

Verwarrend, want de informatie op de site van VWS klopt niet met de stellingname van Verwijsafspraken.nl.

De website van Zilveren Kruis voor zorgaanbieders (klik op 'Huisartsenzorg', 'Verwijzen & voorschrijven' en 'Verwijzen naar msz') verschaft geen duidelijkheid en de Nederlandse Zorgautoriteit verwijst naar de Zorgverzekeringswet. Daarin wordt (artikel 14.2) een uitzondering gemaakt voor acute zorg (geen verwijzing nodig). Maar of ik de dagelijkse (niet-acute) additionele zorgvragen van onze patiënten (ongelimiteerd?) mag honoreren, vind ik nergens terug. Volgens sommige collega's mag je in die situatie naar jezelf verwijzen, conform de Vektis-codelijst COD327-VEKT. Wie legt mij uit hoe het echt zit?

**Rick Hoekzema**, dermatoloog, Amsterdam

## Pleidooi voor niet-oncologische chirurgie

De chirurgische zorg voor patiënten die geen kanker hebben, zit in het verdomhoekje. In Nederland hebben 90 duizend mensen colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn, chronische ontstekingsziekten van de darm. Hoewel de medicamenteuze behandeling enorm is verbeterd, blijven operaties van groot belang voor een goede behandeling van veel van deze patiënten. Vaak zijn dit complexe ingrepen. Zeven jaar geleden luiden wij de noodklok over de lange wachttijden voor dergelijke operaties (negen weken in academische centra; drieënhalve week in algemene ziekenhuizen, Medisch Contact, 11 augustus 2015). De covid-19-pandemie en personeelstekorten hebben geleid tot een verdere verschralling, juist ook van deze zorg.

Een recente steekproef onder 129 patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa laat zien dat de gemiddelde wachttijd inmiddels is toegenomen naar vijf maanden met uitschieters tot twaalf maanden. Tijdens deze wachttijd ondervond ruim 40 procent van de patiënten problemen met werk of opleiding. Zorgelijk is dat een kwart van hen tijdens de wachttijd met spoed geopereerd moest worden. Dit is fors toegenomen in vergelijking met een eerder Nederlands onderzoek dat net voor de covid-19-episode werd verricht (JCC 2020;14:277-80) waarbij

12,5 procent van de patiënten op de wachtlijst met spoed geopereerd moest worden. Een recent Utrechts onderzoek onderschrijft deze bevindingen en maakt duidelijk dat langere wachttijden en operaties in de spoedsetting voorspellers zijn voor slechtere uitkomsten van de operatie.

**Omdat oncologie voorrang krijgt, zijn de wachttijden voor mensen met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa schrijnend lang**

De verschralling in de zorg leidt tot onacceptabele wachttijden voor patiënten die geopereerd moeten worden. Omdat de oncologische zorg voorrang krijgt is dit het meest schrijnend voor patiënten met ernstige – maar niet-oncologische – problematiek, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Uitbreiding van de operatiecapaciteit is hard nodig, maar op korte termijn onhaalbaar. Tot die tijd moet een eerlijker verdeling leiden tot een beter gebalanceerde zorg voor oncologische en niet-oncologische aandoeningen.

**Bas Oldenburg**, mdt-arts, UMC Utrecht

**Milan Richir**, chirurg, UMC Utrecht

**Menne Scherpenzeel**, directeur Crohn & Colitis NL

## Een dure dbc, maar niks te bieden

Een patiënt die is verwezen naar een longcovidpoli krijgt daar te horen dat er eigenlijk nauwelijks behandelmogelijkheden zijn omdat er nog maar weinig over het post-covidsyndroom bekend is (MC-site 16 december). Reageerders op dit praktijkperikel vinden dat de auteur, ik dus, bij de longcovidpoli aan de bel had moeten trekken over het gebrek aan perspectief dat patiënten wordt geboden.

Inderdaad staat contact opnemen met de longcovidpoli op mijn lange lijst van 'things