

Britt Anemaat (winnaar)

Samenvatting praktijkonderzoek: Charles Bonnet-syndroom bij slechtzienenden

Onderzoeksvraag

Hoe kunnen technisch oogheelkundig assistenten (TOA's) op de polikliniek Oogheelkunde van het Beatrixziekenhuis het **Charles Bonnet-syndroom** eerder herkennen bij patiënten met **maculadegeneratie**, door het stellen van drie gerichte vragen?

Probleemstelling

Het Charles Bonnet-syndroom is een aandoening waarbij mensen met ernstig verminderd zicht last hebben van **visuele hallucinaties**: ze zien dingen die er niet zijn, zoals mensen, dieren of voorwerpen. Veel patiënten zijn **bang of schamen zich** om dit te melden, omdat ze denken dat het duidt op dementie of een psychische stoornis. Daardoor blijft de diagnose vaak **onopgemerkt**, terwijl het syndroom relatief veel voorkomt bij ouderen met maculadegeneratie (een aandoening aan het netvlies). Zonder diagnose kunnen patiënten zich angstig of onzeker voelen, en krijgen ze **geen uitleg over of ondersteuning bij dit proces**.

Doel van het onderzoek

Britt heeft onderzocht op welke manier TOA's kunnen helpen het syndroom sneller te herkennen. De focus lag op patiënten van 65 jaar of ouder met een visus (gezichtsscherpte) lager dan 50% in beide ogen. Het doel was het opstellen van **drie screeningsvragen**, het verbeteren van de bewustwording bij patiënten én het zorgteam, en het creëren van een **screeningsprotocol**.

Onderzoeksaanpak

Britt verzamelde gegevens door:

- Vragenlijsten af te nemen bij patiënten met **maculadegeneratie**;
- Telefoongesprekken met drie patiënten bij wie al Charles Bonnet was vastgesteld;
- Input van oogartsen, TOA's en andere collega's;
- En een korte enquête onder TOA's over wanneer en hoe zij de vragen het beste kunnen stellen.

Belangrijkste bevindingen

- **Geen enkele patiënt** met maculadegeneratie kende het Charles Bonnet-syndroom.
- **Hallucinaties kwamen voor** bij een deel van de ondervraagden, met name in de vorm van kleuren of objecten die er niet zijn.
- De diagnose werd vaak **niet besproken / genoemd door patiënt**, uit schaamte of angst.
- Patiënten met het syndroom gaven aan dat zij behoefte hadden gehad aan **informatie** en geruststelling.
- TOA's gaven aan dat het stellen van vragen het beste kan tijdens het spreekuur, niet bij het vooronderzoek.

Conclusie

Door het stellen van drie gerichte vragen kunnen TOA's helpen om het Charles Bonnet-syndroom **eerder te herkennen**. Zo kunnen patiënten gerustgesteld worden en krijgen ze erkenning voor hun klachten. Screening is vooral zinvol bij mensen **vanaf 65 jaar** met een visus van **<0.5 in beide ogen**. Dit onderzoek laat zien dat er meer bekendheid nodig is over het syndroom, zowel onder patiënten als zorgprofessionals.

Aanbevelingen

1. **Introduceer drie vaste vragen** tijdens spreekuren met risicopatiënten:
 - a. Heeft u weleens last van kleuren zien die er eigenlijk niet zijn?
 - b. Heeft u weleens het idee dat u personen of objecten ziet die er niet zijn?
 - c. Wat is uw gevoel daarbij?
2. **Creëer meer bekendheid** door posters in de wachtkamer en folders mee te geven aan patiënten.
3. **Ontwikkel een sneltekst in het EPD (hix, epic, etc)** voor het vastleggen van de antwoorden.
4. **Zet informatie ook online**, bijvoorbeeld op de website
5. **Bespreek het protocol** met het hele team tijdens werkoverleggen.

Pauline Vernooij

Samenvatting praktijkonderzoek: Communicatie op de poli Oogheelkunde

Probleemstelling

In het Antonius Ziekenhuis wordt medische informatie op de polikliniek Oogheelkunde vooral schriftelijk en in het Nederlands aangeboden. Voor twee patiëntengroepen levert dit problemen op: slechtzienden en mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Zij kunnen de verstrekte informatie vaak niet goed lezen of begrijpen, wat kan leiden tot misverstanden, onduidelijkheid over behandelingen en zelfs medische fouten. Het ziekenhuis wil deze communicatie verbeteren, zodat alle patiënten goed geïnformeerd zijn over hun zorgtraject.

Doel van het onderzoek

Het doel was om te onderzoeken hoe de informatievoorziening beter afgestemd kan worden op de behoeften van slechtziende en anderstalige patiënten. Daarbij werd gekeken naar hun ervaringen, wensen, en naar voorbeelden van andere oogheelkundige klinieken in Nederland. Ook werden zorgverleners bevraagd over hun ervaringen met deze patiëntengroepen.

Onderzoeksmethode

Via enquêtes zijn gegevens verzameld van 50 patiënten en 32 zorgverleners binnen het Antonius Ziekenhuis. Daarnaast zijn 25 oogheelkundige poliklinieken in Nederland bevraagd over hun aanpak. Literatuuronderzoek en praktijkvoorbeelden dienden ter aanvulling.

Belangrijkste bevindingen

- **Begrijpelijkheid:** 24% van de ondervraagde patiënten had moeite met het begrijpen van de schriftelijke informatie. Bij anderstaligen liep dit op tot 85%.
- **Visuele beperkingen:** 40% van de slechtzienden ervaarde moeite met lezen. Zij gaven aan behoefte te hebben aan grotere letters, audiomateriaal of video's.
- **Anderstaligen:** Zij misten informatie in hun eigen taal en stelden voor om duidelijke beelden, vertaalapps en video's te gebruiken.
- **Andere poliklinieken:** Slechts 36% biedt aangepaste informatie voor slechtzienden; 40% voor anderstaligen. Veel instellingen gebruiken nog geen digitale hulpmiddelen of tolken.
- **Zorgverleners:** Die gaven aan dat taalbarrières en tijdsdruk het lastig maken om goed te communiceren met deze patiëntengroepen. Ze vroegen om meer hulpmiddelen, training en tijd voor uitleg.

Conclusie

De huidige manier van communiceren sluit onvoldoende aan bij patiënten die slecht zien of de Nederlandse taal niet goed beheersen. Hierdoor ontstaat verwarring en onzekerheid, en is de kans groter dat mensen medische instructies verkeerd begrijpen. Zowel patiënten als zorgverleners signaleren duidelijke verbeterpunten.

Aanbevelingen

1. **Meertalige en toegankelijke informatie:** Ontwikkel folders en digitale info in meerdere talen met eenvoudig taalgebruik en pictogrammen.
2. **Voor slechtzienden:** Gebruik groter lettertype, bied audio- of video-uitleg aan en maak gebruik van voorleesfuncties op websites.

3. **Voor anderstaligen:** Zet vertaalapps, tolkentelefoons en visuele hulpmiddelen in. Investeer in hulpmiddelen zoals de Vasco vertaalcomputer.
4. **Voor zorgverleners:** Plan meer tijd in voor uitleg, bied training aan in duidelijke communicatie en gebruik digitale hulpmiddelen.
5. **Beleid en samenwerking:** Ontwikkel een uniforme aanpak binnen het ziekenhuis, samen met andere afdelingen, ervaringsdeskundigen en patiëntenraden.

Goed nieuws

Het Antonius Ziekenhuis heeft inmiddels al stappen gezet: de website heeft een automatische vertaalfunctie en QR-codes maken digitale informatie toegankelijker voor slechtzienden. Daarmee zijn eerste successen geboekt op weg naar inclusievere zorg.

Melissa Bruijn

Samenvatting praktijkonderzoek: Funduscamera op de Spoedeisende Hulp

Onderzoeksvraag

Wat is de toegevoegde waarde van een funduscamera op de Spoedeisende Hulp (SEH) van het Medisch Spectrum Twente?

Probleemstelling

Patiënten met een hypertensieve crisis (extreem hoge bloeddruk) hebben een verhoogd risico op schade aan het netvlies van het oog. Om die schade vast te stellen, moet een arts in het oog kijken, een zogeheten fundusonderzoek. Tot nu toe moet hiervoor een oogarts speciaal naar het ziekenhuis komen, ook 's avonds, 's nachts en in het weekend. Dit leidt tot:

- Vertraging in de diagnose en behandeling,
- Extra werkdruk voor artsen en SEH-personeel,
- Onrust of ongemak bij patiënten.

Doel van het onderzoek

Dit onderzoek had als doel om te achterhalen of een **funduscamera** – een apparaat dat automatisch foto's maakt van het netvlies – een oplossing kan bieden voor deze problemen. Met deze camera zou het personeel op de SEH zelfstandig foto's kunnen maken, zodat een oogarts op afstand kan meekijken.

Onderzoeksaanpak

Er is een uitgebreide verkenning gedaan van verschillende soorten funduscamera's, inclusief technische specificaties, gebruiksgemak, training, kosten en beeldkwaliteit. Er werden interviews afgenomen met oogartsen, internisten en SEH-personeel, en 20 patiënten vulden een vragenlijst in over hun ervaring met de camera.

Belangrijkste resultaten

- De **Centervue DRSplus** funduscamera kwam als beste naar voren: gebruiksvriendelijk, hoge beeldkwaliteit, werkt zonder dat pupillen gedruppeld hoeven te worden, en kan direct gekoppeld worden aan het patiëntendossier.
- SEH-personeel bleek met minimale training in staat om zelfstandig fundusfoto's te maken.
- Oogartsen konden de beelden op afstand beoordelen, wat fysieke aanwezigheid overbodig maakte.
- Patiënten waren zeer positief: ze vonden het prettig dat ze op de SEH konden blijven en gaven de ervaring gemiddeld een 8,5.

Conclusie

De inzet van een funduscamera op de SEH blijkt een effectieve en haalbare oplossing. Het verkort de wachttijd, voorkomt onnodige verplaatsing van patiënten, verlaagt de werkdruk van oogartsen en verhoogt de tevredenheid van patiënten. De zorg wordt hiermee efficiënter én patiëntvriendelijker.

Aanbevelingen

1. **Plaats een funduscamera permanent op de SEH**, zodat fundusonderzoek 24/7 mogelijk is zonder directe tussenkomst van een oogarts.
2. **Train SEH-personeel** in het gebruik van de camera, met een korte instructie en duidelijke handleiding.

3. **Stel duidelijke protocollen op**, zodat het gebruik van de camera goed wordt ingebed in het zorgproces.
4. **Gebruik de beelden voor triage en diagnose op afstand**, zodat artsen alleen bij complexe gevallen fysiek hoeven te komen.
5. **Evalueer het gebruik regelmatig**, op basis van feedback van personeel én patiënten, om de kwaliteit van zorg te blijven verbeteren.

Tot slot

De aanschaf van de Centervue DRSplus funduscamera op de SEH is een investering die zich op korte termijn al terugbetaalt in betere, snellere en efficiëntere zorg voor patiënten met een hypertensieve crisis.

Caroline Buysse

Samenvatting praktijkonderzoek: Worden patiënten goed voorgelicht over torische lenzen bij staaroperaties?

Bij staaroperaties kunnen patiënten kiezen voor een torische intraoculaire lens (IOL), die niet alleen staar behandelt, maar ook astigmatisme corrigeert. Deze lenzen kunnen de afhankelijkheid van een bril verminderen, maar worden vaak niet vergoed door de verzekering. Heldere informatievoorziening is daarom van groot belang.

Aanleiding en aanpak

Sinds 2023 biedt de Maashorst Oogkliniek torische IOL's aan. In de praktijk bleek dat patiënten veel vragen hadden over deze premium lenzen. Om te onderzoeken of de communicatie hierover verbeterd kon worden, is er een praktijkonderzoek uitgevoerd op basis van observaties, collegiale gesprekken en vijftien patiëntinterviews. Er werd ingezoomd op vier centrale vragen:

1. Begrijpen patiënten wat astigmatisme en torische IOL's zijn?
2. Is de informatie in de folders duidelijk?
3. Worden de kosten goed toegelicht?
4. Zijn patiënten tevreden over de operatiedag?

Resultaten

De meeste patiënten gaven aan zich goed geïnformeerd te voelen over de torische lens, de kosten en het verloop van de ingreep. De uitleg tijdens consulten en de beschikbare folders werden als helder ervaren. Wel kwamen er enkele aandachtspunten naar voren: de wachttijd tussen consulten werd als lang ervaren en het aantal afspraken als belastend – mede doordat patiënten na het druppelen niet zelf kunnen rijden.

Hoewel de folders over cataract en premium lenzen grotendeels duidelijk werden gevonden, werd geopperd om specifieke informatie over torische lenzen in een aparte folder te bundelen. Daarnaast bleek uit observaties dat patiënten op de operatiedag behoefte hebben aan een beter ontvangst of uitleg bij binnenkomst, om spanning en onduidelijkheid te verminderen.

Conclusie en aanbevelingen

De informatievoorziening over torische IOL's in de kliniek is in de basis goed, maar er is ruimte voor verbetering. Op basis van de bevindingen zijn er inmiddels al stappen genomen:

- Het aantal benodigde afspraken is teruggebracht van vier naar drie.
- Er wordt gewerkt aan een aparte folder over torische lenzen.
- Extra doktersassistenten worden ingezet om patiënten op de operatiedag beter op te vangen.

Praktische waarde

Dit onderzoek onderstreept het belang van duidelijke communicatie bij medische keuzes waarbij een eigen bijdrage gevraagd wordt. Door kritisch te kijken naar het voorlichtingstraject, kunnen onduidelijkheden en spanningen bij patiënten worden verminderd. De opgedane inzichten zijn niet alleen toepasbaar binnen de Maashorst Oogkliniek, maar bieden ook waardevolle aanknopingspunten voor andere oogheeskundige praktijken.

Justin Wennekes

Samenvatting praktijkonderzoek: Is de GCL-analyse een waardevolle aanvulling bij glaucoomonderzoek?

Bij glaucoomscreening wordt standaard gebruikgemaakt van een OCT-papil om de retinale zenuwvezellaag (RNFL) te beoordelen. In de dagelijkse praktijk rees de vraag of het ook waardevol is om via een OCT-macula de ganglioncellaag (GCL) te analyseren. Een praktijkonderzoek onderzocht of deze aanvullende meting bijdraagt aan het eerder opsporen en beter volgen van glaucoom.

Aanleiding en aanpak

Glaucoom is een progressieve aandoening waarbij schade aan de oogzenuw vaak pas laat wordt ontdekt. Uit steeds meer wetenschappelijke studies blijkt dat de GCL vaak als eerste wordt aangetast. Dit vormde de aanleiding voor een onderzoek naar de mogelijke meerwaarde van GCL-analyse via OCT-macula, als aanvulling op de standaard RNFL-meting.

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen:

1. Literatuuronderzoek naar de waarde van RNFL- versus GCL-analyse.
2. Interviews met TOA's en oogspecialisten over hun ervaringen en verwachtingen.
3. Een pilot waarbij de GCL-analyse actief werd toegepast in de kliniek.

Resultaten

Uit de literatuur kwam naar voren dat GCL-verlies vaak eerder optreedt dan RNFL-schade, en dat de GCL ook bij gevorderd glaucoom goed meetbaar blijft. De GCL-analyse bleek vooral waardevol bij patiënten met twijfelachtige of afwijkende gezichtsveldonderzoeken, en bij de vroege stadia van glaucoom.

De interviews met TOA's en oogartsen bevestigden dit beeld. Zij zagen duidelijke voordelen, vooral bij vroege opsporing. Tegelijkertijd kwamen er enkele knelpunten naar voren:

- Werk- en tijdsdruk bij TOA's.
- Onbekendheid en gebrek aan routine met de techniek.
- Beperkingen bij hoge myopie en maculadegeneratie.

Er is behoefte aan een helder protocol en meer kennisdeling, bijvoorbeeld via klinische lessen.

Pilot en implementatie

In de pilot werd de GCL-analyse geïntegreerd in de dagelijkse werkwijze. Hierbij werden TOA's getraind, een handleiding opgesteld en een wijziging in het HIX-systeem aangevraagd om de scan eenvoudiger aan te vragen. De eerste resultaten waren positief: TOA's konden zelfstandig met de scan werken en gaven aan zich zekerder te voelen. Evaluatiemomenten en een geplande HIX-snelkoppeling moeten bijdragen aan duurzame implementatie. Eventuele workflowproblemen, zoals bij het invoeren van een oogmeetstraat, worden gemonitord.

Conclusie en aanbevelingen

De GCL-analyse via OCT-macula biedt duidelijke meerwaarde bij glaucoomscreening en -controle, met name in de vroege stadia van de ziekte. Voor succesvolle implementatie zijn de volgende punten belangrijk:

- Een helder protocol over indicaties en werkwijze.
- Structurele kennisoverdracht via klinische lessen.
- Technische aanpassingen, zoals een snelkoppeling in het EPD.
- Selectief gebruik bij patiënten voor wie de analyse betrouwbaar is.

Dit praktijkonderzoek laat zien hoe technologische uitbreiding binnen bestaande werkwijzen kan leiden tot betere diagnostiek én efficiëntere werkprocessen.