

deling van oudere patiënten met een mammacarcinoom. De recent beschreven casus van de 87-jarige patiënte illustreert dat er behoefte is aan alternatieve minder invasieve technieken.

3 Hertogenbosch, december 2007  
B. G. LOOIJ, aio radiologie  
G. J. JAGER, radioloog  
Groot Ziekenhuis, 3 Hertogenbosch

## Kwaliteitsbewaking ontbreekt



In het artikel van Nugteren c.s. (MC 47/2007: 1957) valt mij op dat er een verschil wordt gesignaleerd tussen het aantal laparoscopische cholecystectomieën per vakgroep en het aantal overige laparoscopische ingrepen. Daarbij wordt de suggestie gewekt dat het aantal overige ingrepen per vakgroep wel eens onder de maat zou kunnen zijn. Dat verschil is goed verklaarbaar: de laparoscopische cholecystectomie heeft zich ontwikkeld tot de gouden standaard voor de behandeling van symptomatisch galsteenziekten en cholecystitis.

De meest voorkomende diagnostische laproscopie in de algemene chirurgie is bij een verdenking op appendicitis waarbij deze diagnose met minder invasieve middelen niet is uit te sluiten. Overigens is elke laparoscopie ook diagnostisch, want het visueel inspecteren van de gehele buikholte (voor zover zichtbaar) gebeurt bij elke laparoscopische ingreep. De laparoscopische liesbreukcorrectie - maar liever endoscopische liesbreukcorrectie aangezien er meestal voor een totaal extraperitoneale procedure (TEP) wordt gekozen en er dus sprake is van een intraperitoneale operatie - wordt niet in alle klinieken verricht en niet bij iedere liesbreukpatiënt. Reden is dat in de huidige richtlijn van

## Dinsdag 16 uur: samenwerkingstijd!



Samenwerken is belangrijk. Zeker waar het de aansluiting van eerste en tweede lijn betreft. Maar ook binnen die lijnen, daarbuiten en naar andere disciplines. Het maakt de zorg kwalitatief beter en efficiënter en kan ervoor zorgen dat dokters elkaar

niet tegenspreken - hetgeen de patiënt zal waarderen. De golf van marktwerking die de laatste jaren over ons heen komt, zet de samenwerking onder druk. Er komen meer partijen ('kansen', zegt men) die vooral de financiële krenten uit de pap vissen. Een relevante bijwerking daarvan is versnippering van de zorg met belemmering of zelfs uiteenvallen van bestaande samenwerkingsrelaties, soms moeizaam opgebouwd of nog in opbouw. De overheid propageert samenwerking, naast marktwerking: een spannende spagaat. Lokaal kiezen veel dokters gelukkig wel voor samenwerking. Bij een derde van de Nederlandse ziekenhuizen is daarvoor een (soort van) medisch coördinatiecentrum (MCC) opgericht. Ontstaan vanuit de wandelgangen, omdat er behoefte aan structuur in de samenwerking wordt gevoeld. Landelijk bestaat zo'n centrum niet, wel is er nu een federatie van MCC's (FMCC) en een ondersteuningsstructuur voor opgericht. Zo staat samenwerking, tegen de stroom in, bij veel dokters op de agenda. Maar die agenda staat onder druk: samenwerking levert niet direct geld op, patiëntenzorg wel. Samenwerkingsactiviteiten gebeuren daarom veelal in de vrije tijd, terwijl het een deel van het vak behoort te zijn. Veel MCC's ervaren het: vergaderingen voor samenwerking beginnen pas na vijf uur en zijn moeilijk planbaar. Daarom doe ik hierbij een agendavoorstel voor 2008: laten we landelijk een samenwerkingstijd vaststellen, bijvoorbeeld op dinsdag vanaf 16.00 uur. Samenwerkingsactiviteiten hebben dan prioriteit. Van maatschapsleden wordt verwacht waar te nemen op dat tijdstip voor de collega die op samenwerkingsgebied iets te doen heeft. Bespreek het in uw maatschap of groep, als u samenwerking serieus neemt!

Zwolle, december 2007  
DIRK BRANBERGEN, huisarts, coördinator MCC Klik

de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde staat dat de open liesbreukcorrectie volgens Lichtenstein de voorkeur geniet voor een primaire unilaterale liesbreuk. De endoscopische liesbreukcorrectie wordt overigens binnen een kliniek alleen gedaan door degenen die hiermee voldoende ervaring hebben. De genoemde aantallen per kliniek lijken mij voor de vier bovenstaande ingrepen dan niet zodanig dat er sprake is van onverantwoorde zorg in het merendeel van de klinieken.

Het ander punt is dat Strasberg c.s. nooit hebben

gesproken over *Clear View of Safety* maar over *Critical View of Safety*, de structuren die minimaal moeten worden geïdentificeerd alvorens de ductus cysticus en de arteria cystica door te nemen. Het is overigens zeer goed mogelijk deze specifieke stap in de operatie met een foto vast te leggen en deze in de status te plakken.

Rotterdam, november 2007  
DR. W.W. VRIJLAND, chirurg

## Gefeliciteerd! (2)



Collega Van Montfort spreekt in een ingezonden brief (MC

50/2007: 2093) haar verbazing uit over het feit dat de (gewezen) Orde-voorzitter de conclusie overneemt van de jaarlijkse Euro Health Consumer Index: wachttijden voor patiënten worden vooral veroorzaakt door het dogmatische poortwachtersysteem zonder dat dit besparingen oplevert (MC 41/2007: 1699).

Ik weet niet of zij weet waarop deze conclusie is gebaseerd. Ik weet dat in elk geval niet. Het in Nederland gepropageerde dogma, dat huisartsen goedkoper en efficiënter werken dan specialisten en voor minder doorverwijzingen zorgen, wordt in elk geval niet ondersteund door onderzoek in het buitenland. Dat betekent dat de resultaten van die studies absoluut niet van toepassing hoeven te zijn op de Nederlandse situatie. Als artsen proberen wij evidence-based te werken. Helaas liggen wij wat dat betreft lichtjaren voor op beleidsmakers die over de gezondheidszorg als geheel gaan. Veel maatregelen die zij nemen, zijn beslist niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek of het nu gaat om het invoeren van APK-keuringen, DBC's of het door Vierhout gepropageerde systeem van individuele functioneringsgesprekken. Persoonlijk denk ik dat een minder dogmatisch gescheiden samenwerking tussen eerste en tweede lijn gebaseerd op goed en intensief wederzijds contact het efficiëntst werkt. Maar het zou goed zijn om verschillende modellen gecontroleerd te onderzoeken om zodoende niet alleen de inhoud van de zorg, doch ook de organisatie ervan evidence-based in plaats van *interest-based* te maken.

Alkmaar, december 2007  
DR J.D. MOOLENBURGH, reumatoloog