

Thema: Behandelen, onderhandelen en verwijzen

Inleiding

Huisartsen en tandartsen hebben een vergelijkbare patiëntenkring in de eerstelijnsgezondheidszorg. In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat het handelen binnen de eerste lijn op rationele overwegingen geschiedt, en dat bijvoorbeeld verwijzing naar de tweede lijn alleen plaatsvindt wanneer het 'echt' nodig is. In de praktijk blijkt het soms anders gesteld. Uit onderzoek is bekend dat bij de huisartsgeneeskunde met zeer uiteenlopende overwegingen, waaronder ook 'defensieve', wordt gewerkt. Daarbij gaat het dan om interventies die de huisarts verricht of juist nalaat omdat hij zich onder druk gezet voelt: ter vermindering van ongenoegen bij de patiënt, om aardig gevonden te worden of om lang onderhandelen te voorkomen. Als gevolg daarvan wordt wel eens aanvullend onderzoek gedaan en naar een specialist verwezen zonder dat een strikt 'rationele' gedragslijn wordt gevolgd. Het ligt niet voor de hand te veronderstellen dat dat bij de tandarts volledig anders is. De preferenties van de patiënt spelen zowel bij de huisarts als bij de tandarts een belangrijke rol. Daar komt nog bij dat de epidemiologie van de tandheelkundige eerstelijnszorg de afgelopen jaren is veranderd. Zo is de prevalentie van cariës gedaald en neemt het aantal ouderen met een eigen gebit toe. Tegelijk zijn er meer technische mogelijkheden gekomen. Patiënten willen van die technische mogelijkheden gebruikmaken en vragen daar om. Huisartsen en tandartsen kunnen niet op elk verzoek ingaan, maar weten dat tevredenheid van de patiënt heel belangrijk is.

De keuze, de verdeling en de uitvoering van verschillende tandheelkundige behandelingen zijn duidelijk in beweging. Het onderhandelen met de patiënt over wat mogelijk en wenselijk is en wat aansluit op de persoonlijke voorkeur is in toenemende mate van belang. Dat zou dan ook betekenen dat overwegingen voor verwijzing van patiënten naar de kaakchirurg, de orthodontist en de parodontoloog niet alleen van 'klinische', respectievelijk 'technische' aard zijn, maar dat ook andere motieven, waaronder defensieve overwegingen, de wens van de patiënt of de samenstelling van zijn verzekeringspakket een rol spelen. De specialist naar wie verwezen wordt, kent deze overwegingen soms niet.

Voor genoemde ontwikkelingen brachten het bestuur van de Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie ertoe te proberen meer zicht te krijgen op deze problematiek door het organiseren van een wetenschappelijke vergadering. Tijdens deze op 17 november 1995 gehouden vergadering kon dan, gespiegeld aan de verworven kennis in de huisartsgeneeskunde, bezien worden welke ervaringen er in de tandheelkunde reeds zijn opgedaan en wat ons dat kan leren over ons medisch/tandheelkundig handelen.

De bijdragen van inleiders uit diverse disciplines in de gezondheidszorg zijn in dit nummer weergegeven. Het gaat daarbij om systematische overzichten van wat er op onderdelen is gepubliceerd maar ook om verslagen van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast wordt het thema nog eens ingekleurd door een aantal casuspresentaties waarin tandartsen algemeen-practici of specialisten illustreren hoe zij omgaan met de problematiek van de patiënt die wordt verwezen naar een bijzonder deskundige op een bepaald terrein van de tandheelkundige zorg. In deze bijdragen wordt duidelijk dat ook het tandheelkundig handelen wordt bepaald door zeer uiteen-

V	Vereniging
M	Medisch
T	Tandheelkundige
I	Interactie

lopende factoren. Het gaat daarbij natuurlijk om de beschikbare wetenschappelijke kennis, maar ook om minder rationele omstandigheden als persoonlijke voorkeuren van patiënt of zorgverlener. De beschikbare wetenschappelijke kennis leidt er in sommige gevallen toe dat het handelen meer wordt ingegeven door iets als 'het verantwoord omgaan met onzekerheden' dan dat er sprake kan zijn van een eenduidig antwoord op een bepaald probleem. In de huisartsgeneeskunde wordt geprobeerd om daar waar dat kan, door middel van een systematische beschrijving van het mogelijk handelen bij een gegeven probleem, eenstemmigheid te bevorderen in het 'huis van de huisarts'. Deze exercities zijn bedoeld om wetenschap en praktijk met elkaar in harmonie te brengen. Ze ondervinden brede ondersteuning in de huisartsgeneeskunde. Er is echter ook nogal discussie over de vraag hoe men de vruchten ervan zou kunnen benoemen: standaarden, protocollen of richtlijnen. Zo'n discussie geeft weer dat men het belang onderschrijft, maar dat men het nog niet eens is over de consequenties die er voor de beroepsuitoefening aan verbonden moeten worden.

In de tandheelkunde staat het 'geprotocolleerd' handelen nog in de kinderschoenen, maar ook daar is duidelijk behoefte aan meer overeenstemming over effectiviteit en doelmatigheid van handelen. Uit de hierna volgende bijdragen zal ook duidelijk worden dat de 'geprotocolleerde' benadering niet in alle gevallen de patiënt het beste dient. Anders gearde factoren, die besloten liggen in de opvattingen van de patiënt of de zorgverlener, kunnen een doorslaggevende rol spelen bij het succes van een bepaalde behandeling. Het is goed om dat te weten bij een oordeel over resultaten van behandelingen op microniveau maar ook over praktijkvariëaties op macroniveau.

Om het inzicht in deze problematiek te vergroten worden de volgende vragen aan de orde gesteld:

- Wat is er in de tandheelkunde bekend over factoren die de besluitvorming aan de stoel beïnvloeden?
- Hoe zit dat in de huisartsgeneeskunde?
- Hoe onderhandelen huisartsen/tandartsen eigenlijk met hun patiënten?
- Vertellen tandartsen wel alles aan hun patiënten en vinden tandartsen dat hun patiënten hun handelen beïnvloeden?
- Heeft een 'second opinion' een kwaliteitsbevorderende functie?

Antwoorden op deze vragen worden geïllustreerd met een beschrijving van gevallen uit de praktijk van alle dag.

J.L.M. van den Heuvel, gastredacteur