

## NHG-Standaard Het rode oog

De herziene NHG-Standaard Het rode oog is naar onze mening op een aantal punten een vooruitgang ten opzichte van die van 1996. Er wordt geen betekenis meer toegekend aan soorten van afscheiding om onderscheid te maken tussen bacteriële en virale conjunctivitis! De spleetlamp maakt haar opwachting als een aanbevolen – helaas nog niet onmisbaar – hulpmiddel. Ook het eerherstel voor chlooramfenicol is verheugend, want de beschreven allergische reactie was altijd een wel zeer witte raaf, en het middel is effectief. Dwaallichten eindelijk gedood! Wij hebben echter de nodige punten van kritiek:

- *Het rode oog is vaak niet rood.* Met andere woorden: bijna alle genoemde aandoeningen komen de eerste dagen ook voor zonder roodheid, zelfs iridocyclitis, glaucoom en herpes-keratitis. De reden van komst is dan: pijn, corpus-alienum-gevoel of jeuk.<sup>1</sup> Zou men de standaard 'klachten van het voorste oogsegment' noemen, dan vermijdt men deze kwalijke diagnostische scheef trekking en wordt ook de incidentie recht gedaan (veel hoger dan 13 per 1000, per jaar!).
- *Er zit te weinig hiërarchie* in de diagnostische alternatieven. Door de introductie van negatieve diagnostiek wordt dat vermeden. Bij klachten van het voorste oogsegment gaat het dan om de diagnose géén iridocyclitis, géén keratitis (acuut glaucoom is zeldzaam); de rest is secundair en conjunctivitis te beschouwen als een diagnose per exclusionem.<sup>2</sup> De volgorde van onderzoek is daarmee ook gegeven: eerst cornea en voorste oogkamer met spleetlamp, dan conjunctivae en oogleden.
- De spleetlamp wordt als kostbaar aangemerkt. Een op ons verzoek speciaal voor de eerste lijn ontwikkelde spleetlamp kost, inclusief een kwantitatieve tonometer, nu nog maar € 2500.<sup>3</sup> De (extra) vergoeding van consulten – mits men het diploma

bezit van de oogheelkundecursus van STOOHN – compenseert deze investering ruimschoots.<sup>4</sup> Een andere vorm van compensatie vormt het goed kunnen visualiseren van afwijkingen waardoor inzicht en denken aan kwaliteit winnen.

Y.D. van Leeuwen, P.G.J. van Aubel, M.M. Brassé J.L. Baggen

- 1 Baggen JL. *Oogheelkunde in de huisartspraktijk* [Proefschrift]. Amsterdam: Thesis, 1990.
- 2 Baggen JL, Van Leeuwen YD. *Oogheelkunde. Serie Practicum Huisartsgeneeskunde. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.*
- 3 Van Aubel PGJ. *De spleetlamp. Bijblijven* 2006;9:28-32.
- 4 [www.stoohn.nl](http://www.stoohn.nl).

### Antwoord

In het eerste punt van kritiek merken Van Leeuwen et al. op dat het rode oog vaak aanvankelijk niet rood is. 'Klachten van het voorste oogsegment' zou naar hun mening een betere titel en ingang van de standaard zijn. Het doel van de standaard is echter om de huisarts bij patiënten met een rood oog handvatten te bieden om te komen tot een waarschijnlijkheidsdiagnose, die richting geeft voor het behandelen verwijsbeleid. De standaard beweert niet dat oogandoeningen zich niet eerst via een andere klacht kunnen presenteren. Bij de aanvangsklacht oogpijn (met of zonder rood oog) moet sowieso de alarmbel gaan rinkelen. Wij geloven dan ook niet dat de standaard zich schuldig maakt aan een 'kwalijke diagnostische scheef trekking'.

Als tweede merken zij op dat er te weinig diagnostische hiërarchie in de standaard staat. De opbouw en presentatie van de differentiële diagnostiek is een punt waar de werkgroep zich uitgebreid over heeft gebogen, met als resultaat het volgende advies: éérst nagaan of er alarmsymptomen zijn via anamnese (pijn, visusdaling, lichtschuwheid) en lichamelijk onderzoek (ciliaire roodheid, cornea-afwijkingen). Indien dit níet het geval is en er derhalve géén aanwijzingen zijn voor iridocyclitis, keratitis of acuut glaucoom dan is er op dat moment geen aanleiding voor

vervolgonderzoek en/of verwijzing. Dit is zowel in de tekst als in het diagnostisch algoritme weergegeven. Daarmee volgt de standaard een 'negatieve diagnostiek', met als primair doel om visusbedreigende oorzaken van een rood oog uit te sluiten. Dat neemt niet weg dat de meeste rode ogen niet berusten op een dergelijk visusbedreigende aandoening en dat er wel degelijk positieve aanwijzingen kunnen zijn voor een vorm van conjunctivitis, zoals een rood oog met gezwollen en schilferende ooglidranden (suggestief voor blefarconjunctivitis) of een rood oog met uitgesproken jeuk (suggestief voor allergische conjunctivitis). De standaard adviseert dan ook om hier bij het lichamelijk onderzoek op te letten respectievelijk naar te vragen.

Tot slot merken ze op dat de spleetlamp in de standaard ten onrechte aangemerkt staat als duur. Wij erkennen dat dit een relatief begrip is. De in de brief genoemde kosten weerhouden diegenen die een spleetlamp willen aan te schaffen hier hopelijk niet van. Dat neemt niet weg dat de huisarts investeringen moet doen, waaronder het volgen van een cursus om de spleetlamp goed te leren gebruiken. Ook wij juichen het toe dat de spleetlamp aan terrein wint in de huisartsenpraktijk omdat deze, zoals de brieven schrijvers al stellen, bijdraagt aan een betere oogheelkundige diagnostiek, hetgeen zowel de patiënt als de huisarts ten goede komt.

Gerda van der Weele, namens de werkgroep

## Vitamine-D-gebrek, ook bij de allochtone man

Collega Schreuder snijdt een interessant thema aan en hij levert gegevens over vitamine-D-gebrek (calcidiol) onder allochtone mannen in zijn praktijk.<sup>1</sup> Als signalering is dit zeer belangrijk en het sluit aan bij sporadisch bekende gegevens over prevalentie van calcidioldeficiëntie bij allochtone mannen. Ter aanvulling heb ik enkele kanttekeningen. Schreuder verzamelde patiënten gedurende drie jaar. In de eerste twee jaar onderzocht hij de calcidiolstatus bij

patiënten met 'onbegrepen klachten van het bewegingsapparaat' en het laatste jaar bij iedere allochtone patiënt op basis van ondermeer 'aspecifieke klachten van bewegingsapparaat' of 'malaiseklachten'. Het is inmiddels duidelijk<sup>2,3</sup> dat dit type klachten goed kunnen passen bij calcidiolgebrek, waardoor de selectie van de patiënten mogelijk voor een sterke bias in de resultaten heeft gezorgd.

Schreuder merkt terecht op dat onvoldoende zonlichtblootstelling door het dragen van hoofddoeken als oorzaak voor calcidiolgebrek nuancering behoeft. Immers ook andere vormen van gebrekkige zonlichtexpositie, zoals bij nachtwerkers, 'binnenblijvers', donkere huidskleur en zonnecrème-gebruikers, kunnen samen met calciumarme voeding verantwoordelijk zijn voor een calcidiolgebrek.<sup>4</sup> Juist de voeding van allochtonen is vaak calciumarm en inname van calcidiol via de voeding kan bij een normaal dieet het tekort niet opvullen.

Over het kortetermijneffect van calcidiol-suppletie wil ik nog opmerken dat verschillende onderzoekers duidelijke verbetering van spierkracht hebben gemeten indien de beginwaarde lager lag dan circa 30 nmol/l. Ook in de directe patiëntenzorg ziet men vaak een gunstig effect.<sup>5</sup>

JPM Wiolders, klinisch chemicus, Meander Medisch Centrum

- Schreuder F. Vitamine-D-gebrek bij allochtonen: ook bij mannen. Huisarts Wet 2006;49:72-4.
- Grootjans-Geerts I, Wiolders JPM. Pilotonderzoek naar hypovitaminose D bij ogenschijnlijk gezonde Turkse vrouwen. NTVG 2002;146:1100-1.
- Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Thomsen J, et al. Commonly recommended daily intake of vitamin D is not sufficient if sunlight exposure is limited. J. Intern Med 2000;247:260-8.
- Wiolders JPM, Van Dormael PD, Eskes PF, Duk MJ. Ernstige vitamine D deficiëntie bij de helft van niet-westerse allochtone zwangeren en hun pasgeborenen NTVG 2006;150:495-500.
- Van Dormael PD, Duk MJ, Wiolders JPM. Zon uit een pilletje. Ned. Tijdschrift Obstetrie Gynecologie 2005;118:140-2.

## Antwoord

De reactie van collega Wiolders geeft mij de gelegenheid om nogmaals te benadrukken dat het hebben van (schijnbaar) relevante klachten, noch het geslacht, de kans op het vinden van een (sterk) verlaagde calcidiolspiegel duidelijk beïnvloedt. In de totale onderzochte groep had 87% een verlaagde spiegel, bij de mannen was dit 75%, bij de allochtonen zonder (schijnbaar) relevante klachten was dit 81%. Dit laatste getal doet vermoeden, dat selectiebias geen grote rol heeft gespeeld bij het vinden van de hoge prevalentie van vitamine-D-tekort bij allochtonen.

De suggesties die Wiolders doet ter verklaring van deze hoge prevalenties zijn zeker plausibel, maar worden naar mijn idee nog onvoldoende door onderzoeksgegevens ondersteund.

Verbetering van spierkracht na vitamine-D-substitutie is inderdaad beschreven, verbetering van klachten is echter niet systematisch onderzocht. Mijn persoonlijke indruk is dat de effecten van substitutie hierop – ondanks het bereiken van adequate calcidiolspiegels – gering zijn, hoewel ik bij enkele patiënten spectaculair herstel van lang bestaande klachten zag optreden.

F. Schreuder

## Abuis

In nummer 3 staat ten onrechte dat het boek *Patiëntveiligheid. Systematische incident reconstructie en evaluatie* van I. P. Leistikov en K. den Ridder is besproken door Wim Opstelten. De boekbespreking is geschreven door Wim Verstappen. Onze excuses voor deze verwarring.

## Continuïteit en verhuizen-de patiënten (2)

François Schellevis en Lea Jabaay beschreven de verschillen in patiëntbewegingen tussen platteland en stad (H&W 2006;2:104). Als je eigen jaarverslag net klaar is, ga je natuurlijk vergelijken.

In ons gezondheidscentrum aan de rand van Amsterdam zijn er (nog) meer mutaties dan zij vermeldden onder 'zeer sterk verstedelijkt'. In 2005 verhuisden er 960 personen (12,4%), overleden er 32 (0,41%) en kwamen er 769 (10%) nieuwe patiënten bij. Onze daling met 223 patiënten zal samenhangen met een opschoonactie van ons bestand in verband met de nieuwe ziektekostenverzekering. Ervan uit gaande dat een vertrekkende patiënt de assistente 0,5 uur werk kost (opzoeken dossier, verwerken in HIS) en de huisarts 0,25 uur (dossier doorkijken, eventueel overdracht schrijven), en een nieuwe patiënt de assistente 0,25 uur kost (polisnummers verwerken, praktijkfolder geven) en de huisarts 0,75 uur (doorspitten en verwerken dossier) kom ik op de volgende verschillen. Ik vergelijk onze praktijk met de door beide auteurs genoemde cijfers van het platteland van 2001. Wij krijgen geen achterstandsgelden.

De totale werklast van de Reigersbos-huisartsen is 817 uur, versus 263 op het platteland. Het verschil is 554 uur (12,3 werkweken van 45 uur; circa 0,25 fte). De totale werklast Reigersbos-assistente is 720 uur, versus 198 op het platteland. Een verschil van 520 uur (13,7 werkweken van 38 uur; circa 0,25 fte). Forse verschillen, die niet in declaraties vertaald (kunnen) worden.

Frans Smits

Tijdsbesteding wegens verhuizers in minuten				
	Huisartsen		Assistente	
	Reigersbos	Platteland	Reigersbos	Platteland
vertrekkers	240	66	480	132
ingeschreven	577	197	240	66
totaal	817	263	720	198