

Oog voor de toekomst

Het potentieel van optometrie bij
een stijgende vraag naar oogzorg

Voorwoord en leeswijzer

Dit rapport heeft als doel een overzicht te geven van de feiten en cijfers van vraag en aanbod van oogzorg in Nederland. We kiezen daarbij voor het maatschappelijk perspectief: om hoeveel mensen gaat het, hoe ontwikkelt dit zich in de toekomst en welke knelpunten zien we? Tevens onderzoeken we het potentieel van de optometrist in het aanpakken van deze knelpunten. Het onderzoek is uitgevoerd door SiRM – Strategies in Regulated Markets – in opdracht van en gefinancierd door Specsavers, in samenwerking met het Oogfonds. Om tot de inhoud van het rapport te komen hebben we gebruikt gemaakt van drie pijlers: expertinterviews en deskresearch, openbare (inter)nationale gegevensbronnen en (wetenschappelijke) literatuur. We hebben op basis van interviews en deskresearch bepaald wat relevante onderwerpen zijn. Op basis van openbare (inter)nationale gegevensbronnen en (wetenschappelijke) literatuur hebben we geanalyseerd wat de verwachtingen zijn op deze onderwerpen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding van het onderzoek en de conclusie. Hoofdstuk 2 gaat in op de definitie van zichtverlies en de omvang van het aantal mensen met een vraag naar oogzorg in Nederland. In hoofdstuk 3 schatten we de ontwikkeling van het aantal mensen met oogziekten tot 2030. Hoofdstuk 4 beschrijft het aanbod van oogzorg en de knelpunten hierin. Hoofdstuk 5 gaat in op de mogelijke rol van de optometrist bij het oplossen van huidige en toekomstige knelpunten in de oogzorgketen.

Utrecht, april 2022

Michiel Slag
Thijs Stoop
Roderik Ponds (roderik.ponds@sirm.nl)

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding:
SiRM, Oog voor de toekomst, april 2022

Managementsamenvatting

Minimaal 1 miljoen mensen hebben een oogziekte waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is

De vraag naar oogzorg bestaat uit mensen met zichtverlies en mensen met oogziekten. Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte en niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies. In Nederland hebben 900 duizend mensen zichtverlies. Meer dan de helft hiervan is ernstig slechtziend of blind. Minimaal 1 miljoen mensen hebben een oogziekte waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is. De meeste mensen uit deze groep hebben cataract, maculopathie, glaucoom of retinopathie. Maculadegeneratie en glaucoom zijn de twee belangrijkste oorzaken van blindheid. Ernstige slechtziendheid wordt met name veroorzaakt door glaucoom en niet of onvoldoende gecorrigeerde refractieafwijkingen.

Het aantal mensen met oogziekten stijgt met ongeveer 170 duizend mensen tot 2030 (+17%)

Het aantal mensen met cataract, glaucoom, maculadegeneratie en retinopathie stijgt met ongeveer 170 duizend mensen tot bijna 1,2 miljoen (+17%) in 2030. De belangrijkste oorzaak is de vergrijzing: oogziekten komen veel vaker voor bij ouderen en het aantal ouderen neemt sterk toe. De groei wordt licht gedempt door een daling van de incidentie. Dit is een netto-effect van positieve ontwikkelingen zoals een daling van het aantal rokers en negatieve ontwikkelingen zoals de verwachte toename van bijziendheid onder kinderen.

De toegankelijkheid van het huidige aanbod van oogzorg staat onder druk

Jaarlijks vinden er ~2,4 miljoen huisartsenconsulten plaats voor mensen met een klacht of aandoening aan het oog. Dit leidt tot ongeveer 550.000 verwijzingen naar de oogarts. Oogheelkunde staat daarmee in de top 4 van specialismen waar huisarts naar doorverwijzen. Mensen met oogklachten vormen daarmee een relatief klein deel van het totaal aantal consulten, maar worden wel relatief vaak doorverwezen. Oogartsen zien daarnaast ook patiënten die al eerder medisch-specialistische zorg hebben ontvangen. Totaal zien zij circa 1,1 miljoen patiënten per jaar. De toegankelijkheid van de oogzorg staat onder druk: de wachttijden voor de oogarts zijn hoog. De vraag naar oogzorg ligt hoger dan het aanbod. Naast oogartsen zijn ook andere medische professionals actief in de oogzorg, zoals optometristen. Zij vormen de grootste beroepsgroep, maar een groot deel van hen ziet relatief weinig patiënten. Een andere inzet van optometristen waarbij zij meer patiënten zien biedt mogelijkheden om de toegankelijkheid van oogzorg te verbeteren.

Optometrie kan bijdragen aan oplossen huidige en toekomstige knelpunten in oogzorgketen

In verschillende pilots binnen de Juiste Zorg op de Juiste Plek in Nederland zijn optometristen tussen de huis- en oogarts gepositioneerd. De resultaten laten zien dat de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van oogzorg hierdoor toenemen. Bij 75% van de patiënten met laagcomplex klachten volstaat een bezoek aan de optometrist waardoor zij niet naar de oogarts hoeven. Daarnaast zijn er ook pilots met de inzet van optometrie op afstand. Daarin wordt de doelmatigheid van de inzet van optometristen verhoogd omdat zij meer patiënten

zien. Landelijke positionering van de optometrist tussen huis- en oogarts en optometrie op afstand leidt tot een daling van de kosten voor diagnostiek van mensen met laagcomplex klachten met ~55% van €26 miljoen tot €12 miljoen per jaar. Wanneer de optometrist in de eerste lijn wordt gepositioneerd biedt dit gezondheidswinst en wordt de huisarts ontlast. Dit vereist naast het realiseren van randvoorwaarden zoals een goede borging van kwaliteit en een betaaltitel ook het organiseren van een 'poortwachtersfunctie' om te voorkomen dat er onnodig optometrisch onderzoek wordt uitgevoerd.



Inhoud

Managementsamenvatting	4
1 Aanleiding en conclusie	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Conclusie	9
2 Minimaal 1 miljoen mensen hebben vraag naar oogzorg	10
2.1 Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte en niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies	10
2.2 In Nederland hebben 900 duizend mensen zichtverlies, waarvan meer dan de helft ernstig slechtziend of blind is	10
2.3 In Nederland hebben ongeveer één miljoen mensen oogziekten waarvoor zij naar de oogarts moeten	12
3 Het aantal mensen met oogziekten stijgt met ongeveer 170 duizend mensen tot 2030	16
3.1 Vergrijzing leidt tot een sterke groei van het aantal mensen met oogziekten	16
3.2 Daling van incidentie dempt de groei van het aantal mensen met oogziekten licht	19
4 Huidig aanbod van oogzorg leidt tot toegankelijkheidsproblemen	20
4.1 Er vinden 2,4 miljoen huisartsenconsulten voor oogklachten plaats waar ~550.000 verwijzingen naar de oogarts uit voortkomen	20
4.2 Binnen de medisch-specialistische zorg wordt jaarlijks ruim 1,1 miljoen patiënten met oogziekten gezien	22
4.3 Toegankelijkheid oogzorg staat op dit moment onder druk door hoge wachttijden	24
4.4 Optometristen zijn de grootste groep professionals binnen de oogzorgketen, maar zien relatief weinig patiënten	25
5 Optometrie kan bijdragen aan oplossen huidige en toekomstige knelpunten in oogzorgketen	28
5.1 Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts biedt voordelen voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid	28
5.2 Inzet van optometrie op afstand vergroot de doelmatige inzet van optometristen	35
5.3 Optometrist in de eerste lijn ontlast huisarts en biedt gezondheidswinst maar vereist poortwachtersfunctie	39
Bibliografie	41





Minimaal
1 miljoen

Nederlanders met een oogziekte waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is.

Tot 2030 neemt dit aantal door vergrijzing toe met
170.000

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

Zichtverlies heeft veel impact op kwaliteit van leven en een tijdige diagnose en behandeling kan veel leed reduceren. Het aantal mensen met zichtverlies neemt naar verwachting toe door de vergrijzing. Mensen met (een risico op) zichtverlies zijn gebaat bij een goede toegankelijkheid van de diagnostiek en behandeling binnen de oogzorg. Het tijdig signaleren van zichtverlies en het behandelen van zichtverlies draagt bij aan de kwaliteit van leven van een patiënt.

De toegankelijkheid van de oogzorg staat op dit moment onder druk en door de verwachte groei van de vraag is het beeld dat dit alleen maar zal toenemen. De afgelopen jaren zijn er verschillende pilots uitgevoerd waarbij is onderzocht of een andere inzet van optometristen (Juiste Zorg op de Juiste Plek) en optometrie op afstand kan bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten. Specsavers heeft, in samenwerking met het Oogfonds, tegen deze achtergrond SiRM gevraagd:

- De huidige en toekomstige vraag naar oogzorg in beeld te brengen (hoofdstuk 2 en 3).
- Het aanbod van oogzorg en mogelijke knelpunten in beeld te brengen (hoofdstuk 4).
- De resultaten van verschillende pilots te gebruiken om in beeld te brengen wat de mogelijke voordelen zijn van een andere inzet van optometrie voor de oogzorg en welke randvoorwaarden daarbij van belang zijn (hoofdstuk 5).

1.2 Conclusie

De positionering van optometristen tussen huisarts en oogarts en de inzet van optometrie op afstand vergroot de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de oogzorg. Dit is noodzakelijk omdat op dit moment minimaal 1 miljoen mensen een oogziekte hebben waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is en dit aantal door vergrijzing tot 2030 met circa 170.000 toeneemt. De toegankelijkheid van oogzorg staat op dit moment onder druk omdat vraag naar oogzorg hoger is dan het aanbod. Naast oogartsen zijn ook andere medische professionals actief in de oogzorg, zoals optometristen. Zij vormen de

grootste beroepsgroep, maar een groot deel van hen ziet relatief weinig patiënten. Dat biedt mogelijkheden om de toegankelijkheid van oogzorg te verbeteren.

Pilots in Nederland hebben laten zien dat de positionering van optometristen tussen huisarts en oogarts en optometrie op afstand bij kan dragen aan het oplossen van deze knelpunten:

- De toegankelijkheid verbetert omdat mensen met laagcomplexe klachten sneller en dichterbij huis een optometrisch onderzoek krijgen. Dit leidt naar verwachting tot een afname van de wachttijd voor de oogarts voor mensen met complexere klachten.
- De kwaliteit van de zorg toeneemt omdat verwijzingen naar oogartsen voor een groter deel op basis van diagnoses in plaats van klachten plaatsvinden.
- De betaalbaarheid toeneemt omdat de kosten voor diagnostiek voor mensen met laagcomplexe klachten dalen met ~55% van €26 miljoen tot €12 miljoen.

Wanneer de optometrist in de eerste lijn wordt gepositioneerd kan vroegtijdige diagnose voor mensen met een aantal oogziekten gezondheidswinst opleveren. Bovendien wordt de huisarts ontlast. Per jaar vinden er nu ~2,4 miljoen consulten plaats voor mensen met oogklachten en -ziekten. Wanneer hiervan 1 op de 3 mensen met oogklachten en -ziekten voor een consult bij de optometrist komt, zou dit circa ~750.000 consulten per jaar voor de huisarts schelen.

Positionering van de optometrist in de eerste lijn vereist wel dat er voldoende capaciteit bij optometristen is en dat andere randvoorwaarden op orde zijn, zoals informatievoorziening en voorlichting, de borging van kwaliteit, (regionale) samenwerking en financiering. Om te voorkomen dat er onnodig optometrisch onderzoek wordt uitgevoerd is een 'poortwachtersfunctie' voor optometristen noodzakelijk.

2 Minimaal 1 miljoen mensen hebben vraag naar oogzorg

De vraag naar oogzorg bestaat uit mensen met zichtverlies en mensen met oogziekten. Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte en niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies. In Nederland hebben 900 duizend mensen zichtverlies. Meer dan de helft hiervan is ernstig slechtziend of blind. Minimaal 1 miljoen mensen hebben een oogziekte waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is. De meeste mensen uit deze groep hebben cataract, maculopathie, glaucoom of retinopathie. Maculadegeneratie en glaucoom zijn de twee belangrijkste oorzaken van blindheid. Niet of onvoldoende gecorrigeerde refractieafwijkingen en glaucoom zijn de belangrijkste oorzaken van ernstige slechtziendheid.

2.1 Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte en niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies

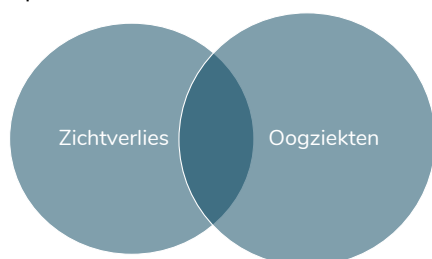
De vraag naar oogzorg bestaat uit mensen met zichtverlies en mensen met oogziekten.¹ Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte: bijvoorbeeld bij een niet-gecorrigeerde refractieafwijking. Niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies. Bij diabetische retinopathie hebben bijvoorbeeld niet alle patiënten al last van zichtverlies (zie Figuur 1).

De vraag naar oogzorg bestaat daarom uit twee groepen die elkaar deels overlappen:

1 Mensen met zichtverlies

2 Mensen met oogziekten

In de volgende paragrafen schatten we de omvang van deze groepen.



Figuur 1 - Niet iedereen met zichtverlies heeft een oogziekte en niet iedereen met een oogziekte heeft zichtverlies.

2.2 In Nederland hebben 900 duizend mensen zichtverlies, waarvan meer dan de helft ernstig slechtziend of blind is

Circa 900 duizend mensen hebben in Nederland zichtverlies². Zichtverlies definiëren we als visusverlies, op basis van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Hierin onderscheidt de WHO vier groepen (Figuur 2).

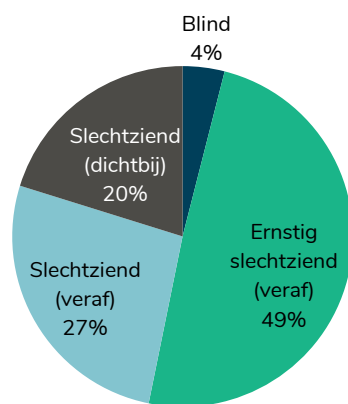
- 1 Mensen met maximaal 5% zicht ten opzichte van iemand met volledig zicht. Deze mensen zijn blind en zijn ongeveer 4% van de mensen met zichtverlies.
- 2 Mensen met 5% tot 33% zicht ten opzichte van iemand met volledig zicht. Deze mensen zijn ernstig slechtziend (veraf) en zijn ongeveer 49% van de mensen met zichtverlies.
- 3 Mensen met 33% tot 50% zicht ten opzichte van iemand met volledig zicht. Deze mensen zijn slechtziend (veraf) en zijn ongeveer 27% van de mensen met zichtverlies.
- 4 Mensen met een gezichtsscherpte voor dichtbij slechter dan +6 dioptrie. Deze mensen zijn slechtziend (dichtbij). Dit is ongeveer 20% van de mensen met zichtverlies.

1 - Daarnaast zijn er mensen met oogklachten die niet gerelateerd zijn aan een oogziekte, zoals een rood oog.

2 - Er zijn verschillende bronnen en definities voor zichtverlies. In de Nationale Rapportage Oogzorg 2018 laten onderzoekers zien dat er afhankelijk van de keuze voor een bron en definitie een grote variatie is in de schatting van de omvang van het aantal mensen met zichtverlies. In de Nationale Rapportage Oogzorg 2018 kwam men tot een totaal van 250.000 mensen met zichtverlies in Nederland. Hierin hebben de onderzoekers alleen groep 1 en 2 van de WHO definitie meegenomen. Dit komt overeen met ongeveer 450.000 mensen op basis van cijfers van het IAPB.

Mensen die een refractieafwijking hebben, maar waarbij dit gecorrigeerd is doordat zij een bril dragen of lenzen hebben, vallen dus niet onder de groep mensen met zichtverlies.³ De oorzaken en daarmee de mogelijkheid van correctie van zichtverlies verschillen tussen de vier groepen die de WHO onderscheidt (§2.3.3).

Zichtverlies (visusverlies) [totaal: 900.000 mensen]



Figuur 2 - Van de mensen met zichtverlies is meer dan de helft ernstig slechtziend of blind. Bronnen: WHO, CBS, IAPB.

De definitie van de WHO is een wetenschappelijke definitie voor 'objectief' zichtverlies. Een alternatieve definitie is het meer subjectieve of 'ervaren zichtverlies': de mate waarin iemand in het dagelijks functioneren belemmerd wordt door een beperkt zicht. Het CBS schat op basis van de gezondheidsenquête dat ~770 duizend mensen van 18 jaar en ouder (functioneel) zichtverlies ervaren. In deze enquête vraagt het CBS onder andere of mensen, ondanks het hebben van een bril of contactlenzen, niet in staat zijn of grote moeite hebben om de kleine letters in de krant te lezen of op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand te herkennen. Dit zijn zelfgerapporteerde antwoorden, en daarmee subjectiever dan de definitie van de WHO.

Dit verklaart mogelijk deels het verschil in de omvang van de groep mensen met zichtverlies volgens de definitie van de WHO. Daarnaast kan het zo zijn dat mensen met visusverlies (wel in de WHO definitie) niet perse zichtverlies ervaren bij een goede correctie door een bril of contactlenzen (en daardoor niet bij CBS worden meegeteld). En omgekeerd kan het zijn dat mensen met een zeer beperkt zichtverlies (niet in de WHO definitie) door een verkeerde bril of contactlenzen wel zichtverlies ervaren (wel bij CBS meegeteld). Tenslotte hebben de CBS cijfers betrekking op mensen van 18 jaar en ouder en de WHO cijfers op de gehele bevolking.

**Het CBS schat op basis van de
gezondheidsenquête dat ~770 duizend mensen van 18 jaar
en ouder (functioneel) zichtverlies ervaren**

³ - Volgens de Nederlandse Unie van Optiekbedrijven dragen meer dan 9 miljoen mensen in 2020 een bril of contactlenzen.

2.3 In Nederland hebben ongeveer één miljoen mensen oogziekten waarvoor zij naar de oogarts moeten

2.3.1 In Nederland komt circa ~2,2 miljoen keer per jaar een oogaandoening, -ziekte of -klacht bij iemand voor

In Nederland komt circa 2,2 miljoen keer per jaar een oogaandoening, -ziekte of -klacht bij iemand voor. Onder deze 2,2 miljoen vallen oogziekten zoals cataract of glaucoom maar ook ooginfecties en trauma's (zoals kneuzing en een 'blauw oog'). Refractieafwijkingen zijn hierbij niet meegenomen, net als scheelzien en blindheid. De categorie overig bestaat uit mensen die scheelzien of blind zijn. De meest voorkomende oogziekten zijn infecties aan het oog (~650.000), cataract (~380.000) en glaucoom (~350.000) (Figuur 3).

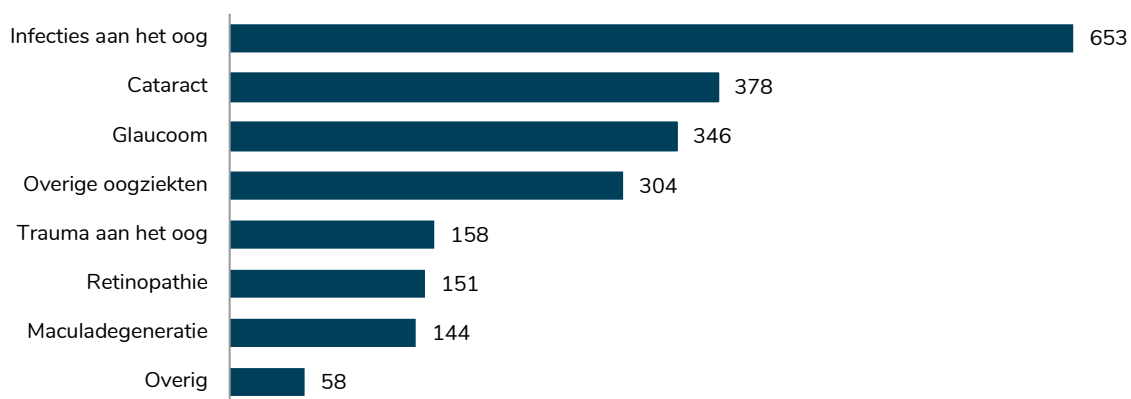
Dit aantal van 2,2 miljoen is gebaseerd op de prevalentiecijfers bij huisartsen uit 2020 van het Nivel die zijn toegepast op de bevolking per 1 januari 2022 (CBS). Dit zijn geen unieke patiënten. Eén persoon kan meerdere oogziekten tegelijkertijd hebben (bijvoorbeeld glaucoom en een oogontsteking) of in 1 jaar meerdere keren een oogziekte-of -trauma (bijvoorbeeld twee keer per jaar oogontsteking en een trauma aan het oog zoals een 'blauw oog').

2.3.2 Er zijn minimaal één miljoen mensen met een oogziekte waar medisch-specialistische zorg voor nodig is

Voor een deel van deze oogziekten is medisch-specialistische zorg nodig. De meest voorkomende ziektes waarvoor dit het geval is zijn cataract, maculopathie (inclusief maculadegeneratie), glaucoom (en risico op glaucoom; oculaire hypertensie) en retinopathie (zie Figuur 4). Op basis van de prevalentiecijfers (Figuur 3) voor de hierboven genoemde ziekten gaat het om circa 1 miljoen mensen in Nederland met een oogziekte waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is.⁴ De diagnose oculaire hypertensie is een verhoogde oogdruk en daarmee een risicofactor voor glaucoom. Dit is geen oogziekte en is daarom niet meegeteld in het totaal van 1 miljoen mensen.

Deze 1 miljoen is een ondergrens. Andere oogziekten die minder vaak voorkomen en waarvoor medisch-specialistische zorg nodig is, zijn hier niet zijn meegeteld. Onder de categorie overig in Figuur 4 vallen onder meer trauma's aan het oog. In 2020 waren er ~2.600 patiënten op de SEH met oogletsel (minder 1% van alle SEH-bezoeken).⁵ De oorzaak hiervoor varieert: het kan gaan om arbeidsongevallen, sportgerelateerde oorzaken of andere oorzaken, zoals vuurwerkincidenten.⁶

Prevalentie van oogaandoeningen/-klachten/-ziekten in Nederland in huisartsenregistraties [aantal x 1000, 2022]



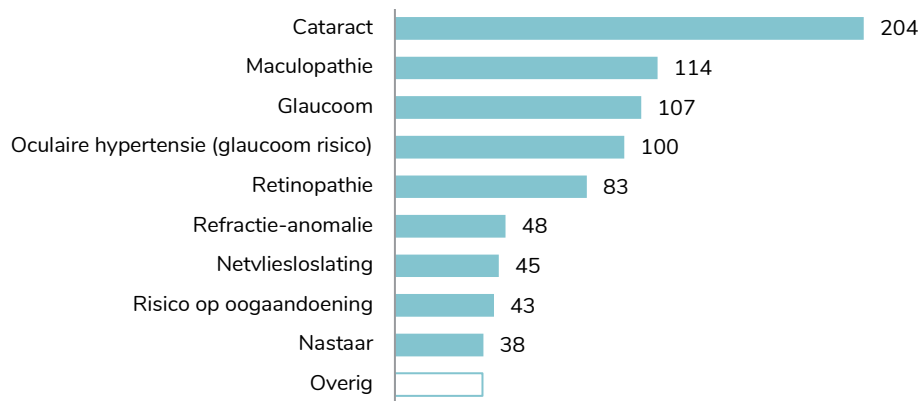
Figuur 3 - In Nederland komt circa 2,2 miljoen keer per jaar een oogziekte, -aandoening of -klacht voor. Bron: Nivel en CBS.

4 - Omdat niet iedereen met één van deze oogziekten elk jaar naar de oogarts gaat is de som van het aantal gedeclareerde DBC's lager dan deze 1 miljoen.

5 - VeiligheidNL 2021: Letsels 2020 Kerncijfers LIS

6 - Rond de jaarwisseling 2020/2021 waren dit bij de SEH en huisartsenpost gezamenlijk 32 personen. Bij de jaarwisseling 2021/2022 waren dit 53 personen. Bron: VeiligheidNL 2022: Ongevallen met vuurwerk Jaarwisseling 2021-2022

Veelvoorkomende gedeclareerde DBC's binnen de oogheelkundige zorg [aantal x 1000, 2019]

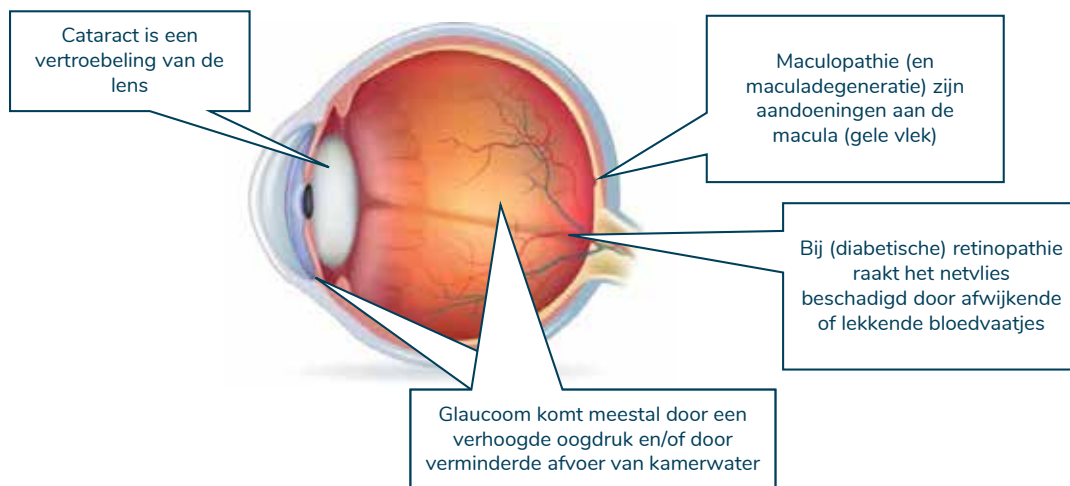


Figuur 4 - Patiënten komen met name voor cataract, maculopathie, glaucoom, oculaire hypertensie en retinopathie bij de oogarts.
Bron: NZa, opendisdata.

De aard van de oogziekten verschilt

De oorzaken en achtergrond van de vier oogziekten waarvoor de meeste mensen medisch-specialistische zorg nodig hebben verschillen (Figuur 5). Leeftijd vormt een belangrijke factor voor de kans dat iemand één van deze oogziekten krijgt (zie ook §3.1) naast factoren als

diabetes, (ongezonde) leefstijl of verhoogde genetische kans. Cataract is te verhelpen met een operatie. Retinopathie, maculopathie (inclusief maculadegeneratie) en glaucoom kunnen met vroegdiagnostiek worden geïdentificeerd en een behandeling kan (verder) zichtverlies voorkomen.



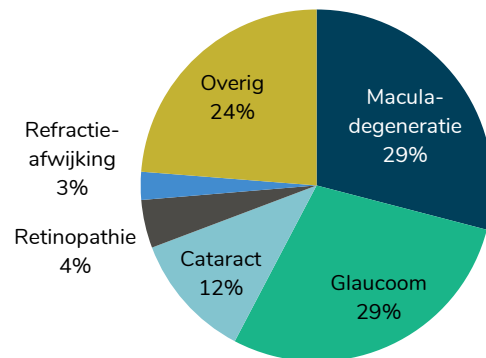
Figuur 5 - De oorzaken en achtergrond van oogziekten verschillen.

2.3.3 Blindheid en ernstige slechtziendheid wordt veroorzaakt door verschillende oogziekten

Maculadegeneratie en glaucoom zijn de twee belangrijkste oorzaken van blindheid (Figuur 6). Op basis van cijfers van het IAPB⁷ is de schatting dat deze twee

ziekten de oorzaak zijn voor bijna 60% van de ~35.000 mensen die blind zijn in Nederland. Binnen de categorie overig vallen onder andere mensen met aangeboren blindheid.

Prevalentie van blindheid naar oorzaken in 2020 [totaal: 35.000 mensen]

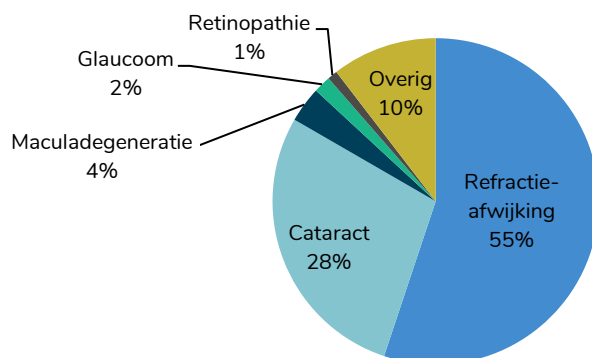


Figuur 6 - Maculadegeneratie en glaucoom zijn in bijna 60% van de gevallen de oorzaak van blindheid. Bron: IAPB, CBS.

Niet of onvoldoende gecorrigeerde refractieafwijkingen en cataract zijn de belangrijkste oorzaken van ernstige slechtziendheid (zie Figuur 7). Op basis van cijfers van het IAPB is de schatting dat deze gezamenlijk de oorzaak zijn voor ruim 80% van de ~440.000 mensen die ernstig slechtziend zijn in Nederland.

Van het geschatte aantal van ~240.000 mensen met een niet of onvoldoende gecorrigeerde refractieafwijking is dit naar verwachting een groot deel corrigeerbaar met een passende bril of contactlenzen, waardoor het aantal mensen met zichtverlies sterk kan afnemen.

Oorzaken van ernstig slechtziendheid [totaal: 440.000 mensen]



Figuur 7 - Ernstige slechtziendheid wordt in driekwart van de gevallen veroorzaakt door een niet of onvoldoende gecorrigeerde refractieafwijking en cataract. Bron: IAPB, CBS.

7 - The International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) publiceert cijfers over onder andere de oorzaken van blindheid en slechtziendheid voor de regio West-Europa. Deze cijfers zijn toegepast op de cijfers voor Nederland.



1 miljoen
mensen hebben een
oogziekte waar
medisch-specialistische
zorg voor nodig is

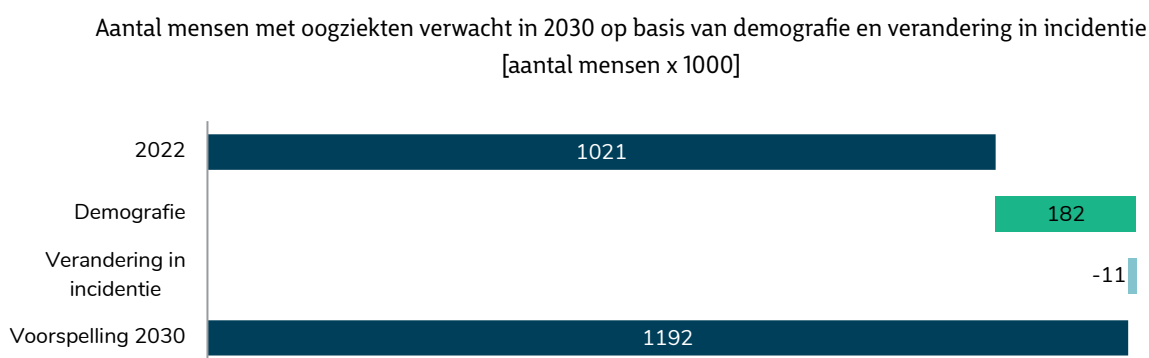
3 Het aantal mensen met oogziekten stijgt met ongeveer 170 duizend mensen tot 2030

Het aantal mensen met cataract, glaucoom, maculadegeneratie en retinopathie stijgt met ongeveer 170 duizend mensen tot bijna 1,2 miljoen (+17%) in 2030. De belangrijkste oorzaak is de vergrijzing: oogziekten komen veel vaker bij ouderen en het aantal ouderen neemt sterk toe. De groei wordt licht gedempt door een daling van de incidentie. Dit is een netto-effect van positieve ontwikkelingen zoals een daling van het aantal rokers en negatieve ontwikkelingen zoals de verwachte toename van bijziendheid onder kinderen.

3.1 Vergrijzing leidt tot een sterke groei van het aantal mensen met oogziekten

Het aantal mensen met de vier meest voorkomende oogziekten stijgt naar bijna 1,2 miljoen mensen in 2030 (Figuur 8). Dit is een stijging van ongeveer 170 duizend mensen met oogziekten (+17%) ten opzichte van het verwachte aantal mensen met deze oogziekten in 2022. Het gaat hier om het aantal mensen met cataract, glaucoom, maculadegeneratie⁸ en (diabetische) retinopathie. Deze stijging wordt veroorzaakt door het toenemende aantal ouderen in Nederland. De daling van incidentie dempt deze groei licht (zie §3.2).

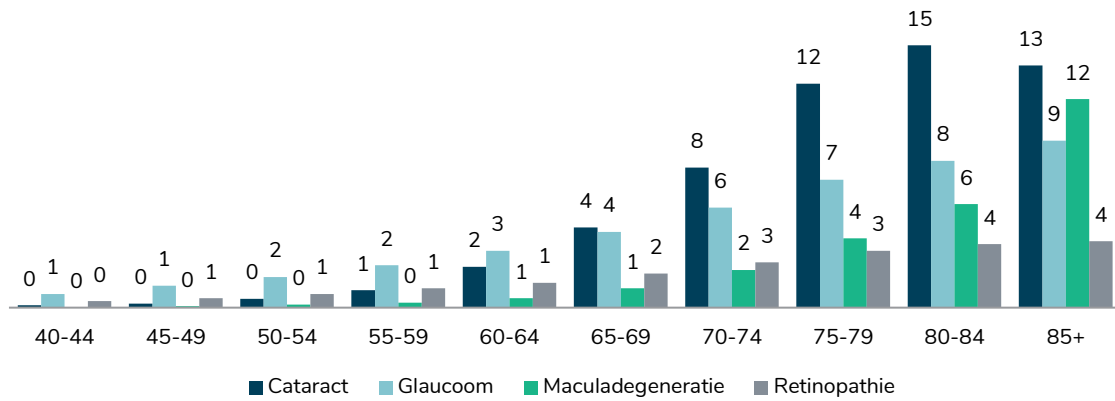
De prevalentie van vier veelvoorkomende oogziekten loopt sterk op met leeftijd (Figuur 9). Onder prevalentie wordt het aandeel personen dat een bepaalde oogziekte heeft verstaan: ongeveer 15 van de 100 mensen tussen de 80 en 84 hebben cataract en 8 van de 100 in deze leeftijdsklasse hebben glaucoom. Door vergrijzing neemt het aantal mensen in de hogere leeftijdsklassen toe. Bij een gelijkblijvend aandeel mensen met een oogziekte binnen die klasse neemt dus ook het aantal mensen met een oogziekte toe in een bepaald jaar. Zo stijgt het aantal mensen tussen de 80 en 84 jaar tussen 2022 en 2030 naar verwachting met ongeveer 50%. Dat betekent dat ook het aantal mensen met cataract tussen de 80 en 84 jaar met ongeveer 50% stijgt.



Figuur 8 - Het aantal mensen met oogziekten stijgt naar bijna 1,2 miljoen in 2030 door veranderingen in demografie.
Bron: SiRM analyse op basis van CBS, RIVM.

⁸ - In hoofdstuk 2 spreken we over maculopathie. Hieronder vallen alle aandoeningen aan de macula. Maculadegeneratie is de meest voorkomende oogziekte binnen maculopathie.

Prevalentie per oogziekte naar leeftijdscategorie
[aantal mensen met oogziekte per 100 mensen uit leeftijdsklasse]



Figuur 9 - De prevalentie verschilt per oogziekte per leeftijdsklasse. Bron: VZinfo.

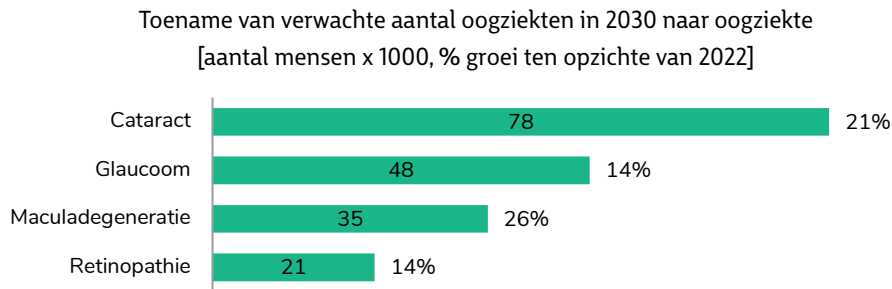




Bijna
50%
van de jongvolwassenen
in Europa bijziend

De absolute en relatieve groei verschilt per ziekte omdat de prevalentie verschilt per oogziekte. Door vergrijzing groeit daarom het aantal mensen per ziekte niet even sterk. Het aantal mensen met cataract groeit in absolute aantallen het sterkst (+~78.000 en een groei van 21%) (Figuur 10). Relatief gezien neemt het aantal mensen met maculadegeneratie het sterkst toe (+~35.000 en een

groei van 26%). Dit komt door de sterke toename van prevalentie van maculadegeneratie in leeftijdsgroepen 80-84 en 85+ (zie groene balken in Figuur 9) en door de sterke toename van het aantal mensen in deze leeftijdsgroep volgens de CBS prognose (respectievelijk +50% en +35% tussen 2022 en 2030).

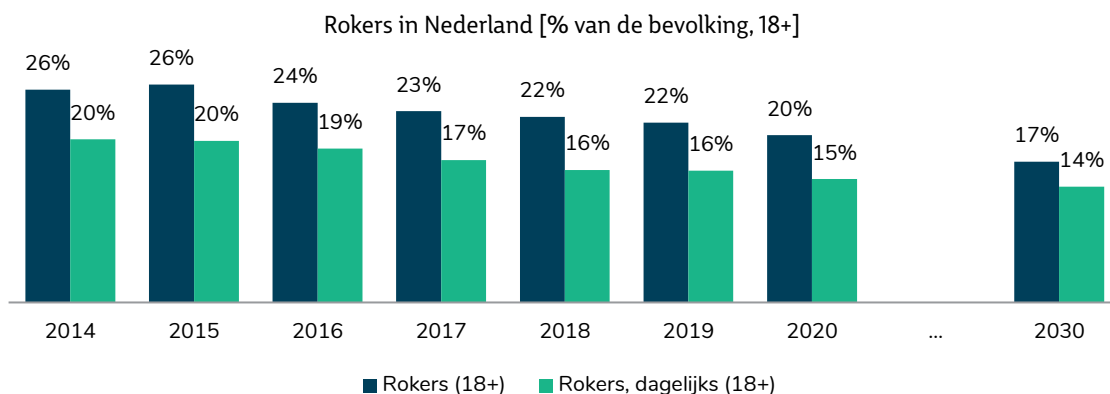


Figuur 10 - De groep mensen met cataract stijgt absoluut gezien het sterkst, gevolgd door glaucoom, maculadegeneratie en retinopathie. Bron: SiRM analyse op basis van CBS, RIVM, VZinfo.

3.2 Daling van incidentie dempt de groei van het aantal mensen met oogziekten licht

De incidentie van deze oogziekten - gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw - daalt licht, waardoor het aantal mensen met oogziekten in 2030 minder sterk stijgt. Dit effect is gebaseerd op de verwachte groei van het aantal oogziekten door de RIVM gecorrigeerd door de verwachte groei van de bevolking op basis van cijfers van het CBS. Daarmee is het een zogenaamd 'netto-effect' van factoren die de incidentie positief en negatief kunnen beïnvloeden. Eén van de factoren die van invloed is op de incidentie van oogziekten is het aantal mensen dat rookt. Roken is een belangrijke risicofactor voor onder andere cataract en maculadegeneratie. Omdat het aandeel rokers afneemt en naar verwachting verder zal afnemen (Figuur 11) leidt dit tot een daling van de incidentie.

Op langere termijn is de toename van myopie (bijziendheid) onder kinderen een voorbeeld van een factor die juist tot een toename van de incidentie kan leiden. Zo neemt de incidentie van myopie onder kinderen toe, zowel in Nederland als in andere landen in de wereld⁹. Momenteel is bijna 50% van de jongvolwassenen in Europa bijziend. Dit komt doordat zij veel dichtbij kijken, zoals op tv of telefoonschermen, en minder buitenspelen. Myopie kan gecorrigeerd worden met een bril of contactlenzen. Op latere leeftijd kan een toenemende incidentie van myopie onder kinderen leiden tot meer oogziekten onder deze groep. Zo hebben zij meer kans op onder meer glaucoom en maculadegeneratie.¹⁰ Dit resulteert nog niet in een toename van de incidentie van oogziekten in 2030, maar mogelijk wel in 2050.



Figuur 11 - Het percentage 18+ers dat rookt daalt tot 2030 naar verwachting tot 17%. Bron: CBS, RIVM.

9 - Jan Roelof Polling, Development and Management of Refractive Error in Childhood, 2021.
10 - Idem.

4 Huidig aanbod van oogzorg leidt tot toegankelijkheidsproblemen

Jaarlijks vinden er ~2,4 miljoen huisartsenconsulten plaats voor mensen met een klacht of aandoening aan het oog. Dit leidt tot ongeveer 550.000 verwijzingen naar de oogarts. Oogartsen zien daarnaast ook patiënten die al eerder medisch-specialistische zorg hebben ontvangen. Totaal zien zij circa 1,1 miljoen patiënten per jaar. De toegankelijkheid van de oogzorg staat onder druk: de wachttijden voor de oogarts zijn hoog. De vraag naar oogzorg ligt hoger dan het aanbod. Naast oogartsen zijn ook andere medische professionals actief in de oogzorg, zoals optometristen. Zij vormen de grootste beroepsgroep, maar een groot deel van hen ziet relatief weinig patiënten. Een andere inzet van optometristen waarbij zij meer patiënten zien biedt mogelijkheden om de toegankelijkheid van oogzorg te verbeteren.

4.1 Er vinden 2,4 miljoen huisartsenconsulten voor oogklachten plaats waar ~550.000 verwijzingen naar de oogarts uit voortkomen

Jaarlijks vinden er 2,4 miljoen huisartsenconsulten (in de huisartsenpraktijk, telefonisch of visite) plaats bij iemand met oogklachten. Op basis van gegevens van Nivel¹¹ waren dit er in 2019 ~2,4 miljoen. In 2020 lag dit op 2,1 miljoen. Deze daling is vermoedelijk toe te wijzen aan het effect van Covid. Mensen met oogklachten vormen daarmee ~3% van alle consulten.¹² Per jaar verwijzen huisartsen ~550.000 keer door naar de oogarts (op basis van cijfers over 2017 – 2019). Oogheelkunde behoort samen met dermatologie, orthopedie

en KNO-heelkunde tot de top 4 van specialismen waar vanuit de huisarts de meeste verwijzingen komen. Mensen met oogklachten vormen daarmee een relatief klein deel van het totaal aantal consulten maar worden wel relatief vaak doorverwezen. Dit komt door de beperkte mogelijkheden voor huisartsen om een goede diagnose te stellen. Zo hebben huisartsen niet altijd de juiste apparatuur om de diagnose te stellen, aangezien deze apparatuur veel investeringen vergt. Ook is de opgedane kennis over het oog en oogaandoeningen tijdens de opleiding niet altijd toereikend. Ruim 200 huisartsen hebben een bijzondere bekwaamheid op het gebied van oogzorg¹³ en hebben via opleidingen en nascholingen specifieke expertise hierop.

*Per jaar verwijzen huisartsen
~550.000 keer door naar de oogarts.*

11 - Gebaseerd op de incidentie van klachten en aandoeningen bij huisartsenregistraties. Nivel 2021: M Nielen e.a. Zorg door de huisarts. Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020 (incl. bijlage)

12 - Gebaseerd op een gemiddeld aantal van 4,5 contacten per persoon met de huisarts per jaar (CBS) waarmee het totaal aantal huisartscontacten in Nederland ruim 78 miljoen per jaar (in de jaren voor Covid) bedraagt.

13 - Op basis van het aantal geregistreerde huisartsen in het register van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden.



4.2 Binnen de medisch-specialistische zorg worden jaarlijks ruim 1,1 miljoen patiënten met oogziekten gezien

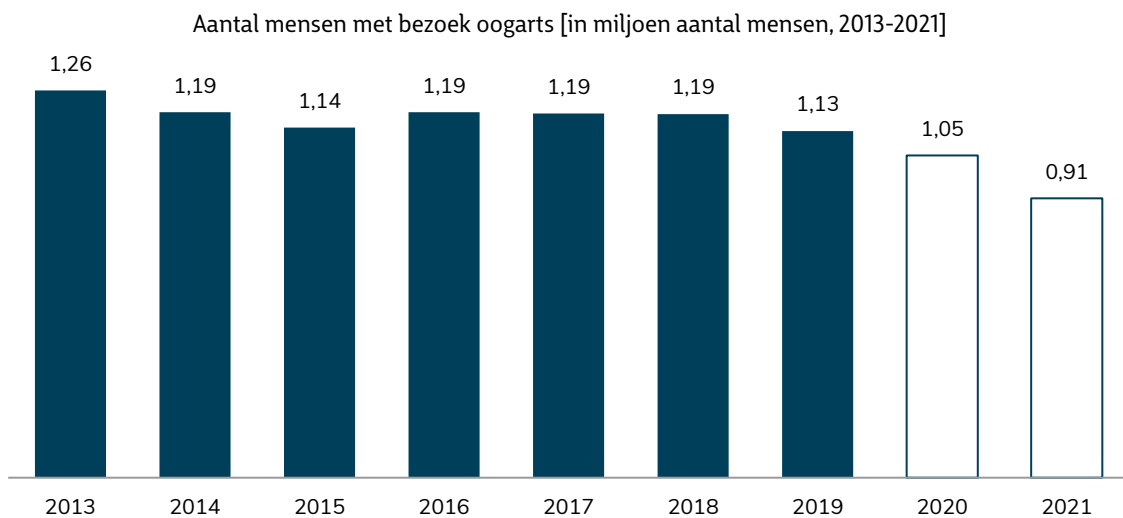
De afgelopen jaren komen er jaarlijks ruim 1,1 miljoen patiënten per jaar bij een oogarts (zie Figuur 12). Dit aantal patiënten bestaat uit nieuwe patiënten die worden doorverwezen door huisartsen (§4.1) en patiënten die in het jaar of de jaren ervoor al bij een

oogarts zijn geweest en terugkomen, bijvoorbeeld voor een behandeling of controlebezoek. Ten opzichte van 2013 is er sprake van een afname van het aantal patiënten van ongeveer 1,3 miljoen mensen (2013) naar 1,1 miljoen mensen in 2019. In 2020 en 2021¹⁴ ligt dit aantal nog iets lager, maar dit is vermoedelijk vertekend in verband met de coronacrisis.

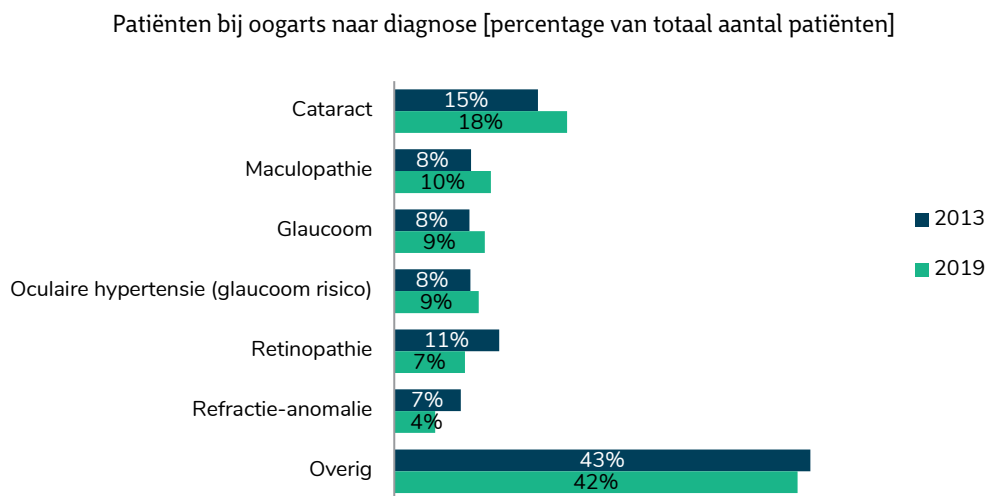
4.2.1 De zorgzwaarte van de groep patiënten die naar de oogarts gaat neemt toe

De lichte daling van het aantal mensen per jaar dat bij een oogarts komt, betekent niet dat er minder mensen zijn met oogklachten of -ziekten. Het lijkt eerder te zijn dat mensen met bepaalde klachten eerder wel maar nu niet of veel minder vaak naar de oogarts gaan en/of op een andere manier worden geholpen buiten het ziekenhuis. Daarmee verandert de samenstelling van de groep patiënten die naar de oogarts gaat over tijd.

Het aandeel patiënten dat met refractie-anomalie¹⁵ en retinopathie bij de oogarts komt is afgenomen tussen 2013 en 2019 van respectievelijk 7% naar 3% en van 11% naar 7% (Figuur 13). Het aandeel patiënten met cataract en in mindere mate maculopathie (inclusief maculade-generatie) neemt juist wat toe in deze periode.



Figuur 12 - De afgelopen jaren komen er jaarlijks ruim 1,1 miljoen mensen per jaar bij een oogarts. Bron: NZa, opendisdata.



Figuur 13 - Het percentage patiënten dat met retinopathie en refractie-anomalie bij de oogarts komt neemt tussen 2013 en 2019 af. Bron: NZa, opendisdata.

14 - De aantallen in de figuur zijn hiernaast met meer onzekerheid omgeven omdat het een extrapolatie betreft van de opendisdata die voor de jaren 2020 en 2021 respectievelijk 95% en 65% volledig waren.

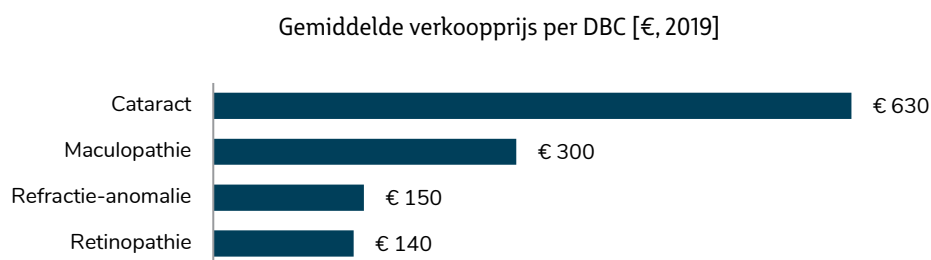
15 - Dit is een afwijking in de breking van de lichtstralen in het oog. Daardoor valt het licht niet samen op het netvlies van het oog en ontstaat wazig zicht.

Patiënten met cataract en in mindere mate maculopathie zijn relatief zwaardere patiënten, aangezien de gemiddelde prijs voor deze DBC's hoger ligt dan voor refractie-anomalie en retinopathie (Figuur 14).

4.2.2 Patiënten worden in toenemende mate behandeld in zelfstandige behandelcentra

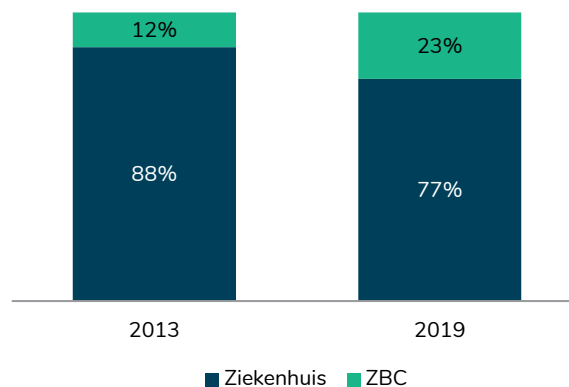
Het aandeel patiënten dat in zelfstandige behandelcentra (ZBC) wordt behandeld, neemt door de jaren toe van 12% in 2013 naar 23% in 2019 (Figuur 15).

Dit aandeel lag in 2020 op 25% maar kan mogelijk door Covid wat hoger liggen dan zonder Covid het geval zou zijn. Met een aandeel van 23% behoort oogzorg tot de top 3 medische specialismen met het hoogste aandeel zorg dat in een ZBC wordt uitgevoerd.¹⁶ De andere twee specialismen zijn dermatologie en plastische chirurgie.



Figuur 14 - De gemiddelde prijs voor een DBC voor cataract en maculopathie liggen hoger dan de gemiddelde prijs voor refractie-anomalie en retinopathie. Bron: NZa, opendisdata.

Aandeel patiënten per type behandellocatie [percentage van aantal patiënten in miljoen]



Figuur 15 - Patiënten worden in toenemende mate behandeld in zelfstandige behandelcentra's (ZBC). Bron: zkn.nl op basis van Vektis.

16 - Zie Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN): kengetallen ZKN.

4.3 Toegankelijkheid oogzorg staat op dit moment onder druk door hoge wachttijden

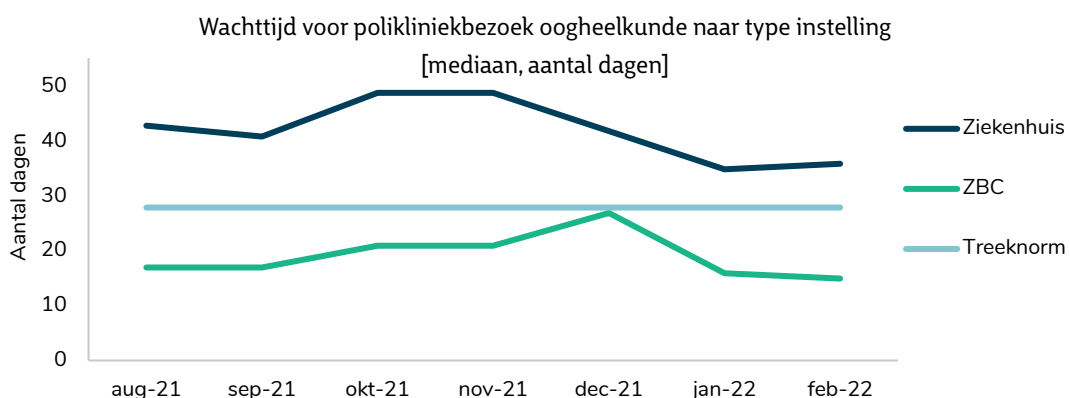
De toegankelijkheid van de oogzorg staat onder druk. De wachttijden voor een poliklinisch bezoek bij ziekenhuizen liggen boven de Treeknorm van 28 dagen¹⁷ en voor patiënten die vervolgens een ingreep of behandeling moeten krijgen is er ook een wachttijd van rond de 50 dagen (zie 4.3.1). Bij elkaar kan de doorlooptijd voor een patiënt die na een verwijzing door de huisarts een behandeling moet ondergaan zo drie maanden duren. Binnen Nederland zijn er duidelijke regionale verschillen: in het noorden en oosten liggen de wachttijden beduidend hoger dan elders in het land (4.3.2).

4.3.1 De wachttijden voor polikliniekbezoek liggen bij ziekenhuizen boven de Treeknorm

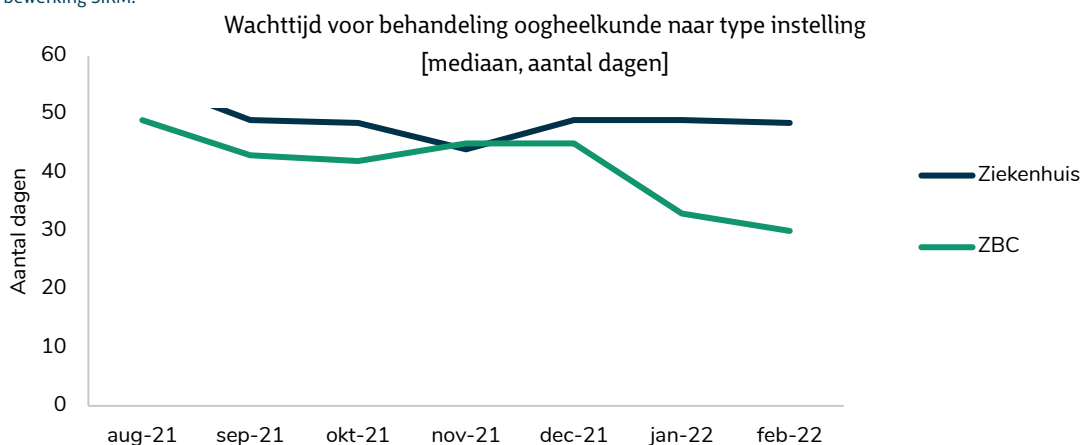
De mediane wachttijden voor een polikliniekbezoek bij een oogarts liggen bij ziekenhuizen sinds augustus 2021 continu boven de Treeknorm (zie Figuur 16). Bij zelfstandige behandelcentra (ZBC) is de mediane wachttijd voor een polikliniek lager en ligt deze onder de Treeknorm. Ook voor behandelingen ligt de wachttijd

bij ZBC's met ~30 dagen in de eerste maanden van 2022 lager dan bij ziekenhuizen met ~50 dagen (Figuur 17). Ook voor Covid was de wachttijd voor oogzorg relatief lang: in 2016 was de gemiddelde wachttijd bijvoorbeeld circa 6,5 weken.¹⁸

De verschillen tussen ZBC's en ziekenhuizen zijn mogelijk deels te verklaren door opstapeling van uitgestelde zorg in ziekenhuizen door Covid. Gegevens van voor augustus 2021 over alle wachttijden per ziekenhuis en ZBC zijn niet publiekelijk beschikbaar waardoor dit niet met zekerheid vast te stellen is. De stijging in wachttijden aan het einde van 2021 en de daling in de eerste maanden van 2022 weerspiegelen mogelijk het effect van het bereiken van de met zorgverzekeraars afgesproken volumegrenzen door zorgaanbieders. Als een zorgaanbieder aan het einde van het jaar de afgesproken volumes dreigt te overschrijden, zal een deel van deze zorg mogelijk in het nieuwe jaar worden gepland om deze te kunnen declareren binnen de contractruimte van het nieuwe jaar. Dit leidt dan tot een tijdelijke toename van de wachttijden.



Figuur 16 - De mediane wachttijden voor een polikliniekbezoek liggen bij ziekenhuizen sinds augustus 2021 continu boven de Treeknorm. Bron: NZa, bewerking SiRM.



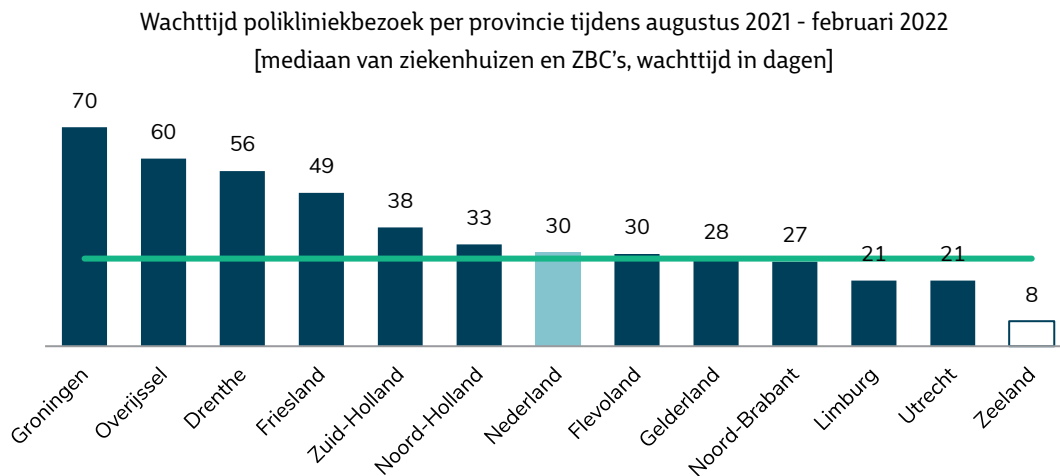
Figuur 17 - De wachttijden voor een behandeling liggen voor ZBC's lager dan voor ziekenhuizen. Bron: NZa, bewerking SiRM.

17 - De Treeknorm is de maximaal aanvaardbare wachttijd. Dit is vastgesteld door zorgaanbieders en verzekeraars en verschilt per type zorg en zorgsector.
 18 - Nationale Rapportage Oogzorg 2018.

4.3.2 Met name in de noordelijke provincies zijn de wachttijden hoog

Binnen Nederland variëren de wachttijden sterk. In de provincies Groningen, Overijssel, Drenthe en Friesland liggen de wachttijden (mediaan over ziekenhuizen en ZBC's) duidelijk boven de Treeknorm en het Nederlands gemiddelde. In Limburg, Utrecht en Zeeland is de mediane wachttijd het laagst. Voor Limburg en Zeeland hangt dit mogelijk samen met het aanbod over de grens.

Daarnaast is de berekening voor Zeeland slechts gebaseerd op drie aanbieders. De relatief hoge wachttijden in Noord- en Oost-Nederland hangen mogelijk samen met het aanbod. In deze regio's zijn relatief minder ZBC's waar de wachttijd korter is. Door de sterkere vergrijzing in deze regio's kan ook de vraag (per inwoner) naar oogzorg groter zijn dan in andere regio's.

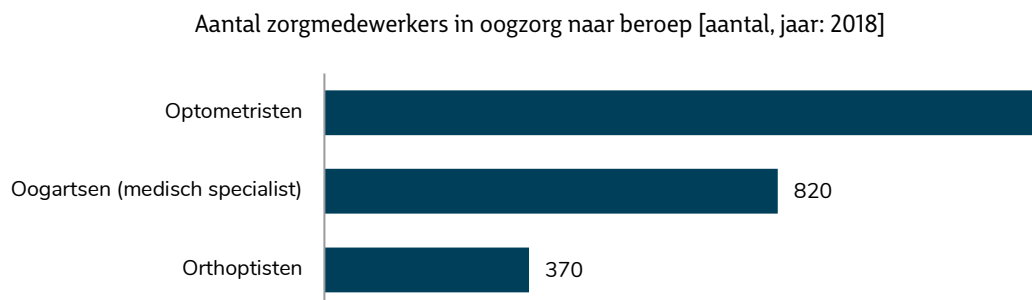


Figuur 18 - In Groningen, Overijssel, Drenthe, Friesland ligt de mediane wachttijd voor een polikliniekbezoek sterk boven het Nederlands gemiddelde en de Treeknorm. Bron: NZa, bewerking SiRM.

4.4 Optometristen zijn de grootste groep professionals binnen de oogzorgketen, maar zien relatief weinig patiënten

Optometristen vormen de grootste groep gespecialiseerde professionals in de oogzorg. Binnen de oogzorg zijn verschillende gespecialiseerde medische professionals actief. Naast oogartsen zijn er twee paramedische beroepsgroepen met een beschermd titel: optometristen en orthoptisten.¹⁹

Er zijn in Nederland circa 1.300 optometristen, 820 oogartsen en 370 orthoptisten (zie Figuur 19). Optometristen zijn gespecialiseerd in het uitvoeren van medisch onderzoek aan de ogen en het vroegtijdig signaleren van oogziekten, -aandoeningen en -klachten. Optometristen kunnen laagcomplex klachten, zoals droge ogen, behandelen en ze adviseren over specifieke medische contactlenzen of low-vision hulpmiddelen. Orthoptisten zijn gespecialiseerd in onderzoek op het gebied van scheelzien, dubbelzien en luie ogen.



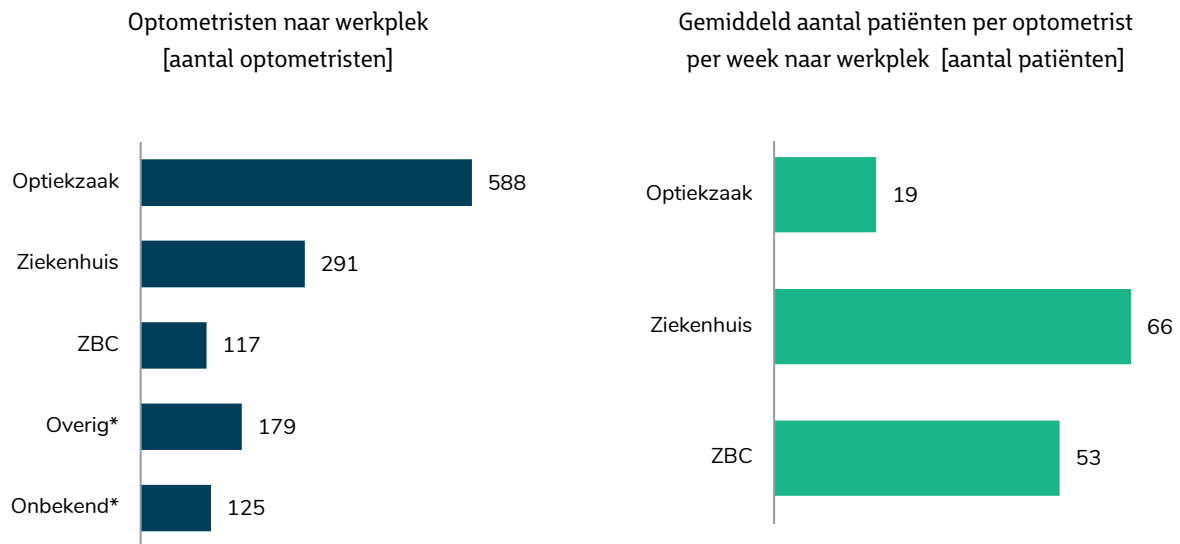
Figuur 19 - Optometristen zijn de grootste beroepsgroep binnen de oogzorg, gevolgd door oogartsen en orthoptisten. Bron: CBS, Landelijk Optometristenonderzoek 2018, <https://leden.orthoptie.nl/>.

¹⁹ - Daarnaast zijn er in het ziekenhuis vaak nog technisch oogheelkundige assistenten en oogheelkundig verpleegkundigen werkzaam. In optiekzaken werken opticiens die oogmetingen verrichten en op basis daarvan brillen of contactlenzen adviseren. In tegenstelling tot veel andere landen is dit geen beschermd beroep in Nederland.



Het grootste deel van de optometristen werkt in een optiekzaak (Figuur 20). Daarnaast werken optometristen veelal in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Optometristen die in ziekenhuizen en ZBC's werken zien in vergelijking meer patiënten dan optometristen die in een optiekzaak werken (Figuur 20). Wanneer optometristen in optiekzaken meer patiënten zouden zien kan dit mogelijk bijdragen aan het verminderen van de wachttijden voor oogzorg (zie ook 5.1). In een optiekzaak zien optometristen gemiddeld 19 patiënten per week. In een ziekenhuis en ZBC zien optometristen

gemiddeld 66 respectievelijk 53 patiënten per week. In ziekenhuizen en ZBC's werken optometristen vaak in het 'verlengde' van de activiteiten van een oogarts en ondersteunen ze bij de diagnose, behandeling en nazorg bij medische ingrepen. Optometristen die werkzaam zijn in een optiekzaak voeren naast optometrisch onderzoek vaak ook opticienswerkzaamheden uit. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat in de huidige organisatie van oogzorg het volume van optometrisch onderzoeken bij optiekzaken te laag is om als optometrist alleen patiënten te zien.



Figuur 20 - Optometristen werken met name in een optiekzaak, maar zien hier relatief weinig patiënten. Bron: Landelijk Optometristenonderzoek 2018.

5 Optometrie kan bijdragen aan oplossen huidige en toekomstige knelpunten in oogzorgketen

In verschillende pilots in Nederland zijn optometristen tussen de huis- en oogarts geïntegreerd. De resultaten laten zien dat de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van oogzorg toenemen. Bij 75% van de patiënten met laagcomplexere klachten volstaat een bezoek aan de optometrist waardoor zij niet naar de oogarts hoeven. Inzet van optometrie op afstand kan de doelmatigheid verhogen omdat optometristen meer patiënten kunnen zien. Landelijke inzet van de optometrist en optometrie op afstand leidt tot een daling van de kosten voor diagnostiek van mensen met laagcomplexere klachten met ~55% van €26 miljoen tot €12 miljoen. Wanneer de optometrist in de eerste lijn wordt geïntegreerd biedt dit gezondheidswinst en ontlast deze de huisarts, maar dit vereist ook een poortwachtersfunctie om onnodig onderzoek te voorkomen.

5.1 Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts biedt voordelen voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid

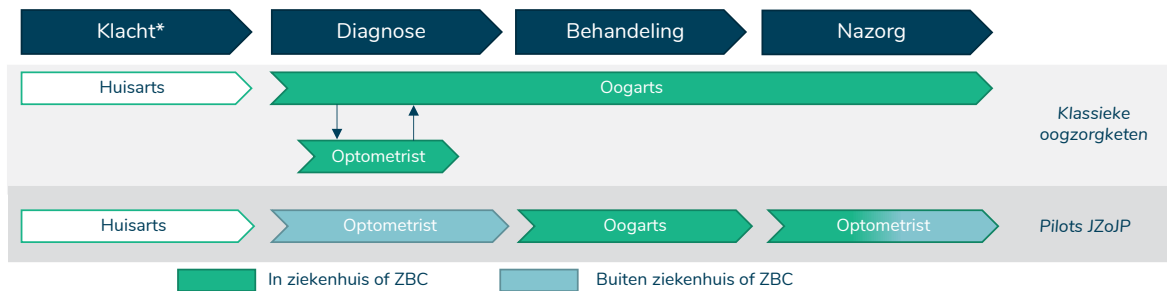
Verschiedende pilots laten zien dat de toegankelijkheid en kwaliteit van oogzorg verbeteren als huisartsen patiënten met laagcomplexere klachten²⁰ naar een optometrist verwijzen. In deze paragraaf lichten we deze nieuwe positionering van de optometrist toe, vatten we het resultaat van de pilots samen en gaan we in op randvoorwaarden voor opschaling van de pilots.

5.1.1 Huisartsen verwijzen patiënten met laagcomplexere oogklachten naar de optometrist in plaats van naar de oogarts

In verschillende pilots binnen de Juiste Zorg op de Juiste Plek in Nederland is ervaring opgedaan met de positionering van optometristen tussen de huisarts en de oogarts. De optometrist levert in deze pilots 'anderhalvelijnszorg': zorg die tussen de eerstelijnszorg (huisarts) en tweedelijnszorg (oogarts) valt. Huisartsen verwijzen hierbij patiënten met

laagcomplexere oogklachten naar de optometrist in een optiekzaak voor diagnostisch onderzoek. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek verwijst de optometrist door naar een oogarts of huisarts (voor bijvoorbeeld het voorschrijven van geneesmiddelen) of kan de optometrist de klacht verhelpen. Het is ook goed denkbaar dat een deel van de nazorg en/of controles door een optometrist buiten het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd. De pilots hadden echter betrekking op de 'voorkant' van de zorgketen waardoor hier geen informatie over bekend is. In de pilots wordt de optometrist anders ingezet dan in de 'klassieke oogzorgketen'. Daar verwijzen huisartsen altijd door naar de oogarts (zie Figuur 21 voor een vereenvoudigde weergave voor patiënten die de gehele cyclus van klacht tot nazorg doorlopen) en voert de optometrist hoogstens een deel van de diagnose uit.

²⁰ - Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, de Optometristen Vereniging Nederland en de Oogvereniging hebben in het document 'Juiste Oogzorg op de Juiste Plek' uit maart 2020 gezamenlijk vastgesteld welke klachten hieronder vallen.



Figuur 21 - In de pilots van JZJP wordt de diagnose door de optometrist voor laagcomplexeklachten buiten het ziekenhuis uitgevoerd.

Deze pilots sluiten daarmee aan bij de bredere ontwikkeling rond de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZJP) en de visie 'Juiste Oogzorg op de Juiste Plek' van het Nederlands Oogheelkundig gezelschap (NOG), de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) en de Oogvereniging (patiëntenorganisatie). In deze visie wordt nader ingegaan op de rol die de optometrist kan spelen bij patiënten met laagcomplex klachten, de definitie van dit type klachten²¹ en de randvoorwaarden voor landelijk invoeren van deze positie van optometrie.

5.1.2 Landelijk hoeven er mogelijk ~130.000 mensen minder per jaar naar de oogarts te gaan bij opschaling van pilots

In verschillende regionale pilots²² (zie Tabel 1) zijn de afgelopen jaren positieve ervaringen opgedaan met deze nieuwe positie van de optometrist in de oogzorgketen. In deze pilots werken huisartsen, oogartsen, optometristen en verzekeraars (o.a. Menzis, VGZ en Zilveren Kruis) samen en wordt het onderzoek van de optometrist bekostigd vanuit S3 gelden (innovatiebudget van de eerste lijn). Voor de start zijn

afspraken gemaakt tussen huisartsen, oogartsen en optometristen over protocollen en kwaliteit. Het aantal patiënten in de pilots wisselt maar de resultaten zijn vergelijkbaar: rond de 75%²³ van alle patiënten die door de optometrist wordt gezien hoeft niet te worden doorverwezen naar de oogarts. Deze patiënten blijven nu in de eerste lijn. In de 'klassieke' oogzorgketen zouden deze patiënten waarschijnlijk allemaal door een oogarts zijn gezien terwijl dat nu ~25% is. Deelnemers aan de pilot zijn mensen met laagcomplex oogklachten. Op basis van de inzichten uit de pilot in Twente betreft het aantal laagcomplex klachten circa 30% tot 40% van alle mensen die nu door een huisarts rechtstreeks naar de oogarts zou worden verwezen.

21 - Het gaat hierbij onder andere om: geleidelijke visusdaling, screening glaucoom bij familiale belasting en verhoogde oogdruk (hiervoor is wel een OCT nodig die niet elke optometrist heeft), droge/vermoeide ogen en zandgevoel in ogen, complexe refractiestoornissen en screening op diabetische retinopathie.

22 - Onder andere in de regio Twente, Helmond en omstreken, Rijnmond, Ede en omgeving en bij drie locaties van Arts en Zorg (Leeuwarden, Berkel en Rodenrijs en Arnhem).

23 - Het ongewogen gemiddelde over deze vijf pilots is ~74%, het gewogen gemiddelde is ~79%.

Tabel 1 - De verschillende pilots laten zien dat circa 75% van de patiënten die door de optometrist worden gezien geen doorverwijzing naar de oogarts hoeven.

Pilot	Twente	Helmond en omstreken ²⁴	Rotterdam	Ede/Gelderse vallei	Leeuwarden, Berkel Rodenrijs en Arnhem
Startjaar	Vanaf 2017	Vanaf 2021	Vanaf 2019	Vanaf 2019	Vanaf 2021
Patiënten in pilots ²⁵	4212 (2018-2019)	152 (aug 21-feb 22)	790 (jun 19 -mrt 20)	1200 (sep 19-dec 20)	52 (apr 21-mrt 22)
% dat in 1 ^e lijn blijft (huisarts, optometrist of geen medische behandeling)	80%	60%	75%	80%	75%
% alsnog naar oogarts	20%	40%	25%	20%	25%

Bron: Thoon, Zorgvisie, Skipr, Menzis, Mura, Specsavers, De Eerstelijns – platform voor innovatie Rijnmond.

Op basis van de cijfers van deze pilots betekent dit bij landelijke invoering van deze positie van de optometrist dat er circa 130.000 mensen niet meer 'onnodig' naar de oogarts gaan (Figuur 22). Dit is gebaseerd op:

- Het huidige aantal van 550.000 verwijzingen door huisarts naar een oogarts (zie §4.1).
- De aanname (op basis van informatie van de pilot in Twente) dat circa 33% van deze verwijzingen patiënten die 'normaal' door de oogarts nu door een optometrist wordt gezien. Dit zijn ongeveer 180.000 mensen.

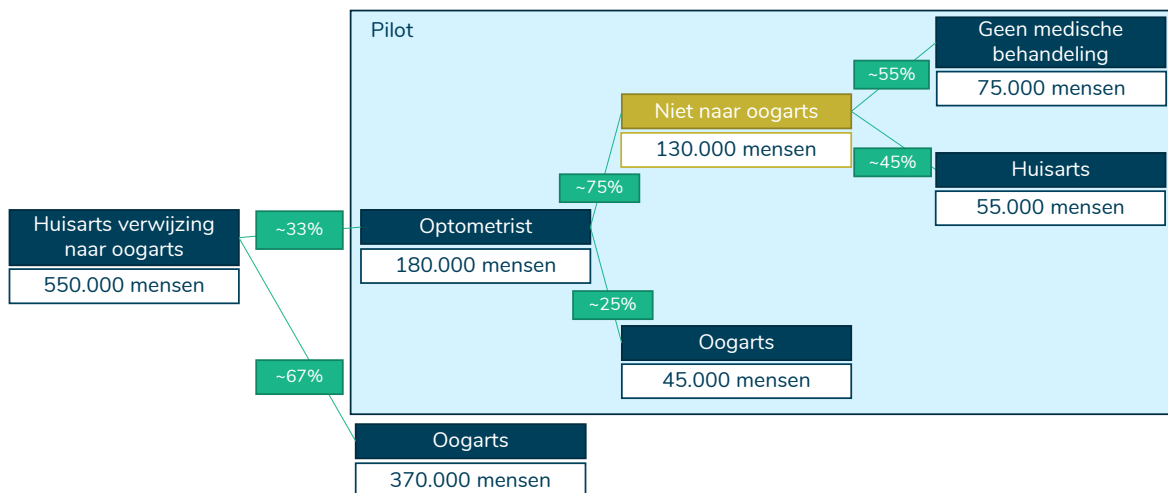
- De aanname (op basis van de resultaten van de pilots – zie Tabel 1) dat ongeveer 75% van de mensen na een optometrisch onderzoek niet wordt doorverwezen naar een oogarts.

Van deze 130.000 mensen heeft naar schatting (op basis van de resultaten van de pilots) ~55% geen verdere (medische) behandeling nodig en gaat ~45% (terug) naar de huisarts voor bijvoorbeeld een recept voor een geneesmiddel.

Op basis van de cijfers van deze pilots betekent dit bij landelijke invoering van deze positie van de optometrist dat er circa 130.000 mensen niet meer 'onnodig' naar de oogarts gaan

²⁴ - Gebaseerd op cijfers van deelnemende optometristen van Specsavers. Daarnaast doen ook andere optometristen mee.

²⁵ - Omdat veel pilots nog niet zijn afgelopen op het moment dat de getoonde cijfers zijn gerapporteerd is het totaal aantal patiënten dat binnen deze pilots wordt gezien hoger.



Figuur 22 - Op basis van de cijfers van de pilots zou een andere inzet van de optometrist er toe kunnen leiden dat ~130.000 mensen met oogklachten niet 'onnodig' naar de oogarts gaan. Bronnen: Nivel, informatie pilots.

Deze berekening is gebaseerd op het huidige aantal mensen dat met een oogklacht door de huisarts wordt verwezen. Gezien de verwachte groei van het aantal mensen met oogziekten tot 2030 (zie hoofdstuk 3) zal het aantal verwijzingen en het aantal mensen dat door een optometrist kan worden gezien naar verwachting ook groeien.

5.1.3 Positionering van optometristen tussen huisarts en oogarts verhoogt toegankelijkheid en kwaliteit en verlaagt kosten

Door de optometrist tussen de huisarts en de oogarts te positioneren voor mensen met laagcomplexe klachten kan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de oogzorg worden verhoogd.

Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts verhoogt de toegankelijkheid

Patiënten met laagcomplexe klachten ontvangen veel eerder dan in de huidige situatie een diagnostisch onderzoek. In de pilots konden doorverwezen patiënten

meestal binnen een beperkt aantal werkdagen terecht bij een optometrist²⁶ terwijl de mediane wachttijd voor een polikliniekbezoek van een oogarts rond de 30 dagen ligt en in sommige provincies ruim boven de 50 dagen uitkomt (zie §4.3). Daarnaast is de reistijd naar de dichtstbijzijnde optometrist die in een optiekzaak werkt of daar op afspraak langskomt vrijwel altijd korter dan naar de dichtstbijzijnde oogarts.

Als alle patiënten in Nederland met laagcomplexe oogklachten door de optometrist worden gezien heeft dit een positief effect op de wachttijden van de oogarts. Hier profiteren vervolgens ook de patiënten met hoogcomplexe klachten van omdat zij eerder een oogarts zien dan in de situatie zonder inzet van een optometrist voor laagcomplexe klachten.

26 - Bijvoorbeeld binnen maximaal vijf werkdagen in de regio Helmond en binnen gemiddeld 12 dagen bij de Eyehelp pilot.

Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts verhoogt de kwaliteit

Circa 25% van de patiënten die door een optometrist zijn gezien worden doorverwezen naar een oogarts op basis van de resultaten van het optometrisch onderzoek. Dit zijn circa 45.000 mensen per jaar: ~10%²⁷ van alle mensen die een oogarts ziet in de situatie met landelijke opschaling van de inzet optometristen zoals in de pilots.

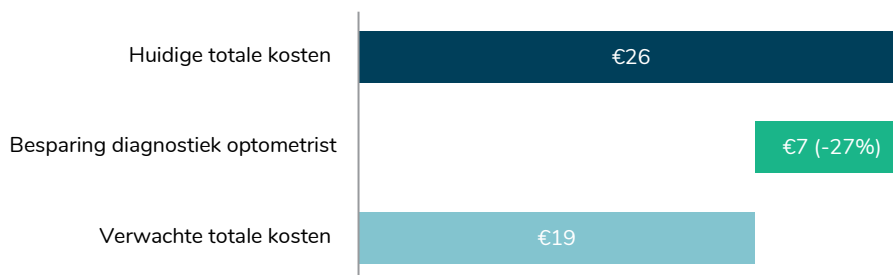
Deze groep patiënten wordt doorverwezen op basis van een (verwachte) diagnose in plaats van op basis van een klacht, aangezien een huisarts niet altijd een diagnose kan vaststellen. Hierdoor wordt het makkelijker om in te schatten voor deze groep of en hoeveel spoed er is en daarmee is de kans kleiner dat oogziekten die om directe behandeling vragen niet worden gediagnosticeerd. Daarmee wordt vermijdbaar zichtverlies voorkomen. De kwaliteit van de zorg wordt hierdoor hoger.

Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts verhoogt de betaalbaarheid

Door de inzet van de optometrist tussen de huisarts en de oogarts kan een kostenbesparing van circa 27% aan de 'voorkant' van de oogzorgketen – de diagnostische fase – worden behaald. Dit komt overeen met een besparing van circa €7 miljoen op een totaal van circa €26 miljoen aan kosten voor mensen met laagcomplexere klachten (zie Figuur 23).

De mogelijke kostenbesparing door de rol die een optometrist kan hebben bij eventuele vervolgzorg en/of controles die nu in het ziekenhuis plaatsvinden komt hier nog bovenop. Door een gebrek aan betrouwbare data is hiervan momenteel geen kosteninschatting te maken.²⁸

Verwachte kostenontwikkeling [miljoen euro]



Figuur 23 - Inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts kan circa 27% besparen op de kosten voor diagnostiek van laagcomplexere oogklachten.

27 - Gebaseerd op ~45.000 mensen uit Figuur 22 die alsnog naar de oogarts gaan als aandeel van de som van deze 45.000 en de 370.000 die direct van de huisarts naar de oogarts blijven gaan.

28 - Omdat de pilots betrekking hebben op een andere inzet van de optometrist aan de 'voorkant' en niet zozeer 'de achterkant' zijn hier geen gegevens over beschikbaar om een inschatting te kunnen maken van deze kostenbesparingen.



€7 miljoen

kostenbesparing door
inzet optometrist

Deze besparing van circa €7 miljoen is gebaseerd op het verwachte kostenverschil per patiënt tussen de 'klassieke' oogzorgketen en de oogzorgketen waarbij de optometrist tussen huisarts en oogarts is gepositioneerd vermenigvuldigd met het aantal patiënten. Hierbij zijn drie mogelijke vervolgroutes na optometrisch onderzoek onderscheiden die we telkens vergelijken met de 'klassieke oogzorgketen' (zie Figuur 24):

1 Geen verdere (medische) behandeling nodig: kosten per patiënt zijn ~€70 lager op basis van de aannames:

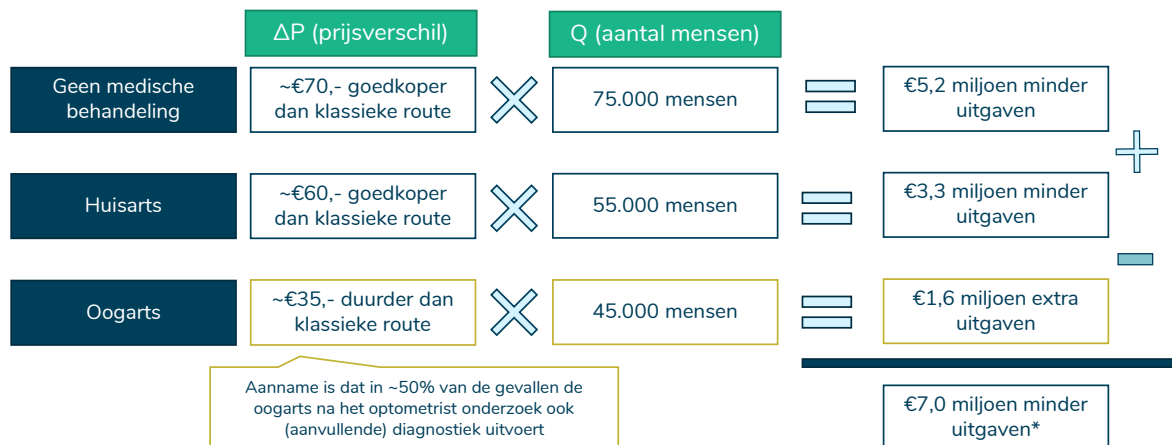
- Dat een optometrisch onderzoek ~€73 kost²⁹.
- Dat het alternatief in het ziekenhuis ~€143 kost. Dit is het gewogen gemiddelde prijs van de DBC's waarvoor optometrisch onderzoek een alternatief kan vormen³⁰.

2 Aanvullend bezoek aan de huisarts: kosten per patiënt zijn ~€60 lager op basis van de aannames:

- Dat de prijs voor een consult³¹ bij de huisarts (voor bijvoorbeeld voorschrijven medicatie) ~€10 is waardoor het prijsverschil niet €70 euro maar €60 euro is.
- Dat de prijs voor (eventuele) medicatie die door de huisarts wordt identiek is aan de prijs voor dezelfde medicatie als deze door een oogarts zou zijn voorgeschreven.

3 Doorverwijzing naar oogarts: kosten per patiënt zijn circa ~€35 hoger op basis van de aannames:

- Dat in de 50% de oogarts in het ziekenhuis zelf ook nog een (aanvullend) optometrisch onderzoek wil doen.
- Dat de prijs voor een optometrisch onderzoek ~€73 bedraagt.



Figuur 24 - Door de inzet van de optometrist tussen huisarts en oogarts kan een kostenbesparing van circa €7,0 miljoen worden gerealiseerd.

*Vanwege een voorgaand afrondingsverschil is dit €0,1 miljoen meer dan de som van bovenstaande bedragen.

29 - Gebaseerd op interviews (tussen de €70 en €75) en online weergegeven prijzen voor optometrisch onderzoek van verschillende optiekzaken.

30 - De selectie van DBC's is gebaseerd op de lijst met DBC's waar Menzis aan refereert in het document Waardegerichte zorgtraject oogheelkunde 2021 - 2023 en mogelijk in aanmerking komen voor substitutie en taakoverschikking. De gewogen gemiddelde prijs is gebaseerd op prijzen en patientaantallen uit de opendisdata van de NZa.

31 - Gebaseerd op het tarief voor een consult tussen 5 en 20 minuten van een patiënt die bij de huisartsenpraktijk staat ingeschreven.

5.1.4 Opschaling pilots vraagt om aanvullende randvoorwaarden

Het realiseren van de hierboven beschreven voordelen op gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid vereist dat aan minimaal drie randvoorwaarden wordt voldaan³².

- **Borging van kwaliteit:** bij start van de verschillende pilots en in de visie Juiste Oogzorg op de Juiste Plek zijn verschillende kwaliteitscriteria geformuleerd waaraan optometristen moet voldoen. Bij landelijke invoering ligt het voldoen aan deze criteria³³ als voorwaarde voor optometristen om deze rol in te vullen voor de hand. Ook hebben optometristen in sommige pilots eerst aanvullende trainingen gevolgd. Dit zou bij landelijke invoering een aanvullende eis kunnen zijn. Uit sommige pilots bleek dat ook huisartsen na training beter kunnen inschatten of een oogklacht wel of niet laagcomplex is³⁴.
- **Goede (regionale) samenwerking:** een goede afstemming tussen huisartsen, oogartsen en optometristen is noodzakelijk voor het opbouwen van onderling vertrouwen, het maken van heldere afspraken over verwijzingen en het opzetten van een goede informatie-uitwisseling.
- **Financiering:** de verschillende pilots zijn gefinancierd op basis van de zogenaamde S3- gelden van de eerste lijn. Dit zijn middelen die door huisartsen kunnen worden ingezet voor tijdelijke financiering van innovatieve projecten. Voor het structureel inzetten van de optometrist in de oogzorgketen is een aparte betaaltitel noodzakelijk met een kostendekkend tarief. Deze betaaltitel bestaat momenteel niet.

5.2 Inzet van optometrie op afstand vergroot de doelmatige inzet van optometristen

De laatste jaren zijn er verschillende vormen van digitale oogzorg geïntroduceerd. Zo introduceerde het UMCU in samenwerking met de Hogeschool Utrecht (optometrie opleiding) het teletriageteam waar onder andere gebruik is gemaakt van een online visustest.³⁵ Specsavers heeft in de regio Zwolle een pilot uitgevoerd met optometrie op afstand. De resultaten van deze pilot laten zien dat dit de doelmatigheid en toegankelijkheid van de optometrie verder kan vergroten. In deze paragraaf wordt deze pilot en de mogelijke effecten bij bredere toepassing verder toegelicht.

5.2.1 Met optometrie op afstand kan de uitvoering en beoordeling van optometrisch onderzoek op verschillende locaties worden gedaan

Optometristen die nu in een optiekzaak werken besteden een (groot) deel van hun tijd aan niet-optometrische activiteiten (zie ook §4.4) of reizen tussen verschillende optiekzaken waardoor zij een deel van de werkdag besteden aan reistijd. Nieuwe geavanceerde apparatuur maakt het mogelijk om de uitvoering van het optometrisch onderzoek en de beoordeling van de resultaten op verschillende locaties te doen (zie Figuur 25). Opgeleide niet-optometristen begeleiden mensen bij het onderzoek. De beoordeling van de resultaten vindt op afstand plaats door optometristen.



Figuur 25 - Nieuwe apparatuur maakt het mogelijk om de uitvoering van het optometrisch onderzoek en de beoordeling van de resultaten op verschillende locaties te doen.

32 - Gebaseerd op gevoerde interviews met oogartsen en optometristen en ook de visie Juiste Oogzorg op de Juiste Plek van het NOG, de OVN en de Oogvereniging.
33 - Zie bijvoorbeeld Juiste Oogzorg op de Juiste Plek of de kwaliteitseisen die in de pilot in de Gelderse Vallei aan een optometrist zijn gesteld.
34 - Zie bijvoorbeeld de Whitepaper Betere Oogzorg over de pilot met Arts en Zorg, Eyehelp en Specsavers en Menzis uit maart 2022.
35 - Zie Wisse, R. e.a 2021: Oogkwalen op afstand beoordelen gaat prima in Medisch Contact.

De apparatuur die wordt ingezet bij optometrie op afstand kan het grootste deel van ziektebeelden³⁶ vaststellen die ook bij een regulier optometrisch onderzoek kunnen worden vastgesteld. Als er bepaalde risicofactoren zijn geïdentificeerd voor oogziekten die niet op afstand te detecteren zijn (op basis van een vooraf gestelde vragenlijst en/of de uitslagen van optometrie op afstand) kan een aanvullend 'klassiek' optometrisch onderzoek worden uitgevoerd.

Op basis van de beoordeling door de optometrist zijn er daardoor vier vervolgopties mogelijk:

- Verwijzing naar een oogarts.
- Verwijzing naar een huisarts (voor bijvoorbeeld voorschrift voor een geneesmiddel).
- Aanvullend optometrisch onderzoek waarbij optometrist fysiek aanwezig is.
- Geen verder onderzoek of medische behandeling nodig.

5.2.2 Optometrie op afstand kan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van optometrie vergroten

Optometrie op afstand verhoogt de betaalbaarheid van oogzorg. Omdat optometristen op afstand geen tijd kwijt zijn aan reizen, niet-optometrische werkzaamheden en de begeleiding van mensen tijdens het onderzoek

kunnen zij meer beoordelingen doen per werkdag. Daarmee is hun productiviteit hoger. Op basis van gegevens van de pilot van Specsavers zou dit tot een kostendaling ~€40 per optometrisch onderzoek kunnen leiden (zie Figuur 26). Deze inschatting is gebaseerd op de aanname dat:

- Een 'regulier' optometrisch onderzoek ~€73 euro kost.
- Een 'optometrie op afstand' onderzoek ~€29 euro kost.

Er is in ~5% van de gevallen een regulier optometrisch onderzoek nodig (op basis van resultaten van de pilot van Specsavers met optometrie op afstand)³⁷ dat ~€73 kost. Toepassen van optometrie op afstand voor alle ~180.000 mensen (zie §3.1) die na de huisarts eerst door optometrist kunnen worden gezien levert mogelijk een additionele kostenbesparing van circa ~€ 7 miljoen op.

Verwachte gemiddelde kosten optometrie op afstand [€, per onderzoek]



Figuur 26 - Optometrie op afstand kan tot een kostendaling van ~€40 per optometrisch onderzoek leiden.

36 - De volgende ziektebeelden (ICD10) zijn via de apparatuur niet vast te stellen: keratitis, cornea ulcer, cornea litteken en opaciteiten, overige aandoeningen cornea, iridocyclitis, overige aandoeningen choroidea, separatie retinalagen, loslatende rpe, aandoeningen corpus vitreum, degeneratieve myopie (periferie is met machine niet goed te beoordelen,) verschillende vormen strabismus, amblyopie, nystagmus en afwijkingen pupilfunctie.

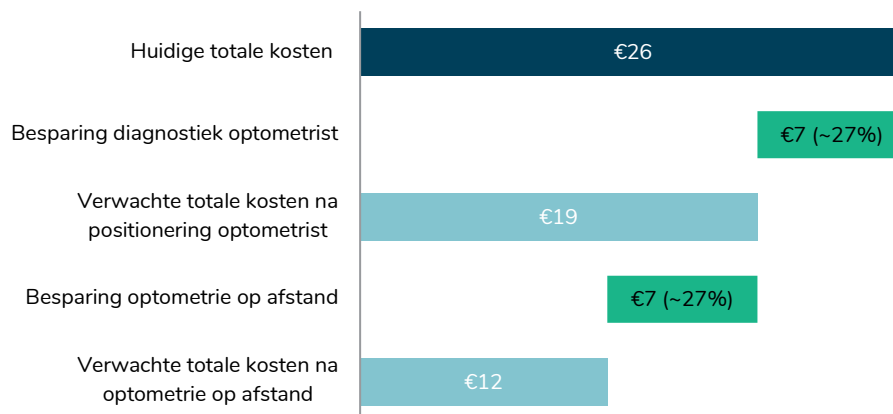
37 - Deze pilot vond plaats in vier vestigingen in de regio Zwolle in de periode augustus 2020 - april 2021. In totaal hebben 881 mensen deelgenomen. Deelnemers kwamen niet op basis van een verwijzing van een huisarts: het grootste deel (~93%) nam deel op basis van advies van een opticien, 7% op eigen initiatief. In 85% van de gevallen was geen verwijzing nodig, bij ~10% is er verwezen naar de oogarts en ~5% is er een regulier optometrisch onderzoek uitgevoerd.

De kosten voor diagnostiek voor mensen met laagcomplexere oogklachten kunnen door een slimmere inzet van optometristen daarmee in totaal met ~55% dalen van ~€26 miljoen tot ~€12 miljoen per jaar (zie Figuur 27):


- ~€7 miljoen door de positionering van de optometrist tussen huisarts en oogarts
- ~€7 miljoen door het gebruik van optometrie op afstand

Daarnaast kan optometrie op afstand de toegankelijkheid en kwaliteit verbeteren. Optieklachten met de apparatuur voor optometrie op afstand kunnen tijdens openingstijden (inclusief weekend en avond) mensen een optometrisch onderzoek aanbieden. In de huidige situatie is dat afhankelijk van de aanwezigheid van een optometrist (die niet in elke optiekzaak aanwezig is of alleen op bepaalde momenten in de week). De kwaliteit kan verbeteren omdat de optometristen (op afstand) veel meer onderzoeksresultaten beoordelen dan dat een optometrist in een optiekzaak in de huidige situatie doet. Doordat optometristen meer beoordelingen doen stijgt de kwaliteit van hun beoordeling. Zij kunnen namelijk met steeds meer zekerheid een diagnose stellen.

Verwachte kostenontwikkeling [miljoen euro]



Figuur 27 - De kosten voor diagnostiek voor mensen met laagcomplexere klachten dalen met ~55% van €26 miljoen tot €12 miljoen door slimmere inzet optometristen.

A close-up photograph of a man with curly hair and a beard, wearing round glasses and a dark blue button-down shirt. He is looking down at a smartphone held in his hands. The background is a soft, out-of-focus grey.

Een positie van de
optometrist in de
eerste lijn zou

~750.000

huisartsconsulten
kunnen schelen.

5.3 Optometrist in de eerste lijn ontlast huisarts en biedt gezondheidswinst maar vereist poortwachtersfunctie

Wanneer de optometrist gepositioneerd is tussen de huisarts en oogarts, betekent dit dat patiënten altijd via de huisarts naar de optometrist moeten gaan. Een alternatief is wanneer de optometrist gepositioneerd is in de eerste lijn. Daarmee is de optometrist direct toegankelijk, zonder verwijzing van de huisarts.

5.3.1 Optometrist in de eerste lijn kan de huisarts ontlasten

De optometrist kan via een eigenstandige positie in de eerste lijn de huisarts ontlasten. Mensen kunnen bij specifieke oogklachten dan rechtstreeks naar de optometrist gaan (zoals bijvoorbeeld nu ook bij de fysiotherapeut kan³⁸) en het optometrisch onderzoek wordt dan (deels) vergoed door de (aanvullende) zorgverzekering. Hiervoor moet het Zorginstituut een besluit nemen of diagnostische verrichtingen van optometristen onder eerste- of tweedelijnszorg vallen. Mensen die nu op eigen initiatief een optometrisch onderzoek laten uitvoeren in een optiekzaak betalen de kosten zelf. In 2018 betrof dit ~50% van alle optometrische onderzoeken³⁹. De kosten voor optometrisch onderzoek in een ziekenhuis of ZBC onder (als overig zorgproduct (OZP) of onderdeel van een DBC) worden vergoed omdat het onderdeel is van medisch-specialistische zorg.

Een positie van de optometrist in de eerste lijn kan de huisarts ontlasten door het 'overnemen' van een deel van de consulten voor mensen met oogklachten. Per jaar vinden er nu ~2 miljoen consulten plaats voor mensen met oogklachten en -ziekten (§4.1). Wanneer hiervan 1 op de 3 mensen met oogklachten- en ziekten voor een consult bij de optometrist komt, zou dit circa ~750.000 consulten per jaar voor de huisarts schelen. Dit is ~1% van alle consulten die huisartsen jaarlijks doen.

Als de optometrist een positie in de eerste lijn krijgt is het - naast realiseren van de in §5.1.4. genoemde randvoorwaarden - van belang dat:

- Er goede informatie en voorlichting aan patiënten en huisartsen wordt gegeven over de (nieuwe) rol van optometristen: het moet duidelijk zijn dat en waarvoor je naar de optometrist kan gaan.
- Er voldoende capaciteit bij optometristen aanwezig is: een forse groei van de vraag naar (eerstelijns) optometrisch onderzoek vereist een groei van de capaciteit. Een deel van deze capaciteit kan gerealiseerd worden als optometristen die nu in optiekzaken werken alleen of grotendeels alleen optometrisch onderzoek gaan uitvoeren. Als de helft van de optometristen die nu in een optiekzaak werkt gemiddeld net zoveel patiënten ziet als een optometrist in een ZBC (zie Figuur 20), kunnen jaarlijks 440 duizend extra patiënten gezien worden.⁴⁰ Dit is lager dan de verwachte groei van ~750.000 waar hierboven van uit is gegaan. Inzetten op het vergroten van het aantal mensen dat een optometrie-opleiding doet of de productiviteit van optometristen verhogen door bijvoorbeeld optometrie op afstand, zijn andere manieren om de capaciteit verder te vergroten.

38 - In sommige gevallen wordt dit voor patiënten vanuit de basisverzekering vergoed maar in veel gevallen vanuit een aanvullende verzekering.

39 - Volgens het Landelijk Optometristen Onderzoek 2018.

40 - Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat 50% van de optometristen die in een optiekzaak werken net zoveel patiënten zien als optometristen in een ZBC (19 vs. 53 patiënten per week). Dit hebben we vermenigvuldigd met het aantal optometristen dat in een optiekzaak werkt en het aantal weken (44) dat een optometrist gemiddeld werkt.

5.3.2 Vroegtijdige diagnose door optometrist kan voor aantal oogziekten gezondheidswinst opleveren

Door positionering van optometrist in de eerste lijn kan – in combinatie met optometrie op afstand – ook worden overwogen om sterk(er) in te zetten op vroegtijdige diagnose. Vroegtijdige diagnose zorgt daarbij niet zozeer voor een toename van het aantal mensen met een vraag naar oogzorg, maar vooral voor een verschuiving van het moment waarop de vraag naar oogzorg zich voordoet. Mensen die op basis van vroegtijdige diagnose voor een behandeling in aanmerking komen zouden anders op een later moment alsnog voor een (mogelijk zwaardere) behandeling in aanmerking komen.

Voor een aantal oogziekten zoals glaucoom of (natte) maculadegeneratie kan het vroegtijdig detecteren leiden tot gezondheidswinst omdat zichtverlies in de toekomst kan worden voorkomen of verminderd. De potentiële gezondheidswinst is het grootst bij mensen met een verhoogd risico door leeftijd, erfelijke aanleg, myopie of andere factoren. Naast gezondheidswinst voor de patiënt kan door vroegtijdige diagnose de vraag naar zorg op latere leeftijd (als de oogziekte zich verder heeft ontwikkeld) worden verminderd.

5.3.3 Positionering optometrist in eerste lijn kan leiden tot aanzuigende werking waardoor poortwachtersfunctie noodzakelijk is

Tegenover de potentiële voordelen van de optometrist in de eerste lijn staat het mogelijke nadeel van een sterke aanzuigende werking: mensen laten mogelijk een (vergoed) optometrisch onderzoek uitvoeren zonder dit noodzakelijk is. Om dit te voorkomen is het nodig om een 'poortwachtersfunctie' te introduceren, vergelijkbaar met de rol van de huisarts. Voorafgaand aan een onderzoek zou bijvoorbeeld via een vooraf vastgestelde vragenlijst beoordeeld kunnen worden of het nuttig is om een optometrisch onderzoek uit te voeren.

Zeker als de optometrist onderdeel van vergoede zorg in de eerste lijn wordt is dit van belang. Of dat zo is, is afhankelijk van beslissingen over de vraag of (preventief) optometrisch onderzoek onderdeel zou moeten zijn van het basispakket. Dit is uiteindelijk een politieke en maatschappelijke afweging over wat er wel en niet collectief gefinancierd wordt in de zorg. Verzekeraars kunnen er zelf voor kiezen om optometrisch onderzoek via een aanvullende verzekering te vergoeden. Op dit moment geldt dit voor een beperkt aantal aanvullende zorgverzekeringen.



Bibliografie

Wij hebben gebruik gemaakt van publiek beschikbare data, literatuur en wij hebben een aantal interviews gevoerd. De geraadpleegde publiek beschikbare data en literatuur is te vinden in onderstaand overzicht. Voor dit onderzoek hebben wij daarnaast de volgende personen geïnterviewd:

- Jiska van Dam (Professional Advancement Manager, Specsavers)
- Leon Meijenboom (optometrist)
- Oscar Paling (oogarts)
- Rob de Waal (Head of Professional Advancement, Specsavers)
- Linda van Willigen (Senior Manager Strategic Alliances, Specsavers)
- Robert Wisse (oogarts)

Geraadpleegde bronnen

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). Gezondheidsmonitor; bevolking 18 jaar of ouder, regio, 2020. Opgehaald van <https://www.cbs.nl/>: <https://www.cbs.nl/nlnl/cijfers/detail/85012NED>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). Prognose bevolking; geslacht en leeftijd, 2022-2070. Opgehaald van <https://www.cbs.nl/>: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85090NED>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Bevolkingsteller. Opgehaald van <https://www.cbs.nl/nlnl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsteller/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Medisch geschoolden; specialisme, arbeidspositie, sector, woonregio. Opgehaald van <https://opendata.cbs.nl/>: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84777NED/table?searchKeywords=ziekenhuizen>
- Copenhagen Economics. (2018). Nationale Rapportage Oogzorg 2018: Zicht op ogen.
- De Eerstelijns - platform voor innovatie. (2020). Oogzorg in de eerste lijn. Opgehaald van <https://www.de-eerstelijns.nl/>: <https://www.de-eerstelijns.nl/2020/08/oogzorg-in-deeerste-lijn/>
- IABP. (2020). IABP Vision Atlas Netherlands. Opgehaald van <https://www.iapb.org/>: <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/magnitude-and-projections/countries/netherlands>
- IABP. (2020). IABP Vision Atlas Western Europe. Opgehaald van <https://www.iapb.org/>: <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/magnitude-and-projections/gbd-regions/westerneurope/>
- International Agency for the Prevention Blindness. (2020). <https://www.iapb.org/>. Opgehaald van <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/magnitude-and-projections/countries/netherlands>

Bibliografie

- Menzis. (2020). Snellere en betere zorg bij oogklachten. Opgehaald van <https://www.menzis.nl/https://www.menzis.nl/over-menzis/publicaties/zorgzorgverzekering/2020/03/24/snellere-en-betere-zorg-bij-oogklachten>
- Menzis. (2021). Waardegerichte zorgtraject oogheelkunde - prospectus 2021-2023.
- Mura. (2021). Juiste oogzorg op de juiste plek door inzet van optometristen. Opgehaald van <https://mura.nl/https://mura.nl/nieuws/juiste-oogzorg-op-de-juiste-plek-door-inzet-vanoptometristen/>
- Nederlandse Vereniging van Orthoptisten. (sd). Leden NVVO. Opgehaald van <https://leden.orthoptie.nl/https://leden.orthoptie.nl/3-nvvo/nvvo>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). Opgehaald van <https://www.opendisdata.nl/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg - NR/REG-2127. Opgehaald van https://puc.overheid.nl/https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_642745_22/1/
- Nielen, M., Weesie, Y., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., Leeuw, E. d., ... Hek, K. (Utrecht). Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020. 2021: Nivel.
- Nivel. (2021). Jaarcijfers aandoeningen - Huisartsenregistraties. Opgehaald van <https://www.nivel.nl/https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfersaandoeningen-huisartsenregistraties>
- Oogvereniging, NOG, OVN. (2020). Juiste Oogzorg op de Juiste Plek.
- Optometristen Vereniging Nederland. (2018). Landelijk Optometristenonderzoek.
- Polling, J. (2021). Development and Management of Refractive Error in Childhood.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (sd). VTV-2018. Opgehaald van <https://www.rivm.nl/https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv/vtv-2018>
- RIVM. (2018). Leefstijl. Opgehaald van <https://www.vtv2018.nl/https://www.vtv2018.nl/leefstijl>
- Skipr. (2018). Inzet optometrist voorkomt doorverwijzing naar ziekenhuis. Opgehaald van www.skipr.nl/nieuws/inzet-optometrist-voorkomt-doorverwijzing-naar-ziekenhuis/
- Skipr. (2020). Elkerliek ziekenhuis verplaatst oogzorg naar optometristen. Opgehaald van www.skipr.nl/nieuws/elkerliek-ziekenhuis-verplaatst-oogzorg-naar-optometristen/

- Thoon. (2018). Verwijzen naar optometrist voor oogheelkundige klachten. Opgehaald van <https://www.thoon.org>: <https://www.thoon.org/nieuws/verwijzen-naar-optometrist-voorooogheelkundige-klachten/>
- Thoon. (2020). Jaarverslag 2020.
- Veiligheid NL. (2021). Letsels 2020: Kerncijfers LIS. Amsterdam.
- Veiligheid NL. (2022). Ongevallen met vuurwerk: jaarwisseling 2021-2022. Amsterdam.
- VZinfo. (2020). Gezichtsstoornissen | leeftijd en geslacht. Opgehaald van <https://www.vzinfo.nl/>: <https://www.vzinfo.nl/gezichtsstoornissen/leeftijd-geslacht>
- Wisse, R., Mueller-Schotte, S., Hortensius, V., & Imhof, S. (2021). Oogkwalen op afstand beoordelen gaat prima. Opgehaald van <https://www.medischcontact.nl>: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/oogkwalen-op-afstandbeoordelen-gaat-prima.htm>
- World Health Organisation. (2021). <https://www.who.int/>. Opgehaald van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- ZKN. (2021). Cijfers. Opgehaald van <https://www.zkn.nl>: <https://www.zkn.nl/cijfers-zkn/>
- Zorgvisie. (2018). Menzis: pilot met optometristen boven verwachting. Opgehaald van <https://www.zorgvisie.nl/menzis-optometristen/>
- Zorgvisie. (2018). Optometrist kan een derde van de specialistische oogzorg doen. Opgehaald van <https://www.zorgvisie.nl/optometrist-kan-een-derde-van-de-specialistische-oogzorgdoen/>

