

# Autonomie in het mondzorgplan van de zorgafhankelijke, cognitief beperkte oudere patiënt



**Samenvatting.** Besluitvormingsprocessen met betrekking tot de mondzorg van zorgafhankelijke bewoners van woonzorgcentra kunnen complex zijn wanneer een patiënt zijn eigen wil niet (voldoende) kan uiten en/of wanneer de patiënt wilsonbekwaam is. Mondzorgverleners die te maken hebben met cognitief beperkte patiënten in woonzorgcentra hebben daarom achtergrondkennis van gezondheidsrecht en -ethiek nodig. Dit betreft kennis over relevante aspecten die van belang zijn bij het tot stand komen van een mondzorgplan. In dit artikel wordt aandacht besteed aan deze aspecten van gezondheidsrecht en -ethiek en wordt de handreiking 'Mondzorg en verzet bij wilsonbekwaamheid ter zake' beschreven. Deze kan worden toegepast in vergelijkbare casuïstiek.

Verheul-van der Voorden K, Willems HC, Klüter WJ, Maarel-Wierink CD van der. Autonomie in het mondzorgplan van de zorgafhankelijke, cognitief beperkte oudere patiënt  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 207-212  
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.04.18246>

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel hebt u inzicht in de problematiek van de wilsbekwame oudere in een zorginstelling met betrekking tot:

- het tot stand komen van een mondzorgplan;
- de juridische en ethische dimensies van autonomie;
- de optimalisatie van de mondzorg met behoud van autonomie.

## INLEIDING

De richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' heeft tot doel: "het bevorderen van de mondgezondheid en het verlenen van goede mondzorg" (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2007). Het is een multidisciplinaire richtlijn voor onder andere verzorgenden en verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, mondhygiënist en tandartsen. De inzichten en aanbevelingen hierin zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis en bieden houvast om goede zorg te verlenen (De

Visschere et al, 2009). De tandarts(-geriatrie) inventariseert de mondgezondheid en relateert deze aan medische, psychische en sociale factoren. Op grond hiervan wordt een individueel mondzorgplan opgesteld waarin het hoe en waarom van bepaalde mondzorgverlening wordt beschreven. De patiënt zelf, de mantelzorgers en de professionele zorgverleners zijn hierbij betrokken (Schaub en De Baat, 2006). Ouderen die cognitief gezond zijn kunnen zelf instemmen met het voorgestelde mondzorgplan. Deze ouderen hebben volledige zelfbeschikking over het eigen leven (autonomie) (Hendriks et al, 2008). Bij zorgafhankelijke ouderen met cognitieve beperkingen ligt dit anders. De gezondheidssituatie kan dusdanig zijn dat op bepaalde aspecten van het leven geen volledige zelfbeschikking meer kan worden uitgeoefend. Hierdoor kan een oudere met een cognitieve beperking ter zake wilsonbekwaam worden verklaard (Doorn, 2009).

De autonomie van cognitief beperkte ouderen in woonzorgcentra wordt gewaarborgd door de zorg af te stemmen op de persoonlijke wensen en behoeften van de betreffende persoon, de zogenoemde cliëntgerichte zorg (Van Dooije-

**WAT WETEN WE?**

Bij wilsonbekwaamheid dient actieve betrokkenheid van de patiënt zo lang mogelijk gehandhaafd te blijven, maar beslissingen worden genomen door de partner, familie of andere betrokkenen. Deze dienen te handelen in de geest van de persoon. Ook het mondzorgplan krijgt idealiter op basis hiervan zijn vorm.

**WAT IS NIEUW?**

Bij een wilsonbekwame patiënt kan tijdens het uitvoeren van een mondzorgplan sprake zijn van verzet. Verzet mag alleen worden gebroken als voldaan is aan zeer strikte voorwaarden, conform de Wet BOPZ. In 2020 zal deze wet worden vervangen. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening wordt dan de *Wet zorg en dwang* (WZD) van kracht.

**PRAKTIJKTOEPASSING**

Bij wilsonbekwaamheid kan tijdens een mondzorgbehandeling sprake zijn van verzet. Elke vorm van weerstand, verbaal of non-verbaal, kan aangemerkt worden als verzet en op grond van wetgeving moet hiernaar worden gehandeld. De handreiking 'Mondzorg en verzet bij wilsonbekwaamheid ter zake', kan de mondzorgverlener daarbij helpen.

weert, 2016). Door de zorgverleners wordt in overleg met de patiënt en de wettelijk vertegenwoordiger voortdurend een inschatting gemaakt van wat de patiënt wil. Soms is niet met zekerheid te achterhalen of de keuzes die worden gemaakt overeenkomen met wat de persoon echt zelf wil (Van den Wijngaart en Witte, 2015). Dit geldt voor de dagelijkse zorgpraktijk waarvan ook de mondzorg een onderdeel is.

Bovendien kan een spanningsveld ontstaan tussen enerzijds op wetenschap gebaseerde inzichten en anderzijds autonome aspecten van de patiënt (Brands en Van der Ven, 2015). Vanuit het perspectief van een slechte mondgezondheid kan het nodig zijn in te grijpen, vanuit het perspectief van de oudere met cognitieve beperking is dit niet vanzelfsprekend. Een patiënt kan ervoor kiezen af te zien van mondzorg (Kastelein en Legemaate, 2017). In de hedendaagse woonzorgcentra is dit spanningsveld een veelvoorkomend probleem (Van den Wijngaart en Witte, 2015). Een concreet voorbeeld daarvan wordt in casus 1 beschreven. De patiënt in deze casus is zorgafhankelijk en heeft cognitieve beperkingen. Hij verblijft op de psychogeriatrische afdeling van een woonzorgcentrum en is wilsonbekwaam wat betreft beslissingen over zijn mondzorg.

Deze casus heeft geleid tot de volgende vraagstelling: Binnen welke kaders kan bij het opstellen van een mondzorgplan rekening worden gehouden met de autonomie van de zorgafhankelijke patiënt op de psychogeriatrische afdeling van een woonzorgcentrum? Deze hoofdvraag wordt in dit artikel onderzocht aan de hand van de volgende 4 deelvragen: 1. Wie is de zorgafhankelijke patiënt

**CASUS 1**

Tijdens de screening van een 82-jarige man met dementie werd een verwaarloosde dentitie aangetroffen met cariës profunda, door cariës ondermijnd kroon- en brugwerk, wortelresten, tandplaque en tandsteen. De patiënt gaf aan geen klachten te hebben. Het mondhygiëneniveau was onvoldoende. Na opstelling van een mondzorgplan volgde een voorstel aan de patiënt en zijn vertegenwoordiger. Het hoofdzorgdoel was het verbeteren van de mondgezondheid. Na bespreking van dit voorstel werd afgesproken om na enige tijd een gezamenlijk gedragen besluit te nemen over het mondzorgplan. In de tussentijd zou de vertegenwoordiger de patiënt bevragen over klachten en wensen. Tijdens het vervolgoverleg kwam er een akkoord van de vertegenwoordiger om (toekomstige) pijn te verhelpen maar toestemming voor het uitvoeren van het voorgestelde mondzorgplan werd niet verleend. Als reden werd aangegeven dat de patiënt 'niet achter de voorgestelde tandheelkundige behandeling stond'.

*"Als mijn man nog goed was geweest dan had hij alles zelf kunnen beslissen"*, sprak de vertegenwoordiger letterlijk uit nadat zij had aangegeven het heel moeilijk te vinden om een keuze te maken voor de patiënt.

met cognitieve beperking die verblijft op de psychogeriatrische afdeling? 2. Hoe ziet een mondzorgplan eruit bij een zorgafhankelijke patiënt met cognitieve beperking? 3. Wat wordt verstaan onder autonomie en hoe verhoudt die zich tot zelfbeschikking en wilsbekwaamheid? Wat is de juridische achtergrond van autonomie en hoe is de relatie met het ethisch discours? 4. Welke keuzes kunnen worden gemaakt om de mondzorg van de zorgafhankelijke patiënt te optimaliseren met behoud van autonomie?

**WIE IS DE ZORGAFHANKELIJKE PATIËNT MET COGNITIEVE BEPERKING?**

Een woonzorgcentrum biedt zijn bewoners 24-uurs toezicht en/of intensieve zorg. Bewoners zijn mensen die somatische en/of psychogeriatrische zorg nodig hebben. Bij psychogeriatrische zorg gaat het voornamelijk om intensieve begeleiding die nodig is bij dementie. Hulpvragen en zorgbehoeften zijn vaak complex (Van den Wijngaart en Witte, 2015). Afbeelding 1 is een voorbeeld van een verwaarloosde mond.

Een belangrijk uitgangspunt bij de zorg voor mensen met dementie is te streven naar zoveel mogelijk continuïteit in het leven van de dementerende (Górska et al, 2018). Hierbij worden de eigen routines gevolgd, zoals het lezen van de krant, ook als de oudere niet onthoudt wat hij heeft gelezen. Men handelt als het ware in het kader van 'dezelfde persoon te blijven'. In latere fases van de ziekte hebben deze patiënten steeds meer zorg, begeleiding en verpleging nodig.

**HOE ZIET HET MONDZORGPLAN ERUIT?**

Bij opname in een woonzorgcentrum wordt de patiënt ge-

zien door een tandarts(-geriatrie). Volgens de 'Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten' dient dit te geschieden binnen 6 weken na opname of eerder als dat nodig is (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2007). De tandarts inventariseert de mondgezondheid en stelt een mondzorgplan op. Volgens de richtlijn is een mondzorgplan een onderdeel van het individueel zorg(leef)plan. Het beschrijft "op inzichtelijke en systematische wijze welke monden algemene gezondheidsproblemen er zijn (probleeminventarisatie), wat de eventuele onderlinge samenhang is, wat de grondslagen zijn of waren om een bepaalde mondzorgverlening te adviseren, op welke wijze en door wie de mondzorgverlening moet worden uitgevoerd (acties) en welke meetbare resultaten op korte en lange termijn verwacht mogen worden (doelstellingen), waarbij bij alle aspecten zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de hulpvraag en de wensen van de patiënt en zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale context" (Schaub en De Baat, 2006). Speciale aandachtspunten zijn het meer op de voorgrond treden van bepaalde klachten van de patiënt door onderliggende problematiek op somatisch, psychisch en/of sociaal vlak en het niet (goed) kunnen uiten van klachten. Ook problematiek die kan ontstaan rondom een beperkte zelfredzaamheid in relatie tot ondersteuning die nodig is om een adequate mondhygiëne te realiseren is hier onderdeel van. Het is niet altijd zeker of een tandheelkundige behandeling wel geïndiceerd is, soms is het de vraag of de belasting van deze behandeling opweegt tegen het voordeel dat de patiënt ervan zal hebben (Ettinger, 2015). Het spreekt voor zich dat het verhelpen van kiespijn bijdraagt aan het verhogen van de levenskwaliteit. De afweging of in deze situatie de tandheelkundige behandeling moet worden uitgevoerd is eenvoudig, ook bij ouderen met dementie en met een beperkte levensverwachting. Bij tandheelkundige behandeling die pijn of ongemak in de toekomst moet voorkomen ligt dat anders, omdat de bijdrage van deze behandeling aan de levenskwaliteit minder duidelijk is. De patiënt of mantelzorger kan afzien van behandeling, hoewel de mondzorgverlener op basis van wetenschappelijk inzicht van mening is dat behandeling noodzakelijk is.

De tandarts(-geriatrie) betreft bij het opstellen van het mondzorgplan, naast de patiënt zelf, anderen zoals familie en/of mantelzorgers die ook wettelijk vertegenwoordiger kunnen zijn. Zij verschaffen bijvoorbeeld relevante gegevens in medisch, psychisch en/of sociaal opzicht (hetero-anamnese). Dit betreft het in kaart brengen van een hulpvraag en de wensen van de patiënt, het bespreken van het belang van een goede mondgezondheid en informatieverstrekking over de factoren die hierop van invloed zijn. Daarnaast zijn ook zorgverleners zoals de specialist ouderengeneeskunde, het verzorgend personeel en/of de logopediste betrokken. Als de patiënt ter zake wilsonbekwaam is dan geeft de wettelijk vertegenwoordiger al dan niet toestemming voor het uitvoeren van het mondzorgplan.

## Autonomie patiënt staat centraal



Afb. 1. Een voorbeeld van een verwaarloosde mond van een geriatrische patiënt.

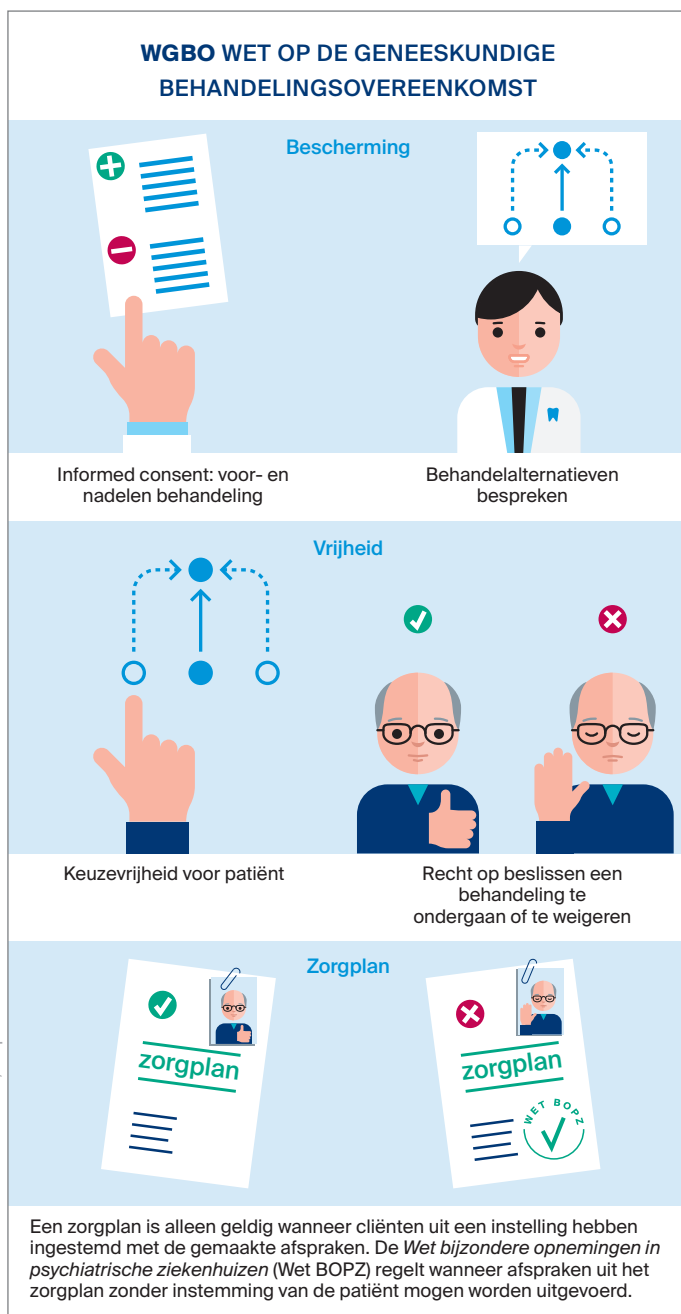
### WAT WORDT VERSTAAN ONDER AUTONOMIE?

Autonomie betekent letterlijk de mens die zichzelf (auto) de wetten stelt (nomos) (Hendriks et al, 2008). Autonomie wordt ook wel zelfbeschikking genoemd en is een algemeen gedeelde fundamentele waarde maar zonder eenduidige interpretatie. Het concept kent ethische en juridische aspecten.

Zowel vanuit de gezondheidsethiek als het gezondheidsrecht worden 3 dimensies van zelfbeschikking onderscheiden: afweerrecht, keuzevrijheid en zelfontplooiing. Van oudsher is er een associatie tussen zelfbeschikking en afweerrecht. De integriteit van lichaam en geest is bepaald in de Grondwet. Het recht om een behandeling te weigeren is hierop gebaseerd: een persoon heeft het recht een behandeling af te wijzen en die weigering moet te allen tijde worden gerespecteerd. De dimensie van keuzevrijheid biedt mensen de mogelijkheid om eigen keuzes te maken. Men is vrij om het leven zelf vorm te geven op basis van eigen redenen, doelen en plannen. Zelfbeschikking betekent in dit geval een overwogen keuze die wordt gemaakt door de patiënt, waarbij de (tand)arts ondersteunend is. Zelfontplooiing betreft de afhankelijke en relationele dimensie van zelfbeschikking. Het vormgeven aan het eigen leven is een dynamisch proces. Verondersteld wordt dat men reflecteert op de eigen wensen en verlangens, in relatie tot de omgeving. Het samenhangende geheel vormt het kader van waaruit beslissingen kunnen worden genomen. En, of de gemaakte keuzes passen bij de authentieke persoon in deze situatie: de patiënt.

### Autonomie, de juridische dimensie

In de medische en tandheelkundige praktijk zijn besluitvormingsprocessen gebaseerd op het verstrekken van informatie in combinatie met het beslissingsvermogen. Een bepaald verstandelijk vermogen is noodzakelijk om tot een weloverwogen oordeel te komen. Dit wordt wilsbekwaamheid genoemd. Bij volledige wilsbekwaamheid is de patiënt in staat om een keuze te maken, begrijpt hij relevante informatie, beseft en waardeert hij de betekenis van de infor-



Illustrator: Guido van Gerven, Duplo Studio.

Afb. 2. Verschillende dimensies van zelfbeschikking.

matie voor zijn eigen situatie en is hij in staat om logisch te redeneren en informatie te betrekken in het overwegen van alle behandelopties. Bij dementie verdwijnen deze vermogens. Een patiënt is wilsonbekwaam als hij niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Iedereen is wilsbekwaam totdat het tegendeel bewezen is. Wils(on)bekwaamheid wordt beoordeeld per situatie. Iemand die ter zake wilsonbekwaam is moet een wettelijk vertegenwoordiger hebben die de belangen van de persoon behartigt op de punten waarvoor deze wilsonbekwaam is.

In de context van zelfbeschikking in de gezondheidszorg hangen de dimensies afweerrecht, keuzevrijheid en zelfontplooiing samen in het begrip geïnformeerde toestemming ofwel *informed consent*, conform de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Deze wet bepaalt onder meer dat de patiënt geïnformeerd moet worden in

brede zin, voor- en nadelen van mogelijke behandelingen en ook behandelalternatieven moeten worden besproken (Brands et al, 2013). Het betreft dus keuzevrijheid, naast het recht op weigeren (afweerrecht) en het kunnen beslissen een behandeling te ondergaan (zelfontplooiing). In de (tand)arts-patiëntrelatie wordt daarmee zowel vrijheid als bescherming gewaarborgd. In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen (Kastelein en Legemaate, 2017). Een andere relevante wet in de context van het woonzorgcentrum is de *Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ)* (afb. 2).

Wanneer mensen zijn opgenomen in een instelling wordt een zorgplan opgesteld. Hierin staan afspraken over de precieze invulling van de zorg. Uitgangspunt is dat de eigen wensen en behoeften van de cliënt in het zorgplan worden vastgelegd. In het zorgplan kunnen ook afspraken staan die de vrijheid van een cliënt beperken. Volgens de WGBO moet de cliënt expliciet instemmen met dit soort afspraken. Men spreekt van dwangbehandeling als de afspraken uit het zorgplan tegen de wil van de cliënt worden uitgevoerd of zonder zijn instemming. Dit is uitgewerkt in de Wet BOPZ. Betreffende personen hebben dus eigen inbreng en zeggenschap in de zorgverlening (Legemaate en Widdershoven, 2016).

#### Autonomie, het ethisch discours

Ethiek van de gezondheidszorg gaat om autonomie in een situatie van kwetsbaarheid. De kernvraag is wat passend is voor 'deze persoon, in deze specifieke situatie'. Het ethisch discours van autonomie hangt samen met het juridisch kader, waarbij de tandarts(-geriatrie) zich moet houden aan wetgeving, protocollen en richtlijnen.

Bij het opstellen van een mondzorgplan ontstaan keuzemogelijkheden omtrent de mondzorg van de individuele patiënt. Zoals eerder gesteld moet er een afweging worden gemaakt ten aanzien van het verwachte voordeel voor de patiënt. Hoewel respect voor autonomie een onomstreden waarde is, blijkt in de dagelijkse praktijk dat omgang met autonomie ingewikkeld kan zijn. Volgens Hendriks et al (2008) richt goede zorg zich op het individu (aansluitend bij de wensen en behoeften van de patiënt), draagt het bij aan ontplooiing (zelfverwerkelijking en authenticiteit), maar is het ook van belang dat goede zorg wordt opgevat als een intentieverklaring. Het betreft de wijze waarop de patiënt zal worden verzorgd, begeleid, behandeld en tegemoet zal worden getreden. De zorgverlener gaat na welke zorgbehoeften de patiënt heeft, wat in diens belang is door aandacht voor de patiënt en door overleg met anderen, waarop de hulpverlener handelt op verantwoordelijke en competente wijze.

#### BEHOUD VAN AUTONOMIE, OPTIMALISATIE VAN DE MONDZORG

In het woonzorgcentrum stelt de tandarts(-geriatrie) een mondzorgplan voor. De wilsbekwame patiënt kan zelf al dan niet instemmen. Bij 'wilsonbekwaamheid ter zake' neemt de vertegenwoordiger een beslissing. Wanneer deze



### INTERMEZZO 1. HANDREIKING 'MONDZORG EN VERZET BIJ WILSONBEKWAAMHEID TER ZAKE'

1. Verzet van de patiënt bij een mondzorgbehandeling dient te worden (h)erkend.
2. Verzet van een wilsbekwame patiënt dient te worden gehonoreerd.
3. Dwang kan worden voorkomen door motiverende gespreksvoering en intensief contact met de patiënt en zijn naasten. Het is raadzaam te onderzoeken of er een eerdere rapportage en evaluatie van dwang aanwezig is.
4. Indien er sprake is van 'echt verzet' wordt dit, afhankelijk van de ingrijpendheid van de behandeling en de gevolgen van een weigering, multidisciplinair besproken en vastgelegd in het (mond)zorgplan of patiëntendossier.
5. Of de patiënt wilsonbekwaam is ter zake van de specifieke behandeling wordt multidisciplinair bepaald, de vertegenwoordiger van de patiënt wordt hierbij betrokken en actief geïnformeerd over wet- en regelgeving.
6. De eindverantwoordelijke behandelaar (bij mondzorg dus de mondzorgverlener) neemt de beslissing welke behandeling wel of niet wordt uitgevoerd en legt dit vast in het (mond)zorgplan of patiëntendossier. Het is belangrijk om te handelen conform het algemene zorgplan van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde en zoveel mogelijk rekening te houden met de (vroegere) voorkeuren van de patiënt.
7. De volgende zaken worden vastgelegd in het patiëntendossier: de noodzaak, de proportionaliteit, de subsidiariteit van (delen van) de zorgverlening en de doelmatigheid.
8. De zorgverlening wordt uitgevoerd volgens het (mond)zorgplan in het patiëntendossier.
9. Da een behandeling vindt er reflectie en evaluatie plaats en wordt dit vastgelegd in het patiëntendossier.
10. Indien een patiënt eerst coöperatief was maar tijdens een behandeling niet meer, wordt de behandeling gestopt en worden de stappen 4 t/m 9 doorlopen.

instemt, is voldaan aan het informed consent en kan het voorgestelde mondzorgplan worden gevolgd. Een wilsonbekwame patiënt kan echter zowel verbaal als non-verbaal weerstand uiten. Iedere vorm van weerstand, zoals bijvoorbeeld het wegdraaien van het hoofd, de lippen stijf op elkaar houden of verbaal in de trant van "ik wil niet!" wordt volgens de Wet BOPZ aangemerkt als verzet. Verzet maakt dat de eerder verleende toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiging vervalt. Bij een situatie van wilsbekwaamheid zal het plan zoals voorgesteld geen vervolg kunnen krijgen. Bij wilsonbekwaamheid dienen andere, aanvullende vragen te worden gesteld. Zo komen de noodzakelijkheid van het mondzorgplan aan de orde en de vraag naar beschikbare alternatieven. Dit is verwoord in de termen proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (Legemaate en Widdershoven, 2016).

De voorgestelde interventie moet in verhouding staan tot het te voorkomen gevaar en mag niet verder gaan dan strikt noodzakelijk. Sommige interventies kunnen meer schade en lijden teweegbrengen dan er aan voordelen tegenover staan. Ze zijn dan niet proportioneel. Subsidiariteit wil zeggen dat een ingrijpende maatregel alleen toelaatbaar is als met een minder ingrijpende niet kan worden volstaan. Doelmatigheid betreft de interventie of maatregel welke effectief moet zijn in het afwenden van een gevaar.

Wanneer weerstand (verzet) blijkt dan kan vanuit het juridisch kader een vaste procedure worden gevolgd. De procedure wordt hier betiteld als handreiking 'Mondzorg en verzet bij wilsonbekwaamheid ter zake' (intermezzo 1) en is gebaseerd op het stappenplan voor het opstellen van

een zorgplan binnen de *Wet zorg en dwang* (WZD) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018). De basis van deze handreiking ligt in het gezondheidsrecht. Andere beïnvloedende factoren ten aanzien van autonomie en het mondzorgplan zijn de input van de patiënt en zijn vertegenwoordiger en daarnaast de handels- en zienswijze van de tandarts en andere betrokkenen. De tandarts ziet de dementrende binnen zijn context, dient te overleggen met anderen en reflecteert op de zich ontwikkelende situatie. Indien adequaat op deze factoren wordt ingezet dan is er in maximale mate rekening gehouden met de autonomie van de zorgafhankelijke patiënt met een cognitieve beperking en daaruit voortkomende (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid.

#### CONCLUSIE

Bij wilsonbekwaamheid dient actieve betrokkenheid van de patiënt zo lang mogelijk gehandhaafd te blijven, maar beslissingen worden genomen door anderen. Deze 'anderen' dienen te handelen in de geest van de persoon. Ook het mondzorgplan krijgt idealiter op basis hiervan zijn vorm.

Vakinhoudelijke deskundigheid is vanzelfsprekend voor het realiseren van optimale mondzorg. Om rekening te kunnen houden met autonomie van de zorgafhankelijke patiënt in een woonzorgcentrum die ter zake wilsonbekwaam is, heeft de mondzorgverlener ook achtergrondkennis nodig van gezondheidsrecht en -ethiek. Daarnaast zijn bepaalde competenties nodig. Dit betreft het nemen van verantwoordelijkheid, het aangaan van persoonlijke interactie met de patiënt en diens vertegenwoordiger, empathie

## Nieuwe Wet zorg en dwang in 2020

en reflectie op het eigen handelen. Het verlenen van mondzorg aan cognitief beperkte en wilsonbekwame ouderen is daarmee anders dan in de reguliere tandartspraktijk. Bovendien spelen er andere zaken zoals de communicatie met en inbreng van andere (mantel)zorgverleners. De veriste kennis, attitudes en competenties van een tandarts mogen niet worden onderschat. Veel meer dan in de reguliere praktijk wordt een beroep gedaan op andere aspecten dan puur tandheelkundige behandeling.

In de algemene praktijk kunnen ook tandartsen-algemeen practici geconfronteerd worden met thuiswonende ter zake wilsonbekwame ouderen. Daarom is aandacht voor specifieke kennisontwikkeling, houdingsaspecten en vaardigheden in de opleiding tot tandarts (en ook van mondhygiënist) aanbevelenswaardig. Vakliteratuur, symposia en studiegroepen aan de hand van casuïstiek kunnen een bijdrage leveren om mondzorgverleners bij of na te scholen. Achtergrondkennis van wetgeving kan worden aangemerkt als een relevant onderdeel van scholing. Immers, verzet mag alleen worden gebroken wanneer is voldaan aan zeer strikte voorwaarden, conform de Wet BOPZ. In 2020 zal deze wet worden vervangen. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening wordt dan de *Wet zorg en dwang* (WZD) van kracht. De WZD beschermt mensen die hun wil niet meer kunnen uiten. Zorg wordt geleverd op basis van instemming en vrijwilligheid. Onvrijwillige zorg mag alleen volgens een stappenplan worden verleend: de situatie van de persoon wordt geanalyseerd, alle alternatieven voor vrijwillige zorg worden bekeken en externe deskundigheid wordt ingeschakeld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017).

Bij het tot stand komen van een mondzorgplan of uitvoering daarvan kan sprake zijn van weerstand van de patiënt. In deze context is weerstand te beschouwen als de tegenhanger van instemming. Elke vorm van weerstand kan worden aangemerkt als verzet en op grond van wetgeving moet hiernaar worden gehandeld. Het is de vraag of iedere mondzorgverlener op de hoogte is van het (h)erken- nen van weerstand, wat de consequenties hiervan zijn en hoe vervolg hieraan te geven. Voor tandartsen die dagelijks werken met wilsonbekwame personen is het gewoonte om telkens afwegingen te maken die recht doen aan de autonomie van de patiënt waarbij gehandeld wordt op grond van een doordacht mondzorgplan.

## LITERATUUR

- \* Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 3. Informed consent. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 327-332.
- \* Brands WG, Ven JM van der. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikingsrecht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 331-336.
- \* Dooijeweert A van. De cliënt centraal. De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen. 14-04-2016. <https://mensenrechten.nl/nl/publicatie/36370>
- \* Doorn N. Wilsbekwaamheid, weldoen, autonomie, identiteit. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2009.

- \* Ettinger RL. Treatment planning concepts for the ageing patient. Aust Dent J 2015; 60: 71-85.
- \* Górska S, Forsyth K, Maciver D. Living with dementia: a meta-synthesis of qualitative research on the lived experience. Gerontologist 2018; 58:180-196.
- \* Hendriks A, Frederiks BJM, Verkerk M. Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008; 32: 2-18.
- \* Kastelein WR, Legemaate J. Sdu Wettenverzameling Gezondheidsrecht (13de editie). Den Haag: Sdu Uitgevers, 2017.
- \* Legemaate J, Widdershoven G (red.). Basisboek ethiek & recht in de gezondheidszorg. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2016.
- \* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dwang in de zorg. Geraadpleegd op 23-08-2017. <https://mensenrechten.nl/verpleeghuiszorg>

## OP WWW.NTVT.NL



De volledige literatuurlijst is beschikbaar in het online artikel (doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.04.18246>)

## SUMMARY

### Autonomy in the individual oral care programme of the care-dependent cognitively impaired older patient

*The decision-making process on oral healthcare issues concerning care-dependent, frail older people living in nursing homes may be complex if patients are incapable of (adequately) expressing consent or are legally incapacitated. Therefore, oral healthcare professionals providing care to cognitively impaired patients in nursing homes need background knowledge of healthcare legislation and healthcare ethics, concerning the aspects relevant to developing an individual oral care programme. In this article, attention is given to these aspects of healthcare legislation and ethics, and the guideline 'Mondzorg en verzet bij wilsonbekwaamheid ter zake' (oral healthcare and resistance of the legally incapacitated) is described. This can be applied in comparable cases.*

## BRON

K. Verheul-van der Voorden<sup>1</sup>, H.C. Willems<sup>2</sup>, W.J. Klüter<sup>3</sup>, C.D. van der Maarel-Wierink<sup>4</sup>

Uit <sup>1</sup> Omnios, Mondzorg voor ouderen, <sup>2</sup> de afdeling Geriatrie/Interne ouderengeneeskunde Amsterdam UMC en de Nederlandse Vereniging Klinisch Geriatrie (NVKG), <sup>3</sup> tandartspraktijk Overasselt en Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd), <sup>4</sup> tandartspraktijk MondVitaal, Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam en differentiatie-opleiding tandarts-geriatrie, BT-Academy Amsterdam

Datum van acceptatie: 25 februari 2019

Adres: mw. dr. C.D. van der Maarel-Wierink, SBT, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam  
c.wierink@sbt.acta.nl