

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren

Boere-Boonekamp MM, Klein Ikkink AJ, Van Sleuwen BE, Baggen M, Van der Heide A, Peepkamp L, Van Sleuwen D, Van der Wee G, Wensing-Souren CL. Huisarts Wet 2010;53(7):S11-14.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren is opgesteld door een werkgroep van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

De huisarts en de jeugdarts ontmoeten elkaar op het gebied van visuele stoornissen na signalering en verwijzing door de jeugdarts. Kennis van elkaars werkwijze en afstemming van de taken bevorderen een optimale zorg voor het kind en zijn ouders, zowel voor wat betreft de kwaliteit van de zorg als voor het zorgtraject. Deze LESA heeft tot doel aanbevelingen te geven voor samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen bij het vroegtijdig opsporen van visuele stoornissen bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 19 jaar, en bij het verwijzen voor nadere diagnostiek en behandeling. De taken en verantwoordelijkheden van beide beroepsgroepen worden beschreven.

De uitgangsdOCUMENTEN voor deze LESA zijn:

- JGZ-richtlijn *Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar*, eerste herziening (2010);¹
- NHG-Standaard *Refractieafwijkingen* (2001);²
- *Verslag Project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn* (2006);³
- *Handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg* (2008);⁴
- *Notitie Speciale zorg voor speciale kinderen*.⁵

De aanbevelingen voor samenwerking zijn gebaseerd op de uitgangsdOCUMENTEN en consensus binnen de werkgroep.

Achtergronden

Begrippen

Oogafwijkingen

In deze LESA worden drie groepen oogafwijkingen onderscheiden.

- *Functieafwijkingen van het oog*: strabismus, refractieafwijkingen (meestal hypermetropie, soms myopie of anisometropie) en amblyopie ('lui oog').
- *Aangeboren afwijkingen van het visuele systeem*. De meest bekende zijn: congenitaal cataract, primair congenitaal glaucoom, retinoblastoom, coloboom van de iris en

congenitale nystagmus.

- *Cerebrale visuele stoornissen*. Met name voorkomend bij prematuur geboren kinderen en kinderen met geboorteproblemen.

Huisarts

De huisartsenvoorziening met inbegrip van de praktijkondersteuners en assistenten die daar werkzaam zijn.

JGZ-team

Het team, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen (consultatiebureau, schoolgezondheidszorg), bestaande uit jeugdarts, verpleegkundig specialist preventie, JGZ-verpleegkundige en (dokters)assistente.

Clïënt

Medewerkers in de jeugdgezondheidszorg spreken over 'clïënten' of 'klanten', huisartsen over 'patiënten'. In deze LESA is gekozen voor 'clïënt'. Voor 'clïënt' kan ook 'patiënt' gelezen worden.

Oogheelkundig team

Een team bestaande uit één of meer oogartsen en orthoptisten, werkzaam in een oogheelkundige kliniek in een ziekenhuis of particuliere oogartsenpraktijk.⁶

Optometrist

Professional binnen de eerstelijns oogzorg die zich richt op de screening en diagnostiek van oogaandoeningen en zo nodig doorverwijst voor behandeling.⁶

Epidemiologie

Strabismus en refractieafwijkingen zijn veel voorkomende visuele stoornissen bij kinderen jonger dan 6 jaar (prevalentie 2-6%), die kunnen leiden tot amblyopie. Voor de diagnose amblyopie worden verschillende criteria gebruikt, gerelateerd aan de leeftijd van het kind, hetgeen resulteert in een opgegeven prevalentie van 1-5%.^{1,7} Ongeveer 7-9% van de kinderen van 7 jaar of ouder heeft brilcorrectie nodig vanwege een refractieafwijking.^{1,7}

Aangeboren oogafwijkingen, zoals congenitaal cataract en primair congenitaal glaucoom, zijn zeldzaam. Door de effectieve opsporing en behandeling van functiestoornissen vormen cerebrale visuele stoornissen op dit moment de meest frequente oorzaken van ernstige slechtziendheid en blindheid.⁸

Screening op visuele stoornissen in de JGZ

De JGZ richt zich bij de vroege opsporing van visuele stoornissen in het bijzonder op de functieafwijkingen. Het doel is om amblyogene factoren (strabismus en refractieafwijkingen) en amblyopie vroegtijdig op te sporen, zodat behandeling mogelijk is vóór de leeftijd van 5-6 jaar. Hoe jonger het kind is, des te effectiever kan de amblyopie behandeld worden (door afplakken van het 'goede oog') en des te groter is de te bereiken gezondheidswinst. Na de leeftijd van 7-9 jaar is amblyopie niet meer te behandelen.

Het opsporen van aangeboren oogafwijkingen is een tweede doel van het JGZ-screen-

Kernpunten

- De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren is het resultaat van overleg tussen jeugdartsen en huisartsen over de gewenste samenwerking rond dit thema. Jeugdartsen en huisartsen kunnen deze LESA gebruiken om op regionaal of lokaal niveau werkaafspraken te maken.
- De jeugdarts kan, met inachtneming van de voorwaarden, kinderen tot 6 jaar met een functieafwijking van het oog rechtstreeks verwijzen naar orthoptist of oogarts. Kinderen van 6 jaar en ouder kunnen naar de huisarts worden verwezen voor diagnostisch refractioneringsonderzoek, gevolgd door gerichte verwijzing. Indien de huisarts dit onderzoek niet uitvoert, kan het kind rechtstreeks worden verwezen naar orthoptist of oogarts. Kinderen van 10 jaar en ouder worden verwezen naar de opticien.
- Bij verdenking op een aangeboren oogafwijking of cerebrale visusstoornis, waarbij urgentie is geboden, overlegt de jeugdarts met de huisarts over de beste verwijsroute. Indien geen urgentie is geboden, kan rechtstreekse verwijzing naar orthoptist of oogarts plaatsvinden.
- De huisarts en jeugdarts stellen elkaar op de hoogte van het gevoerde beleid door toezending van een kopie van de verwijsbrief. In de verwijsbrief worden zowel de contactgegevens van de huisarts als die van de jeugdarts vermeld, zodat de tweede lijn naar beide beroepsgroepen kan terugrapporteren.

ningsprogramma. Vroege opsporing kan in sommige gevallen een ernstige visuele stoornis of zelfs een levensbedreigende situatie voorkomen.

In de JGZ-richtlijn *Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar* is per leeftijdsgroep aangegeven welke screeningsonderzoeken door welk JGZ-teamlid moeten worden uitgevoerd en wat de criteria zijn voor controle of verwijzing.¹

Gebruikte testmethoden

De volgende methodieken worden in de JGZ gebruikt:

- het ontwikkelingsonderzoek van Van Wiechen (VWO), waarin als oogheelkundige items zijn opgenomen fixeren, volgen met ogen en hoofd, en kijken naar eigen handen;
- (Vroeg)Tijdige Opsporing Visuele stoornissen (VOV- of TOV-test), een onderzoek dat bestaat uit inspectie, beoordeling van de fundusreflex bij doorvallend licht, bepaling van de oogstand aan de hand van reflexbeeldjes en afdektest, en beoordeling van de oogbewegingen zowel monoclair als binoclair;
- de Amsterdamse Plaatjeskaart (APK of APK-TOV) en de Landolt-C-kaart: deze worden gebruikt voor visusbepaling.

Standaardprogramma

Het programma dat door de JGZ aan alle kinderen wordt aangeboden staat vermeld in de tabel. Bij twijfel tijdens één van de onderzoeken wordt het onderzoek herhaald.

Inbreng van de cliënt

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners. Doel is dat cliënten in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenspraak met de cliënt het beleid vast. Zij houden daarbij rekening met diens specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en stemmen de voorlichting daarop af.

Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. In een concrete situatie kan het gerechtvaardigd zijn om beredeneerd van de LESA af te wijken.

Bij een onvoldoende test of blijvende twijfel volgt verwijzing door de arts.

Bij kinderen van 7 jaar en ouder wordt alleen een visusbepaling uitgevoerd wanneer aan één of meer van de volgende criteria wordt voldaan én het kind niet onder behandeling is van een oogarts:

- verzoek ouders, kind of school vanwege twijfel over de visus;
- eerdere visusbepaling onvoldoende en niet verwezen of geen eerdere visusbepaling verricht;
- regelmatig hoofdpijnklachten;
- leer- en of leesproblemen;
- beide ouders brildragend of bekend bij oogarts.

Als de (familie)anamnese hoge myopie of hypermetropie, anisometropie, amblyopie, astigmatisme of strabismus vermeldt, zal dit in geval van twijfel of bij een moeilijk te onderzoeken kind reden zijn om extra aandacht aan het visuele systeem te besteden.

Opsporing bij risicogroepen

Pre- en dysmaturen, maar vooral kinderen met een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking, lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van visuele stoornissen. Veel van deze kinderen zijn onder behandeling van de kinderarts, soms ook van de oogarts. Bij deze kinderen bestaat de taak van de JGZ uit het signaleren van nog niet eerder opgemerkte afwijkingen en uit nazorg en begeleiding. De JGZ probeert van alle kinderen een betrouwbare visuswaarde te verkrijgen.

Als een ernstig pre- of dysmatur geboren kind wordt overgedragen aan de zorg van de JGZ gaat de jeugdarts na welke adviezen zijn gegeven over controle van het visuele systeem en begeleidt hij de ouders in overleg met de oogarts.

Bij kinderen met een verstandelijke beperking komt het bij het uitvoeren van een visustest nogal eens voor dat het kind niet begrijpt wat er van hem wordt verwacht.

Zo nodig kan een aangepaste testmethode gebruikt worden zoals *Lea Hyvärinens* boekje met symbolen (het *Lea Crowded Symbol Book*).⁹ Als de visus (bij herhaling) onvoldoende is of als het niet mogelijk is een betrouwbare visuswaarde te verkrijgen volgt verwijzing naar een oogheelkundig team of naar een instelling voor visueel gehandicapten (Bartiméus, Sensus, Visio).

Diagnostiek door de huisarts

De huisarts ziet kinderen en jongeren als zij visusklachten hebben. De huisarts beoordeelt of en naar wie verwijzing is geïndiceerd: naar een oogheelkundig team, optometrist of opticien.⁶ De NHG-Standaard Refractieafwijkingen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij refractieafwijkingen bij kinderen. De standaard vermeldt ook de randvoorwaarden voor het optimaal uitvoeren van het visusonderzoek.

Anamnese

Betrouwbare gegevens over de waarde van de anamnese voor het opsporen van visuele stoornissen zijn niet voorhanden. De huisarts informeert bij (ouders van) kinderen die zich melden met visusklachten naar de aard van de klachten, hoe snel zij zijn ontstaan en of het kind eerder bij een oogheelkundig team, optometrist of opticien is geweest. Verder inventariseert de huisarts of het kind een voorgeschiedenis heeft van pre- en/of dysmaturiteit en/of er sprake is geweest van ziekten of aandoeningen of medicatie die de visus kan beïnvloeden. Bij kinderen tot 6 jaar informeert de huisarts ook naar de aanwezigheid van strabismus, amblyopie, refractieafwijkingen en andere oogafwijkingen bij de overige gezinsleden. Ten slotte vraagt de huisarts na of het kind het reguliere JGZ-screeningsprogramma heeft gevolgd.

Onderzoek

De huisarts beschikt voor het oogonderzoek over de Amsterdamse Plaatjeskaart

Tabel Standaardprogramma in de JGZ

Leeftijd	Onderzoek*	Uitvoering†
1 maand	VWO	arts, vsp, vpk
1-2 maanden	VOV	arts
2 en 3 maanden	VWO	arts, vsp, vpk
3-4, 6-9 en 14-24 maanden	VOV	arts, vsp
3 jaar	Visusbepaling (APK-TOV of APK) VOV‡	vpk, vsp, arts
3,9 jaar	Visusbepaling (Landolt-C-kaart) VOV‡	arts, vsp
5-6 jaar	Visusbepaling (Landolt-C-kaart) VOV‡	ass, vpk, vsp, arts
≥ 7 jaar	Visusbepaling (Landolt-C-kaart) op indicatie	arts, vsp arts

* APK-TOV: Amsterdamse plaatjeskaart-tijdige opsporing visuele stoornissen; VOV: vroegtijdige opsporing visuele stoornissen; VWO: Van Wiechenonderzoek.

† Arts: jeugdarts; vsp: verpleegkundig specialist preventie; vpk: JGZ-verpleegkundige; ass: doktersassistente.

‡ Indien de uitslag van de visusbepaling daartoe aanleiding geeft.

(APK of APK-TOV) voor de visusbepaling bij kinderen vanaf 2 tot 3 jaar, en over de Landolt-C-kaart voor kinderen van 6 jaar en ouder. Huisartsen met specifieke interesse op oogheelkundig gebied kunnen ook een diagnostisch refractioneringsonderzoek uitvoeren bij kinderen van 6 jaar en ouder met een vastgestelde visus van minder dan 1,0 doch meer dan 0,2: door het voorzetten van een positief en een negatief lensje en een stenopeïsche opening kunnen refractieafwijkingen onderscheiden worden van astigmatisme en andere pathologie.

Samenwerking tussen JGZ en huisarts bij verwijzingen

De samenwerking tussen huisarts en jeugdarts rond het kind met een visuele stoornis en zijn ouders moet gericht zijn op het bereiken van optimale zorg. Daarbij gaat het niet alleen om de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg en de efficiëntie van het zorgtraject bij verwijzing, maar ook om adequate en consistente voorlichting.

Zowel de huisarts als de jeugdarts signaleert kinderen met een visuele stoornis. Vanwege de programmatische screening die in de JGZ wordt uitgevoerd, zal het merendeel van de signaleringen gedaan worden door de jeugdarts. Bij verdenking op visuele stoornissen hanteren jeugdartsen en huisartsen, als het refractieafwijkingen betreft, grotendeels dezelfde verwijscriteria. Vanwege tijdsbesparing, minder kans op communicatieproblemen en grotere kans dat de cliënt het advies van verwijzing opvolgt, is rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts naar het oogheelkundig team meestal efficiënter.¹⁰ Jeugdarts en huisarts zullen ook naar het oogheelkundig team verwijzen bij twijfel over de betrouwbaarheid van de testuitslag, bijvoorbeeld bij een kind met een ontwikkelingsachterstand of wanneer er een taalbarrière is.

Aanbevolen verwijfsroute na signalering van visuele stoornissen

In deze LESA wordt in de aanbevelingen voor het optimale traject na signalering door JGZ of huisarts een onderscheid gemaakt in:

- 1 de frequent voorkomende functieafwijkingen van het oog (amblyopie, strabismus, refractieafwijkingen), respectievelijk bij kinderen van 0 tot 6 jaar en bij kinderen van 6 jaar en ouder;
- 2 de acute en zeldzame aandoeningen zoals aangeboren afwijkingen (congenitaal cataract en glaucoom, retinoblastoom, coloboom, nystagmus) en cerebrale visuele stoornissen, waarbij meestal sprake is van urgentie.

Amblyopie, strabismus of refractieafwijking

Bij een verdenking op of na vaststelling van een functieafwijking wordt voor de verwijfsroute een onderscheid gemaakt naar leeftijd.

- *Kinderen tot 6 jaar* worden in principe altijd voor nader oogheelkundig onderzoek verwezen. Na signalering kan de jeugdarts of de huisarts rechtstreeks verwijzen naar een oogheelkundig team voor een consult binnen drie tot vier weken.
- *Kinderen van 6 tot 10 jaar* worden door de jeugdarts naar de huisarts verwezen. Niet alle huisartsen zullen de oogheelkundige diagnostiek zelf uitvoeren. Indien een huisarts zelf de diagnostiek verricht, zal hij bij vaststelling van een myopie of astigmatisme verwijzen naar de opticien of optometrist, zo niet dan zal hij verwijzen naar de oogarts. De jeugdarts ontvangt een terugrapportage van de huisarts over het gevoerde beleid. Wan-

neer de huisarts zelf geen diagnostisch refractioneringsonderzoek uitvoert, kan worden afgesproken dat de jeugdarts rechtstreeks verwijft naar de oogarts.

- *Kinderen van 10 jaar en ouder* met een visuele stoornis, opgespoord door de jeugdarts of de huisarts, kunnen meestal rechtstreeks worden verwezen naar de opticien.

Aangeboren afwijkingen of cerebrale visuele stoornissen

Bij verdenking op een aangeboren visuele afwijking of cerebrale visuele stoornis is verwijzing door de jeugdarts of de huisarts naar een oogheelkundig team geïndiceerd. Indien urgentie geboden is, staat snel en doelgericht verwijzen voorop. De jeugdarts overlegt in dat geval telefonisch met de huisarts over de beste verwijfsroute. De huisarts kan de bevindingen van de jeugdarts aanvullen met anamnestiche gegevens

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Afstemming eerste en tweede lijn

- Zorg dat alle betrokkenen, dat wil zeggen huisartsen, JGZ-teams, oogheelkundige teams, optometristen en opticiens, geïnformeerd worden over de verdeling van taken, de werkwijze en verantwoordelijkheden rond de opsporing van visuele stoornissen.
- Maak afspraken over de onderlinge gegevensuitwisseling tussen huisarts en jeugdarts: spreek af dat bij verwijzing naar de tweede lijn de huisarts c.q. de jeugdarts een kopie van de verwijfsbrief ontvangt.
- Maak met de oogheelkundige teams afspraken over de maximale wachttijd.
- Zorg dat in de verwijfsbrief de naam en adresgegevens van de huisarts en de jeugdarts worden vermeld, zodat de tweede lijn naar beide beroepsgroepen kan terugrapporteren.

Verwijstraject en rechtstreeks verwijzen

- Maak afspraken over de procedure voor het snel en doelgericht verwijzen van kinderen met een verdenking op een aangeboren visuele afwijking of cerebrale visuele stoornis, waarbij sprake is van urgentie.
- Spreek af dat de jeugdarts kinderen tot 6 jaar rechtstreeks naar de oogarts verwijft bij verdenking op of na vaststelling van een functieafwijking of een niet-urgente aangeboren afwijking.
- Maak afspraken over de verwijfsprocedure bij een functieafwijking bij kinderen van 6 jaar en ouder; sluit hierbij aan bij de aanwezige oogheelkundige specialisatie van huisartsen in de regio.
- Onderzoek welke afspraken (nog) gemaakt moeten worden met ziektekostenverzekeraars in verband met rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts. Pas de landelijke JGZ-modelverwijfsbrief voor rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts zo nodig aan voor regionaal gebruik.³
- Zorg voor borging van de afhandeling van terugrapportage: de bespreking van de resultaten met de cliënt en de administratieve verwerking.

Voorlichting

- Zorg voor de beschikbaarheid van uniforme voorlichtingsmaterialen.
- Spreek af wie de informatie geeft (met voorlichtingsfolder of patiëntenbrief) bij verdenking op of vaststelling van een visuele stoornis.

Bereikbaarheid

- Zorg voor helderheid over wie de aanspreekpersoon is in de JGZ voor de terugrapportage door de specialist.
- Zorg voor onderlinge bereikbaarheid van de jeugdarts en de huisarts, zodat de mogelijkheid voor onderlinge afstemming en overleg wordt geoptimaliseerd.

over de voorgeschiedenis en/of de familieanamnese, en een eventueel door hem uitgevoerd onderzoek. Vervolgens dient het betreffende kind – zo nodig na telefonisch overleg – te worden doorverwezen naar de oogarts.

In situaties waarin geen sprake is van urgentie kan de jeugdarts rechtstreeks verwijzen naar de oogarts.

Gegevensuitwisseling

De huisarts en jeugdarts stellen elkaar op de hoogte van het gevoerde beleid door elkaar een kopie van de verwijsbrief aan de oogarts te zenden. De verwijsbrief bevat de relevante anamnestiche en onderzoeksbevindingen en de contactgegevens van huisarts en jeugdarts. De jeugdarts gebruikt bij verwijzing de JGZ-modelverwijsbrief.³ Wederzijdse rapportage is bij verwijzing van kinderen van 10 jaar en ouder niet noodzakelijk.

Verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid van de jeugdarts of huisarts als verwijzer eindigt als een andere hulpverlener (huisarts, oogarts, orthoptist) de verantwoordelijkheid heeft overgenomen of als de ouders duidelijk hebben laten weten niet van plan te zijn het advies van de jeugdarts of huisarts op te volgen. In het laatste geval verdient het aanbeveling hiervan een aantekening te maken in het dossier. In alle gevallen, maar speciaal bij risicokinderen, gaat de verwijzende arts na of de verwijzing is opgevolgd. Zo nodig ondernemen de huisarts en/of de jeugdarts in onderling overleg passende actie als het belang van het kind in het geding is.

Voorlichting

De huisarts of jeugdarts geeft bij verwijzing voorlichting aan de cliënt en/of diens verzorgers over de aandoening, de verwijsroute en de begeleiding na verwijzing. Daarbij kan men de cliënt een voorlichtingsfolder of patiëntenbrief meegeven (zie <http://www.nhg.org>, rubriek Patiëntenvoorlichting, of <http://www.ajn.nl>, rubriek Beroepsinhoudelijke-info).

Totstandkoming

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar is opgesteld door een werkgroep van Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De werkgroep startte in juni 2009. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: M. Baggen, huisarts; A.J. Klein Ikkink, huisarts; D. van Sleuwen, huisarts; G.M. van der Weele, huisarts. Namens de AJN hadden zit-

ting: A. van der Heide, jeugdarts; L. Peeperkamp, jeugdarts; C.L. Wensing-Souren, arts maatschappij en gezondheid; M.M. Boere-Boonekamp, arts maatschappij en gezondheid; B.E. van Sleuwen, bioloog.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepbijeenkomsten waren:

- in welke situaties kan rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts plaatsvinden?
- naar wie moet de huisarts of jeugdarts een kind met verdenking op een visuele stoornis op de verschillende leeftijden verwijzen: naar een oogheelkundig team, optometrist of opticien?
- wanneer moet onderlinge rapportage plaatsvinden?

In november 2009 is een conceptversie ter becomingariëring voorgelegd aan een steekproef van vijftig huisartsen en aan twintig jeugdartsen die zich via de regionale AJN-afdelingen hebben aangemeld. Een reactie werd ontvangen van tien huisartsen en negentien jeugdartsen. Tevens werd commentaar en advies ontvangen van de volgende referenten: drs. B. Carmiggelt, adviseur Centrum Jeugdgezondheid; H.M. van Minderhout, MedSc, orthoptist; drs. S. Neppelenbroek, beleidsmedewerker GGD-NL; prof.dr. N.E. Schalijs-Delfos, hoogleraar Kinderoogheelkunde; drs. I. Steinbuch, senior beleidsmedewerker ActiZ. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft. Na verwerking van het commentaar door de werkgroep is de concepttekst in maart 2010 bestuurlijk vastgesteld door het NHG en de AJN.

De coördinatie was in handen van dr. M.M. Boere-Boonekamp en dr. B.E. van Sleuwen namens TNO/AJN, en drs. A.J. Klein Ikkink/A. de Vries (tot 1-10-09) en drs. L. de Vries (vanaf 1-10-09) namens het NHG. Dr. J.A. Vriezen, senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als medeprojectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA. De totstandkoming van de LESA Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren van 0-19 jaar werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport en van Jeugd en Gezin.

© 2010 Nederlands Huisartsen Genootschap en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland.

Noten

Noot 1

Coenen-van Vroonhoven EJC, Lantau VK, Van Eerdenburg-Keuning IA, Van Velzen-Mol HWM. JGZ-richtlijn Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar (1e herziening). Bilthoven: RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2010.

Noot 2

Cleveringa JP, Oltheten JMT, Blom GH, Baggen MEJM, Wiersma Tj. NHG-Standaard Refractiefwijkingen. Huisarts Wet 2001;44(8):350-5. <http://www.nhg.org>, geraadpleegd mei 2010.

Noot 3

Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar-Fischer MM, HiraSing RA. Verslag Project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

Noot 4

Boere-Boonekamp MM, Van Sleuwen BE. Handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg. Utrecht: AJN/LHV/NHG, 2008.

Noot 5

Willems WAJJ, Nagelsmit WM, redactie. Speciale zorg voor speciale kinderen [Notitie]. Lisse: AJN, 2009.

Noot 6

De orthoptist is specialist op het gebied van diagnostiek en behandeling van amblyopie, strabismus, diplopie (dubbelzien), asthenopie (zwakte van het oog) en refractiefwijking. De orthoptist is meestal werkzaam in een oogheelkundig/orthoptische kliniek in een ziekenhuis of in een particuliere oogartsenpraktijk (oogheelkundig team). De behandeling vindt plaats op verwijzing van een oogarts of een huisarts.

Noot 7

Groenewoud, JH, Juttman RE, Lantau VK, Hoo-geveen WC, De Faber JTHN, Simonsz HJ, et al. Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen 0-7 jaar. Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) 1996-2005. Rotterdam, 2005. In het bestudeerde cohort was de prevalentie van amblyopie (visus < 0,5) op 7-jarige leeftijd ongeveer 0,9%. Vrijwel alle kinderen werden regelmatig gescreend door de JGZ.

Noot 8

Iemand is slechtziend wanneer het beste oog na correctie een gezichtsscherpte heeft van minder dan 0,3 maar meer dan 0,1 of een gezichtsveld van minder dan 30° of een volledige hemianopsie. Van ernstig slechtziend spreekt men als de gezichtsscherpte minder is dan 1/10 maar meer dan 3/60. Van 'blindheid' is sprake bij een gezichtsscherpte van minder dan 3/60 of als het gezichtsveld kleiner is dan 10°. Zo iemand kan zich zonder hulpmiddelen niet buitenshuis bewegen, maar mogelijk wel iets lezen. Praktisch of maatschappelijk blind is iemand die alleen licht en donker kan waarnemen en als ook dat niet mogelijk is, spreken we van totale blindheid.

Noot 9

Het *Lea Crowded Symbol Book* wordt aanbevolen voor gebruik bij onder andere kinderen met een verstandelijke beperking wanneer visusbepaling met de Landolt-C-kaart niet lukt. In het boekje worden steeds maar vijf symbolen tegelijk aangeboden. Dit heeft een positief effect op de concentratie van het kind en dus op de betrouwbaarheid van de test. De testafstand is drie meter. De JGZ-medewerker wijst in het boekje een symbool aan (bijvoorbeeld een rondje of een vierkant). Het kind kan hetzelfde symbool aanwijzen op een kaart die het voor zich heeft. De test voldoet aan een aantal belangrijke criteria, zoals uniformiteit van de symbolen op één visusregel en een testmogelijkheid tot 1.25. De leeftijdsgerelateerde normaalwaarden zijn op empirische gronden vastgesteld.

Noot 10

De methodiek Rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts is in de periode 2004-2006 ontwikkeld door een expertgroep van jeugdartsen en JGZ-verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten en vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars. De methodiek beschrijft de optimale verwijsroute van de JGZ naar de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg, alsmede de randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing naar de tweede lijn. Kort samengevat houdt de methodiek het volgende in. De JGZ verwijst kinderen met medische problemen in principe naar de huisarts. Heeft de huisarts geen mogelijkheden voor aanvullend onderzoek en/of behandeling, dan verwijst de jeugdarts rechtstreeks naar de tweede lijn. Bij twijfel en in complexe situaties overlegt de jeugdarts voorafgaand aan de verwijzing met huisarts en/of specialist. Alleen aandoeningen binnen de medische competentie van de JGZ komen, met inachtneming van randvoorwaarden, in aanmerking voor rechtstreekse verwijzing.