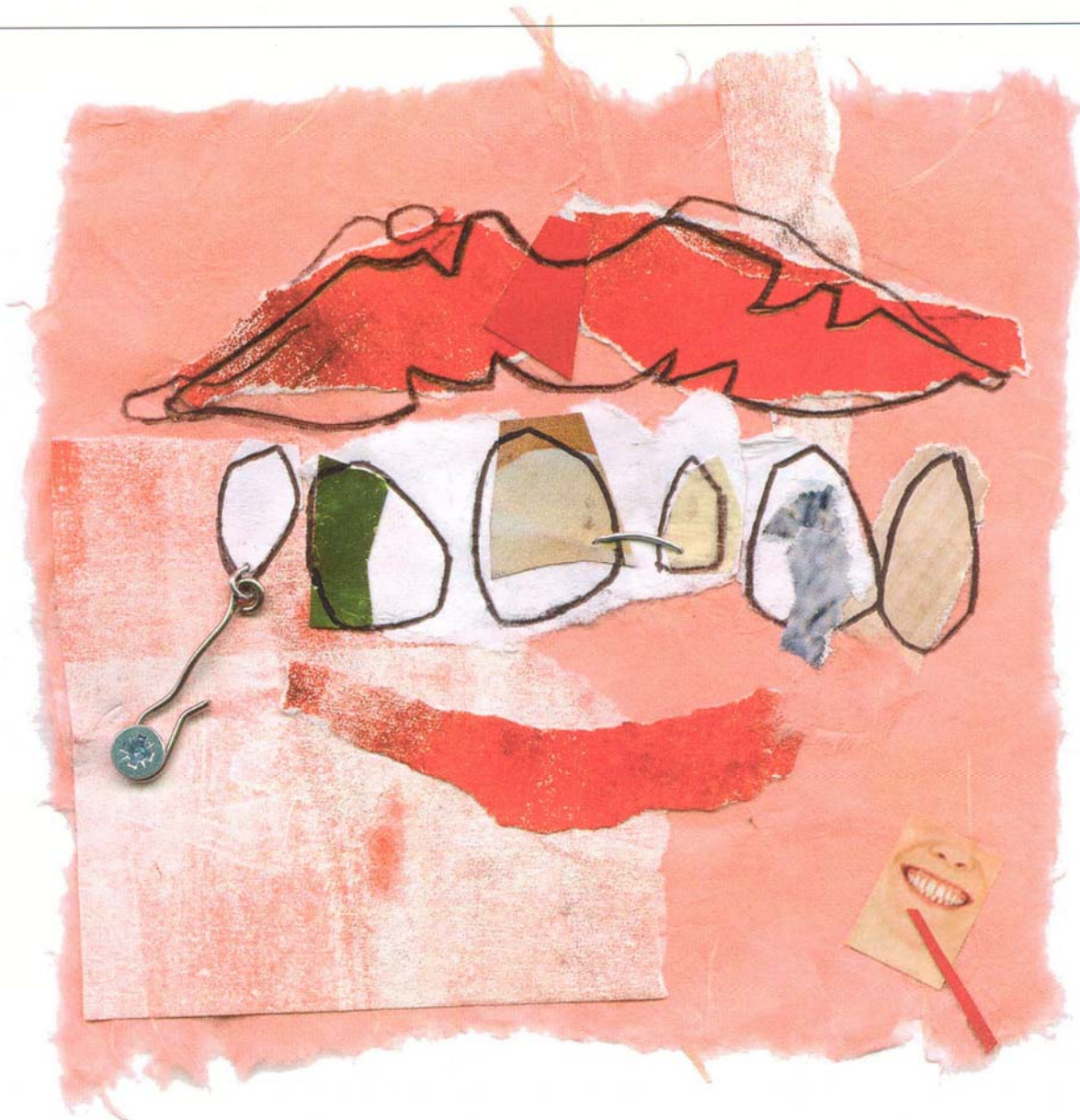


Paro-problemen hebben een multi-factoriële oorzaak

Eenmaal schieten, altijd prijs!?

Kunnen patiënten met parodontale afbraak tegenwoordig prijschietsen op hun tandarts als er sprake is van vermeende 'niet' of 'te laat' gediagnosticeerde tandvleesproblemen? De jurisprudentie van de laatste tijd in ogenschouw nemend lijkt dit er wel op, vinden Fridus van der Weijden, Bart Admiraal en Hans Schneider. Zij stellen in dit artikel het prijschietsen ter discussie.

Illustratie: Immita Visualdesign



Het moment waarop een patiënt te horen krijgt dat zijn tandvleesproblemen dermate ernstig zijn dat er een uitgebreide behandeling of zelfs extractie moet plaatsvinden, blijft altijd heel vervelend. Is er echter reden om het vervelende gevoel dat deze mededeling oproept, te vertalen naar een verwijt aan het adres van de behandelend tandarts? In het kader van de Wet op de Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst (WGBO) is de tandarts verplicht om als 'goed hulpverlener' te functioneren. Een goed hulpverlener van 2003 is echter niet dezelfde als die in 1980, 1970 of 1960. Vele technieken veranderen binnen ongeveer vijf jaar en materialen komen en gaan binnen nog kortere termijn, zelfs zonder klinisch onderzoek. Het eerste post-academisch onderwijs in de parodontologie stamt uit het begin van de jaren 80 van de vorige eeuw. De eerste tandarts-parodontoloog studeerde in 1989 af. Voor die tijd was het nauwelijks mogelijk om patiënten met parodontale problemen te verwijzen. De tijd van rigoureuze chirurgisch ingrijpen als onderdeel van de parodontale behandeling lijkt voorbij. Er wordt nu genuanceerder over gedacht. Maar wat kan er van een goed hulpverlener worden verwacht? In hoeverre spelen factoren als menskracht, budget, doelmatigheid en attitude van de patiënt een rol?

Jurispreventief

Het bepalen van het al dan niet begaan van een professionele misstap wordt in klachtprocedures meestal op gevoelsmatige gronden gemaakt. Daarbij moet een getuigedkundige – gebaseerd op een momentopname – zijn persoonlijke visie op de casus geven. De strafmaat wordt eveneens vaak door emoties gestuurd: een vorm van genoegdoening aan de patiënt voor het verlies van gebitselementen. Dit is geen wenselijke ontwikkeling. Het zou namelijk kunnen leiden tot een situatie waarbij de tandarts-algemeen practicus uit voorzorg (lees 'angst') voor een veroordeling elke

vorm van tandvleesproblemen probeert te voorkomen om uiteindelijk niet voor de tuchtrechter te hoeven verschijnen.

De tandarts die uit angst voor 'een klacht' alle patiënten dan maar *jurispreventief* gaat behandelen of verwijzen, maakt zich schuldig aan defensieve, en daarmee ondoelmatige en onnodig kostbare tandheelkunde. Waar dit toe kan leiden is te zien in de Verenigde Staten. Vele onnodige behandelingen, hoge financiële claims en hoge premies voor de beroepsaansprakelijkheidsverzekering, met als gevolg het sluiten van praktijken.

In Nederland heeft 99% van de dentate populatie ontstoken tandvlees in de vorm van gingivitis en/of parodontitis. Met het huidige aantal beroepsbeoefenaren kan 'primaire' preventie slechts op een beperkt niveau plaatsvinden. De tandheelkundige professe kan zich dus feitelijk alleen bezighouden met secundaire preventie en restauratie.

Hiervoor heeft de Nederlandse samenleving, via de regering, principieel gekozen. Volledige primaire preventie zou op landelijk niveau volkomen onbetaalbaar zijn. Uit de maximering van het aantal tandartsen, in 1984, met de daaropvolgende sluiting van drie faculteiten tandheelkunde, mag blijken dat de overheid niet als doel heeft om tandartsen op te leiden voor primaire preventie. Op grond van de prevalentie van parodontitis zou het ook niet doelmatig zijn om elke vorm van gingivitis te behandelen. In de leeftijdsgroep van bijvoorbeeld 35-45 jaar ontwikkelt ongeveer 10% van de Nederlanders ernstige parodontale problemen. Iedere vorm van bloedend tandvlees behandelen zou in deze leeftijdscategorie dus in ongeveer 90% van de gevallen, *over-treatment* zijn.

Hiermee heeft de tandarts de verantwoordelijkheid gekregen om in een vroegtijdig stadium cariës en parodontale ontsteking te detecteren. Door regelmatige screening van patiënten kan worden ingegrepen op het moment dat het mis gaat. De patiënt dient hierover te worden ingelicht en moet handvatten aan-

De vraag die in de verwijssituatie van tandarts-parodontoloog en mondhygiënist vaak wordt gesteld: "...Had mijn tandarts dit niet eerder kunnen zien?" is eigenlijk niet te beantwoorden. De reactie hierop zou moeten zijn: "...Uw tandarts heeft het nu noodzakelijk geacht dat intensiever ingrijpen nodig is...". Daarmee is op dat moment in principe de zaak afgedaan.

gereikt krijgen om via zelfzorg verdere problemen te voorkomen. Dit betekent dus dat er in beginsel altijd al een ongeluk is geschied voordat de tandarts en/of mondhygiënist zal ingrijpen (zie kader).

Mijlpaal

Dat er een noodzaak is tot screening van patiënten werd in 1998 landelijk onder de aandacht gebracht met het toevoegen van de parodontale screening aan de regelmatige controle (het cluster). In dat jaar is er commitment van de gehele beroepsgroep inzake periodiek parodontale diagnostiek, een mijlpaal voor de

"Primaire preventie volkomen onbetaalbaar"

parodontologie. 1998 is belangrijk betreffende de bepaling wanneer een tandarts moet vaststellen dat er sprake was van tandvleesproblemen. Wat blijft is de vraag wanneer er moet worden ingegrepen. In de praktijk zal het zo zijn dat na het constateren van geringe problemen de patiënt in eerste instantie op de noodzaak van zelfzorg worden gewezen. Tegelijk zal er met eenvoudige professionele gebitsreiniging worden gestart. Het is de vraag of het gebit van een patiënt die in zelfzorg persistierend tekortschiet, periodiek professioneel moet worden gereinigd. Dit met het oog op de door de zorgverzekeraars opge-



► stelde criteria 'doelmatig en niet onnodig kostbaar'. Als het echt misgaat, bijvoorbeeld bij pockets dieper dan 6 mm, kan er meer uitgebreide zorg worden verstrekt. In eerste instantie gebeurt dit vaak via de mondhygiënist, aangestuurd door de eigen tandarts. Als dit onvoldoende resultaat heeft, wordt er vaak verwezen naar een gespecialiseerde praktijk. Van de tandarts kan nauwelijks worden verwacht dat hij uitgebreide problemen zelf oplost. Al was het alleen al vanwege de logistieke aspecten en tijdsinvestering. Op dit moment kunnen alle paro-praktijken samen een verwezen hulpvraag echter ook nooit opvangen.

Multi-factorieel

In de jurisprudentie lijkt te worden voorbijgegaan aan het aspect dat parodontitis een multi-factoriële aandoening is. De tandarts is niet als enige verantwoordelijk voor parodontale problemen. Recent zijn ook genetische aspecten als oorzakelijke factor aangewezen. Als de genen inderdaad een rol spelen, kan het de tandarts niet volledig worden verweten wanneer zich ten gevolge hiervan bij een patiënt parodontale problemen voordoen. Ook roken is zo'n factor. Uit een meta-analyse is gebleken dat rokers in vergelijking met niet-rokers een driemaal grotere kans hebben op parodontitis. Ook blijken als gevolg van roken furcatie-problemen bij molaren veel frequenter voor te komen. Systemische aandoeningen zoals diabetes spelen eveneens een rol. En ten slotte is er de psychische component in de vorm van spanning en stress. De

ervaring leert dat patiënten met stress slecht kunnen reageren op een behandeling en ondanks intensieve zorg toch verdere afbraak vertonen. Daarbij is er een stressgerelateerde vorm (ANUG) die niet eens een chronische voorbode heeft. Als er moet worden bepaald of er al dan niet een misstap door de verantwoordelijke tandarts is begaan, dienen bovenstaande factoren zeker mee te wegen.

Dit artikel roept niet op om de parodontale problemen minder serieus te nemen omdat de behandelaar niets kan worden verweten. Het is een pleidooi om professioneel met het probleem om te gaan. Collega's schuiven de voorgangers 'de schuld' in de schoenen. Artikelen met de

"Pleidooi voor professionele aanpak"

dreigende kop 'Malpraxis' doen het ergste vermoeden en zetten lezers op het verkeerde been. Hier dreigt een hetze op basis van monocausale misleiding. Een tandarts bedrijft in beginsel secundaire preventie in alle aspecten van zijn vak. Daar waar het parodontale problematiek betreft, ligt er primair een diagnostische taak voor de individuele tandarts. Hij heeft in samenspraak met de individuele patiënt de verantwoordelijkheid om te bepalen wanneer de tandvleesproblemen meer uitgebreide zorg behoeven. De DPSI biedt daarvoor een eenvoudig handvat om diagnostiek op te pakken en het *paro-protocol* is de internationaal geaccepteerde aanpak om een parodontale behandeling te structureren.

Fridus van der Weijden, Bart Admiraal,
Hans Schneider, tandartsen ■

Warme waarnemers

Laten we maar aannemen dat het toevallig is dat er in de afgelopen twee jaar vier tandartsen door het Centraal Tuchtcollege uit het BIG-register zijn geschrapt. Dat gebeurt niet zomaar, daar ligt altijd een traject van onmiskenbaar en oncorrigeerbaar disfunctioneren aan ten grondslag. De uitspraak van het Centraal Tuchtcollege is bovendien 'einde verhaal'. Hoger beroep is dan niet meer mogelijk.

Een enkele maal duiken deze ex-tandartsen (de beschermde titel van tandarts mogen ze immers niet meer voeren) op in de waarnemersmarkt. Zij proberen via via of zelfs via bemiddelingsbureaus toch binnen de tandheelkunde aan de kost te komen. En ze praten daarbij natuurlijk niet over het verleden. Soms maken ze zelfs gebruik van de naam van een familielid die ook tandarts is en netjes lid is van de NMT of de ANT. Op die naam melden ze zich aan, de tandarts die op zoek is naar een waarnemer is al lang blij dat er eentje komt. Een collega met ruime ervaring nog wel! Bij signalering van zo'n misstap, zal de Inspectie voor de Gezondheidszorg het Openbaar Ministerie inschakelen voor vervolging. Op hoop van zegen trouwens, want het moet daar wel prioriteit krijgen en er moet duidelijk worden vastgesteld dat de titel van tandarts wordt gebruikt en dat er zelfstandig voorbehouden handelingen worden uitgevoerd. Werk voor het toezicht dus!

Een veel betere weg is preventie. Bemiddelaars in waarnemingen moeten vooraf de BIG-inschrijving toetsen van degenen met wie ze in zee gaan. Het opgegeven BIG-inschrijffnummer (daar kun je gewoon naar vragen) kan gemakkelijk worden gecontroleerd. Een simpele zoektocht via www.bigregister.nl is meestal afdoende. U moet dan wel beschikken over enkele essentiële gegevens: de geboortenaam in combinatie met óf de geboortedatum óf het BIG-inschrijffnummer óf het privé-adres. De check is eenvoudig en kan veel narigheid voorkomen. En komt u er helemaal niet uit? Een telefoontje naar het BIG-register (0900-8998225) of de inspectie (070-340 5790) kan, wie weet, wonderen doen!

Jorden D. van Foreest, inspecteur
tandheelkundige gezondheidszorg



foto: NFF Utrecht