

Ethische kwesties in de mondzorg voor kwetsbare ouderen

Samenvatting. Voor kwetsbare ouderen is vaak intensieve preventieve en curatieve mondzorg nodig ten behoeve van de kwaliteit van leven. Door fysieke en cognitieve beperkingen van de oudere kunnen behandelingen niet altijd *lege artis* uitgevoerd worden, wat tot praktische problemen leidt. Hieraan gerelateerd doen zich morele vragen voor. Mondzorg voor kwetsbare ouderen kan, zelfs met beperkingen, bijdragen aan hoge kwaliteit van leven als deze ethische kwesties vaker expliciet daarin betrokken worden. Daarmee zal ook de morele druk van ethische kwesties op de zorgverlener worden verlicht. Het gaat veelal om ‘alledaagse’ ethische kwesties, waarvoor de betrokkenen met elkaar oplossingen kunnen vinden in open overleg in een zorgethische benadering. Dat laatste betekent gerichtheid op ‘de goede dingen goed doen’ met inbegrip van alle relevante aspecten van de persoon en de omgeving. Voorwaarden zijn onder andere inbedding van de mondzorg in de zorg voor ouderen en voor zorgverleners betrokkenheid bij de oudere en kennis en vaardigheden om te reflecteren.

Schaub RMH, Janssens B, Petrovic M, Leeuwen E van. Ethische kwesties in de mondzorg voor kwetsbare ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 687-695
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.12.19077>

INLEIDING

Een gezonde mond draagt bij aan de kwaliteit van leven, de algemene gezondheid en het welzijn van kwetsbare ouderen (Niessen et al, 2016, Ramsay et al, 2018). Het bereiken en behouden van een gezonde mond stuit echter op beperkingen. Tandheelkundig gezien is er vaak sprake van complexe problemen door de levenslange cumulatie van schade en herstel, in combinatie met veroudering. Hierdoor wordt de mondgezondheid kwetsbaar met kans op pijn, ontsteking en functieverlies met een mogelijk negatieve invloed op de algemene gezondheid. Intensieve curatieve en preventieve zorg zijn daarom noodzakelijk. Ondanks een algemene richtlijn voor de mondzorg voor zorgafhankelijke ouderen bieden de bestaande richtlijnen en *best practices* in de mondzorg inhoudelijk weinig houvast voor het beleid bij deze complexe problemen (Verenso, 2007). Ze zijn gericht op enkelvoudige ziekten en afwijkingen (cariës of een missend gebitselement) in een doorsnee populatie.

Tandartsen of andere mondzorgverleners zullen dan praktische, creatieve oplossingen moeten vinden, die kunnen afwijken van wat in de tandheelkunde als *lege artis*

wordt beschouwd. Dat kan door een alternatief voor de tandheelkundig best mogelijke behandeling uit te voeren of zelfs geheel van behandeling af te zien. Daarbij kan zich de vraag voordoen of deze afwijkende behandeling wel goed is voor de patiënt, niet alleen vanuit tandheelkundig, maar ook vanuit menselijk perspectief. Dat is een ethische kwestie, omdat het gaat of er juist en verantwoord wordt gehandeld, gegeven de bestaande normen en waarden. Binnen de ethiek bestaan vele benaderingen om het handelen (de afwijkende behandeling) te toetsen. Bekend en veel gebruikt in de zorg is de principebenadering, waarbij het handelen wordt getoetst aan 4 medisch-ethische kernprincipes: niet schaden, weldoen, autonomie en rechtvaardigheid (Beauchamp en Childress, 2013).

Ethische kwesties expliciet maken; goed voor de patiënt

Mogelijk ethische kwesties worden niet altijd herkend en als ze wel worden herkend, worden ze niet altijd expliciet betrokken in de planning en uitvoering van mondzorg voor kwetsbare ouderen. Zo kan een tandarts vanuit zijn per-

CASUS

Situatie

Bij een 89-jarige vrouw met een gevorderde dementie (verlies van besef van tijd en plaats) uit tandheelkundig oogpunt volledige extractie en een gebitsprothese wenselijk omdat volledig herstel niet mogelijk is. Er is kans op pijn door gingivitis, discomfort door afbreken van gebitselementen, terwijl niet kan worden uitgesloten dat ontstoken tandvlees de algemene gezondheid gaat beïnvloeden. De patiënt wil dat echter absoluut niet, zij wil alleen herstel. Ze vindt haar gebit belangrijk en is 'altijd naar de tandarts geweest'. Ze staat behandeling toe op haar kamer. Na korte tijd verzet ze zich verbaal en fysiek. Tot mondhygiëne is ze niet in staat en hulp van verzorging staat ze niet toe. Een nicht is haar enige naaste en vertegenwoordiger; ze woont op afstand en laat schriftelijk weten besluiten over de mondzorg aan de tandarts over te laten. Financieel zijn er geen beperkingen.

Beperkingen

De patiënt wijst een ingrijpende behandeling af terwijl er twijfel is over de belastbaarheid van deze patiënt. Curatieve behandeling is niet goed uitvoerbaar en besluitvorming over de aard en inhoud van de mondzorg met patiënt en haar naasten is niet mogelijk. Zinnige mondhygiëne lukt niet.

Praktische oplossingen

Een geïmproviseerde curatieve behandeling: een composietkroon is op gebitselement 12 'geknutseld', bewust doorspoelbaar en verblokt met beide buurelementen. Tandsteen is incidenteel oppervlakkig verwijderd. De patiënt zal worden gemonitord en in acute situaties met pijn en ontsteking zal waarschijnlijk extractie plaatsvinden,

waarvoor sedatie nodig zal zijn. Geen van de mogelijke gedragsstrategieën worden zinvol geacht. Mondhygiëne wordt dagelijks geprobeerd door de verzorging, maar helaas zonder succes. Besluitvorming vindt plaats door het mondzorgteam in samenspraak met verzorging en medische staf, waaronder een psycholoog.

Ethische kwesties

Juridisch gezien is er sprake van informed consent, maar moreel voelt het niet goed. De compromissen in de uitvoering (met een beperkte voorspelbaarheid) zijn strijdig met 'weldoen'. In de noodzaak drastisch in te grijpen ontstaat een dilemma tussen 'niet-schaden' (niets doen leidt mogelijk tot gezondheidsproblemen) en 'autonomie' (de patiënt wil het niet). Dat dilemma wordt versterkt als dwang overwogen zou worden, bijvoorbeeld door middel van sedatie.

Overwegingen

Er zijn geen klachten noch gezondheidsproblemen die aan de mondgezondheid zijn te relateren en het risico daarop wordt gering geacht. Drastisch ingrijpen zonder enige vorm van dwang lijkt niet mogelijk. Het resultaat zal overigens naar verwachting tandoelzaam zijn, waarbij een functionele gebitsprothese geen waarschijnlijke optie is. De autonomie van de patiënt is hierbij gerespecteerd, ook al is haar wilsbekwaamheid beperkt, omdat ze consistent aangeeft haar gebit belangrijk te vinden. Ze was ook opgetogen over het sluiten van het diasteem ter plaatse van gebitselement 12. De patiënt heeft tot haar overlijden een jaar later geen klachten of acute problemen gehad.

spectief een niet *lege artis* uit te voeren behandeling als ontoekomstbaar ervaren en daarmee niet herkennen dat dat kan wringen met het principe van niet-schaden, als de belasting voor de patiënt groot is. En als het wel herkend wordt, kan gekozen worden dat niet te benoemen, bijvoorbeeld omdat de situatie acuut is (Bryant et al, 1995). Als gevolg daarvan wordt nogal eens geen *informed consent* verkregen (Mukherjee et al, 2017; Jones en Holden, 2019). Een ethische kwestie expliciet maken betekent afwegen van de voor- en nadelen voor de patiënt in gesprek met de patiënt en andere betrokkenen. Aard en inhoud van de mondzorg krijgen dan vorm in het kader van relevante aspecten van de oudere die kwaliteit van leven bepalen (casus). Dat sluit beter aan bij het doel van de mondzorg (kwaliteit van leven) dan een uitsluitend praktische, op de mondgerichte benadering. Zo kan een behandeling die niet *lege artis* kan worden uitgevoerd voor tandarts, patiënt of andere betrokkenen als beste oplossing ervaren worden in de persoonlijke omstandigheden van een patiënt. Dat wordt

wel aangeduid als contextueel zinvolle zorg (intermezzo 1).

Ethische kwesties expliciet maken: goed voor de tandarts

Het moeten afwijken van de standaarden in de mondzorg kan bij een tandarts tot frustratie leiden. Als tandartsen het gevoel hebben dat het niet goed is voor de patiënt kunnen zij een morele druk ervaren. De druk wordt versterkt omdat overleg met patiënt en andere betrokkenen stroef kan verlopen als alleen het tandheelkundige perspectief aan bod komt. De patiënt en zijn naasten ervaren de mondzorg in de context van persoonlijke omstandigheden: dat de behandeling goed gebeurt waarderen ze, maar ze vragen zich ook, soms met (grote) nadruk af of het goed is voor de patiënt (Van der Dam et al, 2012). Voor sommigen kan de morele druk reden zijn om van bepaalde behandelingen of zelfs geheel van deze vorm van mondzorg af te zien (Hamric, 2000).

Het expliciet overwegen en bespreken van de ethische kwestie ("is de afwijkende behandeling wel in het belang van de patiënt?") die aan de morele druk ten grondslag ligt, kan

die druk verlagen. Wat ook de uitkomst van de overweging is, het belang van de patiënt met zijn beperkingen staat in het expliciteren centraal, ook in de ogen van alle betrokkenen. Voor tandartsen zal die wetenschap de frustratie en morele druk verminderen en de gekozen behandeling beter uitvoerbaar maken.

ETHISCHE KWESTIES: EEN INDICATIE VAN WAT ZICH VOORDOET

In de casus wordt een voorbeeld van beperkingen in de mondzorg voor kwetsbare ouderen beschreven, met mogelijke praktische oplossingen en daaruit voortkomende ethische kwesties.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van beperkingen voor de mondzorg en praktische oplossingen op basis van de literatuur en ervaringen van de auteurs. Voor iedere combinatie is aangegeven in welk perspectief een ethische kwestie zich kan voordoen. Dit overzicht moet vooral als illustratief worden gezien vanwege de grote individuele variatie, maar ook vanwege de beperkte gegevens uit onderzoek. Om enige orde te brengen, is een onderverdeling in domeinen gemaakt naar suggesties in de literatuur (Bryant et al, 1995, Van der Dam et al, 2012).

Ethische kwesties door beperkingen in aard en inhoud van de zorg, communicatie en omstandigheden

Tandheelkundig noodzakelijke oplossingen, maar ook door de patiënt en zijn omgeving gewenste behandelingen, kunnen niet of slechts beperkt uitvoerbaar zijn. Belastbaarheid van de patiënt is een belangrijke factor voor beperkingen in de mondzorg. Extractie van mobiele gebitselementen en radices gevolgd door een gedeeltelijke gebitsprothese kan een te grote mentale of lichamelijke belasting zijn. Voor kwetsbare ouderen is gewenning aan een nieuwe gebitsprothese vaak moeilijk, waardoor deze uiteindelijk niet wordt gedragen. Mondhygiëne met hulpmiddelen als verschillende maten ragers kan niet uitvoerbaar zijn. Voor die beperkingen moeten praktische oplossingen worden gevonden en die kunnen morele vragen oproepen. Overigens doet zich ook de vraag voor in hoeverre een behandeling bijdraagt aan de kwaliteit van leven van een kwetsbare oudere, als er geen beperkingen voor de mondzorg zijn of deze kunnen worden geëlimineerd (Ettinger, 2007). Vooral weldoen en niet schaden zullen in dit domein het gedrang kunnen komen.

Factoren bij beperkingen door gebrek aan communicatie zijn afname van gehoor, gezichtsvermogen en (van snelheid) van begrip. In versterkte mate wordt dat ervaren als er sprake is van een cognitieve achteruitgang en bij wilsonbekwaamheid moet een wettelijk vertegenwoordiger instemmen met de behandeling. Het risico bestaat dat besluiten zonder de patiënt zelf worden genomen. In het ethisch perspectief komt de autonomie in het gedrang: "is dit wat de patiënt echt zelf wil?". Bij behandeling zal echter altijd de autonomie van de patiënt een uitgangspunt moeten zijn (Verheul-van der Voorden et al, 2019). Verzet tegen de behandeling met irrationele uitlatingen of afwerend

INTERMEZZO 1. CONTEXTUEEL ZINvolle ZORG

Een antwoord op een ethische kwestie kan negatief zijn, waardoor de behandeling niet wordt uitgevoerd. Maar ook bij de planning kan een ideale tandheelkundige behandeling niet mogelijk blijken. Dan kunnen beter passende alternatieven voor het behandelvoorstel in kaart worden gebracht. Het kan gaan om relining van een gebitsprothese in plaats van het vervaardigen van een nieuwe. Maar het kan ook nodig zijn alternatieve oplossingen te bedenken, op grond van ervaring of suggesties uit recente literatuur. Bijvoorbeeld Atraumatic Restorative Treatment (ART), ondanks onzekerheid over de levensduur (Frencken, 2014). Informatie over veranderingen in het immuunsysteem bij ouderen (*immunosenescence*) kan mede richtinggeven aan een beleid om asymptomatische radices te extraheren (Foltyn, 2017). Recent is gebleken, dat een verkorte tandboog tot op hoge leeftijd zonder prothetische aanvullingen functioneel kan blijven en een goede bijdrage aan de kwaliteit van leven biedt (Gerritsen, 2018). Dit zijn dan alternatieven voor behandelingen waarvan bijvoorbeeld de belasting te groot wordt gevonden.

Bij de overwegingen van behandelalternatieven en de morele aspecten daarvan is een zo helder mogelijk beeld van de kwetsbaarheid van de patiënt nodig. De informatie uit eerder ethisch overleg kan hierbij heel zinvol zijn. Bij nieuwe situaties kan uit de anamnese van de tandarts en het zorgleefplan informatie worden verkregen. Een alternatieve behandeling kan als pragmatisch worden gezien: handig gezien de omstandigheden. Door de afweging van alle aspecten is het echter de best mogelijke oplossing, aan te duiden als 'contextueel zinvolle zorg'.

gedrag zijn ernstig te nemen. Voor praktische oplossingen moet worden meegewogen dat afweer of verzet in de tijd kan verschillen. De afwerende patiënt van vandaag kan morgen volle medewerking verlenen. Toepassing van gedragsmatige strategieën om in deze situaties met patiënten om te gaan, behoort tot de praktische oplossingen. Maar het kan ook gaan om medicinale sedatie. Om beperkingen in dit domein naar waarde te schatten is het noodzakelijk de hulp van relevante anderen (psycholoog, verantwoordelijk verzorgende, naast familielid) in te roepen, met andere woorden interdisciplinair samen te werken.

Ten slotte zijn er beperkingen in omstandigheden, zoals gebrek aan middelen en apparatuur, maar ook de moeilijke toegankelijkheid van een praktijkruimte. Rolstoelafhankelijkheid en bedlegerigheid van de oudere zijn fysieke beperkingen. Bij dementie kan het moeten binnengaan in een onbekende ruimte leiden tot verzet. Praktische oplossingen bestaan uit praktijkaanpassingen of mondzorg aan huis met mobiele apparatuur. De ethische kwesties zijn hier meer algemeen van aard en hebben dan betrekking op de vraag of de zorgverlener op deze afwijkende wijze mondzorg wil uitvoeren. Aan de andere kant

Domein	Beperking voor de mondzorg	Praktische oplossingen	Ethisch perspectief
Aard, inhoud van de zorg	Risico op negatieve invloed op de algemene gezondheid.	Klachtenvrije radices laten zitten	Weldoen, niet schaden
	Geringe belastbaarheid	Directe etsbrug onderfront op mobiele pijlers; weinig belastend, onvoorspelbaar resultaat	Weldoen
	Geringe capaciteit om aan een nieuwe situatie in de mond te wennen	Geen nieuwe gebitsprothese maken, beperken tot relinen	Niet schaden
Communicatie	Onduidelijk wat patiënt wil/of in staat is te begrijpen	Kiezen voor de minst ingrijpende behandeling	Autonomie, wel doen, rechtvaardigheid
	Afwijzen van/verzet tegen behandeling	Gebruik medicinale sedatie	Autonomie, weldoen
	Uitdrukkelijke wens familie voor een ingrijpende behandeling; patiënt uit geen wens	Wens familie uitvoeren	Autonomie, niet schaden
	Patiënt heeft geen besef meer van tijd, plaats, begrijpt niet meer wat er gebeurt.	Informatie achterhouden voor de patiënt over de diagnose kanker	Autonomie, wel- doen
Omstandigheden	(On)toegankelijkheid mondzorg	Noodbehandeling voor acute problemen aan huis	Rechtvaardigheid
	Limiet kosten mondzorg bij beperkte levensverwachting.	Partiële plaatprothese in plaats van frame	Rechtvaardigheid
	Hygiëneregels niet volledig uitvoerbaar door beperkte afzuiging.	Aerosolvorming beperken door niet gebruiken airrotor	Niet schaden

Tabel 1. Voorbeelden van beperkingen en praktische oplossingen en hun ethische perspectieven voor mogelijke ethische kwesties uit de praktijk van de mondzorg voor kwetsbare ouderen, onderverdeeld in een aantal domeinen (naar Bryant, et al 1995 en Van der Dam et al 2012).

leidt het niet (meer) uitvoeren van de mondzorg ertoe dat de individuele patiënt geen behandeling kan krijgen. In dit domein zullen vooral rechtvaardigheid en niet-schaden aan de orde zijn.

De 'zwaarte' van ethische kwesties.

Het begrip 'ethische kwesties' wordt in dit betoog gebruikt als koepelbegrip voor alles wat als moreel probleem kan voorkomen. Dat wil niet zeggen dat alle ethische kwesties even zwaarwegend zijn. Doorgaans wordt het begrip 'ethisch dilemma' gebruikt als de ethische kwestie zwaarwegend is. Dat zijn situaties waarin kernprincipes met elkaar conflicteren al dan niet met een maatschappelijke impact. Rechtvaardigheid conflicteert bijvoorbeeld met weldoen, als voor veel ouderen mondzorg onbereikbaar is. Ethici, filosofen en ethische commissies houden zich daarmee bezig.

Met betrekking tot langdurige zorg, zoals ouderenzorg, wordt echter het concept van 'alledaagse ethiek' (*everyday ethics*) gebruikt (Van der Dam et al, 2012). Iedere zorgverlener krijgt in de dagelijkse zorg voor kwetsbare ouderen met ethische kwesties te maken en moet daarvoor oplossingen vinden. Bij praktische vragen ("wat of hoe zal ik dit aanpakken") hoort heel vaak een ethisch aspect: "wat betekent dat voor de patiënt". Onderscheid wordt hierbij wel gemaakt tussen morele onzekerheid en morele nood (Hamric, 2000). Bij onzekerheid is niet duidelijk of er sprake is

van een ethische kwestie dan wel wat de aard daarvan is of niet duidelijk is wat moreel juist is. Dit kan zich voordoen als een patiënt zich onverwacht verbaal enigszins tegen de behandeling verzet ("ik heb geen zin meer"), terwijl eerder met de behandeling is ingestemd. Juridisch gezien moet de behandeling worden gestopt, maar kan dat halverwege het plaatsen van een restauratie? Moeten verbale uitingen worden genegeerd of weggepraat? Dat kan een gevoel van ongemak geven en de vraag oproepen of er sprake is van een ethische kwestie en van welke aard. Terugkijkend op

een behandeling kan ook achteraf morele onzekerheid ontstaan. Bij morele nood lijkt wel duidelijk wat er moet gebeuren maar omstandigheden maken dat onmogelijk, zoals een voldoende uitgeruste behandelkamer of organisatorische

en financiële beperkingen. Morele nood draagt bij aan de frustratie, die zorgverleners ondervinden als voor mondzorg afgeweken moet worden van de standaard. Hoe 'licht' de morele vraag ook lijkt, expliciteren is altijd zinvol.

Hoe vaak en in welke mate de verschillende ethische kwesties zich voordoen is niet goed vastgesteld. Verondersteld mag worden dat alledaagse ethische kwesties vaak voorkomen bij de mondzorg voor kwetsbare ouderen, omdat daarin veelvuldig beperkingen voorkomen. Veel ethische kwesties komen voor bij ouderen die in een zorginstelling verblijven. Te verwachten is dat ethische kwesties vaker gaan voorkomen in de algemene mond-

Verbeteren van waardigheid als doel van zorg

zorgpraktijk door het groeiende aantal thuiswonende (kwetsbare) ouderen.

HOE OM TE GAAN MET ETHISCHE KWESTIES?

Ethische kwesties in de mondzorg voor kwetsbare ouderen zijn in zekere mate te voorkomen door achteruitgang van de mondgezondheid te beperken. Dat kan door de mondgezondheid 'levensloopbestendig' te maken voordat kwetsbaarheid ingrijpende behandelingen moeilijk of onmogelijk maakt. Centraal staat beperken van risico's op schade, pijn en functieverlies als de kwetsbaarheid toeneemt en mondzorg niet meer optimaal mogelijk is. De situatie in de mond moet mondhygiëne faciliteren, ook als dat door anderen moet gebeuren. Het is van belang dat de patiënt tijdig gewend raakt aan intensieve mondhygiëne, inclusief interdentale reiniging. Het lijkt erop dat wat in de dagelijkse routine al aanwezig is voordat achteruitgang begint, beter standhoudt (Niessen et al, 2015). Vaak betekent dit het verwijderen van gebitselementen met een slechte prognose en het vermijden van complexe restauratieve en prothetische voorzieningen (Murray, 2015). Het resultaat kan een verkorte tandenboog of enkele sterke pijlerelementen met eenvoudig uit te breiden gedeeltelijke gebitsprotheses zijn, waarbij de patiënt bijvoorbeeld gewend is aan mondhygiëne met een elektrische tandenborstel. Een volledige gebitsprothese wanneer daaraan nog gewend kan worden, kan soms de voorkeur genieten boven het handhaven van een restgebit met veel risico op problemen.

Een besluit tot (ingrijpende) behandeling om een levensloopbestendige mondgezondheid te realiseren kan moeilijk zijn. Zeker als er geen direct voelbare noodzaak is, terwijl geen of beperkte kwetsbaarheid wordt ervaren. Een alternatief is om tijdig afspraken te maken over zorg en behandeling in de toekomst. In de geriatrische zorg krijgt dat vorm in verklaringen om niet te behandelen en niet te re-animeren. In opkomst is 'vroegtijdige zorgplanning' (VZP) die vooral is gericht op ouderen in zorgorganisaties, maar ook in huisartspraktijken (Piers, 2013; Van der Plas et al, 2017). Het concept lijkt ook voor mondzorg toepasselijk. Dat geldt zeker als er geen verwanten zijn die kunnen verwoorden wat een patiënt zou hebben gewild. Vroegtijdige zorgplanning vereist echter wel een methodische aanpak, waarbij wordt uitgegaan van een aantal voorwaarden, zoals het vermogen van de patiënt zich voor te stellen wat de ingrijpende behandeling inhoudt en welke gevolgen die heeft.

Door wet- en regelgeving inzake de kwaliteit van de zorg in België als Nederland worden bijvoorbeeld ten aanzien van autonomie en welzijn/niet schaden ethische kwesties vermeden. Tijdige communicatie met de patiënt over en diens instemming met de zorg is een wettelijk vereiste (de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* in Nederland en de *Wet betreffende de rechten van de patiënt* in België). Toestemming voor de uitvoering van het zorgplan dient bij wilsonbekwaamheid te worden gegeven door een wettelijk vertegenwoordiger. In de *Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen* (Nederland) en de *Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*



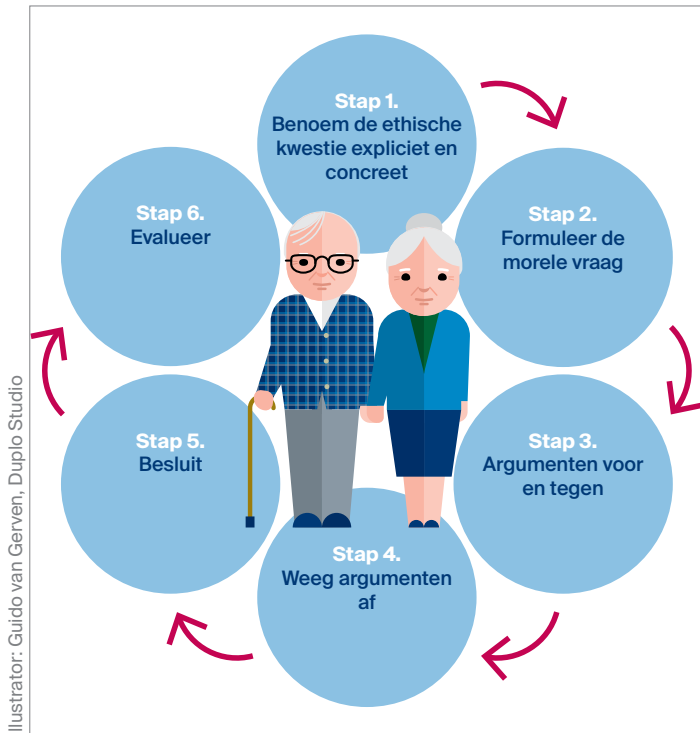
Desolate dentitie bij kwetsbare oudere.

(België) worden regels gesteld ten aanzien van dwang in de zorg. Aan beroepsregels en gedragsregels van beroepsorganisaties van tandartsen zijn aanwijzingen te ontleen over handelwijzen in de mondzorg. Niet alle ethische kwestie worden hiermee vermeden; er zullen interpretatieverschillen blijven, ook van wet- en regelgeving.

Ethische kwesties kunnen ook vermeden worden als meer en betere aangepaste middelen voor mondzorg voor kwetsbare ouderen beschikbaar komen zowel voor ouderen in zorginstellingen als voor thuis verblijvenden. Er zal dan minder vaak morele nood zijn, omdat noodzakelijke behandelingen uitgevoerd kunnen worden.

ALS EEN ETHISCHE KWESTIE ZICH VOORDOET: HERKENNEN EN ANTWOORDEN VINDEN

Om een ethische kwestie in de mondzorg te betrekken moet deze eerst herkend worden. Herkennen betekent voelen, ervaren dat een (afwijkende) behandeling in conflict kan zijn met goed, verantwoord handelen. Er is enige indicatie uit onderzoek dat tandartsen ethische kwesties niet steeds als zodanig herkennen, waarbij morele gevoeligheid een rol speelt (Hamric, 2000). Dat wil niet zeggen dat die tandartsen zonder ethisch normbesef werken. Bryant et al (1995) gingen na welke beperkingen in de mondzorg tandartsen, werkend in een instelling, ervaren en hoe ze die oplossen. De oplossingen waren meestal praktisch van aard en varieerden sterk op een continuüm van tandheelkundig gezien pragmatische tot ideale oplossingen, een keuze op basis van de inschatting van het succes van behandeling rekening houdend met de conditie en omstandigheden van de patiënt. Bijvoorbeeld bij verminderd kauwvermogen door ontbrekende gebitselementen kiest de ene tandarts pragmatisch voor een eenvoudige uitneembare prothetische oplossing (partiële plaatprothese) en de ander voor een oplossing van een vaste prothetische constructie (kroon, brug, eventueel implantaat). Gevraagd naar de ethische aspecten bleken de tandartsen impliciet normen te hanteren die varieerden op een continuüm van 'autonomie' (de wens van de patiënt is leidend) tot 'welzijn' (doen wat tandheelkundig het beste voor de patiënt



Afb. 1. Ethische toolkit om tot een goede afweging te komen bij morele dilemma's (Bron: KNMG).

is). Een tandarts die niet de best mogelijke behandeling kon uitvoeren ('weldoen') omzeilde een morele vraag door pragmatische, praktische oplossingen voor een beperking in de mondzorg te benoemen als 'rationele mondzorg'. Een noodzakelijke behandeling kon achterwege worden gelaten zonder in te gaan op het ethisch aspect van weldoen met het argument van de autonomie van de patiënt, als deze zich tegen behandeling verzette. Mogelijke ethische kwesties worden dan eigenlijk niet herkend en zeker niet expliciet betrokken in de mondzorg, ondanks de goede intenties.

Ethische kwesties kunnen als zodanig herkend worden, als tandartsen zich steeds afvragen of de behandeling die ze voor ogen hebben of al uitgevoerd hebben 'goed is of was voor de patiënt'. Het bevragen van de patiënt en betrokkenen (partner of familie) hierover zal de herkenbaarheid vergroten.

Een ethische kwestie in de mondzorg wordt expliciet gemaakt door tandheelkundige en morele aspecten in verband met elkaar concreet te benoemen, waar nadien kan worden gezocht naar een antwoord. Sinds de opkomst van de medische ethiek rond 1980 worden ethische kwesties vooral gezien als ethische dilemma's. Oplossingen worden gezocht in de 'principe benadering': het afwegen van medisch ethische principes. Die benadering is geëigend voor de acute zorg gericht op genezing. De zorg voor kwetsbare ouderen is echter langdurig en doorgaans zal er sprake zijn van achteruitgang. Dan zijn niet zozeer de individuele rechten aan de orde, zoals verwoord in de 4 medisch-ethische kernprincipes, maar het streven om tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt. In deze opvatting is er aandacht voor de morele opvattingen en gevoelens van alle zorgverleners, familie en andere betrokkenen

(Van der Dam et al, 2012). De principebenadering is heel zinvol, maar wordt gezien als individualistisch, rationalistisch en principieel, kortom afstandelijk. Voor de 'alledaagse ethiek' wordt in aanvulling een benadering beter bruikbaar geacht, waarin overleg van tandarts, patiënt en andere betrokkenen centraal staat. Een aantal alternatieve benaderingswijzen is op grond hiervan ontwikkeld, samen te vatten in het begrip *zorgethiek* (Widdershoven, 2007).

In *zorgethiek* staat de patiënt centraal, in overleg met betrokkenen en met kennis en invoelen van alle aspecten van kwetsbaarheid. Naast de medisch-ethische kernprincipes zijn daarbij ook andere waarden relevant. Gastmans (2013) betoogt bijvoorbeeld dat het doel van de zorg het behouden, zo mogelijk het verbeteren van de waardigheid zou moeten zijn. Daarmee verbreedt de (mond)zorg zich van de concrete behandeling naar de omgang met de patiënt, inclusief de gewenste behandeling. Het gaat hierbij om aanvoelen van ervaringen van de patiënt en (on)mogelijkheden nu en in de toekomst, maar ook om het afstemmen van zorgprocessen van verschillende zorgverleners op elkaar. Voor tandartsen betekent dat rekening houden met en inspelen op de zorgverlening in volle breedte.

Vanuit *zorgethiek* is het uitgangspunt in de mondzorg "*de goede dingen goed doen*": doen wat goed is voor de patiënt, wat de waardigheid of levenskwaliteit in stand houdt of verbetert, waarbij voor- en nadelen van behandelingen/zorg zijn afgewogen. En dat op een goede manier doen, aanvaardbaar (dat wil zeggen te verantwoorden) in het eigen vakgebied en afgestemd op het gehele zorgproces. Dat is dan het kader voor het expliciteren van ethische kwesties en zoeken en vinden van antwoorden.

OVERLEG IN DE INTEGRALE ZORGETHISCHE BENADERING

Wie doet mee in het overleg?

Centraal in de *zorgethische* benadering staat het overleg met de patiënt en zijn naasten en anderen die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn met de praktische vraag: "*wat is juist om hier te doen*". Het is van belang de patiënt altijd te betrekken in dit overleg. Ook als er sprake is van wilsonbekwaamheid (Verheul-van der Voorden et al, 2015). In de eerste plaats is niet altijd uit te maken in welke mate cognitieve achteruitgang het onmogelijk maakt een mening te hebben of een gevoel te uiten. Daarnaast is wilsonbekwaamheid niet een stabiele conditie: vaak wisselt het vermogen om de eigen wil aan te geven in de tijd en per onderwerp. In het overleg met de anderen kan de mate van autonomie gewogen worden. Bij deze werkwijze is het nodig dat de mondzorg onderdeel is van de integrale zorg voor de kwetsbare oudere. De aparte status die de mondzorg vaak nog heeft, moet daarom worden verlaten (Niesten, 2016). Uiteraard worden alleen degenen in overleg betrokken die in verband met de ethische kwestie een re-

levante rol spelen.

Het overleg kan op allerlei manieren plaats vinden. Bijvoorbeeld incidenteel binnen de afdeling van de zorgorganisatie voor hoog zorgafhankelijke ouderen met de patiënt, verzorgenden, de specialist ouderenzorg en familie, gezamenlijk of afzonderlijk. Ook kan gebruik worden gemaakt van overleg met alle betrokkenen, zoals dat in zorgorganisaties regelmatig plaatsvindt: multidisciplinair overleg (MDO) of zorgleefplanbespreking. Hierin wordt eens per half jaar de zorg geëvalueerd met de patiënt en alle andere betrokkenen en zo nodig bijgesteld. Mondzorg is hiervan een onderdeel, zodat ethische kwesties daar aan bod kunnen komen. Voor complexere kwesties is het moreel beraad (intermezzo 2) een goede mogelijkheid.

Ethische kwestie benaderen met systematisch overleg

Een ethische kwestie is vaak niet snel en eenduidig te beantwoorden. Het gaat immers om botsende waarden en inzichten, waar niet voor iedereen het antwoord bevredigend zal zijn. Het is wel nodig iedereen gelegenheid te geven inbreng te hebben en gehoord te worden. Daarom zijn stappenplannen ontworpen om te zorgen dat alle aspecten van een kwestie, maar ook alle deelnemers aan het overleg aan bod komen. Antwoorden of conclusies worden dan door het overleg gedragen, ook al is niet iedereen het er helemaal mee eens. De stappenplannen lijken op elkaar, de meest voorkomende stappen volgen hierna (afb. 1) (KNMG, 2019).

In de eerste stap moet voor alle gesprekspartners duidelijk worden wat de aard en inhoud is van zowel de (afwijkende) behandeling als de daarbij betrokken morele aspecten. Bijvoorbeeld de extractie van een geïnfecteerd gebitselement bij een persoon met dementie. Vanwege weerstand tegen de behandeling wordt sedatie voorgesteld. De persoon kan zelf geen toestemming geven en dit is in conflict met zijn 'autonomie' en 'waardigheid'. De extractie niet uitvoeren is in conflict met 'weldoen' en mogelijk 'niet schaden' omwille van de infectie. Tijdens het overleg kan men elkaar bevragen om precies vast te stellen wat hier de morele vraag is. Dat is vooral van belang als er sprake is van morele onzekerheid bij degene die de kwestie inbrengt (meestal de tandarts). Essentieel is de mening van de patiënt en/of naasten. Het is goed mogelijk, dat zij geen ethische kwestie ervaren, bijvoorbeeld omdat bij hen de mondgezondheid minder op de voorgrond staat dan andere problemen. In deze fase is het nodig een helder en correct beeld krijgen van de bewoner en zijn/haar kwetsbaarheid, het gaat dan om: algemene gezondheid, medicatiegebruik, mobiliteit, cognitieve en psychische status en sociale omstandigheden. Voor ouderen die zorg krijgen in een zorginstelling of in de thuiszorg is het zorgleefplan een goede basis. Dit plan omvat alle relevante informatie over de patiënt, de afspraken over zorgdoelen en de zorg die zal worden ge-

INTERMEZZO 2. MOREEL BERAAD

Een gestructureerde, methodische optie voor overleg over ethische kwesties is het moreel beraad waarbij betrokkenen zorgverleners aanwezig zijn. Eigenlijk wordt een moreel beraad gehouden bij een complex dilemma met ingrijpende gevolgen voor de patiënt. Daarbij is het lastig tot een oplossing te komen in een gewoon overleg op de afdeling. Bij een multidisciplinair overleg zal er te weinig tijd zijn. In het moreel beraad wordt een ethische kwestie naar aanleiding van een concrete ervaring besproken volgens een vastliggend stappenplan (vergelijkbaar met hiervoor besproken stappenplan), onder leiding van een deskundige (eticus, filosoof, geestelijk verzorger). Deze heeft vooral een faciliterende rol om de focus op de morele aspecten te houden. De gesprekken zijn intensief en diepgaand en kosten tijd (1-2 uur). De uitkomsten liggen niet vast, omdat er sprake is van open overleg waarin alle mogelijke perspectieven kunnen worden betrokken. Een conclusie over hoe te handelen is niettemin mogelijk en vrijwel altijd haalbaar. Moreel beraad vergt organisatie en middelen. In grotere instellingen bestaat regulier moreel beraad.

geven. Is er geen zorgleefplan dan kan overleg met betrokkenen de nodige informatie opleveren. Ook kan gebruik worden gemaakt van meetinstrumenten om de mate van kwetsbaarheid vast te stellen als een indicator van de belastbaarheid (Bras et al, 2015).

In de tweede stap wordt de morele vraag geformuleerd. Die moet concreet en nauwkeurig zijn: bij voorkeur met ja of nee te beantwoorden. Mogelijk zijn meerdere vragen aan de orde. Dan kan gefocust worden op de belangrijkste vraag. Bijvoorbeeld: 'mag voor extractie bij de patiënt sedatie worden gebruikt?' De morele vraag formuleren is een

aparte stap, omdat vaak blijkt dat er nog verschillende inzichten zijn. Dan moeten eerst aanvullende gegevens worden verkregen.

De derde stap bestaat uit het analyseren van de argumenten voor of tegen. Met concrete on-

derbouwingen. Welk risico houdt het niet uitvoeren van de extractie in? Hierbij zijn achterliggende waarden, normen en opvattingen belangrijk. Waarom kiest de ene tandarts voor een afwijkende behandeling, terwijl de ander alleen de ideale oplossing accepteert?

Vervolgens worden in stap 4 de argumenten afgewogen in onderling overleg. Zo mogelijk wordt consensus bereikt. Als dat niet lukt wordt gekeken welke argumenten het zwaarst wegen. Hulpmiddelen hierbij zijn ethische theorieën maar ook criteria als subsidiariteit. Eigenlijk mag niemand zich benadeeld voelen. Maar ook als er geen oplossing is, kan dat voor de inbrenger van de casus heel behulpzaam zijn voor het verdere handelen (Abma et al,

Toename ethische kwesties verwacht in algemene praktijk

2009). Zie intermezzo 1 voor alternatieve behandelingen.

Na de afweging wordt in stap 5 een concreet besluit genomen en er wordt afgesproken door wie en hoe het besluit wordt uitgevoerd. Bijvoorbeeld over het inlichten van niet aanwezige betrokkenen. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over het beperken van eventuele morele schade die uit het besluit voortvloeit. Als het besluit betekent dat een behandeling niet wordt uitgevoerd, kan de tandarts op zoek gaan naar alternatieven.

Ten slotte wordt in stap 6 het overleg geëvalueerd: is iedereen voldoende gehoord, zijn alle aspecten voldoende belicht. Is het besluit voor iedereen helder? Op langere termijn wordt de uitvoering van het besluit geëvalueerd. Was het besluit uitvoerbaar, zijn de resultaten als verwacht en kon eventuele morele schade inderdaad worden beperkt. De resultaten van de evaluatie kunnen gebruikt worden voor toekomstig overleggen en/of te kiezen behandelingen.

DISCUSSIE

Ethische kwesties zijn onlosmakelijk verbonden met de mondzorg voor kwetsbare ouderen. Tandartsen zullen echter niet altijd ethische kwesties betrekken in de mondzorg, en zich vooral impliciet baseren op wel doen en waar mogelijk autonomie. Als mogelijke oorzaak hiervoor wordt gesuggereerd dat in de opleiding vooral de autonomie in combinatie met ideale behandelresultaten centraal staat (Bryant et al, 1995). Daarmee zijn tandartsen eigenlijk niet goed voorbereid voor het aanpakken van de mondzorg voor kwetsbare ouderen, omdat juist in het perspectief van wel-doen en autonomie beperkingen optreden. Er dient meer aandacht te gaan naar ethisch overleg in de opleiding. (MacEntee en Mathu-Muju, 2014).

Een belangrijk doel is leren aandacht te hebben voor de mens achter de patiënt, zijn levensverhaal met kwetsbaarheden, mogelijkheden en onmogelijkheden. Daarmee wordt aangeleerd de mondgezondheid en mondzorg te plaatsen in de context van dat levensverhaal.

Ook het multidisciplinair communiceren met andere zorgverleners moet aangeleerd worden, zowel over de praktische aspecten van de mondzorg als over de ethische aspecten. Tandheelkundig inhoudelijk moet meer aandacht worden besteed aan strategieën gericht op levensloopbestendigheid van de mondgezondheid, maar ook op de mogelijkheden van afwijkende behandelvormen. In de praktijk zijn regelmatige patiëntbesprekingen een middel om systematisch ethische aspecten aan de orde te laten komen. Zowel in de opleidingen als in de praktijk zal inbedding van de mondzorg in het bredere zorgproces een onderwerp van aandacht moeten zijn. Het zal overigens zowel de bredere zorg als de mondzorg inhoudelijk en moreel veel effectiever maken, als in de opleiding van andere zorgverleners veel meer aandacht aan de mondgezondheid wordt besteed.

Hiervoor is betoogd dat de mondzorg voor kwetsbare ouderen effectiever wordt als ethische kwesties daarin be-

trokken worden, omdat daarmee het doel van de mondzorg in termen van kwaliteit van leven beter vorm krijgt. Nu bestaan er nauwelijks richtlijnen voor het oplossen van de beperkingen in de mondzorgverlening aan kwetsbare ouderen, noch voor de ethische kwesties die daaruit kunnen voortkomen. Er bestaan ook maar beperkte criteria voor de juistheid van het handelen zowel in praktisch, maar vooral in ethisch opzicht. Ieder moet daarin zijn eigen weg zoeken. Er is derhalve geen 'goede' of 'foute' keuze, maar iedere keuze heeft wel consequenties, bijvoorbeeld goed- of afkeuring van betrokkenen. Voor het zoeken van een weg in deze materie is reflectie noodzakelijk. Dat wordt ook gezien als de kern van zorgethiek. Gezien de grote variatie in individuele situaties moet dat een continu proces zijn. Iedere keer weer de vraag stellen of dit de juiste oplossing was, wat de alternatieven zijn en wat een volgende keer aangepast moet worden. Dit voortdurende leerproces is een voorwaarde voor het steeds empathisch en creatief komen tot oplossingen voor de beperkingen in de mondzorgverlening en ethische kwesties. Het zal niet leiden tot eenvoudige standaardoplossingen. De variatie in mensen en hun omgeving is oneindig. Leren reflecteren moet in de opleidingen zijn ingebed. Daarbij is het verkrijgen van zelfkennis één van de doelen. Zorgverleners verschillen in hun 'morele gevoeligheid'. Toch is die morele gevoeligheid een kenmerk van zorgethiek en het langs die weg vinden van oplossingen voor ethische kwesties. Als de eigen betrokkenheid niet zo sterk is, moeten tandartsen leren beroep te doen op andere zorgverleners. Bekend is de assistent die soms veel beter weet wat er bij de patiënt leeft dan de tandarts. Die informatie kan in patiëntbesprekingen, intervisie en eventueel supervisie zinvol worden aangewend.

De hiervoor aangegeven onderwerpen die in tandartsopleidingen moeten worden opgenomen, moeten ook in het postacademisch onderwijs veel meer aandacht krijgen: ethisch redeneren, (multidisciplinair) communiceren, reflecteren en alternatieve behandelmogelijkheden.

CONCLUSIE

Mondzorg voor de kwetsbare oudere kan een betere bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven als een voortdurende afweging van praktische en morele aspecten plaatsvindt. Dat zal ook de morele druk op de tandarts verlichten. Uitgangspunt is dat ethische kwesties in de mondzorg zich elke dag voordoen en daar ook kunnen worden opgelost. De zorgethische benadering is daarvoor geëigend, waarin overleg met de patiënt, familie en andere betrokkenen centraal staat. Om dat te realiseren is een betrokkenheid met de patiënt nodig, evenals het vermogen en de vaardigheden om te reflecteren. Maar ook de kennis en het vermogen om mondzorg aan te passen aan de (on)mogelijkheden van de kwetsbare oudere. Voor overleg is een multidisciplinaire inbedding nodig, waarvoor mondzorg onderdeel moet zijn van het bredere zorgproces. In de opleidingen van tandartsen en organisatie van mondzorg in zowel instellingen als algemene praktijken zal hiervoor aandacht moeten zijn.

LITERATUUR

- * *Abma TA, Molewijk B, Widdershoven GAM.* Good care in ongoing dialogue. Improving the quality of care through moral deliberation and responsive evaluation. *Health Care Anal* 2009; 17: 217-235.
- * *Beauchamp T, Childress J.* Principles of Biomedical Ethics New York: Oxford University Press, 2013.
- * *Bryant SR, MacEntee MI, Browne A.* Ethical issues encountered by dentists in the care of institutionalized elders. *Spec Care Dentist* 1995; 15: 79-82.
- * *Bras L, Peters TT, Wedman J, et al.* Predictive value of the Groningen Frailty Indicator for treatment outcomes in elderly patients after head and neck, or skin cancer surgery in a retrospective cohort. *Clin Otolaryngol* 2015; 40: 474-482.
- * *Dam S van der, Abma TS, Kardol MJM, Widdershoven GA.* 'Here's my dilemma'. Moral case deliberation as a platform for discussing everyday ethics in elderly care. *Health Care Anal* 2012; 20: 250-267.
- * *Ettlinger RL.* "To treat or not to treat--that is an important question". *Spec Care Dentist.* 2007; 27: 167.
- * *Foltyn P.* Ethical decision making in aged care. *Gerodontology* 2017; 34: 289-290.
- * *Frencken JF.* The Atraumatic Restorative Treatment (ART) approach can improve oral health for the elderly; myth or reality? *Gerodontology* 2014; 31: 81-82.
- * *Gastmans C.* Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nurs Ethics* 2013, 20: 142-149.
- * *Gerritsen AE.* Serie: Hora est. Verkorte tandenboog en levenskwaliteit. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2018; 125: 469-472.
- * *Hamric AB.* Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48: 199-201.
- * *Jones JA, Holden ACL.* Consent in geriatric dental care and research is important but seldom discussed. *J Evid Based Dent Pract* 2019; 19: 95-97.
- * *KNMG.* Ethische toolkit. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/start.htm> (geraadpleegd 02-10-2019).
- * *MacEntee MI, Mathu-Muju KR.* Confronting dental uncertainty in old age. *Gerodontology* 2014; 31 (Suppl. 1): 37-43.
- * *Mukherjee A, Livinski AA, Millum J, et al.* Informed consent in dental care and research for the older adult population: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 2017; 148: 211-220.
- * *Murray CG.* Advanced restorative dentistry - a problem for the elderly? An ethical dilemma. *Aust Dent J* 2015; 60 Suppl 1:106-113.
- * *Niessen D, Sanden WJM van der, Gerritsen AE.* De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 210-216.
- * *Niessen D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N.* Oral health-related quality of life and associated factors in a care-dependent and a care-independent older population. *J Dent.* 2016; 55: 33-39.
- * *Piers RD, Eechoud IJ van, Camp S van, et al.* Advance Care Planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Educ Couns* 2013; 90: 323-329.
- * *Plas A van der, Eliel M, Onwuteaka-Philipsen B.* Advance care planning in de huisartsenpraktijk Denken en praten ouderen over behandelwensen? *Tijdschr Ouderengeneeskunde*, 2017, 4. <https://www.verenso.nl/magazine-september-2017/no-4-september-2017/wetenschap/advance-care-planning-in-de-huisartsenpraktijk> (geraadpleegd 8 augustus 2019)
- * *Ramsay SE, Papachristou E, Watt RG, et al.* Influence of poor oral health

on physical frailty: A population-based cohort study of older British men. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66: 473-479.

- * *Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso).* Richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen'. Utrecht: Verenso, 2007.
- * *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.
- * *Widdershoven G.* *Ethiek in de kliniek.* Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek, Meppel, Boom, 2007.

SUMMARY

Ethical decision making in dental care for frail older people

Vulnerable older people often need intensive preventive and curative oral health care. However, their physical and cognitive decline does not always allow for lege artis implementation of dental treatments. This causes practical problems often with related moral issues. Including these moral issues in planning and implementation will make oral healthcare more effective and will also alleviate moral pressure on oral healthcare providers. Mostly the moral issues relate to every day ethics, which can be solved by all persons involved collectively, in open consultation and with an ethics of care approach. This means aiming at 'doing the right thing in the right way', including all the relevant aspects of the person of the patient and his/her environment. To achieve this, oral health care should be embedded in the overall care process for the elderly and care providers should feel involved with the older person and have reflective skills.

AUTEURSINFORMATIE

R.M.H. Schaub¹, B. Janssens², M. Petrovic³, E. van Leeuwen⁴

Uit 'het centrum Tandheelkunde en mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen (Nederland), ²de vakgroep Mondzorg Bijzondere Noden, Gerodontologie, Mondgezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent (België), ³de vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie, sectie Geriatrie, van de Universiteit Gent (België), ⁴em. hoogleraar Medische Ethiek aan het Radboudumc in Nijmegen (Nederland)

Datum van acceptatie: 14 oktober 2019

Adres: prof em. dr. R.M.H. Schaub, Hoofdweg 45, 9761 EA Eelde
rschaub@home.nl