

# Inhoud

---

	<b>Woord vooraf</b> .....	XIII
1	<b>Mondzorg en de samenleving</b> .....	1
1.1	Zorg in een veranderende wereld .....	2
1.2	Werken in een systeem .....	2
1.3	Ontwikkeling van de relatie patiënt-zorgverlener .....	3
1.4	Professionals in de mondzorg .....	5
1.4.1	Kenmerken van een professie .....	5
1.4.2	Beroepscodes .....	6
1.5	<b>Autonomie en verantwoordelijkheid</b> .....	6
1.5.1	Professionele autonomie en vertrouwen .....	6
1.5.2	Toetsing en verantwoordelijkheid .....	7
1.6	<b>Medisch-tandheelkundige ethiek</b> .....	8
1.6.1	Verantwoord medisch handelen .....	8
1.6.2	Beroepsethiek .....	9
1.6.3	Bedreigingen .....	10
1.7	<b>Sociaal-tandheelkundige vraagstukken</b> .....	10
2	<b>Ontwikkeling van ‘public health’</b> .....	13
2.1	Gezondheidszorg en volksgezondheid .....	14
2.2	Van verlichting en hygiënisten .....	15
2.3	Sociale geneeskunde en ‘public health’ .....	16
2.4	Sociale tandheelkunde en ‘dental public health’ .....	17
2.4.1	Sociale tandheelkunde als vakgebied .....	17
2.4.2	‘Dental public health’: de drinkwaterfluoridering .....	17
2.5	Preventieve gezondheidszorg .....	18
2.6	Vraag naar en aanbod van zorg .....	20
2.6.1	Invloed van patiënt en zorgverlener .....	20
2.6.2	Gezondheidsverschillen .....	20
2.6.3	Informele zorg .....	21
2.7	<b>Marktwerking in de zorg</b> .....	22
2.8	<b>Evaluatie van zorg</b> .....	23
2.8.1	Effectevaluatie .....	23
2.8.2	Economische evaluatie .....	24
3	<b>Gezondheidszorgbeleid</b> .....	25
3.1	<b>Sturing door de overheid</b> .....	26
3.1.1	Toegankelijkheid en kwaliteit .....	26
3.1.2	Financiering en betaalbaarheid .....	26
3.2	<b>Beleidsinstrumenten</b> .....	27
3.2.1	Wet- en regelgeving .....	27

3.2.2	Andere instrumenten.....	28
3.3	<b>Preventiebeleid</b> .....	29
3.4	<b>Uitvoeringsorganen</b> .....	30
3.4.1	De Nederlandse Zorgautoriteit .....	31
3.4.2	Het College voor zorgverzekeringen.....	31
3.4.3	Het Nederlands Zorginstituut .....	32
3.5	<b>Adviesorganen</b> .....	32
3.5.1	De Gezondheidsraad .....	32
3.5.2	De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg .....	33
3.6	<b>Andere informatiebronnen</b> .....	33
3.7	<b>De rol van partijen</b> .....	34
3.7.1	Organisaties van partijen .....	34
3.7.2	Netwerken en afspraken.....	35
4	<b>Ontwikkeling van de tandheelkundige zorgverlening</b> .....	37
4.1	<b>De periode tot 1876</b> .....	38
4.1.1	De plaats van de tandmeester.....	38
4.1.2	Eenheid van stand.....	39
4.2	<b>Begin van het tandheelkundig onderwijs</b> .....	39
4.3	<b>Bevoegdheidskwesties</b> .....	40
4.4	<b>Het sociale vraagstuk</b> .....	41
4.4.1	Verantwoordelijkheid van tandartsen .....	41
4.4.2	Georganiseerde jeugd tandverzorging.....	42
4.5	<b>Menskrachtproblematiek</b> .....	43
4.5.1	Werkdruk en uitbreiding.....	43
4.5.2	Beperking en bijsturing.....	44
4.6	<b>Verdieping en verbreding</b> .....	45
4.6.1	Tandartsen.....	45
4.6.2	Mondhygiënisten .....	45
4.6.3	Tandprothetici .....	46
4.7	<b>Naar taakherschikking in de mondzorg</b> .....	47
4.7.1	Capaciteit Mondzorg .....	47
4.7.2	Innovatie Mondzorg.....	48
5	<b>Het veld van mondzorg</b> .....	49
5.1	<b>Tandartsen</b> .....	50
5.1.1	Kenmerken en beroepsuitoefening.....	50
5.1.2	Opleiding en deskundigheid.....	51
5.1.3	Tandarts-specialisten .....	52
5.2	<b>Mondhygiënisten</b> .....	53
5.2.1	Kenmerken en beroepsuitoefening.....	53
5.2.2	Opleiding en deskundigheid.....	53
5.3	<b>Tandprothetici</b> .....	54
5.4	<b>Andere zorgverleners</b> .....	55

5.5	<b>Samenwerking in de mondzorg</b> .....	56
5.6	<b>Collectieve preventie</b> .....	57
5.6.1	Gemeente en GGD .....	57
5.6.2	Het Ivoren Kruis .....	58
5.6.3	Het NIGZ .....	58
6	<b>Financiering en marktordening</b> .....	61
6.1	<b>Systematiek van zorgfinanciering</b> .....	62
6.2	<b>Zorgverzekeringswet en AWBZ</b> .....	62
6.2.1	Financiering .....	62
6.2.2	Kosten van zorg .....	64
6.3	<b>Marktordening in de zorg</b> .....	64
6.3.1	NZa en NMa .....	64
6.3.2	Taken van de NZa .....	66
6.3.3	Toetsingskader van de NZa .....	67
6.4	<b>De markt voor mondzorg</b> .....	68
6.4.1	Analyse van de markt .....	68
6.4.2	De rol van de verzekeraars .....	69
6.5	<b>Herziening bekostigingsstructuur mondzorg</b> .....	70
6.5.1	Advisering NZa .....	70
6.5.2	Vrije prijsvorming .....	72
7	<b>Ontwikkeling van de sociale zorgverzekering</b> .....	75
7.1	<b>Voorlopers van de zorgverzekeringen</b> .....	76
7.2	<b>De periode van de sociëteiten</b> .....	76
7.3	<b>De opkomst van de ziekenfondsen</b> .....	77
7.4	<b>Naar een wettelijke regeling</b> .....	78
7.4.1	Ziekenfondsenbesluit .....	78
7.4.2	Ziekenfondswet .....	79
7.4.3	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten .....	80
7.5	<b>De particuliere sector</b> .....	80
7.6	<b>Meer sturing door de overheid</b> .....	81
7.7	<b>Naar een basisverzekering</b> .....	82
7.8	<b>Van aanbod- naar vraagsturing</b> .....	83
7.9	<b>Invoering van de Zorgverzekeringswet</b> .....	84
8	<b>Zorgverzekeringswet en AWBZ</b> .....	85
8.1	<b>Zorgverzekeringswet</b> .....	86
8.1.1	Verzekerden en verzekerde prestaties .....	86
8.1.2	Financiering .....	87
8.1.3	Uitvoering .....	88
8.1.4	Wanbetalers, onverzekerden, illegalen .....	88
8.1.5	Gemoedsbezwaarden .....	89
8.1.6	Aanvullende verzekering .....	89

8.1.7	Evaluatie .....	90
8.2	<b>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</b> .....	91
8.2.1	Verzekerden en aanspraken .....	91
8.2.2	Indicatiestelling .....	92
8.2.3	Financiering .....	93
8.2.4	Evaluatie .....	93
9	<b>Mondzorg in de zorgverzekering</b> .....	95
9.1	<b>Het Ziekenfondsenbesluit 1941</b> .....	96
9.2	<b>Ontwikkeling van de aanspraak</b> .....	97
9.2.1	De hulp voor jeugdigen .....	97
9.2.2	De hulp voor volwassenen .....	97
9.3	<b>Tandheelkundige hulp ter discussie</b> .....	98
9.4	<b>De stelselwijziging van 1995</b> .....	99
9.5	<b>Verandering van de aanspraak sinds 1995</b> .....	100
9.5.1	De volledige prothese .....	100
9.5.2	Jeugd en volwassenen .....	100
9.5.3	Zorgverzekeringswet .....	101
9.6	<b>Bijzondere tandheelkundige hulp</b> .....	102
9.7	<b>De adviserend tandarts</b> .....	103
9.8	<b>Aanvullende verzekeringen voor mondzorg</b> .....	104
9.9	<b>Evaluatie</b> .....	105
10	<b>Mondzorg in de AWBZ</b> .....	107
10.1	<b>Ontwikkeling</b> .....	108
10.2	<b>Aanspraken</b> .....	109
10.3	<b>Uitvoering</b> .....	109
10.4	<b>De situatie in de praktijk</b> .....	110
10.4.1	Problemen bij de uitvoering .....	110
10.4.2	Voorzieningen .....	111
10.4.3	Verzorging en communicatie .....	111
10.4.4	Zorgvraag .....	112
10.5	<b>Recente ontwikkeling</b> .....	112
10.6	<b>Evaluatie</b> .....	113
11	<b>De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg</b> .....	115
11.1	<b>Uitgangspunten</b> .....	116
11.2	<b>'Lichte' en 'zware' regeling</b> .....	116
11.2.1	Beroepen .....	116
11.2.2	Gemeenschappelijke kenmerken .....	117
11.3	<b>Beroepen in de 'zware' regeling</b> .....	117
11.3.1	Vorbehouden handelingen .....	117
11.3.2	Opdracht aan niet-zelfstandig bevoegden .....	118
11.3.3	Functionele zelfstandigheid .....	119

11.3.4	Registratie .....	119
11.3.5	Toezicht .....	120
11.3.6	Specialisaties.....	121
11.4	<b>Uitvoering van de wet</b> .....	121
11.5	<b>Evaluatie</b> .....	122
12	<b>Patiëntenwetten</b> .....	125
12.1	<b>Ontwikkeling</b> .....	126
12.2	<b>Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst</b> .....	126
12.2.1	Uitgangspunten.....	126
12.2.2	Inhoud van de wet .....	127
12.2.3	Normstelling 'informed consent'.....	128
12.2.4	Vertrouwelijkheid .....	128
12.2.5	Wilsonbekwamen .....	129
12.2.6	Plichten van de patiënt .....	130
12.2.7	Evaluatie.....	131
12.3	<b>Wet klachtrecht cliënten zorgsector</b> .....	132
12.3.1	Uitgangspunten.....	132
12.3.2	Inhoud van de wet .....	132
12.3.3	Uitvoering van de wet .....	133
12.3.4	Evaluatie.....	134
12.4	<b>Kwaliteitswet zorginstellingen</b> .....	134
12.4.1	Uitgangspunten.....	134
12.4.2	Inhoud van de wet .....	135
12.4.3	Uitvoering van de wet .....	136
12.4.4	Evaluatie.....	136
12.5	<b>WTZi en de Wmcz</b> .....	137
12.6	<b>Wet cliëntenrechten zorg</b> .....	138
12.7	<b>Beginnelsenwet AWBZ-zorg</b> .....	139
13	<b>Andere wetgeving</b> .....	141
13.1	<b>Wet bescherming persoonsgegevens</b> .....	142
13.1.1	Persoonsgegevens .....	142
13.1.2	Verplichtingen .....	142
13.1.3	Verstrekken van gegevens .....	143
13.2	<b>Arbowet</b> .....	143
13.3	<b>Kernenergiewet</b> .....	145
13.3.1	Beginnelsen.....	145
13.3.2	Deskundigheid en opleiding .....	145
13.3.3	De rol van de tandarts .....	146
13.4	<b>Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen</b> .....	146
13.5	<b>Wet maatschappelijke ondersteuning</b> .....	148
13.6	<b>Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen</b> .....	148
13.7	<b>Strafwetgeving</b> .....	149
13.7.1	Strafrecht.....	149

13.7.2	Medische strafzaken.....	150
13.7.3	Wet op de economische delicten.....	150
14	<b>Kwaliteit van zorg</b> .....	151
14.1	<b>Wat is kwaliteit van zorg?</b> .....	152
14.2	<b>De Leidschendam-conferenties</b> .....	153
14.3	<b>Systematische kwaliteitsbevordering</b> .....	154
14.3.1	Kwaliteitssystemen.....	154
14.3.2	Kwaliteitsborging.....	155
14.3.3	Prestatie-indicatoren.....	156
14.4	<b>'Evidence-based' geneeskunde</b> .....	156
14.4.1	Begripsbepaling.....	156
14.4.2	Het verkrijgen van evidence.....	157
14.5	<b>Onderdelen van het kwaliteitssysteem</b> .....	158
14.5.1	Richtlijnen.....	158
14.5.2	Intercollegiale toetsing.....	159
14.5.3	Accreditatie.....	160
14.5.4	Certificering.....	160
14.6	<b>Ketenkwaliteit</b> .....	161
14.7	<b>Kwaliteitsmanagement</b> .....	162
14.8	<b>Kwaliteitsbeleid</b> .....	163
14.9	<b>Evaluatie</b> .....	164
15	<b>Kwaliteitsborging in de mondzorg</b> .....	167
15.1	<b>Ontwikkeling van een kwaliteitssysteem door tandartsen</b> .....	168
15.2	<b>Onderdelen van het kwaliteitssysteem</b> .....	168
15.2.1	Accreditatie nascholing.....	168
15.2.2	Richtlijnontwikkeling.....	169
15.2.3	Intercollegiaal overleg.....	170
15.2.4	Certificering.....	170
15.2.5	Kwaliteitsinformatiesysteem.....	170
15.2.6	Kwaliteitsregister.....	171
15.3	<b>Kwaliteitsborging door mondhygiënist</b> .....	172
15.3.1	Ontwikkeling.....	172
15.3.2	Voorwaarden scheppen.....	173
15.3.3	Toetsen.....	173
15.3.4	Borgen.....	173
15.4	<b>Kwaliteitsborging door tandprothetic</b> .....	174
15.5	<b>Voortgang van de systeemopbouw</b> .....	174
15.6	<b>Ketenzorg in de tandheelkunde</b> .....	176
15.7	<b>'Evidence-based' tandheelkunde</b> .....	176
15.8	<b>Productkwaliteit</b> .....	177
15.9	<b>Evaluatie</b> .....	178

16	<b>Toezicht</b> .....	181
16.1	<b>Kenmerken en mogelijkheden</b> .....	182
16.2	<b>De Inspectie voor de Gezondheidszorg</b> .....	183
16.2.1	Plaats van de IGZ .....	183
16.2.2	Handhavinginstrumenten .....	183
16.2.3	Bestuursrechtelijke maatregelen .....	184
16.2.4	IGZ en mondzorg .....	185
16.3	<b>Tuchtrecht</b> .....	186
16.3.1	Regels, normen en sancties .....	186
16.3.2	Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid .....	187
16.4	<b>Civielrechtelijke aansprakelijkheid</b> .....	188
16.5	<b>De NMT-rechtspraak</b> .....	189
16.6	<b>Toezicht binnen de zorgverzekering</b> .....	190
16.6.1	Toezicht op de zorgverzekeraar .....	190
16.6.2	Verzekeraar en zorgaanbieder .....	190
16.6.3	Verstrekingengeschillen .....	191
16.7	<b>Andere vormen van toezicht</b> .....	192
16.8	<b>Evaluatie</b> .....	193
17	<b>Resultaten van mondzorg</b> .....	197
17.1	<b>Het meten van prestaties in de mondzorg</b> .....	198
17.2	<b>Kosten van mondzorg</b> .....	198
17.3	<b>Bezoekfrequentie en behandelingen</b> .....	199
17.4	<b>De toestand van de gebitselementen</b> .....	201
17.4.1	Jeugdigen .....	201
17.4.2	Volwassenen .....	203
17.4.3	Ouderen .....	204
17.5	<b>De toestand van het parodontium</b> .....	204
17.6	<b>Tandeloosheid</b> .....	205
17.7	<b>Evaluatie</b> .....	206
18	<b>Zorg in Europees perspectief</b> .....	209
18.1	<b>De Europese Unie</b> .....	210
18.2	<b>Gezondheidszorg in de EU</b> .....	211
18.2.1	Het beleid van de EU .....	211
18.2.2	Vrij verkeer van personen en diensten .....	211
18.2.3	Rechtspraak van het Europese Hof .....	212
18.3	<b>Financiering van zorg</b> .....	213
18.4	<b>Organisatie van zorg</b> .....	215
18.5	<b>Evaluatie</b> .....	216
19	<b>Mondzorg in Europa</b> .....	219
19.1	<b>Mondzorgverleners</b> .....	220
19.2	<b>Het systeem van mondzorgverlening</b> .....	220

19.2.1	Scholing en specialisatie .....	220
19.2.2	Praktijkvoering en financiering .....	222
19.2.3	Belangenbehartiging .....	222
19.3	<b>Enkele lidstaten nader bekeken</b> .....	223
19.3.1	België .....	223
19.3.2	Duitsland .....	224
19.3.3	Verenigd Koninkrijk .....	225
19.3.4	Denemarken .....	225
19.3.5	Italië .....	226
19.4	<b>Mondgezondheid</b> .....	227
19.5	<b>Evaluatie</b> .....	227
20	<b>Mondzorg in de samenleving</b> .....	231
20.1	<b>Constanten in de beroepsuitoefening</b> .....	232
20.2	<b>Tandartsen en de overheid</b> .....	233
20.3	<b>Mondzorg in de sociale zorgverzekering</b> .....	234
20.4	<b>Marktwerking</b> .....	236
20.5	<b>Verdeling van taken</b> .....	237
20.6	<b>Mondzorg en de patiënt</b> .....	238
20.6.1	Doelmatigheid van mondzorg .....	238
20.6.2	Kwaliteit van mondzorg .....	238
20.7	<b>Mondzorg in de toekomst</b> .....	239
	<b>Literatuur</b> .....	241
	<b>Gebruikte afkortingen</b> .....	249
	<b>Register</b> .....	253



# Mondzorg en de samenleving

- 1.1 **Zorg in een veranderende wereld – 2**
- 1.2 **Werken in een systeem – 2**
- 1.3 **Ontwikkeling van de relatie patiënt-zorgverlener – 3**
- 1.4 **Professionals in de mondzorg – 5**
  - 1.4.1 Kenmerken van een professie – 5
  - 1.4.2 Beroepscodes – 6
- 1.5 **Autonomie en verantwoordelijkheid – 6**
  - 1.5.1 Professionele autonomie en vertrouwen – 6
  - 1.5.2 Toetsing en verantwoordelijkheid – 7
- 1.6 **Medisch-tandheekundige ethiek – 8**
  - 1.6.1 Verantwoord medisch handelen – 8
  - 1.6.2 Beroepsethiek – 9
  - 1.6.3 Bedreigingen – 10
- 1.7 **Sociaal-tandheekundige vraagstukken – 10**

## 1.1 Zorg in een veranderende wereld

---

Tandartsen en mondhygiënisten werken als zorgverleners in een omgeving die in een snel tempo ingrijpend verandert. Bijvoorbeeld op het gebied van de zorgvraag. De bevolking vergrijsst, er komen meer chronische aandoeningen voor en de culturele diversiteit neemt toe. De burger als consument van zorg wordt steeds kritischer en wil waar voor zijn geld, mede omdat hij wordt geconfronteerd met meer en hogere eigen bijdragen. De consument/patiënt is bovendien beter geïnformeerd, bijvoorbeeld door de mogelijkheden van het internet. Zijn positie in het zorgveld wordt door nieuwe wetgeving verder versterkt. Er wordt meer verantwoording en transparantie van de professional gevraagd. De druk neemt toe om doelmatiger te werken volgens een kwaliteitssysteem.

Onvermijdelijk is ook de positie van de tandarts veranderd. De tandheelkunde was van oorsprong een technisch en curatief beroep. Binnen enkele generaties heeft de tandarts zich ontwikkeld van een uit het gildesysteem voortgekomen technisch vakman tot een academisch gevormde zorgverlener. Het 'monopolie' van de tandarts als enig verantwoordelijke voor de mondzorg is aan het verdwijnen. Het aantal soorten hulpverleners is gestegen. Door de explosief toenemende kennis worden professionals steeds afhankelijker van de kennis en diensten van andere disciplines. De vanzelfsprekendheid van het 'eigene' van het vakgebied verdwijnt daardoor. In de mondzorg moeten tandartsen hun eigen 'professionele ruimte' steeds meer delen met anderen. Ook is binnen de kring van tandartsen een proces van steeds verdergaande specialisatie op gang gekomen. Een probleemoplossende aanpak is belangrijk geworden. Tandartsen krijgen steeds vaker te maken met verantwoordelijkheid voor de organisatie en de afstemming van de zorg en ook met managementvraagstukken.

Verlenen van mondzorg vergt thans een andere mentale benadering dan voorheen. Naast het toepassen van technische vaardigheden moet de zorgverlener bedreven zijn in het hanteren van een uitgebreid kennisarsenaal en de hierdoor ontstane keuzes. Bovendien moet hij bedreven zijn in professioneel gedrag, omdat communicatie de bedding vormt voor behandeling van patiënten en omgang binnen het mondzorgteam (Hokwerda, 2006).

Zorgverleners moeten hun werk steeds vaker verrichten in een krachtenveld van allerlei belangen. Economische overwegingen gaan daarbij een grotere rol spelen. Concurrentie en marktwerking zijn sleutelwoorden geworden in het gezondheidszorgbeleid. De nadruk op concurrentie en winst oogmerk gaat hand in hand met meer aandacht voor de eigen positie en het eigenbelang. Dit strategisch handelen staat op gespannen voet met professioneel handelen. Om adequaat te kunnen functioneren in de veranderende samenleving is professionele vorming van wezenlijk belang. Deze vorming beslaat een terrein dat veel breder is dan dat van de technisch-vakinhoudelijke scholing.

## 1.2 Werken in een systeem

---

De gezondheidszorg werkt als een systeem, in de zin van een georganiseerde verzameling van onderling samenhangende componenten. De uitvoering van de zorg kan in de kern worden getypeerd als een samenspel van drie 'actoren': de drager van zorg (de patiënt), de

aanbieder van zorg (bijvoorbeeld de tandarts) en de financier van zorg (vaak een verzekeraar). Daarnaast speelt, als vierde partij, de overheid een prominente rol. Deze stelt de kaders vast waarbinnen de drie partijen functioneren.

Zo is de patiënt enerzijds zorgvrager, en anderzijds verzekerde. De verzekerde betaalt een premie en deze premie geeft recht op een bepaald pakket aan zorg. Als verzekerde heeft de burger belang bij een zo laag mogelijke premie, maar als patiënt wil hij het allerbeste als hij ziek is. Doordat er voor het individu in het algemeen geen merkbare relatie is tussen de hoogte van de premie en de hoogte van de eigen ziektekosten, is er geen prikkel om zuinig met de middelen om te gaan. Dit wordt nog versterkt door het feit dat de zorg vaak 'in natura' wordt verstrekt (zie par. 8.1). Het ontbreken van een rem op het zorggebruik wordt 'moral hazard' genoemd: de vrager van zorg heeft geen idee wat het kost, voelt zich niet verantwoordelijk voor de kosten en voelt zich moreel dan ook niet geremd om van de zorg gebruik te maken.

Ook de aanbieders van de zorg hebben twee 'gezichten'. De aanbieder is tegelijkertijd hulpverlener en ondernemer. Veel (tand)artsen runnen een klein bedrijf dat economisch verantwoord bestuurd moet worden. Veel individuele zorgaanbieders worden gehonoreerd op basis van een verrichtingentarief. In zo'n systeem vindt vermenging van hulpverlener- en ondernemerschap sterker plaats dan bijvoorbeeld in een abonnementssysteem. De relatie tussen de aanbieders en de verzekeraars wordt beheerst door de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die de marktmacht van partijen beoogt te reguleren (zie par. 6.3).

De verzekeraar is enerzijds de verzekeraar van ziektekosten van individuele verzekerden en anderzijds degene die via de premies de gezondheidszorg bekostigt, die de aanbieders betaalt voor geleverde diensten. Ten behoeve van de premiebetalers zal de verzekeraar in de onderhandelingen met de aanbieders aandringen op zo goed mogelijke zorg tegen een zo laag mogelijke prijs. Verzekeraars worden geacht enerzijds met elkaar te concurreren op de zorgmarkt, maar zij dienen anderzijds samen te werken in hun sturende taak in de zorg. De drie partijen, met elk twee gezichten, maken het gezondheidszorgsysteem erg complex en moeilijk te besturen (Mackenbach en Van der Maas, 2008).

### 1.3 Ontwikkeling van de relatie patiënt-zorgverlener

---

De centrale relatie in de gezondheidszorg is natuurlijk die van patiënt en zorgverlener. Tussen deze twee partijen speelt het primaire proces, de feitelijke zorgverlening, zich af. De klassieke relatie tussen arts en patiënt is beschreven door Parsons (1951).

- De arts past uitsluitend algemeen geldende medisch-wetenschappelijke kennis toe op de hem aangeboden problemen.
- De arts beperkt zich tot zijn vakgebied. Hij gedraagt zich niet als een wijze die over alles kan worden geraadpleegd.
- De arts gaat zakelijk met zijn patiënten om. Hij laat zich niet leiden door persoonlijke voorkeuren en onderscheidt zijn patiënten niet op basis van persoonlijke en sociale kenmerken.

- De arts laat het belang van de patiënt zwaarder wegen dan het eigenbelang. Hij mag zijn cliënten niet kiezen op grond van hun kredietwaardigheid, hij mag geen advertenties plaatsen en geen concurrentie aangaan met zijn collega's.

In deze visie draagt de artsenrol bij tot zowel een stabiele, geïntegreerde en harmonische arts-patiëntrelatie als tot een kwalitatief hoogstaande zorgverlening aan de samenleving. De relatie tussen arts en patiënt wordt gekenmerkt door wederkerigheid: twee mensen streven gezamenlijk naar het doel van de gezondheid van de patiënt. De relatie is ook asymmetrisch. Het gezag van de arts wordt door de patiënt erkend, omdat de dokter het beter weet en ook beter kan. De patiënt werkt ten volle mee met de arts. Dit betekent niet dat de patiënt alles begrijpt wat de arts vraagt of voorstelt, maar wel dat hij de arts gelooft en vertrouwt als persoon en als vertegenwoordiger van zijn professie.

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw komt de arts-patiëntrelatie in een spanningsveld. Het klinische perspectief van de arts verschilt van dat van de patiënt. De lenkennis van de patiënt, gevormd door eigen ervaringen en de in zijn sociale omgeving gangbare benadering van ziekte, wordt niet langer als inferieur aan de professionele kennis beschouwd, maar eerder als complementair. De arts heeft er alle belang bij rekening te houden met de manier waarop de patiënt over zijn ziekte denkt en ermee omgaat, al was het maar om de therapietrouw te vergroten. De arts en de patiënt gaan met elkaar onderhandelen. Buiten de spreekkamer neemt de patiënt het roer weer over en beslist over de zinvolheid van de ontvangen adviezen.

Juridisch gezien is het bijzondere aan de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, dat deze relatie direct betrekking heeft op de grondrechten van de patiënt. De patiënt geeft bij toestemming voor een geneeskundige behandeling immers tevens toestemming aan de arts om inbreuk te maken op zijn lichamelijke onaantastbaarheid. Zonder toestemming is een medische ingreep in beginsel een vorm van mishandeling.

De arts hoeft zich niet op andere gronden te verantwoorden dan medisch-professionele en ethische overwegingen. In medisch-professioneel opzicht staat de arts niet in een gezagsrelatie tot een bovengeschikte (met uitzondering van de verhouding tussen de zich verder specialiserende arts en diens opleider). Dit impliceert tevens dat aan de arts geen bevelen kunnen worden gegeven inzake medisch-professioneel handelen. Noch door de patiënt, noch door een eventuele werkgever, noch door een andere contractant, zoals een zorgverzekeraar.

Met de ontwikkeling van de patiëntenrechten is het paternalisme van de arts voor een belangrijk gedeelte overvleugeld door het beginsel van zelfbeschikking van de patiënt. Medisch gezien heeft de overtuiging postgevat dat 'goed doen aan de patiënt' het meest gediend is bij respecteren van het principe van zelfbeschikking van de patiënt. Deze zelfbeschikking komt tot uiting in de wettelijk vastgelegde 'informed consent': de patiënt kan alleen rechtsgeldig toestemming voor geneeskundige behandeling geven wanneer hij op een voor hem begrijpelijke manier de relevante informatie voor zijn behandeling heeft ontvangen (zie par. 12.2).

## 1.4 Professionals in de mondzorg

---

### 1.4.1 Kenmerken van een professie

---

Wat is eigenlijk professioneel handelen? Artsen en tandartsen vormen een traditionele professie. Het woord professie komt van het Latijnse 'professio': het openbaar afleggen van een belofte. Leden van een professie werden door de eeuwen heen verondersteld personen te zijn die de samenleving hebben beloofd hun kennis en ervaring in te zetten ten dienste van de samenleving, met als doel het welzijn van de samenleving te bevorderen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) (2007b) verstaat onder medische professionaliteit:

» Het geheel van waarden, gedragingen en relaties dat het vertrouwen in artsen schraagt. De arts wendt zijn kennis, klinische vaardigheden en beoordelingsvermogen aan voor de bescherming en het herstel van de gezondheid van zijn patiënten. De hiervoor noodzakelijke relatie tussen arts en patiënt is gebaseerd op wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en adequate verantwoording. «

Dupuis (1988) geeft aan dat bij een professie een specifieke vorming plaatsvindt in een specifieke traditie. Er is sprake van gespecialiseerde kennis, waaraan een bepaalde (wetenschappelijke) theorie ten grondslag ligt. Deze kennis kan slechts met moeite worden verworven.

Een ander kenmerk van de professie is dat zij een bijzondere dienst biedt aan de samenleving, die zo cruciaal is dat voor de verlening ervan speciale vergunningen noodzakelijk worden geacht, zoals professionele autonomie (zie par. 1.5). De professie heeft een intellectuele component (speciale kennis), een morele component (men biedt de samenleving bijzondere, belangrijke diensten) en een 'gildecomponent' (men behoort tot een speciale groep met eigen normen voor het gedrag, met een eigen traditie en een eigen groepsbewustzijn).

Door de vele veranderingen in de samenleving verandert de rol van de professionals. In de directe patiëntenzorg wordt de rol van de professional meer die van deskundig onderhandelaar dan van louter deskundige. Daarmee wordt de rol van de professionals in de zorg niet minder belangrijk – integendeel. Zij beschikken immers over informatie uit de dagelijkse zorgpraktijk die niet alleen onmisbaar is voor de directe patiëntenzorg maar ook voor de ontwikkeling en uitvoering van het beleid in de gezondheidszorg. De professionals laten zien dat zij de publieke zaak dienen. Zij handelen volgens de professionele standaard, die transparant is. Dat is de basis voor de professionele autonomie in de relatie tot de individuele patiënt. In organisatorisch verband hebben professionals een belangrijke rol bij het innoveren van de zorg. Zij werken daarom nauw samen met andere disciplines. Een professional is meer een teamspeler dan een individualist.

Een echte professional voldoet aan drie kenmerken: hij is voortdurend bezig de kwaliteit van zijn werk te verbeteren (kwaliteitsbeleid), hij draagt bij aan de vermeerdering van kennis op zijn vakgebied (onderzoek) en hij zorgt voor een goede overdracht van die kennis aan zijn potentiële opvolger (opleiding). Om deze drie taken te kunnen vervullen

moet hij de inhoud van het professionele werk ook objectief zichtbaar en meetbaar maken, en hierover verantwoording afleggen (Berg en Schellekens, 2005).

### 1.4.2 Beroepscodes

---

Vanouds is in het medische beroep sprake van een specifieke professionele moraal, een samenstel van regels die de arts dient te hanteren in zijn rol als arts. De eerste artsencode ontstaat circa 400 voor Christus met de eed van Hippocrates. In Nederland is de beroepseed, vereist voor het verkrijgen van de bevoegdheid van onder anderen arts en tandmeester, bij wet vastgelegd in 1878. Uit de omstandigheid dat in dit opzicht geen onderscheid werd gemaakt tussen geneeskunde en tandheelkunde, mag worden afgeleid dat de tandheelkunde ook toen al door de wetgever werd gezien als een (verzelfstandigd) onderdeel van de geneeskunde. De eed (of belofte) is sinds de inwerkingtreding van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in 1997 niet meer vereist, maar wordt toch ook tegenwoordig nog gebruikt.

Daarnaast kennen de medici hun eigen professionele codes. Ook de tandartsen hebben zo'n code. In 1987 werden door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) de 'Gedragsregels voor tandartsen' vastgesteld. Zij vervingen de tot dan toe gehanteerde 'Codex voor beroepsethiek'. De NMT wijst erop dat deze gedragsregels moeten worden gezien als een uitwerking van ethische en praktische normen en beginselen. Gedragsregels geven meer concreet aan welke gedragingen van een beroepsbeoefenaar worden verwacht.

In grote lijnen gaat het in de codes om twee zaken: enerzijds om een regeling van de relatie van beroepsgenoten onderling, anderzijds om een regeling van de relatie van de leden van de groep met hun patiënten. Afgezien van voorschriften omtrent het netjes omgaan met elkaar, hebben de codes vooral het belang van de patiënt voor ogen. Diens leven en welzijn staan in het medisch handelen centraal. Niet voor niets worden de artsencodes beschouwd als een belangrijke uiting van een moreel basisprincipe dat juist in de medische setting bij uitstek aan de orde is: de eerbied voor het leven. Voor de zorgverlener in de mondzorg betekent dit dat hij zijn kennis en vaardigheden vanuit de hippocratische traditie inzet ten behoeve van de mondgezondheid. Dit is de waarde die aan deze professie ten grondslag ligt, en dus dient ook het handelen daarmee in overeenstemming te zijn.

## 1.5 Autonomie en verantwoordelijkheid

---

### 1.5.1 Professionele autonomie en vertrouwen

---

Een belangrijke eigenschap van een professie is de autonomie in eigen kring. Professionele autonomie is geen vanzelfsprekend gegeven, maar een maatschappelijke keuze, die kan veranderen op grond van ontwikkelingen in de samenleving. Professionele autonomie kent in beginsel drie aspecten:

- vakinhoudelijke of technische autonomie: vrijheid van diagnose en therapie, naast het regelen van de toegang tot de beroepsuitoefening;
- politieke autonomie: medici mogen beleidsbeslissingen nemen als erkend deskundigen op het gebied van gezondheid;
- economische autonomie: het recht om het honorarium te bepalen.

Medische professionals in Nederland hebben niet op al deze terreinen autonomie. Zij hebben te maken met regels voor de bepaling van het honorarium en hebben geen politieke autonomie, maar moeten deze arena's met andere partijen delen. Als wij in de Nederlandse context over professionele autonomie spreken, gaat het vooral over vakinhoudelijke autonomie. Dat is volgens de World Medical Association (WMA, 2009) ook de kern van de professionele autonomie. Die houdt in 'de garantie dat individuele artsen vrij zijn om hun professioneel oordeel te volgen in de zorg voor en de behandeling van hun patiënten'.

Het maatschappelijk belang van vakinhoudelijke autonomie is vooral gelegen in haar bijdrage aan het vertrouwen van de patiënt in het beroepsmatig handelen van de arts. In dit kader moet autonomie gezien worden als een middel om de integriteit van de zorgverlener te kunnen waarborgen. Integriteit is waar het eigenlijk om gaat. Integriteit betekent handelen in het belang van de patiënt. Andere belangen dienen daaraan ondergeschikt te zijn. In de individuele relatie met de patiënt behoort de zorgverlener op basis van de medische situatie van de patiënt een onafhankelijke beslissing te kunnen nemen. Wel in samenspraak met de patiënt, maar de beslissing mag niet worden beïnvloed door financiële belangen, verzekeraars of anderen (RVZ, 2007b). Autonomie wil zeggen dat de zorgverlener in de spreekkamer vrij en onafhankelijk het medische beleid bepaalt. Dit overigens wel binnen bepaalde regels en afspraken, die voortkomen uit de context waarin de zorg wordt verleend. Er is sprake van vrijheid in gebondenheid.

### 1.5.2 Toetsing en verantwoordelijkheid

---

Professionele autonomie betekent dus niet dat de zorgverlener de volledige vrijheid heeft wat betreft de geneeskundige behandeling. Het betekent wel dat het voor hem voldoende is zich in voorkomende situaties jegens derden te beroepen op de medische noodzaak van de door hem te geven behandeling. Beroepsinhoudelijk is de zorgverlener alleen onderworpen aan de normen van de wet en de medische wetenschap (waarmee de medische ethiek onlosmakelijk is verbonden).

Autonomie leidt niet tot ontslag van het afleggen van verantwoordelijkheid. De zorgverlener dient zich te gedragen als een normaal zorgvuldige beroepsbeoefenaar in overeenstemming met de geldende standaarden die voortvloeien uit de actuele stand van wetenschap. Uit de professionele standaard worden twee eisen afgeleid die vanuit vakinhoudelijk oogpunt aan het gedrag van zorgverleners mogen worden gesteld:

- De handeling moet tandheelkundig geïndiceerd zijn met het oog op een concreet behandelingsdoel.
- De handeling moet volgens de regels van de kunst worden uitgevoerd.

Langs deze weg is toetsing van het medisch handelen mogelijk. Tevens wordt duidelijk dat professionele autonomie in eerste instantie een geobjectiveerde autonomie is, een autonomie van de medische wetenschap als geheel en niet van een individuele zorgverlener. Een professionele beroepsgroep heeft de plicht tot zelfregulatie. Regulatie in de vorm van regels, waarin de professionele standaard is uitgewerkt. Daarbij moet gedacht worden aan richtlijnen, protocollen en gedragsregels (Hulst en Schepers, 1999; Brands, 2007). Ook wordt van een professie verwacht dat zij in staat is disfunctionerende beroepsbeoefenaren op te sporen en uit de gelederen te verwijderen.

Professionele autonomie houdt niet in dat de zorgverlener in de mondzorg uitsluitend verantwoording schuldig zou zijn tegenover de medisch-tandheekkundige wetenschap. Onderdeel van de medisch-ethische normen is het respecteren van de patiënt. De versterkte positie van de patiënt, de invoering van professionele standaarden, de eisen van verantwoording en transparantie en het toegenomen teamwork in de zorg maken dat het begrip ‘professionele autonomie’ steeds meer als een defensieve term wordt beschouwd, die beter kan worden vervangen door ‘professionele verantwoordelijkheid’ (Mackenbach en Van der Maas, 2008).

## 1.6 Medisch-tandheekkundige ethiek

---

### 1.6.1 Verantwoord medisch handelen

---

Hiervoor is de term ‘medische ethiek’ gevallen. Ethiek is de systematische studie van moraal. Moraal verwijst naar het geheel van gedragsregels die binnen een gemeenschap als vanzelfsprekend zijn aanvaard; moraal is een uiting van een bepaalde levensvorm waarin de normen en waarden van een groep of samenleving worden weerspiegeld. Waarden zijn op zichzelf nastrevenswaardige ervaringen en situaties, of nastrevenswaardige eigenschappen van mensen, organisaties of van een samenleving als zodanig. Normen zijn concrete gedragsregels of handelingsvoorschriften die aangeven wat wij in bepaalde situaties behoren te doen of na te laten (Bolt et al., 2003).

De centrale vraag voor de medische ethiek luidt: wat is ethisch verantwoord medisch handelen? Leidende beginselen zijn:

- niet schaden;
- goed doen;
- autonomie van de patiënt respecteren;
- rechtvaardig zijn.

Medisch-ethische vragen spelen op verschillende niveaus: het microniveau van de patiënt, het mesoniveau van een instelling en het macroniveau van overheid en samenleving. Veel ethische dilemma's spelen tegelijkertijd op verschillende niveaus: de samenleving heeft morele opvattingen, de centrale overheid voert een daarop gebaseerd beleid, op instellingsniveau worden afspraken gemaakt, maar uiteindelijk is het een zaak tussen één patiënt en één zorgverlener. Dit laatste is het terrein van de traditionele beroepsethiek.



De medische ethiek is daarmee de afgelopen decennia uitgegroeid tot een ethiek die zich met alle aspecten van de gezondheidszorg bezighoudt; het is niet langer uitsluitend het domein van artsen. Andere disciplines, de politiek en de samenleving bemoeien zich actief met ethische vraagstukken (Ten Have et al., 2009).

## 1.6.2 Beroepsethiek

---

De beroepsethiek houdt zich bezig met de vraag over welke kwaliteiten een zorgverlener moet beschikken om moreel goed te kunnen handelen. Dat het juiste handelen in een beroepscode is vastgelegd waaraan getoetst kan worden, is van groot belang, maar in wezen ook secundair. Normen en waarden zijn richtinggevend, maar op zichzelf geen waarborg voor overeenkomstig gedrag. Daarvoor zijn deugden, goede karaktertrekken, nodig.

Nuy et al. (2002) beschouwen 'prudentie' hierbij als sleutelbegrip: gezond verstand, in dienst van een goede wil. Meer concreet uitgewerkt houdt dit het volgende in:

- *Praktisch inzicht*. Theoretische kennis (weten wat goed is) is onontbeerlijk, maar goede zorg komt tot uiting in wat mensen doen.
- *Overleg*. Bezonnenheid verbindt de kennis van het goede aan de motivatie om het goede te doen. Overleg is nodig om te weten hoe tot een goed klinisch oordeel kan worden gekomen.
- *Vooruitzien*. Geduldig, oplettend en anticiperend handelen is het tegendeel van impulsief handelen.

Nuy cum suis benoemen vier andere deugden die naast de algemene 'prudentie' van cruciaal belang zijn voor professionals in de gezondheidszorg.

- *Compassie*. Een karaktertrek waarin een attitude van actieve betrokkenheid bij het welzijn van de patiënt gepaard gaat met een reageren vanuit sympathie en een besef van kwetsbaarheid en ongemak die op dat ogenblik kenmerkend zijn voor de patiënt. Blijk geven van gevoelens impliceert niet dat men irrationeel of impulsief zou zijn. Als het op een gegeven moment gebeurt, toont compassie het (goede) karakter en hoeft het een onpartijdig en objectief oordeel niet in de weg te staan.
- *Onderscheidingsvermogen*. Het vermogen te oordelen en tot besluitvorming te komen zonder daarbij beïnvloed te worden door buitengewone en bijkomstige overwegingen. Kunnen inzien dat er omstandigheden zijn die het nodig maken dat men zich 'sec' een oordeel vormt, teneinde scherp te kunnen vaststellen wat in een situatie nodig is en hoe dat moet gebeuren.
- *Betrouwbaarheid*. De patiënt vertrouwt erop dat de behandeling geschiedt vanuit de juiste intenties, in overeenstemming met de professionele standaard en de morele normen en waarden. Daarop kunnen vertrouwen is zo basaal dat het vaak bepalend is voor de keuze van de tandarts.
- *Integriteit*. Iemand wordt integer genoemd wanneer zijn handelen samenvalt met zijn innerlijk leven. Integriteit richt zich zowel op anderen als op zichzelf. Zo toont integriteit twee aspecten van iemands karakter. Ten eerste een coherent geheel van persoonlijkheidsaspecten (emoties, aspiraties, kennis) die elkaar aanvullen en niet

frustreren. Ten tweede een trouw zijn aan morele normen en waarden en deze verdedigen als ze bedreigd of geschonden worden.

Goed vakmanschap van de hulpverlener is in hoge mate afhankelijk van een menselijk en evenwichtig karakter. Gezien de bij uitstek kwetsbare positie van de patiënt bij de tandarts, is de patiënt behalve bij vakbekwaamheid, zeer gebaat bij een empathische en responsieve houding van de tandarts.

### 1.6.3 Bedreigingen

---

In de beroepsuitoefening vinden veranderingen plaats die het doel en de betekenis bedreigen die tandartsen in het verleden hebben gegeven aan hun professionele bestaansgrond. Om deze eroderende krachten tegen te gaan moeten twee basisprincipes opnieuw worden bevestigd. Het eerste principe is dat patiënten niet de middelen voor de doelen zijn, maar de doelen op zichzelf. Het tweede principe gaat ervan uit dat de beroepsgroep verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid van een redelijke, basale mondgezondheid voor allen.

Door het feit dat veel behandelingen niet direct noodzakelijk maar vooral esthetisch van aard zijn, en de combinatie hiervan met een materialistischere en individualistischere kijk op het leven, hebben sommige tandartsen het besef ontwikkeld dat tandheelkundige zorgverlening eerst en vooral een onderneming is. Zij kunnen zich gestimuleerd voelen door het overheidsbeleid, gericht op bevordering van marktwerking in de zorg. Er bestaat een spanningsveld tussen de opvatting over tandheelkunde als professie en als een onderneming. Het genoemde spanningsveld kan er echter gemakkelijk toe leiden dat middelen worden opgevat als doelen.

Als gevolg van deze opvatting worden bijzondere zorggroepen als gehandicapten, ouderen, allochtonen en sociaal zwakkeren in de samenleving aan hun lot overgelaten. Het probleem is dat mensen die tot deze zorggroepen behoren, economische middelen ontberen om zorg te krijgen op de 'markt' van tandheelkunde als onderneming. De oorspronkelijke eed van beroepsbeoefenaren in de tandheelkunde moet juist een uitdaging zijn om deze groepen tandheelkundige zorg te verlenen.

Tandheelkunde als professie heeft als doel het welzijn van mensen te dienen: goede mondgezondheid voor individuen en, ruimer gezien, voor de samenleving. Hoewel beroepsbeoefenaren gedurende hun leven geldelijk gewin aan hun arbeid ontlenden, is dat slechts een afgeleide, een bijproduct, van de vervulling van hun eed of belofte die is afgelegd bij het afstuderen (Nash en Plasschaert, 2008).

### 1.7 Sociaal-tandheelkundige vraagstukken

---

Tandheelkundige zorg is een onderdeel van de op de gehele persoon gerichte individuele gezondheidszorg. De zorg wordt verleend door professionals in de individuele gezondheidszorg, aan wie bijzondere verantwoordelijkheden zijn toevertrouwd. Voor een goede beroepsuitoefening zijn specifieke persoonlijke kenmerken vereist. Daartoe behoren on-

derscheidingsvermogen en een vooruitziende blik. Een belangrijke basis voor de beroepsuitoefening wordt gelegd in de opleiding.

De opleidingen in de mondzorg hebben een eigen, specifiek karakter. Dit hangt samen met de kenmerken van de tandheelkundige zorgverlening. Vooral de tandarts wordt vaak gezien als een technisch werkende vakman. In de opleiding wordt veel aandacht geschonken aan motorische vaardigheden. Beheersing van deze vaardigheden is een wezenlijke voorwaarde om het vak te kunnen uitoefenen. Maar om in onze complexe en veranderende samenleving een goede tandarts te zijn, is meer nodig.

De mondzorg is in sterke mate individueel georganiseerd. Tandartsen werken vaak als zelfstandig ondernemer. Ook bij mondhygiënisten komt dit steeds meer voor. Er zijn weinig structurele banden met andere disciplines en velden van de zorg. In de tandheelkundige zorg geldt een relatief beperkte financiële solidariteit, waardoor (onderhandeling over) het geldverkeer tussen patiënten en zorgverleners een belangrijke rol speelt. Tandartsen, maar ook mondhygiënisten, leven daardoor in zekere zin in een eigen wereld, met een eigen cultuur. Deze bijzondere situatie schept voor de (aanstaande) zorgverlener behoefte aan specifieke informatie, deels vanuit de algemene 'public health' en deels meer toegespitst vanuit de sociale tandheelkunde.

Het gaat hierbij om de volgende vraagstukken. Hoe is de gezondheidszorg georganiseerd, en in het bijzonder de tandheelkundige zorg? Waarom is die zo georganiseerd? Wat is de rol van de overheid? Welke regelgeving reguleert de zorgverlening? Hoe komen die regelingen tot stand? Welke partijen spelen daarbij een rol, en wat is hun invloed? Wat zijn de consequenties van de regelgeving voor de zorgverleners en het proces van zorgverlening? Hoe wordt in de praktijk vormgegeven aan de (wettelijke) eisen? Hoe heeft de tandheelkundige beroepsuitoefening zich ontwikkeld? Wat kunnen wij leren van de ervaringen van vroegere generaties zorgverleners? Hoe wordt de (tandheelkundige) zorg gefinancierd? Welke keuzen zijn hierbij gemaakt en waarom? Welke bewakingsmechanismen kent het zorgsysteem? Hoe maken de zorgverleners het vertrouwen waar dat de samenleving in hen stelt? Wat gebeurt er feitelijk in de zorg? En waartoe leidt dat? Wat is de meerwaarde van de zorgverlening? Zijn vraag en aanbod op elkaar afgestemd? Worden doelstellingen gehaald? Wat gaat goed en wat niet? Wat is eigenlijk kwalitatief goede zorgverlening? Waar staan de tandartsen en mondhygiënisten met betrekking tot de kwaliteit van zorg? Wat is de invloed van de Europese Unie op de (tandheelkundige) zorgverlening in Nederland? Welke problemen in de zorg en oplossingen daarvoor zijn er elders in Europa? Wat kunnen wij daarvan leren?

In dit boek worden bouwstenen aangedragen die de zorgverlener in de mondzorg kunnen helpen bij het vinden van antwoorden op deze vraagstukken. Hiermee wordt beoogd eraan bij te dragen dat deze zorgverlener ook sociaal-tandheelkundig adequaat is toegerust voor de beroepsuitoefening.

