

Bijzonder onderwerp

Ethiek

Voorwoord

Met de keuze van het thema 'Ethiek' als leidraad voor het NVT-najaarscongres 1996 heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen een onderwerp aan de orde gesteld dat het handelen in de praktijk voortdurend beïnvloedt; vaak echter als onderstroom in onszelf. Voortdurend moeten we rekening houden met een dubbele taakstelling: hoe combineren we beheersidealen met zorgidealen? Regelgeving door de overheid en de verzekeraars die de financiën van de patiënt beheren, spelen een steeds belangrijkere rol bij het dagelijkse reilen en zeilen in de praktijk. Betaalbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg zijn kernbegrippen die telkens terugkeren in de discussies rond kostenbeheersing en efficiëntie in de gezondheidszorg. Met het belang van het individu, de patiënt, en met ons eigen belang hebben we echter veel indringender te maken. Werken in dit spanningsveld wordt door sommigen als beperking van de 'professionele autonomie' gevoeld. Onder professionele autonomie wordt verstaan 'een bijzonder privilege van de beroepsgroep om zaken als toelating tot het beroep, het vaststellen van het kennis- en vaardigheidsniveau, bij- en nascholing en rechtspraak zonder inmenging en toezicht van buitenaf te regelen'. Normen en waarden, opgelegd binnen de beroepsgroep, zorgen echter ook voor een spanningsveld.

Bij het samenstellen van het programma is geprobeerd deze beide aspecten aan bod te laten komen. De eerste lezingen waren hoofdzakelijk inleidend van karakter. Daarna werden aan de hand van casuïstiek vier specifieke thema's uitgewerkt. De laatste voordrachten werden steeds van commentaar voorzien door de twee aanwezige ethici. Hiermee is de hermeneutische en procedurele benadering voor het oplossen van morele problemen in de ethiek zichtbaar gemaakt. Deze beschouwingen bieden een handvat om gericht na te denken over morele problemen die wij bij de uitoefening van de tandheelkunde tegenkomen.

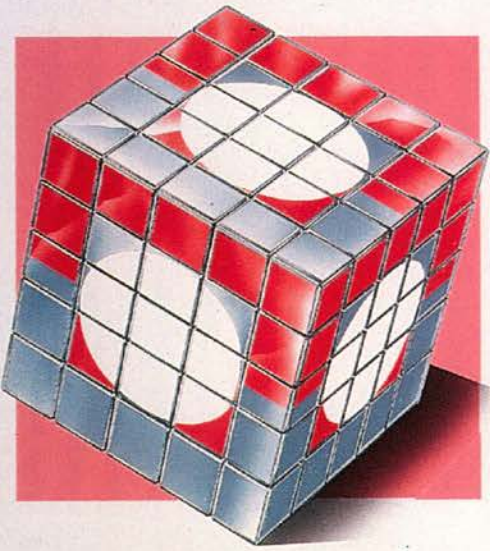
Overheid, ethiek en tandheelkunde

1 De rol van de overheid

Bij de omgang van de overheid met de burgers en bij wat de overheid voor de burger doet, komen tal van medisch-ethische vraagstukken aan de orde. De overheid wordt wel 'een onbetrouwbare partner' genoemd, onder meer vanwege een wisselende voorkeur van het electoraat en dus van wisselende kabinetten die aan de macht zijn, en zelfs vanwege veranderingen in de opvattingen binnen één kabinet, al of niet onder invloed van de kamer(s). De positie van de overheid is echter bijzonder vanwege de democratische legitimatie.

In de omgang met de burger heeft de overheid zes rollen, die – zoals zal blijken – ook de tandheelkunde raken. De overheid treedt op als beslisser, als bevorderaar, als beschermer

NVT NAJAARSCONGRES




'ETHIEK IN PRAKTIJK'

Apeldoorn, vrijdag 22 november 1996

NVT

NEDERLANDSE VERENIGING VAN TANDARTSEN



Sinds 1 juli 1994

In het navolgende zullen in het kort de voordrachten en de commentaren op de geschetste probleemstelling worden weergegeven.

A.J.M. Plasschaert, voorzitter NVT
A. ter Pelkwijk, moderator

van de zwakke, als beleidsmaker, als wetgever en als financier. Het handelen van de overheid kan ook in de tijd worden bezien. Hoe gaat de overheid nu eigenlijk te werk in de gezondheidszorg? Er is een beleidscyclus, waarin de signalering van een probleem leidt tot de vraag hoe tot een oplossing te komen, gevolgd door maatregelen en, tot slot, een evaluatie. In de praktijk gaat het er echter vaak chaotischer aan toe, mede door interacties met het veld, invloed van belangengroeperingen, een politieke context (gelijk hebben is niet gelijk krijgen), enzovoorts.

De overheid als beslisser. In de gezondheidszorg zijn het verstrekkingspakket en de mate waarin verrichtingen mogen worden verstrekt van overheidswege vastgesteld. Dit vergt zorgvuldigheid en overleg met het veld (de beroepsgroep). Een voorbeeld is de stelselwijziging, waardoor de tarieven voor ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten werden geharmoniseerd en het verstrekkingspakket werd beperkt. Zowel de uitgangspunten van de commissie Dun-

ning, die zich afvroeg wat goed is voor de burger en wat de burger zelf moet opbrengen, als het zorgconcept dat de tandartsen (NMT) voor ogen stond, hebben ethische implicaties. De 'keuzen in de zorg' zijn daarmee bij uitstek ook ethisch geladen.

De overheid als bevorderaar. De overheid bevordert goede doelen. Daartoe worden wetten uitgevaardigd, zoals de Wet medische beroepsuitoefening en de kwaliteitswet, de Wet BIG. Beide wetten doen een beroep op het ethisch gevoelen van de tandarts, omdat afgedwongen naleving praktisch onhaalbaar én onwenselijk is. Een derde wet, de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), stelt de tandarts, die voorheen boven de afhankelijke patiënt stond, op gelijke hoogte met de patiënt. Dit impliceert niet dat irreële wensen van de patiënt moeten worden gehonoreerd, maar dat voorlichting aan en goedkeuring door de patiënt vereist is. Voorop staat het beginsel van de *goede* hulpverlener: wat dit inhoudt kan de wet(gever) niet bepalen. Hersens en hart van de tandarts zijn hierin beslissend, mits ethisch verantwoord.

De overheid als beschermer van de zwakke. De Wet op de tarieven in de gezondheidszorg en de WGBO zijn nodig vanwege schaarste in de hulpverlening. Gemeenten hebben een taak toebedeeld gekregen in de epidemiologie; hierdoor kunnen risicogroepen (lage SES, migranten) worden opgespoord. De overheid kan zo bevorderen dat ook deze worden bereikt. En via de regeling Bijzondere Tandheelkunde waarborgt de overheid een onbeperkt tandheelkundig pakket voor die personen die een handicap hebben die op de tandheelkundige gezondheid van invloed kan zijn: dus niet voor de blinde, wel voor de verstandelijk gehandicapte.

De beleidsmatige rol. De overheid bouwt structuren, bijvoorbeeld voor overleg met het veld. Zo wordt het Ivoren Kruis door de overheid gesubsidieerd. Door subsidies aan

soortgelijke instellingen te verlenen ondersteunt en bouwt de overheid aan zorgstructuren.

De wetgevende rol. Deze is reeds enkele malen in een ander kader vermeld, maar strekt zich ook uit tot bijvoorbeeld de toelating tot de beroepsuitoefening.

De financiële rol. Deze wordt hier slechts geïllustreerd met het ter beschikking stellen van geld voor kwaliteitsbeleid.

2 De rol van het veld

Hoe gaan de tandartsen met de overheid om? Voorheen had de overheid vele adviesorganen. Iedereen praatte mee, deed mee, besliste mee – zelfs over eigen geld. Het herstel van het politieke primaat betekende echter niet dat de invloed van het veld is weggevallen. Beleid kan niet anders dan tot stand komen met steun van het veld via overleg met het ministerie. Dat dit daadwerkelijk wordt nagestreefd, moge blijken uit het volgende voorbeeld. Als de minister de Gezondheidsraad om advies vraagt, wordt niet alleen geïnformeerd naar de technische kant en de stand van de wetenschap, maar nadrukkelijk ook naar de sociale en de ethische aspecten.

De invloed van het veld is ook te zien in het verenigingsrecht. Als beoordelingsstandaard geldt datgene wat de gemiddelde tandarts doet. Dit is een ethische norm.

Mr. drs. B. Wijnberg

Uit de afdeling Medische Ethiek bij de directie Curatieve Somatische Zorg op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wat is ethiek? Een theoretische inleiding

1 Inleiding

Ethiek in de tandheelkunde is een jonge loot aan de uitbottende boom van de ethiek. Pas in 1993 verscheen van de hand van W.B. Weinstein het eerste Amerikaanse handboek over 'dental ethics' – een van de toepassingen van de ethiek – met een weliswaar volledig lijkende, maar desondanks nog geen 700 titels (sinds 1866) tellende bibliografie.

In de alledaagse praktijk doen zich ethische problemen voor met collegae (hoe te handelen als je weet dat een ander malpraxis pleegt?), patiënten (te denken valt aan de vraag naar overbodige behandelingen), verzekeraars (creatief declareren is hier een voorbeeld van), overheid (hoe liggen de taken ten aanzien van kostenbeheersing?), de tandarts als burger (waar ligt de grens tussen beroepsgeheim en burgerlijke en menselijke verantwoordelijkheid?).

Zijn dit echter niet vaak juridische, politieke of economische problemen, of persoonlijke zingevingsvragen in plaats van ethische? Is datgene wat in ethische codes wordt vastgelegd niet domweg wat vroeger 'fatsoen' heette? En wat is het verschil tussen moraal en ethiek?

Om te verduidelijken wat ethiek is, werkt het verhelderend

zo'n 2500 jaar terug te gaan in de geschiedenis. Begrijpen waarom toen een ethische reflectie en ontwikkeling ontstond, kan helpen begrijpen waarom wij ook heden ethiek nodig hebben. In de geschiedenis van de ethiek zijn drie fasen te onderscheiden: de archaische periode, de klassieke periode en de sofisten.

2 Archaische periode

In de zeer stabiele samenleving van de *archaische* periode was de functie van eenieder zo duidelijk omschreven, dat ieders rol en de vervulling ervan vastlag. Er werden geen morele vragen gesteld. Begrippen zoals 'goed' en 'rechtvaardig' bestonden niet. Als men, koning of slaaf, zijn functie en rol maar vervulde, dan deed men het 'goed'. Hoewel een dergelijke situatie nooit zal hebben bestaan, valt op dat de geschiedenis vele perioden kent waarin de mensen van mening zijn dat hun situatie in vergelijking met vroeger aan duidelijkheid, aan 'vanzelfsprekendheid', heeft ingeboet.

Zo ook vragen heden tandartsen zich af waarom nu ineens ethische codes, regelingen en commissies moeten komen, terwijl zij vroeger toch goed wisten hoe te moeten handelen. Ethiek ontstaat niet in een tijd waarin alles duidelijk is. Of beter, ethische vragen worden niet serieus genomen door hen die menen dat we gewoon terug moeten naar de tijd waarin alles nog duidelijk was.

2 Klassieke periode

In de *klassieke* periode deden externe factoren, zoals handel en oorlog, de stabiele samenleving met de bestaande machtsverhoudingen van de archaische periode verdwijnen. Men ontdekte andere culturen. De vanzelfsprekendheid viel weg door dergelijke veranderingen, die morele problemen introduceerden.

Er bestaat een parallel met het heden: er ontstaan problemen doordat nieuwe technologie meer mogelijk maakt dan kan worden betaald. De mobiliteit maakt voor patiënten vergelijking van het kunnen van tandartsen mogelijk en bevordert concurrentie. Deze veranderingen zijn niet zozeer bedreigingen voor de morele kwaliteit van het werk van de tandarts, maar maken wel de ethische problematiek daarvan zichtbaar.

3 Sofisten

Tussen beide hiervoor genoemde perioden in was het tijdperk der *sofisten*, rondtrekkende leraren die tegen betaling een antwoord boden voor problemen die veroorzaakt werden door de opkomende onzekerheid. Dat antwoord hield geen filosofische bezinning in (wat is goed? rechtvaardig?), maar bestond uit retorische manipulatie, dat wil zeggen, getracht werd bij conflicten het belang van de cliënt te laten prevaleren. Ethische vragen zijn in de ogen der sofisten oplosbare problemen, gevolgen van conflicterende belangen. Niet rechtvaardigheid

en een waar antwoord op ethische vragen, maar slimheid werd nagestreefd.

Tegenover de sofisten met hun relativistische achtergrond staan de filosofen, die geen genoegen nemen met een praktische oplossing voor een probleem, maar juist trachten de theoretische aspecten van het probleem te onderkennen. Socrates overwon het sofisme. Niet belangen, maar de vraag waar het in het leven om gaat, het weten of een overtuiging de juiste is en een samenleving rechtvaardig, zijn van belang.

Het zal duidelijk zijn dat 'relativisme' (immers niet alles is relatief) en 'restauratie' (herstel zoals het vroeger was) vijanden van de ethiek zijn. Bovendien blijkt uit de bij de sofisten beschreven stroming, dat twee typen van ethische benadering mogelijk zijn:

- De *procedurele* benadering, die gericht is op een eendrachtige oplossing van problemen met eenstemmige procedures, principes en codes. Dit praktische type, op nut gericht, staat tegenover:

- De *hermeneutische* benadering, die achter alle oplossingen weer de vragen tevoorschijn haalt, gericht op leren nadenken om beter te kunnen leven met de problemen die we onvermijdelijk ontmoeten. Hier wordt meer naar de waarheid dan naar een probleemoplossing gezocht.

P.J.M. van Tongeren

Uit de faculteit Wijsbegeerte van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Van honorarium naar winst uit onderneming

1 Veranderingen in praktijkvoering

Voor de tandheelkundige praktijkvoering zijn veranderingen op komst, die zowel kansen als bedreigingen kunnen betekenen. Verandering in vraag, aanbod en financiering van de zorg beïnvloeden kosten en baten en zullen menig tandarts dwingen tot aanpassing van de praktijkvoering. Deze zal vooral zakelijker moeten worden. Veranderingen die zich aandienen en die aanleiding kunnen zijn tot een herbezinning op de wijze van praktijkvoering zijn niet alleen van deze tijd. De veranderingen die zich nu voltrekken, kunnen echter meer dan ooit ingrijpende gevolgen hebben. Zo is daar de verhouding tussen vraag en aanbod van zorg. Momenteel lijkt de situatie landelijk in evenwicht, maar de uitstroom zal gezien de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep zeker gaan toenemen, terwijl de instroom nauwelijks groeit en onvoldoende zal zijn om het verlies aan mankracht te compenseren.

De overheid beïnvloedt de praktijk als onderneming met wet- en regelgeving; denk maar aan de gevolgen van de arbeidsomstandighedenwet en de milieuwetgeving. Deze afgedwongen veranderingen zullen mogelijk in conflict zijn zowel met het karakter en de opvattingen van de individuele tandarts, als met de structuur en de cultuur van zijn praktijk. Het lijkt dan onontkoombaar dat de tandarts zijn of haar normen en waarden bijstelt.

2 Het referentiekader

Een probleem daarbij is dat de praktijkhouder vrijwel alleen staat bij de beoordeling van de ethische aspecten van zijn doen en laten in de praktijk: een referentiekader ontbreekt doorgaans, omdat de 'collega-om-de-hoek' niet te koop loopt met zijn wijze van praktijkvoering en zeker niet met de resultaten daarvan.

Het kan daarom heel nuttig zijn informatie te verwerven over de verschillen in aard en omvang van praktijken. Enerzijds met als doel de discussie over ethiek van de tandarts-ondernemer te bevorderen, anderzijds om de tandarts een duidelijk beeld te laten krijgen van de variatie in soorten praktijken.

De fulltime praktiserende tandarts werkt gemiddeld viereenhelfte dag per week met zeven stoeluren per dag. Zijn praktijkopvattingen bepalen de praktijkvoering en hebben hun weerslag op de kwaliteit van de door hem geboden zorg. Deze opvattingen zijn grotendeels bepaald door afkomst en cultuur, door opleiding en ontwikkeling. Zij zijn medebepalend voor de indicatiestelling, van simpel preventief en curatief tot uitgebreid restaurerend en rehabiliterend. Ook wordt door zijn opvattingen het declaratiepatroon bepaald. Vanuit een andere invalshoek bepalen de opvattingen ook de kwaliteit en de kwantiteit van de huisvesting, de inrichting en de personele bezetting van de praktijk. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid en de kwaliteit van voorzieningen voor praktijkhygiëne en milieuzorg en voor de arbeidsomstandigheden.

De daaruit volgende verschillen in opbrengsten en kosten per praktijk spreken voor zich. En omdat de variaties per praktijk aanzienlijk zijn, is het niet mogelijk om op afstand de ethische kwaliteit van de praktijkvoering van een collega te

interpreteren. Het onderkennen en het accepteren van de bestaande verschillen biedt ruimte voor meer zicht op eigen en andermans positie, en levert daarmee een referentiekader voor de positie. Het functioneren van groepspraktijken, Alpha-groepen, studieclubs etc. wijst uit dat het spiegelen aan elkaars praktijk leidt tot het hiervoor bedoelde begrip, en tot nieuwe inzichten en vooruitgang in de eigen praktijk. De beroepsorganisatie NMT verzorgt voor deze groepen informatieve bijeenkomsten, waarbij financiële en organisatorisch aspecten worden belicht.

3 Van honorarium naar winst uit onderneming

Werd voorheen het honorarium uit praktijkvoering na aftrek van de kosten vaak beschouwd als inkomen dat geheel voor privé-doeleinden beschikbaar was, nu is de tandarts welhaast verplicht het te beschouwen als winst uit onderneming. Uit deze winst kan enerzijds een reële beloning voor de kwantitatieve en de kwalitatieve prestatie van de tandarts-ondernemer worden geput. Anderzijds moeten hieruit bedragen worden gereserveerd voor onder meer (her)investeringen in de prak-

tijk. Bij een juiste planning van de besteding van de winst zal de tandarts-ondernemer in staat zijn de praktijkvoering van jaar tot jaar in materiële zin op niveau te houden en zo de condities scheppen voor een comfortabele en voldoening gevende beroepsuitoefening.

4 Conclusie

De ontwikkelingen in de markt zullen derhalve leiden tot aanpassingen van de praktijk in materiële en immateriële zin. Die aanpassingen zullen voor iedere tandarts individueel een andere inhoud hebben, en wellicht ook voor iedere tandarts afzonderlijk leiden tot een herziening van eigen normen en waarden. Het belangrijkste is en blijft dat de tandarts ook in nieuwe omstandigheden die praktijk creëert die bij hem past.

F.H.M. Kuijpers

Uit de afdeling Ledenservice van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Second thoughts on second opinions

Een methode voor het denken over ethische vragen in de tandheelkundige praktijk

1 Tandheelkunde en ethiek

Drie ontwikkelingen zorgen ervoor dat tandartsen steeds meer met morele afwegingen te maken krijgen. De eerste is het toenemen van de technologische mogelijkheden waardoor er meer keuzes liggen, bijvoorbeeld tussen een optimale technisch-tandheelkundige behandeling en financiële overwegingen. De tweede is de toegenomen institutionalisering en professionalisering. De sturing van de samenleving verloopt via vele instanties, organisaties en verenigingen. Van al deze instituties moeten de normen, de belangen en de verantwoordelijkheden op elkaar afgestemd worden op een manier die efficiënt, rechtvaardig en in het belang van de betrokkenen is. De derde ontwikkeling is de individualisering. De vrijheid om het eigen leven naar eigen inzicht in te richten en zelf keuzes te maken is het normatieve uitgangspunt van onderlinge relaties geworden. Maar moet de tandarts in alles de wens van zijn patiënt volgen? Waar liggen de grenzen?

2 Vertrouwen

Aan het fenomeen van de 'second opinion' kunnen deze ontwikkelingen worden geïllustreerd. De zin van een second opinion in de tandheelkunde hangt vaak af van de veronderstelling dat er een andere beoordeling van de gebitssituatie mogelijk is, bijvoorbeeld op grond van nieuwe technische gegevens. Ook kan een tweede beoordelaar andere aspecten bij het eindoordeel betrekken of inzicht verschaffen in de manier waarop

de eerste tandarts gewogen heeft. De mogelijkheid van een second opinion roept nieuwe vragen rond collegialiteit tussen artsen op, waarvoor regels en normen moeten worden ontwikkeld. Ten slotte komt de vraag naar een second opinion vaak voort uit de behoefte van de patiënt om zelf beter te kunnen vergelijken en tot een eigen oordeel te kunnen komen. Dit is allemaal heel redelijk, maar er zijn ook 'second thoughts', bijvoorbeeld ingegeven door de vraag of met een second opinion de mogelijkheden om een goed oordeel te vellen ook werkelijk altijd bevorderd worden.

Centrale thema's die de drie ontwikkelingen gemeen hebben, zijn onderling vertrouwen en onzekerheid. Alle drie de ontwikkelingen geven iets problematisch aan het vertrouwen dat men heeft in zichzelf, in anderen en in de wereld. Voor de tweede ontwikkeling is dat nog het meest duidelijk. De relaties tussen instituties en tussen individuen en instituties moeten worden gereguleerd. Het vertrouwen komt niet vanzelfsprekend tot stand zoals in persoonlijke relaties waarin men elkaar langer kent en het vertrouwen is gebaseerd op voortdurende interactie. Maar ook de toegenomen technische mogelijkheden leiden niet automatisch tot meer vertrouwen en zekerheid. Hoe meer gegevens men immers heeft, hoe lastiger het wordt om ze te interpreteren, hoe meer handelingsmogelijkheden men heeft, hoe lastiger het wordt om ze tegen elkaar af te wegen en hoe onzekerder men kan worden over de juiste weg.

De relatie met de derde ontwikkeling is het meest direct. Het vragen om een second opinion tekent de veranderde arts-patiëntrelatie die, meer dan in het verleden, op onderhandeling, advisering en keuze van de patiënt is gebaseerd en niet zoals voorheen op gezag en 'doctor knows-best'.

3 Een ethische methode

Tegen deze algemene historische en sociologische ontwikkelingen wordt het begrijpelijk dat ethiek belangrijker wordt. De methode van beantwoording van ethische vragen die hier wordt beschreven, is gebouwd op drie uitgangspunten. Ten

eerste stelt zij het vinden van een antwoord op een concreet handelingsprobleem als doel. Ten tweede richt zij zich op het verzamelen en het beoordelen van zoveel mogelijk relevante morele argumenten en overwegingen. Ook gevoelens, concrete inschattingen en de wil om het goede te doen, spelen in de handelingssituatie een grote rol. Ten derde is de methode bedoeld om een rechtvaardiging op te leveren die ook tegenover anderen staande kan worden gehouden. Dit is een essentieel element van verantwoordelijkheid in een samenleving die voor haar morele oriëntatie niet kan terugvallen op een algemeen gedeelde moraal die concrete aanwijzingen geeft over hoe te handelen.

Op welke manier en met welk instrumentarium kunnen we, individueel of met anderen samen, dit denkproces nu uitvoeren? Geconfronteerd met een moreel probleem doet men er goed aan drie fasen te onderscheiden in het denken daarover. In elk van die fasen dient een aantal vragen als handleiding voor het denken.

3.1 Explicitering

De eerste fase is die van de explicitering. Zij kan in drie vragen worden uiteengelegd: 1. Wat is de centrale morele handelingsvraag? 2. Welke handelingsalternatieven staan mij (ons) ter beschikking? 3. Welke informatie hebben we nodig om ons een goed oordeel te kunnen vormen?

Ter illustratie de volgende casus:

Een tandarts wordt buiten medeweten van de behandelend tandarts benaderd voor een second opinion. Hij komt na klinisch onderzoek tot de bevinding dat het door de patiënt geschetste behandelingsplan (implantaten, vijfdeelige brug en twee kronen) gezien de basale parodontale problemen absoluut niet geïndiceerd is. De voorgestelde behandeling wordt bovendien niet door de verzekering gedekt. Tandheelkundig en financieel gezien beweegt het oordeel van de behandelend tandarts zich zelfs op het randje van malpraxis en malversatie. De patiënt bedankt de tandarts voor zijn oordeel en benadrukt dat het zijn wens is dat de behandelend tandarts niets van deze 'second opinion' te weten komt. Hij gaat onmiddellijk op zoek naar een andere tandarts.

De handelingsvraag zou hier kunnen luiden: Moet de tandarts, gezien de ernstige fouten, actie ondernemen tegen zijn collega en zo ja, in welke vorm?

3.2 Analyse

De tweede fase is die van de analyse. Hier wordt een antwoord gezocht op de volgende twee vragen: 4. Wie zijn de betrokken partijen met wier belangen en perspectief rekening moet worden gehouden? 5. Is er sprake van een principieel dilemma en welke principes en welke normen zijn relevant voor de kwestie?

De vierde vraag wordt geïnspireerd door de centrale gedachte achter dit stappenplan, namelijk dat een morele beslissing rekening moet houden met de belangen en de perspectieven van alle betrokken partijen, met andere woorden dat die beslissing, wanneer ze zou moeten worden verdedigd tegenover een van die partijen, kan laten zien dat en hoe dat belang en perspectief zijn meegewogen.

Voor een meer inhoudelijk houvast om de vijfde vraag te beantwoorden kunnen we een beroep doen op vier principes: weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Wat houden deze principes in? Het principe van weldoen zegt dat wij in ons handelen het welzijn van anderen moeten bevorderen.

Het principe van niet-schaden zegt dat wij anderen geen schade mogen berokkenen. Het principe van respect voor autonomie stelt dat wij de eigenheid en vrijheid van andere mensen dienen te respecteren, zowel in passieve zin, door anderen de eigen vrijheid en verantwoordelijkheid niet af te nemen, als in actieve zin, door anderen in de gelegenheid te stellen hun eigenheid en vrijheid uit te oefenen. Het principe van rechtvaardigheid stelt (in algemene zin) dat wij mensen gelijk behoren te behandelen in gelijke gevallen, en ongelijk in ongelijke. In het bijzonder dienen we lasten en lusten op eerlijke wijze te verdelen.

Uit de principes kan niet zonder meer worden afgeleid wat iemand moet doen; ze hebben voornamelijk een organiserende betekenis: ze duiden een soort normatieve kaders aan waarop verschillende typen van morele redenen kunnen worden geplaatst.

Een ander hulpmiddel bij het analyseren van de morele situatie is het onderscheid tussen relationele, professionele en publieke normen. Relationele normen zijn normen die voortvloeien uit een speciale interpersoonlijke relatie zoals die tussen vrienden of tussen een vader en zijn zoon. Professionele normen zijn normen die verbonden zijn met een specifieke professionele taak of rol, veelal neergelegd in een beroepscode. Publieke normen zijn normen die voor iedereen tegenover iedereen in de samenleving gelden, bijvoorbeeld de norm dat we de gezondheid van anderen niet mogen schaden. Alle drie de soorten normen kunnen in morele situaties een rol spelen. De eerder genoemde principes in het denkproces hebben vooral directe betekenis als bron en grondslag voor publieke normen. Hét voorbeeld van zo'n norm is de toestemmingsnorm die met het principe van autonomie in verband kan worden gebracht. De principes fungeren echter ook als bron van professionele normen. Competentienormen (professionele standaard) hangen samen met het principe van weldoen.

3.3 Afweging

De derde fase is die van de afweging. Hierin zijn wederom drie vragen aan de orde: 6. Wat is de reikwijdte en het gewicht van de principes en normen in deze casus? 7. Welk handelingsalternatief beantwoordt het beste aan de conclusies van vraag 6? 8. Welke morele vragen blijven over en met wiens of welke andere verantwoordelijkheden kunnen ze worden verbonden?

4 Besluit

Opgemerkt moet worden dat dit stappenplan niet precies zo in de tijd vraag voor vraag hoeft te worden afgewerkt. Het is een doorlopend proces, waarbij het mogelijk is dat bij de behandeling van vraag 5 ineens een overweging kan opduiken die het noodzakelijk maakt om meer informatie te vergaren of zelfs de morele handelingsvraag opnieuw te formuleren. De methode heeft drie voordelen. Ten eerste is een concrete vraag uit de praktijk het uitgangspunt en het beantwoorden ervan blijft steeds de doelstelling. Ten tweede helpt de fasering met het onderscheiden tussen vragen, het verzamelen en het analyseren van overwegingen en de weging. Ten derde draagt de analyse met behulp van partijen, principes en normen ertoe bij om zoveel mogelijk overwegingen te betrekken bij het antwoord en om via onderlinge weging tot een verdedigbare beslissing te komen.

J.M.G. Vorstenbosch

Uit het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht van de Rijksuniversiteit Utrecht.

De patiënt centraal?

1 Inleiding

In de gezondheidszorg behoort de patiënt centraal te staan, de gezondheidszorg is er voor hem en niet omgekeerd. De centrale relatie is te vinden in gedragsregels 10 en 12 zoals geformuleerd door de NMT alsmede in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Deze wet is erop gericht om de afhankelijkheid van patiënt jegens de hulpverlener recht te trekken. De patiënt staat zodanig centraal dat zonder zijn toestemming, behoudens in enkele uitzonderingsgevallen, geen behandelingen mogen worden uitgevoerd.

Omdat men van een patiënt niet kan en mag verwachten toestemming te hebben gegeven voor een behandeling waarover hij niet, onduidelijk, dan wel onvoldoende is geïnformeerd, is informatieverstrekking voorafgaande aan een behandeling, maar ook tijdens de behandeling vereist. Hierbij is het van belang dat de hulpverlener zich laat leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten om daarop zijn beslissing en toestemming te baseren.

Volgens de WGBO moet de tandarts bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

2 Casuïstiek

Een patiënt heeft, ten gevolge van bestralingstherapie, veel pijnklachten aan zijn gebit. Er is geen tandheelkundige indicatie voor een totale extractie. De patiënt blijft echter op een dergelijke ingreep aandringen. Uiteindelijk valt dan de keuze op veel extracties en een overkappingsprothese. Weet de patiënt de nadelen van deze professionele sprong in het diepe duister? Is het in dit geval wijs om een en ander schriftelijk te bevestigen?

De tandarts is niet verplicht alles te doen wat de patiënt verlangt. Hij moet zelfstandig beoordelen of datgene wat gewenst wordt, professioneel juist is. De WGBO eist werk van een (tand)arts als een goed hulpverlener volgens de professionele standaard, dat wil zeggen volgens de huidige breed gedragen wetenschappelijke inzichten. Niet als de allerbeste hulpverlener. De tandarts wordt door deze regel beschermd: hij mag weigeren een behandeling beneden de standaard uit te voeren.

Bij deze casus dringen zich verschillende vragen op. Is alle mogelijke informatie aan de patiënt verstrekt? In het bijzonder ook de nadelen van zijn keuze? Is het mogelijke kwaad te bezweren door het laten tekenen van een informed consent-formulier, waarin staat dat betrokkene alles is uitgelegd, al zijn vragen naar behoren zijn beantwoord en dat hij afziet van mogelijke claims bij verandering van gedachten als het onheil is geschied? Is hier wel sprake van een tandheelkundige afwijking? Moeten hier externe consultaties plaatsvinden, eventueel van neuroloog of psychiater? Is een tandarts bevoegd/bekwaam om psychodiagnostiek te bedrijven? Wordt hier mogelijk een tandheelkundige behandeling op een psychogene causa losgelaten en derhalve verwijtbaar handelen?

De casus is niet tot in details bekend, maar het is een voorstelbare casus. Het is voor een tandarts niet aan te bevelen deze problematiek alleen op te knappen. Verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde, overleg met huisarts, psycholoog enz. is zeer aan te bevelen. In dezen heeft de tandarts dus een verwijsplicht.

Mag u of moet u een wilsonbekwame demente oudere om eigen bestwil gedwongen behandelen? Wat te doen als de familieleden van een demente bejaarde weigeren een fistelen-de kies te laten extraheren? De patiënt kan zijn wil niet bepalen, de familie dringt haar wil dwingend op. Weigert de tandarts beneden de professionele standaard te werken, dan is een ander conflict geboren.

Aan de hand van beide casussen is het duidelijk dat de wet niet altijd ultieme duidelijkheid biedt, mede vanwege de open normen als *goed hulpverlener* en de *professionele standaard*, zodat er ruimte blijft voor de tandarts en patiënt als mens. Staat in die menselijke relatie de patiënt ook centraal?

Mr. W.J. Admiraal

Kanttekeningen bij de voordracht van Admiraal door Van Tongeren

Om te bepalen hoe om te gaan met het probleem van de demente patiënt, die met hand en tand een noodzakelijk geachte abcesbehandeling afwijst, en met de patiënt die om tandheelkundig onnodige extracties vraagt, moet de vraagstelling eerst vertaald worden in ethische termen. In beide gevallen staat het principe van de autonomie van de patiënt tegenover de plicht tot weldoen door de tandarts. De vraag luidt welk principe voorrang moet krijgen.

Admiraal kiest voor het weldoen, zij het dat hij telkens de autonomie eraan koppelt. Maar in beide casussen is autonomie juist onderdeel van het probleem. Om vast te stellen welk principe de voorkeur moet krijgen, is het nodig naar de achtergrond van de principes te kijken, opdat verschillende mensen niet tot verschillende keuzen komen.

Om te achterhalen wat autonomie betekent, moeten we teruggaan in de geschiedenis. Sophocles beschrijft het begrip

als eerste, wanneer hij Antigone haar broer laat begraven tegen de wil van de overheid in. Zij gehoorzaamt bewust aan een hogere wet dan die van de staat, zelfs op straffe van de dood. Zij is burgerlijk ongehoorzaam, of anders gezegd, zij maakt een autonome keuze. Vele eeuwen later verduidelijkt Immanuel Kant het begrip autonomie, als hij zegt dat dit gehoorzaamheid aan de universele rede is, dus aan een hoger iets tegen de grillen van het willen, want autonomie is niet 'gehoorzamen' aan de eigen zin. Als autonomie dit laatste inhoudt (en daar lijkt het in beide casus op), dan mag de tandarts zich daar niet achter verschuilen. De tandarts moet daarentegen 'prudent' zijn, dat wil zeggen moreel verstandig. Hij kan zich daarbij niet beroepen op de regels van het recht, omdat die te algemeen zijn en vragen om een eigen interpretatie. Evenmin mag de tandarts zich beroepen op de regels van het fatsoen. Kortom, de tandarts mag zijn verantwoordelijkheid niet afwentelen.

Een vuistregel die behulpzaam is bij de vraag hoe te handelen of te leven met de geschetste casuïstiek, is het juiste midden te vinden tussen twee extremen:

1. de patiënt zijn zin geven (maar de autonomie lijkt hier niet zo'n harde eis);
2. de patiënt in het geheel niet horen en kiezen wat je moet doen.

Kanttekeningen bij de voordracht van Admiraal door J.M.C. Vorstenbosch

Vorstenbosch onderschrijft grotendeels de opvatting van Van Tongeren, maar zoekt desondanks de oplossing van het probleem meer in de sfeer van de rechtvaardiging. Een tandarts is immers geen monster, dat alles doet wat men hem vraagt.

Het principe autonomie houdt niet in dat de klant koning is: de behandelaar heeft, net als de behandelde, rechten. Bij de

De oplossing is de patiënt wel horen, wat de autonomie weer in beeld brengt, én kiezen wat je moet doen, hetgeen jammer genoeg vaak geen klip en klare oplossingen biedt.

vraag hoe te handelen, moet bovendien worden bedacht dat de patiënt ook naar een andere tandarts kan gaan.

Autonomie is een krachtig beginsel, dat respect voor de rechten van de patiënt inhoudt, maar daarnaast ook respect voor het eigen levenspad van de patiënt en voor de ervaringen van het individu. In de laatste twee kan normativiteit in een gesprek met de familie van de demente bejaarde worden gevonden. Autonomie is echter geen wetgevende regel en sommige keuzes, op dit principe gebaseerd, zijn voor een tandarts niet acceptabel.

Tandarts en collega: Wel of geen reclame maken?

Een ethisch dilemma

1 Inleiding

In deze voordracht ligt de nadruk vooral op het ethisch dilemma van adverteren of reclamemaken door beroepsgenoten. De indruk bestaat dat beide begrippen door elkaar worden gebruikt. Toch zijn er verschillen. Van Dale's Groot Woordenboek (1992) verstaat onder 'adverteren': 'het openbaar maken, berichten, kennisgeven van, door advertenties aanprijzen', terwijl 'reclame' wordt beschreven als 'openbare aanprijzing en alles wat daartoe dient ter bevordering van de afzet van goederen en diensten'. Waarschijnlijk gaat het in de discussies vooral om reclamemaken door beroepsgenoten.

In de Gouden Gids van 1995 kan men advertenties van collega's aantreffen met onder meer de onderstaande teksten: laserboorcentrum; cosmetische tandheelkunde, verandering van vorm, stand en kleur; deskundige begeleiding van angstige cliënten bijvoorbeeld door ontspanningstechnieken of lachgas; biologische tandarts; speciaal adres voor uw kunstgebit; witte of gouden vullingen; hypnose; magneetprothesen; porseleinen computervullingen; acupunctuur. In die advertenties worden mededelingen gedaan, er wordt ingespeeld op de gevoelens van de lezer en de lezer wordt soms misleid door het doen van garantiebeloften.

Voor- en tegenstanders van dergelijke advertenties bestoken elkaar met argumenten. Voorstanders van het adverteren/reclamemaken noemen onder meer:

1. Het maakt het publiek bewust van de noodzaak van tandheelkundige zorg. Vooral de mensen die niet vaak naar de tandarts gaan en (nog) geen klachten hebben, zijn via advertenties te bereiken. 2. Advertenties maken het voor de patiënt gemakkelijker een tandarts te kiezen. 3. Adverteren stimuleert de concurrentie tussen tandartsen onderling.

De tegenstanders daarentegen stellen en gebruiken daarbij veelgehoorde argumenten tegen adverteren/reclamemaken:

1. Reclame maakt producten duurder. 2. Reclame overdrijft en misleidt. 3. Reclame creëert schijndenkeelden. 4. Reclame roept irritatie op. Meer specifiek op de tandheelkunde gericht hoort men daarnaast ook dat reclamemaken schadelijk is voor het professionele karakter van de tandheelkunde.

2 Twee beroepsmodellen

Amerikaanse ethici die zich met morele vraagstukken op het gebied van de tandheelkundige zorgverlening bezighouden, gebruiken vaak twee beroepsmodellen om de verschillen tussen voor- en tegenstanders van adverteren beter te kunnen aangeven. Het gaat dan om individuele leden van een professie die reclame maken en zeker niet om de vraag of het acceptabel is dat de professie als geheel adverteert. Dan is er sprake van een ander ethisch dilemma. Voorstanders zouden redeneren vanuit het zogenaamde 'commerciële model'. De uitgangspunten zijn: 1. Tandheelkundige zorgverlening is in essentie hetzelfde als een consumentenproduct dat aangeboden wordt door en, indien gewenst, gekocht wordt door een ander. 2. De tandarts handelt zodanig dat zijn commercieel-economische doelstellingen het best tot hun recht komen. 3. De tandarts accepteert concurrentie en de cliënt kan op zijn gemak uitkiezen wat hem het best bevalt. In deze optiek zijn de meeste advertenties op het gebied van de tandheelkundige zorgverlening inderdaad geoorloofd.

De tegenstanders zouden uitgaan van het zogenaamde 'professionele model': 1. Tandheelkundige zorgverlening is vooral gericht op zorg en verlichting van pijn en narigheid. 2. De patiënt die hulp nodig heeft is niet gebaat bij 'winkelen', maar moet snel hulp hebben. 3. De patiënt wordt, door ieder lid van de professie, kwalitatief gelijkwaardige hulp geboden (professionele standaard).

Het zal duidelijk zijn dat in deze opvatting advertenties niet acceptabel zijn. Tot eind 1996 huldigde de beroepsorganisatie NMT dezelfde mening. Want de 'Gedragsregels voor tandartsen', artikel 44 luidt: 'De tandarts dient zich te onthouden van het medewerken aan of het bedrijven van publiciteit, het plaatsen van advertenties alsmede het gebruik van naambord en drukwerk, kennelijk gericht op het op wervende wijze de

aandacht vestigen op zijn beroepsuitoefening als tandarts'.

De opvattingen veranderen echter. Al in 1979 besloot de American Dental Association dat adverteren/reclamemaken door tandartsen niet meer als onethisch kon worden beschouwd. Uit recent onderzoek bij Amsterdamse tandartsen blijken de respondenten, vergeleken met tien jaar geleden, minder afwijzend te staan ten opzichte van dergelijke media-uitingen. Tandartsen krijgen wat meer aandacht voor de tandartspraktijk als onderneming. Op de 169ste Algemene Vergadering van de NMT is voorgesteld het eerder genoemde artikel te wijzigen gezien de maatschappelijke ontwikkelingen, het (Europese) mededingingsrecht, de wijze waarop ook andere organisaties van vrije beroepsbeoefenaren het onderwerp publiciteit in hun gedragsregels hebben benaderd alsme-

de het oordeel van de Raad van Beroep.

Of met dit voorstel de discussies over het wel of niet mogen adverteren door tandartsen tot het verleden zullen horen, blijft echter de vraag. Amerikaanse collega's lijken, ook na het eerder genoemde besluit van hun beroepsorganisatie, nog steeds met elkaar over dit onderwerp van mening te verschillen. Ongewijfeld speelt hierbij hun beroepsopvatting een grote rol.

M.A.J. Eijkman, F. Rietman

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Kanttekeningen bij voordracht Eijkman door Vorstenbosch

Hebben wij wel een juist beeld van de twee zojuist beschreven beroepsmodellen, namelijk het commerciële model en het professionele model? Het commerciële model is niet amoreel en het ideële niet ideaal, omdat ook de tandarts hierin zijn eigen belang heeft. Beide modellen veronderstellen een specifieke moraal; juist daarover dient de discussie te gaan. In het ideële model wordt de zorgmoraal (weldoen en niet-schaden) gekenschetst door vooral ongelijkwaardigheid van arts en patiënt en een vertrouwensrelatie, voorts door de nadruk op gewetensfunctie en interne controle. Waar in het commerciële model de transactie weliswaar voorop staat, bevordert het door zijn transactiemoraal de gelijkheid van kansen en rechten voor de patiënten, voorts openheid, keuzevrijheid en externe controle, met als basisprincipes autonomie en rechtvaardigheid.

Vóór het zoeken van publiciteit pleit het gegeven dat tandartsen structureel van elkaar verschillen, zich (op deelgebie-

den) bijzonder bekwaamd kunnen hebben, mogelijk ook verschillende morele normen hanteren; de patiënten mogen dat best weten, wat door informatievervalsing wordt gerealiseerd. Reclame vergroot niet alleen de toegankelijkheid tot de zorg, maar pas door te attenderen op en te informeren over (de verscheidenheid binnen) de zorg, wordt voor de patiënt een verstandige keuze mogelijk. Sterker nog, een verbod op reclame zou schadelijk kunnen zijn voor de autonomie van de patiënt en die van de tandarts, alsmede het recht op de vrije meningsuiting van laatstgenoemde.

Er zijn ook argumenten tegen reclamemaken. Reclame roept irreële behoeften op, maar dit argument is niet specifiek voor de tandheelkunde en ontkent de mondigheid van de burger. Voorts zou reclame het publieke imago van de tandheelkunde, haar 'ideële beeld' zo dat al reëel is, schaden. De vraag is echter hoe het imago wordt gevormd; het traditioneel naar binnen gekeerde karakter van professies kan in onze tijd van openheid juist averechts werken. Alles bijeen lijkt de balans in de richting van publiciteit door te slaan, waarbij de eis moet worden gesteld dat geen onrealistische verwachtingen worden gewekt en het vertrouwen in de professie niet wordt geschaad.

Kanttekeningen bij voordracht Eijkman door Van Tongeren

Van Tongeren concludeert dat Vorstenbosch kiest voor het commerciële model: de feitelijke werkelijkheid geeft volgens Vorstenbosch de doorslag bij de keuze wel of niet adverteren.

Echter, het idealistische model zou moeten overheersen. In dit verband heeft de tandheelkundige professie als taak haar leden in moreel opzicht te vormen en hoge idealen voor te houden. Elke professie heeft de neiging tot verschansing, maar moet ook oog hebben voor de opvoeding van haar leden. Daartoe zou discussie (over ethiek) moeten worden gestimuleerd.

De tandarts in burger

Naast de ethiek van de bijna persoonlijke relatie tussen tandarts en patiënt en het betrekkelijk kleine kringetje van de tandartsen onder elkaar, krijgt de tandarts ook te maken met ethiek buiten de directe beroepsuitoefening om. De beroepsorganisatie, de NMT, geeft daartoe in haar gedragsregels voor

tandartsen de nodige aanknopingspunten.

Gedragsregel 1 zegt dat de tandarts zelf en samen met zijn collega's en andere hulpverleners de tandheelkundige volksgezondheid zal bevorderen en daarmee zal bijdragen aan de doelstelling van de gezondheidszorg als geheel. Het gaat hier duidelijk om iets anders dan de directe relatie tot de patiënt en tot de directe collega's. Het gaat om de doelstelling van de gezondheidszorg als geheel en dat is meer dan wat zich binnen

de muren van de eigen praktijk afspeelt.

Gedragsregel 2 zegt dat tandartsen, ook wanneer zij niet beroepshalve optreden, zich zodanig zullen moeten gedragen dat het vertrouwen in het beroep niet wordt geschaad. Deze gedragsregel staat overigens vanwege algemene maatschappelijke ontwikkelingen, zoals individualisering en afnemende solidariteit, ook binnen de NMT ter discussie.

Er moeten goede redenen zijn geweest voor het opstellen van deze gedragsregels, die tandartsen ook verantwoordelijkheden geven die liggen buiten de directe, klinische beroepsuitoefening. Kennelijk vinden tandartsen het goed dat naast de geclaimde vrijheid in besluitvorming met betrekking tot diagnostiek, therapie en begeleiding van patiënten, zoals dat min of meer als recht op professionele autonomie is geregeld in gedragsregel 3, ook plichten staan. Plichten ten opzichte van de patiënt, ten opzichte van de collega's maar dus ook ten opzichte van de maatschappij.

Verkeren de tandartsen, net zoals de artsen en enkele andere beoefenaren van een vrij beroep, dan in zo'n bijzondere positie? Het speciale van zo'n professie is gelegen in een *intellectuele component* (speciale kennis), een *morele component* (men biedt bijzondere, belangrijke diensten aan de samenleving) en ook een component die het best omschreven kan worden als een *gildecomponent*: men behoort tot een speciale groep met eigen normen voor het gedrag, met een eigen traditie en een eigen groepsbewustzijn. Vandaar ook die gedragsregels, waarschijnlijk!

Aan de hand van een aantal voorbeelden kan de discussie over de ethiek van de tandarts, buiten de directe beroepsuitoefening, aan de orde worden gesteld.

Dronken tandarts

Er is in uw tandartsenkring een tandarts van wie u vermoedt dat hij een drankprobleem zou kunnen hebben. Op feesten en partijen wist hij hem altijd al goed te raken, maar dat komt in de beste families voor. Er komen na verloop van tijd ook signalen over drinken tijdens weekenddiensten. Navraag bij enkele collega's, op een kringborrel, levert de reactie op: 'Wist je dat dan niet?'

Wat te doen als tandarts? Een ethisch probleem en zo ja waarom eigenlijk? Professionele verantwoordelijkheid van u of professionele autonomie van die andere tandarts?

Kindermishandeling

U hebt een praktijk met veel kinderen. Van één familie komen moeder en drie kinderen altijd samen voor periodieke controle. U hebt om een of andere reden het idee dat de kinderen wel eens fysiek mishandeld zouden kunnen worden. Blauwe plekken, gefractureerde frontelementen en andere verwondingen in het gezicht komen te vaak voor om ze aan ongelukjes te kunnen wij-

ten. U hebt onlangs ergens gelezen dat van huisartsen maar ook van tandartsen verwacht wordt dat ze daar alert op moeten zijn en er bij signalen ook iets mee moeten doen.

Een ethisch probleem? Moet u zich nu wel of niet mede verantwoordelijk voelen? Waar moet u zoiets melden? Moet u dan straks als getuige gaan optreden?

Asielzoekers

In uw woonplaats zullen in een onrendabel hotel 250 asielzoekers worden gevestigd. U weet dat dat vaak minder tijdelijk is dan wordt beweerd en u begrijpt dat de gezondheidszorg voor deze groep geregeld moet worden. In ieder geval op een manier waarvoor wij ons als hulpverleners en als burgers niet hoeven schamen. Er zijn slechts drie tandartsen gevestigd in uw woonplaats dus is het zeer waarschijnlijk dat de komst van de groep asielzoekers goed merkbaar zal zijn.

Is het afwachten geblazen of is het je professionele verantwoordelijkheid om je sterk te maken voor het organiseren van een 'fatsoenlijke' tandheelkundige verzorging van de asielzoekers?

Van belang is nog te wijzen op het verschil in maatschappelijke positie van artsen en tandartsen. Artsen hebben vaak te maken met levensvraagstukken en met indringende psychosociale aspecten van de gezondheidszorg. Bovendien zijn zij bij het uitoefenen van hun professie ook meer aangewezen op samenwerking met andere hulpverleners. Misschien hebben artsen, zeker huisartsen, als de poortwachters van de gezondheidszorg ook meer recht van spreken als het gaat om een grote professionele verantwoordelijkheid. Ook ethische vraagstukken zullen binnen de artsenwereld meestal meer gewicht hebben dan binnen de tandartsenwereld.

Maar uit het gegeven dat beslissingen in de tandheelkunde over het algemeen minder 'dramatisch' zijn, mag niet worden afgeleid dat nadenken over ethische vraagstukken niet zinvol en leerzaam is. Ook voor tandartsen geldt dat beslissingen zich niet beperken tot techniek, tot het strikt tandheelkundig-technisch handelen. Misschien zou de tandarts algemeen-practicus ook wel meer de functie van poortwachter van de tandheelkundige gezondheidszorg moeten nastreven. En daarbij liggen de grensen van de professionele verantwoordelijkheid ook niet bij de deur van de praktijk.

Jhr. J.D. van Foreest

Inspectie voor de tandheelkundige gezondheidszorg.

Kanttekeningen bij voordracht Van Foreest door Van Tongeren

Op de door Van Foreest gepresenteerde casuïstiek is het sleutelwoord 'verantwoordelijkheid' van toepassing. In dit morele begrip zijn twee betekenissen te onderscheiden. In zijn gangbare betekenis is het begrip verantwoordelijkheid gekarakteriseerd door een:

- Negatief kenmerk. Pas wanneer iets mis is gegaan, wordt gevraagd wie verantwoordelijk is.

- Retrospectief kenmerk. Teruggekeken wordt op een gebeurtenis die al heeft plaatsgevonden. Indien prospectief gebruikt, gebeurt dat in termen van: als ik achteraf aangesproken zou worden op wat ik had moeten doen, dan zou ik ... Er wordt dus van achter naar voren gedacht en geredeneerd.

- Handelingsgebondenheid, een welhaast voor zich sprekend kenmerk, waarop echter de kwalificatie 'willens en wetens' van toepassing is.

De tandarts heeft behalve een algemene verantwoordelijkheid als mens ook een specifieke rol- of functieverantwoordelijkheid als tandarts (denk aan actie nemen in geval van kin-

dermishandeling). Om te bepalen hoever die verantwoordelijkheid gaat, gelden codes en checklijsten als referenties. Hierdoor kan men vooraf bepalen of men achteraf veroordeeld zou kunnen worden.

Er is een tweede betekenis van het woord verantwoordelijkheid te onderscheiden, gekarakteriseerd door een positieve lading (we voelen ons verantwoordelijk voor onze patiënten),

Kanttekeningen bij voordracht Van Foreest door Vorstenbosch

Vorstenbosch is het fundamenteel eens met de analyse van Van Tongeren, hoewel hij verantwoordelijkheid een te algemeen begrip acht. Hij vraagt zich af wie verantwoordelijkheid draagt en ten aanzien van welke partij dat is. Bovendien wijst

een prospectieve, op de toekomst gerichte inhoud, en een gerichtheid op concrete handelingen: het vraagt om een houding gericht op het goede en om zowel activiteit als passiviteit. Houding bepaalt de manier waarop men tegen de wereld aankijkt en heeft tot gevolg dat men meer doet voor eigen patiënten dan voor wildvreemden.

hij op het belang van de publieke norm. Daar doorheen speelt echter het probleem van de individualisering, waardoor verantwoordelijkheden worden weggeschoven naar de overheid.

Vorstenbosch ziet voor de oplossing van de geschetste problematiek een belangrijke functie weggelegd voor de beroepsgroep, die codes moet ontwikkelen en moraal moet bijbrengen. Het kan niet worden overgelaten aan de houding van een individu.

Een kwestie van geld: staan beheersidealen haaks op zorgidealen?

1 De relatie tussen overheid en tandarts

In Nederland is gekozen voor een model dat gezondheidszorg financiert uit de collectieve middelen. Collectieve middelen zijn bedragen die door premiebetalingen bijeen worden gebracht. Wat heeft dit nu te maken met ethiek in de tandheelkunde? De eerste vraag die gesteld moet worden, is of een tekort op de begroting op de beroepsgroep mag worden afgewenteld. In 1993 werd de groei voor de tandheelkunde gemakshalve op 0% gesteld, zodat er meer geld beschikbaar kwam voor de bejaardenzorg. Omdat groei voor de tandheelkunde was uitgesloten, maar de uitgaven toch stegen, 'overschreden' de tandartsen hun budget en volgde er het jaar daarna een tariefskorting. Meer doen voor minder geld. Waar ligt de ethische grens?

Het strak vasthouden aan de geraamde uitgaven wordt budgetdiscipline genoemd. Zolang de Tweede Kamer en het kabinet dat als doel hebben, zijn er geen middelen om iets te veranderen. Meer geld aan gezondheidszorg uitgeven, ook individueel, geeft financiële beperkingen in andere richtingen. De Nederlandse regering kiest daar op dit moment niet voor. Van het totale budget in de gezondheidszorg gaat 65% naar zorg voor mensen die niet voor zichzelf kunnen zorgen. Een klein gedeelte van wat overblijft is nog op de tandheelkunde van toepassing.

Met de invoering van de stelselwijziging – wat betreft de tandheelkunde – op 1 januari 1995 heeft de tandheelkunde winst geboekt, maar ook verliezen geleden. De budgetdiscipline is voor een groot deel (± de helft) op de tandheelkunde niet meer van toepassing, dat wil zeggen er is wel vrijheid in het volume, maar er bestaat nog steeds een maximumtarief. Moeten wij inderdaad constateren dat beheersidealen haaks staan op zorgidealen?

2 De relatie tussen zorgverzekeraar en tandarts

Tot twee jaar geleden bestond voor ziekenfondstandheelkunde geen budget (d.w.z. gemaakte kosten werden vergoed) en voor de particuliere tandheelkunde daalde het tarief. Vanaf 1 januari 1995 ligt dat totaal anders. Alleen het cluster en de tandheelkunde voor de jeugd vallen nog onder de budgetdiscipline. Waarom hebben zorgverzekeraars toen niet de kans gegrepen om uitvoerig met de beroepsgroep te overleggen over de inrichting van de aanvullende verzekeringen? Samen op de bres voor een cluster dat qua inhoud en tarief meer bij deze tijd past, lijkt voor een juiste aanwending van de gelden essentieel. Een goede tandheelkundige verzekering komt tegemoet aan de tandheelkundige behoeften van de verschillende leeftijdscategorieën. Een goede samenwerking tussen verzekeraar en tandarts kan niet worden vertaald in het door de tandarts behandelen van de patiënt volgens het verzekeringspakket en het op tijd uitbetalen van de verzekeraar aan de tandarts. Wij schuiven op naar privatisering, maar er blijft een stelsel van sociale regels en wetten nodig waarbinnen het verzekeren zich moet afspelen.

Binnenkort wordt de budgetdiscipline die door de overheid gehanteerd wordt, overgeheveld naar de verzekeraars. De verzekeraar zal de beroepsgroepen sterk onder druk zetten om tariefmatig te bezuinigen in het collectieve deel. Dat betekent in de tandheelkunde bezuinigen op de jeugd. Waar ligt hier de ethische grens? Het is beter eerst eens over de gevolgen van de privatisering en de ontwikkelingen in de tandheelkunde te praten en daarna over doelmatige zorg.

3 De relatie tussen tandarts en patiënt

Ethiek in de tandartspraktijk is behandelen volgens indicatie. Dat is gemakkelijk als geld geen rol speelt. De oplossingen voor de tandheelkundige problemen worden al te vaak vanwege de financiën in een bepaalde richting gestuurd. Twijfelachtig wordt het als de behandeling op het verzekerd pakket wordt afgestemd. Het ethisch gedrag van de tandarts komt dan wel onder druk te staan. Bij het toepassen van behande-

lingen waar geen tarief voor is bepaald, is het voorstelbaar dat de tandarts zijn patiënt 'helpt' door vergelijkbare verrichtingen te declareren. Aan de andere kant zal druk uitoefenen op verzekeraars om deze verrichtingen op te nemen, een meer op maat afgestemd pakket laten zien. Creatief declareren hoeft dan ook niet verwerpelijk te zijn.

Samenvattend leidt dit alles tot de conclusie dat de tandarts in

zijn beroepsuitoefening ingekapseld zit. Tussen de overheid en de verzekeraars met hun financiële limieten enerzijds en de wensen en de mogelijkheden van de patiënt en de inzichten van de zorgverlener anderzijds. Het is wikken en wegen en dat blijft een kwestie van individuele verantwoordelijkheid.

H. 't Hart

Kanttekeningen bij voordracht Van 't Hart door Vorstenbosch

Volgens Van 't Hart wordt de beroepsgroep tekort gedaan, zowel in financiële zin als in de mogelijkheid het zorgaanbod aan de patiënten te verbeteren, door eenzijdige beslissingen van de overheid.

Wat moet de beroepsgroep ter verbetering van de twee genoemde klachten doen? Er zijn twee problemen te onderscheiden: een rechtvaardige zorg en financiering, een macroprobleem, en, niet los daarvan, de honorering. Het macroprobleem wordt gepresenteerd als een dilemma tussen het beheersideaal en het zorgideaal, maar beide idealen hebben ook overeenkomsten. De grens aan de zorg wordt getrokken door de overheid, die het budget vastlegt en verdeelt. Wat is het ideële motief achter het beheersideaal: wie is de overheid om meer uitgaven voor de zorg tegen te houden, om de maximale zorg niet gepaard te laten gaan met maximale financiering? Het lijkt erop dat zorg noch financiering ooit 'bevredigd' kunnen worden, terwijl het beschikbare budget toch grenzen trekt. Bij de kostenbeheersing van de collectieve uitgaven zijn de verdeling van de gelden, de verantwoordelijkheid en de betekenis van de (mond)gezondheid van belang.

De overheid mag moreel bezien aan kostenbeheersing doen op grond van vier motieven: weldoen op macroniveau, rechtvaardigheid, ideaal en autonomie. De door de samenleving opgebrachte middelen moeten worden beheerd en aan diverse doelen worden besteed (weldoen), maar bij het laatste kan de rechtvaardigheid in het gedrang komen en tot moreel onwenselijke gevolgen leiden. Door individuele verschillen en het al of niet nemen van verantwoordelijkheid (leefstijl) bestaan verschillende wensen, die onverenigbaar kunnen zijn met het beheersideaal. Ten slotte, op voorhand bestaat al een grens ten aanzien van wat aan de tandheeldkunde kan en mag worden uitgegeven, waarbij meespeelt dat de tandheeldkunde niet zeer belangrijk wordt gevonden. Uitgangspunten zijn gelijke kansen en gelijke toegang tot de zorg. Daarnaast geldt de eigen verantwoordelijkheid voor het gebit (pech). De beroepsgroep moet in dezen uitgangspunten ontwikkelen ter

Kanttekeningen bij voordracht Van 't Hart door Van Tongeren

Van Tongeren signaleert en onderstreept dat voor Vorstenbosch de essentie van de zorg een goed gebit voor het gehele leven is. Dat geldt niet alleen op macro-, maar ook op meso- en microniveau. Pas nadat de waarde (van een goed gebit) is



Uit A. Jeurissen, Lachebekken, deel 2. Een uitgave van STI Nijmegen, 1987.)

rechtvaardiging van verlangde honoraria en inhoud van het verstrekkingenpakket, waarbij geldt dat het 'ideaal' niet eindeloos kan worden nagejaagd.

Enkele stellingen ten aanzien van creatief declareren.

- Tegen fraude is geen kruid gewassen, al helemaal niet als de belangen van de tandarts en patiënt samenvallen en beide partijen pogen financiële consequenties op de gemeenschap af te wentelen.
- De toelaatbaarheid van fraude kan worden getoetst. Waar en wanneer mag worden gefraudeerd? Deze vorm van burgerlijke ongehoorzaamheid lijkt geoorloofd als men zich onrechtvaardig behandeld voelt, als alle andere wegen zonder succes zijn bewandeld, en als men de eventuele gevolgen van de ongehoorzaamheid wil ondergaan. Maar burgerlijke ongehoorzaamheid is 'second best', idealiter ligt er een taak voor de professie en de politiek die fraude overbodig maakt.

vastgesteld, kan een vertaling in geld plaatsvinden.

Filosofie is van groot nut én van praktisch belang. De tandarts zal meer naar de patiënt luisteren naarmate hij heeft leren nadenken over grote vragen als: Wat is gezondheid? Wat is de waarde van een gezond gebit? Het nadenken over dit soort vragen is prudent en moet worden gestimuleerd.