

² Schütte HE, Hendriks JHCL. Kanttekeningen bij de consensus „Mammografiebeleid 1983”. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1415-8.

³ Casparie AF. Bereiken van de consensus in de geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1816-8.

Zwolle, augustus 1984

A.F. CASPARIE,
voorzitter Wetenschappelijke Raad Centraal
Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing

Ik dank dr. Casparie voor de nadere precisering van de rol die het CBO speelt bij consensus-overeenkomsten. Het is van groot belang, dat meer algemene bekendheid wordt gegeven aan de werkwijze van deze uitermate belangrijke instelling. Het is dan ook allerminst mijn bedoeling geweest het CBO in een kwaad daglicht te stellen. Juist veel meer is de nadruk gevallen op de wenselijkheid dat het LOK zich bezint op meer landelijke richtlijnen die door de basis worden ondersteund. Het is een bekend gegeven, dat richtlijnen, van boven opgelegd, in het algemeen in het veld aanzienlijk minder effect hebben dan „protocollen” waaraan men actief heeft kunnen meewerken. Het laatste duurt wel wat langer, maar de invloed zal aanzienlijk groter zijn. Vandaar dat ik van mening ben dat het LOK – waar de infrastructuur voor een dergelijke opzet aanwezig is – op het gebied van de oncologie het eerst aangewezen orgaan is om op dit gebied initiatieven te ontplooien. Ik ben blij dat collega Casparie het daar ook mee eens is.

De titel van het commentaar is wat misleidend. Juister ware geweest te spreken van „een commentaar naar aanleiding van de consensus Mammografie-beleid 1983, aangezien ik dit een goed stuk werk vind, waarin ik mij geheel kan vinden.

Leiden, augustus 1984

A. ZWAVELING

Het commentaar van collega Zwaveling betreffende de activiteiten van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) op het gebied van de mammografie bevat enkele onjuistheden en misvattingen,¹ zodat een reactie op zijn plaats is. Het is mij onduidelijk waarom kwaliteitsbewaking van het medisch handelen in de oncologie het monopolie zou moeten zijn van het Landelijk Overleg Kankercentra (LOK). Dat het inschakelen van het LOK niet altijd leidt tot een vruchtbare samenwerking, wil ik verduidelijken op grond van mijn ervaringen op het gebied van het melanoom van de huid. De huidige regionale protocollen voor de behandeling van het melanoom zijn niet eensluidend, zodat dringend behoefte bestaat aan een landelijke consensus, waar enerzijds de grote centra zich in kunnen vinden en waar anderzijds de praktiserende arts een veilig baken aan heeft. Om een landelijke werkgroep te formeren, ben ik indertijd te rade gegaan bij het Koningin Wilhelmina Fonds, die mij verwezen naar het LOK. Het LOK ging er echter vanuit dat het protocollair vastleggen van beleidsadviezen in de oncologie de taak is van de regionale Integrale Kankercentra. Ik ben toen noodgedwongen terechtgekomen bij het CBO. De voorbereidingswerkgroep die toen in het leven is geroepen, is niet „op persoonlijke titel” geformeerd, maar in samenspraak met de besturen van de landelijke verenigingen van de betrokken disciplines.

Collega Zwaveling vindt het blijkbaar een goede zaak dat tien regionale centra eerst een groep deskundigen uit eigen gelederen laat worstelen met een vraagstuk, waarna geduldig moet worden gewacht tot het LOK initiatieven ontplooit om de (soms zeer uiteenlopende) resultaten te bundelen tot een landelijk protocol. Hij is verder van mening dat de regionale protocollen een „bredere grondslag” hebben dan

de landelijke richtlijnen, indien deze laatste tot stand komen via het CBO. Het getuigt van een te optimistische kijk op de wereld om te veronderstellen dat steeds „voldoende kennis binnen de regio” aanwezig is om consensus te bereiken. Dit mag misschien gelden voor regio's waar de grotere oncologische centra zijn gevestigd, maar zeker niet voor alle regio's. Ik zou er dan ook voor willen pleiten dat het LOK ernst maakt met het bundelen van specialistische kennis op landelijk niveau, en dat vanaf het eerste uur. Het overlaten van deze activiteiten aan de regio's is weinig productief en soms zelfs stagnerend. In veel gevallen leidt het tot de verwarrende diversiteit waar Zwaveling juist zo bevreesd voor is. Het is duidelijk dat Zwaveling het „snoerende korset” van het kleinschalig regionaal denken nog niet heeft afgelegd. Nogmaals, in dit kleine land bestaat behoefte aan supraregionaal protocollair oncologisch denken. Of dit tot stand komt onder auspiciën van het LOK, dan wel van het CBO, is mij om het even.

LITERATUUR

¹ Zwaveling A. Consensus „Mammografie-beleid 1983”. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1424-5.

Amsterdam, augustus 1984

F.H.J. RAMPEN

Collega Rampen heeft dit commentaar slecht gelezen. Nergens heb ik gezegd dat kwaliteitsbewaking van medisch handelen in de oncologie een monopolie zou moeten zijn van het LOK. Ik heb er slechts op aangedrongen dat het LOK initiatieven ontplooit ten einde te komen tot landelijke richtlijnen en dat dit orgaan voor richtlijnen die betrekking hebben op de oncologie het meest aangewezen is. Eerst in een veel later stadium zou samenwerking met het CBO kunnen plaatsvinden.

Collega Rampen verwijt mij optimisme. Het tegendeel is waar; ik ben zo weinig optimistisch over richtlijnen van bovenaf vastgesteld, zelfs ook wat de behoefte betreft aan „supraregionaal protocollair oncologisch denken”, dat ik er de voorkeur aan geef dat ook op regionaal niveau door de betrokken specialisten (en zij bepalen de kwaliteit en stellen vast wat zij wel of niet zullen doen!) wordt meegedacht over optimale behandeling van patiënten met kanker. De kans is anders heel groot, dat de vruchten van het supraregionale protocollaire denken in de onderste laden verdwijnen. Op een hoge toon verwoorde superioriteitsgevoelens bevorderen alleen maar zo'n ongunstige ontwikkeling.

Leiden, augustus 1984

A. ZWAVELING

Heeft nacontrole bij mammacarcinoom zin?

Wij hebben eveneens een retrospectief onderzoek verricht naar de waarde van het regelmatig controleren van mammacarcinoompatiënten.¹ In totaal werden ca. 4.500 controles gedaan bij 422 patiënten die in de periode 1970-1980 in opzet curatief waren behandeld wegens mammacarcinoom in het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven. De onderzoeksperiode werd per juli 1983 afgesloten. Wij zijn, zij het op een wat andere wijze, deels tot dezelfde conclusie gekomen als Zwaveling et al. Wij constateerden dat de kans op het vinden van metastasen bij een controlebezoek, waarbij klachten werden geuit ongeveer 16% is. Bij 815 controlebezoeken hadden de patiënten klachten. Hiervan leidden 134 controles bij 114 patiënten tot de diagnose metastasen. De kans op het aantreffen van metastasen tijdens een controle zonder klachten bleek veel kleiner te