

is Pijnenborg niet van alle tien artikelen – maar van zes – de eerste auteur.

Ik heb eigenlijk alleen maar kritiek op details. Zo zijn er bijvoorbeeld conceptueel verbeteringen mogelijk. Bij 'wat deed de arts?' is niet alleen van belang welke beslissing de dokter nam of welke handeling hij verrichtte of naliet, maar ook wat – behalve het beoogde – het werkelijke gevolg daarvan was. En 'levensbekortend effect' laat conceptueel te weinig ruimte voor handelwijzen die het leven niet langer verlengen (voor dit laatste aspect heeft overigens de auteur ook zelf aandacht).

Een ander voorbeeld betreft een bewering in hoofdstuk 6. De auteur suggereert op bladzijde 69 dat het grotere aantal gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek in het ziekenhuis (zo'n 750 gevallen per jaar versus zo'n 270 in de huisartspraktijk) een uitdrukking is van een groter aantal patiënten dat sterft onder extreem lijden, maar niet in staat is de eigen wil te uiten. Nergens echter wordt aangetoond of aannemelijk gemaakt dat in het ziekenhuis vaker of erger wordt geleden, terwijl men niet meer competent is. Evenmin wordt de mogelijkheid genoemd of onderzocht dat klinisch specialisten andere dokters zijn dan huisartsen (en verpleeghuisartsen) of dat de behandeltechnieken in het ziekenhuis veelal verschillen van die in de thuissituatie (het infuus bijvoorbeeld wordt thuis veel minder vaak gebruikt).

Het proefschrift eindigt met voorstellen voor verder onderzoek en verbeteringen in de opleiding van artsen met betrekking tot kennis, attitude en vaardigheden op het gebied van besluitvorming rond het levenseinde, die ik alleen maar kan onderschrijven.

Gerrit van der Wal

Reactie

Het lovende commentaar van van der Wal geeft op zichzelf weinig aanleiding tot een weerwoord. Ik zal van de gelegenheid gebruik maken om op enkele door van der Wal genoemde resultaten wat nader in te gaan, en een reactie te geven op zijn punten van kritiek.

Euthanasie heeft als beslissing rond het levenseinde de afgelopen tien jaar veel aandacht gekregen. Andere beslissingen die aan het eind van iemands leven worden genomen, zoals het staken of niet meer instellen van een levensverlengende behandeling, hebben relatief weinig de aandacht gekregen. In mijn proefschrift zijn de verschillende typen rond het levenseinde in kaart gebracht, zodat onderscheid gemaakt kon

worden tussen de regelmatig voorkomende beslissingen en de uitzonderingssituaties (hoofdstuk 3).

Jonge artsen en euthanasie

Een beslissing die relatief weinig voorkomt is euthanasie, het levensbeëindigend handelen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Zoals Van der Wal vermeldt, heeft 39 procent van de genterviewde artsen zijn attitude ten aanzien van euthanasie gewijzigd gedurende de praktijkvoering: 25 procent kan zich nu eerder een situatie voorstellen waarin men euthanasie zou uitvoeren, 14 procent is juist restrictiever geworden. Opvallend is dat vooral de artsen die pas relatief korte tijd werken (2 tot 9 jaar) vaker naar een terughoudender beleid zijn verschoven. Er is hier waarschijnlijk sprake van een generatie-effect (hoofdstuk 11).

Paternalistische huisartsen?

Een beslissing die relatief vaak wordt genomen, is het staken dan wel niet instellen van een levensverlengende behandeling. Van der Wal haalt naar voren dat deze beslissing door de huisarts niet altijd met de patiënt wordt besproken. Meestal is dat omdat de patiënt hier niet meer toe in staat is, maar in één of de vijf gevallen, omdat de arts vond dat overleg meer schade dan goed zou doen, of omdat geen overleg het beste voor de patiënt zou zijn (hoofdstuk 5). In het kader van de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst zal het voor de arts echter steeds moeilijker worden om zich te beroepen op deze 'therapeutische exceptie'. De wetgever heeft dit alleen bedoeld voor uitzonderlijke situaties, te weten die gevallen waarin vroegtijdige wetenschap van bepaalde informatie een onaanvaardbare psychische belasting van de patiënt en/of zijn omgeving met zich mee zou brengen. Volgens een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam uit 1993 kan daaronder niet worden begrepen een te verwachten minder gunstig verloop van het genezingsproces.

Levensbekortend of niet levensverlengend

Bij alle beschreven beslissingen hield de arts ten minste 'rekening met de waarschijnlijkheid dat het overlijden erdoor zou worden bespoedigd'. Veel artsen gaven aan dat ze niet zozeer levensbekorting beoogden, maar eerder het leven niet langer wensten te verlengen (al dan niet op verzoek van de patiënt). Wat de juiste term is, hangt echter af van de vraag of men de resultaten van gangbare medische handelingen als behorend bij de menselijke levensverwachting ziet of niet (hoofdstuk 13).

Terecht zegt van der Wal dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen 'beoogd effect' en 'gevolg' van de beslissing. Zo kan bijvoorbeeld morfine worden toegediend met het oogmerk het lijden te verlichten. Indien door die morfine ook het levenseinde bespoedigd wordt, zou hier sprake kunnen zijn van een niet-beoogd effect van morfine, met als gevolg bespoediging van het levenseinde.

Levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek

Een moeilijke categorie beslissingen betreft het levensbeëindigend handelen door een arts, zonder dat de patiënt daar uitdrukkelijk om heeft verzocht (hoofdstuk 8). In 59 procent van deze gevallen beschikte de arts wel over informatie omtrent de wens van de patiënt, maar was het niet tot een uitdrukkelijk verzoek gekomen. In de resterende 41 procent was het niet meer mogelijk om de wens met de patiënt te bespreken. Dit waren patiënten die nog enkele uren tot dagen te leven hadden, waarbij het lijden zo hevig was dat volgens de arts het lijden alleen gestopt kon worden door het levenseinde te bespoedigen. Om dit doel te bereiken werd in de meerderheid van de gevallen de morfine (fors) geïntensiveerd. Hierbij kan de vraag worden gesteld of met morfine het beoogde effect eigenlijk wel bereikt wordt. Levensbekorting als – gewenst of ongewenst – effect van morfine zou volgens de literatuur slechts zelden voorkomen.

Een belangrijke vraag is waarom deze beslissing vaker in het ziekenhuis wordt genomen dan thuis (in het verpleeghuis wordt deze beslissing zelden genomen). Van der Wal oordeelt terecht dat ik daar een iets te stellige uitspraak over doe in mijn proefschrift. Het antwoord op deze vraag kan niet echt uit de onderzoeksresultaten worden gehaald. Enige speculatie is wel mogelijk. Zoals van der Wal al vermeldt, kunnen de verklaringen bij de patiënt, bij de arts en bij het type instelling worden gezocht. Het is denkbaar dat van de patiënten die in het ziekenhuis overlijden een groter deel dan van patiënten die thuis overlijden niet meer aanspreekbaar is, en dus niet meer in staat om een uitdrukkelijk verzoek te doen. Een verklaring is dat de reden tot opname bijvoorbeeld intensieve pijnbestrijding of een al dan niet palliatief bedoelde ingreep met ongunstige afloop was.

Dat de attitude van de specialist ten aanzien van dit type beslissing anders zou zijn dan die van de (verpleeg)huisarts, kan niet worden uitgesloten. Nader onderzoek naar verschillen in attitude tussen artsen bij medische beslissingen rond het levenseinde is op zijn plaats.

Verbeteringen in de opleiding

Behalve een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek worden in mijn proefschrift verbeteringen in de opleiding met betrekking tot kennis, attitude en vaardigheden op het gebied van besluitvorming rond het levenseinde voorgesteld. Een van de aanbevelingen betreft het ervaring opdoen op plaatsen waar relatief vaak beslissingen rond het levenseinde worden genomen (bijvoorbeeld oncologie-afdeling of verpleeghuis) (hoofdstuk 13). Voor elke huisarts in opleiding lijkt mij dit een vereiste.

Artsen zijn hun medische carrière vaak gestart met de intentie om mensen te genezen of zo gezond mogelijk te houden. De taak van een arts is echter niet alleen om het leven van de patiënt te behouden, maar ook om de patiënt bij te staan aan het einde van het leven. Belangrijke vaardigheden zijn dan: weten wanneer te handelen en wanneer te stoppen, bereid zijn om moeilijke beslissingen onder ogen te zien en te bespreken, en bereid zijn om daarover rekening af te leggen.

Loes Pijnenborg

Wat is gepubliceerd over chronische ziek(t)en in de huisartspraktijk?

Van den Heuvel ETP, Meyboom-de Jong B. [NCCZ-reeks Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken]. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken, 1995; 296 bladzijden, prijs NLG 40,-. ISBN 90-74738-21-4.

Om zicht te krijgen op de stand van zaken in het onderzoek rond zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken werd in 1993 door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) de uitvoering van dertien overzichtsstudies geïnitieerd. Dit boek doet verslag van een van die overzichtsstudies, uitgevoerd door de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. De volgende drie onderzoeksvragen stonden centraal:

- Wat is in Nederland in de periode 1986-1993 aan wetenschappelijk onderzoek verricht en gepubliceerd op het terrein van chronische ziekten in de huisartspraktijk?
- Naar welke chronische ziekten en aspecten van chronische ziekten in de huisartspraktijk is weinig of geen wetenschappelijk onderzoek verricht in Nederland?
- Op welke gebieden is nader onderzoek gewenst in Nederland?

Voor de beantwoording van de eerste twee vra-

gen zijn gegevens verzameld door literatuuronderzoek, inventarisaties bij de beroepsorganisaties en van morbiditeitsregistraties en door het uitvoeren van een enquête onder de vakgroepen huisartsgeneeskunde, Nivel, WOK, LHV en NHG. Het voornemen was om de periode 1986-1993 in kaart te brengen; de overweldigende hoeveelheid materiaal uit de enquête deed de onderzoekers besluiten van de enquêtegegevens alleen de periode 1990-1993 in het onderzoek te betrekken. Voor het literatuuronderzoek werden de registers van *Huisarts en Wetenschap* en *Medisch Contact* handmatig doorzocht. Daarnaast werden de geautomatiseerde literatuurbestanden *Medline* en *Embase* geraadpleegd. Voor het identificeren van publikaties in buitenlandse tijdschriften en van dissertaties werd gebruik gemaakt van eerder uitgevoerde inventarisaties. Door middel van de enquête werd geïnventariseerd naar welke chronische aandoeningen en aspecten daarvan onderzoek is verricht en welke publikaties hierover zijn verschenen.

Alle materiaal werd geordend volgens de hoofdstukken en componenten van de ICPC, die daartoe werd uitgebreid met een hoofdstuk Kanker en met zeven componenten. In de bijlagen (181 bladzijden) staan de publikaties ook geordend naar tijdschrift en naar vakgroep/organisatie. In totaal werden 114 Nederlandstalige, 41 buitenlandse artikelen en 40 dissertaties geselecteerd. Van 36 artikelen uit *Huisarts en Wetenschap* werd een samenvatting gemaakt; deze artikelen werden tevens op kwaliteit beoordeeld.

Over diabetes mellitus, Cara, hart- en vaatziekten, psychische stoornissen en kanker is veruit het meeste gepubliceerd. Het LHV-basistakenpakket, de lijst met gepubliceerde en te publiceren NHG-standaarden en de in Nederland gevoerde morbiditeitsregistraties blijken relevante informatie over chronische ziek(t)en te bevatten. Bij de inventarisatie van onderzoek bij de vakgroepen/organisaties werd de aandacht voor de eerder genoemde ziektebeelden bevestigd. In de bespreking van de resultaten per ICPC-hoofdstuk wordt duidelijk over welke chronische ziekten weinig of geen onderzoek is uitgevoerd: chronische maag- en darmziekten, oog- en oorziekten, neurologische aandoeningen en huidziekten.

De auteurs concluderen dat de prevalentie van een chronische ziekte in de huisartspraktijk positief gecorreleerd is met de huisartsgeneeskundige kennis over die chronische ziekte, maar dit geldt niet voor alle veel voorkomende chronische ziekten. Mogelijk spelen de aan-

dachtsgebieden van subsidiefondsen hierin een regulerende rol. Wat betreft de verschillende aspecten van chronische ziekten signaleren de auteurs onder andere lacunes in onderzoek naar de interactie tussen de patiënt en zijn omgeving, zorg en zorgstructuren en naar voorlichting aan patiënten met een chronische ziekte.

Dit boek is een verslag van een breed opgezette inventariserende studie. Het documenteren van huisartsgeneeskundig onderzoek en huisartsgeneeskundige publikaties over chronische ziekten is waardevol als toestandsbeschrijving om op basis daarvan een onderzoeksbeleid te formuleren. In grote lijnen zijn de auteurs hierin geslaagd, met name wat betreft de inventarisatie van gepubliceerd onderzoek en het identificeren van lacunes (eerste twee vraagstellingen). Een strakkere verslaglegging zou de duidelijkheid op een aantal punten ten goede zijn gekomen: wat rekenen de auteurs bijvoorbeeld wel/niet tot chronische ziekten, ter beantwoording van welke vraag is het Basistakenpakket van de LHV in het onderzoek betrokken, en waarom werden alleen artikelen uit *Huisarts en Wetenschap* kwalitatief beoordeeld? De wijze waarop de kwalitatieve beoordeling van 36 artikelen uit *Huisarts en Wetenschap* werd uitgevoerd, is niet verantwoord. Ook worden tussen de regels door andere onderzoeksvragen beantwoord: is er verschil tussen publikaties in *Huisarts en Wetenschap* en *Medisch Contact*, zijn huisartsen bekend met NHG-standaarden?

Het is jammer dat de verschillende onderdelen van de studie niet dezelfde tijdsperiode omvatten: feitelijk is alleen van de periode 1990-1992 een compleet beeld verkregen. Meer fundamenteel is de vraag of een inventarisatie van publikaties voldoende is om zicht te krijgen op lopend wetenschappelijk onderzoek. Zoals de auteurs zelf aangeven, bestaat er een latentieperiode van een aantal jaren tussen het opzetten van een onderzoekslijn en het verschijnen van publikaties daarover. Voor het schetsen van de stand van zaken van wetenschappelijk onderzoek zou een inventarisatie van lopend onderzoek (hoe moeilijk uitvoerbaar ook) wellicht beter zijn geweest.

De vraag op welke terreinen nader onderzoek gewenst is (derde vraagstelling), is niet met de gehanteerde onderzoeksmethode te beantwoorden. De wenselijkheid hangt immers niet alleen af van lacunes in het huidige onderzoek, maar ook van prioriteiten die door belanghebbenden worden gesteld. Voor de beantwoording van deze vraag zou bijvoorbeeld een opinievormende enquête gehouden moeten wor-

den onder (onderzoeks)beleidsmakers, subsidiegevers en patiënten met een chronische ziekte.

François Schellevis

Reactie

De bespreking van Schellevis is zorgvuldig en adequaat en biedt ons de mogelijkheid een aantal punten nader toe te lichten.

Wat gerekend wordt tot chronische ziekten, staat beschreven in Hoofdstuk 1, paragraaf 1.2. Als definitie van chronische ziekten wordt gegeven: die ziekten die niet overgaan, zich over langere perioden uitstrekken en die het dagelijks functioneren nadelig beïnvloeden. Voorts wordt in paragraaf 2.1 verwezen naar het overzicht van specifieke chronische ziekten uit het Transitieproject, geassocieerd met de International Classification of Primary Care. Dit overzicht werd gebruikt om te bepalen welke aandoeningen wel/niet vallen onder de noemer chronische ziekte. Ziekten waarbij objectief aantoonbare symptomen ontbraken, werden niet gerekend tot de chronische ziekten. De auteurs erkennen dat duidelijker aangegeven had kunnen worden, dat in het onderzoek is uitgegaan van deze omschrijving.

De beschrijving van chronische ziekten in het Basistakenpakket van de LHV geeft weliswaar geen direct antwoord op een van de vragenstellingen, maar geeft wel een indicatie in welke mate chronische ziekten een aandachtspunt voor de beroepsgroep vormen. Uit het Basistakenpakket blijkt dat met name Cara, diabetes mellitus type II en hypertensie een aandachtsgebied vormen. Het Basistakenpakket heeft, evenals de NHG-standaarden, invloed op hetgeen onderzocht en gepubliceerd wordt.

Een aantal artikelen uit *Huisarts en Wetenschap* is beoordeeld om te illustreren wat voor onderzoek verricht is in de Nederlandse huisartspraktijk. Voor *Huisarts en Wetenschap* is gekozen, omdat dit het enige Nederlandse tijdschrift is, dat specifiek gericht is op het huisartsgeneeskundig onderzoek. De wijze waarop de kwalitatieve beoordeling van de artikelen heeft plaatsgevonden, is wellicht wat oppervlakkig.

Het is juist dat alleen over de periode 1990-1992 een compleet beeld is verkregen over wat gepubliceerd is over chronische ziekten in de huisartspraktijk. De hoeveelheid gegevens die ons door de vakgroepen en instellingen toegestuurd werd, kon met de beschikbare menskracht in de beschikbare tijd niet gelezen, ge-

analyseerd en gerubriceerd worden. Voor twee vakgroepen zijn de publikaties over de periode 1986-1989 vergeleken met de publikaties over 1990-1993. Toen bleek dat dit geen wezenlijke verschillen opleverde in de relatieve hoeveelheid publikaties per chronische aandoening en in de aard van de onderzochte aandoeningen, is besloten alleen de publikaties uit de periode 1990-1993 te inventariseren en te analyseren. Het laatste is niet door ons beschreven.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek is aangegeven op welke terreinen zich lacunes voordoen in wetenschappelijk onderzoek naar chronische ziekten in de huisartspraktijk. Het antwoord op de vraag welke terreinen in de toekomst nader aandacht verdienen, hangt samen met de geconstateerde lacunes. Door de auteurs werd op een verantwoorde, objectieve wijze de wenselijkheid van onderzoek op bepaalde terreinen aangegeven.

Wij zijn van mening dat het vaststellen van de wenselijkheid van onderzoek op een bepaald terrein niet zou mogen plaatsvinden volgens de methode van opinievorming. Deze brengt immers het gevaar met zich mee dat wenselijkheid wordt bepaald door politieke, financiële of andere belangen. Pas wanneer middelen voor onderzoek beperkt zijn en prioriteiten gesteld moeten worden, kan een opinievormende enquête gebruikt worden als aanvulling op wetenschappelijk onderzoek. Op basis van een combinatie van beide methoden kunnen dan verantwoorde keuzen worden gemaakt.

E.T.P. van den Heuvel
B. Meyboom-de Jong

Otitis media with effusion in general practice

A diagnostic and therapeutic study in children aged 6 months to 6 years. Van Balen FAM. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995; 207 pagina's. ISBN 90-393-0787-3.

Otitis media met effusie (OME) is een intrigerend onderwerp. Dat laat zich aflezen aan de volgende, sterk verkorte en ongenueanceerde synopsis van Van Balen's literatuuroverzicht: zo'n 80 procent van de 4-jarigen heeft ten minste één episode OME doorgemaakt; de helft van die episoden geneest spontaan binnen 3 maanden; alleen dubbelzijdige OME die ten minste 3 maanden persisteert, komt voor behandeling in aanmerking; in ongeveer een derde van de gevallen wordt in de effusie een

bacterie gevonden; in de huisartspraktijk wordt de diagnose gesteld op grond van anamnese en otoscopie, maar daarmee is de diagnose niet hard te maken; dubbelzijdige OME leidt tot slechthotheid maar bij een follow-up van enkele jaren zijn er geen tekorten meer te traceren in taal, spraak en cognitieve ontwikkeling; er wordt niettemin een fortuin uitgegeven aan behandeling, vooral aan het operatief plaatsen van beluchtingsbuisjes.

Microtymp

Van Balen selecteerde uit de vele vragen die OME omgeven, drie zeer relevante kwesties. Ten eerste ging hij na hij of de diagnostiek scherper kan, en vroeg hij zich, voortbouwend op het werk van zijn eerste promotor (De Melker), af wat de diagnostische waarde is van de microtymp. Uit onderzoek onder 142 naar een KNO-afdeling verwezen kinderen (6 maanden tot 12 jaar oud) bleek deze de vergelijking met een professionele, klinische tympanometer prima te doorstaan. Ten aanzien van de gouden standaard – het vinden van effusie bij paracentese – behaalde de microtymp een sensitiviteit van 94 procent en een specificiteit van 48 procent.

De auteur trainde vervolgens 49 huisartsen en vond dat 61 procent van hen in de procedure van meten geen enkele fout maakt. De overeenstemming (Cohen's kappa 0,63) van de interpretatie van het tympanogram in termen van wel/geen OME in vergelijking met de interpretatie van drie experts was echter matig bevredigend.

Beide deelonderzoeken zijn uitstekend van opzet en uitvoering. Ik ben het echter oneens met de conclusie dat tympanometrie in de praktijk deel behoort uit te maken van de diagnostiek. Mijn bezwaar is dat de validering van de microtymp plaatsvond in een groep kinderen met een hoge OME-prevalentie (waren sensitiviteit en specificiteit trouwens voor de verschillende leeftijdsgroepen hetzelfde?). De diagnostische waarde (het quotiënt van het aantal uitslagen wijzend op OME onder kinderen met werkelijk OME en het totaal aantal positieve microtymp-uitslagen – niet vermeld door Van Balen), is dan weliswaar redelijk (79 procent, te berekenen uit tabel 4.3 op pag. 61), maar daalt enorm in een gewone huisartsenpopulatie: bij gelijke sensitiviteit en specificiteit en een prevalentie van bijvoorbeeld 10 procent daalt de diagnostische waarde tot 16 procent. Bovendien bereikt maar een deel van de getrainde huisartsen een goede uitvoering en een juiste interpretatie van bevindingen, en is de microtymp (aanschaffkosten NLG 4.500) een

kwetsbaar instrument, dat bovendien jaarlijks moet worden geïkt (kosten NLG 200). De suggestie dat intensievere training leidt tot verbetering in de voorspellende waarde, is voorlopig geheel onbewezen en gezien de bevindingen zelfs onwaarschijnlijk.

Voorspellende factoren en behandeling

Bij de tweede vraagstelling ging het om factoren die het persisteren van OME kunnen voorspellen. In een onderzoek onder 433 kinderen van 6 maanden tot 6 jaar oud uit de praktijken van 57 huisartsen (logistiek geen sinecure) bleek geen bruikbaar prognostisch model te construeren dat helpt bij het selecteren van kinderen die in de toekomst een dubbelzijdige OME zullen krijgen (bij terechte exclusie vooraf van de bekende risicofactoren zoals syndroom van Down en cystische fibrose).

De derde vraagstelling gaat over de effecten van behandeling van OME met amoxicilline met clavulaanzuur. Een gerandomiseerde, dubbelblinde clinical trial onder 162 kinderen van 6 maanden tot 6 jaar oud leverde op dat de kinderen die het antibioticum kregen, de eerste twee weken significant minder vaak OME hielden; nog eens twee weken later en 16 weken na het begin van de behandeling werden echter geen verschillen in de uitkomstmaten vastgesteld. Zeer voorzichtig concludeert de auteur dat te overwegen is om kinderen met dubbelzijdige OME waarbij de huisarts een actieve bacteriële infectie vermoedt en verwijzing naar KNO overweegt, met een antibioticum te behandelen. Ik zou zeggen: gezien de minimale effecten op korte termijn (ondanks 'significant verschillen' bleef bij 53 procent van de met het antibioticum behandelde kinderen de dubbelzijdige OME aantoonbaar) en geen effecten op langere termijn: vergeet deze vorm van behandelen.

Consequentie

In mijn ogen is een belangrijke consequentie van dit proefschrift dat de richtlijnen die in de NHG-Standaard OME zijn vastgelegd, onverminderd geldig blijven, en mogelijk zelfs nog 'conservatiever' kunnen worden geformuleerd op het punt van 'watchful waiting' in de zin van een uitbreiding van de waakzame periode bij dubbelzijdige OME van 3 naar 6 of zelfs 9 maanden, zoals Van Balen op grond van zijn bevindingen en de literatuur suggereert. Zoals beargumenteerd wil ik de auteur niet volgen in zijn aanbeveling tympanometrie op te nemen bij de normale diagnostiek van de huisarts, wel op het punt dat antibiotica in geval van OME niet zijn geïndiceerd.

Ik wil dit leerzame proefschrift met zijn goed doorwrochte methodologie en verrukkelijke citaten uit Winnie the Pooh van harte ter lezing en bestudering aanbevelen aan iedereen die de problematiek van OME ter harte gaat.

E.H. van de Lisdonk

- 1 Lous J. Secretory otitis media in schoolchildren. Is screening for secretory otitis media advisable? [Thesis]. Kopenhagen: Aarhus University, 1994.
- 2 Schilder AM. Long-term effects of otitis media with effusion in children [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- 3 Knottnerus JA, Leffers P. De invloed van verwijsgedrag op het onderscheidend vermogen van diagnostische tests. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1987; 65: 486-94.
- 4 Van de Lisdonk EH, Appelman CLM, Bossen PC, et al. NHG-Standaard Otitis Media met Effusie bij Kinderen. Huisarts Wet 1991; 34: 426-9.

Reactie

Men zou uit de bespreking kunnen lezen dat otitis media met effusie (OME) een aandoening is waarvan op langere termijn geen bijwerkingen worden gezien. Gelukkig geldt dit voor de meeste kinderen (90-95 procent), maar er blijft een in absoluut aantal niet te onderschatten groep kinderen over bij wie de gevolgen vele jaren zichtbaar blijven. Zo worden in verscheidene studies^{1,2} structurele afwijkingen van het trommelvlies bij persisterende OME beschreven. Daarnaast is het belangrijk de diagnose op korte termijn niet te missen vanwege de mogelijke gevolgen voor het individuele kind (gedragsstoornis, achterblijven van de intellectuele ontwikkeling). Actieve behandeling is dan noodzakelijk.

Terecht wijst Van de Lisdonk op de lage specificiteit van de testuitslag van de microtymptyp in de geselecteerde ziekenhuispopulatie. De sensitiviteit en specificiteit van testuitslagen hangen echter mede af van de prevalentie in de gemeten populatie.³ Bij zeer geselecteerde populaties, waarvan ik in mijn proefschrift om ethische redenen gebruik maakte, neemt de sensitiviteit in geringe mate toe, de specificiteit in sterke mate af en daardoor ook het onderscheidend vermogen. Verwacht mag worden dat in een huisartsgeneeskundige, en dus in minder geselecteerde populaties, het onderscheidend vermogen van de microtympanometrie beduidend beter zal zijn. Dit was ook de reden om de diagnostische waarde niet weer te geven.

Dat slechts een deel van de huisartsen de

testuitslagen (tympanogrammen) van de microtymptyp goed interpreteerde, lag voor het grootste deel aan de opbouw van de tympanogrammen. Deze bestaan namelijk uit blokjes. Door het formuleren van onze toegevoegde criteria mag verwacht worden dat een groot deel van de problemen bij de classificatie van de tympanogrammen opgelost zijn.

Door een aantal huisartsen van één microtymptyp gebruik te laten maken (diagnostische centrum, groepspraktijk, huisartsenlaboratorium) zullen ook de kosten niet het grootste probleem vormen. De objectiviteit, gepaard aan de mogelijkheid om semi-kwantitatief deze aandoening in de tijd te vervolgen, maakt dat de introductie van de tympanometrie in de huisartspraktijk ten zeerste dient te worden aanbevolen.

Met betrekking tot de antibiotische behandeling van OME, lijkt het vooralsnog onduidelijk welke kinderen hier het meeste baat bij hebben. Verder onderzoek naar het bestaan van een subgroep waarbij behandeling met antibiotica wel effectief is, lijkt daarom aangewezen.

Tot slot lijkt mij aanpassing van de NHG-Standaard Otitis Media met Effusie bij Kinderen⁴ wel degelijk aangewezen. Met name wat betreft de diagnostiek (tympanometrie, pneumatische otoscopie), de periode van afwachting vervolgen (6-9 maanden in plaats van 3 maanden) en behandeling (in de meeste gevallen een zaak van de huisarts, ook eenzijdige OME vervolgen, gebruik maken van gehoortesten, diagnostische verwijzing naar de KNO-arts) dient deze standaard aangepast te worden.

F.A.M. van Balen

AANKONDIGINGEN

Als uw oogarts spreekt over de oogziekte van Graves

Brochure, 10 pagina's. Te bestellen (gratis en in elk gewenst aantal) bij: Secretariaat Nederlandse Vereniging van Graves Patiënten, telefoon (0318) 485231.

Health promotion and community action for health in developing countries

Dhillon HS, Philip L. Geneva: WHO, 1994; 122 bladzijden, prijs USD 22,50. ISBN 92-4156-167-X.