

D. Wijkel en D. van der Grijn

2605



Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen

Hoe ontwikkelt zich het gebruik van diagnostische ziekenhuisfaciliteiten door huisartsen en wat is daarvan de uitwerking tot dusver? D. Wijkel, socioloog, wetenschappelijk medewerker Nederlands Huisartsen Instituut, en D. van der Grijn, econoom, wetenschappelijk medewerker Nationaal Ziekenhuis Instituut, stelden een onderzoek in. Verticale substitutie werd door hen niet waargenomen, horizontale substitutie wel.

In enkele recente publikaties is het gebruik van diagnostisch onderzoek door huisartsen en de invloed daarvan op de totale omvang van de zorgverlening en de kosten daarvan aan de orde gesteld. Te gemakkelijk wordt de specialist als veroorzaker van de excessieve kostentoeename aangewezen, aldus Hoefnagels¹, die als typerend voorbeeld de kosten van de diagnostische verrichtingen in de ziekenhuizen noemt. In het eindrapport van de Commissie Structuur Honorering Medische Specialisten wordt geopperd dat bij sommige röntgenafdelingen van algemene ziekenhuizen thans 30%-40% van het aantal onderzoeken door huisartsen zou worden aangevraagd².

Als we ervan uitgaan dat zo'n vijftien jaar geleden nog maar een gering aantal patiënten rechtstreeks door de huisarts naar de diagnostische afdeling van ziekenhuizen werd gestuurd, dan mag op basis van dat gegeven van een aanzienlijke stijging van het aandeel van huisartsen in de poliklinische productie worden gesproken. Over het *relatieve* aandeel van huisartsen en specialisten in de stijging van de totale productie zegt dat nog weinig. Interessant is natuurlijk de vraag of het gebruik van diagnostiek door huisartsen sneller is toegenomen dan het gebruik door specialisten én de vraag of wellicht tegenover een sterke toename van het

gebruik van diagnostiek door huisartsen een afname van het specialistengebruik staat (substitutie).

Over de ontwikkeling van het gebruik van diagnostisch onderzoek door huisartsen en specialisten is echter weinig bekend. Wel zijn cijfers bekend met betrekking tot de *totale* poliklinische productie in ziekenhuizen. Uit de presentatie van die cijfers blijkt dat men er inderdaad van uitgaat dat die diagnostische productie door specialisten wordt opgeroepen³: veelal wordt de diagnostische productie per honderd polikliniekbezoeken gepresenteerd; door huisartsen ingestuurde patiënten worden daarbij niet als polikliniekbezoekers geteld. Dat een dergelijke berekeningswijze gemakkelijk tot verkeerde conclusies kan leiden komt duidelijk tot uiting als we ons afvragen wat een stijging van de uitkomst van de daarbij gehanteerde formule* kan betekenen:

in de eerste plaats natuurlijk dat de specialisten in het betreffende ziekenhuis meer diagnostische onderzoeken per patiënt hebben aangevraagd; in de tweede plaats dat door het sluiten van een polikliniek met weinig diagnostische verrichtingen per patiënt (de polikliniek Oogheelkunde bijvoorbeeld) het getal in de noemer sterk is afgenomen; in de derde plaats dat er bij de specialisten niets is veranderd, maar dat het aantal diagnostische verrichtingen voor huisartsen is toegenomen. Duidelijk is dat het hanteren van dergelijke cijfers met grote omzichtigheid moet gebeuren; we komen daar nog op terug.

Utrechtse situatie

In Utrecht en het direct ten zuiden daarvan gelegen IJsselstein bevinden zich zes algemene ziekenhuizen en één academisch ziekenhuis, dat vanwege zijn specifieke karakter buiten deze bespreking is gehouden. Alle ziekenhuizen hebben hun diagnostische faciliteiten ter be-

schikking van huisartsen gesteld.

Het ziekenhuis Oudenrijn speelt een bijzondere rol, omdat in april 1979 de diagnostische faciliteiten van dat ziekenhuis werden gebundeld in een Experiment Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO). De komst van het DCO betekende dat naast de röntgenfaciliteit, die al jaren lang ter beschikking stond van huisartsen, het ziekenhuislaboratorium voor huisartsen werd opengesteld; elektrocardiografie werd mogelijk en het consulteren van specialisten werd aangemoedigd. Het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nationaal Ziekenhuis Instituut werden met de evaluatie van het experiment belast. Van de zes algemene ziekenhuizen werd informatie verkregen over de hoeveelheid röntgen-, laboratorium- en elektrocardiografisch onderzoek ten behoeve van huisartsen en specialisten. Gegevens uit geheel Utrecht waren noodzakelijk om te kunnen vaststellen of een toename van diagnostisch gebruik door huisartsen bij het DCO ten koste gaat van gebruik bij andere voorzieningen (*horizontale substitutie*). Omdat met de opstelling van het DCO een versterking van de eerste lijn en het terugdringen van de tweede lijn werd beoogd, werd belang gehecht aan de vraag of de diagnostiek voor huisartsen in de plaats kwam van diagnostiek voor specialisten (*verticale substitutie*).

We zullen deze laatste vraag als eerste behandelen en zullen dat doen aan de hand van het proefschrift van Peters⁴, die in zijn evaluatie van het DCO als voornaamste conclusie vermeldt dat het DCO geen opwaarts effect te zien heeft gegeven in diagnostisch onderzoek; deze conclusie wordt getrokken op grond van gegevens over gebruikte diagnostiek per honderd polikliniekpatiënten. Naast de al genoemde problemen met dergelijke gegevens wordt daarbij de fout gemaakt dat cijfers die niet dezelfde inhoud hebben met elkaar worden vergeleken. In tabel 1 (proefschrift tabel 5-26) worden de NZI-cijfers, waarin het huisartsendeel en het specialistendeel samen worden gedeeld door het aantal polikliniekbezoeken, vergeleken met cijfers van het ziekenhuis Oudenrijn, waar het huisartsen-

* $\frac{\text{diagn. productie t.b.v. huisartsen in periode X} + \text{diagn. productie t.b.v. specialisten in periode X}}{\text{aantal bezoeken aan specialisten in periode X}} \times 100$

Het getal in de teller geeft de totale poliklinische productie weer
Het getal in de noemer is exclusief de bezoeken ten behoeve van de huisartsendiagnostiek.

deel uit is gehaald. Als in de tabel bovendien voor 1978 cijfers van het ziekenhuis Oudenrijn staan, waar dat huisartsendeel (nog) wel in zit, dan is duidelijk dat deze tabel tot verkeerde conclusies kan leiden. Wij hebben ter verduidelijking in de tabel voor het ziekenhuis Oudenrijn ook de gegevens vermeld zoals ze wél met de NZI-cijfers mogen worden vergeleken. Bovendien is een regel toevoegd, waar alleen het ECG-onderzoek als functieonderzoek vermeld staat. Duidelijk blijkt uit deze tabel, dat de conclusie dat er sprake is van substitutie *niet* mag worden getrokken.

Hoe ziet de situatie er nu uit als we de cijfers niet uitdrukken per honderd polikliniekbezoeken, maar simpel de *absolute* diagnostiekcijfers voor de regio Utrecht presenteren?

In tabel 2 vinden we de *laboratoriumproductie*. De sterk toegenomen productie van laboratoriumpunten voor huisartsen bij het ziekenhuis Oudenrijn is evident. In 1978 hadden de huisartsen nog geen toegang tot het laboratorium van het ziekenhuis, zodat het aantal laboratoriumpunten voor huisartsen in dat jaar nihil was. In 1981, twee jaar na de opening van het DCO, wordt daar voor huisartsen evenveel gedaan als in de andere ziekenhuizen in Utrecht samen. Het DCO heeft duidelijk laboratoriumproductie aangehouden; gedeeltelijk is het een verschuiving ten koste van de andere ziekenhuizen en het huisartsenlaboratorium (SAL), maar zoals uit een nadere analyse van de productiecijfers van een geselecteerde groep huisartsen is gebleken betreft het voornamelijk een toename van het laboratoriumgebruik door die huisartsen⁵. De invloed van het DCO op de laboratoriumproductie voor huisartsen in de Utrechtse ziekenhuizen samen is aanzienlijk; ook de productie voor specialisten steeg echter in die periode. Aangezien het volume van het diagnostisch laboratoriumgebruik van specialisten veel groter is dan dat van huisartsen, zien we dat ondanks het sterk verhogende effect van het DCO de huisartsenproductie van 1979 op 1981 maar voor een gering deel de (absolute) toename van het aantal laboratoriumpunten in de regio Utrecht bepaalt (stijging specialisten 1.038.000 punten; stijging huisartsen 134.000 punten). Bij het ziekenhuis Oudenrijn zelf is de toename bij huisartsen wel sterker dan de toename bij specialisten (huisartsen: plus 147.000 en specialisten plus 70.000). Regionaal gezien mogen we op grond van deze gegevens zeker niet concluderen

Tabel 1. Poliklinisch diagnostisch onderzoek, röntgen-, laboratorium- en functieonderzoek (voornamelijk ECG) per 100 polikliniekbezoeken Ziekenhuis Oudenrijn vergeleken met gegevens uit de Financiële Statistiek NZI, grootte klasse 200-300 bedden.

	1978		1979		1980	
	Oudenrijn	NZI	Oudenrijn	NZI	Oudenrijn	NZI
röntgen ¹	31,4	31,8	23,8	32,9	21,3	32,3
cijfers inclusief huisartsdiagnostiek ²	31,4	31,8	32,8	32,9	35,8	32,3
Laboratoriumpunten ¹	857,8	719,3	776,1	815,3	746,4	968,8
Cijfers inclusief huisartsdiagnostiek ²	857,8	719,3	919,5	815,3	1005,7	968,8
Functieonderzoek ¹	6,1	5,0	6,1	8,6	6,3	8,8
Cijfers inclusief huisartsdiagnostiek ²	6,1	5,0	7,4	8,6	8,9	8,8
Alleen ECG ³	5,4	3,5	6,3	4,7	7,6	5,5

1. Bron: H. Peters, Samenwerking eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht 1982, tabel 5-26.

2. Cijfers berekend op basis van jaarverslagen Ziekenhuis Oudenrijn

3. Jaarverslagen Oudenrijn; Financiële Statistiek NZI. Inclusief huisartsdiagnostiek.

Tabel 2. Laboratoriumproductie in duizenden Spaanderpunten van vijf algemene ziekenhuizen in de regio Utrecht en het Ziekenhuis Oudenrijn 1978-1981; tussen haakjes indexcijfers (1979 = 100).

		1978	1979	1980	1981
Utrecht exclusief Oudenrijn	klinisch	6.975 (92)	7.559 (100)	7.907 (105)	8.033 (106)
	poliklinisch (specialisten)	5.348 (91)	5.873 (100)	6.341 (108)	6.367 (108)
	huisartsen	247 (106)	232 (100)	224 (97)	217 (94)
	totaal	12.570 (92)	13.664 (100)	14.472 (106)	14.617 (107)
	aandeel huisarts poli	4,4%	3,8%	3,4%	3,3%
Ziekenhuis Oudenrijn	klinisch	890 (101)	881 (100)	893 (101)	896 (102)
	poliklinisch (specialisten)	640 (105)	610 (100)	598 (98)	665 (109)
	huisartsen	0	113 (100)	203 (180)	262 (232)
	totaal	1.530 (95)	1.604 (100)	1.694 (106)	1.823 (114)
	aandeel huisarts poli	-	15,6%	25,3%	28,3%
Utrecht totaal	klinisch	7.865 (93)	8.440 (100)	8.800 (104)	8.929 (106)
	poliklinisch (specialisten)	5.988 (92)	6.483 (100)	6.939 (107)	7.032 (108)
	huisartsen	247 (72)	345 (100)	427 (124)	479 (139)
	totaal	14.100 (92)	15.268 (100)	16.166 (106)	16.440 (108)
	aandeel huisarts poli	4,0%	5,1%	5,8%	6,4%

dat er sprake is van substitutie van diagnostiek, maar ook als we alleen naar het ziekenhuis Oudenrijn kijken moeten we constateren dat van een aanvankelijk teruglopende poliklinische productie voor specialisten in 1979 en 1980 al weinig meer te merken valt.

In tabel 3 vinden we voor de *röntgenproductie* dezelfde opstelling. Deze gegevens geven nog beter dan bij de laboratoriumproductie het volume van de diagnostische productie voor huisartsen aan, omdat huisartsenlaboratoria en dergelijke hier geen rol van betekenis spelen. Ook hier zien we weer de sterke toename van de productie voor huisartsen. Die ontwikkeling blijft niet beperkt tot alleen het DCO; ook in de overige ziekenhuizen

in de regio Utrecht kunnen we een aanzienlijke toename constateren. Specialisten in het ziekenhuis Oudenrijn laten poliklinisch een vrijwel constant aantal röntgenfoto's maken. Hun collega's in de andere Utrechtse ziekenhuizen laten echter aanzienlijk meer foto's maken, zodat de ontwikkeling in regionaal verband er als volgt uitziet: huisartsen laten in de periode 1979-1981 18% meer röntgenfoto's maken; een toename van ongeveer 6.000 foto's; specialisten laten in diezelfde periode 8.000 röntgenfoto's méér maken (zowel klinisch als poliklinisch), zodat huisartsen en specialisten een vrijwel even groot aandeel in de groei van het aantal röntgenverrichtingen in Utrecht hebben.

Ook hier kunnen we op regionaal niveau geen substitutie constateren.

Dat de poliklinische productie van specialisten bij het ziekenhuis Oudenrijn enigszins achterblijft bij de regionale ontwikkeling, kan verschillende oorzaken hebben. Een autonome verandering van het beleid van specialisten in het ziekenhuis Oudenrijn om de stralingsdosis voor hun patiënten terug te dringen door een kritische indicatiestelling en meer echografieën als alternatieve mogelijkheid te gebruiken, heeft zeker ook effect gehad op die ontwikkeling; deze verandering kan moeilijk los worden gezien van de invloed van het DCO. Opvallend is in dit verband dat de klinische röntgenproductie in Utrecht niet toeneemt. De toename van de poliklinische röntgenproductie voor specialisten is echter zodanig dat de totale röntgenproductie voor specialisten aanzienlijk toeneemt. Hier is mogelijk sprake van een verschuiving van kliniek naar polikliniek.

Het aanvragen van *elektrocardiogrammen* door huisartsen heeft sedert het DCO deze faciliteit in 1979 ter beschikking stelde een enorme vlucht genomen. Hoewel een aantal ziekenhuizen in Utrecht het voorbeeld van het DCO gevolgd heeft, werd in 1981 van alle ECG's voor huisartsen 86% in het ziekenhuis Oudenrijn gedaan⁶. We kunnen ons daarom beperken tot het ziekenhuis Oudenrijn.

In 1979, het eerste jaar dat het ECG voor huisartsen beschikbaar was, werd er al 992 keer gebruik van gemaakt; dat is 9% van de totale productie en precies één derde van de poliklinische productie. In 1981 was dit aantal gestegen tot 2.524 ECG's, dat is 38,7% van het aantal poliklinische ECG's (ook het aantal door specialisten aangevraagde ECG's nam sterk toe). Mogelijk is de situatie bij het ziekenhuis Oudenrijn zeer uitzonderlijk, maar gezien de omvang en de snelle groei van het gebruik van ECG's zou het ook van belang zijn gegevens met betrekking tot dit functieonderzoek landelijk te verzamelen.

Landelijke situatie

Landelijk verzamelde gegevens over het gebruik van diagnostiek door huisartsen zijn zeer schaars. Bij een enquête in 1973 bleken, naast veertien huisartsenlaboratoria, achttien algemene ziekenhuizen laboratoriumonderzoek voor huisartsen te verrichten⁷.

Vanaf 1979 wordt in de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) jaarlijks ge-

Tabel 3. Röntgenverrichtingen in vijf algemene ziekenhuizen in de regio Utrecht en het Ziekenhuis Oudenrijn 1978-1981; tussen haakjes indexcijfers (1979 = 100).

		1978	1979	1980	1981
Utrecht exclusief Oud.rijn	klinisch	79.950 (99)	80.790 (100)	80.860 (100)	78.800 (97)
	poliklinisch (specialisten)	147.670 (97)	152.200 (100)	155.260 (102)	162.440 (107)
	huisartsen	25.800 (98)	26.540 (100)	28.000 (106)	28.730 (111)
	totaal	253.220 (98)	259.440 (100)	264.120 (102)	269.970 (104)
	aandeel huisarts poli	14,9%	14,8%	15,3%	15,0%
Ziekenh. Oud.rijn	klinisch	9.800 (96)	10.190 (100)	10.060 (99)	10.010 (98)
	poliklinisch (specialisten)	17.560 (105)	16.780 (100)	17.040 (102)	16.910 (101)
	huisartsen	5.860 (65)	9.040 (100)	11.020 (122)	12.360 (137)
	totaal	33.220 (92)	36.010 (100)	38.120 (106)	39.280 (109)
	aandeel huisarts poli	25,0%	35,0%	39,3%	42,2%
Utrecht totaal	klinisch	89.550 (98)	90.980 (100)	90.920 (100)	88.810 (98)
	poliklinisch (specialisten)	165.130 (98)	168.980 (100)	172.300 (102)	179.350 (106)
	huisartsen	31.660 (89)	35.490 (100)	39.020 (110)	41.090 (116)
	totaal	286.340 (97)	295.450 (100)	302.240 (102)	309.250 (105)
	aandeel huisarts poli	16,1%	17,4%	18,5%	18,6%

vraagt naar röntgen- en laboratoriumonderzoek voor huisartsen⁸. In 1979 en 1980 bleken 168 van de 178 algemene ziekenhuizen die onderzoeken te doen. Slechts een gering aantal ziekenhuizen geeft echter ook aan *hoeveel* röntgen- en/of laboratoriumonderzoeken er wordt verricht. Slechts elf algemene ziekenhuizen hebben over de jaren 1979-1981 betrouwbare informatie over de hoeveelheid verricht onderzoek ten behoeve van huisartsen gegeven; het vaststellen van trends is daarom nog niet mogelijk.

Alleen over de periode 1980-1981 kon van een aanvaardbaar aantal ziekenhuizen de ontwikkeling in de laboratoriumproductie worden berekend. In *tabel 4* zijn de gemiddelde cijfers van 34 ziekenhuizen, verspreid over Nederland, verwerkt. Hieruit blijkt dat de poliklinische laboratoriumproductie in Nederland voor huisartsen veel sterker stijgt dan de overige poliklinische laboratoriumproductie. Ook in absolute cijfers uitgedrukt zorgen huisartsen van 1980 op 1981 voor een sterkere stijging dan specialisten.

Belangrijke conclusies mogen uit deze landelijke cijfers niet worden getrokken. Zo weten we niet of de toename van de laboratoriumproductie van ziekenhuizen voor huisartsen wellicht, gedeeltelijk voortkomt uit een verschuiving ten koste van huisartsenlaboratoria, zoals in de Utrechtse situatie. Nader onderzoek is daarom gewenst. Wel kan worden geconstateerd dat de Utrechtse gegevens niet afwijken van de landelijke gegevens.

Discussie

Na de bespreking van de diagnostiekcijfers in de Utrechtse situatie, die de conclusie toelaten dat zowel specialisten als huisartsen een toenemend gebruik maken van diagnostische middelen, blijft de vraag waarom het toenemende gebruik van diagnostiek door huisartsen niet direct tot een verminderd gebruik van diagnostische tests door specialisten heeft geleid.

Immers, wanneer huisartsen een diagnostisch centrum eerst zouden gebrui-

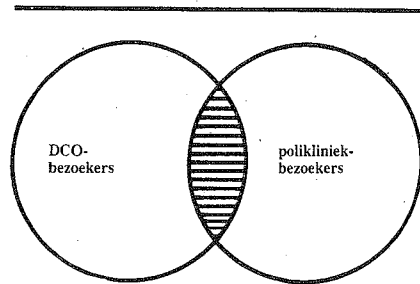
Tabel 4. Gemiddelde poliklinische laboratoriumproductie in 34 algemene ziekenhuizen, 1980-1981; indexcijfers tussen haakjes.

	1980	1981
poliklinisch exclusief huisartsen	584.782 (100)	601.988 (103)
huisartsen	129.874 (100)	147.131 (113)
totaal	714.656 (100)	749.119 (105)
aandeel huisartsen poli	18,2%	19,6%

ken om een duidelijker beeld van de patiënt te krijgen alvorens naar een specialist te verwijzen, dan is bij die verwijzing het meeste diagnostische voorwerk al gedaan en kan de specialist met veel minder diagnostiek volstaan.

Uit het DCO-onderzoek is gebleken dat maar een beperkt aantal (minder dan 5%) van de patiënten die het DCO bezoeken voor dezelfde klacht ook bij de polikliniek van Oudenrijn terecht komt. Het omgekeerde geldt overigens ook voor de patiënten die onder behandeling bij een specialist zijn: minder dan 5% van deze mensen bleek in de maanden voorafgaand aan het bezoek aan de polikliniek bij het DCO te zijn geweest (zie *schema*).

Onze conclusie is dan ook, dat de DCO-bezoekers voor het overgrote deel patiënten zijn die onder de invloedssfeer van de huisartsgeneeskunde vallen. De huisarts heeft diagnostische tests in zijn dagelijkse routinewerkzaamheden opgenomen; de patiënten die voorheen naar de polikliniek werden gestuurd komen daar ook nu nog terecht. Door de geringe overlap tussen patiënten die naar het DCO gaan en patiënten die op de polikliniek terecht komen, zal de mogelijk op-



Schema. DCO-bezoek en polikliniekbezoek

trekende substitutie van diagnostische middelen niet opvallen binnen het totaal van alle diagnostische tests.

Het openstellen van een gemakkelijk toegankelijke diagnostische voorziening heeft in Utrecht dus *niet* geleid tot verticale substitutie, noch in termen van diagnostische verrichtingen noch in termen van een aantoonbare vermindering van het aantal verwijzingen. *Wel* is er een duidelijke horizontale substitutie opgetreden.

Verder kan worden gesproken van een duidelijke toename van het gebruik van diagnostische verrichtingen. Van een ac-

tieve invoering van diagnostische centra mag daarom vooral een kostenverhogend effect worden verwacht⁹.

Noten

1. Hoefnagels K.L.J. Rationalisering van de intramurale gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1982; 37: 503-7.
2. Eindrapport Commissie Structuur Honorering Medische Specialisten, Leidschendam, augustus 1982.
3. Financiële Statistiek. Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI).
4. Peters J.H. Samenwerking eerst- en tweedelijnsgezondheidszorg. Proefschrift. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982. Zie ook de samenvatting van dit proefschrift in MC nr. 22/1982, blz. 655.
5. Van een groep huisartsen die qua verwijzingen duidelijk op het ziekenhuis Oudenrijn was georiënteerd werd nauwkeurig geanalyseerd hoe de ontwikkeling van de diagnostiek verliep. Daarbij werd ook de productie van het huisartsenlaboratorium betrokken. Helaas kon het totale volume van de laboratoriumdiagnostiek bij het SAL voor de regio Utrecht niet worden vastgesteld (zie voor meer details het rapport 'Huisarts en Diagnostisch Centrum').
6. Verrichting plus interpretatie.
7. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Advies inzake Diagnostische Centra. Rijswijk, juli 1974.
8. Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen. Staatstoezicht op de Volksgezondheid Geneeskundige Hoofdininspectie, VOMIL, CBS, NZR, NZI.
9. Grijn D. van der, Wijk D. Huisarts en Diagnostisch Centrum. Utrecht: NHI/NZI, 1982.

Patiëntenperikel

Niet(s) mis

Pilcontrole. Mijn angst voor het gebeuren-op-zich is de laatste tijd veranderd in een angst voor de toekomst. Wanneer krijg ik te horen dat er echt iets mis is? Onderzoek: geen bijzonderheden; uitstrijkje: geen bijzonderheden; bloeddruk: normale waarden; weegschaal: wijst 6 kg boven de voor mij normale waarde aan . . .

Hoewel ik nooit het genoegen heb kunnen smaken rond het ideale gewicht te schommelen, vraag ik mij toch af of hier echt (n)iets mis is! Na de voorlaatste controle met een dieet begonnen: geen probleem. Drie maanden later: problemen met volhouden. Laatste controle: grote problemen met volhouden, wat de weegschaal objectief bevestigde. Opnieuw een serieuze poging ondernomen.

Drie maanden later krijg ik de volgende uitspraak onder ogen: 'Het leven is een pil, die niemand durft inslikken als zij niet in een capsule zit' (Dr. Johnson, Johns. Misc. 1897, 1,205). Ik ben getroffen door de overeenkomst van mijn situatie. Waarom zou het voor mij niet kunnen betekenen: 'Het leven is zwaar als je verzuchtig bent' – en omdat ik er tegen opzie zo verder te moeten, vraag ook ik om de capsule die Els zo goed heeft geholpen bij het lijnen. Jaren geleden had ik een reden om een taboe te doorbreken en om 'de pil' te vragen, waarom zou ik niet weer een taboe doorbreken en om die capsule vragen nu ik een reden heb om te vermageren?

De geschiedenis herhaalt zich. Ook deze keer ben ik onzeker en deel mijn huisarts het doel van mijn komst via een omweg mede, gebruik makend van de uitspraak en mijn uitleg ervan. Hij glimlacht op dezelfde manier als toen, vraagt, vertelt en onderzoekt een aantal dingen en geeft ook nu het met zoveel taboes omgeven doch zo zeer verlangde recept. Deze houding schenkt mij het nodige vertrouwen en dat is niet mis.

Korte door patiënten geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.