

Professionele autonomie en de tandarts-patiëntrelatie*

S. Strijbos, filosoof

Uit de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

*Bewerking van een voordracht, gehouden tijdens het Nationaal Congres Tandheelkunde '94 te 's Gravenhage.

Trefwoord: Ethiek

Datum van acceptatie: 12 december 1994.

Adres: Dr.ir. S. Strijbos, VU, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

Samenvatting. Dit artikel beschouwt het begrip professionele autonomie vanuit het gezichtspunt van de ethiek. Eerst wordt nagegaan hoe de professionele autonomie van de tandarts zich verhoudt tot de autonomie van de patiënt. Vervolgens wordt de invloed van het stelsel besproken.

STRIJBOS S. Professionele autonomie en de tandarts-patiëntrelatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 109-111.

1 Inleiding

Deze bijdrage heeft als onderwerp professionele autonomie en de tandarts-patiëntrelatie. Dit thema omvat twee essentiële aspecten. Allereerst maken artsen en tandartsen deel uit van een professie. Dit is zo vanzelfsprekend dat we er gewoonlijk niet over zullen nadenken wat dit betekent. Maar wat wordt nu eigenlijk bedoeld met medische of tandheelkundige professie?

Het tweede aspect dat aandacht vraagt, is de tandarts-patiëntrelatie. Deze relatie vormt de kern van de beroepsuitoefening, zij is de basis voor het professionele handelen. Het hoeft daarom niet te verwonderen dat over dit onderwerp veel te doen is geweest in de medische en tandheelkundige ethiek.

Het mag ons natuurlijk niet ontgaan dat er meer is dan de tandarts en zijn patiënt. In de moderne samenleving heeft zich rondom deze twee-eenheid een ingewikkeld stelsel gevormd, waarvan beide partijen in hun handelen afhankelijk zijn. En het is nu vanwege de preciaire toestand van dit collectieve stelsel dat de discussie over professionele autonomie actueel is.

2 Professie als ethische categorie

Artsen en tandartsen vormen een eigen groep, een beroepsgroep. Waarom eigenlijk? Wat brengt hen samen en wat is het eigene dat hen bijeenhoudt? Een eerste antwoord zou kunnen luiden: ze beoefenen allemaal dezelfde discipline, een tandarts is iemand met een bepaalde praktijk. Inderdaad, de beroepswerkzaamheid van een tandarts bestaat in het uitoefenen van een bepaalde praktijk. In deze lijn spreekt men bijvoorbeeld over het overnemen van een praktijk, het inrichten van een praktijk, een praktizerend tandarts, etcetera. Dat tandartsen een praktijk uitoefenen is een vast gegeven. Zonder praktijk kan iemand wel opgeleid zijn voor arts of tandarts, maar is hij het nog niet. Iemand is pas tandarts als hij ook daadwerkelijk praktizeert. Hoe belangrijk het praktijkkarakter is voor de tandheelkunde, blijkt in allerlei zaken, bijvoorbeeld in de opleiding. Tandheelkunde is een beroepsopleiding, dat wil zeggen dat studenten een bepaalde praktijk leren, ze worden ingeleid in de regels van de kunst.

Nu is de vaststelling dat tandartsen een praktijk uitoefenen wel van belang, maar nog niet voldoende om het begrip medische of tandheelkundige professie te verhelderen. Zeker, tandartsen vormen een eigen groep, een beroepsgroep, maar niet elke groep beroepsgenoten vormt een professie in de zin waarin we spreken van tandheelkundige of medische professie. Om dit goed te verstaan mag de lezer eraan herinnerd worden, dat de term 'professie' behalve naar een bepaald beroep en een beroepsgroep ook verwijst naar het afleggen van een gelofte waarmee men zich tot

iets verbindt. Hier stuiten we op het fenomeen van de beroeps-eed. Men is pas lid van de professie na het afleggen van de eed of de belofte voor het forum van de professie.

Beide elementen samenvattend kan men spreken van de professie als een normatieve of ethische categorie, de professie is een beroepsgroep met een bepaalde verplichting jegens de samenleving. De professie dient ergens voor. Ze is niet enkel een groep die zich inzet voor de verdediging van haar eigen belangen en zo zich sterk maakt tegenover de overheid en in de richting van de samenleving. Het bestaansrecht van de professie ligt juist in die samenleving zelf, of beter, in het verdedigen van een essentiële grondwaarde van die samenleving. Mensen zijn kwetsbaar en hun bestaan wordt permanent bedreigd door ziekte en dood. Spreken over de professie als ethische categorie verwijst naar de strijd tegen deze bedreiging. Aan de professie is toevertrouwd waar wij allen groot belang aan hechten, namelijk de bescherming van onze gezondheid en de zekerheid dat wij hulp ontvangen als we door ziekte in meer of minder ernstige mate in ons bestaan worden bedreigd.

In sociologische analyses wordt professionele autonomie wel geïnterpreteerd als een bijzonder privilege dat een beroepsgroep zich heeft weten te verwerven.^{1,2} Hiertoe wordt dan onder andere gerekend het voorrecht dat de beroepsgroep zelf de toelating regelt tot het beroep en bepaalt over welke kennis en vaardigheden men dient te beschikken om bijvoorbeeld tandarts te mogen heten. Hoe interessant zo'n sociologisch perspectief op de beroepsgroep ook is, voor een ethische discussie over professionele autonomie heeft deze een beperkte waarde. In een ethische discussie zullen we antwoord moeten geven op de vraag waarvoor de professie er is. Het begrip professionele autonomie dient hieraan te worden gerelateerd. Vanuit een gezichtspunt van ethiek verwijst professionele autonomie niet zozeer naar bepaalde privileges die een beroepsgroep zich heeft weten te verwerven, maar veeleer naar de morele verplichting die ze op zich heeft genomen jegens de samenleving als geheel en ten aanzien van elk lid van die samenleving afzonderlijk. Concreet betekent professionele autonomie dan dat tandartsen en artsen gehouden zijn één belang boven alles te stellen, de gezondheid van de patiënt die bij hen deskundige hulp zoekt. De hulpverlening mag niet ondergeschikt worden gemaakt aan andere belangen of belangen van derden.

3 Modellen van tandarts-patiëntrelatie

Enigszins schematisch kunnen bij een nadere beschouwing van de tandarts-patiëntrelatie twee benaderingen worden onderscheiden.

Een eerste benadering is die waarin men de tandarts ziet als ondernemer die volgens bedrijfseconomische principes een gezonde praktijk draaiende moet houden. In dit denken biedt de tandarts zijn diensten aan op de markt van consumenten van gezondheidszorg. Voor een goede werking van die markt zouden dan dezelfde regels moeten gelden als overal elders in het commercieel-economisch verkeer: concurrentie, vraag en aanbod, reclame en streven naar winst als oogmerk van ondernemingsgericht handelen. Wie zo de beroepsuitoefening ziet, zal niet spreken over tandheelkunde als morele onderneming. Tandheelkunde wordt dan beschouwd als een vrije overeenkomst tussen twee partijen. Het criterium voor de tandarts om te bepalen welke zorg hij iemand moet verlenen, ligt niet in wat de patiënt nodig heeft, maar in wat iemand bereid is te betalen en wat de tandarts het meeste economisch voordeel oplevert tegen de minste kosten wat betreft tijd, materialen en inzet van arbeid. Kortom, het tandarts-zijn wordt geplaatst binnen de sfeer van het economische en de tandarts-patiëntrelatie wordt gezien als een louter zakelijke transactie. Deze benadering zou men kunnen aanduiden als het commerciële model van de tandheelkunde.³

Naast deze commerciële benadering kan men de tandheelkunde ook volgens het professionele model beschouwen. In het licht van dit model is tandheelkunde niet primair een economische transactie tussen twee gelijke partijen, maar een ethisch gekwalificeerd contact. Het ethische heeft te maken met het onmiskenbare gegeven, dat er een principiële ongelijkheid bestaat tussen tandarts en patiënt. In de spreekkamer of aan het ziekbed is nooit sprake van een patiënt die zakelijk en op voet van gelijkheid met zijn arts een deal probeert te sluiten, een enkele psychopaat uitgezonderd, merkt de internist J. van der Meer zeer juist op.⁴ Een van de oorzaken van die onophefbare ongelijkheid schuilt hierin dat patiënt-zijn afhankelijkheid impliceert. Er is, zo kan korthedshalve worden gesteld, sprake van een zeker verlies van autonomie dat opgesloten ligt in, om met Pellegrino te spreken, 'the fact of illness'.^{5,6} Om dicht bij de tandheelkunde te blijven, een patiënt met pijn kan zichzelf niet helpen, maar is aangewezen op de hulp van anderen. Er gaat van zijn situatie een ethisch appel uit. De hulpverlening van de tandarts vormt een respons op dit appel. De morele verplichting die de tandarts heeft, is niet louter een individuele aangelegenheid. De individuele tandarts representeert de professie op een gegeven tijd en plaats. Aan de professie als geheel is de verdediging toevertrouwd van een fundamentele waarde van onze samenleving, te weten de (gebits)gezondheid van kwetsbare mensen. Professie is, zoals eerder gezegd, een ethische categorie.

De vraag moet nu worden beantwoord hoe het gesteld is met de professionele autonomie in beide modellen. Het zal duidelijk zijn dat in het commerciële model voor professionele autonomie in de hierboven bedoelde vorm, geen plaats is. De professie wordt immers niet gezien als verdediger van een bepaalde grondwaarde, maar als neutrale aanbieder van technische vaardigheden. Alles wat kan, mag ook geleverd worden. Principieel wordt er vanuit de professie geen grens gesteld. Het gaat erom zo goed mogelijk de behoeften van de consument van tandheelkunde te bevredigen. Natuurlijk kan de tandarts-ondernemer bepaalde diensten weigeren, maar dat is dan gebaseerd op louter persoonlijke gronden en niet op zoiets als een professionele ethiek.

Kenmerkend voor het professionele model is dat er wel wordt uitgegaan van een gemeenschappelijke professionele ethiek. De opvattingen hierover zijn evenwel de laatste decenia sterk in beweging gekomen. Opnieuw wat schematiserend kan men twee varianten van het professionele model onderscheiden. Werd in het verleden sterk de nadruk gelegd op het beginsel van weldoen en het professionele gezag van de tand-

arts, vandaag wordt sterk gehecht aan het beginsel van individuele autonomie van de patiënt. Het verschil tussen beide varianten heeft dus te maken met de ruimte die binnen het professionele handelen geboden wordt aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Voor de tandheelkunde betekent de tweede variant, waarbij de nadruk dus ligt op deze eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, dat binnen de grenzen van de indicatiestelling de tandarts rekening moet houden met de wensen en eigen waarden van de patiënt. Vooral bij de meer uitgebreide behandelingen zijn er altijd verschillende oplossingen mogelijk die in het kader van 'informed consent' aan de patiënt moeten worden voorgelegd en waaruit de patiënt in vrijheid zijn keuze moet kunnen bepalen. De begrenzing die gegeven is met de indicatiestelling, betekent echter ook dat de tandarts op grond van zijn professionele autonomie het recht heeft, ja moreel gehouden kan zijn, bepaalde diensten waar zijn patiënt hem om vraagt, te weigeren. De autonomie van de patiënt geeft deze wel het recht een aangeboden behandeling te weigeren, maar dat is niet hetzelfde als het recht op het verkrijgen van bepaalde diensten. Van de spanning tussen de autonomie van de patiënt en de professionele autonomie van de tandarts zijn allerlei voorbeelden te geven. Een actuele kwestie in de tandheelkunde is het op verzoek van de patiënt verwijderen van amalgaamvullingen en de vervanging ervan door composiet.⁷

4 Tandarts en patiënt binnen het stelsel

Tot zover is uitgegaan van een situatie waarin de enkele hulpverlener, arts of tandarts, in relatie staat tot een individuele patiënt. Mevrouw Dupuis heeft ergens terecht gewezen op het feit dat de situatie vandaag ingewikkelder is. 'Er was een tijd', zo stelt zij, 'waarin arts en patiënt een onschendbare twee-eenheid konden vormen, en waarin het uiteraard tot de beroepsmoraal hoorde om naar beste weten en kunnen het weinig mogelijke in te zetten voor zijn patiënt. Die tijd zou wel eens voorbij kunnen zijn.'⁸

Ik ben dit met haar eens: de tijd is inderdaad voorbij dat men kan spreken van een simpele relatie van twee actoren. De twee partijen, tandarts en patiënt, treden elkaar tegemoet binnen een stelsel van voorzieningen en een complex van regels dat hun handelen in belangrijke mate conditioneert.⁹ De beperkingen die dit met zich meebrengt en de vragen die dit oproept laten zich illustreren met een brief van een patiënte aan een tandarts-ombudsman.

Deventer, 12 december 1981

M.H.

Vrijdagavond 11 december 1981 hoorde ik via de T.V. bij het programma Aktua T.V. een uitzending over tandartsen, met het verzoek hierop te reageren.

Ik weet niet of u hierop alleen maar negatieve uitlatingen te horen krijgt, maar dit is dus een positieve uitspraak over mijn tandarts. Hieromtrent deel ik u het volgende mede:

Sinds ca. 20 jaar ben ik bij één en dezelfde tandarts in Deventer als fondspatiënt onder behandeling, tot mijn volle tevredenheid. In deze 20 jaar is er bij mij nooit één kies of tand getrokken, alles is weer opgebouwd of gerepareerd. Ik wil nl. graag mijn eigen gebit houden en daar doet mijn tandarts alles aan.

Hiervoor ben ik onder behandeling geweest in Heemstede en daarvoor in Aerdenhout en Haarlem. Dit was in de

periode 1925-1958. In deze periode zijn er enkele kiezen getrokken. Achteraf betwijfel ik, of dit nodig geweest was. Nu zit ik echter met het volgende probleem: Ik ben vanaf mijn 5e jaar en ik ben nu 60, dus gedurende 55 jaar, ieder halfjaar naar de tandarts geweest en mijn gebit is dus prima onderhouden. Eén ding moet mij echter van het hart en dat verwijt is eigenlijk meer gericht aan het ziekenfonds. Graag had ik op de plaatsen, waar kiezen ontbreken, bruggen willen hebben, maar via het ziekenfonds worden deze niet verstrekt. Nu is er wel een regeling waarbij kinderen, van ik meen 12 of 13 jaar, recht hebben op een volledige behandeling van hun gebit, mits het dus prima bijgehouden is. Ik heb gedurende 55 jaar mijn gebit bijgehouden en ik kom niet voor extra voorzieningen in aanmerking. Dit was mijn grief.

Aangezien ik een bijstandsuitkering geniet (ik zou meer genieten, wanneer ik een hoger inkomen had), kan ik deze behandeling nooit betalen. Is gezondheid dan toch te koop?

Ik vind dit een hiaat in het ziekenfondsstelsel. Dit moest mij van het hart.

Hoogachtend,

.....

Zonder een uitgebreide bespreking aan deze brief te wijden, laat vluchtige kennisname ervan reeds zien in hoe sterke mate de enkeling in de moderne samenleving afhankelijk is van collectieve systemen. Deze veranderde situatie van de moderne tijd betekent dat niet enkel het handelen van de ene mens in relatie tot de andere mens ons voor vragen stelt van goed en kwaad. Naast dit traditionele veld van individuele ethiek dringen zich vandaag aan ethiek en medische ethiek allerlei vragen op met betrekking tot het collectieve handelen, dat wil zeggen met betrekking tot de inrichting van de systemen waarop we

in ons bestaan meer en meer zijn aangewezen.¹⁰ Naast vraagstukken van individuele ethiek wordt de moderne samenleving in sterke mate geconfronteerd met sociaal-ethische vraagstukken, met de ethiek van instituties.

Patiënten en tandartsen voelen zich in hun vrijheid van handelen door het stelsel beknot. Tot op zekere hoogte is dat onvermijdelijk. De organisatorische systemen die wij ontwerpen en in stand trachten te houden in de hedendaagse samenleving, verschaffen ons nu eenmaal niet alleen een grote mate van vrijheid maar leggen die ook grenzen op. Het lijkt belangrijker dan ooit dat de professie zelf zich opnieuw bezint op de vraag waarvoor ze er is. Vanuit een scherpe visie hierop zouden artsen en tandartsen een belangrijke bijdrage dienen te leveren aan het publieke debat dat thans gaande is.

Literatuur

- 1 Freidson E. *Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row, 1970.
- 2 Freidson E. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press, 1970.
- 3 Ozar DT. Three models of professionalism and professional obligation in dentistry. *J Am Dent Assoc* 1985; 110: 173-7.
- 4 Van der Meer J. Professionele autonomie aan het ziekbed. *Medisch Contact* 1991; 42: 1252-4.
- 5 Pellegrino ED, Thomasma DC. *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1981.
- 6 Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1988.
- 7 Rule JT, Veatch RM. *Ethical questions in dentistry*. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., 1993: 119-23.
- 8 Dupuis HM. Professionele autonomie en de vrijheid van medisch handelen. *Medisch Contact* 1991; 42: 1247-9.
- 9 Astrachan JH, Astrachan BM. Medical practice in organized settings: redefining medical autonomy. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1509-13.
- 10 Strijbos S. The individual and the collective in health care: a problem of systems ethics. *Systems Research* 1994; 11: 67-75.

Summary

PROFESSIONAL AUTONOMY AND THE DENTIST-PATIENT RELATION

Key word: Ethics

This article discusses the concept of professional autonomy from an ethical viewpoint. First it is explained how the professional autonomy of the dentist relates to the autonomy of the patient. Subsequently the influence of the health care system is discussed.