

Problemen rond tandheelkundige informatieverstrekking aan patiënten

Een dossieronderzoek bij de Consumentenbond

Samenvatting. Sinds 1 april 1995 liggen de informatievoorziening en de toestemmingsvereiste wettelijk vast in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In een retrospectief dossieronderzoek bij de Consumentenbond werden informatieproblemen van tandartspatiënten geïnventariseerd. Aan de hand van een zelfontworpen registratieformulier werden alle tandheelkundige dossiers over de jaren 1993-1995 (n = 207) geanalyseerd, de informatieproblemen geteld en ingedeeld. Gemiddeld 48% van de tandheelkundige dossiers ging over informatieproblemen. De grootste categorieën betroffen onvoldoende informatie over de financiële aspecten, onvoldoende informatie over de behandeling/gevolgen en het negeren van informatie, klacht of vraag van de patiënt. Samen vormen deze drie kwart van de informatieproblemen. Ongevraagd behandelen door tandartsen werd ook door de briefschrijvers gesignaleerd. Het aantal tandheelkundige klachten is bovendien relatief groot (van 10% in 1993 oplopend tot 20% in 1995) ten opzichte van het totale aantal gezondheidszorgdossiers.

In de discussie komt naar voren dat informatie meer structureel, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen, aan de patiënten aangeboden zou moeten worden. Ook meer aandacht voor de communicatieve vaardigheden en het vermogen van tandartsen met conflicten om te gaan lijkt gewenst.

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: 152-4.

H.Th. Lipschart-van der Linden
M.A.J. Eijkman
R.J. Spruijt

Het artikel is gebaseerd op de scriptie 'Mond open? Mond dicht!' bekroond met de Doctoraalscriptieprijs Tandheelkunde 1996.

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

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Voorlichtingskunde – Wetgeving

Datum van acceptatie: 4 maart 1997.

Adres: H.Th. Lipschart-van der Linden, Stadhoudersweg 116B, 3039 CL Rotterdam.

1 Inleiding

Op 1 april 1995 is de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden. Deze wet regelt de relatie tussen zorgverlener en patiënt. De rechten van de patiënt en de plichten van de zorgverlener zijn vanaf dat moment wettelijk vastgelegd.¹ Centraal in deze wet staan de informatievoorziening aan de patiënt en zijn gerichte toestemming hierna voor de behandeling (het zogenaamde 'informed consent'). Kortom: geen behandeling zonder toestemming en geen toestemming zonder informatie.

In een artikelenreeks over de WGBO in het Nederlands Tandartsenblad worden maar weinig kanttekeningen bij de WGBO en de invoering ervan geplaatst.² Gesuggereerd wordt dat het met de invoering van de WGBO allemaal wel meevalt en dat tandartsen niet veel verandering hoeven te vrezen³⁻⁵. Uit een vooronderzoek bleek echter dat tandartsen wel degelijk tegen de invoering van de WGBO en vooral het informed consent opzagen.⁶ De klachtmogelijkheden bij problemen in de informatievoorziening zijn erg onduidelijk en de patiënt zit vaak met bewijsproblemen.⁷⁻⁹

Doel van het retrospectieve onderzoek bij de Consumentenbond was informatieproblemen van tandartspatiënten te inventariseren: om hoeveel klachten gaat het en welke 'soort' informatie wil de patiënt hebben? In dit artikel wordt alleen over genoemd onderzoek verslag gedaan.

De onderzoeksvragen zijn:¹⁰

- I Is er een verandering te zien in het aantal tandheelkundige dossiers van de Consumentenbond over de jaren 1993-1995?
- II Is een eventuele verandering analoog aan die van het totale aantal dossiers in de gezondheidszorg in deze jaren?
- III Hoeveel van de tandheelkundige dossiers gaan over informatieklachten en hoeveel informatiekachten komen er in totaal in deze dossiers voor (ingeval er meer informatiekachten/categorieën per dossier voorkomen)?

- IV Is het percentage informatiekachten ten opzichte van het totale aantal klachten aan verandering onderhevig?
- V Hoeveel informatiekachten zijn er, ingedeeld naar soort en per jaar?
- VI Welk percentage vormt elke ten opzichte van het totale aantal informatiekachten per jaar?
- VII Zijn er tendensen in deze percentages te ontdekken?

2 Materiaal en methode

Vanwege de lage drempel voor het indienen van klachten en een groot ledenbestand uit de gehele bevolking is gekozen voor een onderzoek bij de Consumentenbond. Het materiaal bestond uit alle bij deze organisatie binnengekomen brieven met een tandheelkundige inhoud met vragen en klachten in de jaren 1993-1995 die per afzender in dossiers waren gerangschikt (n = 207). Voor deze jaren is gekozen om te kijken of er verschillen of ontwikkelingen in de tijd te zien zijn ten opzichte van de invoering van de WGBO.

De tandheelkundige dossiers zijn gedefinieerd als de optelsom van de dossiers met de trefwoorden tandartsen (meer dan 90% van het totaal), mondhygiënist en orthodontisten. Deze dossiers werden eerst ingedeeld in wel of geen informatieklacht, waarbij gold dat de patiënt het gebrek aan informatie of vragen om toestemming expliciet in zijn brief moest vermelden. Bij dit onderzoek is uitgegaan van de definitie over het begrip 'klacht' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989): 'Het gaat om een (naar voren gebracht) bezwaar ten aanzien van het handelen of nalaten van een hulpverlener, instelling of organisatie op het terrein van de gezondheidszorg.' Het begrip 'informatieklacht' houdt een beperking in van de klachten tot informatieve aspecten, zoals in de WGBO bij de informatievoorziening en de hierop gebaseerde toestemming omschreven is.

Omdat er vanuit de literatuur voor deze specifieke vraagstelling geen goed registratieformulier bestond, is er een nieuw registratieformulier ontworpen. Dit formulier heeft zeven categorieën waarin de informatiekachten konden worden ingedeeld (er zijn meer categorieën per dossier mogelijk):

- Categorie 1 Onvoldoende informatie over de toestand van het gebit
- Categorie 2 Onvoldoende informatie over de behandeling en/of gevolgen van de behandeling
- Categorie 3 Onvoldoende informatie over tarieven, tariefwijzigingen of eigen bijdrage
- Categorie 4 Onvoldoende informatie overig (bijv. preventie, noodzaak anamnese, röntgenfoto's en alternatieven)
- Categorie 5 Onvoldoende informatieoverdracht tussen tandarts en waarnemer, mondhygiëniste of collega
- Categorie 6 Informatie, vraag of klacht van de patiënt negeren
- Categorie 7 Ongevraagd behandelen

Van dit formulier zijn de betrouwbaarheid en validiteit getoetst voordat het definitief gebruikt is. Mede door de strenge selectie-eisen (expliciete vermelding, niet scoren wat alleen tussen de regels door te lezen is) is er een hoge betrouwbaarheid naar voren gekomen. Dit geldt zowel voor de interbeoordelaarsovereenstemming (Cohen's kappa = ,85) als voor de intrabeoordelaarsovereenstemming (Cohen's kappa = ,94).¹¹ Ook de validiteit was goed: er waren voldoende categorieën en er bestond hiertussen geen overlap.

3 Resultaten

De belangrijkste kwantitatieve resultaten zullen hieronder worden weergegeven. Tabel I geeft per jaar het aantal dossiers van de totale gezondheidszorg en van de tandheelkundige zorg weer. Bovendien is per jaar zichtbaar welk percentage het aantal tandheelkundige dossiers vormt van het totale aantal gezondheidszorgdossiers. In de tijd is een significante stijging te zien in het aantal tandheelkundige dossiers (chi-kwadraat = 7,91; df = 2; $p \leq 0,025$) (onderzoeksvraag I). In contrast hiermee zien we dat het totale aantal dossiers in de gezondheidszorg afneemt (chi-kwadraat = 10,69; df = 2; $p \leq 0,05$) (onderzoeksvraag II). Gevolg hiervan is dat het percentage tandheelkundige dossiers op het totaal van de gezondheidszorgdossiers in de jaren is toegenomen.

Tabel II toont het aantal tandheelkundige dossiers dat over informatieproblemen gaat voor de verschillende jaren (onderzoeksvragen III en IV). Hoewel er een stijging in het absolute aantal informatiekachten (chi-kwadraat = 8,64; df = 2; $p \leq 0,025$) is te zien, is het aantal dossiers met informatiekachten ongeveer gelijk gebleven. Door het toenemende aantal tandheelkundige dossiers is het percentage dossiers met informatiekachten niet gestegen (chi-kwadraat = 4,89; df = 2; $p \geq 0,05$).

In tabel III wordt het aantal informatiekachten per categorie uit het registratieformulier weergegeven (onderzoeksvraag V). Bovendien wordt het percentage informatiekachten in de categorie weergegeven ten opzichte van het totale aantal informatiekachten in het betreffende jaar (onderzoeksvraag VI).

Over de onderzochte jaren vormt de categorie 'Onvoldoende informatie over tarieven' een aanzienlijk deel. Op de tweede en de derde plaats volgen respectievelijk de categorie 'Onvoldoende informatie over de behandeling en/of gevolgen' en de categorie 'Het negeren van informatie, vragen of klachten van de patiënten'.

Statistische toetsing laat geen ontwikkelingen per categorie in de tijd zien (onderzoeksvraag VII). Verder is het ten slotte

Tabel I. Aantal dossiers totale gezondheidszorg (GEZ), aantal tandheelkundige dossiers (TAND) en het percentage tandheelkundige dossiers van alle dossiers in de gezondheidszorg (PERC) per jaar.

Jaar	GEZ	TAND	PERC
1993	558	58	10
1994	511	61	12
1995	454	88	19

Tabel II. Totale aantal geanalyseerde tandheelkundige dossiers, het aantal dossiers met informatiekachten met daarbij het totaal aantal informatiekachten in deze dossiers en het percentage dossiers met informatieproblemen op het totale aantal tandheelkundige dossiers per jaar.

Jaar	Totaal dossiers THK	Dossiers klachten INFO	Aantal klachten INFO	% dossiers INFO
1993	58	35	41	60
1994	61	25	30	41
1995	88	37	57	42

opvallend dat ongevraagd behandelen (categorie 7) voorkomt en er is hiervan geen afname zichtbaar.

4 Discussie

De lage drempel voor klachtenopvang en het mondiger maken van de patiënt heeft zowel voordelen als nadelen gehad. Eén voordeel was dat mensen behalve de financiële of behandeltechnische ook de moeilijker te bewijzen informatie- en toestemmingsklachten opstuurden. Nadeel van de lage drempel is dat mensen met eenvoudige vragen, bijvoorbeeld over behandelcodes, ook schreven. Deze brieven vertroebelen het percentage informatiekachten op het totaal van binnengekomen dossiers.

Het nadeel van retrospectief onderzoek is dat andere gebeurtenissen in de retrospectieve periode het te onderzoeken gedrag kunnen beïnvloeden. In dit geval betreft het de stelselwijziging (1 januari 1995) en de invoering van de WGBO (1 april 1995). Het is mogelijk dat deze gebeurtenissen invloed hebben gehad op de informatievoorziening aan de patiënten en op het melden van klachten.

De tandheelkundige dossiers vormen een relatief groot percentage van het totale aantal gezondheidszorgdossiers bij de Consumentenbond. In de jaren 1993 tot en met 1995 loopt dit op van 10% naar 20%. Dit is zeker zo als men het aantal tandheelkundige werkers ten opzichte van het totale aantal werkers in de gezondheidszorg bekijkt.

In de soort informatiekachten blijken geen echte tendensen te zitten. De grootste knelpunten in de informatievoorziening zijn volgens dit onderzoek:

- onduidelijkheid over de behandeling en/of gevolgen;
- onduidelijkheid over de kosten;
- het niet luisteren van de tandarts naar de patiënt.

Deze drie categorieën vormen samen ongeveer drie kwart van het totale aantal informatiekachten. In een aantal gevallen is er sprake van een combinatie van bovenstaande categorieën. Ongevraagd behandelen blijkt ook voor te komen, al behoort deze categorie dan wel niet tot de grote categorieën.

De categorie 'Onvoldoende informatie over tarieven' is

Tabel III. Aantal informatieklachten (NKL) per categorie en het percentage (%) hiervan ten opzichte van het totaal aantal informatieklachten in dat jaar.

Categorie	1993 NKL(%)	1994 NKL(%)	1995 NKL(%)	1993- 1995
Totaal aantal klachten	41 (100)	30 (100)	57 (100)	128
1. Toestand gebit	3 (7)	1 (3)	0 (0)	4
2. Behandeling/gevolgen	7 (17)	10 (33)	13 (23)	30
3. Tarieven	10 (25)	9 (30)	20 (35)	39
4. Overig	6 (15)	2 (7)	6 (11)	14
5. Andere hulpverlener	1 (2)	2 (7)	1 (1)	4
6. Vraag/klacht negeren	13 (32)	4 (13)	12 (21)	29
7. Ongevraagd behandelen	1 (2)	2 (7)	5 (9)	8

over de jaren gezien de grootste. Dat het aantal klachten over financiën relatief hoog is, is begrijpelijk. Immers vrijwel nergens in de gezondheidszorg wordt zo direct als in de tandheelkunde met patiënten over financiële kwesties onderhandeld.

Het percentage informatieklachten is over de tijd niet toegenomen. Het aantal informatieklachten is dit wel, zodat er iets meer verschillende informatieklachten per dossier zijn. Mogelijk kan de tandarts de eenvoudiger informatieklachten meer zelf oplossen en zijn de klachten waarover men schrijft complexer geworden. Los van een trend gezien is het gemiddeld percentage informatieklachten over de jaren wel hoog (gemiddeld 48% van het totale aantal tandheelkundige klachten per jaar). Zeker als men bedenkt dat het in de WGBO wettelijk vastgelegd en in wezen ontoelaatbaar is.

Ondanks het feit dat de informatieproblemen nooit helemaal vermijdbaar zijn, moeten deze wel zoveel mogelijk bescreven worden. Volgens de WGBO kan de patiënt immers alleen toestemming geven indien hij/zij van tevoren gerichte informatie ontvangen heeft. Uit de brieven van de patiënten komt naar voren dat velen zich niet in staat voelen om hun rechten uit te oefenen, omdat naar hun mening de tandarts te weinig informatie geeft, te veel beslissingen zelf neemt of er direct grote conflicten ontstaan.¹⁰

Dit onderzoek pretendeert geen incidentieschatting voor Nederland te geven; daarvoor is onderzoek bij meerdere klachteninstanties nodig. Aan de hand van dit onderzoek kan wellicht worden gesteld dat de optimistische verwachting van deskundigen over de probleemloze invoering van de WGBO enigszins overdreven is. Verder kan geconcludeerd worden dat er een aantal tandartsen is die de basisbeginselen van de WGBO wat betreft de informatievoorziening en het vragen van toestemming, nog niet ten volle lijkt toe te passen.

5 Aanbevelingen

Om informatieklachten en in sommige gevallen zelfs een aanklacht te voorkomen, moet informatie structureel en zorgvuldig gegeven worden. Van belang bij de informatie-overdracht is na te gaan of de patiënt de informatie begrepen heeft. Protocollen voor de informatievoorziening aan en de toestemming van de patiënt kunnen een hulpmiddel zijn. De NMT kan in de ontwikkeling van zulke protocollen een belangrijke rol spelen.

Het lijkt gewenst dat er meer aandacht wordt gegeven aan informatie over financiële aspecten. De meeste klachten gaan over dit onderwerp en zaken over onvoldoende informatievoorziening over de financiële gevolgen hebben al tot uitspraken geleid¹². De WGBO zegt hierover in de Memorie van Toelichting dat de hulpverlener er in eigen belang verstandig aan doet de patiënt hierover inlichtingen te geven.

Het onderzoek ondersteunt ook het belang van goede communicatieve vaardigheden. Het verdient aanbeveling de (toekomstige) tandarts beter te trainen op het vroegtijdig onderkennen en afhandelen van conflicten met patiënten.

Literatuur

- Sluyters B, Biesart MCIH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO. Zwolle: WEJ Tjeenk Willink, 1995.
- Berkel E. Informatieplicht en toestemmingsvereiste - tandarts moet WGBO positief zien. NT 1995; 50: 122-5.
- Horst JA van der. Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst geen omwenteling in gezondheidszorg. NT 1995; 50: 22-3.
- Berkel E. WGBO is neerslag van wat goede hulpverlening moet zijn. NT 1995; 50: 72-5.
- Horst JA van der. Vastleggingsplicht hulpverlener en inzagerecht van patiënt - Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. NT 1995; 50: 250-4.
- Eijkman MAJ, Goedhart H. De Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst - opinies van tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 142-5.
- Kastelein WR. Van klagen naar klachtrecht - het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1994. Academisch proefschrift.
- Consumentenbond. Die kies ziet er slecht uit, mevrouw - doolhof van regels voor klachten over de tandarts. Consumentengids. Den Haag: Consumentenbond 1994: 726-9.
- Asser WDH. Stelplicht en bewijslastverdeling en medische aansprakelijkheid in het Nederlandse recht. Tijdschr Gezondheidsr 1991; 15: 62-76.
- Lipschart-van der Linden HTh. Mond open? Mond dicht! Een literatuurstudie en een onderzoek bij de Consumentenbond over informatieproblemen van tandartspatiënten. Amsterdam: ACTA, Vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, mei 1996.
- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Education and Psychological Measurement 1960; 20: 37-46.
- Koninklijk Genootschap van Fysiotherapeuten. Commissie van Beroep. Fysiopraxis, 1994: 7: 35.

Summary

Dental information problems reported to a consumerorganisation

Key words: Social dentistry - Legislation - Informed Consent

The objective of this study was to investigate the information problems of Dutch dental patients in the years 1993-1995. Using a self-developed scale, the dental files of a consumer organisation were analysed and the information problems counted and categorised. Of all the dental dossiers 48% concerned information problems. The largest categories were: insufficient information about finances, insufficient information about the treatment/outcomes and the negligence of the information, complaints and questions of the patients. Together these categories make up 75% of the information problems. The results of this study stress that dentists should offer better structured information. More attention should also be paid to the abilities of the dentists to be communicative and to manage conflicts.