

OOGHEELKUNDIGE VAARDIGHEDEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

S.E. DE VRIND
F.W. DEKKER
C.C. STERK
J.D. MULDER

De oogheelkunde neemt een belangrijke plaats in binnen het huisartsgeneeskundig handelen. Een huisarts met een praktijk van 2350 patiënten wordt gemiddeld één keer per dag geconfronteerd met een oogheelkundig probleem en onderzoekt per jaar 10% van de patiënten oogheelkundig.¹ De meest voorkomende oogproblemen in de huisartspraktijk zijn refractie-afwijkingen, aandoeningen van de conjunctiva en fundusafwijkingen.²⁻⁴ Het onderwijs in de oogheelkundige vaardigheden vindt doorgaans plaats in de co-assistentenschappen, in de opleiding tot huisarts en bij georganiseerde nascholing. In de loop van de beroepsopleiding tot huisarts neemt het oogheelkundig vaardigheidsniveau in het algemeen duidelijk toe, maar het verrichten van funduscopie, oogdrukmeting en visusbepaling verbetert niet of slechts weinig.⁵ Aan het eind van de beroepsopleiding tot huisarts blijken de huisartsen-in-opleiding in vergelijking met andere onderwerpen het meeste behoefte te hebben aan scholing ten aanzien van medisch-technische vaardigheden in de oogheelkunde.⁶

S.E. de Vrind
Co-assistent

F.W. Dekker
Wetenschappelijk onderzoeker

C.C. Sterk
Oogarts

J.D. Mulder
Huisarts

Correspondentieadres:
F.W. Dekker
Instituut voor
Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Leiden
Postbus 2088
2301 CB Leiden

Vanaf 1984 worden door de Boerhaave commissie te Leiden nascholingscursussen voor huisartsen georganiseerd met als onderwerp 'vaardigheden oogheelkunde'.⁷ Het doel van de cursus is het praktisch leren beheersen van de voor de huisarts relevante oogheelkundige vaardigheden. Evaluatie van de cursus was wenselijk om het effect van de cursus enigszins te kunnen objectiveren. Om het effect te kunnen meten vergeleken we drie groepen huisartsen: deelnemers, huisartsen op de wachtlijst en huisartsen uit een controlegroep.⁸

De vraagstelling van het onderzoek bestaat uit twee delen:

- In welke mate vinden huisartsen dat zij bepaalde oogheelkundige vaardigheden beheersen?
- Bestaat er in dit opzicht verschil tussen huisartsen die de Boerhaave cursus 'vaardigheden oogheelkunde' gevolgd hebben, huisartsen die op de wachtlijst voor de cursus staan en huisartsen die de cursus niet gevolgd hebben en ook niet op de wachtlijst staan?

METHODE

De onderzoekspopulatie bestond uit drie groepen huisartsen. De eerste groep werd gevormd door alle huisartsen die in de afgelopen jaren (1984-1990) hebben deelgenomen aan één van de elf Boerhaave cursussen 'vaardigheden oogheelkunde' (n=267). Het bleek dat de deelnemersgroep ook een aantal verpleeghuisartsen en bedrijfsartsen bevatte. Deze zijn uit de onderzoekspopulatie verwijderd, omdat het in dit onderzoek om een vergelijking tussen huisartsen ging. De tweede groep waren de huisartsen die op de wachtlijst staan (n=28). Tenslotte werd een controlegroep (n=309) gevormd bestaand uit alle huisartsen uit de regio Zuid-Holland Noord die op enigerlei wijze meewerken bij de taken van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en die de Boerhaave cursus niet gevolgd hebben en niet op de wachtlijst staan.

Om de opinie over de beheersing van de oogheelkundige vaardigheden en het effect van de vaardigheidscursus te kunnen bepalen, is een vragenlijst samengesteld. Deze bevatte vragen over de praktijk, de beheersing van het oogonderzoek, de frequentie van oogheelkundig onderzoek, de ter beschikking staande instrumenten en tenslotte vragen over het

beleid. Bij alle vragen konden de huisartsen verschillende antwoorden invullen, maar bij de beleidsvragen was slechts één antwoord juist.

Bijvoorbeeld bij de vraag naar de indicatie voor lokaal corticosteroïden is 'overlaten aan de oogarts' het beste antwoord. Volgens de literatuur is het beter om alle oogheelkundige preparaten met steroïden in de huisartspraktijk te vermijden en het geven van lokaal corticosteroïden aan de oogarts over te laten.⁹

De vragenlijst is met een begeleidende brief en een antwoordenveloppe verstuurd naar de drie groepen huisartsen. Vier weken na versturing van de enquête werd een herhalingsbrief gestuurd. Voor de evaluatie van de Boerhaave cursus was het van belang om de deelnemers en de controlegroep te kunnen vergelijken met de wachtlijstgroep. Aangezien de laatste groep klein was en het moeilijk is om aan gegevens over een te beperkte groep conclusies te verbinden kreeg deze groep een tweede herhalingsbrief.

RESULTATEN

Van de 604 huisartsen die de enquête hebben ontvangen reageerden er 374 (62%): 158 deelnemers (60%), 190 uit de controlegroep (62%) en 26 huisartsen van de wachtlijst (93%). Huisartsen die de vragenlijst verkeerd hadden ingevuld of niet (meer) als huisarts werkzaam waren en de niet-huisartsen zijn uit het onderzoek verwijderd. Voor de analyse bleven 313 huisartsen over, waarvan 113 uit de deelnemersgroep, 179 uit de controlegroep en 21 van de wachtlijst.

Gerapporteerde mate van beheersing

Gemiddeld verrichten de huisartsen 2,9 maal per week oogonderzoek; omgerekend naar een normpraktijk komt dit neer op ruim 3 maal per week. 90% geeft aan dat ze dit onderzoek onder andere in de co-assistentenschappen hebben geleerd; 30% heeft de vaardigheden

opgedaan in de opleiding huisartsgeneeskunde en weer 30% op een vaardigheidskursus.

Meer dan 70% van de huisartsen bezit de volgende instrumenten voor oogonderzoek: visuskaart, fluoresceïne, oogzalf, therapeutische oogdruppels en een corneaboortje. Als reden voor het niet aanschaffen van meer instrumenten geeft 55% op dat ze liever doorverwijzen naar de opticiens, 35% meent voldoende instrumenten te hebben, 33% verwijst liever naar de oogarts, en 33% is onbekend met de werking van de instrumenten die ze niet bezitten.

Uit de beleidsvragen blijkt dat 70% van de huisartsen het geven van lokale corticosteroïden overlaat aan de oogarts. Bij het onderzoek naar scheelzien vond ruim 80% van de huisartsen de afdekproef het belangrijkste diagnosticum. Verder voert ruim 80% een naar onze mening juist beleid bij een erosia corneae: zij geven oogzalf en oogverband. De huisartsen scoren ons inziens alleen onvoldoende in het beleid bij patiënten met hoge-as myopie: meer dan de helft van de huisartsen meet geen oogdruk bij deze patiënten en slechts 16% gebruikt de gewenste methode, namelijk de applanatie-methode, bijvoorbeeld door middel van de glaucotest tonometer.

De meeste huisartsen (>75%) zeggen de volgende vaardigheden te beheersen: uitwendig onderzoek, omklappen van het bovenooglid, visustest, gezichtsveldonderzoek, oogdruppelen, oogverband aanleggen, traanzakmassage, kleuren van de cornea, verwijderen van een corpus alienum en een roestring van de cornea. Slechts 50% meent de funduscopie en het oogdruk meten voldoende te beheersen en een minderheid (<25%) kan de prisma-test en het orthoptisch onderzoek uitvoeren. Voordat wordt verwezen naar oogarts of opticien verricht ongeveer 35% van de huisartsen oogonderzoek om eventuele pathologie uit te sluiten.

Bij de funduscopie krijgen de meeste huisartsen de papil, de grote vaten en de macula in beeld; van alle huisartsen zegt 75% de periferie te missen. Van de huisartsen die een funduscoop bezitten gebruikt 50% deze ook voor het onderzoek met doervallend licht. Slechts 10% van de huisartsen meet regelmatig preventief de oogdruk bij patiënten boven de 60 jaar.

Effect van de cursus

Om het effect van de cursus te kunnen bepalen zijn de drie groepen huisartsen met elkaar vergeleken.

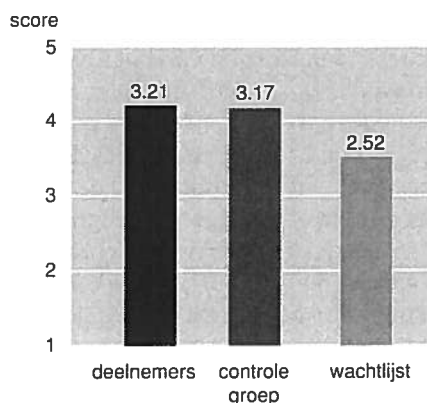
Er blijkt weinig verschil in mening te bestaan omtrent het beheersen van de oogheelkundige vaardigheden tussen de deelnemers en de controlegroep. Als echter de deelnemers vergeleken worden met de huisartsen van de wachtlijst, komen significante verschillen naar voren.

De deelnemers verrichten gemiddeld 3,6 maal oogonderzoek per week en de huisartsen van de wachtlijst 2,5 maal ($p=0,011$). Op grond van eigen oordeel lijken de deelnemers de volgende vaardigheden beter te beheersen dan de huisartsen van de wachtlijst ($p<0,01$): funduscopie, oogdruk meten, aanleggen van oogverband, traanzakmassage en kleuren van de cornea (tabel 1). Bij de funduscopie zijn wat betreft het deel van de fundus dat wordt gezien geen significante verschillen tussen de twee groepen gevonden.

Wanneer de huisartsen in een schaal van 1 (slecht) tot 5 (goed) aangeven hoe hun beheersing van het oogonderzoek is, lijken de deelnemers (met een gemiddelde score van 3,2) de oogheelkundige vaardigheden beter te beheersen dan de huisartsen van de wachtlijst (met een gemiddelde score van 2,6) (figuur 1). Dit verschil is significant ($p=0,002$). Er is geen duidelijk verschil met de controlegroep.

BESCHOUWING

Uit de resultaten blijkt dat huisartsen in het algemeen de oogheelkundige vaardigheden goed denken te beheersen met uitzondering van de funduscopie, de oogdrukmeting, de prismatest en het orthoptisch onderzoek. In vergelijking met de huisartsen op de wachtlijst geeft een groter deel van de huisartsen die de Boerhaave cursus 'vaardigheden oogheelkunde' hebben gevolgd aan dat zij bepaalde oogheelkundige vaardigheden bezitten.



Figuur 1.
De mate van beheersing van de oogheelkundige vaardigheden aangegeven door de huisartsen op een schaal van 1 (slecht) tot 5 (goed)

Tabel 1. De beheersing van de vaardigheden, weergegeven als het percentage huisartsen dat de vaardigheid zegt te beheersen.

Vaardigheid	Deelnemers <i>n</i> =113	Controle groep <i>n</i> =179	Wacht- lijst <i>n</i> =21
Uitwendig onderzoek	100	98	91*
Boven ooglid omklappen	96	96	95
Orthoptisch onderzoek	27	28	20
Toestel van Javal	3	1	5
Visustest	85	80	76
Gezichtsvelonderzoek	97	100	95
Prismatest	14	11	0
Funduscopie	44	41	5**
Oogdruk meten	66	50**	30**
Oogdruppelen	99	96	100
Oogverband aanleggen	95	88	67**
Massage van de traanzak	88	80	38**
Kleuren van de cornea	98	89**	80**
Verwijderen van corpus alienum	91	89	86
Verwijderen van roestring	76	69	71

verschillen t.o.v. deelnemers: * = $p<0,05$; ** = $p<0,01$

De resultaten ten aanzien van het niveau van beheersing dat de huisartsen volgens eigen opgave hebben bereikt, worden beïnvloed door de gekozen onderzoekopzet. Doordat met een schriftelijke enquête naar de beheersing van oogheelkundige vaardigheden is gevraagd, krijgt men subjectieve en mogelijk sociaal wenselijke antwoorden; de werkelijke beheersing van de vaardigheden kan niet worden gecontroleerd.

De resultaten ten aanzien van de vergelijking van de drie groepen huisartsen worden beïnvloed door de vorm van het onderzoek. Deze is transversaal: op een bepaald tijdstip zijn drie verschillende groepen huisartsen met elkaar vergeleken en uit het verschil in beheersing van de oogheelkundige vaardigheden tussen de huisartsen is het effect van de vaardigheidscursus afgeleid. Om het effect van de cursus het best te objectiveren zou een longitudinaal onderzoek moeten worden uitgevoerd en zou de beoordeling van de beheersing van vaardigheden door directe observatie dienen te geschieden.¹⁰ Op deze wijze kunnen van één groep huisartsen op verschillende momenten data worden verzameld en zo wordt een vergelijking van vóór en na de cursus mogelijk.

Aangezien de cursus slechts twee maal per jaar wordt gegeven aan een groep van telkens 24 deelnemers worden de aantallen in een longitudinale opzet erg klein. Daarom kozen wij voor een transversaal 'design'. Omdat alle huisartsen die de cursus hebben gevolgd, daarvoor op de wachtlijst hebben gestaan en aangenomen mag worden dat voor alle huisartsen die de cursus (willen gaan) doen dezelfde motieven spelen dan wel hebben gespeeld, zijn wij van mening dat een transversaal 'de-

sign' relevante informatie oplevert. Door huisartsen van de wachtlijst te vergelijken met de deelnemers kan de beheersing van de oogheelkundige vaardigheden vóór en na de cursus worden bepaald.

Wanneer de deelnemers en de huisartsen van de wachtlijst met elkaar worden vergeleken, komen de volgende punten naar voren.

- De huisartsen van de wachtlijst verrichten significant minder oogonderzoek per week, mogelijk omdat ze met de vereiste vaardigheden onvoldoende vertrouwd zijn.

- De huisartsen van de wachtlijst geven voor de beheersing van de funduscopie, de oogdrukmeting, het oogverband aanleggen, het kleuren van de cornea en de traanzakmassage een niveau aan dat lager is dan dat van de deelnemers.

- In het algemeen ligt het niveau van de beheersing van de oogheelkundige vaardigheden bij de huisartsen van de wachtlijst, naar ze zelf aangeven, lager dan bij de deelnemers. Het is denkbaar dat voor de huisartsen van de wachtlijst de door hen ervaren onvoldoende beheersing van de oogheelkundige vaardigheden een reden vormde om zich op te geven voor de vaardigheidstraining.

Voor de deelnemers en de controlegroep ligt het niveau van beheersing van de oogheelkundige vaardigheden in het algemeen gelijk. De controlegroep beheerst slechts enkele vaardigheden (oogdruk meten en cornea kleuren) minder goed. Waarschijnlijk hebben de deelnemers hun vaardigheden op de cursus geleerd of herleerd en hebben de huisartsen uit de controlegroep naar hun mening geen training nodig, aangezien ze de vaardigheden al redelijk goed menen te beheersen.

Uit de vergelijking tussen deelnemers en huisartsen op de wachtlijst kan worden afgeleid dat huisartsen zich vermoedelijk opgeven voor een nascholingscursus wanneer ze in het betreffende onderwerp minder vaardig denken te zijn. Huisartsen die de cursus nooit ge-

volgd hebben en niet willen volgen geven een vaardigheidsniveau aan dat gelijk is aan dat van de huisartsen die de cursus wel volgden. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat huisartsen zelf goed kunnen uitmaken of ze nascholing nodig hebben. Het voorgaande is in strijd met resultaten van een onderzoek van Kooij, waarin bleek dat huisartsen nascholingscursussen kiezen over onderwerpen die hen interesseren en waarvan zij iets weten, en dat zij geen cursussen volgen over onderwerpen waarin zij tekortschieten.¹¹

Wanneer het niveau van subjectieve beheersing van het oogonderzoek door de deelnemers wordt bekeken, blijkt dat zij de meeste vaardigheden goed denken te beheersen. Slechts 50% acht zich echter vaardig in de funduscopie en het oogdruk meten; dit kan samenhangen met het feit dat deze onderzoeken meer tijd kosten en routine vragen. Het orthoptisch onderzoek en de primatest worden relatief slecht beheerst door de deelnemers, mogelijk omdat ze de patiënten hiervoor verwijzen naar de oogarts.

Over het algemeen zeggen de huisartsen dat zij na het volgen van de cursus 'vaardigheden oogheelkunde' de oogheekundige vaardigheden goed beheersen en is hun kennis op dit gebied ook op een hoog peil. In vergelijking met de huisartsen van de wachtlijst hebben ze waarschijnlijk de beheersing van het oogonderzoek opgefrist. Meer aandacht voor de funduscopie en de oogdrukmeting op de vaardigheids cursus is gewenst.

LITERATUUR

1. Baggen JL. Oogheelkunde in de huisartsenpraktijk. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990. 135 pp. Dissertatie.
2. Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers B.V., 1984.
3. Baggen JL. Refractie-afwijkingen, brillen en contactlenzen. *Patient Care* 1989; 16: 55-60.
4. Bremer GJ. Het oogheekundig onderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1970; 13: 181-3.
5. Schuling J. Praktische vaardigheden in de beroepsopleiding tot huisarts. In: Schure LM, Wachters-Kaufmann CSM, Meijboom-de Jong B, Hoekstra GK, eds. Een huisarts wel-beschouwd. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1989: 47-55.
6. Tan LHC. Tekorten in de opleiding van huisartsen. Ziektebeelden en medisch-technische vaardigheden. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989. 205 pp. Dissertatie.
7. Sterk CC, Jansen HDM. Syllabus vaardigheidstraining voor de huisarts. Leiden: Faculteit der Geneeskunde, 1984.
8. De Vrind SE. Evaluatie van de Boerhaavecursus 'vaardigheden oogheelkunde'. Leiden: Faculteit der Geneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1990.
9. Aquavella JV, Kaufman HE, Richards RD. Het goed verzorgen van ooginfecties. *Patient Care* 1989; 16: 33-42.
10. Swanborn PG. Methoden van sociaal wetenschappelijk onderzoek. Meppel: Boom, 1987.
11. Kooij LR. De inhoud van de nascholing. *Huisarts Wet* 1982; 25: 62-7.