

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/79734>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-27 and may be subject to change.

Kwaliteit van zorg: nieuwe ideeën van de overheid

In de jaren '90 van de vorige eeuw heeft de overheid wetten ingevoerd die de positie van patiënten moesten versterken en de kwaliteit van zorg moesten verbeteren. Deze wetten bleken niet altijd het gewenste resultaat te hebben. Onlangs heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' gelanceerd. Drie van deze rechten zullen gevolgen hebben voor de dagelijkse tandheelkundige praktijk: het recht op keuze en keuze-informatie, het recht op afstemming tussen zorgverleners en het recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling. Vooral het recht op keuze en keuze-informatie betekent dat de tandarts niet alleen zijn patiënt van informatie over de behandeling dient te voorzien, maar ook dat hij organisatorische en praktijkinformatie, zoals wachttijden, patiëntervaringen en openingstijden, bekend moet maken.

Sonneveld RE, Brands WG, Sanden WJM van der, Bronkhorst EM, Truin GJ.

Kwaliteit van zorg: nieuwe ideeën van de overheid

Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 485-490

Inleiding

De laatste tijd hebben de thema's 'kwaliteit van zorg' en 'het versterken van de positie van patiënten' veel aandacht gekregen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - VWS, 2002; Ministerie van VWS, 2006). Deze thema's staan niet los van elkaar, maar versterken elkaar. Wanneer de positie van patiënten door middel van wetgeving wordt vastgelegd, komt dit ten goede aan de kwaliteit van zorg en omgekeerd zal een verbetering van de kwaliteit van zorg ten goede komen aan de positie van patiënten (Ministerie van VWS, 2002). De zorg omvat niet alleen strikt professionele handelingen, maar ook organisatorische aspecten. De overheid wil deze 2 thema's verder versterken in een nieuw programma: 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' (Ministerie van VWS, 2008a). De grondslag hiervoor ligt in de huidige wetgeving en in recente ontwikkelingen in de zorg.

In dit artikel wordt eerst ingegaan op de huidige wetgeving met betrekking tot kwaliteit van zorg. Daarna wordt een beschrijving gegeven van recente publicaties van diverse overheidsinstanties en partijen in de zorg met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de positie van patiënten. Vervolgens wordt de inhoud van het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' besproken, waarbij wordt aangegeven welke invloed dit programma kan hebben op de dagelijkse praktijk. Tot slot volgt een beschouwende toekomstverwachting met betrekking tot deze onderwerpen. Waar in dit artikel de term 'cliënt' wordt gebruikt, wordt daarmee de patiënt bedoeld.

Intermezzo 1:

Kwaliteit in de Wet BIG

Om zijn beroep te mogen uitoefenen, moet een tandarts ingeschreven staan in het BIG-register. Door inschrijving krijgt een tandarts het recht op het voeren van een beschermde titel en het recht op het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen. Hiermee is de kwaliteit indirect geregeld, aangezien alleen zorgverleners met een bepaalde opleiding in het register kunnen worden ingeschreven. Specifiek is het onderwerp kwaliteit geregeld in Artikel 40 van de Wet BIG. Dit verplicht een tandarts zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze te organiseren en zich zodanig te voorzien van materieel dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. De zorg moet doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en van goede kwaliteit zijn. Dit omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Kwaliteit in de huidige wetgeving

Eind vorige eeuw werden de wetten *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG) en de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) in de gezondheidszorg geïntroduceerd die tot doel hadden de kwaliteit van zorg te verbeteren en de positie van patiënten te versterken (intermezzo 1 en 2). Naast de Wet BIG en de WGBO heeft een tandarts nog te maken met wetten die nog indirecter van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Zo kan een patiënt via de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* invloed uitoefenen op de kwaliteit van de geleverde zorg. Immers, de klachtencommissie kan in haar uitspraak adviezen geven ten behoeve van de kwaliteit van de praktijkvoering. Bovendien wordt het hebben van een klachtenregeling gezien als een kenmerk van kwaliteit (De Die, 2008). Een zorgverzekeraar heeft op basis van de *Zorgverzekeringswet* de mogelijkheid druk uit te oefenen op tandartsen om kwalitatief goede zorg te leveren. Zo heeft een zorgverzekeraar de mogelijkheid om geen contract af te sluiten met een kwalitatief slechte tandarts. Als een tandarts in een zorginstelling werkt, zoals een ziekenhuis of verpleeghuis, heeft hij te maken met de *Kwaliteitswet zorginstellingen*.

De Wet BIG en de WGBO zijn niet voor alle partijen bevredigend. Zo laten de consistentie en de duidelijkheid van de Wet BIG te wensen over (Cuperus-Bosma et al, 2002). Uit een evaluatie van de WGBO bleek dat het primaire doel van de wet, het versterken van de positie van patiënten, is gelukt, maar dat de tandartsen minder te spreken waren over deze wet (Dute et al, 2000). De tandartsen vreesden een toename van het aantal rechtzaken en een verzakelijking van de huidige tandarts-patiëntrelatie (Schouten et al, 2001). Deze ontevredenheid werd overigens breed gedragen onder de ge-

hele medische beroepsgroep (Witmer en Roode, 2004).

Er is al eerder gepleit voor een beperking van het aantal wetten en het samenvoegen van bestaande patiëntenrechten in 2 duidelijke wetten: 1 wet voor de patiëntenrechten en 1 wet voor de kwaliteit van zorg (Van Wijmen, 2006). Ook heeft de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2007) met het voorstel voor een zorgconsumentenwet de beperkingen in de huidige wetgeving willen aangeven. Daarnaast signaleerde de Raad voor de volksgezondheid en zorg in 2006 lacunes in de rechten van patiënten (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2006). Behalve deze evaluaties van de wetten hebben ook maatschappelijke ontwikkelingen invloed gehad op het initiëren van het nieuwe programma.

Kwaliteit van zorg in de toekomst

De afgelopen tijd zijn diverse rapporten uitgebracht waarin de kwaliteit van (mond)zorg centraal staat. De gemeenschappelijke conclusie daarvan is dat de organisatie van de mondzorg gaat veranderen. Dit merken tandartsen nu al omdat steeds vaker taken worden overgenomen door assistenten en deze tendens zal zich in de toekomst waarschijnlijk in versterkte mate voortzetten (Brands et al, 2007). Al in 2000 beval de Adviesgroep capaciteit mondzorg aan in de mondzorg tot taakherschikking te komen, aangezien dit de kwaliteit van zorg ten goede zou komen (Lapré, 2000). Deze mening werd in 2006 onderschreven door de Commissie innovatie mondzorg (Commissie innovatie mondzorg, 2006). Daarnaast hebben patiënten een steeds prominentere rol in de gezondheidszorg gekregen omdat keuze en informatie centraal zijn komen te staan. Een patiënt heeft informatie nodig om zijn keuze voor een tandarts of voor een behandeling te kunnen maken. Door de Nederlandse Zorgautoriteit wordt dit beschreven in het Consultatiedocument Mondzorg aan de hand van de termen transparantie, keuzevrijheid en rechtspositie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007a). Overigens geeft de Nederlandse Zorgautoriteit in het consultatiedocument aan dat het voor de mondzorg niet bekend is of een consument zal reageren op prijs- of kwaliteitsverschillen tussen verschillende zorgverleners. Daarnaast is het ook niet zeker of marktwerking de zorgverleners zal prikkelen tot grote prestaties. Als redenen geeft de Nederlandse Zorgautoriteit aan het gebrek aan transparantie en de ongelijkheid van het speelveld. Dit komt omdat een tandarts vanwege zijn poortwachtersfunctie een machtspositie heeft ten opzichte van zijn collega's. Hij heeft met de patiënt een vertrouwensrelatie en kan beslissen of en zo ja, naar welke specialist hij zal verwijzen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007b).

Naast de al genoemde initiatieven heeft de overheid de afgelopen jaren verschillende andere initiatieven genomen. Al in 2002 kwam de minister van VWS met een voorstel om de zorg transparanter te maken (Ministerie van VWS, 2002). In 2006 is dit onderwerp verder uitgewerkt: de kwaliteit van zorg moet meetbaar en vergelijkbaar worden en de resultaten moeten openbaar en dus gepubliceerd worden (Ministerie van VWS, 2006).

Naast overheidsinstanties zijn ook organisaties van tand-

artsen en patiënten bezig met het thema 'kwaliteit in de mondzorg'. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft bijvoorbeeld in 2007 het Kwaliteitsregister Tandartsen geïntroduceerd, waarin alle tandartsen zich kunnen laten registreren mits zij aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen (Liem, 2007). Daarnaast zet de NMT verschillende andere initiatieven op om tandartsen actief te betrekken bij kwaliteitszorg, zoals bij- en nascholing. De Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) heeft de Stichting Garantiefonds Mondzorg opgericht met als doel op transparante wijze maatschappelijke invulling te geven aan de door de vereniging gestelde beleidsdoelen van kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking in de mondzorg. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie heeft in 2005 voor de mondzorg kwaliteitsindicatoren ontwikkeld in opdracht van de NMT. Deze zijn ontwikkeld vanuit het patiëntenperspectief. Er zijn indicatoren opgesteld voor vrije keuze, toegankelijkheid, service, accommodatie, infor-

Intermezzo 2:

Kwaliteit in de WGBO

Zodra een patiënt een afspraak heeft met een tandarts is er sprake van een (geneeskundige) behandelingsovereenkomst. Artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek verplicht zorgverleners, en dus ook een tandarts, de zorg van een goed zorgverlener in acht te nemen en daarbij te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor zorgverleners geldende professionele standaard. Hoewel de WGBO de term kwaliteit niet expliciet noemt, komt dit begrip door verwijzing naar de professionele standaard impliciet aan de orde. De WGBO heeft vooral de positie van patiënten versterkt. In de wet staat een aantal plichten waaraan een tandarts moet voldoen. Een daarvan is het zogenoemde 'informed consent': een tandarts is verplicht om uitleg te geven over elke behandeling, deze zonnodig schriftelijk toe te lichten en toestemming van de patiënt te hebben voor het uitvoeren van (be)handelingen. Daarnaast is een tandarts verantwoordelijk voor een goed dossier en kan een patiënt te allen tijde inzage van het dossier verlangen.

matie en toestemming, kwaliteit van behandelingen, hygiene, bejegening, ketenzorg, kosten, evaluatie en feedback (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2005). Deze indicatoren zijn in 2009 herzien.

Op basis van het voorstel van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie voor een zorgconsumentenwet is eind 2007 door het ministerie van VWS het wetsvoorstel 'Wet, cliënt en kwaliteit van zorg' naar de diverse betrokken partijen gestuurd voor commentaar (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2007). Dit heeft geleid tot het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie', dat in mei 2008 openbaar is gemaakt (Ministerie van VWS, 2008a). In dit programma wordt een basisgedachte gelanceerd voor een nieuwe wet die een aantal van de huidige regels vervangt. Het programma heeft als doel de positie van patiënten verder te versterken en de kwaliteit van zorg nog verder te verbeteren. De uitvoering

van het programma heeft directe invloed op de werkzaamheden van een tandarts.

Invloed van de 7 cliëntenrechten

De minister van VWS verwacht dat de nieuwe cliëntenrechten van het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' per 1 januari 2010 in werking kunnen treden. Deze rechten zullen samen moeten leiden tot normen voor verantwoorde zorg. Het doel is patiënten te laten ervaren dat zij centraal staan in de zorg en dat hun rechten tot uitdrukking komen in de praktijk (Ministerie van VWS, 2008a). Behalve door de invoering van nieuwe wetgeving is de overheid ook van plan om cliënten in de zorg op verschillende manieren te ondersteunen. De 7 cliëntenrechten zullen invloed hebben op de mondzorg en daarom worden ze in het vervolg van deze paragraaf kort besproken.

Beschikbare en bereikbare zorg

Van alle vormen van zorg moet voldoende aanbod zijn en ook in de mondzorg is het van belang dat er voldoende zorgverleners zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit is van mening dat er een klein overschot moet zijn van tandartsen om optimale beschikbaarheid te waarborgen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007c). In de mondzorg is er nauwelijks meer een tekort aan zorgverleners, maar van een (ruim) overschot is ook geen sprake. In de visie van de Nederlandse Zorgautoriteit zouden er eerder meer dan minder tandartsen moeten worden opgeleid. Door een overschot zouden tandartsen meer concurreren. Daarnaast moet de zorg gevarieerd zijn en voldoende verspreid. Ook moet de kwaliteit ervan goed zijn. Bepaalde vormen van zorg, zoals acute zorg, moeten meer geconcentreerd worden aangeboden.

Een patiënt moet kunnen vertrouwen op de continuïteit van de zorg. Voor de patiënten van een tandarts zal weinig veranderen, immers tandartsen hebben nu al vaak onderling de spoeddiensten goed geregeld. Wel wordt de overweging gemaakt dat wanneer in de voorgenomen wet tussen kwaliteit van zorg en bereikbaarheid een spanningsveld ontstaat, de kwaliteit voorrang heeft.

Recht op keuze en informatie

De patiënt heeft het recht op het vrij kiezen van een zorgverlener. Deze keuze moet een patiënt op iets kunnen baseren. Daarom heeft een patiënt ook recht op informatie. Dit kan informatie zijn over de kwaliteit van de geleverde of de te leveren zorg of over de ervaringen van andere patiënten. Deze informatie moet betrouwbaar en vergelijkbaar zijn. Hierin zijn 2 soorten informatie te onderscheiden, te weten individuele informatie en algemene informatie:

- * Met betrekking tot de individuele informatie heeft een tandarts de plicht een patiënt op een actieve manier informatie te verschaffen over een voorgestelde behandeling, de alternatieve behandelingen en de nazorg. Dit is nu ook al vastgelegd in de WGBO (Artikel 7: 448 Burgerlijk Wetboek). Daarnaast is ook informatie over klachtafhandeling een belangrijke plicht. Dit is nu al geregeld in de *Wet*

klacht cliënten zorgsector.

- * Met betrekking tot de algemene informatie heeft een patiënt recht op algemene informatie over de praktijkvoering, patiëntenervaringen en organisatorische aspecten, zoals openingstijden en dergelijke.

In veel delen van de medische sector kan men nu al, via websites met informatie over medische prestaties en organisatorische aspecten (www.KiesBeter.nl; www.ziekenhuizen transparant.nl), inzicht krijgen in de geleverde zorg. Over de mondzorg ontbreekt op dit moment brede informatie en kan een patiënt zijn keuze voor een bepaalde tandarts op weinig kwaliteitsgronden baseren. Uit een pilot-onder-

‘Over de mondzorg ontbreekt op dit moment brede informatie en kan een patiënt zijn keuze voor een bepaalde tandarts op weinig kwaliteitsgronden baseren’

zoek bleek dat de meeste mensen hun informatie over een tandarts verkrijgen via vrienden, familie, burens, kennissen en collega's. Daarnaast bleek dat nog niet de helft van de ondervraagden vond dat zij voldoende informatie hebben om een gefundeerde keuze te kunnen maken, ook al maken tandartsen steeds meer gebruik van internet om praktijkinformatie te verstrekken.

Patiënten kunnen wel informatie over hun tandarts vinden in het BIG-register (www.ribiz.nl). Echter, in de praktijk blijkt deze informatie vaak moeilijk toegankelijk, omdat in het register alleen op woonplaats van de zorgverlener kan worden gezocht, terwijl de zorgverlener niet altijd werkt in zijn woonplaats. Verder blijkt dat patiënten het BIG-register vaak niet weten te vinden (Cuperus-Bosma et al, 2002). Daarnaast worden niet alle tuchtrechtelijke sancties gepubliceerd. Als een registratie al iets zegt over de kwaliteit van een zorgverlener, dan geldt dit slechts voor het moment van registratie. Zolang eenmalige registratie voldoende is, zegt registratie in principe niets over de kwaliteit van een tandarts die al jarenlang staat ingeschreven. Wel is in het voorjaar 2008 gestart met de herregistratie van tandarts-specialisten in het BIG-register. Aan een herregistratie is de eis gesteld dat de specialist over een periode van 5 jaar voldoende werkervaring heeft, dan wel voldoende scholing heeft gevolgd. Over enkele jaren zullen ook tandartsen-algemeen practici zich waarschijnlijk moeten herregistreren (Ministerie van VWS, 2008b). Een andere bron van informatie waarop patiënten hun keuze kunnen maken, is het Kwaliteitsregister Tandartsen. Dit is een openbaar register van tandartsen die aan bepaalde nauwkeurig omschreven eisen voldoen.

Het recht op keuze en informatie houdt ook in dat een tandarts meningen en ervaringen van zijn patiënten dient vast te leggen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een

patiënttevredenheidsonderzoek, nu al aangeboden door de beroepsorganisaties. Het uitvoeren van een dergelijk onderzoek is heden op vrijwillige basis. Tot nu toe voerden slechts weinig tandartsen een dergelijk onderzoek uit en de resultaten werden vaak niet openbaar gemaakt. Het vergelijken van tandartspraktijken door patiënten is daardoor lastig. Daarnaast kunnen patiëntenervaringen worden vastgesteld, bijvoorbeeld met behulp van de Consumer Quality-index (CQ-index) (Stubbe et al, 2007a; Stubbe et al, 2007b). In steeds meer sectoren van de gezondheidszorg wordt dit (verplicht) gedaan. Er is echter nog geen versie van deze index voor de mondzorg in Nederland ontwikkeld.

Kwaliteit en veiligheid

Een van de belangrijkste voorgenomen cliëntrechten is dat kwaliteit en veiligheid individueel afdwingbaar zullen zijn. Een patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat hij kwalitatief goede zorg krijgt. Door middel van de ontwikkeling van indicatoren, in samenwerking met de zorgverleners, de

‘Drie cliëntenrechten zullen relatief grote veranderingen teweegbrengen in de mondzorg: het recht op keuze en informatie, het recht op afstemming tussen zorgverleners en het recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling’

overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zouden patiënten meer inzicht kunnen verkrijgen in de kwaliteit van de zorg. Een indicator wordt omschreven als 'een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie' (Colsen en Casparie, 1995). Een indicator functioneert dan als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg (Wollersheim et al, 2006). De zorg zal patiëntgericht moeten zijn, op tijd, effectief en met voldoende keuzemogelijkheden voor een patiënt. Voor de mondzorg zou dit kunnen betekenen dat meer kwaliteitsindicatoren (moeten) worden ontwikkeld om de kwaliteit vast te leggen en inzichtelijk te maken en de veiligheid te vergroten.

Informatie, toestemming, dossiervorming en privacy

Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy zal een breder karakter krijgen dan de regeling in

de huidige wetgeving. Een patiënt heeft recht op informatie over een klachtenregeling of de wijze waarop medezeggenschap is geregeld. Daarnaast zal een tandarts ook informatie dienen te geven over eventuele gemaakte fouten. Tevens zijn tandartsen verplicht te controleren of alle informatie bij een patiënt duidelijk is overgekomen.

Afstemming tussen zorgverleners

Zorg wordt steeds meer verleend in een keten van zorgverleners. Een patiënt heeft het cliëntenrecht dat iedere zorgverlener met eventuele andere zorgverleners de beste zorg voor hem afstemt. Dit aspect is nu al verankerd in het feit dat een zorgverlener verantwoorde zorg moet leveren, maar in de nieuwe wet kan een patiënt iedere zorgverlener in de keten hierop aanspreken.

In de mondzorg is ketenzorg van belang bij taakherschikking en taakdelegatie (Schaub, 2008). Ook de verwijzing van een tandarts naar bijvoorbeeld een tandarts-implantoloog of een kaakchirurg valt onder ketenzorg. In de plannen van de overheid is het voor een patiënt mogelijk specifiek een zorgverlener aan te wijzen als regievoerder. Deze zorgverlener is verantwoordelijk voor het 'volgen' van die patiënt en de patiënt kan die zorgverlener aanspreken op zijn taak. Tevens is deze verantwoordelijk voor een goede dossiervorming en informatieoverdracht aan andere zorgverleners. Het gebrek aan goede communicatie en informatie wordt onder andere in het rapport 'To err is human' ook beschouwd als één van de meest voorkomende medische fouten (Institute of Medicine, 1999).

Klacht- en geschillenbehandeling

In de 7 cliëntenrechten staan de uitkomsten van de klachtafhandeling centraal. Een zorgverlener zal een klachtafhandeling in zijn bedrijfsvoering moeten inbedden. Zo zal de wijze waarop een klacht wordt afgehandeld schriftelijk moeten worden vastgelegd. Daarnaast krijgt een patiënt ook toegang tot een onafhankelijke geschillencommissie en deze commissie kan bindende uitspraken doen voor een schadevergoeding tot € 25.000,-.

Het klachtrecht is nu geregeld in de *Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Een van de conclusies van een evaluatie van deze wet was dat patiënten hoge drempels ervaren om een klacht in te dienen en weinig waarborgen zien, en dat klagers over de uitkomsten vaak niet tevreden zijn (Friele et al, 1999). Met de nieuwe wetgeving moet de procedure eenvoudiger en laagdrempeliger worden. Daarnaast kan een onafhankelijke geschillencommissie een schadevergoeding opleggen. De huidige klachtencommissies van de ANT en de NMT kunnen alleen een advies geven. Dit advies is niet bindend. Een tandarts zal straks, wanneer een conflictsituatie met een patiënt ontstaat, alle mogelijkheden van klachtafhandeling aan die patiënt moeten voorleggen. Een advies van de klachtencommissie is in de toekomst wel bindend. Dit moet ook ingebed worden in de bedrijfsvoering.

Medezeggenschap en goed bestuur

Het laatste van de 7 cliëntenrechten betreft het recht op me-

deze eigenschap en goed bestuur. Het is van belang dat elke zorgverlener, dus ook een tandarts, zorg draagt voor een goed bestuur van zijn praktijkvoering. Het toezicht hierop wordt geregeld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Net zoals nu het geval is, zal een tandarts in de praktijk geen eigen cliëntenraad hebben, maar deze raad zal via een beroepsorganisatie worden samengesteld en opereren.

Een ander aspect is de grootte van de praktijken. Met de komst van het teamconcept en de groepspraktijken van tandartsen is het denkbaar dat een praktijk wordt beschouwd als een zorginstelling, zoals omschreven in de *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Wanneer een grote groepspraktijk een zorginstelling is, zal dit laatste cliëntenrecht nog veel meer invloed krijgen. Hierbij is het aan de wetgever om te bepalen wat een grote tandartsenpraktijk is. In 2003 was 63% van de tandartsen solist (Bruers en Van Dam, 2007). Voor veruit de meeste tandartsen is de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* en straks de nieuwe wet op dit onderdeel nog niet van toepassing.

Discussie

Uit het beleidsprogramma zullen de volgende 3 cliëntenrechten relatief grote veranderingen teweegbrengen in de mondzorg: het recht op keuze en informatie, het recht op afstemming tussen zorgverleners en het recht op een effectieve en laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling. De meest ingrijpende verandering voor de mondzorg is dat een zorgverlener in de toekomst verplicht is om informatie over de praktijk inzichtelijk te maken. Een patiënt moet zijn keuze voor een zorgverlener, en dus ook voor een tandarts, gefundeerd kunnen maken. Deze plicht wordt in de nieuwe plannen individueel afdwingbaar. Voor de mondzorg staat de ontwikkeling van dergelijke informatiebronnen nog in de kinderschoenen. Een tandarts is straks verplicht patiëntenervaringen te meten en openbaar te maken. Dit kan voor tandartsen bezwaarlijk zijn, aangezien een betrouwbaar onderzoek naar de ervaringen van patiënten voor een individuele praktijk relatief kostbaar is. Hier ligt in de toekomst wellicht een taak voor de beroepsorganisaties of voor de zorgverzekeraars. Deze laatste groep meet nu al patiëntenervaringen van ziekenhuispatiënten.

Behalve patiëntenervaringen zullen tandartsen algemene informatie over de praktijk inzichtelijk en openbaar moeten maken. Hierbij kan gedacht worden aan openingstijden, wachttijden, klachtenprocedures en dergelijke. Het doel hiervan is tweeledig. In de eerste plaats komt zo informatie voor patiënten beschikbaar, zodat deze een goede, weloverwogen keuze kunnen maken. In de tweede plaats is het voor een tandarts mogelijk zijn praktijk te vergelijken met andere praktijken. Dit kan hem motiveren om zo de kwaliteit van zijn praktijk nog verder te verhogen. Een probleem hierbij is dat het voor tandartsen niet duidelijk is op basis van welke informatie patiënten hun keuze voor een tandarts maken, waardoor onbekend is welke informatie zij aan patiënten moeten verstrekken.

Een mogelijk punt van discussie is de balans tussen de verantwoordelijkheden van een patiënt en die van een zorg-

verlener. In een evenwichtige relatie heeft ook een patiënt zijn verantwoordelijkheden. Patiënten moet zich houden aan goed patiëntschap. De Raad voor de volksgezondheid en zorg onderscheidt 3 plichten die behoren bij het goed patiëntschap:

- * Een patiënt moet de geldende omgangsvormen in acht nemen. Dit houdt in dat hij niet agressief is, op tijd komt en geen onredelijke eisen stelt.
- * Een patiënt komt zijn zakelijke verplichtingen na. Hieronder wordt verstaan dat hij zijn facturen (op tijd) betaalt.
- * Van een patiënt wordt verwacht dat hij zoveel mogelijk meewerkt, met andere woorden: dat een zorgverlener de benodigde informatie krijgt en dat een patiënt eventuele instructies van de zorgverlener opvolgt (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2007). Deze plichten zijn nu terug te vinden in de huidige WGBO (Artikel 7:451 en 461 Burgerlijk Wetboek). In de nieuwe wetgeving zullen deze niet verder worden uitgewerkt of aangescherpt.

Het beleidsvoornemen dat een patiënt een goede afstemming tussen zorgverleners kan eisen, is opgesteld om te voorkomen dat een patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. In de huidige wetgeving wordt dit geregeld met de *Kwaliteitswet zorginstellingen*, maar deze wet geldt niet voor de meeste tandartsenpraktijken. In de nieuwe wetgeving zal het recht op een goede afstemming tussen zorgverleners voor een individuele zorgverlener gevolgen hebben. Het beleid is nu echter nog te prematuur en te weinig uitgekristalliseerd om de directe gevolgen voor tandartsen te kunnen omschrijven. Wel staat vast dat een patiënt het recht op goede afstemming kan afdwingen. Dit is in de huidige wetgeving niet het geval. Een tandarts zal, op basis van de nieuwe wetgeving ook eenvoudiger aansprakelijk kunnen worden gesteld voor het niet goed afstemmen van de zorg bij een verwijzing.

Tandartsen zullen volgens de nieuwe wetgeving patiënten beter moeten voorzien van informatie over behandelingen zodat zij een goede keuze kunnen maken. Met de komst van de WGBO in 1995 waren er bij tandartsen al veel bezwaren tegen de informatieplicht (Schouten, 2001). Deze plicht zal in de nieuwe plannen meer geëxpliciteerd worden en het valt te verwachten dat een breed draagvlak onder tandartsen nog moet worden gevonden.

De huidige klachtenprocedure zal met de komst van de nieuwe plannen veranderen. Het is de bedoeling dat patiënten eerder hun ongenoegen kunnen uiten. Tandartsen moeten patiënten bij onvrede actief wijzen op de mogelijkheden om een klacht in te dienen en ook is de overheid van mening dat een zorgverlener de afhandeling van klachten openbaar moet maken. Hoewel de huidige wetgeving door patiënten als hoogdrempelig wordt ervaren, voelt het vreemd aan dat een zorgverlener voor patiënten de klachtenafhandeling moet faciliteren, zeker als er een forse schadevergoeding kan worden toegewezen. Hierbij kan de vraag worden gesteld bij wie de verantwoordelijkheid moet liggen: bij zorgverleners, bij patiënten of bij de overheid? Het ligt

het meest voor de hand dat deze bij de patiënten ligt en dat de overheid, indien noodzakelijk, de patiënten hierbij ondersteunt.

Bij het opstellen van het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' is de beroepsgroep (nog) niet om een reactie gevraagd. Dit is wel wenselijk, want tandartsen zijn bij uitstek deskundigen die een goede visie kunnen geven op de effectiviteit van de beoogde wetgeving, zeker als het gaat om kwaliteit van zorg.

Literatuur

- * Brands WG, Kerckhoffs AMA, Bronkhorst EM. Het teamconcept, vrijheid blijheid? Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 368-372.
- * Bruers JJ, Dam N van. NMT Peilstations: Typen tandartspraktijken naar formatie. Ned Tandartsenblad 2007; 62: 44-46.
- * Colsen PJA, Casparie AF. Indicatorenregistratie, een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. Medisch Contact 1995; 50: 297-299.
- * Commissie innovatie mondzorg. Advies: taakherschikking en opleidingen. Leiden: Instituut voor onderzoek en overheiduitgaven, 2006.
- * Cuperus-Bosma JM, Roscam-Abbing HDC, Gevers JKM, Hubben JH, Wal G van der, Derckx VL. Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2002.
- * Die AC de. De toekomst van de Wet BIG. Gewaarborgde kwaliteit. Preadvis voor de vereniging voor gezondheidsrecht. Den Haag: SDU Uitgevers, 2008.
- * Dute JCJ, Gevers JKM, Hubben JH, Legemaate J, et al. De evaluatie van de WGBO. Den Haag: ZonMw, 2000.
- * Friele RD, Ruijter C de, Wijmen FCB van, Legemaate J. Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.
- * Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.
- * Lapré R. Capaciteit mondzorg: aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Den Haag: Adviesgroep capaciteit mondzorg, 2000.
- * Liem SL. BIG-register en kwaliteitsregister tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 476-478.
- * Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kwaliteit van zorg (Rep. No. IBE/I-2340727). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.
- * Ministerie van VWS. Kwaliteit van zorg hoog op de agenda (Rep. No. MC-2653714). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- * Ministerie van VWS. Programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie' (Rep. No. MC-U-2852129). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008a.
- * Ministerie van VWS. Herregistratie Wet BIG. <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-big/voor-zorgverleners/herregistratie-in-het-big-register/default.asp> (geraadpleegd op 19-11-2008). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008b.
- * Nederlandse Zorgautoriteit. Consultatiedocument mondzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007a.
- * Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument (In) het belang van de zorgconsument. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007b.
- * Nederlandse Zorgautoriteit. Visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007c.
- * Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Kwaliteitscriteria voor

tandartsenzorg vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2005.

- * Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. De zorgconsumentenwet. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2007.
- * Raad voor de volksgezondheid en zorg. De patiënt beter aan zet met de zorgconsumentenwet? Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2006.
- * Raad voor de volksgezondheid en zorg. Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007.
- * Schaub RMH. Samenwerken in de mondzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- * Schouten BC, Eijkman MA, Hoogstraten J, Dekker J den. Informed consent in Dutch dental practice: knowledge, attitudes and self-efficacy of dentists. Patient Educ Couns 2001; 42: 185-192.
- * Stubbe JH, Brouwer W, Delnoij DM. Patients' experiences with quality of hospital care: the Consumer Quality Index Cataract Questionnaire. BMC Ophthalmol 2007a; 7: 14.
- * Stubbe JH, Gelsema T, Delnoij DM. The Consumer Quality Index Hip Knee Questionnaire measuring patients' experiences with quality of care after a total hip or knee arthroplasty. BMC Health Serv Res 2007b; 7: 60.
- * Wijmen FCB van. De kwetsbare patiënt. Wetgeving patiëntenrechten kan stuk eenvoudiger. Medisch Contact 2006; 61: 776-778.
- * Witmer JM, Roode RP de. Implementatie van de WGBO. Van wet naar praktijk. Utrecht: KNMG, 2004.
- * Wollersheim H, Faber MJ, Grol R, Dondorp WJ, Struijs AJ. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006.

Summary

Quality of dental care: New ideas of the government

In the 1990s the Dutch government imposed several laws to strengthen the position of the patient and to improve the quality of care. These laws did not always have the intended outcome. Recently the Ministry of Public Health, Welfare and Sport launched the programme, 'The 7 rights of the patient in health care: investing in health care relations'. Three of these rights will have a strong influence on Dutch general dental practices: the right to choice and choice-information, the right concerning coordination among oral health care providers, and the right to low-threshold complaint and disagreement procedures. Most of these rights already exist in current legislation. Especially the right to choice and choice-information means that the dentist has to provide his patients not only with information concerning treatment but also with information on his dental practice, such as waiting times, the experience of other patients and opening times.

Bron

R.E. Sonneveld, W.G. Brands, M.J.M. van der Sanden, E.M. Bronkhorst, G. J. Truin
 Uit de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde van het UMC St Radboud in Nijmegen
 Datum van acceptatie: 17 maart 2009
 Adres: R.E. Sonneveld, UMC St Radboud, huispost 309, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
 r.sonneveld@dent.umcn.nl