



Hoe gaan tandartsen in de praktijk om met rechten van patiënten?

B.C. Schouten

Verschillende rechten van patiënten zijn vastgelegd in de *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Dit artikel beschrijft hoe tandartsen met deze rechten omgaan. Er werd aan 806 tandartsen, at random getrokken uit de bestanden van de NMT, een vragenlijst toegestuurd; 41,6% stuurde deze terug. Uit de resultaten blijkt dat het omgaan met rechten van de patiënt nog niet verloopt zoals dit idealiter het geval zou moeten zijn. Zo heeft ruim een derde van de respondenten wel eens te maken gehad met klachten van patiënten over gebrek aan informatie. Het gevolgd hebben van nascholing op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie blijkt samen te hangen met een verbeterde omgang met een aantal rechten van de patiënt. Verwarring over hoe concreet invulling gegeven moet worden aan de plichten waaraan een tandarts binnen een behandelingsovereenkomst moet voldoen, zou ten grondslag kunnen liggen aan het gebrek aan naleving van de rechten van de patiënt.

SCHOUTEN BC. Hoe gaan tandartsen in de praktijk om met rechten van patiënten? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 179-183.

Inleiding

De relatie tussen (tand)arts en patiënt in Nederland werd, tot voor kort, geregeld door eenzijdig door de beroepsgroep geformuleerde normen. Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen hebben echter geleid tot het streven de (rechts)positie van de patiënt binnen deze relatie te versterken (Dupuis en de Beaufort, 1988; Legemaate, 1991). Door de invoering van de *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) in april 1995, is een meer juridische benadering van de (tand)arts-patiëntrelatie, en daarmee een verbeterde rechtspositie van de patiënt, verwezenlijkt.

Sinds de invoering van de WGBO zijn vele artikelen gepubliceerd waarin in het algemeen slechts weinig kanttekeningen worden gemaakt bij de implementatie van deze wet in de tandheelkundige (en medische) praktijk (Legemaate, 1991; Leenen, 1991; Berkel, 1995a en 1995b; Van der Horst, 1995; Gevers, 1998). Een argument dat vaak wordt aangevoerd is dat de WGBO grotendeels codificatie is van bestaande rechtspraak en er zodoende voor de tandheelkundige praktijk feitelijk weinig verandert. Het schaarse onderzoek dat is gedaan, geeft echter aanleiding te veronderstellen dat de tandheelkundige professe wel degelijk problemen ervaart bij het toepassen van de WGBO in de alledaagse praktijk (Eijkman en Goedhart 1995). Over de kennis van deze wet onder tandartsen is in een eerder artikel in dit tijdschrift gerapporteerd (Schouten, 2000). Uit de resultaten bleek dat tandartsen van sommige rechten en plichten van patiënt en tandarts beduidend beter op de hoogte zijn dan van andere. Een verondersteld gebrek aan relevantie van sommige wetsonderwerpen voor de tandartspraktijk zou mede kunnen verklaren waarom de kennis van bepaalde aspecten minder goed is.

Tot dusver is onbekend hoe in de tandheelkundige praktijk daadwerkelijk wordt omgegaan met verschillende patiëntenrechten. Hoe vaak vragen tandartsen bijvoorbeeld aan hun patiënten toestemming voor het doorgeven van hun gegevens aan anderen, en in hoever-

re staan tandartsen inzage in het dossier daadwerkelijk toe? Het doel van dit onderzoek was om antwoord te verkrijgen op deze en soortgelijke vragen en daarmee meer inzicht te verkrijgen in de dagelijkse gang van zaken in de tandheelkundige praktijk met betrekking tot een aantal rechten van de patiënt. Tevens is nagegaan in hoeverre het omgaan met deze patiëntenrechten samenhangt met een aantal achtergrondvariabelen, zoals demografische kenmerken en praktijkkenmerken.

Materiaal en methode

Het materiaal in dit onderzoek bestond uit een zelf ontwikkelde vragenlijst waarin vragen waren opgenomen die betrekking hadden op de omgang van de tandarts met de informatieplicht (3 items), het toestemmingsver-eiste (2 items), de dossierplicht (3 items), en de geheimhoudingsplicht (2 items). In totaal bestond de vragenlijst uit 10 items, waarvan 7 gesloten en 3 open items (tab. 1). Een aantal van de 7 gesloten items moest op een 4-puntsschaal, lopend van 'altijd' tot 'nooit', beantwoord worden (bijv. 'Hoe vaak vraagt u uitdrukkelijke toestemming aan de patiënt voor het doorgeven van gegevens over de behandeling aan medebehandelaars?'). Andere items konden met 'ja' dan wel 'nee' beantwoord worden (bijv. 'Heeft u wel eens meegemaakt dat een patiënt een klacht had over de manier waarop u hem heeft geïnformeerd?'). Naast deze items zijn een aantal vragen toegevoegd, die demografische en praktijkkenmerken van de tandartsen meten. Tevens werd de tandartsen gevraagd of ze op de hoogte zijn van de WGBO en of ze nascholing hadden gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie.

De vragenlijst is naar 806 tandartsen verzonden (643 mannen en 163 vrouwen). De data zijn geanalyseerd door middel van descriptieve analyses en frequentieverdelingen. De samenhang tussen de verschillende achtergrondvariabelen en de onderzoeksvragen

Samenvatting

Trefwoorden:

- Sociale tandheelkunde
- WGBO

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

Datum van acceptatie:

31 oktober 2000.

Adres:

Mw. B.C. Schouten

ACTA

Louwesweg 1

1066 EA Amsterdam

Tabel 1. De 10 items uit de vragenlijst.

1. Hoe vaak gebruikte u de volgende hulpmiddelen om de mondelinge informatieverstrekking te ondersteunen?
 - folders en ander schriftelijk materiaal
 - audiovisuele hulpmiddelen
 - modellen
 - atlasen
 - röntgenfoto's
2. Hoeveel minuten trekt u gemiddeld per nieuwe patiënt uit voor:
 - de tandheelkundige anamnese (incl. de hulpvraag van de patiënt)
 - uitvoering van het mondonderzoek
 - bespreking van het mondonderzoek
 - besluitvorming betreffende het behandelingsplan en afsluitende opmerkingen
3. a. Heeft u wel eens meegemaakt dat een patiënt een klacht had over de manier waarop u hem heeft geïnformeerd?
b. Zo ja, kunt u kort aangeven waarover de klacht ging?
4. Kunt u een aantal behandelingen noemen (max. 3) waarvoor u altijd toestemming vraagt aan de patiënt?
5. Sommige tandartsen maken in hun praktijk gebruik van formulieren waarop staat aangegeven dat de patiënt toestemming heeft gegeven voor een bepaalde behandeling, dat de patiënt geïnformeerd is over de behandeling en dat de patiënt de gegeven informatie over de behandeling begrijpt. Maakt u in uw praktijk gebruik van dergelijke formulieren?
6. Hieronder volgt een aantal onderwerpen waarbij het toestemmingsver-eiste van belang kan zijn. Wilt u aangeven hoe vaak u voor deze zaken uitdrukkelijke toestemming vraagt aan de patiënt?
 - doorgeven van gegevens over de behandeling aan medebehandelaars
 - doorgeven van gegevens over de behandeling aan de ouders van een kind jonger dan 12 jaar
 - doorgeven van gegevens over de behandeling aan de ouders van een kind tussen de 12 en de 16 jaar
 - doorgeven van gegevens over de behandeling aan de ouders van een kind tussen de 16 en de 18 jaar
 - doorgeven van gegevens over de behandeling aan de familie en/of partner van de patiënt
 - overdragen van het dossier aan de nieuwe tandarts
7. Mogen in uw praktijk de volgende personen kennismaken van de inhoud van patiëntendossiers zonder toestemming van de patiënt?
 - mondhygiënist
 - assistente
 - collega met wie ik samenwerk in de praktijk
 - specialist naar wie ik verwijs
 - collega-waarnemer
8. Wat zijn de belangrijkste gegevens die u opneemt in een patiëntendossier?
9. Maakt u bij het opstellen van het patiëntendossier gebruik van de NMT-praktijkrichtlijn patiëntendossier?
10. Alhoewel de patiënt in principe het recht heeft zijn dossier in te zien, kunnen er overwegingen van invloed zijn op de beslissing om de patiënt geen inzage te geven in zijn dossier. Spelen deze bij u wel eens een rol?
 - er staan persoonlijke werkaantekeningen in het dossier
 - leeftijd van de patiënt
 - begripsvermogen van de patiënt
 - beheersing van de Nederlandse taal
 - emotionaliteit van de patiënt
 - onzekerheid van de diagnose
 - kans dat het vertrouwen van de patiënt in de behandeling wordt geschaad

zijn bestudeerd aan de hand van chi-kwadraat-testen, t-toetsen en Pearson's correlatiecoëfficiënten.

Resultaten

Steekproef

Er werden 335 vragenlijsten (41,6%) geretourneerd door 264 mannen en 71 vrouwen. Hiervan waren 75 vragenlijsten niet bruikbaar, meestal omdat de aangeschreven

tandarts aangaf niet meer praktiserend te zijn. In totaal waren er dus 260 vragenlijsten (32,3%) bruikbaar voor verdere analyse. Tussen respondenten en non-respondenten waren geen verschillen in leeftijd, sekse en het aantal jaar dat men werkzaam was als tandarts. Wel waren respondenten significant vaker werkzaam in dienstverband dan non-respondenten.

Er waren 194 respondenten (75,2%) werkzaam als praktijkhoudend tandarts in eigen praktijk voor gemiddeld 33,8 uur per week. Gemiddeld was men 15,4 jaar werkzaam als tandarts (sd = 10) en bedroeg het aantal patiënten dat minimaal één keer per jaar de praktijk bezocht gemiddeld 2.511 (sd = 1.893). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 42,6 jaar (sd = 10,4). Er waren 47 respondenten niet op de hoogte van de WGBO (18,8%) en 52 respondenten hadden een vorm van nascholing gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie (20,7%).

Informatie en voorlichting

Tabel 2 laat zien in hoeverre tandartsen hulpmiddelen gebruiken ter ondersteuning van de mondelinge informatieverstrekking. Hoewel zelfgemaakte schetsen en folders het meest worden gebruikt, geeft de meerderheid van de respondenten aan nooit of soms gebruik te maken van ondersteunende hulpmiddelen. Achtergrondvariabelen die samenhangen met het gebruik van hulpmiddelen zijn sekse en gevolgde nascholing. Mannen maken vaker gebruik van folders dan vrouwen ($X^2 = 5,2$; $p = 0,022$), en tandartsen die nascholing hebben gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie, gebruiken significant vaker ondersteunende hulpmiddelen dan tandartsen die geen nascholing hebben gevolgd ($p = 0,000$).

De respondenten trekken gemiddeld 29,6 minuten (sd = 17,0 min.) uit voor een consult met een nieuwe patiënt. Hiervan wordt de meeste tijd besteed aan de besluitvorming rond de behandeling en afsluitende opmerkingen (gem. = 8,5), en de minste tijd aan de bespreking van het mondonderzoek (gem. = 7,0). Tandartsen die nascholing hebben gevolgd, trekken significant meer tijd uit voor een consult met een nieuwe patiënt dan tandartsen die geen nascholing hebben gevolgd ($p = 0,007$). Ook zijn er significante, zij het matige, verbanden tussen de lengte van het consult en de leeftijd van de tandarts (Pearson's correlatiecoëfficiënt $r = 0,14$; $p < 0,05$), praktijkgrootte (Pearson's correlatiecoëfficiënt $r = -0,23$; $p < 0,01$), en het aantal uren per week dat men werkzaam is (Pearson's correlatiecoëfficiënt $r = -0,14$; $p = < 0,05$).

Van de respondenten heeft 33,5% wel eens meegemaakt dat een patiënt een klacht had over de manier waarop hij was geïnformeerd. De drie meest genoemde klachten betroffen te weinig informatie over behandeling of preventie (34,1%), te weinig informatie over kosten van behandeling (34,1%) en te weinig informatie over resultaten van behandeling (18,3%).

Mannen zeggen significant minder vaak een klacht over de informatieverstrekking te hebben gekregen

dan vrouwen ($X^2 = 6,4$; $p = 0,042$). Tandartsen die niet op de hoogte zijn van de WGBO, hebben vaker een informatieklacht gekregen dan tandartsen die wel op de hoogte zijn van de WGBO ($X^2 = 6,8$; $p = 0,033$).

Toestemming

Aan de respondenten is gevraagd aan te geven voor welke behandelingen zij altijd expliciet toestemming vragen aan de patiënt. De volgende drie behandelingen werden het meest genoemd ($N = 218$): extractie (71,1%), kroon- en brugwerk (59,6%) en endodontische behandeling (29,4%).

Daarnaast is gevraagd of zij gebruikmaken van informed-consentformulieren. Dit zijn formulieren waarop staat aangegeven dat de patiënt toestemming heeft gegeven voor een bepaalde behandeling en over de behandeling geïnformeerd is. Uit de resultaten bleek dat slechts een kleine minderheid inderdaad hiervan gebruikmaakt (5,9%).

Geheimhouding

Tabel 3 laat zien in hoeverre de tandarts expliciet toestemming vraagt aan de patiënt voor het doorgeven van persoonlijke gegevens aan derden. Alhoewel het volgens de WGBO verplicht is altijd toestemming te vragen voor het doorgeven van patiëntgegevens, behalve als het om medebehandelaars (collega's van de tandarts die direct bij de behandeling betrokken zijn) gaat, blijkt uit tabel 3 dat een aanzienlijk aantal tandartsen hier slechts soms of zelfs nooit toestemming voor vraagt. Bij het doorgeven van gegevens aan een nieuwe tandarts is dit zelfs ruim 75%. Tandartsen die nascholing hebben gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie vragen minder vaak toestemming voor het doorgeven van gegevens aan medebehandelaars ($X^2 = 5,6$; $p = 0,018$), aan de ouders van een kind tussen 12 en 16 jaar ($X^2 = 4,4$; $p = 0,037$), aan de ouders van een kind tussen 16 en 18 jaar oud ($X^2 = 5,2$; $p = 0,023$) en aan een nieuwe tandarts ($X^2 = 5,5$; $p = 0,019$) dan tandartsen die geen nascholing hebben gevolgd. Tandartsen ten slotte, die niet op de hoogte zijn van de WGBO vragen vaker toestemming voor het doorgeven van gegevens aan medebehandelaars ($X^2 = 4,3$; $p = 0,04$) en aan een nieuwe tandarts ($X^2 = 5,7$; $p = 0,017$) dan tandartsen die op de hoogte zijn van de WGBO.

Tabel 4 laat zien in hoeverre verschillende medebehandelaars kennis kunnen nemen van de inhoud van patiëntendossiers zonder de toestemming van de patiënt. Het blijkt dat een overgrote meerderheid

Tabel 2. Gebruik van hulpmiddelen ter ondersteuning van mondelinge informatieverstrekking.

Gebruikte hulpmiddelen	Aantal respondenten (n)	Altijd %	Meestal %	Soms %	Nooit %
Zelf gemaakte schetsjes	213	6,1	39,4	48,9	5,6
Folders en ander schriftelijk materiaal	249	6,4	36,9	53,8	2,8
Röntgenfoto's	247	28,7	49,4	20,2	1,6
Modellen	235	4,7	26,4	66,8	2,1
Atlassen	217	2,8	11,5	33,2	52,5
Audiovisuele hulpmiddelen	197	1,5	2,0	11,2	85,3

van

de respondenten terecht inzage toestaat aan de verschillende medebehandelaars, zonder toestemming van de patiënt. Waarnemers en specialisten naar wie doorverwezen is, kunnen relatief minder vaak zonder toestemming inzage krijgen in patiëntendossiers.

Dossier

Aan de respondenten is gevraagd wat de belangrijkste gegevens zijn die zij opnemen in het patiëntendossier. De volgende drie gegevens werden het vaakst genoemd ($N = 247$): medische anamnese (80,6%), uitgevoerde behandeling (55,1%) en personalia (49,8%).

Daarnaast werd hen gevraagd of zij bij het opstellen van patiëntendossiers gebruikmaken van de recent ontwikkelde NMT-praktijkrichtlijn over patiëntendossiers. Een aanzienlijke meerderheid van de respondenten (71%) gaf aan hier geen gebruik van te maken. Ten slotte is nagegaan of er redenen zijn om patiënten geen inzage in hun dossier te geven, ondanks het feit dat zij hier in principe altijd recht op hebben. Zoals uit tabel 5 valt af te lezen is het feit dat het dossier persoonlijke werkaantekeningen bevat, de meest genoemde reden om de patiënt geen inzage te geven in zijn eigen dossier. Ook de emotionaleiteit van de patiënt wordt relatief vaak genoemd als reden om inzage te weigeren. Tandartsen die niet op de hoogte zijn van de WGBO geven vaker aan dat de emotionaleiteit van de patiënt of het begripsvermogen van de patiënt redenen kunnen zijn om geen inzage te verlenen dan tandartsen die wel op de hoogte zijn van de WGBO (resp. $X^2 = 5,8$; $p = 0,016$ en

Tabel 3. Hoe vaak toestemming werd gevraagd voor het doorgeven van persoonlijke gegevens aan derden.

Toestemming vragen aan de patiënt voor het doorgeven van gegevens aan:	N	Altijd %	Meestal %	Soms %	Nooit %
Ouders van een kind tussen 16 en 18 jaar	242	28,1	40,9	16,5	14,5
Ouders van een kind tussen 12 en 16 jaar	245	37,6	21,6	27,8	13,1
Ouders van een kind jonger dan 12 jaar	245	47,3	9,8	16,3	26,5
Familie/partner	243	30,9	26,3	11,1	31,7
Medebehandelaars	244	29,9	16,8	17,2	36,1
Nieuwe tandarts	245	15,1	9,8	14,7	60,4

Tabel 4. Percentage respondenten van wie de verschillende medebehandelaars wel/niet zonder toestemming van de patiënt kennis mogen nemen van het patiëntendossier.

Medebehandelaars	% wel zonder toestemming	% niet zonder toestemming
Assistente	90,5	9,5
Collega	87,0	13,0
Mondhygiënist	84,3	15,7
Waarnemer	76,1	23,9
Specialist naar wie is doorverwezen	51,9	48,1

$\chi^2 = 6,1; p = 0,013$.

Discussie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat het omgaan met rechten van de patiënt in de tandheelkundige praktijk nog niet verloopt zoals dit idealiter het geval zou moeten zijn. Zo hebben relatief veel tandartsen te maken met klachten over onvoldoende informatie, wordt vaak geen toestemming gevraagd voor het doorgeven van gegevens over de patiënt aan derden, en is inzage in het dossier bij te veel respondenten lang niet vanzelfsprekend. Toch is er ook reden voor optimisme. Alhoewel door de opzet van dit onderzoek geen causale uitspraken mogelijk zijn, valt het op dat het volgen van nascholing samenhangt met een verbetering in het omgaan met een aantal (alhoewel niet alle) rechten van de patiënt. Zo trekken tandartsen die nascholing hebben gevolgd op het gebied van de tandarts-patiëntcommunicatie meer tijd uit voor een consult met een nieuwe patiënt en maken zij meer gebruik van verschillende voorlichtingsmaterialen dan tandartsen die geen nascholing hebben gevolgd. Meer aandacht voor tandarts-patiëntcommunicatie binnen het kader van de WGBO in het tandheelkundige curriculum en postacademisch onderwijs zou dan ook een relatief eenvoudige manier kunnen zijn om beter om te gaan met de rechten van de patiënt in de tandheelkundige praktijk dan nu het geval is.

Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan naleving van de rechten van de patiënt zou kunnen zijn dat tandartsen niet weten hoe concreet invulling gegeven moet worden aan deze rechten in de alledaagse praktijk. De WGBO mag dan wel een algemeen kader scheppen voor de (tand)arts-patiëntrelatie, erg concreet is zij

Tabel 5. Percentage respondenten dat om diverse redenen aan de patiënt geen inzage geeft in het dossier.

Redenen	Wel inzage %	Geen inzage %
Dossier bevat persoonlijke werkaantekeningen	71,8	28,2
Emotionaliteit van patiënt	79,1	20,9
Beheersing van de Nederlandse taal	85,3	14,7
Begripsvermogen van patiënt	86,7	13,3
Onzekerheid van diagnose	89,4	10,6
Leeftijd van patiënt	89,8	10,2
Kans dat het vertrouwen van patiënt in de behandeling geschaad wordt	90,5	9,5

niet. Zo is de tandarts volgens de WGBO verplicht een dossier van zijn patiënten bij te houden, waarbij die gegevens moeten worden opgenomen die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. Welke gegevens dit dan precies zouden moeten zijn, wordt in de WGBO niet verder omschreven. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft in deze lacune proberen te voorzien door een praktijkrichtlijn te ontwerpen, die als leidraad kan worden gebruikt voor het bijhouden van een goed patiëntendossier. Uit onderzoek naar de oordelen van tandartsen over de concept-praktijkrichtlijn bleek dat een grote meerderheid van hen zich in deze richtlijn kon vinden (Heetman, 1998). Uit dit onderzoek blijkt evenwel dat een aanzienlijke meerderheid van de respondenten deze richtlijn niet gebruikt bij het opstellen van de patiëntendossiers.

Een ander aspect waarover de WGBO zich niet concreet uitlaat, is wat men onder ingrijpende en niet-ingrijpende behandelingen moet verstaan. Dit onderscheid is van belang, aangezien voor ingrijpende behandelingen expliciet toestemming moet worden gevraagd aan de patiënt, en voor niet-ingrijpende behandelingen deze verondersteld mag worden. Probleem hierbij is dus de vraag wat men onder niet-ingrijpend moet verstaan, en hoe de hulpverlener van tevoren kan weten of de patiënt de ingreep als niet-ingrijpend ervaart (Spreeuwenberg, 1991). Als richtlijn kan worden aangehouden dat de ingrijpendheid van de behandeling niet alleen betrekking heeft op de ingreep op zich, maar ook op de gevolgen van de ingreep. Uit de antwoorden van de respondenten op de vraag voor welke behandelingen zij altijd expliciet toestemming vragen aan de patiënt (extracties, kroon- en brugwerk), blijkt dat zij hierbij inderdaad ook rekening houden met de gevolgen van de ingreep.

De WGBO geeft duidelijk aan op welke informatie de patiënt in het algemeen recht heeft, en in welke situaties hiervan kan worden afgeweken. Een kanttekening die hierbij echter geplaatst kan worden, is dat wel heel gemakkelijk wordt aangenomen dat de gemiddelde patiënt in staat is deze informatie te begrijpen en mondig genoeg is om nadere informatie te vragen (Eijkman *et al*, 1998). In veel onderzoek is aangetoond dat patiënten lang niet alle gegeven informatie begrijpen en onthouden. Ook blijkt uit dit onderzoek dat een belangrijk deel van de tandartsen te maken heeft gehad met klachten van patiënten over (een tekort aan) informatieverstrekking (Ter Horst en Boon, 1989; Lipschart-van der Linden *et al*, 1995). Het veelvuldiger gebruikmaken van ondersteunende hulpmiddelen dan nu lijkt te gebeuren, zou wellicht kunnen bijdragen aan een verbetering in het begrip en de herinnering van de gegeven informatie (Uden en Van Dam, 1986).

Slechts een gering aantal tandartsen maakt gebruik van informed-consentformulieren. Alhoewel een schijnbaar voordeel van dergelijke formulieren is dat de patiënt hierop kan aangeven dat hij de informatie begrepen heeft, valt het te betwijfelen of deze formulieren het begrip bij de patiënt daadwerkelijk verho-

gen. Een ander nadeel is het gevaar van defensieve geneeskunde. Door dergelijke formuleren kan de nadruk van het voeren van een goed gesprek tussen patiënt en arts zich makkelijk verplaatsen naar het verkrijgen van toestemming van de patiënt, zodat de arts zich ingedeekt voelt tegen eventuele klachten. Dat dit niet de bedoeling kan zijn van de WGBO moge duidelijk zijn.

Literatuur

- BERKEL E. WGBO is neerslag van wat goede hulpverlening moet zijn. *Ned Tandartsenbl* 1995a; 50: 72-75.
- BERKEL E. Informatieplicht en toestemmingsvereiste. *Tandarts moet WGBO positief zien*. *Ned Tandartsenbl* 1995b; 50: 122-125.
- DUPUIS HM, BEAUFORT ID DE. Informed consent. In: Beaufort ID de, Dupuis HM. *Handboek Gezondheidsethiek*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988; 217-226.
- EIJKMAN MAJ, GOEDHART H. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. *Opinies van tandartsen*. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1995; 102: 142-145.
- EIJKMAN MAJ, DUYX MPMA, VISSER A PH. *Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- GEVERS JKM. De tandarts als communicator: de wet. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 49-51.
- HEETMAN PGAM, KROEZEN NM. Een praktijkrichtlijn patiëntdossiers. *Ned Tandartsenbl* 1998; 53: 538-540.
- HORST VAN DER JA. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst geen omwenteling in gezondheidszorg. *Ned Tandartsenbl* 1995; 50: 22-23.
- HORST G TER, BOON G. Klachten over tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 322-325.
- LEENEN HJJ. Informatie en toestemming in de WGBO. *Med Contact* 1991; 36: 46-48.
- LEGEMAATE J. De WGBO en het vertrouwensmodel. Tegenspraak of harmonie? *Med Contact* 1991; 39: 1151-1153.
- 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.
- SCHOUTEN BC. *De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. *Kennis van tandartsen*. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 238-241
- SPREEUWENBERG C. Arts en WGBO. Inleiding op een themaserie. *Med Contact* 1991; 36: 1030-1032.
- UDEN MMAT, DAM FSAM VAN. Informed consent bij klinisch kankeronderzoek; psychologische aspecten. *Ned Tijdschr Geneeskd*

How do Dutch dentists deal with some rights of patients in daily practice?

In the Netherlands patients rights are regulated in the 'Medical Treatment Contract Act'. This article describes how dentists deal with those rights in daily practice. From the registers of the Dutch Dental Association 806 dental practitioners were drawn at random. They received a questionnaire on this topic; 41.6% responded. The results show that the implementation of patient rights in dental practice is far from ideal. Over a third of the respondents has had complaints about a lack of information from their patients. Respondents who attended post-graduate courses on dentist-patient communication dealt better with a number of patient rights than respondents who did not attend such courses. Confusion over how to interpret the rights of patients and the duties of the dentist could underlie the lack of implementation of those rights.

Summary

Key words:

- Public health dentistry