

## DE MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID VAN TANDARTS EN PROFESSIONALISERING

J. J. CARPAY

*Uit de vakgroep Preventieve en Sociale Tandheelkunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.**Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Onderwijs – Samenleving – Professie***1. Inleiding**

Aanvankelijk heeft in de ontwikkeling van de tandheelkundige beroepsuitoefening de technologie sterk op de voorgrond gestaan.

In de jaren vijftig is men er echter van overtuigd geraakt, dat de biowetenschappen een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan een beter begrip van de etiologie, de biochemie, de pathologie en de preventie van orale processen (Dummett, 1974).

Sinds kort dragen de sociale wetenschappen bij aan een verdere ontwikkeling van de tandheelkundige beroepsuitoefening. Zij zijn opgenomen in het tandheelkundig curriculum. Ook wordt onderzoek gedaan op dit terrein. Zie bijvoorbeeld de profschriften van Crielaers (1977), Eijkman (1979), Schuurs (1981) en Tijmstra (1980). Studie van maatschappelijke aspecten is nodig om het gedrag van het individu met betrekking tot zijn mondgezondzijn en met betrekking tot zijn mondverzorgingsgezindheid beter te kunnen begrijpen. Ook de plaats van de tandheelkundige zorg in de gemeenschap, de invloed die de gemeenschap erop wil uitoefenen, de taak van de overheid daarin en het belang dat wordt gehecht aan een goed functionerend systeem van zorgverlening zijn maatschappelijke aspecten, die steeds vaker onderwerp van studie en discussie zijn (Carpay en Lapré, 1974).

Daarin past ook een verdieping van de sociale aspecten van de beroepsuitoefening. Daarvan maakt de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de tandarts en zijn professie een niet onbelangrijk deel uit.

**2. Kenmerken van een professionele organisatie**

In een moderne maatschappij is het scala van beroepen ontzettend groot en dit aantal neemt nog steeds toe. Dit wordt wel de professionalisering van de maatschappij genoemd. Deze professionalisering valt te verklaren uit een voortschrijdende specialisering van de beroepsstructuur.

Een professie is niet zo maar een beroep. Een professie onderscheidt zich van andere beroepen op een aantal punten. Daarbij is de medische professie mogelijk het meest geprofessionaliseerde beroep in on-

ze samenleving. De volgende kenmerken zijn van belang (Klinkert, 1974):

– De medische professie produceert een hoog gewaardeerde goede 'gezondheid'. Immers gezondheid is een maatschappelijk hoog gewaardeerd goed.

– De medische professie geniet een 'wettelijke bescherming'. Dat wil zeggen dat zij in ruil voor geld, in dit geval honorarium geheten, bepaalde werkzaamheden mag doen die anderen zonder het daartoe vereiste diploma en toelating niet mogen doen. De wetgeving reguleert en sanctioneert de rechten en plichten van de professioneel drager en dit blijkt met name als er sprake is van onbevoegde uitoefening. Mede op grond van de wettelijke erkenning van bepaalde, exclusieve bekwamheden geniet de medicus een hoog aanzien in de samenleving.

– Samenhangend met het voorgaande is voor de uitoefening een opleiding noodzakelijk die voorziet in een uitgebreide theoretische kennis en klinische ervaring.

Naast theoretische kennis en klinische ervaring vindt tijdens de opleiding ook vorming plaats, waardoor bepaalde waarden en normen worden overgedragen met betrekking tot de latere beroepsuitoefening. Waarden en normen die betrekking hebben zowel op het gedrag ten opzichte van patiënten, als ook het gedrag ten opzichte van collega's en de maatschappij.

Tevens wordt in de opleiding gewezen op het belang van het medisch verantwoordelijkheidsgevoel en het belang van klinische ervaring tijdens de opleiding en de latere praktijkuitoefening.

Ten aanzien van de opleiding en de toelating tot de uitoefening van het beroep is verder nog belangrijk dat beide vrijwel alleen door artsen, zowel gecontroleerd als gesanctioneerd worden.

– De medische professie heeft een eigen beroepsethiek, een stelsel van waarden en normen, waarmee de medicus reeds in zijn opleiding wordt geconfronteerd. De medicus moet zich houden aan de normen met betrekking tot zijn professioneel handelen, vastgelegd in een beroepscode. Dat geldt niet alleen voor zijn gedrag ten aanzien van zijn patiënt, maar ook voor zijn gedrag ten aanzien van collega's en de samenleving.

– De medische professie wordt gekenmerkt door een grote interne sociale controle. Daartoe is een sterke professionele

**Samenvatting:**

Aan de medische professie zijn een aantal kenmerken te onderscheiden. De professie 'produceert' gezondheid, geniet een wettelijke bescherming, heeft een zeer belangrijke invloed op de opleiding van beroepsbeoefenaren, heeft een eigen beroepsethiek en wordt gekenmerkt door een grote interne sociale controle. Voor het werk wordt een honorarium ontvangen. De kenmerken van de medische professie gaan ook op voor de tandheelkundige professie.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid kan vanuit drie niveau's worden benaderd: het micro-, meso- en macroniveau. Op alle drie niveau's draagt de tandarts verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg, de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg en de beheersing van de kosten.

Belangrijk is de tandheelkundige zorgverlening zo goed mogelijk af te stemmen op de persoonlijke en financiële mogelijkheden van de patiënt.

organisatie aanwezig, die controlerend en regulerend optreedt, waarbij als hoogste waarde geldt, dat de beroepsgroep zélf het professionele gedrag van haar leden in sterke mate regelt en controleert. Een dergelijke interne controle is noodzakelijk omdat een controle door leken op het medisch handelen niet mogelijk is, gezien de grote en specifieke deskundigheid van de medische beroepsbeoefenaar.

De interne controle is eveneens noodzakelijk om in die gevallen waarin de medicus tekort is geschoten in zijn beroepsuitoefening, corrigerend te kunnen optreden.

– De beroepsbeoefenaar ontvangt voor zijn werk een inkomen, dat honorarium wordt genoemd. Dat inkomen is dikwijls niet gering. Vaak ontbreekt een duidelijke relatie met de inspanning en het effect van handelen. Dit hangt samen met het object van de professie, dat in het algemeen in de welzijnsbevordering is gelegen.

De leden van de medische professie ontleen aan bovenstaande kenmerken een zekere macht. Zij produceren immers een hoog gewaardeerd goed, gezondheid; zij genieten wettelijke bescherming ten aanzien van hun beroepsuitoefening; zij controleren de toelating en de opleidingen en vormen een sterke groep met eigen groepsregels met een interne controle, ter voorkoming van 'ondeskundige' lekenbeoordeling.

De kenmerken van de medische professie gaan ook op voor de tandheelkundige professie.

Natuurlijk is over de mate van toepasselijkheid van elk der kenmerken discussie

mogelijk, maar gesteld kan worden, dat:

- de tandheelkundige professe een hoog gewaardeerd goed produceert;
- het beroep van tandarts door de maatschappij wordt erkend en wettelijke bescherming geniet;
- de tandheelkundige professe een beroepscode heeft;
- de professionele organisatie, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, controlerend en regulerend optreedt;
- het verwerven van inkomen niet op de voorgrond staat; naar gelang de positie van de kritische beschouwer zal het inkomen al dan niet af te meten zijn aan de inspanning en het effect. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit, dat het werken op goed omschreven verrichtingen, zoals in de tandheelkunde gebruikelijk, deze relatie veel duidelijker maakt.

De aldus beschreven kenmerken van een professe weerspiegelen een zekere macht. De gemeenschap heeft daarmee lange tijd erkend, dat een belangrijk deel van de maatschappelijke verantwoordelijkheid, met betrekking tot de inzet en de toepassing van de aan de professe behorende specifieke deskundigheid en vaardigheid, in handen is van de beroepsbeoefenaar en zijn professionele organisatie.

De medicus mag worden gezien als de meest geprofessionaliseerde. De maatschappelijke invloed en dientengevolge zijn verantwoordelijkheid is dan ook groot. Een dergelijke constatering mag niet voorbijgaan aan de invloed en macht op het terrein van de gezondheidszorg van andere groepen in de samenleving. Daarbij kan worden gedacht aan andere werkers, niet professionele of semi-professionele, in de gezondheidszorg; aan ziektekostenverzekeraars, de overheid etc.

De invloed van de medische beroepsbeoefenaren staat tegenwoordig ter discussie. Zo wil de overheid meer invloed uitoefenen. Dit is mede een gevolg van veranderde maatschappelijke opvattingen als ook van de huidige economische situatie die mogelijk ingrijpen om financiële redenen in de gezondheidszorg noodzakelijk maakt.

### 3. De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de tandarts

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de tandarts is niet anders als die van een arts, al zijn er in dit opzicht nuanceringen te maken, waarbij in de eerste plaats kan worden gewezen op het feit, dat de gezondheid van de mond maatschappelijk lager wordt gewaardeerd dan de algemene gezondheid.

De maatschappelijke verantwoordelijkheid van de tandarts laat zich benaderen vanuit een drietal niveau's te weten het

micro-, meso- en het macroniveau.

Omdat de tandarts zowel lid is van de tandheelkundige professe als van de maatschappij, zal de problematiek van het macroniveau op de andere niveau's terug te vinden zijn, zoals:

- de kwaliteit van de tandheelkundige gezondheidszorg, zowel in preventief als curatief opzicht,
- de bereikbaarheid van de continuïteit van de zorg,
- de beheersing van de kosten.

#### 3.1. Microniveau

Op microniveau is er sprake van een geheel eigen verantwoordelijkheid van de tandarts. Ook al dient hij bij de uitoefening van zijn beroep zijn gedrag als ook zijn professionele gedrag te toetsen aan de heersende waarden, normen en opvattingen binnen zijn professe en binnen de maatschappij; hij is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door hem verleende zorg. De tandarts is echter eveneens verantwoordelijk voor het verstrekken van informatie aan de patiënt. Hierdoor kan de patiënt mede verantwoordelijkheid dragen voor zijn eigen gezondheid. De opvatting dat de tandarts alléén verantwoordelijk zou zijn voor de gezondheid van de cliënt is achterhaald (Kuiper, 1975; Schaub, 1980).

Aan de andere kant ligt de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de cliënt *niet geheel* bij de cliënt, omdat het heel wel mogelijk is dat deze, bijvoorbeeld door gebrek aan kennis, deze verantwoordelijkheid niet kan dragen. In de tandarts/cliëntrelatie zal het een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn. Daarbij is het de verantwoordelijkheid van de tandarts zijn specifieke kennis en kunde ter beschikking te stellen van de cliënt in daad, maar vooral ook in woord vooraf, zodat de cliënt de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid ook werkelijk kan dragen. De optimale hulp van de tandarts dient te zijn afgestemd op de persoonlijke en financiële mogelijkheden van de cliënt.

Tussen de tandarts in dienstverband en de vrijgevestigde tandarts bestaan verschillen met betrekking tot het kader waarbinnen de beroepsuitoefening plaatsvindt. De leiding van een professionele dienstverlenende organisatie bepaalt het kader waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt. Voor het overige zal zij zich moeten beperken tot superviseren, begeleiden en bevorderen in plaats van een onder leiding bepalen hoe de zorg voor de individuele cliënt zal zijn. De vrijgevestigde tandarts heeft te maken met een kader, dat in belangrijke mate wordt bepaald door zijn organisatie, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en de maatschappij. Immers zij leggen in overeenkomsten het kader vast waarbinnen de zorgverlening

plaatsvindt. (Daarbij kan gedacht worden aan de overeenkomsten met ziekenfondsen over het verstrekkingspakket.)

#### 3.2. Mesoniveau

Op mesoniveau is er eveneens sprake van een verantwoordelijkheid van de tandarts voor de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg. De geografische bereikbaarheid heeft betrekking op de spreiding der tandartsen en het daaruit voortvloeiende vestigingsbeleid van de afdeling of de kring. Ook de individuele tandarts heeft daarmee te maken waarbij te denken valt aan de praktijkomvang in relatie tot het vestigingsbeleid en de bereikbaarheid. Ook moet worden gedacht aan de tandheelkundige verzorging van bepaalde doelgroepen in de regio of de gemeente zoals de jeugd(school)tandverzorging, gehandicapten en chronische zieken in inrichtingen, bejaarden in tehuizen e.d.

Bij continuïteit voor de zorgverlening valt te denken aan weekenddiensten- en spoedhulpverleningen, waarneming bij ziekte of langdurige afwezigheid en verder de rechtspraak en beoordeling in de afdelingsraden en honorariumbeoordelingscommissies. Op mesoniveau zijn er reeds belangrijke taken voor de professe met betrekking tot het beleid en de uitvoering van de tandheelkundige zorg evenals ten aanzien van de interne controle.

In de toekomst zullen bij het operationeel worden van de wet Voorzieningen gezondheidszorg de afdelingen nog directer bij het lokale en regionale overheidsbeleid betrokken worden.

#### 3.3. Macroniveau

Op macroniveau hebben we te maken met de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de professionele organisatie, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Op macroniveau strekt de maatschappelijke (mede)verantwoordelijkheid van de professe zich uit tot:

- het tandheelkundig gezondheidszorgbeleid, formuleren van doelstellingen en het stellen van prioriteiten;
- de uitvoering van het beleid onder andere met betrekking tot de kaders waarbinnen de zorg verleend wordt en de kosten;
- de interne controle, toetsing en rechtspraak;
- het postacademisch onderwijs ten behoeve van de na- en bijscholing.

De beheersing van de kosten van de gezondheidszorg speelt op het ogenblik een grote rol. Dit bepaalt mede de financiële bereikbaarheid voor de zorg.

In het ontwikkelen van een tandheelkundig gezondheidszorgbeleid kan de specifieke deskundigheid van de professionele organisatie niet worden gemist.

In het verleden zijn dan ook talloze rapporten (zoals de rapporten Mahler, Tandtechniek, Kindertandheelkunde, Hulpkrachten, Tandheelkunde in Ziekenhuizen etc.) van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde verschenen met betrekking tot de tandheelkundige zorg als geheel of delen daarvan.

Rapporten die veelal werden verwerkt in rapporten van de overheid of overheidsadviserende instanties, zoals b.v. de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977): 'Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland.'

De professionele organisatie heeft ook te maken met het sluiten van overeenkomsten, die de uitvoering van het beleid vastleggen en die de kaders aangeven waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt. Daarbij kan worden gedacht aan overeenkomsten die worden gesloten met ziektekostenverzekeraars en overheidsorganen. De professionele organisatie staat borg voor een goede uitvoering door het hanteren van een beroepscode, interne controle en toetsing, met de mogelijkheid van sancties.

Voor de buitenwacht komt de geloofwaardigheid van de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de tandheelkundige professie in belangrijke mate tot uiting in:

- De mate waarin de beroepsorganisatie in staat is de bevordering der tandheelkunde - het tandheelkundig beleid - zwaarder te laten wegen dan het maatschappelijk belang van haar leden.

- De mate waarin de uitvoering in kwalitatief en kwantitatief opzicht aan de gemeenschap kan worden gegarandeerd. Daarbij kan worden gedacht aan een geloofwaardig open systeem van controle, toetsing en rechtspraak.

In een professionele organisatie treden vrij gemakkelijk spanningen op tussen de beide doelstellingen die worden nagestreefd:

- bevorderen van de gezondheid van de samenleving, en  
- behartigen van de maatschappelijke belangen van de leden.

Het voert te ver in dit kader nader in te gaan op de vraag of deze beide doelstellingen

tegelijktijd kunnen worden nagestreefd dan wel behartigd.

#### 4. Slotbeschouwing

In het voorafgaande zijn in grote lijnen de kenmerken van een professie geschetst en de maatschappelijke verantwoordelijkheden van tandheelkundige beroepsbeoefenaars op micro-, meso- en macroniveau weergegeven.

De constatering, dat de dubbele doelstelling van de professionele organisatie, met name de bevordering der tandheelkunde en de maatschappelijke belangenbehartiging van haar leden in meer of mindere mate met elkaar op gespannen voet leven, lijkt gerechtvaardigd.

#### Summary:

Title: The social responsibility of the dentist and the dental profession

The medical profession has several distinct characteristics. The profession 'produces' health, enjoys legal protection, exerts a very important influence on the education and training of its members, has its own professional ethics, and is subject to a high degree of internal social control. The work is remunerated. These characteristics of the medical profession also apply to the dental profession.

Social responsibility can be approached at three levels: micro-, meso- and macro-level. At each of these levels the dentist assumes responsibility for the quality of the care provided, accessibility and continuity of this care, and cost control. It is of importance that the provision of dental care be optimally adapted to the personal and financial resources of the patient.

#### Literatuur:

1. Carpay, J. J., Lapré, R. M. (1974) Een analyserende benadering van vraag en aanbod, Ned Tandartsenbl 17: 772-776.
2. Carpay, J. J., Lapré, R. M. (1974) Schets van de tandheelkundige zorg in Nederland. Tijdschr Soc Geneeskd 52: 280-288.

3. Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1977): Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland. Rijswijk.
4. Crielaers, P. J. A. (1977): Op weg naar mondigheid. Een sociaal-tandheelkundig onderzoek naar de etiologie van tand- en mondziekten. Elinkwijk B.V., Utrecht.
5. Dumett, Cl. O. (1974): Community dentistry. Thomas, Illinois.
6. Eijkman, M. A. (1979): Tandarts en patiëntenvoorlichting. Een terreinverkenning in de (T.G.V.O. Wolters-Noordhoff, Groningen).
7. Jaspers, T. e.a. (1980): Artsen in dienstverband. W.B.S. cahiers.
8. Klinkert, J. (1980): Macht van artsen. Van Gorcum, Assen.
9. Kuiper, J. P. (1975): Het zal ónze zorg zijn. Inleiding tot de gezondheidskunde: basis van een inclusieve gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen-Amsterdam.
10. Nota inzake de tandheelkundige verzorging in Nederland (Rapport Mahler) (1968): Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
11. Rapport Kindertandverzorging (1981): Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
12. Rapport Tandtechniek (1972): Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
13. Rapport voor de Commissie Hulpkrachten (1974): Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
14. Rapport Tandheelkunde in Ziekenhuizen (1969): Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
15. Schaub, R. M. H. (1980): Een beschouwing over het begrip gezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 87, 9: 000
16. Schuurs, A. H. B. (1981): Factors associated with regularity of dental attendance. Proefschrift Univ. v. Amsterdam.
17. Tijmstra, Tj. (1980): Sociologie en tandheelkunde. Resultaat van een gecombineerd sociaal-wetenschappelijk en tandheelkundig onderzoek. Wolters-Noordhoff, Groningen.

Oktober 1981.

Philips van Leydenlaan 25,  
6500 HB Nijmegen.