

Risico's van de beroepsuitoefening in de mondzorg

Risico's horen bij het verlenen van zorg en de bijbehorende logistiek. Tegenwoordig lijkt de gedachte te leven dat het verlenen van zorg risicoloos behoort te zijn. Zorgconsumenten lijken zich ook meer bewust te worden van de mogelijkheden hun 'recht' te halen en schadevergoedingen te eisen als de uitkomst van een geleverde zorg niet overeenkomt met de verwachte uitkomst. Belangrijke vragen daarbij zijn wat redelijk is, wat mensen mogen verwachten, wanneer er sprake is van een mislukking of verwijtbaar handelen en wanneer een negatief resultaat tot de normale risico's behoort.

Eijkman MAJ, Baat C de. Risico's van de beroepsuitoefening in de mondzorg
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 223-226

Inleiding

Risico's horen bij het verlenen van zorg en de bijbehorende logistiek. Deze stelling is op het eerste gezicht een kwestie van het intrappen van een open deur. Toch lijkt tegenwoordig bij de consumenten van de zorgverlening, zoals de vroegere patiënten thans worden genoemd, de gedachte te leven dat het verlenen van zorg risicoloos behoort te zijn. Het toenemende aantal klachten over zorgverleners en de ervaringen van (medische en tandheelkundige) adviseurs van zorg- en rechtsbijstandverzekeraars op dit gebied vormen een indicatie voor deze veronderstelling. Men lijkt de mening toegedaan dat, evenals in de commercie, garantie op de kwaliteit en vooral ook op het resultaat van een zorgverlenende actie of behandeling volstrekt normaal is. Een veel voorkomende gedachte is ook dat iedereen mag verwachten 'waar voor zijn geld' te krijgen. De zorgverlening is duur en men heeft er geld voor over om goede zorg te 'kopen', maar dan moet de zorg wel het gewenste resultaat opleveren (Yamalik, 2007a). Extreem gesteld: iemand die wordt behandeld vanwege kanker gaat ervan uit dat hij behoort te genezen en als geen genezing volgt, hebben automatisch de zorgverleners gefaald. Als de zorgverleners hun werk goed hadden gedaan, zou de patiënt immers genezen zijn. Er zijn aanwijzingen dat ook tandartsen-algemeen practici met dergelijke visies worden geconfronteerd. In dit artikel wordt belicht waarom men met betrekking tot de zorgverlening zo is gaan denken.

Zorgsector als markt

Met betrekking tot de zorgsector is de afgelopen jaren een vorm van gereguleerde marktwerking voor beleidmakers een populair onderwerp geworden. Sinds de introductie van de *Zorgverzekeringswet* in 2006 ziet men dat dit fenomeen meer en meer in de zorg wordt ingevoerd. De burger

wordt gezien als klant. De wensen van de klant staan voorop en deze moet meer keuzes krijgen. Dat hoort op een markt waar het aanbod toeneemt en er concurrentie plaatsvindt op het gebied van kwaliteit en prijs. De consequentie hiervan is dat zorgverzekeraars, ziekenhuizen, medische specialisten, huisartsen, apothekers en tandartsen meer dan vroeger het geval was, moeten gaan inspelen op de wensen van de klant. Enigszins gechargeerd gesteld, de liefdevolle hulpverlening door (tand)artsen van vroeger tijden lijkt voor de voorstanders van marktwerking in de zorg te zijn veranderd in zakelijke dienstverlening.

De meningen in het beroepsveld zijn echter sterk verdeeld. Bij de invoering van de marktwerking in de zorg waren de doelstellingen beheersing van de kosten en verhoging van de kwaliteit. Hierover zijn de betrokken partijen het over het algemeen wel eens, maar voor de rest lijken zij de doelstellingen vanuit hun eigen achtergrond te bezien. De indruk bestaat dat zorgverleners, vanuit het oogpunt van concurrentie op de markt, zo langzamerhand min of meer gedwongen worden zo goedkoop mogelijk te werken. Daarbij geldt 'goedkoop' niet alleen voor de direct berekende prijs, maar ook voor de inzet van middelen, arbeidskrachten en tijd. Hoewel een van de doelstellingen van de marktwerking in de zorg beheersing van de kosten is, dreigt tegelijkertijd de andere doelstelling, verhoging van de kwaliteit, in de knel te komen. Critici beweren dat door marktwerking eerder sprake is van verlaging van de kwaliteit, dat consumenten van zorg nog steeds te weinig inzicht hebben in de kwaliteit en dat consumenten feitelijk zeer moeilijk zelf de kwaliteit kunnen bepalen. Concurrentie ondermijnt de kwaliteit van zorg, redeneren anderen, en er zou nog weinig sprake zijn van keuzevrijheid voor de zorgconsument, terwijl het bij marktwerking toch primair gaat om die keuzevrijheid. Voor de zorgverleners geldt dat enerzijds de

zorgconsumenten meer van hen verwachten of zelfs eisen, terwijl zij anderzijds door de prijsstelling worden gedwongen zuinig om te gaan met middelen, arbeidskrachten en tijd. Het lijkt aannemelijk dat daarmee de risico's van de zorgverlening toenemen, zowel voor de zorgconsumenten als voor de zorgverleners.

Juridisering van zorgverlening

Zorgverleners lijken tegenwoordig meer oog te krijgen voor risicoanalyse als onderdeel van het bepalen van de kwaliteit van de zorgverlening. De zorgconsumenten, op hun beurt, schijnen zich meer bewust te worden van de mogelijkheden hun 'recht' te halen en schadevergoedingen te eisen als de uitkomst van een geleverde zorg niet overeenkomt met de uitkomst die de consument had verwacht (Sluijters, 2003). Men spreekt dan al snel over de nalatigheid van zorgverleners en nalatigheid kan leiden tot aansprakelijkheidsstelling (Allard, 2007). Als nalatigheid of een ongewenste uitkomst van een behandeling aantoonbaar is, hebben de 'slachtoffers' uiteenlopende redenen om de desbetreffende zorgverlener aansprakelijk te stellen. Volgens sommigen bestaat in Nederland nu al een claimcultuur, hoewel het door het Nederlandse sociale systeem misschien niet zo erg als in de Verenigde Staten zal worden (Sluijters, 2003). In Scandinavische landen is gekozen voor een patiëntenletselverzekering waarbij hulpverleners en ziekenhuizen wettelijk verplicht zijn een verzekering af te sluiten ten gunste van de patiënt. Dat is geen aansprakelijkheidsverzekering, maar een ongevalverzekering waarbij de patiënt begunstigde is. De ervaringen met deze wet zijn gemengd. In België wordt eveneens met een dergelijke verzekering geëxperimenteerd (Bocken et al, 2008).

Nieuw-Zeeland heeft een systeem van aansprakelijkheidsstelling waarbij men kan kiezen uit een financiële en een niet-financiële genoegdoening. In dit land is een onderzoek uitgevoerd onder mensen die in ziekenhuizen door een medische fout letsel hadden opgelopen en die daarvoor een zorgverlener aansprakelijk hadden gesteld. De helft van hen had de bedoeling dat de zorgverlener op de een of ander wijze zou worden gecorrigeerd om te voorkomen dat hij in de toekomst andere mensen hetzelfde zou aandoen. Veertig procent wilde bereiken dat de zorgverlener beter over gemaakte fouten zou gaan communiceren en 10% was alleen maar uit op aanbidding van excuses door de zorgverlener. De onderzoeksgroep bestond voornamelijk uit mensen die behoorden tot de arbeidzame leeftijdsgroep (30-64 jaar) en mensen die een aantoonbaar blijvend lichamelijk letsel hadden opgelopen (Bismark et al, 2006). Vergelijkbare resultaten werden al eerder gevonden in een Engels onderzoek onder 227 patiënten of hun familieleden, die vanwege een medische fout een advocaat hadden ingeschakeld om de desbetreffende zorgverlener aansprakelijk te stellen (Vincent et al, 1994). Nederlandse ervaringen wijzen in dezelfde richting als de uitkomsten van de hierboven besproken publicaties.

Ontwikkelingen in de mondzorg

De indruk bestaat dat ook in de mondzorg meer dan vroeger wordt gediscussieerd over deze onderwerpen. Publicaties over de kwaliteit van zorg en de vraagstukken die daarbij een rol spelen zijn thans geen uitzondering meer (González et al, 2006; Yamalik, 2007a). Verder beginnen, in navolging van de geneeskunde, discussies over gouden standaard, protocollen en richtlijnen in de mondzorg langzaam in de aandacht te komen (Bateman en Saha, 2007; Mileman en Van den Hout, 2007; Van der Sanden et al, 2007; Yamalik, 2007b; Van der Sanden et al, 2008). Om te kunnen garanderen dat opgestelde richtlijnen voldoen aan een aantal te stellen basale kwaliteitscriteria is voor alle onderdelen van de gezondheidszorg een kwaliteitsinstrument opgesteld dat inmiddels zodanig is ingeburgerd dat er regelmatig gebruik van wordt gemaakt (The AGREE Collaboration, 2003; Faggion, 2008). Ten slotte wordt, zeker door de universitaire opleidingen tandheelkunde, het belang van op wetenschappelijk bewijs gefundeerde verlening van mondzorg ('evidence-based dentistry') meer benadrukt (Ballini et al, 2007; Mileman en Van den Hout, 2007; Stegenga en Dijkstra, 2007). De meeste aansprakelijkheidszaken in de mondzorg gaan over restauratieve, endodontologische of chirurgische behandelingen en de laatste jaren ook over de parodontologie (Moles et al, 1998; Venta et al, 1998; Vermaire en Eijkman, 2001; Chaushu et al, 2002; Christiaans-Dingelhoff, et al 2002; Givol et al, 2002). Hoewel enkele jaren geleden tandartsen in Nederland het risico om te worden aangeklaagd nog onderschatten, lijkt dat beeld inmiddels wel gewijzigd (Brands, 2002; Brands, 2008).

Probleemstelling

Voor zorgverleners in de mondzorg en voor deskundig geachte zorgverleners die juristen van rechtsbijstandverzekeraars of letselschadebureaus adviseren, is het lastig goed inzicht te krijgen in de risico's die er zijn wanneer tandartsen bepaalde behandelingen indiceren en uitvoeren. Belangrijke vragen daarbij zijn welk resultaat een bepaalde behandeling dient op te leveren, of de zorgverlener aansprakelijk kan worden gesteld als dit resultaat niet wordt bereikt en welke omstandigheden een zorgverlener kunnen vrijpleiten van het niet behaalde resultaat (Yamalík, 2007a). Veel voorkomende voorbeelden van dit soort dilemma's doen zich voor bij de diagnostiek van parodontale afwijkingen, vraagstukken als wanneer een pulpaoverkapping onttaardt in een endodontische behandeling, een lokale injectie met een anestheticum die vervolgens een blijvende hypo-esthesie van de onderlip veroorzaakt of kroon- en brugwerk en implantaten die niet tot een bevredigend resultaat leiden.

De literatuur biedt in deze niet altijd een oplossing voor deze dilemma's. Dat blijkt bijvoorbeeld wanneer men op de internet zoekmachine PubMed de trefwoorden 'dentistry', 'treatment', 'failure' en 'risk' opgeeft. Men vindt dan ruim 500 vermeldingen van artikelen op dit gebied. Duidelijke aanwijzingen voor het aanpakken van de problemen blijken

echter schaars. Relatief veel publicaties betreffen vooral de implantologie, kroon- en brugwerk en de endodontologie.

In Nederland is, uitgaand van landelijk onderzoek op het gebied van de mondzorg, nog weinig bekend over het aantal gemaakte beroepsfouten, wat men daaronder dan ook kan verstaan. Toch is er in de laatste 20 jaar wel meer belangstelling voor het probleem gekomen. Regelmatig verschijnen de laatste jaren in beroepstijdschriften verslagen over en commentaren op tuchtzaken en aansprakelijkheidskwesies. Er verschijnen boeken op het gebied van het gezondheidsrecht en meer dan 10 jaar geleden werd een boek gepubliceerd over leerzame mislukkingen op allerlei terreinen van de tandheelkundige zorgverlening (Linn en Eijkman, 1995). Opvallend blijft echter dat men in het kader van de in dit artikel beschreven problematiek, als het mondzorg betreft, telkens weer stuit op dezelfde vragen: wat is redelijk, wat mogen mensen verwachten, wanneer is er sprake van een mislukking of verwijtbaar handelen en wanneer behoort een negatief resultaat tot de normale risico's (Yamalik, 2007a)?

Doelstelling themanummer

Dit themanummer over risico's en risicoanalyse beoogt een overzicht te geven van de huidige stand van zaken op dit gebied. Centraal staan de aan het eind van de vorige paragraaf vermelde vragen. Wat is redelijk? Wat mogen mensen verwachten? Wanneer is er sprake van een mislukking of een verwijtbaar handelen? Wanneer behoort een negatief resultaat tot de normale risico's? In het overzicht komen eerst de positie van deskundigen in aansprakelijkheidszaken (Brands, 2009) en daarna de volgende deelgebieden van de mondzorg aan de orde: anesthesie (Brand et al, 2009), röntgendiagnostiek (Van der Stelt, 2009), kronen en bruggen (Kreulen en Witter, 2009), suprastructuren op implantaten (Meijer, 2009), temporomandibulaire disfunctie (Van Selms et al, 2009); endodontie (Ree, 2009), cariologie en restauratieve zorg (Huysmans et al, 2009), dentoalveolaire chirurgie (Stoelinga, 2009), orthodontie (Van Beek, 2009), parodontologie (Abbas en Van Winkelhoff, 2009) en angstbegeleiding (De Jongh en Broers, 2009).

Literatuur

- › Abbas F, Winkelhoff AJ van. Valkuilen in diagnostiek en behandeling van parodontale aandoeningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- › Allard RHB. Aansprakelijkheid van het mondzorgteam. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al. Het tandheelkundig jaar 2007. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- › Ballini A, Capodiferro S, Toia M, Cantore S, Favia G, De Frenza G, Grassi FR. Evidence-based dentistry: what's new? Int J Med Sci 2007; 4: 174-178.
- › Bateman GJ, Saha S. A brief guide to clinical guidelines. Br Dent J 2007; 203: 581-583.
- › Beek H van. Risico's van een orthodontische behandeling voor de patiënt. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- › Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. Can Med Assoc J 2006; 175: 889-894.
- › Bocken H, Boone I, Kezel E de, et al. Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade. Mechelen: Kluwer, 2007.
- › Brand HS, Veldhuis AH te, Baart JA. Ongewenste neveneffecten van lokale anesthesie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 235-238.
- › Brands WG. Klachten door klagers? Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 217-221.
- › Brands WG. Amerikaanse toestanden. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al. Het tandheelkundig jaar 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- › Brands WG. De positie van de deskundige in aansprakelijkheidszaken. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 228-233.
- › Christiaans-Dingelhoff I, Brands WG, Eijkman MAJ, Hubben JH. De tandarts in de tuchtrechtspraak 1994-2001. Den Haag: Koninklijke Vermande, 2002.
- › Chaushu G, Taicher S, Haramish-Shani T, Givol N. Medicolegal aspects of altered sensation following implant placement in the mandible. Int J Oral Maxillofac Implants 2002; 17: 413-415.
- › Faggion CM Jr. Clinician assessment of guidelines that support common dental procedures. J Evid Based Dent Pract 2008; 8: 1-7.
- › Givol N, Taicher S, Haramish-Shani T, Chaushu G. Risk management aspects of implant dentistry. Int J Oral Maxillofac Implants 2002; 17: 258-262.
- › González GZ, Klazinga N, Asbroek G ten, Delnoij DM. Performance indicators used to assess the quality of primary dental care. Community Dent Health 2006; 23: 228-235.
- › Huysmans MCDNJM, Roeters FJM, Opdam NJM. Cariologie restauratieve tandheelkunde: oude en nieuwe risico's. Onderbehandeling of overbehandeling? Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- › Jongh A de, Broers D. De risico's op het mislukken van een angstbehandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- › Kreulen CM, Witter DJ. Doelmatigheid van bruggen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 248-253.
- › Linn EW, Eijkman MAJ. Leerzame mislukkingen uit de tandheelkundige praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- › Meijer HJA. Risico's en aansprakelijkheid bij complicaties met suprastructuren op implantaten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 254-259.
- › Mileman PA, Hout WB van den. Evidence-based diagnostiek en klinische besluitvorming. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 187-194.
- › Moles DR, Simper RD, Bedi R. Dental negligence: a study of cases assessed at one specialised advisory practice. Br Dent J 1998; 184: 130-133.
- › Ree MH. Risico-inventarisatie van endodontische behandelingen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- › Sanden WJM van der, Nienhuijs MEL, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 179-186.
- › Sanden WJM van der, Mettes TGPH, Brands WG. Klinische praktijkrichtlijnen in de tandheelkunde: ontwikkeling en gebruik. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al. Het tandheelkundig jaar 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- › Selms MKA van, Naeije M, Zaag J van der, Lobbezoo F. Myogene temporomandibulaire pijn: behandelen met aandacht! Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 260-265.

- > *Sluifjters B.* Medische aansprakelijkheid, ontwikkelingen. In: Kastelein WR (red.). Medische aansprakelijkheid. Den Haag: Sdu Uitgevers bv, 2003.
- > *Stegenga B, Dijkstra PU.* Principles van evidence-based medicine toegepast in de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 155-160.
- > *Stelt PF van der.* Röntgendiagnostiek: tussen kijken en waarnemen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 239-245.
- > *Stoelinga PJW.* Complicaties en mislukkingen in de dentoalveolaire chirurgie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: in druk.
- > *The AGREE Collaboration.* Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003; 12: 18-23.
- > *Venta I, Lindqvist C, Ylipaavalniemi P.* Malpractice claims for permanent nerve injuries related to third molar removals. Acta Odontol Scand 1998; 56: 193-196.
- > *Vermaire JH, Eijkman MAJ.* Aanklachten tegen tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 11-15.
- > *Vincent C, Young M, Phillips A.* Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343: 1609-1613.
- > *Yamalik N.* Quality systems in dentistry. Part 1. The increasing pressure for quality and implementation of quality assurance and improvement (QA/I) models in health care. Int Dent J 2007; 57: 338-346.
- > *Yamalik N.* Quality systems in dentistry. Part 2. Quality assurance and improvement (QA/I) tools that have implications for dentistry. Int Dent J 2007; 57: 459-467.

Summary

Professional risks of oral health care delivery

Hazards are an integral part of health care delivery and the associated logistics. Currently, the general opinion seems to be that health care delivery should be risk-free. Care consumers seem to be becoming more conscious of their 'rights' to receive adequate care. If the care delivered is not consistent with their expectations, people are aware of the feasibility of claiming their 'rights' and suing their doctor. Significant questions in this respect are what people can reasonably expect, when one can speak of failure or negligence, and in which circumstances a negative outcome is a standard hazard which should be accepted.

Bron

M.A.J. Eijkman¹, C. de Baat²

Uit ¹de sectie Sociale Tandheelkunde en Gedragwetenschappen van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en ²de afdeling Orale Functieleer van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen

Datum van acceptatie: 18 maart 2009

Adres: em. prof. dr. M.A.J. Eijkman, SBN Doormanlaan 6, 2243 AL Wassenaar

Dankwoord

Het thema 'Risico's en risico-analyse' is verdeeld over het mei- en het juninummer van 2009 van het tijdschrift. De totstandkoming van dit 'dubbele themanummer' komt nagenoeg volledig op het conto van emeritus prof. dr. M.A.J. Eijkman. Hij lanceerde het idee voor dit onderwerp, benaderde en begeleidde de auteurs en gaf zowel voor- als achteraf waardevolle adviezen over de inhoud van de artikelen aan de auteurs. Het totale product kan bijzonder geslaagd worden genoemd en de dank daarvoor gaat in eerste instantie uit naar prof. dr. M.A.J. Eijkman. De redactie is echter

ook veel dank verschuldigd aan de, zoals in het verleden al vaker, spontaan op de uitnodiging reagerende en meewerkende auteurs. In alfabetische volgorde zijn dit: prof. dr. F. Abbas, dr. J.A. Baart, prof. dr. H. van Beek, dr. H.S. Brand, dr. W.G. Brands, mw. drs. D.L.M. Broers, mw. prof. dr. M.C.D.N.J.M. Huysmans, prof. dr. A. de Jongh, dr. C.M. Kreulen, prof. dr. F. Lobbezoo, prof. dr. H.J.A. Meijer, prof. dr. M. Naeije, mw. dr. M.H. Ree, dr. M.K.A. van Selms, prof. dr. P.F. van der Stelt, prof. dr. P.J.W. Stoelinga, mw. drs. A.H. te Veldhuis, prof. dr. A.J. van Winkelhoff, dr. D.J. Witter en drs. J. van der Zaag.