

Bij de casus over een refractieafwijking: Wegwijs in een wazige wereld

In de kennistoets ziet de huisarts Jolanda Visser, 10 jaar oud, die in de klas de letters op het bord niet meer goed kan lezen. De huisarts verricht een visusonderzoek.

Geen schaartje

*'hé, dat lijkt wel een schaartje,
wat daar op de grond ligt,' dacht ik,
'een stoffig, grijsgroen schaartje'*

*maar toen ik beter keek zag ik
dat het geen schaartje was,
maar een elastiekje, ineengekringeld
in de vorm van een schaartje¹*

Hoe pakt u een probleem als van Jolanda in de praktijk aan? Beschrijf uw handelen zo concreet mogelijk.

Anamnese

De NHG-Standaard Refractieafwijkingen adviseert om een korte anamnese af te nemen bij visusklachten die geleidelijk zijn ontstaan. De huisarts kan Jolanda vragen of zij last heeft van dubbelzien, wazig zien, bewegen van het beeld en problemen met lezen. Misschien heeft zij andere klachten zoals hoofdpijn, of roodheid, pijn, branderigheid of tranen van het oog. Ziet Jolanda slecht met één oog of met beide ogen? In het algemeen is het zinvol eveneens na te gaan of een patiënt een bril of contactlenzen draagt, of de patiënt medicatie gebruikt die de visus kan beïnvloeden, en of de voorgeschiedenis relevante informatie oplevert. Bij kinderen tot 6 jaar vraagt de huisarts naar strabisme of amblyopie bij de ouders. Bij Jolanda zijn er geen problemen. De waarde van de anamnese is betrekkelijk. De volgende stap is daarom de klachten zo goed mogelijk te objectiveren.

Vorbereiding

Voor goed oogheelkundig onderzoek bij visusklachten zijn nodig:

- ▶ een visuskaart voor volwassenen en een voor kinderen;
- ▶ goede verlichting van de visuskaart;
- ▶ een refractiebrillettje;
- ▶ een stenopeïsche opening.

De huisarts bepaalt de gezichtsscherpte met behulp van een visuskaart waarbij de beeldgrootte van boven naar beneden afneemt. Het contrast van de visuskaart moet optimaal zijn, dat wil zeggen zwarte optotypen tegen een witte achtergrond. Goede egale verlichting is noodzakelijk: twee lampen van 100 Watt schuin boven en voor de kaart of zijdelingse verlichting met twee TL-buizen van 20 Watt met wit licht. De afstand tussen de visuskaart en de patiënt moet vijf tot zes meter bedragen.

Ziet-ie het of ziet-ie het niet

Kern van het onderzoek bij geleidelijk ontstane visusklachten vormt de bepaling van de gezichtsscherpte. Bij mensen die bij de huisarts bekend zijn met een refractieafwijking, gebeurt dit altijd met eigen correctie.

Het is handig om bij het onderzoek een vaste volgorde aan te houden: eerst het rechteroog en vervolgens het linkeroog, terwijl het niet onderzochte oog is afgedekt. Begin met het aanwijzen van het bovenste optotype, ga daarna regelgewijs naar beneden en laat steeds het eerste of laatste optotype van die regel benoemen. Als de patiënt een optotype van een bepaalde regel niet meer goed ziet of onjuist benoemt, ga dan één regel terug naar boven en laat de optotypen van die regel één voor één benoemen. Bij één keer een onjuiste benoeming per regel geldt deze regel nog als correct waargenomen. Als de patiënt twee optotypen van een regel onjuist benoemt, wordt de regel erboven als de bereikte waarde genoteerd. Noteer de visus direct voor ieder oog afzonderlijk in decimalen. Vermeld of er wel of niet gebruikgemaakt is van eigen correctie.

Diagnostische refractioneren

De volgende stap die de huisarts in de kennistoets heeft uitgevoerd is diagnostisch refractioneren. Hierbij wordt de invloed nagegaan van een positief en een negatief lensje van respectievelijk + 0,50 D (dioptrie) en - 0,50 D op de eerder gevonden visus. Op deze wijze kan de huisarts differentiëren tussen een refractieafwijking of een andere oogaandoening. De huisarts kan tevens nagaan welke refractieafwijking het probleem vormt: myopie, hypermetropie, astigmatisme, of een onjuiste sterkte van brillenglas of contactlens. Als er een refractieafwijking bestaat, moet deze gecorreleerd worden aan het vermogen van het oog om te accommoderen. Het accommodatievermogen, dat wil zeggen op verschillende afstanden scherp zien door adequate wijziging van de lenskromming, neemt af met de leeftijd. Bij de geboorte is het vermogen te accommoderen nog achttien dioptrie. Op dertigjarige leeftijd is dit gedaald tot zeven dioptrie, op 45-jarige leeftijd resteert tweeënhalve dioptrie, en op 65-jarige leeftijd is er vrijwel geen accommodatievermogen meer over.

Bij patiënten van 6 jaar of ouder bij wie een visus van minder dan 1,0 maar meer dan 0,20 is vastgesteld, zoals bij Jolanda, wordt nagegaan of de eerder gevonden visus links en rechts verbetert met het lensje van respectievelijk + 0,50 D en - 0,50 D. Als met de lensjes geen verbetering van de aanvankelijke visus wordt bereikt, bepaalt de huisarts tevens de visus met de stenopeïsche opening (SO). Bij bril dragers wordt de stenopeïsche opening daarbij achter het brillenglas geplaatst. Overigens kan diagnostisch refractioneren ook worden toegepast bij patiënten van 6 jaar of ouder met een visus van 1,0 of meer. In dat geval wordt nagegaan of de lens van S + 0,50 D de visus verbetert of dat de visus daarbij gelijk blijft.

Interpretatie van de uitkomsten

Als bij een visus van $>0,2$ en $<1,0$ verbetering optreedt met diagnostisch refracteren, zoals bij Jolanda, dan is er sprake van een refractieafwijking. Jolanda kan dus het beste naar de opticien of optometrist gaan. Was er geen verbetering opgetreden met diagnostisch refracteren, dan was er andere pathologie geweest. Zou de visus in dat geval zijn verbeterd met de stenopeïsche opening, dan had dat een aanwijzing gevormd voor astigmatisme. Ook bij astigmatisme is verwijzing naar een opticien of optometrist geïndiceerd. Als noch met de lensjes, noch met de stenopeïsche opening verbetering van de visus was opgetreden, dan had Jolanda naar de oogarts moeten worden verwezen.

Als een visus $>1,0$ niet verslechtert met een lensje van $+0,50$ D, dan is er sprake van hypermetropie.

Meer plezier

Het diagnostisch refracteren neemt relatief weinig tijd in beslag. De huisarts kan op grond van diens bevindingen beter bepalen welke patiënten gebaat zijn bij een brilcorrectie door de opticien en welke de hulp van een oogarts nodig hebben. Bijkomend voordeel voor de huisarts is dat meer inzicht in refractieafwijkingen en meer kennis van de wetten van de optica resulteren in meer plezier in de eerstelijns oogheelkunde.

Wilt u meer informatie over de vaardigheid van het diagnostisch refracteren, dan kunt u gebruikmaken van de u in 2001 toegezonden cd-rom 'Diagnostisch refracteren', behorend bij het Programma voor Individuele Nascholing 'Refractieafwijkingen'.

Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG

Geen brilmontuurtje

*'hé, dat lijkt wel een brilmontuurtje,
wat daar op tafel ligt,' dacht ik,
een stoffig brilmontuurtje,
zo een beetje als bernlef wel draagt.'*

*maar toen ik beter keek zag ik,
dat het geen brilmontuur was,
maar het grijsgroene elastiekje,
nu ineengekringeld
in de vorm van een brilmontuurtje¹*

¹ Uit: Budingh C. Gedichten 1938-1970. Amsterdam: De Bezige Bij, 1971.

Deskundigheidsbevordering

Kaders van opleiding in werkconferentie geschetst: Leren werken met de Telefoonwijzer

Sinds het verschijnen van de NHG-Telefoonwijzer hebben al velen zich tot het NHG gewend met vragen om implementatiematerialen of een cursus over het werken met de Telefoonwijzer, liefst compleet met een docent. Daarom zijn in een werkconferentie van in- en extern deskundigen de kaders voor een dergelijke cursus voor praktijkassistentes bepaald. De grote lijn werd neergezet: continue scholing met de nadruk op het trainen van vaardigheden en attitude.

**Voorwaarden van delegeren**

De meer dan honderd huisartsenposten in Nederland hebben in totaal duizenden praktijkassistentes in dienst. Zo'n zeventienduizend huisartsen hebben de telefonische triage en voorlichting gedelegeerd aan deze assistentes. Om zulke risicovolle taken te kunnen delegeren moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan. Een van die voor-

waarden is bekwaamheid. Maar telefonische intake, vraagverheldering en triage zijn geen vaardigheden die elke gediplomeerde doktersassistente of verpleegkundige per definitie beheerst. Daarom wordt op veel plaatsen in het land hard gewerkt aan een bijscholing, een applicatiecursus of een trainingscurriculum voor de praktijkassistentes. De NHG-Telefoonwijzer is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

In- en externe deskundigen

De vele vragen om implementatiematerialen en nascholingsmogelijkheden zijn zeker niet aan dovemansoren gericht. Dat blijkt uit de voortvarendheid waarmee de NHG-sectie Advisering en Ondersteuning een werkconferentie heeft belegd. Omdat regionaal al veel is ontwikkeld, werden ook externe deskundigen uitgenodigd om de kaders van een cursus 'Werken met de Telefoonwijzer' te bepalen. Op 25 maart verzamelden zich op het NHG docenten van regionale opleidingscentra en van het Rotterdamse nascholingsinstituut de CAR, betrokken en ervaren huisartsen uit WDH- en DC-kringen, de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, enkele praktijkassistentes en verscheidene medewerkers van het NHG.