

Besluitvorming in de tandheelkunde

J.L.M. van den Heuvel, tandarts

Samenvatting. Op grond van onderzoek naar factoren die een rol spelen in het besluitvormingsproces in de tandheelkundige praktijk blijkt dat een veelheid van (inter)menselijke en technische factoren een rol spelen. Door de verschillende wegen voor de keuze voor interventie blijkt onzekerheid voor de uiteindelijke keuze wetenschappelijk verdedigbaar. Het kan echter niet worden uitgesloten dat deze onzekerheid ook aanleiding is tot defensief handelen door de zorgverlener. De veelheid van beïnvloedende factoren is een mogelijke verklaring voor de grote variaties in behandelingspatronen in praktijken die overigens goed vergelijkbaar zijn. Deze variaties zijn mogelijk eerder een teken van optimale individuele gezondheidszorg dan van onaanvaardbare verschillen.

HEUVEL JLM VAN DEN. Besluitvorming in de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 491-3.

Uit de directie Preventie, Algemene gezondheidszorg en Opleidingen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Trefwoorden:
Praktijkvoering – Besliskunde

Datum van acceptatie: 9 augustus 1996.

Adres: J.L.M. van den Heuvel,
Stadionkade 30-1, 1077 VN Amsterdam.

1 Inleiding

‘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. 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.’¹ Deze uitspraak wordt hier geciteerd omdat deze het kader schetst waarbinnen de besluitvorming in de tandheelkunde zich afspeelt.

In dit artikel wordt het tandheelkundig besluitvormingsproces aan de stoel geplaatst in het bredere kader van de huidige morbiditeitspatronen en de te verwachten ontwikkelingen in de technologie en het professionele veld. Het terrein verandert voortdurend. De mondgezondheid op populatieniveau en binnen subpopulaties wijzigt zich de laatste tijd duidelijk. Er zijn significante technologische ontwikkelingen in de sfeer van preventie en curatie. De steeds indringender discussies over de kwaliteit van de beroepsuitoefening eisen van de zorgverlener dat deze zijn kennis en vaardigheden voortdurend aan een kritische beschouwing onderwerpt en zonodig verbetert.

2 Morbiditeitspatronen

De tandheelkundige praktijk van alle dag speelt zich vooral af rond preventie en curatie van tandcariës en afwijkingen van het parodontium. Daarnaast spelen functiestoornissen als gevolg van tandeloosheid een grote rol.

Als men naar de betreffende epidemiologische gegevens kijkt, valt in het licht van het besluitvormingsproces op dat er de laatste tijd een duidelijke verbetering is opgetreden in de cariësincidentie bij de jeugd. Ook lijkt er een evenwicht te bestaan tussen vraag en aanbod in de zorg; zo zijn er geen algemeen landelijke signalen dat mensen geen tandarts kunnen vinden of anderzijds dat tandartsen het te druk hebben of juist onvoldoende te doen zouden hebben. Toch blijkt bij de jeugd veel cariës niet behandeld te worden; bij de kleuters is minder dan de helft van alle door cariës aangetaste tandvlakken gevuld. Dat is vreemd, zeker als men bedenkt dat er in het

verzekeringstelsel geen belemmeringen zijn voor curatief handelen. Bij de oudere jeugd verandert dat beeld, maar feit blijft dat toch nog één op de vijf caviteiten niet wordt gevuld. Bij de volwassenen blijft het aantal niet-behandelde carieuze elementen vrij constant, terwijl met het toenemen van de leeftijd het aantal gevulde elementen afneemt doordat er steeds meer extracties plaatsvinden.

Ten aanzien van de behandelingsnoodzaak van parodontale problemen bestaat minder duidelijkheid dan voor cariës. Nog steeds zijn er veel symptomen van parodontale afwijkingen bij de volwassen bevolking. Bij bijna iedereen komt gingivitis voor. We weten nog steeds niet het precieze belang van dit verschijnsel. Parodontale afbraak manifesteert zich in het voorkomen van pockets. Per persoon is het aantal elementen met een diepe pocket in de meeste leeftijdsklassen beperkt. Blijkbaar is de weerstand van het parodontium in het algemeen zodanig dat, ondanks het frequent voorkomen van gingivitis en parodontitis, ernstig verval weinig optreedt.

Het percentage personen zonder tanden en kiezen blijkt sterk aan de leeftijd gerelateerd te zijn. Het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) verzamelt jaarlijks informatie over het aantal mensen met een gebitsprothese. Aangezien in Nederland vrijwel alle tandeloozen over zo'n prothese beschikken, kan men het aantal personen zonder tanden en kiezen gelijkstellen aan het aantal mensen met een volledige boven- en onderprothese. Vooral in de groep 45-64-jarigen blijkt het percentage personen zonder tanden en kiezen sterk te zijn afgenomen gedurende de jaren tachtig. De toegenomen belangstelling voor tandzorg en de opheffing van het tandartsentekort in de jaren zeventig zullen zeker aan deze daling hebben bijgedragen.

3 Tandheelkundige zorg: vraag en aanbod

Internationaal worden in de nabije toekomst ontwikkelingen verwacht die een grote invloed kunnen hebben op de tandheelkundige morbiditeit en daarmee op het gewenste aanbod van zorg. Het gaat dan om ontwikkelingen die vergelijkbaar zijn met de geweldige verbetering in de cariëssituatie door massaal gebruik van fluoridehoudende tandpasta's. Sommigen verwachten zelfs dat de twee plaque-gerelateerde aandoeningen, cariës en parodontale afbraak, binnen enkele jaren in de Westerse wereld overwonnen zullen zijn. Daardoor zullen er in de toekomst minder en andere tandartsen nodig zijn dan nu op grond van een eenvoudige vervangingsvraag in de huidige situatie berekend zou kunnen worden. Er tekenen zich overigens in het veld al veranderingen af gezien de wens tot

beroepsdifferentiatie en horizontale verwijzing. Deze wens lijkt enerzijds te zijn ingegeven door het besef dat de wetenschappelijke, de technologische en de beroepsmatige ontwikkelingen zo snel gaan dat men deze niet alle meer even goed kan overzien en beheersen. Anderzijds is er de steeds mondiger wordende, en mogelijk steeds veeleisender, patiënt die daarbij ook de huidige wetgeving ten aanzien van patiëntenrechten aan zijn zijde vindt.

4 Besluitvorming in de tandheelkunde

Het is de taak van een tandarts om de optimale behandeling te kiezen voor iedere patiënt. Deze keuze vereist een rationele bepaling en waardering van de risico's die zijn verbonden aan elk behandelingsalternatief. Soms kan ook niet-behandelen een alternatief zijn. Naast deze risicoschatting is een inschatting van de waarde die de patiënt hecht aan het te verwachten resultaat van de behandeling, van eminent belang. Zo gezien is de beste behandelingsoptie niet de optie, die alleen wordt bepaald door het laagste risico en de grootste waarschijnlijkheid op succes, maar de optie die leidt tot een resultaat dat de patiënt het beste past. Anders geformuleerd: tandheelkundige zorg is veel meer een onderdeel van holistische zorg voor een individu dan alleen de technische behandeling van pathologie in de mond. De patiënt is bovendien medebeslisser.

De interactie tussen tandarts en patiënt speelt een belangrijke rol. In onderzoek is vastgesteld dat de regelmaat van het bezoek die relatie sterk beïnvloedt. Alleen bij personen die de tandarts regelmatig bezoeken is het mogelijk een zodanige interactie te laten ontstaan dat bij de beslissingen ook de verwachtingen van de patiënt voor een duurzaam resultaat kunnen worden meegewogen.

4.1 De rol van de patiënt

In onderzoek is vastgesteld dat op epidemiologisch niveau de tandheelkundige behandelingen samenhangen met de beschikbaarheid van zorg.² Daarom hoeft tandeloosheid niet een directe afspiegeling te zijn van tandheelkundige aandoeningen. Bouma vond ook een statistisch verband tussen tandeloosheid en sociaal-economische status.² Interessant in dit onderzoek is voorts dat patiënten en tandartsen verschillend denken over wie van hen het initiatief heeft genomen bij de beslissing om alles te trekken en een kunstgebit te nemen. De auteur pleit er voor om bij een dergelijke beslissing ook iemand uit het sociale netwerk van de patiënt te betrekken.

In ander onderzoek is gebleken dat tandartsen die hun patiënten meer betrekken bij de behandelingsplanning ook meer diagnostische en curatieve verrichtingen uitvoeren.³ Bij kronen is er veel variatie tussen tandartsen; veel meer dan bij vullingen, die kennelijk als elementaire curatie worden gezien.

Er is een aantal redenen op basis waarvan patiënten besluiten tot een complexe tandheelkundige behandeling. Daarbij lijken de esthetiek en het zelfvertrouwen belangrijker dan het verbeteren van de kauwfunctie of het verminderen van pijn. De meeste mensen zijn achteraf tevreden met hun beslissing en het resultaat van de behandeling; vaak wordt de directe sociale omgeving ingeschakeld bij het komen tot een beslissing over complexe behandeling. Tandartsen moeten die sociale consultatie stimuleren.^{4,5}

De behandelingsnoodzaak bij een individu werd in het verleden vooral vastgesteld aan de hand van symptomen en afwijkingen in de mond. Het is echter van belang de persoonlijke appreciatie van het uiterlijk, het spreken of het welbevinden

van de patiënt ook in de beschouwing te betrekken. Als men probeert te analyseren waardoor de behandelingsnoodzaak het meest wordt bepaald dan blijken er psychosociale, normatieve, 'perceived' en functionele aspecten een grote rol te spelen. Deze verschillende aspecten kunnen in elkaar overlopen. Er is wel geopperd dat de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van effecten en neveneffecten van behandeling ingebouwd behoren te worden in de planning van rationele gezondheidszorg. Een methode om deze verwachtingen te wegen is beschreven als 'health state utilities'.⁶

Bij het kiezen van de beste optie speelt de patiënt zelf een doorslaggevende rol. Vanuit een 'risk assessment' moet een 'risk communication' plaatsvinden. Als die communicatie goed gebeurt, zullen tandarts en patiënt het te nemen risico accepteren. De voorkeuren en de waarden die de patiënt hecht aan de situatie in zijn mond, spelen een rol in zijn perceptie van de verwachte uitkomstkans. Die kans kan, objectief gezien, voor verschillende opties gelijk zijn. De patiënt kan ze desalniettemin anders waarderen.

4.2 Diagnose/indicatiestelling

Het beslissingsproces voor de behandeling begint bij de diagnose van het probleem. Het is bekend dat er verschillen zijn tussen tandartsen over hoe men bepaalde verschijnselen diagnostisch moet beoordelen.⁴ Daarvoor zijn twee mogelijke bronnen, te weten variaties in perceptie en variaties in beoordeling.

Perceptie heeft te maken met het verschil in waarneming dat er tussen mensen is met betrekking tot hetzelfde verschijnsel. Verschillen in dezen kunnen worden verkleind door intercollegiaal overleg. Uit onderzoek is overigens gebleken dat deze variaties niet samenhangen met algemene factoren, zoals leeftijd, praktijklocatie of opleiding, maar worden bepaald door individuele factoren.

De individuele factoren worden ook bepaald door de beoordelingsvrijheid. Gebleken is dat er praktijkvariëaties blijven zelfs als tandartsen weten dat hun oordeel wordt vergeleken met dat van anderen en er geen negatieve of positieve financiële 'incentives' zijn. Hieruit kan worden geconcludeerd dat variatie 'natuurlijk' kan zijn in plaats van 'slechte kwaliteit'. Er is in het gebied tussen gezond en ziek de nodige onduidelijkheid.

Goede keuzen zijn mogelijk als is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- gedegen kennis van alle mogelijke behandelingsalternatieven;
- een volledig beeld van alle consequenties van de verschillende behandelingen;
- het vermogen om elk resultaat op waarde te schatten;
- het vermogen om de op waarde geschatte alternatieven te ordenen in volgorde van meest gewenst tot minst gewenst resultaat.

Hierbij moet men zich echter realiseren dat de noodzakelijke informatie niet altijd beschikbaar is als gevolg van onzekerheid, hetzij door ontoereikende wetenschappelijke kennis, hetzij door individuele tekortkomingen in kennis en kunde. Verder kan een waardeschatting heel moeilijk zijn omdat niet alles is te waarderen. Bovendien is het soms moeilijk om alle aspecten goed met elkaar in verband te brengen. Om met deze onzekerheden toch te komen tot een verantwoorde keuze is het zaak deze gefaseerd tot stand te laten komen. Stapsgewijs kan dan vanuit een duidelijke probleemstelling, het verzamelen van de noodzakelijke informatie, het waarderen en het aanbrenge van een rangorde van de verschillende opties, gekozen worden voor de beste optie.

5 Praktijkvariaties

Al het onderzoek dat op onderdelen van praktijkvariaties is gedaan, laat grote verschillen zien met betrekking tot diagnose, indicatiestelling en behandelingsplanning.⁷ Deze verschillen kunnen voor een deel worden geassocieerd met verschillen in kennis en verwachtingen van de tandartsen. Daarom lijkt een vorm van protocollering wenselijk. De benodigde wetenschappelijk kennis is echter vaak niet beschikbaar. De leemten en de onzekerheden moeten explicieter worden belicht om de effectiviteit van het tandheelkundig handelen beter te kunnen beoordelen.

Ook in het onderwijs moet het besef van leemten in kennis worden geïntegreerd in de besluitvorming over diagnose en behandeling. Het verantwoord omgaan met onzekerheden kan de basis zijn van protocollering van tandheelkundige zorg.

Zo is het opmerkelijk dat bij een uitsluitend visuele beoordeling van de behandelingsnoodzaak van fissuren van molairen acht van de tien tandartsen eerder geneigd blijken te zijn om carieuze fissuren niet te behandelen dan gave fissuren onnodig te behandelen. Deze bevinding kan worden verklaard uit het feit dat de waardering van mogelijk vals-positieve of vals-negatieve behandelingsbeslissingen de besluitvorming van individuele tandartsen beïnvloedt. Het blijkt verder zo te zijn dat de meeste tandartsen hun behandelingscriteria niet expliciet maken.⁸

Op grond van het inzicht dat tandartsen verschillend oordelen over echte en foute, positieve en negatieve resultaten van hun beslissingen, is het begrijpelijk dat twee tandartsen bijna nooit tot hetzelfde behandelplan voor een bepaalde patiënt zullen komen en, aan de andere kant, waarom zo verschillende behandelingen worden uitgevoerd bij twee patiënten met dezelfde symptomen en aandoeningen.

Literatuur

- 1 Bergsma J. Besluitvorming in de tandarts-patiëntrelatie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1995; 102: 49-51.
- 2 Bouma J. On becoming edentulous. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987. Academisch proefschrift.
- 3 Dekker J den. Behandelingsplanning in de tandartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990. Academisch proefschrift.
- 4 Kay E, Nuttall N. Clinical decision making, an art or an science? Part I: An introduction. *Br Dent J* 1995; 178: 76-8.
- 5 Oates AJ, Fitzgerald M, Alexander G. Patient decision-making in relation to extensive restorative dental treatment. Part I: Characteristics of patients. *Br Dent J* 1995; 178: 449-53.
- 6 Armstrong RA, Brickley MR, Shepherd JP et al. Healthy decision making: a new approach in health promotion using health state utilities. *Community Dent Health* 1995; 12: 8-11.
- 7 Bader JD, Shugars DA. Variation, treatment outcomes, and practice guidelines in dental practice. *J Dent Educ* 1995; 59: 61-95.
- 8 Mileman PA. Radiographic caries diagnosis and restorative treatment decision making. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985. Academisch proefschrift.

Summary

DECISION-MAKING IN DENTISTRY

Key words: Decision-making – Dental management

Decisions made by the general dental practitioner are not only based on technical considerations, but are also influenced by interpersonal factors. This might give an explanation for the fact that patients are treated in a variety of ways in otherwise comparable dental practices. This variety is more likely to be a sign of optimal individual health care, rather than of unacceptable differences.