



Prof. Dr. J. C. van Es

7509

Tussen eerste en tweede lijn

Specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde zijn steeds meer geïsoleerd van elkaar tot ontwikkeling gekomen. Specialisatie en subspecialisatie, concentratie van apparatuur en het ontbreken van een financiële rem hebben het ziekenhuis als organisatie op zichzelf tot bloei gebracht. Evenzo vormen verreweg de meeste huisartsen ieder voor zich op zichzelf staande (micro)organisaties. De laatste tien jaar lijkt de afstand tussen huisartsen en specialisten eerder groter dan kleiner te zijn geworden. Hoe kunnen zij structureel weer dicht bij elkaar worden gebracht? Als aanzet tot een antwoord op die vraag analyseert Prof. Dr. J. C. van Es de patiëntenstroom. Hij knoopt daar een beschouwing over het beleid dat ten aanzien van de onderscheiden patiëntencategorieën nodig zou zijn aan vast. Zijns inziens gaat het er daarbij uiteindelijk om van eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg een organisatorische eenheid te maken voor zover het hun samenwerking betreft.

Thorbecke dacht in 1856 één soort artsen te laten ontstaan, met gelijke bevoegdheden en gelijke capaciteiten. Dit is een illusie gebleken. Sinds de eeuwwisseling heeft de geneeskunde zich in een zeer snel tempo ontwikkeld tot een superspecialistische geneeskunde, wier huidige verschijningsvorm door vier, onderling samenhangende factoren is bepaald:

1. De medische wetenschap is door eigen impulsen, maar vooral door impulsen uit belendende wetenschapsgebieden tot ontwikkeling gekomen.
2. Deze ontwikkeling is hand in hand gegaan met technologische ontwikkelingen, die zowel op het gebied van de research als op het uitvoerende vlak van onderzoek en behandeling een verbluffende ontwikkeling mogelijk hebben gemaakt.
3. De snel toenemende welvaart heeft het mogelijk gemaakt al deze zaken te betalen: ziekenhuis, laboratoria, technische uitrustingen.
4. Het verzekeringsstelsel heeft het bovendien mogelijk gemaakt dat deze ver-

worvenheden in principe voor iedereen toegankelijk werden.

Deze vier factoren zijn er mede oorzaak van geweest dat de specialistische en de huisartsgeneeskunde steeds meer geïsoleerd van elkaar tot ontwikkeling kwamen. Immers:

1. De wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde dwong tot een steeds verdergaande specialisatie en subspecialisatie, terwijl de huisartsgeneeskunde zich noodzakelijkerwijs en per definitie met het gehele terrein van de gezondheidszorg moest bezighouden. Deze situatie werd mede veroorzaakt door de conceptie die tot nu toe stand heeft gehouden dat patiënten in eerste instantie generalistische hulp moeten zoeken en ontvangen en pas – zo nodig – in tweede instantie naar een specialist moeten worden verwezen.
2. De technologie, die steeds meer grondslag van de specialistische geneeskunde ging vormen, vergde concentratie in ziekenhuizen waar de apparatuur kon worden ondergebracht. De huisarts daarentegen moest zo dicht mogelijk bij de patiënt blijven werken.
3. De welvaart en de algemene tendens in de samenleving om aan de technologie een hoge waardering te schenken, maakten dat een relatief groot deel van de gelden naar de specialistische geneeskunde toevloede. Deze werd, door de intramurale opstelling en door de technologische eisen, vergelijkenderwijs het duurst.
4. Daarbij komt dat in het verzekeringsstelsel tot voor enkele jaren geen enkele financiële rem was ingebouwd, waardoor de kosten zonder externe beïnvloeding bleven toenemen. Dit proces werd nog extra gestimuleerd door het honoreringstelsel van huisarts en specialist, dat de stroom van de eerste naar de tweede lijn bevordert in tegenstelling tot de weg terug.

Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het ziekenhuis een organisatie op zichzelf is geworden: weliswaar worden patiënten van buiten aangevoerd, maar hetgeen er verder met hen gebeurt is een betrekkelijk autonoom en voor de rest van de wereld afgesloten proces. Dit functionele isolement van het ziekenhuis wordt ook nog bevorderd door de omstandigheid dat ziekenhuizen noodgedwongen – gedwongen door de schaal-

vergroting en door de complexiteit van de functies – ook een sterke bureaucratisering hebben ondergaan.

Het merendeel van de huisartsen werkt onder volstrekt andere omstandigheden. Hoewel zij in toenemende mate binnen de eerste lijn mogelijkheden tot samenwerking, zowel met andere huisartsen als met andere hulpverleners uit andere disciplines, ontmoeten, is de overgrote meerderheid van de huisartsen toch een solistische werker en vormt evenzeer een (micro) organisatie op zichzelf.

Afstand huisarts-specialist structureel

De afstand tussen huisartsen en specialisten lijkt de laatste tientallen jaren eerder groter dan kleiner te zijn geworden. Dit is in de eerste plaats een gevolg van de beschreven werksituatie. Toen ik vijfendertig jaar geleden huisarts werd was die afstand kleiner: men kende elkaar persoonlijk, de aantallen specialisten waren nog niet zo groot. Er waren mogelijkheden om elkaar te ontmoeten: in de koffiekamer van het ziekenhuis. De schaalvergroting en de werkbelasting en de wijze van werken hebben dergelijke contacten vrijwel onmogelijk gemaakt. Ooit had ik toegang tot de poliklinische faciliteiten van een ziekenhuis voor kleine ingrepen en af en toe assisteerde ik bij operaties van eigen patiënten – dat is nu volstrekt ondenkbaar. Even ondenkbaar is nu het specialistische consult ten huize van de patiënt; de specialist kan daar volgens zijn zeggen vrijwel niets aan doen, omdat de ziekenhuisoutillage onmisbaar is voor zijn diagnostiek en behandeling. Deze achtergronden zijn mijns inziens sterk bepalend voor de aard van de huidige gezondheidszorg. Duidelijk is dat bestaande problemen niet primair voortkomen uit persoonlijke verhoudingen, maar uit structurele en culturele achtergronden.

Ook andere functionarissen ondervinden problemen in de samenwerking, die voor een deel voortspruiten uit dezelfde factoren die voor artsen gelden. De samenwerking van wijkverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen uit de ziekenhuizen is vooral gericht op het waarborgen van continuïteit in de verpleging. Het functioneren van deze communicatie lijdt vaak onder de omstandigheid dat beide functionarissen niet in één organi-►

satorisch circuit zijn opgenomen. Het ziekenhuismaatschappelijk werk, voor zover aanwezig, heeft eveneens problemen over de wederzijdse informatie over patiënten. Ook hier bestaan vaak verschillende invalshoeken waarmee naar een patiëntenprobleem wordt gekeken. De problemen die in het algemeen bij het maatschappelijk werk bestaan, en die niet in de laatste plaats samenhangen met identiteitsproblemen, werken zeker door in de samenwerking intramuraal-extramuraal.

We belanden hiermee bij de vraag hoe de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg structureel beter op elkaar kunnen worden afgestemd dan thans geschiedt. Want daar mankeert wel wat aan:

- in het oog van de artsen zelf. Uit een verslag van de verkennende ronde van het Nationaal Ziekenhuisinstituut las ik dat de huisartsen als knelpunten zien het laat terugverwijzen van patiënten, inadequaat berichtgeving en interne doorverwijzing. De wijkverpleegkundigen hebben problemen met de continuïteit in de zorg en met onduidelijke selectiecriteria voor de nazorg. Het maatschappelijk werk heeft analoge problemen, die zich concentreren op gebrekkige wederzijdse informatie.
- in het oog van de overheid. De eersteelijnsgezondheidszorg vertoont te wijde mazen, waardoor te veel wordt overgedragen aan de - veel duurdere - tweedelijnszorg.

Patiëntencategorieën en taakverdeling intramuraal-extramurale zorg

De vraag is dus: hoe kunnen we een voor beide echelons bevredigende werksituatie scheppen waar de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd en de kosten van die zorg afnemen?

Om te beginnen lijkt het mij goed de stroom van patiënten van eerste naar tweede lijn niet als één amorf massa te zien, maar hierin differentiatie aan te brengen. Als ik mij tot deze patiënten beperk en het grootste deel van de patiënten die door de huisarts, al of niet in samenwerking met wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, fysiotherapeut en anderen, kunnen worden geholpen buiten beschouwing laat, dan kunnen zeer globaal vier categorieën patiënten worden onderscheiden:

categorie 1: ongevalspatiënten die of via verwijzing, of rechtstreeks hulp bij het ziekenhuis zoeken;

categorie 2: patiënten met klachten en

symptomen die door de huisarts redelijk goed kunnen worden behandeld, maar die een specialistische behandeling vergen. Hieronder valt een groot aantal verwijzingen naar oogarts, KNO-arts, chirurg, vrouwenarts;

categorie 3: patiënten ten aanzien van wie de huisarts met betrekking tot de diagnose in meerdere of mindere mate in het ongewisse blijft: zijn diagnostische capaciteiten schieten te kort. Een verwijzing naar een van de - vooral interne - specialismen kan in een aantal gevallen uitkomst bieden;

categorie 4: patiënten met een chronische aandoening en bij wie langdurige specialistische hulpverlening noodzakelijk of gewenst is.

De rolverdeling tussen intra- en extramuraal zorg is voor deze vier categorieën verschillend. Ik wil deze successievelijk bespreken.

Categorie 1, de eenvoudigste, wordt gevormd door de ongevalspatiënten. De eerstelijnsgezondheidszorg vertoont voor deze patiënten wel een aantal lekken. Mede daardoor is het beeld ontstaan dat men voor eerste hulp naar het ziekenhuis moet gaan. Door deze rechtstreekse gang ontbreekt de voorselectie van de patiënten, het scheiden van de patiënten die wel en die niet in het ziekenhuis thuishoren.

Om hierin verbetering aan te brengen zullen de huisartsen een 7 x 24-uurs bereikbaarheidsdienst moeten waarborgen. Dit kan nooit door huisartsen individueel worden bereikt. Nodig is dus een vorm van samenwerking die voor patiënten doorzichtig is, zodat zij weten waar zij naar toe moeten gaan, terwijl met moderne communicatiemiddelen de bereikbaarheid van de huisartsen kan worden gewaarborgd. Dit vergt organisatorische en technische maatregelen. Er wordt ook wel eens gesuggereerd - en op een plaats in Amsterdam worden daar pogingen toe ondernomen - huisartsen bij toerbeurt een EHBO-post te laten bezetten. Ik vind dit een minder geslaagde oplossing, omdat huisartsen hierdoor meer dan één werkplek krijgen: de eerste hulp moet juist in hun dagelijkse werk worden geïntegreerd en als het ware meelopen met de hulp die zij ook bij andere spoedeisende gevallen bieden. Werkt zo'n systeem eenmaal goed, dan zullen zich bij de poort van het ziekenhuis alleen nog maar patiënten melden die daar gezien de ernst van het letsel thuishoren.

Categorie 2 wordt gevormd door patiënten die volgens de huisarts een behandeling moeten ondergaan: een liesbreukoperatie, tonsillectomie en zo meer. Met betrekking tot deze categorie van patiënten bestaan over het algemeen relatief weinig problemen als het om een aandoening gaat die door de behandeling definitief kan worden genezen: de patiënt wordt verwezen, behandeld en na relatief korte tijd uit de behandeling ontslagen. Toch wil ik enkele kanttekeningen bij de hulpverlening aan deze categorie patiënten plaatsen.

In de eerste plaats is het van belang na te gaan in hoeverre de herstelfase na een behandeling in het ziekenhuis moet worden doorgebracht; met andere woorden: kan de opnameduur in een aantal gevallen niet drastisch worden ingeperkt en kan zelfs in een aantal gevallen niet worden overgegaan tot een dagbehandeling? Dit vergt echter wel een verantwoorde nazorg thuis. De huisarts zal in staat moeten zijn het genezingsproces kritisch te volgen en mogelijke complicaties vroegtijdig te herkennen. De overdracht van de patiënt door de specialist aan de huisarts vergt een zorgvuldige communicatie. De specialist moet bereid zijn eventuele specifieke aandachtspunten te formuleren. De huisarts moet bereid zijn deze taak op zich te nemen en zich zo nodig hiervoor verder te bekwamen.

Er zijn echter ook gevallen waarin bij een in het ziekenhuis liggende hulp van een andere deskundige nodig is ten gevolge van een intercurrente aandoening waarvoor de patiënt, als hij niet in het ziekenhuis zou liggen, de huisarts zou raadplegen. In dergelijke gevallen is het efficiënt de huisarts van de in het ziekenhuis liggende patiënt de aandoening te laten behandelen. Door zijn specifieke kennis van ziekten en van de betreffende patiënt is hij ook de eerstaangewezene om dit te doen; het enige verschil is dat de patiënt niet in zijn eigen maar in een ziekenhuisbed ligt. Om dit mogelijk te maken moet het ziekenhuis de huisarts in deze rol aanvaarden en hem het werken ook mogelijk maken. Dit vergt eveneens organisatorische maatregelen, die een mentaliteitsverandering van huisarts, specialist en verpleegkundig personeel moet ondersteunen. Ook daar kom ik op terug.

Vooral bij dagverpleging en bij een vroegtijdig ontslag van patiënten is de samenwerking van wijkverpleegkundige en hoofdverpleegkundige in het ziekenhuis minstens even belangrijk. De verpleegkundige overdracht van de patiënt moet ►

perfect zijn en naadloos geschieden. Het welslagen van zo'n project zal hiervan in sterke mate afhankelijk zijn. Dit vergt, evenals de samenwerking van de artsen, een organisatorische onderbouwing. Het behoeft nauwelijks betoog dat ook de communicatie van huisarts en wijkverpleegkundige moet zijn gewaarborgd.

Categorie 3 omvat patiënten bij wie vooral diagnostische problemen bestaan. Het zal niet zelden gaan om de vraag of klachten berusten op een ziekteproces dan wel veel meer van functionele aard zijn. Een goed beleid met betrekking tot deze patiënten, bij wie inderdaad geen somatische afwijkingen worden gevonden die specialistisch ingrijpen nodig maken, is van fundamentele betekenis voor de gezondheidszorg. Het risico dat patiënten lopen is dat zij, als er niet op korte termijn somatische afwijkingen worden gevonden, in de medische molen worden doorgedraaid, waardoor het bekende syndroom van de somatische fixatie ontstaat. Dit zijn de patiënten die ten onrechte de gezondheidszorg belasten, daar niet, althans niet in de tweedelijnsgezondheidszorg, thuishoren.

Als het ergens nodig is dat huisartsen en specialisten een goed gezamenlijk beleid uitstippelen, dan is het wel ten aanzien van deze categorie patiënten. Het draaipunt van het beleid is de patiënt zo goed mogelijk inzicht te geven in de mechanismen die tot klachten aanleiding geven. Het beleid moet erop gericht zijn het probleemoplossend vermogen van de hulpzoekende te vergroten en de klacht zoveel mogelijk te demedicaliseren, om dat woord maar eens te gebruiken. De huisarts kan hieraan met zeer veel vrucht met maatschappelijk werkenden samenwerken.

Welke structurele maatregelen kunnen worden genomen om de terugverwijzing van deze patiënten te bevorderen? Mijns inziens zijn er tenminste twee maatregelen die een gunstige invloed kunnen hebben. In de eerste plaats zou er in een formeel overleg tussen huisarts en specialist, bijvoorbeeld uiterlijk een maand na de verwijzing, waarin de beleidsbepalende factoren aan de orde dienen te komen, een beleid kunnen worden uitgestippeld. Een dergelijk overleg kan voorkómen dat te lang één spoor wordt gevolgd; het overleg dwingt ook tot bewustwording, waartoe het wederzijdse karakter kan bijdragen. In de tweede plaats heeft het zin een zo langzamerhand al belegen plan uit te voeren: het invoeren van een verwijskaart die slechts één maand geldig is, en die - voeg ik eraan toe - niet mag

worden verlengd voordat het formele overleg heeft plaatsgevonden. Naast deze verwijskaart met korte looptijd zou dan tevens een consultkaart kunnen worden ingevoerd: in een aantal gevallen zijn patiënt en huisarts al geholpen met één consultatie.

Categorie 4 betreft de patiënten met een chronische aandoening, bij wie permanente of intermitterende hulp van de specialist gewenst of noodzakelijk is. Dit zijn dus die patiënten die óf aan een ziekteproces zijn onderworpen dat een periodieke expertise vergt, bijvoorbeeld een aantal progressieve neurologische ziektebeelden, óf een behandeling ondergaan die specialistisch toezicht vergt, bijvoorbeeld maligne aandoeningen.

Niet alle lijders aan een chronische aandoening behoeven deze specialistische begeleiding. Juist een aantal frequent voorkomende aandoeningen, zoals hypertensie en bepaalde vormen van diabetes moeten door de huisarts kunnen worden begeleid. De opleiding en de nascholing van huisartsen moeten onder andere bewust op de hulpverlening aan dergelijke patiënten zijn gericht; dan wordt de pyramidale opbouw van onze gezondheidszorg ook een feit.

Hoewel het accent van de behandeling bij deze categorie van patiënten, méér dan bij de andere categorieën, bij de specialist ligt, is toch overleg over deze patiënten noodzakelijk. Immers: de huisarts zal de thuisverblijvende patiënten toch terzijde moeten staan. Hij wordt dan geconfronteerd met plotselinge veranderingen in het ziekteproces, met bijwerkingen van de behandeling, met intermitterende aandoeningen, psychische en sociale problemen, die al of niet met het ziek zijn samenhangen. En als verdere therapie zinloos lijkt te zijn geworden, komt de medische zorg weer vooral op de schouders van de huisarts terecht. En niet alleen op die van de huisarts, maar nog meer op die van de wijkverpleegkundige, soms ook op die van de maatschappelijk werkende. De taakverdeling tussen ziekenhuis en specialist enerzijds en huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, gezinszorg en maatschappelijk werkende anderzijds moet goed worden geregeld. Hiertoe is periodiek overleg nodig: in de loop van een ziekteproces doen zich immers veranderingen voor, zowel geleidelijk als plotseling. Dit overleg, vooral het overleg tussen huisarts en specialist en tussen wijkverpleegkundige en hoofdverpleegkundige moet praktisch zijn.

Een voorwaarde voor dergelijk overleg is

dat beide partijen goed van elkaar weten wat de behoeften van de ander zijn, zich daarin kunnen inleven. Dit vergt ook inzicht in elkaars werkerrein en werkwijze. Hier ligt een belangrijke taak voor de respectieve opleidingen.

Organisatorische eenheid waar zinvol

We hebben naar aanleiding van vier categorieën patiënten nagegaan welk beleid ten aanzien van deze patiënten nodig is. Er is een aantal condities genoemd dat moet worden vervuld om tot een goede hulpverlening te komen. Het lijkt me goed ter afsluiting al die condities, wensen, nog eens op een rij te zetten en met elkaar in samenhang te brengen. Het gaat er daarbij uiteindelijk om van eerste en tweede lijn een organisatorische eenheid te maken voor zover het hun samenwerking betreft. Ik maak daar deze restrictie bij, omdat de overgrote meerderheid van het werk van de huisarts, de wijkverpleegkundige en de huisarts zich buiten deze samenwerking afspeelt: buiten het ziekenhuis wordt 85% van de gezondheidsproblemen afgedaan zonder dat het ziekenhuis er ooit bij wordt betrokken. Dit gegeven heeft als gevolg dat het niet zinvol is van de eerste en de tweede lijn één complete organisatie te maken. Wat kan dan wel de communicatie, de samenwerking, de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn bevorderen en het werk zo verdelen dat het zo efficiënt en zo effectief mogelijk gebeurt?

a. Deze doelstellingen moeten in de eerste plaats tot uitdrukking komen in protocollen. Over de protocollaire geneeskunde wordt veel gedacht, gesproken en gestudeerd. De protocollen die worden gemaakt beperken zich vaak tot hetgeen in de eerste, of in de tweede lijn moet gebeuren. Wat persé nodig is is de vorming van wat ik *elliptische protocollen* zou willen noemen: protocollen met twee brandpunten. Die brandpunten zijn de eerste en tweedelijnszorg. Een kenmerk van een ellips is dat de som van de afstanden van ieder punt van de ellips tot de twee brandpunten gelijk is, alleen is de verdeling van die som in twee delen verschillend. Zo ook bij deze protocollen: de totale zorg is goed en is in wisselende mate over eerste en tweede lijn verdeeld. In plaatsen met meer dan één ziekenhuis zal een huisarts zich op één ziekenhuis moeten concentreren. Het ziekenhuis zal voor huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende hierdoor min-

der terra incognita worden dan het nu vaak is. De afstand kan ook kleiner worden als de huisarts, zoals bepleit, patiënten in het ziekenhuis zal onderzoeken en behandelen voor intercurrente aandoeningen. Huisartsen zullen zich dan moeten voegen naar de regels van de ziekenhuisorganisatie.

We kwamen al tot de conclusie dat de raakvlakken van intra- en extramurale gezondheidszorg slechts partieel zijn. Het is goed alle afspraken en regelingen in een *contract* tussen huisarts en ziekenhuis c.q. specialisten vast te leggen. Dit is niet iets om mee te beginnen: een contract moet de formele bezegeling zijn van hetgeen men doet. Maar dan maakt een contract uit dat de afspraken niet vrijblijvend meer zijn.

Het hier genoemde kan nooit goed functioneren als het niet ook zijn weerklink vindt in de structuur van de honorering. Het huidige systeem is daarvoor niet geschikt: de honorering per patiënt voor huisartsen en de honorering per verrichting voor specialisten bevorderen een eenzijdige stroom van patiënten. Daarentegen kan de budgetfinanciering een tegengestelde beweging op gang brengen, evenals het degressieve systeem in de specialistenhonorering. Wat nodig is is een *honoreringstelsel* waarin de beoogde taakverdeling tot uitdrukking

wordt gebracht, dus niet een systeem waarmee – om het wat bot te zeggen – wordt bevorderd dat men taken naar zich toetrekt of juist naar de ander afschuift. Ik zou niet bij machte zijn een uitgewerkt systeem op tafel te leggen, maar enkele elementen wil ik wel noemen:

– Het verdient overweging voor huisartsen een gemengde honorering in te voeren op de manier zoals dat in Denemarken is gebeurd: een basishonorering per ingeschreven patiënt en een honorering voor bepaalde verrichtingen. Men kan de vervulling van bepaalde taken stimuleren door deze in het verrichtingensysteem op te nemen.

– Te overwegen zou zijn ook specialisten te honoreren voor bepaalde problemen waarover de zorg van de huisarts zich niet uitstrekt. Of voor specialisten dan tevens een basishonorarium aantrekkelijk zou zijn kan ik absoluut niet overzien. Wel lijkt het me goed de systematieken van de honorering van huisartsen en specialisten meer identiek te doen zijn.

b. Een ander heet hangijzer is de *samenwerking binnen de eerste lijn*, die een voorwaarde is voor een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Waar de samenwerking goed is wordt dit hoofdzakelijk bepaald door de persoon-

lijke relaties. De huidige structuur ondersteunt die samenwerking vrijwel niet, ondanks allerlei verbanden die wel worden gelegd. Het kan zo ook niet goed: de huisarts als vrije ondernemer, de wijkverpleegkundige in dienst van een kruisorganisatie en de maatschappelijk werkende in weer een andere organisatie, en dan ieder met een verschillende patiënten-, of cliëntenpopulatie. Willen we op den duur landelijk de samenwerking bevorderen, dan zal er binnen de eerste lijn heel wat moeten veranderen.

Besluit

Veel van wat hier werd betoogd kan niet van vandaag op morgen worden verwerkt. Om tot beleidvolle veranderingen te komen moet aan twee voorwaarden worden voldaan: men moet het *willen* en men moet een *helder beeld* hebben van wat men wil. ■

Het hier gereproduceerde artikel is een bewerking van een voordracht, gehouden op het symposium 'Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg' in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk, september 1984.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Hij keek ernaar

Tot mijn schrik ontdekte ik, een paar dagen voor een verblijf van vier weken in Spanje, op het preputium van mijn penis een kleine wrat. Ik vreesde dat het dingetje nog eens zou uitgroeien tot bloemkoolformaat. In elk geval wilde ik er weer zo snel mogelijk vanaf.

Ik belde een chirurgisch assistent in een naburig ziekenhuis, met de bedoeling een afspraak te maken voor excisie. Tot mijn verbazing moest deze assistent eerst overleggen met één der chirurgen. Even later kreeg ik te horen dat die er niet voor voelde; ik moest maar 'naar de dermatoloog voor podophyline'.

De volgende dag bezocht ik het spreekuur van mijn huisarts en legde hem mijn probleem voor. Hij keek ernaar vanuit zijn stoel en over zijn bureau en vroeg: 'Maar wat voor last heb je daar nu verder van?' Niks natuurlijk, alleen hebben condylomata accuminata een onuitwisbare indruk op mij gemaakt. Daarop kreeg ik te horen dat het geen primair affect leek en dat we rustig even konden afwachten. Mocht het ding onverhoopt groter worden, dan was het nog vroeg genoeg om hem weg te branden. Vervolgens begon mijn huisarts een gesprek over mijn problemen met het verwerven van een huisartspraktijk, en aangezien ik nu ook niet bepaald brandde van verlangen om mijn geslachtsdeel te laten brandmerken liet ik het maar zo. Maar ik kwam ontevreden thuis: mijn wrat zat er nog en ik wilde er nog steeds vanaf.

's Avonds was ik alleen. Ik heb de ingreep toen maar zelf verricht, in de slaapkamer en barstend van de zenuwen. Gelukkig is de operatie goed verlopen en is het wondje in alle rust restloos genezen.

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