



D. Bittermann,  
voorzitter NVT

# Risico's van het vak

## Voorwoord

Het najaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen werd op vrijdag 17 november 2000 in Utrecht gehouden. Ditmaal werd het congres georganiseerd in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Medisch Tandheelkundige Interactie, waarvan ook huisartsen lid zijn. Er werd een boeiend programma samengesteld waarin uiteenlopende risico's van medisch tandheelkundig handelen aan de orde zijn geweest.

Zes sprekers hebben vanuit hun eigen vakgebied de

risico's belicht waarmee de tandarts en het tandheelkundig team tijdens het dagelijks werk kunnen worden geconfronteerd. Zo zijn niet alleen de risico's op besmetting aan bod gekomen, maar ook het krijgen van een allergische reactie en de omgang met tal van grote en kleine risico's.

De samenvattingen zoals die nu voor u liggen, vormen een goed naslagwerk van de inhoud van het congres 'Risico's van het vak'.

Programma NVT|VMTI-Najaarscongres

# Risico's van het vak

In samenwerking met de Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie

**V**  
**M**  
**T**  
**I**

17 november 2000

Jaarbeurs Utrecht, Beatrix Theater

**NVT**  
NEDERLANDSE VERENIGING VAN TANDARTSEN

Sinds 1 juli 1904

# Risico's en risicopercepties

N.K. de Vries

In de tandheelkundige praktijk kunnen heel verschillende risico's worden herkend. De patiënt loopt risico ten gevolge van de behandeling zelf. Zo reageren sommigen allergisch op amalgaam, brengt het gebruik van röntgenstraling enig risico met zich mee, vrezen sommigen de besmetting met HIV of *Legionella*. Hoe beperkt deze risico's in de praktijk ook mogen zijn, in de belevingswereld van patiënten kunnen ze toch zwaar wegen. Daarnaast is er een risico dat sommige mensen nemen door zich niet of niet tijdig te laten controleren of te behandelen.

Ook de tandheelkundige neemt risico's. Gedeeltelijk zijn dit typische beroepsrisico's zoals de kans op besmettingen of allergische reacties. Daarnaast is de tandheelkundige aansprakelijk voor het medisch handelen. Ook zijn er ondernemersrisico's, economisch en juridisch. Ten slotte loopt de beroepsgroep een (naar het zich laat aanzien) verhoogd risico op burn-out.

Het begrip risico is op heel veel manieren gedefinieerd. De meeste klassieke omschrijvingen gaan uit van een samenspel van ernst en kans: de (on)wenselijkheid van de verschillende gevolgen van bepaalde uitkomsten worden bijvoorbeeld vermenigvuldigd met de waarschijnlijkheid van die uitkomsten. Pas recentelijk is hieraan een derde factor toegevoegd, meestal betiteld als scenario. Hierin wordt beschreven op welke manier verschillende uitkomsten tot stand kunnen komen. De relevantie van deze toevoeging zal in het vervolg duidelijk worden.

Risicopercepties worden mede bepaald door de daadwerkelijke omvang van de risico's: grote risico's worden ook als groter waargenomen dan geringe risico's, vooral wanneer de persoon directe of indirecte ervaring heeft opgedaan. Maar vertekeningen treden op door de subjectiviteit van de menselijke waarnemer (Sjöberg, 2000). Zo worden nieuwe risico's en risico's die veel mensen aangaan relatief groot ingeschat. Ook is er een duidelijk effect van de manier waarop risicosituaties worden ingekleed: vaak kan dat in termen van winst (alles gaat mis, maar er is een kans dat het goed gaat) of verlies (er gaat wel wat goed, maar alles kan ook nog misgaan). Bij winst zijn mensen risicomijdend (ze kiezen voor zekerheid), bij verlies zoeken ze juist het risico.

Een doorslaggevende factor in risicoperceptie is de toegankelijkheid van gebeurtenissen: hoe gemakkelijk is het voor mensen om zich voor te stellen dat een risico zich realiseert (Fischhoff *et al*, 1981). Recente rampen maken een herhaling zeer voorstelbaar, net als persoonlijke ervaring, of risico's die zich in de eigen levenssfeer kunnen voordoen. Hoort men van een direct familielid over iets dat mis ging bij een tandheelkundige behandeling, dan weegt dat veel zwaarder dan de statistische waarschijnlijkheid op die gebeurtenis.

De grootste vertekeningen worden gevonden bij persoonlijke risico's. Aan de ene kant worden die gemakkelijk als relatief groot waargenomen wanneer men er ervaring mee heeft. Aan de andere kant is een belang-

rijke vertekening het zogenaamde 'onrealistisch optimisme' (Weinstein, 1984). Dit houdt in dat men de kans dat de persoon zelf iets negatiefs overkomt kleiner acht dan dat dat een willekeurige ander overkomt. Oorspronkelijk is dit aangetoond voor de kans op een ongewenste zwangerschap; maar ook voor allerlei aandoeningen (hart- en vaatziekten, kanker, HIV) en nare omstandigheden (zakken voor een examen, werkeloosheid, conflicten met ouders) is inmiddels evidentie vergaard. Overigens geldt ook dat de eigen kans op positieve gebeurtenissen hoger wordt ingeschat dan die voor willekeurige anderen. De verklaring voor onrealistisch optimisme wordt veelal gevonden in het feit dat de persoon voor zichzelf goed weet welke tegenmaatregelen er zijn getroffen, en daardoor de illusie heeft situaties beter te beheersen dan anderen. Een tweede verklaring heeft te maken met de motivatie van de individu: het is functioneel en aangenaam zich relatief onkwetsbaar te voelen. Ten slotte wordt het fenomeen verklaard doordat personen zelf een invulling kunnen geven aan het begrip 'een willekeurige ander'; men kan dan een relatief negatief voorbeeld kiezen. Overigens blijkt in dit onderzoek dat mensen inderdaad de persoonlijke risico's veel hoger schatten dan nodig, maar voor anderen nóg hoger dan voor henzelf. Vanuit de absolute overschatting van persoonlijke risico's kan dus worden begrepen dat patiënten angst hebben voor besmetting via de tandheelkundige praktijk; men zal dat risico voor anderen nóg hoger schatten. De balans van absolute overschatting en persoonlijk optimisme bepaalt het resultaat.

Voor de tandheelkundige praktijk kunnen deze inzichten gemakkelijk worden vertaald naar de genoemde risico's. Inzicht in de factoren die risicoperceptie bepalen, is mede van belang om over de risico's met anderen (medewerkers en patiënten) te kunnen communiceren.

## Literatuur

- FISCHOFF B, LICHTENSTEIN S, SLOVIC P, DERBY FL, KEENEY RL. Acceptable risk. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- SJÖBERG L. Factors in risk perception. *Risk Analysis* 2000; 20: 1-11.
- WEINSTEIN ND. Why it won't happen to me. Perspectives of risk factors and susceptibility. *Health psychology* 1984; 3: 431-457.

Trefwoorden:

- Beroepsrisico
- Infectiepreventie

R.A. Coutinho

# Risico's van besmetting

Trefwoorden:

- Beroepsrisico
- Infectiepreventie
- Prikaccidenten

## Inleiding

Tandartsen en anderen die in aanraking komen met bloed en andere lichaamsvloeistoffen hebben een verhoogde kans bepaalde virusinfecties op te lopen, vooral via prikaccidenten. Door de komst van het aids-virus begin jaren tachtig is de aandacht voor het risico op het krijgen van aandoeningen die door het bloed worden overgebracht in een stroomversnelling geraakt.

Bij het risico op besmetting met bloedoverdraagbare aandoeningen in de tandheelkunde spreekt men over een beperkt aantal virussen, die in deze samenvatting nader besproken worden.

## Prikaccidenten

In het verleden werden binnen de tandheelkunde weinig voorzorgsmaatregelen genomen om het risico van besmetting te verkleinen. De isolatie van het aids-virus heeft een enorm effect gehad op de omgang met bloed door werkers in de gezondheidszorg. De afgelopen jaren is er in onderzoek veel aandacht besteed aan de wijze waarop de werkers in de gezondheidszorg besmet raken.

Verreweg het belangrijkste besmettingsrisico vormen de scherpe objecten die door deze mensen gebruikt worden; 80% van de werkers in de gezondheidszorg prikt zich wel eens aan een naald die vast zit aan een spuit en teruggedaan wordt in het hoesje.

Het risico om besmet te raken hangt af van de hoeveelheid virus in het bloed, de zogenoemde 'viral load'. Verder hangt de infectiekans af van de prevalentie van de betreffende ziekte in de bevolking, maar is ook afhankelijk van de populatie van de praktijk. De soort verwonding speelt ook een rol, zoals een diep prikaccident waarbij bloed wordt ingespoten.

Bij een prikaccident is het achterhalen van de bloedstatus van degene aan wie geprikt is, van groot belang. Hierop kan dan de 'post exposure profylaxe' gebaseerd worden.

## Virale aandoeningen

Iedereen die met het aids-virus geïnfecteerd is, heeft in meer of mindere mate het virus bij zich. In het algemeen is de hoeveelheid virus in het bloed bij HIV niet erg groot. Wordt iemand behandeld met antivirale middelen dan daalt de viral load sterk, waardoor de kans op overdracht enorm afneemt. Speeksel speelt bij de virusoverdracht geen rol.

Bij een prikaccident van een met HIV besmet persoon moet de post exposure profylaxe, de behandeling met drie antiretrovirale middelen, binnen een paar uur worden gestart en gedurende een maand voortgezet worden.

Na het doormaken van een infectie met het hepatis-B-virus zijn bij de meeste mensen antistoffen in het bloed aan te tonen. De kans dat iemand zelf drager van het virus blijft, is 5 tot 10%. Het hepatitis-B-virus wordt in alle lichaamsvloeistoffen aangetroffen. In tegenstelling tot het aids-virus is de viral load van met hepatitis-B besmette mensen groot.

Uit oud onderzoek blijkt een sterke relatie te bestaan tussen het aantal jaren praktijk en de kans om hepatitis-B positief te zijn. Na prikken aan een besmette naald of instrument is de kans op een hepatitis-B virusinfectie 6 tot 30%.

Bescherming tegen besmetting met het hepatitis-B-virus kan door vaccinatie worden verkregen. Tegenwoordig gaat men ervan uit dat wanneer een goede vaccinatie is verkregen, dit levenslange bescherming biedt. In geval van 'non respons' bestaat geen bescherming tegen het virus.

De post exposure profylaxe bij niet-gevaccineerde personen bestaat uit het toedienen van immunoglobulinen en eventueel vaccinatie.

Het hepatitis-C-virus wordt makkelijk overgedragen door bloed. In de groep van druggebruikers raakt bijvoorbeeld 90% al in het begin van de verslaving besmet met het virus en als ze blijven spuiten, treden voortdurend herinfecties op. Ongeveer 80% van de mensen met antistoffen tegen het virus is zelf ook drager van het virus.

Besmetting met het hepatitis-C-virus wordt vaak niet herkend, omdat het geen acute klinische verschijnselen geeft. De ziekte is vooral berucht vanwege het chronische karakter, waarbij pas na een lange periode leverzieken ontstaan.

Binnen de groep dragers bestaan grote verschillen in de viral load. Het feit dat iemand drager is, zegt dus niet zoveel. De post exposure profylaxe na een vermeende besmetting met het virus bestaat niet. Maandelijks controle op leverfuncties is geboden. Wanneer hier iets in verandert, moet de primaire infectie worden behandeld.

## Tot slot

In de praktijk zal het onmogelijk zijn personen te herkennen die besmet zijn met een virale aandoening. Ter bescherming van de tandarts en zijn patiënt zal iedere patiënt als risicopatiënt moeten worden beschouwd en voldoen alleen universele maatregelen, zoals het gebruik van handschoenen, mond-neusmasker en bril. Het devies ter voorkoming van prikaccidenten luidt: 'Neem de tijd'.

# Contactreacties op tandheelkundige materialen

M.M.H.M. Meinardi

## Allergologische reacties

Uit een Deens onderzoek is gebleken dat van alle beroepsaandoeningen van tandartsen en tandartsassistenten huidafwijkingen ruim op de eerste plaats komen (70%), gevolgd door 'repetitive strain injuries' (20%) en luchtwegproblemen (6%) (Kanerva *et al*, 1999). De meeste huidafwijkingen waren het gevolg van huidirritatie, omdat het juist in de tandheelkundige praktijk niet altijd even eenvoudig is om contact met water (vaak handen wassen), abrasieve stoffen en irriterende chemicaliën te vermijden. Allergische huidaandoeningen worden duidelijk minder frequent gemeld. De consequenties van het opdoen van een allergie voor een bepaalde stof zijn echter wel veel verstrekkender dan die door huidirritatie, omdat een eenmaal opgedane allergie levenslang blijft bestaan.

In de mondholte komen allergische contactreacties op tandheelkundige materialen veel minder vaak voor dan op de huid. De type IV allergische reactie blijft gewoonlijk beperkt tot de contactplaats. Incidenteel kunnen ook symptomen elders op het lichaam optreden, zoals chronische urticaria veroorzaakt door een type IV-allergie voor palladium in tandheelkundige gietlegeringen. Een type I allergische reactie kan zich uiten in zwelling van het gelaat inclusief de mond- en keelholte, rhinitis, conjunctivitis, bronchospasme tot een levensbedreigende anafylactische shock. Allergische reacties in de mondholte blijken meestal terug te voeren op lokale anaesthetica, analgetica, antibiotica, latex, kunststoffen (inclusief hulpstoffen), legeringen en amalgaam en eugenol (4-allyl-2-methoxyphenol).

Uitzoeken voor welke stof iemand een type IV- of I-allergie heeft ontwikkeld, kan met een plakproefonderzoek. Het onderzoek op een type IV-allergie is in principe eenvoudig uit te voeren, al moet met een aantal zaken rekening worden gehouden: zijn alle gebruikte materialen bekend, zijn de teststoffen niet verontreinigd, hebben de geteste metalen in zuivere vorm dezelfde eigenschappen als in legeringen. Verder kan de interpretatie van het resultaat moeilijk zijn. Een allergologisch onderzoek naar type I-allergie vereist meer voorbereiding, omdat door het onderzoek een anafylactische reactie kan worden veroorzaakt.

## Sensibiliserende stoffen in de tandheelkunde

Acrylaten zijn sterk sensibiliserend. Het is dan ook niet verwonderlijk dat bij tandheelkundig personeel in toenemende mate acrylaatallergieën worden gemeld, onder meer door het toenemend gebruik van composieten. Helaas biedt het dragen van handschoenen onvoldoende bescherming, omdat de acrylaatmoleculen er doorheen gaan. Preventie is de enige goede methode om problemen te voorkomen. Acrylaten moeten niet worden aangeraakt. Ook stoffen die tijdens het

fabricageproces aan de acrylaten zijn toegevoegd, kunnen tot een contactallergie leiden.

Een latex-eiwitallergie is zeer gevaarlijk en kan zich binnen tien minuten tot enkele uren na direct contact met latex uiten in diverse symptomen. Dit kan variëren van lokale tot algemene verschijnselen, van urticaria tot een levensbedreigende anafylactische shock. Latex-eiwitten blijken ook via de lucht verspreid te kunnen worden. De latex-eiwitten hechten aan het (maïszetmeel) handschoenenpoeder en vooral bij het aan- en uittrekken van de handschoenen verspreidt het poeder zich makkelijk en ver door de lucht, waardoor het vervolgens ingeademd kan worden (aërogeen contact).

De rubbereiwitten zelf zijn in het algemeen te groot om gemakkelijk door een intacte huid heen te gaan. Bij mensen met een handeczeem is die huidbarrière echter niet meer intact. Dat zou kunnen verklaren waarom mensen met een handeczeem een hoger risico hebben op het ontwikkelen van een latex-allergie. Ook een atopische aanleg, dus de erfelijke aanleg tot het verkrijgen van inhalatieallergieën zoals astma en hooikoorts, vormt een risicofactor. Ten slotte is een frequente expositie een duidelijke risicofactor.

Nikkel afkomstig uit tandheelkundige restauraties is uitgebreid beschreven als oorzaak van erytheem, orale lichen planus, burning mouth en zelfs van urticaria zonder afwijkingen in de mondholte. De zelden voorkomende palladiumallergie zou vooral veroorzaakt worden door een verontreiniging met nikkel. Waarschijnlijk is een echte palladiumallergie zelf zeer zeldzaam, evenals een allergie voor titanium. Ook de goudallergie komt maar zelden voor.

Andere metalen die een rol kunnen spelen bij contactallergie zijn onder andere gallium, zirkonium, yttrium, indium, iridium, kopersulfaat en beryllium. Daarnaast zijn er meerdere meldingen van een contactallergie op roestvrijstalen hechtingen (bevat o.a. chroom, nikkel, molybdeen, ijzer, zwavel en fosfor). Ook hier weer geldt dat voor een adequaat uitgevoerd allergologisch onderzoek alle afzonderlijke metalen bekend en voorhanden moeten zijn.

## Conclusie

De belangrijkste conclusie van het bovenstaande is, dat voorkomen beter is dan genezen. Immers, éénmaal allergisch is voorgoed allergisch. Dit kan ertoe leiden dat het onmogelijk wordt het beroep langer uit te oefenen.

## Literatuur

- KANERVA L, LAHTINEN A, TOIKKANEN J, ET AL. Increase in occupational skin diseases of dental personell. *Contact Dermatitis* 1999; 40: 104-108.

Trefwoorden:

- Allergie
- Materiaalkunde

H. Lamberts

# Onderhandelen over risico's in de spreekkamer

Trefwoord:

• Communicatie

## Inleiding

In de geneeskunde gaat het in beginsel om de trits 'klacht-diagnose-therapie'. In de dagelijkse praktijk is het tegenwoordig echter niet altijd zo eenvoudig: aan de handelingen van artsen en tandartsen liggen tegenwoordig steeds vaker allerlei andere en complexe overwegingen ten grondslag.

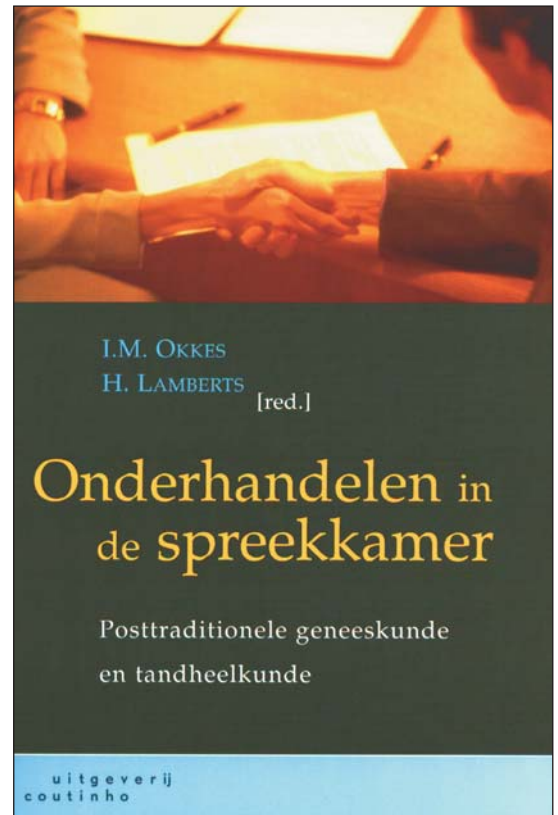
De patiënt, die via televisie, kranten en internet steeds meer op de hoogte is van medische problemen en mogelijke oplossingen, en wiens rechten steeds meer vastliggen, onderhandelt op de markt van welzijn en geluk, en verlangt soms dingen die niet zonder meer in het rijtje klacht-diagnose-therapie passen. Daarbij gaat het dan om vragen waaraan bijvoorbeeld het verlangen naar zekerheid over de eigen gezondheid, meer mogelijkheden tot zelfontplooiing, of esthetische overwegingen ten grondslag liggen; maar ook kan het gaan om meer laag-bij-de-grondse overwegingen als gemak of financieel gewin. Patiënten zijn meer dan ooit geïnformeerd: kwam het vroeger wel eens voor dat mensen (vaak aarzelend) nadere inlichtingen vroegen over iets wat op de televisie was geweest of wat ze van de buurvrouw gehoord hadden, tegenwoordig begeven veel mensen zich niet naar de dokter zonder zich eerst op internet over hun vraag georiënteerd te hebben. En vaak zijn de vragen en verzoeken die daarvan het resultaat zijn, niet direct te rijmen (of zelfs strijdig) met de professionele eisen waaraan een (tand)arts zich graag wil houden.

Een (tand)arts die in zulke gevallen van oordeel is dat er geen sprake is van een abnormale of ziekelijke toestand die om geneeskundig handelen vraagt, of denkt (of wéét) dat het uitgesloten is dat de klacht door de interventie zal verminderen of – erger nog – dat de interventie waarschijnlijk tot meer of andere klachten zal leiden, moet daarop dan reageren en met de patiënt onderhandelen. Omdat hierbij niet-medische overwegingen aan de orde komen, voelen artsen zich in zulke situaties vaak enigszins ongemakkelijk.

Artsen en tandartsen hebben tegenwoordig ook te maken met een groeiende pressie (van beroepsverenigingen en de maatschappij in het algemeen) om conform richtlijnen en standaarden 'evidence based' te handelen; aan de andere kant is er een groeiende vraag van patiënten om interventies, waarvoor geen geneeskundige legitimering bestaat. Professionele hulpverleners dreigen aldus in een spanningsveld te belanden tussen wat zij wel willen, maar vaak niet kunnen, en wat zij niet willen, maar op de vrije markt wel moeten.

## Onderhandelen in de spreekkamer

In het recent verschenen boek 'Onderhandelen in de spreekkamer' van Okkes en Lamberts (2000) wordt



bovenstaande problematiek besproken aan de hand van casuïstiek uit de huisartsgeneeskunde, de tandartspraktijk, de orthodontie, de dermatologie, de plastische chirurgie, de kaakchirurgie, de psychiatrie en de alternatieve geneeskunde. Naast het perspectief van verschillende medische en tandheelkundige specialisten komt ook dat van de patiënt en de wetgever aan de orde.

Dit boek is geen klaagzang over wat geweest is en niet meer terugkomt, of over wat had kunnen zijn maar niet is gebeurd. Vastgesteld wordt dat de geschetste ontwikkelingen zeker problemen kunnen geven, maar óók positief gewaardeerd moeten worden. De onstuitbare opmars van de geïnformeerde en de juridisch goed beschermde patiënt stelt nieuwe eisen aan hulpverleners, en het is goed mogelijk de contouren aan te geven van een strategie waar beide partijen wel bij kunnen varen.

## Literatuur

- OKKES IM, LAMBERTS H, RED. Onderhandelen in de spreekkamer. Posttraditionele geneeskunde en tandheelkunde. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 2000.

# Tuchtrechtelijke risico's van het vak

P.C. Römer

## Inleiding

Een beroepsfout kan in ons rechtssysteem verschillende gevolgen hebben. Neem de vrachtwagenchauffeur die een verkeersfout maakt, waardoor een voetganger ernstig gewond raakt. De chauffeur kan te maken krijgen met de strafrechter, wegens overtreding van de wegenverkeerswetgeving. Daarnaast kan het slachtoffer hem voor de burgerlijk rechter aanspreken tot vergoeding van de schade die het slachtoffer ten gevolge van het ongeval heeft geleden (werkverzuim, smartengeld).

Op dezelfde wijze kan de tandarts strafrechtelijk worden vervolgd wegens het toebrengen van lichamelijk letsel door schuld en kan hij voor de burgerlijke rechter worden gedaagd tot vergoeding van de schade aan het slachtoffer. Voor de tandarts geldt, anders dan voor de chauffeur, dat zijn handelen daarnaast tuchtrechtelijk kan worden getoetst.

Sinds 1 december 1997 is het wettelijk tuchtrecht geregeld in de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG). Tot die datum gold de *Medische tuchtwet*. Onveranderd is het hoofddoel van het tuchtrecht gebleven: bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Een klacht tegen een beroepsbeoefenaar zal gegrond worden verklaard indien de beroepsbeoefenaar "heeft gehandeld in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg". Daartoe behoort allereerst het verkeerd behandelen van een patiënt. De norm is echter ruimer. Ook het publiekelijk afkraken van prestaties van een collega kan onder omstandigheden tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn. In feite is er niet zoveel veranderd ten opzichte van de *Medische tuchtwet*, waarin de norm werd overtreden als de beroepsbeoefenaar "door zijn handelen het vertrouwen in de stand had ondermijnd".

## Procedure

Er zijn vijf Regionale Medische Tuchtcolleges voor de behandeling van klachten. Hoger beroep staat open bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Het tuchtrecht is laagdrempelig. Een briefje met een klacht is voldoende om de procedure een aanvang te doen nemen. Uiteraard moet daarin vermeld staan tegen wie de klacht is gericht en wat diegene wordt verweten. De procedure is geheel gratis, afgezien van de kosten van een eventuele advocaat. Een advocaat is niet verplicht. De klacht kan niet alleen door de patiënt worden ingediend, maar ook door een rechtstreeks belanghebbende. Daarbij valt te denken aan bijvoorbeeld een echtgenoot of een familielid van de patiënt.

Na binnenkomst van de klacht stelt de secretaris van het College een vooronderzoek in. Daarin wordt de tandarts verzocht schriftelijk op de klacht te reageren. Dan volgt nog een stukkenwisseling tussen de klager

en de tandarts. De vooronderzoeker kan bij derden informatie opvragen, een deskundigenbericht inwinnen of getuigen horen. Het vooronderzoek wordt gesloten door een verwijzing van de zaak naar de mondelinge behandeling door het College. Indien de klacht kennelijk ongegrond is, kan het College deze zonder mondelinge behandeling en zonder nader onderzoek afwijzen.

De mondelinge behandeling van de klacht vindt plaats op een openbare zitting van het College. Het College is samengesteld uit drie leden-beroepsgenoten, een lid-jurist en de voorzitter, die eveneens jurist is. Een adviserende stem heeft de secretaris, ook een jurist.

Indien de klacht gegrond wordt bevonden, zal het College de beroepsbeoefenaar een maatregel opleggen. Deze kan variëren van een waarschuwing tot doorhaling van de inschrijving in het BIG-register.

De tuchtcolleges zenden van elke uitspraak een afschrift toe aan de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg. Deze inventariseert de uitspraken en vermeldt in het jaarverslag statistische gegevens.

In 1999 zijn door de regionale tuchtcolleges 982 uitspraken gedaan. Daarvan hadden 47 (4,8%) betrekking op tandartsen. Van die 47 klachten werden 14 (ca. 30%) gegrond verklaard. Dat is betrekkelijk veel, want van het totaal aantal klachten werd slechts circa 15% gegrond verklaard. De gegrond verklaarde klachten hadden voornamelijk betrekking op een onjuiste behandeling en/of diagnose, en op geen of onvoldoende zorgverlening.

## Effectiviteit van tuchtrecht

Is het tuchtrecht effectief? Naar die vraag is nooit onderzoek gedaan. (Tand)artsen die met het tuchtrecht in aanraking zijn geweest, verklaren vaak dat zij in hun praktijkvoering defensiever zijn geworden. Dat behoeft geen verbetering te zijn. Anderzijds zal het risico om voor een tuchtcollege te moeten verschijnen voor veel beroepsbeoefenaren een stimulans zijn om hun beroepsuitoefening op een kwalitatief hoog peil te houden. Deze algemene, preventieve functie, waarvan het effect praktisch niet te meten is, is wellicht de belangrijkste van het tuchtrecht en blijft zijn bestaan rechtvaardigen.

## Literatuur

- INSPECTIE VAN GEZONDHEIDSZORG. Jaarrapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag: Inspectie van Gezondheidszorg, 1999.

Trefwoorden:

- Tuchtrecht
- Gezondheidsrecht
- Sociale tandheelkunde

R.C. Gorter

# Burn-out: een onvermijdelijk risico?

Trefwoorden:

- Beroepsrisico
- Praktijkmanagement
- Sociale tandheelkunde

## Inleiding

Is burn-out een niet te vermijden risico voor tandartsen? Om die vraag te beantwoorden dient eerst nagegaan te worden wat burn-out behelst. In de literatuur wordt uitgegaan van chronische werkstress, die kan leiden tot emotionele uitputting. Daarbij komt als reactie een toenemende afstandelijkheid - of cynisme - ten opzichte van patiënten. Ook is er het gevaar van verminderde persoonlijke bekwaamheid. Deze zaken staan niet los van elkaar en veroorzaken een neerwaartse spiraal. Burn-out wordt gezien als een sluipend proces, zonder duidelijke markeringspunten. Meestal kan men pas terugkijkend constateren dat men al geruime tijd bezig was op te branden. Dit kenmerk van sluipenderwijs roofofbouw plegen op de eigen energievoorraad is een element van het proces dat tot burn-out leidt.

## Onderzoek

Met het doel een beeld te krijgen van het risico op burn-out onder tandartsen, is de afgelopen jaren door ACTA onderzoek verricht naar dit fenomeen. In de eerste plaats is nagegaan hoeveel werkende Nederlandse tandartsen risico lopen op burn-out. In de tweede plaats is onderzocht welke factoren uit het werk samengaan met opbranden onder tandartsen. Daartoe werden 950 actieve tandartsen-algemeen practici aangeschreven, van wie 75% de voorgelegde vragen beantwoordde. Deze groep vormde een representatieve vertegenwoordiging van de Nederlandse tandartsen wat betreft geslacht, leeftijd en regionale spreiding.

Het blijkt dat de Nederlandse tandarts zich niet ongunstig verhoudt tot de Nederlandse bevolking wat betreft burn-outniveau. Ook in vergelijking met huisartsen vallen tandartsen aan de gunstige kant van de schaal. Dat wil echter niet zeggen dat er geen probleem bestaat binnen de tandheelkunde. Wanneer de getallen nader worden geanalyseerd, blijkt dat tandartsen frequenter ongezond hoge scores vertonen dan binnen populaties verwacht mag worden. Het is uit verzekeringscijfers bekend dat tandartsen een langere dan gemiddelde revalidatietijd kennen bij psychische arbeidsongeschiktheid. Een valkuil van het beroep is kennelijk dat er weinig correctie is van buitenaf bij degenen die ongezond lang doorgaan.

Hoewel strikt genomen er geen evidente man-vrouwverschillen konden worden geconstateerd, viel er wel een trend tot hogere scores waar te nemen bij mannen tussen de veertig en de vijftig jaar.

Uit het onderzoek blijkt verder dat een aantal factoren die typisch deel uitmaken van het tandheelkundig werk een verklarende rol spelen ten aanzien van burn-outrisico. Zo komt naar voren dat vooral bij mannen het gebrek aan loopbaanperspectief verschillen in burn-out verklaart. Ook spelen belastende patiëntencontacten, naast werkdruk in algemene zin, een belangrijke rol. Mannen hebben daarnaast nogal eens last van overheids- of andere externe bemoeienis, terwijl vrouwen problemen binnen

de staf nogal eens als belastend ervaren. Opvallend genoeg is het voeren van een solo- dan wel groepspraktijk geen verklaring voor verschillen in burn-out, evenmin als lange werkdagen draaien, of een groot actief patiëntenbestand hebben. Wel is een aantal persoonsgebonden factoren van belang: een nogal passieve wijze van omgaan met problemen en situaties gaat samen met hogere burn-outgemiddelden. Dat geldt ook voor het gevoel weinig controle te hebben over wat er gebeurt of het missen van sociale steun. Samenvattend: kennelijk zit het risico van burn-out niet zozeer in de feitelijke werkomstandigheden, als wel in de wijze waarop er mee wordt omgegaan of deze worden ervaren.

## Tot slot

Tot slot verdient het aspect preventie nog enige aandacht. Vooropgesteld dient te worden dat het met burn-out vaak zo is dat het degenen treft die gekenmerkt zijn door een grote bezieling. Als er geen vuur brandt, kun je ook niet opbranden. Men kan zich vanuit niet gerealiseerd idealisme gefrustreerd voelen, stagnatie van ontwikkeling ervaren, apathie kan optreden als reactie en uiteindelijk moet men constateren dat het heilig vuur is gedoofd. Allesbehalend voor het effect van stress is de wijze waarop ermee wordt omgegaan. Het herkennen en erkennen van wat stress met je doet is absoluut de eerste stap bij de preventie van burn-out. Een goede manier van herkennen kan bijvoorbeeld zijn het constateren dat je bezig bent negatief te veranderen: fysiek, in stemming, in gedachtepatroon, of in gedrag. Het probleem met gedreven tandartsen is dat zij zich daarvoor nogal gemakkelijk afsluiten. Heel wat punten in het tandartsbestaan zijn te sturen. Denk aan hoe de praktijk is georganiseerd en of men zich enigszins geschoold heeft in communicatie met patiënten. Denk ook aan het belang van fysieke gezondheid en ergonomisch verantwoord werken. Ook gaat er veel kracht uit van het ervaren van sociale steun en die moet je meestal zelf mobiliseren. Gelukkig zijn tal van initiatieven op dit gebied gaande, zoals alfgroepen en de ontwikkelingen rondom onderlinge visitatie. Het is belangrijk dat jonge collega's direct aan het begin van hun loopbaan zich al gewennen aan regelmatige intervisie, niet alleen over technische aangelegenheden, maar zeker ook over hun functioneren.

De boodschap van dit verhaal is dan ook: burn-out is wel degelijk een beroepsrisico voor tandartsen, maar zeker niet onvermijdelijk.

## Literatuur

- BAKKER AB, SCHAUFELI WB, SIXMA HJ, BOSVELD W, DIERENDONCK D VAN. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *J Organizational Behavior* 2000; 21: 425-441.
- GORTER RC. Burnout among dentists: identification and prevention. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2000. Academisch proefschrift.