

B.C. Schouten

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Kennis van tandartsen

Samenvatting

Trefwoorden:

- Sociale tandheelkunde
- WGBO
- Wetgeving

Uit de afdeling Sociale tandheelkunde en voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Datum van acceptatie:

2 april 2000.

Adres:

Mw. B.C. Schouten

ACTA

Louwesweg 1

1066 EA Amsterdam

Het doel van dit artikel is inzicht te geven in de mate waarin tandartsen-algemeen practici op de hoogte zijn van enkele belangrijke onderdelen van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO), vier jaar na introductie ervan. Hiertoe werd aan een steekproef van 806 tandartsen, random getrokken uit de bestanden van de NMT, een vragenlijst gezonden. Het responspercentage bedroeg 41,6. Uit de resultaten blijkt dat de respondenten in het algemeen goed op de hoogte zijn van een aantal belangrijke onderdelen van de WGBO, zoals het toestemmingsvereiste bij ingrijpende behandelingen, het redelijkheids criterium, het inzagerecht van de patiënt in zijn dossier en de medewerkingsplicht van de patiënt. Sommige plichten en rechten van tandarts en patiënt zijn echter beduidend minder bekend. Zo wordt ten onrechte gedacht dat voor alle behandelingen expliciet de toestemming van de patiënt is vereist, is men niet goed op de hoogte van de minimale bewaartermijn van dossiers en weet men onvoldoende dat de patiënt ook het recht heeft niet geïnformeerd te worden over de behandeling. In de discussie wordt een aantal verklaringen gegeven voor het gebrek aan kennis over sommige aspecten van de wet. Vooral een tekort aan relevantie van sommige wetsonderwerpen voor de tandartspraktijk zou een verklaring kunnen bieden voor het tekort aan kennis.

SCHOUTEN BC. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Kennis van tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 238-241.

Inleiding

De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) is op 1 april 1995 van kracht geworden. Het belangrijkste doel van deze wet is de positie van de patiënt te versterken met inachtneming van de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Twee centrale elementen van de WGBO zijn het recht op informatie en het toestemmingsvereiste. Het recht op informatie houdt in dat de patiënt recht heeft op informatie over onder meer de aard en het doel van de behandeling, mogelijke alternatieve behandelingen en de te verwachten gevolgen en risico's. Het toestemmingsvereiste wil zeggen dat in principe voor elke behandeling de toestemming van de patiënt is vereist. Dit toestemmingsvereiste hangt nauw samen met het recht op informatie, omdat wordt aangenomen dat de patiënt pas weloverwogen toestemming kan geven voor een behandeling, als hij goed is geïnformeerd. In de Amerikaanse literatuur wordt dan ook van 'informed consent' gesproken: toestemming gebaseerd op relevante informatie (O'Connor, 1981; Myers, 1993).

De Tweede Kamer wil dat de wet systematisch geëvalueerd wordt om zodoende knelpunten en eventuele onvoorziene consequenties in de relatie hulpverlener-patiënt op te kunnen sporen. Hoewel juristen weinig problemen lijken te hebben met de toepassing van de wet, is tot nu toe weinig onderzoek verricht naar de consequenties van de WGBO voor de praktijk van de zorgverlening. Het onderzoek dat is gedaan, laat echter zien dat hulpverleners wel degelijk problemen ervaren met de toepassing van de wet in de praktijk. Zo blijkt uit een onderzoek van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) dat de houding van medisch specialisten ten aanzien van de wet verre van positief te noemen

is (De Haes *et al*, 1998). Ander onderzoek toonde aan dat tandartsen een niet gering aantal negatieve consequenties zien van de WGBO voor de praktijkvoering (Eijkman en Goedhart, 1995). Hoewel redelijk veel aandacht is besteed aan de WGBO in de vakpers (*Medisch Contact*, *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* en het *Nederlands Tandartsenblad*) toonde laatstgenoemd onderzoek aan dat de kennis van de WGBO te wensen overlaat (dit in tegenstelling tot het onderzoek van De Haes *et al* (1998), waaruit bleek dat medisch specialisten en verpleegkundigen redelijk goed op de hoogte zijn van de wet).

Gezien het tekort aan gegevens is nader onderzoek nodig om de knelpunten van de WGBO in de tandheelkundige praktijk in kaart te kunnen brengen. Hoewel het onderzoek van Eijkman en Goedhart (1995) meer inzicht heeft gegeven in de opinies van tandartsen over de WGBO, is de generaliseerbaarheid van de resultaten, vanwege de kwalitatieve opzet en kleine steekproef, beperkt. Bovendien is dit onderzoek kort na de invoering van de WGBO uitgevoerd, en is onbekend in hoeverre de resultaten op dit moment nog geldig zijn. Daarom is besloten een grootschalig kwantitatief onderzoek uit te voeren om na te gaan in welke mate de wet thans, 4 jaar na invoering, bekend is onder tandartsen, hoe zij over de wet denken, en welke problemen zij ervaren bij de toepassing van de wet in de praktijk. De twee hoofdvragen die in dit artikel aan de orde komen, zijn: 1. Hoeveel kennis heeft de tandarts-algemeen practicus van 4 belangrijke onderdelen van de wet, te weten de informatieplicht, het toestemmingsvereiste, de rechten en de plichten met betrekking tot het dossier, en de medewerkingsplicht van de patiënt? 2. Is de mate van kennis van de WGBO gerelateerd aan demografische kenmerken en/of praktijkkenmerken?

Materiaal en methode

Bij de methode is gebruikgemaakt van een zelf ontworpen vragenlijst, bestaande uit 17 ware en onware stellingen en 1 open vraag. De items zijn gebaseerd op eerder onderzoek naar de WGBO, alsmede op algemene literatuur over de wet (Sluyters en Biesart, 1995). De 17 stellingen hadden betrekking op de volgende aspecten van de WGBO: het toestemmingsvereiste (6 items), de informatieplicht (4 items), de rechten en de plichten met betrekking tot het dossier (5 items), en de medewerkingsplicht van de patiënt (2 items). In de open vraag werd de respondent uitgenodigd maximaal 5 onderwerpen te noemen waarover hij/zij denkt zijn/haar patiënten te moeten informeren volgens de WGBO.

Van ieder van de 17 stellingen kon op een vijfpunts Likert-schaal worden aangegeven in hoeverre men denkt dat de uitspraak in de WGBO is vastgelegd. Er waren 5 antwoordmogelijkheden: is zeker niet vastgelegd, is waarschijnlijk niet vastgelegd, weet niet, is waarschijnlijk vastgelegd, is zeker vastgelegd. Aangenomen wordt dat hoe hoger men scoort op de items, hoe groter de zekerheid is die men over de kennis heeft. Naast de kennisitems is een aantal vragen opgenomen over de werk- en praktijksituatie, demografische kenmerken en andere achtergrondvariabelen, zoals de gevolgde nascholing op het gebied van de tandarts-patiënt-communicatie.

De vragenlijst is naar 806 tandartsen verzonden (643 mannen, 79,7%; 163 vrouwen, 20,3%), random getrokken uit het bestand van de NMT; 335 vragenlijsten (41,6%) werden geretourneerd, waarvan 264 van mannen (78,8%) en 71 van vrouwen (21,2%). Hiervan waren 75 vragenlijsten niet bruikbaar, meestal omdat de tandarts aangaf niet meer werkzaam te zijn. In totaal waren er dus 260 vragenlijsten bruikbaar (32,3%) voor verdere analyse. Van de respondenten waren er 194 (75,2%) werkzaam als praktijkhoudend tandarts in eigen praktijk voor gemiddeld 33,8 uur per week.

Omdat de scores op de items erg scheef verdeeld waren, is in de analyses gebruikgemaakt van verdelingsvrije toetsen. Verschillen in itemscores zijn getoetst met de Wilcoxon signed rank-toets. De Mann-Whitney-toets voor 2 onafhankelijke groepen en de Kruskal-Wallis-toets voor meer dan 2 onafhankelijke groepen, zijn gebruikt om de relatie tussen de mate van kennis enerzijds en de demografische en praktijkkenmerken anderzijds te onderzoeken.

Resultaten

De betrouwbaarheid van zowel de gehele schaal ($\alpha = ,38$) als de 4 subschalen was laag ($\alpha = ,00$ tot $,14$). Dit wil zeggen dat een grote mate van zekerheid over kennis van het ene item niet betekent dat dit voor andere items ook zo is. Waarschijnlijk zijn de betrouwbaarheden zo laag, omdat de afzonderlijke items binnen elke subschaal een grote variatie aan aspecten beslaan. Vanwege de lage betrouwbaarheid zijn de analyses uitgevoerd op item-niveau.

In tabel 1 worden de gemiddelde scores op de items gegeven. Ook wordt aangegeven of de stelling waar is of niet. Van de items die betrekking hebben op de informatie-

Tabel 1. De 17 items van de vragenlijst, de gemiddelde scores op de items en de correcte antwoorden.

	Gemiddelde itemscore	SD	Waar
INFORMATIEPLICHT			
1. De tandarts moet bij het informeren van zijn patiënten die informatie verstrekken die een redelijk denkende patiënt in de gegeven omstandigheden mag verwachten	4,43	0,77	Ja
2. Als een patiënt de tandarts vraagt informatie over de behandeling op papier te zetten, dan is hij dit verplicht te doen	4,02	1,01	Ja
3. De tandarts is niet verplicht een patiënt die jonger is dan 12 jaar te informeren over de behandeling	3,29	1,21	Nee
4. Als een patiënt niet geïnformeerd wil worden over de behandeling, dan moet de tandarts zich aan deze wens houden	2,82	1,23	Ja
TOESTEMMINGSVEREISTE			
5. De tandarts is verplicht een patiënt toestemming te vragen voor het verrichten van ingrijpende behandelingen	4,66	0,63	Ja
6. Als een patiënt de gegeven toestemming voor de behandeling schriftelijk wil laten vastleggen, dan moet de tandarts dit doen	4,04	1,00	Ja
7. Behandeling van patiënten tussen de 12 en 16 jaar vereist zowel de toestemming van de patiënt als van (een van) de ouders	3,81	1,17	Ja
8. Als een patiënt toestemming heeft gegeven voor een behandeling waarover hij niet geïnformeerd is, dan kan de tandarts zich later niet op die toestemming beroepen	3,31	1,18	Ja
9. Patiënten tussen de 16 en 18 jaar hebben toestemming van hun ouders nodig om zich door de tandarts te laten behandelen	3,10	1,31	Nee
10. De tandarts moet voor alle verrichtingen uitdrukkelijk de toestemming van de patiënt vragen	2,95	1,39	Nee
DOSSIERPLICHT EN INZAGERECHT			
11. De patiënt heeft altijd het recht om zijn dossier in te zien	4,42	0,95	Ja
12. De tandarts mag de patiënt inzage in het dossier weigeren, als deze de inhoud daarvan toch niet zal begrijpen	4,00	1,30	Nee
13. Als de patiënt vindt dat bepaalde gegevens in het dossier niet juist zijn, dan heeft hij het recht om hierover een verklaring aan het dossier toe te laten voegen	3,70	1,17	Ja
14. De patiënt heeft het recht om gegevens uit zijn dossier te laten vernietigen	3,08	1,45	Ja
15. Patiëntendossiers moeten minimaal 15 jaar worden bewaard	2,98	1,60	Nee
MEDEWERKINGSPLICHT PATIËNT			
16. De patiënt is verplicht de tandarts alle informatie te verstrekken die voor de behandeling noodzakelijk is	4,16	1,06	Ja
17. De tandarts is niet aansprakelijk voor een inadequate behandeling, als de patiënt tekort is geschoten in zijn medewerking aan de behandeling	3,23	1,31	Ja

plicht is men het meest zeker van kennis over het redelijkheids criterium. De score op dit item is significant hoger dan de scores op de andere items die betrekking hebben op de informatieplicht ($p = ,000$). Item 4, over het recht van de patiënt niet geïnformeerd te worden, heeft de laagste score behaald van de gehele vragenlijst, en is significant lager

dan de andere 3 items over de informatieplicht ($p = ,000$).

Zoals ook uit tabel 1 valt af te lezen is op item 5, over het toestemmingsvereiste voor ingrijpende behandelingen, het hoogst gescoord, en is dan ook significant hoger dan alle andere items ($p = ,000$). Niet van alle items over het toestemmingsvereiste is men echter even zeker over de kennis. Zo is de gemiddelde score op item 10 relatief laag. Men denkt blijkbaar ten onrechte dat voor alle verrichtingen expliciete toestemming van de patiënt is vereist.

Van de items over de dossierplicht en het inzagerecht heeft item 11 de hoogste gemiddelde score. Men heeft relatief grote zekerheid over het feit dat de patiënt altijd het recht heeft zijn dossier in te zien. De minimale bewaartermijn van dossiers is daarentegen aanmerkelijk minder bekend.

Op item 16, dat betrekking heeft op de medewerkingsplicht van de patiënt, is redelijk goed gescoord. Item 17 blijft hier een stuk bij achter. Blijkbaar is men minder zeker van het feit dat een tekort aan medewerking consequenties heeft voor de aansprakelijkheidsvraag in juridische procedures.

De open vraag om maximaal 5 onderwerpen te noemen waarover de patiënt geïnformeerd moet worden, is door 210 respondenten beantwoord; 81% noemde de kosten van de behandeling, 57% de risico's van de behandeling, 44% behandelingsalternatieven, 42% de aard van de behandeling en 33% de prognose van de behandeling. De voor- en nadelen van de behandeling en de status praesens werden door 18% van de respondenten genoemd, terwijl slechts 4% de diagnose noemde.

Ten slotte is ook gekeken naar eventuele verbanden tussen de mate van kennis enerzijds en de demografische en praktijkkenmerken anderzijds (vraag 2). Er bleek tussen mannen en vrouwen geen verschil te bestaan. Leeftijd van de tandarts (ingedeeld in 3 groepen: groep 1 t/m 38 jaar, groep 2 39 t/m 47 jaar, groep 3 > 47 jaar), het aantal jaren gevestigd als tandarts (ingedeeld in 3 groepen: groep 1 t/m 11 jaar, groep 2 12 t/m 20 jaar, groep 3 > 20 jaar), samenwerking met collega's en gevolgde nascholing bleken wel van invloed te zijn op de mate van kennis op enkele aspecten van de wet.

Tandartsen uit leeftijdsgroep 3 hebben meer kennis van het vernietigingsrecht van de patiënt dan tandartsen uit leeftijdsgroep 2 ($p = ,013$); tandartsen uit leeftijdsgroep 2 hebben meer kennis van het recht van de patiënt een verklaring aan het dossier toe te voegen dan tandartsen uit leeftijdsgroep 1 ($p = ,019$). Tandartsen die meer dan 20 jaar zijn gevestigd hebben meer kennis van het vernietigingsrecht dan tandartsen die korter dan 20 jaar zijn gevestigd ($p = ,028$) en tandartsen die tussen de 11 en 20 jaar zijn gevestigd hebben meer kennis van het recht van de patiënt een verklaring aan het dossier toe te voegen dan tandartsen die korter dan 11 jaar zijn gevestigd ($p = ,004$). Tandartsen die samenwerken met collega's hebben meer kennis van het toestemmingsvereiste voor ingrijpende behandelingen ($p = ,009$), van het feit dat de tandarts geen inzage in het dossier mag weigeren als de patiënt de inhoud ervan niet zal begrijpen ($p = ,002$) en van de plicht van de tandarts kinderen onder de 12 jaar te informeren over de behandeling ($p = ,032$). Ten slotte hebben tandartsen die nascholing hebben gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie meer kennis van de plicht de toestemming schriftelijk vast te

leggen als de patiënt dit wil ($p = ,002$), van het recht van de patiënt een verklaring toe te voegen aan zijn dossier ($p = ,01$), van het redelijkheids criterium ($p = ,028$) en van het dubbele toestemmingsvereiste bij patiënten tussen de 12 en 16 jaar oud ($p = ,009$), dan tandartsen die geen nascholing hebben gevolgd.

Discussie

Slechts 41,6% van de respondenten heeft de vragenlijst teruggezonden. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de vragenlijst erg lang was en soms complex om te beantwoorden. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat men niet geïnteresseerd genoeg is in het onderwerp om er een vragenlijst over in te vullen. Het is niet uit te sluiten dat de lage respons tot vertekening van de resultaten heeft geleid. De meest waarschijnlijke vertekening is dat geïnteresseerde tandartsen eerder hebben gereageerd dan niet geïnteresseerde tandartsen. Dit zou impliceren dat de gemeten kennis in dit onderzoek eerder aan de hoge, dan aan de lage kant zal zijn. Onderwerpen waarover men in dit onderzoek relatief minder zekerheid had, zullen in de gehele tandartsenpopulatie zeer waarschijnlijk even slecht of slechter bekend zijn.

Uit de resultaten blijkt dat tandartsen redelijk veel zekerheid hebben over hun kennis van een aantal belangrijke onderdelen van de WGBO. Als men echter de scores op de items nader bestudeert, zijn er redelijk grote verschillen te vinden in de mate van zekerheid over kennis met betrekking tot verschillende onderwerpen. Over sommige plichten en rechten van tandarts en patiënt bestaat veel zekerheid, maar bij andere onderwerpen lijkt de kennis niet te zijn verbeterd in de loop der jaren.

Het is opmerkelijk dat de tandarts nog steeds vaak denkt dat voor alle verrichtingen uitdrukkelijk de toestemming van de patiënt is vereist. Dit resultaat werd ook al eerder gevonden (Eijkman en Goedhart, 1995). Men is zich er blijkbaar nog steeds niet van bewust dat voor routinebehandelingen niet expliciet om toestemming hoeft te worden gevraagd, maar dat deze toestemming mag worden verondersteld.

Ook over de minimale bewaartermijn van dossiers (10 jaar) is men niet erg zeker. Dit hiaat in de kennis is moeilijk te verklaren, zeker gezien het feit dat dit onderwerp vaak aan de orde is geweest in de vakliteratuur. Wellicht wordt de tandheilkundige literatuur niet voldoende gelezen, of blijft het gelezene slecht hangen bij de tandarts. Uit de resultaten van een eerder uitgevoerde pilotstudie naar het tandartsendossier, blijkt dat tandartsen ook toen niet goed wisten hoe lang een dossier bewaard moet worden (Reintjes, 1996). In hoeverre een gebrek aan kennis over de bewaartermijn van het dossier in de praktijk echter problemen oplevert is nog maar de vraag. Zeker in de tandartspraktijk is het in veel gevallen gewenst dossiers langer te bewaren dan 10 jaar, omdat men daar immers, net als in de huisartspraktijk, vaak langere tijd dezelfde patiënten behandelt. Bovendien is het moeilijk van tevoren te bepalen of het bewaren van gegevens later nuttig zal zijn (Vonk, 1998). Dat tandartsen in dit onderzoek regelmatig aangaven er niet zeker van te zijn of dossiers minimaal 15 jaar bewaard moeten worden, zal dan

ook meestal geen noemenswaardige problemen opleveren, ervan uitgaande dat dossiers in veel gevallen waarschijnlijk langer bewaard zullen worden dan de minimale wettelijke termijn van 10 jaar.

Een mogelijke verklaring voor de onzekerheid over verschillende aspecten van de wet zou kunnen liggen in het gebrek aan relevantie dat sommige onderwerpen voor de tandartspraktijk hebben. Zo is men redelijk onbekend met het recht van de patiënt om niet geïnformeerd te worden over de behandeling als hij/zij dit wenst. Ook is men minder goed op de hoogte van het recht van de patiënt om gegevens uit zijn/haar dossier te laten vernietigen. Het is onwaarschijnlijk dat de patiënt veelvuldig van deze rechten gebruik zal maken in de tandartspraktijk. Dit zou kunnen verklaren waarom de tandarts minder goed op de hoogte is van deze rechten.

De antwoorden op de open vraag suggereren dat de tandarts redelijk goed weet over welke onderwerpen hij/zij de patiënt moet informeren. Inlichtingen over kosten, risico's, prognoses en alternatieven zijn voor de patiënt van belang om een afgewogen beslissing te kunnen nemen aangaande de behandeling en worden door de tandarts dan ook vaak genoemd bij de onderwerpen waarover men zijn/haar patiënten moet informeren. Toch wordt in de wet niet uitdrukkelijk genoemd dat men patiënten moet informeren over financiële aspecten (wel in de gedragsregels). In de Memorie van Toelichting is echter gesteld dat de hulpverlener er, in zijn eigen belang, verstandig aan doet deze informatie wel te verschaffen. Zeker in de tandartspraktijk, waar meer dan in de rest van de gezondheidszorg over financiële kwesties wordt onderhandeld omdat niet alle behandelingen door verzekeraars worden vergoed. Dat tandartspatiënten aan informatie over kosten van de behandeling veel belang hechten blijkt ook wel uit het feit dat informatieproblemen tussen tandarts en patiënt het vaakst financiële aspecten betreffen (Lipschart-van der Linden *et al*, 1997).

Een eenduidige verklaring voor de onzekerheid over de kennis van sommige aspecten van de wet valt moeilijk te geven. Angst voor juridische procedures, defensief handelen, de relevantie van bepaalde onderwerpen voor de tandartspraktijk en een tekort aan voorlichting zijn alle

factoren die hier een rol in kunnen spelen. Ook is het goed denkbaar dat de tandarts-algemeen practicus geen kennis wil nemen van de WGBO uit een zekere aversie tegen wet- en regelgeving in het algemeen. Het is bekend dat men zich belast voelt door regelgeving door de overheid en bemoeienissen van bovenaf (Gorter, 1999). Wellicht krijgt men door de toename in wet- en regelgeving het gevoel aangetaast te worden in de eigen autonomie (Den Dekker, 1999). Zoals een van de respondenten het opmerkte: 'Er 'moet' al zoveel van bovenaf. Het vrije beroep is nauwelijks nog herkenbaar. Als ik iets over dit soort wetgeving verneem, verdiep ik me er pas in als ik daartoe gedwongen word. Al die regels gaan ten koste van het gezonde verstand.' Of deze houding kenmerkend is voor de tandarts-algemeen practicus kan uit deze enquête niet worden opgemaakt. Nader onderzoek is nodig om hier meer inzicht in te verkrijgen.

Literatuur

- DEKKER J DEN. Kwaliteit van tandheelkundige zorgverlening. In: Strijbos S. Kiezen en keuzen; ethiek in de tandheelkunde. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- EIJKMAN MAJ, GOEDHART H. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Opinions van tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 142-145.
- GORTER RC, ALBRECHT G, HOOGSTRATEN J, EIJKMAN MAJ. Measuring work stress among Dutch dentists. Int Dent J 1999; 49: 144-152.
- HAES JCJM DE, HAAN RJ DE, WILLEMS-GROOT AFMN, OOSTERVELD P, SPRONK NA. De uitvoering van de informed consent vereiste in Nederlandse ziekenhuizen. KNMG-project 'Informed consent', nr. IC-5 AMC, Amsterdam, 1998.
- LIPSCHART-VAN DER LINDEN HTH, EIJKMAN MAJ, SPRUIJT RJ. Problemen rond tandheelkundige informatieverstrekking aan patiënten; een dossieronderzoek bij de Consumentenbond. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 152-154.
- MYERS WR. Informed consent. Oral Maxillofac Surg Clins North Am 1993; 5: 179-184.
- O'CONNOR RJ. Informed consent: legal, behavioral, and educational issues. Patient Couns Health Educ 1981; 2: 49-56.
- REINTJES L. De verschillende opvattingen over het tandartsendossier; een voorstudie. ACTA: Amsterdam, 1996. Doctoraalscriptie.
- SLUYTERS B, BIESAART MCIH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO. Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink, 1995.
- VONK P. Bewaartermijnen en regels voor overdracht medische dossiers. Medisch Contact 1998; 22: 753-755.

Knowledge of Dutch dentists about new legislation in the field of informed consent

After more than 25 years of debate about the legislation of patient rights in the Netherlands, the 'Agreement on Medical Treatment' act was passed by the Dutch government in 1995. This article describes the amount of knowledge general dental practitioners have on several topics of this law, four years after its introduction. A questionnaire was sent to 806 dental practitioners, random drawn from the registers of the Dutch Dental Association. The response-rate was 41.6%. Results show that respondents are well informed about some of the most important topics of this law, such as the requirement to obtain the patient's consent to major dental treatments and the fact that information must be based on the 'patient need standard'. Other rights and duties however, are less known. For example, it is still not well known that for routine treatments the patient's explicit consent is not needed, but can be assumed. Also, knowledge about the minimal period for retaining patient dossiers is scarcely present. Some explanations for this lack of knowledge are discussed, especially the lack of relevance of some topics of this law for the dental practice.

Summary

Key words:

- Social dentistry
- Legislation
- Informed consent