

Beroepsprofiel

Mondhygiënist in Nederland

Verantwoorde zorg is zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Kwaliteitswetgeving gezondheidszorg



Opdrachtgever

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten

Werkgroep beroepsprofiel

C. Jongbloed-Zoet (voorzitter)
M.S.E. van der Sanden-Stoelinga
Drs. P.T. Calkoen (NVM)
Th.F.M. Quant
M.I. Kluit (student)

Foto omslag

J. Wouda

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek

ISBN 978-90-806581-3-4

Bestelwijze

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
Postbus 1166, 3430 BD Nieuwegein
telefoon 030-6571013
e-mail bureau@mondhygienisten.nl

Deze uitgave werd mede mogelijk gemaakt door VVAA

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten.

Inhoudsopgave

1	Voorwoord	5
2	Inleiding en verantwoording	7
3	Historie	9
4	Ontwikkelingen mondzorg	11
5	Deskundigheidsgebied mondhygiënist	15
6	Taken en functies	19
7	Werkvelden	23
8	Wettelijk kader	27
9	Visie van de beroepsorganisatie	31
10	Kwaliteitsbeleid NVM	37
11	Opleiding	41
	Bijlagen	
A	Literatuur	47
B	Begrippenlijst	48
C	Achtergrondinformatie (rapporten en adviezen)	49
D	Wijzigingsbesluit opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist	55
E	Adressen opleidingen mondzorgkunde	68

De opbouw van dit beroepsprofiel is zodanig dat de snelle lezer - die een globale indruk wil hebben van de belangrijkste aspecten van het beroep mondhygiënist - zich kan beperken tot het lezen van de gekleurde voorbladen. De kernelementen van de verschillende hoofdstukken komen hier aan bod. Uitgebreidere informatie is te lezen op de bladzijden die daarop volgen.

De bijlagen, relevant voor een optimaal inzicht in de ontwikkeling van het beroep en de veranderende positie van de mondhygiënist, treft u aan het einde van dit document aan. De weg wijst zich daarbij vanzelf.

Het beroep mondhygiënist bestaat in Nederland zo'n veertig jaar. De mondhygiënist heeft zich in deze periode ontwikkeld tot een belangrijke zorgverlener binnen de mondzorg.

Het beroepsprofiel dat voor u ligt, beschrijft het beroep zoals het in de praktijk wordt uitgeoefend. Tevens wordt geschetst wat de mondhygiënist wil bereiken met deze zorg, zowel in de nabije als in de verdere toekomst.

Dit beroepsprofiel geldt voor alle mondhygiënisten: de nieuwe, vierjarig opgeleide bachelor of health en de eerder opgeleide mondhygiënist, al dan niet met een aanvullende opleiding tot bachelor of andere post-hbo opleidingen. Uiteraard geldt het ook voor die collega's die in het buitenland zijn opgeleid.

Gezamenlijk zullen deze mondhygiënisten, ieder met de eigen bagage, achtergronden en met de eigen keuzen voor zorg en doelgroep, de mondzorg in Nederland verder brengen.

Het beroepsprofiel is mede tot stand gekomen door een bijdrage van VVAA. Zij hebben zorg gedragen voor de vormgeving en het drukken van dit beroepsprofiel. Wij zijn hen hiervoor zeer erkentelijk.

Ik hoop dat u dit beroepsprofiel met veel plezier zult lezen en ook daarna regelmatig als naslagwerk zult gebruiken.

*Corina Julien,
voorzitter Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
Nieuwegein, 1 februari 2007*



2 Inleiding en verantwoording

Het beroep mondhygiënist is een beroep in ontwikkeling. Het schrijven van een nieuw beroepsprofiel dwingt de beroepsorganisatie om goed na te denken over de kernwaarden van het eigen beroep en over de bijdrage die de mondhygiënist levert aan de mondzorg in Nederland.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) ziet het beroepsprofiel als:

- een visitekaartje voor de positionering van de mondhygiënist zodat patiënten, aanverwante beroepsgroepen, overheden, zorgverzekeraars inzicht krijgen in wat ze van de beroepsgroep kunnen verwachten;
- een antwoord op de vraag wat mondhygiënisten doen en voor welke taken zij verantwoordelijk zijn;
- input voor het onderwijs om de opleiding optimaal aan te laten sluiten bij de beroepsuitoefening;
- een instrument bij de verdere professionalisering van de beroepsgroep;
- een gemeenschappelijk basisdocument voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen en protocollen voor de beroepsuitoefening;
- een hulpmiddel bij het geven van voorlichting over het beroep.

Voor het schrijven van dit beroepsprofiel heeft de NVM een werkgroep in het leven geroepen. Deze werkgroep bestond uit een viertal mondhygiënisten, een student van de opleiding mondzorgkunde en een beleidsmedewerker van het bureau van de NVM. Er is voor gekozen om niet alleen naar het verleden en heden te kijken maar vooral ook naar de toekomst. De inhoud van het beroepsprofiel is breed binnen de vereniging getoetst door vertegenwoordigers van de verschillende werkvelden en geledingen die de vereniging kent. Voorts is de tekst voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering.

*Beroepsprofiel
is onmisbaar
instrument*

In 1992 is het eerste beroepsprofiel mondhygiënist opgesteld met als doel de opleiding en het werkveld beter op elkaar af te stemmen. In 1999 is dit beroepsprofiel geactualiseerd. Bij de start van de nieuwe vierjarige opleiding, in 2002, heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist besloten tot een beperkte aanpassing van het beroepsprofiel. In 2006 hebben de eerste vierjarig opgeleide mondhygiënist de opleiding afgerond. Daarnaast is er de afgelopen jaren veel veranderd in de organisatie van de gezondheidszorg; al met al een goede aanleiding voor een nieuw beroepsprofiel mondhygiënist in Nederland.

Het beroep mondhygiënist is een levend beroep, een beroep in ontwikkeling. De NVM denkt na over de inhoud en positionering van het beroep. Soms volgt de NVM daarbij de ontwikkelingen, soms initieert de NVM zelf veranderingen, vanuit de eigen visie op het beroep.

Dit beroepsprofiel geeft een adequaat beeld van de huidige stand van zaken. In de praktijk komen er - soms grote - verschillen voor in de beroepsuitoefening door mondhygiënist. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet elke mondhygiënist zich herkent in alle onderdelen van het profiel. Dit kan te maken hebben met de organisatorische context waarin mondhygiënist werkzaam zijn. Het maakt bijvoorbeeld verschil of de mondhygiënist zelfstandig ondernemer is of in dienstverband werkt. Het hangt ook af van de manier waarop de taken en verantwoordelijkheden binnen de praktijk zijn verdeeld en welke andere zorgverleners daar werken. Bovendien kan de nadruk op bepaalde werkzaamheden verschillen omdat mondhygiënist verschillen in persoonlijke voorkeur, interesse, visie en aanleg.

*Belang
beroepsprofiel*

Een beroepsprofiel is van belang, omdat de kern van het beroep hierin staat beschreven. Zowel de eigen beroepsgroep als de overige zorgverleners binnen de mondzorg, maar ook de zorgverleners in andere sectoren van de gezondheidszorg krijgen daardoor inzicht in het beroep. Daarnaast is dit beroepsprofiel ook van belang voor andere spelers binnen de gezondheidszorg: patiëntenorganisaties en beleidsmakers vanuit overheden en zorgverzekeraars. Voor de opleidingen mondzorgkunde is het beroepsprofiel richtinggevend. Zij leiden studenten op die moeten voldoen aan dit beroepsprofiel. Ten slotte is het een informatief stuk voor een ieder die belangstelling heeft voor het vak als ook voor toekomstige collega's.

*Werkwijze en
verantwoording*

Het ontwikkelen van een nieuw beroepsprofiel dwingt de beroepsorganisatie om goed na te denken over de kernwaarden van het eigen beroep en over de bijdrage die de mondhygiënist levert aan de mondzorg in Nederland. Voor het schrijven van dit beroepsprofiel heeft de NVM een werkgroep in het leven geroepen. Deze werkgroep bestond uit een viertal mondhygiënist, een student van de opleiding mondzorgkunde en een beleidsmedewerker van het bureau van de NVM. Er is voor gekozen om niet alleen naar het verleden en heden te kijken maar vooral ook naar de toekomst. De inhoud van het beroepsprofiel is breed binnen de vereniging getoetst door vertegenwoordigers van de verschillende werkvelden en geledingen die de vereniging kent. Voorts is de tekst voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering van 17 november 2006.

3 Historie

- De eerste Nederlandse mondhygiënist zijn opgeleid in de Verenigde Staten, Canada en Engeland. In 1968 start in Utrecht de eerste Nederlandse opleiding met vijf studenten. In de loop van enkele jaren volgen Amsterdam en Nijmegen met zo'n twintig studenten per opleiding. In 1995 start een nieuwe, experimentele opleiding - in combinatie met de tandartsenopleiding - in Groningen.
- In 1992 is besloten de opleiding met een jaar te verlengen tot een driejarige opleiding en sinds 2002 is de opleiding een vierjarige bacheloropleiding, waarin veel aandacht besteed wordt aan nieuwe taken en verantwoordelijkheden. De instroom van studenten voor de opleiding tot mondhygiënist is in de loop der jaren vergroot tot 300 per jaar.
- Mondhygiënisten werkten aanvankelijk 'op aanwijzing en onder controle van de tandarts' in de algemene tandartsenpraktijk en bij de jeugdandverzorging.
- Het werkveld heeft zich later uitgebreid naar parodontologie- en orthodontiepraktijken, naar ziekenhuizen, instellingen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, gemeentelijke gezondheidsdiensten en het bedrijfsleven.
- Mondhygiënisten vestigen zich ook zelfstandig. Het werken 'op aanwijzing en onder controle van een tandarts' verandert in werken 'op verwijzing van een tandarts'. De mondhygiënist krijgt een zelfstandiger positie binnen de mondzorg met meer verantwoordelijkheid.
- In 1997 wordt het beroep, in het kader van de Wet BIG, opnieuw geregeld. De wettelijke registratieplicht voor mondhygiënisten komt te vervallen. Paramedische beroepsorganisaties hebben in plaats daarvan een eigen Kwaliteitsregister opgericht.
- In 2006 is de rechtstreekse toegankelijkheid van de mondhygiënist wettelijk vastgelegd.

Mondhygiëne is van alle tijden

Van oudsher en in alle culturen besteden mensen aandacht aan hun mondgezondheid. In geschriften van Griekse artsen van vóór het begin van onze jaartelling en bijvoorbeeld ook in de Koran komen voorschriften voor mondhygiëne voor. Aan het eind van de 19^e eeuw begint men pas enig inzicht te krijgen in het ontstaan van tandbederf (cariës) en in de loop van de 20^e eeuw in het ontstaan van aandoeningen aan de weefsels die het gebit omringen (gingivitis, parodontitis). De preventieve tandheelkunde als vakgebied krijgt pas in de 20^e eeuw gestalte. Daarbij ontstaat het idee om preventieve hulpkrachten binnen de tandheelkundige zorgverlening in te schakelen. In de Verenigde Staten van Amerika gaat in 1906 de eerste opleiding tot mondhygiënist van start. Nederland volgt in 1931: in Amsterdam vindt een eenmalige opleiding tot mondverzorgster plaats.

Pas na de Tweede Wereldoorlog is er ten gevolge van de geboortegolf en het veranderde consumptiepatroon grote behoefte aan een extra medewerker binnen de tandheelkundige gezondheidszorg. Na een jarenlange discussie over taken, bevoegdheden en het werkkterrein van deze medewerker wordt in 1964 besloten tot het inzetten van een op preventie gerichte medewerker: de mondhygiënist. Na dit besluit volgen de eerste Nederlandse mondhygiënist hun opleiding in de Verenigde Staten, Canada en Engeland. Zij zijn de initiatiefnemers geweest van het oprichten van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) in 1967. Naar het model van de opleiding en de beroepsuitoefening in de Verenigde Staten start in 1968 in Utrecht de eerste Nederlandse tweejarige opleiding met vijf studenten. In de loop van enkele jaren volgen Amsterdam (twee opleidingen) en Nijmegen met twintig studenten per opleiding.

Op aanwijzing van en onder controle van een tandarts

Mondhygiënist werken in de periode van 1974 tot 1992 'op aanwijzing en onder controle van de tandarts' in de algemene tandartspraktijk en bij de jeugdandverzorging. In dezelfde periode breidt het werkveld zich uit naar gespecialiseerde praktijken (orthodontie, parodontologie), ziekenhuizen, instellingen voor mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen, verpleeg- en verzorgingshuizen, gemeentelijke gezondheidsdiensten, opleidingen tot mondhygiënist en het bedrijfsleven.

Zelfstandige vestiging, werken op verwijzing van tandartsen

Mondhygiënist gaan zich later ook zelfstandig vestigen wat leidt tot een nieuwe, meer zelfstandige positie binnen de mondzorg. De relatie tussen de tandarts en de mondhygiënist verandert van 'op aanwijzing en onder controle' in 'op verwijzing' (1992). Door de uitbreiding van de werkzaamheden en de ontwikkeling van de positie van de mondhygiënist binnen de mondzorg wordt in 1992 besloten de opleiding met een jaar te verlengen tot een driejarige opleiding met langere beroepsvoorbereidende stages.

Onderwijs volgt de ontwikkeling van het beroep

Door de grote vraag naar mondhygiënist neemt het aantal opleidingsplaatsen geleidelijk toe. De twee opleidingen in Amsterdam fuseren (1989) en in Groningen start een nieuwe opleiding tot mondhygiënist (1995). Het aantal opleidingsplaatsen wordt daarmee in 1995 ongeveer 180. In artikel 34 van de Wet BIG (1997) wordt het beroep opnieuw geregeld. De wettelijke registratieplicht voor mondhygiënist komt te vervallen. Paramedische beroepsorganisaties hebben in plaats van het vervallen overheidregister in 2000 het Kwaliteitsregister Paramedici opgericht. Naast registratie zorgt dit register er voor dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening én de kwaliteit van de erin opgenomen zorgverleners wordt gewaarborgd. Om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen van het beroep van mondhygiënist die én van zorginhoudelijke aard én van maatschappelijke aard zijn, is in 2002 de opleiding opnieuw aangepast. De opleiding is nu een vierjarige bacheloropleiding, waarin aandacht besteed wordt aan nieuwe taken en de algemene hbo-competenties. De instroom van studenten voor de opleiding tot mondhygiënist is thans 300 per jaar.

4 Ontwikkelingen mondzorg

Inhoudelijk

- Preventie is zeer effectief gebleken
- Vroegtijdige signalering afwijkingen is van groot belang
- Zorgen over behandelachterstand jeugd nemen toe
- Tanderosie is een nieuwe bedreiging
- Ouderen vragen steeds meer aandacht
- Risicogroepen vragen om collectieve preventie
- Mondgezondheid heeft effect op algemene gezondheid

Organisatorisch

- Positie van de mondhygiënist is sterk in verandering
- Beschikbaarheid mondhygiënisten is beperkt
- Taakherschikking is actueel aandachtspunt
- Teamconcept is de basis voor goede mondzorg
- Mondzorg voor alle jeugd in basispakket biedt kansen
- Curatieve taken mondhygiënist risico voor preventie
- Collectieve preventie krijgt steeds minder aandacht

Van overheidswege

- Adviesgroep Capaciteit Mondzorg: teamverband, nieuwe taakverdeling
- Hoger gezondheidszorgonderwijs: vierjarige hbo-opleiding
- AMvB: rechtstreekse toegankelijkheid bij wet geregeld
- Commissie Innovatie Mondzorg: verdergaande taakherschikking

*Inhoudelijk:
mondgezondheid,
een wereld
in beweging*

Het terugdringen van cariës en parodontale aandoeningen is gedurende langere tijd voorspoedig verlopen. Vooral de cariëspreventie is een aantal decennia succesvol gebleken. Het lijkt er echter op dat de cariëspreventie sinds eind jaren 90 van de vorige eeuw minder maatschappelijk relevant is en van de politieke agenda van de overheid is verdwenen. De uitkomsten van recente epidemiologische onderzoeken geven aan dat alertheid geboden is om te voorkomen dat oude en nieuwe bedreigingen voor de mondgezondheid een kans krijgen (1).

De relatie tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid is aangetoond. Er zijn associaties gevonden tussen bijvoorbeeld parodontitis en hart- en vaatziekten en vroeggeboortes. Diverse factoren kunnen gingivitis en parodontitis verergeren: roken, een te hoog alcoholgebruik en stress, maar ook ziekten zoals diabetes mellitus type I en II, osteoporose en AIDS (2,3).

*Jeugdigen:
behandelachterstand
is groeiend
probleem*

Bij kinderen en jongvolwassenen bestaat een behandelachterstand. Van de vijfjarigen heeft 50% gemiddeld negen onbehandelde caviteiten. Nieuw is dat de verzorgingsgraad van jeugdigen vanaf tien jaar de laatste jaren significant is verslechterd. Daarnaast blijkt dat bij jongvolwassenen de attitude ten opzichte van de eigen gebitsverzorging verslechtert: 60% van de 17-23-jarigen heeft bloedend tandvlees (4). Een en ander wordt wellicht mede veroorzaakt door verminderde aandacht voor collectieve preventie (consultatiebureaus en scholen) en het geringe aantal diensten voor jeugd tandverzorging.

*Tanderosie:
nieuw fenomeen*

Erosie van de gebitselementen vormt een nieuwe bedreiging. In Den Haag heeft een kwart van de 11- en 12-jarigen enige vorm van gebitsslijtage (5). Deze ontwikkeling wordt ook elders waargenomen. Vroegtijdige opsporing is belangrijk maar moeilijk. De preventie is vooral gericht op gedragsverandering zowel op individueel als collectief niveau.

*Collectieve preventie:
risico's voor
risicogroepen*

De collectieve tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (TGVO) is altijd een belangrijke pijler geweest in de preventie van mond- en tandziekten, waarbij het bereiken van risicogroepen steeds meer aandacht kreeg. GGD'en, die die taak behoren uit te voeren, hebben echter steeds minder specifieke deskundigheid in huis en het aantal uren voor TGVO is sterk teruggelopen. Dit heeft tot gevolg dat juist de risicogroepen onvoldoende bereikt worden.

*Parodontologie:
tijdige signalering
essentieel*

Na plaqueaccumulatie ontwikkelt zich bij iedereen gingivitis. Dit leidt niet bij iedereen tot parodontitis. Bij 10-15% van de bevolking ontwikkelt gingivitis zich tot een ernstige aandoening die gebitsbedreigend is (6). Het is daarom belangrijk om de mogelijkheid te krijgen de patiënten die risico lopen, op te sporen. Herstel vereist een op het individu afgestemde therapie die zich richt op infectiecontrole, het wegnemen van oorzaken en het wegnemen en/of onder controle houden van risicofactoren.

*Ouderen:
steeds meer eigen
tanden en kiezen*

Binnen de groeiende groep ouderen behouden steeds meer mensen hun natuurlijk gebit. Het uitvoeren van adequate mondhygiënische zelfzorg kan voor de oudere patiënt steeds problematischer worden. Blootliggende worteloppervlakken, (implantaat gedragen) prothetische voorzieningen, afnemende zelfzorg door ziekten en aandoeningen én het ontbreken van adequate hulp van het verzorgend en verplegend personeel bij het handhaven of herstellen van een goede mondhygiëne, zijn daarbij knelpunten (7). De behandeling van deze groep zal wat betreft de complexiteit meer tijd en menskracht gaan vragen waardoor basale preventie wellicht minder prioriteit krijgt. Preventie die van essentieel belang is omdat een goede mondgezondheid bij ouderen de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven bevordert.

*Organisatorisch:
mondzorg, een wereld
in beweging*

*Aanbod van zorg:
taakherschikking en
teamverband*

*De toekomst van
het hoger gezondheids-
zorgonderwijs (2000)*

*Wijzigingsbesluit
opleiding,
deskundigheid en
rechtstreekse
toegankelijkheid
mondhygiënist*

Diverse aspecten van de mondzorg zijn de laatste jaren volop in ontwikkeling en raken het beroep van de mondhygiënist direct. Inzichten over het vóórkomen en het voorkómen van mondgerelateerde ziekten veranderen of worden gewijzigd. Opleidingen van zorgverleners die in de mondzorg werken, zijn aangepast en uitgebreid, taakherschikking is een belangrijk fenomeen, het zorgverzekeringsstelsel heeft per 1 januari 2006 een forse wijziging ondergaan en de rechtstreekse toegankelijkheid van de mondhygiënist is in 2006 wettelijk geregeld.

De overheid heeft mede om de capaciteitsproblemen in de mondzorg het hoofd te bieden, gekozen voor taakherschikking. Het eindrapport 'Capaciteit Mondzorg' (8) geeft een aantal aanbevelingen om, ondanks de afname van het aantal tandartsen, de mondzorg kwantitatief en kwalitatief op peil te houden. Taakherschikking biedt de mogelijkheid de zorg anders te organiseren (waarbij deskundigheid en competenties van zorgverleners richtinggevend zijn voor de vraag wie een patiënt behandelt) en vormt de basis voor het teamconcept. De wetgever beoordeelt taakherschikking in de eerste plaats naar de mate waarin het een bijdrage levert aan de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg; ook voor de patiënt belangrijke elementen in de gezondheidszorg.

De huidige capaciteit aan zorg door de mondhygiënist is ontoereikend. Met het huidige aantal mondhygiënisten en met de te late inzet van mondhygiënisten in het zorgproces wordt slechts 10% van de Nederlanders bereikt (9). Verschuiving van taken van tandartsen naar mondhygiënisten draagt het risico in zich dat mondhygiënisten minder toekomen aan de kern van hun werk, de preventie. Anderzijds biedt de rechtstreekse toegankelijkheid kansen om patiëntengroepen eerder te bereiken en daarbij optimale primaire preventie toe te passen.

De Verkenningcommissie van het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs (HGZO) van de HBO-raad doet in haar rapport 'De toekomst van het hoger gezondheidszorgonderwijs' (10) diverse aanbevelingen onder andere op het terrein van de opleiding tot mondhygiënist. De commissie beveelt aan de driejarige opleiding mondhygiëne te verlengen tot vier jaar. De huidige opleidingsduur is te krap om belangrijke elementen van het hbo-niveau zoals onderzoeksvaardigheden, ondernemerschap, reflectie en kwaliteitszorg aan bod te laten komen. Daarnaast is er de taakuitbreiding van de mondhygiënist door het overnemen van taken van de tandarts op het terrein van preventie en diagnostiek.

Dit wijzigingsbesluit, gedateerd 21 februari 2006, is de wettelijke neerslag van de werkzaamheden van alle eerdere adviescommissies en werkgroepen en beschrijft het deskundigheidsgebied en de opleidingseisen (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 147, zie bijlage). In mei 2006 is dit wijzigingsbesluit van kracht geworden.

Het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist is in dit besluit uitgebreid met: 'het bij daarvoor in aanmerking komende patiënten in opdracht van een tandarts behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen' en: 'het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende mondgezondheid en het zonodig verwijzen naar tandarts of arts'. In het wijzigingsbesluit wordt ook de rechtstreekse toegankelijkheid van de mondhygiënist geregeld.

*Nieuw zorg-
verzekeringstelsel:
mondzorg jeugd
in basispakket*

Per 1 januari 2006 is het nieuwe zorgverzekeringstelsel ingevoerd. In de basisverzekering is voor de 0- tot 18-jarigen tandheelkundige zorg gewaarborgd. Nederlanders vanaf 18 jaar kunnen voor tandheelkundige zorg een aanvullende verzekering afsluiten. De vrees bestaat dat huishoudens met een laag inkomen er - noodgedwongen - steeds vaker voor zullen kiezen om zich niet aanvullend te verzekeren voor mondzorg, waardoor de kans bestaat dat leden van deze huishoudens minder vaak naar de tandarts gaan. Gebleken is dat eind 2005 in Nederland 10,5% van de huishoudens op of onder de armoedegrens leeft. Dit komt overeen met 745.500 huishoudens met 450.000 jonge kinderen (11). Vooral jonge kinderen zijn voor het tandartsbezoek afhankelijk van hun ouders. In de praktijk komen de kinderen meestal mee met het ouderbezoek. Als ouders niet meer gaan, bestaat er een reëel gevaar dat de kinderen ook minder naar de tandarts zullen gaan, ondanks het feit dat hun periodiek onderzoek wel wordt vergoed.

*Commissie Innovatie
Mondzorg (Commissie
Linschoten, 2006)*

In 2005 heeft de staatssecretaris van OC&W (in overleg met de minister van VWS) de Commissie Innovatie Mondzorg ingesteld. Deze commissie is van mening dat aanzienlijke taakherschikking binnen de mondzorg mogelijk is. Voor de commissie betekent dat onder meer dat over tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid wordt verzorgd door de vierjarig opgeleide mondhygiënist. Bovendien pleit zij voor een verzekeringsystematiek die het aanbieden van de juiste zorg door de daartoe best geëquiperde zorgverlener stimuleert en voor adequate voorlichting aan patiënten over taakherschikking.

5 Deskundigheidsgebied mondhygiënist

Algemene competentie

- Mondhygiënisten dienen naast instrumentele beroepskennis ook te beschikken over communicatief vermogen, het vermogen tot samenwerken, analyse, methodisch denken en probleem oplossen.

Deskundigheidsgebieden

- Onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt
- Vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan
- Toepassen van mondzorgkundige behandelingen
- Geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting
- Toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek
- Toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie ter ondersteuning van het onderzoek of van de behandeling
- Behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen

Aspecten opleidingseisen

- Professionele mondzorgkundige vorming
- Communicatie en voorlichting
- Onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan
- Instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid
- Beginselen van de mondzorg
- Praktijkvoering

*Wettelijke basis:
deskundigheidsgebied*

Het Besluit 'opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist' (2006, zie bijlage) beschrijft in artikel 17 het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist en vormt daarmee de wettelijke basis voor de beroepsuitoefening.

Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend:

- 1 het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- 2 het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts;
- 3 het toepassen van mondzorgkundige behandelingen, strekkende tot het voorkomen of herstellen van aandoeningen van het gebit en tot het opheffen of verminderen van aandoeningen van de weefsels die het gebit omringen;
- 4 het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan een persoon, met als doel het stimuleren van gedrag dat de mondgezondheid bevordert;
- 5 het bij daarvoor in aanmerking komende patiënten in opdracht van een tandarts:
 - a. toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek;
 - b. toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek of van de behandeling;
 - c. behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

De wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG), de kaderwet voor dit Besluit, hecht veel waarde aan bekwaamheid. Wanneer een zorgverlener zich niet bekwaam acht, is hij ook niet bevoegd. Bij het geven van een opdracht heeft de opdrachtgever (de tandarts) de verantwoordelijkheid zich op de hoogte te stellen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer. De opdrachtnemer (de mondhygiënist) heeft daarnaast een eigen verantwoordelijkheid bij het accepteren van een opdracht. Omdat de wetgever aan bekwaamheid een belangrijke plaats toekent, is het beschrijven van de opleidingseisen een logisch gevolg.

*Wettelijke basis:
opleidingseisen*

In het wijzigingsbesluit 'opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist' (2006) staan de opleidingseisen opgesomd: wettelijke eisen waarop opleidingen moeten zijn afgestemd en die een afspiegeling zijn van de beroepsuitoefening van de mondhygiënist.

I Professionele mondzorgkundige vorming

- 1 Het verwerven en verwerken van relevante informatie.
- 2 Het uitoefenen van het beroep van mondhygiënist overeenkomstig de geldende professionele standaard en stand van de wetenschap.
- 3 Het onderkennen van en omgaan met ethische vraagstukken die zich voordoen bij de mondzorgkundige behandeling.
- 4 Het verstrekken van doelgerichte informatie aan de patiënt.
- 5 Het handelen vanuit een juist begrip van wettelijke regelingen en andere regelingen betreffende de mondzorgkundige beroepsuitoefening.
- 6 Evaluatie van eigen handelen op grond waarvan eigen beperkingen worden herkend en erkend.

II Communicatie en voorlichting

- 1 Het effectief communiceren met de patiënt en, in daarvoor in aanmerking komende gevallen, met diens naaste betrekkingen.
- 2 Het communiceren met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.
- 3 Het geven van voorlichting aan de patiënt met betrekking tot gedrag en behandeling op het gebied van de preventieve mondzorg.

III Onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan

- 1 Het in het kader van het mondzorgkundig onderzoek bij de patiënt afnemen van een anamnese, omvattende diens tandheelkundige, medische, persoonlijke en sociaal-culturele achtergronden teneinde de implicaties van algemene gezondheidsafwijkingen en geneesmiddelengebruik voor het uitvoeren van de mondzorgkundige behandeling te kunnen beoordelen.
- 2 Het diagnosticeren van aandoeningen op het gebied van parodontologie en cariologie
- 3 Het in de mond signaleren van zichtbare afwijkingen van het normale beeld.
- 4 Het in opdracht van een tandarts uitvoeren van tandheelkundig beeldvormend diagnostisch onderzoek (maken van röntgenfoto's en het nemen van maatregelen gericht op de bescherming tegen ioniserende stralingen).
- 5 Het opstellen van een behandelplan en het verwijzen van een patiënt naar een tandarts of arts indien dit in het belang van diens gezondheid noodzakelijk is.

IV Instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid

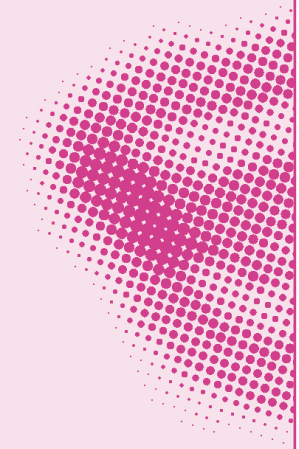
- 1 Het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting.
- 2 Het treffen van preventieve maatregelen voor het handhaven of bevorderen van de mondgezondheid.
- 3 Het toepassen van mondzorgkundige behandelingen die aandoeningen van het gebit en de het gebit omringende weefsels voorkomen, verminderen dan wel opheffen.
- 4 Het indiceren van de behandeling van primaire cariës en in opdracht van een tandarts restaureren van primaire caviteiten met plastische vulmaterialen.
- 5 Het in opdracht van een tandarts toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratie anesthesie.

V Beginselen van de mondzorg

- 1 Inzicht in de epidemiologie en de behoefte aan preventieve mondzorg van de bevolking als geheel en de daartoe te hanteren interventiemogelijkheden.
- 2 Het stellen van prioriteiten voor te verlenen preventieve mondzorg in overeenstemming met de beschikbare middelen, de behandel noodzaak en de eigen vraag naar zorg van de patiënt.
- 3 Inzicht in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg gericht op de mondzorg.

VI Praktijkvoering

- 1 Het voeren van overleg en samenwerken binnen het mondzorgteam en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.
- 2 Het doelmatig vastleggen van relevante gegevens omtrent de patiënt en de behandeling.
- 3 Het treffen van praktijkhygiënische maatregelen.
- 4 Het hanteren van de uitgangspunten voor de organisatie en een doelmatige opzet van de mondzorgpraktijk.



De kern van de beroepsuitoefening van mondhygiënist is preventie. Al het handelen is daar dan ook op gericht: structurele mondzorg.

Mondhygiënist verlenen de preventieve zorg, als regisseur én teamspeler, vanuit een specifieke deskundigheid en met een zelfstandige of functioneel zelfstandige verantwoordelijkheid.

Individuele preventie: maatwerk voor elke patiënt

- Screenen
- Primaire preventie: voorkómen van ziekten en afwijkingen
- Secundaire preventie: zo vroeg mogelijk ingrijpen bij afwijkingen
- Tertiaire preventie: erger voorkómen door behandelen van afwijkingen

Collectieve preventie: gericht op risicogroepen

- Organisatie preventie
- Benaderen risicogroepen
- Voorlichting geven
- Gedrag beïnvloeden

Uitvoeren van voorbehouden handelingen (in opdracht van een tandarts)

- Maken en beoordelen van röntgenfoto's
- Behandelen van caviteiten door het maken van vullingen
- Geven van lokale anesthesie

Kerntaak van de mondhygiënist: waar alles om draait

Individuele preventie: maatwerk voor elke patiënt

De kern van de beroepsuitoefening van mondhygiënist is preventie. Al het handelen is daar dan ook op gericht. Mondhygiënist verlenen de preventieve zorg vanuit een eigen deskundigheid en een (functioneel) zelfstandige positie. Zij zijn daarvoor rechtstreeks toegankelijk voor patiënten. De mondhygiënist is dé deskundige op het gebied van het beïnvloeden van het gedrag: ontmoedigen van ongewenst gedrag en stimuleren van gewenst gedrag, zowel op individueel niveau als op groepsniveau.

De mondhygiënist screent de patiënt: hij stelt de mate van mondgezondheid van de patiënt vast. De mondhygiënist beschikt daartoe over verschillende methoden en instrumenten:

- een algemene anamnese die de medische, persoonlijke en sociaal culturele achtergronden van de patiënt omvat om de implicaties van algemene gezondheidsafwijkingen en geneesmiddelengebruik voor de mondzorgkundige behandeling te kunnen beoordelen,
- een tandheelkundige en mondhygiënische anamnese,
- een voedingsanamnese in relatie tot de mondgezondheid,
- extra- en intraoraal onderzoek,
- radiologisch onderzoek,
- onderzoek naar plaque-gerelateerde aandoeningen (cariës en parodontopathieën),
- bacteriologisch onderzoek en een
- risicoanalyse met betrekking tot cariës en parodontale aandoeningen.

Aan de hand van de verzamelde gegevens stelt de mondhygiënist een diagnose en stelt hij het behandelplan en voor de langere termijn een zorgplan op. De mondhygiënist bespreekt het behandel- en zorgplan met de patiënt en neemt samen met de patiënt het besluit over de toe te passen behandeling. Men spreekt dan van een 'informed consent'. De gegevens en het definitieve behandel- c.q. zorgplan worden in een dossier opgeslagen en kunnen indien gewenst overgedragen worden aan een andere zorgverlener in overleg met de patiënt. Tevens kan aan de hand van het zorg- en behandelplan de zorg gecontroleerd worden.

Indien er een behandeling nodig is, zijn er drie scenario's mogelijk.

Primaire preventie richt zich op het voorkomen van ziekte, is gericht op het elimineren van oorzaken en vindt dus plaats als de patiënt gezond is. Zij kan op de gemeenschap, een groep of een individu gericht zijn. *Secundaire preventie* vindt plaats als de gezondheid gestoord is en omvat vroegtijdige behandeling.

Onder *tertiaire preventie* verstaat men het beperken van schade aan de gezondheid en het rehabiliteren. Bij de uit te voeren behandeling is preventie een onderdeel, de behandeling moet bijdragen aan het langer gezond en functioneel zijn van het gebitselement en het gebit als geheel (12).

1 Primaire preventie: voorkómen van ziekte en afwijkingen

De patiënt komt in aanmerking voor die verrichtingen die vallen onder de primaire preventie. De specifieke taak van de mondhygiënist is hierbij het geven van voorlichting en instructie om middels het beïnvloeden van het gedrag van de patiënt (of van ouders en/of verzorgers) er voor te zorgen dat de mondgezondheid gegarandeerd blijft. De voorlichting en de instructie gaan over het reinigen van het gebit, het gebruik van hulpmiddelen, gezonde eet- en drinkgewoonten en de nadelige effecten van bepaalde mondgewoonten zoals duimzuigen en nagelbijten.

2 Secundaire preventie: zo vroeg mogelijk ingrijpen

Wanneer de patiënt in aanmerking komt voor die verrichtingen die vallen onder de secundaire preventie dan zijn de specifieke taken van de mondhygiënist:

- het geven van voorlichting en instructie om het gedrag van de patiënt (of van ouders en/of verzorgers) zodanig te beïnvloeden dat de mondgezondheid van de patiënt weer optimaal wordt,
- het verwijderen van tandsteen (supra- en subgingivaal, zonodig onder lokale anesthesie),
- het polijsten van de gebitselementen,
- het aanbrengen van sealants,
- het aanbrengen van tandbederf- en ziektevoorkomende middelen en
- het verwijderen van retentiefactoren.

3 Tertiaire preventie: erger voorkómen

Wanneer de patiënt in aanmerking komt voor verrichtingen die vallen onder tertiaire preventie dan zijn de specifieke taken van de mondhygiënist:

- het geven van voorlichting en instructie ter beïnvloeding van het gedrag van de patiënt of van ouders en verzorgers om de mondgezondheid van de patiënt te verbeteren,
- het uitvoeren van de initiële parodontale behandeling (het verwijderen van supra- en subgingivaal tandsteen en het gladmaken van worteloppervlakken, zonodig onder lokale anesthesie) inclusief vervolgbehandelingen en
- het behandelen van primaire caviteiten (beslijpen van fissuren en het aanbrengen van sealants of preparatie en restauratie met plastische vulmaterialen, zonodig onder lokale anesthesie).

Indien er géén behandeling is geïndiceerd, wordt de patiënt in een periodiek controlesysteem opgenomen en wordt mede in overleg met de patiënt de controletermijn bepaald. Indien er wel een behandeling is geïndiceerd evalueert de mondhygiënist na afloop van de behandeling de verleende zorg en het resultaat van deze zorg (proces en product) en stelt de herbeoordelingstermijn of de periodieke controletermijn vast.

Mondhygiënist werken over het algemeen binnen de mondzorg. Zij doen dit al dan niet in teamverband met een specifieke deskundigheid en eigen (functionele) verantwoordelijkheid. Zij dragen zorg voor de primaire, secundaire en tertiaire preventie van aandoeningen aan het gebit en aan weefsels die het gebit omringen. De mondhygiënist stemt zijn handelen af met en op andere beroepsbeoefenaren. Hij stelt de patiënt centraal en houdt in het mondzorgplan rekening met zijn algemene gezondheidstoestand en welzijn. Hij vertoont flexibiliteit in methodisch handelen, heeft een kritische instelling en een gepaste beroepshouding. De mondhygiënist handelt op basis van eigen onderzoek en kiest dan voor adequaat bewezen behandelmethodes en hulpmiddelen (evidence based practice) zodat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijft.

Mondhygiënist zijn bevoegd om binnen hun wettelijk omschreven deskundigheidsgebied het beroep zelfstandig uit te oefenen, met uitzondering van de aan tandartsen voorbehouden handelingen: het toedienen van lokale anesthesie (infiltratie- en geleidingsanesthesie) door middel van injectie, het maken van röntgenfoto's en het behandelen van primaire cariës door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen. Voor deze handelingen is een opdracht van een tandarts noodzakelijk. Voor het behandelen van primaire cariës en het toedienen van lokale anesthesie zijn mondhygiënist functioneel zelfstandig. Dat wil zeggen dat toezicht door of tussenkomst van een tandarts niet noodzakelijk is. Afspraken met tandartsen over het uitvoeren van voorbehouden handelingen moeten schriftelijk worden vastgelegd. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van een protocol. Voor verrichtingen die buiten het deskundigheidssterrein van de mondhygiënist vallen, verwijst de mondhygiënist naar de tandarts of arts.

*Profielbeschrijving:
specifieke
deskundigheid in
teamverband*

*Vorbehouden
handelingen*

*Structurele
mondzorg*

De preventieve verrichtingen van de mondhygiënist zijn er op gericht dat de patiënt steeds weer opnieuw kan beginnen met een 'gezonde' mond. Dit wordt structurele mondzorg genoemd. Deze werkwijze heeft een iteratief (herhalend) karakter met als doel dat de patiënt uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn mondgezondheid (gedragsverandering) én dat de mondgezondheid van de patiënt een steeds hoger niveau bereikt.

*Collectieve preventie:
gericht op
risicogroepen*

De mondhygiënist voert eveneens een kerntaak uit op het terrein van de collectieve preventie. Het organiseren van doeltreffende voorlichting aan groepen (kinderen, adolescenten, ouderen) in een georganiseerd verband (GGD'en) is bij uitstek een taak voor de op dat gebied deskundige mondhygiënist. Het gebruik maken van de epidemiologie en het bereiken van risicogroepen zijn hierbij belangrijke waarden gebleken.

*Regisseur van de
preventie*

De mondhygiënist bewaakt en stuurt het preventieproces. De mondhygiënist is binnen de individuele zorgverlening eindverantwoordelijke voor dit proces en draagt zonnodig taken over aan andere zorgverleners.

Ook binnen de collectieve preventie is deze regiefunctie van belang.

Teamspeler

Het mondzorgteam, waarvan de mondhygiënist deel uitmaakt, kent meerdere organisatorische vormen. De leden van het team kunnen onder één dak werken maar samenwerken kan ook vanuit verschillende locaties. Ieder lid binnen een team heeft een eigen verantwoordelijkheid en teamleden moeten optimaal gebruik maken van elkaars specifieke deskundigheid. Mondhygiënist stemmen hun handelen af met en op de andere zorgverleners in de mondzorg. Goed teamwerk vereist methodisch en protocollair handelen en een goede verslaglegging. Samenwerken binnen een team bevordert de mogelijkheid tot intervisie en intercollegiale toetsing waardoor de zorg een hoger niveau kan bereiken.

*Rechtstreekse
toegankelijkheid*

In 2006 is de mondhygiënist rechtstreeks toegankelijk geworden. Dit houdt in dat patiënten zich voor onderzoek en behandeling rechtstreeks kunnen wenden tot de mondhygiënist, dus zonder verwijzing van een tandarts. Indien het onderzoek daartoe aanleiding geeft, draagt de mondhygiënist de patiënt over aan de tandarts of arts. Deze rechtstreekse toegankelijkheid is van groot belang om de positie aan het begin van de zorg waar te maken. Ideaal is om de zorg voor de mondgezondheid te starten in de vroege jeugd. Kinderen krijgen de 'mondopvoeding' als het ware met de paplepel ingegoten en kunnen zich daardoor ontwikkelen tot verantwoordelijke, mondgezinde en mondgezonde individuen.

Mondhygiënisten zijn op vele fronten binnen de mondzorg werkzaam. De meeste mondhygiënisten zijn 'als vanouds' werkzaam in de algemene tandartspraktijk. Er is echter een sterke verschuiving naar de vrije vestiging, vaak op een zelfstandige locatie, soms binnen een tandartspraktijk of praktijkcombinatie.

Werkvelden van de mondhygiënist

- algemene tandartsenpraktijk
- vrijevestigde mondhygiënistenpraktijk
- praktijk voor parodontologie
- orthodontiepraktijk
- georganiseerde jeugd tandverzorging
- praktijk voor kindertandheelkunde
- ziekenhuizen
- instellingen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking
- verpleeg- en verzorgingshuizen
- gemeentelijke gezondheidsdienst
- opleiding mondzorgkunde
- commerciële omgeving

*Algemeen
tandheelkundige
praktijk of
mondzorgpraktijk*

Het merendeel van de mondhygiënisten is werkzaam in de algemeen tandheelkundige praktijk of mondzorgpraktijk. De mondhygiënist maakt deel uit van een team bestaande uit tandartsen, mondhygiënist en assistenten. In sommige gevallen maakt ook een tandprotheticus deel uit van het team. Bij het werken in teamverband zijn goede functie- en taakomschrijvingen, overdracht van gegevens, behandel- en samenwerkingsprotocollen en werkoverleg noodzakelijk. De mondhygiënist verleent preventieve en curatieve mondhygiënische zorg en beperkte tandheelkundige zorg. Mondhygiënist voeren in veel praktijken ook periodieke controles uit. In de algemene praktijk zal de mondhygiënist in toenemende mate verantwoordelijk zijn voor de zorg van de tandheelkundig ongecompliceerde patiënt. Binnen het teamverband kunnen mondhygiënist in dienst zijn van een tandarts of werken als zelfstandig ondernemer.

*Zelfstandig gevestigde
mondhygiënist*

De werkzaamheden van zelfstandig gevestigde mondhygiënist verschillen in principe niet van die van mondhygiënist werkzaam in de algemene praktijk of in een praktijk voor parodontologie. Zij maken veelal deel uit van een mondzorgteam, waarvan de leden op verschillende locaties werkzaam kunnen zijn. Bedrijfsvoering, de wettelijke verplichtingen ten aanzien van de bescherming van persoonsgegevens, de beroepsaansprakelijkheden, de schriftelijke rapportage aan de verwijzende tandartsen en de kwaliteitszorg (visitatie, intercollegiale toetsing) vergen bij deze vorm van beroepsuitoefening extra aandacht.

*Praktijk voor
parodontologie*

In de praktijk van de tandarts-parodontoloog werkt de mondhygiënist in een team van tandarts-parodontologen, mondhygiënist en assistenten. Patiënten worden over het algemeen verwezen door de tandarts algemeen practicus. Na de initiële behandeling en eventuele parodontale chirurgie kan de patiënt voor nazorg terugverwezen worden naar de huistandarts, naar een zelfstandig gevestigde mondhygiënist of onder controle blijven van de mondhygiënist verbonden aan de praktijk voor parodontologie.

*Praktijk voor
orthodontie*

In de praktijk voor orthodontie werkt de mondhygiënist in een teamverband van één of meerdere orthodontisten, mondhygiënist en assistenten. De werkzaamheden van de mondhygiënist binnen deze vorm van beroepsuitoefening worden verricht in opdracht en onder toezicht van de orthodontist. Binnen de praktijk voor orthodontie maakt de mondhygiënist specialistische röntgenfoto's, plaatst en verwijdert banden, bogen en brackets ten behoeve van orthodontische apparatuur en maakt tracings van röntgenfoto's. Daarnaast geeft de mondhygiënist ten behoeve van de orthodontische behandeling specifieke tandheelkundige en mondhygiënische voorlichting en instructie.

Jeugdandverzorging

Bij de diensten voor georganiseerde jeugdandverzorging werken mondhygiënist die zich onderscheiden door het behandelen van een specifieke doelgroep (0-18 jarigen). Mondhygiënist die daar werken hebben veelal de post-hbo-cursus kindertandverzorgende gevolgd. Ook in praktijken specifiek gericht op het behandelen van kinderen zijn mondhygiënist werkzaam.

Ziekenhuizen

Mondhygiënist werkzaam in ziekenhuizen zijn meestal verbonden aan de afdelingen mondziekten en kaakchirurgie of aan centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT), waar hulp aan bijzondere zorggroepen wordt verstrekt. De werkzaamheden van de mondhygiënist liggen op klinisch, poliklinisch en educatief terrein. Multidisciplinair kan de mondhygiënist functioneren in bijvoorbeeld een schisisteam, een osteotomieteam of een oncologieteam. De vaak medisch gecompromitteerde patiënten behoeven steeds een specifieke aanpak en begeleiding. De leeftijd varieert in deze populatie tussen enkele maanden oude baby's en hoogbejaarde patiënten. Naast specifiek mondhygiënische begeleiding biedt de mondhygiënist ook, indien nodig, psychosociale ondersteuning aan patiënten, partners, ouders of verzorgers. De mondhygiënist kan betrokken zijn bij de opzet, de uitvoering en de evaluatie van wetenschappelijk onderzoek. Er vindt regelmatig overleg plaats met artsen, tandartsen, specialisten, verpleegkundigen en paramedici.

Instellingen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking

De mondhygiënist geeft voorlichting aan de patiënten, cliënten of bewoners van de instelling en behandelt en begeleidt hen. Daarnaast informeert en instrueert de mondhygiënist ook ouders en verzorgers. Hij onderhoudt contacten met artsen, tandartsen, tandartsassistenten en groepsleiding. Mondhygiënisten werkzaam in instellingen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, kunnen aangesteld worden als coördinator van de mondzorg.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

In toenemende mate is de mondhygiënist werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen. Naast de voorlichting, behandeling en begeleiding van de bewoners van de instelling, informeert en instrueert de mondhygiënist de verzorgenden en andere leden van het multidisciplinair team rondom de bewoners. Hij kan tevens optreden als coördinator van de mondzorg.

Gezondheidsdiensten

Binnen gemeentelijke en regionale gezondheidsdiensten (GGD'en) en koepelorganisaties voor gezondheidszorg zijn mondhygiënisten werkzaam op het terrein van de tandheelkundige gezondheidsvoorlichting- en opvoeding (TGVO). Hun taken bestaan uit het maken en uitvoeren van beleid op het gebied van collectieve preventieve mondzorg. De mondhygiënist kan ook betrokken zijn bij de opzet, de uitvoering en de evaluatie van (epidemiologisch) onderzoek.

Opleidingen mondzorgkunde

Mondhygiënisten werkzaam als docent bij een opleiding mondzorgkunde dienen te beschikken over een eerstegraads onderwijsbevoegdheid of een didactische aantekening. Zij verzorgen preklinisch en klinisch praktijkonderwijs en fungeren als tutor en studieloopbaanbegeleider. Daarnaast worden zij belast met onderwijsontwikkeling en met managementtaken ten behoeve van de onderwijsuitvoering en -organisatie. De docent ondersteunt en coacht het leerproces van de student en is inhoudelijk expert op een bepaald competentiegebied.

Commercie

Mondhygiënisten werkzaam bij een op de tandheelkunde gericht commercieel bedrijf volgen over het algemeen een interne bedrijfsopleiding ten behoeve van hun werkzaamheden. Zij vervullen vaak de functie van productmanager en vertegenwoordigen het bedrijf tijdens congressen en op vakbeurzen. Daarnaast bezoeken zij tandartsen en mondhygiënisten. Ook kunnen zij betrokken zijn bij de ontwikkeling van producten op het terrein van de mondhygiënische zorgverlening.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

- regelt beroepen: deskundigheid, opleiding
- titelbescherming en kwaliteitsplicht
- voorbehouden handelingen
- onbekwaam is onbevoegd
- verantwoorde zorg is de norm

Kwaliteitswet zorginstellingen

- 'verantwoorde zorg'
- kwaliteitsbeleid en kwaliteitsjaarverslag

Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

- patiëntenbescherming
- informed consent
- dossiervorming

Wet klachtrecht patiënten in de zorgsector

- laagdrempelige klachtenafhandeling
- jaarlijkse rapportage

Wet collectieve preventie volksgezondheid

- overheidsverantwoordelijkheid
- risicogroepen

Stralingswetgeving

- veiligheid, deskundigheid
- bescherming zorgverlener en patiënt

Geneesmiddelenwet

- veiligheid, deskundigheid
- beschikbaarheid anesthesievloeistof

Wet bescherming persoonsgegevens

- privacybescherming
- zorgvuldigheid

Arbeidsomstandighedenwet

- werkomstandigheden
- ziekteverzuim
- ondersteuning werkgever

Mededingingswet

- marktwerking
- concurrentie

Wettelijk kader

Binnen de gezondheidszorg is de wet- en regelgeving beperkt omdat de wetgever en de maatschappij een grote verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg bij de zorgverleners en beroepsorganisaties leggen. Voor de beroepsuitoefening van mondhygiënist is een aantal wetten relevant.

Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Per 1 december 1997 is de Wet BIG in werking getreden. Deze wet verving een aantal andere wetten waaronder de Wet Uitvoering Geneeskunst en de Wet op de Paramedische Beroepen. Met de Wet BIG is het monopolie van artsen en tandartsen op de bevoegdheid tot het uitoefenen (van een deel) van de geneeskunst komen te vervallen. De wet omschrijft het deskundigheidssterrein en regelt de titelbescherming van een beperkt aantal beroepen waaronder dat van mondhygiënist. De wet geeft in principe iedereen de mogelijkheid geneeskundige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, met uitzondering van de aan artsen, tandartsen en verloskundigen voorbehouden handelingen. In deze wet staat bekwaamheid centraal.

Onbekwaam is onbevoegd

Wanneer een zorgverlener zich niet bekwaam acht, is hij ook niet bevoegd. Bij het geven van een opdracht heeft de opdrachtgever (de tandarts) de verantwoordelijkheid zich op de hoogte te stellen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer. De opdrachtnemer (de mondhygiënist) heeft daarnaast een eigen verantwoordelijkheid bij het accepteren van een opdracht.

Het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist en de opleiding tot mondhygiënist zijn geregeld in artikel 34 van deze wet en laatstelijk gewijzigd op 21 februari 2006. De mondhygiënist is daarmee rechtstreeks toegankelijk: patiënten kunnen zich zonder verwijzing van een tandarts voor onderzoek en behandeling tot de mondhygiënist wenden. Het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist is uitgebreid met het zelfstandig diagnosticeren en behandelen van plaquegerelateerde aandoeningen, inclusief het functioneel zelfstandig behandelen van primaire caviteiten en het zonodig verwijzen naar een tandarts of arts.

Grotere zelfstandigheid

Voor het uitvoeren van de voorbehouden handelingen - het behandelen van primaire caviteiten, het toepassen van lokale anesthesie en het maken van röntgenopnames - door een mondhygiënist is een opdracht van een tandarts nodig. Voor het behandelen van primaire caviteiten en het toepassen van lokale anesthesie zijn mondhygiënisten 'functioneel zelfstandig' dat wil zeggen dat zij zonder toezicht door of tussenkomst van een opdrachtgever deze handelingen kunnen uitvoeren (Besluit functionele zelfstandigheid, art. 39 Wet BIG). Het is niet nodig dat voor iedere door de mondhygiënist uit te voeren voorbehouden handeling een aparte opdracht gegeven wordt. De mondhygiënist dient wel zorg te dragen voor het vastleggen van afspraken over het uitvoeren van de voorbehouden handelingen met de opdrachtgevende tandarts, bijvoorbeeld in de vorm van een protocol. De NVM ontwikkelt met de tandartsenorganisaties in de werkgroep zorgvisie een samenwerkingsprotocol.

Verantwoorde zorg is de norm

In artikel 40 van de wet BIG, het kwaliteitsartikel, staat dat de zorgverlener zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze moet organiseren en zich zodanig van materieel dient te voorzien, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Dit omvat ook de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

*Kwaliteitswet
zorginstelling*

Op grond van deze wet zijn zorginstellingen verplicht verantwoorde zorg te leveren. Deze kaderwet is bestemd voor instellingen en organisaties waarin twee of meer zorgverleners van verschillende disciplines samenwerken en waarbij het organisatorisch verband een duidelijke meerwaarde heeft voor het verlenen van verantwoorde zorg. Eén van de verplichtingen van deze wet is het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Per 1 april 1995 is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden. Deze wet regelt bepaalde aspecten van zorg binnen de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener. De wet is vooral gericht op de versterking van de positie van de patiënt en stelt eisen ten aanzien van voorlichting, toestemming, inzage in het patiëntendossier en geheimhouding. De wet gaat uit van een vertrouwensrelatie waarin patiënt en mondhygiënist op basis van gelijkwaardigheid zoveel mogelijk samen overleggen en beslissen.

De wet geeft zorgverleners een aantal verplichtingen:

- *informatieplicht*: de mondhygiënist geeft informatie die de patiënt of de ouder of verzorger van de patiënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te kunnen nemen over diens gezondheid;
- *toestemmingsvereiste*: voor iedere geneeskundige behandeling is vooraf de toestemming van de patiënt vereist;
- *dossierplicht*: de mondhygiënist is verplicht een patiëntendossier bij te houden met daarin gegevens over de patiënt;
- *bewaarplicht*: het dossier moet vijftien jaar worden bewaard, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vervaardigd;
- *geheimhoudingsplicht*: aan verzoeken voor inlichtingen over, inzage of kopie van gegevens aan anderen dan de patiënt kan alleen worden voldaan als daartoe uitdrukkelijke toestemming van de patiënt is verkregen.

Daarnaast heeft de patiënt een aantal rechten waar de mondhygiënist rekening mee moet houden:

- het recht op inzage in zijn medisch dossier (met uitzondering van de persoonlijke aantekeningen van de mondhygiënist);
- het recht op het laten vernietigen van gegevens;
- privacybescherming bij overdracht van gegevens.

*Wet klachtrecht
cliënten zorgsector
(WKZ)*

Deze wet verplicht zorgaanbieders (instellingen en individuele zorgverleners) een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over de zorgaanbieder zelf of over personen die voor of bij de zorgaanbieder werken. Elke zorgaanbieder is verplicht een klachtenregeling te hanteren die voldoet aan de eisen van de wet. De NVM heeft zitting in de landelijke klachtencommissie voor paramedici. Door deze commissie is een landelijke klachtenregeling opgesteld.

*Wet collectieve
preventie volksgezondheid (WCPV)*

In deze wet zijn de wettelijke taken van de gemeentelijke gezondheidsdiensten ten aanzien van mondzorg geregeld. De gemeentelijke gezondheidsdienst dient te beschikken over een deskundige op het terrein van de mondzorg, zijnde een mondhygiënist of tandarts. Deze deskundige draagt zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie. Belangrijke aspecten hiervan zijn:

- het uitvoeren van groepsgerichte preventieve tandheelkundige zorg;
- het systematisch bevorderen van de participatie van jeugdigen aan de tandzorg;
- het tot stand brengen van een structuur waarbinnen personen en instellingen die werkzaam zijn binnen de curatieve en preventieve jeugdtandzorg, hun werkzaamheden op elkaar kunnen afstemmen.

Geneesmiddelenwet

Met de wijziging van de geneesmiddelenwet, begin 2007 van kracht, kunnen mondhygiënisten de voor het toepassen van lokale anesthesie benodigde middelen (en eventuele andere voor de mondhygiënische behandeling noodzakelijke middelen) rechtstreeks van de apotheek en/of dental depot betrekken en onder zich hebben. Mondhygiënisten kunnen geen geneesmiddelen voorschrijven aan de patiënt.

Besluit stralenbescherming Kernenergiewet

Het Besluit stralenbescherming bevat bepalingen over de voorwaarden waaronder gebruik mag worden gemaakt van röntgentoestellen waarbij veiligheid voor zorgverlener en patiënt centraal staat.

Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)

Deze wet bevat regels voor de aanleg, opslag en het gebruik van persoonsregistraties en de verstrekking van gegevens daaruit om te waarborgen dat er zorgvuldig met persoonsgegevens wordt omgegaan. Van persoonsgegevens is sprake als gegevens informatie bevatten over een natuurlijke persoon. De wet geeft aan wat de rechten zijn van iemand van wie gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van instanties of bedrijven die de gegevens gebruiken.

Over het algemeen geldt dat gegevensverwerkingen moeten worden gemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CPB). Persoonsregistraties van zorgverleners genoemd in de Wet BIG, zijn onder voorwaarden vrijgesteld van de meldingsplicht. Op het moment dat de bestanden binnen een groter samenwerkingsverband worden gebruikt, geldt wel een meldingsplicht. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn in een gezondheidscentrum.

De patiënt moet kunnen nagaan wat er met zijn gegevens gebeurt. De mondhygiënist moet de patiënt hierover vooraf inlichten, bijvoorbeeld bij het rapporteren aan de opdrachtgevende tandarts of bij het beschikbaar stellen van gegevens aan een factureringsbedrijf. De gegevensverwerking moet beveiligd zijn bijvoorbeeld door het beperken van de toegang tot de computer. Handmatige verwerkingen moeten in goed te vergrendelen kasten of ruimten worden bewaard.

Arbeidsomstandighedenwet

Werkgevers moeten voor hun personeel goede werkomstandigheden creëren om onnodig ziekteverzuim te voorkomen. Arbodiensten helpen werkgevers bij die taak. Sommige Arbodiensten hebben specifieke kennis in huis over het werken bij medische en paramedische zelfstandigen.

Mededingingswet

Deze wet ziet toe op eerlijke concurrentie tussen ondernemingen. Zelfstandig gevestigde zorgverleners, ondernemingsverenigingen en zorgverzekeraars vallen onder deze wet. Het maken van concurrentiebeperkende afspraken tussen ondernemers over prijs, het werkgebied of het marktgedrag is op grond van de mededingingswet verboden. Een zelfstandige toezichthouder, de NMa ziet toe op naleving van de wet. De mededingingswet bevat verder het verbod voor ondernemingen met een economische machtspositie om misbruik te maken van deze positie.

9 Visie van de beroepsorganisatie

Beroepsorganisatie: belangenbehartiger van leden en van goede zorg

- De NVM is de beroepsvereniging van de Nederlandse mondhygiënisten. In 1967 werd deze vereniging opgericht. Ongeveer 75% van de mondhygiënisten in Nederland is georganiseerd bij de NVM. De NVM behartigt de belangen van de mondhygiënisten in de ruimste zin van het woord.
- Per 1 januari 2007 telt de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten ruim 2000 leden. De meeste leden werken in loondienst in een algemene tandheelkundige praktijk. De groep vrijgevestigde mondhygiënisten maakt ongeveer een derde deel uit van het ledenbestand en neemt in omvang snel toe.
- De NVM heeft in 2005 haar visie op de kern van het werk van de mondhygiënisten neergelegd in de nota 'Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg'.
- Het externe beleid van de NVM richt zich op het brede terrein van het verbeteren van de mondzorg, de belangenbehartiging van de mondhygiënist en de positionering van de mondhygiënist. De NVM participeert in vele overlegsituaties en vertegenwoordigt de mondhygiënisten, nationaal en internationaal.

Zorgvisie beroepsorganisatie NVM

- Zorg: goede mondgezondheid is pijler voor welzijn
- Preventie: mondhygiënist in centrale positie
- Zorgerschikking: prioriteit voor preventie
- Taakerschikking: nieuwe verantwoordelijkheden
- Samenwerking: profiteren van elkaars deskundigheid
- Doelmatigheid van de zorg: inzet mondhygiënisten effectief
- Wetenschappelijke basis van het beroep: meer eigen onderzoek
- Doelgroepen: prioriteit voor jeugd en ouderen
- Kwaliteit: permanente educatie is noodzakelijk

*Beroepsorganisatie:
belangenbehartiger
van leden en van
verantwoorde zorg*

De NVM is de beroepsvereniging van de Nederlandse mondhygiënist. In 1967 werd deze vereniging opgericht. Er waren toen 13 leden. Ongeveer 75% van de mondhygiënist in Nederland is georganiseerd bij de NVM. De NVM behartigt de belangen van de mondhygiënist in de ruimste zin van het woord. Zowel op vakinhoudelijk als op sociaal-economisch en maatschappelijk gebied is de vereniging actief. Daarnaast behartigt de NVM de belangen van leden door concrete producten aan te bieden ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, ter ondersteuning van onderhandelingen over de eigen arbeidsvoorwaarden en bijvoorbeeld door juridische advisering. De NVM legt de hoofdlijnen van haar beleid neer in een meerjarenbeleidsplan. Het beleid richt zich zowel intern, op de vereniging, als extern, op de beroepsuitoefening. Belangrijke voorbeelden van het externe beleid zijn de visie op de beroepsinhoud en in het bijzonder op het belang van preventie. Zo heeft de NVM haar visie op de kern van het werk van de mondhygiënist, de structurele mondzorg en de preventie, in 2005 neergelegd in de nota 'Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg'.

Per 1 januari 2007 telt de NVM ruim 2000 leden en studentleden. Het grootste deel van de leden werkt in een algemene tandheelkundige praktijk. De groep vrijgevestigde mondhygiënist maakt ongeveer een derde deel uit van het ledenbestand en neemt in omvang snel toe. De overige leden werken verspreid over de andere werkelden. Om haar leden te informeren maakt de NVM gebruik van de Algemene Ledenvergadering, het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne, nieuwsbrieven en de website. Tevens werkt de NVM aan deskundigheidsbevordering door het aanbieden van wetenschappelijke congressen.

Als enige vertegenwoordiger van de Nederlandse mondhygiënist is de NVM hét aanspreekpunt voor mondhygiënist, maar ook voor collega-beroepsverenigingen in de (mond)zorg, patiëntenorganisaties, het ministerie van VWS, het ministerie van OC&W en de zorgverzekeraars.

Het externe beleid van de NVM richt zich op het brede terrein van het verbeteren van de mondzorg, de belangenbehartiging van de mondhygiënist en de positionering van de mondhygiënist. De NVM participeert in vele overlegsituaties en vertegenwoordigt de mondhygiënist. In de praktijk betekent dit veel overleg met het ministerie van VWS over de plaats en positie van de mondhygiënist en met de hogescholen en HBO-raad over de opleiding. De NVM voert landelijk en regionaal overleg met zorgverzekeraars die in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke positie hebben gekregen. De NVM onderhoudt contact met de beide beroepsverenigingen voor tandartsen: de NMT en de ANT. Voorts is er geregeld overleg met andere beroepsverenigingen van paramedici vooral op het terrein van kwaliteit en kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening. De NVM onderhoudt contact met beroepsgenoten in andere landen, zowel wereldwijd als in Europees verband (International Federation of Dental Hygienists en European Dental Hygienists Federation).

De NVM zet zich in voor de bevordering van de mondgezondheid. Mensen hebben recht op gezondheidszorg en moeten in staat gesteld worden zelf de verantwoordelijkheid voor hun eigen mondgezondheid te kunnen nemen. Een goede mondgezondheid is van belang voor de algemene gezondheid en een pijler voor welzijn. Preventie is een voorwaarde voor het gewenste niveau van mondgezondheid: afwezigheid van ziekten.

De mondhygiënist begeleidt mensen om deze verantwoordelijkheid te kunnen nemen. De mondhygiënist biedt de patiënt inzicht in de situatie van de eigen mond en reikt kennis aan over de wijze waarop de patiënt, onder meer door zelfzorg, de eigen mondgezondheid kan optimaliseren.

*Relatienetwerk:
gericht op erkenning
en participatie*

*Visie op zorg:
goede mondgezond-
heid is pijler
voor welzijn*

“Oral health is the well being of the oral cavity, including the dentition and its supporting structures and tissues, the absence of disease and the optimal functioning of the mouth and its tissues, in a manner which preserves the highest level of self esteem and interpersonal relationships.”

World Health Organization

*Visie op preventie:
mondhygiënist
in centrale positie*

De NVM stelde al in haar beleidsplan 1998-2001 de noodzaak vast om de doelmatigheid van de inzet van de mondhygiënist met betrekking tot de preventie te vergroten. In haar beleidsplan 2004-2007 stelt de beroepsvereniging dat ‘preventie het uitgangspunt moet blijven bij alles wat de mondhygiënist doet’ (13). Preventie is de basis van mondhygiënische zorg en de mondhygiënist is hiervoor specifiek opgeleid. In de dagelijkse werkelijkheid komt deze deskundigheid echter nog onvoldoende tot zijn recht. Patiënten worden namelijk hoofdzakelijk voor parodontale curatieve zorg verwezen en niet systematisch voor preventieve zorg. Om deze situatie te verbeteren is een centrale positie van de mondhygiënist binnen de preventieve zorg noodzakelijk. Door de rechtstreekse toegankelijkheid zal een doelmatiger inzet van de mondhygiënist op termijn mondgezondheidswinst opleveren.

*Visie op zorgerschikking:
prioriteit voor
preventie*

In de visie van de NVM past een andere inrichting van de mondzorg. Nog steeds ligt in de mondzorg de nadruk sterk op curatie, op tandheelkunde. De NVM pleit voor structurele mondzorg met veel meer nadruk óp en aandacht voor preventie: de verrichtingen van de mondhygiënist zijn er vooral op gericht dat de patiënt steeds ‘terugkeert’ naar een gezonde mond en de primaire preventie. Deze werkwijze heeft een iteratief (herhalend) karakter met als doel dat de patiënt uiteindelijk - door gedragsverandering - zelf de verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn mondgezondheid én dat de mondgezondheid van de patiënt een steeds hoger niveau bereikt. Hierdoor kan curatieve zorg voorkomen of uitgesteld worden. Door deze zorgerschikking, waarbij de nadruk van de zorg ligt op het voorkomen van ziekten in plaats van het oplossen van problemen veroorzaakt door ziekten, krijgen patiënten de gezondheidszorg waar ze recht op hebben. Bovendien zal door deze manier van zorgverlening niet alleen winst te halen zijn op het niveau van de mondgezondheid van de patiënt, maar ook in de doelmatigheid van de zorg. Preventieve zorg is immers beduidend minder kostbaar dan curatieve zorg.

Voor de mondhygiënist betekent het toepassen van structurele mondzorg dat hij vanuit zijn specifieke deskundigheid en zelfstandige verantwoordelijkheid de patiënt behandelt en centraal stelt. De mondhygiënist houdt rekening met de kennis, vaardigheden en wensen van de patiënt en met de kaders gesteld vanuit de gezondheidszorg. Hij toont daarbij flexibiliteit in het methodisch handelen.

*Visie op taak-
herschikking: nieuwe
verantwoordelijkheden*

Het door de overheid ingezette beleid op het gebied van de taakherschikking is gericht op het doelmatiger inzetten van de van de beschikbare menskracht binnen de mondzorg. Van het samenwerken in teams (tandartsen, mondhygiënist, tandartsassistenten en tandprothetic) verwacht de overheid een kwaliteitsimpuls. Meer mogelijkheden voor tweede meningsvorming, voor collegiale toetsing en bijsturing en het stimuleren van arbeidssatisfactie. Voor de mondhygiënist betekent deze taakherschikking vooral dat hij binnen de totale mondzorg verantwoordelijk is geworden voor een grote groep patiënten met een stabiele mondgezondheid en voor tandheelkundig niet gecompliceerde patiënten. Dat wil zeggen dat de dagelijkse, reguliere mondzorg zoveel mogelijk wordt verschoven van de tandarts naar de mondhygiënist. Om deze taken op zich te kunnen nemen beschikt de mondhygiënist minimaal over die competenties waarmee de nodige behandelingen kan toepassen binnen zijn deskundigheidsterrein. Hij kan zelfstandig besluiten nemen en daarover verantwoording afleggen. Wanneer de patiënt zorg behoeft die buiten het deskundigheidsterrein van de mondhygiënist valt, dan verwijst de mondhygiënist de patiënt naar een tandarts of arts. Mondhygiënist die niet beschikken over alle competenties die horen bij de nieuwe taken van de mondhygiënist moeten, indien zij deze taken willen uitvoeren, zich daarvoor bijscholen.

De NVM maakt zich ook sterk voor een adequate honorering van de mondhygiënische zorg en is van mening dat herbezinning over de tariefstructuur binnen de mondzorg de taakherstelling kan stimuleren. Preventieve zorg dient een eigenstandig en substantieel onderdeel te vormen van de vergoedingen, waardoor de kosten van de mondzorg op de langere termijn wellicht naar beneden kunnen worden bijgesteld.

Mondhygiënisten werken samen met tandartsen, tandartsassistenten, tandarts-specialisten, artsen, andere paramedici, verplegenden en verzorgenden. Binnen de algemene mondzorg zal de samenwerking vooral plaatsvinden in een teamverband van tandartsen en tandartsassistenten met, indien nodig, verwijzingen naar tandheelkundig specialisten. Om deze samenwerking voldoende tot zijn recht te laten komen het vooral van belang is dat de verschillende zorgverleners op de hoogte zijn van een ieders deskundigheid en zij elkaars competenties kennen en vertrouwen. De basis hiervoor moet gelegd worden tijdens de opleidingen. Voor de invulling van het door de overheid ingezette beleid is het niet strikt noodzakelijk dat zorgverleners onder één dak zijn gehuisvest. Wel is het nodig dat de samenwerking tussen verschillende zorgverleners protocollair wordt geregeld en schriftelijk vastgelegd.

Binnen de intramurale zorgverlening of de collectieve preventieve zorg zal de mondhygiënist - naast het daadwerkelijk verlenen van zorg of het geven van voorlichting - steeds meer de functie van coördinator van de mondzorg gaan vervullen. Dat betekent dat de mondhygiënist moet beschikken over een basiskwalificatie voor het geven van leiding en het uitvoeren van managementtaken. Daarnaast kan hij beleidsadviezen formuleren, kwaliteitszorg uitoefenen en een planning daarvoor maken.

Door het toepassen van structurele mondzorg door mondhygiënisten komt naar het idee van de NVM niet alleen de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking op een hoger niveau, maar kunnen de kosten van de zorg afnemen. Buitenlands onderzoek (14, 15, 16, 17) toont aan dat het inzetten van meer mondhygiënisten in de tandartspraktijk een positieve verschuiving oplevert in de praktijkvoering: meer preventie en minder (dure) curatieve en prothetische behandelingen. Eveneens is aangetoond dat door de rechtstreekse toegankelijkheid van de mondhygiënist de mondzorg laagdrempelig wordt waardoor problemen in een vroeger stadium onderkend en voorkomen kunnen worden.

Met betrekking tot de mondzorg voor de jeugd is de NVM van mening dat de effecten van individuele preventie versterkt worden door collectieve preventie waardoor de zorg nog doelmatiger kan worden. Met name zal dit het geval zijn bij de risicogroepen onder de jeugd. De NVM zet zich in voor onderzoek naar de doelmatigheid van de zorg door mondhygiënist en initieert pilotstudies op dit terrein.

Mondhygiënisten werken op basis van bewezen handelingen (evidence based practice), zelfreflectie en onderzoek. Bij de beroepsuitoefening gebruikt de mondhygiënist wetenschappelijk inzichten die vertaald zijn of worden naar het eigen beroepsmatig handelen. Hij kan reflecteren op de eigen werkwijze en is in staat nieuwe inzichten te ontwikkelen. Hij initieert toegepast onderzoek en kan deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld naar de doelmatigheid van de zorg of de behoefte aan zorg bij risicogroepen onder de jeugd of binnen de ouderenzorg. Door de vierjarige opleiding kan de mondhygiënist doorstromen naar wetenschappelijke opleidingen bijvoorbeeld die tot tandarts/mondarts. Voor de ontwikkeling van het beroep acht de NVM het belangrijk dat mondhygiënist onderzoek doen binnen het eigen domein. Het instellen van een hbo-master opleiding op het terrein van de mondhygiëne/mondzorgkunde is daarom een voorwaarde.

Dit alles draagt bij aan een eigen, wetenschappelijk onderbouwd, deskundigheidsterrein (body of knowledge) waarop de beroepsuitoefening van mondhygiënist gebaseerd is en verder bouwt.

Visie op samenwerking: profiteren van elkaars deskundigheid

Visie op doelmatigheid van de zorg: inzet mondhygiënist effectief

Visie op wetenschappelijke basis van het beroep: meer eigen onderzoek

*Visie op doelgroepen:
prioriteit voor jeugd en
ouderen*

Uit onderzoek blijkt dat de mondzorg voor patiënten in twee leeftijdscategorieën, namelijk jeugdigen tot 18 jaar en ouderen boven de 65 jaar, bij ongewijzigd beleid, in de toekomst een groeiend probleem vormt. De NVM pleit er voor om aan deze groepen extra aandacht te geven. Voor de jeugdigen betekent dit meer inzet van de mondhygiënist op zo jong mogelijke leeftijd, versterking van collectieve preventie, opnemen van preventieve mondzorg in de basisverzekering en initiëren van georganiseerde jeugdtandverzorging. Bovendien is de NVM van mening dat door de jeugd te voorzien van structurele mondzorg door mondhygiënist, er geen sprake meer hoeft te zijn van behandelachterstand bij de jeugd, ook niet bij de zogenaamde risicogroepen.

Voor ouderen dringt de NVM ondermeer aan op het streven naar het opnemen van preventieve mondzorg in het zorgplan van instellingen voor ouderenzorg en het initiëren van een meer toegankelijke mondzorg voor ouderen. Hierbij kunnen mondhygiënist een belangrijke rol spelen.

Voorts is de NVM van mening dat de relatie tussen de algemene gezondheid en de mondgezondheid van groot belang is en dat zij elkaar wederzijds beïnvloeden. Door het gedrag van mensen ten aanzien van hun mondgezondheid positief te beïnvloeden draagt de mondhygiënist bij aan een verbeterde leefstijl, waarbij ook het voorkomen van ziekten als diabetes mellitus en obesitas bewerkstelligd kan worden.

*Visie op kwaliteit:
permanente educatie is
noodzakelijk*

De NVM voert actief kwaliteitsbeleid. Het kwaliteitsbeleid richt zich op vakbekwaamheid, op patiëntveiligheid, op cliëntgerichtheid en op organisatie van de zorg. De NVM schept met het kwaliteitsbeleid voorwaarden voor de mondhygiënist, waardoor zij de kwaliteit van hun beroepsuitoefening kunnen verbeteren.

De NVM gaat er van uit dat verworven kennis en vakbekwaamheid vanaf het afstuderen op peil gehouden moet worden. Het doorlopen van de opleiding is niet voldoende om de rest van het werkzame leven op te teren. Kennis moet worden bijgehouden en bovendien staat de wereld niet stil: wet- en regelgeving veranderen, er komen nieuwe technologieën en nieuwe inzichten om te behandelen. Daarom is ook voor de mondhygiënist 'een leven lang leren' van groot belang.

10 Kwaliteitsbeleid NVM

- Mondhygiënisten kunnen zich inschrijven in het *Kwaliteitsregister Paramedici*. Dit register kent een periodieke herregistratie waarbij kwaliteitseisen worden gesteld aan de beroepsuitoefening en aan bij- en nascholing. Per 2006 heeft het overgrote deel van de mondhygiënisten (1700) zich in het kwaliteitsregister ingeschreven.
- *Intercollegiale toetsing (IT)* heeft als doel ervaringen uit te wisselen en de kwaliteit van werk te vergelijken met dat van collega's. Door deze toetsing leren mondhygiënisten van elkaar. De IT-groepen worden geleid door gespreksleiders die hiervoor worden geschoold.
- Door *visitatie* wordt de praktijkvoering van mondhygiënisten en het patiëntgebonden handelen getoetst aan vooraf door de NVM opgestelde criteria.
- De NVM heeft een uniforme wijze van *patiëntenverslaglegging* ontwikkeld, in het belang van de patiënt, de mondhygiënist zelf en de partners in zorg.
- Het hebben van een *klachtenregeling* is een wettelijke verplichting. Alle vrijgevestigde mondhygiënisten die lid zijn van de NVM, zijn automatisch aangesloten bij de klachtencommissie.
- *Bijtscholing* is van levensbelang voor kwaliteit. De NVM participeert in een accreditatiesysteem voor bij- en nascholing ten behoeve van herregistratie in het kwaliteitregister.
- *Beroepscode* voor mondhygiënisten - een formele vastlegging van normen en waarden - vormt een leidraad bij het handelen in de uitoefening van het beroep mondhygiënist.

*Kwaliteitsbeleid:
preventie als
uitgangspunt*

De NVM meent dat de preventief gerichte werkwijze van de mondhygiënist de kwaliteit van de zorg sterk verbetert. Het verschuiven van de zorg van curatie naar preventie is de beste oplossing voor capaciteitsproblemen in de zorg. De NVM ondersteunt deze overtuiging door in het eigen beleid veel aandacht aan preventie te schenken en stelt daarbij de patiënt centraal.

De zorg voor kwaliteit is onlosmakelijk verbonden met al het beroepsmatig handelen en nauw verweven met het bewaken van de professionaliteit. De mondhygiënist staat voor de opgave om de kwaliteit van zijn handelen als zorgverlener te bewaken. De NVM heeft veel aandacht voor het kwaliteitsbeleid en heeft concrete kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld.

*Kwaliteitsregister
Paramedici:
initiatief van het veld*

In 2000 heeft de NVM samen met acht paramedische beroepsverenigingen het Kwaliteitsregister Paramedici opgericht. Het Kwaliteitsregister Paramedici heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te optimaliseren. De registratie staat open voor paramedici die gediplomeerd zijn en voorziet in een periodieke herregistratie voor paramedici die voldoen aan vastgestelde kwaliteitscriteria op het gebied van deskundigheidsbevordering en werkervaring. Per 2006 heeft het overgrote deel van de mondhygiënisten (1700) zich initieel laten registreren in het kwaliteitsregister.

*Intercollegiale toetsing:
leren van elkaar*

Halverwege de jaren 90 van de vorige eeuw is de NVM gestart met intercollegiale toetsing (IT). De NVM heeft een methode ontwikkeld om mondhygiënisten met elkaar in gesprek te brengen teneinde ervaringen uit te wisselen en de kwaliteit van het werk te vergelijken met dat van collega's. Dit gebeurt aan de hand van vooraf door de IT-groep vastgestelde criteria. Door collegiale advisering bij problemen of door vergelijking van het eigen handelen met dat van een collega of met een richtlijn leren mondhygiënisten van elkaar. Deze intercollegiale toetsing vindt regionaal plaats in de zogenaamde intercollegiale toetsingsgroepen. In toenemende mate zal wetenschappelijk bewijs richtinggevend zijn bij het toetsen van het eigen handelen (evidence based practice). De IT-groepen worden geleid door IT-begeleiders die hiervoor worden geschoold.

*Visitatie:
bij elkaar in de
praktijk kijken*

Door middel van visitatie wordt de praktijkvoering van mondhygiënisten en het patiënt-gebonden handelen getoetst aan de wet- en regelgeving en binnen de beroepsgroep geldende normen. Deze visitaties zijn niet verplicht maar kunnen door de mondhygiënist worden aangevraagd. Jaarlijks vinden er visitaties plaats bij vrijgevestigde mondhygiënisten. Tevens is in samenwerking met de NMT een proefproject 'visitatie in de algemene praktijk' uitgevoerd. Dit project is positief geëvalueerd, vanaf 2007 wordt volgens een bijgesteld systeem gewerkt.

*Patiënten-
verslaglegging:
verplichte
verantwoording*

De NVM streeft naar een systeem van uniforme patiëntenverslaglegging. Er is een 'Programma van eisen: eisen aan de mondhygiënische verslaglegging' (18) ontwikkeld, dat is vertaald naar een verslagleggingsformulier. Daarnaast is aan de hand van dit programma van eisen én de Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne (19) een vertaalslag gemaakt voor de leveranciers van digitale verslagleggingssystemen.

*Klachtenregeling:
wettelijke plicht
goed uitgevoerd*

In 1995 heeft de NVM samen met andere paramedische beroepsverenigingen de 'Landelijke Klachtencommissie Paramedici' opgericht. Alle vrijgevestigde mondhygiënisten die lid zijn van de NVM zijn automatisch aangesloten bij deze klachtencommissie. Patiënten kunnen klachten over de behandeling door vrijgevestigde NVM-leden indienen bij de klachtencommissie. Klachten over mondhygiënisten in loondienst vallen in eerste instantie onder de klachtenregeling van de werkgever.

*Accreditatie bijscholing:
steeds meer kwaliteit*

*Beroepscode:
gedragsregels voor
zorgverlening*

Bijscholing is een belangrijk aspect van het kwaliteitsbeleid van de NVM. De NVM participeert in een systeem voor kwaliteitsbewaking van bij- en nascholing. De Stichting Accreditatie Deskundigheidsbevorderende Activiteiten Paramedici (StADAP) voert kwaliteitsbewaking uit en kan op aanvraag scholingsactiviteiten van een keurmerk voorzien. Mondhygiënist die in aanmerking willen komen voor het kwaliteitsregister, zijn verplicht zich bij te scholen en dienen een afgesproken aantal registratiepunten te verzamelen.

De NVM heeft de beroepscode voor mondhygiënist opgesteld. Een beroepscode is een neerslag van geldende beroepsethiek, gebaseerd op vier basisprincipes: de mondhygiënist moet zich integer, respectvol, deskundig en verantwoordelijk gedragen. In de bijzondere relatie tussen patiënt en mondhygiënist, als zorgverlener, spelen vertrouwen en afhankelijkheid een belangrijke rol. Leden van de NVM onderschrijven de beroepscode en worden geacht zich naar deze code te gedragen. De beroepscode vormt een leidraad bij het handelen in de uitoefening van het beroep mondhygiënist. De betekenis van de beroepscode is vooral gelegen in de formele vastlegging van normen en waarden waaraan beroepsgeenoten zich dienen te houden, respectievelijk gelegen in het formuleren van een aantal elementaire regels voor het gedrag van de zorgverlener tijdens de beroepsuitoefening. Evenals het beroepsprofiel dient ook de beroepscode, bijvoorbeeld na veranderingen in de wetgeving rond de zorg, regelmatig geactualiseerd te worden.

Opleiding: basis voor verantwoorde beroepsuitoefening

- Eerste opleiding in Utrecht in 1968
- Opleiding van twee naar drie jaar in 1992: hbo-niveau
- Opleiding van drie naar vier jaar in 2002: bachelor-niveau
- Meer ruimte voor stages en wetenschappelijke scholing
- Mondhygiënist voorbereid op breed werkveld
- Deskundigheden en competenties goed in beeld
- Uitbreiding van nieuwe taken ingebed in curriculum

Deskundigheid: screenen, herkennen, plannen, behandelen en evalueren**Competenties en eindtermen duidelijk omschreven****I Werken met en voor cliënten**

- gegevens verzamelen analyseren en interpreteren
- zorgplan opstellen en behandelingen uitvoeren
- gedrag beïnvloeden
- proces en product evalueren

II Werken in en voor een organisatie

- overleggen, bedrijfsvoering

III Werken aan professionalisering

- beroepshouding ontwikkelen
- intercollegiaal toetsen
- toegepast onderzoek
- innoveren

*Opleiding:
basis voor verant-
woorde beroeps-
uitoefening*

*Opleiding steeds
verder uitgebreid*

De Opleiding Mondzorgkunde leidt op tot mondhygiënist bachelor of health, zoals omschreven in de Wet BIG. Momenteel zijn er vier opleidingen in Nederland: in Utrecht, Amsterdam, Nijmegen en Groningen. Om tot één van de opleidingen toegelaten te worden, dient men in het bezit te zijn van een diploma vwo, havo (bij voorkeur met het uitstroomprofiel natuur en gezondheid) of mbo (bij voorkeur tandartsassistent). Voor de opleiding mondzorgkunde geldt een numerus fixus, plaatsing gebeurt via loting door het Centraal Bureau Aanmelding en Plaatsing (CBAP) te Groningen. Op beperkte schaal is decentrale selectie mogelijk en/of kan gebruik gemaakt worden van de zogenaamde 21+ regeling. Landelijk zijn er jaarlijks 300 plaatsen voor starters aan de opleidingen.

De opleidingsduur is in 1992 uitgebreid van 2 naar 3 jaar en in 2002 van 3 naar 4 jaar. De huidige opleiding mondzorgkunde is een hbo-bacheloropleiding binnen de kaders van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) en het door de Commissie Accreditatie Hoger Onderwijs geformuleerde beoordelingskader.

Het eerste jaar van de opleiding, de propedeuse, geeft studenten de mogelijkheid zich te oriënteren op het beroep en op de plaats van de mondhygiënist binnen de gezondheidszorg. In *het tweede jaar* staat de student als mondhygiënist centraal: er is meer nadruk op het mondhygiënisch handelen en de student leert dat er rollen zijn die in het beroepsmatig handelen een diversiteit aan vaardigheden vragen.

Het derde studiejaar vormt de overgang naar de beroepspraktijk. Kennismaking met het werkveld, bijzondere patiëntencategorieën, praktijkervaring opdoen en onderzoeksvaardigheden krijgen meer aandacht.

In *het vierde jaar* ontwikkelt de student zich tot professional: door middel van stage in de integrale mondzorgkundige praktijk of andere werkvelden en door diverse afstudeertrajecten.

Naast het accent op de kennis en vaardigheden van de studenten is er aandacht voor reflectie en voor de studieloopbaanontwikkeling. Het curriculum omvat een stageperiode binnen de verschillende werkvelden van de mondhygiënist waarbij de student zich ook kan oriënteren op een voor hem geschikte werkplek. Deze interactie tussen opleiding en werkveld komt de kwaliteit van zowel de opleiding als de beroepsuitoefening ten goede. Gedurende de hele opleiding zijn ook de beroepsoverstijgende competenties belangrijk, zoals ethiek en multidisciplinair werken. De leerlijn wetenschappelijke scholing begint in het eerste studiejaar en leidt uiteindelijk tot methodisch verantwoord toegepast onderzoek in het vierde studiejaar.

De eindtermen van de opleiding mondzorgkunde zijn afgeleid van de beroepstaken van de mondhygiënist en van het domein van de mondhygiëne. Het merendeel van deze eindtermen bestaat uit de landelijk gemeenschappelijke eindtermen voor de opleidingen mondzorgkunde. Binnen een kleiner deel van de eindtermen heeft elke opleiding de mogelijkheid zich te profileren. De opleiding heeft de verantwoordelijkheid haar studenten zodanig op te leiden dat zij in principe in de volle werkveldbreedte van de mondhygiënische beroepsuitoefening inzetbaar zijn. De kern van het opleidingsprogramma laat zich dan ook het best omschrijven als 'de grootste gemeenschappelijke deler' aan kennis, vaardigheden en attitude die voor een dergelijk brede inzetbaarheid noodzakelijk zijn.

Om alle elementen van het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist aan bod te laten komen is gekozen voor competentiegericht onderwijs. Voor de huidige vierjarige opleiding is door de opleidingen een curriculum ontwikkeld. Een curriculum heeft, net zoals het beroep van mondhygiënist, een dynamisch karakter. Veranderende wetgeving, waarin de verantwoordelijkheid en de taken van de mondhygiënist worden geregeld, vraagt steeds weer om aanpassing van het curriculum.

*Competenties en
eindtermen duidelijk
omschreven*

*Deskundigheid:
screenen, herkennen,
plannen, behandelen
en evalueren*

De beoogde deskundigheid van de mondhygiënist heeft betrekking op de primaire, secundaire en tertiaire preventieve zorg voor individuele patiënten en patiëntengroepen:

- screenen van patiënten en patiëntengroepen,
- herkennen van problemen aan het gebit en aan de weefsels die het gebit omringen,
- diagnostiek binnen het eigen deskundigheidsterrein,
- zorg- en behandelplanning,
- mondzorgkundige behandeling (primaire, secundaire en tertiaire preventie),
- evaluatie van zorg en behandeling.

De mondhygiënist verricht bovenstaande taken op hbo-bachelorniveau conform het door de Commissie Accreditatie Hoger Onderwijs geformuleerde beoordelingskader.

De drie competentiegebieden en de daarbij behorende competenties van het curriculum van de vierjarige opleiding mondzorgkunde zijn:

I Werken met en voor cliënten

- 1 zorgvraag verhelderen
- 2 gegevens verzamelen uit interview
- 3 gegevens verzamelen uit onderzoek
- 4 probleem definiëren, diagnosticeren
- 5 gegevens analyseren en interpreteren
- 6 zorgplan voorbereiden en opstellen
- 7 gedrag beïnvloeden
- 8 behandelen (mondhygiënisch en beperkt restauratief)
- 9 proces evalueren
- 10 product evalueren
- 11 rapporteren

II Werken in en voor een organisatie

- 12 overleggen
- 13 bedrijfsvoering (operationeel, tactisch en strategisch)

III Werken aan professionalisering

- 14 beroepshouding ontwikkelen
- 15 intercollegiaal toetsen
- 16 toegepast onderzoek
- 17 innoveren

Bijlagen

- A Literatuur
- B Begrippenlijst
- C Achtergrondinformatie (rapporten en adviezen)
 - 1 MDW-rapport (1997)
 - 2 Capaciteit mondzorg (Commissie Lapré, 2000)
 - 3 Kabinetsstandpunt inzake advies Capaciteit mondzorg (2000)
 - 4 De Toekomst van Hoger Gezondheidszorgonderwijs (2000)
 - 5 Regiegroep Opleidingen Mondzorg (2001-2006)
 - 6 Taakherschikking in de gezondheidszorg (RVZ, 2002)
 - 7 Project Transformatie Opleidingen Mondhygiëne (2001-2006)
 - 8 Commissie Innovatie Mondzorg (Commissie Linschoten, 2006)
- D Wijzigingsbesluit opleiding en deskundigheidsgebied (2006)
- E Adressen opleidingen

Literatuur

- 1 Kalsbeek, H., Poorterman, J.H.G., Verrips, G.H., Eijkman, M.A.J. (2000) Tandheelkundige verzorging Jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ) Mondgezondheid en preventief gedrag na de stelselwijziging. Leiden/Amsterdam: TNO preventie en Gezondheid; Ac. Centrum Tandheelk. Amsterdam. Publ nr 00.0362
- 2 Waal, I. van der, Knol, K., Hilvering, C., Wagener, D.J.Th., Willemsen, M.C. (2005) hfdst. 9 Mond- en tandheelkundige problemen uit Tabaksgebruik, gevolgen en bestrijding, Lemma BV, Utrecht, 2005
- 3 Grossi SG, Genco RJ, Periodontal disease and Diabetes Mellitus: a two way relationship. *Ann. Periodontol.* 1998; 3 (1) : 51-61
- 4 Abbink, E.J.A.A., Dekker, J. den (2005) 'Signalement Mondzorg 2004', Diemen, College voor Zorgverzekeringen
- 5 Truin G.J., Rijkom H.M., Mulder J., Hof M.A. van 't (2005) 'Caries trends 1996-2002 among 6- and 12-year old children and erosive wear prevalence among 12-year old children in The Hague', *Caries Research* 39: 2-8
- 6 Abbas, F. (2004) Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar in de parodontologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, 8 juni 2004. Koninklijke Van Gorcum, Assen
- 7 Baat, C. de (2004) Mondzorg voor ouderen in 2020, *Ned Tijdschr Tandheelkd* 111: 52-54
- 8 Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, Ministerie van VWS, augustus 2000
- 9 Rivière-Ilsen, J. la, Sanden-Stoelinga, M.S.E. van der, Calkoen, P. (2005) Nota 'Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg', Nieuwegein, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- 10 'De toekomst van het hoger gezondheidszorg onderwijs', eindrapport van de verkenningscommissie HGZO, 00.792/aba/bs, augustus 2000
- 11 Armoedemonitor 2005, Sociaal Cultureel Planbureau
- 12 Loveren, C. van, Weijden, G. A. van der (2000) Preventieve Tandheelkunde, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 2000
- 13 Beleidsplan 2004-2007, Nieuwegein, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- 14 Axelsson, P., Lindhe J. (1974) The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years. *J clin periodontol* 1: 126-138
- 15 Axelsson, P., Lindhe J. (1981) Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin periodontol* 8: 239-248
- 16 Axelsson, P., Nyström, B., Lindhe, J. (2004) The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol* 31: 749-757
- 17 Hannerz, H., Westerberg, I. (1996) 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: 40-43
- 18 Van der Maesen, L.F., K. Lakerveld-Heyl, H.W.A. Wams, Programma van eisen: eisen aan de mondhygiënische verslaglegging, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist/NPI 2001
- 19 Corbey-Verheggen, M.J.H., Heerkens Y.F. Classificaties en Codelijsten voor Mondhygiëne, Amersfoort, NPI, maart 1999
- 20 Parry, S.B. (1996) The quest for competencies, *Training and Development* 50: 72-77

Begrippenlijst

ANT	Associatie van Nederlandse tandartsen
Cariës	tandbederf, het proces van tandweefselverval
Caviteit	gaatje in een tand of kies, veroorzaakt door tandbederf
CBAP	Centraal Bureau Aanmelding en Plaatsing (opleidingen)
Curatieve hulp	tandheelkundige of mondhygiënische behandeling met de bedoeling genezing en/of functieherstel te bereiken
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EC's	European Credits
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
Gingivitis	tandvleesontsteking (roodheid, zwelling en bloeding)
HBO-raad	Vereniging van Hogescholen
HGZO	Hoger Gezondheidszorg Onderwijs
IT-groepen	Intercollegiale Toetsingsgroepen
MDW-project	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (project van ministerie van Economische Zaken)
Ministerie van OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteiten
NMT	Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie
ONT	Organisatie Nederlandse Tandprothetici
Orthodontie	Onderdeel van de tandheelkunde waarin afwijkende stand van gebit en kaken wordt behandeld
Osteoporose	Botontkalking
OVDB	Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
Parodontale behandeling	professionele behandeling van aandoeningen aan het tandvlees en kaakbot
Parodontitis	ontsteking van tandvlees en het daaronder gelegen kaakbot met verlies van bind- en steunweefsel
Parodontologie	onderdeel van de tandheelkunde waarin aandoeningen aan het tandvlees en kaakbot worden behandeld
Restauratie	het herstellen van gebitselementen met plastische of gegoten vulmaterialen.
RVZ	Raad van de Volksgezondheid en Zorg
Schisisteam	team van zorgverleners betrokken bij behandeling van patiënten met lip-, kaak- en verhemeltespleten
Sealing	het afsluiten van de groeven in de kauwvlakken van kiezen met adhesieve tandlakken, ter bescherming tegen cariës
Tanderosie	verlies van oppervlakkig tandmateriaal door inwerking van zuren (van bijvoorbeeld frisdranken)
TGVO	Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (collectieve preventie)
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization

Achtergrondinformatie

1 MDW-rapport (1997)

In mei 1997 is in het kader van het project Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit het rapport Concurrentie en Prijsvorming in de Gezondheidszorg verschenen (het zogenaamde MDW-rapport). In dit rapport wordt voorgesteld de mondhygiënist vrij toegankelijk te maken en het takenpakket van de mondhygiënist uit te breiden met preventief onderhoud, waaronder verstaan wordt periodiek onderzoek en eventueel eenvoudige restauraties. Indien nodig kan de mondhygiënist doorverwijzen naar andere tandheelkundige zorgverleners. Na de ministeriële instemming met de in het rapport geformuleerde voorstellen beramen de beroepsgroepen van mondhygiënist en tandartsen én de opleidingen zich over de mogelijke consequenties van de aanbevelingen. Voor de beroepsgroep van mondhygiënisten gelden de volgende:

- de organisatie van de tandheelkundige zorg en het aantal op te leiden beroepsbeoefenaren;
- de financiële vergoeding;
- de eventuele benodigde bij- en nascholing voor de zittende beroepsgroep;
- de inhoud van de initiële opleiding tot mondhygiënist.

De implementatie van de voorgestelde wijzigingen zal naast bovengenoemde consequenties de arbeidssatisfactie en het carrièreperspectief voor vooral mondhygiënisten werkzaam in de algemeen tandheelkundige zorgverlening, aanzienlijk verbeteren.

2 Capaciteit mondzorg (Commissie Lapré, 2000)

Op grond van het Signaleringsrapport Tandheelkunde (1999) worden in de mondzorg grote capaciteitstekorten voorzien. Dit capaciteitsprobleem, ook wel het tandartstekort genoemd, is aanleiding voor de minister van VWS om een adviesgroep in te stellen die het probleem onder de loep gaat nemen. Op 28 februari 2000 gaat de Adviesgroep capaciteit mondzorg onder voorzitterschap van professor Lapré van start. De adviesgroep krijgt als opdracht om de omvang, ernst en aard van het personele capaciteitsprobleem in kaart te brengen en aanbevelingen te doen voor de korte, middellange en lange termijn. De adviesgroep is samengesteld uit deskundigen vanuit de beroepsgroepen (tandartsen, mondhygiënisten, tandprothetic), zorgverzekeraars, universiteiten, overheid en patiënten/consumentenorganisaties.

De commissie komt al snel tot de conclusie dat alleen het uitbreiden van de opleidingscapaciteit niet zal leiden tot het oplossen van de problematiek. Zij stelt dat universitair opgeleide tandartsen niet toekomen aan tandheelkunde op hun opleidingsniveau omdat zij een groot deel van de tijd bezig zijn met het verlenen van tijdrovende maar relatief eenvoudige verrichtingen. De commissie ziet de oplossing dan ook vooral in een betere en gedifferentieerde verdeling van taken op grond van het opleidingsniveau van de zorgaanbieder: het zogenaamde teamconcept.

Hoewel de gedachten over het teamconcept niet nieuw is (Abcoude-project, Jordaan-project, experimenten met de inzet van kindertandverzorgers in de jaren '70 en '80) zijn door de introductie van de Wet BIG vele mogelijkheden ontstaan om het teamconcept verder uit te bouwen. Beroepsvarianten die niet wettelijk geregeld zijn (preventie-assistenten, kindertandverzorgers, tandtechnici met uitgebreid takenpakket) worden door de wet toegestaan, zolang de betrokken zorgverleners niet zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren en geen (aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van anderen veroorzaken. De commissie komt dan ook tot de conclusie dat de Wet BIG ruime mogelijkheden biedt om invulling aan het teamconcept te geven.

Naar het idee van de commissie dienen binnen het teamconcept die aanbieders zorg te verlenen die daartoe qua opleiding en ervaring het meest geschikt zijn: de tandarts legt zich meer toe op de tandheeskunde die aansluit bij zijn wetenschappelijke opleiding (inclusief differentiaties) en het uitvoerende ‘volume’ werk wordt aan hbo/mbo-opgeleiden overgelaten. De preventieve mondzorg, de prothetische mondzorg en de meer reguliere tandheeskunde (herhaalcontrole in een stabiele mond, zonodig boren en vullen) kan volgens de commissie uitgevoerd worden door een mondverzorgende.

De commissie beveelt dan ook aan om op basis van de driejarige Opleiding tot Mondhygiënist een vierjarige hbo-opleiding Mondverzorgende te ontwikkelen met de afstudeerrichtingen mondhygiënist, curatief medewerker, kindertandverzorger, mondhygiënist en medewerker collectieve preventieve mondzorg. Daarnaast beveelt de commissie aan om de mbo-opleiding voor tandartsassistent te veranderen in een opleiding mondzorgassistent waarbinnen een module preventie medewerker is opgenomen en de opleiding tot tandarts aan te passen en uit te breiden (differentiaties) tot de opleiding mondarts.

Met deze aanbevelingen verwacht de commissie een gunstige uitwerking van het teamconcept op het capaciteitsvraagstuk. De teamaanpak garandeert volgens de commissie integrale zorgverlening en is een goede voedingsbodem voor collegiale ondersteuning en kennisuitwisseling. De herziening van het opleidingsstelsel (de master-bachelor-structuur) kan worden aangegrepen om de differentiatie in de beroepenstructuur in de mondzorg zowel binnen de tandartsopleiding als de hbo-opleiding mondverzorgende te integreren en te bevorderen.

De commissie beveelt tevens aan om verzekeringstechnische prikkels in te bouwen om het teamconcept te bevorderen en het teamconcept te implementeren in de basisverzekering. Om de kwaliteit, de doeltreffendheid en doelmatigheid van de nieuwe aanpak te toetsen dienen veldexperimenten plaats te vinden om het teamconcept vorm te geven en in te voeren in de praktijk. Tenslotte beveelt de adviesgroep een periodiek overleg aan met de partijen die in de adviesgroep zijn vertegenwoordigd om gezamenlijk strategieën te ontwikkelen en ervaringen uit te wisselen en de capaciteitsopbouw in de mondzorg structureel te monitoren.

3 Kabinetsstandpunt inzake Adviesgroep capaciteit mondzorg (2000)

Bij het bepalen van het kabinetsstandpunt ten aanzien van de adviezen van de Adviesgroep capaciteit mondzorg speelt taakherschikking binnen de gezondheidszorg en de herziening van de beroepenstructuur een grote rol.

Het kabinet onderschrijft dan ook de aanbeveling van de adviesgroep om het teamconcept, waarbinnen tandartsen, mondhygiënisten en tandartsassistenten samenwerken, te bevorderen. De samenwerking moet volgens het kabinet zijn gebaseerd op duidelijk omliggende afspraken en de vraag wie binnen het teamconcept de patiënt moet behandelen, wordt bepaald door de deskundigheid van de zorgverlener en de doelmatigheid van de zorg.

De aanbeveling om de instroomcapaciteit van de opleidingen van tandartsen en mondhygiënisten te vergroten, wordt door het kabinet overgenomen. Daarbij is het kabinet van mening dat zowel absoluut als relatief gezien, méér mondhygiënisten moeten worden opgeleid. Naar de mening van het kabinet moeten de opleidingen op het gebied van de mondzorg met het oog op de toekomstige beroepsuitoefening beter op elkaar afstemmen. Ook daarbij ligt het accent op taakherschikking. Het kabinet kiest als eerste uitvoeringsmaatregel voor de verhoging van de instroomcapaciteit van de opleidingen en voor het inrichten van een vierjarige bacheloropleiding tot mondzorgkundige op hbo-niveau met een brede basis en verschillende uitstroomprofielen.

Om een platform voor overleg tussen de verschillende beroepsgroepen en opleidingen te creëren wordt de Regiegroep Opleidingen Mondzorg in het leven geroepen.

4 De Toekomst van Hoger Gezondheidszorgonderwijs, (2000)

De Verkenningcommissie het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs (HGZO) van de HBO-raad doet in haar rapport 'De toekomst van het hoger gezondheidszorgonderwijs' diverse aanbevelingen onder andere op het terrein van de opleiding tot mondhygiënist. In zijn algemeenheid stelt de commissie dat door de snelle vergrijzing van de bevolking het aantal mensen met chronische en ouderdomsziekten zal toenemen waardoor een grotere vraag naar zorg ontstaat. Bovendien zal de complexiteit van zorgprocessen toenemen waardoor professionals in de gezondheidszorg intensiever en meer multidisciplinair moeten samenwerken. Onder druk van kostenbeheersing en de dynamiek in wetenschap en de organisatie van de zorg verschuiven taken tussen beroepen voortdurend.

Naar mening van de commissie zullen hogescholen en universiteiten dan ook verregaand dienen samen te werken voor de verdere ontwikkeling van de professionals in de zorg en voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Daarbij zullen hbo-professionals het evidence based karakter van hun beroep moeten versterken met als gevolg een intensivering van het toegepast onderzoek.

De commissie beveelt aan de driejarige opleiding mondhygiëne te verlengen tot vier jaar. De huidige opleidingsduur is te krap om belangrijke elementen van het hbo-niveau zoals onderzoeksvaardigheden, ondernemerschap, reflectie en kwaliteitszorg aan bod te laten komen. Daarnaast is er de taakuitbreiding van de mondhygiënist door het overnemen van taken van de tandarts op het terrein van preventie, diagnostiek en boren en vullen (de beoogde poortwachtersfunctie van de mondhygiënist). De verlenging wordt tevens verbonden aan de voorwaarde dat de opleidingen zichtbaar werk moeten maken van het verhogen van het evidence based karakter.

Door de verlenging van de opleiding van drie jaar met een studiebelasting van 126 studiepunten naar een studieduur van vier jaar met een studiebelasting van 168 studiepunten past de opleiding in de bachelor-masterstructuur van het hoger en wetenschappelijk onderwijs.

Daarmee wordt voldaan aan de afspraken die in dit kader in Europees verband zijn gemaakt. De verkenningcommissie vindt het daarnaast noodzakelijk dat de beroepsverenigingen, hogescholen en universiteiten meer samenhang betrachten in de afstemming van het initieel en post-initieel onderwijs.

5 Taakherschikking in de gezondheidszorg (RVZ, 2002)

In het door de Raad van de Volksgezondheid aan de minister van VWS uitgebrachte advies wordt taakherschikking geformuleerd als 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen' en is veelal bedoeld om geconstateerde capaciteitstekorten in de zorg op te lossen. Het proces van taakherschikking wordt vaak voorafgegaan aan een periode waarin taken op informele wijze van de ene beroepsgroep naar de andere gaan. Het formaliseren van de taakherschikking stuit echter ook op weerstand - 'domein denken' - en belemmert daardoor het tempo van de veranderingen in de organisatie van de zorg. Ook zijn er weinig harde gegevens over de invloed van taakherschikking op de benodigde hoeveelheid zorgverleners, zijn de effecten op de kosten van de zorg niet eenduidig en stellen Europese regels (bijvoorbeeld met betrekking tot röntgenapparatuur) grenzen aan de invulling van de taakherschikking. Desondanks kiest de overheid voor taakherschikking met de volgende kanttekeningen.

De Raad is van mening dat deskundigheid zonder meer voorwaarde is voor taakherschikking. Deze deskundigheid moet omschreven worden in de wet- en regelgeving waarbij 'op verwijzing van een arts of tandarts' kan verdwijnen en zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen door mondhygiënist volgens de Raad goed denkbaar is.

In het belang van de kwaliteit van de zorgverlening wil de Raad meer beroepen (waaronder bijvoorbeeld doktersassistenten) per Algemene Maatregel van Bestuur regelen in de wet BIG om openheid te verschaffen over diploma's en/of de BIG registratie van medewerkers. De Raad is er geen voorstander van nieuwe beroepen onder de werkingssfeer van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) te brengen.

De toegevoegde waarde van de taakherschikking is de mogelijkheid de zorg anders te organiseren én een betere toegankelijkheid van de zorg. De Raad stelt dat deskundigheid en competenties van hulpverleners richtinggevend zijn voor de vraag wie de patiënt behandelt in plaats van een keuze op basis van de oude, hiërarchische beroepenstructuur. De kwaliteit van de zorg dient gemeten en gecontroleerd te worden evenals de effecten van de taakherschikking, met name wat betreft de kosteneffectiviteit.

De Raad is van mening dat taakherschikking ook toegevoegde waarde heeft voor de arbeidsmarkt: meer perspectieven, meer personeel, grotere arbeidssatisfactie.

Met de taakherschikking beoogt de overheid een grotere zorgcapaciteit naar verhouding van het aantal in de zorg werkzame personen, een hogere doelmatigheid van zorg (de meest aangewezen typen zorgverlener inzetten voor de zorgvraag) en een grotere arbeidssatisfactie van de zorgverleners omdat de beroepsuitoefening meer in overeenstemming is met het niveau van de opleiding.

6 Regiegroep Opleidingen Mondzorg (2001-2006)

Om de aanbevelingen van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg te operationaliseren, wordt door de minister van VWS een Regiegroep Opleidingen Mondzorg ingesteld. In de Regiegroep hebben vertegenwoordigers zitting van de beroepsorganisaties van tandartsen (NMT), mondhygiënist (NVM), tandprotheticen (ONT) en tandartsassistenten (CNV Publieke Zaak, OVDB), van de VNSU (Vereniging van Universiteiten, Kamer Tandheelkunde), de HBO-raad, de BVE-raad (Brancheorganisatie voor middelbaar beroepsonderwijs en volwassenen-educatie) en participeren de ministeries van VWS en OC&W.

Hoewel de Regiegroep het kabinetsstandpunt als uitgangpunt heeft, wordt als eerste een visiedocument voorbereid om een gezamenlijk draagvlak te creëren. Daarnaast is een onderbouwing nodig voor de financiële claims die voortvloeiend uit het dan al ingezette beleid: de vierjarige hbo-opleiding tot mondhygiënist.

Omdat de NMT zich niet kan vinden in uitwerking van de ideeën - vooral met betrekking tot de taakherschikking - heeft zij zich teruggetrokken uit de Regiegroep. De Regiegroep heeft zich na het vertrek van de NMT gericht op bilaterale overeenstemming tussen betrokken groeperingen ten aanzien van de nieuwe deskundigheidsterreinen van de diverse medewerkers in de mondzorg (tandarts, mondhygiënist en assistent, allen 'nieuwe stijl'), van de opleidingen in de mondzorg, van een gestructureerde samenwerking en functionele samenhang bij de toekomstige beroepsuitoefening (met een accent op taakherschikking) en de aanpassing van de wet- en regelgeving. Het door de Raad voor de Volksgezondheid en zorg aan de Minister van VWS uitgebrachte advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (2002) heeft bij het bovenstaande een leidende rol gespeeld en de ingezette ontwikkelingen verder gestimuleerd.

Op grond van juridische en beleidsmatige overwegingen waaronder de wettelijke titelbescherming van de mondhygiënist en de regeling voor voorbehouden handelingen wordt besloten het deskundigheidsgebied en de opleiding van de mondhygiënist 'nieuwe stijl' te regelen onder artikel 34 van de Wet BIG en blijft de titel mondhygiënist gehandhaafd (in plaats van 'mondzorgkundige'). Met name de NVM heeft zich sterk gemaakt voor het handhaven van de titel mondhygiënist. De Regiegroep houdt zich vervolgens vooral bezig met het concipiëren van een nieuw Besluit Mondhygiënist waarin het deskundigheidsterrein en de inhoud van de vierjarige hbo-opleiding beschreven worden. Zonder inhoudelijke betrokkenheid van de Regiegroep wordt een nieuw beroepsprofiel Tandartsassistent geformuleerd (OVDB). De Regiegroep is van mening dat het nieuwe beroepsprofiel tandartsassistent hoofdzakelijk de tandartsassistent 'oude stijl' beschrijft waarbij de aanbevelingen van de Adviesgroep capaciteit mondzorg ten aanzien van ontwikkeling en opwaardering van het beroep tot mondzorg c.q. preventie-assistent niet zijn meegenomen. De Regiegroep betreurt dat, zowel in het kader van de implementatie van het teamconcept als de mogelijke doorstroom naar de opleiding tot mondhygiënist.

In 2006 wordt het Besluit 'opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist' conform de voorstellen van de Regiegroep gewijzigd en vormt daarmee de wettelijke basis voor de

beroepsuitoefening van mondhygiënisten 'nieuwe stijl'. De door de Commissie Lapré voorgestelde wijzigingen in de beroepsuitoefening en opleiding van tandartsen worden verder uitgewerkt door de Commissie Innovatie Mondzorg (Commissie Linschoten, 2006).

7 Project Transformatie Opleidingen Mondhygiëne (2001-2006)

Het project 'Transformatie Opleidingen Mondhygiëne' sluit aan op de besluitvorming van de minister van VWS over de aanbevelingen zoals die zijn gedaan in het MDW-rapport, de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (2000), de Verkenningcommissie HGZO van de HBO-raad (2000) en het advies van de Raad voor de volksgezondheid 'Professionals in de gezondheidszorg' (2000). Doel van het project is een landelijk opleidingsraamwerk mondhygiëne te ontwerpen, inclusief de bijbehorende opleidingskwalificaties. Afgesproken wordt dat het nieuwe vierjarige curriculum ingevoerd wordt met ingang van het studiejaar 2002/2003 en dat per 1 september 2006 de vierjarige hogere beroepsopleiding mondhygiëne nieuwe stijl is uitgewerkt en geïmplementeerd. Voor de organisatie en uitvoering van het project worden een stuurgroep, een projectgroep, een klankbordgroep en een werkgroep onderwijsontwikkeling in het leven geroepen waarin de vier opleidingen tot mondhygiënist (Amsterdam, Groningen, Nijmegen en Utrecht), de beroepsorganisaties (NVM, NMT) en de overkoepelende onderwijsraden (VNSU, HBO-raad, BVE-raad) vertegenwoordigd zijn. Het nieuwe curriculum is gebaseerd op de uitgangspunten van het hoger gezondheidszorgonderwijs en de ontwikkelingen in de mondzorg: de uitbreiding van de bevoegdheden van de mondhygiënist (boren en vullen) en de samenwerking binnen het mondzorgteam (teamconcept). Ook wordt in het curriculum rekening gehouden met algemene ontwikkeling in de gezondheidszorg waaronder demografische ontwikkelingen.

In de nieuwe hbo-opleiding richten de eindtermen zich dan ook enerzijds op de directe patiëntzorgtaken, anderzijds op intellectuele vorming, het vermogen tot zelfreflectie, een wetenschappelijke kritische houding, het kunnen omgaan met meer complexe situaties, het managen van processen en het werken in multidisciplinair verband. De nieuwe opleiding resulteert in een bachelorregistratie. Studenten hebben de mogelijkheid tot loopbaanontwikkeling door het volgen van master opleidingen.

In de loop van het transformatieproces wordt besloten niet langer meer uit te gaan van de door de Commissie Lapré voorgestelde afstudeerrichtingen (mondhygiënist, curatief medewerker, kindertandverzorgende, curatief preventief medewerker) maar te opteren voor een 'breed' opgeleide mondhygiënist die met uitzondering van tandtechniek en -prothetiek in alle door de commissie voorgestelde werkvelden inzetbaar is. Wel kunnen de studenten binnen de vierjarige opleiding kiezen voor enige differentiatie in het en opleidingstraject door zogenaamde 'minors', keuzevakken en specifieke afstudeeropdrachten.

De nota 'Contouren van een Opleiding Mondhygiëne Nieuwe Stijl' (2003) vormt de neerslag van de intensieve samenwerking tussen de vier Opleidingen Mondhygiëne die geleid heeft tot het nieuwe curriculum voor de hbo-opleiding mondhygiëne nieuwe stijl.

8 Commissie Innovatie Mondzorg (Commissie Linschoten, 2006)

In 2005 heeft de staatssecretaris van OC&W (in overleg met de minister van VWS) de Commissie Innovatie Mondzorg ingesteld. De taak van de commissie is 'de staatssecretaris en de minister van advies te voorzien over een nieuwe wetenschappelijke opleiding tot mondarts en om de consequenties daarvan op de mondzorg te doordenken'. In de commissie zijn geen mondhygiënisten vertegenwoordigd geweest.

De commissie is van mening dat aanzienlijke taakherschikking binnen de mondzorg mogelijk is. Voor de commissie betekent dat onder meer dat over tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid, wordt verzorgd door de vierjarig opgeleide mondhygiënist. De complexe behandelingen en behandeling bij medisch gecompromitteerde patiënten worden uitgevoerd door de mondarts en eventueel doorverwezen naar de kaakchirurg.

Om de zorgverleners binnen de mondzorg beter toe te rusten in het samenwerken is het volgens de commissie belangrijk dat zij elkaars kwalificaties leren kennen en vertrouwen. De commissie denkt dit te bereiken door mondhygiënist in de hbo-opleidingen en de mondartsen in de WO-opleidingen intensief samen op te leiden vanuit één gezamenlijk instituut per vestigingsplaats onder eenduidige leiding. Om de wetenschappelijkheid en de beroepsgerichtheid van de opleiding tot tandarts te verhogen, acht de commissie het nodig de opleiding te verlengen met één jaar tot een zesjarige opleiding tot mondarts (inclusief differentiaties). Omdat de omvang van de beroepsgroep van mondhygiënist nog te klein is om de taakherschikking volledig te realiseren acht de commissie het niet verstandig het aantal mondartsen in opleiding te drastisch te verminderen. De commissie adviseert het Capaciteitsorgaan om uitgaande van de nieuwe opleiding tot mondarts, de uitstroom van de opleiding tot mondhygiënist en met inachtneming van de positie van de preventie assistenten, de marktontwikkeling in de zorgvraag en de inzichten in taakherschikking (vooral in de mondzorg voor de jeugd) tot nieuwe capaciteitsramingen te komen. De commissie pleit voor een verzekeringssystematiek die het aanbieden van de juiste zorg door de daartoe best geëquipeerde zorgverlener stimuleert en voor adequate voorlichting aan patiënten over taakherschikking.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden



Jaargang 2006

147

Besluit van 21 februari 2006, houdende wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid (wijziging opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2005, IBE/BO-2622575;

Gelet op de artikelen 34 en 39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

Gezien de adviezen van de Adviesgroep capaciteit mondzorg (augustus 2000) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002);

De Raad van State gehoord (advies van 16 november 2005, nr. W13.05.0482/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2006, MEVA/BO-2659020;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut wordt als volgt gewijzigd.

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van artikel 1, onderdeel d, door een puntkomma wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

e. preventieve mondzorg: primaire preventie met betrekking tot de mondzorg en secundaire en tertiaire preventie op het gebied van de parodontologie en cariologie.

B

Hoofdstuk V komt te luiden:

HOOFDSTUK V*§ 1. Titel***Artikel 14**

Het recht tot het voeren van de titel van mondhygiënist is voorbehouden aan degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding voor mondzorgkunde die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs en die voldoet aan de artikelen 15 en 16.

*§ 2. Opleiding***Artikel 15**

1 De opleiding, bedoeld in artikel 14, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs, dat gericht is op het verwerven van kennis van en inzicht en vaardigheid in de volgende aspecten van de mondzorgkundige beroepsuitoefening in het kader van het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 17:

- a. professionele mondzorgkundige vorming;
- b. communicatie en voorlichting;
- c. onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan;
- d. instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid;
- e. beginselen van de mondzorg;
- f. praktijkvoering.

2. Het praktische onderwijs omvat in ieder geval stage in het werkveld inzake het toepassen van tijdens de studie verworven kennis, inzicht en vaardigheden met betrekking tot het gebied van deskundigheid, bedoeld in artikel 17, onder toezicht van een tandarts of mondhygiënist.

Artikel 16

1. Het aspect professionele mondzorgkundige vorming is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

- a. het verwerven en verwerken van relevante informatie;
- b. het uitoefenen van het beroep van mondhygiënist overeenkomstig de geldende professionele standaard en de stand van de wetenschap;
- c. het onderkennen van en omgaan met ethische vraagstukken die zich voordoen bij de mondzorgkundige handeling;
- d. het verstrekken van doelgerichte informatie aan de patiënt;
- e. het handelen vanuit een juist begrip van wettelijke regelingen en andere regelingen betreffende de mondzorgkundige beroepsuitoefening;
- f. de evaluatie van eigen handelen, op grond waarvan eigen beperkingen worden herkend en erkend.

2. Het aspect communicatie en voorlichting is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

- a. het effectief communiceren met de patiënt en, in daarvoor in aanmerking komende gevallen, met diens naaste betrekkingen;
- b. het communiceren met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- c. het geven van voorlichting aan de patiënt met betrekking tot gedrag en behandeling op het gebied van de preventieve mondzorg.

3. Het aspect onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

- a. het in het kader van het mondzorgkundige onderzoek bij de patiënt afnemen van een anamnese, omvattende diens tandheelkundige, medische, persoonlijke en sociaal-culturele achtergronden teneinde de implicaties van algemene gezondheidsafwijkingen en geneesmiddelen-gebruik voor het uitvoeren van de mondzorgkundige behandeling te kunnen beoordelen;
- b. het diagnostiseren van aandoeningen op het gebied van parodontologie en cariologie;
- c. het in de mond signaleren van zichtbare afwijkingen van het normale beeld;
- d. het in opdracht van een tandarts uitvoeren van tandheelkundig beeldvormend diagnostisch onderzoek en het nemen van maatregelen gericht op bescherming tegen ioniserende straling;
- e. het opstellen van een behandelplan en het verwijzen van de patiënt naar een tandarts of arts indien dit in het belang van diens gezondheid noodzakelijk is.

4. Het aspect instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

- a. het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting;
- b. het treffen van preventieve maatregelen voor het handhaven of het bevorderen van de mondgezondheid;
- c. het toepassen van mondzorgkundige behandelingen die aandoeningen van het gebit en de het gebit omringende weefsels voorkomen, verminderen dan wel opheffen;
- d. het indiceren van de behandeling van primaire cariës en in opdracht van een tandarts restaureren van primaire caviteiten met plastische vulmaterialen;
- e. het in opdracht van een tandarts toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie.

5. Het aspect beginselen van de mondzorg is zodanig ingericht dat de betrokkene:

- a. inzicht verwerft in de epidemiologie en de behoefte aan preventieve mondzorg van de bevolking als geheel en de daartoe te hanteren interventiemogelijkheden;
- b. in staat is tot het stellen van prioriteiten voor te verlenen preventieve mondzorg in overeenstemming met de beschikbare middelen, de behandelingsnoodzaak en de eigen vraag naar zorg van de patiënt;
- c. inzicht verwerft in de structuur en financiering van de gezondheidszorg gericht op de mondzorg.

6. Het aspect praktijkvoering is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

- a. het voeren van overleg en samenwerken binnen het mondzorgteam en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- b. het doelmatig vastleggen van relevante gegevens omtrent de patiënt en de behandeling;
- c. het treffen van praktijkhygiënische maatregelen;
- d. het hanteren van de uitgangspunten voor de organisatie en een doelmatige opzet van een mondzorgpraktijk.

§ 3. Deskundigheid

Artikel 17

Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend:

- a. het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts;
- c. het met uitzondering van de in onderdeel e, onder 3°, bedoelde preparatie van primaire caviteiten toepassen van mondzorgkundige behandelingen, strekkende tot het voorkomen of herstellen van aandoeningen van het gebit en tot het opheffen of verminderen van aandoeningen van de weefsels die het gebit omringen;
- d. het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan een persoon, met als doel het stimuleren van gedrag dat de mondgezondheid bevordert;
- e. het bij daarvoor in aanmerking komende patiënten in opdracht van een tandarts:
 - 1°. toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek, bedoeld onder a;
 - 2°. toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties met door Onze Minister aan te wijzen middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek, bedoeld onder a, of van de behandeling, bedoeld onder c, en onder 3°;
 - 3°. behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

ARTIKEL II

In artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid wordt na het woord «injectie» ingevoegd: alsmede het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

ARTIKEL III

Degene aan wie ingevolge artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, zoals dit luidde voor de inwerkingtreding van dit besluit, het recht is toegekend de titel van mondhygiënist te voeren, behoudt dit recht.

ARTIKEL IV

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 11 april 2006, nr. 72.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 21 februari 2006

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *eenentwintigste* maart 2006

De Minister van Justitie,
J. P. H. Donner

NOTA VAN TOELICHTING**Algemeen****1. Verantwoording**

Het onderhavige besluit strekt tot wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, mondhygiënist, orthoptist en podotherapeut, voor zover het gaat om de artikelen aangaande de mondhygiënist en voorts – in samenhang hiermede – het Besluit functionele zelfstandigheid. De wijzigingen houden verband met het volgende.

In december 2000 heeft het toenmalige kabinet zijn standpunt bepaald inzake het rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg (d.d. augustus 2000). De Adviesgroep was ingesteld met als doel de aard, ernst, omvang en duurzaamheid van het menskrachttekort in de mondzorg te verkennen en aanbevelingen te doen voor de oplossing daarvan. Hiermee werd gevolg gegeven aan een van de afspraken uit het Convenant mondzorg dat door de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de besturen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en Zorgverzekeraars Nederland ondertekend is. In de Adviesgroep waren de bij de mondzorg betrokken beroepsgroepen en universitaire opleidingen alsmede de zorgverzekeraars en de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie vertegenwoordigd. De Adviesgroep voorspelde een ernstig capaciteitstekort in de tandheelkundige zorg als er op korte termijn geen maatregelen zouden worden genomen; zij zocht de oplossing niet in één (kwantitatieve) richting, doch stelde een aanpak op meerdere fronten tegelijk voor.

Belangrijke aanbevelingen uit het rapport die het kabinet heeft overgenomen, zijn (voor zover hier van belang):

- het vergroten van de instroomcapaciteit voor tandartsen en mondhygiënisten (waarbij zowel absoluut als relatief gezien meer mondhygiënisten zouden moeten worden opgeleid);
- het bevorderen van het teamconcept waarbinnen tandartsen, mondhygiënisten en tandprothetici samenwerken;
- het op elkaar afstemmen van de diverse opleidingen op het gebied van de mondzorg ter verhoging van de functionele samenhang bij de toekomstige beroepsuitoefening (met een accent op taakherschikking);
- het inrichten van een vierjarige bachelor opleiding tot mondzorgkundige op HBO-niveau met een brede basis en verschillende uitstroomprofielen.

Tevens wordt geopteerd voor het bevorderen van veldexperimenten om kennis op te doen over de effecten van de samenstelling en de werkwijze van het team op de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid voor de verdere inrichting van de mondzorg. Teneinde een platform voor overleg te creëren tussen betrokken partijen en opleidingen in de mondzorg over de positionering van de onderscheiden opleidingen en de onderlinge samenhang is de Regiegroep Opleidingen Mondzorg in het leven geroepen. Deze heeft het kabinetsstandpunt als uitgangspunt voor verdere implementatie onderschreven. In de Regiegroep participeren tevens de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De NMT koos er op een bepaald moment voor zich terug te trekken uit de Regiegroep, omdat men de uitwerking van de ideeën inzake taakherschikking te ver vond gaan.

In het kabinetsstandpunt speelt taakherschikking binnen de mondzorg een grote rol. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) omschrijft in zijn advies «Taakherschikking in de gezondheidszorg» (uit 2002) hieromtrent de volgende uitgangspunten:

- taakherschikking moet in de eerste plaats worden beoordeeld naar de mate waarin het een bijdrage levert aan toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (voor de patiënt de twee belangrijkste elementen in de gezondheidszorg);
- de toegevoegde waarde van taakherschikking (ten opzichte van taak- of functiedifferentiatie) zit in de mogelijkheid om de zorg anders te organiseren, waarbij taakherschikking het innovatieve vermogen van de gezondheidszorg kan versterken;
- deskundigheid en competenties van hulpverleners dienen richtinggevend te zijn voor de vraag wie een patiënt moet behandelen (in plaats van een keuze op basis van de oude – hiërarchische – beroepenstructuur);
- alleen al op grond van arbeidsmarktoverwegingen zou taakherschikking maximale kansen moeten krijgen (tegenover een groeiend aantal potentiële zorgbehoevenden staat immers een afnemend aantal potentiële zorgverleners).

Uit het rapport van de RVZ kan, in overeenstemming met de aanbevelingen van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, een aantal ontwikkelingen op het gebied van de mondzorg worden afgeleid die het ministerie verder gaat stimuleren. De ontwikkeling van de beroepen en opleidingen in onderlinge samenhang zal worden bevorderd (met als kernbegrippen taakherschikking, samenwerking en eigen professionele verantwoordelijkheid van de diverse typen beroepsbeoefenaren). Argumenten die hierbij een rol spelen, zijn:

- niet alles wat tandartsen doen vereist een wetenschappelijke opleiding;
- opleidingen op HBO- of MBO-niveau duren korter en leveren dus sneller beroepsbeoefenaren af. Kortom, waar mogelijk moet taakdelegatie van tandartsen naar HBO- en MBO-opgeleiden nagestreefd worden. Gerichtte taakherschikking behoeft echter wel het kader van gestructureerde samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgverleners die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn, hetgeen de ontwikkeling van het zogenaamde «teamconcept» vraagt.

Taakherschikking leidt zo tot een grotere zorgcapaciteit naar verhouding van het aantal in de zorg werkzame personen, maar ook tot een hogere doelmatigheid van zorg (de meest aangewezen typen zorgverlener inzetten voor de zorgvraag) en tot grotere arbeidssatisfactie van de zorgverleners (doordat de beroepsuitoefening meer in overeenstemming is met het niveau van de opleiding).

Inmiddels zijn er geen tekenen meer van capaciteitstekorten in de tandheelkundige zorg. Als er echter geen maatregelen worden getroffen, zijn in de toekomst wel tekorten te verwachten als gevolg van enerzijds het feit dat de uitstroom van tandartsen uit het beroep (in verband met leeftijd) groter zal zijn dan de instroom vanuit de opleidingen en anderzijds een groeiende populatie ouderen met op steeds hogere leeftijd nog het eigen gebit. Daarenboven is taakherschikking een speerpunt van het overheidsbeleid geworden – verwezen zij naar hetgeen ter zake hierboven is opgemerkt –, zodat er alle reden is om verder te gaan op de door het kabinet ingeslagen weg.

Alle betrokken partijen achten de ontwikkeling van een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in de mondzorg van essentieel belang en onderkennen de consequenties hiervan voor de diverse opleidingen, wat betreft duur en inhoud. Onvermijdelijk impliceert deze ontwikkeling immers verschuivingen (in onderlinge samenhang) in het hele beroepenveld van de mondzorg.

Om een en ander te realiseren zullen concrete uitvoeringsmaatregelen ter hand worden genomen, onder meer gericht op het aanpassen van regelgeving. In het kader van het onderhavige besluit impliceert dit het uitbreiden van het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist met het uitvoeren van curatieve werkzaamheden en door een verdere verzelfstandiging van de beroepsuitoefening van de mondhygiënist ten opzichte van de tandarts.

De veranderende samenleving en de daarmee samenhangende zorgvraag eist steeds meer kennis en vaardigheden van de zorgverleners in de mondzorg, derhalve ook van de mondhygiënist. Allereerst is er een groeiende aandacht voor preventie in de zorg. Voorts zal als gevolg van de vergrijzing enerzijds het aantal patiënten toenemen en anderzijds de zorgvraag van de patiënt complexer worden. Bovendien stijgt het gebitsbewustzijn van de patiënt waardoor deze steeds vaker zelf naar bepaalde handelingen zal vragen. Grotere assertiviteit alsmede verbeterde informatievoorziening via bijv. internet (en dus meer kennis van de mondzorg) brengen met zich dat de patiënt eisen stelt aan de behandeling.

Naast bedoelde inhoudelijke veranderingen is er een tendens waarneembaar tot meer samenwerking tussen zorgaanbieders in teams en samenwerkingsverbanden. De teamspelers zullen, meer dan tot nu toe het geval is, op de hoogte moeten zijn van elkaars kernkwaliteiten en vaardigheden.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) en de opleidingen voor mondhygiënist hebben overeenstemming bereikt over de toekomstige inrichting van de opleiding. De nieuwe opleiding zal gekenmerkt worden door brede professionalisering, (multidisciplinaire) integratie, gedegen wetenschappelijke onderbouwing, creativiteit en complexiteit van handelen, probleemgericht werken, methodisch en reflectief denken en handelen, sociaal-communicatief handelen en een basiskwalificering voor managementfuncties. De mondhygiënist leert vanuit het eigen werkveld – de structurele mondzorg – op welke wijze hij gebruik kan maken van de kernkwaliteiten van de andere teamspelers binnen de mondzorg. Dit is van belang in het kader van de gewenste taakherschikking binnen de mondzorg die via meer gestructureerde samenwerkingsverbanden met andere zorgverleners gestalte dient te krijgen. Hierbij zij aangetekend dat de Wet BIG niet zonder meer het geschikte middel is om samenwerking in de mondzorg tot stand te brengen; initiatieven hiertoe moeten in het veld ontwikkeld worden. Met regeling van een beroep kan samenwerking tussen beroepsgroepen immers niet worden afgedwongen. Regeling vermag echter wel bij te dragen aan duidelijkheid, onder meer door het expliciteren van het deskundigheidsgebied. Vaststelling van dit deskundigheidsgebied geeft inzicht in de mogelijkheden tot samenwerking.

Voorts stelt de nieuwe opleiding de afgestudeerde in staat om het beroep van mondhygiënist zonder verwijzing van een tandarts uit te oefenen: de mondhygiënist is daardoor voor de patiënt rechtstreeks toegankelijk.

Dit betekent een uitbreiding van de deskundigheid ten opzichte van de bestaande situatie. Een verdere uitbreiding vormt de behandeling – in opdracht van een tandarts – van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Kortom, er zullen meer mondhygiënisten worden opgeleid die bovendien over een grotere deskundigheid beschikken waardoor zij bepaalde taken kunnen overnemen van de tandartsen die op hun beurt dan weer meer tijd hebben voor de complexe behandelingen.

Met ingang van het studiejaar 2002/2003 is de opleiding voor mondhygiënist met een jaar verlengd (van drie naar vier jaren, de gangbare duur voor HBO-bacheloropleidingen) om ruimte te bieden voor (beroepsoverstijgende) HBO-competenties en tevens voor uitbreiding van beroepscompetenties inzake «licht curatieve werkzaamheden». Te zelfder tijd hebben de betrokken opleidingsinstellingen de driejarige opleiding voor mondhygiënist gesloten voor nieuwe studenten.

2. Administratieve lasten

Ten aanzien van het streven van de overheid de administratieve lasten voor het bedrijfsleven en de burger te verminderen zij opgemerkt, dat het onderhavige besluit in dit kader niet relevant is, aangezien hierin geen sprake is van informatieverplichtingen en dit evenmin het geval was in de beide besluiten zoals deze luiden vóór de onderhavige wijziging.

Artikelsgewijs

Artikel 1, sub A

Aan artikel 1 (Begripsbepaling) van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, mondhygiënist, orthoptist en podotherapeut is een onderdeel toegevoegd, houdende een definitie van preventieve mondzorg. Deze omvat primaire preventie met betrekking tot de mondzorg en secundaire en tertiaire preventie op het gebied van de parodontologie en cariologie. Primaire preventie heeft tot doel een ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaken. Hierbij vormt een «gezonde» populatie de doelgroep. Een preventieve activiteit in dit kader is bijvoorbeeld voorlichting.

Secundaire preventie beoogt ziekten in een vroegtijdig stadium op te sporen. Daardoor kan eerder worden gestart met behandelen, zodat genezing eerder kan worden bewerkstelligd of verergering van de ziekte kan worden voorkomen. De doelgroep omvat personen die ziek zijn (of een bepaalde genetische aanleg hebben), doch bij wie de ziekte nog niet is gediagnosticeerd (of bij wie de genetische aanleg nog niet is vastgesteld). Voorbeelden van secundaire preventie zijn systematisch bevolkingsonderzoek, screening in families en de periodieke mondzorgkundige controle.

Onder tertiaire preventie worden de activiteiten verstaan die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand of de zelfredzaamheid van personen op te heffen, te reduceren of te compenseren. In tegenstelling tot de beide hiervoor bedoelde interventies richt tertiaire preventie zich op personen bij wie reeds een ziekte is vastgesteld en die zich met een bepaalde zorgvraag tot het zorgcircuit wenden.

Artikel 1, sub B

Artikel 14 is gewijzigd in die zin dat een nieuwe opleiding, namelijk die voor mondzorgkunde, wordt geïntroduceerd waarvan het getuigschrift recht geeft op het voeren van de titel mondhygiënist. Het betreft een vierjarige HBO-bacheloropleiding, opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs, die in het studiejaar 2002–2003 voor het eerst van start ging; degenen die voordien met de opleiding mondhygiëne zijn gestart, maken deze op de oude voet af.

De afgestudeerde van de opleiding mondzorgkunde beschikt over meer beroepscompetenties, namelijk op het gebied van de tertiaire preventie en qua zelfstandigheid van werken – niet langer op verwijzing van de tandarts –, dan de afgestudeerde van de driejarige opleiding; dit houdt verband met de gewenste uitbreiding van de deskundigheid.

Oorspronkelijk was het de bedoeling dat niet alleen de naam van de opleiding zou wijzigen, maar ook de titel die de afgestudeerde mag voeren (mondzorgkundige in plaats van mondhygiënist). Dat hier uiteindelijk vanaf is gezien, houdt verband met het volgende.

De introductie van een nieuwe titel zou betekenen dat voor de zittende beroepsgroep van mondhygiënisten een overgangsregeling in het leven zou moeten worden geroepen in die zin dat de titel mondhygiënist voor hen levenslang (wens van de NVM) of in elk geval voor een bepaalde (lange) periode beschermd zou blijven. De opleidingsinstellingen komen weliswaar met een cursus die de zittende beroepsgroep bijscholing biedt op het terrein van de nieuwe beroepscompetenties, doch naar verwachting zal niet iedere mondhygiënist hiervan gebruik maken omdat men er de voorkeur aan geeft zich te beperken tot het huidige deskundigheidsgebied.

Het creëren van een (levens)lange overgangsregeling wordt echter tegenwoordig uit wetgevingsoogpunt niet wenselijk meer geacht. Anderzijds zijn de verschillen in beroepscompetenties tussen het nieuwe en oude deskundigheidsgebied (vooral de tertiaire preventie) ook te klein om een nieuwe titel te rechtvaardigen en zou het bestaan van twee verschillende titels voor beroepsbeoefenaren op het gebied van de mondhygiëne voor het publiek alleen maar verwarrend werken.

Overigens heeft een soortgelijke situatie zich bij het beroep van mondhygiënist al meerdere keren voorgedaan sinds het beroep wettelijk geregeld is. Te denken valt aan mondhygiënisten met een éénjarige, een tweejarige of een driejarige opleiding en mondhygiënisten die wel en zij die niet zijn opgeleid om lokale anesthesie functioneel zelfstandig toe te passen. Allemaal mogen zij de titel mondhygiënist voeren. In geen van deze gevallen is overwogen een nieuwe titel in het leven te roepen en evenmin was er ooit sprake van een verplichte bijscholing voor de zittende beroepsgroep. De verschillen hebben nimmer aanleiding gegeven tot problemen in de praktijk, noch bij de zorgverleners noch bij de patiënten.

Bij dit alles moet bedacht worden dat de beroepsbeoefenaar zelf de verantwoordelijkheid draagt voor het op peil houden van zijn deskundigheid: desgewenst kan men zich de nieuwe competenties via bijscholing eigen maken; van aspecten van de beroepsuitoefening ter zake waarvan men niet deskundig is, dient men zich te onthouden. Wat betreft voorbereiden handelingen (zoals het boren van primaire caviteiten) geldt, dat men deze slechts mag uitvoeren als men daartoe bekwaam is.

Een laatste argument voor het handhaven van de titel mondhygiënist ten slotte vormt het feit dat internationaal gezien «dental hygienist» (in het Nederlands dus mondhygiënist) de gangbare term is.

De artikelen 15 en 16 geven de inhoud van de opleiding mondzorgkunde weer. Voor het eerst wordt hier voor een krachtens artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geregelde opleiding het – in de onderwijswereld inmiddels gebruikelijke – systeem gehanteerd van omschrijving van competenties, dat reeds toegepast is bij de omschrijving in het kader van de Wet BIG van bijvoorbeeld de opleidingseisen voor de tandarts. Dit betekent dat niet langer, zoals bij de voorschriften betreffende de opleiding mondhygiëne, sprake is van vakgebieden en bepalingen inzake de beroepsvoorbereidende periode. Dat een dergelijke wijziging er op termijn zou komen, was in de toelichting bij het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, mondhygiënist, orthoptist en podotherapeut al aangekondigd. Onontbeerlijk daarvoor was de ontwikkeling van goede kernkwalificaties, waarin zowel het werkveld als de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich kunnen vinden, hetgeen impliceert dat zij in ieder geval ten aanzien van het beroepsinhoudelijke deel van de

opleiding – centrale vak en beroepsvoorbereidende periode – de vereiste garanties bieden.

Voor de opleiding mondzorgkunde is dat met de nieuwe formulering van de artikelen 15 en 16 in het onderhavige besluit (als eerste) het geval: de eerdergenoemde Regiegroep Opleidingen Mondzorg heeft zich unaniem achter de beschreven competenties geschaard.

Hoewel in de omschrijving van de opleiding niet meer met zoveel woorden genoemd, is er nog steeds sprake van stage in het werkveld waarbij de student als aspirant-beroepsbeoefenaar al dan niet in volle omvang het beroep zoals weergegeven in de deskundigheidsomschrijving uitoefent onder toezicht van een beroepsbeoefenaar die gerechtigd is de titel in kwestie te voeren (i.c. een tandarts of mondhygiënist). Hierbij beschikt de student over een nagenoeg volledige deskundigheid om verantwoord patiënten te kunnen onderzoeken en behandelen. Voorkomen dient immers te worden dat patiënten, die toch kwetsbaar zijn, onnodig risico lopen. Belangrijk is tevens dat studenten in hun handelen rekening leren houden met de patiënt als uniek individu en derhalve een onbevooroordeelde en begrijpende attitude aanleren ten aanzien van de achtergrond van de patiënt waar het gaat om zaken als ras, sexe, sexuele geaardheid, sociaal-economische status, cultuur en levensovertuiging.

Wat betreft het in artikel 17 omschreven gebied van deskundigheid zij het volgende opgemerkt.

Het werkveld van de mondhygiënist is de structurele mondzorg. Binnen de mondzorg is de mondhygiënist dé deskundige op het gebied van de preventie. Dit impliceert dat de mondhygiënist zich met name bezighoudt met het voorkomen van aandoeningen aan het gebit en de het gebit omringende weefsels. Alle handelingen die de mondhygiënist in het kader van zijn beroepsuitoefening verricht (ook binnen de curatieve mondhygiënische zorg) zijn doorspekt met preventieve handelingen.

Nieuw is dat de patiënt zich nu ook voor onderzoek en behandeling rechtstreeks kan wenden tot de mondhygiënist (zonder verwijzing van een tandarts). In de oude situatie bestond die mogelijkheid in principe ook, doch onderzoeken en behandelen zonder verwijzing impliceerde voor de mondhygiënist treden buiten zijn gebied van deskundigheid (omdat hij daartoe immers niet was opgeleid).

Het feit dat de tandarts de patiënt niet meer als eerste behoeft te zien betekent dat de mondhygiënist bij het onderzoeken van de patiënt niet altijd meer kan beschikken over een door de tandarts gestelde diagnose. In de situatie dat de patiënt zich rechtstreeks tot de mondhygiënist wendt, zal deze zijn onderzoek moeten uitbreiden tot een screeningsonderzoek inzake aandoeningen de mondgezondheid betreffende. Het afnemen van een algemene anamnese, waaronder bijvoorbeeld ook het informeren naar eventueel medicijngebruik valt, behoort hiertoe. De mondhygiënist onderzoekt en behandelt wel steeds vanuit zijn mondhygiënische deskundigheid en voor zover het om de mondgezondheid van de patiënt gaat. Indien het onderzoek daartoe aanleiding geeft, verwijst de mondhygiënist de patiënt naar tandarts of arts.

De mondhygiënist start de werkzaamheden met het stellen van de diagnose en indicatie tot behandeling op basis van zijn deskundigheid. Het uitgangspunt van de behandeling is preventie en het de patiënt leren van een gedragsverandering ten aanzien van de eigen mondzorg.

Mocht de patiënt onverhoopt toch klachten krijgen, dan zal curatieve zorg toegepast dienen te worden. Afhankelijk van zijn eigen bekwaamheid en deskundigheid zal de mondhygiënist in dat geval of zelf de curatieve handelingen verrichten – zo nodig in opdracht van een tandarts – of de patiënt overdragen aan een andere beroepsbeoefenaar. Ook in deze situatie speelt de preventie echter weer een rol van betekenis: de

mondhygiënist zal de patiënt duidelijk maken waarom een probleem is ontstaan en hoe herhaling voorkomen kan worden.

Bij curatieve mondhygiënische zorg (artikel 17, onderdeel c) gaat het om het reinigen van het gebit van de patiënt, om de weefsels die het gebit ondersteunen te genezen of om de patiënt in een situatie te brengen die niet bedreigend is voor de mondgezondheid. Voorbeelden zijn het aanbrengen van fissuurverzegelingen, het verwijderen van tandsteen, tandplaque of aanslag op het gebit, het glad maken van worteloppervlakken en het polijsten van o.a. vullingen met behulp van de geëigende apparatuur en instrumenten uit de mondhygiënistenpraktijk. Voorts kunnen tandvleesziektenbestrijdende middelen uitwendig op de weefsels die het gebit omringen worden aangebracht. Tevens omvat de deskundigheid van de mondhygiënist nu het behandelen van primaire caviteiten door middel van restauratie met plastische vulmaterialen (i.e. het vullen van gaatjes als vervolghandeling op de preparatie, i.e. het boren).

Het onderhavige ontwerp voegt – in vergelijking met de oude situatie – aan het in opdracht van de tandarts uitvoeren van voorbehouden handelingen eveneens een nieuw aspect toe: naast het maken van röntgenfoto's en het toepassen van lokale anesthesie behoort thans – op basis van de nieuwe opleiding – als derde voorbehouden handeling het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie tot de deskundigheid van de mondhygiënist (artikel 17, onderdeel e).

Voor het toepassen van lokale anesthesie is het inmiddels gewenst dat mondhygiënisten, nu deze steeds vaker zelfstandig gevestigd zijn, de noodzakelijke middelen daartoe rechtstreeks van de apotheek kunnen betrekken. Te dien einde is het beroep van mondhygiënist opgenomen in artikel 1, eerste lid, onder II, van het voorstel van wet houdende vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet (Kamerstukken II 2003/2004, 29 359, nr. 8). Deze bepaling benoemt de categorieën van beroepsbeoefenaren die geneesmiddelen onder zich hebben ten behoeve van toediening aan hun patiënten. Voorts zal in een op basis van het onderhavige besluit te ontwerpen ministeriële regeling opgave worden gedaan van de farmaca die in aanmerking komen voor toepassing door de mondhygiënist. Het betreft hier dus niet het voorschrijven van farmaca aan de patiënt, doch de mogelijkheid voor de mondhygiënist om over lokale anesthetica te beschikken ten behoeve van het onderzoeken of behandelen van de patiënt.

Artikel II

In het kader van de voorgestane taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist is het de bedoeling dat laatstgenoemde bepaalde curatieve werkzaamheden van de tandarts gaat overnemen, zodat deze meer tijd krijgt voor complexe behandelingen en het tekort aan tandartsen minder nijpend wordt. Het gaat bij deze curatieve werkzaamheden om het boren en vullen van primaire caviteiten, waarvan het boren als een voorbehouden handeling wordt aangemerkt (bij het boren wordt immers de samenhang der lichaamsweefsels verstoord zonder dat deze zich direct herstelt). Binnen de Regiegroep Opleidingen Mondzorg is overeenstemming bereikt over een functionele zelfstandigheid in dit opzicht voor de mondhygiënist. Deze constructie past beter bij de tendens dat mondhygiënisten zich steeds vaker zelfstandig vestigen dan het alternatief via de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG, waarbij toezicht door en tussenkomst van de opdrachtgever (i.c. de tandarts) moeten zijn verzekerd; zo kan de uitbreiding van het deskundigheidsgebied van de

mondhygiënist optimaal benut worden, waar het het terugdringen van het capaciteitsprobleem in de tandheelkunde betreft.

Daartoe wordt in het onderhavige besluit eveneens artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid aangepast; in dit artikel was reeds de functionele zelfstandigheid inzake het toepassen van lokale anesthesie voor de mondhygiënist geregeld.

Het spreekt uiteraard vanzelf dat de mondhygiënist voor die verrichtingen waarvoor de opdracht van een tandarts is vereist, zeker in het geval van zelfstandige vestiging zorg draagt voor het vastleggen van afspraken – bijvoorbeeld in de vorm van een protocol – met de opdracht gevende tandarts(en), teneinde te voorkomen dat in de hulpvraag van de patiënt niet doelmatig wordt voorzien. Ook over de bekostiging zullen in dat kader afspraken gemaakt dienen te worden.

Artikel III

Verwezen zij naar de uiteenzetting bij Artikel I, sub B, betreffende de wijziging van artikel 14.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Opleidingen Mondzorgkunde

Hogeschool INHOLLAND

Opleiding Mondzorgkunde
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam
telefoon 020-5188313
www.inholland.nl

Hanze Hogeschool Groningen

Opleiding Mondzorgkunde
Antonie Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
telefoon 050-3633092
www.hanze.nl

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Opleiding Mondzorgkunde
Philips van Leydenweg 25
6500 HB Nijmegen
telefoon 024-3616365
www.han.nl

Hogeschool Utrecht

Opleiding Mondzorgkunde
Bolognalaan 101
3584 CJ Utrecht
telefoon 030-2585155
www.hu.nl