

Interdoktervariatie en protocollen

In general practice it is not only that the goal posts move during the game but the game itself can change.¹

De kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen staat volop in de belangstelling. Over het vaststellen en bevorderen van die kwaliteit verschijnen veel publikaties vanuit wetenschappelijke en beleidsmatige hoek. Het gaat daarbij steeds om een ingewikkelde problematiek, die bovendien ver weg lijkt te staan van de realiteit van alledag. Praktizerend huisartsen zullen die taaie kost dan ook graag ongelezen mee laten spoelen in de informatiestroom.

Toch kennen velen de irritaties over het handelen van collega's (bijvoorbeeld in waarneemsituaties), de twijfel of men wel voldoet aan de geïnternaliseerde normen van de leermeesters, en de verontwaardiging als men wordt beoordeeld op grond van incidentele gebeurtenissen of niet-valide criteria als globale verwijscijfers. Deze emoties niet laten voor wat ze zijn, maar ze gebruiken als aanzet voor introspectie, reflectie, discussie en aanpassing, is een moeizaam, maar uitdagend proces. En in dat perspectief is aandacht voor de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen wel degelijk van alledag.

Binnen het geheel van termen die gebruikt worden bij verhandelingen over de kwaliteit van het geneeskundig handelen, dienen twee begrippen in hun onderlinge samenhang te worden gezien: interdoktervariatie en protocollen.

Huisartsen verschillen vaak sterk in hun oordeel en handelen. Dit illustreert enerzijds de invloed van waardeoordelen, van persoonlijke (op de patiënt gerichte en van de huisarts afhankelijke) zorg en van een moeilijk definieerbaar begrip als klinisch oordeel. Anderzijds lijkt deze interdoktervariatie een struikelblok te vormen bij het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. Zeker voor buitenstaanders vormt een grote interdoktervariatie een aanwijzing dat het slecht gesteld is met het huisartsgeneeskundig handelen. Maar ook binnen de beroepsgroep wordt interdoktervariatie nogal eens negatief beoordeeld.

Het is echter zinvoller te erkennen dat interdoktervariatie bestaat en de consequenties van die variatie te analyseren. Heeft men het over diagnostisch of therapeutisch handelen? En bij welke klachten of problemen, bij welke patiënten en in welke situaties?² Vanuit een positieve benadering blijkt interdoktervariatie geen bastaard maar een raspaard van de huisartsgeneeskunde.

Deze benadering van interdoktervariatie mag niet

verhelen dat er in de dagelijkse praktijk, bij de intercollegiale toetsing en zeker bij het onderwijs, behoefte bestaat aan een duidelijke normering van het professioneel handelen. De roep om protocollen komt niet alleen voort uit budgettaire of dirigistische overwegingen, en het handelen in en met onzekerheid – dat zo kenmerkend is voor de huisartsgeneeskunde – mag geen a priori belemmering zijn om bepaalde facetten van het professioneel handelen te toetsen en te verbeteren. Protocollen kunnen daarbij een hulpmiddel zijn, maar men dient zich ook de beperkingen van dat hulpmiddel te realiseren.

Protocollen vormen een ideaalbeeld, een concreetisering van arbitraire waardeoordelen. Het gevaar bestaat dat een dergelijk, na literatuurstudie en theoretische discussies tot stand gekomen protocol gaat werken als een geïnternaliseerde superhuisarts, terwijl het oorspronkelijk was bedoeld als een provisorisch handvat voor onderwijs en onderzoek. Het is voorts de vraag in hoeverre protocollen een weerspiegeling vormen van het geheel van het huisartsgeneeskundig handelen. Zelfs na gerichte bijscholing blijkt een geselecteerde groep huisartsen slechts de helft van de obligaate geachte handelingen te verrichten.³

Voorkennis, het gezondheidsbeeld dat een huisarts zich gevormd heeft van een patiënt,⁴ en explorerende vaardigheden om de betekenis van de klacht en de hulpvraag te achterhalen, laten zich niet voegen in een protocol dat steeds aangrijpt op een laat stadium van een huisartsgeneeskundig consult. Bovendien kan een protocol moeilijk rekening houden met de continuïteit van de huisarts-patiënt relatie, die vaak leidt tot het uitsmeren van anamnese en onderzoek over meer consulten. Toch zijn deze elementen essentieel voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Het spel van de huisartsgeneeskunde overschrijdt steeds de lijnen die men op het veld heeft aangegeven.

Frans Meijman

¹ Anonymous. Clinical judgement [Editorial]. *J Royal Col Gen Pract* 1985; 35: 269.

² Lamberts H. Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 146-52.

³ Grol R, Mookink H, Schellevis F. Effecten van onderlinge toetsing. 1. Spreekuurgedrag van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 99-104, 124.

⁴ Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar basisinstrument voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 338-40.