

SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, OPTOMETRIST EN OOGARTS KAN ANDERS EN BETER

Huisarts moet zich herbezinnen op oogzorg

De vergrijzing en de diabetesexplosie wakkeren de vraag naar oogzorg aan. Maar de huisarts verwijst vooral, waardoor de tweede lijn wordt overspoeld. Anderhalvelijnszorg door een gespecialiseerde huisarts biedt een uitweg.

Huisartsen zien het aantal patiënten met oogaandoeningen al jaren fors stijgen. Parallel daaraan neemt ook de vraag naar tweedelijns oogheelkundige zorg explosief toe en dat kan in toene-

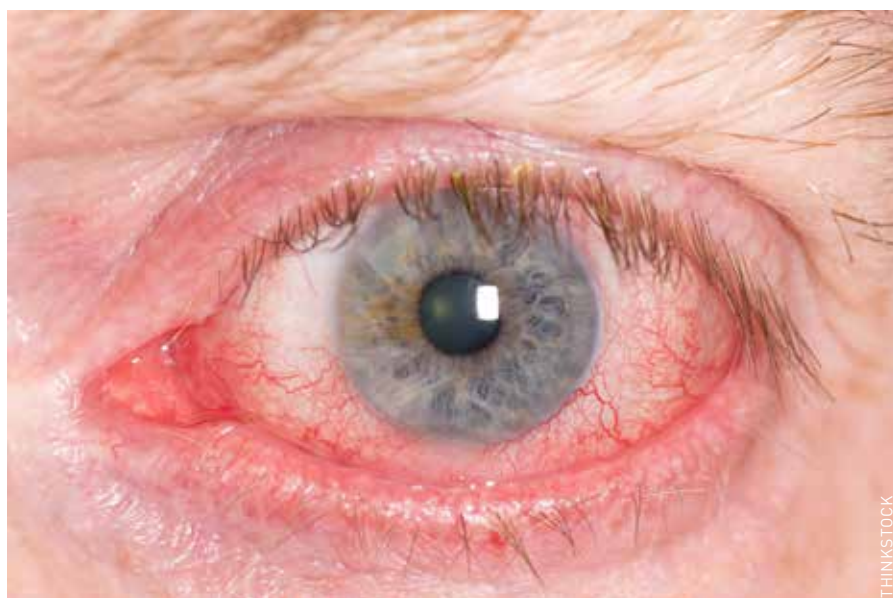
mende mate een capaciteitsprobleem veroorzaken.¹ Alle betrokken partijen staan voor het lastige vraagstuk hoe ze gezamenlijk kosteneffectieve oogzorg kunnen blijven bieden. Gezien zijn poortwachterfunctie zou de huisarts daarbij een cruci-

ale positie moeten innemen, maar kan hij die op oogheelkundig gebied nog wel waarmaken?

Penlight en een loep

Anno 2014 lijken huisartsen de meeste patiënten met oogaandoeningen naar de tweede lijn te verwijzen. Maar gezien de toenemende eisen die de uitdijende groepen ouderen en diabeten aan hun gezichtsvermogen stellen, is het de vraag of de huisarts dit kan blijven doen. De NHG-Standaard 'Het Rode Oog' biedt de huisarts een betrouwbaar houvast in diagnostisch en therapeutisch handelen – als het oog tenminste rood is. Maar wat, zoals vaak bij senioren, als dat niet het geval is en andere symptomatologie wordt gepresenteerd? Oogheelkundige onderzoeksmogelijkheden en -vaardigheden van de huisarts zijn vaak beperkt. Slechts een kleine 300 huisartsen beschikken over een spleetlamp. De meesten behelpen zich met een penlight, al of niet in combinatie met een loep. In sommige praktijken is een oogspiegel aanwezig. Tijdens vaardigheidstrainingen horen wij dat de huisarts zich vaak onzeker of onmachtig voelt om het oogspiegelbeeld te verkrijgen dan wel te duiden.

Ook de toenemende hoeveelheid verwijzingen van opticiens en optometristen naar de huisarts, bijvoorbeeld vanwege een afwijkende papilconfiguratie of de frequent voorkomende macula



THINKSTOCK

drusen bij senioren, kunnen vaak niet goed geïnterpreteerd worden en leiden bijna automatisch tot doorverwijzen naar de oogarts. Veel huisartsen krijgen dergelijke verzoeken niet eens onder ogen – de praktijkassistente stuurt deze stante pede door naar de oogarts.

Te kort coschap

Oogheelkundige poli's raken hierdoor overvol, deels met refractieafwijkingen of

marginaal verhoogde oogdrukken, deels met waargenomen afwijkingen die fysiologisch zijn en behoudens geruststelling geen interventie behoeven. Een op de drie nieuwe patiënten die bij de huisarts komt, heeft een klacht op het gebied van dermatologie, kno of oogheelkunde. Maar niemand neemt het initiatief om de duur van de drie korte coschappen – twee weken per vakgebied! – aan te passen aan het sterk gewijzigde

patiëntenaanbod. Veel aiossen huisartsengeneeskunde hebben daardoor bij hun intrede in de opleidingspraktijk weinig oogheelkundigs geleerd en hebben van hun opleider buiten het management van het rode oog niet veel te verwachten. De geringe oogheelkundige vaardigheid van veel huisartsen is in niemands voordeel.

Optometrist

In de jaren '80 verdween de obstetrie uit de huisartsengeneeskunde. Nu dreigt eenzelfde verdwijnsce­nario voor eerste­lijnsoogheelkunde door de opkomst van de optometrist. Immers naast de opticien die alleen brillen aanmat, deed de hbo-opgeleide en deels BIG-geregistreerde optometrist zijn intrede. Hij is uitstekend opgeleid, goed geoutilleerd en verricht toenemend in de eerste lijn de diagnostiek van het gezonde oog. In de praktijk werkt dit voortreffelijk, maar voor de huidige senioren met een breed scala aan leeftijdsgebonden oogproblematiek zoals glaucoom, cataract en maculadegeneratie, en voor diabetische retinopathie lijkt een aanpassing nodig. Zeker gezien de verbeterde behandel­mogelijkheden voor cataract, natte maculadegeneratie en diabetisch macula-oedeem blijft een korte lijn naar de oogarts noodzakelijk.

Anderhalvelijnszorg

Wij adviseren de samenwerking tussen opticien en optometrist enerzijds en optometrist en huisarts anderzijds opnieuw in te vullen. Huisartsen zouden de bevindingen van optometristen beter moeten leren interpreteren en gebruiken om medisch beleid te maken, zodat alleen de noodzakelijke pathologie naar de tweede lijn wordt doorverwezen en de rest vooral niet. Daarvoor is nascholing aan optometristen en huisartsen door oogartsen noodzakelijk en moeten nieuwe mogelijkheden voor oogartsconsultatie worden ingezet.

Extra aandacht verdienen in dit verband de circa 300 huisartsen met een bijzondere bekwaamheid op oogheelkundig gebied. Zij zijn opgenomen in het register oogheelkunde van het College van



Aiossen huisarts-geneeskunde hebben weinig oogheelkundigs geleerd

Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Op grond van deze registratie kunnen zij oogheelkundig onderzoek dat volgens een bepaald format is uitgevoerd, apart declareren als 'anderhalvelijnszorg'. Ze krijgen daarvoor een toeslag op het consulttarief. Dit levert alleen maar winnaars op: de patiënt wordt adequaat en dicht bij huis geholpen door de huisarts, die aan de geleverde extra zorg nu eens wél wat overhoudt. De oogarts houdt volle poli's, maar nu met zaken die tweedelijns zijn en de zorgverzekeraar bespaart veel geld. Ik, Frank Timmermans, verrichtte in mijn groepspraktijk een oriënterende pilot: de door drie huisartsen, diverse opticiens en twee optometristen geïndiceerde geachte verwijzingen naar de oogarts, werden éerst door mijzelf gezien: 70 procent hiervan werd niet doorverwezen naar de tweede lijn! Een ervaren CHBB-huisarts kan zo veel geld besparen.

Hoewel extrapoleren vanuit een pilot uiteraard een heikele zaak is, lijkt voor heel Nederland alleen al op eerste verwijzingen een besparing van ruwweg 50 miljoen euro mogelijk!

Concreet

De volgende stappen zijn noodzakelijk.

1. Beter samenwerken

Huisarts en optometrist, die elkaar nu meestal niet kennen, laat staan begrijpen, moeten beter samenwerken. De huisarts moet de professionele onderzoeksbevindingen van de optometrist gaan behandelen als het verslag van refractie en beeldvormende diagnostiek. Hij kan dit gebruiken om zijn eigen generalistisch

medisch beleid te maken met eventueel verbindingen naar andere specialisten. De huisarts blijft voor dit beleid verantwoordelijk.

2. Intercollegiale toenadering

Huisartsen en oogartsen zijn elkaar de laatste jaren uit het oog verloren. Huisartsen vinden oogheelkunde moeilijk; oogartsen menen desinteresse te bespeuren. Verwijsbrieven zijn vaak anekdotisch vaag ('ziet slecht') en de oogarts schrijft nooit een brief terug. Kortom: een hernieuwde intercollegiale toenadering is dringend nodig.

3. De huisarts plus

Het coschap oogheelkunde moet minimaal vier weken gaan duren en moet worden afgesloten met concrete eindtermen. Dan komt de startende aios huisartsengeneeskunde beter beslagen ten ijs en kan een betere eerstelijns oogheelkunde ontstaan. Daarnaast moet het aantal CHBB-gecertificeerde huisartsen de komende jaren geleidelijk, maar fors groeien. Per zes tot tien praktijken één consulent-collega op oogheelkundig gebied kan wonderen verrichten en is geen onmogelijke doelstelling. In Nijmegen, Groningen en Leiden zijn postacademische opleidingen om het CHBB-certificaat te verkrijgen. Daarnaast heeft de Stichting Onderwijs Oogheelkunde aan Huisartsen in Nederland (STOOHN) een formidabele opleidingscapaciteit in heel Nederland. Deze CHBB-huisartsen vormen het fundament voor de ontwikkeling van een zeer kosteneffectieve anderhalvelijns oogheelkunde. Een consultatiemodel, waarbij de oogarts regelmatig naar de praktijk van de CHBB-huisarts komt voor casuïstiek waarbij twijfel over verwijzing naar een ziekenhuis bestaat, lijkt ons uitermate aantrekkelijk.

4. Faciliteiten

De minister van VWS en de zorgverzekeraars dienen een adequate en kosteneffectieve organisatie van de eerste- en anderhalvelijns oogzorg te faciliteren.

Uitdaging

Voor kosteneffectieve oogzorg met een hoge patiënttevredenheid is het nodig de

eerste- en anderhalvelijns oogzorg te verbeteren. Hiervoor moeten alle bij de oogzorg betrokken partijen samenwerken en een open denkstijl aanhouden. Samen moeten we het achterstallig onderhoud uitvoeren. We staan voor een uitdaging met kansrijke perspectieven. En de samenwerking die we beogen is ontzettend leuk, zoals wij iedere keer opnieuw ervaren tijdens onze nascholingsactiviteiten. Wij zijn er klaar voor, wie volgt? ■

contact

f.timmermans@kpnplanet.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoot en het dossier Samenwerking vindt u op www.medischcontact.nl.

MEDISCH
CONTACT **Live**

Succesvol samenwerken

Evenement met onder anderen
Jan van Hooff over de biologische
basis van samenwerking.

Met verder:

Bas Blekkingh

Authentiek Leiderschap

Han Anema VUMC

Alice Langeveld-Wildschut en

Jacqueline Schuur Tergooi

Donderdag 15 mei 2014

16.00-20.00 uur

De Doelen, Rotterdam

medischcontactlive.nl