

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](http://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.

Kennelijk heeft een wet van 4 pagina's tekst een discussie van 2 jaar en een rapport van 350 pagina's nodig om alle valkuilen en onduidelijkheden uit te leggen. Al lezende realiseerde ik me dat wat vroeger als gedragsregel gold, nu wettelijk verplicht is. Ik besef ook dat wij bijvoor-

beeld lang niet altijd aan de plicht tot informatie voldoen, al kunnen de NHG-patiëntenbrieven daar wel een rol bij spelen.

Ook voor de dagelijkse praktijk bevat het rapport veel nuttige informatie. Net als bij de NHG-Standaarden kent het drie

niveaus: essentie, verdieping en achtergrondinformatie. Wellicht verdient het aanbeveling om het rapport onder alle huisartsen te verspreiden om de toegankelijkheid te vergroten en zo de gewenste implementatie te bereiken.

*Gerrit Neomagus*

## Proefschriften

### Erectiestoornissen in de huisartsenpraktijk

*De Boer BJ. Erectile dysfunction in primary care; the ENIGMA-study [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2004. 160 pagina's. ISBN 90-90180080-X.*

In de eerste zin van het proefschrift van huisarts Bert-Jan de Boer staat dat er een sterk oraal medicijn is voor erectiele disfunctie. In hoeverre deze stelling samenhangt met de subsidie – zonder voorwaarden – van Pfizer blijft ongewis. De vragen die ten grondslag liggen aan dit proefschrift zijn: hoe vaak hebben mannen in Nederland erectiele disfunctie, welke mannen zijn dat en willen zij hiervoor hulp?

In zijn literatuuronderzoek vond De Boer nogal uiteenlopende prevalentiecijfers. Zesendertig onderzoeken – meestal uitgevoerd met behulp van vragenlijsten en/of interviews – zijn geselecteerd. De definitie van erectiele disfunctie en de leeftijdssamenstelling varieerden fors en daarmee ook de prevalentiecijfers (3%-52%). Factoren die positief gecorreleerd waren met erectiele disfunctie zijn: leeftijd, diabetes mellitus, hypertensie, hart- en vaatziekten, symptomen van de lagere

urinewegen, roken en medicijngebruik. De auteur toont aan dat het gebruik van verschillende vragenlijsten in een Nederlandse populatie vooral verschillen in prevalentie oplevert, maar niet leidt tot andere factoren die gecorreleerd zouden zijn met erectiele disfunctie. Om nu een beeld te krijgen van het vóórkomen van erectiele disfunctie bij mannen in Nederland heeft de auteur 5712 mannen boven de 18 jaar, uit 12 huisartsenpraktijken een vragenlijst gestuurd over erectiele disfunctie. Slechts 2117 lijsten werden getourneerd. De prevalentie van erectiele disfunctie was 17%. Ook hier werd een samenhang gevonden met leeftijd, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, afwijkingen aan de penis of in het kleine bekken en het gebruik van medicatie. Onder 151 non-respondenten (uit 500 geselecteerden) tussen de 40 en 70 jaar bleek de prevalentie maar 10% te zijn, wat het eerste prevalentiecijfer toch minder betrouwbaar doet lijken.

Bij de mannen met erectiele disfunctie bleek de helft organisch bepaald te zijn. Vijfentachtig procent van hen wil hulp, terwijl maar 10% die daadwerkelijk kreeg. Vervolgens gebruikt De Boer een heel hoofdstuk om een diagnostische regel te

ontwikkelen die discrimineert welke mannen erectiele disfunctie hebben en hulp willen. Hij presenteert een ingewikkeld model met 9 factoren. Als gewone huisarts lijkt het mij toch eenvoudiger om slechts 2 vragen te stellen: hebt u problemen met erecties en wilt u hulp? Het lijkt hier alsof de statistiek omwille van de statistiek gebruikt is.

Ook heeft hij nog 2551 vragenlijsten gestuurd naar mannen ouder dan 18 jaar met diabetes mellitus en/of hypertensie. Van deze lijsten waren er 1598 compleet en konden er 1429 worden gebruikt voor de analyse. Het is niet verwonderlijk dat de prevalentie in deze groep hoger was (37,5%) en het hoogst bij de mannen met beide aandoeningen (54%).

Dit proefschrift levert geen spectaculaire nieuwe gezichtspunten. Wel is erectiele disfunctie weer onder de aandacht gebracht, en blijkt dat een groot deel van de mannen met erectiele disfunctie wel hulp wil, maar die niet krijgt. Als huisarts moeten we het probleem wel bespreekbaar maken, zeker bij de risicogroepen. Of behandeling met dat sterke orale medicijn dan zinvol is, blijft een vraag die hier niet aangeroerd is.

*Roger Damoiseaux*