



Wensgeneeskunde en wenstandheeskunde: medisch-ethische aspecten

Samenvatting. Met wensgeneeskunde worden medische (be)handelingen zonder direct medische noodzaak aangeduid. Bij dergelijke behandelingen kunnen medisch-ethische principes onder druk komen: de autonomie van de patiënt wanneer wensen voortkomen uit sociale druk, ‘het goeddoen’ als het (achterliggende) doel en de gevolgen onduidelijk zijn, en ‘het niet-schaden’ als dit onmogelijk blijkt. Ook rechtvaardigheid komt in het gedrang wanneer vooral mensen met een betere sociaaleconomische achtergrond gebruik kunnen maken van wensgeneeskunde. Ongeacht of het wensgeneeskunde of reguliere geneeskunde betreft, respect voor de menselijke waardigheid en persoonlijke integriteit van de patiënt blijft leidend. Vanuit deugd- en zorgethiek worden kwaliteiten benadrukt om een goed zorgverlener te zijn, zoals zorgzaamheid, compassie, solidariteit, eerlijkheid en persoonlijke inzet. Er is veel ethisch debat over wensgeneeskunde. Enkele belangrijke aspecten die daarbij naar voren komen, zijn dat risico’s op schade beperkt zouden moeten blijven, de menselijke waardigheid en integriteit zouden moeten worden gerespecteerd, dat mensen echt worden geholpen en dat het rechtvaardigheidsprincipe overeind blijft.

Witter DJ, Kole JJ, Brands WG, Creugers NHJ. Wensgeneeskunde en wenstandheeskunde: medisch-ethische aspecten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2018; 125: 645-651
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.12.17225>

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel (uit een reeks van 3) hebt u inzicht in de medisch-ethische aspecten en dilemma’s binnen de wensgeneeskunde en -tandheeskunde.

Inleiding

Met het containerbegrip ‘wensgeneeskunde’ worden medische handelingen aangeduid die zonder direct medische noodzaak worden verricht (CEG, 2015). Deze behandelingen beslaan een breed terrein, waaronder het verbeteren van functies (prestaties) of van het uiterlijk (tab. 1). ‘Verbeteren’ verwijst impliciet naar een verandering die ‘goed’ wordt geacht. Daarbij wordt voorbijgegaan aan de vraag of een bepaalde (be)handeling ook werkelijk goed is of misschien (op termijn) toch schadelijk. Verbetering moet dan ook worden opgevat als ‘op verbetering gericht’.

De denkkaders over wensgeneeskunde lopen sterk uiteen. Uitgesproken voorstanders, transhumanisten, gaan ervan uit dat de inzet van biotechnologische ontwikkelingen het welzijn van mensen verhoogt. Zo betoogt bijvoorbeeld Powell dat toepassing van genetische-modificatietechnieken nodig is om de gezondheid van het menselijk genetisch materiaal voor komende generaties te handhaven om de verzwakte selectiedruk door de werkzaamheid en toegankelijkheid van de conventionele geneeskunde en van humanitaire instituties te compenseren (Powell, 2015). Zij beschouwen het een morele plicht van de overheid en medische beroepsgroepen om in nieuwe ontwikkelingen te investeren tot blijkt dat bepaalde toepassingen schadelijk zijn, en vertrouwen daarbij op (zelf)regulering. Bovendien, betogen zij, staat het iedereen vrij om geen gebruik te maken van nieuwe ontwikkelingen. Uitgesproken tegenstanders, bioconservatieven, redeneren vanuit terughoudendheid en bescheidenheid: als het leven steeds maakbaarder wordt,

wordt de eigen natuur en intrinsieke waardigheid van de mensheid geweld aangedaan. Naar hun opvatting is het hoogmoedig te denken dat alles maakbaar is; maakbaarheid kan ook verarming met zich meebrengen (Schermer, 2012; Dute en Schermer, 2016). Dergelijke denkkaders berusten op uiteenlopende mens- en wereldbeelden. Discussies tussen transhumanisten en bioconservatieven blijven dan ook vaak steken omdat er verschillend wordt gedacht

over de wenselijkheid om de wereld naar eigen hand te zetten en hoe aan de menselijke waardigheid het best recht kan worden gedaan (Roache en Savulescu, 2016). Ook de reguliere geneeskunde maakt gebruik van maakbaarheid, bijvoorbeeld door medicatie met antibiotica voor te schrijven aan zieke mensen. Maar maakbaarheid wordt vooral op scherp gesteld als medische handelingen bij gezonde mensen zonder medische noodzaak worden verricht.

Functie	Type behandeling	Specifieke medicatie en/of behandeling	Wens tot
Verbetering prestaties en sociale vaardigheden	Cosmetische psychofarmacologie	Methylphenidate/Ritalin®	Focussen/prestaties op werk of school
		Fluoxetine/Prozac®	Sociale vaardigheden/zelfvertrouwen
		Modafinil/Provigil®	Geringere slaapbehoefte, verhoogde werk prestaties
Anti-verouderingsbehandelingen	Seks- en/of groeihormonen	Sildenafil/Viagra®	Optimaal seksuele prestatie/seksueel genoeg jong uiterlijk/lichaamsfuncties van jeugdige
	Cosmetische chirurgie	Botox-injecties, microdermabrasie, chemische peels	Schoonheid/jeugdig uiterlijk
	Wellicht in de toekomst: medische nanotechnologie		Super intelligentie
Kindergeneeskunde	Beperking lichaamslengte	Geslachtshormonen	Beperking lichaamslengte
	Bevordering lichaamslengte	Groeihormonen	Vergroten lichaamslengte
	Verhogen kwaliteit van leven	Geslachtshormonen, chirurgie	Betere zorg/verhoogde levenskwaliteit van kind en zorgverlener (ten behoeve van ernstig gehandicapten)
Aan het begin van het leven		Pre-implantatie genetische diagnostiek	Selectie geslacht van een kind/ 'family balancing'
		Electieve keizersnede	Wellicht in de toekomst: selectie specifieke eigenschappen zoals muzikaliteit, haarkleur Geplande geboortedatum en tijd
Aan het einde van het leven	Medisch begeleide zelfdoding		Zelf bepaalde dood
	Terminale sedatie		Ontsnapping aan bewustzijn alvorens te sterven
	Specifieke verzoeken in verband met levenseinde		Zelf bepaald levenseinde in geval verlies van competenties
Alternatieve geneeswijzen		Acupunctuur, traditionele Chinese geneeskunde, natuur-geneeswijzen, homeopathie, biomagnetisme, enzovoorts	Innerlijke balans/evenwicht, stressreductie, holistische behandeling
Diagnostische testen	Genetisch onderzoek	Bepalen van stamboom	Genetische informatie over familie en voorouders
	Nutrigenetische testen		Informatie over optimale individuele levensstijl

Tabel 1. Voorbeelden van wensgeneeskunde (Buyx, 2008).

In het Science and Technology Options Assessment rapport worden 5 benaderingen van nieuwe biotechnologische ontwikkelingen beschreven: 1. totale verbanning (onrealistisch geacht), 2. laissez-faire (lijkt op de huidige situatie), 3. beredeneerd positief of 4. beredeneerd restrictief, en 5. een systematische benadering van specifieke toepassingen binnen een nog te ontwikkelen algeheel kader (Europees Parlement, 2009). Vooral de laatste benadering, concludeert het rapport, biedt aanknopingspunten voor (zelf)regulering. In de tandheelkunde lijkt er nog nauwelijks sprake van zelfregulering en zicht op een algeheel kader ontbreekt. De vraag is of dat niet zou moeten worden nagestreefd.

Tandartsen worden steeds vaker geconfronteerd met wenstandheelkunde. Als voorbeelden van wenstandheelkundige behandelingen worden orthodontische behandelingen en cosmetische (esthetische) behandelingen genoemd (Maio, 2007; Bostrom en Roache, 2008; CEG, 2015). Ook toepassing van tandheelkundige implantaten kan soms als wenstandheelkunde worden aangemerkt. Deze behandelingen zijn sterk toegenomen door nieuwe biotechnologische ontwikkelingen en een voor velen toegenomen welvaart, terwijl niet altijd duidelijk is in hoeverre er een tandheelkundige indicatie is (Witter et al, 2018).

Het doel van dit artikel is enkele medisch-ethische aspecten en dilemma's te belichten van het relatief nieuwe fenomeen wenstandheelkunde. Daartoe wordt ook empirisch onderzoek in Nederland belicht naar de beleving van wensgeneeskunde door artsen en leken, en wordt betoogd dat het zogenoemde normale-functiemodel als ethische rechtvaardiging voor wensgeneeskunde discutabel is. In een volgend artikel worden enige juridische dilemma's rondom wensgeneeskunde belicht (Witter et al, 2019).

Wensgeneeskunde: medisch-ethische aspecten

Binnen de gezondheidszorg wordt de common sense benadering ('common morality') van Beauchamp en Childress breed gedeeld, inclusief de daarmee verbonden biomedische principes: respect voor de autonomie van de patiënt, goeddoen, niet-schaden en rechtvaardigheid (Beauchamp en Childress, 2013; Ten Have et al, 2013; Gillon, 2015). Bij wensgeneeskunde kunnen deze principes in het gedrang komen.

Bij wensgeneeskunde speelt respect voor de autonomie van de wens een belangrijke rol, maar die autonomie kan in het gedrang komen als wensen zijn opgedrongen door de omgeving, de waan van de dag, marktwerking (reclame) of zorgaanbieders. Hoe autonoom is de wens dan eigenlijk? Ook het principe van goeddoen staat bij wensgeneeskunde ter discussie omdat het doel en de gevolgen vaak onduidelijk zijn. Op korte termijn wordt de patiënt misschien goed gedaan door diens wensen te vervullen maar doet dat ook op lange termijn werkelijk goed? Het niet-schaden principe kan onder druk staan wanneer de afweging tussen de verwachte winst en de risico's van potentiële schade anders uitvalt dan gedacht. Ten slotte komt het rechtvaardigheidsprincipe in het geding wanneer ongelijkheid ontstaat

Casus 1

Het gezin C, waaronder zoon Frans (9 jaar), komt sinds jaren bij dezelfde huistandarts. Bij periodiek mondonderzoek constateert de tandarts bij Frans een geringe Angle Klasse II (afb. 1). De tandarts acht de 'afwijking' dermate gering, dat hij besluit Frans niet te verwijzen naar een orthodontist. Een orthodontische behandeling is vermoedelijk ook te kostbaar voor het gezin waarvan hij weet dat het inkomen bescheiden is. Misschien kan hij het er later eens over hebben met de ouders tijdens een periodiek mondonderzoek.

Men kan zich afvragen of er bij de behandeling van een (geringe) orthodontische afwijking sprake is van tandheelkundige noodzaak. Maar is het antwoord op die vraag relevant? Moet de zorgverlener op basis van medisch-ethische principes verwijzen? Zou een eventuele behandeling goeddoen? Is hier de autonomie van Frans en van zijn ouders in het geding, om op basis van goede informatie zelf te beslissen? Wat is hier goede zorg?



Afb. 1. Frontaal zicht bij 9-jarige jongen met geringe Angle Klasse II-hoektandrelatie.

tussen mensen die zich wensgeneeskunde wèl en die zich dat niet kunnen veroorloven (casus 1).

Ethische voor- en tegenargumenten

Vanwege een mogelijke inbreuk op de medisch-ethische principes kunnen wensgeneeskundige (be)handelingen (ethisch) onwenselijk zijn. Buyx beargumenteert dit, soms tegen de achtergrond van de medisch-ethische principes, maar plaatst daarbij ook tegenargumenten (Buyx, 2008):

- Bij wensgeneeskunde worden geen ziekten behandeld. Als tegenargument, stelt Buyx de vraag of reguliere geneeskunde wèl altijd ziekten behandelt. Bijvoorbeeld: is behandeling met groeihormonen van een jongen die vanuit groeicurven gezien een uiteindelijke lichaamslengte van 160 cm zou krijgen de behandeling van een ziekte (reguliere geneeskunde) of betreft het de wens tot een grotere lichaamslengte en valt het onder wensgeneeskunde? Zoals meestal is er vaagheid: zou het criterium voor een acceptabele minimale lichaamslengte voor een man niet 165 cm moeten zijn? Als criteria worden gerelateerd aan 'normaal', zijn er vaak grensvallen: niet duidelijk ziek, maar evenmin duidelijk gezond; niet duidelijk afwijkend, maar evenmin normaal.
- Wensgeneeskunde is niet in overeenstemming met de

doelstellingen van de geneeskunde. Buyx betoogt dat deze doelstellingen onduidelijk zijn. Door sommigen worden deze omschreven als “preventie van ziekten en bevordering van gezondheid, bestrijden van pijn en lijden ten gevolge van ziekten, genezen van ziekten, zorg als genezing onmogelijk is, vermijden van voortijdige dood en streven naar een rustig overlijden”. Anderen omschrijven de doelen echter breder door daarin ook verbetering van de levenskwaliteit of het vermogen tot functioneren te betrekken. Of wensgeneeskunde geneeskundige doelen dient, hangt er dus vanaf hoe die doelen worden gezien. Als bevorderen van levenskwaliteit mede als doel wordt gezien, kan wensgeneeskunde wel degelijk een geneeskundig doel dienen. Cosmetische chirurgie kan worden gezien als het najagen van een concept van schoonheid dat wordt opgelegd door de maatschappij, aangejaagd door de schoonheidsindustrie, waardoor dit buiten het domein van de geneeskunde valt. Cosmetische chirurgie kan ook worden gezien als het verhelpen van afwijkingen, van psychisch leed en aantasting van de levenskwaliteit, waardoor dit wel binnen de doelen van de geneeskunde valt. Beide zienswijzen lijken te rechtvaardigen want een richtinggevend oordeel veronderstelt een principiële inzicht in de doelen van de geneeskunde en daarover is geen consensus. Het is overigens vaak onduidelijk wiens doelen worden bedoeld: die van patiënten, van (behandelend) artsen, van alle werkers in de zorg, van zorgverzekeraars of van de samenleving.

- Bij wensgeneeskunde komt de wens tot behandeling vaak niet autonoom tot stand. Informed consent tot (be)handelen door een wilsbekwame patiënt vereist diens autonome beslissing, vrij van overmatige externe beïnvloeding. Wensen en verwachtingen ontstaan echter niet in een vacuüm, maar ontstaan vanuit waarden en normen in de samenleving en de sociale relaties waarbinnen men leeft, dus dat betekent niet zomaar dat er sprake is van dwang. Maar bij buitenproportionele externe druk ligt het risico op inperking van de autonomie en vrijheid van keuzen op de loer, wat kan resulteren in behandelwensen vanuit een sterke focus of obsessie.
- Wensgeneeskunde is onnatuurlijk. Buyx's tegenargument: wensgeneeskunde is net zo onnatuurlijk als de reguliere geneeskunde waarin ook allerlei 'onnatuurlijke' interventies zoals vaccinaties, medicatie en chirurgie worden toegepast. Een kanttekening daarbij is echter wel dat deze middelen in de reguliere geneeskunde in een andere context worden toegepast, namelijk om ziekten te voorkomen of te bestrijden of de gevolgen van letsel te beperken.
- Wensgeneeskunde leidt tot onrechtvaardigheid. Buyx wijst op het gevaar voor tweedeling tussen mensen

Afwijking makkelijker behandelbaar; minder reden deze te accepteren

die wèl wensgeneeskundige behandelingen kunnen betalen en minder bedeelden die dat niet kunnen. Daarnaast hebben mensen met een betere sociaal-economische achtergrond vaak eerder informatie over nieuwe ontwikkelingen en kunnen ze hierover beter communiceren met zorgverleners.

Buyx (2008) concludeert dat er van een principiële afwijzing van wensgeneeskunde geen sprake kan zijn. De discussie omtrent ongelijkheid en financiële schaarste acht zij wel belangrijk maar secundair omdat dit geen fundamentele kwestie betreft.

Wens versus hulpvraag

Maio hanteert als uitgangspunt dat geneeskunde mensen die lijden en hulp nodig hebben, moet helpen (Maio, 2007). Hij stelt daarbij dat, als ook allerlei wensen worden vervuld zonder medische noodzaak, de geneeskunde transformeert van een morele institutie in een onderneming. Als zonder kritische reflectie binnen de beroepsgroep aan allerlei wensen tegemoet wordt gekomen, verliezen mensen het vertrouwen dat geneeskunde de meest adequate hulp biedt. Maio is kritisch over wensgeneeskunde op basis van

een aantal argumenten:

- Wensgeneeskunde komt voort uit een te beperkt begrip van hulp. Als voorbeeld noemt hij dat in veel gevallen een beroep wordt gedaan op cosmetische chirurgie om mensen die de sociale druk naar gelijkvormigheid of perfectie niet kunnen weerstaan een gevoel van zekerheid te geven. In plaats van chirurgie zou versterking van het gevoel van eigenwaarde eerder een meer adequate oplossing zijn (casus 2).
 - Wensgeneeskunde bevestigt de ideologie van de moderne prestatie maatschappij. Hij signaleert het gevaar dat cosmetische chirurgie zich medeplichtig maakt aan een op uiterlijkheden en maakbaarheid gefixeerde consumptie- en prestatie maatschappij.
 - Wensgeneeskunde versterkt een gevoel van tekortschieten. Maio redeneert: wensgeneeskunde vervult niet alleen wensen, maar roept steeds nieuwe verlangens op. Hierbij verschuiven normen en juist als een arts behandelt, wordt in de ogen van veel mensen de borstvergroting, rimpeltherapie of cosmetische behandeling als medische of tandheelkundige ingreep gerechtvaardigd. Dan versterkt het niet voldoen aan idealen en najagen van (nieuwe) verbeteringen zekere geremdheid en draagt bij aan een verstoord zelfbeeld.
 - Wensgeneeskunde vervreemdt de mens van zichzelf. Maio stelt dat door overwegen of ondergaan van ingrepen op het terrein van wensgeneeskunde het eigen lichaam minder als vertrouwd basisgegeven van de eigen identiteit wordt ervaren, maar meer als vreemd aan de eigen identiteit.
- Maio concludeert dat bij wensgeneeskunde een goed hulpverlener eerder zou inzetten op een gesprek dan op een in-

Casus 2

Tijdens het periodiek mondonderzoek geeft mevrouw D aan dat zij een brug wil ter vervanging van een eerste molaar linksonder (afb. 2). Zij vond het altijd al erg dat deze molaar sneuvelde en voelt zich *“incomplete”*. Ze vertelt enthousiast over de brug die onlangs bij haar partner *“een lelijk gat heeft opgevuld”*.

De tandarts is terughoudend. Er is ondanks geringe migratie sprake van occlusale stabiliteit en mevrouw zegt dat zij geen kauwprobleem of esthetisch probleem ervaart. Hij legt uit dat er in feite geen indicatie is voor een brug. Maar mevrouw D dringt aan: dat kan toch niet worden geweigerd: het is haar mond, haar wens en haar geld!

De tandarts twijfelt: wat te doen als goed hulpverlener? Is het maken van deze brug typisch wenstandheelkunde? Hoe valt de afweging uit tussen goeddoen en niet-schaden? Bevordert het maken van deze brug de mondgezondheid? Is de tandarts te conservatief? Wordt het gevoel van eigenwaarde van de patiënt versterkt door het maken van deze brug? Wat is hier goede zorg?



Afb. 2. Stabiele occlusie in het derde kwadrant.

terventie. Desondanks acht hij dit ook afhankelijk van de context als hij schrijft: *“Zelfs een gewenste, zuiver esthetische ingreep zonder relatie met een ziekte kan een waardevolle dienstverlening zijn als daarmee een misvorming wordt geëlimineerd en stigmatisering wordt voorkomen”*.

Menselijke waardigheid, deugd en zorg

Naar aanleiding van ethische kwesties ten aanzien van de veelheid aan biotechnologische ontwikkelingen, verankeerde de UNESCO (2006) het fundamentele beginsel van respect voor de menselijke waardigheid en de persoonlijke integriteit in het document ‘Universal declaration on bioethics and human rights’. Medisch handelen mag de menselijke waardigheid en het recht van een individu daarop niet aantasten. Dit impliceert dat inbreuk maken op de autonomie van een patiënt door niet te voldoen aan zijn wens juist recht kan doen aan de waardigheid van de betrokkene.

Het rapport stelt dat bij de afweging en eventuele toepassing van nieuwe ontwikkelingen professionaliteit, integriteit, eerlijkheid en transparante communicatie van

primair belang zijn. Het benoemen van dergelijke kwaliteiten geeft aan dat niet alleen van belang is wat een zorgverlener behoort te doen, maar ook hoe een goed deze behoort te zijn. Vanuit de deugdedthiek worden eigenschappen van een goed zorgverlener benadrukt zoals compassie, zorgzaamheid, integriteit en eerlijkheid. In de zorgethiek wordt vooral ingegaan op de (zorg)relatie tussen zorgverlener en zorgvrager. Daarin zijn belangrijke eigenschappen van de zorgverlener solidariteit, betrokkenheid, persoonlijke inzet en onbaatzuchtigheid (Ten Have et al, 2013). Wellicht zijn juist bij de dialoog over (be)handelingen zonder medische of tandheelkundige noodzaak de kwaliteiten van de zorgverlener, bijvoorbeeld om wel of niet aan een wens tegevoel te moeten komen, cruciaal.

Het normale-functiemodel ter discussie

Bij behandelingen zonder medische noodzaak lijkt vanuit schaarste het zogenoemde normale-functiemodel (normal-functioning model; concept of normality) een pragmatische benadering. Zorgverleners, ook tandartsen, lijken dit model intuïtief te hanteren, maar er is discussie of dat terecht is. Volgens het model komt wat méér (ernstiger) afwijkt van normaal of normaal functioneren, eerder voor behandelingsaanmerking dan wat minder (ernstig) afwijkt: juist ernstiger afwijken creëert ongelijke kansen (Huggins en Simmerling, 2014). Problematisch is dat oordelen over ‘sub-normaalheid’ kan voorbijgaan aan de eigen beleving daarvan door betrokkenen en aan de biologische diversiteit binnen een populatie. Dergelijke (voor)oordelen zijn arbitrair, bijvoorbeeld afgeleid van een statistisch normale verdeling of ingegeven door de sociale omgeving, en kunnen stigmatiserend zijn (Amundson, 2000; Holtug, 2011; Kahane en Savulescu, 2012). Wie bepaalt wat ‘normaal’ is? En wanneer is iets dermate ‘sub-normaal’ dat het gecorrigeerd moet worden?

Of iets ‘sub-normaal’ behandeld of verbeterd moet worden heeft wellicht niet zozeer met het normale-functiemodel te maken, maar met het gehanteerde concept van ziekte en gezondheid, en met goeddoen. Bij ernstiger afwijkingen van ‘normaal’ kan nu eenmaal méér goed worden gedaan. Misschien om die reden wordt het normale-functiemodel wel als nuttig beschouwd omdat het *“een minst arbitrair alternatief”* zou kunnen bieden bij de beoordeling of behandeling is gewenst (Huggins en Simmerling, 2014). Aan sub-normaliteit als behandelcriterium kleefte wel het risico dat naarmate behandeling van sub-normale verschijnselen toeneemt, steeds kleinere afwijkingen redenen genoeg zijn om behandeling te wensen (casus 1). Ook gaan mensen die in eerste instantie ervoor kozen om af te zien van een behandeling zich ‘afwijkend’ voelen door de vele mensen die de behandeling wel hebben ondergaan, en wensen alsnog behandeling. Bovendien ontstaat door het verbinden van sub-abnormaalheid met pathologie of psychisch lijden, wat lang niet altijd terecht is, het risico dat ten onrechte een behandeling wordt geïnitieerd (casus 1 en 2). De afwezigheid van gebitselementen is weliswaar geen gezonde of normale toestand, maar er is niet

bij iedere afwijking van het gezonde of het normale sprake van ziekte of een gezondheidsprobleem, al doet de WHO-definitie van gezondheid dat wel zo voorkomen. Er is immers een groot en vaag overgangsgebied tussen gezond en ziek (Witter et al, 2018). Dus als gebitselementen afwezig zijn en de patiënt geen functionele problemen ervaart, is er lang niet altijd de indicatie deze te vervangen. Vervanging kan zelfs leiden tot tandheelkundig (vrijwel) zinloos handelen of overbehandeling met het risico de patiënt een 'restauratiecyclus' aan te doen.

Onderzoek naar wensgeneeskunde in Nederland

Enkele jaren geleden is in Nederland onder artsen (huisartsen en plastisch chirurgen) en leken kwalitatief onderzoek gedaan naar de toepassing van wensgeneeskunde (Asscher et al, 2012; Asscher en Schermer, 2014a). Artsen bleken nauwelijks in te gaan op onderscheid tussen 'verbetering' en 'behandeling', noch op doelen van de geneeskunde, concepten van ziekte en gezondheid en dreigende medicalisering. Zij stelden vooral de wens van de patiënt centraal waarbij autonomie van de patiënt en authenticiteit van de wens belangrijk werden gevonden. Ook vonden artsen het, naast risico's en technische beperkingen, belangrijk in hoeverre de wens van een patiënt realistisch is en een zekere 'normaliteit' wordt hersteld. Het voldoen aan wensen werd vooral gerelateerd aan een goede patiënt-artsrelatie en geruststelling van de patiënt, bijvoorbeeld door objectief gezien onnodig diagnostisch onderzoek.

Leken onderschreven eveneens het belang van autonomie en authenticiteit. Maar leken verwachten wel dat artsen 'wensers' tegen zichzelf beschermen door eventuele onderliggende (psychische) problematiek uit te sluiten en behandeling te weigeren als dit in het belang van een betrokkene is: een enigszins paternalistische houding dus. Leken vonden naast rechtvaardigheid ook aspecten van veiligheid, risico's en bijwerkingen van belang. Betaling uit de collectieve middelen van complicaties na wensgeneeskundige behandelingen vonden zij niet zomaar vanzelfsprekend.

De onderzoekers concludeerden dat bij toepassing van wensgeneeskunde de uitgangspunten van autonomie, niet-schaden en rechtvaardigheid, overeind blijven. Het loutere feit dat behandeling medisch gezien niet noodzakelijk is, lijkt onvoldoende reden om het te weigeren. Vanuit ethisch oogpunt wordt wensgeneeskunde niet problematisch geacht als behandeling weinig risico's met zich meebrengt. Maar als er onomstotelijk schade of risico's mee gemoeid zijn, is dit reden om niet mee te gaan met de wens van de patiënt (Asscher en Schermer, 2014b).

Ethische grenzen aan wensgeneeskunde

Er zijn goede gronden om de doelen van de geneeskunde uit te breiden tot een achterliggend doel: het bevorderen

van welbevinden of levenskwaliteit (Schermer, 2012). In lijn daarmee kan wensgeneeskunde op ethische gronden niet worden verbannen uit het medisch domein, als teruggedraaien al zou kunnen (Buyx, 2008; Schermer, 2012). Wel is bij wensgeneeskunde waakzaamheid geboden vanwege een mogelijke inperking van de autonomie van de hulpvrager en vanwege het rechtvaardigheidsprincipe, speciaal wanneer door druk op kosten en capaciteit van het zorgsysteem de reguliere geneeskunde wordt verdrongen. Daardoor wordt deze minder toegankelijk of boet aan kwaliteit in (CEG, 2015). Bovendien komen door almaar toenemende zorgkosten ook andere nuttige collectieve voorzieningen in het gedrang, zoals onderwijs, veiligheid en milieubeheer, die indirect eveneens de gezondheid en het welbevinden bevorderen.

Onder (tand)artsen is discussie mogelijk over de vraag of hun taak vooral ligt in het bewaken en bevorderen van de mondgezondheid, of dat die taak ook het verbeteren van tandheelkundig gezonde mensen omvat: zij kunnen zeggen dat hun beroep primair gaat over genezen van ziek-

ten en verlichten van lijden, en minder - of helemaal niet - over het verbeteren van gezonde mensen. Het gezondheidsbegrip biedt in deze discussie echter weinig uitkomst wanneer, zoals in casus 1 en 2, sprake is van vaagheid: niet duidelijk gezond, maar ook niet ongezond. Bovendien is in bijvoorbeeld

de prothetische tandheelkunde vaak niet alleen relevant of er sprake is van een ziekte, maar, in een probleemgeoriënteerde benadering, ook of er sprake is van een probleem voor de patiënt met een hulpvraag die beantwoord kan worden. Anders dan het gezondheidsbegrip kunnen de 4 medisch-ethische principes vanuit de common morality benadering hier wel een leidraad bieden.

Bovenstaande betekent dat tandartsen zich niet bezig hoeven te houden met wenstandheelkunde, maar zij mogen dat wel (Schermer, 2012). Belangrijke aspecten daarbij zijn dat de risico's op schade zo beperkt mogelijk zijn, de menselijke waardigheid en persoonlijke integriteit niet wordt aangetast, mensen echt worden geholpen en het rechtvaardigheidsprincipe overeind blijft.

Goede zorg

Bij medische ethiek gaat het erom een balans te vinden tussen wat ethisch gezien gewenst en wat niet wenselijk is. Deze balans staat in relatie tot tijd en omstandigheden, en daarom moeten zorgverleners de wenselijkheid of onwenselijkheid van specifieke wensgeneeskundige toepassingen steeds weer ter discussie stellen (Schermer, 2012; CEG, 2015).

Juridisch gezien worden ook grenzen gesteld aan (wens) tandheelkundige behandelingen: afwijken van de breedte die de zorginhoudelijke professionele standaard biedt, enkel omdat een patiënt dat wenst, is geen optie (Brands et al, 2013; Witter et al, 2019).

*Meer onderzoek naar
wenstandheelkunde in
Nederland nodig*

Literatuur

- * Amundson R. Against normal function. *Stud Hist Phil Biol & Biomed Sci* 2000; 31: 33-53.
- * Asscher ECA, Bolt I, Schermer M. Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. *J Med Ethics* 2012; 38: 327-331.
- * Asscher ECA, Schermer M. Wish-fulfilling medicine in practice: the opinions and arguments of lay people. *J Med Ethics* 2014a; 40: 837-841.
- * Asscher ECA, Schermer MHN. Wensgeneeskunde: worden dokters nu verkopers? *Ned Tijdschr Geneesk* 2014b; 158: A7507.
- * Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2013.
- * Bostrom N, Roache R. Ethical issues in human enhancement. In: Ryberg J, Petersen T, Wolf C (eds). *New waves in applied ethics*. London: Pelgrave Macmillan, 2008: 120-152.
- * Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 2. Meningsverschillen over de zorginhoudelijke en professionele standaard. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2013; 120: 251-255.
- * Buyx AM. Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine. *Med Health Care and Philos* 2008; 11: 133-143.
- * CEG (Centrum voor Ethiek en Gezondheid). *Wensgeneeskunde. Signalering Ethiek en Gezondheid* 2015. Den Haag: 2015.
- * Dute J, Schermer M. Van genezen naar perfectioneren. In: Legemaate J, Widdershoven G (red.). *Basisboek ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom, 2016.
- * *Europees Parlement*. Directorate general for internal policies. Science and technology options assessment (STOA). Human enhancement study, 2009. [http://www.europarl.europa.eu/stoa/en/document/IPOL-JOIN_ET\(2009\)417483](http://www.europarl.europa.eu/stoa/en/document/IPOL-JOIN_ET(2009)417483).
- * Gillon R. Defending the four principles approach as a basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *J Med Ethics* 2015; 41: 111-116.
- * *Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van*. *Leerboek medische ethiek*. Vierde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- * Holtug N. Equality and the treatment-enhancement distinction. *Bioethics* 2011; 25: 137-144.
- * Huggins J, Simmerling M. Normal functioning and the treatment/enhancement distinction: an opportunity based assessment. *J Relig Health* 2014; 53: 1214-1222.
- * Kahane G, Savulescu J. The concept of harm and the significance of normality. *J Applied Philos* 2012; 29: 318-332.
- * Maio G. Medizin auf Wunsch? - eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2278-2281.
- * Powell R. In genes we trust: germline engineering, eugenetics, and the future of the human genome. *J Med Philos* 2015; 40: 669-695.
- * Roache R, Savulescu J. Enhancing conservatism. In: *The ethics of human enhancement: understanding the debate*. Oxford: Oxford University Press, 2016.
- * Schermer MHN. *Van genezen naar verbeteren? Oratiereeks Erasmus MC*, 2012.
- * UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). *Universal declaration on bioethics and human rights*. 2006. www.unesco.org/shs/ethics

- * Witter DJ, Brands WG, Kole JJ, Creugers NHJ. Wensgeneeskunde en wensstandheelkunde: wat wordt ermee bedoeld? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2018; 125: 579-584.
- * Witter DJ, Brands WG, Kole JJ, Creugers NHJ. Wensgeneeskunde en wensstandheelkunde: juridische aspecten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: in druk.

Summary**Wish fulfilling medicine and wish fulfilling dentistry: medical-ethical aspects**

Wish fulfilling medicine comprises medical procedures applied without a direct medical need. In such procedures, the medical-ethical principles can come under pressure: the autonomy of the patient, when wishes originate from social pressure; beneficence when the (underlying) aim and consequences are unclear; and 'doing no harm', when that appears to be impossible. The principle of justice, too, could come under threat when especially those with a privileged socio-economic background can take advantage of wish fulfilling medicine. Regardless of whether it concerns wish fulfilling medicine or conventional medicine, respect for human dignity and the individual integrity of the patient continue to be paramount. In care ethics and moral ethics, the qualities necessary in a proper caregiver are emphasised, such as caring, compassion, commitment, honesty and personal dedication. Wish fulfilling medicine is the subject of significant ethical debate. Important aspects arising from this debate are that the risks of harm should be limited, human dignity and integrity should be respected, people should genuinely be helped and the principle of justice should be upheld.

Bron

D.J. Witter¹, J.J. Kole², W.G. Brands³, N.H.J. Creugers¹

Uit ¹de vakgroep Orale Functieer en ²de afdeling IQ Health Care, Ethiek van de Gezondheidszorg van het Radboudumc in Nijmegen en ³een tandartspraktijk te Vaassen.

Datum van acceptatie: 24 augustus 2018

Adres: dr. D.J. Witter, Radboudumc Nijmegen, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

dick.witter@radboudumc.nl

Verantwoording

Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel van de auteurs en vertegenwoordigt niet noodzakelijkerwijze de mening van het Radboudumc of die van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (KNMT).