

Patiëntenzorg en ethiek

VI. Kostbare voorzieningen en de hoogbejaarde patiënt

Samenvatting. Een casus wordt besproken waarin een adviserend tandarts voor de vraag staat of hij toestemming moet geven voor het plaatsen van implantaten bij een 92-jarige vrouwelijke patiënt. Ingegaan wordt op de ethische kwestie van verantwoord handelen in de gezondheidszorg en hoe de adviserend tandarts in moreel opzicht zou kunnen handelen bij het advies voor deze hoogbejaarde patiënt.

STRIJBOS S, EIJKMAN MAJ, DEN DEKKER J. Patiëntenzorg en ethiek. VI. Kostbare voorzieningen en de hoogbejaarde patiënt. Ned Tijdschr Tandheelkd 1993; 100: 392-4.

S. Stribos, filosoof¹
M.A.J. Eijkman, tandarts²
J. den Dekker, tandarts²

Uit de ¹faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit te Amsterdam en de ²vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum voor Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: Ethiek – Patiëntenzorg

Datum van acceptatie: 6 augustus 1993.

Adres: Dr. Ir. S. Stribos, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

1 Casus

Een 92-jarige vrouw, edentaat en met een sterk geslonken onderkaak heeft problemen met een loszittende onderprothese. In korte tijd heeft haar tandarts verschillende onderprothesen voor haar vervaardigd, die geen van alle goed functioneren. Patiënte heeft voortdurend pijn, er zijn in de mond drukplaatsen aanwezig en patiënte klaagt over een schuivende onderprothese. Omdat zij ook, in sociaal opzicht, problemen met praten ondervindt, besluit de tandarts een aanvraag naar het ziekenfonds te sturen met het verzoek implantaten te mogen plaatsen. De vrouw heeft een goede algemene gezondheid; ze is alleen wat slecht ter been. Op het orthopantomogram zijn geen bijzonderheden te constateren en er is voldoende bot aanwezig voor het plaatsen van de twee implantaten. De adviserend tandarts vraagt zich echter af of het, gezien de leeftijd van de patiënte, verantwoord is dat het ziekenfonds de gevraagde kostbare voorzieningen betaalt.

2 Ethisch commentaar

De adviserend tandarts bevindt zich voortdurend in een zekere spanning tussen enerzijds de zorginhoudelijke aspecten van zijn werk als tandarts en anderzijds de verzekeringstechnische criteria waaraan hij de aanvragen moet toetsen. Zijn functie van tandarts en zijn visie op zorgverlening aan de patiënt komen regelmatig in conflict met de uitgangspunten van de Ziekenfondswet die immers het richtsnoer van zijn handelen vormt.

De spanning tussen wat de verzekeringstandaard als hulpverlener zou willen en wat hij als adviseur van het ziekenfonds kan toestaan, mag men niet versimpelen tot een tegenstelling tussen verantwoord en onverantwoord handelen. We hebben hier te maken met twee verschillende kaders voor

verantwoord handelen. De tandarts-hulpverlener weegt zijn verantwoordelijkheid af in het kader van professionele normen voor het tandheelkundig handelen, terwijl de tandarts in zijn hoedanigheid van adviseur van het ziekenfonds geconfronteerd wordt met het gegeven van de beperkte collectieve middelen die dwingen tot keuzen.

Er dreigt gemakkelijk nog een tweede versimpeling van de hier gesignaleerde spanning tussen de tandarts-hulpverlener en de adviserend tandarts. Ten onrechte wordt wel eens gedacht: de hulpverlener probeert het beste te realiseren voor elk van zijn patiënten en hoeft zich niet te bekommeren om economische normen voor zijn handelen, de adviserend tandarts heeft tot taak de financiële grenzen te bewaken. In onze visie echter dragen zowel de tandarts-hulpverlener als de tandarts-adviseur, en niet te vergeten ook de patiënt, een eigen verantwoordelijkheid voor de kostenaspecten die nu eenmaal aan het tandheelkundig handelen verbonden zijn. Laten we daarom, alvorens een analyse te geven van de concrete casus, eerst nauwkeurig bezien wat het begrip 'verantwoord handelen' inhoudt.

2.1 Verantwoord handelen bij beperkte middelen

In het eerste artikel van deze serie (Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 172-3) spraken we van een technische en normatieve dimensie van het klinische handelen. Het is nodig dit nu wat te preciseren.

In feite gaat het bij het analyseren van de verschillende technische behandelingsmogelijkheden en van de normatieve kanten van het klinische handelen om meerdere aspecten. De normativiteit van het tandheelkundig handelen omvat, zoals alle menselijk handelen trouwens, een verscheidenheid van normatieve aspecten. Er

is bijvoorbeeld het communicatieve aspect, waarop het vak Voorlichtingskunde zich richt. Daarvoor geldt de norm dat de tandarts voor een leek in begrijpelijke bewoordingen moet uitleggen wat er aan de hand is (diagnose) en wat er gedaan kan worden (therapie). Niet vergeten mag worden dat ook de patiënt in de communicatie verantwoordelijke partij is en dat van hem mag worden verwacht dat hij de tandarts de benodigde, juiste informatie verschaft over bijvoorbeeld zijn gezondheid.

Ook is de economische norm, het kostenaspect van elke behandeling. Nemen we de weinig voorkomende situatie van een patiënt die over voldoende middelen beschikt om de beste tandheelkundige zorg te laten verrichten. Ook in zo'n situatie geldt, dat de tandarts in samenspraak met zijn patiënt verschillende behandelingsmogelijkheden ook financieel moet afwegen. Laakbaar is het om de patiënt een behandeling voor te stellen die onnodig kostbaar is. Maar ook het omgekeerde wordt onjuist geacht: de patiënt bepaalde behandelingsalternatieven onthouden omdat men ervan uitgaat dat deze buiten de financiële mogelijkheden van de patiënt vallen. Niet alleen kan men zich daarin deerlijk vergissen, maar ook wijst de praktijk uit dat mensen soms zoveel waarde hechten aan hun gebit dat ze bereid zijn daarvoor andere zaken op te offeren.

Verantwoord handelen betekent dus, in algemene termen gesteld, dat in samenspraak met de patiënt en andere betrokken partijen in elke behandelings situatie gekozen wordt tot een goed afgewogen, simultane realisatie van alle normatieve aspecten die aan het tandheelkundig handelen eigen zijn. Om het bondig en (te) simpel te zeggen: het komt er op aan dat er geen norm wordt verwaarloosd in de vormgeving van het tandheelkundig handelen. Pas dan kan men spreken van verantwoord handelen. Dit betekent niet dat alle betrok-

kenen het altijd eens zullen zijn over de inhoud van de te stellen normen.

Aangezien ethiek zich bezighoudt met de wetenschappelijke reflectie op verantwoord handelen, kan het vak gezondheids-ethiek worden omschreven als de wetenschappelijke bezinning op de simultane realisatie van normen in de tandheelkundige of de medische situatie. [(Enigszins terzijde in dit verband: gezondheidsethiek onderscheidt zich dan van bijvoorbeeld bedrijfsethiek, om een andere speciale ethiek te noemen, in wat kwalificerend is voor respectievelijk het optreden van de hulpverlener en het handelen van de ondernemer.)] Behalve dat er een verscheidenheid van normen is te onderscheiden, moet men ook bedacht zijn op de eigen verantwoordelijkheid van de verschillende actoren die in het handelen gemengd zijn. Hoewel de persoonlijke relatie (tand)arts-patiënt altijd de kern is geweest en naar ons oordeel ook moet blijven van de hulpverlening, zijn er in de moderne gezondheidszorg vele andere betrokkenen.

2.2 Meerdere partijen

Over die andere partijen merkt Morreim over de problematiek van de kostenbeheersing in de gezondheidszorg op dat, terwijl we vroeger konden spreken van de relatie tussen arts en patiënt als 'a basically dyadic relationship' die stilzwijgend tot stand kwam, we nu te maken hebben met een 'enormous number of players in complex concatenations of relationships'.¹ Hoewel auteur schrijft vanuit de achtergrond van de Amerikaanse samenleving geldt ook voor de gezondheidszorg in ons land dat, terwijl de behandelend artsen nog steeds de bevoegdheid bezitten te bepalen welke medische interventies ze hun patiënten zullen voorschrijven, andere partijen cruciale elementen in het stelsel van voorzieningen (zullen gaan) beheersen. De Amerikaanse ontwikkelingen goed samenvattend stelt Morreim: 'Insurers, governments, private corporations, and institutional providers now generally determine which technologies will be developed, and how quickly; which technologies will be locally available, and to whom; *what level of funding will be available for which interventions for what kinds of patients; what sorts of incentives will limit and direct physicians' and patients' choices; which sorts of medical practice will, and will not, be attractive for physicians to enter; what sorts of health care will, and will not, be attractive for patients to accept.*'¹

Het is onmiskenbaar dat de hier gesignaleerde ontwikkelingen, de wenselijkheid ervan buiten beschouwing latend, zich ook in de Nederlandse situatie meer en meer gaan aftekenen. Hoewel bij ons de discussie in gang is gezet over verantwoorde zorg,

professionele autonomie en thema's die daarmee verband houden,² moeten we voor de onderhavige casus uiteraard uitgaan van de regelingen zoals die thans van kracht zijn. Dat betekent dat de adviserend tandarts niet de taak heeft met het oog op de beperkte middelen te selecteren volgens bepaalde nog in discussie zijnde criteria. Elk concreet geval moet hij toetsen aan de hand van de vigerende uitgangspunten in de tandheelkundige ziekenfondsverzekering. Voor elke aanvraag geldt in het huidige systeem: 1. Behoort de aanvraag tot het verstrekkingspakket?; en 2. Is de voorziening doelmatig en niet onnodig kostbaar? Voor het specifieke geval van implantaten komen hierbij nog twee andere criteria: a. is de indicatie onbetwist; en b. maakt de te plaatsen suprastructuur deel uit van het verstrekkingspakket uit de hoofdverzekering. Wanneer de aanvraag aan deze criteria voldoet, zal deze worden toegestaan.

Overigens moet de verantwoordelijkheid van de adviserend tandarts niet begrepen worden als een mechanische toepassing van genoemde criteria. Dat is onmogelijk omdat bij de hantering van deze principes elk individueel geval recht moet worden gedaan. Maar belangrijker is dat de adviserend tandarts er altijd rekening mee moet houden dat het ziekenfonds het karakter draagt van een sociale verzekering. Dat wil zeggen dat hij in bepaalde schrijvende gevallen toch kan besluiten een bepaalde behandeling toe te staan, ook al valt deze strikt genomen buiten de criteria.

2.3 Stap-voor-stap-procédé

De voorgaande beschouwingen hebben laten zien dat het onjuist is wanneer men meent dat het kostenaspect van het tandheelkundig handelen buiten de verantwoordelijkheid valt van de behandelend tandarts. Deze draagt hierin een eigen verantwoordelijkheid. In zoverre bestaat er dus geen principiële tegenstelling tussen de professionele verantwoordelijkheid van de behandelaar en de adviserende verantwoordelijkheid van de adviserend tandarts. Beiden hebben het kostenaspect goed af te wegen. Wel is er dit verschil: de adviserend tandarts heeft niet alleen te maken met het ene individuele geval, maar heeft ook te waken over de publieke middelen en de rechtvaardige toewijzing ervan volgens daarvoor wettelijk vastgestelde richtlijnen.

De onderhavige casus beschrijft nu een situatie waarin de adviserend tandarts in dubio verkeert. Kan de hoogbejaarde vrouw aanspraak maken op de middelen van het ziekenfonds, of is daarvoor geen grond gelet op de hoge leeftijd van de vrouw?

Om te komen tot een zo zuiver mogelijke standpuntbepaling willen we ook nu weer

een stap-voor-stap-redenering volgen, een procédé dat we al eens eerder toepasten bij de bespreking van een eerdere casus.³ Een aanpak waarin stap voor stap wordt toegewerkt naar de eigenlijke casus heeft als voordeel dat men een veiligheid inbouwt om zich niet te laten (mis)leiden door oneigenlijke overwegingen. In dit geval zouden dat overwegingen kunnen zijn met betrekking tot de hoge leeftijd van de patiënte.

Stap 1: Wat moet de adviserend tandarts doen bij een jonge 45-jarige vrouwelijke patiënt die behalve haar leeftijd in dezelfde situatie verkeert als de 92-jarige vrouw?

De adviserend tandarts zal uitgaan van de in paragraaf 2.1 beschreven toetsingsprocedure. Hij zal overwegen dat de orale conditie van de patiënte 'goed' is en de indicatie onbetwist kan worden geacht. Voorts zal hij overwegen dat de suprastructuur deel uitmaakt van de hoofdverzekering. Rest dus voor hem de vraag of de verstrekking doelmatig is en niet onnodig kostbaar genoemd kan worden. Doelmatigheid betekent een afweging van kosten en baten. En hoe zit het in dit geval met de baten? Ten aanzien van dit punt zal de adviserend tandarts onder meer afwegen of de patiënte bij de voorziening belangrijk voordeel heeft in haar maatschappelijk functioneren en voorts de vraag onder ogen zien of de patiënte fysiek en mentaal in staat geacht moet worden tot adequate zelfzorg. In dit geval van de 45-jarige vrouw lijkt aan alle voorwaarden te zijn voldaan en zal de adviserend tandarts een positief advies verstrekken.

Stap 2: Wat moet de adviserend tandarts doen in de beschreven casus?

Het enige verschil met de gefingeerde casus van stap 1 is de leeftijd van de patient. Mag een hoge leeftijd een reden zijn een dergelijke aanvraag af te wijzen? Met deze vraagstelling belanden we midden in de problematiek van de ouderenzorg die door de, onlangs overleden, ethicus Sporken beschouwd wordt als een ethische aangelegenheid.⁴ Immers door de vergrijzing van de bevolking is de kans groot dat ouderen steeds meer beroep moeten doen op de voorzieningen van de gezondheidszorg. Maar de middelen worden schaarser waardoor de overheid, wellicht noodgedwongen, keuzen moet maken en prioriteiten moet stellen.

Ongetwijfeld gaat het hier om een indringende problematiek met belangrijke ethische aspecten ten aanzien van de toekomstige inrichting van onze gezondheidszorg. En hoewel men ervoor dient te waken niet vooruit te grijpen op een mogelijke toekomstige situatie in ons stelsel, kan men de problematiek die op ons afkomt vandaag toch niet geheel negeren. Voor de behandelaar rijst daarom de inmiddels veelbesproken vraag: is het vanuit professionele

optiek mogelijk criteria aan te reiken die bij het toekennen van voorzieningen, i.c. implantaten, een gerechtvaardigd onderscheid maken tussen jongeren en ouderen? En de adviserend tandarts staat vanuit zijn optiek voor de vraag of leeftijd een factor vormt bij het toetsen van de doelmatigheid van bepaalde voorzieningen.

Op de vraag aan het adres van de behandelaar antwoorden wij ontkennend. Zorginhoudelijk zijn er geen verschillen tussen een 45- en een (nog vitale) 92-jarige. Maar hoe is het gesteld met de doelmatigheid? Is een voorziening die doelmatig is voor een 45-jarige in gelijke zin doelmatig voor een 92-jarige, aangenomen dat beiden, afgezien van hun leeftijd, in vergelijkbare omstandigheden verkeren? Doelmatigheid betekent een afweging van kosten en baten in een individueel geval. En de vraag is dus in hoeverre mag/kan men bij die baten naast een factor als maatschappelijk functioneren de levensverwachtingen van de patiënt betrekken? Wij zijn van oordeel dat het laatste niet goed mogelijk is. Want allereerst blijft het riskant in te schatten hoe lang een thans redelijk gezonde 92-jarige nog baat zal hebben van een bepaalde voorziening. Maar wat belangrijker is: wat zegt het ethisch in het individuele geval waarin een afweging van kosten en baten plaats-

vindt als men wel een uitspraak zou kunnen doen over de levensverwachting van een 92-jarige?

3 Conclusie

Onze conclusie uit het voorgaande moet

dus zijn dat voor de hoogbejaarde vrouw, gelet op haar goede gezondheidstoestand, haar gebitssituatie en haar mogelijkheden tot adequate zelfzorg, geen verschillen bestaan met de patiënt uit de gefingeerde casus. De adviserend tandarts zal daarom naar onze mening ook hier een positief advies aan zijn directie kunnen uitbrengen.

Summary

DENTAL CARE AND CLINICAL ETHICS; VI. EXPENSIVE TREATMENTS AND A VERY OLD PATIENT

Key words: Dental ethics – Dental care – Cost control

On the basis of a case report in which a 92-year-old patient requests treatment with dental implants, the question is raised whether there is a moral justification to deny the wishes of the patient.

Literatuur

- ¹MORREIM EH. Balancing act - The new medical ethics of medicine's new economics. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991: 141.
- ²COMMISSIE DUNNING. Verantwoorde zorg: kaf en koren. In: Kiezen en delen: rapport van de commissie Keuzen in de zorg. Den Haag, 1991: 187-217.
- ³STRIJBOS S, EIJKMAN MAJ. Patiëntenzorg en ethiek; II. De vraag naar volledige extractie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 251-3.
- ⁴SPORKEN P. Ouderenzorg en ethiek. In: De Beaufort ID, Dupuis HM, eds. Handboek gezondheidsethiek. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988: 31.