

Helder zicht op wazige zaken

Hoe de huisarts weer de spil kan worden in het oogheelkundig circuit

W.J.M. WOUTS
N.W.H.M. DEKKERS

De huisarts komt op oogheelkundig terrein steeds meer buitenspel te staan. Deze situatie deed in Tilburg de behoefte ontstaan de oogheelkundige kennis te verhogen en de benodigde vaardigheden aan te leren. Hiertoe werd een handzaam praktijkschema ontwikkeld. Met behulp hiervan kan de huisarts ook voor oogheelkundige zaken zijn spilfunctie weer gaan innemen: hij maakt weer zelf de schifting, hij bepaalt op grond van onderzoek of een patiënt al dan niet met spoed naar de oogarts moet, of naar de opticien kan voor (alleen) het aanmeten van een bril, of hij neemt zelf de therapie ter hand.

Wouts WJM, Dekkers NWHM. Helder zicht op wazige zaken. Hoe de huisarts weer de spil kan worden in het oogheelkundig circuit. Huisarts Wet 1989; 32(11): 434-8.

W.J.M. Wouts, huisarts te Tilburg; Dr N.W.H.M. Dekkers, oogarts St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg.

Correspondentie: W.J.M. Wouts, Tuinstraat 85, 5038 DB Tilburg.

Inleiding

De huisarts heeft de oogheelkunde groten-deels links laten liggen. De patiënt die zich bij de assistente meldt, heeft bij de 'O' van Ogen al snel en zonder veel commentaar een verwijskaart te pakken. Zo'n 10 tot 20 procent van alle verwijskaarten is dan ook bestemd voor de oogarts.

Dat het oogheelkundig gedeelte van het huisartsgeneeskundig handelen een onderontwikkeld gebied is, uit zich ook nog op andere manieren. Zo heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek, afdeling gezondheidsstatistiek, geen gegevens over de oogheelkundige afwijkingen in de eerste lijn. Verder kon in enkele grote medische databanken geen literatuur over dit onderwerp worden gevonden. Wél zijn er wat gegevens over incidentie en prevalentie van oogheelkundige afwijkingen in de eerste lijn (tabel 1), maar deze zijn nauwelijks onderling vergelijkbaar door de verschillende uitgangspunten en de afwijkende geografische situaties. Zo wordt bijvoorbeeld in de Engelse Morbidity Statistics strabismus uitdrukkelijk uitgesloten. Anderzijds bevat het Transitieproject de morbiditeitsgegevens van het eiland Saba, waar relatief veel oogafwijkingen voorkomen.⁵

Tenslotte is de nascholing oogheelkunde voor de huisarts beperkt en veelal alleen gericht op het rode oog, alsof dit de hele oogheelkunde zou uitmaken.

Dit zou allemaal niet zo erg zijn, als er geen groot tekort zou bestaan aan oogheelkundige zorg; de wachttijden bij de oogarts nemen alleen maar toe en de oogheelkundige eerste lijn ligt in feite voor een deel bij de handel. Voeg daar alle problemen rond het eigen risico nog bij en het is duidelijk, dat in het huisartsenpakket de oogheelkunde niet zou mogen ontbreken. In feite staat de huisarts echter met lege handen; hij heeft geen greep op de oogheelkunde.

Er zijn natuurlijk uitzonderingen, maar dat zijn feitelijk hobbyisten: glaucoomcontroles, refracties en fundusfoto's voor diabetescontrole worden door een enkeling in de huispraktijk gedaan,⁶⁻⁸ maar hiermee beschikt de huisarts nog niet over een overzichtelijke structuur voor het hele oogheelkundige gebied. Er is dus alle reden om de

huisarts meer bij de oogheelkunde als geheel te betrekken.

Als ingang daarvoor werd op de wetenschappelijke dag 'Acute Huisarts Geneeskunde' in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg het motto 'Dokter ik zie niks meer'⁹ gekozen, omdat dit voor veel patiënten de klacht is waarmee ze zich tot de huisarts wenden. Deze moet, gezien de ernst van de klacht, natuurlijk iets doen. Hij zit echter veelal met de handen in het haar zit en stuurt de patiënt dan maar met voorrang door. De spoed is echter vaak niet terecht en verwijzing soms helemaal niet nodig.

'Huisarts, al weet je niets van oogheelkunde, neem toch ten minste eerst de visus op en handel dan pas'. De huisartsen hebben dit signaal als een niet mis te verstane uitdaging opgevat en zijn aan het werk getogen. Het NHG-centrum Tilburg besloot een protocol voor het oogheelkundig handelen in de huisartspraktijk te vervaardigen en dit vervolgens in de praktijk te toetsen.

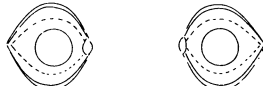

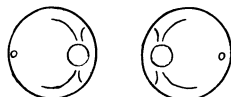
Protocol

Het protocol bestaat uit vier delen (pagina 435).

• Het *eerste deel* bevat zes blokken:

- 1 Ruimte voor naam/stempel van de huisarts.
- 2 Personalialia van de patiënt, waarbij uitdrukkelijk de leeftijd van belang is.
- 3 Datum van het onderzoek en van wie het initiatief uitging, bijvoorbeeld CB-arts, schoolarts, opticien, oogarts of patiënt zelf.
- 4 Relevante ziekten. Familiaire aandoeningen zoals glaucoom strabisme. Eigen algemene anamnese zoals hypertensie, diabetes, cara. Eigen oogheelkundige anamnese, bijvoorbeeld hoge myopie (>-6 vaker netvliespathologie), amblyopie, brildragend.
- 5 Gebruikte medicatie, waarbij vooral middelen met frequente oogheelkundige bijwerkingen belangrijk zijn, bijvoorbeeld steroïden, anti-malaria middelen, psychofarmaca, anticoagulantia en cholesterolverlagende middelen.
- 6 Klacht zoals die door de patiënt wordt verwoord, en relevante anamnese (duur, pijn, afscheiding, enz.).

Figuur Het Tilburgs Oogheelkundig Protocol

1. Van :	2. Naam : Voorl. : Adres : Leeftijd : V.Z. :	m/v	3. Datum onderzoek : Initiatiefkomst :																																																																																																																													
4. Relevante Ziekte	Fam. : Pat. :	Oogh. :	5. Medic. :																																																																																																																													
6. Oogh. Klacht :																																																																																																																																
7. Wegwijzer		Optische Oogheelkunde																																																																																																																														
Medische Oogheelkunde		Correctie aanw.: laatste contr. < 1 jr., geen kl. geen bijz. OP																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>IV</th> <th>V</th> <th>VI</th> <th>VII</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rood oog, trauma</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>(x)</td> <td></td> <td></td> <td>(palp)</td> </tr> <tr> <td>Pijnl. oog niet rood</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Zichtbare atw.</td> <td>(x)</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visuele sensaties</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>(x)</td> </tr> <tr> <td>Acute visusdaling</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Astenopenie</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Strabisme</td> <td>(x)</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tezichtsvelduitval</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neurologisch</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			I	II	III	IV	V	VI	VII	Rood oog, trauma	x	x		(x)			(palp)	Pijnl. oog niet rood	x	x				x	x	Zichtbare atw.	(x)	x						Visuele sensaties	x	x				x	(x)	Acute visusdaling	x	x				x	x	Astenopenie	x	x						Strabisme	(x)	x	x	x				Tezichtsvelduitval	x				x	x		Neurologisch	x	x	x	x	x	x		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>4</th> <th>5</th> <th>I</th> <th>II</th> <th>III</th> <th>VI</th> <th>VII</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 12 jr.</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>OA</td> </tr> <tr> <td>12 > 40</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td>OP</td> </tr> <tr> <td>41 > 50</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>OP</td> </tr> <tr> <td>> 50</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>OA</td> </tr> </tbody> </table>			4	5	I	II	III	VI	VII		< 12 jr.			x	x	x	x		OA	12 > 40	x	x	x	x		x		OP	41 > 50	x	x	x	x		x	x	OP	> 50	x	x	x	x		x	x	OA
	I	II	III	IV	V	VI	VII																																																																																																																									
Rood oog, trauma	x	x		(x)			(palp)																																																																																																																									
Pijnl. oog niet rood	x	x				x	x																																																																																																																									
Zichtbare atw.	(x)	x																																																																																																																														
Visuele sensaties	x	x				x	(x)																																																																																																																									
Acute visusdaling	x	x				x	x																																																																																																																									
Astenopenie	x	x																																																																																																																														
Strabisme	(x)	x	x	x																																																																																																																												
Tezichtsvelduitval	x				x	x																																																																																																																										
Neurologisch	x	x	x	x	x	x																																																																																																																										
	4	5	I	II	III	VI	VII																																																																																																																									
< 12 jr.			x	x	x	x		OA																																																																																																																								
12 > 40	x	x	x	x		x		OP																																																																																																																								
41 > 50	x	x	x	x		x	x	OP																																																																																																																								
> 50	x	x	x	x		x	x	OA																																																																																																																								
I. Gezichtsscherpte		VOD zc VOS zc VODS zc	mec mec mec	+ S.O. + S.O.																																																																																																																												
II Uitwendige Inspectie																																																																																																																																
																																																																																																																																
III Oogstand																																																																																																																																
recht niet recht		afdekproef geen instelbeweging instelbeweging																																																																																																																														
IV Volgbeweging																																																																																																																																
																																																																																																																																
V Gezichtsveld																																																																																																																																
Confrontatie meth. defect geen defect		Amsler defect geen defect																																																																																																																														
VI Fundoscopie																																																																																																																																
Papil : Retinavaten : Fundusreflex : Cup/Disk ratio :		OD OS																																																																																																																														
VII Oogboldruk																																																																																																																																
palpatoir OD N ↑ OS N ↓		Schiøtz OD OS	mmHg mmHg Heine OD < 22 = 22 > 22 OS < 22 = 22 > 22																																																																																																																													
Diagnose																																																																																																																																
Actie : Vraagstelling :		Antwoord Oogarts : Diagn. : Therapie : Opmerking :																																																																																																																														
© 89 niwi																																																																																																																																

Toelichting bij het protocol

VOD – visus van het rechteroog.

VOS – visus van het linkeroog.

VODS – visus van het rechter- en het linkeroog tezamen.

zc – zonder correctie.

mec – met eigen correctie.

S.O. – steneopeïsche opening.

• Het tweede deel bevat de Wegwijzer. Dit is naar ons gevoel het hart van het schema, de rotonde die bij goed voorsorteren tot het goede resultaat leidt. De klacht (blok 6 van het eerste gedeelte) moet ergens in de Wegwijzer worden ondergebracht.

De Wegwijzer is verdeeld in een medisch-oogheelkundig gedeelte en een optisch-oogheelkundig gedeelte, maar soms is het lastig om de keuze tussen optische en medische oogheelkunde te maken. In het algemeen kiest men bij klachten van slecht zien die langer dan een maand bestaan, voor het optische blok; komen er nog andere klachten bij, zoals pijn, roodheid of trauma, dan komt men in het medische blok. Afhankelijk van de onderzoeksresultaten blijft natuurlijk een andere indeling mogelijk. In de testfase van het protocol bleek het mogelijk alle gepresenteerde klachten ergens onder te brengen.

Als de plaats in de Wegwijzer is gevonden, wordt automatisch aangegeven welke onderzoeksblokken in aanmerking komen: × = verplicht, (×) = facultatief.

Het doorlopen van het optische blok leidt tot verwijzing naar de oogarts of de opticien. Hierbij is de grondgedachte dat een patiënt die zich met oogheelkundige klachten tot de huisarts wendt, door of namens de huisarts oogheelkundig moet worden nagekeken. De opticien is de uitvoerder van een therapeutische opdracht (het maken van een bril) en geen diagnostisch verlengstuk van de huisarts. Het medische blok is wat anders ingericht. Hierbij moet de huisarts (gerichte) diagnostiek verrichten, die hem de criteria moet geven om hetzij zelf therapeutisch te handelen, hetzij de patiënt (gericht) te verwijzen.

• Het derde deel is het diagnostische deel. Hierin zijn de onderzoeksblokken ondergebracht.

I GEZICHTSSCHERPTE Dit onderzoek behoort bijna in alle gevallen te gebeuren en is heel goed aan de doktersassistente uit te besteden. De visus hoort bepaald te worden op de juiste afstand, bij voldoende verlichting en van elk oog afzonderlijk.

De stenopeïsche opening (een zwart plaatje met een gaatje in het midden) is wel het meest onbekende en miskende oog-

heelkundig instrument in de huisartspraktijk. Dit goedkope hulpmiddel maakt het veelal mogelijk bij verlaagde visus onderscheid te maken tussen een refractie-afwijking en medisch oogheelkundige pathologie.

Bij kinderen beneden ongeveer drie jaar is de visus nauwelijks betrouwbaar op te nemen.

II UITWENDIGE INSPECTIE Dit onderdeel neemt meestal weinig tijd in beslag. Er zijn twee ogen getekend, waar de gevonden afwijkingen op aangetekend kunnen worden.

III OOGSTAND Voor het onderscheid tussen recht en niet recht kijkt u naar de reflexbeeldjes van een lampje op de cornea. Let ter onderscheiding van pseudostrabismus vooral op asymmetrische hoofdstand en de breedte van de neusrug.

IV BLIKRICHTING De richting die niet gevolgd kan worden, wordt aangestreept. Paralytisch scheelzien (een relatief zeldzame afwijking) geeft niet-concommitterende oogbewegingen met veelal het optreden van dubbelbeelden.

V GEZICHTSVELD Voor de grove beoordeling van het perifere gezichtsveld wordt de confrontatiemethode gebruikt: de patiënt fixeert het contralaterale oog van de onderzoeker, handbeweging goed in middenvlak. (Para)centrale scotomen en metamorfopsie worden opgespoord met het Amsler-kaartje.

VI FUNDUSCOPIE In de huispraktijk is vooral het beoordelen van de papil van belang. De macula is onverwijd niet goed te spiegelen en bij een goede visus zijn aandoeningen van de macula niet erg voor de hand liggend.

VII OOGBOLDRUK Bij personen ouder dan 40 jaar dient de oogboldruk instrumenteel gemeten te worden. Palpatie geeft hoogstens een indruk: bv. pijn bij iritis, of een apert drukverschil tussen links en rechts bij een glaucoomaanval.

• Het vierde gedeelte betreft de ondernomen actie. Dit is de afsluiting, waarbij de huisarts de (waarschijnlijke) diagnose invult, en de door hem ingestelde actie: eigen therapie of geruststelling, verwijzing naar oogarts of doorsturen naar opticien. Als het komt tot een verwijzing naar de oog-

arts, probeert hij een vraagstelling te formuleren.

De afspraak met de Tilburgse oogartsen is dat zij op korte termijn op de daarvoor gereserveerde plaats hun antwoord en eventuele opmerkingen geven. De huisarts krijgt zijn eigen verwijsformulieren – met

opmerkingen – weer terug, wat een belangrijk nascholingseffect kan hebben.

Mocht het komen tot het doorsturen naar een opticien, dan krijgt de patiënt een voorgedrukte brief mee, waarin de opticien wordt verzocht een bril aan te meten. De opticien wordt gevraagd in ieder geval in te

De ontwikkeling van het protocol

In de augustus-brief, die het NHG-centrum elk jaar verzendt aan alle huisartsen van Tilburg en omstreken, werd het voornemen aangekondigd een Werkgroep Oogheelkunde op te richten. Ongeveer twintig huisartsen reageerden hierop. Tijdens de eerste bijeenkomst (oktober 1987) werden drie groepen geformeerd.

De eerste groep kreeg als opdracht 'refractie-afwijkingen'. In een latere fase werd dit de 'optische oogheelkunde' genoemd. De vragen waren:

- wat horen huisartsen over refractie-afwijkingen te weten;
- welk onderzoek moet de huisarts zelf doen;
- welke patiënten kunnen op een verantwoorde manier verwezen worden naar de opticien – die daarmee een uitvoerende en geen diagnostische taak krijgt – en welke voorwaarden moeten daaraan worden verbonden;
- hoe moet worden gehandeld bij kinderen (leeftijdafhankelijk), die zijn verwezen door CB- en schoolarts?

De tweede groep hield zich bezig met de inventarisatie van het oogheelkundig instrumentarium waarover de huisarts zou moeten of kunnen beschikken en de vaardigheden die de huisarts zou moeten beheersen.

De derde groep zou zich bezighouden met de visuele sensaties, geleidelijke en acute visusdaling, traumata, rood oog, glaucoom-ziektebeelden en dubbelzien. De taakstelling van deze groep was zeer breed en omvatte de hele oogheelkunde. In de latere fasen werd aan dit gebied de benaming 'medische oogheelkunde' gegeven.

Na een half jaar werden de diverse werkstukken gepresenteerd aan de huisartsen die deelnamen aan de Barning-cursus, ongeveer 80 procent van alle Tilburgse huisartsen.

Groep I ('optische oogheelkunde') presenteerde een stroomdiagram betreffende refractie-afwijkingen, met behulp waarvan men kan kiezen tussen een verwijzing naar de oogarts of de opticien.

Groep II had een complete inventarisatie gemaakt van het oogheelkundig instrumentarium voor de huisartspraktijk, gaf er een oordeel over, instrueerde omtrent het juiste gebruik en gaf tenslotte ook een prijsindicatie. Het ging om visuskaarten, ophthalmoscopen, tonometers, instrumenten ter verwijdering van corpora aliena, medicamenten en hulpmiddelen. Deze groep besteedde – terecht – zeer veel aandacht aan het opnemen van de visus en het nut van het gebruik van de stenopeïsche opening (een klein gaatje in een afdekplaatje, dat door verbetering van de scherptediepte refractie-afwijkingen compenseert). Dit is bij een suboptimale visus een voortreffelijk differentieel diagnosticum tussen refractie-afwijkingen en oogheelkundige pathologie.

Groep III ('medische oogheelkunde') presenteerde diverse schema's en overzichten, waaronder:

- differentieel diagnostisch overzicht van het rode oog;
- anamnese, onderzoek en behandeling bij acute traumata;
- overzichtsschema 'acuut slecht zien';
- overzichtsschema 'visuele sensaties';
- overzicht 'dubbelbeelden'.

Kort na deze presentaties verscheen het – schitterende – boek 'Onder vier ogen' vanuit het Maastrichtse Skillslab.¹⁰ Hierin worden de basale oogheelkundige technieken voor de huisarts besproken en het boek bestrijkt exact het gebied waar de Tilburgse groep mee bezig was. Dit onderstreepte dat we met ons idee op de goede weg zaten, al wilden wij nog een stap verder gaan: de huisarts heeft een handvat nodig voor de vraag wanneer hij wat moet doen om tot verantwoord handelen te kunnen komen.

vullen welke correctie nodig was en welke visus daarmee werd bereikt en dit antwoord via de patiënt mee terug te geven. Hierdoor vergaart de huisarts, naast de gegevens uit eigen onderzoek, ook de gegevens van oogarts en opticien. Wil hij ook oogheekundig de spil blijven, dan is het op

gang brengen en houden van deze gegevensstromen noodzakelijk.

Voorlopige toetsing

Alvorens tot invoering van dit onderzoeksprotocol dan wel het verwijfsformulier te

kunnen komen, was het noodzakelijk om een idee te krijgen over de praktische bruikbaarheid. Vanzelfsprekend kunnen in deze fase van het onderzoek geen uitspraken over incidentie en prevalentie worden gedaan.

Na de eerste presentatie in oktober 1988 werd een aantal huisartsen bereid gevonden over de maand november alle ingevulde protocollen in te leveren. Na de twee andere nascholingsavonden werd elke deelnemer tot inlevering van tien ingevulde protocollen aangespoord. Aldus werden 194 protocollen ontvangen.

Uit tabel 2 blijkt dat evenveel mannen als vrouwen zich in verband met oogklachten tot de huisarts wendden, voor het merendeel op eigen initiatief. Het blijkt dat 124 patiënten zich meldden met klachten die passen in het blok medische oogheekunde:

- rood oog/trauma/pijn 65
- zichtbare afwijking 12
- visuele sensatie 18
- acute visusdaling 10
- astenopie 15
- strabisme 4
- gezichtsveld uitval -
- neurologisch -

De aandoening waarvoor de huisarts het meest geraadpleegd wordt is het rode oog. Dit komt aardig overeen met de morbiditeitsregistraties zoals vermeld in tabel 1.

Tabel 3 geeft het aantal malen dat een onderzoeksblok werd gedaan, onderverdeeld naar medische en optische oogheekunde. Het opnemen van de visus en de uitwendige inspectie waren bijna altijd nodig. Daarna volgt de funduscopie; de oogboldrukmeting blijkt in ons patiëntenmateriaal eigenlijk maar beperkt nodig (circa 10 procent). Naar onze overtuiging kan niet duidelijk genoeg gezegd worden dat het opnemen van de visus en het correcte gebruik van de stenopeische opening de eerste en belangrijkste onderzoeksactiviteit is.

Er waren 78 verwijzingen naar de oogarts en 21 verwijzingen naar de opticien. In 95 van de 194 de gevallen kon de huisarts zelf het probleem oplossen; zeker bij een aantal daarvan heeft de beschikbaarheid van dit protocol de doorslag gegeven. Dit resultaat ondersteunt nadrukkelijk ons uitgangspunt: voor de huisarts is oogheekunde best te doen.

Tabel 1 Incidentie en prevalentie van oogaandoeningen in Nijmeegs Continue Morbiditeitsregistratie, Transitieproject, Monitoringproject en Morbidity Statistics.

Aandoening	CMR ¹		Transitie ²		Monitoring ³		Morb Stat ⁴	
	inc	pre	inc	pre	inc	pre	inc	pre
Conjunctivitis	7,3	7,3	25,7	27,2	22,1	28,0	28,0	30,3
Corpus alienum	24,3	24,3	2,3	2,4	1,9	2,4	1,8	1,2
Refractie-afwijking	5,8	6,2	7,5	10,6	7,9	14,0	1,1	1,2 ^a
Cataract	1,7	6,8	1,3	4,6	1,0	2,4	1,8	2,2
Glaucoom	0,3	2,2	0,5	1,7 ^b	0,2	1,4	0,8	1,3

^a Exclusief strabismus; ^b inclusief data uit Saba (waar relatief veel oogafwijkingen voorkomen).

Tabel 2 Geslacht en leeftijd van de patiënten die in de proeffase werden onderzocht volgens het Tilburgs Oogheekundig Protocol. Aantallen.

	Medisch	Optisch	Totaal
<i>Geslacht</i>			
- mannen	54	35	89
- vrouwen	54	37	91
- onbekend	10	4	14
<i>Leeftijd in jaren</i>			
- ≤12	14	14	28
- 13-40	55	29	84
- 41-50	13	10	23
- ≥ 51	25	16	41
- onbekend			18

Tabel 3 Frequentie van gebruik van de verschillende onderzoeksblokken van het Tilburgs Oogheekundig Protocol.

	Medisch n=124	Optisch n=70	Totaal n=194
I Gezichtsscherpte	114	67	181
II Uitwendige inspectie	119	61	180
III Oogstand	10	9	19
IV Volgbeweging	11	8	19
V Gezichtsveld	3	2	5
VI Funduscopie	60 ^a	55 ^b	115
VII Oogboldruk	17	6 ^c	23

^a waarvan 6 als afwijkend beoordeelde fundi; ^b waarvan 5 als afwijkend beoordeelde fundi; ^c waarvan 1 als afwijkend beoordeelde oogboldruk.

Beschouwing

Bij de ontwikkeling van het Tilburgs Oogheelkundig Protocol stonden ons drie doeleinden voor ogen:

- een instrument ontwerpen waarmee de huisarts oogheelkundige vragen, via een wegwijzer, heel doelmatig kan vertalen in die diagnostische onderzoeken die nodig zijn voor de beantwoording van vragen en het instellen van een adequate therapie;
 - een verwijzingsformulier ontwikkelen, dat de huisarts dwingt de vraagstelling adequaat te formuleren en de oogarts de gelegenheid geeft zijn bevindingen te correleren aan die van de huisarts; dit laatste zou tevens een belangrijk nascholingseffect kunnen sorteren;
 - eventuele uitbouw van het protocol in de toekomst als instrument voor epidemiologisch onderzoek; hierin zouden bijvoorbeeld vragen aan de orde kunnen komen naar de gang van de patiëntenstromen en het aandeel van de medische en de optische oogheelkunde.
- Na de ontwerpfase is het protocol door

middel van nascholingsavonden, waarbij ook het oogspiegelen en drukmeting kon worden geoefend (met medewerking van de firma Chibret/MSD), in de regio geïntroduceerd. Het protocol is nu enkele maanden bij vele huisartsen in gebruik en heeft zijn bruikbaarheid reeds bewezen; de huisarts krijgt weer greep op het oogheelkundige gedeelte van zijn werk. Ook blijkt het tot betere verwijzingen naar de oogarts te leiden en tot het inschakelen van de opticiens op een manier die de verantwoordelijkheden daar laat waar ze horen te liggen: de opticiens als uitvoerder, de oogarts als specialist en de huisarts ook oogheelkundig weer terug op zijn plaats als spil.

Literatuur

- ¹ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ² Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartsprak-

tijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13.

- ³ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁴ Royal College of General Practitioners, Office of Population Censuses and Surveys, Department of Health and Social Security. Morbidity statistics from general practice 1981-1982 [third national study]. London: Her Majesty's Stationery Office, 1986.
- ⁵ Mol R. Doctor on SABA [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- ⁶ Van Rens JWGA. Glaucoma simplex in de huisartspraktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1976.
- ⁷ De Bruin WH. Refractieproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1988; 31(suppl 12): 36-40.
- ⁸ Van de Kar WJAM. Een onderzoek naar de waarde van de fundusfotografie bij het opsporen van diabetische retinopathie in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- ⁹ Dekkers NWHM. Acute huisartsgeneeskunde. In: Van Landeghem AAJ, Veuger AJLM, red. Dokter, ik zie niks meer. Tilburg: St. Elisabeth Ziekenhuis, 1985.
- ¹⁰ Van der Beek J, Schiffelers H. Onder vier ogen. Leiderdorp: De Medicus, 1988. ■

De kwaliteit van de BSE in de huisartspraktijk

Vervolg van pag. 417

Literatuur

- ¹ Dinant GJ, Knottnerus JA, Van Wersch JWJ, Dolhain JPH. De bezinkingssnelheid der erythrocyten; een onderzoek naar de betrouwbaarheid van deze bepaling in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 680-4.
- ² Dinant GJ, Knottnerus JA, Van Wersch JWJ. Blood sample transportation and the erythrocyte sedimentation rate [Letter]. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 302.
- ³ Dinant GJ, Knottnerus JA, Van Wersch JWJ, Van Aubel PGJ. Reliability of the erythrocyte sedimentation rate in general practice before and after intervention. Scand J Prim Health Care, in press.

- ⁴ International Committee for Standardization in Hematology. Recommendation for measurement of erythrocyte sedimentation rate of human blood. Am J Clin Pathol 1977; 68: 505-7.
- ⁵ Berg B, Estborn B, Tryding N. Stability of serum blood constituents during mail transport. Scand J Clin Lab Invest 1981; 41: 425-30.
- ⁶ Knottnerus JA, Volovics A. Overeenstemming tussen beoordelaars. Huisarts Wet 1989; 32: 56-61, 73.
- ⁷ Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986; i: 307-10.
- ⁸ Davidse W, Wissink GJ. Artsenlaboratoria in

Nederland [Eindrapport]. Leiden: NIPG-TNO, 1986.

- ⁹ Knottnerus JA, Kerkhof PD, Schouten LJ. De hoge bezinking. Huisarts Wet 1984; 27: 123-9.
- ¹⁰ Specken JLH. De klinische waarde van de uitzakkingsreactie der erythrocyten in de gynaecologie. Amsterdam: Paris, 1933.
- ¹¹ Huygen FJA. Enkele experimenten met bepalingen van de bezinkingssnelheid der rode bloedlichaampjes. Ned Tijdschr Geneesk 1965; 109: 2476-81.
- ¹² Landaas S, Juell A. Quality of laboratory analyses in the primary health care. Scand J Prim Health Care 1986; 4: 169-73. ■