

Funduscopie

De bevindingen van *Kamp et al.*¹ verrassen ons geenszins. De gevonden reductie in het aantal verwijzingen voor refractiefwijkingen was te verwachten op grond van het feit dat de verwijzingskaarten niet meer via de assistente werden afgegeven. Evenmin verrassend is het niet aantoonbaar zijn van enig effect van de vaardigheidstraining voor huisartsen. Wij menen dat de oorzaak daarvan ligt in de vaardigheden die werden getraind en vooral *niet* werden getraind.

In de eerstelijns oogheelkunde gaat het vooral om de vraag of er al dan niet sprake is van een oogaandoening die behandeling door een oogarts behoeft. Het gaat dus om negatieve diagnostiek. Met behulp van het bepalen van de visus, aangevuld met 'diagnostisch refracteren', kan men een goede indruk krijgen van een eventueel bestaande refractiefwijking (inclusief hypermetropie). Wil men vervolgens een oogaandoening uitsluiten, dan zal men instrumentarium moeten gebruiken en vaardigheden moeten beheersen, die dit ook mogelijk maken. Kijken met doorvallend licht en directe funduscopie, evenals tonometrie met de Glaucotest, laten te veel 'ongezien' en 'onopgemerkt'. *Directe funduscopie*, die in de beschreven training werd geoefend, is inderdaad moeilijk. Men kan moeilijk bepalen waar in de fundus men 'zit' en de detailwaarnemingen vormen geen patroon, zoals die in leerboeken (indirecte funduscopebeelden) te zien zijn. Het mag dan ook geen wonder heten dat geen oogarts volstaat met directe funduscopie.

Indirecte funduscopie heet 'te moeilijk' te zijn. Wij menen dat dit voor een groot deel een gevolg is van het feit dat degenen die zich hierin bekwamen, bij de aanvang de helpende hand van een docent ontberen. Een ervaren docent kan zien als de leerling de retina in beeld heeft, doordat bij 'goed zicht' een scherp afgegrensde lichtvlek op de cornea ontstaat. De docent kan de handen van de leerling zo sturen, dat dit wordt gerealiseerd. Na enige seconden kan hij dan de handen loslaten, waarna de leerling probeert het beeld vast te houden. In de cursus oogheelkunde die door ons gegeven wordt, leerde iedereen de indirecte funduscopie, waarbij men zelfstandig beeld verkreeg na – naar schatting – vijf pogingen c.q. patiënten. Het stellen van een diagnose vereist meer training, maar aan het einde van de cursus oogheelkunde, die 15 halve dagen besloeg, was men daarin drastisch gevorderd. Van onzekerheid, zoals uit het artikel van *Kamp et al.* spreekt, was geen

sprake meer. Uit een recent uitgevoerd onderzoek van twee haio's bleek dat hun opleiders die onze cursus hadden doorlopen, zowel bij verwezen als bij niet-verwezen patiënten in bijna 90 procent van de gevallen de juiste diagnose hadden gesteld.²

De conclusie van het artikel is, dat de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek 'te hoog gegrepen' is voor de huisarts. 'Verkeerd gegrepen', vinden wij. Een grondige cursus oogheelkunde, die in totaal maar 5,5 dag langer duurt dan de cursus van *Kamp et al.* levert een volstrekt andere uitkomst op. De door ons getrainde huisarts weet na 15 minuten met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid om welk soort van aandoening het gaat. Hij heeft de oogheelkunde - dit deel van het vak dat uit het zicht verdween - weer goed in het vizier.

Y.D. van Leeuwen, huisarts

J.L. Baggen, huisarts

1 Kamp BS, Fleuren MAH, Veldman E. Verwijzingen naar de polikliniek oogheelkunde onder de loep. *Huisarts Wet* 1995; 38: 521-4.

2 Crooymans MJE, Henquet WYM. Hoe oogt de huisarts? [Scriptie in het kader van de huisartsopleiding]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

Naschrift

Van Leeuwen & Baggen stellen voor huisartsen te trainen in de indirecte funduscopie. Wij onderschrijven hun opvatting dat het aanleren van deze onderzoekstechniek goed mogelijk is. Hiervoor is echter een gedegen nascholing nodig, aangevuld met een ruime ervaring die onder supervisie van een deskundige wordt opgedaan; pas dan geeft indirect spiegelen letterlijk een ruimere blik op het netvlies.

In Almere hebben wij bij de opzet van de nascholing in eerste instantie gekozen voor direct spiegelen. Dat sloot beter aan bij de aanwezige onderzoeksvaardigheden van de betreffende huisartsen. De beperkte tijd die de huisartsen beschikbaar hadden voor nascholing (beduidend minder dan 15 halve dagen) speelde daarbij ook een rol.

Conform de NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek is gekozen voor de Glaucotest als screeningsmethode voor verhoogde oogbolddruk (>, < of = 22 mm Hg).¹ Mede vanwege de relatief hoge kosten schaffen slechts weinig huisartsen een spleetlamp met Goldmann-applanatietonometer aan (in Almere beschikt geen enkele huisarts over zo'n spleetlamp). Uit ons artikel blijkt dat de meeste huisartsen, on-

danks hun inspanningen, aan het eind van de trainingsperiode nog niet in staat waren te discrimineren tussen een refractiefwijking en oogheelkundige pathologie.

De rol die huisartsen in de toekomst zullen vervullen op het gebied van de oogheelkundige zorg, hangt af van de bereidheid tot (na)scholing en het investeren in meer tijd gedurende de dagelijkse praktijkvoering in oogheelkundige diagnostiek. *Van Leeuwen & Baggen* hebben vastgesteld dat het kan bij een groep enthousiaste huisartsen. Het is echter de vraag of de meerderheid van de huisartsen bereid en in staat is het door *Van Leeuwen & Baggen* nagestreefde niveau van oogheelkundige diagnostiek te bereiken. Wellicht is het veel realistischer de praktische haalbaarheid van funduscopie als basistechniek in de huisartsgeneeskunde ter discussie te stellen; dit is immers slechts één van de deelterreinen waarop de huisarts zich dient te bekwamen. Er zou dan gezocht moeten worden naar alternatieven, waarbij de huisarts in eerste instantie met minder tijdsinvestering toch weer een deel van het terrein van de oogheelkundige zorg, eventueel in samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn, op een adequate manier kan verzorgen. Gelet op de toenemende vraag naar oogheelkundige zorg is voortvarendheid geboden.

E. Veldman

M. Fleuren

B. Kamp

1 Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. *Huisarts Wet* 1990; 33: 394-402.

NOTA BENE

When you take stuff from one writer, it is plagiarism, but when you take it from many writers, it's research (Wilson Mizner).

Stelling bij: Meijboom FJ. De resultaten op lange termijn van chirurgische correctie van aangeboren hartafwijkingen op de kinderleeftijd [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.