

# Principes en belangen in de tandheelkunde

H. M. Dupuis, hoogleraar Medische ethiek

## Enige notities vanuit de ethiek

### Samenvatting

De reflectie over de ethische dimensie van de tandheelkunde volgt in grote lijnen die over de geneeskunde. Nadat in de klassieke codes vooral aandacht werd gericht op de omgang van de leden van de beroepsgroep, komen in de laatste tijd drie groepen morele problemen steeds meer op de voorgrond. Dit zijn: kwesties van informatie en toestemming, maatschappelijke en financiële aspecten, en een herbezinning op en evaluatie van het nuttig effect van de geneeskunde, respectievelijk de tandheelkunde.

DUPUIS HM. Principes en belangen in de tandheelkunde. Enige notities vanuit de ethiek. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 77-8.

Uit de vakgroep Metamedica van de Rijksuniversiteit te Leiden.

Trefwoorden: Voorlichtingskunde – Ethiek

Adres: Prof. Dr. H.M. Dupuis, postbus 2087 2031 CB Leiden.

## 1 INLEIDING

Waar menselijk handelen consequenties heeft voor leven en/of welzijn van medemensen, treden vroeg of laat morele problemen op. In de geneeskunde is dat sinds een twintigtal jaren duidelijk zichtbaar. Geen *métier* heeft dan ook zoveel consequenties voor het leven en welzijn van mensen als juist die geneeskunde. Maar in de geneeskunde is niet alleen in de afgelopen jaren een ethische bezinning op gang gekomen. Ook ontstond een zogenaamde 'business ethics', en zelfs in de tandheelkunde, wellicht door weinigen met ethiek geassocieerd, blijkt behoefte aan een ethische bezinning. Het valt daarbij op, dat de vraagstelling en de aanpak ervan in feite een getrouwe afspiegeling zijn van recente ontwikkelingen in de medische ethiek.

## 2 EEN AANTAL PROBLEMEN

Codes en gedragsregels bepaalden tot in de jaren zestig van deze eeuw het aanzien van de medische ethiek. In die codes vielen op de grote aandacht voor de omgang met de beroepsgenoten, en bijvoorbeeld kwesties van betaling en doorverwijzing. De patiënt kwam daarin op de laatste plaats. In 1959 doet de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst een 'Medische ethiek en gedragsleer' verschijnen,<sup>1</sup> waarin voor het eerst echte medisch-ethische problemen in de omgang met de patiënt naar voren komen. Maar veel aandacht blijft bestaan voor de omgang van de leden van de beroepsgroep. Na 1960 komen in snel tempo drie nieuwe onderwerpen van medisch-ethische reflectie in de belangstelling te staan. Allereerst zijn er de kwesties over informatie (door de arts) en weigering en toestemming (door de patiënt). Daarna wordt duidelijk dat geneeskunde niet ophoudt buiten de deur van de spreekkamer of kliniek, maar een zaak is met innige banden naar vele kanten van

onze samenleving. De sociale en financiële aspecten van de geneeskunde vragen aandacht, zoals bij voorbeeld het probleem van de prioriteitenstellingen in de gezondheidszorg. Ten slotte zien we een derde thema naar voren komen: namelijk de betekenis en de waarde van de geneeskunde als zodanig voor het menselijk welzijn. Kritische vragen worden gesteld, de iatrogene kanten van de geneeskunde worden benadrukt, en de problemen van het niet-instellen of staken van een behandeling presenteren zich met steeds grotere intensiteit.<sup>2</sup>

De parallelle met de ethische reflectie op de tandheelkunde is evident: ook daar komen nu, naast de klassieke thema's van de codes nieuwe problemen op die een algemene heroriëntering van de tandheelkunde lijken nodig te maken. In de 'Gedragsregels voor tandartsen', die vanaf februari 1988 gelden, lezen we bijvoorbeeld over de toestemming van de patiënt voor behandeling en over de informatieplicht van de tandarts.<sup>3</sup> Dat is niet voor niets: deze zomer was in NRC Handelsblad te lezen dat zeker 30% van de klachten die worden ingediend over tandartsen, voortkomt uit een *gebrekkige communicatie* tussen de tandarts en diens patiënt. Indien de arts zijn cliënt beter zou informeren over de noodzaak van een behandeling, de alternatieven, de kosten, de duur van een ingreep en over verschijnselen als pijn, zou dat veel ergernis voorkomen.<sup>4</sup>

## 3 INFORMATIE EN TOESTEMMING

Volgens de 'Gedragsregels' heeft de tandarts een plicht tot het geven van informatie. Zo dient hij volgens artikel 19 de diverse mogelijkheden van behandeling aan te geven en hun financiële consequenties in het gesprek te betrekken.<sup>3</sup> Maar hoe ver gaat hij daarbij? Soms zal de tandheelkundig meest aangewezen of meest ideale oplossing voor de patiënt niet haalbaar zijn. Moet er dan toch informatie gegeven wor-

den? Een bijkomend probleem is uiteraard dat tandartsen omzet moeten maken, en dat zij – dat valt niet te ontkennen – er ook belang bij hebben bepaalde ingrepen uit te voeren. Geld speelt een rol, zowel voor de arts als voor de patiënt. Er is in feite maar één strategie om alle problemen zo veel mogelijk te omzeilen: zo deskundig en zo eerlijk mogelijk zijn. Zaken verzwijgen beperkt de keuze van de patiënt, behandelingen aanprijzen omdat zij voor de tandarts lucratief zijn, maar niet omdat zij goed zijn voor de patiënt, is ondeskundig en immoreel. Er is geen ethicus voor nodig om dat vast te stellen.

Deskundig zijn en blijven is dus een eerste vereiste voor de tandarts, alleen al vanwege zijn informatieplicht. De ontwikkelingen in de tandheelkunde gaan snel, steeds meer nieuwigheden, meer of minder nuttig, bieden zich aan; de enige die kan selecteren en deskundig kan adviseren is de tandarts. Dat impliceert een morele plicht om het vak bij te houden, wat eenvoudiger gezegd is dan gedaan. Mocht het 'veld van weten' te groot worden om te overzien, dan wordt het tijd dat tandartsen zich specialiseren.

Eijkman signaleert het probleem dat tandartsen van elkaar verschillende informatie geven aan eenzelfde patiënt, waardoor die in grote verwarring komt: wie heeft er nu gelijk?<sup>5</sup> Het antwoord ligt voor de hand: de meest deskundige, maar wie is dat en hoe kan de patiënt dat ooit beoordelen? Weer kom ik tot de conclusie dat na een bijscholing ook voor de beoefenaar van de tandheelkunde van het grootste belang is. Ook zouden 'consensus'-besprekingen opgezet kunnen worden, waarbij gestreefd wordt naar een zoveel mogelijk gemeenschappelijk standpunt over de behandeling van allerlei tandheelkundige problemen.

## 4 MAATSCHAPPELIJKE ASPECTEN

Financiën en gezondheidszorg horen meer

bij elkaar dan velen lief is. Gezondheidszorg zou toch niet te koop mogen zijn? Dat is een mooi, maar niet realistisch standpunt: gezondheidszorg moet nu eenmaal betaald worden, en is een economisch goed. Over de verdeling van de kosten, en over de toedeling van zorg kan en moet uiteraard gediscussieerd worden, maar dat geldt er aan te pas komt is onvermijdelijk. Overigens betekent dit niet automatisch dat gefortuneerde personen een betere gezondheid zullen hebben dan minder gefortuneerden: de gezondheidszorg (inclusief de tandheelkunde) is maar één van de factoren die iemands gezondheid bepalen: ook aanleg en levenswijze zijn buitengewoon belangrijk. Wie verantwoordelijk omgaat met lijf en leden zal – mits zijn genen dat toelaten – een eind komen. Maar soms is toch zorg nodig, en dan zal de financiële draagkracht van de patiënt voor een deel de behandeling bepalen.<sup>5</sup> Ziektefondsv verzekeren krijgen geen kronen vergoed, maar hebben wel de vrijheid om die zelf te betalen, en daarmee is dit deel van de tandheelkundige zorg inderdaad een kwestie van koopwaar geworden. Daarop is op zich niet zoveel tegen in een samenleving waarin het welvaartsniveau gemiddeld hoog is, en waarin door velen tussen allerlei soorten consumptiegoederen moet worden gekozen. De patiënt of cliënt heeft er uiteraard wel recht op 'waar voor zijn geld' te krijgen: een optimale voorlichting en een optimale behandeling. En hierbij heeft de tandarts een aanzienlijke grotere verantwoordelijkheid dan bijvoorbeeld de verkoper van kleurentelevisies of auto's: bij deze laatste producten geldt dat er veel en goed toegankelijke informatie over hun kwaliteit te krijgen is, veelal van onafhankelijke instanties. In de tandheelkunde is uiteindelijk de enige die echt kan adviseren en behandelen de tandarts, van wie de patiënt dus zeer afhankelijk is.

## 5. EVALUATIE

In de jaren zeventig verscheen van de hand

van een aantal auteurs een buitengewoon forse kritiek op de geneeskunde. Zo stelde I. Illich in een wat ongenueerd, maar zeer invloedrijk boek de ziekteverwekkende (iatrogene) kanten van de geneeskunde aan de orde.<sup>6</sup> Enige jaren later verscheen een evenzeer baanbrekend boek van Thomas McKeown.<sup>7</sup> Daarin werd vooral het belang van de geneeskunde als gezondheidsdeterminant gerelativeerd. Preventie, voorlichting, en slechts een beperkt aantal therapeutische mogelijkheden worden door McKeown aangeprezen als de essentie van een goede gezondheidszorg. Het achterwege laten van bepaalde soorten medisch handelen geldt – evenals voor Illich – ook voor McKeown als verstandig en welzijnsbevorderend.

Een dergelijke trend is blijkbaar ook in de tandheelkunde aan de orde. In de Daily Mail verscheen deze zomer een verrassend artikel van een hoogleraar in de Sociale Tandheelkunde en Tandheelkundige Praktijk, waarin het iatrogene karakter van tandheelkundig optreden ter sprake

kwam.<sup>8</sup> Het artikel betoogt dat tandartsbezoek het gebit kan schaden, namelijk doordat de opsporing van gaatjes soms tot beschadiging van het tandoppervlak leidt. Beter zou het zijn om af te wachten en zo weinig mogelijk te doen: want – is de argumentatie – tanden en kiezen hebben, wanneer het bederf nog niet te ver is voortgeschreden, een vermogen tot herstel. Verder is het tegenwoordig mogelijk om tandbederf minder ingrijpend dan vroeger te behandelen: er zijn vullingen die aan de tanden vastplakken en afdekmiddelen die gaatjes zowel voorkomen als genezen.

De parallellie met de geneeskunde is treffend: wat altijd als vanzelfsprekend juist en goed voor patiënten werd beschouwd, wordt ineens ter discussie gesteld. Het is nu niet te voorspellen hoe die discussie voor de tandheelkunde zal aflopen, maar dat die discussie er komt is zeker. Dat is, lijkt mij, kenmerk van een volwassen (toegepaste) wetenschap: dat zij de discussie over haar nut en effect aandurft.

---

## SUMMARY

### PRINCIPLES AND INTERESTS IN DENTISTRY

Key words: Ethics and dentistry – Informed consent

Ethical reflection on dentistry shows a remarkable resemblance to the reflection on medicine. The classical 'codes' mainly reflect the behavioural mores within these professions. Recently three main groups of problems came into the front: informed consent, social and financial aspects of medicine and dentistry, and a re-evaluation of medicine/dentistry.

---

## LITERATUUR

<sup>1</sup>Medische Ethiek en Gedragsleer. Utrecht: KNMG, 1959.

<sup>2</sup>DUPUIS HM, THUNG PJ. Voordelen van de twijfel. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1986<sup>2</sup>.

<sup>3</sup>Gedragsregels voor tandartsen. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, 1988.

<sup>4</sup>Nieuwe Rotterdamse Courant, 11 augustus 1989.

<sup>5</sup>EIJKMAN MAJ. Tandheelkundig handelen: enige gezondheidsethische kanttekeningen. In: de Beaufort ID, Dupuis HM, eds. Handboek Gezondheidsethiek. Assen: Van Gorcum, 1988.

<sup>6</sup>ILLICH I. Limits to Medicine. London: Boyars, 1976.

<sup>7</sup>McKEOWN T. The role of medicine. Oxford: Blackwell, 1979.

<sup>8</sup>SHEIHAM A. De Britse tandarts beidt zijn tijd. Graadmeter 1989; 5: 10-7.