

altijd'. Maar evenzogoed waren er momenten dat ik me afvroeg waarom ik het anders doe en of dat wel zinvol is. De diverse auteurs nemen je bij de hand en voeren je door het hele diagnostische en therapeutische proces heen. De route is geïllustreerd met patiëntenverhalen en overzichtelijke tabellen. De hoofdstukken zijn goed los van elkaar te lezen. Als huisartsen denken we vaak dat het goed voor specialisten is om te weten hoe een huisarts denkt. In dit boek komt ook het omgekeerde voor. Ik kreeg meer begrip van de denkwereld van een specialist. Dat ik niettemin hierna een viertal kritische kanttekeningen plaats, doet niets af van de aanbeveling dit boek te kopen en er een paar uur lees- en denkplezier aan te beleven.

Het is al lange tijd bekend dat ervaren en onervaren artsen dezelfde strategieën gebruiken om diagnostische problemen op te lossen. Zij verschillen wel in de organisatie van hun kennis. Aan het eind van de medische opleiding zijn ongeveer een miljoen feiten aan ons brein toegevoegd. Door ervaring leren artsen deze enorme kennisbank beter te organiseren en vinden zij steeds sneller en efficiënter de correcte route naar de juiste kennis, passend bij het specifieke probleem. De auteurs besteden relatief weinig aandacht aan dit typische verschil tussen ervaren en onervaren artsen en aan de mogelijke theoretische verklaringen daarvoor.

Cultuur en gezondheid zijn nauw met elkaar verbonden. Patiënten vertellen ons slechts een deel van hun verhaal omdat ze gemerkt hebben wat wij belangrijk vinden en wat niet. Allochtone patiënten interpreteren hun ziektesymptomen binnen een andere cultuur. Artsen dienen in staat te zijn die cultuurkloof te overbruggen en dat is meer dan een taalbarrière. Omdat allochtone patiënten vaak een substantieel deel uitmaken van de praktijk, lijkt een hoofdstuk over deze ingewikkelde materie toch wel op zijn plaats. Artsen maken fouten, waarschijnlijk zelfs tamelijk vaak. Het gaat dan meestal niet om zeldzame ziekten, maar om het atypisch beloop van veel voorkomende ziek-

ten. De meeste fouten in de huisartsenpraktijk worden in de diagnostische fase gemaakt. Het lijkt zinnig in een volgende druk aandacht te besteden aan fouten in het klinisch redeneren. Welke denkfouten worden vaak gemaakt en hoe zijn die te voorkomen?

Het boek hanteert het biopsychosociale ziektemodel waarbij naast de biologische ook de sociale en psychologische dimensies van het ziekzijn een rol spelen. Aandacht voor de ziektebeleving en voor de vraag hoe patiënten omgaan met hun chronische klachten hoort daarbij. Dat nogal wat patiënten voor hun klachten oplossingen zoeken in de alternatieve sector en daar deels tevreden mee zijn, is een maatschappelijk gegeven. Daarom staat er in het *Raamplan* dat artsen moeten beschikken over kennis van de aard en de betekenis van alternatieve geneeswijzen. Van artsen wordt dus niet verwacht dat ze instemmen met alternatieve oplossingen, maar wel dat ze met respect voor de opvattingen van de patiënt kunnen communiceren over dit onderwerp. De ene bladzijde die dit boek hieraan besteedt, doet naar mijn mening tekort aan deze maatschappelijke realiteit.

Erik Stolper

Implementatie WGBO

Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO. Van Wet naar Praktijk. Implementatie van de WGBO. Rapport in vier delen. Te bestellen bij KNMG, afdeling Beleid en Advisering, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht. 375 pagina's. Gratis zo lang de voorraad strekt. ISBN 90-71994-34-1. Ook te downloaden van: www.knmg.nl/wgbo.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is in werking sinds 1995. Ze regelt de relatie tussen hulpverlener en de patiënt met nadruk op de rechten van de patiënt. Uit evaluatie na 5 jaar bleek dat artsen weliswaar globaal de wet naleven, maar in specifieke situaties toch te weinig vaardigheden en kennis hebben, naast een algemeen bestaande weerstand tegen juridische regels. Om de implementatie van de WGBO in het veld te verbeteren is onder

auspiciën van een aantal koepelorganisaties waaronder de KNMG een implementatieprogramma voorbereid. De opzet met een stuurgroep, projectgroep, taakgroepen en een klankbordgroep doet denken aan een CBO-consensusprocedure. Dit rapport in vier delen is het resultaat van al deze activiteit en is bestemd voor hulpverleners én patiënten.

Voor implementatie van wettelijke regels zijn brochures en publicaties in vakbladen onvoldoende; de regels moeten ingebed worden in opleiding, nascholing, organisatie en kwaliteitsprogramma's zoals visitatie. Het Implementatieprogramma heeft daartoe een aantal handleidingen, stroomdiagrammen en modelrichtlijnen ontwikkeld.

Het rapport bepleit een wetswijziging voor de bewaartermijnen; de WGBO loopt immers al achter bij de huidige situatie. Voor elektronisch opgeslagen dossiers is het vernietigen na de tien jaar die de WBGO aanbeveelt praktisch onmogelijk. Bovendien is het medisch dossier een belangrijke bron van informatie als het gaat om erfelijke aandoeningen.

In het deelrapport over informatie en toestemming gaan de auteurs uitgebreid in op situaties waarbij een arts te maken heeft met minderjarigen of wilsonbekwame patiënten. Het elektronisch patiëntendossier komt aan de orde wanneer het over de toegang tot patiëntengegevens gaat. Ook in een huisartsenpraktijk kunnen velen inzage in een dossier hebben: doktersassistente, praktijkondersteuner, spv'er en dit aantal wordt verveelvoudigd wanneer inzage wordt gegeven via waarneming in de centrale dokterspost...

Het rapport bevestigt nog eens dat een medisch dossier alleen die gegevens dient te bevatten die een voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Het dient dus niet te worden ingericht om bewijsvoering te verzamelen bij een schadeprocedure of als bron van informatie over de eerste ziektedag. De patiënt heeft wel weer het recht stukken toe te voegen of te laten vernietigen. Het rapport bespreekt de uitzonderingen.