

De WGBO in de tandheelkundige praktijk: een verkenning

M.A.J. Eijkman

Samenvatting. Het doel van dit artikel is enig inzicht te geven in de toepassing van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in de tandartspraktijk. Over dit onderwerp is nog maar weinig bekend. Op basis van enig onderzoek, uitspraken van tuchtraden en evaluaties van de TIP-bureaus wordt ingegaan op klachten van patiënten over informatieverstrekking door tandartsen. Daarnaast komen problemen van tandartsen met de invoering van onderdelen van de WGBO aan de orde. De twijfel wordt geuit of de bedoelingen van de wetgever inzake de WGBO overeenkomen met de dagelijkse gang van zaken in de huidige tandartspraktijken.

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

Trefwoorden: Sociale Tandheelkunde – Wetgeving – WGBO

Datum van acceptatie: 26 augustus 1997.

EIJKMAN MAJ. De WGBO in de tandheelkundige praktijk: Een verkenning. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105; 7-10.

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

1 Inleiding

Van de nieuwe wettelijke regelingen op het gebied van de gezondheidszorg is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) waarschijnlijk de meest bekende. Veel discussie is aan de invoering ervan voorafgegaan (Legemaate, 1995). Vooral juristen en ethici hebben weinig problemen met de toepassing van de wet in de praktijk van de zorgverlening, zoals blijkt uit een aantal publicaties van deze zijde over dit onderwerp. Men is de mening toegedaan dat deze wet grotendeels weergeeft wat er in ons land in de afgelopen dertig jaar op het gebied van de patiëntenrechten is bereikt (Dupuis en De Beaufort, 1988; Vorstenbosch, 1990; Leenen, 1994). Ook in uitspraken van de Afdelingsraden en de Raden van Beroep van de NMT blijkt dat sommige uitgangspunten van de WGBO al in de tandheelkunde werden toegepast voordat de wet officieel in werking trad.

Er is echter maar weinig geschreven en nog minder onderzocht over hoe medici en tandartsen in de praktijk met een aantal uitgangspunten van deze wet omgaan. Het betreft dan vooral de toepassing van principes als het toestemmingsvereiste, het recht van de patiënt op informatie en de plicht van de hulpverlener dat ook te doen en daarnaast de regelgeving in verband met dossiers. Naast enig universitair onderzoek kunnen uitspraken van de Afdelingsraden van de NMT en de evaluaties van de TIP-projecten in dezen enig inzicht verschaffen (NMT, 1992). In het hiernavolgende zal aan deze gegevens aandacht worden geschonken. Voorts zal worden besproken welke problemen de tandarts ontmoet bij de toepassing van de wet in de praktijk.

2 Patiëntenklachten

De tevredenheid van personen over de gezondheidszorgverlening is een lastig te onderzoeken fenomeen. Wanneer men die tevredenheid opvat als een positieve evaluatie van een bepaald aspect van de zorgverlening en daarnaast een waardeoordeel over de verleende zorg, dan blijkt het oordeel van de bevolking over de zorgverlening door de tandarts zeer goed. Vergeleken bij de huisarts (92,9%), fysiotherapeut (91,4%) en medisch specialist (89,1%) scoort de tandarts met 97% het best (Harteloh en Verweij, 1995). In dit bevolkingsonderzoek zijn, in volgorde van belangrijkheid, informatie, bejegening en bereikbaarheid wezenlijke determinanten van het concept tevredenheid. Hoog opgeleiden zijn in het algemeen kritischer over de verleende zorg dan lager opgeleiden. Onvoldoende voorlichting – het is overigens niet duidelijk wat de onderzo-

kers onder dit begrip verstaan – over het gezond houden van het gebit vormt de grootste bron van ontevredenheid. Eén van de conclusies van het onderzoek is dat de informatievoorziening aan de patiënt verbetering behoeft. Ook uit andere bronnen komt naar voren dat tandartsen meer aandacht zouden kunnen besteden aan patiëntenvoorlichting.

Zo blijkt uit uitspraken van de Medische Tuchtcolleges en van de Afdelingsraden van de NMT dat tandartsen in gebreke blijven als het gaat om informatieverstrekking aan de patiënt. Men treft opmerkingen aan als *'de tandarts was tekort geschoten in het geven van duidelijke, tijdige en adequate informatie met betrekking tot de diagnose, de prognose en de mogelijke behandelingen'*.

Uit een onderzoek bij de Consumentenbond, waarbij 207 beschikbare dossiers zijn bestudeerd met brieven van tandartspatiënten uit de periode 1993-1996, wordt ook duidelijk dat de brieveschrijvers nog al wat problemen hadden met de informatieverstrekking door tandartsen (Lipschart-van der Linden *et al*, 1997). Ongeveer drie kwart van de klachten betrof onvoldoende informatie over de tarieven, over de behandeling en de gevolgen daarvan alsmede het negeren van vragen of klachten. Een enkele maal werden opmerkingen gemaakt over ongevraagde behandelingen.

TIP-bureaus van de NMT blijken een belangrijke rol te kunnen spelen bij de instandhouding van een goede relatie tussen patiënt en behandelend tandarts (NMT, 1992). De bemiddeling door de TIP-tandarts kan het starten van procedures door patiënten voorkomen. De klachten die bij de TIP's binnenkomen gaan vooral over concrete tandheelkundige of mondheelkundige problemen en de huistandarts speelt hierin een hoofdrol. De indruk bestaat dat de TIP-bureaus, meer dan in de jaren tachtig, met 'zwaardere' kwesties dan bijvoorbeeld informatie over behandelmogelijkheden te maken krijgen. Het betreft dan vooral onvrede en klachten over de behandeling, gebrek aan communicatie tussen tandartsen en patiënten en inbreuk op de patiëntenrechten.

3 Problemen van tandartsen

3.1 Opvattingen over de invoering van de WGBO

Zoals eerder opgemerkt verwachten juristen in het algemeen weinig problemen met de WGBO in de praktijksituatie (Leenen, 1994). De vraag is echter wat de consequenties zijn voor het dagelijks functioneren van de tandarts. Daarover is maar zeer weinig bekend. Er is wel een pilot-onderzoek, bestaande uit vier groepsdiscussies met 34 tandartsen (Eijkman en

Goedhart, 1995). De WGBO was toen al behandeld in de Tweede Kamer, maar nog niet in werking getreden. De resultaten wezen uit dat een aantal deelnemers aan deze discussies reeds vertrouwd was met het informeren van de patiënt over de behandeling. Er was echter ook zorg bij de deelnemers over hoe de toekomst er met de verplichte 'Informed Consent'-regeling uit zou komen te zien. Als belangrijkste negatieve consequentie zagen de deelnemers een mogelijke inkomstenderving. Het informeren van patiënten kost tijd en dus kunnen minder verrichtingen worden gedaan. Men vroeg zich verder af of de tijdsinvestering die het gevolg is van de informatieplicht, financieel vergoed zou worden. Als andere negatieve consequenties noemde men meer schadeclaims en een toename van administratief en dossierwerk.

Er werden ook positieve gevolgen onderkend. De behandelaars moeten systematischer gaan werken door middel van gestandaardiseerde protocollen. Behandelskeuzes hoeven niet alleen meer door de tandarts te worden gemaakt, maar de patiënt zal veel meer actief moeten meedenken.

Verder bleken de meeste deelnemers informed consent niet te relateren aan privaatrechtelijke aspecten, zoals het sluiten van overeenkomsten en het handelen volgens redelijkheid en billijkheid. Men is er zich kennelijk niet van bewust dat deze aspecten onlosmakelijk verbonden zijn met de dagelijkse tandartspraktijk waarin het aangaan van 'contracten' en het maken van afspraken een 'wederkerig fenomeen' is.

3.2 De zorg van een goed hulpverlener

Artikel 7:453 van de wet bepaalt: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'. Het gaat hier om een algemene formulering die niet zonder meer duidelijk maakt hoe in individuele situaties door de hulpverlener moet worden gehandeld (Legemaate, 1995). Het belang van normen, regels en ervaringen van een beroepsgroep, waarvan het doel ongetwijfeld ligt op de bevordering en de toetsing van kwalitatief verantwoorde zorgverlening, komt in dit wetsartikel duidelijk naar voren. Daarnaast wordt de eigen professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener benadrukt.

In tegenstelling met bijvoorbeeld de huisartsgeneeskunde is in de tandheelkundige praktijk het werken met vastgelegde standaarden of richtlijnen nog betrekkelijk onbekend. Vanuit met name de NMT wordt al gestreefd naar deze aspecten van een kwaliteitsbeleid. Verschillende tandheelkundig wetenschappelijke verenigingen zijn bezig met protocolontwikkeling. Dit alles verkeert echter nog in een beginstadium. Er bestaat grote noodzaak tot een meer uniform denken op het gebied van de tandheelkundige zorgverlening. Een viertal Nederlandse proefschriften geven aan dat er op dit terrein

L.S,

Graag zou ik van u per omgaande informatie ontvangen over kronen. Ik heb er informatie over doorgenomen en ben op de hoogte van het aanbrengen hiervan en de soorten kronen. Ik heb enkele vragen:

a. Er zijn porseleinen en kunstharskronen waarbij het goud ontbreekt. Zijn deze net zo duurzaam? En wat is de levensduur?

b. Dan zijn er de 1. gegoten kroon (volledig van goud) en 2. de metalen kroon opgebakken met porselein.

Is er verschil in duurzaamheid, sterkte en bestaat er kans op allergieverschijnselen bij een van beide?

Mijn mond is gevoelig voor zouten, zuur, scherpe kruiden; mijn tandvles is gauw ontstoken. En welke kroon sluit het beste aan bij het tandvles?

c. Ik heb gelezen dat de gemiddelde levensduur van een kroon 10-15 jaar bedraagt. Op mijn 15e jaar verloor ik een kies. De tandarts heeft toen een zgn. vensterkroon in mijn mond aangebracht. Hij heeft die toen met een 'schroef' in de kaak gedraaid. Deze kroon zit er nu 40 jaar. Er is nog nooit iets mee geweest!

1e vraag: hoe komt het dat deze kroon zo lang stand gehouden heeft, terwijl mij voor de komende kronen slechts 15 jaar gegeven wordt?

2e vraag: wat is de reden dat de kronen, die nu geplaatst gaan worden, gegoten kronen zijn? Is een vensterkroon zoals boven beschreven niet duurzamer?

De 'schroef' zat aan de kroon vast. Dus geen aparte pijler. Wat m.i. bij de komende kronen wel gebeurt.

Wilt u mij a.u.b. snel antwoorden, zodat ik weet, wat ik kiezen moet.

In afwachting van Uw antwoord,

Afb. 1. Voorbeeld van een patiëntenbrief.

binnen de tandheelkundige zorg in ons land nog heel wat werk valt te verrichten (Kroeze, 1989; Den Dekker, 1990; Groen, 1997; Poorterman, 1997). De consequentie van deze problematiek is voor de tandarts, in zijn rol als communicator, duidelijk. Als tandartsen in de praktijk regelmatig van mening verschillen, is de kans groot dat het vertrouwen in het oordeel van de tandarts afneemt. Dit kan een reden zijn voor een toenemende vraag om een tweede mening, zoals blijkt uit verslagen van de TIP-bureaus (NMT, 1992). Ook de waardering van de tandarts voor de activiteiten van deze bureaus lijkt in de loop der jaren toe te nemen. Tandartsen hebben kennelijk meer dan in het verleden de behoefte dat hun patiënten door collega's worden onderzocht en dat de uitslag ook aan hen wordt medegedeeld.

In nauw verband met het werken volgens de professionele standaard staat het zogenaamde defensieve handelen. Een hulpverlener handelt defensief als hij anders te werk gaat dan hij gewoon is en dan professioneel de voorkeur verdient, uit vrees voor verwijten of klachten van de kant van de patiënt of diens familie (Lamberts, 1996). Huisartsen blijken regelmatig defensief te handelen. De communicatie met de patiënt speelt hier een grote rol. Het defensief handelen in de tandheelkunde is niet of zelden onderzocht, maar er zijn aanwijzingen dat dit daar ook voorkomt (Eijkman en Assink, 1996). De vraag is dan relevant in hoeverre er dan sprake is van 'zorg door een goed zorgverlener'. Het lijkt gewenst dat er, binnen de beroepsgroep, over dit probleem een discussie wordt gestart. Men kan zich immers afvragen of goede tandheelkundige zorgverleners het zich kunnen veroorloven noodzakelijke

behandelingen niet te doen omdat patiënten zich niet aanvullend hebben verzekerd. Ook kan men zich afvragen of het antwoord is op de wensen van een patiënt in te gaan terwijl de gevraagde behandeling vanuit tandheelkundig oogpunt niet noodzakelijk is.

3.3 Antwoorden op patiëntenvragen

Patiënten kunnen lastige vragen aan tandartsen stellen. In het verleden is hierover uitvoerig gepubliceerd (Eijkman en Visser, 1987). De verwachting is dat, gezien de toegenomen mondigheid en gebitsbewustheid van de patiënt tandartsen in de toekomst steeds vaker met ingewikkelde vragen van hun patiënten zullen worden geconfronteerd. Het ligt overigens niet in de bedoeling in dit kader uitgebreid op de problematiek van de beantwoording van patiëntenvragen in te gaan. Volstaan wordt met een enkel voorbeeld, weergegeven in afbeelding 1.

Het zal het duidelijk zijn dat de tandarts voor de beantwoording van deze vragen zeer goed op de hoogte dient te zijn van de tandheelkundige literatuur en dan vooral van levensduurstudies. Hoe moet de tandarts in deze kwestie handelen en hoe zou dit antwoord er in de praktijk gaan uitzien? Artikel 7:448 van de WGBO bepaalt dat de hulpverlener zich bij het geven van informatie moet laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten, bijvoorbeeld over doel, inhoud, gevolgen en risico's van een behandeling respectievelijk over eventuele alternatieven. Verder dient de hulpverlener, als hij de antwoorden geeft, zich ervan te vergewissen dat zijn informatie ook bij de patiënt is overgekomen (Gevers, 1997). De brieffschrijver acht het noodzakelijk over de gevraagde informatie te beschikken anders kan hij kennelijk geen beslissing nemen. De vraag is echter welke strategie de tandarts zal moeten volgen. Zal hij in dit geval moeten nagaan wat redelijk is? Moeten er bij de beantwoording kosten in rekening worden gebracht of gaat in dit geval 'de cost voor de baet uit'? Kortom, er kunnen in dit geval vele vragen worden gesteld.

Deze kwestie is niet uniek; er zijn vele voorbeelden te noemen waarbij patiënten vragen stellen die moeilijk of in het geheel niet beantwoord kunnen worden. Verwacht kan worden dat, door de steeds maar groeiende informatie op het terrein van de tandheelkunde en de weerslag daarvan in de lekenpers of via internet, het in de toekomst steeds moeilijker zal worden bij te blijven in het vak. Deze ontwikkelingen zullen zeker gevolgen hebben voor de informatieverstrekking aan patiënten.

3.4 Dossierplicht

Een andere kwestie die in de WGBO de aandacht krijgt is de dossierplicht (art. 7: 454). De wet verplicht hulpverleners tot het bijhouden van een dossier. Wat daaronder wordt verstaan, is niet geheel duidelijk. In het algemeen geldt dat het bijhouden van een dossier van belang is voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening. De medische tuchtrechter heeft herhaaldelijk het belang van een zorgvuldig bijgehouden dossier onderstreept en voor het ontbreken van goede verslaggeving meer dan eens een maatregel opgelegd (Doppegieter, 1995). De dossierplicht is nauw gerelateerd aan kwesties rond aansprakelijkheid, bijvoorbeeld in het geval dat een patiënt de tandarts aansprakelijk stelt voor geleden schade. De indruk bestaat dat de tuchtrechter de bewijslast in een dergelijk geval niet bij de patiënt, als eisende partij, legt maar bij de hulpverlener. De tandarts moet dus aantonen dat hij zorgvuldig heeft bijgehouden wat hij zijn patiënt als behandelingsplan heeft

voorgesteld, welke restauraties hij in diens mond heeft vervaardigd, welke afspraken hij met zijn patiënt heeft gemaakt en welke informatie hij verder aan deze heeft verstrekt, enz.

Hierom is het van essentieel belang wat de tandarts wel en niet op zijn behandelkaart heeft genoteerd. Een dossier heeft zo gezien grote communicatieve waarde.

Uitgebreid onderzoek op het terrein van dossiervorming door tandartsen is, voor zover bekend, niet verricht. Uit de resultaten van een pilot-onderzoek blijkt wel dat het begrip 'dossier' door de ondervraagde tandartsen verschillend wordt omschreven (Reintjes, 1996). Het is niet duidelijk wat er precies moet worden vastgelegd. Men weet niet hoelang een dossier bewaard moet blijven en men is niet altijd bereid dit, op verzoek van de patiënt, uit handen te geven. Ieder houdt op de eigen manier het dossier bij en gebruikt daarbij afkortingen die voor een ander vaak moeilijk zijn te begrijpen. Kortom, het lijkt erop dat ook hier veel werk zal moeten worden verricht voordat de uitgangspunten van de WGBO wat dit onderwerp betreft in de tandartspraktijk zijn ingevoerd.

4 Slotbeschouwing

In de Tweede Kamer is, bij de behandeling van de WGBO, besloten dat vijf jaar nadat de wet op 1 april 1995 van kracht werd een evaluatie zal plaatsvinden om de effecten te kunnen meten. De huidige indruk is dat er weinig bekend is hoe de uitgangspunten van de wet zullen of al worden toegepast in de tandheelkundige praktijk. Hoewel de tevredenheid van de Nederlandse bevolking over de zorgverlening van tandartsen in het algemeen groot is, lijkt de informatievoorziening en de voorlichting aan de bevolking over tandheelkundige onderwerpen voor verbetering vatbaar. De voorzichtige conclusie is dat er door de invoering van de WGBO binnen de tandheelkundige zorgverlening meer duidelijkheid zal moeten komen over de normen en de richtlijnen met betrekking tot het geven van behoorlijke voorlichting aan patiënten. Men ontkomt echter niet aan de constatering dat de opstellers van deze wet wel met zekerheid ervan uitgaan dat tandartsen en patiënten over goede communicatieve eigenschappen beschikken. Daarnaast dient de tandarts uitstekend op de hoogte te zijn van de vakliteratuur. Deze lijkt echter door de explosieve groei ervan voor de meeste tandartsen niet meer bij te houden. Bovendien wordt van de tandarts verwacht dat hij een goed inzicht heeft in de wensen en de behoeften van zijn patiënten. De laatste, op hun beurt, worden geacht adequate vragen te stellen, zich goed verbaal te uiten en het vermogen te hebben gefundeerde beslissingen te kunnen nemen. De vraag of deze aannamen van de wetgever overeenkomen met de dagelijkse tandheelkundige praktijk, blijft vooralsnog onbeantwoord.

Literatuur

- DEKKER J DEN. Behandelingsplanning in de tandartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990. Academisch proefschrift.
- DOPPEGIETER RMS. Vraagstukken rond het dossier en de uitwisseling van gegevens. In: Legemaate J, red. De WGBO. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995: hfdst.6.
- DUPUIS HM, DE BEAUFORT ID. Informed consent. Handboek gezondheidsethiek, Hfdst.21. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.
- EIJKMAN MAJ, VISSER APH. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1987: hfdst. 3.
- EIJKMAN MAJ, GOEDHART H. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Opinions van tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 142-145.
- EIJKMAN MAJ, ASSINK MHJ. Defensief Handelen? Ook in de tandheelkunde? Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 501-503.
- GEVERS JKM. De wettelijke regeling van de geneeskundige behandelover-

eenkomst. In: Hubben JH, red. Arts, patiënt en ziekenhuis. Deventer: Kluwer, 1997.

GROEN HJ. A dental consultant's dilemma. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997. Academisch proefschrift.

HARTELOH PPM, VERWEIJ GCG. De meting van tevredenheid over de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist. Mndber Gezondheid (CBS) 1995; 11: 4-19.

KROEZE J. Amalgam and composite restorations. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1989. Academisch proefschrift.

LAMBERTS H. Defensief handelen door huisartsen. Een les voor tandartsen? Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 494-497.

LEENEN HJJ. Handboek Gezondheidsrecht. Alphen aan den Rijn: Samsom HD/Tjeenk Willink, 1994: Deel I, hfdst. IX.

LEGEMAATE J, RED. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

LIPSCHART-VAN DER LINDEN H, EIJKMAN, MAJ, SPRUIJT RJ. Problemen rond tandheelkundige informatieverstrekking aan patiënten. Een dossieronderzoek bij de Consumentenbond. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 152-154.

NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE. TIP Getoetst. Evaluatie van het vervolgproject Tandheelkundig Informatiepunt. Nieuwegein: NMT, 1992.

POORTERMAN JHG. On quality of dental care. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997. Academisch proefschrift.

REINTJES L. De verschillende opvattingen over het tandartsendossier; een voorstudie. ACTA: Vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, 1996. Scriptie.

VORSTENBOSCH J. Toestemming voor onderzoek. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.

Summary

NEW DUTCH LEGISLATION IN THE FIELD OF INFORMED CONSENT

Key words: Social dentistry – Legislation - Informed Consent

On the basis of some pilot studies and several decisions on cases in the Dutch dental disciplinary jurisdiction issues are discussed about the introduction of new legislation in the field of patients rights in dental practice. The following matters are discussed: complaints of patients about the information they got from dentists; opinions of dentists about issues in the field of informed consent: the obligations of a good dentist; issues concerning the answering of difficult patient questions and problems concerning files of dental patients. It is concluded that there might be a discrepancy between the basic assumptions of the new legislation and the practice of dentistry.

Uit de historie

Uit 'Over enkele aspecten van de betrekkingen tussen tandarts en patiënt' door J.B. Visser

'..Wederzijds begrip is evenwel een kostbare zaak, niet het minst in de tandheelkundige praktijk.[...] Geen enkele tandarts zal in de dagelijkse praktijk geheel ontkomen aan gevoelens van frustratie, die het gevolg zijn van negatieve reacties van sommige patiënten. De practicus wapent zich hiertegen dikwijls door het aannemen van een speciale professionele houding, die menigmaal onzekerheid, vrees en vooroordeel maskeert. Zij is als het ware een schild, dat hem beschermt tegen het gedrag van patiënten, waarvoor hij geen begrip kan opbrengen. De beste bescherming zou echter hierin te vinden zijn dat de practicus zijn eigen beperkingen zou erkennen en dat hij zich bewust zou zijn van de veel aanwezige - heimelijke schuldgevoelens ten aanzien van sommige patiënten, die door hun negatieve gedragingen op hun beurt weer voedsel geven aan een min of meer vijandige instelling. Het doorbreken van deze vicieuze cirkel zou op de betrekkingen tussen tandarts en patiënt waarschijnlijk een betere invloed hebben dan welke tranquilizer dan ook.

Niet zelden komen negatieve gevoelens speciaal tot uiting bij patiënten, die voorheen van een grote aanhankelijkheid

blijk gaven. Deze omslag in de gevoelens is te vergelijken met de plotseling intredende weerstanden van opgroeiende kinderen tegen hun ouders. In verband hiermee kan worden gezegd dat dit antagonisme ten opzichte van de ouders heimelijke schuldgevoelens bij de adolescent oproept, dat op zijn beurt weer in de vorm van een zekere vijandige houding wordt afgereageerd in de behandelkamer van de arts of de tandarts. Doch wat ook de oorzaak zij: zulke onberekenbare wisselingen in het klimaat van het intermenselijk verkeer zullen menige practicus pijnlijk treffen.

Andere oorzaken van frustratie zijn gelegen in de overdreven aanspraak die veeleisende patiënten vaak op de aandacht van de practicus maken. Het vereist dan ook veel zelfbeheersing en ervaring om onder zulke omstandigheden een zeker evenwicht in de betrekkingen te bewaren.' [...]

Bron: Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde 1968; 75: 542-547.