

Behandelen, onderhandelen en verwijzen

Het perspectief van tandarts en specialist

Samenvatting. Ervaren tandartsen en specialisten zijn over het algemeen vertrouwd met de professionele behandelingsnormen. Echter ook wanneer zij het begrippenkader rondom 'behandelen – onderhandelen – verwijzen', zoals dat in de huisartsgeneeskunde sinds enkele jaren bestaat, aanvaarden, doet zich toch regelmatig een spanningsveld voor tussen het enerzijds onderschrijven van de professionele normen en anderzijds de – niet zelden legitieme – noodzaak om die normen te overschrijden.

AERDEN M, DERMAUT L, KOOLE R, QUIRYNEN M, SPAAS CMA, TEUNE HC. Behandelen, onderhandelen en verwijzen. Het perspectief van tandarts en specialist. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 506-7.

M. Aerden, tandarts
L. Dermaut, orthodontist
R. Koole, kaakchirurg
M. Quiryne, tandarts
C.M.A. Spaas, tandarts
H.C. Teune, tandarts

Uit de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

Trefwoorden: Praktijkvoering – Verwijzing

Datum van acceptatie: 9 augustus 1996.

Adres: H. Lamberts, AMC, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

1 Inleiding

Bij de voorbereiding van de najaarsvergadering van de VMTI heeft een groep ervaren tandartsen en specialisten gedurende een zestal bijeenkomsten intensief gesproken over de vraag of belangrijke aspecten van de omgang met de patiënt, zoals deze uit de huisartsgeneeskunde naar voren kwamen, ook door tandarts en specialist daadwerkelijk als belangrijk werden ervaren. Het ging niet alleen om defensief handelen maar om alle overwegingen die niet strikt als 'klinisch rationeel' zijn aan te merken. Bij de besprekingen kwamen vrijwel alle in de voorafgaande bijdragen geformuleerde overwegingen aan de orde. Dit verslag illustreert dat ervaren tandartsen en specialisten aan de hand van inzichten, goeddeels uit de huisartsgeneeskunde afkomstig, evenzeer lijn kunnen brengen in de uiteenlopende factoren die de sequens 'behandelen – onderhandelen – verwijzen' kunnen bemoeilijken, en waardoor schade kan optreden voor de patiënt maar ook voor de satisfactie en de onderlinge verstandhouding van de beroepsbeoefenaren.

De betrokken tandartsen en specialisten beschreven ter illustratie daarvan twintig gevallen, waarvan een deel tijdens de najaarsvergadering aan de bezoekers werd voorgelegd. Deze bijdrage biedt een impressie daarvan.

2 Het perspectief van de tandarts

De tandartsen stelden vooral problemen aan de orde uit de eerste twee door Hofmans-Okkes elders in deze aflevering beschreven hoofdstukken, te weten klinische problemen en aspecten rond de omgang met patiënten. Financieel getinte overwegingen kwamen nauwelijks voor.

Voorop stond dat tandartsen regelmatig defensieve overwegingen hebben, vooral bij ingewikkelder behandelingsplannen en wanneer de relatie met de patiënt niet goed is, soms omdat de patiënt tevoren niet bekend was. Defensieve overwegingen worden begeleid door de voorkeuren van patiënten zoals die door de tandarts worden waargenomen.

Relatief zelden worden de overwegingen voor verwijzen of niet verwijzen, of voor bepaalde ingrijpende behandelplannen of het achterwege blijven daarvan, rechttoe rechtaan met of door de patiënt besproken. Zo is het standpunt van een oudere acteur, die wil afzien van een ingrijpende behandeling op dat moment – ook al wil de werkgever de kosten dragen – goed te begrijpen omdat het praktisch gesproken zijn laatste kans is om nog eenmaal als artiest succes te hebben. Een – tijdelijk – esthetisch lelijk resultaat, wat klinisch de voorkeur verdient, is onacceptabel.

Niet minder gemakkelijk is de situatie voor een patiënt die nooit naar de tandarts is geweest en bij wie een snijtand opgeofferd dient te worden: de tandarts wil het nemen van deze beslissing doorschuiven (zie paragraaf 2.1.1). Ook een stappenplan bij een patiënt bij wie niet eerder bruggen gemaakt kunnen worden alvorens de sterk afwijkende stand van de fronttanden is gecorrigeerd, kan leiden tot een verwijzing om het nemen van die stappen gemakkelijker te maken.

Voor de tandarts helder – maar niet voor de patiënt – is de mate waarin tandartsen bepaalde interventies meer of minder graag doen, hetzij om financiële overwegingen, hetzij om deskundigheidsredenen (zie paragraaf 2.1.2).

2.1 Enkele voorbeelden

2.1.1 Casus 1

Een 43-jarige man bezocht zijn tandarts omdat hij voor de derde maal een abces aan de rechter centrale bovensnijntand had met een parodontale oorzaak. De huisarts had hem tevoren antibiotica gegeven. Zijn gebit was verder gaaf en de patiënt was daar erg trots op, omdat hij nog nooit naar de tandarts was geweest!

Het is moeilijk om bij het eerste tandartscontact te zeggen dat een fronttand als verloren moet worden beschouwd en dat er twee gave tanden beslepen moeten worden voor de realisatie van een brug. Daarom verwees ik hem naar een hoogleraar in de parodontologie, die voor mij de conclusie trok: 'De tand is verloren, er moet een brug gemaakt worden na een paro-behandeling voor boven- en onderkaak.' Het contact met de patiënt bleek vervolgens uitstekend.

2.1.2 Casus 2

Een 12-jarig meisje heeft sterk vooruitstaande boventanden. De familie is reeds 25 jaar in mijn praktijk en moeder vraagt mij de behandeling ter hand te nemen, omdat zij het volste vertrouwen in mijn kennis en kunnen heeft. Ik verwijs toch.

In mijn opleiding heb ik door omstandigheden weinig orthodontie gehad en later heb ik ook geen speciale interesse voor de orthodontie ontwikkeld. Ik leg dat uit aan de moeder en adviseer een orthodontist van mijn keuze. Voor mij is deze keuze zeer belangrijk, omdat ik op voet van gelijkwaardigheid een beroepsmatige relatie wil hebben met hoor en wederhoor. Verwijzing, zonder mij te raadplegen, van bijvoorbeeld de orthodontist naar een kaakchirurg vind ik uit den boze, omdat ik een aantal chirurgische ingrepen goed zelf kan uitvoeren. Het primaat van de tandheelkunde ligt steeds bij de huistandarts, ook al heeft deze een lacune in zijn vaardigheid.

2.1.3 Casus 3

Een 41-jarige man is een druk en geslaagd zakenman. Het gaat altijd moeizaam een afspraak voor de halfjaarlijkse controle te maken. Voor hem is het vanzelfsprekend snel beslissingen te nemen en zoveel mogelijk het initiatief te houden. Hij heeft enige slecht uitgevoerde wortelkanaalbehandelingen onder bestaand kroon- en brugwerk. Op de röntgenstatus zijn diverse periapicale afwijkingen zichtbaar.

Periapicale afwijkingen zijn goed conservatief te behandelen, mits je er voldoende tijd voor neemt en niet de haast betracht die deze patiënt zo kenmerkt. Daartoe zijn tenminste twee tot drie zittingen van één tot twee uur nodig. Een complicatie zoals een abces is niet uit te sluiten en neveneffecten kunnen beschadigde kroon- en brugpijlers zijn, die ofwel door middel van oclusale vullingen of door middel van nieuw kroon- en brugwerk moeten worden hersteld. Het behandelvoorstel behelst dan ook een groot aantal zittingen van langere tijdsduur en veel kosten.

De simpele keerzijde van de medaille is om de kaakchirurg te vragen retrograde apexresecties te doen: zijn weg zoekend door het bot is hij dan één tot anderhalf uur later klaar zonder het bestaand kroon- en brugwerk te beschadigen, maar met het in mijn ogen achterlaten van een ongelukkige endodontologische situatie.

Het dilemma werd in dit geval door de patiënt zelf opgelost. Hij wilde uitsluitend door de kaakchirurg worden behandeld.

2.2 Steeds terugkerend dilemma

Sommige tandartsen willen graag 'hun' derde molaren zelf extraheren en zelf wortelkanalen behandelen. Voor sommige patiënten is door het verzekeringssysteem een behandeling door de kaakchirurg echter financieel gunstiger, terwijl ook ontstekingen aan de wortelpunt door hem snel afgehandeld worden. Tandartsen zullen vermoedelijk op verschillende wijzen met dit steeds terugkerende dilemma omgaan.

Defensieve overwegingen spelen bij het verwijzen naar de specialist regelmatig een rol en het ziet er naar uit dat patiënten (evenmin als bij de huisarts) daar bij hun tandarts geen zicht op hebben.

3 Het perspectief van de specialist

De casuïstiek van de kaakchirurg, de orthodontist en de parodontoloog reflecteert verschillende klinische problematiek, maar de onderliggende structuur is gemeenschappelijk: er kan wrijving met de patiënt en ook met de tandarts die verwijst ontstaan.

3.1 Enkele voorbeelden

3.1.1 Casus 4

Een 9-jarig meisje heeft een ongunstig groeipatroon van het gelaat (lang en convex gezicht) en er bestaat een sagittale overbeet van 10 mm, wat als zeer storend wordt ervaren. De orthodontische behandeling verloopt zonder problemen en patiënte lijkt op de leeftijd van 11 jaar

tevreden. Twee jaar later blijken er bij controle geen noemenswaardige problemen. Een gering recidief van de sagittale overbeet (tot 2 mm) is voor patiënte geen probleem.

Op 17-jarige leeftijd vraagt zij zelf een consult aan en beklagt zich over de sagittale overbeet van nog steeds 2 mm. Ik vind dat zij problemen ziet die er niet zijn en probeer dat uit te leggen. Besloten wordt tot controle, mede aan de hand van dia's. Het ongunstige groeipatroon van het gelaat manifesteert zich geleidelijk steeds meer, echter zonder repercussies op de tandstand en de oclusie. Met andere woorden: zij is niet 'moeders mooiste'. Een chirurgische correctie werd gesuggereerd als enig mogelijke esthetische benadering. Patiënte stond echter afwijzend tegen operatief ingrijpen.

De 'slechte boodschap' – het weke-delenprofiel van het gelaat – zal geaccepteerd moeten worden, maar is toch 'te laat' meegeedeeld. Vermoedelijk is het onderliggende probleem het niet accepteren van het eigen gezicht, maar daar ben ik niet op ingegaan. Was dat 'defensief handelen'?

3.1.2 Casus 5

Een 27-jarige vrouw komt met ruim twee jaar bestaande pijnklachten in de bovenkaak links bij de kaakchirurg. Anamnese: extractie 28; na endo 27, extractie 27; recent endo 26. Vraag tandarts: spoed apex 26.

Onderzoek: apicale regio 26: niet pijnlijk; gezonde slijmvliezen; dorsale steunzone links ontbreekt; geen percussiepijn 26; X-foto: geen afwijking; hypertonie musculus masseter; extreme drukpijn regio arcus zygomaticus. De diagnose luidt: myogene pijn links en geen dentogene afwijking.

Probleem: patiënte verwacht ingreep aan 26, maar kaakchirurg stelt andere diagnose! Verwijzer is fout en moet hem dat verteld worden?

3.2 Ruimte aan de specialist

De tandarts dient enige ruimte te laten aan de specialist. De in 3.1.2 besproken casus gaf onomwonden het oordeel van een kaakchirurg in staccatobewoordingen. Bespreking ervan liet vooral zien dat de manier waarop tandartsen naar kaakchirurgen verwijzen soms erg weinig ruimte overlaat om andere overwegingen in het geding te brengen.

4 Beschouwing

In bijna alle beschreven gevallen werd niet expliciet met de patiënt gesproken over het feit dat tandarts of specialist zelf vonden dat er sprake van normoverschrijdend handelen was. Het lijkt aangewezen om ook in de tandheelkunde naar analogie van het begrip 'contactreden' en op de wijze waarop in de huisartsgeneeskunde systematisch met de trias 'contactreden – diagnose – interventie' gewerkt wordt, te zoeken naar een overlegmodel dat tot consensus met de patiënt zal leiden.

Summary

MANAGEMENT OF PATIENTS: THE PERSPECTIVE OF THE DENTIST AND DENTAL SPECIALIST

Key words: Practice management – Referral

Dentists and dental specialists are in general well aware of the professional treatment standards. Nevertheless, it is occasionally necessary or unavoidable to adjust or even to ignore these standards in the management of an individual patient.