

Cognitieve bias

Vertekening van de werkelijkheid door vooringenomenheid: gewone mensen hebben er hinder van maar (mond)zorgverleners mogelijk nog meer. Laten we het beperken tot de beroepsgroep: wat maakt mondzorgverleners zo zeker van hun zaak? Waarom is hun behandelwijze de beste als er toch ook zorgverleners zijn die voor andere benaderingswijzen kiezen? In de regel steunt die zekerheid op persoonlijke ervaring, resultaten uit eigen handen en ervaringen uit eigen praktijk. Op die manier is de valkuil van cognitieve bias snel gevonden. Dat wat men meent te zien, is ook correct.

Cognitieve bias wordt gekenmerkt onder meer door een specifiek verwachtingspatroon, vermeende superioriteitsgevoelens, verankering en beschikbaarheid. (Mond)zorgverleners hebben de neiging de resultaten die overeenstemmen met hun verwachtingspatroon gemakkelijker te accepteren, te ondersteunen en te onthouden en juist de uitkomsten die botsen met hun verwachtingen te ontkennen of deze zich niet te herinneren. Effecten van een behandeling worden beoordeeld op een manier die in het eigen straatje past en dat leidt tot een op zijn minst aanvechtbare superioriteit. Soms is er ook de neiging te zwaar te leunen op een bepaald

positief aspect van de eigen behandelkeuze, bijvoorbeeld als het uitsluiten van pijn de basis is voor de behandelkeuze en men andere aspecten uit het oog verliest. De verankering van de eigen bevindingen laat een paradigmaverschuiving dan niet toe. Ons geheugen blijkt ook royaler met de beschikbaarheid van positieve ervaringen dan van negatieve ervaringen, en dat kan tot gevolg hebben dat (behandel)successen en hun frequentie worden overschat.

Mondzorgverleners moeten zich realiseren dat het bestaan van deze bias een goede diagnose en behandeling in de weg staat en de patiënt kan benadelen. Een datasysteem met objectief vastgelegde behandelresultaten zou informatie moeten leveren die essentieel is voor het nemen van een correcte behandelbeslissing en het realiseren van een goede kwaliteit van de behandeling.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat het TNO-rapport 'Jeugdmondzorg, de restauratieve verzorgingsgraad' (2007) met een cognitieve bias is samengesteld. In dit rapport is, door een secundaire analyse van gegevens die uit diverse onderzoeken waren verkregen, getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag 'welke factoren hebben invloed op de verzorgingsgraad van het gebit van jeugdigen?'. De onderzoekers kwamen een heel eind met hun antwoord, maar de vraag hoe hoog de restauratieve verzorgingsgraad idealiter zou moeten zijn bleef onbeantwoord.

Er bestaat onder mondzorgverleners geen eensluidende visie op de noodzaak van de behandeling van cariës bij (jonge) kinderen, en er is evenmin overeenstemming over de wijze(n) en het tijdstip waarop dit moet gebeuren. Bij het optreden van cariës spelen allerlei persoonlijke en omgevingsfactoren een rol. Tandartsen kunnen verschillende (weloverwogen) redenen hebben om caviteiten in een kindergebit niet (onmiddellijk) restauratief te behandelen. Zo kan men er ook bewust voor kiezen om bepaalde caviteiten te behandelen en andere caviteiten juist niet. In geval van twijfel is men ethisch

gebonden aan behandelen met terughoudendheid. Ook binnen de richtlijnencommissie kindertandheelkunde worstelt men met dit probleem. Er is onvoldoende bewijs beschikbaar voor de ene, dan wel de andere benaderingswijze en zo legt de ene zorgverlener het accent op een symptomatische aanpak terwijl een andere de causale benadering nastreeft.

Wat de kindertandheelkunde nodig heeft, is op zijn minst 1 gerandomiseerd klinisch onderzoek dat vrij is van 'bias' en toepasbaar voor jeugdigen in de algemene praktijk. Maar onderzoekers krijgen veelal nul op het rekest als zij op zoek gaan naar praktijken waarin een dergelijk onderzoek kan worden uitgevoerd. Om uiteenlopende redenen willen tandartsen hun patiënten niet blootstellen aan een in hun optiek onjuiste behandelwijze. In de overtuiging dat de restauratieve behandelstrategie de enige juiste behandelwijze is, blijft de onzekerheid bestaan over de niet-restauratieve behandeling.

Welke academische opleiding tandheelkunde pakt deze handschoen op en welke pedodontoloog en mondzorgverlener in de algemene praktijk of welke instellingen voor jeugdmondzorg zijn bereid hun medewerking hieraan te verlenen? Tenslotte, hoe meer kleine onderzoeken door verschillende onderzoeksgroepen plaatsvinden in plaats van 1 groot onderzoek, hoe groter de statistische kracht van de bevindingen. Met publicatie van de resultaten van een dergelijk onderzoek kan tegelijk de bestaande controversie die momenteel woedt binnen de kindertandheelkunde worden beëindigd.

