarts kwamen, hetzij via de eerste hulp,

hetzij poliklinisch, werden geïdentificeerd door alle in de praktijk binnenkomende brieven van de oogartsen te coderen met het actiekenmerk 'oog', en na te gaan of zij waren verwezen. Op deze wijze kon ook worden gecontroleerd of de registratie van de huisartsen volledig was.

Als de patiënt niet werd verwezen, ging de huisarts twee maanden na het contact na of de patiënt inmiddels een herhaalconsult had gehad of toch een bezoek aan de oogarts had gebracht.

Resultaten

Gedurende de registratieperiode hadden 248 patiënten een eerste contact in verband met oog- of visusklachten (72 per 1000 patiënten op jaarbasis), van wie er 69 werden verwezen naar de polikliniek oogheelkunde (tabel 1). Daarnaast wendden zich nog eens 7 patiënten direct – zonder verwijzing – tot de oogarts.

Bij 37 van de 69 verwezen patiënten was geen diagnose gesteld, maar was alleen een symptoom/ klacht beschreven. Bij drie kwart van de verwijzingen bleek het oogonderzoek onvolledig te zijn uitgevoerd:

- funduscopie werd verricht bij 2 van de 57 patiënten;
- oogboldrukmeting vond plaats bij 3 van de 44 geïndiceerde patiënten;
- visusbepaling conform de NHG-standaard vond plaats bij 45 van 65 geïndiceerde patiënten; met name het gebruik van de stenopeïsche opening was vaak achterwege gelaten.

Overigens was in sommige gevallen de visus reeds door de opticien bepaald.

Van de 69 verwezen patiënten werden er 63 ook door de haio gezien. De 6 anderen werden direct verwezen in verband met het spoedeisende karakter van de klacht of wilden niet meewerken aan het onderzoek door de haio.

Redenen van verwijzing door de huisarts waren:

- Onduidelijkheid/onzekerheid omtrent de diagnose 37
- diagnose die verdere behandeling/ controle vereiste 19

- verzoek opticien 8
 - verzoek patiënt 5
- Bij ten minste 81 procent van de verwijzingen was het dus de huisarts zelf, die specialistisch onderzoek noodzakelijk vond.

Bij 20 van de 63 patiënten was volgens de NHG-standaard verwijzing niet nodig (tabel 2). Bij geen van deze 20 patiënten werd door de oogarts ernstige pathologie geconstateerd. De meest gestelde diagnoses waren refractieafwijking (7) en geen

organische oorzaak (5). Bij 19 van deze 20 patiënten was door de haio dezelfde diagnose gesteld als door de oogarts.

Van de 43 patiënten die volgens de criteria van de NHG-standaard terecht werden verwezen, gingen er 42 ook naar de oogarts. Bij 29 van hen kwam de diagnose van de haio overeen met die van de oogarts; in drie van deze gevallen was sprake van een symptoomdiagnose. De meest gestelde diagnoses waren cataract (7) en contusio bulbi (4). Bij 18 van de 42 patiën-

Tabel 1 Aantal nieuw gestelde diagnoses en percentage verwijzingen (zes maanden)

Diagnose	Aantal	Percentage verwijzingen
Visusvermindering	28	75
Flikkeringen/vlekken	10	50
Andere symptomen/klachten oog	19	58
Afwijkingen a/d oogadnexen	8	50
Probleem met lenzen/brillen	5	60
Refractieafwijking	29	7
Inf. conjunctivitis	43	2
All. conjunctivitis	32	–
Hordeolum	10	–
Blepharitis	5	–
Andere infecties/ontstekingen oog	3	100
Cornea-erosie	10	10
Corpus alienum	6	17
Pterygium	3	33
Subconjunctivale bloeding	7	–
Contusio bulbi	8	50
Migraine opthalmique	5	40
Glaucoom	5	100
Cataract	4	100
Restgroep	8	13
Totaal	248	28

Tabel 2 Wel of geen verwijzing volgens NHG-standaard

Klacht	Wel	Niet
Acute visusdaling	2	–
Niet-acute visusdaling	14	7
Rood oog	1	–
Trauma	4	–
Asthenopenie en pijn	11	8
Visuele sensaties	5	4
Strabisme/dubbelzien	1	–
Gezichtsvelduitval	1	–
Afwijkingen a/d oogadnexen	4	1
Totaal	43	20

ten kwam de diagnose van de huisarts overeen met die van de oogarts; vaak beschreef de huisarts alleen de klacht.

Bij de 13 niet gelijklopende diagnoses van haio en oogarts was er bij de oogarts vaak sprake van geen afwijking (5 maal) en corneopathologie (3 maal). In 28 gevallen was er volgens de oogarts sprake van oogheelkundige pathologie:

- cataract (7 maal; haio idem, huisarts 3 maal);
- retinopathie (3 maal; haio idem, huisarts geen);
- contusio bulbi (4 maal; haio idem, huisarts idem);
- corneopathologie (4 maal; haio 1 maal, huisarts 1 maal);
- afwijking aan de oogadnexen (4 maal; haio idem, huisarts 3 maal);
- overige (6 maal; haio 3 maal, huisarts 3 maal).

De rest bestond uit refractieafwijkingen (3 maal), glasvochttroebelingen/migraine opthalmique (3 maal) en geen afwijkingen (8 maal).

Bij controle na 2 maanden bleek geen van de niet-verwezen patiënten de huisarts of de oogarts nogmaals te hebben geconsulteerd voor hetzelfde probleem.

Beschouwing

Van een groep van 248 patiënten met nieuwe oogklachten werd 28 procent verwezen naar de oogarts. Slechts in een klein deel van de gevallen vond de verwijzing plaats op verzoek van patiënt en/of opticien, dit in tegenstelling tot de uitkomsten van ander onderzoek.¹⁰ Bovendien bleken slechts weinig patiënten de oogarts te consulteren zonder tussenkomst van de huisarts, hoewel de wachttijden in Almere zeer kort zijn. In die zin verkeert de huisarts in een uitstekende positie om zijn rol als poortwachter ook bij oogheelkundige klachten naar behoren uit te voeren.

Van de 63 patiënten die volgens de criteria van de NHG-standaard werden onderzocht, hadden er 20 niet verwezen behoeven te worden, hetgeen werd bevestigd door de diagnose van de oogarts. Daarbij

ging het in ruim één derde van de gevallen om een refractieafwijking.

Bij deze resultaten moeten enkele kanttekeningen worden gemaakt.

- In 1992 zijn werkafspraken gemaakt tussen de huisartsen en oogartsen in Almere voor het verwijzen naar de oogarts, met als doel een vermindering van het aantal verwijzingen. Als deze afspraken een rol hebben gespeeld, wordt dat echter niet duidelijk in het verwijsbeleid; het percentage verwijzingen was conform het landelijke gemiddelde.

- In de tweede plaats is het onderzoek uitgevoerd door een hiervoor speciaal getrainde haio, die bovendien voldoende tijd had voor het onderzoek (20 minuten per consult).

- In de derde plaats was er voor de haio de zekerheid dat alle patiënten door de oogarts zouden worden gezien, zodat hij niet verantwoordelijk was voor het eventueel missen van een verwijsindicatie.

Een mogelijke verklaring voor het te grote aantal verwijzingen is een onvoldoende beheersing van het oogheelkundig onderzoek door de huisarts, met name van de funduscopie en oogboldrukmeting. Dit was ook het geval in het onderzoek van *Kamp et al.*⁴

Hier ligt mogelijk een taak voor de regionale WDH's, waarbij valt te denken aan een nascholingscursus oogheelkundig onderzoek volgens het door *Van Leeuwen et al.* beschreven model.⁹ Aan de andere kant zou men zich kunnen afvragen of de NHG-standaard niet te hoog gegrepen is. Misschien moet er een vereenvoudiging van het oogheelkundig onderzoek plaatsvinden, waarbij met name het door de huisarts verrichten van funduscopie zou kunnen worden heroverwogen. Wel zou dan meer de nadruk gelegd moeten worden op het goed uitvoeren en interpreteren van visusonderzoek en oogboldrukmeting, ondersteund door eenvoudige nascholingscursussen (bijvoorbeeld het systematisch gebruik van de stenopeïsche opening).

Een andere verklaring voor de matige

kwaliteit van de verwijzingen is het gebrek aan tijd voor een volledig oogheelkundig onderzoek binnen een normaal consult. Daarom zal meer aandacht moeten worden besteed aan praktijkorganisatorische aspecten. Met name visusbepaling en oogboldrukmeting zou men kunnen laten uitvoeren door de praktijkassistente. De huisarts kan dan het overige onderzoek verrichten in een normaal consult.

Dankbetuiging

Met dank aan de huisartsen van gezondheidscentrum West in Almere-Haven en aan oogarts E. Veldman van het Flevoziekenhuis, die deelnamen aan het onderzoek.

Literatuur

- 1 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 2 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessen AAMC, Schellevis FG. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 3 Anoniem. Jaarboek LISZ/IBIS 1980-1986. Amstelveen: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen., 1981-1987.
- 4 Kamp BS, Fleuren MAH, Veldman E. Verwijzingen naar de polikliniek oogheelkunde onder de loep. Huisarts Wet 1995;38:521-4.
- 5 Post D. Verwijzen naar de oogarts. Patient Care (NI) 1989;16:10-5.
- 6 De toekomst voor ogen. Beleidsplan voor de oogzorg in Nederland. [Maastricht]: Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, 1992.
- 7 Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. Huisarts Wet 1990; 33: 394-402.
- 8 Wouts WJM, Dekkers NWHM. Helder zicht op wazige zaken. Huisarts Wet 1989;32:434-8.
- 9 Van Leeuwen YD, Baggen JL, Eyck M, Lubbers R, Huygen F. Cursus eerstelijns oogheelkunde. Med Contact 1996;40:1283-5.
- 10 Van Weert HCPM, Grundmeijer HGLM, Brouwer HJ. De patiënt wikt, de huisarts beschikt. Een nadere analyse van het huisartsgeneeskundig verwijsbeleid. Huisarts Wet 1995;38:521-8. ■

Abstract at page 380.

Nader onderzoek zal moeten leren of de investeringen in tijd, energie en budget in 'de Kroonsteen' ook op langere termijn leiden tot een verhoging van de kwaliteit van zorg en een toename van gerichte verwijzingen.

Dankbetuiging

Met dank aan CZ groep en met name aan M. Vloet, medewerker voor de spiegelgegevens, aan het VGZ voor de financiële ondersteuning en C. Lemmens, apotheker voor zijn steun bij de extractie van gegevens uit ARCOS. Verder dank aan de andere huisartsen van 'de Kroonsteen' (A. Adams, T. Lemain, S. Smid en mw. P Jacobs) en hun praktijkmedewerkers.

Literatuur

- 1 Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. Huisarts Wet 1990;33:394-402.
- 2 Van Bijsterveld OP, Van Es JC. Oogheelkundige problemen. Utrecht: Bunge, 1983.
- 3 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Van

- den Hoogen HJM. Verwijzen bij oogheelkunde aandoeningen. Huisarts Wet 1994;37:281-4.
- 4 Giesen P. Aandoeningen van het ooglid. Bijblijven 1997;13(5):11-6.
- 5 Van Leeuwen YD, Baggen JL. Eerstelijns oogheelkunde op niveau. Bijblijven 1997;13(5):62-7.
- 6 Baggen JL, Van Leeuwen YD. Oogheelkundige apparatuur in de huisartspraktijk. Spleetlamp en indirecte funduscoop nader bekeken. Huisarts Wet 1994;37:384-52.
- 7 Van Leeuwen YD, Baggen JL. Cursus eerstelijns oogheelkunde. Een eigenwijze formule. Med Contact 1996;51:1283-5.
- 8 Reenders K. Complicaties van niet-insuline afhankelijke diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekt, 1992. ■

Abstract

Lemain I, Schreuder J, Doveren M, Van den Hoogen H, Van den Bosch W. Eye problems in general practice. Huisarts Wet 1998; 41(8):378-80.

Aim To evaluate changes in practice management on eye diseases after a special training program and a investment in equipment on eye surgery.

Abstract

Coumou HCH. Experiences in a second opinion practice. Systematic decision support of patients. Huisarts Wet 1998; 41(8):372-4.

What is the basis for the medical advice of my doctor? What was his medical reasoning? Medical reasoning is implicit and obscure. Often the patient does not have enough insight in the way the doctor comes to his advice. This can lead to all kinds of misunderstanding, the patient cannot explain. In a second opinion practice in Amsterdam is tried, since 1988, to find a method for giving decisionsupport to the patient: actual literature is studied and discussed with the patient and support is given with the interpretation of medical information. This means giving insight in diagnostic and therapeutic reasoning of doctors. Diagnostic and therapeutic reasoning of doctors has his own systematics. For example, thinking about doing a test means thinking not only about the diagnostic question, but also about the charac-

teristics of the test and the physical risks for the patient. Only then there is informed consent and balanced decisionmaking, when the patient knows all these arguments. Even patients wish to decide for 'in dubio abstine', but only on the basis of good arguments and *balanced* information. Giving the patient expertise in medical reasoning and decisionmaking

Key words Decision support; Informed decision making.

Correspondence H.C.H. Coumou, MD, Vondelstraat 61 sous, 1054 GK Amsterdam, The Netherlands.

Abstract

Ritz RLP, Van Weert HCPM. Diagnostics in eye and vision problems: a blind spot for the general practitioner? Huisarts Wet 1998; 41(8):375-7.

In one health centre all patients, who presented with new problems of the eyes or vision, were

Design Effect-evaluation by a before and after analysis of registrated diagnostic codes an referrals to the eye surgeon

Place A health centre 'de Kroonsteen' in Malden in the east of The Netherlands

Methods Analysis of all coded diseases of the eye in the year before and after the interventie. Also analysis of referrals to the eye surgeon in comparison with other practices in the region.

Results In the year after the intervention and the investment in equipment on eye surgery there was a decrease in the number of referrals in contrast to other practices in the region. GPs more often coded specific diagnoses in steat of aspecific symptoms or complaints. A larger part of the patiënts with diabetes were screened by there GP on retinopathy.

Conclusion Following this training program and the purchase of eye-equipment did change the practice management of the GP in the expected direction.

Key words Eye; Family practice.

Correspondence Prof.dr. W. van den Bosch, Department of General Practice, Nijmegen University, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

registered during six months. Before consultation by the specialist all referred patients were re-examined bij a trainee, according to the guidelines of the Dutch College of General Practitioners. The trainee followed an additional training in eye-problems during two days. During the six months 69 patients were referred to the eye-surgeon. Twenty referrals were judged by the trainee as unnecessary. Also the eye surgeon did not find any pathology, that warranted specialist treatment among those twenty patients. The investigation of the eye by the general practitioner proved to be not complete among most referred patients. A reduction of referrals by about 30% could be possible without a loss in quality of the care for eye problems and vision.

Key words Diagnostics; Eye problems; Guidelines; Quality of care; Referral.

Correspondence Dr. H.C.P.M. van Weert, Department of General Practice, University of Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.