

DE ALGEMEEN-PRACTICUS EN DE SPECIALIST

Prof. R. W. BROEKMAN

In een voorgaande publikatie (N. T. v. T. jaargang LXX afl. 8-9, 1963) werd door mij aandacht besteed aan het feit, dat het specialisatieproces in de wetenschappen zich in een verhoogd tempo eveneens in de geneeskunde heeft voortgezet en sedert enkele jaren ook in de tandheelkunde is binnengedrongen.

In genoemd artikel werd nogal eenzijdig het zwaartepunt der beschouwingen op de gevaren gelegd die een dergelijke overspecialisatie voor de toekomstige ontwikkeling kan hebben. Geëindigd werd met de opmerking, dat het erkennen dezer gevaren de mogelijkheid, maar ook de noodzakelijkheid inhoudt, om de ongunstige bijwerkingen tot een minimum te beperken. Een dergelijke opmerking dwingt wel bijna tot voortzetting der beschouwing.

Vooropgesteld dient te worden, dat wij reëel genoeg zijn om in te zien, dat het niet mogelijk is om zo'n splijttingsproces, dat men bijna als een biologisch groeiproces kan zien, te keren, afgezien van de vraag of dit, zó het al mogelijk was, verstandig zou zijn. Daartoe zijn de winstpunten ongetwijfeld te belangrijk. Het is echter een eerste vereiste om de uitlopers van ongewenste konsekwenties tot redelijke proporties in te snoeren en daarmee de bezwaren die eraan gebonden zijn zoveel mogelijk op te heffen of er althans aan tegemoet te komen. Het gaat er tenslotte om, te streven naar een zodanig samenspel tussen algemeen-practicus en specialist, dat het belang van de patiënt ermee gebaat is.

Uit de kring der algemeen-practici vraagt men zich af, soms niet zonder zorg, waar een voortgaande ontwikkeling naar misschien nóg meer specialismen in ons vak op den duur toe zal leiden. Deze zorg zou mede gebaseerd kunnen zijn op een vergelijking met de positie van de huisarts, die immers in de loop der jaren zijn werkzaamheden voor een groot deel door specialisten zag overgenomen. Aan G. J. BREMER (1) wordt ontleend, dat er in het jaar 1900 in geheel Nederland niet meer dan 136 specialisten gevestigd waren, een aantal dat in 1962 tot meer dan 4000 was opgelopen. Ook in vergelijking met het aantal huisartsen is er duidelijk sprake van een verschuiving der werkzaamheden. In 1900 was er op iedere 16 huisartsen 1 specialist, terwijl er in 1962 bijna evenveel specialisten als huisartsen (1.0 : 1.1) werkzaam zijn om de Nederlandse bevolking gezond te maken of te houden. Wanneer een dergelijk proces eenmaal op gang is, weet men niet wanneer het zal eindigen.

Een dergelijke snelle verandering in de onderlinge verhoudingen wordt begrijpelijk, wanneer men zich realiseert, dat een specialisme als de interne geneeskunde wordt aangevuld door een aantal deelspecialismen zoals hart- en vaatziekten, longziekten, maag- en stofwisselingsziekten, allergische ziekten en

reumatologie. Naast de algemene chirurgie zijn tot ontwikkeling gekomen de urologie, de plastische chirurgie, de neurochirurgie, de orthopedie en de kaakchirurgie. Onder dergelijke omstandigheden wordt het moeilijk om vast te stellen, of een patiënt met rugklachten naar de neuroloog, de internist, de orthopedist of de reumatoloog verwezen moet worden. Volgens BREMER¹ kwam in 1954 ROOYAARD tot de conclusie, „dat bijvoorbeeld een tuberculosepatiënt, die ten volle wil profiteren van de hedendaagse wetenschap en techniek, bij de behandeling met meer dan tien artsen te maken heeft, ongeacht de huisarts”.

En zal, om een voorbeeld te kiezen dat dichter bij ons werkterrein ligt, een patiënt met klachten in het kaakgewricht zich moeten richten tot de neuroloog, de kaakchirurg, de prothetist, de orthodontist of misschien zelfs de psychiater? In Amerika zijn nu al tandartsen die zich uitsluitend bezighouden met frontcorrecties en daarin een hoge graad van perfectie hebben bereikt. Verontrustende gegevens, wanneer men ze zou projecteren op de toekomstige ontwikkeling van de tandheelkunde, ook in ons land. Verontrustend bovendien, wanneer de ouderen onder ons zich herinneren hoe, vooral in de jaren na de eerste wereldoorlog, vele huisartsen een gevoel van onbehagen in de uitoefening van hun praktijk tot uitdrukking brachten in het schrijven van wanhoopsartikelen in hun vakbladen. In de „aphorismen” van SOER² leest men uit die jaren: „Het woord huisarts wordt langzaam maar zeker geschrapt van de lijst der eerbare beroepen”.

Deze verontrusting heeft echter bij de medici geleidelijk aan plaats gemaakt voor een hernieuwde oriëntatie, gepaard gaande met „een bezinning op de eigen functie en de eigen waarde voor de gemeenschap” (HUYGEN⁴). Dit neemt echter niet weg, dat de huisarts thans een geheel andere rol vervult in het verloop ener ziekte dan vroeger het geval was.

Hoewel de omstandigheden in de tandheelkunde uiteraard wel iets anders liggen dan in de geneeskunde, lijkt het toch gewenst, om aandacht te besteden aan het behoud van goede intercollegiale verhoudingen nu door het optreden van specialisten een nieuwe situatie in het uitoefenen van de praktijk is ontstaan. Bij iedere beschouwing over dit onderwerp dient men uit te gaan van de driehoeksverhouding patiënt-tandarts-specialist. Het is vanzelfsprekend, dat hierbij het belang en de rechten van de patiënt vooropgesteld moeten worden. De belangen van de tandarts en specialist zijn hieraan ondergeschikt evenals aan de intercollegiale verhoudingen en het aanzien der professie.

De codex voor beroepsethiek van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde biedt geen enkel houvast in de toekomstige ontwikkeling van de gewenste verhouding tussen algemeen-practicus en specialist. Wél treffen wij daarin een paragraaf aan over „gedragingen in gevallen, waarin een patiënt van tandarts verandert”. Met deze zin worden wij al direct geconfronteerd met de vraag, of een patiënt, die gedurende een aantal jaren door een orthodontist behandeld wordt, in deze tijd van „tandarts is veranderd”. Men zal onmiddellijk geneigd zijn om hierop ontkennend te antwoorden, omdat deze

patiënt voor een onderdeel der gebitsverzorging tijdelijk naar een hierin gespecialiseerde collega is verwezen of gegaan. Daaruit zou de gevolgtrekking gemaakt kunnen worden, dat de patiënt behalve patiënt van de huistandarts ook patiënt van de specialist is. Dit zou een bron van moeilijkheden kunnen leveren, omdat het principe der verantwoordelijkheid hier in het geding komt.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap omschrijft het verwijzen door de huisarts als „ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij zijn medeverantwoordelijkheid blijft bestaan”.

Deze laatste woorden hebben in de tandheelkunst reeds herhaaldelijk aanleiding tot moeilijkheden en spanningen gegeven. Een orthodontist wil een bandje om een eerste molaar plaatsen, en verzoekt de huistandarts om eerst een cervicale- of proximale caviteit te willen vullen. Om één of andere reden wordt dit geweigerd. Soms weigert een tandarts om te voldoen aan het verzoek van de orthodontist om de twee eerste premolaren in de bovenkaak te extraheren. Ook wanneer de orthodontist deze extracties dan zelf zou verrichten als noodzakelijk geachte inzet van zijn behandelingsplan, loopt hij een goede kans op een ernstige verstoring der intercollegiale verhoudingen.

Overigens moet hieraan onmiddellijk worden toegevoegd, dat nergens vastligt wie een dergelijke extractie in principe zou moeten verrichten. Als onderdeel van een behandelingsplan, waarvoor de orthodontist verantwoordelijk is, zou er veel voor te zeggen zijn, om deze verrichting door hem te laten geschieden.

De opvatting van STOLTE (1957) ⁵ volgens wie „de medische specialist slechts de gespecialiseerde hulpkracht van de huisarts behoort te zijn” kan in bovengenoemde gevallen onmogelijk een oplossing brengen.

In één geval ligt deze oplossing duidelijk voor de hand. Wanneer een tandarts in een plaats, waarin slechts één orthodontist gevestigd is, een patiënt naar deze specialist verwijst, behoort dit op een zodanige basis van vertrouwen te geschieden, dat hij onvoorwaardelijk aan bovengenoemde verlangens van deze collega tegemoetkomt. Er zijn echter twee mogelijkheden waarbij het gestelde probleem moeilijkheden biedt.

In de eerste plaats is het mogelijk, dat een patiënt uit eigen beweging en zonder zijn tandarts hierin te kennen, naar de specialist is gegaan. Afgezien van de vraag, of dit toelaatbaar geacht moet worden – een vraag waarop straks nader ingegaan zal worden – is het in dergelijke gevallen mogelijk, en dit in tegenstelling tot de verwijzing, dat de algemeen-practicus onvoldoende vertrouwen heeft in de opvattingen van de orthodontist.

In de tweede plaats kunnen er in zijn stad meerdere orthodontisten gevestigd zijn. In dat geval komt het probleem van de verwijzing opnieuw aan de orde. BREMER merkt hierbij op, „dat de huisarts de mogelijkheid moet hebben de patiënt bij de keuze van een specialist een advies te geven”. Wanneer men, hetgeen verwacht kan worden, dit standpunt ook voor de tandheelkunst redelijk acht, dan geldt natuurlijk opnieuw dat de algemeen-practicus zich niet tegen uitvoering van wensen van deze specialist zal verzetten.

Moeilijkheden zijn dus alleen te vrezen, wanneer het toegestaan wordt, dat

een patiënt, buiten zijn tandarts om, de hulp van een specialist inroept. Het is niet gemakkelijk om te antwoorden op de vraag of dit toelaatbaar geacht moet worden, omdat de gang van zaken in de geneeskunst ons in dit opzicht geen enkel houvast biedt. In bepaalde gevallen zal het zeker een vreemde indruk maken wanneer een patiënt naar een specialist gaat zonder hierover met zijn huisarts te hebben gesproken. Ik denk aan de chirurg of aan de internist. Aan de andere kant worden er in de medische kringen geen bezwaren tegen in gebracht, wanneer een particuliere patiënt buiten de huisarts om een bezoek aan een oogarts brengt. Toch schijnen ook hier bezwaren tegen aangevoerd te kunnen worden. BREMER merkt hierbij op: „Wanneer men de beslissing een oogarts te consulteren geheel aan de patiënt overlaat, blijken bijvoorbeeld veel kinderen met strabisme te laat onder behandeling te komen, waardoor dikwijls een onherstelbare amblyopie ontstaat”. In de geneeskunst zijn geen vaste lijnen en ligt het bij ieder specialisme weer anders.

Het lijkt mij onjuist om ons op een dergelijke niet-vastgestelde situatie in de geneeskunst te richten. Ook ten aanzien van dit punt duiken nieuwe moeilijkheden op doordat de instelling van de algemeen-practicus tegenover de behandeling van orthodontische afwijkingen zo verschillend is. Onder hen treft men aan, die een aantal dezer afwijkingen met enthousiasme en een volledige toewijding behandelen. Wanneer zij het juiste moment voor de inzet van een orthodontische behandeling nog niet gekomen achten, zal het moeilijk te verwerken zijn, wanneer bij een volgende halfjaarlijkse controle een kind plotseling met een orthodontisch apparaat in hun stoel plaats neemt. Het onderwijs is erop gericht, dat het aantal van deze practici in de toekomst geleidelijk zal stijgen. We moeten echter eveneens rekening houden met hen die, door de aanwezigheid van een specialist in de plaats hunner vestiging, menen zich volledig van orthodontische behandelingen te mogen distantiëren.

Ten aanzien van eerstgenoemde groep zou men het standpunt kunnen verdedigen, dat de orthodontist slechts na verwijzing een patiënt mag aannemen. Bij deze groep zal men niet behoeven te vrezen dat deze verwijzingen achterwege blijven, omdat deze afwijkingen blijkbaar een goede aandacht van de practicus hebben. Bij hen die zich, om welke reden dan ook, distantiëren van orthodontische behandelingen bestaat het gevaar, dat ook het verwijzen achterwege blijft en zou deze practicus een onprettig gevoel moeten incasseren wanneer blijkt, dat de patiënt uit eigen beweging een orthodontist heeft opgezocht.

In deze gevallen behoort het „onprettige gevoel” aan schaamte te grenzen.

Tenslotte komt het zelfs voor – en helaas niet zelden – dat het initiatief voor een orthodontische behandeling tegen de zin van de huistandarts van de ouders moet uitgaan. In dergelijke gevallen dient men zich te richten op hetgeen in medische kringen noodzakelijk wordt geacht. In het proefschrift van BREMER lezen wij hierover: „een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt om een verwijzing kan echter moeilijk geweigerd worden, ook al acht de huisarts deze verwijzing overbodig”.

Resumerende moet geconstateerd worden, dat deze grote differentiatie in

mogelijkheden ons niet mag weerhouden om ten aanzien van de verwijzing bepaalde gedragslijnen vast te stellen.

Een volgend punt, dat zeker enige klaarheid vereist, heeft betrekking op de vraag of, en in hoeverre, de specialist kan, moet of mag medewerken aan de uitvoering van een behandelingsplan door de algemeen-practicus. Er is ongetwijfeld een niet onbelangrijk aantal afwijkingen dat door deze laatstgenoemde kan worden behandeld. De vraag of hij dit behoort te doen, willen we voorlopig even buiten beschouwing laten. In een aantal dezer gevallen kan een orthodontisch consult wenselijk zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de juiste diagnose of ter bepaling van de juiste apparatuur. De diagnostische mogelijkheden en hulpmiddelen zijn bij de algemeen-practicus immers niet altijd toereikend. Uit een aantal medische publikaties blijkt, dat de huisarts ongeveer 80% van de ziektegevallen waarvoor hij wordt geconsulteerd, zelf kan behandelen. Zonder ons aan dit percentage te binden, kan in het algemeen worden opgemerkt, dat ook de algemeen-practicus in de tandheerkunst in staat moet worden geacht om een belangrijk deel der orthodontische afwijkingen, zij het na enkele aanwijzingen, zelf te behandelen. Het lijkt gewenst vast te leggen, dat de specialist verplicht is om aan dergelijke collega's de volle medewerking te verlenen. De orthodontie mag niet op een zodanige wijze van de algemene praktijk worden geïsoleerd, dat de huistandarts hierin een rechtvaardiging vindt om dit deel van zijn verantwoordelijkheid nu maar „min of meer vanzelfsprekend” aan de specialist te delegeren. Zou men onverhoopt deze kant uit willen, dan zou het onderwijs in de orthodontie op onze Universiteiten zich tot de diagnostiek kunnen beperken.

Deze beschouwingen hebben uiteraard een inleidend karakter. Het is slechts de bedoeling geweest te wijzen op de noodzakelijkheid om ten aanzien van een aantal punten op meer klaarheid aan te dringen, voordat intercollegiale verhoudingen – en daarmee het belang van de patiënt en het aanzien van onze professie – in het gedrang komen.

Veel moeilijker wordt het nog – en daar wil ik hier nog slechts met een enkel woord op wijzen – wanneer de kwestie der preventie ter sprake komt.

Een voorlopig onderzoek op onze kliniek heeft uitgewezen, dat ruim 80% der orthodontische afwijkingen veroorzaakt wordt door, of gecombineerd is met, verkortingen der bufferzone tengevolge van onbehandelde proximale cariës of extractie van temporaire molaren.

De gehele moderne geneeskunst staat in het teken van de preventie en ook in de tandheerkunst is men er grondig van doordrongen, dat wij er zonder effectieve preventie nooit komen. Bij dit alles doet het, op z'n zachtst gezegd, vreemd aan, dat de orthodontie zich, wat bovengenoemde 80% betreft, moet distantiëren van het intacthouden der bufferzones door curatieve behandeling van temporaire molaren.

Ik kan mij voorstellen, dat men de verantwoordelijkheid voor deze preven-

tieve taak „liever” aan de algemeen-practicus overlaat. In dat geval blijkt des te duidelijker hoe noodzakelijk het is om te streven naar een goed samenspel tussen algemeen-practicus en specialist. Voor ieder spel moeten echter vooraf regels worden vastgesteld.

1. BREMER, G. J.: „Het verwijzen in de huisartspraktijk” (Proefschrift Fac. d. Geneesk. Utrecht 1964).
2. SOER, A. F.: „Moderne aphorismen uit de interne kliniek” (Rotterdam 1924).
3. BRENKMAN, C. F.: „De huisarts en het gezin van zijn patiënt” (Proefschrift Fac. d. Geneesk. Utrecht 1963).
4. HUYGEN, F.: „Huisarts en gezin” (R.K. artsenblad 1959 pag. 297).
5. STOLTE, J. B.: in R.K. artsenblad 1957-36,5.

Utrecht, december 1964
Jutfaseweg 7

BUITENLAND

PROF. DR. G. KORKHAUS TE BONN 70 JAAR

Op 4 januari j.l. is Prof. Dr. G. KORKHAUS, directeur van de Universitätsklinik und Poliklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten te Bonn ter gelegenheid van zijn 70-ste verjaardag in aanwezigheid van tal van Duitse en buitenlandse belangstellenden gehuldigd. Ook uit ons land waren enige collega's aanwezig.

Uit de toespraken en het drukke bezoek tijdens de receptie kwam ondubbelzinnig naar voren welke belangrijke plaats de aftredende hoogleraar in de loop van zijn veeljarige werkzaamheid in de wetenschappelijke tandheelkunde had ingenomen en wat deze ook nu nog met name voor de orthodontie betekent.

GHANA

Het N.T.v.G. nam het volgende over uit The Brit. Med. Journal:

Caries dentium kondigt welvaart en beschaving aan.

Een hoogleraar in de tandheelkunde te Birmingham (Engeland) werd onlangs door de regering van Ghana uitgenodigd, haar over de tandheilkundige voorziening van raad te dienen. De toestand die hij aantrof, typeerde de beginnende ontwikkeling en differentiëring van de samenleving. Hij onderzocht 1500 personen uit verschillende districten en vond dat de gemiddelde cariësfrequentie inderdaad veel lager was dan in de meer ontwikkelde landen, maar tevens, dat „those in the more highly trained professions, with their higher incomes, had over twice as much caries as other mixed adults”. „The prevalence of caries among 12-year old schoolchildren was now higher than that of the average adult. It would seem justifiable to assume that this apparent anomaly was accounted for by the rapid increase in the consumption of refined carbohydrates, which had a greater effect on the more caries-susceptible children than on the less caries-susceptible adults”.