

Evaluatie
in de
Keel-, Neus- en Oorheelkunde

P.C. de Jong

EVALUATIE IN DE KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE

REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN HET AMBT VAN GEWOON
LECTOR IN DE KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE AAN DE
ERASMUS UNIVERSITEIT TE ROTTERDAM
OP WOENSDAG 8 MEI 1974

DOOR

P.C. De JONG

Dames en Heren,

Een van mijn voorgangers op deze plaats, de lector in de neurochirurgie Braakman, vestigde in de inleiding van zijn Openbare Les de aandacht op het feit, dat van de 80 tot dat tijdstip (november 1972) aan de Medische Faculteit Rotterdam benoemde hoogleraren en lectoren slechts 16 hun ambt met het uitspreken van een rede aanvaard hadden. Hij sprak in dit verband van een Gideonsbende en trok ter verklaring van dit geringe aantal een parallel met bepaalde religieuze gebruiken ten tijde van de Romeinse republiek. Deze speelse hypothese, hoe aantrekkelijk ook, laat zeker ruimte over om te zoeken naar andere oorzaken van dit verschijnsel. Ik wil dit ter inleiding op mijn rede in het kort doen.

De pas benoemde lector ontvangt - het zal U niet verwonderen - van de Faculteit een flink pak papieren. Hieronder bevinden zich nuttige zaken, zoals het Reglement voor de examencommissies, de tekst van de Wet Universitaire Bestuurshervorming, een uiteenzetting over de Querido-toelage, om slechts enkele saillante punten te noemen. Deze lectuur zal velen Uwer bekend zijn, ik zal hierop thans niet verder ingaan, daar genoemde stukken, hoe interessant ook, voor mijn betoog niet van belang zijn. Wel wil ik ter sprake brengen een korte brief (met aanhangsel) van het faculteitsbestuur d.d. 8 september 1971 over de procedure voor inaugurele oraties en openbare lessen. Enkele punten hieruit wil ik U niet onthouden. Men kan hierin o.a. het volgende lezen: 'Faculteit en algemeen bestuur nemen op zich gevraagd en ongevraagd aan iedere nieuwbenoemde hoogleraar en lector mede te delen, dat hij of zij volkomen vrij is om al of niet een oratie te houden'. Een sterke stimulans tot het houden van een dergelijke rede kan men hierin moeilijk ontdekken.

Verder wordt gesteld, dat de traditionele aanhef niet gebezigd wordt en dat de traditionele slotwoorden tot faculteit etc., geen door traditie voorgeschreven plicht zijn. Alle moderne audio-visuele hulpmiddelen zijn bij de oratie toegestaan, het gebruik daarvan wordt zelfs aanbevolen. Uit dit alles spreekt een moderne aanpak, een jonge faculteit waardig. De traditie wordt echter niet geheel terzijde geschoven, want 'Toga's worden bij de oratie gedragen', terwijl ook de receptie gehandhaafd blijft; betreffende dit laatste wordt

echter terloops opgemerkt: 'Het uur van de receptie wordt bij de uitnodiging vermeld, zodat mensen, die er toe neigen alleen de receptie te bezoeken, dit zonder bezwaar kunnen doen'.

Ter toelichting wordt nog vermeld, dat er geen meerderheid was voor het afschaffen van de oraties, doch dat men hoopte met het besluit, dat een oratie geen plicht is en ook geen uit traditie voortkomende feitelijke verplichting, weinig belangwekkende verhalen, die met tegenzin opgesteld zijn, te voorkomen. Men moet wel een vermetele zijn, wanneer men, na lezing van dit alles, toch besluit een rede te houden. Braakman spreekt dan ook terecht van een Gideonsbende; men zou zelfs kunnen spreken van het 'tarten der Goden', waarmee wij toch weer terecht komen bij zijn hypothese, die ons terugvoerde naar religieuze gebruiken uit de Oudheid.

Ondanks de zojuist gereleveerde, weinig bemoedigende literatuur heb ik toch besloten, zij het na enige aarzeling, een rede te houden. U mag hieruit echter niet concluderen, dat naar mijn mening dit verhaal zo belangwekkend is, dat de van Faculteitswege gevreesde verveling geen Uwer zal bekruipe. Wel is het een feit, dat mijn verhaal in ieder geval niet met tegenzin is opgesteld. Uiteraard is dit laatste een ontoereikend motief Uw aandacht gedurende een aantal minuten te vragen. Ik meen echter, dat het houden van een rede een zinvolle traditie is waardoor de Universitaire gemeenschap de gelegenheid krijgt kennis te maken met de nieuwbenoemde functionaris. Indien de inhoud van het gebodene volgens sommigen niet het gewenste niveau van belangwekkendheid zal bereiken, het zij zo. Ook in dat geval is er sprake geweest van een kennismaking; niet iedere kennismaking behoeft immers te leiden tot liefde op het eerste gezicht. Bovendien biedt deze rede mij de eerste en waarschijnlijk ook laatste gelegenheid tot het houden van een ouderwets hoorcollege. Onder deze monoloog van achter de kathedraal heb ik als student vele uren gezocht, zonder mogelijkheid tot tegen- of zelfs maar inspraak. Het is een bijzondere ervaring nu zelf achter de kathedraal te staan. Daar deze vorm van onderwijs, althans binnen onze afdeling, al geruime tijd tot het verleden behoort, heb ik gemeend deze enige kans te moeten benutten.

Na deze inleidende motivering kom ik tot het onderwerp van mijn rede: 'Evaluatie in de Keel-, Neus- en Oorheelkunde'. Men vergeve mij het gebruik van het mode-woord evaluatie. Het is mijns inziens echter geen toeval, dat dit woord tegenwoordig zo vaak gebruikt wordt. In deze tijd van grote veranderingen op velerlei gebied heeft men de behoefte zich van tijd tot tijd te bezinnen. Het woord bezinning is echter wat zwaar geladen, gemakkelijker is het gebruik van het neutralere woord evaluatie. Dit woord, afkomstig van het latijnse valere = waard zijn, betekent letterlijk: waardebeoordeling. In deze

zin gebruikt voor de klinische wetenschappen lijkt het mij zeer geschikt als aanduiding van het proces, waarbij wij ons afvragen, wat nu eigenlijk de waarde is van ons vaak ingrijpend en veelomvattend, doch ook haastig klinisch handelen.

U vraagt zich wellicht af, of dit niet al in ruime mate gebeurt. Inderdaad worden maandelijks tientallen periodieken volgeschreven, ook op mijn vakgebied, dat vanouds bekend is als een der 'kleine vakken'. In de redacties van deze tijdschriften zitten gerenommeerde vakbroeders, die zich veel tijd en moeite getroosten om de kwaliteit van het gebodene op zo hoog mogelijk peil te brengen en te houden. Er lijkt derhalve, zowel kwantitatief als kwalitatief stof te over tot bezinning. Wanneer men echter de inhoud van het gepubliceerde nagaat, blijkt daaruit toch een zekere eenzijdigheid. Ter illustratie van deze bewering toon ik U een overzicht van de inhoud van de jaargang 1973 van twee willekeurig gekozen tijdschriften, nl. de 'Archives of Otolaryngology', uitgegeven door de American Medical Association en de 'Annales d'Oto-Laryngologie et de Chirurgie cervicofaciale', een uitgave van Masson et Cie te Parijs.

Tabel 1

	<i>Annales</i>	<i>Archives</i>
I - Basisvakken	10 artikelen	26 artikelen
II - Technologie	40 artikelen	112 artikelen
III - Evaluatie	13 artikelen	40 artikelen
IV - Menggroep	33 artikelen	45 artikelen
	—	—
Totaal	96 artikelen	223 artikelen

De indeling in de 4 rubrieken is uiteraard subjectief. Het was niet altijd gemakkelijk een bepaald artikel in te delen; soms moest een artikel in meer dan 1 rubriek worden ondergebracht. Terzijde zij opgemerkt, dat de 96 artikelen in het Franse tijdschrift 795 bladzijden besloegen, terwijl voor de 223 artikelen in de Archives 962 bladzijden nodig waren. De korte, bondige formulering in het laatste tijdschrift komt mijns inziens de leesbaarheid ten goede.

In de eerste rubriek werden artikelen ondergebracht, die handelen over anatomische, fysiologische en patholoog-anatomische onderzoeken, alsmede de spaarzame mededelingen over basisonderzoek op KNO-gebied, zoals bijv. de diffusie van verschillende antibiotica in bot. De tweede, in beide tijdschriften

grootste, rubriek bevat artikelen over nieuwe operatie-technieken, behandelingsmethoden, onderzoeksmethoden en experimentele operatie- en onderzoekstechnieken bij proefdieren. De derde rubriek bestaat uit mededelingen over resultaten op lange termijn van behandelingsmethoden en operatietechnieken, alsmede uit overzichtsartikelen, waarin bijv. een ziektebeeld uitvoerig besproken wordt of waarin de huidige stand van zaken betreffende een bepaald probleem uiteengezet wordt. In de meengroep tenslotte werden de vele casuïstische mededelingen ondergebracht, in de *Annales* 29 artikelen en in de *Archives* 37 artikelen; verder een aantal artikelen op otoneurologisch gebied en enkele historische overzichten.

In beide tijdschriften is de rubriek Technologie het grootst, nl. in de *Annales* 42% en in de *Archives* 50% van het totale aantal artikelen. In de rubrieken I en IV vinden wij echter ook nog een aanzienlijk aantal technologische artikelen. Men denke voor de rubriek I hierbij bijv. aan de fraaie onderzoeken van het binnenoor met behulp van het electronen-microscop. In de talrijke casuïstische mededelingen in groep IV vindt men eveneens beschrijvingen van operatietechnieken of van bijzondere onderzoeksmethoden. Dit betekent dus, dat het percentage technologische artikelen in feite nog hoger is dan zojuist berekend werd.

Deze grote belangstelling voor de technologie is goed verklaarbaar. De keel-, neus- en oorheelkunde is van oudsher een specialisme, waarin de aandacht voor het detail op de voorgrond staat. Het vraagt van zijn beoefenaren, dat zij onderzoeken via kleine openingen, soms langs indirecte weg, en met vaardigheid opereren via nauwe, soms onoverzichtelijke toegangswegen. Het is derhalve te begrijpen, dat steeds getracht is onderzoeks- en operatietechnieken te verfijnen. De laatste vijftientig jaren hebben een stormachtige ontwikkeling te zien gegeven. Enige hoogtepunten wil ik in het kort memoreren.

In het begin van de vijftiger jaren werd het instrumentarium uitgebreid met het binoculaire operatie-microscop en de elektrische boor. Hierdoor ontstonden nieuwe mogelijkheden op het gebied van de chirurgie bij chronische middenoorontstekingen. De 'radicaaloperatie', uitgevoerd als sanerende ingreep wanneer (levensbedreigende) complicaties waren opgetreden of wanneer het gehoor verloren gegaan was, maakte plaats voor de tympanoplastiek, een operatie, waarbij niet alleen gesaneerd wordt doch ook gestreefd wordt naar reconstructie van het geleidingssysteem van het middenoor. Dit functieherstel kan op velerlei manieren bereikt worden, zodat er vele technische variaties zijn, die voor een deel bepaald worden door het door het ontstekingsproces veroorzaakte defect in trommelvlies en/of gehoorbeentjesketen. Nadat in 1953 *Wullstein* en *Zöllner* op de zesde Internationale Keel-, Neus-

Oorheekkundige congres te Amsterdam hun eerste ervaringen met deze nieuwe operatiemethodiek hadden meegedeeld, is een stortvloed van publicaties over dit onderwerp verschenen. Na de verwarring van de eerste jaren is een zekere standaardisering in de technieken ontstaan. Het is duidelijk geworden, dat de hooggestemde verwachtingen van de beginperiode niet altijd gerealiseerd kunnen worden; functie-herstel is niet voor alle patiënten te bereiken, ook niet na herhaalde ingrepen. Toch is de vooruitgang op dit onderdeel van ons vakgebied spectaculair en het eind van de ontwikkeling lijkt nog niet in zicht.

Een andere oorzaak van geleidingshardhorendheid is de otosclerose, een ziekteproces, waarbij de voetplaat van de stijgbeugel gefixeerd raakt in het ovale venster. Ook bij deze aandoening boden de nieuwe technische hulpmiddelen (microscoop en boor) de gelegenheid tot succesvolle chirurgische behandeling. Nadat men zich aanvankelijk - in navolging van *Rosen*, die in 1952 mededeling deed over zes met succes geopereerde patiënten - beperkte tot het weer beweeglijk maken van de stijgbeugel, werd later, wegens het weer vastgroeien van de voetplaat, overgegaan tot het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de stijgbeugel, waarna deze zonodig vervangen wordt door een uit kunststof vervaardigde prothese. Over de techniek van deze succesvolle ingreep, waardoor in 85-90% van de gevallen een aanzienlijke gehoorwinst bereikt wordt, wil ik thans niet uitweiden; ik noem de ingreep slechts als een ander voorbeeld van de grote technische ontwikkelingen binnen ons vakgebied gedurende de laatste decennia.

De zestiger jaren hebben een grote opbloei van de neuschirurgie te zien gegeven. Ook hier werd het principe van de reconstructie ingevoerd. Het gedeveerde gedeelte van het kraakbenige en benige neusseptum wordt niet meer verwijderd, zoals gebruikelijk was bij de submuceuze septum-resectie volgens *Killian*, doch het wordt weer teruggeplaatst in de mediaanlijn. Zonodig wordt tevens de uitwendige neus gereconstrueerd. Het is de grote verdienste van *Cottle* (U.S.A.), dat hij deze functionele neuschirurgie heeft uitgebouwd tot een weldoordacht systeem met duidelijke indicatiestellingen. Door deze nieuwe technische mogelijkheden is ook het onderzoek in de rhinologie sterk gestimuleerd. In ons land heeft *Van Disboeck* op dit gebied pionierswerk verricht.

Het verfijnde onderzoek van het binnenoer met behulp van electronen-microscopische en histochemische technieken, de vele mogelijkheden van het moderne audiologische onderzoek, de chirurgische benadering van de inwendige gehoorgang zijn ontwikkelingen van recentere datum, die duidelijk maken welke grote veranderingen binnen een betrekkelijk korte periode hebben plaatsgevonden in de keel-, neus- en oorheekkunde. Dit korte over-

zicht is niet volledig en kan nog met vele andere voorbeelden aangevuld worden. Ook zonder deze aanvulling hoop ik echter duidelijk gemaakt te hebben, hoe de grote belangstelling voor de technische kanten van ons vak verklaard kan worden. Zonder aan de waarde van deze vernieuwingen iets te kort te willen doen, meen ik, dat de evaluatie ten achter gebleven is. Deze mening verdient nadere toelichting, daar uit de tabel blijkt, dat toch altijd nog een flink aantal artikelen werd ingedeeld in de rubriek Evaluatie; in de *Annales* was dit 14% van het totaal, in de *Archives* 18%. Dit betekent voor beide tijdschriften te zamen 53 artikelen. Op sommige van deze artikelen kan echter gerechtvaardigde kritiek uitgeoefend worden, doordat bijv. de follow-up-periode te kort was, het aantal patiënten te klein was om verantwoorde conclusies te trekken of de informatie over de statistische bewerking onvolledig was. Ik heb echter niet deze tekortkomingen op het oog, wanneer ik stel, dat de evaluatie ten achter gebleven is. Zij komen ook niet zo frequent voor. Opvallend is echter het vrijwel totaal ontbreken van gegevens, die betrekking hebben op de waardering, die de patiënten zelf hebben voor het vele werk, dat aan en voor hen verricht is. Geen enkele arts, werkzaam op het terrein van de curatieve geneeskunde, zal zo naïef zijn te menen, dat het ontbreken van deze gegevens betekent, dat deze waardering in 100% der gevallen positief zal zijn. Wij allen kennen immers patiënten, die in lichamelijk en/of geestelijk opzicht er beter aan toe geweest zouden zijn zonder de zegeningen van onze medische en technische mogelijkheden, ook wanneer de behandeling medisch-technisch gezien succesvol genoemd zou kunnen worden. Met name speelt dit probleem bij de behandeling van patiënten met kwaadaardige gezwellen in het hoofd-halsgebied. Voor een succesvolle behandeling - dat wil zeggen: een gunstige vijf- en tienjaarsoverleving - zijn vaak operaties noodzakelijk, die de patiënt ernstig verminken. Ik heb de indruk, dat niet alle patiënten deze vermindering met overtuiging aanvaardden, ook al hebben zij het besef, dat zonder behandeling hun ziekte tot de dood zal leiden. Het is een indruk, literatuurgegevens hierover ontbreken vrijwel. Het kleine aantal publicaties, dat hierop betrekking heeft, betreft uitsluitend patiënten, die een larynxstirpatie ondergingen. Als meest recente noem ik U die van *Gilchrist*, van *Lucente* en van *Davis* en *Beumont*. *Gilchrist* vermeldt het optreden van depressies gedurende 6 tot 12 maanden na de operatie, *Lucente* maakt enige algemene opmerkingen over de economische en sociale gevolgen, die het verlies van de normale spraak met zich meebrengt. *Davis* en *Beumont* pakken het probleem grondiger aan door een aantal patiënten pre- en postoperatief te onderwerpen aan enkele psychologische tests, terwijl de geopereerde patiënten bovendien door de psychiater onderzocht werden. Helaas betrof het onderzoek slechts tien patiënten,

waarvan er vijf alleen preoperatief getest werden en de andere vijf alleen postoperatief. Bovendien vond het interview door de psychiater in de laatste groep reeds kort na de operatie plaats. Om deze redenen meen ik, dat uit dit onderzoek geen conclusies getrokken kunnen worden; het geeft echter mijns inziens wel een weg aan, langs welke wij verder kunnen komen.

Bij andere localisaties van kwaadaardige gezwellen in het hoofd-halsgebied kan de verminking na operatie nog ernstiger zijn. Een acceptabele toestand - althans volgens medisch-technische normen - wordt vaak pas bereikt na een of meer plastisch-chirurgische ingrepen. Wat dit voor de patiënt betekent in psychisch, sociaal en economisch opzicht, kunnen wij slechts bevroeden, een systematisch onderzoek hiernaar is naar mijn weten nooit ingesteld. Het is duidelijk, dat in ons specialisme de technische kennis en kunde een grote vlucht genomen hebben, doch dat aan de psycho-sociale problematiek te weinig aandacht besteed wordt. De mogelijkheden hierin verbetering te brengen zijn zeker aanwezig en wel door middel van 'team-work'. Voor de medisch-technische kant van de behandeling van deze oncologische patiënten is het werken in teamverband geen onbekende zaak; om de twee weken worden in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en in het Rotterdamsch Radio-Therapeutisch Instituut de problemen rond deze patiënten besproken in een groep, bestaande uit vertegenwoordigers van de specialismen radio-therapie, röntgendiagnostiek, mondheilkunde, plastische chirurgie, algemene chirurgie en keel-, neus- en oorheelkunde. Om de boven geschetste psycho-sociale problematiek adaequaat te benaderen zal een tweede team noodzakelijk zijn, bijv. bestaande uit maatschappelijk werkster, sociaal-psychiater en psycholoog. Het lijkt de meest ideale oplossing het eerste, medisch-technische team uit te breiden met deze specialisten, omdat men door de regelmatige besprekingen op ongedwongen wijze van de wederzijdse mogelijkheden en moeilijkheden kan kennismaken. Uiteraard is deze werkwijze nogal arbeidsintensief. Een andere mogelijkheid zou zijn de werkzaamheden voorlopig te beperken tot research bij bepaalde groepen verminkte patiënten.

Een ander deel van ons vakgebied, waarop onze kennis vrij eenzijdig en dus onvolledig is, vormt de (adeno)tonsillectomie. Het verwondert U misschien dit te horen uit de mond van een vertegenwoordiger van een specialisme, dat er voor verantwoordelijk is, dat bij zeker meer dan de helft van de jonge kinderen in ons land de tonsillen en het adenoid verwijderd worden. Wanneer ik stel, dat onze kennis onvolledig is, doel ik ook nu weer niet op de techniek van de ingreep. Wel gaat het mij om de indicatie-stellingen. Deze lijken zeer strikt en welomlijnd, zoals de volgende tabel toont.

Tabel 2

1. Recidiverende adenotonsillitis
 2. Chronische adenotonsillitis
 3. Peritonsillair abces
 4. Ernstige obstructie van de bovenste luchtwegen
 5. Chronische streptococceninfectie (speciaal wanneer na een exacerbatie acuut rheuma, glomerulonephritis of endocarditis zijn opgetreden).
-

De laatste drie indicaties bieden geen problemen. De eerste indicatie kan moeilijkheden opleveren; wij zien het kind meestal in een rustige fase en zijn grotendeels op de anamnese aangewezen. De tweede indicatie geeft de grootste problemen. Het vaststellen van een chronische tonsillitis is niet eenvoudig; de kortsluiting malaise — chronische tonsillitis is zeker niet geoorloofd. Het aanwezig zijn van vele detritusproppen in de tonsillen, groei van streptococci uit de keelwat, een verhoogde anti-streptolysinetiter in het bloed en vergrote halslymfklieren vormen een steun voor de diagnose, vooral wanneer deze symptomen in combinatie optreden. Met opzet heb ik de zgn. 'focal infection' buiten de indicatielijst gelaten, daar de meningen over dit onderwerp zeer verdeeld zijn.

De indicatiestellingen zijn dus niet zo welomlijnd als aanvankelijk leek. In de praktijk blijkt dit ook duidelijk; het is immers bekend, dat het percentage ingrepen in vergelijkbare praktijken sterk kan verschillen. Men verschuilt zich gaarne achter de zgn. 'relatieve indicaties', in veel gevallen een vriendelijk woord om de onwetendheid te bedekken. De praktijk is vaak, dat de ouders, meestal de moeder, met hun kind op het spreekuur komen met de mededeling, 'dat de amandelen er uit moeten'. Bij verder navragen blijkt, dat de ingreep beschouwd wordt als een panacee voor een zeer gevarieerde scala van klachten, waaronder met name bedplassen en 'chagrijnigheid' frequent genoemd worden. Met de wetenschap dat de ingreep bedplassen kan veroorzaken - gelukkig vrijwel steeds voorbijgaand en kortdurend - beschouwen wij deze indicatie uiteraard met grote argwaan. Wanneer de ouders echter met deze klachten komen, kunnen zij vaak casuïstiek uit familie- of kennisenkering noemen, waarbij de adenotonsillectomie de oplossing van het probleem gebleken was.

De moeilijkheid is, dat wij niet precies weten, welke patiënten voordeel en welke nadeel van de ingreep zullen ondervinden. Tot de eerste groep behoren vrijwel zeker de patiënten met een van de indicaties uit tabel 2; het is echter

mogelijk, dat in deze groep nog meer patiënten thuis horen, die een minder duidelijk omschreven ziektebeeld vertonen. Zeker zijn velen, zowel niet-artsen als artsen, deze mening toegedaan, daar bij een strikt hanteren van de genoemde indicaties het aantal van meer dan 100.000 adenotonsillectomieën in ons land per jaar onmogelijk bereikt zou worden (*Hoogendoorn* - 1973, *Wyers* - 1973). Zijn deze patiënten ten onrechte geopereerd? Indien dit het geval zou zijn, horen ze in de tweede groep thuis, daar een operatie, die de patiënt geen nut brengt, hem zeker nadeel berokkent. Iedere keel-, neus- en oorarts kent wel patiënten, die, bij controle na de tenslotte na veel aarzeling toch maar verrichtte adenotonsillectomie, volgens de ouders enorm opgeknapt blijken te zijn. De controle vindt echter plaats na drie tot zes weken, over de resultaten op langere termijn hebben wij zodoende geen informatie. Bovendien betreft het hier subjectieve indrukken, die zeker bevestiging nodig hebben, bijv. door een prospectief onderzoek over een langere periode.

In een dergelijk onderzoek zou ook nagegaan kunnen worden welke patiënten nadeel van de ingreep zullen ondervinden. Hierover is nog weinig bekend. Belangwekkend is de waarneming van *Donovan* en *Soothill* (1973); zij vonden, dat bij kinderen met een te laag IgA-immunoglobulinegehalte van het serum frequenter keelontstekingen na de tonsillectomie optraden dan bij kinderen met een normaal IgA-gehalte. Deze deficiëntie vonden zij bij $\pm 25\%$ van de groep kinderen, die tonsillectomie ondergingen. De IgA-spiegels waren vooral laag, wanneer uit de keelwat een *Haemophilus influenzae* geïsoleerd was. Het lijkt dus waarschijnlijk, dat deze patiënten geen voordeel - en dus nadeel - van de ingreep zullen hebben. De laatste jaren zijn in de literatuur mededelingen verschenen over een mogelijk verband tussen tonsillectomie en het later optreden van de ziekte van Hodgkin. *Vianna* e.a. (1971) berekenden in een retrospectief onderzoek, dat de kans om deze ziekte te krijgen bij patiënten, die een tonsillectomie hadden ondergaan 2,9 maal zo groot was als bij mensen, die niet geopereerd waren. Uiteraard behoeft deze statistische correlatie nog niet te wijzen op een oorzakelijk verband. Dit verband wordt zelfs onwaarschijnlijk, daar in latere studies (*Ruuskanen*, 1971, *Johnson en Johnson*, 1972) deze correlatie niet gevonden werd. Het lijkt derhalve niet nodig onze indicatie-instellingen hierdoor te laten beïnvloeden. Met dit alles hoop ik duidelijk gemaakt te hebben, dat ook betreffende de meest frequent verrichtte ingreep in ons vak onze kennis hiaten vertoont. Ik verwacht, dat hierin verbetering kan ontstaan door een prospectief onderzoek over een lange termijn, bijv. twee jaar. Ook dit onderzoek zal in teamverband verricht moeten worden. Dit team zal minstens moeten bestaan uit een kinderarts, een epidemioloog, een psycholoog en uiteraard een keel-, neus- en oorarts. Nu allerwege wordt aan-

gedrongen op bezuinigingen in de gezondheidszorg, valt inschakeling van een econoom eveneens te overwegen. Hoewel onze jonge Universiteit nog weinig Faculteiten telt, kan dit team-onderzoek toch binnen de Erasmusuniversiteit gerealiseerd worden.

Tenslotte vraag ik Uw aandacht voor een derde probleem, waarin eveneens onderzoek in teamverband meer inzicht kan verschaffen. Ik doel op de vraag: klinische of poliklinische behandeling? Ook bij andere specialismen heeft dit probleem de laatste tijd de nodige aandacht gekregen. De voortdurende vraag naar bezuiniging in de gezondheidszorg doet velen kiezen voor bevordering van de poliklinische behandeling. Wanneer men dan ook de indrukwekkende bedragen hoort, die bespaard kunnen worden door iedere klinische behandeling met een dag te bekorten, zou men er inderdaad toe neigen zonder verdere argumentatie te streven naar beperking van zowel opnameduur als van het aantal opnames zelf. Dit onderwerp is inmiddels zo emotioneel beladen, dat een duidelijke keus gelijkgesteld dreigt te worden met een politieke belijdenis. Dit bevordert een zakelijke benadering niet. Wellicht verkeert U in de mening, dat in de keel-, neus- en oorheelkunde, vanouds bekend niet alleen als een 'klein', doch ook als een poliklinisch vak, poliklinische behandeling regel en klinische behandeling uitzondering is. Dit is echter niet het geval. Het spreekt vanzelf, dat een academische keel-, neus- en oorafdeling een flink aantal bedden nodig heeft, gezien de bijzondere functie van een Academisch Ziekenhuis. Ook de niet-academische keel-, neus- en oorarts kan zijn vak echter alleen op moderne en verantwoorde wijze uitoefenen, wanneer hij de beschikking heeft over opnamemogelijkheid. Betekent dit echter, dat voor iedere operatieve of instrumentele ingreep hospitalisatie vereist is? Mijns inziens is dat niet het geval. Een aantal ingrepen kan poliklinisch verricht worden, mits aan zeer strenge voorwaarden voldaan wordt. Dat deze voorwaarden kostenverhogend zullen werken, hoop ik U in het vervolg aan te tonen.

Verreweg de meeste ingrepen in de keel-, neus- en oorheelkunde vinden plaats onder narcose. Een eerste vereiste voor verantwoord poliklinisch werken is derhalve het scheppen van de mogelijkheid voor een poliklinische narcose. Dit houdt meer in dan alleen het toedienen van de narcose. De anaesthesist is degene, die moet bepalen of de patiënt een narcose kan ondergaan en, indien dit het geval is, of deze poliklinisch kan plaatsvinden. Dit betekent, dat hij de gelegenheid moet krijgen voor poliklinisch preoperatief onderzoek. Wat betreft het laboratoriumonderzoek liggen hier geen problemen, dit kan alijd poliklinisch verricht worden. Voor het door de anaesthesist te verrichten lichamelijk onderzoek en de voorbereiding van de patiënt op de narcose bestaan echter in het huidige honoreringssysteem geen moge-

lijkheden. Er is derhalve dringende behoefte aan een poliklinische verwijzingskaart voor anaesthesie, zodat de anaesthesist het noodzakelijke onderzoek op zijn polikliniek kan verrichten. Een bijkomend voordeel van deze mogelijkheid zou zijn, dat ook oncologische of andere patiënten met heftige pijn poliklinisch beoordeeld zouden kunnen worden door de anaesthesist, die immers bij de pijnbestrijding een onmisbare figuur geworden is. Dit betekent, dat ook de anaesthesist een gedeelte van zijn werkzaamheden poliklinisch zal gaan uitoefenen. Op het eerste gezicht lijkt dit voor hem een tijdverslindende taakverzwaring. Door een goede planning zal mijns inziens op den duur deze werkwijze echter efficiënter blijken.

Wanneer zowel anaesthesist als keel-, neus- en oorarts na hun onderzoek tot de conclusie komen, dat de ingreep poliklinisch verricht kan worden, is met het toedienen van de narcose en het verrichten van de ingreep de poliklinische behandeling zeker niet afgelopen. Een ruime mogelijkheid tot postoperatieve bewaking is absoluut noodzakelijk, wil poliklinische behandeling medisch verantwoord zijn. In concreto lijkt hiervoor in de praktijk de mogelijkheid tot opname van bijv. 7.30 uur tot 17.00 uur in principe noodzakelijk. Wanneer de ingrepen 's morgens plaats vinden, is zodoende bewaking gedurende minimaal zes uur mogelijk. Hiertoe is, naast een aanzienlijke investering in ruimten en apparatuur, ook het aantrekken van deskundig verplegend personeel noodzakelijk. Wellicht zijn ook voorzieningen in de administratieve sector nodig om deze vorm van behandelen zo efficiënt mogelijk te doen verlopen.

Uit het voorgaande blijkt mijns inziens voldoende, dat poliklinische behandeling, op verantwoorde wijze uitgevoerd, aanzienlijke kosten met zich meebrengt. Het is zeker mogelijk, dat deze kosten geringer zullen blijken dan die voor klinische behandeling. Concrete gegevens hierover hebben wij echter niet, daar een vergelijkend onderzoek niet is verricht. Wanneer men onder de kosten van poliklinische behandeling alleen verstaat de honorering van de anaesthesist voor de narcose en van de keel-, neus en oorarts voor de ingreep en de vergoeding voor het gebruik van de operatiekamer, is poliklinische behandeling zeker goedkoper. Ik meen echter, dat deze vergelijking ongeoorloofd is. Extra kosten vormen de poliklinische verwijzing naar de anaesthesist en de postoperatieve bewaking. De kosten van deze postoperatieve zorg zou men kunnen onderbrengen in een vergoeding voor dagopname. Het is mijn overtuiging, dat deze mogelijkheid tot dagopname veel klinische behandelingen zou kunnen voorkomen. Uiteraard dient steeds de mogelijkheid tot opname te bestaan, wanneer aan het eind van de poliklinische bewakingsperiode blijkt, dat ontslag niet verantwoord is. Per specialisme zou bepaald moeten worden welke ingrepen *op deze wijze* poliklinisch verricht kunnen

worden. Voor de keel-, neus- en oorheelkunde denk ik hierbij aan de adenotomie en adenotonsillectomie (tot een bepaalde leeftijdsgrens, bijv. 12 jaar), endoscopieën, tubasondage, middenoorbeluchting, oortoilet met behulp van het operatiemicroscop, kaakspoeling en sinusdrainage bij kinderen. De mogelijkheid tot het klinisch verrichten van deze ingrepen op indicatie moet uiteraard blijven bestaan.

Bij de vraag: poliklinische of klinische behandeling? heb ik uitsluitend gelet op het economische aspect. Ik ben mij ervan bewust, dat andere facetten mede van belang zijn, met name het psychologische aspect. Ik wil hierop thans niet nader ingaan, daar de zojuist genoemde vraagstelling actueel geworden is door de drang tot kostenbesparing in de gezondheidszorg. In het kader van een onderzoek rond deze probleemstelling kunnen andere aspecten echter mede gezien worden. Een dergelijk onderzoek is mijns inziens noodzakelijk, daar alleen hierdoor gegevens verkregen kunnen worden, die de keus voor poliklinische of klinische behandeling kunnen rechtvaardigen. Ook dit onderzoek zal slechts verricht kunnen worden in teamverband. Voor de vorming van dit team zullen wij een beroep moeten doen op de andere faculteiten binnen onze Universiteit, daar problemen van economie en bedrijfsvoering van groot belang zijn. Het Academisch Ziekenhuis lijkt een ideale plaats om een proefproject voor langere tijd te realiseren. Hierbij kan uiteraard de steun van de Stichting Samenwerking Rotterdamse Ziekenfondsen niet gemist worden.

Dames en Heren. In het voorgaande heb ik Uw aandacht gevraagd voor een drietal problemen, die niet alleen de keel-, neus- en oorarts interesseren. Het betreft in wezen vragen, die allen aangaan, die werkzaam zijn in de curatieve geneeskunde, nl. 1e: de gevolgen van de grote technologische ontwikkelingen van de laatste decennien, 2e: de onzekerheid betreffende indicatiestellingen en 3e: de mogelijkheid de kostenstijging in de gezondheidszorg te beïnvloeden. Als keel-, neus- en oorarts heb ik deze problemen belicht vanuit een bepaalde, misschien wat enge invalshoek en toegelicht met voorbeelden uit mijn eigen vakgebied. Het is mijn overtuiging, dat alleen onderzoek in teamverband meer inzicht kan verschaffen. De genoemde teams hebben een voor de keel-, neus- en oorarts ongebruikelijke samenstelling, het accent ligt duidelijk niet meer op het medisch-technische aspect. Naar mijn mening kan het werken in een dergelijke groep voor de orgaanspecialist een zeer leerzame ervaring zijn, als hij tenminste de nodige aanpassing kan opbrengen.

Ik dank U voor Uw aandacht.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- DAVIS, H. and P.J.V. BEUMONT (1973): S. Afr. Med. J. 47, 2192-2194
DONOVAN, R. and J.F. SOOTHILL (1973): Clin. exp. Immunol. 14, 347-357
GILCHRIST, A.G. (1973): Acta Otolaryng. 75, 511-518
HOOGENDOORN, D. (1973): Ned. T. Geneesk. 117, 970-972
JOHNSON, S. and R. JOHNSON (1972): N. Eng. J. Med. 287: 1122 e.v.
LUCENTE, F.E. (1973): Laryngoscope 83, 1684-1689
RUUSKANEN, O. e.a. (1973): Lancet 1: 1127-1128
VIANNA, N.J. (1971): Lancet 1: 431-432
WIJERS, P.J.H. (1973): Ned. T. Geneesk. 117, 539+540

