

Nemen van verantwoordelijkheid. Een goed voornemen voor 2016

Iedere tandarts in Nederland wordt geacht te handelen in overeenstemming met de actuele stand van de wetenschap en bereid en in staat te zijn zich voor zijn handelen te verantwoorden. Je zou van tandartsen dus een zekere gretigheid mogen verwachten om de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen in hun vakgebied te weten te komen en deze toe te passen in de praktijk, zeker als men bedenkt dat ten minste de helft van wat men tijdens de tandheelkundestudie heeft geleerd obsoleet wordt gedurende de postacademische jaren. De werkelijkheid is echter dat verschillende barrières een soepele overdracht van wetenschappelijke kennis naar de praktijk in de weg staan. Een daarvan is de scheiding die lijkt te bestaan tussen de werelden van klinici en wetenschappers. Wetenschappers richten hun onderzoek vaak niet primair op de problemen waarmee klinici worden geconfronteerd en ook de implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk behoort meestal niet tot hun eerste prioriteit. Clinici hebben vaak aarzelingen of zelfs weerstand bij het doorvoeren van veranderingen in de praktijk, ook al zijn die veranderingen nog zo wetenschappelijk verantwoord. Zij hebben de neiging vast te houden aan wat ze gewend zijn.



Bovendien resulteert ervaren tijdgebrek om hun kennis te onderhouden vaak in andere keuzes dan het lezen van wetenschappelijke tijdschriften of het volgen van post-academisch onderwijs.

De basis voor deze (gedrags)problemen voert terug naar de opleiding. De interesse van tandheelkundestudenten voor academische onderwerpen blijkt vaak beperkt te zijn. De meeste studenten willen zo snel mogelijk de kliniek in, waar vaak een sfeer van 'klinische folklore' bestaat die studenten aanmoedigt om de wetenschap de wetenschap te laten. Helaas wordt dit nogal eens onderstreept door de houding van (niet zelden parttime aan de opleiding verbonden) klinische docenten, die uitstraalt dat wetenschappelijke verantwoording van het handelen in 'de praktijk' niet zo belangrijk is. Dit verklaart voor een deel ook het gebrek aan gretigheid om zich te laten informeren over de stand van de wetenschap en de weerstand om veranderingen door te voeren in de praktijkomgeving.

Waar in de geneeskunde nascholing verplicht is en als vanzelfsprekend wordt ervaren, is dit in de tandheelkunde vrijblijvend. Dit is echter niet meer van deze tijd. Het ontwikkelen van nascholing - en in het verlengde daarvan van klinische praktijkrichtlijnen - is een verantwoordelijkheid van de academische gemeenschap; het volgen en implementeren daarvan is de verantwoordelijkheid van de practicus. Een verplichting, die al tijdens de opleiding tot tandarts zou moeten worden ingezet, zal daarbij helpen. De praktijk heeft immers uitgewezen dat lang niet iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt en de eigen nascholing afdoende regelt.

Tegelijkertijd wordt het vakgebied van de tandheelkunde steeds complexer. De levensverwachting en daarmee het aantal mensen met chronische ziekten, alsook het aantal mensen dat tot op relatief hoge leeftijd het eigen gebit behoudt, nemen toe. De diagnostiek wordt hierdoor complexer en bij de behandeling zal met meerdere medisch-biologische en psychosociale aspecten rekening gehouden

moeten worden. Sommige aandoeningen zullen zich in de tandartspraktijk manifesteren voordat de medische diagnose is gesteld; voorwaarde is wel dat tandartsen de tekenen hiervan herkennen. Het aantal complexe patiënten en de betekenis van tandartsen in het vroegtijdig herkennen van aandoeningen met soms verstrekkende gevolgen zal dus toenemen. Tandartsen zullen daarom beter moeten worden toegerust om deze problematiek aan te kunnen en efficiënt aan pakken.

Ook hierin doemen barrières op die deels zijn terug te voeren op de opleidingen. Daar wordt te weinig aandacht besteed aan competenties als klinisch redeneren en het integreren van medisch-biologische kennis in het klinisch handelen. Deze competenties zullen in de komende jaren belangrijker worden. Ook in het postacademisch onderwijs zijn deze vakgebieden onderbelicht, deels omdat ook hier het fenomeen zich voordoet dat het 'handwerk van de kliniek' populairder is. Het resultaat is dat veel tandartsen niet goed genoeg zijn voorbereid op het efficiënt omgaan met patiënten met een complexe achtergrond.

De academische gemeenschap zal dus nascholing moeten verzorgen die recht doet aan toekomstige ontwikkelingen in het veld. Daartoe zal onderzoek (deels) moeten worden afgestemd op vragen vanuit de praktijk en zullen de resultaten daarvan effectief moeten worden overgedragen op de klinici. Vervolgens zullen algemeen-practici zich moeten laten informeren en nieuwe informatie in de praktijk implementeren. Zij moeten dan ook worden voorbereid op het tot zich nemen en toepassen van nieuwe informatie door een positieve en kritische houding te ontwikkelen ten aanzien van het leren van nieuwe dingen en daarnaast minder de neiging hebben de veiligheid van het bekende te zoeken en hardnekkig vast te houden aan het verleden. Uiteindelijk mondt de verantwoordelijkheid voor het al of niet toepassen van actuele kennis en kunde uit in de 1-op-1 interactie tussen tandarts en patiënt.