

Innovatie in de Mondzorg

Advies

Leiden, 28 februari 2006

Secretariaat
Commissie Innovatie Mondzorg



Instituut voor Onderzoek
van Overheidsuitgaven

tel. 071 525 3600
Schipholweg 13 - 15 fax 071 525 3601
Postbus 985 website www.IOO.nl
2300 AZ Leiden e-mail info@IOO.nl

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	6
1.1 Adviesgroep capaciteit mondzorg	6
1.2 Regiegroep Opleidingen Mondzorg	6
1.3 Commissie Innovatie Mondzorg	7
1.4 Leeswijzer	8
2 Het belang van taakherschikking	9
2.1 Afbakening beroepsgroepen	9
2.2 Vaardigheden beter onderhouden	9
2.3 Zorgvragen complexer en gevarieerder	10
2.4 Kwaliteitsverbeteringen via integrale aanpak	11
2.5 Verbeterde carrièreperspectieven	12
2.6 Zwaarder opgeleide professionals	13
2.7 Doelmatige inzet van de capaciteit	13
2.8 Internationale ontwikkelingen	13
3 Mogelijkheden voor taakherschikking	15
3.1 Taakdelegatie in de huidige praktijken	15
3.2 Praktijkexperimenten met het teamconcept	22
3.3 Het team van Burgersdijk	22
3.4 Instellingen voor Mondzorg	24
3.5 Taakherschikking volgens tandartsen en mondhygiënisten	25
3.6 Raming omvang taakherschikking	31
3.7 Conclusie	37

4	Bevorderen taakherschikking	38
4.1	Vernieuwen tandartsenopleiding	38
4.2	Samenwerking tussen HBO en WO	48
4.3	Het tempo van taakherschikking	49
4.4	Opleiden van hetzelfde aantal mondzorgkundigen	52
4.5	Opleiden van minder tand-/mondartsen	55
4.6	Opleiden van minder kaakchirurgen	56
4.7	Bevorderen gewenste praktijkvormen	57
4.8	Kwaliteitseisen herregistratie BIG	57
4.9	Voorlichting patiënten en verzekerden	59
4.10	Gebruik zorgplannen stimuleren	60
4.11	Bekostiging behandelplannen	61
4.12	Financiële gevolgen taakherschikking	61
4.13	Advies Commissie Innovatie Mondzorg	67

Samenvatting

Commissie Innovatie Mondzorg

Op 9 september 2005 heeft de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW), in overeenstemming met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Commissie Innovatie Mondzorg ingesteld. De taak van de Commissie is de minister en staatssecretaris van advies te voorzien over een nieuwe wetenschappelijke opleiding tot mondarts en om de consequenties van een dergelijke opleiding voor de tandheelkundige zorg en de diverse professionals die betrokken zijn bij de mondzorg te doordenken.

Taakherschikking sinds 2000

In 2000 adviseert de Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré) om binnen de sector Mondzorg op grotere schaal het teamconcept en taakherschikking in te voeren. Het kabinetsstandpunt van 2000 onderschreef deze wenselijkheid.

Vijf jaar na het verschijnen van het rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg laten de tandartspraktijken een divers beeld zien aan vormen van samenwerking en taakdelegatie. Van kleine samenwerkingsverbanden tussen tandarts en mondhygiënist ondersteund met een of meer (preventie)assistenten, tot grote praktijken waarin naast tandartsen ook mondhygiënisten, (preventie)assistenten, tandprothetici en tandtechnici werkzaam zijn. Deze verschijningsvormen en de inschattingen van tandartsen over de mogelijkheden van taakdelegatie aan mondhygiënisten en (preventie)assistenten wijzen erop dat een aanzienlijke taakherschikking binnen de mondzorg mogelijk is.

Toekomstbeeld taakherschikking

Taakherschikking in de mondzorg betekent voor de Commissie onder meer dat over tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep medisch ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid, wordt verzorgd door de vierjarig opgeleide mondhygiënist (mondzorgkundige) met ondersteuning van de (preventie)assistent. De meer complexe behandelingen en behandelingen bij medisch gecompromitteerde patiënten worden uitgevoerd door de zesjarig opgeleide mondarts en indien nodig wordt verwezen naar orthodontist en kaakchirurg.

Deze taakherschikking vindt bij voorkeur plaats wanneer de mondzorgverleners onder  n dak zijn gehuisvest en de mondarts de regie over het zorgproces voert, maar kan ook de vorm hebben van een samenwerkingsverband tussen professionals in zelfstandige praktijken. Als de mogelijkheden voor taakherschikking volledig worden benut dan zal de professionele structuur in de mondzorg aanzienlijk wijzigen (tabel A).

Tabel A Het aantal mondzorgkundige professionals (mogelijke eindsituatie)

Mondzorgkundige professionals	Nu	Toekomst
Kaakchirurgen	200	150 - 160
Orthodontisten	290	290
Tandartsen (algemeen-practicus en gedifferentieerd)	8.000	-
Mondartsen (algemeen-practicus en gedifferentieerd)	-	3.000 – 5.000
Mondzorgkundigen (mondhygiënisten)(vier-jarige HBO)	-	4.000 – 6.000
Mondhygiënisten (een-, twee-, drie-jarige HBO)	2.300	-
Preventieassistent (MBO+)	1.800	3.000 – 4.000
Tandartsassistenten (MBO)	14.600	14.000 – 15.000
Totaal (afgerond en toekomst sommatie klassenmiddens)	27.200	27.400

Taakherschikking stimuleren

Om taakherschikking op de hiervoor geschetste wijze vorm te kunnen geven, zal naar het oordeel van de Commissie, aan een aantal randvoorwaarden moeten worden voldaan.

Beroepsbeoefenaren samen opleiden

In de huidige tandartspraktijken is samenwerking eerder een bedrijfsfilosofie dan een structuurkenmerk. Om de beroepsbeoefenaren van de toekomst beter toe te rusten in het samenwerken is het belangrijk dat zij elkaars competenties leren kennen en vertrouwen. Dit kan vooral worden bereikt door de mondhygiënisten in de huidige HBO-opleidingen en de mondartsen in de WO-opleidingen intensief samen op te leiden. In het praktisch onderwijs leert de student dan ervaren dat samenwerking tot de beste zorg leidt.

De Commissie adviseert dan ook dat de HBO-opleiding mondzorgkunde en de WO-opleiding mondarts vanuit één gezamenlijk instituut per vestigingsplaats onder eenduidige leiding worden aangeboden. Dit biedt tevens goede mogelijkheden om in de komende jaren, zonodig, de opleidingscapaciteit flexibel aan te passen aan de benodigde capaciteit aan mondartsen en mondhygiënisten.

Nieuwe opleiding tot mondarts

De Commissie sluit zich aan bij de visie van NMT/ANT en tandheelkundige faculteiten dat het nodig is om de opleidingsduur voor mondarts met één jaar te verlengen. Met deze verlenging ontstaan mogelijkheden om de wetenschappelijkheid en de beroepsgerichtheid van de nieuwe opleiding op een kwalitatief hoger plan te brengen dan de huidige tandartsopleiding. De zesjarig opgeleide mondarts zal beter dan de huidige tandarts in staat zijn om complicerende factoren in de algemene gezondheidstoestand van de patiënt in relatie te brengen met de mondgezondheidssituatie, complexe tandheelkundige behandelingen uit te voeren en leiding te geven aan het tandheelkundig team.

De zesjarige opleiding leidt op tot het masterniveau mondarts. Binnen de masteropleidingen zijn differentiaties mogelijk. Naar verwachting biedt de nieuwe opleiding tot mondarts de mogelijkheid om:

- 20 – 25% minder kaakchirurgen op te leiden,
- de bestaande vervolgopleidingen in de tandheelkunde met een jaar te bekorten.

Aanpassing numerus fixus

De Commissie is evenals de Adviesgroep capaciteit mondzorg van oordeel dat stimulering van taakherschikking kan worden bevorderd door aanpassing van de numerus fixus voor de opleidingen mondarts en mondhygiënist. Omdat de omvang van de nieuwe beroepsgroep van vierjarig opgeleide mondzorgkundigen (mondhygiënist) nog niet voldoende groot is om de taakherschikking op korte termijn volledig te kunnen realiseren, acht de Commissie het verstandig om voorlopig niet verder te gaan dan een vermindering van het aantal mondartsen in opleiding met 20%. De Commissie adviseert het Capaciteitsorgaan te vragen om uitgaande van de nieuwe opleiding tot mondarts, de uitstroom van mondzorgkundigen (mondhygiënist), de positie van preventie-assistenten in de zorgketen, de marktontwikkelingen in de zorgvraag en de laatste inzichten rond taakherschikking (vooral in de mondzorg voor de jeugd), tot nieuwe capaciteitsramingen te komen

Taakherschikking en bekostigingsgevolgen

Bekostigingsgevolgen voor Ministeries

Om de taakherschikking mogelijk te maken moeten er uiteindelijk meer mondzorgkundigen komen en zijn er minder mondartsen nodig. De opleidingscapaciteit voor mondartsen kan op korte termijn benedenwaarts bijgesteld worden, terwijl het voor het verhogen van de opleidingscapaciteit van mondzorgkundigen volgens de Commissie nog te vroeg is. Dit brengt voor OCW de volgende veranderingen voor de kosten met zich mee:

- hogere kosten per student omdat de opleiding mondarts met één jaar wordt verlengd,
- lagere kosten omdat er minder mondartsen nodig zijn.

Per saldo zullen de kosten van OCW voor de opleiding mondarts kostenneutraal zijn of enigszins dalen (ongeveer één miljoen euro per jaar) (tabel B). Voor VWS is een daling van de opleidingskosten te verwachten wegens het opleiden van minder kaakchirurgen en het verkorten van de postinitiële opleidingen tandheelkunde. De kostendaling voor VWS kan niet precies geraamd worden.

Tabel B *Kosten oude opleiding tandarts en nieuwe opleiding mondarts*

	Tandarts	Mondarts
Totale kosten per student per jaar (x €)	55.100	50.450
Duur van de opleiding in jaren	5	6
Kosten hele opleiding per student (x €)	275.500	302.700
Aantal in opleiding: huidige situatie	300	n.v.t.
Kosten: huidige situatie (x €1 miljoen)	79,5	
Aantal in opleiding: toekomstige situatie		240
Kosten: toekomstige situatie (x €1 miljoen)		78,5

Taakherschikking en kostendaling in de zorg

Voor de Commissie is op dit moment niet te bepalen of taakherschikking zal leiden tot kostendaling in de zorg. Op langere termijn kan worden beoordeeld of de balans tussen de kostenstijging, doordat patiënten tot op hoge leeftijd hun eigen tanden houden, zal doorslaan naar een kostendaling doordat betere preventie leidt tot minder curatieve zorg. Het benutten van feitelijke mogelijkheden voor kostendaling is in de toekomst mede afhankelijk van het gedrag van verzekeraars en patiënten en van de omvang en kwaliteit van het zorgaanbod.

Resumerend

1. *Het vaststellen van een beroepscompetentieprofiel mondarts in relatie tot de overige beroepen in de beroepsstructuur van de tandheelkunde en mondzorg.*

De Commissie sluit aan bij de inhoud van het beroepscompetentieprofiel mondarts zoals opgesteld door NI-ZW/beroepsontwikkeling in opdracht van de NMT, alsmede bij de door de tandheeskundige faculteiten opgestelde nieuwe eindtermen mondarts en adviseert derhalve de masterfase van de opleiding tandheelkunde met één jaar uit te breiden en te vernieuwen. Deze nieuwe masterfase kan van start gaan in september 2007.

2. *Het vaststellen van de meest wenselijke organisatie en duur van de wetenschappelijke opleiding mondarts.*

De Commissie adviseert om de universitaire en HBO-opleidingen mondzorg gestalte geven vanuit één instituut per vestigingsplaats. Het gezamenlijk opleiden van studenten tandheelkunde en mondzorgkunde bevordert de samenwerking en taakherschikking in de mondzorg.

3. *Het kwantificeren van het aantal op te leiden studenten voor de diverse tandheeskundige en mondzorgkundige beroepen binnen het opleidingscontinuüm.*

De Commissie adviseert het aantal op te leiden mondartsen per september 2006 terug te brengen van 300 naar 240 per jaar en het aantal op te leiden mondhygiënisten te handhaven op 300 per

jaar. Voorts adviseert de Commissie om het Capaciteitsorgaan te vragen tot nieuwe capaciteitsramingen te komen.

4. *Het in kaart brengen van de organisatorische en financiële gevolgen van het invoeringstraject voor de mondarts.*

De Commissie stelt vast dat haar adviezen zullen leiden tot iets lagere kosten voor het Ministerie van OCW en tot een kostenbesparing voor het Ministerie van VWS. Of taakherschikking op termijn daadwerkelijk zal leiden tot een kostendaling in de zorg is op dit moment voor de Commissie niet vast te stellen.

1 Inleiding

1.1 Adviesgroep capaciteit mondzorg

De Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré) adviseerde om de structuur en capaciteit van de tandheelkundige zorg te veranderen om beter in staat te zijn om de capaciteitsproblemen in de mondzorg het hoofd te bieden en om meer in staat te zijn om zorg op-maat te leveren. De opleidingen zouden aangepast moeten worden om preventieassistenten, mondzorgkundigen (mondhygiënisten) en mondartsen op te leiden. De tandarts/mondarts kan vele primaire, secundaire, en tertiaire preventietaken van cariës en parodontitis en de daaraan voorafgaande diagnostiek voor grote groepen ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden delegeren aan de mondhygiënisten nieuwe stijl, de mondhygiënisten oude stijl en aan de tandartsassistenten met een preventieaantekening (preventieassistenten). Daarmee krijgt de mondarts zijn handen vrij om sturing te geven aan het mondzorgteam, complexe diagnoses uit te voeren en zich klinisch bezig te houden met tandheelkunde op het niveau van zijn academische opleiding.

De taakherschikking binnen de tandheelkundige en mondzorgkundige zorg is mogelijk als de oude en nieuwe professionals samenwerken als 'team'. In het teamconcept gaan alle aanbieders van mondzorg (tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen, tandartsassistenten) op basis van afspraken nauwer samenwerken om integrale en doelmatige zorg aan de patiënt te leveren. De Adviesgroep capaciteit mondzorg verwacht dat het teamconcept een gunstig effect heeft op het capaciteitsvraagstuk en de kwaliteit van de mondzorg omdat:

- de tandarts/mondarts zich kan concentreren op de problemen die beter aansluiten op zijn wetenschappelijke opleiding,
- het team een groot deel van het 'volume' werk voor zijn rekening neemt dat zich leent voor protocollering en standaardisering,
- er ruime mogelijkheden ontstaan voor horizontale en verticale verwijzing, taakdelegatie en substitutie zodat pieken binnen het team kunnen worden opgevangen,
- de teamaanpak een goede voedingsbodem biedt voor collegiale ondersteuning en kennisuitwisseling,
- als gevolg van een hogere arbeidssatisfactie een lager ziekteverzuim en een langere totale arbeidsduur van de tandheelkundige en mondzorgkundige professionals verwacht wordt.¹

1.2 Regiegroep Opleidingen Mondzorg

Het kabinet onderschrijft volledig de aanbevelingen van de Commissie Lapré en verzoekt de Regiegroep Opleidingen Mondzorg om met de betrokkenen (beroepsorganisaties en opleidingen) te komen tot een nieuwe positionering, inhoud en onderlinge samenhang van de opleidingen.² De groei naar een teamaanpak en de gevolgen van de

¹ *Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré), Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, s.l., augustus 2000.*

² *Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XVI, nr. 52.*

taakherschikking voor de opleidingen zou door de Regiegroep Opleidingen Mondzorg begeleid worden.

Bij de diverse opleidingen zijn intussen een aantal stappen gezet op weg naar vernieuwing. De opleidingen mondhygiënist zijn vernieuwd en leren hun studenten in een extra (vierde) studiejaar eenvoudige restauratieve handelingen (boren/vullen) en de daarbij behorende diagnostiek en indicatiestelling. Tegelijkertijd is de instroomcapaciteit opgehoogd van 210 naar 300 studenten per jaar. Het concept voor een aangepaste AMvB ex Wet BIG mondhygiënist is gereed. Bij de tandprotheticen is het curriculum vernieuwd, bij de opleidingen tandartsassistent wordt de laatste hand gelegd aan een nieuw beroepsprofiel en het aantal tandartsassistenten dat een additionele opleiding tot preventieassistent heeft gevolgd, is aanzienlijk.

Echter de vernieuwingen in de tandartsopleiding (van tandarts naar mondarts) komen tot nu toe (bijna vijf jaar na het kabinetstandpunt op het advies van de Commissie Lapré) niet van de grond. Terwijl aan deze vernieuwingen wel grote behoefte is omdat de balans in de beroepskolom en in het opleidingscontinuüm ontbreekt.

1.3 Commissie Innovatie Mondzorg

Om uiteindelijk te komen tot een nieuwe mondartsopleiding en om de aard, inhoud en duur van de opleiding tot mondarts maatschappelijk te legitimeren, hebben de bewindspersonen van OCW en VWS een Commissie Innovatie Mondzorg ingesteld onder voorzitterschap van oud-staatssecretaris R.L.O Linschoten.³

De taak van de Commissie Innovatie Mondzorg is:

- het vaststellen van een beroepscompetentieprofiel mondarts in relatie tot de overige beroepen in de beroepsstructuur van de tand- en mondzorg;
- het vaststellen van de meest wenselijke organisatie en duur van een wetenschappelijke opleiding mondarts,
- het kwantificeren van het aantal op te leiden aantallen studenten voor de diverse tandheelkundige en mondzorgkundige beroepen binnen het opleidingscontinuüm,
- het in kaart brengen van de organisatorische en financiële gevolgen van het invoeringstraject voor de mondarts.

De Commissie Innovatie Mondzorg bestaat uit: R.L.O Linschoten (voorzitter), prof. dr. P.L. Meurs, prof. dr. H. Maassen van den Brink, drs. H.W. Zijlstra, drs. F.R. Barendrecht en prof. dr. R.C.W. Burgersdijk. De beleidsambtenaren drs. J. van den Heuvel (VWS) en G.J. Thomassen (OCW) hebben de bijeenkomsten van de Commissie als waarnemer bijgestaan. De Commissie wordt secretariael ondersteund door drs. J.A. van Dijken van het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO).

³ Zie bijlage 1 in het bijlaggerapport.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het belang van taakherschikking in de tandheelkundige zorg besproken. Hoofdstuk 3 schetst uit diverse bronnen de kwantitatieve mogelijkheden van taakherschikking. Terwijl hoofdstuk 4 de instrumenten beschrijft die volgens de Commissie Innovatie Mondzorg ingezet kunnen worden om de taakherschikking te bevorderen. Hoofdstuk 4 bevat de aspecten die de Commissie Innovatie Mondzorg heeft afgewogen om tot haar advies te komen. In dit hoofdstuk zijn ook de kostenconsequenties becijferd van de nieuwe mondzorgopleiding. In een aparte bundel zijn de bijlagen bij het advies opgenomen.

2 Het belang van taakherschikking

De toekomst is aan taakherschikking omdat op deze wijze ingespeeld kan worden op specialisatietendensen, kwaliteitsverbeteringen, wijzigingen in de patiëntenpopulatie en veranderende klantenwensen. Tevens kan de taakherschikking door de grotere flexibiliteit van de tandheeskundige en mondzorgkundige zorg en opleidingen een bijdrage leveren aan eventuele capaciteitsproblemen.

In het advies van de Commissie wordt onder taakherschikking verstaan het zelfstandig uitvoeren van tandheeskundige behandelingen door de mondzorgkundige (mondhygiënist) en het uitvoeren van de voorbehouden handelingen door mondzorgkundige (mondhygiënist) in opdracht van de tandarts conform de nieuwe AMvB ex. Wet BIG mondhygiënist plus het langdurig delegeren van een belangrijk deel van de preventieve zorg voor ongecompliceerde patiënten aan de mondzorgkundige (mondhygiënist).

2.1 Afbakening beroepsgroepen

Bij de beschrijving van de taakherschikking wordt er van uit gegaan dat de mondarts in de plaats komt van de huidige tandarts en dat de mondzorgkundige (opgeleid volgens een nieuwe vierjarige HBO-opleiding) de huidige mondhygiënist vervangt. Daarbij blijft de oude naam mondhygiënist bestaan. Om het onderscheid aan te brengen tussen de oude en nieuwe beroepsinhouden zal in dit advies gesproken worden van enerzijds de mondzorgkundige (mondhygiënist) voor de nieuw opgeleide mondhygiënist en anderzijds van de mondhygiënist voor de mondhygiënist die de oude opleidingen hebben gevolgd. Voor de tandarts nieuwe stijl zal het begrip mondarts gebruikt worden terwijl waarschijnlijk ook de oude naam tandarts zal blijven bestaan in de wet BIG. Daarnaast zijn er vele andere tandheeskundige professionals die ook een rol spelen in de zorgverlening (kaakchirurgen, orthodontisten, gedifferentieerde tandartsen, tandtechnici, tandprotheticici, klinische prothese technici). Ook tussen deze professionals kunnen allerlei vormen van taakherschikking plaatsvinden (zie bijlage 2). Omdat deze groepen kwantitatief van minder belang zijn, wordt voor de eenvoud van het betoog gesproken over de taakherschikking tussen de belangrijkste kwantitatieve groepen: mondartsen, mondzorgkundigen (mondhygiënisten), preventieassistenten en tandartsassistenten.

2.2 Vaardigheden beter onderhouden

Door een aantal ontwikkelingen in en rond de tandartsenpraktijk zijn er steeds minder mogelijkheden voor tandartsen om hun vaardigheden op peil te houden:

- Door de verbetering van de gebitssituatie van de Nederlandse bevolking komen in de meeste tandartsenpraktijken bepaalde handelingen niet of nauwelijks meer voor.

- Vanwege de toenemende instroom van vrouwen in het tandartsenberoep neemt het aantal parttime tandartsen toe. Als gevolg daarvan daalt het aantal patiënten per tandarts, waardoor de gemiddelde tandarts minder mogelijkheden heeft om complexe of weinig voorkomende incidenties te kunnen behandelen.

De tandarts kan door het geringe aantal incidenties per jaar voor bepaalde handelingen zijn bekwaamheid niet of nauwelijks meer op peil houden. Over het algemeen wordt er vanuit gegaan dat minimaal tien incidenties per jaar nodig zijn om bij complexe behandelingen de bekwaamheid op peil te houden. In tabel 2.1 is te zien dat voor diverse handelingen het aantal incidenties per tandarts te gering is om zijn bekwaamheid op peil houden.

Tabel 2.1 Aantal incidenties per 0,6 tandarts per tijdperiode

Incidenties	Aantal	Tijdperiode
Orthodontie	3	Jaar
Parodontologie	4	Jaar
Immediaat prothese	1	Twee jaar
Gehandicapten	1	Vijf jaar
Amelogenesis imperfecta	1	Achtentwintig jaar

Bron: Sheet prof. dr. R.C.W. Burgersdijk

Om toch zorg van voldoende kwaliteit te leveren, moet de tandarts deze behandelingen delegeren aan een collega-specialist (gedifferentieerde tandarts) of een specialist (kaakchirurg of orthodontist) die vanwege de toestroom vanuit meerdere praktijken van algemene practici zijn bekwaamheid wél op peil kan houden.

Als de opleiding voor tandarts niet vernieuwd wordt, er geen nieuwe praktijkvormen ontwikkeld worden en als er geen nieuwe rolverdeling komt tussen tandarts en de overige tandheelkundige professionals dan zal het beroep van tandarts steeds minder betekenis krijgen. Terwijl onvoldoende ingespeeld kan worden op de behoeften van tandheelkundige zorg van een vergrijzende bevolking.

2.3 Zorgvragen complexer en gevarieerder

Er is een aantal maatschappelijke ontwikkelingen gaande waaruit afgeleid kan worden dat de totale populatie van patiënten zich ontwikkelt in de richting van specifieke deelpopulaties met specifieke problemen.⁴

- Door de toegenomen welvaart en de toename van behandeltechnieken kiezen steeds meer ouderen voor behoud van het eigen gebit en een uitgebreide gebitsbehandeling. Dit vraagt allereerst méér tandheelkundige zorg voor ouderen en voor ouderen in zorg- en verpleeginrichtingen. Ook mag verwacht

⁴ Chantal van Arensbergen, Ria Broeken, Gery Lammersen, *Beroepsprofiel Tandarts algemeen practicus*, NIZW, Utrecht, januari 2006.

worden dat een deel van deze ouderen behoefte zal hebben aan complexe behandelingen op de terreinen van parodontologie, implantologie en kroon- en brugwerk.

- De samenstelling van de populatie is de afgelopen decennia sterk veranderd door de toename van het aandeel allochtone inwoners. De tandarts krijgt daardoor steeds meer te maken met mensen die de Nederlandse taal niet optimaal beheersen, of andere culturele visies op mondzorg. Dit brengt specifieke eisen op het terrein van communicatie met zich mee.
- Er ontstaat een aantal specifieke groepen met een sterk verslechterde gebitstoestand: dementerende bejaarden in verpleegtehuizen, langdurig zieken en gehandicapte mensen, jonge kinderen, asielzoekers. Kwalitatief hoogwaardige mondzorg voor deze probleemgroepen vergt een brede en multidisciplinaire aanpak van de doelgroep.
- Door het schrappen van de tandheelkundige zorg van volwassenen uit het ziekenfondspakket is het overgrote deel van de patiënten zelf verantwoordelijk voor de kosten van de tandzorg. Patiënten verwachten daardoor meer informatie en uitleg en willen prijsvergelijkingen kunnen maken. Bovendien vragen steeds meer patiënten om behandelstippen die buiten de reguliere werktijden vallen. De mondige patiënt vereist meer transparantie en herkenbare kwaliteit.

Aan de ene kant is er de groep jonge mensen, waarvan een steeds groter deel langer een gezond gebit heeft. En aan de andere kant komen er groepen patiënten met steeds intensievere, complexere en kwalitatief hoogwaardige zorgvragen. Taakherschikking en specialisatie zijn belangrijke hulpmiddelen om adequaat op deze maatschappelijke ontwikkelingen in te kunnen springen.

2.4 Kwaliteitsverbeteringen via integrale aanpak

Er is een aantal signalen uit buitenlands onderzoek dat nauwe samenwerking tussen tandarts en mondhygiënist leidt tot een hogere doelmatigheid en doeltreffendheid in de mondzorg:⁵

- In omringende landen waar geen mondhygiënisten werken, is het met de situatie van de mondgezondheid slechter gesteld dan in Nederland. Voorbeelden hiervan zijn België, Frankrijk en Oostenrijk.
- Longitudinaal onderzoek in Zweden⁶ toont het positieve effect van plaquecontrole aan op lange termijn: gebitselementen blijven behouden, cariës en parodontale aandoeningen worden voorkomen.

⁵ J. la Rivière-Ilsen, M.S.E. van der Sanden-Stoelinga, P.T. Calcoen, *Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg*, Nieuwegein, 2005, blz. 29-30.

⁶ Axelsson, P. B. Nyström, J. Lindhe, *The long term effect of a oral program on tooth mortality, caries and periodontal disease in Adults*. *J Clin Periodontol* 31, 2004, blz. 749-757.

- Een zesjarig vergelijkend onderzoek naar praktijkvormen⁷ toont aan dat een team dat bestaat uit een tandarts en vijf mondhygiënisten meer kosteneffectief is en een grotere cariësreductie geeft dan het klassieke team van twee tandartsen en vier tandartsassistenten.

De toekomst is dat de aanbieders van mondzorg (mondartsen, mondzorgkundigen (mondhygiënisten), preventieassistenten en tandartsassistenten) nauwer gaan samenwerken om integrale, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg aan de patiënt te leveren. Er zullen ook nieuwe en intensievere samenwerkingsverbanden ontstaan tussen de tandheelkundige professionals en andere professionals in de zorgketen. Op allerlei wijzen zullen de taken herschikt worden. Kwaliteitsverbeteringen ontstaan omdat de mondarts zich kan concentreren op problemen die beter aansluiten bij zijn wetenschappelijke opleiding en hij/zij moeilijke behandelingen met een hogere frequentie kan uitvoeren waardoor zijn/haar vaardigheden op een hoger niveau komen. Kwaliteitsverbeteringen ontstaan ook omdat de andere tandheelkundige professionals in het team (tandartsassistent, preventieassistent en mondhygiënist) grotere verantwoordelijkheden krijgen. Tevens ontstaat voor hen aantrekkelijker doorgroeimogelijkheden. Al met al wordt een groter aanbod van professionals, een toename van arbeidssatisfactie, een lager ziekteverzuim en een langere totale arbeidsduur verwacht.⁸

2.5 Verbeterde carrièreperspectieven

Uit onderzoek blijkt dat het routinematige werk dat de tandarts verricht een belangrijke bron voor burn-out kan zijn.⁹ Enigszins charge-rend kan niet uitgesloten worden dat een tandarts aan het begin van zijn eigen praktijk twee à drie spannende jaren meemaakt en heel veel leert en vervolgens in één praktijkruimte – in redelijk isolement – vele tientallen jaren dezelfde handelingen verricht en niet veel professionele uitdagingen meer meemaakt. Taakherschikking is een belangrijk hulpmiddel om routinematig werk te verminderen en om het aantal uitdagingen voor het tandartsenberoep te vergroten. Dit heeft een positief effect op de arbeidssatisfactie van de tandarts.

Door taakherschikking ontstaat er aantrekkelijke doorgroeimogelijkheden voor de tandartsassistent en de mondhygiënist. Het deskundigheidsgebied van de mondzorgkundige (mondhygiënist) biedt een aantrekkelijk doorgroeiperspectief voor de mondhygiënist, terwijl de tandartsassistent kan doorgroeien tot preventiemedewerker. Als gevolg van deze doorgroeimogelijkheden en het samenwerken met collega's mag een toename van arbeidssatisfactie, een lager ziekteverzuim en een langere totale arbeidsduur worden verwacht.¹⁰

⁷ Hannerz, H. en I. Westerberg, *Economic assessment of a six-year project with extensive use of dental hygienists in the dental care of children: a pilot study*, *Community Dent Health* 13, 1996, blz. 40-43

⁸ Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré), *Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*, s.l., augustus 2000, blz. 35.

⁹ Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré), *Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*, s.l., augustus 2000, blz. 35.

¹⁰ Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré), *Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*, s.l., augustus 2000, blz. 35.

2.6 Zwaarder opgeleide professionals

De taakherschikkingen worden mede mogelijk gemaakt omdat de tandheelkundige professionals aan wie taken gedelegeerd kunnen worden zwaarder opgeleid zijn. De HBO-opleiding voor mondzorgkundige (mondhygiënist) is met één jaar uitgebreid ten opzichte van de oude opleiding voor mondhygiënist. De preventieassistent is een tandartsassistent die een extra opleiding heeft gevolgd om als preventiemedewerker te kunnen werken. Terwijl de gedachte is dat de tandartsopleiding zwaarder dient te worden om tandartsen nieuwe stijl (mondartsen) op te leiden. Door de nieuwe opzet van de tandartsopleiding ontstaat ook weer voldoende onderscheid tussen de HBO-opleiding tot mondzorgkundige (mondhygiënist) en de WO-opleiding tot mondarts.

2.7 Doelmatige inzet van de capaciteit

Door middel van taakherschikking kan de beschikbare capaciteit binnen de mondzorg doelmatig, flexibel en doeltreffend ingezet worden. Door middel van taakherschikking kunnen pieken beter opgevangen worden. Door in teams samen te werken, door andere praktijkvormen en door taakherschikkingen worden bepaalde handelingen door de mondarts vaker verricht dan nu het geval is (aantal incidenties). Dit heeft een belangrijke invloed op de doelmatigheid. Daarnaast mag verwacht worden dat de doelmatigheid in toenemende mate afgedwongen zal worden door de patiënt/cliënt, de zorgverzekeraars en de concurrentieverhoudingen.

2.8 Internationale ontwikkelingen

De ontwikkeling naar taakherschikking en het aanpassen van de opleidingen vindt ook plaats in een aantal andere landen. In de afgelopen twee jaar worden in Denemarken en Noorwegen meer 'Dental Hygienists' opgeleid omdat in deze landen – evenals in Nederland – onderkend wordt dat aan de veranderende behoeften van de patiënten ook tegemoet gekomen kan worden door meer mondzorgkundigen (mondhygiënisten) op te leiden.

In het Verenigd Koninkrijk zijn de taken die de mondhygiënisten mogen uitvoeren vergroot. Waarschijnlijk worden de mondhygiënisten die uit de opleiding stromen ook gekwalificeerd en getraind als 'Dental Therapists'. De opleiding duurt in Engeland drie jaar, waarbij in de praktijk de meeste studenten al een opleiding hebben gehad als tandartsassistent. Ook in Engeland neemt het aantal opleidingsplaatsen voor mondhygiënisten toe. Recentelijk is er zelfs een nieuwe school geopend in Portsmouth. De klinische trainingen voor de Dental Hygienists/Therapists vinden vooral plaats in 'Public Dental clinics' en niet zozeer op school. In Engeland is de wetgeving aangepast zodat vanaf volgend jaar door de General Dental Council (de Dental Competent Authority in het Verenigd Koninkrijk) naast de tandartsen ook de Dental Hygienists, de Dental Therapists, de Clinical Dental Technicians en de Orthodontic Nurses geregistreerd gaan worden. Dit baant de weg voor verdere taakherschikking. Recentelijk is ook de officiële benaming voor de tandheelkundige paramedici in Engeland veranderd. Zij zijn niet langer professionals die aanvullend zijn

aan de tandarts (Professional Complementary to Dentist) maar zelfstandige professionals (Dental Care Professionals). Deze formele wijziging van de betiteling illustreert de ontwikkeling naar meer taakherschikking.¹¹

In de Verenigde Staten heeft de inzet van mondhygiënisten in de tandartsenpraktijk geleid tot een verschuiving in de praktijkvoering. er is meer preventie en er zijn minder prothetische behandelingen. Een verbeterde gebitstoestand en afname van de totale uitgaven aan tandheelkundige hulp waren het gevolg.¹²

In Vlaanderen pleiten Van Steenberghe en Perl voor een grotere inzet van mondhygiënisten. Zij baseren hun advies op een uitgebreide literatuurstudie, waaruit bleek dat de toevoeging van mondhygiënisten aan de tandartsenpraktijk tot gevolg heeft dat:

- de cariësincidentie bij kinderen en jongeren daalt, en
- er minder extracties en parodontale chirurgie nodig is onder volwassenen.¹⁴

¹¹ Informatie van professor Kenneth Eaton, beheerder van de database van de Europese Chief Dental Officers, aan Jos van den Heuvel, 21 september 2005. Zie voor de recente wijzigingen in het Verenigd Koninkrijk ook www.gdc-uk.org.

¹² L.J. Brown, T.P.Wall, en R.J.Manski, *The funding of dental services among U.S. adults aged 18 years and older: recent trends in expenditures and sources of funding*, *J Am Dent Assoc* 133: 2002, blz. 627-635

¹⁴ D. van Steenberghe en G. Perl, *Strategisch Plan Mondzorg in België, Aanbevelingen*, 2003.

3 Mogelijkheden voor taakherschikking

Om tot een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig stelsel van tandheelkundige en mondzorgkundige zorg te komen, is het uitgangspunt dat de diverse vormen van zorg verleend moeten worden door de tandheelkundige professional die daarvoor het beste is geëquipeerd. Er zijn vele tandheelkundige professionals (kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen, gedifferentieerde tandartsen, mondartsen, mondhygiënisten, (preventie)assistenten, tandprotheticen en tandtechnici) die voorzien in een deel van de zorgvraag. Echter hoe groot de zorgvraag is en welke professional het beste aan de zorgvraag kan voldoen, is niet zonder meer vast te stellen.

In dit hoofdstuk worden de inzichten geïnventariseerd om de mogelijkheden voor taakherschikking te kwantificeren.

3.1 Taakdelegatie in de huidige praktijken

Praktijken met verschillende mate van taakdelegatie

De huidige mate van taakdelegatie en –taakdifferentiatie wordt zichtbaar als de praktijken ingedeeld worden naar het aandeel van de tandartsen in de totale formatie van de praktijk. Binnen de praktijken zijn vele beroepsbeoefenaren actief naast de tandarts. Een belangrijke kracht in de praktijken is veelal ook de meewerkende partner. Tot de formatie behoren alle binnen de tandartsenpraktijk bestede arbeidsuren van tandartsen, paramedici en niet-tandheelkundige beroepsbeoefenaren. Tot de paramedici zijn gerekend: tandartsassistenten, preventieassistenten, mondhygiënisten, kindertandverzorgenden, tandtechnici en tandprotheticen. De niet-tandheelkundige beroepen zijn: receptionist, telefonist, secretaresse, administrateur, schoonmaker, tuinman e.d. Ook de arbeidstijd van meewerkende gezinsleden (partner en/of echtgeno(o)t(e)) is tot de formatie gerekend. Omwille van de onderlinge vergelijkbaarheid is één fulltime arbeidsplaats gelijk gesteld aan 38 arbeidsuren per week. Deze definitie is gehanteerd voor alle tandheelkundige (tandarts en paramedici) en niet-tandheelkundige beroepen. Er worden drie praktijkvormen onderscheiden (tabel 3.1):

- praktijken met *veel* delegatie: het aandeel van de tandarts(en) in de totale formatie is minder dan 25%,
- praktijken met een *gemiddelde* delegatie: het aandeel van de tandartsen in de totale formatie is tussen de 25 en 55%.
- praktijken met *weinig* delegatie: het aandeel van de tandarts(en) in de formatie is groter dan 55%.

Tabel 3.1 Omvang en personele samenstelling naar mate van taakdelegatie en -differentiatie

Mate van delegatie	Veel	Gemiddeld	Weinig	Totaal
Kenmerken van de praktijken				
aandeel tandartsen in totale formatie	< 25%	25 – 55%	> 55%	
aantal praktijken	55	231	40	326
<i>Formatie:</i>				
– gemiddelde omvang totale formatie	6,7	3,6	2,3	3,9
– formatie paramedici per fte tandarts	2,9	1,3	0,5	1,5
– niet-tandheelkundige formatie per fte tandarts	1,1	0,3	0,0	0,3
<i>Samenstelling formatie</i>				
– % formatie tandartsen	21	40	70	40
– % formatie paramedici	56	50	28	49
– % niet-tandheelkundige formatie	23	10	3	11
<i>Nadere specificatie formatie paramedici</i>				
– % tandartsassistenten in de formatie	34	41	25	38
– % preventieassistenten in de formatie	14	4	1	7
– % mondhygiënisten in de formatie	7	4	3	6
– % tandtechnici en prothetici in de formatie	3	0	0	1

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

De omvang van de tandartsenpraktijken is uitgedrukt in het gemiddeld aantallen fte per praktijktype naar mate van taakdelegatie en -differentiatie. De gemiddelde omvang van de praktijken is 3,9 fte. De praktijkomvang neemt toe naarmate er in de praktijk meer wordt gedelegeerd. De gemiddelde omvang van een praktijk met veel delegatie (< 25% tandartsformatie) is 6,7 fte en van een praktijk met weinig delegatie (> 55% tandartsformatie) 2,3 fte.

Zowel het aandeel paramedische formatie als het aandeel niet-tandheelkundige formatie neemt toe naarmate de tandartsenformatie relatief kleiner is. Tegenover elke fte tandarts werken er in een praktijk met *veel delegatie* 2,9 fte paramedici en 1,1 fte niet-tandheelkundigen. In de praktijken waarbij veel wordt gelegeerd, is ongeveer één tandarts werkzaam op drie paramedici.

Terwijl er in een praktijk met *weinig delegatie* 0,5 fte paramedici en 0,03 fte niet-tandheelkundigen werkzaam zijn. De omvang van de paramedische formatie is in een praktijk met veel delegatie dus zes keer groter dan in een praktijk met weinig delegatie.

In alle praktijktypen is het aandeel van de tandartsassistenten dominant in de formatie van paramedici (gemiddeld 80%). Het aandeel van de tandartsassistenten en de preventieassistenten varieert van 48% (veel delegatie) tot 26% (weinig delegatie). Het aandeel mondhygiënisten in de paramedici formatie is gemiddeld in alle praktijktypen zes procent. Volgens Van Dam en Bruers hebben de tandartsen die relatief veel tandartsassistenten in dienst hebben en die veel delegeren aan

tandartsassistenten een goed georganiseerde praktijkvoering. Zij vinden financieel rendement van belang en zien de administratieve en leidinggevende kant van de praktijkvoering meer als een uitdaging dan als een belasting.¹⁵ Dat deze praktijkhouders financieel succesvol zijn, blijkt uit het feit dat het rendement van de praktijken met veel delegatie vijftig procent hoger ligt dan het rendement van de praktijken met weinig delegatie.

Het aantal patiënten per fte tandarts neemt toe naarmate het aandeel tandartsen in de formatie kleiner is en er binnen de praktijk meer gedelegeerd wordt. Tandartsen in een praktijk met veel delegatie behandelen twee keer zoveel patiënten per fte als een tandarts in een praktijk met weinig delegatie (tabel 3.2). De samenstelling van de patiëntenpopulatie naar leeftijdsopbouw of type verzekering verschilt niet tussen de verschillende praktijktypen.

Tabel 3.2 Omvang en samenstelling patiëntenpopulatie naar mate van taaldelegatie en -differentiatie

	Mate van delegatie	Veel	Gemiddeld	Weinig	Totaal
kenmerken patiënten per praktijktype					
aantal patiënten per fte tandarts per week		155	116	75	118
aantal patiënten per fte tandarts per jaar		3.391	2.455	1.678	2.554
% patiënten behandeld door tandarts- of preventieassistent		23	13	8	17
% patiënten doorverwezen naar mondhygiënist		15	7	18	10
% patiënten doorverwezen naar collega		0	0	0	0
% patiënten doorverwezen naar kaakchirurg of orthodontist		2	2	3	2
totaal % patiënten gedelegeerd of doorverwezen		29	14	17	17
% behandel tijd gedelegeerd aan tandarts- of preventieassistent		32	19	12	25

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

Het percentage patiënten dat (voor een specifieke gedelegeerde taak) wordt behandeld door de preventie- of tandartsassistent is het laagst (8%) in de praktijk met weinig delegatie en het hoogst (23%) in de praktijk met veel delegatie. Verwijzingen naar de mondhygiënist vinden het meeste plaats in de praktijk met weinig delegatie (18% van de patiënten) en het minst in de praktijk met een gemiddelde delegatie (7% van de patiënten). Verwijzingen naar een collegatandarts komen nauwelijks voor (gemiddeld voor 2 promille van de patiënten). Verwijzing naar een specialist (kaakchirurg of orthodontist) vindt in alle onderscheiden praktijktypen ongeveer even vaak plaats (ongeveer 2% van de patiënten). Door de taakdelegatie aan de preventie- en tandartsassistent spelen de tandartsen gemiddeld 25% van hun behandel tijd vrij. Hoeveel tijd wordt gewonnen door taken te delegeren aan de mondhygiënist is onbekend.

¹⁵ Josef Bruers en Brigitte van Dam, *Delegeren van werkzaamheden aan tandartsassistenten*, Nederlands Tandartsenblad, 57/10/2002, blz. 394 en 395.

Als tandartsen wordt gevraagd naar hun voorkeuren in het doorverwijzen dan ontstaat een ander beeld dan als naar het aantal patiënten wordt gekeken dat daadwerkelijk verwezen wordt (tabel 3.2). Bijna alle tandartsen (93%) geven aan patiënten het liefst te willen verwijzen naar mondhygiënist.¹⁶ In de praktijk wordt echter nog geen tien procent van de patiënten verwezen naar de mondhygiënist.

In de gegevens van het onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering zijn zeventien taken onderscheiden die gedelegeerd kunnen worden (tabel 3.3). Gemiddeld wordt 2,4 taak gedelegeerd aan de preventie- en tandartsassistent en 4,3 taak aan de mondhygiënist. De omvang en diversiteit van de gedelegeerde en verwezen taken verschilt per praktijktype. In de praktijken met *veel delegatie* worden aanzienlijk meer taken gedelegeerd aan de preventie- en tandartsassistent (5,5 taak) dan in de praktijken met *weinig delegatie* (0,4 taak). In het aantal taken dat verwezen wordt aan de mondhygiënist zijn de verschillen tussen de praktijken minder groot (van 3,5 tot 4,8 taak).

Vele tandartsen delegeren een aantal taken in belangrijke mate aan de tandartsassistent, de preventieassistent of de mondhygiënist. Het betreft het subgingivaal tandsteen verwijderen (90% van de tandartsen), instructie mondhygiëne (85% van de tandartsen), maken van pocketstatussen (82% van de tandartsen) en het supragingivaal tandsteen verwijderen (76% van de tandartsen). Voor het overgrote deel worden deze taken gedelegeerd aan de tandartsassistent en de preventieassistent. De mondhygiënist speelt in de taakdelegatie een minder belangrijke rol.

Er zijn wel belangrijke verschillen in het delegeren en verwijzen van taken aan tandartsassistenten, preventieassistenten en mondhygiënist tussende praktijken. Het delegeren van polijsten door tandartsen doet gemiddeld 21% van de tandartsen in een praktijk met weinig delegatie tot 57% van de tandartsen in een praktijk met veel delegatie. Het maken van noodkronen vindt plaats door 0% van de tandartsen in een praktijk met weinig delegatie en 27% van de tandartsen in een praktijk met veel delegatie. Met uitzondering van de parodontologiebehandeling worden alle onderscheiden taken, die verwezen of gedelegeerd kunnen worden, vaker verwezen en gedelegeerd in de praktijken met veel delegatie dan in de praktijken met een gemiddelde of geringe delegatie. Daarmee verstrekken de tandartsen in de praktijken met veel delegatie een indicatie dat veel méér tandartsen in de andere praktijken óók taken kunnen delegeren aan tandartsassistenten, preventieassistenten en mondhygiënist. Immers als de kwaliteit van de zorg in de praktijken met veel delegatie op hoog niveau is en éénvijfde van de tandartsen in dit praktijktype het detecteren van caries delegeert aan de tandartsassistenten, de preventieassistent en in beperkte mate aan de mondhygiënist dan is een zelfde delegatiefrequentie ook mogelijk in de andere praktijken. Deze veronderstelling is ook gebaseerd op het feit dat de patiënten van de diverse praktijktypen geen grote verschillen vertonen.

¹⁶ Brigitte van Dam en Josef Bruers, *Nederlands Tandartsenblad*, 30 januari 2004.

Tabel 3.3 Percentage tandartsen dat de taak verwijst naar of delegeert aan mondhygiëniste of (preventie)assistent

	Mate van delegatie	Veel	Gemiddeld	Weinig	Totaal
<i>Percentage tandartsen dat taak verwijst of delegeert:</i>					
– subgingivaal tandsteen verwijderen		90	92	79	90
– instructie mondhygiëne		96	85	74	85
– maken van pocketstatussen		84	84	67	82
– supragingivaal tandsteen verwijderen		92	74	62	75
– polijsten		57	42	21	43
– sealen		65	34	23	40
– fluoride applicatie		71	35	21	38
– maken van röntgenfoto s		67	29	5	34
– nemen van afdrukken		51	20	3	24
– toedienen van anesthesie		41	14	8	18
– uitvoeren van periodieke controle		31	12	10	16
– detecteren van caries		20	7	5	9
– behandelen van kleine caviteiten		22	6	0	8
– maken van noodkronen		27	5	0	7
– parodontologie behandeling		2	2	3	2
– bleken		6	1	0	2
– orthodontie		2	1	0	1
Aantal taken gedelegeerd aan tandarts- of preventieassistent		5,5	1,9	0,4	2,4
Aantal taken doorverwezen aan tandarts- of preventieassistent		4,8	4,2	3,5	4,3

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

Taakdelegatie onafhankelijk van type praktijk (solo of samenwerking)

De mate van taakdelegatie en –differentiatie is niet afhankelijk van de juridische vorm van de praktijken en het aantal tandartsen (praktijkhouder of praktijkmedewerker) dat werkzaam is in de praktijken. Voor de mate van taakdelegatie en –differentiatie is het onderscheid tussen solopraktijken en samenwerkingspraktijken (type praktijk) niet van belang.¹⁷ Veel belangrijker is de mate van taakdelegatie en –differentiatie en de samenstelling van de praktijkformatie.

Uit tabel 3.4 blijkt dat de formatie in de samenwerkingspraktijken groter is dan in de solopraktijken. Echter het aantal paramedici per tandarts, de niet-tandheelkundige formatie per tandarts, de samenstelling van de formatie en de kenmerken van de paramedische formatie verschillen nauwelijks tussen de solopraktijken en de samenwerkingspraktijken. De verschillen in de praktijken naar mate van taakdelegatie en –differentiatie (tabel 3.1) zijn veel groter dan de verschillen tussen de type praktijken (tabel 3.4).

¹⁷ Solopraktijken zijn gedefinieerd als praktijken waarbij de totale formatie aan tandartsuren gelijk is aan het aantal uren dat de tandarts in de steekproef aangeeft werkzaam te zijn. Samenwerkingspraktijken zijn de praktijken waarbij het aantal tandartsuren groter is dan het aantal uren van de responderende tandarts. Praktijken in de steekproef waarbij de responderende tandarts meer werkuren opgeeft te werken dan het aantal tandartsuren van de praktijk zijn niet meegenomen in de analyse.

Tabel 3.4 Omvang en personele samenstelling naar type praktijk

	Type praktijk	Solopraktijken	Samenwerkingpraktijken	Totaal
Kenmerken van de praktijken				
aantal praktijken		205	121	326
<i>Formatie:</i>				
– gemiddelde omvang totale formatie		2,9	5,6	3,9
– formatie paramedici per fte tandarts		1,4	1,7	1,5
– niet-tandheelkundige formatie per fte tandarts		0,3	0,2	0,3
<i>Samenstelling formatie</i>				
– % formatie tandartsen		41	38	40
– % formatie paramedici		46	52	49
– % niet-tandheelkundige formatie		13	10	11
<i>Nadere specificatie formatie paramedici</i>				
– % tandartsassistenten in de formatie		36	39	38
– % preventieassistenten in de formatie		8	8	7
– % mondhygiënisten in de formatie		4	7	6
– % tandtechnici en prothetici in de formatie		1	1	1

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

Per type praktijk zijn er nauwelijks verschillen in aantal patiënten en de behandeling van de patiënten door de tandartsassistent of preventieassistent, de collega's en door de specialisten. Ook in de gemiddelde behandeltime door de tandarts- of preventieassistent zijn er geen grote verschillen tussen de solopraktijken en de samenwerkingspraktijken (tabel 3.5). Wel zijn er verschillen in de mate waarin verwezen wordt naar de mondhygiënist en het totaal aantal patiënten dat verwezen wordt. Dit ligt hoger in de samenwerkingspraktijken dan in de solopraktijken.

Tabel 3.5 Omvang en samenstelling patiëntenpopulatie naar type praktijk

	Type praktijk	Solopraktijken	Samenwerkingspraktijken	Totaal
kenmerken patiënten per praktijktype				
aantal patiënten per fte tandarts per week		123	112	118
aantal patiënten per fte tandarts per jaar		2.566	2.534	2.554
% patiënten behandeld door tandarts- of preventieassistent		18	17	17
% patiënten doorverwezen naar mondhygiënist		7	15	10
% patiënten doorverwezen naar collega		0	0	0
% patiënten doorverwezen naar kaakchirurg of orthodontist		2	2	2
totaal % patiënten gedelegeerd of doorverwezen		14	24	17
% behandeltime gedelegeerd aan tandarts- of preventieassistent		22	29	25

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

Als geanalyseerd wordt welke taken gedelegeerd worden door enerzijds de solopraktijken en anderzijds de samenwerkingspraktijken dan zijn de verschillen tussen de type praktijken (tabel 3.6) veel minder groot dan de verschillen tussen de praktijken naar mate van delegatie (tabel 3.3).

Tabel 3.6 Percentage tandartsen dat de taak verwijst naar of delegeert aan mondhygiëniste of (preventie)assistent

	Type praktijk	Solopraktijken	Samenwerkingspraktijken	Totaal
<i>Percentage tandartsen dat taak verwijst of delegeert:</i>				
– subgingivaal tandsteen verwijderen		91	90	90
– instructie mondhygiëne		81	93	85
– maken van pocketstatussen		82	83	82
– supragingivaal tandsteen verwijderen		70	83	75
– polijsten		36	54	43
– sealen		30	56	40
– fluoride applicatie		29	57	38
– maken van röntgenfoto's		25	48	34
– nemen van afdrukken		21	30	24
– toedienen van anesthesie		14	25	18
– uitvoeren van periodieke controle		16	16	16
– detecteren van caries		10	8	9
– behandelen van kleine caviteiten		7	10	8
– maken van noodkronen		7	9	7
– parodontologie behandeling		1	4	2
– bleken		1	2	2
– orthodontie		0	2	1
Aantal taken gedelegeerd aan tandarts- of preventieassistent		1,8	3,3	2,4
Aantal taken doorverwezen aan tandarts- of preventieassistent		4,1	4,6	4,3

Bron: analyse IOO van NMT, Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering 2004

Conclusie

Er is een groep praktijken (17%) die veel delegeert, sterk bedrijfsmatig is georganiseerd en uitstekende rendementen boekt. In de praktijken die veel delegeren, vormen de tandartsen minder dan een kwart van de totale capaciteit binnen de praktijk. Deze praktijken die veel delegeren, vertonen overeenkomst met de toekomstige praktijken die volgens sommige deskundigen inhoud kunnen geven aan het teamconcept. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich praktijken (12%) die weinig delegeren en waarbij de tandarts kwantitatief de belangrijkste bijdrage levert aan de capaciteit (> 55%). Het leeuwendeel van de praktijken (71%) zit tussen beide uitersten in en delegeert 'gemiddeld'.

De mate van delegatie wordt daarbij meer bepaald door de bedrijfsfilosofie dan door de formele kenmerken van de praktijk. Bij zowel solopraktijken als bij samenwerkingspraktijken zijn er praktijken die veel en weinig delegeren. Op diverse delegatiekenmerken zijn er

nauwelijks verschillen tussen de solopraktijken en de samenwerkingspraktijken. Wil de Commissie Innovatie Mondzorg vanuit de huidige kenmerken van de tandartspraktijken de taakherschikking bevorderen dan ligt het aanknopingspunt vooral bij het bevorderen van de juiste bedrijfsfilosofie. De kleine groep praktijken die veel delegeert (17%), en die overeenkomsten vertoont met sommige toekomstvisies over taakherschikking en teamconcepten, dient dan groter te worden. De praktijken die gemiddeld delegeren, zouden gestimuleerd moeten worden om de delegatie en de taakherschikking te vergroten.

3.2 **Praktijkexperimenten met het teamconcept**

Naar aanleiding van het eindrapport van de Commissie Lapré is door het ministerie van VWS het initiatief genomen tot instelling van de begeleidingsgroep Veldexperimenten Mondzorg waarin vertegenwoordigers van het ministerie, het College van zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde (NMT), de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist(en) (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticen (ONT) participeren. De veldexperimenten hebben als doel om ervaring op te doen met nieuwe beroepskrachten en om gegevens te genereren over de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van nieuwe aanpakken.

De begeleidingsgroep van de veldexperimenten is begonnen om allereerst de huidige en gewenste werk- en praktijksituatie van tandartsen, mondhygiënist(en) en tandprotheticen in kaart te brengen. Mogelijkerwijs kunnen in de huidige praktijk voorbeelden aangetroffen worden van succesvolle vormen van taakdelegatie en –differentiatie. Bovendien kan uit de huidige praktijk duidelijk worden welke aspecten de ontwikkeling van taakdelegatie en –taakdifferentiatie belemmeren.

De veldexperimenten hebben een schat aan gegevens opgeleverd over de werk- en praktijksituatie van tandartsen, mondhygiënist(en) en tandprotheticen. In de veldexperimenten wordt ook ingegaan op het verwijsgedrag van de drie groepen professionals, op hun voorkeuren in de beroepsuitoefening en op de voor- en nadelen die volgens hen verbonden zijn aan de samenwerking tussen de verschillende tandheelkundige professionals. In de verschillende paragrafen van deze notitie wordt ingegaan op de resultaten van de veldexperimenten.

De veldexperimenten leveren tot nu toe geen dominante vormen van taakdelegatie en –differentiatie op.

3.3 **Het team van Burgersdijk**

Vanwege de veranderende patiëntenpopulatie, de toename van het aantal parttime tandartsen, het geringe aantal incidenties waarmee de parttime tandarts per jaar in aanraking komt en de ontwikkeling van allerlei differentiaties in de tandheelkunde zullen in de toekomst de praktijken in toenemende mate groepspraktijken worden. De tandarts/mondarts kan vele primaire, secundaire, en tertiaire preventietaken van cariës en parodontitis en de daaraan voorafgaande diagnostiek voor grote groepen ongecompliceerde patiënten met on-

gecompliceerde monden delegeren aan de mondhygiënisten nieuwe stijl, de mondhygiënisten oude stijl en aan de tandartsassistenten met een preventieaantekening. Voor de nabije toekomst (2010) is geraamd dat de tandarts 62% van de tijd die hij nu aan patiënten besteed, kan delegeren. Dit is bij benadering een verdubbeling van de tijd die op dit moment wordt gedelegeerd.¹⁸ Deze delegatie van tijd biedt ruimte voor de tandarts/mondarts om zich te richten op de complexere zorgtaken die aansluiten bij zijn wetenschappelijke scholing.

Op basis van de te delegeren tijd en het benodigde aantal incidenties om de bekwaamheid van de mondarts op peil te houden, komt Burgersdijk bij een pessimistisch scenario waarin het merendeel van de leden van het tandheelkundige team part-time werkzaam is (0,6 fte) tot het volgende teamconcept (tabel 3.7). In totaal negen tandartsen, mondhygiënisten en preventiemedewerkers met een totale capaciteit van 5,4 fte kunnen de taken verdelen en 12.000 patiënten van zorg voorzien. Uitgaande van 12½ miljoen patiënten per jaar¹⁹ zijn er met dit teamconcept 3.125 tandartsen/mondartsen, 3.500 mondhygiënisten en 2.750 preventieassistenten nodig.²⁰

Tabel 3.7 Teamsamenstelling en aantal patiënten

Team	Aantal	Fte	Patiënten
Tandartsen/mondartsen	3,0	1,8	3.000
Mondhygiënisten	3,4	2,0	5.040
Preventieassistenten	2,6	1,6	3.960
Totaal	9,0	5,4	12.000

Bron: Sheet prof. dr. R.C.W. Burgersdijk aangepast door IOO.

In dit teamconcept is bijvoorbeeld het aantal incidenties voor orthodontie en parodontologie ruim voldoende om de bekwaamheid op peil te houden (tabel 3.8).

¹⁸ De raming van 62% is afkomstig van Burgersdijk is gebaseerd op de epidemiologische gegevens van het NIPG-onderzoek in 's-Hertogenbosch. Op dit moment wordt door de tandartsen 17% van de behandeltime gedelegeerd aan de preventieassistent en de tandartsassistent. De behandeltime die gedelegeerd wordt aan de andere tandheelkundige professionals is onbekend. Gezien het relatief beperkte aantal delegaties naar de mondhygiëniste, collega-tandarts, kaakchirurg, orthodontist en tandprotheticus en de gemiddeld langere behandeltime van deze professionals ten opzichte van de preventieassistent en de tandartsassistent wordt verondersteld dat de tijd die aan deze professionals wordt gedelegeerd maximaal ook 17% is. Bewerking IOO van het databestand Tandheelkundige Praktijkvoering 2004.

¹⁹ CBS, Aantal personen in 2005 met een tandartscontact. Op basis van de gezondheidsenquête en het algemene voorzieningenonderzoek.

²⁰ De oorspronkelijke typering van het team van Burgersdijk ging uit van drie tandartsen/mondartsen en zes mondhygiënisten. Sindsdien heeft het aantal preventieassistenten een grote vlucht genomen; deze nemen deels de taak over van mondhygiënisten. Om deze reden heeft IOO de oorspronkelijke typering van Burgersdijk aangepast. De verhouding van het aantal mondhygiënisten (2.300 = 54%) en het aantal preventieassistenten (1.800 = 44%) op dit moment is gebruikt om het oorspronkelijke aantal mondhygiënisten te verdelen in mondhygiënisten en preventieassistenten.

Als alle leden van het team 80% van de werkweek werkzaam zijn in het tandheelkundige team en geen 60% van de werkweek dan zijn 2.345 tandartsen/mondartsen, 2.626 mondhygiënisten en 2.064 preventieassistenten nodig.

Tabel 3.8 Aantal incidenties in een groepspraktijk van 12.000 patiënten met drie tandartsen (1,8 fte) en zes mondhygiënisten/preventieassistenten (3,6 fte)

Incidenties	Aantal	Tijdperiode
Orthodontie	30	Jaar
Parodontologie	40	Jaar
Immediaat prothese	5	Jaar
Gehandicapten	2	Jaar

Bron: Sheet prof. dr. R.C.W. Burgersdijk

3.4 Instellingen voor Mondzorg²¹

In toenemende mate ontwikkelen zich allerlei initiatieven om te komen tot Instellingen voor Mondzorg (IVM). Daarbij ontbreekt veelal een goede organisatiestructuur en een adequate verantwoordelijkheidstoedeling. Ook is het niet altijd vanzelfsprekend dat binnen de instelling een tandarts werkzaam is. In de optiek van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde is daarmee de kwaliteit van zorg niet geborgd. Om te komen tot Instellingen voor Tandheelkundige Zorg (IVT) waarin de kwaliteit van de zorg hoog in het vaandel staat en de patiënt in goede handen is, heeft de NMT de IVT-erkenningsregeling ontwikkeld. De Instellingen kunnen zich met de erkenningsregeling profileren en voor de patiënt de garantie bieden dat hier kwalitatief goede tandheelkundige zorg wordt verleend. Om in aanmerking te komen voor de NMT-IVT-erkenningsregeling moet men voldoen aan zorginhoudelijke, juridische, organisatorische, economische en kwalitatieve criteria. De IVT-erkenningsregeling geeft nadere inhoud aan het teamconcept.

De Instellingen voor Tandheelkundige Zorg (IVT) bestaan uit een gedifferentieerd team van professionals waartussen horizontale verwijzing mogelijk is. Binnen de Instelling kan integrale zorg aangeboden worden waarbij elke zorgaanbieder (tandarts/mondarts, gedifferentieerde tandarts/mondarts, mondhygiënist, preventieassistent en tandartsassistent) de zorg verleent die het beste bij zijn competentie aansluit. Op deze wijze zijn optimale vormen van taakdelegatie mogelijk. Daarnaast heeft de Instelling vaste samenwerkingsovereenkomsten met een tandprotheticus/klinisch prothese specialist, kaakchirurg, orthodontist, gedifferentieerde collegae zodat ook via de Instelling verticale en horizontale verwijzing mogelijk zijn. Binnen de IVT is sprake van gestructureerde samenwerking op basis van uniforme protocollen, vastgelegde taakomschrijvingen en verantwoordelijkheden van de verschillende teamleden. Het delegeren van (voorbehouden) handelingen en taken geschiedt via een schriftelijke opdracht, geprotocolleerd en is vastgelegd in een verantwoordelijkheidsstructuur.

²¹ NMT, Interpretatiedocument t.b.v. criteria IVT, 26 oktober 2005. De Commissie Lapré pleitte in haar advies voor erkenningen van de Instellingen voor Mondzorg door een apart op te richten orgaan, vergelijkbaar met bijvoorbeeld het Consilium Parodontologicum voor tandarts-parodontoloog. Adviesgroep capaciteit mondzorg (Commissie Lapré), Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, s.l., augustus 2000, blz. 35.

Binnen de IVT is sprake van systematische inhoudelijke werkbegeleiding, werkoverleg en patiëntbesprekingen.

Om te komen tot optimale vormen van taakdelegatie en horizontale verwijzing, om de kosten te beperken en voor de zorginhoudelijke efficiëntie kan een IVT volgens de concepten van de NMT het beste onder één dak gevestigd zijn.

3.5 Taakherschikking volgens tandartsen en mondhygiënist

In drie groepsdiscussies (1 november, 2 november en 8 november) zijn de mogelijkheden verkend voor taakherschikking. In deze verkenning is het oordeel geïnventariseerd van enerzijds tandartsen en anderzijds mondhygiënist. Deze tandartsen en mondhygiënist hebben ervaring met het werken in teamconcepten en hebben een visie op de mogelijkheden voor taakherschikking.²²

Het uitgangspunt van de Commissie Lapré en van de Commissie Innovatie Mondzorg is dat in de toekomst de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis van een grote groep ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden plaatsvinden door de mondzorgkundige (mondhygiënist). Het is ook denkbaar dat de tandarts/mondarts met ondersteuning van de preventieassistent en de tandartsassistent deze zorg vooral blijft leveren.

Echter in welke mate zijn de patiënten per leeftijdsgroep ongecompliceerd en in welke mate kunnen de ongecompliceerde patiënten behandeld worden door andere professionals dan de tandarts/mondarts? Kan bijna alle benodigde zorg bij de jeugdigen patiënten jarenlang verzorgd worden door de mondhygiënist (mondzorgkundige)? Welke deel van de benodigde zorg voor de oudere patiënten betreft de primaire, secundaire en tertiaire preventie van parodontitis en kan het beste door de mondzorgkundige (mondhygiënist) verricht worden. Daarbij is er van uit gegaan dat de gecompliceerde behandelingen (bruggen, kronen, implantaten, gnatologie e.d.) altijd door de tandarts/mondarts verricht moeten worden. Bij de inschattingen is elke deelnemer er vanuit gegaan dat er voldoende mondhygiënist (mondzorgkundigen) zijn in zijn of haar praktijk of buiten zijn of haar praktijk.

Kenmerken patiëntenbestand

Gemiddeld hebben de praktijken van de deelnemers aan de groepsdiscussie 5.500, 6.000 of 6.100 patiënten op jaarbasis. Tegelijkertijd is de spreiding aanzienlijk. Tijdens de groepsdiscussie van 1 november heeft de kleinste praktijk 1.700 patiënten en de grootste praktijk 14.000 patiënten. Tijdens de groepsdiscussie van 2 november heeft de kleinste praktijk 3.200 patiënten en de grootste praktijk 10.000 patiënten. Terwijl de kleinste praktijk tijdens de groepsdiscussie van 8 november op jaarbasis 1.950 patiënten heeft en de grootste praktijk 11.500 patiënten. De verdeling van de patiënten naar leeftijdsgroepen wordt weergegeven in tabel 3.9. Gemiddeld over alle praktijken van

²² IOO, *De mogelijkheden voor taakherschikking; de visie van ervaringsdeskundigen*, Leiden, 15 november 2005.

de deelnemers vormen de patiënten in de leeftijdsgroep van 40 tot 60 jaar de grootste patiëntengroep.

Er zijn grote verschillen in de procentuele verdeling van de patiënten naar leeftijdsgroep tussen de praktijken. Er is bijvoorbeeld een praktijk waarbij de groep 60+ vijf procent uitmaakt van de patiëntenpopulatie en een praktijk waarbij deze groep bijna 30% uitmaakt van de patiëntenpopulatie. De spreiding van de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie is in tabel 3.9 weergegeven door de standaardafwijking (std.). De verschillen tussen de praktijken in leeftijdsopbouw van de patiënten wordt onder andere verklaard door de leeftijd van de praktijk. Een nieuwe tandarts trekt over het algemeen nieuwe patiënten aan die leeftijdgenoten zijn. Daardoor vergrijzen in de loop van de tijd praktijk, tandarts en patiënten tezamen. Het aandeel van jonge kinderen is bescheiden. Bij de zelfstandig gevestigde mondhygiënist is het aandeel kinderen in de praktijk gering omdat de voor kinderen en de ouders verzekerde zorg niet door de zelfstandig gevestigde mondhygiënist geleverd kan worden.

Tabel 3.9 Verdeling van de patiënten in de praktijk naar leeftijdsgroep in %

Patiënten naar leeftijdsgroep	Tandartsen 1-11		Mondhygiënist 2-11		Tandartsen 8-11	
	%	std.	%	std.	%	std.
2 tot 12 jaar	9	2,6	9	6,7	10	2,3
12 tot 18 jaar	13	3,4	11	7,5	12	3,5
18 tot 30 jaar	15	3,2	17	6,2	15	3,1
30 tot 40 jaar	20	4,1	20	4,9	19	6,2
40 tot 60 jaar	31	5,6	26	10,2	30	3,1
60 jaar en ouder	10	3,7	17	6,4	15	8,0
Totaal	100		100		100	

Bron: IOO

Percentage ongecompliceerde monden en patiënten

De deelnemers is gevraagd om bij benadering aan te geven welk percentage van de patiënten per leeftijdsgroep (per jaar) patiënten betreft waarvoor een belangrijk deel van de primaire, secundaire, tertiaire preventie van cariës en parodontitis niet persé verricht hoeft te worden door de tandarts/mondarts. De aanname van de deelnemers aan de groepsdiscussie is een gevoel.

In de groepsdiscussies is uitgebreid stilgestaan bij de mogelijke definitie van een ongecompliceerde patiënt met een ongecompliceerde mond. Over het algemeen betreft het een patiënt waarbij een groot deel van de primaire, secundaire en tertiaire preventietaken van cariës en parodontitis, inclusief voorafgaande diagnose, gedelegeerd kan worden aan de mondzorgkundige (mondhygiënist). Het kan ook zijn dat jarenlang de behandeling verricht kan worden door de mondzorgkundige (mondhygiënist) en dat er in die tijd niet of nauwelijks voor complexere behandelingen terugverwezen, hoeft te worden

naar de tandarts/mondarts. Als de behandelingen complex worden, als de patiënt medisch gecompromitteerd is of als de mondhygiënist (mondzorgkundige) denkt 'niet plus' dan zal de patiënt en zullen de behandelingen weer overgedragen worden aan een andere tandheelkundige professional (tandarts/mondarts, kaakchirurg, orthodontist e.d.). In één van de groepsdiscussie werd naar voren gebracht dat patiënten complex worden als drie aspecten of meer tegelijkertijd aan de orde zijn (bijvoorbeeld caviteiten plus het vermoeden van een verhoogd cariërisico plus enkele vullingen). Ook in de opleiding van tandartsen blijkt dat studenten het dan lastig vinden om keuzes te maken en om de volgorde van behandelingen te bepalen.

In de groepsdiscussies met de tandartsen is er vanuit gegaan dat de taakdelegatie en patiëntdelegatie plaats vindt aan andere tandheelkundige professionals binnen één praktijk. Dit maakt het mogelijk om indien nodig in te springen en advies te geven als tandarts/mondarts. Dit vereenvoudigt de communicatie tussen de professionals en vermindert de papierstroom met externe professionals die anders nodig is. De communicatie, elkaar goed kennen, vertrouwen in elkaar hebben en het maken van goede afspraken is essentieel voor taakherschikking. Dit gaat volgens de tandartsen binnen één praktijk nu eenmaal makkelijker dan met professionals buiten de eigen praktijk. Wordt van deze praktijksituatie uitgegaan dan kan volgens de tandartsen een ongecompliceerde patiënt met een ongecompliceerde mond ook gedefinieerd worden als een patiënt waarbij de tandarts normaal gesproken slechts eenmaal in de drie jaar hoeft te controleren of alles goed gaat en of de patiënt, of een substantieel deel van de behandelingen, terecht zijn gedelegeerd.

De mondhygiënisten zijn ook van mening dat taakdelegatie en taakherschikking valt of staat met goede afspraken en een goede, schriftelijke communicatie tussen de diverse professionals. Echter als hier aan voldaan is, hoeven niet alle professionals binnen de muren van één praktijk werkzaam te zijn. Evenals de tandartsen hebben de mondhygiënisten ook behoefte om de vinger aan de pols te houden. Zij zien zichzelf als de organisator van de preventie en zullen relatief veel delegeren aan de preventieassistent. Omdat de titel van preventieassistent niet beschermd is,²³ iedereen zich preventieassistent mag noemen en om die reden de vaardigheden van de preventieassistent niet altijd duidelijk zijn, achten de mondhygiënisten het nodig om eens in de twee jaar te controleren of alles goed gaat met de ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden waarbij zij een belangrijk deel van de behandelingen en verrichtingen hebben gedelegeerd.

In alle groepsdiscussies zijn de deelnemers er vanuit gegaan dat er voldoende professionals beschikbaar zijn om ongecompliceerde patiënten of om een substantieel deel van de behandelingen bij ongecompliceerde patiënten aan te delegeren. Bovendien is men er, soms na een intensieve gedachtewisseling, vanuit gegaan dat alle tandheelkundige professionals vakbekwaam zijn. Uit de discussie bleek dat dit

²³ Wel heeft de NMT een register van de preventieassistenten die de opleiding met NMT-licentie hebben afgerond.

verre vanzelf spreekt, dat men de professionele vaardigheden van de diverse professionals lang niet altijd kent, dat tandartsen nog geen duidelijk beeld hebben van de eindtermen van de opleiding mond-zorgkunde en dat de mondhygiënisten twijfelen aan de kwaliteiten van de vele preventieassistenten die niet de formele opleiding hebben gevolgd maar zich wel zo noemen. Aan het onderlinge vertrouwen tussen de diverse professionals moet het nodige verbeteren.

Voor elke leeftijdsgroep is er een grote spreiding van het aandeel ongecompliceerde patiënten (tabel 3.10). Deze spreiding wordt veroorzaakt door:

- specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie,
- de kenmerken van de praktijk,
- de kwaliteit van de medewerkers,
- de ervaringen en de werkhouding van de mondarts,

In alle groepsdiscussies kwam aan de orde dat de taakdelegatie en de taakherschikking erg afhankelijk zijn van de kwaliteit van de medewerkers en het vertrouwen dat men in elkaar heeft.

Tabel 3.10 Percentage ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden naar leeftijdsgroep in % van het totaal aantal patiënten per leeftijdsgroep

Ongecompliceerde patiënten naar leeftijdsgroep	Tandartsen 1-11		Mondhygiënisten 2-11		Tandartsen 8-11	
	%	<i>std.</i>	%	<i>std.</i>	%	<i>std.</i>
2 tot 12 jaar	57	28,3	92	7,4	72	11,7
12 tot 18 jaar	47	26,4	83	23,6	70	11,0
18 tot 30 jaar	47	25,0	77	23,0	66	10,7
30 tot 40 jaar	41	25,6	78	12,8	66	15,9
40 tot 60 jaar	36	19,7	71	11,4	53	14,7
60 jaar en ouder	27	17,8	63	13,5	53	21,4
Totaal	41		75		61	

Bron: IOO

Dat tandartsen gemiddeld tot een andere inschatting komen dan de mondhygiënisten over het aandeel ongecompliceerde patiënten per leeftijdsgroep in hun praktijk is begrijpelijk. De gecompliceerde patiënten zullen in een groot aantal gevallen niet door de mondhygiënist gezien en gekend worden.

Wat meer verbazing wekt, is de zéér grote variatie in de ramingen per beroepsgroep. Er zijn tandartsen die van mening zijn dat 10% van de patiënten in een bepaalde leeftijdsgroep (bijv. 18 tot 30 jaar) ongecompliceerd is, terwijl een andere tandarts voor dezelfde leeftijdsgroep 90% van zijn patiënten als ongecompliceerd beschouwt. De verschillen worden volgens de deelnemers in belangrijke mate verklaard door de ervaringen die men heeft met en het vertrouwen dat men heeft in andere tandheelkundige professionals in zijn praktijk. Verder is ook het karakter van belang. De ene tandarts wil alles onder controle houden en kán niets uit handen geven terwijl een andere

tandarts veel makkelijker verrichtingen, behandelingen en patiënten delegeert.

Wordt het gemiddelde genomen van de inschattingen van alle tandartsen en alle mondhygiënisten in de groepsdiscussies dan kan grofweg uitgegaan worden van de aanname dat 60% van de patiënten getypeerd kan worden als ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden waarbij de primaire, secundaire en tertiaire preventie niet door de tandarts/mondarts hoeft te gebeuren. De tandarts ziet deze patiënten slechts eens in de drie jaar of eerder als er tussentijds zich een complicatie voordoet. De resultaten in tabel 3.10 komen in de buurt van de inschattingen van Burgersdijk en Kersten dat ongeveer zes miljoen van de acht miljoen Nederlanders (75%) onder de veertig jaar slechts preventieve en/of zeer beperkte restauratieve zorg nodig heeft.²⁴

De tandartsen waren in de groepsdiscussies van mening dat de tandartsen die hoge percentages aangeven, veelal werkzaam zijn in een grotere groepspraktijk met meerdere tandheelkundige professionals. Zij kennen de andere professionals, hebben daarin vertrouwen gekregen en hebben geleerd om samen te werken en te delegeren. Deze tandartsen geven in zekere zin de toekomst aan als het gaat om de mogelijkheden voor taakdelegatie en voor taakherschikking te verkennen. In tabel 3.11 wordt de gemiddelde raming van de vijf tandartsen die de hoogste percentages raamden van ongecompliceerde patiënten per leeftijdsgroep gebruikt als voorafschaduwning van de toekomst waarbij de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis, inclusief voorafgaande diagnose, voor grote groepen patiënten niet door de tandarts/mondarts hoeft te gebeuren.

Tabel 3.11 Percentage ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden naar leeftijdsgroep in % van het totaal aantal patiënten per leeftijdsgroep: gemiddelde van vijf tandartsen met de hoogste ramingen

Ongecompliceerde patiënten naar leeftijdsgroep	Tandartsen 1-11 en 8-11
	%
2 tot 12 jaar	84
12 tot 18 jaar	76
18 tot 30 jaar	76
30 tot 40 jaar	77
40 tot 60 jaar	63
60 jaar en ouder	66
Totaal	72

Bron: IOO

²⁴ R.C.W. Burgersdijk en H.W. Kersten, *De tandheelkundige opleiding en het teamconcept*, Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde 2001, 108, blz. 319-322.

Wie kan wat het beste doen

Het delegeren van patiënten kan volgens de tandartsen het beste binnen de muren van de praktijk plaatsvinden. Verwijzingen en taakdelegatie vinden tot nu toe eigenlijk uitsluitend binnen het team plaats. Taakdelegatie naar een andere praktijk leidt tot meer overleg, communicatie, meer administratieve lasten, extra kosten en minder klant-vriendelijke zorg. Binnen de muren heeft tandarts de gelegenheid om bij twijfel even over de schouder mee te kijken. Buiten de muren leidt elk intercollegiaal contact tussen mondzorgkundige (mondhygiënist) en tandarts tot een extra bezoek van de patiënt aan één van beide professionals en tot een extra papierstroom. De mondhygiënist zien ook mogelijkheden om tussen zelfstandige praktijken taken te delegeren. Het is volgens hen vooral een kwestie van goede afspraken en goede communicatie.

Uitgaande van het teamconcept en goed opgeleide tandheelkundige professionals (tandarts, mondzorgkundige, preventieassistent en tandartsassistent) kunnen diverse professionals een belangrijk deel van de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis voor hun rekening nemen van de ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden. Uitgaande van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg heeft iedere professional een ideaalbeeld over wie deze zorg het beste kan leveren. Daarbij is iedere deelnemer aan de groepsdiscussie er vanuit gegaan dat er voldoende mondhygiënist (mondzorgkundigen) en andere professionals zijn. In tabel 3.12 is voor alle leeftijdsgroepen tezamen aangegeven wie de primaire, secundaire en tertiaire preventie voor ongecompliceerde patiënten met een ongecompliceerde mond het beste kan verrichten (procentuele verdeling aantal behandelingen en verrichtingen bij ongecompliceerde patiënten op jaarbasis).²⁵

Tabel 3.12 *Wie kan wat het beste doen bij ongecompliceerde patiënten met ongecompliceerde monden in alle leeftijdsgroepen in %*

Aandeel van de diverse	Tandartsen 1-11	Mondhygiënist 2-11	Tandartsen 8-11
tandheelkundige professionals	%	%	%
Tandarts	22	23	26
Mondzorgkundige	53	50	44
Preventieassistent	23	22	26
Tandartsassistent	2	5	4
Totaal	100	100	100

Bron: IOO, resultaten per leeftijdsgroep gewogen met het aandeel van de leeftijdsgroep in de praktijk

²⁵ Er dient bedacht te worden dat er rond de gemiddelden een aanzienlijke spreiding is van de inschattingen van de deskundigen. Een belangrijke factor voor de verschillen tussen de ramingen van de beroepsbeoefenaren is dat de inschatting in sterke mate afhankelijk is van degenen die de tandarts en de mondhygiënist om zich heen heeft. En deze contactvariabele is per beroepsbeoefenaar zeer verschillend. IOO, De mogelijkheden voor taakherschikking: de visie van ervaringsdeskundigen, Leiden, 15 november 2005.

3.6 Raming omvang taakherschikking

Van tandarts/mondarts naar mondzorgkundige (mondhygiënist) e.d.

De inzichten om een teampraktijk dusdanig samen te stellen dat de tandarts/mondarts voldoende gecompliceerde verrichtingen kan verrichten om vaardig te zijn en te blijven, worden gebruikt om de kwantitatieve omvang van de taakherschikking te ramen (zie tabel 3.7). Daarnaast worden de inzichten uit de groepsdiscussies met deskundigen gebruikt om de behoefte aan beroepsbeoefenaren in de toekomst indicatief te ramen (tabellen 3.13 tot en met 3.15). Daarbij is het wenselijk dat wetenschappers, CVZ, zorgverzekeraars en het Capaciteitsorgaan nieuwe empirische gegevens gebruiken om de capaciteitsbehoeften nauwkeuriger in kaart te brengen. Wetenschappelijk onderzoek en toepassingsgericht onderzoek met patiëntprofielen en -typologieën kan gebruikt worden om de mogelijkheden van taakherschikking verder in kaart te brengen.

Het ramen van de omvang van het aantal benodigde beroepsbeoefenaren na taakherschikking vindt plaats in de volgende stappen:

1. uitgangspunt is het aantal inwoners van Nederland,
2. van de Nederlandse bevolking bezoekt een deel jaarlijks de tandarts,
3. van de tandartsbezoekers is een deel gecompliceerd en een deel ongecompliceerd; daarbij wordt een lage raming van het aantal ongecompliceerde patiënten gehanteerd (50%), een gemiddelde raming (60%) en een hoge raming (70%) (zie tabel 3.10 en 3.11),
4. de helft van de ongecompliceerde patiënten wordt behandeld door de mondzorgkundige, 20% wordt behandeld door de preventieassistent en 30% verzorgt de mondarts (zie tabel 3.12).

Stap 1: Bevolkingsprognose

In de volgende tabel is de bevolkingsprognose voor de periode 2005-2020 gegeven naar leeftijdsgroep. In de tabel is te zien dat het aantal personen van 60 jaar en ouder in de komende periode toeneemt en alle andere leeftijdscategorieën constant blijven of afnemen.

Tabel 3.13 *Bevolkingsprognose 2005-2020*

Leeftijdscategorie	2005	2010	2015	2020
2-11 jaar	2.003.200	1.974.770	1.868.421	1.817.233
12-17 jaar	1.200.168	1.185.662	1.215.732	1.168.731
18-29 jaar	2.349.429	2.397.737	2.474.723	2.535.189
30-39 jaar	2.503.765	2.166.338	1.984.093	2.033.932
40-59 jaar	4.735.355	4.825.880	4.827.203	4.594.431
60 jaar en ouder	3.106.926	3.546.947	3.911.486	4.282.606
totaal	15.898.843	16.097.334	16.281.658	16.432.122

Bron: CBS, Statline

Stap 2: Tandartsbezoek

Niet alle Nederlanders hebben zich verzekerd tegen tandartskosten en niet alle Nederlanders bezoeken jaarlijks de tandarts. Voor de raming van het aantal patiënten dat de mondarts/mondzorgkundige in enig jaar zal bezoeken gaan we uit van de gerealiseerde bezoekersaantallen in 2004²⁷:

- 89,1% van de 18-44 jarigen
- 77,8% van de 45-64 jarigen
- 43,2% van de personen van 65 jaar of ouder

Voor de leeftijdsgroep van 2-11 jaar veronderstellen we een deelnamepercentage van 100% en voor de 12-17 jarigen is een deelnamepercentage van 90% verondersteld.

Wanneer we deze deelnamepercentages toepassen op de bevolkingscijfers uit tabel 3.13 dan is in 2005 de omvang van het aantal patiënten in 12,6 miljoen personen (tabel 3.14).

Tabel 3.14 Prognose patiëntenpopulatie 2005-2020

Patiëntenpopulatie	2005	2010	2015	2020
Bevolking vanaf 2 jaar	15.898.843	16.097.334	16.281.658	16.432.122
Patiënten vanaf 2 jaar	12.637.627	12.606.363	12.597.445	12.584.017

Bron: CBS, Statline en raming IOO (patiënten)

Stap 3: bepalen omvang groep ongecompliceerde patiënten

De tandartsen en mondhygiënisten verschillen aanzienlijk van mening over het aandeel ongecompliceerde patiënten met stabiele monden in hun praktijk. Verschillen in type praktijken, verschillen in beroepsbeoefening, de eigen ervaring met en vertrouwen in taakdelegatie en –herschikking en de niet-eenduidige definitie van ‘ongecompliceerd’ en ‘stabiel’ verklaart de grote variatie. Om deze reden wordt in drie varianten het aantal ongecompliceerde patiënten geraamd. Er wordt uitgegaan van een lage raming van het aantal ongecompliceerde patiënten (50%), een middenraming van het aantal ongecompliceerde patiënten (60%) en een hoge raming van het aantal ongecompliceerde patiënten (70%) (zie tabel 3.10 en tabel 3.11). Na toepassing van bovengenoemde percentages ontstaat een beeld van de samenstelling van de populatie patiënten voor de periode 2005-2020 (tabel 3.15).

²⁷ Bron: CBS, Statline

Tabel 3.15 Aantal ongecompliceerde patiënten 2005-2020

Patiëntenpopulatie	2005	2010	2015	2020	gemiddeld
Patiënten vanaf 2 jaar	12.637.627	12.606.363	12.597.445	12.584.017	12.606.363
<i>waarvan ongecompliceerd:</i>					
– ongecompliceerd: laag 50%	6.318.814	6.303.182	6.298.723	6.292.009	6.303.182
– ongecompliceerd: midden 60%	7.582.576	7.563.818	7.558.467	7.550.410	7.563.818
– ongecompliceerd: hoog 70%	8.846.339	8.824.454	8.818.212	8.808.812	8.824.454
<i>waarvan gecompliceerd:</i>					
– gecompliceerd: hoog 50%	6.318.814	6.303.182	6.298.723	6.292.009	6.303.182
– gecompliceerd: midden 40%	5.055.051	5.042.545	5.038.978	5.033.607	5.042.545
– gecompliceerd: laag 30%	3.791.288	3.781.909	3.779.234	3.775.205	3.781.909

Bron: CBS, Statline en groepsessies

Stap 4: Helpt ongecompliceerde patiënten te behandelen door mondzorgkundige

Van alle ongecompliceerde patiënten kan – naar de mening van deelnemers aan de groepsessies – de helft worden behandeld door de mondzorgkundige (mondhygiëniste), 20% door de preventieassistent en 30% door de mondarts.²⁸ De gemiddelde inschatting van de deelnemers aan de verschillende groepsdiscussies verschilt hierin niet noemenswaardig. Dit betekent dat geraamd kan worden hoeveel ongecompliceerde patiënten behandeld worden door de mondzorgkundige (mondhygiënist), door de preventieassistent en door de mondarts. Daarbij zal het gemiddeld aantal ongecompliceerde patiënten in de periode 2005 tot 2025 uitgangspunt van de raming zijn (tabel 3.16). Door de mondzorgkundigen (mondhygiënisten) worden 3,2 tot 4,4 miljoen ongecompliceerde patiënten behandeld, door de preventieassistenten 1,9 tot 2,6 miljoen ongecompliceerde patiënten en door de mondarts 1,3 tot 1,8 miljoen ongecompliceerde patiënten.

Tabel 3.16 Aantal ongecompliceerde patiënten (x 1.000) behandeld door mondzorgkundige (mondhygiënist), preventieassistent en mondarts, gemiddeld 2005-2020 (=totaal)

Ongecompliceerde patiënten (x 1.000) behandeld door:	Mondzorgkundige (mondhygiënist)	Preventieassistent	Mondarts	Totaal
– lage variant	3.152	1.891	1.261	6.303
– middenvariant	3.782	2.269	1.513	7.564
– hoge variant	4.412	2.647	1.765	8.824

Bron: IOO

Het aantal beroepsbeoefenaren dat bij taakherschikking en -delegatie nodig is voor de behandeling van ongecompliceerde patiënten kan geraamd worden met behulp van het aantal patiënten en een aanname over het aantal patiënten dat één beroepsbeoefenaar kan behandelen. Met behulp van de gegevens van de NVM kan geraamd worden

²⁸ De taakdelegatie aan tandartsassistenten is toegewezen aan de mondarts (zie tabel 3.12).

dat één vrijgevestigde mondhygiënist en mondhygiënist in loondienst gemiddeld ongeveer 920 patiënten per jaar behandeld.²⁹ Terwijl gemiddeld één tandarts ongeveer 1.920 patiënten behandeld.³⁰ Voor de preventieassistenten is aangenomen dat zij gemiddeld duizend patiënten per jaar behandelen. Bij de raming is uitgegaan van de huidige gegevens over de arbeidsduur van de diverse professionals per week. Als de parttimefactor in de toekomst gaat wijzigen, moeten de capaciteitsramingen aangepast worden.

Tabel 3.17 Aantal beroepsbeoefenaren t.b.v. ongecompliceerde patiënten, gemiddeld 2005-2020 (=totaal)

Aantal benodigde beroepsbeoefenaren	Mondzorgkundige (mondhygiënist)	Preventieassistent	Mondarts	Totaal
– lage variant	3.400	1.300	1.000	5.700
– middenvariant	4.100	1.500	1.200	6.800
– hoge variant	4.800	1.800	1.400	8.000

Bron: Tabel 3.16 met aanname per mondzorgkundige (mondhygiënist): 920 patiënten, per mondarts: 1.920 patiënten en per preventieassistent: 1.000 patiënten

De mondarts zal vooral de gecompliceerde patiënten behandelen. Daarvoor zijn 2.000 tot 3.300 mondartsen nodig (tabel 3.18).

Tabel 3.18 Aantal mondartsen t.b.v. ongecompliceerde en gecompliceerde patiënten, gemiddeld 2005-2020 (=totaal)

Aantal benodigde Beroepsbeoefenaren	Mondarts t.b.v. ongecompliceerde patiënten	Mondarts t.b.v. gecompliceerde patiënten	Totaal
– lage variant	1.000	2.000	3.000
– middenvariant	1.200	2.600	3.800
– hoge variant	1.400	3.300	4.700

Bron: IOO

Van kaakchirurg naar mondarts

Er zijn geen goede kwantitatieve gegevens voorhanden om de omvang van de taakherschikking tussen de kaakchirurg en de mondarts met enige mate van plausibiliteit te ramen. Het is de verwachting dat de mondarts die in de opleiding aanzienlijk uitgebreider onderwezen wordt in de dento-alveolaire chirurgie (kleine kaakchirurgie) en die binnen de opleiding ook extra accenten aan kan brengen in dit vakgebied weer bekwaam wordt om moeilijker extracties te verrichten,

²⁹ De 650 vrijgevestigde mondhygiënisten zien jaarlijks 809.250 patiënten, de 1.220 mondhygiënisten in loondienst behandelen per jaar 904.935 patiënten. Gemiddeld behandelen de 1.870 mondhygiënisten 1.714.185 patiënten; oftewel 917 patiënten per mondhygiënist. J. la Rivière-Ilsen, M.S.E. van der Sanden-Stoelinga, P.T. Calkoen, *Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg*, Nieuwegein, 2005, blz. 51.

³⁰ Volgens de enquête van de NMT heeft één fte tandarts gemiddeld 2.255 patiënten. Per tandarts, gecorrigeerd voor deeltijd, is dat 1.917.

³³ Academisch Ziekenhuis Groningen, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Medisch Centrum Alkmaar, Medisch Centrum Leeuwarden, Ziekenhuisgroep Twente, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

verstandskiezen te verwijderen, pijnklachten te behandelen, slijmvliesafwijkingen te constateren, ontstoken kiezen of wortels te behandelen et cetera. Immers twintig tot dertig jaar gelden was het heel normaal dat een tandarts deze verrichtingen deed. Wel is het van belang dat de praktijken hierop ingericht worden, dat de benodigde outillage in de grotere praktijken aanwezig is en dat mondartsen gestimuleerd worden om deze verrichtingen weer zelf te doen. Wat betreft het laatste is het van belang dat er geen verzekeringstechnisch verschil is tussen de mondarts die deze verrichtingen verricht en de kaakchirurg die deze verrichtingen verricht.

Al hoewel het aannemelijk is dat de mondarts een deel van de werkzaamheden van de huidige kaakchirurg zal gaan overnemen, is het effect moeilijk te kwantificeren. In het buitenland is de structuur heel anders zodat hier voor de Nederlandse toekomst niet uit geleerd kan worden. Het is onbekend hoeveel mondartsen meer affiniteit gaan ontwikkelen voor de dento-alveolaire chirurgie in hun opleiding en zich daar extra in gaan bekwamen. En ook de toekomstige outillage van de mondartspraktijken die dento-alveolaire chirurgie mogelijk maakt, is een onbekende factor. De Commissie gaat er voorzichtigheidshalve van uit dat het aantal kaakchirurgen met 20-25% kan verminderen omdat de mondartsen een deel van de verrichtingen die nu poliklinisch plaatsvinden, gaan overnemen.

Ook uit de veldexperimenten³³ waarbij in ziekenhuizen ervaren tandartsen of zeer goede afgestudeerde tandartsen één maand tot één jaar intern zijn opgeleid door de kaakchirurgen vallen geen kwantitatieve conclusies te trekken. Het aantal experimenten is zeer beperkt geweest en de paar tandartsen en artsen die deze intensieve training-on-the-job hebben genoten in de kleine kaakchirurgie, keren daarna terug in een praktijk die onvoldoende geschikt is voor het verrichten van de behandelingen die zij in het ziekenhuis hebben geleerd.³⁴ Het is dan ook niet vreemd dat zij weer in hun oude patroon vervallen.

Raming kwantitatieve taakherschikking

Uit de analyses kan de volgende globale kwantitatieve taakherschikking geraamd worden (tabel 3.19). De Commissie gaat er van uit dat het aantal kaakchirurgen met 20-25% kan afnemen omdat de toekomstige mondartsen een deel van de kleine kaakchirurgie kunnen overnemen. De achtduizend tandartsen die momenteel de tandheelkundige zorg aanbieden, kunnen met vijf- tot drieduizend afnemen. Tussen de 3.000 tot 5.000 mondartsen zijn voldoende om de tandheelkundige zorg aan gecompliceerde patiënten en deels ongecompliceerde patiënten te vervullen.³⁵ Het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënist) dat nodig is en opgeleid moet worden, is nog moeilijk te ramen. Het is nog onbekend in welke mate de arbeidsmarkt de nieuwe mondzorgkundigen (mondhygiënist) vanaf 2006 verwelkomt, in welke mate en met welk tempo de huidige mondhy-

³⁴ Kamer Tandheelkundig Specialisten, *Capaciteitsraming en advies 2005, bijlage V, tandheelkundig specialisten, vierde concept, 12 oktober 2005*. Eva de Ruigh en Kees van der Lee, *Een verkennend onderzoek naar taakdelegatie door kaakchirurgen, Capaciteitsorgaan 2004-2005, Utrecht, 21 februari 2005*.

³⁵ Zie tabel 3.7 en tabel 3.18.

giënisten zich laten om- en bijscholen tot mondzorgkundigen (mondhygiënisten) en op welke wijze de teampraktijken zich gaan ontwikkelen. Door diverse ramingen te combineren, kan voorlopig uitgegaan worden van de raming dat 4.000 – 6.000 mondzorgkundigen (mondhygiënisten) nodig zullen zijn.³⁶ Terwijl geraamd kan worden dat drie- tot vierduizend preventieassistenten nodig zullen.³⁷ Zoals uit tabel 3.19 blijkt zal de taakherschikking in de mondzorg naar verwachting leiden tot een belangrijke kwalitatieve en kwantitatieve transformatie tussen de mondzorgkundige professionals. In de tabel zijn de gedifferentieerde tandartsen niet onderscheiden en zijn de tandtechnici, tandprothetici en de klinische prothese technici niet opgenomen.

Tabel 3.19 Het aantal mondzorgkundige professionals (mogelijke eindsituatie)

Mondzorgkundige professionals ³⁸	Nu	Toekomst
Kaakchirurgen	200	150 - 160
Orthodontisten	290	290
Tandartsen (algemeen-practicus en gedifferentieerd)	8.000	-
Mondartsen (algemeen-practicus en gedifferentieerd)	-	3.000 – 5.000
Mondzorgkundigen (mondhygiënisten)(vier-jarige HBO)	-	4.000 – 6.000
Mondhygiënisten (een-, twee-, drie-jarige HBO)	2.300	-
Preventieassistent (MBO+)	1.800	3.000 – 4.000
Tandartsassistenten (MBO)	14.600	14.000 – 15.000
Totaal (afgerond en toekomst sommatie klassenmiddens)	27.200	27.400

Bron: IOO

Het is wenselijk om onderzoek te stimuleren met patiëntprofielen en -typologieën om de mogelijkheden van taakherschikking verder empirisch te onderbouwen. Deze inzichten kunnen tevens een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van zorgplannen, behandelprotocollen, richtlijnen en zorgvisies die de professionals nodig hebben om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te verlenen met behulp van taakherschikking.

³⁶ De inzichten uit drie ramingen worden gecombineerd. In het team Burgersdijk zijn 2.600 - 3.500 mondzorgkundigen (mondhygiënisten) nodig (tabel 3.7). Voor de behandeling van ongecompliceerde patiënten zijn 3.400 - 4.800 mondzorgkundigen nodig (tabel 3.17). Terwijl uitgaande van de veronderstelling dat de mondzorgkundigen bijna de volledige zorg op zich nemen van de jeugdigen patiënten zijn er 3.000 mondzorgkundigen nodig (tabel 4.3), daar bovenop komen de mondzorgkundigen die een deel van de zorg van de ongecompliceerde patiënten boven de 21 jaar verzorgen (77% van het aantal mondzorgkundigen uit tabel 3.17). Totaal kan dan het aantal benodigde mondzorgkundigen (mondhygiënisten) op termijn geraamd worden op: 5.600 - 6.700.

³⁷ Er zijn 1.300 - 1.800 preventieassistenten nodig om de ongecompliceerde patiënten te behandelen (tabel 3.17), terwijl er daarnaast ook een groot aantal preventieassistenten betrokken zullen zijn bij de behandeling van gecompliceerde patiënten. Uitgaande van een ideaaltypische samenstelling van de teampraktijken kan geraamd worden dat 2.000 - 2.800 preventieassistenten nodig zijn (tabel 3.7). In het recente verleden hebben in korte tijd de preventieassistenten een sterke positie gekregen op de arbeidsmarkt; deze positie zal verder versterkt worden als er onvoldoende mondzorgkundigen (mondhygiënisten) beschikbaar komen. Met de aanname dat er behoefte is aan 3.000 – 4.000 preventieassistenten is uitgegaan van deze relatief sterke positie van de preventieassistenten.

³⁸ De aantallen in fte liggen onder de aantallen in personen. Zo is de capaciteit van de 16.400 tandartsassistenten (preventieassistenten en tandartsassistenten) 9.500 fte.

3.7 Conclusie

De stap om over te gaan tot taakdelegatie en taakherschikking is meer een houding van de beroepsbeoefenaren dan een structuurkenmerk. Men kan het leren en men kan leren om vertrouwen te hebben in de vaardigheden van de andere beroepsbeoefenaren. Er zijn nu reeds grote en kleine praktijken waarbinnen vele taken door de tandarts gedelegeerd worden. Deze praktijken kunnen een voorbeeldwerking hebben voor de beroepsbeoefenaren die hier nog moeite mee hebben.

De beroepsbeoefenaren weten gevoelsmatig aan te geven dat 50-70% van hun patiënten ongecompliceerde patiënten zijn met ongecompliceerde monden waarbij het leeuwendeel van de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis, inclusief diagnostiek, niet persé door de tandarts/mondarts verricht behoeft te worden.

De meer zelfstandige en onafhankelijke rol van de mondzorgkundige (mondhygiënist) ten opzichte van de tandarts in de concept AMvB mondhygiënist kan de taakherschikking bevorderen.

Ook de verzekerden en patiënten lijken ontvankelijk voor een belangrijker rol voor de mondhygiënist. Vijfenzestig procent van de verzekerden en patiënten vindt dat men zonder tussenkomst van de tandarts terecht moet kunnen bij de mondhygiënist voor periodieke controles en mondhygiëne en ongeveer 70% vindt acceptabel dat eenvoudige tandheelkundige handelingen en preventieve controle door de mondhygiënist plaatsvindt. Daarbij vindt 60% tevens dat er altijd controle van het werk van de mondhygiënist moet plaatsvinden door de tandarts.⁴⁰

⁴⁰ C. Jacobs, D. van Nobelen, A. Broerse, *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002, blz. 24, 26.*

4 Bevorderen taakherschikking

4.1 Vernieuwen tandartsenopleiding

Noodzaak reeds langer onderkent en contouren omschreven

Reeds in 2002 heeft de Kamer Tandheelkunde van de VSNU de contouren geschetst van de nieuwe mondarts omdat de huidige tandarts steeds moeilijker adequaat kan inspelen op de complexer wordende zorgvraag.⁴¹

Volgens de Kamer is de tandarts in de afgelopen jaren wel geëvolueerd om in te kunnen spelen op de veranderende eisen van de zorg, maar is de evolutie nog onvoldoende ver doorgevoerd. De technisch-manueel gerichte behandeling is daarbij echter het centrale uitgangspunt gebleven, zowel in de praktijk als in de opleiding. Uitbreidingen en aanpassingen aan de tandheelkundig opleiding hebben door de gerichtheid op de technisch-manuele behandeling onvoldoende impact, vooral als men bedenkt dat de opleiding midden jaren zeventig met een jaar verkort is. Hierdoor ontstaat het grote gevaar dat op alle onderdelen van de opleiding verschraling optreedt. De oorspronkelijke kern van kennis en vaardigheden komt onvoldoende aan bod. Tegelijk is er onvoldoende mogelijkheid voor alle gewenste uitbreiding en verdieping van de medische en klinische tandheelkundige kennis en vaardigheden. Ook het wetenschappelijk niveau komt in het gedrang, hetgeen onderschreven wordt door het rapport van de onderwijsvisitatiecommissie uit 1999. Enerzijds worden hierdoor relatief eenvoudige behandelingen nog steeds door - duur opgeleide - specialisten als kaakchirurgen uitgevoerd (bijvoorbeeld het verwijderen van verstandskiezen). Anderzijds ontstaat een wildgroei aan extra opleidingen na het tandartsexamen, hetgeen ook weer een negatief effect heeft op de inhoud van de opleiding tot tandarts. Op dezelfde manier voortgaan met het 'verbeteren' van de tandartsopleiding zal daarom leiden tot een verlies aan kwaliteit in plaats van winst.

De Kamer sluit zich aan bij de aanbevelingen van de Commissie Lapré en is van mening dat met behulp van het teamconcept een herschikking van taken over de beroepsbeoefenaren binnen de mondzorg mogelijk is. Sommige veel voorkomende taken die nu door de tandarts worden uitgevoerd kunnen door de mondzorgkundige (mondhygiënist) uitgevoerd worden. Hierdoor kunnen de taken van de mondarts ten opzichte van de tandarts verdiept en op sommige punten uitgebreid worden.

De mondarts dient zich volgens de Kamer enerzijds te richten op de complicerende factoren in de algemene gezondheid van de patiënt en anderzijds op de complexe problemen in de mondgezondheid, die overigens in een grote variëteit maar met een beperkte frequentie voorkomen. Daarnaast moet hij zich bekwamen om inhoudelijk aan

⁴¹ Kamer Tandheelkunde van de VSNU, *De mondarts, februari 2002. Visie Kamer Tandheelkunde - NMT op de toekomstige opleiding tandheelkunde, april 2002.*

het mondzorgteam leiding te geven. De mondarts kan zich concentreren op de problematiek die beter aansluit op zijn wetenschappelijke opleiding, terwijl de mondzorgkundige (mondhygiënist) zich met name zal richten op de meer reguliere preventieve en curatieve tandheelkunde, ofwel de prothetische mondzorg. De preventieassistent zal zich met name richten op de preventieve zorg.

De Kamer geeft een korte typering gegeven van de verschillende taken van de drie beroepsbeoefenaren binnen de mondzorg:

De *mondarts* is georiënteerd op de algemene diagnostiek, de afstemming van de behandelingen en zorg en het (doen) uitvoeren van behandelingen, in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren. Zijn eigen werkterrein is vooral gericht op hulpvragen over complexe problemen in de mondgezondheid, dan wel complexe compromitatie (d.w.z. complexe medisch-psychische problemen).

De *mondzorgkundige* (mondhygiënist) is georiënteerd op het verzorgende aspect van de mondzorg: screening, monitoring, professionele preventie (inclusief curatieve behandeling), zorgplanning; in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren. Zijn werkterrein is gericht op zorgvragen zonder sterke component van hulpvragen.

De *preventieassistent* is georiënteerd op de organisatie en logistiek van de mondzorg (op micro-niveau): practice-manager, logistieke en administratieve ondersteuning, stoelassistentie, patiëntenvoorlichting (incl. preventieve instructie); in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren.

De Kamer constateerde dat met de inrichting van de nieuwe vierjarige opleiding mondzorgkunde de ontwikkeling van de opleiding tot mondarts een noodzakelijke volgende stap is. De mondzorgkundige (mondhygiënist) wordt onderwezen in een aantal taken die nu door de huidige tandarts worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld de curatieve behandeling van gebitselementen in het kader van preventie. Hierdoor ontstaat ruimte voor de mondarts om zich te richten op de uitvoering van de complexere taken binnen de mondzorg en het leiding geven aan het mondzorgteam. Deze herstructurering is noodzakelijk omdat anders het risico ontstaat dat de werkterreinen van de mondzorgkundige (mondhygiënist) en de huidige tandarts te dicht bij elkaar komen te liggen, terwijl tegelijkertijd een deel van de noodzakelijke mondzorg onvoldoende aan bod komt.

Begin 2002 schetste de Kamer reeds de contouren van de nieuwe opleiding tot mondarts. Het primaire uitgangspunt is daarbij dat de opleiding tot mondarts een gedegen wetenschappelijke opleiding is, die voldoet aan de kwaliteitseisen die aan een wetenschappelijke opleiding in de bachelor-masterstructuur gesteld worden. De mondarts die ons voor ogen staat heeft een brede wetenschappelijke kennis, een brede medische achtergrond, een ruime en diepe orgaanspecifieke kennis en leidinggevende kwaliteiten. De consequenties van deze competenties voor de opleiding tot mondarts zag men als volgt.

Brede en gedegen wetenschappelijke basis

Ten eerste dient in de opleiding tot mondarts een brede en gedegen (medische) wetenschappelijke basis gelegd te worden. Dit is noodza-

kelijk gezien de grote variëteit aan problemen waarmee de mondarts geconfronteerd wordt. De student dient een aanzienlijke kennis te verwerven van onderzoeksgegevens en onderzoeksresultaten en dient deze ook te leren toepassen. Onderwijs over methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek en de toepassing hiervan, zal een belangrijk onderdeel van de opleiding zijn. Zowel de kwaliteit van het bestaande onderzoek, de koppeling van onderzoek en onderwijs alsook de daadwerkelijke contacten van de studenten met het onderzoek en de onderzoeksomgeving, zijn vereisten voor de wetenschappelijke opleiding.

Kennis van complexe orale problemen en gecompliceerde patiënten

Ten tweede zal in het onderwijs - meer dan nu het geval is - aandacht besteed moeten worden aan het verwerven van de relevante medische en biologische wetenschappelijke kennis ten behoeve van de behandeling van zowel gecompliceerde orale problemen als gecompliceerde patiënten. De behandelingen worden steeds complexer en de diagnoses en behandelplannen worden steeds ingewikkelder. Om deze reden zal de kennis van de zachte weefsels en het hele oro-faciale gebied moeten worden uitgebreid. In het onderwijs zal meer aandacht besteed moeten worden aan de behandeling van problemen op het gebied van parodontologie, implantologie en dento-alveolaire chirurgie ('kleine kaakchirurgie'). Hiernaast zal de student ook kennis moeten verwerven op het gebied van andere relevante medische problematiek, met name daar waar het gaat om de problematiek van oudere en complexe patiënten.

Kennis van de volle breedte van de tandheelkunde

Ten derde zal de student kennis en vaardigheden met betrekking tot de volle breedte van de tandheelkunde moeten verwerven. Hoewel de mondarts de eenvoudigere zorgtaken zal doorverwijzen naar de mondzorgkundige (mondhygiënist), zal er tijdens de opleiding tot mondarts nog steeds voldoende ruimte ingebouwd moeten worden om deze taken te leren. Hiervoor kunnen twee redenen worden aangevoerd. De eerste reden is dat men pas de complexe behandelingen kan leren uitvoeren als men eerst de meer eenvoudige verrichtingen - zowel wat betreft de motorische ervaring als wat betreft overige inzichten - heeft leren uitvoeren. De tweede reden is dat de mondarts in zijn praktijk in sommige gevallen ook eenvoudige verrichtingen zal uitvoeren. De mondarts zal niet zozeer de verrichtingen delegeren naar leden van zijn team, als wel de patiënten. Een patiënt met complexe problemen zal door de mondarts zelf worden behandeld, en niet door de mondzorgkundige (mondhygiënist). Hierbij valt te denken aan patiënten met complexe tandheelkundige problemen, maar ook aan patiënten met een handicap of aan patiënten die een ingewikkelde sociale achtergrond hebben. Bij deze patiënten zal de mondarts alle behandelingen die nodig zijn voor deze patiënt zelf uitvoeren, dus ook de eenvoudige behandelingen. Naast de meer eenvoudige verrichtingen zal de student zich ook moeten kunnen bekwalen in verschillende specialisaties binnen de mondheelkunde. De student moet dus kennis en vaardigheden met betrekking tot de volle breedte van de tandheelkunde verwerven.

Kennis van de regiefunctie

Ten vierde zal de student moeten leren omgaan met de regiefunctie van de mondarts. De student moet leren samen te werken met andere beroepsbeoefenaren in de mondzorg. Onderdeel van de regiefunctie van de mondarts is tevens het ontwikkelen en formuleren van 'evidence based' beleid. Ook dit zal tijdens de opleiding tot mondarts aan de orde moeten komen.

De opleiding tot mondarts dient op te leiden voor het diploma van mondarts. De afgestudeerde mondarts dient minimaal de kennis, vaardigheden en gedragingen te beheersen die hij zelfstandig en zonder supervisie en onder normale omstandigheden kan toepassen bij regelmatig voorkomende hulp- en zorgvragen in de mondzorg. Hij kan derhalve worden geregistreerd als tandarts in de zin van de Wet BIG (Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg). De mondarts voldoet verder aan de Europese richtlijnen voor de tandarts, waardoor hij ook in andere EU-landen als tandarts kan werken. Tegelijkertijd zullen tandartsen uit andere Europese landen ook als zij niet als mondarts zijn opgeleid in Nederland als tandarts kunnen werken.

De mondarts is werkzaam in de eerstelijns gezondheidszorg. De mondarts is geen specialist. De mondarts heeft een sterk verwijzende taak naar andere professionals in het mondzorgteam of naar de aanpalende specialismen zoals mondziekten en kaakchirurgie en orthodontie. Alhoewel de mondarts betrokken is bij gecompliceerde behandelingen, zijn zijn taken duidelijk afgebakend van de specialismen orthodontie, mondziekten- en kaakchirurgie.

De opleiding tot mondarts is een volledige initiële opleiding met instroom uit het VWO. Voor de opleiding is geen artsdiploma vereist. Dit zou een te langdurige en overbodige investering betekenen. Hoewel het gehalte aan medisch biologische kennis die de student in de eerste jaren van de opleiding zal opdoen aanzienlijk is, kan de mondarts voor de echt ingewikkelde gevallen verwijzen naar een medisch specialist.

Zoals uit bovenstaande punten duidelijk wordt, onderscheidt het karakter van de latere opleiding tot mondarts zich – volgens de Kamer – sterk van de opleiding tot tandarts. De mondzorgkundige (mondhygiënist) zal een groot deel van de werkzaamheden van de huidige tandarts overnemen. Voor de tandarts is het daarom nodig zich te richten op de vrij grote groep van mensen met een gecompliceerde problematiek. De huidige opleiding tot tandarts schiet hierin echter grotendeels tekort, zoals ook is vastgesteld door de visitatiecommissie. De mondzorg vereist dan ook, naast andere beroepsbeoefenaren, een regisseur in de mondzorg, die zich ook met complexe problematiek zal bezighouden. Deze nieuwe invulling van het beroep van tandarts – de mondarts – heeft dan ook aanzienlijke consequenties voor de opleiding.

Om studenten voor te bereiden op de vereisten van de praktijk van nu en morgen is een opleiding van minimaal 6 jaar (3 + 3) noodzakelijk. Hierbij wordt een niveau bereikt gelijk aan dat van de basisarts, met dien verstande dat men na het behalen van het diploma meteen als mondarts kan gaan werken. De huidige vijfjarige opleiding tot tandarts met haar beperktere eindtermen dan die van de mondarts is al relatief kort, zoals ook wordt bevestigd door de visitatiecommissie Tandheelkunde uit 1999. Gezien de noodzaak deze eindtermen uit te breiden en te veranderen om te komen tot de opleiding tot mondarts, is een zesjarige opleiding noodzakelijk. De belangrijkste redenen voor de noodzaak van een zesjarige studieduur hebben te maken met:

- de versterking van de wetenschappelijke inhoud van de opleiding,
- de uitbreiding van de medische en klinische kennis en vaardigheden,
- het hebben van kennis en vaardigheden met betrekking tot de volle breedte van de tandheelkunde,
- de aandacht voor de regiefunctie.

Hernieuwde start van de NMT

Domeinen en kerntaken mondarts⁴²

De NMT heeft het beroepsprofiel van de vakvolwassen mondarts ontwikkeld. In het ontwikkeltraject is gebruik gemaakt van de expertise van de afdeling beroepsontwikkeling van het NIZW. Het beroepsprofiel is ontwikkeld op basis van de inzichten uit de literatuur en de praktijkinzichten van tandartsen, gedifferentieerde tandartsen en gespecialiseerde tandartsen. In het kader van het beroepsprofiel zijn kerntaken, kernopgaven en beroepscompetenties gedefinieerd. Het uiteindelijke profiel is gevalideerd bij een grote groep NMT-leden en is voorgelegd aan aanpalende beroepsorganisaties, faculteiten tandheelkunde, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

In het profiel zijn de drie domeinen gedefinieerd (inhoud van de zorg, praktijkvoering en professionalisering), de zes kerntaken, de vijf rollen van de mondarts en zijn de zes kernopgaven in algemene termen beschreven.

De domeinen en kerntaken zijn:

Inhoud van de zorg:

- 1. (klinische) informatie verzamelen, verstrekken en een zorgplan opstellen,
- 2. een diagnose stellen, behandelopties genereren en een behandelingsplan opstellen,
- 3. de behandeling uitvoeren, evalueren en registreren;

⁴² Chantel van Arensberger, Ria Broeken en Gery Lammersen, *Beroepsprofiel tandarts algemeen practicus*, NIZW in opdracht van NMT, *beroepsprofiel tandarts februari 2006* (zie bijlage 3).

Praktijkvoering:

- 4. de tandartspraktijk voeren,
- 5. continuïteit en coördinatie waarborgen;

Professionalisering:

- 6. de eigen professionalisering vormgeven.

Rollen (de rollen overlappen en versterken elkaar):

1. Tandheelkundig zorgverlener (domein inhoud van de zorg)
2. Ondernemer (domein van praktijkvoering; ongeveer 70% van de tandartsen)
3. Regisseur (domeinen inhoud van de zorg en praktijkvoering)
4. Innovator (domeinen praktijkvoering en professionalisering)
5. Manager (domeinen inhoud van de zorg en praktijkvoering)

Competenties⁴³

A. Vaststelling en bevordering van de mondgezondheid

- onderzoeken en observeren
- analyseren en vaststellen van de diagnose
- verrichten preventieve en curatieve tandheelkundige handelingen
- zelfstandigheid tonen en beslissen

B. Communicatie en omgang met de patiënt

- patiëntgericht werken
- informatie overbrengen
- luisteren en begrijpen
- overtuigen

C. Regie voeren

- plannen en organiseren
- afstemmen
- verantwoordelijkheid nemen

D. Professionaliteit

- ethisch handelen
- grenzen stellen
- openstaan voor vernieuwing
- eigen professie ontwikkelen

E. Bedrijfsvoering

- effectief en efficiënt bedrijf voeren
- werkgeverschap tonen
- leiding geven
- ondernemerschap tonen.

⁴³ RIZW/NMT, *Competenties voor het profiel van de tandarts, januari 2006.*

Detaillering van de competentie 'vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid'

A. Vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid

A1. Onderzoeken en observeren

De tandarts onderzoekt de mondgezondheid van de patiënt waardoor relevante en volledige informatie over de mondgezondheid van de patiënt ontstaat:

- informeert bij de patiënt naar klachten over de mondgezondheid en of zich gebeurtenissen hebben voorgedaan die gevolgen kunnen hebben voor de mondgezondheid,
- verzamelt gericht relevante gegevens over de mondgezondheid door het gebit en omringende weefsels systematische en nauwkeurig te onderzoeken/observeren en hanteert daarbij passende methoden en technieken,
- herkent symptomen van aandoeningen die zich voor kunnen doen in het orofaciale gebied en brengt deze in relatie tot de algemene gezondheidstoestand van de patiënt,
- informeert naar het voedingsgedrag, rookgedrag, medicijngebruik en/of wijze waarop de patiënt zijn gebit verzorgt wanneer daar gezien de gezondheidstoestand van het gebit aanleiding toe is,
- informeert naar de algemene gezondheidstoestand van de patiënt,
- betreft de informatie van de patiënt in de bestudering van het orofaciale gebied van de patiënt,
- legt de verzamelde gegevens vast in het dossier van de patiënt.

A2. Analyseren en vaststellen van de diagnose

De tandarts analyseert de informatie van de mondgezondheid van de patiënt door systematisch en nauwkeurig te analyseren waardoor hij tot een gefundeerde diagnose en een behandelplan komt:

- identificeert factoren die van invloed zijn op de mondgezondheid zoals voeding, medicijnen en ziektes en de complexe interactie tussen die factoren,
- interpreteert en legt verbanden tussen de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en eventuele klachten en de gesignaleerde gegevens over de mondgezondheid van de patiënt,
- raadpleegt het dossier en onderscheidt hoofd- en bijzaken in de verkregen gegevens,
- legt verbanden tussen de verzamelde en reeds bestaande informatie,
- stelt vast of de informatie over de mondgezondheid van de patiënt voldoende is om conclusies te trekken,
- stelt de diagnose vast wanneer hij voldoende informatie over de mondgezondheid en de medische status van de patiënt heeft verkregen,
- weegt op grond van de diagnose verschillende behandelmogelijkheden tegen elkaar af,
- bepaalt welke behandeling door welke beroepsbeoefenaar gezien de diagnose het beste tegemoet komt aan bevordering van de mondgezondheid van de patiënt,
- legt de diagnose en de gekozen behandeling vast in het zorgplan en/of behandelplan van de patiënt.

A3. Verricht preventieve en curatieve tandheelkundige handelingen

De tandarts zet vakspecifieke kennis en vaardigheden in waardoor de patiënt een adequate tandheelkundige behandeling krijgt die zijn mondgezondheid bevordert:

- voert uit de diverse behandelingsmogelijkheden die behandeling uit bij de patiënt die op grond van de professionele standaard gewenst is,
- toont klinische vaardigheden in het orofaciale gebied en maakt daarbij gebruik van specifiek ontwikkelde fijne motoriek,
- informeert de patiënt over preventief gedrag in relatie tot de mondgezondheid en speelt hierbij in op de leefstijl van de patiënt,
- past de instrumenten en materialen op juiste en verantwoorde wijze toe,
- voert de behandeling systematisch uit,
- checkt gedurende de behandeling of de patiënt pijn ervaart,
- handelt nauwkeurig en zorgvuldig,
- past zijn handelingen aan wanneer gedurende de behandeling zich complicaties voordoen,
- evalueert de behandeling en de resultaten.

A4. Zelfstandigheid tonen en beslissen

De tandarts vormt zelfstandig een oordeel (beslissing) waardoor de patiënt de tandheelkundige zorg krijgt die hij nodig heeft:

- handelt op eigen initiatief,
- kiest een eigen handelswijze en realiseert deze waarbij hij rekening houdt met sterke en zwakke kanten en interesses,
- weet wanneer hij een collega of andere beroepsbeoefenaar moet inschakelen,
- brengt duidelijk zijn mening naar voren, geeft eigen ideeën en doet voorstellen,
- betreft de patiënt bij het nemen van de beslissing over de behandeling,
- hakt knopen door als dat nodig is en stelt beslissingen niet onnodig uit,
- toont zelfdiscipline.

De competentiegebieden ‘communicatie en omgang met de patiënt’ (B), ‘regie voeren’(C) en ‘professionaliteit’ (D) zijn op soortgelijke wijze als competentiegebied A ‘vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid’ uitgewerkt (zie bijlage 3).

Het profiel en de competenties zijn getoetst en gevalideerd binnen de beroepsgroep.

De eindtermen van de mondarts

Omdat de faculteiten reeds meerdere jaren bezig zijn om in te spelen op de nieuwe ontwikkelingen, de complexer wordende zorgvraag en reeds in 2002 begonnen zijn om de nieuwe opleiding voor mondarts te doordenken, bestaat er al een duidelijk idee welke wijzigingen van de eindtermen nodig zijn om inhoud te geven aan de opleiding tot mondarts. In de evaluatie van het huidige raamplan tandartsoplei-

ding wordt door de faculteiten geconstateerd dat geen enkele faculteit *alle* eindtermen kan realiseren binnen de vijf jaar en dat dit vooral gold voor de vorming van de tandarts in de organisatie van de mondzorg.

In bijlage 4 zijn alle wijzigingen opgenomen die de faculteiten in de eindtermen van het Raamplan 2000 tandartsopleiding willen aanbrengen als het studiejaar met één jaar wordt verlengd.⁴⁴

In diverse eindtermen is het niveau verhoogd omdat de afgestudeerde mondarts de theoretische kennis paraat moet hebben en de kennis in detail moet kunnen recapitulieren (niveau 3) en tevens deze kennis in de patiëntbehandeling zelfstandig moet kunnen toepassen (niveau C).

In tabel 4.1. is aangegeven welke toename van de studiebelasting nodig is in de hoofdvakken van de mondzorgopleiding vanwege de niveauverhogingen in de eindtermen (zie bijlage 4). De benodigde wijziging in de nieuwe opleiding tot mondarts wordt onderschreven door het disciplineoverleg van de drie faculteiten in VSNU-verband. Wel zullen de faculteiten binnen dit kader eigen accenten blijven aanbrengen. De resultaten van het disciplineoverleg tandheelkunde VSNU passen in de reeds langer bestaande noodzaak om het Raamplan 2000 Tandartsopleiding te evalueren. Tevens komt de nieuwe opleiding tegemoet aan de kritiek van de Onderwijsvisitatiecommissie Tandheelkunde. Volgens de Onderwijsvisitatiecommissie Tandheelkunde moet een nieuw evenwicht nagestreefd worden tussen wetenschappelijkheid en beroepsgerichtheid.⁴⁵ In de oude opleiding moesten op beide fronten verbeteringen gerealiseerd worden. De nieuwe zesjarige opleiding tot mondarts maakt het volgens de faculteiten mogelijk om dit gewenste evenwicht wel te realiseren.

In de preventieve geneeskunde en cariologie kan vanwege de taakherschikking naar de mondzorgkundige (mondhygiënist) en preventieassistent een vermindering van de herhalingsfactor van eenvoudige verrichtingen plaatsvinden in de kliniek in eerdere studiejaar. Het vak medische wetenschappen wordt verzwaaard om meer aandacht te kunnen besteden aan onder andere oral medicine, medische diagnostiek en risicogroepen. Het vak gedragwetenschappen wordt verzwaaard met vier ECTS-punten ten behoeve van de regisseursfunctie.⁴⁶ De studieverzwaren in de diagnostiek/integrale kliniek heeft vooral betrekking op bijzondere zorggroepen (gehandicapten, geriatrie). De relatief grootste uitbreiding heeft plaats in de mond- en kaakchirurgie (meer dan een verdubbeling) met dentoalveolaire chirurgie (10 ECTS-punten), maxillo-faciale prothetiek (4 ECTS-punten) en gnathologie (4 ECTS-punten).

⁴⁴ VSNU, *Raamplan 2000 tandartsopleiding, Utrecht 2000. Opgave niveauverzwaren in de eindtermen namens de drie faculteiten van prof. dr. R.C.W. Burgersdijk, dd. 17 oktober 2005.*

⁴⁵ VSNU, *Onderwijsvisitatie Tandheelkunde, Utrecht, 1999, blz. 13, 14.*

⁴⁶ *Vanuit de NMT is opgemerkt dat medewerkers van de NMT jaarlijks 180 uren (verdeeld over drie faculteiten) besteden aan het geven van colleges op de drie faculteiten over arbeidsrecht, ondernemingsplannen, personeelsbeleid, wetgeving, kwaliteit van de zorg e.d. Deze colleges geven de medewerkers van de NMT omdat er binnen het curriculum geen plaats voor is. Het is de vraag of de uitbreiding van het onderwijs in de gedrags- en organisatie wetenschappen ten behoeve van de regisseursfunctie met 112 uur dit in de mondartsopleiding wel mogelijk kan maken.*

In sommige vakken vinden niveauverzwaringen plaats (o.a. in de cariologie en pedodontologie) die niet leiden tot meer studie-uren in de nieuwe opleiding. Waarschijnlijk wordt binnen het desbetreffende vakgebied de inrichting van het curriculum gewijzigd.

De onderlinge verdeling van de onderwijstijd tussen de tandheelkundige klinische thema's kan - indien gekozen wordt voor een meer specifiek afstudeerprofiel - wijzigen. Verder wordt het keuzevak in de master (23 ECTS-punten) benut voor specialisaties. Om deze reden is het niet nodig om in de nieuwe opleiding te werken met afzonderlijke masters. Naar verwachting van de faculteiten maakt de nieuwe opleiding mondarts het mogelijk om de bestaande vervolgoledingen in de tandheelkunde met één jaar te bekorten.

Tabel 4.1 Huidig tandartscurriculum (Nijmegen) en benodigde wijzigingen ten behoeve van de nieuwe opleiding tot mondarts (in ECTS-punten = 28 uur)

Vakken	ECTS-punten (= 28 uur)	Tandarts	Mondarts
Wetenschappelijke scholing		23	33
Medische basiswetenschappen		27	27
Medische wetenschappen		14	24
Gedragwetenschappen		20	24
Vrije keuze		6	6
<i>Subtotaal</i>		<i>90</i>	<i>114</i>
Preventieve tandheelkunde		14	10
Cariologie		17	13
Parodontologie		14	24
Endodontologie		6	10
Occlusie opbouw		37	37
Prothetische tandheelkunde (bijzondere tandheelkunde/gnatologie)		13	21
Diagnostiek/integrale kliniek		50	54
Orthodontie		19	19
Mond-kaakchirurgie/implantologie		17	35
Keuzevak (tandheelkundig)		23	23
<i>Subtotaal</i>		<i>210</i>	<i>246</i>
Totaal		300	360

Bron: VSNU Disciplineoverleg Tandheelkunde; de veranderingen in de opleiding mondarts ten opzichte van de tandartsopleiding.

Om de taakherschikking te vergemakkelijken, is het van belang dat de reeds opgeleide (relatief jonge) tandartsen zich kunnen bij en omscholen tot mondarts. Om te toetsen of de huidige tandartsen aan de eindtermen van de mondarts voldoen, kan een EVC ontwikkeld worden en kunnen in deeltijd aanvullende onderwijsmodules aangeboden worden. Hetzelfde is van belang voor de huidige mondhygiënist (eventueel preventieassistenten). Voor hen moet een mogelijkheid ontwikkeld te worden om zich bij te scholen tot mondzorgkundige (mondhygiënist).

De faculteiten hebben wel al besloten om de mondzorgkundigen (mondhygiënist) de mogelijkheid te bieden om – na een schakeljaar – in te stromen in de nieuwe opleiding mondartsopleiding.⁴⁷

4.2 Samenwerking tussen HBO en WO

De samenhang en samenwerking tussen de diverse opleidingen binnen het opleidingscontinuüm is van belang om de taakherschikking te bevorderen. Multi-professioneel onderwijs biedt voor de mondzorg een goede mogelijkheid om reeds aan de basis de verschillende beroepsgroepen met elkaar vertrouwd te maken. Afstemming van de diverse opleidingsprogramma's voor tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen en tandartsassistenten, en waar mogelijk het in de studiefase gezamenlijk behandelen van patiënten, verhoogt de functionele samenhang bij de toekomstige beroepsuitoefening.⁴⁸ De studenten leren vanaf het eerste moment om samen te werken en om de vaardigheden van de andere professionals te kunnen beoordelen. Tevens biedt de nauwe samenwerking tussen de opleidingsinstellingen (gezamenlijke faciliteiten, préklinieken, klinieken, gezamenlijke practica) de mogelijkheid om bij veranderingen van de vraag en bij nieuwe inzichten ten aanzien van de meest wenselijke taakherschikking de relatieve verhoudingen tussen het aantal studenten in de diverse opleidingen aan te passen.

Sinds een aantal jaren is er ook daadwerkelijk sprake van samenwerking tussen de HBO-opleidingen mondzorgkunde en de universitaire opleidingen tandheelkunde. De instellingen geven te kennen dat deze samenwerking zich ontwikkelt tot een vorm van verdergaande integratie tussen deze opleidingen.⁴⁹ Deze samenwerking vertaalt zich in de uitwisseling van docenten, een overlap in het onderrichte curriculum, het werken met samengestelde teams van universitaire en HBO studenten in het klinische onderwijsfase, het delen van dezelfde patiëntgroepen, en tenslotte het realiseren van kostenbesparingen doordat overheadkosten gedeeld kunnen worden. De HBO opleidingen zijn ook gehuisvest binnen de universitaire omgeving. In Amsterdam, Groningen en Nijmegen wordt reeds in verschillende mate van intensiteit samengewerkt tussen de betreffende WO en HBO opleidingen.

De Commissie juicht deze ontwikkeling toe en is van mening dat een intensieve samenwerking van de HBO- en WO-studenten in de opleiding van groot belang is voor de ontwikkeling van de taakherschikking. De mondzorgkundigen (mondhygiënisten) en mondartsen moeten de vaardigheden van elkaar kennen, moeten hebben leren samenwerken en moeten vertrouwen in elkaar hebben. Gezamenlijke opleidingsmodulen, geïntegreerd onderwijs en samenwerking in het praktijkonderwijs leggen de basis voor het vertrouwen in elkaars complementaire vaardigheden en rollen. De Commissie adviseert dan

⁴⁷ Omdat de mondhygiënisten dit schakeljaar zelf moeten bekostigen (studiekosten en gederfde opbrengsten) is het de vraag hoe aantrekkelijk deze leerroute wordt.

⁴⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XVI, nr. 52, brief van de minister van VWS met zijn standpunt over het eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, blz. 6.

⁴⁹ Informatie van de Hanze Hogeschool en InHolland.

ook dat de HBO-opleiding mondzorgkunde en de WO-opleiding mondarts vanuit één gezamenlijk instituut per vestigingsplaats onder eenduidige leiding worden aangeboden. Dit biedt tevens goede mogelijkheden om in de komende jaren, zonodig, de opleidingscapaciteit flexibel aan te passen aan de benodigde capaciteit voor mondartsen én mondzorgkundigen (mondhygiënisten). De Commissie gaat er van uit dat vanuit één gezamenlijk instituut de diverse praktische problemen en cultuurverschillen om intensiever samen te werken het snelst overwonnen worden.

4.3 Het tempo van taakherschikking

Uitstroom tandartsen komende twintig jaar

De uitstroom van tandartsen in de komende twintig jaar biedt mogelijkheden om de opengevallen plaatsen door middel van taakherschikking in te vullen. Om de mogelijke uitstroom van tandartsen te ramen, wordt gebruikt gemaakt van een recente NMT-update van de prognose van het aantal tandartsen dat beschikbaar is voor de tandheelkundige beroepsuitoefening voor de periode 2005 tot en met 2025⁵¹.

De prognose van Bruers en Van Rossum (1998) voor de periode 1997 tot en met 2015 heeft als basis gediend voor de geactualiseerde prognose.⁵²

De belangrijkste uitgangspunten van de geactualiseerde prognose zijn:

- De numerus fixus blijft in de periode 2006–2025 gelijk aan de numerus fixus zoals die nu geldt en wordt ook optimaal benut: jaarlijks stromen er 300 nieuwe studenten in de opleiding tandheelkunde.
- Het percentage vrouwen bij instroom is 65%.
- Mannelijk tandartsen hebben een gemiddelde werkweek van 0,97 fte en vrouwelijke tandartsen hebben een gemiddelde werkweek van 0,81 fte.
- Studenten tandheelkunde doen gemiddeld zes jaar over hun studie.
- 85% van de studenten rondt de studie af.
- Jaarlijks zijn er 18 pas afgestudeerde tandartsen, waarvan 70% mannen, die zich gaan specialiseren.⁵³
- Het aantal Nederlandse tandartsen dat naar het buitenland vertrekt is gelijk aan het aantal Nederlandse tandartsen dat terugkeert vanuit het buitenland.

⁵¹ J.C.L. den Boer en J.J.M. Bruers, *Prognose van het aantal tandartsen voor de periode van 2005 tot en met 2025 (nog niet gepubliceerd)*

⁵² *Met inachtneming van de actuele stand van zaken (onder andere ten aanzien van het aantal tandartsen in 2005). In de prognose van tabel 4.2 is nog geen rekening gehouden met de uitval van één jaar omdat de nieuwe studie voor mondarts één jaar langer duurt dan de huidige studie voor tandarts.*

⁵³ *Het aantal benodigde specialisten in opleiding is verminderd met vijf jaar ten opzichte van de laatste behoefteramingen van het Capaciteitsorgaan. De mondarts zal deels taken kunnen overnemen van de huidige kaakchirurg. Er wordt uitgegaan van 18 afgestudeerde tandartsen/mondartsen die zich gaan specialiseren in plaats van 23.*

- Tandartsen vanaf 65 jaar worden gezien als tandartsen die met pensioen gaan en dus niet meer beschikbaar zijn voor de beroepsbeoefening.
- Jaarlijks raakt 1,85% van de tandartsen voor een jaar of langer arbeidsongeschikt, waarvan 1 procentpunt arbeidsongeschikt blijft.
- Jaarlijks sterftcijfer voor mannen is 0,3% en voor vrouwen 0,2%.

Het aantal beschikbare tandartsen verandert tot en met 2011 nauwelijks.⁵⁴ Na 2011 treedt een gestage daling in. Het totaal aantal beschikbare tandartsen daalt in de totale periode 2005 - 2025 met 25% (tabel 4.2). Deze daling wordt met name veroorzaakt door de grote groep mannelijke tandartsen die in de komende jaren met pensioen gaat. De “natuurlijke” afname van het aantal tandartsen van 8.000 naar 6.000 biedt mogelijkheden voor taakherschikking. De daling in fte ligt iets hoger (-30%) dan de daling in aantal tandartsen. (-25%).

Tabel 4.2 *Ontwikkeling aantal voor de beroepsbeoefening beschikbare tandartsen in Nederland naar geslacht 2005 –2025 (in personen)*

Beschikbare tandartsen	Man	Vrouw	Totaal
2005	5.940	2.010	7.940
2010	5.400	2.450	7.850
2011	5.290	2.560	7.860
2015	4.440	2.950	7.380
2020	3.370	3.350	6.720
2025	2.320	3.640	5.960

Bron: J.C.L. den Boer en J.J.M. Bruers, *Prognose van het aantal tandartsen voor de periode van 2005 tot en met 2025 (nog niet gepubliceerd)*

Instream van buitenlandse tandartsen

De laatste jaren is het aantal tandartsen met een buitenlands diploma dat in Nederland wil gaan werken sterk toegenomen. Aangezien het een recente ontwikkeling betreft, is het moeilijk te voorspellen welk aandeel buitenslands gediplomeerden in de toekomst zullen hebben in het tandartsenbestand. Als het aantal tandartsen met een buitenlands diploma toeneemt dan ontstaat er mogelijkwerwijs geen “ruimte” voor taakherschikking. Daarom wordt aan dit scenario apart aandacht besteed.

In het NMT-tandartsenbestand waren op 1 januari 2005 nog niet alle tandartsen met een buitenlands diploma opgenomen. Verondersteld wordt dat er 527 tandartsen ontbraken. Het totaal aantal tandartsen op 1 januari 2005 komt hiermee op 8.470. Verder wordt aangenomen dat er tot 2011 jaarlijks ongeveer 200 buitenslands gediplomeerden bij zullen komen. Vanaf 2011 bedraagt de veronderstelde groei van de buitenslands gediplomeerden in dit scenario 100 per jaar.

⁵⁴ Aantallen zijn afgerond op tientallen.

Onder deze aannames wordt voorspeld dat, anders dan in de basisprognose, het aantal tandartsen tot 2011 zal toenemen van 8.470 naar 9.490. Daarna neemt het aantal geleidelijk af tot 8.620 in 2025. In 2025 is het aantal beschikbare tandartsen dan nagenoeg hetzelfde als in 2005. In dit scenario en met deze veronderstelling ontstaat er geen “ruimte” voor taakherschikking. De mogelijkheden voor taakherschikking worden in de geleidelijke ontwikkeling zonder additioneel beleid sterk beïnvloed door de instroom van tandartsen uit het buitenland.

Preventieve zorg voor jeugdigen geconcentreerd bij mondzorgkundigen

Een andere mogelijkheid om het mogelijke tempo van taakherschikking te benaderen is om uit te gaan van de ontwikkeling in het aantal jeugdigen. De natuurlijke ontwikkeling van taakherschikking die deskundigen zich daarbij voorstellen, is dat de ongecompliceerde jeugdigen vanaf hun jongste leeftijd bijna alle zorg krijgen van de mondzorgkundigen (mondhygiënisten). Op deze wijze komt preventie weer volop in de aandacht te staan en kan aan de preventie voldoende tijd en aandacht besteed worden. Het Signalement Mondzorg van het College voor Zorgverzekeringen geeft alle aanleiding om aan de zorg voor jeugdigen méér aandacht te besteden. De verzorgingsgraad⁵⁵ van de jeugdigen tot tien jaar is volgens het laatste signalement onveranderd laag, terwijl de verzorgingsgraad van jeugdigen vanaf tien jaar de laatste jaren significant is verslechterd.⁵⁶

Als de jeugdigen vanaf het begin niet anders weten dan dat de tandheelkundige zorg in belangrijke mate verzorgd wordt door de mondzorgkundige (mondhygiënist) dan zullen zij deze zorg ook op latere leeftijd van de mondzorgkundige (mondhygiënist) vragen. Bij een dergelijke organisatie van de zorg zal op termijn een tandarts die geen mondzorgkundige (mondhygiënist) in dienst blijkt te hebben zich diskwalificeren als dienstverlener. Op deze wijze kan de taakherschikking zich ook op natuurlijke wijze ontwikkelen.

Op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS kan geraamd worden dat de “natuurlijke” doelgroep voor de mondzorgkundigen (mondhygiënisten) zich op deze wijze geleidelijk ontwikkeld tot 3,7 miljoen jeugdigen (tabel 4.3). Dit betekent dat het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënisten) om deze jeugdige doelgroep van preventieve zorg te voorzien moet toenemen van 160 in het jaar 2006 (de eerste generatie 4-jarigen) naar 3.000 in het jaar 2025.

⁵⁵ Het deel van de te restaureren tandvlakken dat daadwerkelijk is gevuld.

⁵⁶ College voor Zorgverzekeringen, *Signalement Mondzorg 2004*, Diemen, 28 april 2005.

Tabel 4.3 Ontwikkeling van het aantal jeugdigen 2006 - 2025

Personen van	2006	2007	2008	2010	2015	2020	2025
2 jaar	200.840						
2 en 3 jaar		395.530					
2 – 4 jaar			586.700				
2 – 6 jaar				960.200			
2 – 11 jaar					1.868.420		
2 – 16 jaar						2.782.270	
2 – 21 jaar							3.761.290
Aantal mondzorgkundigen	160	320	470	770	1.490	2.230	3.010

Bron: CBS, *Prognose bevolking op 1 januari naar leeftijd 2005 – 2050, Statline*. Er is uitgegaan van 1.250 patiënten per jaar die de vrijgevestigde mondhygiëniste gemiddeld per jaar ziet. J. la Rivière-Ilsen, M.S.E. van der Sanden-Stoelinga, P.T. Calcoen, *Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg*, NVM, Nieuwegein, 2005, blz. 51.

Bovenop het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënisten) dat nodig is om deze nieuwe doelgroep van jeugdigen te bedienen, zijn momenteel 2.000 mondhygiënisten werkzaam. Deze tweeduizend mondhygiënisten moeten gevoegd worden bij de nieuw benodigde mondzorgkundigen (mondhygiënisten) uit tabel 4.3.

De feitelijke behoefte aan mondzorgkundigen (mondhygiënisten) wordt daarmee waarschijnlijk nog onderschat. Vele tandartspraktijken hebben geen of slechts in beperkte mate mondhygiënisten kunnen aantrekken omdat zij er niet waren.

4.4 Opleiden van hetzelfde aantal mondzorgkundigen

Het aantal mondartsen en het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënisten) dat opgeleid wordt, is een belangrijk instrument om de taakherschikking te bevorderen. Als het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënist) en preventieassistenten toeneemt ten opzichte van het aantal tandartsen en mondartsen dan wordt de taakherschikking bevorderd. Zo is in de afgelopen jaren de taakherschikking van de tandarts naar de mondhygiënist minder eenvoudig gemaakt omdat er te weinig mondhygiënisten waren. Het aanpassen van de opleidingscapaciteit van de opleidingen mondzorgkunde en tandarts/mondarts kan in belangrijke mate bijdragen aan de nieuwe kwantitatieve verhoudingen binnen de tandheelkundige en mondzorgkundige professionals. Verder moeten de mogelijkheden om met bijscholingen de reeds werkzame mondhygiënisten op het niveau van de mondzorgkundige (mondhygiënist) te brengen maximaal benut worden.

Bij- en omscholingen van mondhygiënisten

De opleidingsbehoefte van mondzorgkundigen (mondhygiënisten) wordt in sterke mate bepaald door de mate waarin de huidige groep mondhygiënisten zich wil laten bij- en omscholen tot mondzorgkundige (mondhygiënist) op bachelorniveau. Uit een recente enquête

onder duizend mondhygiënisten (55% van de gehele populatie) blijkt dat bijna de helft van de mondhygiënisten (47%) dat nog niet weet omdat de voorwaarden en consequenties nog niet bekend zijn. Ongeveer een derde (35%) geeft aan een additionele scholing te willen hebben op bachelorniveau. Bijna één op de vijf ondervraagden gaf te kennen geen additionele scholing te willen ondergaan.⁵⁷ De mondhygiënist die een additionele scholing willen, zijn vooral de mondverzorgenden, gevolgd door achtereenvolgens de kindtandverzorgenden en de grote groep mondhygiënisten. Het zijn vooral de jongere beroepsbeoefenaren met een driejarige opleiding, de mannelijke beroepsbeoefenaren en de mondhygiënist die gemiddeld langere werkweken willen maken die een nascholingsprogramma willen volgen. Het feit of een mondhygiënist in loondienst is of een zelfstandige praktijk voert, doet niet terzake voor de nascholingsambities. Het merendeel van de ondervraagden geeft aan geen aanvullende cursussen of opleidingen te hebben gevolgd die waarschijnlijk recht geven op vrijstellingen op grond van eerder verworven competenties. Ruim negentig procent verwacht wel vrijstellingen voor modules te zullen krijgen op basis van het eerder behaalde diploma. Op dit moment bestaat er nog een grote mate van onduidelijkheid bij de doelgroep over de vraag welke eerder verworven competenties recht geven op vrijstellingen. In het kader van de benodigde om- en bijscholing van de huidige mondhygiënist tot mondzorgkundige (mondhygiënist) is het wenselijk om op korte termijn een duidelijk toets te ontwikkelen voor de eerder verworven competenties. De meerderheid van de geënquêteerden geeft aan een dagdeel tot één dag per week te willen investeren in nascholingsactiviteiten.

Drie scenario's instroom in de opleidingen

Om de bestaande faculteiten voldoende bestaansrecht te blijven geven, om de ontwikkeling van de nieuwe opleiding tot mondarts te bevorderen⁵⁸, en om de samenwerking met de MBO-instellingen (tandartsassistent) en HBO-instellingen (mondzorgkundige (mondhygiënist) tot wasdom te laten komen, kunnen de kwantitatieve verhoudingen in opleidingscapaciteit slechts in beperkte mate en geleidelijk aangepast worden. Deze conclusie wordt ook ingegeven door het feit dat de mogelijke instroom in de opleiding mondzorgkunde op termijn tot maximaal 550 studenten zou kunnen stijgen (zie tabel 4.5).⁵⁹

Voor het kwantitatief doorrekenen van de financiële gevolgen van de opleidingen in het opleidingscontinuüm maakt de Commissie Innovatie Mondzorg een keuze uit de volgende drie scenario's of uit een combinatie van de scenario-elementen (tabel 4.4).

⁵⁷ Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, *Enquête 'mondhygiënist bachelor of health'*, Nieuwegein, september 2005.

⁵⁸ De verschillen tussen de drie faculteiten om de eindtermen van de nieuwe opleiding tot mondarts te realiseren en de verschillen in wijzen van samenwerken met de opleiding mondzorgkunde helpen om zo snel mogelijk best practices te ontwikkelen.

⁵⁹ In welke mate de opleiding mondzorgkunde en de opleiding mondarts voor de (potentiële) studenten communicerende vaten zijn, is onbekend. Uiteraard kan een bewuste voorlichting hier wel aan bijdragen.

Tabel 4.4 *Mogelijke instroom in de opleidingen mondzorgkunde en mondarts vanaf 2006 (aantal studenten)*

Scenario's	Mondzorgkundige (HBO)	Mondarts (WO)
Instroom: status quo	300	300
Instroom: +/- 20%	360	240
Instroom: +/- 40%	420	180

Bron: IOO

Voor de verdergaande taakherschikking van tandartsen/mondartsen naar mondzorgkundigen (mondhygiënisten) is het van belang dat het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënisten) toeneemt. De eenvoudigste wijze is om een aantrekkelijke bijscholing aan te bieden voor de reeds actieve mondhygiënisten. De helft van de mondhygiënisten weet nog niet of men de bij- of nascholing ambieert omdat de consequenties (studietijd, studie-inhoud en kosten) nog onbekend zijn. De inspanningen die van de mondhygiënisten gevraagd wordt – exclusief de eventuele vrijstellingen op grond van eerder verworven competenties – is aanzienlijk. De additionele opleiding tot mondzorgkundige (mondhygiënist) op bachelorniveau vergt 1.600 uur en een bekostiging van ongeveer 13.000 euro. Met het erkennen van de eerder verworven competenties en door hier een EVC-toets voor te ontwikkelen, komt een aanzienlijke bijscholing voor de ervaren mondhygiënisten eenvoudiger binnen bereik.

Mogelijke instroom in initiële opleiding mondzorgkunde

Het is ook denkbaar dat op termijn méér nieuwe studenten zich gaan aanbieden voor de nieuwe opleiding mondzorgkunde. Zeker als de studie actief onder de aandacht gebracht wordt van leerlingen die een besluit moeten nemen over hun vervolgstudie. Daarbij is het niet aannemelijk dat een aanzienlijk toename kan komen van de HAVO-leerlingen die een vervolgstudie in de gezondheidszorg kiezen. Als de opleidingen mondzorgkunde met deze studenten tweederde van de instroom van de huidige numerus fixus volmaken, is waarschijnlijk het maximum wel bereikt (200). Meer mogelijkheden zijn er als een deel van de VWO-leerlingen, die nu voor een WO-opleiding in de zorg kiezen (4.950), voor deze HBO-opleiding kiezen. Bij een sterke integratie en samenwerking tussen de HBO-opleiding mondzorgkunde en de WO-opleiding mondarts kan er recruiteringskracht zijn (geschat op 200 studenten). Verder bestaat er onder de BOL-leerlingen die door willen leren in de gezondheidszorg (2.100) een potentieel (geschat op 150). In tabel 4.5 worden globaal de kwantitatieve mogelijkheden van een grotere instroom in de opleiding mondzorgkunde verkend.

Tabel 4.5 Huidige en mogelijke toekomstige instroom van studenten in de opleiding mondzorgkunde.

Instroom	Keuze vervolgstudie zorg	Keuze HBO-zorg	HBO-mondzorgkunde	HBO-mondzorgkunde
	2004	2004	2004	Toekomst
BOL niveau 3/4	2.100	100	86	150
HAVO	1.500	1.500	128	200
VWO	4.950	-	46	200
Totaal	8.550	1.600	260	550

Bron: *Becijferingen IOO op basis van de landelijke populatie schoolverlaters verbijzonderd naar bestemming (bron: www.roa.unimaas.nl). De verdeling van de instroom van HBO-mondzorgkunde (260) naar instroomniveau gebaseerd op opgaven van In-Holland en Hanse Hogeschool 2005 (de instroom 'overige' gevoegd bij de HAVO-instroom). De mogelijke instroom in de toekomst is subjectief geëxtrapoleerd op grond van de aantallen keuze HBO-zorg 2004 en HBO-mondzorgkunde 2004.*

Uitgangspunt Commissie Innovatie Mondzorg

De Commissie Innovatie Mondzorg hanteert een voorzichtig scenario door voorlopig uit te gaan van de huidige numerus fixus voor de instroom van de studenten in de opleiding mondzorgkunde (300). De reden voor het voorzichtige scenario is dat de instellingen pas zéér recent voldoende studenten weten aan te trekken voor de opleiding, dat de uitstroom uit de opleiding zich komend jaar nog moet bewijzen op de arbeidsmarkt en dat de mate waarin de huidige mondhygiënisten zich zullen laten bij- en omscholen tot mondzorgkundige (mondhygiënist) nog met grote onzekerheid is omgeven. Verder is het voor de instellingen niet eenvoudig om de instroom aanzienlijk te vergroten.

4.5 Opleiden van minder tand-/mondartsen

Om in te spelen op de taakherschikking én om de taakherschikking te bevorderen, kan het aantal mondartsen dat opgeleid moet worden, verminderen. Omdat onzeker is in welke mate de mondhygiënisten zich laten bij- en omscholen tot mondzorgkundige en omdat de instroom in de opleiding mondzorgkunde slechts in beperkte mate vergroot kan worden (zie tabel 4.5), worden twee scenario's gebruikt om de opleidingscapaciteit van mondartsen in beperkte mate benedenwaarts aan te passen. Bij het kwantitatief doorrekenen van de financiële gevolgen van de opleidingen in het opleidingscontinuüm hanteert de Commissie Innovatie Mondzorg één van de volgende drie scenario's (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Mogelijke instroom in de opleiding mondarts vanaf 2006 (aantal studenten)

Scenario's	Mondarts (WO)
Instroom: status quo	300
Instroom: +/- 20%	240
Instroom: +/- 40%	180

Bron: IOO. Het aantal aanmeldingen voor de tandartsopleiding overtreft het aantal plaatsen ruimschoots: 2003-2004: 690, 2004-2005: 701, 2005-2006: 804 (opgave IBG 7-12-2005). Er kan derhalve een nog strengere selectie plaatsvinden en een selectie die vooral past bij de vaardigheden van de toekomstige mondarts.

Als met ingang van 2006 de instroom van studenten in de opleiding tot mondarts met 20 of 40% daalt ten opzichte van de huidige situatie dan daalt uiteraard het aantal beschikbare tandartsen/mondartsen voor de beroepsbeoefenaren sneller dan bij een ongewijzigde instroom op het huidige niveau (tabel 4.7). Zowel in de status quo als in de twee scenario's wordt er tevens vanuit gegaan dat in 2012 e.v. het aantal tandartsen eenmalig afneemt omdat in één jaar geen tandartsen/mondartsen afstuderen omdat de studie verlengd wordt van vijf naar zes jaar.

Tabel 4.7 Ontwikkeling aantal voor de beroepsbeoefening beschikbare tandartsen in Nederland 2005 –2025 (in personen): instroom in twee scenario's

Beschikbare tandartsen	Instroom: status quo	Instroom: +/- 20%	Instroom: +/- 40%
	Mondarts jaarlijks 300	Mondarts jaarlijks 240	Mondarts jaarlijks 180
2005	7.940	7.940	7.940
2012	7.515	7.515	7.540
2015	7.125	6.995	6.850
2020	6.465	6.105	5.700
2025	5.705	5.115	4.460

Bron: IOO met behulp van J.C.L. den Boer en J.J.M. Bruers, *Prognose van het aantal tandartsen voor de periode van 2005 tot en met 2025 (nog niet gepubliceerd)*. Er wordt van uitgegaan dat 85% van de instroom afstudeert. Door de verlenging van de studie daalt de uitstroom vanaf 2012 eenmalig met 255 mondartsen (status quo), 205 mondartsen (- 20%) en 150 mondartsen (- 40%).

4.6 Opleiden van minder kaakchirurgen

De meest recente raming van de Kamer Tandheelkundig Specialisten gaat uit van een jaarlijkse opleiding van 23 specialisten om aan de capaciteitsbehoefte te voldoen.⁶¹ Bij deze raming is geen rekening gehouden met het feit dat de mondarts een deel van de taken van de kaakchirurg kan overnemen. Er zijn in Nederland geen ramingen voorhanden over de mogelijke taakherschikking tussen kaakchirurg en mondarts. Er zijn deskundigen die van mening zijn dat de huidige

⁶¹ Kamer Tandheelkundig Specialisten, *Capaciteitsraming en advies 2005, bijlage V, tandheelkundig specialisten, vierde concept, 12 oktober 2005*.

capaciteit ook in de toekomst nodig zal zijn, anderen zijn van mening dat in Nederland met 80 kaakchirurgen volstaan kan worden. Ook vergelijkingen met het buitenland geven geen houvast.

De Commissie Innovatie Mondzorg gaat daarom uit van de niet al te vergaande veronderstelling dat het aantal kaakchirurgen waaraan behoefte is met 20 tot 25% kan verminderen op grond van de nieuwe mondartsopleiding. Op grond van dit uitgangspunt kan het aantal specialisten in opleiding verlaagd worden van 23 tot 18.

4.7 Bevorderen gewenste praktijkvormen

De ontwikkeling van de gewenste praktijkvormen kan op diverse wijzen bevorderd worden. Certificering, een tandartsen-kwaliteitsregister, inhoudelijke typering van de praktijken en het ontwikkelen van merken in de markt (bijvoorbeeld met franchise-formules) zijn slechts enkele voorbeelden. Deze instrumenten worden deels door de NMT en de ANT reeds ontwikkeld of kunnen in de markt tot ontwikkeling komen. Op deze wijze kan naar de klanten en patiënten gecommuniceerd worden dat de praktijken die veel delegeren, die taakdelegatie inhoud geven en die volgens het “team-concept” werken zich in gunstige zin onderscheiden van de ‘andere’ praktijken. Als in de consumenteninformatie ook uitgelegd kan worden dat er kwaliteitsverschillen zijn dan kan dat taakdelegatie op natuurlijke wijze verder bevorderen.

Mochten deze prikkels onvoldoende effect hebben dan kan de taakherschikking en de ontwikkeling van gewenste praktijkvormen ook bevorderd worden door financiële prikkels. Door de tarieven voor behandelingen door mondzorgkundigen (mondhygiënist) goedkoper te laten zijn dan dezelfde behandelingen door mondartsen wordt de taakherschikking bevorderd. Deze financiële prikkels kunnen alleen geïntroduceerd worden als er inmiddels voldoende mondzorgkundigen (mondhygiënist) zijn opgeleid of als er voldoende mondhygiënist zijn bij- en nageschoold. Vanaf dat moment zouden bijvoorbeeld de tarieven van behandelingen uitgevoerd door mondhygiënist ook kunnen gaan gelden voor tandartsen die persisteren in het uitvoeren van behandelingen die gedelegeerd zouden kunnen worden.

4.8 Kwaliteitseisen herregistratie BIG

De BIG werpt geen barrière op voor taakherschikking. Integendeel. De titel van mondhygiënist is beschermd, het deskundigheidsgebied is voldoende ruim omschreven en de mondhygiënist mag in opdracht zelfstandig anesthesie toepassen door middel van een injectie en röntgenopnamen maken (functionele zelfstandigheid art. 39).⁶² Voor de overige voorbehouden handelingen zijn zij niet zelfstandig bevoegd. Zij mogen deze handelingen in opdracht van de tandarts uitvoeren.

⁶² De mondhygiënist is op grond van Europese regelgeving alleen niet-zelfstandig bevoegd voor het maken van röntgenfoto's. Hiervoor moet zij formeel een verwijzing hebben van de tandarts. In de tekst van het Advies worden de huidige mondhygiënist onderscheiden van de nieuwe mondhygiënist die in een vierjarige bacheloropleiding worden opgeleid door de laatste groep aan te duiden als mondzorgkundigen (mondhygiënist). In de Wet BIG wordt dit onderscheid niet gemaakt: alle mondhygiënist (oud en nieuw) zijn 'mondhygiënist'.

Hetzelfde geldt voor de tandprotheticus. Ook de tandprotheticus is niet-zelfstandig bevoegd om de voorbehouden handelingen uit te voeren en ook voor de tandprotheticus is de titelbescherming geregeld op basis van artikel 34 van de Wet BIG. Uiteraard is ook de titel van tandarts beschermd.

Naast deze wettelijk geregelde beroepen ontwikkelt zich binnen de mondzorg een keur aan nieuwe beroepsvarianten. Daartoe behoren preventiemedewerkers, kindertandverzorgers en tandtechnici met een uitgebreid takenpakket. Hoewel deze beroepsvarianten niet wettelijk geregeld zijn, staat de Wet BIG de uitoefening van deze beroepen wel toe, zolang de betrokken beroepsbeoefenaars bekwaam zijn en niet-zelfstandig de voorbehouden handelingen uitvoeren.

Bij de registratie worden geen kwaliteitseisen gesteld behalve dat men met goed gevolg de opleiding tot tandarts heeft afgerond. In het kader van de herregistratie in het BIG-register gaan wel kwaliteitseisen aan de tandartsen/mondartsen gesteld worden. Dit maakt onderdeel uit van een kwaliteitssysteem dat mogelijk in 2007 ingevoerd gaat worden en dat in 2012 tot herregistratie zal leiden. Men kan nog verder gaan door te eisen dat men over een certificaat of kwaliteitskeur van de beroepsorganisatie moet beschikken. De beroepsorganisatie kan de nieuwe eisen waaraan de mondarts moet voldoen onderdeel laten uitmaken van het certificaat of kwaliteitskeur. Dit geeft een gedeeltelijke stimulans aan de taakherschikking. Een gedeeltelijke stimulans omdat voor de mondhygiënist geen wettelijke registratie plaats vindt en derhalve aan de registratie/herregistratie geen nadere kwaliteitseisen gesteld kunnen worden.

Door de additionele kwaliteitseisen in het kader van de (her)registratie BIG kan alleen op termijn een rem gezet worden op de mogelijke toestroom van buitenlandse tandartsen die als tandarts/mondarts geregistreerd willen worden. Waarschijnlijk wordt een Europese tandartsopleiding uiteindelijk gelijk gesteld aan de Nederlandse opleiding voor mondarts of de in het buitenland opgeleide tandartsen blijven in Nederland werkzaam als tandarts (naast de in Nederland opgeleide mondartsen). Beide situaties zijn geen stimulans voor taakherschikking. Als buitenlandse tandartsen moeten beschikken over een additioneel kwaliteitskeur of –certificaat voor registratie en (her)registratie in het BIG-register kan dit in Europa uitgelegd worden als een protectionistische maatregel. Om deze reden kan een additioneel kwaliteitskeur of –certificaat niet afgedwongen worden. Daarom is het wenselijk dat de Nederlandse overheid in Europees verband de betekenis en achtergrond van de nieuwe opleiding tot mondarts uitlegt en de wenselijke veranderingen (niveau mondarts, samenwerking tussen mondzorgkundige (mondhygiënist) en mondarts, teamconcept, kwaliteitsregister, verplichte bijscholingen, eisen herregistratie BIG) op Europees niveau geïmplementeerd tracht te krijgen.

De algemene ledenvergadering van de NMT heeft besloten een Tandartsen-kwaliteitsregister in te stellen voor alle tandarts algemeen practicus. De tandartsen/mondartsen die aan de professionele standaard voldoen en deze standaard actief onderhouden, kunnen in het

Tandartsen-kwaliteitsregister opgenomen worden. Het register werkt als een keurmerk. De normen van het keurmerk zullen onafhankelijk vastgesteld worden en actief aan de buitenwereld uitgedragen worden. In de normen zijn verplichte bijscholingen en het bijhouden van de (wetenschappelijke) vakliteratuur opgenomen.

Het Tandartsen-kwaliteitsregister kan de onderscheiden kwalificaties in de mondzorg beter duidelijk maken en kan daarmee bijdragen aan de taakherschikking. Als patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid in het kader van de BIG-herregistratie actief gebruik gaan maken van het Tandartsen-kwaliteitsregister dan nemen de kansen toe dat het register een belangrijke rol gaat spelen.

4.9 Voorlichting patiënten en verzekerden

Veel patiënten zijn van mening dat medische handelingen bij medici behoren en niet-medische handelingen bij paramedici. Vaak is men niet goed op de hoogte van het takenpakket van de paramedici en onderschat men hun takenpakket. Patiënten staan vaak terughoudend tegenover het uitvoeren van bepaalde taken door paramedici. Zij zijn vaak van mening dat de arts/tandarts de spil van de zorg moet blijven. Deze meningen en gevoelens worden verklaard door de lange traditie van de artsen/tandartsen, de onbekendheid met de ‘nieuwe’ hulpverleners, de veronderstelling dat de arts/mondarts het meest bekwaam is en het beste de eindverantwoordelijkheid kan waarmaken.⁶³

De titelbescherming van de mondzorgkundige (mondhygiënist) in de Wet BIG scheidt enige duidelijkheid voor de patiënten/cliënten. Titelbescherming impliceert erkenning van deskundigheid en met de titelbescherming kan men zich in de markt kenbaar maken en profileren ten opzichte van de andere tandheelkundige professionals. De titelbescherming in de Wet BIG geeft de patiënt/cliënt de zekerheid dat degene die zich voordoet als tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus e.d. ook als zodanig is opgeleid. De titelbescherming van de BIG kan actiever benut worden in de consumentenvoorlichting om het proces van taakherschikking te bevorderen.

Aan de andere kant zal het publiek de titelbescherming in de Wet BIG en het feit dat iemand in het bezit is van een diploma vaak associëren met “bekwaamheid”. Toch hoeft dat niet het geval te zijn. De tandarts die van de opleiding komt, is over het algemeen niet op alle terreinen bekwaam en moet zich met een training-on-the-job nog vele vaardigheden eigen maken en bepaalde verrichtingen zal hij/zij nooit in voldoende mate onder de knie krijgen door het geringe aantal incidenties. Dat de mondzorgkundige (mondhygiënist) deels een veel intensievere vaardigheidstraining heeft gehad dan de tandarts/mondarts is bij het publiek niet bekend. Dat bovendien over het algemeen de mondhygiënist veel meer tijd aan de preventie besteedt en kan besteden dan de tandarts is slechts bij 10% van de bevolking bekend die ervaring heeft met mondhygiënisten. Al zijn er wel tandartsen die dit actief communiceren naar hun patiënten.

⁶³ E.J. Nievers, M. van Tol, C.M. Scholten en A.A.C. Vlaskamp, *Van taakverschuiving naar taakherschikking in de reumazorg*, *Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie*, 2005, nr. 2, blz. 1-3, 1-4..

Uit het patiëntenonderzoek van de Consumentenbond blijkt dat de verzekerden/patiënten onvoldoende inzicht hebben in het werk van de mondhygiënist(e) en ook het onderscheid tussen de preventieassistent en de tandartsassistent onvoldoende kennen.⁶⁴

De patiënten/cliënten zijn niet afkerig van taakherschikking maar stellen wel de keuzevrijheid om zelf te mogen kiezen uit de dienstverlener (specialist, arts, paramedicus) op prijs. Uit het panelonderzoek van de Consumentenbond blijkt dat 59% van de patiënten het acceptabel vindt dat periodieke controles en eenvoudige handelingen worden uitgevoerd door mondhygiënisten in plaats van de tandarts, terwijl 30% van mening is dat de controles en behandelingen uitgevoerd moeten worden door tandartsen zelfs bij een eventueel tandartsentekort. Degenen die ervaring hebben met taakherschikking zijn daarover over het algemeen positief. De positieve opmerkingen zijn de deskundigheid, de verminderde wachttijden, de grotere ervaring met bepaalde handelingen, meer tijd en aandacht, het gebruik van minder vakjargon en het feit dat de arts meer tijd krijgt voor belangrijker zaken.⁶⁵

Het creëren van duidelijkheid, het benoemen van taken en rollen van de diverse tandheelkundige professionals, het communiceren over kwaliteitsverschillen en het duidelijk maken van hun (eind)verantwoordelijkheden kan bijdragen aan het succes van de taakherschikking. Daarbij is de verzekerden- en patiëntenvoorlichting meer het vervolg op een formele taakherschikking dan de motor van taakherschikking.

4.10 Gebruik zorgplannen stimuleren

In de groepsdiscussies met de beroepsbeoefenaren kwam in allerlei toonaarden naar voren dat taakherschikking alleen een grote vlucht kan nemen als binnen de tandheelkundige zorg en tussen de professionals het gebruikelijk wordt om met zorgplannen en behandelprotocollen te werken. Om taakherschikking verder te ontwikkelen, is het erg belangrijk dat er een duidelijke visie op de zorg bestaat die verleend moet worden. En dat deze visie gecommuniceerd wordt naar de andere beroepsbeoefenaren. Er moeten zorgplannen bestaan per patiënt. Over dit plan moet gecommuniceerd worden. Dit plan moet gedocumenteerd zijn en op schrift staan. Het team moet stilstaan bij de patiënt en er moet een professionele dialoog ontstaan tussen de professionals. Zorgplannen, behandelprotocollen, richtlijnen en duidelijke zorgvisies zijn nodig om de taakverdeling tussen de beroepsgroepen tot kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te laten leiden. De uniforme verslaglegging in de tandheelkundige zorg staat nu nog in de kinderschoenen.

⁶⁴ C. Jacobs, D. van Nobelen en A. Broerse, *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg: Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het Advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2002, blz. 49*

⁶⁵ *Ibidem*, blz. 29, 49.

4.11 Bekostiging behandelplannen

De taakherschikking kan ook bevorderd worden als vaste tarieven vastgesteld gaan worden voor de behandelplannen en –protocollen die behoren bij ongecompliceerde patiënten met een ongecompliceerde mond. Bij deze grote groep patiënten vormt de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis het leeuwendeel van de zorg die men gedurende vele jaren nodig heeft. De diagnose en de zorg kan verzorgd worden door de tandarts maar in het kader van de taakdelegatie en -herschikking ook door de mondzorgkundige (mondhygiënist).

Als het mogelijk is om voor grote groepen patiënten best-practice behandelplannen vast te stellen voor een langere periode en tevens vast te stellen welke tandheelkundige professional welk deel van deze plannen het beste kan uitvoeren dan kan ook vastgesteld worden wat de kosten zijn van een dergelijk plan. Voor een dergelijk plan kan een vaste prijs of een abonnementsprijs afgesproken worden met de zorgverzekeraars en met de patiënten. De introductie van dergelijke vaste prijzen en abonnementen kan de taakherschikking bevorderen. Binnen de tarievenssystematiek van het CTG bestaan abonnementstarieven.

Een enkele tandarts met een grote teampraktijk probeert hierover met de verzekeraars in gesprek te komen. Tot zijn teleurstelling is men nog niet erg ontvankelijk voor deze gedachte.

Als de zorgverzekeraars bij het vaststellen van de vaste prijs en het abonnement bepaalde praktijken en vormen van taakherschikking relatief méér gaan vergoeden dan andere praktijken wordt de prikkel om over te gaan tot taakherschikking nog verder versterkt. Voor de zorgverzekeraars kan de rationale zijn dat bepaalde praktijken, teamconcepten en samenwerkingsvormen beter zijn dan andere voor de kwaliteit van de zorg en/of de kosten van de zorg.

4.12 Financiële gevolgen taakherschikking

Financiële gevolgen taakherschikking in scenario's

De taakherschikking heeft de volgende verwachte financiële gevolgen voor de opleidingsbudgetten:

- de opleiding voor mondzorgkundige (mondhygiënist) is uitgebreid met één jaar (het besluit om hiervoor hogere kosten te maken is reeds eerder genomen),
- de opleiding voor mondarts wordt uitgebreid met één jaar (gelijke [OCW] of hogere kosten [faculteiten]),
- er kunnen minder kaakchirurgen opgeleid worden (lagere kosten),
- naar verwachting van de faculteiten maakt de nieuwe opleiding mondarts het mogelijk om de bestaande vervolgopleidingen in de tandheelkunde met één jaar te bekorten (lagere kosten),
- allerlei bijscholingen voor mondhygiënist en tandartsen om op het niveau te komen van de mondzorgkundige (mondhygiënist) en de mondarts (kostenneutraal omdat de cursisten de kosten

kunnen betalen, eventueel met uitzondering van de kosten voor de ontwikkeling van EVC-toetsen).

Verder is van belang om te bepalen in welke mate het wenselijk is om de instroom van mondartsen en mondzorgkundigen (mondhygiënisten) in de opleidingen te wijzigen en in welk tempo de instroom aangepast moet worden. Hierbij zijn verschillende scenario's mogelijk, die met grote onzekerheden zijn omgeven en waarvan de consequenties zonder uitgebreide studie nog niet goed zijn te bepalen. De Commissie acht het dan ook wenselijk dat de minister van VWS het Capaciteitsorgaan over twee à drie jaar nog eens goed laat onderzoeken wat de capaciteitsbehoeften zijn aan mondartsen, mondzorgkundigen (mondhygiënisten) en kaakchirurgen. De opleidingen voor mondarts zijn dan gestart, de eerste cohorten mondzorgkundigen (mondhygiënisten) zijn ingestroomd in de arbeidsmarkt, de positie van preventieassistenten in de zorgketen is duidelijker uitgekristalliseerd, de instroom uit het buitenland kan geanalyseerd zijn, en de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel voor de tandheelkundige zorg zijn dan beter zichtbaar. Tevens kan het Capaciteitsorgaan de jongste inzichten rond taakdelegatie en taakherschikking in de nieuwe capaciteitsramingen betrekken.⁶⁶

Voorzichtigheidshalve kiest de Commissie Innovatie Mondzorg voorlopig voor de volgende wijziging van de instroom. De instroom van aankomende *mondartsen* in de opleidingen kan met zestig studenten verminderen (van 300 naar 240). Op deze wijze kunnen de beste studenten geselecteerd worden voor de nieuwe opleiding tot mondarts. Studenten die de zwaardere academische opleiding waarschijnlijk met goed gevolg kunnen afronden en die qua persoonlijkheidsstructuur eerder een teamplayer zijn dan een solist. De studenten die niet kunnen instromen in de opleiding tot mondarts kunnen gestimuleerd worden om te kiezen voor de opleiding mondzorgkunde. Voorlopig adviseert de Commissie om de instroom van toekomstige mondzorgkundigen (mondhygiënisten) te fixeren op 300. Pas zeer recent melden zich voldoende studenten aan voor de beschikbare plaatsen zodat er op dit moment geen zekerheid bestaat dat de numerus fixus structureel volledig benut wordt. Tot een eventuele verhoging van de instroom in de opleidingen mondzorgkunde kan geleidelijk worden besloten afhankelijk van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de mate waarin de huidige mondhygiënisten zich laten bij- en nascholen tot bachelorniveau.

Huidige rijksbijdrage opleiding tandheelkunde

In het navolgende wordt een indicatieve becijfering verricht van de meerkosten van de taakherschikking voor de opleidingen. In totaal gaat in het jaar 2006 via de universitaire rijksbijdrage jaarlijks een budget van circa 80 miljoen euro naar de universiteiten voor de tand-

⁶⁶ *Onder andere de resultaten van het praktijkonderzoek van Th. G. Mettes c.s., de resultaten van de veldexperimenten en IOO, De mogelijkheden voor taakherschikking; de visie van ervaringsdeskundigen, Leiden, 15 november 2005.*

heelkundeopleiding, inclusief het wetenschappelijk onderzoek en het werkplaatsdeel (tabel 4.8).⁶⁷

Tabel 4.8 Bekostiging tandheelkunde per faculteit in het jaar 2006 (in miljoenen euro's)

Bekostigingsparameters	RUG	UvA	VU	RU	Totaal
– Bekostiging eerstejaars	0,2	0,3	0,2	0,3	1,1
– Bekostiging diploma's	1,4	2,9	3,0	2,1	9,3
– Opslag basisvoorziening onderwijs (indicatie)	1,0	1,9	1,9	1,4	6,1
– Werkplaatsfunctie	3,8	6,0	5,6	5,8	21,2
<i>Subtotaal onderwijsdeel</i>	<i>6,4</i>	<i>11,1</i>	<i>10,6</i>	<i>9,6</i>	<i>37,7</i>
– Basisvoorziening onderzoek	0,6	1,3	1,4	1,0	4,3
– Proefschriften	n.b.	0,5	0,3	0,4	1,2
– Opslag t.b.v. overig onderzoekdeel (indicatie)	5,6	9,7	9,3	8,5	33,1
<i>Subtotaal onderzoekdeel</i>	<i>6,3</i>	<i>11,6</i>	<i>11,0</i>	<i>9,8</i>	<i>38,7</i>
– Opslag huisvestingsopslag (4%)	0,5	0,9	0,9	0,8	3,1
Totale bekostiging (indicatie)	13,2	23,6	22,5	20,2	79,5

Bron: Technisch rekendossier bekostiging universiteiten BAMA2 ontwerpbegroting 2006. Totalen wijken door afrondingsverschillen af van de som van de afzonderlijke bekostigingsparameters.

Legenda: Opslag basisvoorziening: vermenigvuldiging van de bekostiging voor eerstejaars en diploma's met 37% [$37/(100-37)$]; Opslag t.b.v. overig onderzoekdeel: $(\text{onderzoekdeel} - \text{basisvoorziening onderzoek} - \text{proefschriften})/\text{onderwijsdeel} = 0,88$.

Dit komt, indien geen rekening wordt gehouden met uitval, neer op een budget van ongeveer € 53.000 per student per jaar.⁶⁸ Per student wordt € 265.000 bekostigd gedurende de hele studieduur van vijf jaar. Wordt rekening gehouden met 15% uitval tijdens de studie dan wordt de jaarlijkse bekostiging van het ministerie van OCW gebruikt om jaarlijks gemiddeld 1.390 studenten op te leiden. De opleiding van een tandarts wordt vanuit het ministerie van OCW dan bekostigd met gemiddeld € 57.200 per student per jaar. Wat neer komt op een budget per student van € 286.000 over de hele studieduur van vijf jaar. Als alléén rekening gehouden wordt met de bekostiging van het onderwijsdeel en de huisvestingskosten – dus exclusief het onderzoekdeel – dan liggen de kosten per student tandheelkunde tussen € 27.200 (excl. uitval) en € 29.350 (incl. uitval) per jaar.

Wanneer we uitgaan van kostendekkende exploitatie van de zorgactiviteiten en veronderstellen dat de opleidingsactiviteiten kostendekkend zijn, kan verondersteld worden dat de gemiddelde integrale bekostiging per student per jaar tussen de € 53.000 en de € 57.200 ligt.

Feitelijk kunnen de kosten per student per jaar afwijken omdat de bekostiging niet gelijk staat met de kostprijs, de modeltoerekening slechts een globale benadering van de werkelijkheid is, de exacte kos-

⁶⁷ Gegevens afkomstig van het Technische rekendossier bekostiging universiteiten BAMA2 voor de ontwerpbegroting 2006.

⁶⁸ Uitgaande van een studie van vijf jaar en in elk studiejaar een volledige groep studenten van driehonderd.

ten van zorg en opleiding niet bekend zijn, en de universiteit de faculteiten tandheelkunde van meer of minder middelen kunnen voorzien dan de bovenstaande gemiddelde rijksbijdrage per student per jaar.

Huidige rijksbijdrage opleidingen mondzorgkunde

Met behulp van de huidige rijksbijdragen voor de opleiding mondzorgkunde kan geraamd worden wat de opleiding per student per jaar kost en wat de vierjarige bachelorstudie tot mondhygiënist (mondzorgkundige) kost. Evenals is het universitair onderwijs kunnen ook in het hoger beroepsonderwijs de feitelijke kosten afwijken van de rijksbijdrage.

De HBO-instellingen ontvangen per student in de opleiding mondzorgkunde € 6.100 per jaar (inclusief kosten huisvesting). Daarnaast is besloten om bij de uitbreiding van de numerus fixus mondhygiëne van 210 naar 300 per jaar een extra bedrag beschikbaar te stellen van € 2,1 miljoen voor de vaste voet van de instellingen en € 4,9 miljoen meerkosten voor de huisvesting. Verder ontvangen de instellingen € 4,7 miljoen voor de werkplaatsfunctie tijdens de opleiding.⁶⁹

Met deze gegevens over de rijksbekostiging kunnen de kosten per jaar voor de opleidingen mondzorgkunde geraamd worden (tabel 4.9). Daarbij is verondersteld dat 80% van de studenten mondzorgkunde (mondhygiënist) de opleiding afmaakt en het diploma behaalt, en dat 20% van de studenten het bachelordiploma niet behaalt.

Tabel 4.9 Kosten opleiding mondzorgkunde (x € 1.000)

Kosten	Mondzorgkunde
Kosten per student per jaar: $0,8 * 300 * 4,5$ (factor afstuderen) * € 6.100	6.588
Kosten per student per jaar: $0,2 * 300 * 1,35$ (factor uitval) * € 6.100	494
Méérkosten uitbreiding numerus fixus (vaste voet instellingen en huisvesting)	7.000
Werkplaatsfunctie	4.700
Totale kosten opleidingen mondzorgkunde (x € 1.000)	18.782

Bron: Gegevens verstrekt door het ministerie van OCW, Directie Hoger Onderwijs

Wordt rekening gehouden met 20% uitval tijdens de studie dan wordt de jaarlijkse bekostiging van het ministerie van OCW gebruikt om jaarlijks gemiddeld ongeveer 1.080 studenten op te leiden.⁷⁰ De opleiding van een mondzorgkundige (mondhygiënist) vanuit het ministerie van OCW wordt bekostigd met ongeveer € 17.400 per student per jaar. Per afgestudeerde mondzorgkundige (mondhygiënist) zijn de kosten € 69.600 over de hele studieduur van vier jaar.

⁶⁹ Omdat de opleiding mondzorgkunde in ontwikkeling is, de werkplaatsfunctie veelal gedeeld wordt met de opleidingen tandheelkunde en in de eerste jaren de numerus fixus niet volledig benut is, kunnen de instellingen nog niet zeggen of de bekostiging voor de werkplaatsfunctie adequaat is of tekort schiet.

⁷⁰ Er wordt verondersteld dat de uitval gelijkmatig over de vier studie jaren plaatsvindt. Zonder uitval bedraagt het aantal studenten aan de hogescholen 1.200 (4 x 300), terwijl verondersteld wordt dat 960 studenten van deze 1.200 hun eindexamen halen ($0,8 * 1.200$). Het gemiddeld aantal studenten in opleiding bedraagt bij gelijkmatige uitval $(1.200 + 960)/2 = 1.080$.

Kosten nieuwe opleiding mondzorg

De Commissie Innovatie Mondzorg hanteert de volgende aanname om de extra kosten van de nieuwe opleiding mondzorg te ramen. Er wordt vanuit gegaan dat de faculteiten op het huidige niveau voldoende bekostiging ontvangen voor hun onderzoeksactiviteiten (€ 38,7 miljoen). De langere nieuwe opleiding tot mondarts (zes jaar) ten opzichte van de oude opleiding tot tandarts (vijf jaar) vergt extra kosten. Daarbij hanteert de Commissie het uitgangspunt dat, mede door de strengere selectie aan de poort, er geen sprake is van uitval. De gemiddelde kosten van een studiejaar van de huidige opleiding tot tandarts bedraagt € 27.200 per student exclusief uitval en exclusief het onderzoeksdeel. Deze extra bekostiging wordt voldoende geacht om de vernieuwing en uitbreiding van de opleiding tot mondarts te bekostigen.⁷¹ De totale kosten voor de nieuwe opleiding

De totale kosten voor de nieuwe opleiding tot mondarts bedragen dan € 78 tot € 79 miljoen (prijsniveau 2006), de volledige opleiding tot mondarts vergt € 292.000 tot € 313.000, oftewel gemiddeld € 48.700 tot € 52.200 per studentjaar.

De Commissie gaat er van uit dat met deze extra kosten de faculteiten de eindtermen van de opleiding tot mondarts kunnen bereiken die in paragraaf 4.1. zijn beschreven.

Gevolgen van taakherschikking voor de opleidingskosten (zelfde aantal mondzorgkundigen, minder mondartsen)

Om de taakherschikking mogelijk te maken en te bevorderen is het wenselijk om reeds met ingang van 1 september 2006 minder mondartsen op te leiden. Voorlopig blijft het aantal opleidingsplaatsen voor mondzorgkundigen (mondhygiënist) op hetzelfde niveau omdat het op dit moment te onzeker is of er wel meer dan 300 mondzorgkundigen (mondhygiënist) gevonden kunnen worden voor de opleiding. Een meer gedegen studie van het Capaciteitsorgaan kan op termijn de instroombehoeften in de opleidingen vaststellen die nodig is om de taakherschikking mogelijk te maken en te faciliteren.

Toch gaat ook in dit stadium van de herschikking van het aantal opleidingsplaatsen reeds een belangrijke signaalfunctie uit naar de toekomstige (mondzorgkundigen) mondhygiënist en mondartsen. Door minder mondartsen op te leiden, moeten zij wel meer taken gaan delegeren aan de overige tandheelkundige professionals. Terwijl een zekere schaarste aan mondartsen een extra stimulans is om taken te delegeren. Naast het wijzigen van de kwantitatieve verhoudingen in de opleidingen is het van groot belang dat de HBO-studenten mondzorgkunde en de WO-studenten mondarts in de opleiding elkaar goed leren kennen, goed inzicht krijgen in elkaars relatieve specialisaties, in de praktijkoefeningen samenwerken en leren delegeren. Een afgestudeerde mondarts moet niet beter weten dan dat hij of zij bij ongecompliceerde patiënten met stabiele monden het leeuwendeel van de zorgverlening overlaat aan andere tandheelkundige professionals. Om van de taakherschikking een succes te maken moeten

⁷¹ Ook uit een benadering in meer detail van de tandheelkundige faculteiten volgt een nagenoeg gelijk bedrag aan extra kosten. In de detailbenadering wordt uitgegaan van het aantal extra uren onderwijs naar soort onderwijs, bijbehorende staf-studentratio's, extra exploitatielast onderwijskliniek minus geraamde inkomsten uit de patiëntenbehandeling.

de diverse professionals elkaars vaardigheden kennen en vertrouwen in elkaar krijgen en hebben. De gezamenlijke HBO- en WO-opleidingen binnen één instituut spelen hierbij een belangrijke rol.

De Commissie gaat er van uit dat met ingang van 1 september 2006 een vermindering van het aantal mondartsen in opleiding met 20% ($300 - 60 = 240$) wordt gerealiseerd en dat voorlopig het aantal mondzorgkundigen (mondhygiënisten) in opleiding op het hetzelfde niveau blijft (300). Een dergelijke beperkte wijziging van de aantallen studenten in opleiding ontmantelt de bestaande tandheelkundige opleidingen niet, maakt het mogelijk om de samenwerking tussen de HBO-opleiding voor mondzorgkundige en de WO-opleiding voor mondarts in gezamenlijke instituten verder te ontwikkelen en houdt rekening met de beperkte mogelijkheden om grote aantallen extra studenten te laten kiezen voor de opleiding mondzorgkunde. Een toename van de instroom van mondzorgkundigen (mondhygiënisten) in de opleiding bovenop de huidige 300 wordt voorlopig als onrealistisch gezien.

Tabel 4.10 geeft de kosten per opleiding per jaar, de duur van opleidingen en de totale kosten voor OCW. Omdat minder (- 20%) maar duurder opgeleide (+ €27.200) mondartsen opgeleid worden, kan de wijziging in de kosten voor het ministerie van OCW geraamd worden. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat het onderzoekdeel in de rijksbekostiging van de faculteiten (€ 38,7 miljoen) en de huisvestingsopslag (€ 3,1 miljoen) op het huidige niveau gelaten wordt. De kosten voor OCW dalen per saldo met € 1,0 miljoen per jaar.⁷² De stijging van de kosten van de nieuwe opleiding tot mondarts (+ € 27.200) wordt méér dan goed gemaakt door de daling van het aantal studenten in opleiding ($240 - 300 = - 60$).

⁷² € 79,5 miljoen per jaar (huidige opleiding tandarts met instroom van 300) minus € 78,5 miljoen (toekomstige opleiding mondarts met instroom van 240).

Tabel 4.10 Kosten per opleiding (x €)

	Mondzorgkunde	Tandarts	Mondarts
Totale kosten per student per jaar (x €)	17.400	55.100	50.450
Duur van de opleiding in jaren	4	5	6
Kosten hele opleiding per student	69.600	275.500	302.700
Aantal in opleiding: huidige situatie	300	300	n.v.t.
Kosten: huidige situatie (x € 1miljoen)	20,9	79,5	
Aantal in opleiding: toekomstige situatie	300		240
Kosten: toekomstige situatie (x € 1miljoen)	20,9		78,5

Bron: IOO. De kosten per student voor de opleiding tot tandarts berekend door de totale bekostiging te delen door het aantal studenten zonder veronderstelde uitval en met veronderstelde uitval. Tandarts in opleiding per jaar: $(53.000 + 57.200)/2 = 55.100$. Mondarts: kosten oude opleiding + extra kosten uitbreiding en vernieuwing opleiding: $(275.500 + 27.200)/6 = 50.450$ per jaar. De kosten in de toekomstige situatie: $(240/300) * € 37,7$ miljoen = € 30,2 miljoen (onderwijsdeel) + $240 * € 27.200$ (vernieuwing en uitbreiding opleiding) + € 38,7 miljoen (onderzoeksdeel) + € 3,1 miljoen (huisvesting).

Overige kostenbesparingen

Overige publieke besparingen zijn de besparingen omdat minder specialisten als kaakchirurg opgeleid hoeven te worden en de verwachting van de faculteiten dat de bestaande vervolgoopleidingen in de tandheelkunde met één jaar bekort kunnen worden. De omvang van deze publieke besparingen heeft de Commissie niet kunnen ramen.

4.13 Advies Commissie Innovatie Mondzorg

Om de taakherschikking te bevorderen, adviseert de Commissie om:

- een nieuwe opleiding voor mondarts van zes jaar bestaande uit een bachelorfase van drie jaar en een masterfase van eveneens drie jaar in te richten conform de visie van NMT/ANT en de tandheelkundige faculteiten; deze nieuwe masterfase kan gerealiseerd worden in september 2007.
- de mondzorgkundigen (mondhygiënist) in de huidige HBO-opleidingen en de mondartsen in de WO-opleidingen intensief samen op te leiden binnen één gezamenlijk instituut per vestigingsplaats onder eenduidige leiding;
- de huidige instroom in de opleidingen mondzorgkunde voorlopig op driehonderd te handhaven;
- actief de ontwikkeling van EVC-toetsen voor de om-, bij- en nascholing van de mondhygiënist tot mondhygiënist op bachelor-niveau te bevorderen;
- de jaarlijkse instroom van mondartsen te verminderen met zestig studenten tot tweehonderdveertig;
- het aantal kaakchirurgen in opleiding te verminderen met 20-25%;

- het Capaciteitsorgaan te vragen om uitgaande van de nieuwe opleiding tot mondarts, de uitstroom van mondhygiënisten, de positie van preventie-assistenten in de zorgketen, de marktontwikkelingen in de zorgvraag en de laatste inzichten rond taakherschikking (vooral in de mondzorg voor de jeugd) tot nieuwe capaciteitsramingen te komen;
- om onderzoek te stimuleren met patiëntprofielen en -typologieën om de mogelijkheden van taakherschikking verder empirisch te onderbouwen; de inzichten uit dergelijk onderzoek kunnen tevens een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van zorgplannen, behandelprotocollen, richtlijnen en zorgvisies die de professionals nodig hebben om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te verlenen met behulp van taakherschikking.

Verder vraagt de Commissie aandacht voor de volgende aandachtspunten die een belemmering kunnen vormen voor verdergaande taakherschikking in de mondzorg:

- de animo voor de opleiding mondzorgkunde en bijscholing tot het niveau van deze opleiding;
- de mogelijke knelpunten die kunnen ontstaan bij de samenwerking tussen de HBO-opleidingen en WO-opleidingen;
- de visie op tandheelkundige zorg en dossiervorming;
- een innovatieve honoreringssystematiek die meer uitkomsten van zorg door het team financiert;
- een permanente monitoring van benodigde capaciteit;
- een verzekeringssystematiek die het aanbieden van de juiste zorg door de daartoe best geëquiperde zorgverlener stimuleert;
- een adequate voorlichting aan patiënten over taakherschikking en de daarmee gepaard gaande verbeterde kwaliteit van zorg.