



**Zorginstituut Nederland**  
Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

**Datum**  
20 maart 2019

**Onze referentie**  
2019013680

# verslag

Bijeenkomst Zinnige Zorg Ziekten van het oog

---

Omschrijving	Bijeenkomst Zinnige Zorg Ziekten van het oog
Vergaderdatum	12 februari 2019, 16:00 uur
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen
Aanwezig	Dhr. W. Lasut (NAPA); Dhr. I. Gan (NOG); Mw. M. Maatman (NOG); Mw. M. van Genesen (NVvO); Mw. S. Vrugt (NVvO); Mw. P. Kortenhoeven (Oogvereniging); Mw. G. Janssen (OVN); Mw. M. van Tilborg (OVN); Mw. J. van Vuuren (VGN); Dhr. T. Cohen (ZKN); Dhr. N. Trap (ZKN); Mw. D. Veenendaal (ZN). Mw. I. van der Voort (technisch voorzitter); Mw. M. Stam (projectleider); Mw. J. Bart (communicatie adviseur); Dhr. G.J. van Kemenade (medisch adviseur); Mw. H. Maagdenberg (notulist); Mw. A.M. Pot (adviseur); Mw. V. Wiegerinck (notulist); Dhr. A. Wong (data-analist).
Afwezig	Dhr. B. Harder (MaculaVereniging); Dhr. W. Kijlstra (VGN); Mw. M. Bouma (NHG)

---

## Actie

### Opening en mededelingen

De bijeenkomst wordt geopend met een welkomstwoord door Zorginstituut Nederland en een voorstelronde. Daarbij wordt kennis gemaakt met Zorginstituut Nederland, de (gemandateerde) afgevaardigden van de aanwezige partijen en de aanwezigen van het Zorginstituut, én worden de verwachtingen van de bijeenkomst uitgesproken.

Zorginstituut Nederland geeft aan dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de MaculaVereniging ook zijn uitgenodigd, maar helaas niet in de gelegenheid zijn deze bijeenkomst bij te wonen. Omdat ook deze perspectieven van belang zijn voor dit project, zal Zorginstituut Nederland op korte termijn contact opnemen met deze partijen.

Na de voorstelronde volgt een informerende presentatie over de taken van Zorginstituut Nederland, de inhoud van het programma 'Zinnige Zorg' en de opzet van het project 'Zinnige Zorg - Ziekten van het oog'. Aanwezigen hebben deze PowerPointpresentatie inmiddels via e-mail ontvangen.

### **Zorginstituut Nederland**

Als zelfstandig bestuursorgaan levert Zorginstituut Nederland met wettelijke taken een belangrijke bijdrage aan het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze taken richten zich op de inhoud van het verzekerde pakket (adviseren en verduidelijken), de informatie-uitwisseling in de zorg, de verdeling van premiegeld over de zorgverzekeraars en zorgkantoren en de bevordering van kwaliteit van zorg.

### **Zinnige Zorg**

Binnen het programma Zinnige Zorg zoekt Zorginstituut Nederland, samen met patiënten, professionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars naar mogelijkheden de zorg verder te verbeteren en onnodige zorg te vermijden. Dit wordt gedaan middels een analyse van de huidige zorg, waarbij wordt gelet op onder- en overdiagnostiek en onder- en overbehandeling.

Zinnige Zorg levert uiteindelijk de volgende resultaten, in volgorde van belang:

- minder schadelijke overdiagnostiek en/of overbehandeling (schadelijke zorg);
- minder niet-schadelijke overdiagnostiek en/of overbehandeling (verspilling);
- Minder onderdiagnostiek en/of onderbehandeling (gezondheidswinst).

Bovenstaande terminologie over 'schadelijke zorg' en 'verspilling' roept reacties op bij de aanwezigen. De vraag wordt gesteld of er een benchmark bekend is voor schadelijke oogzorg. Ook wordt genoemd dat het nooit de intentie is van een zorgverlener om schadelijke zorg te leveren. Als kanttekening wordt genoemd dat niet alle zorg die geleverd wordt evidence-based is.

Tijdens de bijeenkomst wordt een filmpje getoond dat uitleg geeft over Zinnige Zorg. Klik [hier](#) om het filmpje te (nogmaals) bekijken.

### **Methodiek Zinnige Zorg**

Een Zinnige Zorg-project doorloopt vier fases: de screeningsfase, verdiepingfase, implementatie- en evaluatiefase. Deze

bijeenkomst vindt plaats ten behoeve van *de screeningsfase* van het project 'Zinnige Zorg - Ziekten van het oog'. Tijdens de screeningsfase wordt middels systematische analyse gekeken binnen welk zorgtraject de zorg verbeterd zou kunnen worden. De bevindingen worden verwerkt in een rapport, dat ook ter consultatie wordt voorgelegd aan de betrokken partijen. Vervolgens zal het definitieve screeningsrapport worden opgeleverd aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Bij de gekozen zorgtrajecten (1 of 2) zullen tijdens *de verdiepfingsfase* verbeterseignementen en gezamenlijke afspraken worden beschreven naar aanleiding van uitvoerige analyses. Tijdens *de implementatie-* en later de *evaluatiefase* zullen verbeteracties worden uitgevoerd door de betrokken partijen, waarbij Zorginstituut Nederland de partijen zal adviseren, stimuleren en de voortgang zal monitoren.

Tijdens de uitvoering van de analyses wordt rekening gehouden met een aantal criteria en kunnen diverse gegevensbronnen worden gebruikt. Voorbeelden daarvan zijn declaratiedata, gegevens over prevalentie en ziektelast, signalen uit het veld, kwaliteitsstandaarden, wetenschappelijke literatuur en bestaande initiatieven van partijen gericht op kwaliteitsverbetering.

### **Zinnige Zorg - Ziekten van het oog**

Na een korte pauze wordt dieper ingegaan op het onderwerp van de bijeenkomst: Ziekten van het oog. Het doel is om samen met betrokken partijen te inventariseren waar de oogzorg vanuit het perspectief van de patiënt verbeterd kan worden.

Binnen het programma Zinnige Zorg wordt uitgegaan van de ICD-10 classificering<sup>1</sup>. Het project 'Zinnige Zorg - Ziekten van het oog' heeft betrekking op ICD-10 hoofdstuk VII: Ziekten van oog en adnexen (H00-H59). Vervolgens is gekeken naar de zorgtrajecten die patiënten kunnen doorlopen (van vroege herkenning tot nazorg en begeleiding). Binnen deze zorgtrajecten vinden diverse registraties plaats die gebruikt worden binnen dit project. Op basis van data-analyse, inventarisatie van richtlijnen, ontwikkelingen in de oogzorg en gesprekken met patiëntenverenigingen, experts en beroepsverenigingen is een voorlopige selectie gemaakt van zorgtrajecten.

Bij het tot stand komen van deze selectie is rekening gehouden met verschillende zorgdomeinen en disciplines binnen de oogzorg. Zo ziet de huisarts bijvoorbeeld dikwijls patiënten met infectieuze conjunctivitis, waar de oogarts overwegend patiënten met andere ziektebeelden, zoals cataract en maculadegeneratie, ziet. Daarnaast kunnen patiënten met refractieafwijkingen vaak al bij een optiekzaak worden geholpen.

Tijdens deze bijeenkomst worden gegevens over veelvoorkomende

---

<sup>1</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

aandoeningen besproken en weergegeven in grafieken. De informatie betreft veelal data afkomstig uit de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en toont de hoeveelheid patiënten en gedeclareerde kosten, waarbij kort wordt ingegaan op de verdeling van oogandoeningen per leeftijdsgroep. Hoewel deze data is gebaseerd op Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) binnen de oogheelkunde (MSZ), speelt informatie uit de eerste en derde lijn ook een rol bij selectie van zorgtrajecten binnen dit Zonnige Zorg project.

Ruim de helft van de oogheekundige patiënten binnen de MSZ heeft een gedeclareerde DBC voor één van de volgende gezondheidsproblemen:

- Cataract
- Glaucoom
- Maculadegeneratie
- Diabetische Retinopathie
- Visusstoornissen (incl. refractieafwijkingen, amblyopie en strabismus)

Daarnaast zijn bij veel patiënten DBC's gedeclareerd onder de diagnosecode "Geen pathologie". Dit betreft zo'n 115.000 unieke MSZ-patiënten in 2017. Het is voor Zorginstituut Nederland momenteel niet te achterhalen of deze patiënten terecht naar een oogarts zijn verwezen of bij een andere discipline geholpen hadden kunnen worden. Door de aanwezigen werd deze groep patiënten als heel interessant beschouwd.

NB: Hierbij wordt opgemerkt dat add-ons, onverzekerde zorg en verpleeghuiszorg niet zijn meegenomen in de getoonde data.

### **Interactieve gespreksrondes en gedeelde expertise**

Na het presenteren van de aandoeningen start het interactieve gedeelte.

In gespreksronde 1 geven alle aanwezige partijen antwoord op de vraag hoe en waar de zorg in de geselecteerde zorgtrajecten volgens hen verbeterd kan worden. Waar mogelijk kan men aangeven of het genoemde momenteel leidt tot onderdiagnostiek, overdiagnostiek, onderbehandeling of overbehandeling. Naast de vijf geselecteerde zorgtrajecten (cataract, glaucoom, maculadegeneratie, diabetische retinopathie en visusstoornissen), bestaat ook de mogelijkheid een ander 'overig' zorgtraject aan te geven waarbij de kwaliteit van zorg verbeterd zou kunnen worden.

In gespreksronde 2 volgt een open discussie over de input die is gegeven in ronde 1. Hieronder volgt een samenvatting per oogandoening.

#### **Cataract**

Over het algemeen lijkt de zorg bij cataract heel goed en efficiënt te verlopen, ook wanneer het wordt vergeleken met omliggende landen. Er is een richtlijn, er zijn indicatoren, PROMs en

zorgverleners hebben de beschikking over een consultkaart. Toch geeft men tijdens de gespreksronde een aantal opvallende zaken aan.

Zo lijkt de consultkaart onvoldoende in gebruik en hoewel patiënten middels een operatie vaak snel geholpen zijn en de ingreep vaak voorspoedig verloopt, vragen een aantal aanwezigen zich af of sommige patiënten niet te snel worden doorverwezen. In de discussie wordt aangegeven dat patiënten niet altijd goed worden geïnformeerd en in sommige gevallen mogelijk bij een relatief hoge visus al worden geopereerd. Mogelijk is een afwachtend beleid een betere optie, al is de patiënt daarvan niet (altijd) op de hoogte. De vraag is of een operatie moet plaatsvinden wanneer de patiënt in het dagelijks leven niet of weinig belemmerd wordt door (minimale) cataract. Een tegenargument daarbij is dat een cataractoperatie vaak sneller is uitgevoerd en gepland, dan dat het 'samen beslissen' met de patiënt kan worden gedaan. De huidige praktijkvariatie wordt frequent besproken met zorgverzekeraars en lijkt vaak verklaarbaar. Aangegeven wordt dat er enorme prijsverschillen tussen aanbieders zijn.

Daarnaast komt ter sprake dat multi-pathologie wellicht soms wordt gemist (mogelijk door onvoldoende diagnostiek) en initiële klachten van de patiënt soms niet worden opgelost met een cataractoperatie. Multi-pathologie kan zorgen voor een beperkte visuswinst na een cataractoperatie. Hierdoor kan het zijn dat de patiënt is teleurgesteld in het resultaat. Dit is echter van tevoren niet goed te voorspellen. Daarnaast bestaat de indruk dat het type lens dat wordt gebruikt bij cataractoperaties, de kundigheid/ervaringen van oogartsen en het type zorginstelling (ZBC vs. ziekenhuis) invloed kan hebben op de nazorg die geleverd wordt (nastaar). Bij een relatief slecht of lang herstel kan dit mogelijk leiden tot visusdaling. Ook wordt geopperd dat een deel van het zorgtraject overgenomen zou kunnen worden door de huisarts en/of optometrist.

### **Glaucoom**

Momenteel is er geen Nederlandse richtlijn voor Glaucoom. De aanwezigen zijn het er over eens dat een goede Nederlandse richtlijn van belang is. Er bestaat een Europese richtlijn van de European Glaucoma Society (2003) met een addendum uit 2009 van de Nederlandse Glaucoom Groep (NGG), waarin wordt aangegeven dat de nieuwste richtlijn (3<sup>e</sup> editie) uit 2008 fouten en slordigheden bevat. Zij adviseren daarom de richtlijn van 2003 te gebruiken. Daarnaast wordt aangegeven dat patiënten het lastig vinden de behandelmogelijkheden te overzien, omdat er geen patiënten-tool beschikbaar is.

In de discussie wordt aangegeven dat vroege opsporing en therapietrouw bij het gebruik van druppels heel belangrijk zijn voor het resultaat, maar er mogelijk ook veel praktijkvariatie bestaat. Er lijkt geen consensus te zijn over de frequentie van controles en

waar deze het beste kunnen plaatsvinden. Betrokkenheid van optometristen bij screening en controle zou mogelijk kunnen leiden tot vroegtijdige behandeling, betere kwaliteit van leven bij patiënten met glaucoom en veranderingen in de wachttijden voor oogartsen.

Door onvoldoende kennis bij de patiënt en weinig tijd bij de oogarts is het lastig samen een goed besluit te nemen over de behandeling. Te laat behandelen levert waarschijnlijk onherstelbare schade op aan het oog. Ook de rol van de apotheek wordt besproken. De apotheek levert, zonder overleg met patiënt en/of arts, niet altijd de voorgeschreven druppels (mogelijk als gevolg van bezuinigingen). Dit kan het resultaat van de behandeling beïnvloeden. Daarnaast kan een patiënt meer bijwerkingen ervaren (o.a. door conserveermiddelen), wat invloed kan hebben op de therapietrouw en daarmee het visusbehoud. In de discussie wordt aangegeven dat de zorg die een zeer slechtziende of blinde persoon nodig heeft vele malen duurder is.

Naast het behandelen met druppels wordt de mogelijkheid voor een chirurgische ingreep ter tafel gebracht. Men werkt volgens de richtlijn, maar er zijn ook veel ontwikkelingen. Chirurgische ingrepen worden vaak in gespecialiseerde centra uitgevoerd, waarbij onderling goed overleg is en waardoor praktijkvariatie onwaarschijnlijk lijkt. Uitkomsten van operaties zijn wisselend en niet alle patiënten ervaren het gewenste voordeel na een dergelijke ingreep. Ook hier wordt de relevantie van een patiënten-tool met beslisinformatie ter tafel gebracht. Financieel worden nog niet alle chirurgische ingrepen bij glaucoom goed gedekt met behulp van de DBC-systematiek. Ook daarbij komt men weer terug bij de behoefte aan een goede richtlijn, waarbij men hoopt dat bij zowel de Europese richtlijn als de Nederlandse Glaucoom Groep actie wordt ondernomen.

### ***Maculadegeneratie (MD)***

Men geeft aan dat er een richtlijn beschikbaar is, maar dat deze geen eenduidig beleid geeft over de frequentie van de injecties en het beloop van de ziekte. Daarnaast worden patiënten, mede door lange wachttijden, vaak te laat behandeld. Aangezien deze aandoening vaak op oudere leeftijd voorkomt, kan dit gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven (valincidenten etc.).

In de richtlijn staat mogelijk niet duidelijk beschreven dat, wanneer de tweede lijn weinig voor de patiënt kan doen, deze mogelijk doorverwezen kan worden naar de derde lijn. Terugverwijzen naar de eerste lijn is geen optie, waardoor de druk op de tweede lijn toeneemt naarmate er meer MD-patiënten bijkomen. Stoppen met behandelen lijkt in zijn geheel een moeilijke beslissing, gezien de richtlijn hier onvoldoende duidelijkheid biedt en het onbekend is wat de gevolgen zijn voor de patiënt.

Een andere bevinding is dat er internationaal niet op gelijke wijze

wordt gehandeld; Nederland start met het goedkoopste middel wat niet in alle landen zo is. Over de keuze van medicatie is enige discussie, maar wel wordt aangegeven dat er voldoende bewijs is dat het goedkoopste middel een goede start is van de behandeling. Door onvoldoende tijd voor uitleg, bij patiënten waarbij geen behandeling meer mogelijk is, zijn er mogelijk onnodig vaak second opinions. Ook wordt ter tafel gebracht dat, ondanks een richtlijn en duidelijkheid omtrent de medicatie, praktijkvariatie gezien wordt en dat mogelijk onvoldoende communicatie plaatsvindt tussen medisch specialisten en huisartsen.

### ***Diabetische Retinopathie (DRP)***

In de eerste ronde zijn een aantal organisatorische signalen genoteerd wat betreft dit zorgtraject. Zo werd genoemd dat patiënten mogelijk te snel worden doorverwezen naar de tweede lijn, wat kan leiden tot overbehandeling van deze patiëntengroep en langere doorlooptijden binnen de oogheelkunde. Daarnaast kan dit ook leiden tot onderbehandeling bij andere patiënten die daardoor langer moeten wachten op een bezoek aan de oogarts. Verder wordt aangegeven dat een integrale aanpak en financiering ontbreekt bij patiënten met diabetes en comorbiditeiten.

Dit onderwerp (DRP) is niet gezamenlijk besproken in de tweede gespreksronde gezien de gesprekstijd en het geringe aantal aanwijzingen voor meer zinnige zorg uit de eerste ronde. Mocht Zorginstituut Nederland nog dieper op dit onderwerp in willen gaan dan zal daar op een later tijdstip invulling aan worden gegeven.

### ***Visusstoornissen (incl. refractieafwijkingen, amblyopie en strabismus)***

Behandeling van visusstoornissen valt niet altijd onder de Zorgverzekeringswet. Amblyopie en visusstoornissen bij kinderen jonger dan 8 jaar worden gezien en behandeld door de orthoptist in de tweede of eerste lijn. Refractie afwijkingen bij gezonde kinderen ouder dan 8-10 jaar kunnen door een optometrist worden beoordeeld, met de voorwaarde dat ten minste één maal cycloplegie plaatsvindt bij kinderen tot 10 jaar. Controles na de uitgangsrefractie kunnen worden uitgevoerd door de optometrist/opticien. Kinderen ouder dan 10 jaar kunnen bij de opticien of optometrist in de optiekzaak terecht voor een refractie. Kinderen jonger dan 8 jaar worden altijd beoordeeld door de orthoptist of de oogarts.

Ten tweede wordt aangegeven door de aanwezigen dat orthoptie ook in de eerste lijn vergoed zou moeten worden, net als kinderbrillen, aangezien (de ouders van) sommige kinderen om financiële redenen geen goede bril kunnen aanschaffen. Het zou verstandig zijn de richtlijn op het punt van verwijzing naar orthoptie (door huisarts en consultatiebureau) te herzien. De screening zou kunnen verbeteren, zodat de kinderen met een afwijking tijdig worden herkend en behandeld kunnen worden. Bij onderbehandeling stagneert de ontwikkeling van het kind. Ook de

neuroloog en revalidatiearts zouden eerder naar de orthoptist moeten verwijzen, bijvoorbeeld bij diplopie.

Mensen met een niet aangeboren hersenafwijking worden dikwijls te laat doorverwezen. De focus van neurorevalidatie ligt vaak niet bij het oog. Visuele revalidatie is nog onvoldoende bekend hoewel het patiënten goed kan helpen en het de kwaliteit van leven bij deze groep patiënten kan vergroten.

### **Overige oogandoeningen**

Bij dit onderwerp hebben de aanwezigen de ruimte gekregen aan te geven binnen welk zorgtraject, anders dan bovengenoemde vijf, de kwaliteit van de oogzorg mogelijk verbeterd kan worden.

Er wordt gevraagd of de juiste patiënten worden verwezen naar de oogarts. Daarbij wordt aangegeven dat veel patiënten bij de oogarts komen met relatief eenvoudige aandoeningen (o.a. droge ogen en traanogen) die in de eerste lijn geholpen zouden kunnen worden. Het gevolg hiervan is dat daarbij mogelijk overdiagnostiek plaatsvindt en dat deze groep waarschijnlijk bijdraagt aan onnodig lange wachttijden binnen de tweede lijn.

Wat daarop volgt is het onderwerp over kennis en opleiding. De aanwezigen zijn van mening dat bij de huisarts, en binnen de opleiding tot (huis)arts, mogelijk te weinig aandacht is voor oogandoeningen, terwijl de huisarts poortwachter is voor de tweede lijn. De NHG-richtlijnen lijken heel duidelijk en goed, maar men vraagt zich af of hoe de uitvoering in de praktijk is. Daarbij wordt aangegeven dat de verwijzing naar oogartsen duidelijk is, maar de verwijzing naar optometristen nog onderbelicht lijkt. Daarnaast heeft de huisarts mogelijk niet alle middelen om zelf goede diagnostiek uit te voeren. Door onvoldoende diagnostische mogelijkheden lijkt de huisarts vaak genoodzaakt te verwijzen naar een andere discipline.

Een andere opmerking die wordt gemaakt, is dat visusstoornissen ook kunnen ontstaan door medicatie. Dat wordt vaak niet nader bekeken (denk aan cataract bij gebruik van inhalatiemedicatie tegen astma). Daarnaast wordt aangegeven dat visuele problemen bij mensen met een WLZ-indicatie niet altijd onderkend worden en dat er variaties zijn bij de behandeling van een macula pucker (bij welke visusdaling).

### **Vervolg Zinnige Zorg-Ziekten van het oog**

Ter afsluiting wordt de bijeenkomst samengevat. De besproken onderwerpen worden genoemd en Zorginstituut Nederland geeft aan dat een ruime hoeveelheid aan vermoedens van onder- en overdiagnostiek en onder- en overbehandeling in de oogzorg met elkaar is gedeeld. Zorginstituut Nederland geeft aan dat ook de opmerkingen omtrent taakherschikking binnen de oogzorg zinvolle input hebben opgeleverd. Echter, in de screeningsfase zal eerst worden bepaald welke zorgtrajecten in de verdiepingfase zullen

worden behandeld. In de verdiepingsfase zou de organisatie van zorg een mogelijke oplossingsrichting kunnen zijn.

De vervolgstappen binnen het project worden gedeeld met de aanwezigen, waarbij wordt aangegeven dat:

- de keuze van zorgtrajecten in het voorjaar van 2019 plaatsvindt;
- de consultatie van het conceptrapport in de zomer van 2019 plaatsvindt;
- de definitieve publicatie van het screeningsrapport en oplevering bij VWS in het najaar van 2019 plaatsvindt;
- vervolgens geleidelijk zal worden overgegaan naar de verdiepingsfase.

Tijdens de consultatie periode worden alle genodigden van deze bijeenkomst in de gelegenheid gesteld input te leveren. Naar verwachting zal het conceptrapport in juni 2019 worden verstuurd. Zoals eerder aangegeven is meer informatie te vinden op [de website](#) van Zorginstituut Nederland.

#### **Afsluiting**

Zorginstituut Nederland bedankt alle aanwezigen voor de constructieve bijeenkomst en geeft aan dat waar nodig nog contact gezocht wordt voor een nadere toelichting.