

# De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

## Opinies van tandartsen

**Samenvatting.** Dit artikel beschrijft de resultaten van vier groepsdiscussies met tandartsen (n=34), waarin is nagegaan welke de opinies van algemeen-practici zijn over de invoering van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Uit de resultaten blijkt dat de meesten van hen niet op de hoogte zijn van de inhoud van de wet. Men noemt een aantal belangrijke consequenties voor de praktijkvoering. Als negatieve consequenties worden vooral genoemd inkomstenderving, meer tijdsinvestering per patiënt, selectie van patiënten, meer schadeclaims en een toename van administratief en dossierwerk. Bij de positieve opmerkingen komen naar voren het gaan werken met protocollen, de verhoging van de kwaliteit van zorgverlening en een betere educatie van de patiënt. In de discussie wordt gewezen op het juridische kader van de tandarts-patiëntrelatie, terwijl nog onduidelijk is hoe een en ander in de dagelijkse praktijk gestalte zal krijgen.

EIJKMAN MAJ, GOEDHART H. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Opinies van tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 142-5.

M.A.J. Eijkman, tandarts  
H. Goedhart, psycholoog

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

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde –  
Wetgeving – WGBO

Datum van acceptatie: 15 maart 1995.

Adres: Prof.dr. M.A.J. Eijkman, ACTA,  
Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

### 1 Inleiding

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), die op 1 april 1995 in werking is getreden, legt de wederzijdse rechten en plichten van patiënt en hulpverlener vast, die het gevolg zijn van de overeenkomst tot een geneeskundige of tandheelkundige behandeling. Deze wet heeft vooral tot doel de positie van de patiënt in de gezondheidszorg te versterken. Centraal in deze regeling, waarover in het verleden door artsen, juristen en ethici boeiende discussies zijn gevoerd, staat de *informatieplicht* van de hulpverlener. Een ander belangrijk uitgangspunt is het zogenoemde *toestemmingsvereiste*. Voor iedere medische of tandheelkundige behandeling heeft de hulpverlener van de patiënt toestemming nodig. Zonder die toestemming kan de hulpverlener – behalve in geval van nood – geen behandeling beginnen of voortzetten. Verder wordt in de wet een aantal andere patiëntenrechten geregeld, zoals het recht op inzage in het eigen medische dossier en privacybescherming (ook bij wetenschappelijk onderzoek).

Beide kernelementen, informatieplicht en toestemmingsvereiste, houden nauw verband met elkaar. Slechts een goed geïnformeerde patiënt kan verantwoord toestemming geven voor onderzoek of behandeling. In de Amerikaanse literatuur spreekt men dan ook van 'informed consent', hetgeen voor de patiënt zoveel betekent als de combinatie van de begrippen geïnformeerd zijn over en toestemming geven voor een bepaalde behandeling.

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) achtte het noodzakelijk in 1993 bij de beroepsgroep na te gaan welke opinies er leven over het (toenmalige) wetsontwerp en de veranderingen die zouden kunnen optreden bij de beroepsuitoefening na invoering van de wet. In het daartoe uit te voeren onderzoek werden de volgende hoofdvragen geformuleerd:<sup>1</sup>

- I In welke situaties achten praktizerende tandartsen het wetsvoorstel uitvoerbaar?
- II Zijn er speciale voorwaarden te onderscheiden waaronder praktizerende tandartsen de regeling uitvoerbaar achten?
- III Wat zijn de consequenties en de implicaties voor het dagelijks functioneren van de tandarts?

In dit artikel wordt van een aantal onderdelen van dit onderzoek verslag gedaan.

### 2 Materiaal en methode

Gekozen is voor de groepsdiscussie als onderzoeksmethode. In vier regio's in verschillende delen van het land is in 1994 een aantal tandartsen benaderd om medewerking te verlenen. Deze regio's lagen rond de steden Zwolle, Utrecht, 's-Gravenhage en Eindhoven en zijn gekozen om enige spreiding te krijgen in het deelnemersveld.

Op basis van een steekproef zijn per regio dertig tandartsen geselecteerd. Deze kregen een uitnodigingsbrief en drie weken later een herinneringsbrief. Van het aantal benaderde tandartsen (n = 120) zegden 41 toe te willen deelnemen. Het uiteindelijke aantal deelnemers was 34: 26 mannen en 8 vrouwen. De gemiddelde tijd tussen afstudeerdatum en deelname aan het onderzoek was 13,5 jaar (sd = 7,9 jaar). De langst praktizerende tandarts bleek 39 jaar in het vak te zitten; de jongste had twee ervaringsjaren.

Het groeps gesprek werd gevoerd aan de hand van een aantal vragen die veelal waren gebaseerd op thema's uit de Amerikaanse literatuur.<sup>1</sup> In dit artikel zal alleen worden ingegaan op de opinies over de drie hoofdvragen.

### 3 Resultaten

De resultaten van de groepsdiscussies worden hieronder geïntegreerd behandeld. Er is geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende regio's vanwege het inventariserende karakter van dit onderzoek en de kleine groepen.

#### 3.1 In welke situaties achten praktizerende tandartsen het wetsvoorstel uitvoerbaar?

In eerste instantie zijn veel tandartsen van mening dat de regeling in de toenmalige situatie niet uitvoerbaar was. Wat gedaan kan worden, is van een aantal factoren afhankelijk, zoals:

- de aard van de behandeling;
- de omvang van de behandeling: routinebehandelingen versus de meer 'ingewikkelde klussen';
- het juridische klimaat (juridisering van de samenleving);
- het communicatieklimaat tussen tandarts en patiënt;
- het bevattingsvermogen en het opleidingsniveau van de patiënt;
- de wens van de patiënt dat de tandarts voor hem de beslissing neemt;
- een adequate honorering;
- de mankrachtproblematiek.

Ook lijkt het of er voor de deelnemers aan de discussies twee interpretaties van de regeling zijn: enerzijds er soepel mee omgaan, 'we doen dat toch eigenlijk al', en anderzijds juist strikt formeel te werk gaan en de nadruk leggen op het ondertekenen van formulieren. Een aantal tandartsen maakt zich zorgen over de te verwachten extra werkdruk, terwijl anderen aangeven de nodige informatie altijd al te hebben geïntegreerd in de behandeling. Informed consent, zoals het wordt gepresenteerd, lijkt echter voor de meesten van deze groep tandartsen een bedreiging te vormen. Verder menen de deelnemers zonder uitzondering dat, ook in het geval van routinebehandelingen zoals het leggen van een eenvoudige occlusale vulling, toestemming zal moeten worden gevraagd, hetgeen niet het geval is.

### 3.2 Zijn er speciale voorwaarden te onderscheiden waaronder praktiserende tandartsen de regeling uitvoerbaar achten?

Het antwoord op deze vraag is voor veel tandartsen lastig. In de meeste gevallen overheerst de gedachte dat tandartsen een te beperkte opleiding hebben genoten als het gaat om het overzien van de vele medische gevolgen van bepaalde ingrepen. Verder meent men voor iedere patiënt uitgebreide gegevens, zoals een paro- en röntgenstatus, nodig te hebben om te kunnen voldoen aan de uitgangspunten van de wet. Ook geeft men aan dat de vertrouwensrelatie met de patiënt in het gedrang kan komen. Sommigen merken op dat patiënten moeilijk zelf kunnen beslissen, omdat zij steeds zijn aangewezen op de deskundigheid van hun tandarts. Een brandende vraag bij een aantal deelnemers is of er speciale regelingen getroffen kunnen worden voor de behandeling van kinderen en specifieke groepen, zoals geriatrische patiënten, allochtonen etc.

Samengevat: de deelnemers vinden dat zij eigenlijk eerst alles moeten weten over de patiënt, voordat zij deze adequaat kunnen informeren en toestemming kunnen vragen voor een behandeling. Een betere anamnese en registratie van de behandeling van de patiënt kunnen leiden tot een situatie waarin informed consent uitvoerbaar wordt.

### 3.3 Wat zijn de consequenties en de implicaties voor het dagelijks functioneren van de tandarts?

Bij de beantwoording van deze vraag komt een breed spectrum van mogelijke consequenties naar voren. Naast enkele relativerende opmerkingen in de trant dat een en ander in de praktijk best zal meevallen, ziet men dat bij de antwoorden onderscheid wordt gemaakt tussen aspecten die min of meer in de zakelijke sfeer kunnen worden ingedeeld en aspecten die meer onder de persoonlijke omstandigheden zijn te rangschikken. Wat de *zakelijke* sfeer betreft, worden genoemd:

- meer computerwerk in verband met het maken van meer begrotingen, etc.;

- verschuiving naar meer papierwerk, afspraken meer vastleggen;
- meer met gestandaardiseerde protocollen gaan werken;
- betere educatie van de patiënt;
- vrees voor Amerikaanse toestanden, meer schadeclaims;
- verhouding tussen administratieve en feitelijke handelingen nog schever dan nu al het geval is;
- toename in wanverhouding tussen administratie en tarieven;
- toename niet-declarabele uren, zoals meer werken 's avonds;
- gesignaleerde 'overtreatment';
- selectie van patiënten, als lastig ervaren patiënten hebben bijvoorbeeld minder kans op behandeling.

In de *persoonlijke* sfeer komen de volgende aspecten aan de orde:

- de rol van de behandelend tandarts wordt duidelijker als een en ander op schrift staat; een goed dossier is een soort steun in de rug;
- de arbeidsvreugde zal achteruit gaan;
- invoering van de wet zal stressverhogend werken.

Er worden opvallend veel consequenties en implicaties genoemd. Deze zijn voornamelijk te karakteriseren als negatief, bijvoorbeeld: invoering van de wet gaat per patiënt meer tijd kosten, het zal een grotere administratie tot gevolg hebben, de praktijk zal minder opbrengsten genereren, het zal financieel gezien geen haalbare kaart zijn. Daarnaast worden er toch ook kwaliteitsbevorderende effecten onderkend, zoals het meer eenheid brengen in de tandheelkundige zorgverlening en een betere educatie van de patiënt.

## 4 Discussie

Met de wettelijke vastlegging van de relatie tussen (tand)arts en patiënt en het recht op informatie alsmede het toestemmingsvereiste, wordt de traditionele vertrouwensrelatie tussen hen beiden nu ook van een wettelijk kader voorzien. Juristen verwachten dat er, wat de praktijksituatie van (tand)artsen betreft, weinig zal veranderen.<sup>2</sup> De WGBO kan immers gezien worden als een codificatie van reeds bestaande geschreven en ongeschreven rechten.

### 4.1 Twijfels

Hoewel de wettelijke regeling inderdaad de algemene regels formuleert, bestaan er toch twijfels. Zo wordt vanuit een juridische invalshoek de vraag gesteld hoe hulpverleners in de dagelijkse medische praktijk met de wet zullen omgaan.<sup>3</sup> Ook in de Amerikaanse literatuur wordt erop gewezen dat de uitwerking van de informed consent-doctrine nog niet zo helder is.<sup>4</sup> Het hier beschreven onderzoek lijkt die twijfels te bevestigen. Enerzijds kan worden geconstateerd dat een aantal algemeen-practici van deze groep reeds vertrouwd is met het informeren van de patiënt over de behandeling. Anderzijds, en in veel grotere mate, is een huivering waar te nemen over hoe de toekomst er met de verplichte informed consent-regeling uit zal zien.

De belangrijkste negatieve consequentie die de deelnemers signaleren, ligt op het financiële vlak. In het algemeen vreest men inkomstenderving. Want, zo denkt men, het informeren van patiënten kost tijd en aldus kunnen minder verrichtingen worden uitgevoerd. Men vraagt zich af of binnen bestaande of nieuwe verstrekkingspakketten de tijdsbesteding die het gevolg is van de informatieplicht, financieel vergoed zal wor-

den. Wanneer voor elke 'kleinigheid' informatie moet worden verstrekt over de mogelijke alternatieven, over de eventuele negatieve consequenties van de behandeling en over de te verrichten handelingen, lijkt deze toegenomen tijdsinvestering een realistische opvatting.

Wanneer men echter de gesignaleerde negatieve consequenties nader bekijkt, krijgt men de indruk dat de deelnemers weinig op de hoogte zijn van de uitgangspunten van het wetsartikel waarin het recht op informatie wordt geregeld. Het is immers niet de bedoeling dat de patiënt voor elke kleinigheid omstandig wordt geïnformeerd; soms is die informatie zelfs overbodig.<sup>3</sup> Voor routinekwesities zal de praktijk blijven zoals men het nu reeds gewend is. Wanneer men de nu geldende gedragsregels in acht neemt en de patiënt informeert over wat deze kan verwachten, bijvoorbeeld hoeveel een behandeling kost, wat de eventuele alternatieven zijn, en de eventuele vragen van de patiënt beantwoordt, zal in de tandheelkundige praktijk weinig veranderen. Het uitvoerig informeren zal vooral bij meer uitgebreide behandelingen van toepassing zijn. Voor een aantal deelnemers is deze gang van zaken overigens al bekend. Hoewel er bij de tandartsen onduidelijkheid bestaat over de omvang van de noodzakelijke voorlichting, kan in het algemeen gesteld worden dat zodanige informatie moet worden verstrekt dat de patiënt op basis daarvan een gewogen beslissing kan nemen. Bijzondere risico's en zelden optredende bijverschijnselen kunnen in de regel buiten beschouwing blijven. Gedetailleerde richtlijnen kunnen niet worden gegeven en zijn ook zinloos.<sup>5</sup>

In de literatuur blijkt de bezorgdheid omtrent de negatieve aspecten die volgens de deelnemers aan informed consent kleven, zoals de extra tijdsinvestering, weinig steun te vinden. Uit diverse onderzoeken, weliswaar niet binnen de tandheelkunde verricht, blijkt dat goed informeren op termijn tijdsbesparing betekent en dat de therapietrouw toeneemt, vooral wanneer het ingrijpende behandelingen betreft.<sup>6,9</sup> Ook medici hanteerden vroeger het tijdsargument maar zij zijn, volgens de literaturopgaven, daarvan teruggekomen. Informatie in de juiste dosering en op het juiste moment gegeven, heeft een educatief effect. De patiënt zal bij een volgende behandeling beter op de hoogte zijn van doel en nut van de behandeling. Deze positieve ervaringen zijn vooralsnog niet bekend uit de (Nederlandse) tandheelkundige praktijk. Het meeste onderzoek is van oorsprong Amerikaans en voornamelijk uitgevoerd in reguliere medische praktijken.

Een tweede argument dat informed consent een preventief en tijdsbesparend effect kan hebben, komt naar voren als men zich bedenkt wat er kan gebeuren in het geval dat informatie en toestemming achterwege zijn gebleven en een patiënt een procedure begint. Uit bovengenoemde literatuur blijkt verder dat goed geïnformeerde patiënten minder snel geneigd zijn tot het instellen van gerechtelijke procedures.

Diverse kwaliteitsbevorderende effecten van het wetsvoorstel worden door de deelnemers onderkend. De behandelaars moeten systematischer gaan werken door middel van standaarden en protocollen. Meer dan in het verleden het geval was, behoeven behandelingskeuzen niet meer door de tandarts alleen genomen te worden, maar zal de patiënt veel actiever moeten meedenken.

De door de deelnemers voorspelde overtreatment komt vooral neer op het uitvoeren van meer diagnostische verrichtingen en minder risicovolle behandelingen. Bij de meer diagnostische verrichtingen geeft men bijvoorbeeld aan dat eerst alle gegevens van de patiënt, zoals een uitgebreide parov- en röntgenstatus, beschikbaar moeten zijn om goed gedocumenteerd te zijn bij eventuele juridische procedures. Men dekt zich als het ware sneller in dan men in het verleden gewend was. Bij behandelingen waar duidelijk risico aanwezig is, voor-



'Conversation' van Igor Mitorai, ter bezichtiging in het Museum Beelden aan Zee te Scheveningen. Foto: Erik Hesmerg, c/o Art Unlimited. (Met toestemming van Igor Mitorai en Art Unlimited Amsterdam overgenomen).

spelt men dat tandartsen geneigd zullen zijn minder snel compromissen te sluiten. Door meer, en niet direct noodzakelijke, verrichtingen uit te voeren met als doel zich te beschermen tegen aansprakelijkheid, zal de tandarts zich wellicht veilig wanen. De vraag is echter of deze redeneringen juist zijn. Immers, de omvang van de behandeling wordt bepaald door professionele opvattingen en staat los van de informatie die gegeven moet worden en het krijgen van toestemming van de patiënt. Anderzijds zou de wens tot protocollering wel degelijk kunnen leiden tot meer diagnostische verrichtingen en als zodanig kunnen aansluiten op de wens tot doelmatig werk.

## 4.2 Toestemming

Het wetsvoorstel handelt in feite over twee verschillende toestemmingsvereisten: toestemming bij het aangaan van een behandelingsovereenkomst en toestemming voor het uitvoeren van een behandeling. Deze twee toestemmingsvereisten worden door de deelnemers in dit onderzoek niet als aparte eenheden onderscheiden. Veelal gaan de tandartsen bij binnenkomst van een patiënt in de praktijk ervan uit dat vanzelfsprekend kan en mag worden overgegaan tot een behandeling: stilzwijgende instemming.

Uit de discussies in de groepsbijeenkomsten komt naar voren dat de meeste tandartsen informed consent niet relateren aan privaatrechtelijke aspecten, zoals het sluiten van overeenkomsten en het handelen volgens redelijkheid en billijkheid. Deze aspecten zijn echter onlosmakelijk verbonden

den met de dagelijkse tandartspraktijk waarin het aangaan van 'contracten' en het maken van afspraken een wederkerend fenomeen is.

Het verkrijgen van toestemming van de patiënt behoeft schriftelijk, noch mondeling uitgedrukt te worden, maar kan ook blijken uit het gedrag. In een artikel wordt een voorbeeld aangehaald waarin een patiënt, nadat de tandarts hem geïnformeerd had omtrent het extraheren van een element, akkoord gaat met een voorgestelde behandeling door een afspraak te maken op het afgesproken tijdstip te komen.<sup>10</sup> Als algemene richtlijn geldt: hoe uitgebreider de behandeling, des te meer informatie aan de patiënt gegeven moet worden om hem tot een afgewogen oordeel te laten komen.

## 5 Tot slot

Deze rapportage geeft het beeld van een door een kleine groep algemeen-practici als zeer gecompliceerd ervaren vraagstelling. Teleurstellend was het geringe aantal respondenten; slechts 34 van de 120 aangezochte tandartsen reageerden. Desondanks, en het kwalitatieve karakter van de studie in aanmerking genomen, geven de resultaten een indruk van de diverse opinies die bij tandartsen omtrent de informed consent-problematiek leven. Bij elke groepsdiscussie is enerzijds de algemene tendens te bespeuren dat een defensieve houding, over het recht op informatie van de patiënt en de geïnformeerde toestemming, overheerst. Anderzijds sluiten verschillende deelnemers niet de ogen voor de positieve gevolgen van de invoering van de WGBO.

De wet is inmiddels een realiteit. Voor patiënten bestaat thans een stevig houvast voor het verkrijgen van informatie en het beïnvloeden van de besluitvorming als het behandelingsalternatieven betreft. Tandartsen doen er verstandig aan deze inzichten in hun praktijkvoering en gedragspatroon te integreren, voor zover zij dat nog niet gedaan hebben.

Voor de geïnteresseerde lezer zij nog verwezen naar twee in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verschenen

artikelen,<sup>11,12</sup> alsmede naar een recent verschenen boek over de WGBO, getiteld: 'De WGBO: van tekst naar toepassing.'<sup>13</sup>

Volledigheidshalve is op bl. 146-8 van deze aflevering de tekst van de wet opgenomen. Deze bijlage bevat niet alleen de tekst zoals deze luidt sinds het moment van publicatie in het Staatsblad, maar ook de overgangs- en inwerkingtredingsbepalingen uit wetsvoorstel 21561.

## Literatuur

- Goedhart H, Eijkman MAJ. Het Recht op Informatie in de Tandartspraktijk. Rapport in opdracht van de NMT. Amsterdam: ACTA, Vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, december 1993.
- Horst JA van der. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst geen omwenteling in de gezondheidszorg. NT 1995; 50: 22-3.
- Roscam Abbing HDC. Het recht op informatie in de medische praktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 1861-3.
- Bailey BL. Informed consent in dentistry. J Am Dent Assoc 1985; 110: 709-14.
- Roscam Abbing HDC. Rechten van patiënten: individuele en sociale grondrechten in de gezondheidszorg. In: Beaufort ID de, Dupuis HM, red. Handboek gezondheidsethiek. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.
- Selbst AG. Understanding informed consent and its relationship to the incidence of adverse treatment events in conventional endodontic therapy. J Endod 1990; 16: 387-90.
- Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decisionmaking? J Am Med Assoc 1984; 252: 2990-4.
- O'Connor RJ. Informed consent: Legal behavioral and educational issues. Patient Counselling and Health Education 1981; 2nd quarter: 49-56.
- Zuuren F van, Boer J de. Het recht op informatie: empirische aantekeningen bij een wetsvoorstel. De Psycholoog 1988; 623-8.
- Myers WR. Informed consent. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America 1993; 179-84.
- Leenen HJJ. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138 (49): 2449-51.
- Spreeuwenberg C. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst: visie vanuit de beroepsgroep. Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138 (49): 2452-5.
- Legemaate J, red. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

## Summary

### DENTISTS' VIEWS ON INFORMED CONSENT IN THE NETHERLANDS

Key words: Social dentistry – Legislation – Informed consent

The aim of this pilot study was to investigate the view of Dutch dentists on certain elements of consent to dental treatment. A total of 120, randomly selected general practitioners, drawn from the Dutch Dental Association registers and from four different regions, were invited to participate; 34 took part in group discussions. The form of these discussions was semi-structured. Questions were based on a literature survey and two interviews with experts. The outcome of the discussions indicate that most general practitioners are ill-informed about informed consent and, furthermore, that their understanding of the process is rather poor.