

## Bijzonder onderwerp

# Besluitvorming in de tandarts-patiëntrelatie\*

**Samenvatting.** Besluitvorming tussen tandarts en patiënt kan worden gebaseerd op samenwerking. Samenwerking is de basis van kwaliteitsbevordering waarbij voldoende ruimte wordt gegeven aan de wederzijds aan de orde zijnde normen en waarden en professionaliteit. Ten behoeve van een optimale besluitvorming worden twee modellen aangeboden die in de praktijk van de tandarts zonder meer bruikbaar lijken te zijn.

BERGSMA J. Besluitvorming in de tandarts-patiëntrelatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 49-51.

J. Bergsma, medisch psycholoog

\*Voordracht gehouden tijdens de wetenschappelijke vergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap d.d. 22 oktober 1993.

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Praktijkvoering

Datum van acceptatie: 21 augustus 1994.

Adres: Prof.dr. J. Bergsma, Singel 47, 3984 NV Odijk.

## 1 Inleiding

Het uitgangspunt in deze bijdrage is dat de relatie tussen tandarts en patiënt een relatie is van samenwerking. Maar wat betekent samenwerking, welke aspecten spelen daarin een rol en hoe kan samenwerking concreet gerealiseerd worden in de specifiek tandheelkundige situatie? In het kort zal eerst worden stilgestaan bij de vraag waarom het uitgangspunt *samenwerking* centraal staat.

## 2 Samenwerking

Het huidige sociale klimaat in het westen gaat uit van een grote mate van zelfstandigheid van het individu. Zelfbeschikking en autonomie zijn daarin sleutelbegrippen. Deze begrippen zijn eveneens van toepassing op de patiënt: informatie ('informed consent') en medebeslissing zijn in de gezondheidszorg en specifiek de geneeskunde in toenemende mate bepalend voor de arts-patiëntrelatie. In de eerstelijnsgezondheidszorg is een zogenaamde 'horizontale relatie' reeds min of meer standaard. Het ligt in de rede om voor de tandheelkunde van dezelfde ideeën uit te gaan.

## 3 Identiteit

Steeds meer dringt het besef door dat kaken en gebit niet slechts een anatomisch onderdeel van het gezicht zijn, maar wezenlijk deel uitmaken van de menselijke identiteit.<sup>1,2</sup> Juist echter waar het belang van het gelaat voor de identiteit zo duidelijk wordt tegen de achtergrond van een cultuur waarin het begrip individualiteit centraal staat, wordt het duidelijk dat actieve participatie van de patiënt in beslissingen met betrekking tot het gebit en daarmee dus het gelaat, voor de hand ligt. Samenwerking lijkt daarbij dan de enige acceptabele vorm waarin zowel de ontwikkelingen van deze tijd, gerepresenteerd in een toenemende menselijke autonomie, als de professionaliteit van de tandarts gestalte kunnen krijgen.

## 4 Ontmoeting en ordening

Laten we ons op het begrip samenwerking richten en nagaan welke facetten in de samenwerkingsontmoeting aan de orde zijn.

In een eerdere publikatie is beschreven hoe patiënt en behandelaar elkaar ontmoeten in de spreekkamer.<sup>3</sup> De patiënt geeft informatie over zijn toestand en wat hij voelt. Hij komt op bezoek in een voor hem niet vertrouwde omgeving. De arts daartegenover heeft zijn professionele bagage en bevindt zich in een voor hem tot en met vertrouwde omgeving. Zowel de patiënt als de tandarts hebben ieder hun eigen taal om aan te geven wat zij van de toestand van de patiënt vinden. In die taal worden niet alleen feitelijkheden maar meer impliciet ook waarden en normen die voor beide relevant zijn, gerepresenteerd.

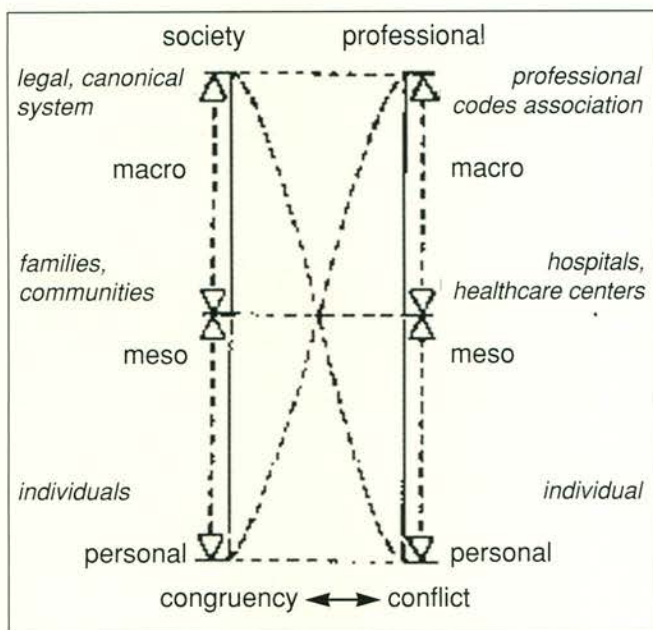
In de ontmoeting van behandelaar en patiënt gaat het er om dat het subjectieve verslag van de patiënt over diens toestand wordt vertaald in voor de behandelaar herkenbare termen zodat deze zich vanuit zijn professionele referentiekader een professioneel beeld kan vormen van de toestand: hij stelt een diagnose.<sup>4</sup> Deze diagnose impliceert in principe reeds wegen tot behandeling. Het is zaak om deze professionele behandelingsstrategie dan weer terug te vertalen in voor de patiënt begrijpelijke termen, zodat deze ook weet wat er gaande is en wat er mogelijk zou kunnen of moeten gaan gebeuren. Op dat moment is de onderhandeling begonnen: de onderhandeling tussen behandelaar en patiënt, de onderhandeling waar objectieve gegevens en subjectieve waarde-opvattingen aan de orde zijn. Op dat moment wordt de basis gelegd voor de kwaliteit van de behandeling en het resultaat ervan.

## 5 Model

In een in 1980 gepubliceerd model zijn een maatschappelijke en een professionele hiërarchie van normen te onderscheiden (afb. 1).<sup>5</sup> De mens maakt deel uit van een samenleving die op macroniveau zijn opvattingen en overtuigingen heeft geformuleerd, bijvoorbeeld in wetgeving of kerkelijke uitspraken. Vervolgens is er het mesoniveau waarop men deel uitmaakt van kleinere eenheden, zoals kerkgemeenschap, familie of gezin. Ook daar gelden normen; soms in overeenstemming met die op het macroniveau (congruentie), soms ook niet (discongruentie), en soms zelfs strijdig daarmee (conflict). Dan is er vervolgens ook nog het persoonlijk niveau waarop men als individu de eigen normen of waarden voorstaat. Ook daar kan discongruentie bestaan met bovenliggende niveaus.

Het hiërarchische stelsel van normen is allesbehalve een statisch en stabiel gegeven. Een actueel voorbeeld is de ontwikkeling van de normen die zo'n veertig jaar geleden leidden





Afb. 1. Een model van de hiërarchie in maatschappelijke en professionele normen.<sup>5</sup>



Afb. 2. Model met schematische weergave van mogelijke werkwijze in de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener.

tot het ontstaan van sociale voorzieningen en daarmee ons stelsel van sociale wetgeving; de opvattingen daarover verschuiven thans zichtbaar en hoorbaar op zowel macro- als meso- en individueel niveau. Gebruik werd 'misbruik', een voorziening werd een 'recht', solidariteit werd 'profiteren'.

Naast de maatschappelijke hiërarchie is er de professionele hiërarchie voor die beroepsgroepen die onderworpen zijn aan specifieke opleidingen en erocodes. Er is de ethische code op macroniveau geldend voor alle tandartsen. Er is het geheel van normatieve afspraken op mesoniveau wanneer men deel uitmaakt van instituten en/of groepspraktijken. Ten slotte is er het persoonlijk niveau met de persoonlijke normen die men ten aanzien van de eigen professionaliteit wenst te stellen. Ook in die hiërarchie kan men zich de congruentie, discongruentie en het conflict goed voorstellen.

Problematisch wordt het geheel doordat de maatschappelijke en de professionele hiërarchie niet onafhankelijk van elkaar zijn en elkaar beïnvloeden. Een macrosociaal gegeven als het overheidsbudget voor gezondheidszorg of bijvoorbeeld het verzekeringswezen beïnvloedt in veel opzichten de normen en waarden in de professionele hiërarchie. Ook hier zijn congruenties, discongruenties en conflicten aan de orde. De mogelijkheden van een ziekteverzekering, de tarief afspraken, bepalen wat de marges zijn voor het tandheelkundig handelen, zowel in het algemeen als in een specifiek individueel geval. Wanneer de individuele tandarts vindt dat de marge ontoereikend is, zal hij met de verzekeraar in de slag moeten gaan. De bekende 'machtiging' is dan een bron die kan leiden tot overeenstemming maar ook tot conflict.

In welke mate en omvang wordt de tandheelkundige indicatie met betrekking tot een behandeling in bijvoorbeeld een gespecialiseerd orthodontisch (meso)instituut bepaald door de wensen van de ouders van een kind en hun globale bruto inkomen? Het is maar een voorbeeld. Het is ook een voorbeeld dat terugwijst naar het begrip *kwaliteit van zorg*.

## 6 Kwaliteit van zorg

In commissies in de gezondheidszorg die zich bezighouden met het probleem 'kwaliteit van zorg' is men zich van de

mogelijkheid van discongruenties of conflicten bewust. Met de introductie van het begrip *samenwerking* heeft men gezocht naar een oplossing voor de meest basale problemen. Er is ook, om dat begrip meer concrete inhoud te geven, een soort model ontwikkeld dat schematisch een mogelijke werkwijze aangeeft in de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener (afb. 2).

## 7 Praktisch schema

Het ontwikkelde samenwerkingschema volgt de route van 1. inventarisatie van gegevens, objectieve zowel als subjectieve; 2. gezamenlijke oordeelsvorming en 3. de vertaling in concreet handelen, de besluitvorming. Het schema heeft de roepnaam BOB gekregen.

### 7.1 Beeldvorming

In de schematisering van de samenwerking staat *beeldvorming* voorop. Beeldvorming is het ontwikkelen van een gezamenlijk beeld, waarin het door de patiënt ervaren ongemak in eigen woorden wordt weergegeven. Dat betekent de subjectieve bevindingen van de patiënt alsmede ook de betekenis die de subjectieve bevindingen voor hem hebben. Wat betekent het gebit voor je als je negen bent, zeventien of achtenvijftig? Wat betekent de kwaliteit van het gebit voor een jonge of een oude vrouw? Wat is daarmee de betekenis van een tandheelkundige behandeling voor een specifieke patiënt? Die betekenissen zijn vaak bepalend voor wat de patiënt wenst te investeren in een behandeling aan tijd, geld en angst of ongemak. Is de tandarts in staat zich een beeld te vormen van deze specifieke mens, diens identiteit, de betekenis van het gezicht en daarmee het gebit daarin, alsmede de vraag wat men er voor over heeft?

Hiervoor ging het over de betekenis van de kwaliteit van het leven van de patiënt. Maar krijgt de patiënt ook de gelegenheid zich een beeld te vormen van de tandarts met wie hij/zij te maken heeft? Is deze bereid te luisteren? Begrijpt de tandarts wat de patiënt meedeelt en is hij in staat en bereid om nog eens door te vragen over wat de patiënt eigenlijk wil zeggen? 'Ik zie er niet uit met die twee voortanden, maar dat is



mijn hele leven al zo, dat zal wel nooit anders worden.' Betekent dat nu: 'Help me er af en ik heb er alles voor over' of betekent het: 'Begin er niet weer over te zeuren, ik heb er al genoeg over gehoord.' Door op een dergelijke uitspraak in te gaan, kan de tandarts uiteindelijk ook verwoorden wat een bepaald idee van de patiënt in tandheelkundig opzicht betekent. In termen van *communicatie* zijn hier verschillende routes aan te geven:

- a. Empathie: ...ik begrijp in ieder geval dat het een probleem is dat u hoog zit en dat u voor uzelf niet hebt kunnen accepteren.
- b. Vertaling: ...ik begrijp dat u tegen me zegt dat ik er niet meer over moet beginnen, maar dat u dankbaar zou zijn als er toch een goede oplossing gevonden zou kunnen worden.
- c. Parafrasering: ...u bedoelt dat we er beiden een probleem mee hebben en dat het mooi zou zijn als een van tweeën een oplossing wist...

## 7.2 Oordeelsvorming

Wanneer het beeld wederzijds 'bezit' is geworden, komt de *oordeelsvorming* aan bod. Niet meer alleen het beeld is aan de orde maar ook de beoordeling en de consequenties van dat beeld en vooral de consequenties in het kader van de wederzijdse normen en waarden. 'Ik kan me goed voorstellen dat u aan implantaten de voorkeur geeft, maar u zult dan wel zelf een extra bijdrage moeten leveren omdat Uw verzekering dit niet zal betalen.'

In de fase van de oordeelsvorming worden de betekenissen van het beeld en de mogelijke consequenties van bepaalde (be)handelingen op de weegschaal gelegd. Een belangrijk onderdeel in deze fase kan zijn de z.g. 'show-and-tell'-methode waarbij niet alleen wordt overwogen maar ook concreet gedemonstreerd en uitgelegd hoe een behandeling verloopt wanneer die zou worden uitgevoerd. Daarnaast zijn de kosten en de tijdsfactor vaak relevante overwegingen, alsook het door de patiënt te ervaren ongemak tijdens of tussen de behandelingen. De klachten en wensen van de patiënt worden geconfronteerd met de mogelijkheden en beperkingen van het tandheelkundig handelen en men komt tot een gezamenlijk oordeel, voortvloeiend uit het eerder samen ontwikkelde beeld.

## 7.3 Besluitvorming

De laatste fase is de *besluitvorming*. Hier worden de definitieve keuzes gemaakt en afspraken geregeld over de gang van zaken, de financiering, het verloop van de behandeling in tijd. De wijze waarop de behandeling zal plaatsvinden wordt praktisch geregeld.

## 8 Bewaking

Van essentieel belang is dat in de drie fases, die veelal op natuurlijke wijze in elkaar overlopen, de uitgangspunten bewaakt worden. Het eerste uitgangspunt is samenwerking. Samenwerking vereist dat de betrokkenen elkaar verstaan, wil er een idee kunnen ontstaan van het begrip *kwaliteit* dat men beiden voor ogen heeft. Verstaanbaarheid als tweede uitgangspunt betreft enerzijds de taal die men naar elkaar bezigt, anderzijds ook begrip voor de subjectieve beleving van elkaars positie en de in die concrete behandelingssituatie samenkomende maatschappelijke en professionele normen. Uitgaande van samenwerking en verstaanbaarheid houdt men ook impliciet reeds de opvattingen over het derde uitgangspunt, de kwaliteit, centraal: kwaliteit van de behandelingsprocedure maar ook de kwaliteit van het leven van de individuele patiënt en de kwaliteit van het leven van de tandarts als professioneel handelend persoon.

## 9 Slot

Het gaat in het voorgaande steeds over een horizontale relatie tussen tandarts en patiënt waar respect voor elkaars mening, wederzijdse inbreng, identiteit en autonomie de uitgangspunten zijn. De natuurlijke relatie tussen tandarts en patiënt is in de praktijk veeleer een verticale: de achterover liggende patiënt en de rechtop zittende of staande tandarts. Dat is niet de meest ideale fysieke verhouding als het gaat om de hiervoor geschetste schema's. Het is dan ook wezenlijk zich te realiseren dat het plaatsnemen in de behandelingsstoel een *laatste fase* is, die van de *uitvoering* van de gezamenlijke besluitvorming. Het verdient daarom aanbeveling ook een 'gewone' stoel voor de patiënt in de spreekkamer beschikbaar te hebben. Op die wijze kan men de (horizontale) besluitvorming binnen de context van samenwerking voorbereiden. De behandelingsrelatie is bijna per definitie een relatie in een verticale verhouding. Wanneer ten slotte die relatie in autonome vrijwilligheid gekozen wordt, heeft men een gezonde basis gelegd voor een behandeling waarin de begrippen samenwerking en kwaliteit in de meest brede zin centraal kunnen staan.

## Literatuur

- 1 Koster MThA. De psychologische betekenis van het aangezicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 444-7.
- 2 Koster MThA, Bergsma J. Problems and coping behavior of facial cancer patients. Soc Sci Med 1990; 30: 569-78.
- 3 Bergsma J. Somatopsychologie. Lochem: De Tijdstroom, 1977.
- 4 Bergsma J. Lichamelijke verstoring en autonomie. Utrecht: Lemma, 1994.
- 5 Bergsma J, Duff RS. A model for examining values and decisionmaking in the patient-doctor relationship. The Pharos of Alpha Omega Alpha 1980; 43(3): 7-12.