

hierboven beschreven staat. De tandartsen die werkzaam zijn voor de 'angstkliniek' in Amsterdam-Noord worden op uurbasis betaald en niet per verrichting. Deze regeling biedt ruimschoots de mogelijkheid een aantal angstuitdovende technieken toe te passen. Voor zover de kosten van de psychotherapeutische behandeling nietparticulier kunnen worden gedragen, bestaat er de mogelijkheid RIAGG's (Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) te interesseren voor relatief kortdurende klachtgerichte behandelingen.

Op grond van bovenstaande ervaringen lijkt het zinvol dat tandarts en psychotherapeut meer met elkaar gaan samenwerken bij de behandeling van angstige patiënten. Het inzicht in elkaars behandelingsmethoden kan daarmee groeien waardoor een betere afstemming mogelijk wordt. Het is een goede zaak, dat tandartsen zich bekwamen in angstbeheersingsmethoden als N₂O-inhalatie-sedatie en hypnose. Daarnaast lijkt het aanbevelenswaard dat tandartsen enkele eenvoudige gedragstherapeutische technieken leren toepassen. Psychologen zouden de daarvoor noodzakelijke training kunnen verzorgen.

Met dank aan de vakgroepsleden G. ter Horst en M. E. A. Stouthard voor hun nuttige commentaar op een eerdere visie van dit artikel.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF EXTREME DENTAL FEAR: A CASE STUDY

Keywords: Social dentistry – Behavioral sciences – Dental fear – Psychotherapy

This article describes the psychotherapeutic treatment of a patient who suffers from extreme fear of the injection needle. It is explained why dentist-applied fearcontrol methods like N₂O-sedation and hypnosis, or desensitizing methods like successive approximation and systematic desensitization sometimes do not result in reducing the fear. In these instances, where the fear is neurotically functional, the dentist should refer the patient to the psychotherapist. In this article attempts are being made to explain a behaviour therapeutic approach.

LITERATUUR

- ¹ STOUTHARD MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling, literatuuronderzoek. Deelverslag I. Amsterdam, ACTA, 1985.
- ² MAKES PC, SCHUURS AHB, THODEN VAN VELZEN SK, DUIVENVOORDEN HJ, VERHAGE F. Criteria voor de selectie van volwassenen met een extreme angst voor de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 317-21.
- ³ BURGER AW. Functie-analyse van neurotisch gedrag. Uitg. Van Rossum, Amsterdam, 1980.
- ⁴ ORLEMANS JWG. Handboek voor gedragstherapie. Uitg. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978.
- ⁵ BOUDEWYNS PA, SKIPLEY RH. Flooding and implosive therapy. Plenum Press, New York, 1983.
- ⁶ RIMM DC, MASTERS JC. Behaviour therapy. Academic Press, New York, 1979.
- ⁷ RAMSAY RW, NOORBERGER R. Living with a loss; a dramatic new break through in grief therapy. Morrow, New York, 1981.
- ⁸ ELLIS A, HARPER RA. A new guide to rational living. Prentice-Hall, New York, 1975.
- ⁹ BECK AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York, 1976.
- ¹⁰ SCHWARTZ D. Rationeel denken en doen. VNU business publications BV, Amsterdam, 1984.
- ¹¹ STOUTHARD MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Dental Fear Survey. Deelverslag IV, Amsterdam, ACTA, 1986.
- ¹² CORAH NL, GALE EN, ILLIG SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-19.
- ¹³ HOOGSTRATEN JOH, DE MEIJER E, SPRANGERS M. Het begrip 'responseshift' en retrospectieve zelfbeoordeling. Ned Tijdschr Psychologie 1985; 40: 488-502.

Redactionele bijdrage

DE PATIËNT BESLIST

SAMENVATTING

In een door de Redactie bewerkte publikatie uit de Journal of the American Dental Association¹ worden enkele aspecten van de patiënt-tandartsrelatie aan de orde gesteld. Het belang van voorlichting over behandelalternatieven en het gewicht dat aan de keuze van de patiënten moet worden gegeven, worden, mede aan de hand van een aantal voorbeelden, beschreven. Met name het vermogen van de patiënt om te kunnen kiezen en de redelijkheid en validiteit van de keuze blijken van groot belang bij de dagelijkse praktijkuitoefening.

REDACTIE. De patiënt beslist. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 413-7.

Redactie

Trefwoorden: **Praktijkvoering** – Ethiek – Voorlichting

Datum acceptatie: 14 juni 1987.

Adres: Postbus 351, 1250 AJ Laren.

1. INLEIDING

De tijd dat een tandarts over het hoofd van zijn patiënt heen beslissingen kon nemen, ligt allengs achter ons. Tegenwoordig zal bij voorbeeld bijna geen patiënt genoegen nemen met een extractie na de simpele mededeling dat 'de kies eruit moet'. De patiënten zijn mondiger en kritischer geworden en zij willen zelf over de behandeling van hun gebit tenminste meebeoordelen.

Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor het gebit voor een deel nog steeds aan de tandarts wordt gedelegeerd. Aan hem wordt, als deskundige bij uitstek, advies gevraagd en hij bepaalt *hoe* wordt behandeld, maar pas nadat de patiënt is geraadpleegd over *wat* er moet gebeuren. Maar het is ook juist de omstandigheid dat de tandarts een specialistische kennis bezit, die hem bepaalde verplichtingen oplegt, geformaliseerd in een ethische code

die betrekking heeft op de patiënt-tandartsrelatie.²

Mede door een mentaliteitsverandering bij de patiënten (waarschijnlijk gevoed door consumentenbewegingen, maar ook omdat de bevolking door de overheid meer verantwoordelijkheden krijgt toegewezen),³ wordt de tandarts, heden vermoedelijk vaker dan weleer, dagelijks geconfronteerd met ethische problemen, al was het maar omdat er dikwijls diverse, zelfs con-

roversiële - maar alle goed verdedigbare - behandelingsalternatieven bij een gegeven gebitsituatie mogelijk zijn. Dit onderwerp zal in het volgende nader worden besproken. Het stoelt voor een belangrijk deel op de opvattingen van de Amerikanen Hirsch en Gert.¹ Omdat de ethiek maatschappijafhankelijk is en de Verenigde Staten van Amerika daarin van Nederland afwijken, is enige terughoudendheid ten aanzien van voornoemde publikatie op zijn plaats en staat een aantal uitspraken ter discussie, te meer omdat zij niet meer dan een, weliswaar beargumenteerde, mening inhouden. Daar komt nog bij dat de gezondheidszorg in de Verenigde Staten anders georganiseerd is dan in ons land; een deel van de verhandeling van Hirsch en Gert is slechts voor de particuliere patiënten toepasselijk.

Een patiënt moet in staat worden gesteld een gefundeerde en deugdelijke beslissing te nemen over een behandeling, hetgeen meestal een keuze uit alternatieven inhoudt. Instemmen met en toestemmen in een behandelplan is pas mogelijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan: 1. voorlichting, ook over alternatieven, waaronder *niet* behandelen, moet op adequate wijze gegeven zijn, 2. misleiding moet afwezig zijn en 3. de patiënt moet gestellig zo capabel zijn dat hij in kan stemmen met de voorgestelde behandeling - of deze kan weigeren. Men raliseer zich dat voorlichting, hoe objectief ook, een beïnvloeding van anderen inhoudt, waardoor onder andere een stuk 'onvrijheid' wordt geïntroduceerd.²

2. VOORLICHTING

De tandheelkundige voorlichting kan pas adequaat worden genoemd als alle niet-triviale risico's en voor- en nadelen van een behandeling en haar alternatieven zijn besproken en begrepen. Terzijde, de patiënt heeft vanzelfsprekend recht op inlichtingen over de geldelijke consequenties van de behandelingsalternatieven, maar in noodsituaties is het niet nodig vooraf de kosten te bespreken. Sommige tandartsen zijn van mening dat zulk een wijze van voorlichting onmogelijk is omdat dit veel te ver zou voeren, maar in wezen behoeft slechts globaal en in algemene termen te worden voorgelicht.

2.1. Risico's en kans op schade

Het merendeel van de patiënten wenst - om een voorbeeld te noemen - geen uitleg over de moleculaire structuur van chroomcobaltlegeringen, maar wel over allergiegevaar bij gebruik van nikkel. Zij willen in het algemeen niets weten over de hechtsterkte van een etsbrug in fysische termen, maar wel over de levensduur van een dergelijke voorziening. Dat hierbij technische termen achterwege moeten blijven,

spreekt voor zich, tenzij een patiënt expliciet daarom vraagt. Te veel willen vertellen kan averechts werken, want daardoor gaat relevante informatie verloren.

Alvorens een gefundeerde beslissing te nemen wil ieder weldenkend mens voldoende ingelicht zijn over de grootte van de kans op dood (zelden in de tandheelkunde), invaliditeit, schade, napijn van enige betekenis en andere nadelen, maar ook over de voordelen verbonden aan zijn keuze. Als voorbeeld: de problemen die samengaan met een volledige prothese versus het ongemak en de risico's verbonden aan de rehabilitatie van een (parodontaal) slecht gebit, moeten duidelijk en volledig aan de orde worden gesteld. Evenzo moeten de voordelen van een brug boven een partiële plaatprothese worden besproken en mogen de nadelen van een partiële prothese ten opzichte van een frameprothese niet worden verzwegen. De financiële implicaties worden natuurlijk vermeld.

Bij de informatieverstrekking moeten triviale mededelingen worden vermeden. Zo moet wél worden verteld dat de kans op succes in geval van een endodontische behandeling niet 100% is, maar niet dat laterale condensatie van guttaperchastiften beter is dan het plaatsen van een guttaperchastifsectie. En: de kans op beschadiging van de n. trigeminus door toepassing van geleidingsanesthetie is gering en mag daarom onvermeld blijven, maar als een geïmpacteerd M₃ inferior moet worden verwijderd, ligt dat soms anders.

Kortom, de ernst van de schade en de waarschijnlijkheid van het optreden ervan zijn bepalend voor wat de informatie over risico's moet inhouden.

2.2. Alternatieven

Zelfs als een tandarts de mening is toegegaan dat een bepaalde behandeling het meest geëigend is, dan nog moeten zo mogelijk alle en in ieder geval de meest voor de hand liggende behandelingsalternatieven worden besproken. Als voorbeeld kunnen de voor- en nadelen van een endodontische behandeling worden genoemd: de kans op mislukking en de vergrote kans op fractuur van het element versus de voor- en nadelen van extractie moeten aan de orde worden gesteld, ook al verdient de conservatieve behandeling in de ogen van de tandarts de voorkeur. Hoe moeilijk dat ook kan zijn, de alternatieven dienen *objectief* te worden besproken. Geringschattend of kleinerend doen over 'mindere' alternatieven beletten de patiënt daarop serieus in te gaan.

De Codex voor beroepsethiek in Nederland zegt slechts dat het de *voorkeur* verdient te wijzen op verschillende mogelijkheden van behandeling, maar dit is te zwak;⁴ een *verplichting* doet meer recht aan de mondigheid van de patiënt.

Pas in tweede instantie staat het de tandarts vrij redenen aan te dragen waarom het ene behandelplan naar zijn mening de voorkeur geniet boven het andere. Maar de inhoud en kwaliteit van de informatie blijven ook dan voorop staan.³ Als de patiënt een de tandarts onwelgevallig alternatief kiest, dient die keuze te worden gerespecteerd. Hirsch en Gert betogen dat de tandarts in kwestie dan nauwelijks meer de vrijheid heeft de behandeling niet uit te voeren.

De keuze van de patiënt na de objectieve voorlichting zal soms doorverwijzing naar een andere tandarts impliceren, eenvoudig omdat men zich zelf niet capabel acht bepaalde behandelingen uit te voeren. Implantaten met brugconstructies vormen bijvoorbeeld een alternatief voor een frameprothese. Indien een tandarts zelf geen implantaten aanbrengt, moet de patiënt deze optie toch worden meegedeeld, waaraan mag worden toegevoegd dat er nog controverses over de implantaten bestaan. Ook een onverantwoord lange wachttijd vóór tot behandeling kan worden overgegaan vormt een reden een patiënt door te verwijzen.

Door sommige patiënten wordt voorlichting pertinent geweigerd. Deze behoef dan niet te worden opgedrongen. Het staat de tandarts, volgens de auteurs, in deze situatie vrij gehoor te geven aan een ongefundeerde, en dus niet-valide, behandelingseis, maar hij is niet verplicht deze patiënten daadwerkelijk te behandelen, uitgezonderd in spoedeisende situaties.

Ook het verwijzen naar een specialist dient op rationele gronden te geschieden, mede omdat de meeste patiënten de mogelijkheden missen om over de kwaliteiten van een specialist een oordeel te vellen.

3. MISLEIDING

Alhoewel het acceptabel is aan te dringen op een bepaalde behandeling, kan het vanzelfsprekend niet zo zijn dat daarbij valse argumenten worden gehanteerd. Zo brengt bij voorbeeld 'crowding' in het onderfront slechts weinig risico voor het ontstaan van parodontopathieën met zich en dit laatste mag dus niet als argument vóór een orthodontische behandeling worden gehanteerd. Maar daar waar de beschikbaarheid van tandartsen ruim is, wordt het risico van misleiding, om reden van werkverschaffing, waarschijnlijk groter. Bij wijze van voorbeeld: het kan verleidelijk zijn om een partiële prothese als alternatief voor bruggen maar helemaal niet te noemen, vanwege werkverschaffing en geldgewin.

Bij patiënten kan wel eens ten onrechte de mening post vatten dat er sprake is van misleiding. Zo kan het inwinnen van een 'second opinion' of een uitspraak van bijvoorbeeld een kaakchirurg, twijfel oproepen over de juistheid van het behande-



Overleg met een patiënte.

lingsvoornemen van de eigen tandarts. Het is moeilijk aan patiënten duidelijk te maken waarom bekwame tandartsen het niet met elkaar eens zijn over welk behandelplan het beste is. Onderdeel van de patiëntenopvoeding is hen duidelijk te maken dat er verschillen in inzicht kunnen bestaan, dat er onzekerheden over de afloop van behandelingen bestaan en dat uiteindelijk de beslissingen in de handen van de patiënt liggen.

4. COMPETENTIE

Om een gewettigde behandelingsbeslissing te kunnen nemen, moet de patiënt oordeelsbekwaam, competent, zijn en over de behandelingsvoorstellen hebben nagedacht. Kinderen uitgezonderd, is het merendeel van de patiënten hiertoe in elk geval ten dele in staat. Bijna niemand is totaal bekwaam of onbekwaam. Er is een criterium nodig om vast te stellen of een patiënt competent is. Waar het om gaat is te bepalen in hoeverre een patiënt de hem aangeboden informatie begrijpt en de waarde ervan kan wegen. Op deze gronden kunnen drie categorieën worden onderscheiden.

Incompetent zijn jonge kinderen en geestelijk zwaar gehandicapten. Zij begrijpen de voorlichting niet. De *gedeeltelijk competenten* zullen weliswaar in kunnen stemmen met een behandeling of deze weigeren, maar hun oordeel mist validiteit. Het gaat bij deze categorie personen om bij voorbeeld seniele dementie; de informatie wordt niet of maar gedeeltelijk begrepen en zij zijn vaak niet in staat alternatieven tegen elkaar af te wegen. De *competenten* echter begrijpen en wegen de hen verstrekte informatie. Hun besluiten zijn valide,

ook wanneer zij niet overeenstemmen met het inzicht van de tandarts.

4.1. Rationaliteit

Competentie en rationaliteit zijn niet synoniem. Een patiënt die als competent moet worden beschouwd, kan desondanks in zijn beslissing redelijk of onredelijk zijn. (Als alle beslissingen van een patiënt irrationeel zijn, dan is dat een bewijs van incompetentie). Ter adstructie: een patiënt, die als kind een traumatische behandeling heeft meegemaakt en die zich bewust is dat een behandeling met verdoving en met sindsdien verbeterde technieken pijnloos kan verlopen, kan desondanks afzien van behandeling. Zo'n beslissing berust duidelijk op angst en is als irrationeel te karakteriseren, ook al is de patiënt verder competent.

Nu zijn of lijken beslissingen vaak irrationeel, maar dat is niet verwonderlijk als we ons de situatie, waarin de patiënt verkeert, voorstellen. De patiënten worden nogal eens geconfronteerd met een ingewikkeld conflict. De patiënt wenst enerzijds een bepaald doel te bereiken, maar de verwezenlijking daarvan stuit op problemen. Ter illustratie: men wenst verlost te worden van pijn, maar tegelijkertijd weerhoudt angst van tandartsbezoek. Is eenmaal een afspraak gemaakt, dan neemt met het naderen van het tijdstip de angst en daarmee de weerstand tegen het bezoek toe en wordt het aantrekkelijk de pijn maar te verdragen (of zelfs niet meer te voelen). De kans dat de afspraak niet wordt nagekomen is niet irreëel. Later kan men daar spijt van krijgen of kan de pijn dwingen weer een afspraak, desnoods elders, te maken.

Grofweg gezegd bestaan er enkele soorten keuzeconflicten.⁵ In geval van een 'approach-approach'-conflict wenst het individu tegelijkertijd twee begeerde, maar elkaar uitsluitende doelen te bereiken. In geval van een 'approach-avoidance'-conflict trekt het doel aan, maar tegelijkertijd stoot het doel af. In een 'avoidance-avoidance'-conflict wil het individu tegelijkertijd twee ongewenste doelen ontlopen; hij wordt heen en weer geslingerd tussen twee kwade keuzen.

In de tandheelkundige situatie lijkt met name het 'approach-avoidance'-conflict te spelen. Men realiseer zich dat een keuze vaak niet of niet alleen op redelijke gronden wordt genomen.

De keuze van een bepaald alternatief is *onredelijk* wanneer op voorhand al bekend is dat de persoon daardoor zinloze schade lijdt. Dit houdt in dat de redenen voor een keuze adequaat moeten zijn. In de tandheelkunde vinden veel behandelingen plaats om 'erger' te voorkomen. De keuze zich te laten behandelen is alleen dan verantwoord te noemen als de patiënt gelooft in een heilzaam effect, met andere woorden als de patiënt een adequate reden heeft.

Ongemak - en soms ook pijn - ondergaan is derhalve alleen dan redelijk te noemen als daar een zwaarder wegend, positief effect tegenover staat. Voorkomen van tandverlies of van ontsteking vormen duidelijk adequate redenen om een curatieve behandeling te ondergaan. Maar het is onzinnig alle gebitselementen te laten extraheren vanwege pijn bij snoepen als gevolg van een kleine caviteit; weliswaar is het geloof dat deze behandeling de pijn uitbant terecht en bestaat er reden behandeling te zoeken en wordt het doel, eliminatie van pijn, bereikt, maar geen zinnig mens zal beweren dat van een adequate, rationeel verantwoorde keuze sprake is.

Er bestaan conflictueuze keuzen die beide redelijk zijn. De verleiding bestaat om als de ene beslissing rationeel is, de andere tot irrationeel te bestempelen. Zo lijkt het irrationeel alle elementen te laten extraheren, als het tandheelkundig mogelijk is het gebit met geavanceerde middelen te behouden, maar de beslissing tot volledige extractie kan voor de patiënt gezien zijn financiële mogelijkheden best zeer rationeel zijn.

5. HOE TE REAGEREN OP BESLISSINGEN VAN DE PATIËNT?

De competentie van de patiënt tot beslissen en de rationaliteit van een gewettigde keuze zijn welhaast vanzelfsprekend leidraad voor het handelen in de praktijk.

5.1. Competente patiënten

In zeer veel gevallen bestaan er geen problemen waar het competente patiënten betreft, die op redelijke grond na voorlichting

een valide keuze maken. De genomen beslissing moet door de tandarts worden gerespecteerd, ook al zou hij zelf anders hebben besloten. Een enkele maal is een beslissing onjuist; zo is een weigering tandsteen te laten verwijderen omdat men niet in het schadelijke effect ervan gelooft irrationeel. Desalniettemin is het onjuist onredelijke beslissingen van deze patiënten te 'overrulen' - de vraag daargelaten of zoiets mogelijk is. Een *onredelijke* beslissing omzetten in daden is echter geen verplichting voor de tandarts. Een de tandarts *onwettelijke* beslissing, mag voor de tandarts geen reden tot weigering van behandeling zijn. Gestoeld op deze overweging volgen enkele voorbeelden, die in de praktijk kunnen voorkomen.

In een overigens gezond gebit veroorzaakt een caviteit last bij snoepen. Met een eenvoudige amalgaamrestauratie is het probleem op te lossen. De patiënt wenst echter extractie die de tandarts, niet alleen in eerste instantie, met een gerust hart kan weigeren uit te voeren. Vaak zal op grond van argumenten restauratie uiteindelijk worden aanvaard.

Een patiënt met een vrij goed en compleet gebit heeft een pijnlijke pulpitis uitgaande van een eerste molaar, die erg carieus is en die na endodontische behandeling een kroon heeft. De patiënt verkiest extractie boven de kostbare behandeling. De tandarts kan in dit geval nauwelijks extractie weigeren.

In een gegeven gebitssituatie kunnen diastemen worden opgevuld met bruggen, een frameprothese of een partiële plaatprothese. De voor- en nadelen en de kosten van de drie mogelijkheden worden uiteengezet en de tandarts zegt tevens dat hij een partiële prothese tandheelkundig de minst gelukkige oplossing vindt. Als de patiënt toch voor de partiële prothese kiest, heeft de tandarts weliswaar het recht de patiënt niet onder behandeling te nemen, maar zoals gezegd, dat valt nauwelijks te verdedigen, tenzij de tandarts een partiële prothese echt onaanvaardbaar vindt, hetgeen hij duidelijk bij de bespreking had moeten zeggen.

5.2. Gedeeltelijk competente patiënten

Tot deze groep moeten de 4-9-jarigen worden gerekend. Zij zijn nogal eens geneigd op grond van angst curatieve behandeling te weigeren, waartoe de ouders op advies van de tandarts hebben besloten. Zulk een (irrationele) weigering mag worden afgewezen en het kind kan tot behandeling worden gedwongen, zij het dat naar een optimale behandelwijze zal moeten worden gezocht, eventueel met inhalatie-sedatie of algehele analgesie.

In geval een ouder weigert een noodzakelijke behandeling te laten uitvoeren staat de tandarts machteloos, tenzij niet-behandeling als kindermishandeling moet wor-

den beschouwd of als levensbedreigend. In dat geval zal uiteindelijk de rechterlijke macht moeten worden ingeschakeld.

Bij het ouder worden is er sprake van een steeds verder afnemende autoriteit van de ouders en beslissingen komen meer en meer in samenspraak tussen ouders en kind tot stand. Maar er zijn situaties waarin een botsing van wil optreedt. Bij voorbeeld wanneer de ouders voor een zestienjarige een behandeling van een lichtelijk carieuze molaar wensen, maar het kind de behandeling weigert. De tandarts zit tussen beide partijen gevangen in een conflict, dat in feite niet in zijn praktijk had mogen worden uitgevochten. Hij kan ook geen behandeling forceren, te meer niet daar de aandoening levensbedreigend noch invaliderend is en geforceerde behandeling de attitude ten aanzien van de tandheelkunde negatief zal beïnvloeden.

Het omgekeerde, namelijk dat een kind een behandeling wenst, maar de ouders niet, zal zelden voorkomen. Toch zal een dergelijke situatie zich wel eens voordoen. Een voorbeeld: redelijk welgestelde ouders kunnen een relatief dure behandeling, zoals een endodontische behandeling en een kroon, van een matig element in een verder gezond gebit, onzinnig en overbodig achten, terwijl de jonge patiënt die behandeling wel wenst. Het enige wat de tandarts kan doen is trachten door voorlichting en begrip de ouders tot een ander standpunt te brengen. De tandarts heeft bij blijvende weigering vervolgens wel het recht, maar niet de plicht, extractie van een dergelijk element te weigeren.

5.3. Geestelijk gehandicapten

Geestelijk gehandicapte volwassenen kunnen weliswaar toestemmen in een behandeling, maar het is duidelijk dat zij over het algemeen de hen verschafte informatie niet kunnen begrijpen en op waarde kunnen beoordelen. Toestemming voor de behandeling moet dan aan de ouders of wettelijke vertegenwoordigers worden gevraagd. Na een rationele, valide weigering van behandeling door ouders of voogden moet de tandarts daarin berusten. Zo kan bij voorbeeld fractuur van enkele frontelementen bij een 25-jarige met een lage IQ endodontisch en met kronen worden behandeld of met een partiële plaatprothese. Zelfs als de kosten van het duurdere behandelingsalternatief door een verzekering worden gedekt, kan het voorkomen dat de ouders voor de partiële prothese kiezen, om hen moverende redenen. De tandarts zal er dan bijna niet aan kunnen ontkomen de uitneembare voorziening te maken.

Als de geestelijk gehandicapte patiënt zelf de behandelingen weigert, moet de tandarts daaraan toegeven, gevaarlijke situaties daargelaten.

5.4. Niet-competente patiënten

Kinderen jonger dan drie jaar stemmen zelden in met een behandeling, wel met een gebitscontrole. Cariës in de frontelementen en ongevallen vormen de hoofdmoot van de vraag om curatieve hulp. Alleen in noodsituaties dient de tandarts beslissingen over de behandelingen van deze kinderen te nemen. In de andere gevallen moeten de ouders (of voogden) beslissen. Deze beslissing behoort overeen te stemmen met die, welke de patiënt zelf zou nemen als hij wel competent zou zijn. Dit houdt in dat de keuze die de ouder voor zichzelf zou maken, kan afwijken van de keuze die hij voor het kind maakt.

Als een besluit van de ouders neerkomt op een irrationele weigering en als de consequentie van deze weigering ernstige schade voor het kind inhoudt, dan zal de tandarts desnoods wettelijke stappen moeten ondernemen in het belang van het kind.

6. SLOT

Het professionele handelen wordt gedicteerd door een groot aantal factoren van diverse, soms zelfs tegenstrijdige, aard. Zo bepalen financiële prikkels en persoonlijkheidskenmerken, vaardigheden en kennis, verwachtingen van familie, kennissen en derden en, niet in de laatste plaats, de ethiek het gedrag van de tandarts. Verantwoord omgaan met mensen wordt, zeker als men in een machtspositie verkeert, bepaald door het ethische normbesef.

Ook de tandarts weet hoe hij redelijkerwijze moet handelen: de normale maatschappelijk geldende regels, normen en waarden, die hij net als ieder ander tenminste globaal kent, gelden onverminderd in de tandheelkundige praktijk. Een probleem daarbij is dat binnen een pluriforme maatschappij lang niet iedereen het eens is over regels inzake moraal en fatsoen.⁴ Het gehoor geven aan daarom in de wetgeving (en Codex) vastgelegde regels wordt deels bepaald door repercussies van de kant van de maatschappij en is mede afhankelijk van de mate van gevormdheid van zijn geweten. De regels, normen en waarden zijn niet statisch, zij veranderen mee met ontwikkelingen in de maatschappij. Daarom is een voortdurend opnieuw afwegen van hoe te handelen vereist.

Volgens de eed/belofte dient de tandarts zijn patiënten naar beste weten en vermogen te behandelen. Hoewel niet expliciet gezegd, houdt dit in dat daarbij gestreefd wordt naar het welzijn van de patiënt. Het gevoel van welzijn van een bepaald individu kan nooit door de tandarts worden gedefinieerd en bepaald. Omdat de tandarts ten opzichte van zijn patiënten door zijn specifieke kennis in een machtspositie verkeert, bestaat wellicht de neiging in de plaats van de patiënt te treden en voor hem

beslissingen te nemen. Ethisch wordt dan niet correct gehandeld. Echter, als de tandarts niet in staat is te beoordelen in hoeverre de keuze van een patiënt berust op competentie, rationaliteit en validiteit, bestaat ook de kans op incorrect handelen. Het is daarom zaak inzicht in deze materie te hebben. Hirsch en Gert hebben getracht in deze hulp te bieden; hun uitspraken zijn niet per se juist, maar er zijn sterke argumenten nodig om ze te ontkrachten.

Bij het ter perse gaan van deze bijdrage ligt er een wetsvoorstel met betrekking tot de rechten van de patiënt bij onder andere de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Hierin wordt vastgelegd dat de patiënt, indien 16 jaar of ouder, toestemming tot medische behandeling moet geven, nadat aard en doel van onderzoek c.q. behandeling met de te verwachten gevolgen en risico's en onder vermelding van alternatieven zijn vermeld.

S.

SUMMARY

THE PATIENT DECIDES

Keywords: Daily practice – Ethics – Informed consent

This article, mainly based upon a publication in the Journal of the American Dental Association, elucidates some aspects of the dentist-patient relationship. The importance of the information on treatment alternatives and the weight to be attached to the choice of the patient are described and illustrated by examples. The ability of the patient to choose and the rationality and validity of his choice are considered to be of prime importance in the daily practice.

LITERATUUR

- ¹ HIRSCH AC, GERT B. Ethics in dental practice. *J Am Dent Assoc* 1986; 113: 599-603.
- ² ANONYMUS. Office of Quality Assurance. Toward a broader understanding of ethics, self-regulation, and quality assurance. *J Am Dent Assoc* 1987; 114: 246-8.
- ³ EIJKMAN MAJ, VISSER APh. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1986, hoofdst. 9.
- ⁴ ADMIRAAL WJ, EIJKMAN MAJ. Een mondjevol gezondheidsrecht. Alphen aan den Rijn/Brussel, Samson Stafleu, 1986, p. 11 & 70.
- ⁵ JANIS JL, MAHL GF, KAGAN J, HOLT RR. Personality. Dynamics, development and assessment. New York, Harcourt, Brace & World Inc., 1969, ch. 12.

Boekbesprekingen

CONSUMENTENBOND. Consumentenwijzer 'Mondig bij de tandarts'. 132 pag. Prijs voor leden f 12,50, voor niet-leden f 20,00. ISBN 90 70576 39 2.

De Consumentenbond heeft begin juli een boekje uitgegeven met het doel mensen wegwijs te maken op het gebied van de tandheelkunde en hun relatie met de tandarts te vergemakkelijken. In deze zeer verzorgde uitgave neemt het onderwerp 'Wat u zelf kunt doen aan een gezond gebit' een belangrijke plaats in. Het is een duidelijk preventief gericht hoofdstuk.

Vervolgens wordt ingegaan op: kiespijn, tandvleesproblemen en 'rampen'. Onder laatstgenoemd verzamelwoord wordt beschreven wat men kan doen bij het optreden van fracturen, uitgevallen vullingen, een dikke wang enz. Vervolgens zijn hoofdstukken gewijd aan de relatie met de tandarts, diens verrichtingen, tarieven, begrotingen en declaraties.

Rechten en plichten, en wegen om te klagen worden besproken in weer een ander hoofdstuk, waarbij tien voorbeelden van brieven zijn opgenomen. Sommige brieven doen wat ongenueanceerd aan. Zo wordt gesuggereerd dat men, zodra een nieuwe volledige prothese klachten oplevert, maar aanstonds moet gaan klagen.

Voorts bevat het boekje een lijst van nuttige adressen: de Nederlandse Maat-

schappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Economische Controledienst, de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen enz. Ook is een trefwoordenregister opgenomen.

Hoewel dit boekje is geschreven voor de patiënt, doet iedere tandarts, mondhygiënist, tandtechnicus en tandartsassistent er verstandig aan het aan te schaffen, want het vormt een uitstekende aanvulling op de mondelinge voorlichting.

M. A. J. Eijkman, Wassenaar

A. MOEHNLE. Praktikum der Elektromyostagmographie und Cranio-corporographie. 89 pag., 58 afb. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, Chicago, London, São Paulo, Tokio 1987. Prijs DM 48,—. ISBN 3 87652 990 5.

Het boek bevat een inleiding in de elektromyostagmografie en in de cranio-corporografie. De eerste techniek wordt gebruikt om functiestoornissen van het evenwichtsorgaan, zoals duizeligheid, te onderzoeken en te registreren. Zij is ingewikkeld en vereist grote nauwkeurigheid. De tweede meetmethode maakt het mogelijk symptomen van duizeligheid te objectiveren en is eenvoudiger. Zij leent zich goed voor het selecteren van simulanten. De betekenis

voor de tandheelkundige praktijk van alledag is zeker niet direct aanwezig.

L. J. A. van Schijndel, Utrecht

J. J. E. VAN EVERDINGEN, N. S. KLAZINGA. Het getal 7 binnen en buiten de geneeskunde. 157 pag. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen 1986. Prijs f 25,00. ISBN 90 313 0780 7.

Deze collage van medische lichtvoetigheden – gecentreerd rond het getal 7 – verscheen ter ere van het zevenjarig bestaan van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). Het boekje wil afleiding bieden aan artsen die de intercollegiale toetsing even willen vergeten en het CBO 'en passant' van een andere kant willen leren kennen.

De inhoud omvat 7 × 7 hoofdstukjes waarin de mysterieuze wegen van het getal 7 binnen en buiten de muren van het ziekenhuis op luchtige wijze in kaart worden gebracht en waaruit hieronder een bloemlezing volgt.

Opgenomen is onder meer het artikel 'Zeven hoofdzonden', dat eerder verscheen in het weekblad Vrij Nederland. Zij worden beschreven door F. de Jonghe, aan de hand van zeven gravures van Pieter Breughel, bijgenaamd de oude.