

Tandarts-adviseurs en professioneel handelen

“Door de opkomst van de implantologie is het vaak niet meer eenvoudig om te beslissen of een carieus of gefractureerd gebitselement moet worden behandeld of dat men moet kiezen voor een implantaat”. Deze stelling legden Amerikaanse onderzoekers voor aan 121 clinici. Onder hen waren endodontologen, implantologen, parodontologen en tandartsen die waren opgeleid in de prothetiek en in de parodontologie.

De onderzoekers gebruikten daarvoor 11 casus van een bovenfront met verschillende voorbeelden van een afgebroken gebitselement of van een gebitselement met een periapicale afwijking. De casus waren voorzien van röntgenopnamen. De reacties laten zien dat patiëntgerelateerde tandheelkundige factoren, zoals de toestand van het parodontium, de lengte van de wortel of een mogelijke periapicale afwijking, bepalend waren voor de gekozen behandeling. Maar vooral de specialistische opleiding van de tandarts bleek een belangrijke factor in de behandelkeuze (*Int J Periodontics Restorative Dent* 2014; 3: 389-398).

Aan dit onderzoek moest ik denken toen een advocaat van een letselschadebureau de hiernavolgende tandheelkundige



casus voorlegde aan een tandheelkundig-adviseur.

Een patiënt klaagde zijn tandarts aan die een afgebroken bovenincisief had geëxtraheerd en daarna een implantaat had geplaatst. Na 1 jaar moest het implantaat worden verwijderd en de patiënt besloot naar een andere tandarts te gaan. Deze vroeg de gegevens van de vorige tandarts op, bestudeerde de röntgenopnamen in het dossier van zijn nieuwe patiënt en merkte zijdelings op dat volgens hem de afgebroken incisief eigenlijk onnodig was geëxtraheerd. De patiënt nam deze opmerking serieus en klaagde zijn vorige tandarts aan. De advocaat vroeg een tandheelkundig-adviseur of de eerste tandarts had gehandeld zoals van een gemiddeld bekwame beroepsgenoot, gezien de ‘state-of-the-art’, kon worden verwacht. Een jurist vraagt feitelijk om een ja/nee antwoord omdat de vaststelling van de aansprakelijkheid hier nu eenmaal belangrijk is. Maar de tandheelkundig-adviseur kon de vraag, ook na overleg met 2 andere collega’s, niet beantwoorden en meldde dit aan de advocaat.

Deze kwestie is natuurlijk niet uniek. Tandheelkundig-adviseurs van zorgverzekeraars of inspecteurs van rechtsbijstandverzekeraars, van letselschadebureau’s of leden van tuchtcolleges en klachtencommissies (hoeveel van dergelijke collega’s zijn er eigenlijk in ons land?) staan vrijwel wekelijks voor dergelijke dilemma’s. Het is interessant om te kijken op basis van welke kennis deze collega’s tot hun beslissingen komen. Want in de klinische praktijk zijn mondzorgproblemen soms complex, lijken de mondproblemen van de patiënten weinig op elkaar en wordt een wetenschappelijk verantwoorde onderbouwing van dergelijke adviezen te weinig gehanteerd. Daarbij zijn er ook weinig klinische richtlijnen die deze adviseurs een goed houvast zouden kunnen bieden.

De praktijk leert dat er dagelijks door tandeelkundig-adviseurs aan juristen wordt geadviseerd over tandheelkundige kwesties. Betreft het letselschade bij

opgetreden fracturen tijdens ongelukken waarbij aansprakelijkheid is erkend, dan zijn de adviezen vaak vergelijkbaar. Immers de richtlijn Tandletsel van de KNMT lijkt vrijwel door iedere tandheelkundig-adviseur te worden gevolgd. Maar bij andere kwesties lijkt de eigen opvatting van de tandheelkundig-adviseur te prevaleren.

Het zou verstandig zijn als het op te richten Kennisinstituut Mondzorg (KiMo), of anders het College Adviserende Tandartsen van de zorgverzekeraars, samen met tandheelkundig-adviseurs en leden van de tuchtcolleges, klachtencommissies en wetenschappers zich over de criteria voor tandheelkundige adviezen zouden buigen. Niet alleen uit eigen belang, maar ter bevordering van de transparantie van tandheelkundige adviezen.