

Medisch-ethische overwegingen bij de indicatie van kronen, bruggen en implantaten

De vraag of een patiënt uitgebreid en invasief - zoals met kronen, bruggen of implantaten - moet worden behandeld, kan alleen worden beantwoord in een dialoog met wederzijds respect tussen zorgverlener en patiënt. Daarbij gelden de volgende beginselen: autonomie, goed doen, niet schaden en rechtvaardigheid. Deze beginselen vinden hun weerslag in de regelgeving en worden impliciet toegepast in het tucht- en klachtrecht. Als door een zorgverlener de autonomie van een patiënt te weinig wordt gerespecteerd, kan een klacht van patiëntrechtelijke aard ontstaan, zoals onheuse bejegening, ontbreken van informed consent of gebrekkige dossiervorming. Als inbreuk wordt gedaan op de beginselen van goed doen en niet schaden, kunnen klachten van inhoudelijke aard ontstaan, zoals een gebrekkige behandelplassing, vaak na inadequaat onderzoek, en complicaties bij of vroegtijdig verloren gaan van kronen, bruggen of implantaten. Recht doen aan de genoemde beginselen bevordert een goede zorg voor de patiënt, ook in de zorgketen met andere zorgverleners.

Witter DJ, Brands WG, Hoefnagel RA, Creugers NHJ. Medisch-ethische overwegingen bij de indicatie van kronen, bruggen en implantaten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2012; 119: 611-619
doi: 10.5177/ntvt.2012.12.12244

Inleiding

Kronen en bruggen, al dan niet in combinatie met implantaten, worden geassocieerd met duurzaamheid en met kostbare, uitgebreide, gecompliceerde en soms onaangename behandelingen. Patiënten mogen veronderstellen dat een zorgverlener deze prothetische constructies doelgericht indiceert, dus goede afwegingen maakt om geconstateerde problemen op te lossen, en dat hij bekwaam is tot het maken van een goed ontwerp en tot een goede uitvoering van de behandeling. Door de veronderstelde duurzaamheid van kronen, bruggen en implantaten verwachten patiënten impliciet ook een zekere vorm van garantie voor de geleverde prothetische producten, die volgens de wet medische hulpmiddelen zijn.

Medisch handelen moet zinvol zijn en gebaseerd zijn op een correcte diagnose en zorgvuldige overwegingen. Hoe ingrijpender, gecompliceerder en risicovoller een behandeling is, des te nadrukkelijker worden eisen gesteld aan de zorgvuldigheid bij de besluitvorming en dat moet blijken uit een overzichtelijk zorg- en behandelplan (Witter et al, 2011). Hierbij zijn spreekwoorden als "Wat gij niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet" en "Behandel de ander zoals je zelf ook wil worden behandeld" wellicht wijze raadgevingen, maar ze verwijzen als norm naar degene die ze uitspreekt, in deze context dus naar de zorgverlener, en ze zijn bovendien weinig specifiek. In dit artikel worden specifieke overwegingen beschreven als uitgangspunten voor medisch handelen.



Afb. 1. Een tevreden patiënt?

Primair uitgangspunt

Het huidige primaire uitgangspunt voor een prothetische behandeling is dat de professionele attitude moet zijn dat er geen werkelijke objectieve of subjectieve behandelbehoefte is; tot een behandeling kan alleen worden besloten in een dialoog met wederzijds respect tussen zorgverlener en patiënt (Narby et al, 2005; Narby et al, 2007). Kortom, geen enkele behandeling is vanzelfsprekend (Van de Vrie, 2006; Leles et al, 2009). Bij de vraag of in een specifieke situatie al dan niet zal worden behandeld, wordt veel belang toegekend aan een transparant beslissingsproces in samenspraak met de patiënt.

Wel of niet behandelen

In het algemeen krijgt in de medische zorg (be)handelen het voordeel van de twijfel boven niet behandelen (Ten Have et al, 2009). Dat berust op de veronderstelling dat behandeling leidt tot genezing en het verhelpen van klachten. Op het eerste gezicht lijkt het minder verwijtbaar dat een zorgverlener ten onrechte aanneemt dat er iets aan de hand is en (onnodig) behandelt dan dat een aanwezige aandoening over het hoofd wordt gezien en behandeling wordt nagelaten. Het eerste leidt tot overbehandeling, maar dit is achteraf moeilijk toetsbaar. Er is immers geen vergelijking mogelijk met een persoon met precies dezelfde karakteristieken en omstandigheden die niet is behandeld. Het tweede leidt in de praktijk eerder tot verwijtbare nalatigheid: een aandoening niet hebben opgemerkt die er wel was, waardoor behandeling is nagelaten. De vrees dat een aanwezige aandoening over het hoofd wordt gezien, kan leiden tot een defensieve benadering waarbij onevenredig veel en omvangrijke diagnostische hulpmiddelen worden



Afb. 2. Communicatie: mag ik u iets vragen?

ingezet. Dus ook hier krijgt handelen vaak het voordeel van de twijfel. Juridisch gezien is de gedachte dat men beter te veel dan te weinig kan behandelen onjuist. Zowel over- als onderbehandeling is laakbaar en wordt door tuchtcolleges afgekeurd. Een probleem daarbij is echter - zoals eerder gesteld - dat onderbehandeling achteraf eenvoudiger is vast te stellen dan overbehandeling. Om overbehandeling vast te stellen dient men immers gedetailleerd op de hoogte te zijn van de situatie van voor de behandeling, bijvoorbeeld op basis van preoperatieve röntgenopnamen. Onderbehandeling wordt doorgaans vastgesteld bij verandering van tandarts of bij een consult voor een tweede mening ('second opinion').

Het dilemma tussen wel en niet behandelen kan lastig zijn in het proces van klinische besluitvorming, vooral bij een invasieve, gecompliceerde behandeling en als het effect op lange termijn moeilijk is te voorspellen. Als leidraad voor medisch (be)handelen gelden diverse overwegingen die voortkomen uit de relatie en communicatie tussen zorgverlener en patiënt en uit een aantal ethische beginselen. Beginselen als normen en waarden die door een meerderheid van een gemeenschap op een bepaald moment worden gedeeld, zijn moeilijk toetsbaar, maar leiden meestal tot het opstellen van gedragsregels en (juridische) regelgeving met expliciete normen die wel toetsbaar zijn (Ten Have et al, 2009). Eerder is al ingegaan op de regelgeving die is verwoord in de 'Gedragsregels voor tandartsen' (Witter et al, 2011). In dit artikel wordt aandacht besteed aan enige overwegingen met betrekking tot medisch handelen die voortkomen uit medisch-ethische beginselen. Als uitwerking daarvan wordt ingegaan op een aantal overwegingen van de Centrale Klachtencommissie of van een wettelijk Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen patiënt-rechtelijke en inhoudelijke klachten (Ledoux, 2007). Dat in dit artikel wordt ingegaan op overwegingen die worden gehanteerd door juridische colleges op basis van klachten, vindt niet zijn oorzaak in de gedachte dat er in Nederland veel fout gaat in de mondzorg. Klachten komen inderdaad voor, maar "Waar niet wordt geklaagd, wordt niet gewerkt" (Van den Nieuwenhuizen, 2003). In Nederland zijn veel patiënten juist tevreden over en trouw aan hun tandarts (afb. 1) (Van der Vorst, 2006; Van Dam en Den Boer, 2010). De ervaring leert echter dat juist naar aanleiding van klach-

ten aan min of meer abstracte begrippen een concrete en toetsbare norm wordt verbonden.

Overwegingen bij wel of niet behandelen

Tot de jaren '60 van de vorige eeuw werd de relatie tussen zorgverlener en patiënt gekarakteriseerd door een scheve, ongelijkwaardige gezagsverhouding in een paternalistisch model. De zorgverlener wist wat het beste was voor de patiënt: 'doctor knows best'. In het paternalistische model

was de patiënt afhankelijk van de autoriteit van de zorgverlener: "Dokter, zegt ú het maar". In dit model ligt weliswaar opgesloten dat werd behandeld vanuit de bestwil van de patiënt, maar er werd weinig aandacht besteed aan wat de patiënt zelf als probleem ervoer.

Met de toenemende mondigheid van patiënten deed het contractmodel zijn intrede dat nu nog steeds wordt gebruikt. De gedachte hierachter was dat zorgverlener en patiënt als gelijkwaardige partners een overeenkomst sluiten voor een bepaalde behandeling. Aangezien in werkelijkheid de zorgverlener en de patiënt qua kennis niet gelijkwaardig zijn, wordt de feitelijke ongelijkwaardigheid gecompenseerd door patiëntrechten. Zo dient een zorgverlener om de kennisachterstand van een patiënt te verminderen de patiënt voorafgaand aan een behandeling adequaat in te lichten (artikel 7: 448 van het Burgerlijk Wetboek). In het contractmodel staat het enerzijds de zorgverlener vrij een behandeling op basis van professionele argumenten niet aan te bieden, anderzijds kan de patiënt een behandeling weigeren (artikel 7: 453 en 450 van het Burgerlijk Wetboek). In het proces van de klinische besluitvorming komen bij de overwegingen om een behandeling aan te bieden - of juist niet aan te bieden - en om hoe te behandelen, 4 ethische beginselen, ook wel principes genoemd, aan de orde: autonomie, goed doen, niet schaden en rechtvaardigheid (Steromidis et al, 2011).

Autonomie

Na de scheve gezagsverhouding in het paternalistische model tussen zorgverlener en patiënt werd in het contractmodel meer de nadruk gelegd op participatie van de patiënt. Samenhangend hiermee werd sinds de jaren '60 van de vorige eeuw steeds meer belang toegekend aan gelijkwaardigheid tussen de partijen. Gelijkwaardigheid veronderstelt interactieve communicatie tussen zorgverlener en patiënt in een actieve, participerende rol (afb. 2). Een voorwaarde voor een participerende rol is de erkenning van de autonomie van de patiënt (Williams 2007; Sterodimas et al, 2011). Binnen het interactieve model kan onderscheid worden gemaakt tussen een informatief, een interpretatief en een deliberatief model (Emanuel en Emanuel, 1992). Deze modellen zijn als nuanceringspunten te beschouwen: de ene zorgverlener is de andere niet en ook de ene patiënt is de andere niet. Ook kan in de dagelijkse praktijk afhankelijk

Intermezzo 1

De verplichting toestemming voor een behandeling te vragen, is een juridische uitwerking van een belangrijk ethisch principe. Misschien is het beter in dit verband te spreken van autonomie van een individu dan van autonomie van een patiënt. Het woord patiënt hoeft weliswaar niet direct afhankelijkheid te impliceren, maar kan toch een asymmetrie in de verhouding tussen zorgverlener en zorgvrager in macht of gezag oproepen. Anderen spreken liever van cliënt, zoals in het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (<http://www.rijks-overheid.nl>) of van consument.

van de situatie de nadruk komen te liggen op een ander model met een andere benadering van de autonomie van de patiënt en een andere rol van de zorgverlener.

In het informatieve model verstrekt de zorgverlener als deskundige alle relevante informatie waarbij vooral de waarden van de patiënt belangrijk zijn voor de keuzen wel of niet behandelen. De waarden van de patiënt zijn al gedefinieerd en bekend en wat de patiënt wil horen, zijn feiten over de uitkomsten van bepaalde behandelingen of over niet behandelen. De autonomie van de patiënt komt dan vooral naar voren in controle over het besluitvormingsproces en over de beslissingen. Dit model is bijvoorbeeld goed bruikbaar bij een consult voor een tweede mening.

In het interpretatieve model worden onduidelijkheden of tegenstrijdigheden over behandelingen in relatie tot de waarden van de patiënt verhelderd. De zorgverlener zoekt, mede in zijn rol als raadgever, samen met de patiënt naar diens wensen in relatie tot diens waarden. Hier komt de autonomie van de patiënt vooral naar voren in een toegevoegde begrip van de verschillende behandelopties.

In het deliberatieve model beraadslagen patiënt en zorgverlener, ook in de rol van coach, over de waarden die bij een behandeling een rol spelen, en welke behandelingen het beste passen bij die waarden (Emanuel en Emanuel, 1992; Ten Have et al, 2009).

Het recht op autonomie van de wilsbekwame patiënt wordt ook wel het recht op zelfbeschikking genoemd. In het algemeen is de autonomie beperkt omdat de autonomie van het ene individu niet mag leiden tot een onaanvaardbare inbreuk op de autonomie van een ander individu. Daarom is autonomie niet te beschouwen als een (eind) toestand, maar als een waarde in een proces in een sociale en relationele context.

Het respecteren van de autonomie van een individu brengt met zich mee dat een gezamenlijke besluitvorming in samenspraak met de patiënt om te behandelen of niet te behandelen, en toestemming van de patiënt op basis van uitgewisselde informatie ('informed consent') de norm is (intermezzo 1). In verband met de toestemming tot behandelen, betekent autonomie van de patiënt dat er sprake moet zijn van vrijwilligheid, zonder dwang of aandringen door familie of zorgverlener, van authenticiteit en van een doelbewuste overweging door de patiënt (Ten Have et al, 2009). Dat laatste impliceert dat ook andere relevante be-

handelopties in kaart moeten zijn gebracht. Voor de uitwisseling van informatie geldt dat hoe groter de risico's van een behandeling zijn des te uitgebreider de patiënt moet worden geïnformeerd (Brands, 2006a). Hoe groter de risico's zijn des te belangrijker is het ook te controleren of de gegeven informatie door de patiënt goed is begrepen. Het omgekeerde is minstens zo belangrijk: de zorgverlener moet zorgvuldig nagaan of hij de patiënt wel goed heeft begrepen. Dit pleit ervoor ingrijpende behandelingen met hun alternatieven in een apart consult te bespreken en op een later moment de gemaakte afspraken te verifiëren.

De autonomie van de patiënt wordt begrensd omdat de autonomie van de zorgverlener een andere waarde is. Dit betekent dat niet zonder meer hoeft te worden voldaan aan de vraag van een patiënt of aan de vraag van een verwijzer. Aan wensen die tegen de professionele standaard ingaan, mag een zorgverlener niet tegemoetkomen (Brands, 2006b; Broers et al, 2010). Een zorgverlener blijft zelf verantwoordelijk voor de zorgverlening aan een patiënt en mag een advies, ook gegeven door een deskundige naar aanleiding van een tweede mening, niet klakkeloos overnemen. Dit is ook het geval bij enigerlei vorm van hiërarchie of dienstverband: aanwijzingen van een praktijkhouder of van een leidinggevende mogen alleen worden overgenomen als de patiënt daarvan op de hoogte is en daarmee instemt.

Als een zorgverlener te weinig respect betoont voor de autonomie van een patiënt en als een patiënt zich met te weinig respect bejegend voelt of zich niet serieus genomen voelt, kan dit klachten van patiëntrechtelijke aard tot gevolg hebben. Tabellen 1 en 2 bevatten samenvattingen van klachten en overwegingen bij de uitspraken van Regionale Beoordelingsraden of Centrale Klachtencommissie die in 2011 in het *Nederlands Tandartsenblad* zijn gepubliceerd. Tabel 1 bevat samenvattingen van klachten van patiëntrechtelijke aard. Vrijwel altijd was een niet-effectieve communicatie het grote manco. Problemen die herhaaldelijk terugkwamen, waren dan ook: gebrekkige communicatie, onheuse bejegening, geen toestemming verleend tot behandeling of nalaten van behandeling, toestemming verleend die niet op volledige informatie was gebaseerd. Het is vermoedelijk deze zelfde attitude van zorgverleners - weinig waarde hechten aan een goede communicatie - die resulteert in klachten over geen of een incompleet behandelplan, geen of een incompleet patiëntdossier en ten onrechte afbreken van de behandelrelatie terwijl er op dat moment nog klachten over de verleende zorg niet zijn opgelost.

Goed doen

De tweede overweging met betrekking tot zorgverlening is hoe en in welke mate een bepaalde zorg of behandeling ten nutte is voor de patiënt. Dit beginsel van goed doen benadrukt dat zorgverleners moeten handelen in het belang van hun patiënten. Maar de vraag wat nu precies dat belang is en aan welk belang de meeste prioriteit moet worden toegekend, is soms lastig te beantwoorden. Daarbij is dit beginsel bij uitgebreide zorgverlening op korte termijn gemakkelijker aan te duiden dan bij uitgebreide zorgverlening op lange termijn.

Titel publicatie	Kernkwesitie
Geen toestemming (5)	Geen (weloverwogen) toestemming omdat het optreden van de tandarts de patiënt heeft overdonderd; tekortgeschoten in zorg
Preventieve behandeling (18)	Geen sprake van informed consent als gevolg van misleidend woordgebruik, zoals 'preventieve behandeling tegen cariës' en 'beschermvullingen'; dossiervorming volstrekt onvoldoende
Onvoldoende voorgelicht (14)	Kans op recidief na orthodontische behandeling onvoldoende besproken
Geen röntgenfoto's (19)	Zeker bij een grote behandeling als een 3-delige brug is het nalatig zonder ingevulde gezondheidsvragenlijst, pocketstatus en röntgenopnamen te behandelen
Haastwerk (2)	Tekortgeschoten in onderzoek, waaronder geen röntgenopnamen; verwijtbaar tekortgeschoten in informatieplicht en dossierplicht
Ongewenste implantaten (1)	Gebruikte legering van geplaatste implantaten niet overeenkomstig de afspraak met patiënt; wettelijke bepalingen geschonden door niet verstrekken van informatie
Toch geen machtiging (9)	Professionele praktijkvoering vereist dat zeker bij dure behandelingen de tandarts nagaat of machtiging tot vergoeding door zorgverzekeraar overeenstemt met hetgeen is aangevraagd
Kindermishandeling (16)	Onjuiste bejegening om (verwijtende) woorden te gebruiken die beledigend kunnen overkomen
Voorbehouden handeling (8)	Extractie ten onrechte gedelegeerd aan assistent, mede omdat patiënt niet wist dat de zorgverlener een assistent betrof
Onjuiste rekening (17)	Tandarts is gebonden aan vigerende regelgeving op het gebied van tarieven
Alsnog ongegrond (3)	Er ontstond een onwerkbare situatie door een gespannen behandelrelatie; opzeggen behandelrelatie door tandarts begrijpelijk en niet verwijtbaar

Tabel 1. Kernkwesities van uitspraken en overwegingen van de Centrale Klachtencommissie van patiëntrechtelijke klachten die in 2011 zijn behandeld in het Nederlands Tandartsenblad, jaargang 56. Tussen haakjes staat steeds het nummer van het tijdschrift.

In het algemeen gesteld zijn er 2 redenen die een restauratieve interventie rechtvaardigen. De eerste reden is binnen de grenzen van de professionele standaard tegemoetkomen aan de wens van een patiënt. De tweede is dat op basis van een risicoanalyse aan de patiënt een interventie wordt voorgesteld die in de toekomst voorspelbare problemen of schade kan voorkomen. Het is zinvol in het klinische beslissingsproces nadrukkelijk ook de aan de mondgezondheid gerelateerde levenskwaliteit als uitkomstmaat van behandelen of niet behandelen mee te wegen, ook op de lange termijn, hoe onzeker ook de invloed op de levenskwaliteit op de lange termijn is vast te stellen (Bagewitz et al, 2007; Gerritsen et al, 2010). Om in dit beslissingsproces het goede te doen en dat zo goed mogelijk te doen, moet een zorgverlener de competenties hebben de aandoening en de toestand van een patiënt te begrijpen en te verklaren (diagnose), de verschillende paden in het klinisch verloop te voorspellen die zich kunnen voordoen onder verschillende omstandigheden (prognose), en te interveniëren met een verscheidenheid aan behandelingen en andere vormen van zorg (therapie), met het doel aspecten van het welzijn van de patiënt te verbeteren of veilig te stellen (Ozar en Sokol, 1994). Niet alleen de patiënt heeft autonomie, ook de zorgverlener heeft autonomie op grond waarvan hij niet zonder meer hoeft te doen wat strijdig is met hetgeen aan deskundigheid, doelmatigheid, doeltreffendheid, patiëntgerichtheid en zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelend zorgverlener mag worden verwacht. Bovendien moet volgens het beginsel van goed doen een zorgverlener een behandeling weigeren als hij deze behandeling niet in belang van de patiënt acht, terwijl de patiënt wel op het uitvoeren

van die behandeling aandringt. Een zorgverlener moet welwillendheid tonen om zorg- en behandelvragen van patiënten te bespreken en te wegen, maar mag niet (be)handelen als dat niet in het belang van de patiënt is. Dat laatste kan zelfs indruisen tegen het beginsel van niet schaden dat in de volgende subparagraaf wordt behandeld.

Adequate verwijzing naar andere zorgverleners maakt deel uit van het beginsel van goed doen. Dit kan zowel in de diagnostische als in de therapeutische fase om een bepaalde behandeling uit te voeren als de eigen competenties tekortschieten.

Niet schaden

Een derde overweging bij behandelen of niet behandelen is de vraag in hoeverre een behandeling schade kan toebrengen. Bij het beginsel van niet schaden kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bijwerkingen van medicamenten of interacties met andere medicamenten. In de mondzorg wordt dit beginsel vaak in verband gebracht met de zogenoemde biologische prijs die 'wordt betaald' bij het prepareren van gebitselementen voor restauraties of bij het vervangen van restauraties door steeds grotere en invasievere restauraties. Dit beginsel benadrukt expliciet geen letsel of kwaad toe te brengen en roept op zoveel mogelijk atraumatisch en voorspelbaar te werken. Met voorspelbaar wordt bedoeld dat een betrouwbaar product ontstaat, bijvoorbeeld een restauratie of een betrouwbaar tussenproduct zoals een afdruk voor een indirecte restauratie.

Het beginsel van niet schaden wordt ook wel als een onderdeel gezien van het beginsel van goed doen. Hierbij wordt in relatie tot de uitkomst van het goed doen de eventueel toegebrachte (biologische) schade meegewogen

Titel publicatie	Kernkwesie
Gebroken inlay (15)	Verwijtbaar tekortgeschoten door bij een dergelijke kostbare en geïndiceerde behandeling niet direct en kosteloos bij voortijdige breuk van een inlay een vervangende inlay of gelijkwaardige restauratie aan te bieden
Geen dpsi (22)	Aanbod tot vergoeding van een kroon die weinig ouder dan 5 jaar was geworden, was redelijk geweest; houding tandarts tegenover patiënt getuigt van minachting
Pijnlijke frontbrug (20)	Tekortgeschoten in communicatie; oclusieprobleem door incorrecte beetregistratie; in redelijkheid kan niet worden verwacht dat patiënt ingaat op aanbod van de aangeklaagde tandarts om brug gratis te vervangen
Ingezakte brug (7)	Verwijtbaar om een metaal-porseleinbrug opnieuw te maken na fracturen van porselein en metaal van de vorige brug
Ondeugdelijke brug (4)	Brug lege artis gemaakt; postoperatieve pulpitis is niet verwijtbaar; tandarts is zelf verantwoordelijk voor de behandeling en hoeft advies uit een tweede mening niet zonder meer over te nemen
Mislukt implantaat (10)	Voorafgaand onderzoek onvoldoende zorgvuldig; onvoldoende voorlichting over voor- en nadelen van gebruikt materiaal voor brug; verslaglegging onvoldoende zorgvuldig
Endo na kroonpreparatie (11)	Wortelkanaalbehandeling is een niet verwijtbare complicatie na kroonpreparatie; dossier laat te wensen over
Terechte extractie (21)	Mede op basis van de röntgenopnamen is terecht de extractie van een gebitselement als eerste behandeloptie voorgesteld en uitgevoerd
Nabloeding na extractie (12)	Medische anamnese niet opgenomen in dossier; onaanvaardbaar gezondheidsrisico voor de patiënt genomen
Onzorgvuldig gebruik (6)	Extra kosten na onzorgvuldig gebruik (niet dragen) van nieuwe orthodontische apparatuur terecht in rekening gebracht; schriftelijke (duidelijke) kostenbegroting en goede dossiervorming van belang bij onduidelijkheden
Verbroken behandelrelatie (13)	Patiënt terecht terugverwezen voor behandeling van complicaties naar zorgverlener van bleken van het gebit

Tabel 2. Kernkwesies van uitspraken en overwegingen van de Centrale Klachtencommissie van inhoudelijke klachten die in 2011 zijn behandeld in het Nederlands Tandartsenblad, jaargang 56. Tussen haakjes staat steeds het nummer van het tijdschrift.

(Frankena, 1978; Ten Have et al, 2009). Dat komt ook omdat bij niet schaden een zekere rangorde is aan te brengen:

1. men mag geen kwaad of letsel toebrengen, hetgeen een negatief gerichte actie inhoudt met een negatief resultaat;
2. men moet kwaad of letsel voorkomen, hetgeen in wezen wel een actie inhoudt, namelijk voorkomen, maar een neutraal resultaat heeft;
3. men moet het kwaad uit de weg ruimen, hetgeen een positief gerichte actie inhoudt, maar ook een neutraal resultaat heeft;
4. men moet het goede doen of bevorderen.

De laatste houdt een positieve actie in met een positief resultaat en kan als onderdeel van het beginsel van goed doen worden gezien.

Rechtvaardigheid

Een vierde afweging bij (niet) behandelen is de vraag in hoeverre de zorg eerlijk is verdeeld. Dit principe stoelt onder meer op het recht bij gelijke omstandigheden gelijk te worden behandeld. Soms ook heeft de rechtvaardigheid vooral betrekking op het recht tot gelijke toegang tot behandeling, bijvoorbeeld bij de zorg voor kwetsbare ouderen, psychiatrische patiënten of asielzoekers. De overwegingen bij de indicatie van prothetische constructies hebben in dit artikel vooral betrekking op overwegingen op

microniveau in de relatie tussen zorgverlener en patiënt, terwijl de overwegingen over het principe rechtvaardigheid zich in hoofdzaak op meso- en macroniveau afspelen. Daarom blijven overwegingen over rechtvaardigheid in dit artikel buiten beschouwing, maar ze zijn al eerder goed beschreven (Nuy et al, 2002; Ten Have et al, 2009).

Klachten

Goed doen en niet schaden resulteren naar verwachting in beter worden of (gedeeltelijk) functieherstel, bijvoorbeeld door behandeling met kronen en bruggen. Als patiënten ervaren dat inbreuk wordt gedaan op het beginsel van goed doen of dat schade is toegebracht, kan dat klachten van inhoudelijke aard tot gevolg hebben (tab. 2). Het zou daarbij niet vreemd zijn wanneer klachten over dure prothetische constructies relatief veel zouden voorkomen want patiënten hebben daarin veel geïnvesteerd in termen van geld, tijd en ongemak. Door deze investeringen kunnen teleurstellingen namelijk een grote impact hebben. Inhoudelijke klachten die herhaaldelijk voorkomen, zijn voortijdig verloren gaan van prothetische constructies mede op basis van tekortgeschoten (onvolledige) voorafgaand onderzoek, onoordeelkundige indicatie of keuze van materialen, onaanvaardbare gezondheidsrisico's genomen bij de behandeling, en gedragingen die in strijd zijn met goede zorgverlening.

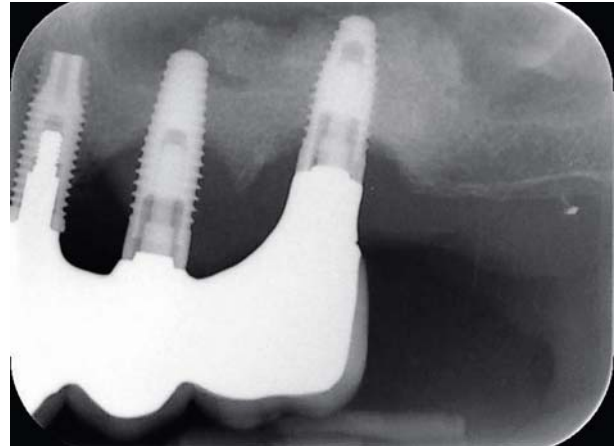
Bij (tuchtrechtelijke) toetsing van professioneel hande-



Afb. 3. Vroegtijdig verloren gegane prothetische constructie als gevolg van fractuur van een keramiekkroon.



Afb. 4. Fractuur van porselein bij een frontbrug waarbij het de vraag is of de oorzaak een constructiefout of een trauma is.



Afb. 5. implantaatgedragen prothetische constructie die vroegtijdig verloren gaat ten gevolge van voortschrijdende peri-implantitis.

len gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund. Het gaat om de vraag of het beroepsmatig handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap en met hetgeen in de beroepsgroep als norm of standaard is aanvaard (Van Zon, 2011). Klachten van patiëntrechtelijke en inhoudelijke aard blijken vaak door elkaar te spelen. Wanneer na tekortschietende informatie - een patiëntrechtelijke klacht - een prothetische constructie niet aan de verwachtingen voldoet, kan dit leiden tot een inhoudelijke klacht. Omgekeerd kan door teleurstelling van een patiënt over een prothetische constructie de relatie tussen patiënt en tandarts onder druk komen te staan door complicerende miscommunicatie in het nazorgtraject. Door falende communicatie kan veel krediet worden verspeeld (Brands, 2011).

Vroegtijdig verloren gaan

Wanneer een brug of een kroon vroegtijdig verloren gaat, wil de patiënt hiervoor doorgaans schadeloosstelling. Hierbij is van belang waarvoor hij eigenlijk heeft betaald. Heeft hij een kroon gekocht, in juridisch jargon 'een zaak' of heeft hij voor een dienst betaald? Voor zaken geldt het begrip conformiteit. Volgens het Besluit Medische Hulpmiddelen moeten medische hulpmiddelen zijn voorzien van een keurmerk van de Conformité Européenne (CE), waarvoor een procedure ter beoordeling van de zogeheten conformiteit moet worden doorlopen: ze moeten de aange-

geven prestaties leveren en zodanig zijn ontworpen, vervaardigd en verpakt dat ze de functies kunnen vervullen die door de fabrikant zijn gespecificeerd. Het Burgerlijk Wetboek (artikel 7:17) bepaalt dat wanneer een zaak wordt verkocht, deze ook geschikt moet zijn voor het normale gebruik daarvan. Een zaak beantwoordt niet aan de eis van conformiteit wanneer deze, gelet op de aard van de zaak, niet de eigenschap bezit die de koper op grond van de overeenkomst normaal gesproken mag verwachten. Gedane mededelingen en toezeggingen spelen hierbij ook een rol: als verwachtingen worden gewekt, moeten die worden waargemaakt.

Tandtechnische producten moeten voldoen aan de eis van conformiteit. Een tandarts die de producten aanbrengt, levert echter niet alleen een zaak, maar ook een dienst. Deze dienst kan op 2 manieren worden beoordeeld, namelijk als een inspanningsverbintenis of als een resultaatverbintenis. Bij een resultaatverbintenis geldt dat een tandarts een bepaald resultaat dient te bereiken, terwijl bij een inspanningsverbintenis hij een zekere inspanning moet leveren. Soms zien klachtencommissies het maken van een kroon of brug toch als een resultaatverbintenis. Dit geldt vooral bij prothetische constructies die vroegtijdig verloren gaan. De tuchtrechtspraak gaat ervan uit dat een kroon of een brug doorgaans ten minste 10 jaar hoort mee te gaan. Als er redenen zijn om te verwachten dat deze periode korter is, moet dit vooraf met de patiënt worden besproken en worden vermeld in het patiëntdossier. Geeft

Intermezzo 2

Het is aanbevelenswaardig dat een patiëntdossier bij professionele zorgverlening (ten minste) bevat:

- persoonsgegevens
- de zorgvraag of de reden van verwijzing
- medische en orale anamnese
- uitkomsten (of producten) van onderzoek zoals status praesens, gebitsmodellen, röntgenopnamen
- diagnostiek, eventueel etiologie; inventarisatie en weging van de problemen
- verstrekte adviezen, behandelvoorstel en alternatieven
- behandelplan met inbegrip van eventueel niet uit te sluiten complicaties; begroting(en)
- verslaglegging van gesprekken met de patiënt en de besluitvorming
- verslaglegging van verrichtingen; samenstelling van in de mond aangebrachte materialen, data en naam zorgverlener
- gegevens in het kader van verwijzingen
- verslaglegging omtrent inzage in het patiëntdossier, verstrekken van kopieën daarvan, met data en naam zorgverlener.



Afb. 6. Implantaat in zijn verpakking met relevante gegevens.

een kroon of brug eerder de geest, dan zal de tandarts moeten bewijzen dat dit niet aan hem of aan zijn tandtechnicus is te wijten (afb. 3). De tandarts is jegens de patiënt namelijk niet alleen aansprakelijk voor zijn eigen werk, maar ook voor dat van de tandtechnicus (Brands, 2004). Zeker bij prothetische constructies die vroegtijdig verloren gaan, verdient het aanbeveling dat de tandarts met zijn patiënt uitvoerig overlegt over een redelijke schadevergoeding (afb. 4 en 5). Dit kan een gehele of gedeeltelijke terugbetaling zijn of een compensatie in de vorm van een bijdrage in de kosten van (verdere) behandeling. Soms verweert een tandarts zich in een procedure met de stelling dat de patiënt hem niet in de gelegenheid heeft gesteld mankementen aan de constructie te verhelpen. Soms heeft dit weer succes, maar niet altijd. In bepaalde gevallen wordt

geoordeeld dat de patiënt niet terug hoeft te gaan naar de tandarts omdat de daarvoor noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen patiënt en tandarts inmiddels ontbreekt.

Patiëntdossier

Bij een inspanningsverbintenis moet de patiënt bij een formele klacht bewijzen dat de zorgverlener zich onvoldoende heeft ingespannen. Dit betekent niet dat van de zorgverlener geen prestatie wordt verwacht (Allard, 2009). Op de zorgverlener rust de taak "...voldoende feitelijke gegevens te verstrekken ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de patiënt ten einde deze aanknopingspunten voor eventuele bewijslevering te verschaffen" (Hoge Raad der Nederlanden, 1988). Dit kan hij doen door het patiëntdossier ter beschikking te stellen (intermezzo 2).

Prothetische producten vallen onder de Europese Richtlijn Medische Hulpmiddelen (Kolsteeg, 2004). Dat betekent onder meer dat de gebruikte materialen traceerbaar moeten zijn (afb. 6). Niet ieder lichaam reageert hetzelfde op bepaalde materialen in de mond. Daarom is het van belang te weten welke materialen zijn gebruikt. Patiënten hebben het recht te weten om welke materialen het gaat. Het is dus ook voor de hand liggend de samenstelling van materialen (legeringen) te vermelden in het patiëntdossier (Feilzer, 2004).

Patiëntdossiers moeten gedurende ten minste 15 jaar worden bewaard, maar zoveel langer als uit de zorg van een goed zorgverlener voortvloeit dat deze gegevens beschikbaar blijven (artikel 7: 454 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek). Een plicht om een dossier te vernietigen, is er alleen als de patiënt daar zelf om vraagt (artikel 7: 455 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek).

Verwijzing

In toenemende mate zal een tandarts-algemeen practicus de expertise van de zorg in de volle omvang niet of niet voldoende bezitten. Uit het oogpunt van goede zorg is dan een beroep op een specifieke deskundige door middel van een verwijzing geboden. Nalaten van verwijzen kan op korte of lange termijn leiden tot teleurstelling bij de patiënt en is verwijtbaar als er voldoende specialisten en gedifferentieerde tandartsen zijn (Witter et al, 2011). Een verwijzing kan ook gaan om een consult voor een tweede mening, al dan niet op verzoek van de patiënt. Bij een verwijzing moet goed worden gecommuniceerd, uiteraard ook met de patiënt die immers toestemming moet geven op basis van volledige informatie over wat er met de verwijzing wordt beoogd en wat er te gebeuren staat (Gosselink, 2009). In het verwijsproces heeft de tandarts-algemeen practicus als verwijzer de coördinerende rol (spilfunctie). Om dit proces voor alle betrokkenen, dus ook voor de patiënt, naar tevredenheid te laten verlopen, is een goede verwijsbrief een belangrijke randvoorwaarde. De inhoud van de brief, dus ook het doel van de verwijzing, moet goed met de patiënt zijn besproken; deze moet immers toestemming geven.

In het algemeen dient een verwijsbrief te bevatten: de aard van de aandoening of van het probleem, de behande-

ling daarvan tot nu toe en de uitkomsten daarvan, de reden van de verwijzing, en een specifieke vraagstelling in de context van een omschreven behandeldoel. De reden van de verwijzing kan zijn een verzoek om een diagnose of indicatiestelling, de afstemming van een behandelplan, een specifieke deelbehandeling of een totale behandeling op een deelgebied. In voorkomende gevallen moet dan ook in de verwijfsbrief worden aangegeven na welk bereikt doel de patiënt weer wordt terugverwezen naar de tandarts-algemeen practicus. Reeds beschikbare relevante aanvullende informatie dient te worden bijgevoegd. Van de zorgverlener naar wie is verwezen, mag worden verwacht dat deze schriftelijk rapporteert en bij gerezen twijfel of bij het mogelijk achten van andere oplossingen dan de gevraagde, contact opneemt met de verwijzer voor overleg.

Slotbeschouwing

De beginselen autonomie, goed doen, niet schaden, en rechtvaardigheid bevorderen een goede relatie met en een goede zorg voor patiënten. Ze helpen klachten van patiënten binnen de dagelijkse praktijkvoering of zelfs formele klachten te voorkomen. Vooral door respect voor de autonomie van een patiënt wordt een op het individu toegesneden zorg het uitgangspunt. Dit impliceert een goede communicatie en bewerkstelligt een individuele en probleemgerichte zorgverlening. Hierdoor wordt de tevredenheid van patiënten over de verleende zorg bevorderd en ontstaan minder klachten. Ongetwijfeld wordt ook de tevredenheid en de arbeidsvoldoening binnen mondzorgteams hierdoor verhoogd.

Literatuur

- * Allard RHB. Centrale Klachtencommissie (CKC), 22 september 2008. Slechte voorbereiding. Ned Tandartsenblad 2009; 64 (1): 36-37.
- * Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Oral prostheses and oral health-related quality of life: a survey study of an adult Swedish population. Int J Prosthodont 2007; 20: 132-142.
- * Brands WG. Garantieduur levert tandarts groter aansprakelijkheidsrisico op. Thaise kronen: juridische en ethische aspecten. Ned Tandartsenblad 2004; 59 (2): 11-12.
- * Brands WG. The standard for the duty to inform patients about risks: from the responsible dentist to the reasonable patient. Br Dent J 2006a; 201: 207-210.
- * Brands WG. Schept een behandelwens van de patiënt automatisch een behandelplicht voor de tandarts? Over het weigeren van een door de patiënt gewenste behandeling en het in- en uitschrijven van patiënten. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al. (red.). Het tandheelkundig jaar 2006. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006b.
- * Brands W. Centrale Klachtencommissie, 24 juni 2011. Preventieve behandeling. Ned Tandartsenblad 2011; 66 (18): 61-62.
- * Broers DLM, Brands WG, Welie JVM, Jongh A de. Deciding about patients' requests for extraction: ethical and legal guidelines. J Am Dent Assoc 2010; 14: 195-203.
- * Dam B van, Boer J den. Veel patiënten positief over hun tandarts. Nederlands Tandartsenblad 2010; 65 (4): 58-59.
- * Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-2226.

- * Feilzer A. De keuze van gietlegeringen voor kroon- en brugwerk. Samenstelling van kronen en bruggen is vaak onbekend. Ned Tandartsenblad 2004; 59 (4): 28-29.
- * Frankena WK. Fundamentele ethiek. Assen/Amsterdam: Van Gorkum, 1978.
- * Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronckhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes 2010; 8: 126.
- * Gosselink K. Samenwerken buiten de deur. Goede communicatie en respect voor elkaar. Ned Tandartsenblad 2009; 64 (10): 26-29.
- * Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- * Hoge Raad der Nederlanden. 20 november 1987. Ned Jurisprudentie 1988: 500.
- * Kolsteeg E. Informatie over tandheelkundige producten (3). Garantie en non-conformiteit. Ned Tandartsenblad 2004; 59 (21): 37-39.
- * Ledoux E. NMT-klachttopvang. Openbaar jaarverslag 2006. Ned Tandartsenblad 2007; 62 (13): 40-41.
- * Leles CR, Martins RR, Silva ET, Nunes MF. Discriminant analysis of patients' reasons for choosing or refusing treatments for partial edentulism. J Oral Rehabil 2009; 36: 909-915.
- * Narby B, Kronström M, Söderfeldt B, Palmqvist S. Prosthodontics and the patient: what is oral rehabilitation need? Conceptual analysis of need and demand for prosthodontic treatment. Part 1: a conceptual analysis. Int J Prosthodont 2005; 18: 75-79.
- * Narby B, Kronström M, Söderfeldt B, Palmqvist S. Prosthodontics and the patient. Part 2: need becoming demand, demand becoming utilization. Int J Prosthodont 2007; 20: 183-189.
- * Nieuwenhuizen E van den. Patiëntenplatforms inventariseren klachten en complimenten. "Waar niet wordt geklaagd, wordt niet gewerkt". Ned Tandartsenblad 2003; 58 (1): 18-21.
- * Nuy M, Gordijn B, Truin GJ. De prudente tandarts. Ethische reflectie in de tandheelkunde. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2002.
- * Ozar DT, Sokol DJ. Dental ethics at chairside: professional principles and practical applications. St. Louis: Mosby, 1994.
- * Sterodimas A, Radwanski HN, Pitanguy I. Ethical issues in plastic and reconstructive surgery. Aesthetic Plast Surg 2011; 35: 262-267.
- * Vorst P van der. Beroepsgroep krijgt 7,4 voor persoonlijke aandacht. Patiënt is gehecht aan tandarts. Ned Tandartsenblad 2006; 61 (11): 32-35.
- * Vrie R van de. "Geen enkele behandeling is vanzelfsprekend". Interview met ACTA-hoogleraar Rien van Waas. Ned Tandartsenblad 2006; 61 (6): 33-35.
- * Williams JR. Dental ethics manual. Ferney-Voltaire: FDI World Dental Federation, 2007.
- * Witter DJ, Brands WG, Barèl JC, Creugers NHJ. Behandeling met een partiële gebitsprothese 1. Regelgeving, zorg- en behandelplan. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 13-19.
- * Zon A van. Centrale Klachtencommissie (CKC), 5 november 2010. Ingezakte brug. Ned Tandartsenblad 2011; 66 (7): 42-43.

Summary

Medico-ethical considerations when indicating single-tooth fixed prosthesis, multi-teeth fixed prosthesis, and oral implants

The question whether a patient needs extensive and invasive treatment, such as single-tooth fixed prosthesis, multi-teeth fixed prosthesis or oral implants, can be established only in a dialogue with mutual respect between the healthcare provider and the patient. With respect to this question, the following principles have to be considered: the patient's autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. These principles are reflected in legislation and are implicitly applied in complaint and disciplinary jurisdiction. When the autonomy of a patient is not sufficiently respected by a healthcare provider, a patient complaint might be the result, such as a complaint of impertinent treatment, lack of informed consent, or poor patient documentation. If beneficence or non-maleficence principles are violated, an intrinsic treatment complaint might be the result, such as a complaint of inadequate treatment planning, often based on inadequate examination, and complications or untimely failure of single-tooth fixed prosthesis, multi-teeth fixed prosthesis or oral implants. Respecting the previously mentioned principles promotes appropriate healthcare to the patient also in complex care with other healthcare providers.

Bron

D.J. Witter¹, W.G. Brands², R.A. Hoefnagel¹, N.H.J. Creugers¹

Uit ¹de vakgroep Orale Functie en Prothetische Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen, ²een tandartspraktijk te Vaassen

Datum van acceptatie: 13 oktober 2012

Adres: dr. D.J. Witter, UMC St Radboud, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Dankbetuiging

De auteurs danken A. Jeurissen te Nijmegen voor het tekenen van de cartoons van de afbeeldingen 1 en 2.