

Toolkit Slechtiendheid

Doel

- Het vaststellen van slechtziendheid;
- Het aanbieden van de juiste therapieën en/of hulpmiddelen;
- Het voorkomen van afname van kwaliteit van leven door slechtziendheid.

Achtergrond

Definitie

De visus (gezichtsscherpte) is een maat voor de kleinste details die iemand nog kan onderscheiden op ten minste vijf meter. De normale visus van een volwassen persoon is 1,0 of hoger. Bij een visus van 0,5 moet iemand alles van twee keer zo dichtbij bekijken om dezelfde details scherp te kunnen zien (1).

De NHG-standaard Visusklachten geeft de volgende definitie voor slechtziendheid:

‘Een visus van minder dan 0,3 in het beste oog of een gezichtsveld van kleiner dan 30 graden ’.

Iemand is blind bij een visus van minder dan 0,05 in het beste oog of een gezichtsveld van 10 graden of minder (kokerzien) (1).

Prevalentie

De prevalentie van slechtziendheid en blindheid neemt toe met de leeftijd (2). De prevalentie van visuele beperkingen is het hoogst onder ouderen in zorginstellingen, mensen met een verstandelijke beperking en zelfstandig wonende ouderen (3). Ongeveer 85% van de visuele beperkingen in Nederland komt voor bij mensen van 50 jaar en ouder (4). Volgens schattingen waren in 2008 in Nederland ongeveer 234.000 mensen slechtziend en 77.000 mensen blind. Van hen is 79% ? 65 jaar. Van de ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen is 22% slechtziend en 21% blind. Bij 62% is de visuele beperking te behandelen of was deze te voorkomen geweest (‘vermijdbaar’). Van de zelfstandig wonende ouderen is 6,8% slechtziend en 1,2% blind. Bij 57% van hen is de aandoening vermijdbaar (7).

Oorzaken en risicofactoren

Op jonge leeftijd is de oorzaak van slechtziendheid meestal een refractieafwijking (1). Bij een refractieafwijking vallen lichtstralen niet precies samen op het netvlies waardoor een onscherp beeld ontstaat. Vormen van refractieafwijkingen zijn bijvoorbeeld verziendheid (hypermetropie) en bijziendheid (myopie) (5).

Met het toenemen van de leeftijd wordt de ooglenz stugger en vermindert het gezichtsvermogen voor dichtbij, dit verschijnsel heet presbyopie of ouderdomsverziendheid (1). Presbyopie is ook een refractieafwijking (5).

Slechtziendheid na de leeftijd van 65 jaar komt vaak door een andere aandoening dan een refractieafwijking (1):

- **Maculadegeneratie:** hierbij is er sprake van afsterven van de zenuwcellen in het midden van het netvlies (de macula of gele vlek). De oorzaak van maculadegeneratie is niet duidelijk. Risicofactoren zijn roken, ouder worden of maculadegeneratie in de familie. Er zijn twee vormen van maculadegeneratie:
 - o Droge vorm: de patiënt ziet in de loop van de jaren waziger in het midden van het gezichtsveld of een donkere vlek.
 - o Natte vorm: door het ontstaan van nieuwe bloedvatjes onder en in het netvlies wordt hetgeen de patiënt ziet vervormd (metamorfopsie). Bij deze vorm kunnen klachten snel verlopen.

- **Cataract (staar):** hierbij is er sprake van een troebele oog lens en daardoor een geleidelijke visusvermindering waarbij patiënten waziger of ‘grauwer’ zien. De patiënt heeft ook vaak last van schittering of verblindings. Ouderdomsstaar komt het meest voor en is het gevolg van ouder worden. Rond de leeftijd van 75 jaar heeft ongeveer 70% van de mensen staar. Eiwitten in de lens klonteren in de loop van de jaren samen waardoor de lens troebel wordt. Naast leeftijd kunnen chronische ziekten zoals diabetes mellitus, medicijnen zoals ontstekingsremmers, een ongeval of infectie van het oog en aangeboren staar oorzaken zijn;

- **Glaucoom:** hierbij ontstaat schade aan de oogzenuw. Het kan uiteindelijk leiden tot kokerzien of zelfs blindheid. In het begin geeft glaucoom meestal geen klachten. De oorzaak van glaucoom is niet duidelijk. Risicofactoren voor glaucoom zijn een hoge oogdruk, leeftijd, eerstegraadsfamilieleden met glaucoom, hart- en vaatziekten, negroïde ras, stoornissen in de doorbloeding van de oogzenuw, diabetes mellitus en erge bijziendheid. Glaucoom kan tot blindheid leiden;

- **Diabetische retinopathie:** door diabetes mellitus kunnen bloedvaten in het oog, net als in de rest van het lichaam, beschadigd raken. Door het lekken van vocht en vet uit de bloedvatjes in het netvlies of door vorming van nieuwe, kwetsbare bloedvatjes in het netvlies die makkelijk bloeden raakt het netvlies beschadigd. Hierdoor gaat de patiënt steeds minder goed zien.

- **Mouches volantes (floaters):** hierbij ontstaan er met het ouder worden een soort klontjes in het glasvocht van het oog (heldere gelei waarmee de oogbol is gevuld) waardoor de patiënt zwevende zwarte vlekjes ziet. Deze aandoening kan meestal geen kwaad;

- **Achtersteglasvochtmembraanloslating:** de samenstelling van het glasvocht verandert met het ouder worden waardoor het kan krimpen en het buitenste membraan los wordt getrokken van het netvlies. Patiënten kunnen lichtflitsen zien (een soort bliksemflitsen) en mouches volantes. Meestal kan een glasvochtloslating geen kwaad.

- **Retinascheur en ablatio retinae:** soms kan er bij een glasvochtloslating een netvliesscheur (retinascheur) optreden waarbij vocht onder het netvlies komt en een netvliesloslating (ablatio retinae) optreedt. Een deel van het zicht wordt dan donker. Dit is een ernstige aandoening die kan leiden tot blindheid.
- **Droge ogen:** droge ogen (keratoconjunctivitis sicca) ontstaan meestal door weinig traanvocht in de ogen waardoor men een branderig gevoel krijgt en slechter (wazig) kan gaan zien.
- **Migraine aura (met visuele symptomen):** bij deze vorm van migraine is het zicht gedurende maximaal één uur afwijkend. Er treedt in beide ogen in één gezichtsveldhelft een vlek op (scotoom) die klein begint, geleidelijk groter wordt en wegtrekt naar de buitenkant. Er komen allerlei kleuren voor in de vlek. Vaak heeft de patiënt daarna last van halfzijdige hoofdpijn. (1, 5, 8)

Maculadegeneratie, cataract, glaucoom en diabetische retinopathie zijn de meest voorkomende oorzaken van slechtheid op latere leeftijd (6).

Complicaties

Screening

Omdat visuele beperkingen zich vaak langzaam ontwikkelen en niet altijd worden opgemerkt of mensen denken dat slechter zien bij het ouder worden hoort, zoeken niet alle ouderen met een visuele beperking hulp (9).

Screening op visuele beperkingen bij zelfstandig wonende ouderen is lastig, de totale groep is groot (3). In de literatuur wordt geen screeningsmethode gevonden voor deze groep. Voorlichting en gerichte screening worden aangeraden. Risicogroepen zijn mensen met diabetes en met familieleden met glaucoom of leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD) (3). Screening op glaucoom wordt aangeraden vanaf het 40e levensjaar bij mensen die familie hebben met glaucoom (1). Mensen met diabetes kunnen, wanneer er geen tekenen zijn van afwijkingen en er geen risicofactoren aanwezig zijn zoals hoge bloeddruk, overgewicht of afwijkend cholesterolgehalte, hun ogen om de twee jaar laten onderzoeken. In andere gevallen wordt de frequentie van oogcontrole verhoogd (10).

Mensen van 50 jaar en ouder wordt aangeraden eens in de 3 jaar hun ogen te laten testen door een opticien of optometrist (3).

In het Compleet Geriatrisch Assessment (CGA) wordt de volgende vraag gesteld:

- Kunt u, al dan niet met bril, goed zien?

Diagnostiek

Anamnese

Aan de hand van de anamnese en oogheelkundig onderzoek vormt de huisarts zich een beeld over de oorzaak van de slechtiendheid. De arts vraagt tijdens de anamnese naar de aard van de klachten, snelheid van ontstaan, één- of twee-zijdigheid, bijkomende klachten, medicatiegebruik, comorbiditeit en gebruik van hulpmiddelen (1).

Lichamelijk onderzoek

- De arts bepaalt de visus (gemeten met correctie) met behulp van een visuskaart (kaart met letters of beelden);
- De arts herhaalt vervolgens de visusbepaling met een stenopeïsche opening (metalen plaatje met één of meerdere gaatjes van 1 mm doorsnee) bij patiënten bij wie een verminderde visus is vastgesteld. Wanneer het zicht hierbij verbetert is er mogelijk sprake van een refractieafwijking;
- De arts onderzoekt het gezichtsveld bij patiënten met acute slechtiendheid en patiënten die last hebben van mouches volantes, lichtflitsen of gedeeltelijke uitval van het gezichtsveld als vorm of vlek (scotoom) met de confrontatiemethode van Donders;
- De arts inspecteert de ogen wanneer er bij de anamnese sprake is van bijkomende klachten zoals jeuk, pijn, roodheid, branderigheid, tranen, vermoeidheid van het oog en hoofdpijn.

(1)

Bij patiënten tussen de 40 en 65 jaar die klagen over slecht zien dichtbij is er meestal sprake van presbyopie (ouderdomsslechtiendheid). Bij patiënten ≥ 65 met een visus $< 1,0$ komen klachten vaak door een andere aandoening dan een refractieafwijking (1).

Verwijzing

De huisarts verwijst de patiënt in de volgende gevallen door:

- met spoed naar oogarts of neuroloog (afhankelijk van aard van de klacht) wanneer er sprake is van de volgende alarmsymptomen: een visusdaling die acuut of in enkele dagen tijd ontstaan is, uitval van een deel van het gezichtsveld in een of beide ogen, lichtflitsen die blijvend zijn of samengaan met gezichtsvelduitval en dubbelzien dat in korte tijd ontstaan is;
- bij beeldvervorming (metamorfopsie) in overleg met de oogarts;
- ouderen van ≥ 65 met een visus $< 1,0$ worden verwezen naar de optometrist wanneer het waarschijnlijk is dat de klachten voortkomen uit een refractiegerelateerde aandoening;
- ouderen van ≥ 65 met een visus $< 1,0$ worden verwezen naar de oogarts wanneer het waarschijnlijk is dat de klachten voortkomen uit een niet-refractiegerelateerde aandoening zoals cataract, glaucoom of maculadegeneratie;
- wanneer vermoed wordt dat medicatie de oorzaak is van de slechtiendheid wordt in overleg met de patiënt besloten of de medicatie wordt gestopt of dat de patiënt wordt doorverwezen. Wanneer klachten aanhouden na het stoppen van medicatie die het zicht kan beïnvloeden wordt de patiënt doorverwezen naar de oogarts;
- verwijzing naar de oogarts bij aanwezigheid van een vlekje op een vast punt in het gezichtsveld;

(1)

- bij blijvende scotomen doorverwijzen naar de oogarts.

Interventies

Voorlichting en begeleiding

- Bij de aandoeningen, waarvoor geen verwijzing nodig is zoals mouches volantes, droge ogen en migraine aura geeft de huisarts voorlichting (hiervoor kan de patiëntinformatie van Thuisarts worden gebruikt) en aanwijzingen wanneer de patiënt weer terug moet komen;
- Bij slechtziendheid die moeilijk of niet te verhelpen of te verbeteren is worden beperkingen in de ADL, invloed op de rijvaardigheid en (her)keuring door een oogarts besproken. Wanneer de patiënt ernstige beperkingen ervaart als gevolg van de oogaandoening wordt hij verwezen naar een instelling voor ondersteuning, begeleiding en revalidatie (www.visio.org, www.bartimeus.nl);
- Voor patiëntinformatie en lotgenotencontact wordt de patiënt verwezen naar patiëntverenigingen.

(1)

Behandeling verschillende oogaandoeningen

- **Refractieafwijking:** een refractieafwijking en ouderdomsverziendheid is te corrigeren met een bril of contactlenzen. De patiënt kan zelf een bril kopen bij een opticien.
- **Maculadegeneratie:** voor de droge vorm is geen behandeling beschikbaar. De droge vorm kan overgaan in de natte vorm. Plotselinge visusvermindering of beeldvervorming (metamorfopsie) kunnen hierop wijzen. Patiënten krijgen van de oogarts meestal een [Amslerkaart](#) mee waarmee zij zichzelf kunnen controleren op omvang van vlekken en metamorfopsie. De natte vorm van maculadegeneratie kan worden geremd met vaatgroeiremmende geneesmiddelen.

- **Cataract (staar):** bij staar kan de vertroebelde lens worden verwijderd en een kunstlens worden geplaatst. Zolang de patiënt tevreden is met zijn zicht en zijn visueel functioneren niet beperkt wordt hoeft er niet te worden geopereerd. Met een operatie is in de meeste gevallen een volledig herstel van de visus mogelijk.
- **Glaucoom:** behandeling van glaucoom om verdere schade te voorkomen gebeurt meestal met oogdrukverlagende medicatie (ook als er geen sprake is van een verhoogde oogdruk). Aanvullend kan er behandeld worden met laser. Wanneer dit niet voldoende helpt kan er een oogdrukverlagende operatie worden uitgevoerd.
- **Diabetische retinopathie:** hierbij is controle en optimale behandeling van de diabetes belangrijk om verdere schade te voorkomen. Daarnaast kan een laserbehandeling worden ingezet.
- **Achtersteglasvochtmembraanloslating:** hiervoor is meestal geen behandeling nodig.
- **Retinascheur en ablatio retinae:** een scheurtje in het netvlies kan behandeld worden met laser om te voorkomen dat het netvlies loslaat. Een netvliesscheur met loslating van de retina moet meestal operatief behandeld worden.
- **Droge ogen:** hierbij kunnen kunsttranen helpen. Zie daarnaast stap 7 in het stappenplan voor adviezen voor mensen met droge ogen.

(1, 3, 8, 10, 11, 12)

Hulpmiddelen en cursussen

Er zijn diverse hulpmiddelen en cursussen die mensen met slechtziendheid/blindheid kunnen helpen in het dagelijks leven, zoals:

- Computeraanpassingen (bijv. software voor schermvergroting of aanpassing, toetsenbordaangepassing);

- Lees- en kijkhulpmiddelen (bijv. beeldschermloep);
- ADL hulpmiddelen (merkmaterialen, aangepaste schakelaars);
- Mobiliteitshulpmiddelen (bijv. taststokken).

Zie voor een overzicht van hulpmiddelen de [hulpmiddelenwijzer](#) van Vilans (12).

Financiering

Financiering

- Brillen of lenzen worden meestal (behalve in speciale gevallen) niet vergoed vanuit de basisverzekering. Voor een (gedeeltelijke) vergoeding kan een aanvullende verzekering worden afgesloten;
- Andere hulpmiddelen kunnen worden vergoed door de zorgverzekeraar of vanuit de WMO;
- Mensen met een oogaandoening kunnen gebruik maken van zittend ziekenvervoer als zij niet zelf naar hun behandeling toe kunnen reizen, er niemand is die kan brengen en het een behandeling betreft die geheel of gedeeltelijk wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

(13,14,15)

Richtlijnen en referenties

1. Blom GH, Van der Pol BAE, Soeters I, Dukker NGJ, Heus P, Morshuis-Kottink M, Oltheten JMT, Rhebergen ML, Van Zanten JLH, Eizenga WH, Wiersma Tj. NHG-Standaard Visusklachten(Tweede herziening).

2. Limburg JJ, Keunen JEE, Van Rens GHMB. Visuele beperkingen bij ouderen in Nederland – risicogroepen en mogelijkheden tot interventie. Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40. P 149-155.
3. Keunen JEE, Anton Verezen CA, Imhof SM, Van Rens GHMB, Asselbergs MB, Limburg JJ. Toename in de vraag naar oogzorg in Nederland 2010-2020. NED TIJDSCHR GENEESKD. 2011;155:A3461
4. Vision 2020. Oorzaken blindheid en slechtiendheid. Beschikbaar via <http://www.vision2020.nl/sitNL.html>. Geraadpleegd op 22 juli 2016.
5. Oogartsen.nl. Brilsterkte/ refractive-afwijkingen/ brekingsafwijkingen: algemeen. Beschikbaar via http://www.oogartsen.nl/oogartsen/brilsterkte/refractie_afwijkingen/. Geraadpleegd op 26 juli 2016.
6. Van Leeuwen YD, Van den Maegdenbergh M, Anteunis LJC. Verminderde visus en slechthoendheid. In: Muris JWM, de Weerd-Spaetgens CMEE, editors. Ouderengeneeskunde. Bohn Stafleu van Loghum; 2012. P. 144-152
7. Limburg JJ, Smith ET, Van der Horst FG, Gruntjes RAGJM, Verstraten PFJ, Bartels JAMJ, Van Langen JMP. Onnodige slechtiendheid onder ouderen in zorginstellingen: lessen uit een interventieproject in de regio Den Bosch. Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45
8. Thuisarts.nl. Minder zien bij volwassenen. Beschikbaar via <http://thuisarts.nl/minder-zien-bij-volwassenen>. Geraadpleegd op 26 juli 2016.
9. Keunen JEE, Snouck Hurgronje – van de Ruit M, Olde Rikkert MGM, Van Rens GHMB, Limburg JJ. Een simpele oogtest voor slechtienden ouderen in zorginstellingen. Tijdschrift voor oudengeneeskunde 2011;02
10. Oogartsen.nl. Suikerziekte (diabetische retinopathie): een volledig overzicht. Beschikbaar via http://www.oogartsen.nl/oogartsen/diabetes_mellitus_suikerziekte/netvlies_retina_retinopathie_ogen/. Geraadpleegd op 27 juli 2016.
11. Het oogziekenhuis Rotterdam. Achterste glasvochtloslating. Beschikbaar via <https://www.oogziekenhuis.nl/overzicht-aandoeningen-en-behandelingen/achterste-glasvochtloslating-behandelingen.html>. Geraadpleegd op 27 juli 2016.
12. Het oogziekenhuis Rotterdam. Netvliesloslating. Beschikbaar via <https://www.oogziekenhuis.nl/overzicht-aandoeningen-en-behandelingen/netvliesloslating-behandelingen.html>

- . Geraadpleegd op 27 juli 2016.
13. Consumentenbond. 10 vragen over de vergoeding van een bril. Beschikbaar via <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/10-vragen-over-de-vergoeding-van-een-bril>. Geraadpleegd op 28 juli 2016
14. Oogvereniging. Wordt mijn hulpmiddel vergoed? Beschikbaar via <https://www.oogvereniging.nl/leven-werken/hulpmiddelen/wordt-mijn-hulpmiddel-vergoed/>. Geraadpleegd op 28 juli 2016.
15. Oogvereniging. Recht op zittend ziekenvervoer blijft. Beschikbaar via <https://www.oogvereniging.nl/2015/04/blinden-en-slechtzienden-houden-voorlopig-recht-op-zittend-ziekenvervoer/>. Geraadpleegd op 28 juli 2016