

Helderheid in de beroepskolom

Consultatiedocument over de rol en positie van
zorgverleners in de mondzorg

extern consultatiedocument, versie 1.1

NMT
Nieuwegein
september 2009

Inhoud

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 1.1 | Onduidelijkheden | 4 |
| 1.2 | Resumerend | 5 |
| 2 | Mondgezondheid en mondzorg | 6 |
| 2.1 | Bevolking | 6 |
| 2.2 | Mondgezondheid en algehele gezondheid | 7 |
| 2.3 | Transparantie over kwaliteit | 7 |
| 2.4 | Ontwikkelingen in de tandheelkunde | 8 |
| 2.5 | Resumerend | 8 |
| 3 | Taken en positie van de tandarts | 10 |
| 3.1 | Regievoering | 10 |
| 3.2 | Zorginhoudelijke regievoering | 11 |
| 3.3 | Diagnose- en indicatiestelling | 11 |
| 3.4 | Professioneel gedrag | 12 |
| 3.5 | De tandarts in de eerstelijns zorg | 13 |
| 3.6 | Patiëntveiligheid | 13 |
| 3.7 | Tandarts en mondhygiënist | 14 |
| 3.8 | Resumerend | 14 |
| 4 | Organisatie van zorgtaken: taakherschikking en taakdelegatie | 16 |
| 4.1 | Taakherschikking en taakdelegatie | 16 |
| 4.1.1 | Taakherschikking | 16 |
| 4.1.2 | Taakdelegatie | 19 |
| 4.1.3 | Preventietaken | 22 |
| 4.2 | Verantwoordelijkheden | 22 |
| 4.2.1 | Patiëntendossier | 22 |
| 4.2.2 | Behandelingsovereenkomsten | 23 |
| | Geraadpleegde literatuur | 25 |
| | Bijlage 1 Beroepen en functies binnen de beroepskolom | 29 |
| | Bijlage 2 Vragenformulier Consultatiedocument 'Helderheid beroepskolom' | 34 |

1 Inleiding

In het eindrapport van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (2000) werden onder meer de aard en omvang van het menskrachtprobleem in de mondzorg geëvalueerd. Tevens werden enkele oplossingsrichtingen geformuleerd. De Adviesgroep pleitte voor structurele samenwerking en taakdelegatie in het tandheelkundige veld. De Commissie Innovatie Mondzorg (2006) bouwde hierop voort met een advies voor de invoering van een zesjarige opleiding tot tandarts en taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist. Dit zou leiden tot meer doelmatigheid in de zorg en een optimale benutting van de specifieke kwaliteiten van de verschillende beroepsgroepen. In concreto moet volgens deze commissie binnen tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep medisch ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid door de vierjarig opgeleide mondhygiënist worden gedaan. De meer complexe behandelingen én de zorg voor medisch gecompromitteerde patiënten zouden door de tandarts moeten worden uitgevoerd.

Enkele belangrijke veranderingen in de mondzorg zijn inmiddels gerealiseerd of in gang gezet. De opleiding tandheelkunde is met ingang van 2007 uitgebreid tot zes jaar. De vierjarige opleiding Mondzorgkunde, voorheen Mondhygiëne, is al sinds september 2002 een feit. Met de in 2006 gewijzigde Algemene Maatregel van Bestuur en de aanvulling in het Besluit functionele zelfstandigheid is het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist uitgebreid en is deze zorgverlener direct toegankelijk geworden.

In het tandheelkundig zorgveld is de ontwikkeling naar meer samenwerking en taakdelegatie inmiddels volop gaande. Mondhygiënisten (twee-, drie en vierjarig opgeleiden) en (preventie)assistenten voeren in toenemende mate tandheelkundige werkzaamheden uit, die in het verleden uitsluitend door de tandarts werden gedaan. Uit NMT-onderzoek naar de praktijkvoering van tandarts-algemeen practici blijkt dat 47% van de tandartsen tandheelkundige taken delegeert aan tandarts- en/of preventieassistenten en dat 90% van hen patiënten verwijst naar mondhygiënisten (NMT, 2008).

Tandheelkundige zorg is teamwerk geworden, met een heterogeen zorgaanbod. De kwaliteit ervan is daardoor niet meer zoals voorheen het resultaat van het werk van één tandarts, maar dat van verschillende tandheelkundige zorgverleners (Feilzer, Berendsen en Hokwerda, 2008; Schaub et al., 2008).

1.1 Onduidelijkheden

De Commissie Innovatie Mondzorg (2006) beveelt aan dat de aanbieders van mondzorg nauwer gaan samenwerken 'om integrale, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg aan de patiënt te leveren'. Taakherschikking draagt hieraan bij, zo is de gedachte, omdat daarmee iedere zorgverlener zich kan concentreren op de eigen specifieke vaardigheden. Het veelvuldig uitvoeren daarvan leidt tot kwalitatief goede zorgverlening, vanuit de patiënt gezien een wenselijke ontwikkeling. De NPCF (2006) is een voorstander van taakherschikking in de eerstelijnszorg. Van belang is daarbij wel een 'duidelijke omschrijving van de bevoegdheden en voorwaarden', die onder meer via de Wet BIG geregeld dienen te worden.

Zowel binnen als buiten de mondzorg laat de Wet BIG echter veel ruimte wat betreft de wijze waarop en aan wie taken worden gedelegeerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zegt regelmatig te worden geconfronteerd met problemen rondom 'taakherschikking in de tandheelkundige praktijk'. Deze hebben veelal te maken met 'niet BIG-geregistreerde buitenlandse 'tandartsen', tandtechnici en tandartsassistenten die al of niet praktijk eigenaar zijn en diagnoses stellen, indiceren en voorbehouden handelingen verrichten, al of niet onder supervisie en onder omstandigheden die niet duidelijk en schriftelijk zijn vastgelegd' (IGZ, 2008).¹ Dit was ook één van de kritiekpunten op de aanbevelingen van Commissie Innovatie Mondzorg. Zo liet de ANT (die zich distantieerde

¹ Overigens speelt dit probleem niet alleen in Nederland. Ook in de Verenigde Staten komt het voor dat 'dental assistants with no formal hygiene training or credentials sometimes receive in-office training to perform hygiene duties that are legally and ethically beyond their scope of practice' (Gamba, 2009). De auteur stelt dat 'professionals have a duty to protect the patient from harm. Under this principle, the dentist's primary obligations include knowing when and under what circumstances delegation of patient care to auxiliaries is appropriate'.

van het rapport) weten onder meer grote moeite te hebben met het feit dat niet werd gedefinieerd hoever taakherschikking mag gaan. De NMT onderschrijft weliswaar in grote lijnen het advies van de Commissie wat betreft de zesjarige opleiding en taakherschikking tussen mondarts en mondhygiënist, maar onderstreept dat samenwerking tussen verschillend geschoolde zorgverleners bij voorkeur onder één dak moet plaatsvinden. Bij het NMT-bureau komen regelmatig vragen binnen van tandartsen die zijn benaderd door mondhygiënist voor het aangaan van samenwerkingsrelaties op het gebied van restauratieve behandelingen. Hieruit blijkt onder andere dat er binnen de beroepsgroep onduidelijkheid bestaat over de directe toegankelijkheid, het gewijzigde deskundigheidsgebied en het opleidingsbesluit van de mondhygiënist. Het verschil tussen taakherschikking en taakdelegatie blijkt voor veel tandartsen niet duidelijk. Brands, Kerckhoffs en Bronkhorst (2007) en Reukers (2008) stellen vast dat er in de praktijk nogal 'vrijmoedig' wordt omgegaan met de eisen van de Wet BIG, vooral met betrekking tot bekwaamheid. De onderzoekers spreken hun verontrusting uit over het gebrek aan kennis bij de beroepsgroep over wetgeving en de bereidheid tot implementatie ervan. Ook de Vereniging voor Gezondheidsrecht (2008) stelt vast dat er sprake is van knelpunten. De markt springt inmiddels in op de ruimte in de Wet BIG. Zo is er nu de cursus '2-vlaks Composiet restauraties door tandartsassistent', met als toelatingseis onder meer 'bekwaamheid in het geven van lokale verdoving'. Het toepassen daarvan kan de tandartsassistent leren in de driedaagse cursus 'lokale verdoving'. Ook voor de patiënt wordt het er al met al niet duidelijker op. Deze ziet verschillende zorgverleners aan de stoel, van wie niet altijd helder is wat hun hoedanigheid is (Reukers, 2008) en welke tandheelkundige taken ze wel en niet (mogen) uitvoeren. Bij het Tandheelkundig Informatiepunt (TIP) wordt een toename geconstateerd van het aantal patiënten dat hierover vragen stelt. (Komkommer)berichtgeving in de media over excessen in tandartspraktijken werken in dit verband niet geruststellend. Zo maakte het Algemeen Dagblad in februari 2009 melding van het verschijnsel 'cowboytandartsen', eigenaren van commerciële klinieken die zich kenmerken door oncontroleerbare en dubieuze tandheelkundige 'praktijken'. Een voorbeeld daarvan is het uitschrijven van spookdeclaraties (Kreyns, 2009).

1.2 Resumerend

Gesteld kan worden dat ongewenste 'praktijken' mede in de hand worden gewerkt door een (grote) vrijheid in de Wet BIG en door onduidelijkheden met betrekking tot (de interpretatie van) artikelen in deze wet. De beroepsgroepen zelf hebben hierin echter ook een belangrijke verantwoordelijkheid.

Om duidelijkheid te scheppen voor de beroepsgroepen in de zorg, maar vooral ook uit het oogpunt van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg is het noodzakelijk dat heldere grenzen worden gesteld aan taakdelegatie en -herschikking.

Verder is helderheid noodzakelijk met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners in de tandheelkundige beroepskolom en moet zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners duidelijk zijn wie welke verantwoordelijkheden draagt in het primaire zorgproces.

In deze notitie worden daartoe de rol en positie van de tandarts uitgewerkt, in samenhang met die van andere zorgverleners in de beroepskolom. Tevens worden de onduidelijkheden en knelpunten geïnventariseerd met betrekking tot taakherschikking en taakdelegatie. Daartoe wordt om te beginnen in hoofdstuk 2 de stand van zaken met betrekking tot de mondgezondheid en de mondzorg beschreven. In hoofdstuk 3 wordt de rol van de tandarts belicht en in hoofdstuk 4 komen de verschillende aspecten en knelpunten van taakherschikking en taakdelegatie aan de orde. In de hoofdstukken 3 en 4 worden ook enkele 'consultatiestellingen' benoemd, die staan weergegeven in gearceerde blokjes.

In de bijlage staat voor de volledigheid een overzicht van beroepen en functies binnen de beroepskolom.

2 Mondgezondheid en mondzorg

In de afgelopen decennia is de aard van de tandheelkundige zorgvraag sterk veranderd. Na de cariësepidemie van de jaren vijftig en zestig werd, mede dankzij het systeem van de halfjaarlijkse controle voor ziekenfondspatiënten, de gebitsgezondheid in Nederland over het geheel genomen op een goed peil gebracht. Een groot deel van de bevolking heeft een min of meer stabiele mondgezondheid. Waar het geregelde bezoek aan de tandarts voorheen tot doel had het tijdig detecteren en behandelen van cariës, kwam het accent van de zorg vanaf de jaren zeventig meer op preventie te liggen. Dit betekent echter niet dat de mondzorg 'eenvoudiger' is geworden. De samenleving is in de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. De bevolking is multicultureel geworden, met een diversiteit aan leefstijlen en consumptiepatronen. Tevens is er sprake van vergrijzing. Dit heeft zijn weerslag op de mondgezondheid. De eisen die worden gesteld aan de kennis, vaardigheden en inzichten van tandheelkundige zorgverleners worden geleidelijk zwaarder. In het navolgende worden enkele voor de mondzorg belangrijke ontwikkelingen geschetst.

2.1 Bevolking

Een belangrijke demografische ontwikkeling is de vergrijzing. Het aandeel in de Nederlandse bevolking van personen ouder dan 65 jaar ligt nu op 14% en zal in 2035 25% bedragen. Daarbij neemt ook de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte toe van 78 jaar (mannen) en 82 jaar (vrouwen) naar respectievelijk 82 jaar en 85 jaar (CBS, Statline, 2009). Steeds meer ouderen behouden tot op hoge leeftijd geheel of gedeeltelijk hun eigen dentitie. Het percentage personen van 65 jaar en ouder met een volledige gebitsprothese is tussen 1990 en 2008 gedaald van 70% naar 46% (CBS, Statline, 2009). Als ouderen echter nog beschikken over een (gedeeltelijk) natuurlijk gebit, is dit vaak sterk aangetast door cariës (Kalsbeek en Poorterman, 2003). Bij ouderen betreft dit vaak wortelcariës (Plasschaert, 2003). Dit betekent dat een groeiende groep ouderen steeds meer op de specifieke behoeften afgestemde tandheelkundige zorg nodig heeft. Vooral de functionaliteit is daarbij belangrijk. Een goede kauwfunctie is essentieel voor het handhaven van een adequaat voedingspatroon en het gezond houden van het spijsverteringsstelsel. Bovendien vervult het (rest)gebit of de prothese een rol bij het goed kunnen communiceren (Peterson en Yamamoto, 2005). Dit alles stelt nieuwe eisen aan de zorgverleners in de mondzorg.

Ook andere specifieke al of niet geïnstitutionaliseerde groepen patiënten vragen meer aandacht. Voorbeelden hiervan zijn lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten, dak- en thuislozen, mensen met grote angst voor de tandarts en de jeugd. Dit zijn patiënten die, omdat ze onvoldoende in staat zijn tot tandheelkundige zelfzorg en in de meeste gevallen niet of nauwelijks bij een tandarts komen, ook een groot tandheelkundig risico lopen (Veerkamp, Bouvy-Berends en Stel; 2003). Overigens is, als gevolg van de ontwikkeling naar een multiculturele samenleving, nog een andere specifieke zorggroep te onderscheiden met een groter risico op cariës, namelijk allochtonen (Kalsbeek en Poorterman, 2003a).

Voor de bevolking van 45 jaar en ouder geldt dat een vrij groot deel een chronisch (tamelijk) slechte mondgezondheid heeft, als blijvende en onherstelbare erfenis van de cariësepidemie van de jaren zestig van de vorige eeuw. Van de volwassenen die voorheen ziekenfondsverzekerd waren, heeft 98% ervaring met cariës (Kalsbeek et al., 2003b). Bovendien heeft bijna de gehele volwassen bevolking een of meer parodontale afwijkingen, hetzij gingivitis, hetzij parodontitis en heeft 94% behoefte aan enige vorm van parodontale behandeling (Kalsbeek et al., 2003b). Zo'n 10% van de gehele bevolking lijdt aan ernstige parodontitis en 30% van de mensen boven de 50 jaar heeft een matig ernstige vorm (Loos, 2007). Zoals al gezegd, zijn de behandelmogelijkheden sterk toegenomen en zijn patiënten veeleisender geworden. Een gezond en functioneel gebit levert een belangrijke bijdrage aan de algemene gezondheid en het algemeen welzijn. Dit leidt tot een grote toename van 'demands for more sophisticated forms of restorative treatment' (Sanz en Treasure et al., 2008).

Een categorie in de bevolking die ook bijzondere aandacht behoeft, zijn de al genoemde jeugdigen. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) stelde in 2005 dat de verzorgingsgraad bij kinderen tot tien jaar te laag is. Bovendien zou er volgens CVZ sprake zijn van een 'significante verslechtering' van de verzorgingsgraad van de jeugd boven de tien jaar. Het College baseerde zich hierbij op resultaten van epidemiologisch onderzoek (Poorterman en Schuller, 2005). Na een snelle verbetering van de mondgezondheid leek er in het laatste decennium van de vorige eeuw een stagnatie te zijn ontstaan. Volgens van Loveren en Eijkman (2003) is er vooral sprake van een tweedeling tussen jeugdigen bij wie geen of weinig cariës ontstaat en een groep die veel tandbederf vertoont. Kalsbeek en Poorterman (2003) stellen dat met name kinderen uit lagere sociaal-economische milieus, waaronder migranten, aandacht verdienen. Wanneer het hebben van een gezond gebit een vanzelfsprekendheid is geworden, dreigt het gevaar van het verwaarlozen van de zelfzorg, zo stellen Schaub et al. (2008). Bovendien heeft het hedendaagse consumptiepatroon geleid tot een nieuwe bedreiging van het gebit, namelijk erosie van het tandglazuur (Plasschaert, 2003). Naar schatting 24% van de twaalf-jarigen heeft erosieve gebitsslijtage (Truin et al., 2007). Dit alles vraagt gerichte aandacht voor preventie en voorlichting, maar ook regelmatig onderzoek en goede en waar nodig intensieve tandheelkundige zorg voor het in ontwikkeling zijnde kindergebity. De discussie over wat voor de jeugd en in het bijzonder jonge kinderen nu precies de goede (restauratieve) zorg is, is in het beroepsveld overigens nog niet afgerond (Frankenmolen, 2007; Gruythuisen, 2008).

2.2 Mondgezondheid en algemene gezondheid

Meer en meer wordt ingezien dat de mondgezondheid een integraal onderdeel is van en onlosmakelijk verbonden is met de algemene gezondheid en het algemeen welbevinden (Sanz en Treasure et al., 2008). Er zijn duidelijke aanwijzingen dat ziekten in de mond zoals parodontitis, zijn gerelateerd aan en/of risicofactoren vormen voor (chronische) aandoeningen elders in het lichaam (Mathus-Vliegen, Nikkel en Brands, 2005; Nesse et al., 2007; Sanz en Treasure et al., 2008; Sfeatcu en Dumitrache et al., 2008). De WHO (2007) stelt vast dat 'oral diseases share common risk factors with the four leading chronic diseases: cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes, including unhealthy diet, tobacco use, and harmful alcohol use. Poor oral hygiene is also a risk factor'. Omgekeerd kunnen systeemaandoeningen als de ziekte van Crohn, het syndroom van Sjögren en sarcoïdose of andere ziekten zich manifesteren in het mondgebied (Tuk en Lindeboom, 2001; Brand, Van Nieuw Amerongen en De Baat, 2007; Vissink, Spijkervet en Van der Waal, 2007). Ook medicijngebruik kan van invloed zijn op de mondgezondheid (Ciancio, 2004; Wierink, Bots-van 't Spijker en De Baat, 2007). Zeker gezien de al genoemde vergrijzing en de toenemende prevalentie van aan ouderdom gerelateerde aandoeningen, zullen tandartsen steeds vaker worden geconfronteerd met mondziekten op het grensvlak van tandheelkunde en algemene geneeskunde. De World Health Organisation definieert mondgezondheid als 'being free of chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral sores, defects such as cleft lip and palate, periodontal (gum) disease, tooth decay and tooth loss, and diseases and disorders that affect the mouth and oral cavity' (WHO, 2007). Dit vraagt een grote deskundigheid van de zorgverlener.

2.3 Transparantie over kwaliteit

Van zorgverleners wordt in toenemende mate transparantie verwacht inzake de kwaliteit van hun handelen en met betrekking tot behandelbeslissingen en -mogelijkheden. Deze ontwikkeling is deels een gevolg van het 'marktdenken' dat met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet definitief is ingetreden in de gezondheidszorg. Concurrentie tussen zorgaanbieders, zo is de gedachte, dwingt en motiveert hen om de beste kwaliteit te leveren (www.minvws.nl, 2009). De NPCF (2009) heeft hiertoe (herziene) kwaliteitscriteria opgesteld voor de tandartsenzorg. Het kabinet Balkenende IV heeft transparantie van kwaliteit in alle sectoren van de zorg als speerpunt benoemd

(www.kwaliteitsforum.nl, 2009). Hiertoe heeft IGZ in 2007 het programma Zichtbare Zorg opgezet.

De patiënt is in de loop der jaren ook steeds 'mondiger' geworden en beschikt via de media en het internet over informatie met betrekking tot de uiteenlopende mogelijkheden van het groeiende scala aan tandheelkundige behandelingen. In de laatste decennia hebben patiënten bovendien allerlei wettelijke rechten gekregen, waardoor nieuwe plichten zijn ontstaan voor zorgverleners (Brands, 2006).

2.4 Ontwikkelingen in de tandheelkunde

Zoals gezegd, is een gezond gebit een belangrijk onderdeel van de algemene gezondheid en het algemeen welbevinden. Het wordt wenselijk geacht dat mensen tot op hoge leeftijd zoveel mogelijk hun eigen dentitie behouden. Dit is ook in toenemende mate mogelijk. De tandheelkunde is een medisch vakgebied dat voortdurend in ontwikkeling is. Nieuwe materialen en technieken en meer geavanceerde toepassingsmogelijkheden volgen elkaar in snel tempo op. Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de vulmaterialen. Waar vroeger voornamelijk werd gewerkt met amalgaam, zijn met de beschikbaarheid van composieten en keramische materialen de restauratiemogelijkheden vandaag de dag veel uitgebreider (Sadowsky, 2006; Conrad, Seong en Pesun, 2007; Della Bona en Kelly, 2008). Een ander voorbeeld is de mogelijkheid van orale implantologie, een vakgebied dat zich in snel tempo ontwikkelt met een groeiend arsenaal aan middelen, materialen en technieken (Cune en Raghobar, 2008). Omdat implantaten een belangrijke bijdrage leveren aan de functionaliteit en esthetiek van het gebit groeit ook de vraag ernaar en stelt niet alleen de dentitie maar ook de patiënt steeds hogere eisen (Raghoebar, 2007; Wismeijer, 2007; Versteegh en Polder, 2008). Dankzij de toepassing van CAD/CAM technieken (computer aided design/computer aided modeling) kunnen op de individuele patiënt toegesneden inlays, kronen en bruggen worden vervaardigd, die beter voldoen wat betreft duurzaamheid en esthetiek en minimaal invasief zijn (Myazaki et al., 2009).

Regeneratietechnieken zorgen ervoor dat bij verlies van bindweefselaanhechting en botafbraak als gevolg van ernstige parodontale aandoeningen extractie van aangetaste elementen minder snel noodzakelijk is (Elangovan, Srinivasan, Ayilavarapu, 2009)

Een mooi gebit draagt ook bij aan het zelfbewustzijn. Mensen stellen daarom steeds hogere eisen wat betreft de kleur, vorm en stand van het gebit. De opkomst van klinieken die zich voornamelijk toeleggen op cosmetische tandheelkunde is een exponent van de groeiende vraag naar dergelijke behandelingen.

Door deze ontwikkelingen verschuift de nadruk van vooral routinematige tandheelkundige behandelingen naar meer individuele, gedifferentieerde en specialistische tandheelkundige zorg. De tandarts heeft te maken met een toenemende vraag naar specifieke, complexe en (individuele en collectieve) curatieve en restauratieve zorg en verricht behandelingen die meer tijd en inspanning vergen. De meer complexe vragen, nieuwe technologische ontwikkelingen en toenemende mogelijkheden voor behandelingen en therapieën vergen maatwerk van de tandarts.

2.5 Resumerend

De mondgezondheid van de Nederlandse bevolking is in de afgelopen decennia op een goed peil gebracht. Het periodieke mondonderzoek heeft daaraan in belangrijke mate bijgedragen. Op het gebied van preventie en met name ook op dat van curatie hebben de tandheelkundige kennis, inzichten en vaardigheden een hoge vlucht genomen. De verwachtingen van patiënten ten aanzien van functionaliteit en esthetiek van het gebit zijn daarin meegegaan; een goede mondgezondheid en een fraai gebit worden algemeen als wenselijk en vanzelfsprekend beschouwd. Ook worden aan tandartsen eisen gesteld wat betreft kwaliteit van zorgverlening en transparantie daarover.

Een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie van tandartsen is mede dankzij de goede tandheelkundige zorg medisch ongecompliceerd en heeft een min of meer stabiele mondgezondheid. Voor deze patiënten is en blijft echter een goede op de individuele behoefte afgestemd periodiek mondonderzoek noodzakelijk. Zeker waar de gebitsgezondheid weliswaar stabiel maar toch verre van optimaal is. Wat betreft zorg ligt

voor hen de nadruk op preventie. Echter ook het vroegtijdig detecteren van cariës, parodontale aandoeningen en eventuele andere ziekten en afwijkingen wordt hiermee gegarandeerd.

Een ander deel van de patiëntenpopulatie kenmerkt zich door een minder stabiele mondgezondheid. Het gaat hier om (groepen van) patiënten met een verhoogde kans op mond- en gebitsziekten, al of niet in samenhang met de algemene gezondheidstoestand en/of leef- en voedingsgedrag. Ook patiënten(groepen) in kwetsbare situaties kunnen specifieke tandheelkundige zorg nodig hebben of tenminste bijzondere aandacht, zoals de jeugd.

De tandheelkundige zorg wordt complexer en vergt meer en meer een brede en vraaggestuurde aanpak. Vooral ook aan de poort van de eerste lijn is gedegen (academische) kennis en vaardigheden op het terrein van preventieve en curatieve zorg noodzakelijk, evenals kennis met betrekking tot alle ziekten en afwijkingen die zich kunnen voordoen in het gehele mond- en kaakgebied en van mogelijke verbanden met ziekten en aandoeningen elders in het lichaam.

In hoofdstuk 3 wordt nader uitgewerkt wat dit betekent voor de taken en positie van de tandarts.

3 Taken en positie van de tandarts

Het aantal zorgverleners in de mondzorg, is de afgelopen jaren uitgebreid. Naast de tandarts zijn met name de mondhygiënist en de laatste jaren in toenemende mate ook de (preventie)assistent betrokken bij de directe zorgverlening aan de patiënt. Door functie- en beroepsdifferentiatie zijn er bovendien diverse 'afgeleiden' ontstaan van bestaande beroepen. Voor een overzicht van alle zorgverleners in de beroepskolom en van hun deskundigheidsgebieden wordt verwezen naar bijlage 1.

In de laatste helft van de vorige eeuw zijn bovendien verschillende differentiaties in de tandheelkunde ontstaan die er toe leiden dat ook de zorg van de tandarts over meerdere professionals worden verdeeld (Feilzer en Berendsen, 2003).²

Het feit dat in de eerste lijn verschillende zorgverleners actief zijn met verschillende deskundigheden en bevoegdheden maakt een goede sturing en coördinatie noodzakelijk. De tandarts algemeen-practicus is als hoogst opgeleide zorgverlener in de eerstelijnszorg hiervoor de enig aangewezen deskundige (Feilzer en Berendsen, 2003; Hokwerda, 2003). De Commissie Innovatie Mondzorg (2006) noemt de tandarts de *primus inter pares* binnen het mondzorgteam, een visie die ook door het kabinet in een reactie (2006) wordt onderschreven. Van de tandarts wordt een leidende rol verwacht binnen het zorgteam. Sanz et al. (2008) formuleren het aldus: 'The dentist has the role of leader of the oral health team [...] he/she is responsible for diagnosis, treatment planning and the quality control of the oral treatment provided'. In dit verband wordt wel de term 'regievoering' gebruikt. De vraag is nu wat moet worden verstaan onder regievoering en hoe dit moet worden vormgegeven. Verder moet worden bepaald wat diagnostiek en in het verlengde daarvan indicatiestelling dient te omvatten en welke competenties daarvoor nodig zijn. In dit hoofdstuk wordt een en ander nader uitgewerkt.

3.1 Regievoering

Een verkenning van literatuur over regievoering levert uiteenlopende definities op (Bruers, 2004). Als algemene noemer komt daaruit naar voren dat het bij regie gaat om een bijzondere vorm van sturing, namelijk het doelgericht uitoefenen van invloed. Meer specifiek betreft dit het afstemmen van afzonderlijke onderdelen tot een geheel. Regievoering kan dan ook worden gedefinieerd als *een bijzondere vorm van sturing die gericht is op de afstemming van actoren, doelstellingen en handelingen tot een min of meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat* (Bruers, 2004). Duidelijk is daarbij dat de regisseur iemand moet zijn die het geheel van actoren, doelstellingen en handelingen en de onderlinge samenhang kent en overziet en adequaat kan aansturen. Verder is de regisseur degene die bepaalt wat het resultaat moet zijn. In de tandheelkunde is dit volgens Hokwerda (2003) dat 'patiënten effectieve, doelmatige en patiëntgerichte zorg krijgen, die in overeenstemming is met de uitgangspunten voor kwaliteitszorg'.

Vervolgens zijn verschillende vormen of typen van regievoering te onderscheiden en wijzen waarop deze organisatorisch gestalte kunnen krijgen. Op de vormen van regievoering en de praktische uitvoering daarvan wordt hier in dit stadium niet ingegaan. Aanzetten daartoe zijn te vinden in Schaub et al. (2008). Regievoering over de tandheelkundige zorgverlening heeft globaal gezegd een zorginhoudelijke en een organisatorische component, waarbij de tweede component min of meer logisch voortvloeit uit de eerste. De regievoering door de tandarts dient dan ook primair zorginhoudelijk te zijn. Aan het begin van ieder zorgproces staat immers een uitgebreide inschatting van de (te verwachten) ontwikkeling van de) mondgezondheidssituatie van de individuele patiënt. Op basis hiervan kan de aard en omvang van de noodzakelijke c.q. gewenste zorg worden bepaald alsmede welke zorgverlener(s) deze moet(en) uitvoeren. De organisatie van de zorg moet immers worden gebaseerd en afgestemd op de inhoud van de zorg. In het navolgende wordt daarom aandacht besteed aan de zorginhoudelijke component van de

² Het betreft hier de 'bovenkant' van het deskundigheidsgebied van de algemeen practicus, waar ook enige overlap is met het terrein van de tandartspecialisten. Dit is in deze notitie niet aan de orde.

regierol van de tandarts. In een later stadium kunnen op basis hiervan ook de organisatorische implicaties worden uitgewerkt. Een aanzet daartoe wordt in hoofdstuk 4 gedaan.

3.2 Zorginhoudelijke regievoering

Volgens Hokwerda (2003) houdt de zorginhoudelijke component van de regievoering het volgende in:

- het hanteren van een zorgbeleid met de doelstellingen, werkwijzen en criteria voor te verlenen mondzorg, gericht op het gezond houden van de mond en het uitvoeren van behandelingen die hierop zijn afgestemd;
- het ontwikkelen van hierop gebaseerde zorgplannen die door alle betrokken zorgverleners/medewerkers in een team als uitgangspunt worden genomen om hun aandeel in de zorgverlening in te vullen, zodat overeenstemming bestaat in aanpak en voor de patiënt helderheid over wat hij kan verwachten;
- het geven van voldoende duidelijke voorlichting aan de patiënt en het hanteren van informed consent (ten aanzien van patiënten die zich zelf steeds meer via internet op de hoogte stellen van beschikbare informatie);
- het hanteren van protocollen met richtlijnen en afspraken voor diagnostiek, voorlichting, preventie en curatieve behandelingen voor het realiseren van een samenhangende zorgverlening door alle betrokkenen in het team;
- het vanuit de zorgbehoefte van patiënten organiseren van patiëntmanagement, gericht op een doelmatige doorstroming en behandeling van patiënten; en op het bereiken van patiëntstatisfactie.

Uit deze zorginhoudelijke taken van de tandarts vloeien dan weer organisatorische taken voort, zoals het zorgdragen voor adequate bij- en nascholing voor de zorgverleners in het zorgteam en het regelmatig overleggen over noodzakelijke aanpassingen en vernieuwingen van de wijzen van werken en van het verlenen van zorg. Zoals gezegd zijn deze hier nu nog niet aan de orde.

Op basis van de door Hokwerda geformuleerde zorginhoudelijke taken en de definitie van regievoering kan over de regierol van de tandarts het volgende worden gezegd. De tandarts bepaalt aan het begin van het zorgtraject wat voor de individuele patiënt het **doel is** van de te verlenen zorg. Waar nodig wordt dit tijdens het traject opnieuw bezien en bijgesteld. In het algemeen is het doel het bewerkstelligen van een (zo goed mogelijke) mond- en gebitsgezondheid van de patiënt, waarbij allerlei aspecten van functionaliteit en esthetiek een rol zullen spelen. Deze doelstelling kan alleen worden bepaald op basis van een zorgvuldig en uitgebreid **onderzoek, diagnosestelling en indicatiestelling**, waartoe ook een algemene medische anamnese behoort (Plasschaert et al., 2005). Vervolgens wordt een individueel **zorgplan** opgesteld na **informed consent** van de patiënt. Daarbij wordt vastgesteld welke behandelingen noodzakelijk zijn, in welke volgorde ze moeten worden uitgevoerd en met welke frequentie. Bij de uitvoering van het zorgplan vindt vervolgens **afstemming** plaats van de verschillende **behandelingen** en de **zorgverleners** die deze moeten uitvoeren. Bij de uitvoering van de zorg wordt gewerkt volgens **protocollen**, waarin **richtlijnen** worden gevolgd voor diagnostiek, preventie, curatie en voorlichting. De Stichting HKZ (2006) heeft de stappen in het primaire proces uitgewerkt in een certificatieschema.

3.3 Diagnose- en indicatiestelling

De diagnosestelling ligt ten grondslag aan het doel van de tandheelkundige behandeling en aan het zorgplan. Een op de individuele patiënt toegesneden (regelmatige) diagnostiek is dan ook de kern van de zorginhoudelijke regievoering door de tandarts.

Het vroegere ziekenfondssysteem van de strikte halfjaarlijkse controle was gericht op het tijdig detecteren van cariës. Het decennialang regelmatig onderzoeken van een belangrijk deel van de bevolking door de tandarts heeft geleid tot een goede algemene saneringsgraad. Vandaag de dag is echter, zoals geschetst, sprake van een zeer diverse zorgbehoefte en een scala aan behandel mogelijkheden. Voor de groep patiënten met een

stabiele mondgezondheid is de variatie aan tandheelkundige zorg die nodig is redelijk beperkt, maar blijft periodiek mondonderzoek noodzakelijk. De frequentie ervan dient te zijn afgestemd op het individuele risico van de patiënt (Mettes, 2008; Schaub et al., 2008). Een goede diagnosestelling vraagt om een gerichte en systematische diagnostiek en vastlegging van allerlei aspecten van het gebit en het parodontium. Daarbij is ook aandacht gewenst voor problemen als standsafwijkingen, afwijkingen van slijmvlies en mucosa, pijnsyndromen en ontwikkelingsstoornissen (Thoné, Reyhler en Mahy, 2000; Schaub et al., 2008). Waar het gaat om schade aan harde tandweefsels geldt dat deze globaal genomen bestaan uit defecten die te maken hebben met tandontwikkeling, met tandcariës of met tandslijtage. De tandarts kan elk van deze typen defecten herkennen en op basis daarvan beslissingen nemen en maatregelen treffen. Hiervoor is kennis nodig van de klinische beelden en van de (theorie over) ontstaanswijzen en voortschrijding van defecten (Plasschaert, 2003).

In paragraaf 2.2 is al uiteengezet dat een gezonde mond van wezenlijk belang is voor de algehele gezondheid en dat mond- en gebitsziekten vaak (oorzakelijk) samenhangen met aandoeningen elders in het lichaam (Waal, 2008). Bij het onderzoek van het gebit en de mond moet dan ook aandacht zijn voor de gezondheidssituatie van de patiënt en moeten (ziekte)verschijnselen in het mond- keel-, kaak- en halsgebied, indien dit aan de orde is, kunnen worden geduid als een oorzaak of mogelijk gevolg van aandoeningen (elders in het lichaam). Zo kunnen bijvoorbeeld symptomen van kanker in hoofd of nek tijdig door de tandarts worden opgemerkt (Stahl, Meskin en Brown, 2004; Yu, Wood en Tenenbaum, 2008). Kanker van de mond- en de keelholte staat wereldwijd op de zevende plaats van meest voorkomende maligne tumoren; in Nederland bedraagt het aantal nieuwe patiënten jaarlijks bijna 1.500 (Kampman, 2008). In dit verband kan ook worden genoemd de veronderstelde bekendheid met huidafwijkingen van het aangezicht (Waal, Visscher en Waal, 2007). Bijzondere zorggroepen vragen gericht onderzoek met het oog op specifieke (gezondheids)problemen. Hierbij wordt een actieve opstelling van de tandarts-algemeen practicus wenselijk geacht. Dit geldt bijvoorbeeld voor ouderen (Fukayama en Yagiela, 2006; Rademakers en Gorter; 2008), jeugdigen (Kalsbeek en Poorterman, 2003; Truin et al., 2007) en verstandelijk gehandicapten (Broers, Makkes en Jongh, 2007; Houtem et al., 2007), maar ook bijvoorbeeld voor zwangere vrouwen (Huebner et al., 2009).

3.4 Professioneel gedrag

Zoals in paragraaf 2.3 al is aangegeven, wordt van tandartsen meer en meer transparantie verwacht met betrekking tot (de resultaten van) hun zorginhoudelijk handelen. Het 'afleggen van verantwoording' c.q. het 'zich toetsbaar opstellen' is een belangrijk aspect van de professionaliteit van tandartsen. Hiervoor is noodzakelijk het kunnen reflecteren op het eigen handelen en dat van andere zorgverleners in het tandheelkundig team. In de nieuwe bachelor-masterstructuur op de opleidingen wordt hieraan terdege aandacht besteed (Raghoubar-Krieger et al., 2008; Gorter en Vervoorn, 2008; Creugers, Bulte en Brands, 2008).

Tandartsen kunnen en moeten zich profileren als wetenschapper. Belangrijk hiervoor is de zogenoemde PICO (Problem Intervention Comparison Outcome) vraag- en evaluatie van het eigen handelen (Loveren, 2007).

Meer nog dan nu het geval is, moet de tandarts een academisch denkende en handelende zorgverlener zijn en blijven. Evidence based handelen, afwegen wat in gegeven omstandigheden de beste behandelkeuze is omdat standaarden niet in alle gevallen hanteerbaar zijn, verantwoording kunnen afleggen ten aanzien van de gemaakte keuzen en beslissingen en dus reflectief kunnen handelen zijn aspecten die onderdeel uitmaken van professioneel gedrag dat van de tandarts mag worden verwacht (Gorter en Vervoorn, 2008; Raghoebar-Krieger et al., 2008). Dit is zeker ook aan de orde waar het gaat om transparantie over de kwaliteit van het zorginhoudelijk handelen.

Consultatiestelling

1. Professionele standaard

De professionele standaard, zoals aangenomen door de Algemene Vergadering van de leden van de NMT luidt: 'De op grond van wetenschap en ervaring aangewezen wijze van tandheelkundig handelen, zoals een gemiddeld bekwame tandarts zou doen, met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel'. Hieraan zijn feitelijk vier eisen verbonden te weten: ervaring, doelmatigheid, beroepsethiek en deskundigheidsbevordering.

De NMT ziet het als haar verantwoordelijkheid om tandartsen te stimuleren om te handelen conform de professionele standaard. Voorbeelden daarvan zijn het door tandartsen informeren van patiënten over (inspanningen ten behoeve van) de kwaliteit van hun zorgverlening en de inschrijving in het Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT). Verder dient de NMT de ontwikkeling van klinische richtlijnen te stimuleren en te ondersteunen.

3.5 De tandarts in de eerstelijns zorg

Uit gegevens over het gebruik van medische zorg blijkt dat sinds 1998 om en nabij 85% van de dentate Nederlandse bevolking gemiddeld ruim twee maal per jaar de tandarts bezoekt voor een controle of behandeling (statline.cbs.nl, 2009). Tandartsen vervullen hiermee een unieke en belangrijke rol in de eerstelijns zorg. Niet alleen waar het gaat om het tijdig detecteren en behandelen van tandheelkundige aandoeningen, maar ook, zoals in paragraaf 3.3 al is aangegeven, bij een bredere vroegtijdige signalering van ziekten. Meer en meer wordt bovendien van tandartsen inzet verwacht waar het gaat om het corrigeren van verkeerde leefgewoonten. Zo beveelt de nationale 'Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving' aan dat tandartsen (en andere tandheelkundige zorgverleners) al hun rokende patiënten actief een stopadvies geven (Maassen et al., 2008). Geschat wordt dat 90% van alle mondtumoren ontstaat door blootstelling aan tabak (al of niet in combinatie met alcohol) (Kapman, 2008). Ook waar het gaat om signalen van sociale problematiek als kindermishandeling en andere vormen van huiselijk geweld wordt alertheid van de tandarts verwacht (Hendler en Sutherland, 2007; Maquire et al., 2007; Richardson, 2008; VWS, 2008). Glick (2009) bepleit in deze een proactieve rol van tandartsen.³ Er kan dan ook worden vastgesteld dat het noodzakelijk is dat tandartsen al hun patiënten met een zekere regelmaat zien. Ook het aspect van de verantwoordelijkheid voor het patiëntendossier is van belang. De tandarts is hiervoor de eerst aangewezen zorgverlener. Zie hiervoor verder paragraaf 4.2.1.

3.6 Patiëntveiligheid

In de Wet BIG worden indicatiestelling en diagnostiek niet aangemerkt als voorbehouden handelingen. De KNMG (2007) noemt dit een gemis. De RVZ (2002) heeft aan de minister van VWS advies uitgebracht over taakherschikking in de gezondheidszorg. In haar rapport stelt de RVZ dat 'een te ruim of te strikt omschreven deskundigheidsgebied en het ontbreken van een beschermde titel' taakherschikking in de weg kunnen staan. De KNMG onderstreept echter het belang van wettelijk gestelde kwaliteitseisen. Te vergaande taakdelegatie, waarbij de indicatiestelling zou verschuiven naar beroepsgroepen die daarvoor geen adequate opleiding hebben, moet worden voorkomen. Ook het voorschrijven van medicatie moet voorbehouden blijven aan de arts, vanwege de specifieke kennis die dit vereist over interacties, overgevoeligheidsreactie ed. De KNMG vindt daarom dat in elk geval in de wet zou moeten worden vastgelegd dat indicatiestelling en diagnostiek voorbehouden zijn aan een arts, in elk geval waar het gaat om handelingen waarvan de uitvoering door leken een groot risico voor de patiënt inhouden. Dit sluit aan bij het zogenaamde 'gevaarscriterium' dat in de Wet BIG als één van de drie criteria wordt benoemd om een handeling als 'voorbehouden' aan te merken. Volgens de KNMG hoort daartoe ook de indicatiestelling voor voorbehouden handelingen.

³ Tandartsen moeten 'ensure that [their] contribution to overall health and well-being is recognized as essential and as one that cannot be assumed by others who do not have our training and expertise. The dental community needs to take part in setting health goals for all patients and in forging a system that achieves the best possible health outcomes for all patients.'

De Vereniging voor Gezondheidsrecht (2008) geeft in een preadvies inzake de toekomst van de Wet BIG aan dat medische diagnostiek een onderdeel is van het deskundigheidsgebied van de arts. Een onderdeel dat bijzondere academische scholing vergt, omdat de inzet van 'cure' en 'care' naast prognostische overwegingen is gebaseerd op de professionele beoordeling van naar ziekte of verwonding verwijzende verschijnselen. Het overdragen van medische diagnostiek is daarom volgens de Vereniging alleen verantwoord wanneer dit gebeurt aan beroepen c.q. zorgverleners met een medisch vergelijkbaar kennis- en vaardighedenniveau. Analoot hieraan zou ook in de tandheelkunde de algehele diagnose- en indicatiestelling als essentieel onderdeel van het deskundigheidsgebied van de tandarts blijvend voorbehouden dienen te zijn aan deze zorgverlener (Schuller, Overbeek en Ooijendijk, 2005).

3.7 Tandarts en mondhygiënist

De Commissie Innovatie Mondzorg ziet een prominente rol weggelegd voor de mondhygiënist bij de verzorging van de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep medisch ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid. Voor de (zesjarig opgeleide) tandarts resteren dan de meer complexe behandelingen én de zorg voor medisch gecompromitteerde patiënten. Met de vrije toegankelijkheid van de mondhygiënist sinds 2006 kunnen patiënten door deze zorgverlener worden gezien en behandeld zonder diagnosestelling vooraf en verwijzing door de tandarts. De Nota van Toelichting bij de AMvB meldt hierover dat de mondhygiënist in dat geval het mondonderzoek moet uitbreiden tot een screeningsonderzoek met betrekking tot tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en een algemene anamnese moet afnemen, waaronder bijvoorbeeld ook het informeren naar eventueel medicijngebruik valt. Als hiertoe aanleiding is, namelijk wanneer zorg nodig is die buiten het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist valt, verwijst deze de patiënt naar de tandarts of naar een arts. Wanneer het bovengenoemde uitgebreide screeningsonderzoek wordt uitgelegd als een periodiek mondonderzoek, kan dit tot gevolg hebben dat naast de tandarts ook de mondhygiënist een regierol gaat vervullen, in de zin dat deze zelfstandig bepaalt of een patiënt wel of niet door een tandarts moet worden gezien. Althans in elk geval waar het de groep patiënten betreft met een min of meer stabiele mondgezondheid, voor wie het accent ligt op regelmatige preventieve zorg.

3.8 Resumerend

De regievoering door de tandarts is in eerste instantie zorginhoudelijk, dat wil zeggen heeft betrekking op het primaire proces. De diagnose- en indicatiestelling is daarbij het cruciale instrument. Alleen de tandarts is in staat de stand van zaken met betrekking tot de mondgezondheid van een patiënt in de volle breedte te bepalen. Als academicus heeft deze geleerd om kennis, inzicht en probleemoplossende vermogens toe te passen in nieuwe en onbekende omstandigheden binnen een bredere context die gerelateerd is aan het vakgebied. Dit is temeer van belang gezien de bijzondere positie die tandartsen innemen in de eerstelijnszorg wat betreft het vroegtijdig detecteren van niet alleen gebitsziekten maar ook van andere aandoeningen die zich kunnen manifesteren in het mond-, keel- en hoofd- en halsgebied. Tandartsen zien en screenen jaarlijks 85% van de dentate Nederlandse bevolking. Het belang hiervan is in het verleden in elk geval voor de saneringsgraad voldoende bewezen.

Vanuit de taak van diagnostiek en indicatiestelling is de tandarts voorts verantwoordelijk voor het opstellen van behandelings- en zorgplannen, voor het waar mogelijk delegeren van taken aan andere zorgverleners en voor een goede zorginhoudelijke afstemming binnen het zorgteam. Tandartsen beschikken hiervoor over de noodzakelijke professionele vaardigheden. Bovendien kan de tandarts bij uitstek reflecteren op (de gevolgen van) het eigen handelen en hierover verantwoording afleggen aan de patiënt en collega-professionals.

Consultatiestelling

2. Diagnose- en indicatiestelling door de tandarts

De tandarts is de enige zorgverlener in de eerste lijn die de verantwoordelijkheid kan en moet dragen voor de algehele diagnose- en indicatiestelling met betrekking tot mondgezondheid en de samenhang met de algehele gezondheidssituatie van de patiënt. Dit vergt van de professie dat deze taak (meer nog dan nu het geval is) gedegen wordt ingevuld. De periodieke controle is het instrument op basis waarvan een adequate diagnose en behandelindicatie wordt gesteld. Als zodanig vormt de periodieke controle de kern van de zorginhoudelijke regievoering door de tandarts.

- a. De periodieke controle c.q. het 'periodiek mondonderzoek' dient door de tandarts te worden uitgevoerd. Het delegeren ervan aan mondhygiënisten en/of zelfs aan (preventie)assistenten is niet mogelijk.
- b. Gestreefd moet worden naar eenduidigheid over de aard, omvang en frequentie van de periodieke controle c.q. het 'periodiek mondonderzoek' en de (wijze van) vastlegging van klinische bevindingen en behandelindicaties.
- c. Alle patiënten dienen met een zekere regelmaat te worden gezien door de tandarts. Voorkomen moet worden dat (groepen) patiënten (bijvoorbeeld medisch ongecompliceerden en jeugdigen) niet bij de tandarts komen.

De tandarts is ook de eerst aangewezenen wat betreft de verantwoordelijkheid voor het patiëntendossier. Dit aspect van de organisatie van de zorg komt in hoofdstuk 4 aan de orde, evenals de samenwerking met de mondhygiënist en de (preventie)assistent via taakherschikking en taakdelegatie.

4 Organisatie van zorgtaken: taakherschikking en taakdelegatie

Vanuit de tandarts gezien, zijn aan de 'basis' van diens deskundigheidsgebied in concreto mondhygiënist, (preventie)assistenten, tandprotheticen en tandtechnici steeds meer bij de directe zorg betrokken. Er is sprake van het al dan niet geformaliseerd overnemen van tandheelkundige taken, waarbij veelal niet voor iedereen duidelijk is welke taken wel en welke niet kunnen worden overgedragen en evenmin waarop de deskundigheid van zorgverleners nu precies is gebaseerd. Waar het gaat om de regierol van de tandarts is een discussie gaande over met name de positie van de mondhygiënist nieuwe stijl. Zoals al is vastgesteld, heeft de AMvB van 2006 de grens tussen tandarts en mondhygiënist verder diffuus gemaakt. Bij het (structureel) overdragen van taken door de tandarts aan lager opgeleide zorgverleners is sprake van taakherschikking en taakdelegatie. In dit hoofdstuk komt aan de orde wat hieronder kan worden verstaan, welke eisen er dienaangaande gelden en welke problemen zich voordoen. Verder wordt bezien wat taakherschikking en -delegatie betekenen voor bepaalde verantwoordelijkheden rondom de patiëntenzorg.

4.1 Taakherschikking en taakdelegatie

In de gezondheidszorg is al jaren sprake van taakherschikking en -delegatie (RVZ, 2002). Veelal gebeurt dit uit het oogpunt van het efficiënter en doelmatiger inrichten van de zorg. Verpleegkundigen zijn taken gaan uitvoeren die voorheen alleen door artsen werden gedaan en de mondhygiënist neemt taken over van de tandarts. In sommige gevallen gaat dit min of meer vanzelfsprekend, bij andere taken ontstaat discussie over de verschuiving. Het is volgens de RVZ dan ook belangrijk dat taakherschikking en -delegatie formeel en gestructureerd plaatsvinden, op basis van deskundigheid en competenties van zorgverleners. Ze moeten een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, maar de patiëntveiligheid dient daarbij gewaarborgd te zijn. De begrippen taakherschikking en -delegatie zijn niet verankerd in de Wet BIG. Ze zijn echter wel door het Ministerie van VWS geïntroduceerd teneinde de taken tussen zorgprofessionals te reorganiseren. In de praktijk van mondzorgverlening hebben taakherschikking en -delegatie hun eigen invulling gekregen. Ze hebben betrekking op het door anderen dan de tandarts laten uitvoeren van bepaalde handelingen.

Zoals in hoofdstuk 1 al is aangegeven, is de Wet BIG niet altijd voldoende duidelijk wat betreft de mogelijkheden van het in opdracht van een tandarts laten uitvoeren van voorbehouden handelingen aan anderen en de wijze waarop dit in de praktijk dient te gebeuren. Om heldere grenzen te stellen aan taakherschikking en taakdelegatie is nadere definiëring de aangewezen weg.

4.1.1 Taakherschikking

Definiëring

Taakherschikking wordt gedefinieerd als *het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen (RVZ, 2002)*. De Commissie Innovatie Mondzorg(2006) spitst deze definitie toe op de positie van de mondhygiënist: *het door de vierjarig opgeleide mondhygiënist zelfstandig uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen in opdracht van de tandarts (conform de nieuwe AMvB ex. Wet BIG) en het langdurig gedelegeerd krijgen van een belangrijk deel van de preventieve zorg voor ongecompliceerde patiënten.*⁴ *Hierbij geldt dat voor de betreffende taken, die behoren tot het deskundigheidsgebied van een bepaalde zorgverlener (i.q. de tandarts), wettelijk wordt vastgelegd dat deze ook tot het deskundigheidsgebied van een andere zorgverlener (i.q. de mondhygiënist) behoren (RVZ, 2002; Brands, 2008).*

In de tandheelkunde is taakherschikking conform de hierboven beschreven definitie uitsluitend aan de orde tussen tandarts en mondhygiënist. In 2006 is het

⁴ De aanpassing van het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist is via een op de Wet BIG gebaseerde AMvB geregeld.

deskundigheidsgebied van de mondhygiënist uitgebreid met 'het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen'. Voor 'het toepassen van lokale anesthesie door het geven van een injectie' was dit al eerder gebeurd. Beide handelingen mag de mondhygiënist 'functioneel zelfstandig', dat wil zeggen zonder mogelijkheid van toezicht en tussenkomst van de tandarts uitvoeren. Hiermee zijn de te herschikken taken tussen tandarts en mondhygiënist formeel vastgelegd in het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist. Wel geldt dat de tandarts per patiënt opdracht moet verstrekken en mede verantwoordelijk blijft voor de uitgevoerde handelingen.

Voorwaarden en vereisten

De Commissie Innovatie Mondzorg (2006) stelt als voorwaarden voor taakherschikking: (1) regievoering door de tandarts, (2) samenwerking in teams, bij voorkeur onder één dak, of in een samenwerkingsverband tussen verschillende zelfstandig gevestigde praktijken, (3) waarborging van de mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst (4) goede communicatie, (5) vertrouwen, (6) goede afspraken en (7) het gebruik van zorg- en behandelplannen. De Commissie noemt de mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst in één adem met een 'samenwerkingsverband tussen verschillende zelfstandig gevestigde praktijken'. De twee criteria lijken moeilijk met elkaar te verenigen: hoe dient de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst buiten het praktijkpand vorm te krijgen en hoe om te gaan met handelingen waarvoor de mondhygiënist functioneel zelfstandig is en waarvoor 'toezicht en tussenkomst' niet vereist is? Bij het behandelen van primaire cariës of bij het toedienen van anesthesie kunnen zich immers omstandigheden voordoen die de deskundigheid van de mondhygiënist te boven gaan en ingrijpen van de tandarts noodzakelijk maken. De IGZ (2008) merkt ter aanvulling op dat 'de mondhygiënist voor die verrichtingen waarvoor de opdracht van de tandarts is vereist, zeker bij zelfstandige vestiging, zorgdraagt voor het vastleggen van afspraken, bijvoorbeeld in de vorm van een protocol met de opdrachtgevende tandarts(en)'.⁵ Opdrachtverstrekking dient formeel geregeld te zijn, maar in de praktijk is veelal onduidelijk hoe deze dient te geschieden. Het kan voorkomen dat iemand zonder verwijzing van een tandarts binnenkomt bij een vrijgevestigde mondhygiënist, vervolgens met de diagnose 'primaire cariës' wordt verwezen naar een tandarts (deze mag de mondhygiënist immers niet zonder opdracht behandelen) en daarna weer terug wordt verwezen naar de betreffende mondhygiënist (of een andere mondhygiënist in de praktijk van de tandarts!) voor de behandeling ervan. Zo pendelt de patiënt tussen zorgverleners heen en weer. Een gevolg van de geschetste onduidelijkheid is verder dat de opdracht voor de uitvoering van een voorbehouden handeling door de mondhygiënist kan ontbreken en/of dat tandartsen er vanuit gaan dat een 'doorlopende opdracht' volstaat (Brands, Kerckhoffs en Bronkhorst, 2007). Tandartsen blijken op heel verschillende wijzen opdracht te verstrekken (NMT, 2008).

Verder moet de tandarts, ook in het geval van herschikking met functionele zelfstandigheid, zich vergewissen van de bekwaamheid van de zorgverlener door wie de taak wordt uitgevoerd en moet deze zichzelf ook bekwaam achten. De opleiding tot mondhygiënist heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld van een tweejarige tot een vierjarige HBO-opleiding. Dit betekent dat op dit moment zowel 2-, 3- als 4-jarig opgeleide mondhygiënisten werkzaam zijn, die al of niet zijn opgeleid om bepaalde voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig uit te voeren, maar die allen de titel 'mondhygiënist' mogen voeren. De veelzijdigheid aan opleidingsachtergronden en bijbehorende deskundigheidsgebieden maakt het voor de tandarts en de patiënt onduidelijk wat de competenties van de mondhygiënist zijn en lastig om bekwaamheden vast te stellen. Het vergewissen van bekwaamheid gebeurt in de praktijk onvoldoende (Brands, Kerckhoffs en Bronkhorst, 2007). Op dit moment is ook nog niet onderzocht of de nieuwe opleiding mondzorgkunde daadwerkelijk mondhygiënist met het voor de praktijk benodigde competentieniveau oplevert.

⁵ De IGZ laat aan het veld over hoe dit precies moet worden ingericht. De NVM heeft inmiddels het initiatief genomen tot uitwerking en een concept-richtlijn Opdrachtverstrekking tandarts - mondhygiënist.

Consultatiestelling

3. Aanscherping definitie, voorwaarden en vereisten taakherschikking

De invulling en het gebruik van het begrip taakherschikking zorgt in het beroepsveld voor onduidelijkheid. Is er wel sprake van herschikking wanneer de tandarts opdracht moet blijven verstrekken? Voor alle zorgverleners in de mondzorg dient helder te zijn wat onder taakherschikking wordt verstaan. Hierover dient overeenstemming te komen.

Om duidelijkheid voor patiënten en zorgverleners te verkrijgen en de veiligheid voor de patiënt te kunnen waarborgen, dienen de voorwaarden en vereisten bij taakherschikking te worden aangescherpt.

Bij taakherschikking in de mondzorg, dat wil zeggen het uitvoeren van de voorbehouden handelingen 'toepassen lokale anesthesie' en 'behandelen van primaire caviteiten' door de mondhygiënist, dient te worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. De tandarts verstrekt opdracht per patiënt, waarbij gebruik wordt gemaakt van protocollen inzake opdrachtverstrekking, met indien nodig aanwijzingen en met evaluatie achteraf;
- b. De tandarts vergewist zich van de bekwaamheid van de mondhygiënist voor het uitvoeren van de voorbehouden handelingen en deze moet zichzelf ook bekwaam achten;
- c. De mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst is verzekerd, doordat tandarts en mondhygiënist 'onder één dak' werken;
- d. De mondhygiënist informeert de patiënt dat een voorbehouden handeling wordt uitgevoerd in opdracht van de tandarts en vraagt de patiënt hiervoor toestemming.
- e. De behandelgegevens worden vastgelegd in één patiëntendossier, waarvoor de tandarts verantwoordelijk is.

Voorwaarden en vereisten bij uitvoering van de overige voorbehouden handelingen door niet-tandartsen, worden beschreven in paragraaf 4.1.2 over taakdelegatie.

Consultatiestelling

4. Protocollering van opdrachtverstrekking

Opdrachtverstrekking dient in alle gevallen formeel geregeld te zijn, maar in de praktijk is veelal onduidelijk hoe deze dient te geschieden. Er dient gepleit te worden voor opdrachtverstrekking per patiënt en uitvoering 'onder één dak'. Deze werkwijze van 'verstrekking van opdracht' bij het door een mondhygiënist laten uitvoeren van voorbehouden handelingen dient door beide beroepsgroepen formeel te worden vastgesteld en vastgelegd in de vorm van een protocol. Hiertoe is door de NVM al een aanzet gegeven.

Consultatiestelling

5. Duidelijkheid over bekwaamheden en het vergewissen ervan

Het is voor zowel tandartsen als patiënten lastig te beoordelen welke bekwaamheden een mondhygiënist bezit, zeker in het geval van vrije vestiging. Tandartsen moeten de beschikking krijgen over informatie met betrekking tot de bekwaamheid van de verschillend opgeleide mondhygiënisten. Ook dienen zij te worden geïnformeerd over hun verplichting tot vergewissen van bekwaamheid en hoe hieraan invulling te geven.

Juridische regeling

Juridisch is de taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist geregeld via de op de Wet BIG gebaseerde AMvB van 2006. In het geval van de 'mondhygiënist nieuwe stijl' is er voor gekozen om de uitbreiding van het deskundigheidsgebied meteen definitief te maken. Ten aanzien van de Wet BIG speelt op dit moment de discussie of het 'regelen' van nieuwe beroepen, waaronder het uitbreiden van deskundigheidsgebieden, middels een zogenaamd 'experimenteerartikel' zou moeten geschieden. Het Ministerie van VWS noemt dit als mogelijke oplossing voor de positionering van de 'nurse practitioner' en de 'physician assistant'. Experimenteerartikelen worden ingezet als: (1) er een wens is om zelfstandige bevoegdheden voor een nieuw beroep of nieuwe deskundigheid voor een bestaand beroep vast te leggen, (2) een definitieve regeling voor een nieuw beroep en/of zelfstandige bevoegdheden nog niet aan de orde is, (3) het beroep nog onvoldoende is uitgekristalliseerd of (4) als men eerst op basis van de praktijk wil toetsen of definitieve regeling noodzakelijk en verantwoord is. Een experimenteerstatus houdt in, dat de duur van het experiment is vastgelegd en er na enige tijd evaluatie zal plaatsvinden. De AMvB ten aanzien van de mondhygiënist heeft niet de status van 'experimenteerartikel'

gekregen. De juridische aspecten van taakherschikking zijn echter ingewikkeld en tandartsen en mondhygiënisten zijn hiervan veelal niet voldoende op de hoogte (Brands, Kerckhoffs en Bronkhorst, 2007; Reukers 2008; Admiraal, 2008). Dit leidt tot situaties die niet voldoen aan de wettelijke verplichtingen en voor de patiënt ongewenst en zelfs gevaarlijk kunnen zijn. Met name waar het betreft de uitvoering van restauratieve behandelingen door mondhygiënisten. Van Loveren (2007) spreekt dan ook zijn verontrusting uit over het feit dat de verplaatsing van preventie en primaire restauraties niet gebeurt in een structuur die kwaliteitsverbetering waarborgt en dat de mondhygiënist, die bij uitstek was opgeleid voor preventie, nu ook restauratief moet gaan denken en werken.

Consultatiestelling

6. Status AMvB mondhygiënist: evaluatie van taakherschikking noodzakelijk

De AMvB ten aanzien van de mondhygiënist heeft niet de status van experimenteerartikel gekregen, gezien de parallellen met de introductie van de nieuwe beroepen van 'nurse practitioner' en 'physician assistant'. Het is aan te bevelen om ook de effecten te onderzoeken van de uitbreiding van het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist en de vrije toegankelijkheid, zodat gefundeerd kan worden geconcludeerd of en in hoeverre taakherschikking verantwoord is, met name als het gaat om patiëntveiligheid, en tevens of het het beoogde effect heeft.

4.1.2 Taakdelegatie

Definiëring

Taakdelegatie in de tandheelkunde is te definiëren als *het door de tandarts overdragen van specifiek omschreven (deel)taken aan een daartoe opgeleide, lager gekwalificeerde professional in de tandheelkunde, waarbij geldt dat de betreffende (deel)taken niet behoren tot het deskundigheidsgebied van gedelegeerde, maar dat deze de (deel)taken wel zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert, conform de eisen die de Wet BIG daaraan stelt (NMT, 2002).*⁶ *Taakdelegatie geschiedt altijd in opdracht, onder toezicht en met mogelijkheid van tussenkomst.*

Dit impliceert automatisch dat taakdelegatie alleen binnen de fysieke setting van de tandheelkundige praktijk plaatsvindt. Verder kan taakdelegatie geschieden op patiëntniveau maar ook op zorgniveau. Bij dat laatste is dan sprake van het ten behoeve van de uitvoering van bepaalde (deel)taken overdragen van een groep van patiënten. In vergelijking met taakherschikking gaat het bij taakdelegatie niet om het structureel herverdelen van taken en gaat het om taken die niet behoren tot het deskundigheidsgebied van de persoon die de taken gedelegeerd krijgt. Bij taakdelegatie kan het zowel gaan om voorbehouden als om niet voorbehouden handelingen. De tandarts kan aan alle lager gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de mondzorg taken delegeren, inclusief de mondhygiënist.

Voorwaarden en vereisten

Bij taakdelegatie moet worden voldaan aan een aantal voorwaarden. Bij het delegeren van handelingen die niet voorbehouden zijn, geldt in ieder geval de eis van bekwaamheid. Bij het delegeren van voorbehouden handelingen dienen volgens de IGZ, naast de in de Wet Big gestelde eisen⁷, aanvullende eisen te gelden (IGZ, 2008).⁸ Blijkens enkele ter illustratie in de IGZ-circulaire opgenomen relevante tuchtrechtspraken bestaat hierover de nodige onduidelijkheid bij tandartsen. Dit wordt ook door de RVZ (2002) bevestigd in een achtergrondstudie naar de juridische aspecten van taakherschikking in de

⁶ Als het gaat om taakdelegatie wordt ook wel eens het begrip 'taaksubstitutie' genoemd. Onder 'taaksubstitutie' kan worden verstaan *het verschuiven van werkzaamheden of taken tussen beroepen en functies, waarbij geen sprake is van structurele verschuiving, maar wel van regelmatige plaatsvervangende bij uitvoering van taken* (Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2008). In feite is hier dus sprake van 'langdurige taakdelegatie'. Overigens moet bij de definitie nog worden opgemerkt dat taakdelegatie aan tandartsassistenten en preventieassistenten strikt genomen niet mogelijk is omdat er bij assistenten geen sprake is van een deskundigheidsgebied, zoals in de Wet BIG bedoeld. Er gelden immers geen opleidingsvereisten.

⁷ Bij taakdelegatie van voorbehouden handelingen stelt de Wet BIG eisen aan opdrachtgever en opdrachtnemer. De tandarts (art. 38 Wet BIG): (1) is bevoegd (2) vergewist zich van bekwaamheid medewerker, (3) verstrekt opdracht, (4) verzekert de mogelijkheid voor toezicht en tussenkomst (5) geeft aanwijzingen. De medewerker (art. 35 Wet BIG): (1) vergewist zich van eigen bekwaamheid (2) handelt slechts in én na opdracht en (3) volgt aanwijzingen op.

⁸ Deze eisen zijn een verdergaande aanscherping van de wettelijke vereisten bij het delegeren van voorbehouden handelingen. Aanvullend stelt IGZ voor dat de opdrachtgever fysiek aanwezig is ten behoeve van toezicht en tussenkomst, het schriftelijk en geprotocolleerd vastleggen van opdracht per patiënt en het vragen van toestemming aan de patiënt. Verder staat IGZ op het standpunt dat 'opleiding alleen door de opdrachtgever alleen acceptabel is onder professioneel toezicht door derden'.

gezondheidszorg. De onduidelijkheid is deels te wijten aan de 'ruimte' in de wet BIG en het ontbreken van duidelijke richtlijnen van de IGZ. In de tandartspraktijk kan dit, goed- of kwaadwillend, leiden tot situaties waarin de veiligheid van de patiënt in het geding is (Admiraal, 2008). Zo komt het voor dat tandartsen niet (altijd) in de praktijk aanwezig zijn wanneer (preventie)assistenten gedelegeerde taken verrichten (NMT, 2004; NMT, 2008). Hiermee wordt niet voldaan aan de eisen die in de vorige paragraaf staan weergegeven. Verder is het voor patiënten niet altijd duidelijk of hij door de tandarts of door een (preventie)assistent wordt behandeld (Reukers, 2008). Ook dan is niet voldaan aan de eisen, die overigens ook door de WGBO worden gesteld.

Consultatiestelling

7. Aanscherping voorwaarden en vereisten taakdelegatie

Zowel de patiënt als de zorgverleners zijn gediend bij een duidelijke protocollering van taakdelegatie. Bij taakdelegatie in de mondzorg, dat wil zeggen het overdragen van specifiek omschreven (deel)taken die niet behoren tot het deskundigheidsgebied van degene aan wie wordt gedelegeerd, maar waarbij deze de (deel)taken wel zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert, dient te worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

In geval van 'niet voorbehouden' handelingen:

- a. De tandarts verstrekt opdracht, waarbij gebruik wordt gemaakt van protocollen;
- b. De tandarts vergewist zich van de bekwaamheid van de gedelegeerde voor het uitvoeren van de handeling en deze moet zichzelf ook bekwaam achten;
- c. De mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst is verzekerd, doordat tandarts en gedelegeerde 'onder één dak' werken en de tandarts fysiek in de praktijk aanwezig is;
- d. De gedelegeerde informeert de patiënt dat een handeling wordt uitgevoerd in opdracht van de tandarts.
- f. De behandelgegevens worden vastgelegd in één patiëntendossier, waarvoor de tandarts verantwoordelijk is.

Deze criteria gelden tevens in de situatie waarin een mondhygiënist niet voorbehouden handelingen aan (preventie)assistenten delegeert.

Voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen, die *niet* behoren tot het deskundigheidsgebied van mondhygiënist en (preventie)assistenten gelden aanvullend de volgende voorwaarden:

- g. De tandarts verstrekt schriftelijk opdracht per patiënt via een protocol, met evaluatie achteraf;
- h. De opdrachtnemer (gedelegeerde) informeert de patiënt dat een voorbehouden handeling wordt uitgevoerd in opdracht van de tandarts en vraagt de patiënt hiervoor toestemming.
- i. De tandarts geeft aanwijzingen en de opdrachtnemer (gedelegeerde) volgt deze op.

Delegeren van het toepassen van ioniserende straling (röntgen)

Het toepassen van ioniserende straling (röntgen) is een aan de tandarts voorbehouden handeling met specifieke aanvullende vereisten. Met betrekking tot deze handeling kan de mondhygiënist niet functioneel zelfstandig worden geacht⁹. Alleen een (tand)arts is zelfstandig bevoegd tot het indiceren van röntgenfoto's en heeft de daartoe benodigde opleidingen gevolgd. Vanuit Europese wetgeving omtrent het veilig gebruik van straling voor patiënten en professionals in de gezondheidszorg, geldt het Besluit Stralingsbescherming. Dit besluit heeft 'voorrang' boven andere Nederlandse wetgeving, waardoor het niet mogelijk is om ook het maken van röntgenfoto's formeel onder de regeling van functionele zelfstandigheid krachtens de Wet BIG te brengen. Het delegeren van taken ten aanzien van het toepassen van röntgen aan mondhygiënist en (preventie)assistenten valt derhalve onder de vereisten en voorwaarden die gelden bij taakdelegatie van voorbehouden handelingen.

Omvang van taakdelegatie

In tandartspraktijken kan via de 'verlengde arm-constructie' de delegatie van (voorbehouden) handelingen nogal ruim worden vormgegeven. Uit het Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering blijkt dat dit ook daadwerkelijk gebeurt (NMT, 2008). Het komt voor dat tandartsen hun tandartsassistenten en preventieassistenten taken laten

⁹ Op grond van opleiding en deskundigheidsgebied kan de mondhygiënist echter wel bekwaam kan worden geacht ten aanzien van 'het in opdracht van een tandarts uitvoeren van tandheelkundig beeldvormend diagnostisch onderzoek en het nemen van maatregelen gericht op bescherming tegen ioniserende straling'.

uitvoeren die exclusief tot het deskundigheidsgebied van de tandarts behoren. Naast voorbehouden handelingen zijn er in de praktijk ook 'risicovolle' handelingen aan te merken, die in de Wet BIG niet als 'voorbehouden' staan benoemd. Ook deze worden blijkens genoemd onderzoek aan niet-tandartsen gedelegeerd. Deze handelingen brengen bij ondeskundige uitvoering risico's voor de patiënt met zich mee. Een voorbeeld daarvan is 'het stellen van een diagnose', waarvan in hoofdstuk 3 reeds de risico's staan benoemd. Tandartsassistenten en preventieassistenten (indien adequaat opgeleid) zijn uitsluitend toegerust voor het uitvoeren van assisterende en preventieve taken.¹⁰ De Wet BIG maakt het echter wel mogelijk ook voorbehouden handelingen door hen uit te laten voeren.

Consultatiestelling

8. Begrenzing taakdelegatie

Zowel patiënten als zorgverleners zijn gediend bij duidelijkheid van en over de grenzen van taakdelegatie. Er moet worden vastgelegd wat de risicovolle handelingen in de mondzorg zijn. Voor delegatie en uitvoering van deze handelingen moeten dezelfde voorwaarden gaan gelden als bij voorbehouden handelingen. Het door tandartsassistenten en preventieassistenten laten uitvoeren van voorbehouden handelingen is weliswaar toegestaan op grond van de Wet BIG, onder bovengenoemde voorwaarden, maar is ten zeerste ongewenst met het oog op de patiëntveiligheid. Hetzelfde geldt voor het door assistenten laten uitvoeren van een 'periodieke controle' (zie ook hoofdstuk 3). Diagnose- en indicatiestelling zijn weliswaar geen voorbehouden handelingen, maar kunnen niet aan tandarts- of preventieassistenten worden overgelaten.

Vergewissen bekwaamheid

Ver doorgevoerde taakdelegatie aan de (preventie)assistent is risicovol omdat het beroep van tandartsassistent geen wettelijke bescherming van de beroeps- of opleidingstitel kent. Noch voor de tandartsassistent, noch voor de preventieassistent is namelijk de afronding van een officieel erkende cursus c.q. opleiding wettelijk verplicht. Er is dus ook geen erkenning van deskundigheid geregeld. Wanneer beroepsbeoefenaren geen beschermde titel voeren en er geen formeel erkend deskundigheidsgebied is, kan er in elk geval geen sprake zijn van taakherschikking (voorbehouden handelingen), maar slechts van taakdelegatie.¹¹

In geval van taakdelegatie dient de tandarts zich te vergewissen dat de assistent bekwaam is tot het uitvoeren van de te delegeren taken. Uit NMT-onderzoek (2007) blijkt echter dat 57% van de werkzame tandartsassistenten niet beschikt over een erkend diploma. Het opleiden van assistenten in de praktijk van tandartsen onttrekt zich aan iedere vorm van controle en toetsing (Admiraal, 2008) en dit maakt het vergewissen van bekwaamheid lastig.

¹⁰ Zie het 'Beroepsprofiel Tandartsassistent' (NMT, 2005) voor een beschrijving van de competenties van de tandartsassistent.

¹¹ Zoals al eerder opgemerkt, is strikt genomen ook taakdelegatie aan tandartsassistenten en preventieassistenten niet mogelijk, omdat ook volgens de definitie van taakdelegatie sprake moet zijn van een deskundigheidsgebied. Het beroep van tandartsassistent is echter wel door werknemers- en werkgeverspartijen beschreven in een beroepsprofiel (NMT en NIZW, 2005).

Consultatiestelling

9. Kwaliteitsborging bekwaamheid tandartsassistenten en preventieassistenten

Wettelijke bescherming van de beroeps- of opleidingstitel van de tandartsassistent ontbreekt. De kwaliteit van de beroepsuitoefening door tandartsassistenten en preventieassistenten met betrekking tot directe zorgtaken dient formeel geborgd te worden, indien mogelijk door middel van het vastleggen van het deskundigheidsgebied.¹²

Dit betekent dat werkzame tandartsassistenten minimaal dienen te voldoen aan het beroepsprofiel tandartsassistent (NMT, 2005), zoals dat is opgesteld door partijen van werkgevers en werknemers. Voorts is het voor tandartsassistenten en preventieassistenten wenselijk dat ze opereren op MBO-niveau en dat de tandarts structureel erop toeziet dat zij aan dit niveau voldoen. Als basis hiervoor kan de door de NMT ontwikkelde 'competentiescan' dienen.

Het instellen van een (kwaliteits)register voor preventieassistenten, het organiseren van een formeel keurmerk (branche-erkenning) voor de diverse cursussen preventieassistenten en het onderbrengen van de preventiecompetenties in de reguliere MBO-opleiding tandartsassistent kunnen verder bijdragen aan de kwaliteit van de zorg door tandartsassistenten en preventieassistenten.

4.1.3 Preventietaken

De mondhygiënist heeft een erkende HBO-opleiding gevolgd, is zeer specifiek en adequaat opgeleid als het gaat om preventie en mondhygiëne en heeft zich in de afgelopen jaren bewezen als dé expert op deze gebieden. De functie van en de cursus tot preventieassistent zijn in 1995 ontwikkeld vanuit een behoefte bij tandartsen aan een extra medewerker bij preventie en mondhygiëne. Ook de preventieassistent heeft inmiddels een duidelijke positie in het zelfstandig uitvoeren van preventiebehandelingen. Anno 2009 zijn er ruim 2.500 preventieassistenten werkzaam, die veelvuldig en langdurig preventieve taken gedelegeerd krijgen (NMT, 2008). De mondhygiënist en de preventieassistent kunnen prima in staat worden geacht om de preventietaken in het totale behandelplan van de tandarts uit te voeren. Dit geldt uiteraard alleen als de tandarts de kwaliteit van de tandheelkundige zorg in totaliteit bewaakt.

Consultatiestelling

10. Preventie en mondhygiëne met name door mondhygiënist en (preventie)assistent

Mondhygiënisten en adequaat opgeleide preventieassistenten en tandartsassistenten zijn bij uitstek toegerust voor het uitvoeren van taken met betrekking tot preventie en mondhygiëne. Taakherschikking tussen de tandarts en mondhygiënist en taakdelegatie van tandarts naar (preventie)assistent kan bij uitstek op terrein van preventie en mondhygiëne plaatsvinden.

Daarbij dient de kwaliteit van de tandartsassistent en de preventieassistent met betrekking tot deze taken wel formeel geborgd te worden. Het instellen van een (kwaliteits)register voor preventieassistenten, het organiseren van een formeel keurmerk (branche-erkenning) voor de diverse cursussen preventieassistenten en het onderbrengen van de preventiecompetenties in de reguliere MBO-opleiding tandartsassistent en/of het ontwikkelen van een (formele) toetsing van het werkniveau in de tandartspraktijk kunnen hieraan bijdragen.

4.2 Verantwoordelijkheden

Met de keuze voor taakherschikking in de tandheelkundige zorg dienen in het kader van duidelijkheid en patiëntveiligheid enkele verantwoordelijkheden opnieuw te worden gezien en vastgelegd. Het betreft de verantwoordelijkheid voor het patiëntendossier en de behandelovereenkomst.

4.2.1 Patiëntendossier

In de zorgsector is de behandelaar wettelijk verplicht tot het bijhouden van een patiëntendossier (WGBO), dat in elk geval de bevindingen bij onderzoeken, de diagnose, de ingestelde behandeling, de voortgang van de behandeling, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijsbrieven, röntgenfoto's, aantekeningen van gesprekken en bevindingen van andere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen moet bevatten.

¹² Hierbij zou een koppeling kunnen worden gemaakt met de formele MBO-opleiding Tandartsassistent. Verder kan opneming in het BIG-register worden overwogen (de RVZ beveelt dit aan voor doktersassistenten; het waarborgt titelbescherming en het mogen stellen van eisen door VWS aan de opleiding).

Vanwege de omgang met bijzondere gezondheidsgegevens geldt bovendien, op grond van zowel de WGBO als de Wet Bescherming Persoonsgegevens, voor het patiëntendossier de hoogste graad van beveiliging¹³. Eisen zijn onder meer het vastleggen van een toegangscontrole, het versleutelen van gezondheidsgegevens op internet (zoals bij verzending) en het bewaren ervan in een inbraakwerende ruimte. Hierover dienen binnen de tandartspraktijk duidelijke afspraken in een protocol te worden vastgelegd (Van der Ven, 2002; Liem, 2008).

In de situatie waarin verschillende zorgverleners onder één dak werkzaam zijn en centrale toegang hebben tot een geautomatiseerd systeem van de praktijk is het bijhouden van een patiëntendossier betrekkelijk eenvoudig te regelen. Anders ligt dit in de situatie waarin behandeling van de patiënt plaatsvindt in verschillende zelfstandig gevestigde praktijken. Bij taakherschikking betreft dit in concreto de samenwerking met een vrijgevestigde mondhygiënist, dat wil zeggen een mondhygiënist met een eigen fysiek elders gevestigde zelfstandige praktijk. In dit geval is er sprake van twee afzonderlijke dossiers met daarin verschillende informatie van één en dezelfde patiënt. Als gevolg van de vrije toegankelijkheid van de mondhygiënist kan het bovendien voorkomen dat een patiënt wel bij deze zorgverlener onder behandeling is, maar niet bekend is bij een tandarts.

Consultatiestelling

11. Tandarts als dossierhouder van het totale patiëntendossier

De tandarts is verantwoordelijk voor de integrale mondzorg voor de patiënt en is daarmee ook dossierhouder. Tandartsen en mondhygiënisten dienen onderling duidelijke afspraken te maken over het patiëntendossier. De mondhygiënist voert specifieke onderdelen van de mondzorg voor de patiënt uit en is daarmee als hulpverlener verantwoordelijk voor dossiervorming ten aanzien van het eigen deskundigheidsgebied. De samenwerkende zorgverleners moeten zorgdragen voor het bijeenbrengen van alle patiëntgegevens, waarbij de tandarts het initiatief neemt, indien dit niet als vanzelfsprekend gebeurt. De tandarts is de hoofdbehandelaar en draagt de verantwoordelijkheid voor het (up to date houden van het) volledige patiëntendossier. Ook dit maakt overigens samenwerking 'onder één dak' de meest gewenste situatie.

4.2.2 Behandelingsovereenkomsten

Het behandelplan en een eventueel getekend 'formulier informed consent' (waarmee de patiënt toestemming verleent voor de behandeling) zijn onderdeel van het patiëntendossier. In feite vormen deze documenten de basis voor de 'behandelingsovereenkomst', die de (virtuele) afspraak tussen de patiënt en zorgverlener betreft. In het geval van taakherschikking en -delegatie, waarbij anderen dan de tandarts onderdelen van het behandelplan (aangaande de behandelovereenkomst) uitvoeren, is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) niet geheel duidelijk als het gaat om verplichtingen dienaangaande. Veelal is onduidelijk of bij de bij taakherschikking en -delegatie betrokken beroepsbeoefenaren handelingen verrichten die vallen onder 'geneeskundige behandeling' en of zij 'hulpverlener' dan wel 'hulppersoon' zijn. Het Burgerlijk Wetboek geeft wel uitsluitel over 'hulppersonen'. Heeft de tandarts een tandartsassistent, een mondhygiënist of een andere (tandheelkundige) professional ingeschakeld bij (bijvoorbeeld) het uitvoeren van een behandelovereenkomst, dan worden deze, op grond van het Burgerlijk Wetboek, gezien als 'hulppersonen'. De tandarts heeft als hoofdbehandelaar zeggenschap over de indicatiestelling en behandelwijze en als hij bij de uitvoering van het behandelplan werknemers inschakelt, worden deze als 'hulppersonen' gezien (Brands & Eijkman, 2000).

Daarnaast is niet helder of, en zo ja welke verplichtingen artikel 7:466 lid 2 BW (dat toeziet op noodsituaties en niet ingrijpende verrichtingen) een beroepsbeoefenaar in het kader van taakherschikking oplegt, wat in het kader van taakherschikking als 'opdracht' geldt en wie hierbij tot de 'anderen' wordt gerekend (RVZ, 2002; Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2008).

¹³ In 2009 wordt een groot deel van de medische zorg aangesloten op het landelijke Elektronisch Patiëntendossier (EPD), dat bestaat uit 'waarneemdossier huisartsen (WHA) en het 'elektronisch medicatiedossier (EMD)'. De invoering hiervan kenmerkt zich door veel haken en ogen. Tandartsen worden door het Ministerie niet expliciet genoemd als zorgverleners die aangesloten zouden moeten worden, hoewel hiervoor vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid wel iets te zeggen valt (zie paragraaf 3.3 en paragraaf 3.5). Bij de bevolking bestaat hiertegen echter weerstand. Zo blijkt uit onderzoek dat 27% gebruik zou willen maken van het recht om bepaalde zorgverleners de toegang tot het EPD te ontzeggen en noemt 59% hierbij expliciet de tandarts (Jong en Schee, 2006). Op basis van de 'richtlijn overdracht van medicatiegegevens' zou de tandarts wel degelijk toegang moeten krijgen tot in ieder geval het EMD.

Consultatiestelling

12. Verheldering inzake behandelingsovereenkomst

Omdat in de tandheelkunde steeds vaker verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de directe patiëntenzorg, i.c. bij het uitvoeren van de behandelovereenkomst, is het noodzakelijk te benoemen wat en wie worden bedoeld met de begrippen 'geneeskundige behandeling', 'hulpverlener', 'hulppersoon', 'anderen' en 'opdracht', zoals deze in de WGBO staan vermeld. Deze dienen voor de mondzorg nader te worden omschreven.

Geraadpleegde literatuur

- Admiraal WJ. Taakherschikking. Tandartspraktijk, april 2008, 5-6.
- Adviesgroep Capaciteit Mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Eindrapport van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.
- Brand HS, Nieuw Amerongen A van, Baat C de, Vissink A. Tandheelkundestudenten onvoldoende getraind in biologische wetenschappen en geneeskunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 491-495.
- Brands, WG. De mondige patiënt. Een conflict tussen zelfbeschikkingsrecht en bekeringsplicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; (113): 56-61.
- Brands WG, Eijkman MAJ. Gezondheidsrecht voor tandartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2000.
- Brands WG, Kerckhoffs AMA, Bronkhorst EM. Het teamconcept, vrijheid blijheid? Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 368-372.
- Broers DLM, Makkes PC, Jongh A. de. Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 8. Opleiding tot tandarts-gehandicaptenzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 126-128.
- Bruers JJM. De regierol in de tandheelkundige zorgverlening (interne notitie). Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde (NMT), 2004.
- Bruers JJM, Dam BAFM van. Tandheelkundige jeugdzorg. Opvattingen en gedragingen van tandartsen. Onderzoeksrapport 07.15. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2007.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CVS). Statline, 2009. www.cbs.statline.nl.
- Ciancio GS. Medications' impact on oral health. J Am Dent Assoc 2004; 135: 1440-1448.
- Commissie Innovatie Mondzorg. Innovatie in de mondzorg. Leiden: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO), 2006.
- Conrad HJ, Seong WJ, Pesun IJ. Current ceramic materials and systems with clinical recommendations: a systematic review. J Prosthet Dent 2007; 98 (5): 389-404.
- Cune MS, Raghoobar GM. Peri-implantologische problematiek: prothetische en chirurgische dilemma's.
- Dam BAFM van. De preventieassistent: gewaardeerde kracht. NT 2004; 59 (08): 34-35.
- Dam BAFM van, Bruers JJM. Kwalificering van tandartsassistenten (1). NT 2008; 63 (06): 63-65.
- Della Bona A, Kelly JR. The clinical success of all-ceramic restorations. J Am Dent Assoc 2008; 139: 8S-13S.
- Elangovan S, Srinivasan S, Ayilavarapu S. Novel regenerative strategies to enhance periodontal therapy outcome. Expert Opin Biol Ther 2009 (9) (4): 399-410.
- Feilzer A, Berendsen H, Hokwerda O. 'Tandartsen, word wakker!'. NT 2008; 63 (20): 22-25.
- IGZ Circulairnummer 2008-01-IGZ.
- Frankenmolen FWA. Help... een kind in de stoel! IQualstudiepakket. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2007.
- Fukayama H, Yagiela JA. Monitoring of vital signs during dental care. Int Dent J 2006; (56) (2) 102-108.
- Gamba TW. Ethical moment: What should I do about dental assistants who are performing prophylaxes? J Am Dent Assoc 2009; (140): 107-108.
- Glick M. A home away from home. The patient-centered health home (Editorial). J Am Dent Assoc 2009; (140): 140-142.
- Gruythuisen RJM. Kindertandheelkunde (Casus 4): Restaureren niet zinvol. Tandartspraktijk 2008; 29 (1): 29-30.

- Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic violence and its relation to dentistry: a call for change in Canadian dental practice. *J Can Dent Assoc*, 2007; (73) (7): 617-617f.
- Houtem CMHH van, Jongh A de, Broers DLM, Schoof M van der, Resida GHB. Beroepsdifferentiatie 9. Problemen in de mondzorg voor kinderen met een ernstige verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; (114): 129-133.
- Huebner CE, Milgrom P, Conrad D, Shuk Yin Lee R. Providing dental care to pregnant patients. *J Am Dent Assoc* 2009; (140): 211-222).
- Jong J de, Schee E van der. Ruim een kwart van de bevolking wil gebruik maken van het recht om bepaalde zorgverleners de toegang tot hun EPD te ontzeggen. Factsheet NIVEL, 2006. www.nivel.nl.
- Kabinetsreactie op het rapport van de Commissie Innovatie Mondzorg. Den Haag, 2006.
- Kalsbeek H, Poorterman JHG. Tandcariës in Nederland rond de eeuwwisseling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003a; (110): 516-521.
- Kalsbeek H, Poorterman JHG, Kivit MM. Tandheelkundige verzorging volwassen ziekenfondsverzekerden 1995-2002. Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag na de stelselherziening van 1995. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003b.
- Kampman E. Voeding en kanker van de mond- en keelholte. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; (115): 558-562.
- KNMG. Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie Wet BIG. www.knmg.artsennet.nl, 2007.
- Kreyns JM. Cowboypraktijken. *Tandartspraktijk* 2009; (30), maart: 51-54.
- Liem SL. De bescherming van patiëntgegevens. *Ned Tijdschr Tandheelkd digitaal* 2008; (115): 162-164.
- Loos B. Os sanum in corpore sano. Een gezonde mond in een gezond lichaam. Amsterdam ACTA, 2007.
- Loveren C van. Preventie een kwestie van samenwerken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; (114): 93-94.
- Loveren C van, Eijkman MAJ. Preventie op koers? Investeren blijft noodzaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; (110): 493-399.
- Maassen ITHM, Jacobs JE, Plasschaert AJM, Allard RHB, Schattenberg G, Hilberink SR. Stopadvies aan rokende patiënten: haalbaar in de tandartspraktijk? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; (115): 460-465.
- Mathus-Vliegen EMH, Nikkel D, Brand HS. Obesitas en mondgezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2005; (112): 396-402.
- Maquire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann MN, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 2007; (92) (12): 1113-1117.
- Mettes TGPH. Routine oral examination: towards a patient-tailored risk strategy. Dissertatie, Nijmegen, UMC St. Radboud, 2008.
- Mettes TG, Sanden WJM van der, Miks FHM, Verdonschot EH. Het periodiek tandheelkundig controleonderzoek als evaluatie-instrument in de klinische cariologie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; (110): 448-492.
- Ministerie van VWS. Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 2008.
- Ministerie van VWS. Marktwerking in de zorg. www.minvws.nl, 2009.
- Nesse W, Spijkervet FKL, Abbas F, Vissink A. Relatie tussen parodontale gezondheid en algehele gezondheid 2. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2006; 113: 191-196.
- NIZW. Beroepsprofiel Tandarts Algemeen Practicus. Utrecht: NIZW; 2006.
- NMT. Samenwerken in de tandheelkunde. Raadpleging van deskundigen. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2002.
- NMT en NIZW. Beroepsprofiel tandartsassistent. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde, 2005.
- NMT. Onderzoek Behoeftetepeiling cursus 'MAP-plus'. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde, 2004.

- NMT. Onderzoek recent afgestudeerde tandartsen voorjaar 2007: Recent afgestudeerde tandartsen over hun huidige en toekomstige werksituatie en over de NMT. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2007.
- NMT. Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering voorjaar 2008: Praktijksituatie en werkdruk van tandartsen in 2008. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2008.
- Myazaki T, Hoota Y, Kunii J, Kuriyama S, Tamaka Y. A review of dental CAD/CAM: current status and future perspectives from 20 years of experience. Dent Mater J 2009; (28) (1): 44-56.
- NPCF. Kwaliteitscriteria voor tandartsenzorg vanuit cliëntenperspectief. Utrecht, NPCF, 2005.
- NPCF. Taakherschikking. www.npcf.nl, 2006.
- NVAO. Accreditatiekader bestaande opleidingen hoger onderwijs. Den Haag, NVAO, 2003.
- NVM. NVM-Reactie op het kabinetsstandpunt inzake rapport Commissie Innovatie Mondzorg. www.mondhygiënist.nl, 2006.
- NVM. Concept richtlijn opdrachtrelatie voorbehouden handelingen tandarts-mondhygiënist. Nieuwegein, NVM, 2008.
- Pine CM, Adair PM, Burside G et al. Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. Comm Dent Health 2004; (21): 112-120.
- Plasschaert AJM. Ontwikkelingen in de cariologie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; (110): 474-475.
- Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E et al. Profile and competencies for the European dentist. E J Dent Educ 2005; 9 (3): 98-107.
- Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging jeugdige ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Amsterdam: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam/TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
- Prakken JW, Peddemors CM, Bolk MHH. Tandheelkundige professionals van morgen: flexibele teamplayers. Eindrapport van de deelprojectgroep 'Van zorgvraag naar een beroeps- en opleidingsstructuur tandheelkunde'. Nieuwegein, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), 2002.
- Reukers E. Vroeger was alles beter. NT 2008; 63 (220): 20-21.
- Richardson DJ. A reminder: dentistry's role in preventing child abuse and neglect. LDA J 2008; (67) (3): 30-32.
- RVZ. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- Sadowsky SJ. An overview of treatment considerations for esthetic restorations: a review of the literature. J Prosthet Dent 2006; (96) (6): 433-442.
- Sanz M, Treasure E, Dijk W van, et al. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. E J Dent Educ 2008; 12 (Suppl. 1): 101-110.
- Schaub, R (red.) Samenwerken in de mondzorg. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- Schuller AA, Overbeek K van, Ooijendijk WThM. Directe toegankelijkheid van de mondhygiënist 1. Standpunten van landelijke organisaties. Ned Tijdschr Tandheelkd 2005; (112): 368-372.
- Sfeatcu R, Dumitrache A, Burlibasa M. et al. Common risk factors for oral cancer and general diseases among institutionalized older people. OHDMBSC, VII (2), 2008.
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Certificatieschema Tandartspraktijk 2005. Utrecht, Stichting HKZ, 2006.
- Peterson PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Comm Dent Oral Epid 2005; 33 (2): 81-92.

- Rademakers L, Gorter RC. Vergrijzing en mondzorg in Nederland. Een verkenning. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; (115): 527-532.
- Raghoobar GM. Bot en implantaten als fundament voor functie en esthetiek. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 343-345.
- RVZ. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- RVZ. Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, RVZ, 2002.
- Stahl S, Meskin LH, Brown LJ. The American Dental Association's oral cancer campaign: the impact on consumers and dentists. J Am Dent Assoc 2004; (135) (9): 1261-1267.
- Thoné M, Reychler H, Mahy P. The role of the dentist in the diagnosis, screening and follow up of lesions of the oral mucosa. Rev Belge Med Dent 2000; (55) (3): 245-250.
- Truin GJ, Frencken JE, Mulder J, Kootwijk AJ, Jong E de. Prevalentie van tandcariës bij 6- en 12-jarige en tanderosie bij 12-jarige Haagse kinderen in de periode 1996-2005. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007 (114): 335-342.
- Tuk JHG, Lindeboom JAH. Hoofd-halsmanifestaties van syfilis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001 (108): 190-192.
- Veerkamp JSJ, Bouvy-Berends ECM, Stel G. Tandheelkundige zorg voor kwetsbare groepen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; (110): 500-503.
- Ven J van de. Nieuwe Wet Bescherming Persoonsgegevens. Verscherpte eisen ter bescherming van de privacy van patiënten. NT 2002; 16: 614-617.
- Versteegh PAM, Polder BJ. Prothetische beslissingen en planning bij partieel betande patiënten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008 (115): 580-587.
- Vereniging voor gezondheidsrecht. De toekomst van de Wet BIG; Preadvies 2008. Den Haag, 2008.
- Vissink A, Spijkervet FKL, Waal I van der. Mondziekten en de plaats van oral medicine. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 10-16.
- Waal I van der. De mond als spiegel van de algemene gezondheid. Acta Quality practice 2008 (4); 2: 8-16.
- Waal RIF van der, Visscher JGAM de, Waal I van der. Huidafwijkingen in het aangezicht. Een overzicht voor tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 267-270.
- Wierink CD, Bots-van 't Spijker PC, Baat C de. Depressie bij ouderen en de orale implicaties. In: Baat C de, Aps, J, Brands WG (red.). Het Tandheelkundig jaar 2007. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2007.
- Wismeijer D. Functie dicteert implantologie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; (114): 384-385.
- WHO. Oral health. Fact sheet no 318, february 2007. www.who.int.
- Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC. Delays in diagnosis of head and neck cancers. J Can Dent Assoc 2008 (74); (1): 61.
- Zwinkels MR, Schaub RHM. De tandarts als regisseur in de mondzorg. Doctoraalscriptie. 2005.

Bijlage 1 Beroepen en functies binnen de beroepskolom

Het aantal functionarissen dat zich bezighoudt met mondzorg, is in de afgelopen jaren uitgebreid. Door functie- en beroepsdifferentiatie zijn er diverse 'afgeleiden' ontstaan van bestaande beroepen. Tabel 1 geeft hiervan een overzicht.

| 1 Beroepen en (afgeleide) functies in de tandheelkundige beroepskolom | |
|---|---|
| Beroepen | (afgeleide) functies |
| Tandarts | parodontoloog, gnatoloog, endodontoloog, implantoloog, pedodontoloog, tandarts-geriatrie, maxillo faciale prothetist, tandarts gehandicaptenzorg, tandarts angstbegeleiding |
| Tandarts-specialist | kaakchirurg, orthodontist |
| Mondhygiënist | Kindertandverzorgende |
| Tandartsassistent | preventieassistent, paro-preventieassistent |
| Tandprotheticus | |
| Tandtechnicus | klinisch prothesetechnicus |

In het navolgende worden deze beroepen en functies beschreven, met de deskundigheidsgebieden voor zover van toepassing.

1 Tandarts en tandarts-specialist

Tandarts en tandarts-specialist zijn artikel 3-beroepen op basis van de Wet BIG. Bescherming van de titel is geregeld via de verplichte opname in het register. Tandarts en tandarts-specialist vallen onder het medisch tuchtrecht.

1.1 Tandarts

Het deskundigheidsgebied van de tandarts, alsmede de opleidingseisen zijn wettelijk omschreven in de Wet BIG. De tandarts houdt zich bezig met het 'het verrichten van handelingen op het gebied van de tandheelkunst'. De tandarts vormt zelfstandig een oordeel (beslissing) bij het verlenen van de tandheelkundige zorg aan de patiënt. De tandarts weegt hierbij af of de wens van de patiënt niet strijdig is met de professionele verantwoordelijkheid. Indien nodig verwijst de tandarts de patiënt door naar een desbetreffende zorgverlener binnen of buiten de tandheelkundige kolom.

In het beroepsprofiel voor de tandarts (NMT, 2006) staat beschreven dat de tandarts bekwaam is op de volgende competentiegebieden: vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid, communicatie en omgang met de patiënt, regie voeren, professionaliteit en bedrijfsvoering. De universitaire opleiding tandheelkunde is voorwaardelijk voor uitoefening van het beroep. Inschrijving in het BIG-register is voorwaardelijk voor het voeren van de titel. De tandarts is bevoegd tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

1.2 Gedifferentieerde tandarts

Op basis van het beroep van tandarts zijn in de loop der jaren diverse niet geformaliseerde afgeleiden ontstaan. In het veld wordt gesproken van *gedifferentieerde tandartsen*. Een gedifferentieerde tandarts heeft een specifieke opleiding, kennis en vaardigheid met betrekking tot een bepaald verrichtingsgebied of een specifieke patiëntencategorie in de tandheelkunde: parodontoloog, gnatoloog, maxillo faciale prothetist, endodontoloog, implantoloog, pedodontoloog, tandarts-geriatrie, tandarts gehandicaptenzorg en tandarts angstbegeleiding. Het niveau van de (vervolg)opleiding, beroepsuitoefening (inclusief de reikwijdte) en de wijze van erkenning verschillen per differentiatie.

1.3 Tandarts-specialist

De kaakchirurg is een tandheelkundig specialist wiens deskundigheidsgebied staat beschreven in de Wet BIG. Tot het gebied van deskundigheid van de kaakchirurg wordt gerekend: het verrichten van specialistische handelingen op het gebied van mondziekten en kaakchirurgie. De opleiding tandheelkunde én de opleiding mondziekten en kaakchirurgie zijn voorwaardelijk voor uitoefening van het beroep. Inschrijving in het BIG-register en in het specialisatie-register zijn voorwaardelijk voor het voeren van de titel. Ook de orthodontist is een tandheelkundig specialist wiens deskundigheidsgebied staat beschreven in de Wet BIG. Tot het gebied van deskundigheid van de orthodontist wordt gerekend: het verrichten van specialistische handelingen op het gebied van dento-maxillaire orthopaedie (DMO). De opleiding tandheelkunde én de opleiding dento-maxillaire orthopaedie (DMO) zijn voorwaardelijk voor uitoefening van het beroep. Inschrijving in het BIG-register en in het specialisatie-register zijn voorwaardelijk voor het voeren van de titel.

2 Mondhygiënist en kindertandverzorgende

De mondhygiënist is een artikel 34-beroep op basis van de Wet BIG. De titel is beschermd via een gevolgde opleiding. De mondhygiënist valt niet onder het medisch tuchtrecht.

2.1 Mondhygiënist

Het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist, alsmede de opleidingseisen zijn wettelijk omschreven in de Wet BIG. De kerntaken van het beroep van de mondhygiënist zijn gericht op preventie (van cariës en parodontitis) en mondhygiëne. De preventie is gericht op primaire, secundaire en tertiaire preventie¹⁴ van aandoeningen aan het gebit en de weefsels die het gebit omringen. Een opleiding mondhygiëne/mondzorgkunde is voorwaardelijk voor uitoefening van het beroep.

Met de AMvB van mei 2006 is de rechtstreekse toegankelijkheid van de mondhygiënist geformaliseerd en is bovendien het deskundigheidsgebied uitgebreid. De mondhygiënist mag 'functioneel zelfstandig', maar wel uitsluitend in opdracht van een tandarts twee voorbehouden handelingen zonder toezicht en tussenkomst van de tandarts uitvoeren. Het betreft het toepassen van lokale anesthesie door middel van injecties en het behandelen van primaire caviteiten via restauratie met plastische vulmaterialen. Mondhygiënisten mogen dus als gevolg van taakherschikking een aantal voorbehouden handelingen verrichten, zonder dat zij daarvoor tuchtrechtelijk kunnen worden vervolgd. De opdrachtgevende tandarts is aansprakelijk. Voor het maken van röntgenfoto's gelden aanvullende eisen. Vanwege Europese wetgeving is de mondhygiënist hiervoor niet functioneel zelfstandig bevoegd. Dit betekent dat deze taak uitsluitend kan worden gedaan met de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst door de tandarts. Ook het geven van aanwijzingen door de tandarts en het opvolgen daarvan door de mondhygiënist is vereist. Het behandelen van primaire caviteiten is onderdeel van de huidige 4-jarige opleiding Mondzorgkunde (die leidt tot de titel 'bachelor of health'). Voor de zittende mondhygiënist die deze opleiding niet hebben gevolgd, bestaan er applicatiecursussen om zich te bekwamen in het behandelen van primaire caviteiten.

De patiënt kan zonder verwijzing van een tandarts de hulp van een mondhygiënist inroepen en de mondhygiënist kan binnen het deskundigheidsgebied deze hulp zelfstandig verlenen.¹⁵ Voor de overige zorg verwijst de mondhygiënist de patiënt naar een tandarts.

¹⁴ Preventieve mondzorg 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 het vroegtijdig opsporen van ziekten, waarmee tijdig kan worden gestart met behandelen, zodat genezing 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.

Tertiaire preventie betreft activiteiten 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 (uit: Nota van toelichting bij AMvB Mondhygiënist, 2006).

¹⁵ Hieronder vallen:

- 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;
- het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts;

Anno 2008 verwijst 90% van de tandartsen patiënten naar mondhygiënist. Bij 47% betreft dat mondhygiënist in de eigen praktijk of in de praktijk van een collega en in 58% van de gevallen (ook) vrijgevestigde mondhygiënist. Taken waarvoor tandartsen patiënten naar mondhygiënist verwijzen, zijn met name subgingivaal tandsteen verwijderen (98%), maken van pocketstatussen (86%), instructie mondhygiëne (81%) en supragingivaal tandsteen verwijderen (79%). In mindere mate wordt ook verwezen voor onder andere het maken en interpreteren van DPSI-scores (51%), het toedienen van anesthesie (22%), het maken van röntgenfoto's (18%) en het uitvoeren van een periodieke controle (12%) (NMT, 2008).

2.2 Kindertandverzorgende

Vanuit het beroep van mondhygiënist is eind jaren negentig van de vorige eeuw de functie van kindertandverzorgende ontstaan. De Radboud Universiteit Nijmegen startte hiervoor een éénjarige post-HBO-cursus, die inmiddels niet meer bestaat. Op grond van de wet BIG mag de kindertandverzorgende in opdracht en onder toezicht van de tandarts voorbehouden handelingen uitvoeren. Het betreft onder meer preparaties en restauraties in het melkgebit (klasse I en II) en in het blijvende gebit (klasse I), waarvoor wordt uitgegaan van primaire cariës, het geven van lokale anesthesie en het uitvoeren van (eenvoudige) extracties in het melkgebit. In de afgelopen jaren heeft een (onbekend) aantal kindertandverzorgenden zich vrij gevestigd. Enkel van hen hebben tandartsen benaderd met het verzoek om samenwerkingsovereenkomsten af te sluiten, aangaande het uitvoeren van anesthesie en behandelen van primaire caviteiten. Overigens is met de AMvB van mei 2006 de mondhygiënist ook zelfstandig bevoegd tot deze handelingen, zij het dat alle aangeleerde handelingen in de opleiding kindertandverzorgende niet één op één zijn overgegaan in het vierde opleidingsjaar van de mondhygiënist.

3 Tandartsassistent, preventieassistent, paro-preventieassistent

3.1 Tandartsassistent

De tandartsassistent biedt professionele, actieve ondersteuning, zodanig dat andere tandheelkundige professionals efficiënt en effectief de patiënt kunnen behandelen. In dit kader worden zelfstandig werkzaamheden verricht ten behoeve van de voorbereiding, uitvoering en afronding van de patiëntenbehandeling en worden onderdelen van tandheelkundige behandelingen uitgevoerd. Het deskundigheidsgebied van de tandartsassistent is niet wettelijk vastgelegd. Wel bestaat er een door het veld gevalideerd beroepscompetentieprofiel (NMT, 2005) en is er een formele, door het ministerie van OC&W erkende MBO-opleiding Tandartsassistent, maar deze opleiding is niet verplicht voor het uitoefenen van het vak. Uit een op verzoek van de Stichting Fonds Tandartsassistenten in 2007 door de NMT uitgevoerd onderzoek onder tandartsassistenten kwam naar voren dat 43% van hen beschikte over het MBO-diploma 'Tandartsassistent' en dat 3% bezig was met de opleiding (Dam en Bruers, 2008). Alle ondervraagde assistenten waren (verder) opgeleid in de tandartspraktijk.

3.2 Preventieassistent

Vanwege een door de NMT geconstateerd tekort aan beroepskrachten in de mondzorg die preventie voor hun rekening kunnen nemen, nam de beroepsorganisatie in 1995 het

- 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:
 - 1e. toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek, bedoeld onder a;
 - 2e. 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 3e;
 - 3e. behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

initiatief tot de opzet van de cursus 'Met aantekening preventie' (MAP). Doel ervan was om ervaren en gemotiveerde tandartsassistenten te scholen in tandheelkundige preventie en mondhygiëne. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de tandarts-algemeen practicus, die vervolgens een beperkt aantal taken op genoemde terreinen kan delegeren aan deze zogenoemde preventieassistent. De betreffende taken, inclusief supragingivaal tandsteen verwijderen, mogen door de preventieassistent zelfstandig worden uitgevoerd. Het deskundigheidsgebied van de preventieassistent is echter niet wettelijk vastgelegd en een cursus is niet voorwaardelijk voor het uitoefenen van de functie. Naast de oorspronkelijke, niet officieel erkende branche-opleiding van de NMT zijn bovendien in de loop der jaren diverse cursussen op de markt gekomen van verschillende aanbieders, waarvan de inhoud kan variëren.

3.3 Paro-preventieassistent

In 2003 werd een onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop preventieassistenten in de praktijk functioneren (Dam, 2004). Daarbij bleek dat er draagvlak was voor verdere scholing van de preventieassistent. Inmiddels is er een vervolg op de cursus preventieassistent, waarin wordt opgeleid tot paro-preventieassistent. Deze paro-preventieassistent mag onder meer subgingivaal tandsteen verwijderen (bij parodontologie-patienten van categorie B met pockets tot maximaal 6 mm) en delen van de initiële parodontale behandeling uitvoeren.

Anno 2008 delegeert bijna de helft (47%) van de tandartsen taken uit het eigen deskundigheidsgebied (langdurig) aan (preventie)assistenten. Daarbij gaat in bijna alle of veruit de meeste gevallen om instructie mondhygiëne (98%), supragingivaal tandsteen verwijderen (86%), fluoride applicatie (85%), polijsten (76%) en het geven van tandheelkundige voorlichting (70%). Meer of minder vaak worden echter ook gedelegeerd het maken van röntgenfoto's (68%), het maken en interpreteren van DPSI-scores (33%), subgingivaal tandsteen verwijderen (24%), het toedienen van anesthesie (23%) en het maken van eenvlaksrestauraties c.q. behandelen van kleine caviteiten (9%). (NMT, 2008). Van de jonge (recent afgestudeerde) tandartsen denkt 82% taken te gaan delegeren aan preventieassistenten (NMT, 2007).

4 Tandprotheticus

Het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus staat omschreven in de Wet BIG. Hieronder valt in de eerste plaats het vervaardigen van een gebitsprothese op een tandenloze kaak. Daarnaast wordt ertoe gerekend het na verwijzing door een tandarts aanbrengen van een gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van de gebitsprothese. De tandprotheticus is hiervoor zelfstandig bevoegd. Een opleiding tandprothetiek is voorwaardelijk voor uitoefening van het beroep. De titel is dus beschermd. Uitsluitend op basis van deze opleiding mag de tandprotheticus zijn titel voeren.

5 Tandtechnicus, klinisch prothesetechnicus

5.1 Tandtechnicus

Het deskundigheidsgebied van de tandtechnicus is niet wettelijk vastgelegd. Wel bestaat er een door het veld gevalideerd beroepscompetentieprofiel en is er een formele MBO-opleiding Tandtechnicus. De tandtechnicus houdt zich bezig met het vervaardigen van tandtechnische werkstukken t.b.v. geheel of gedeeltelijk edentate patiënten. In de praktijk betreft dit de volgende vakgebieden: de volledige gebitsprothese, de partiële gebitsprothese, kroon- en brugwerk, inclusief porseleintechniek en orthodontie. De opleiding is niet verplicht voor het uitoefenen van het vak. Volgens de wet BIG is het maken van een volledige prothese geen voorbehouden handeling. Iedereen die kan

aantonen bekwaam te zijn, is daarmee ook bevoegd om patiënten met een volledige prothese te behandelen.

5.2 Klinisch prothesetechnicus

Vanuit het beroep tandtechnicus is als afgeleide de functie 'klinisch prothesetechnicus' ontstaan. Dit is een tandtechnicus met verdergaande scholing en verdergaande expertise heeft op het gebied van 'het in opdracht van de tandarts aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een (volledige) gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich geen gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van de prothese (NMT, 2000). Hierbij is de tandarts de degene die diagnostiseert, verwijst en beoordeelt of de klinisch prothese technicus de patiënt goed kan behandelen. Ook het deskundigheidsgebied van de klinisch prothesetechnicus is niet wettelijk vastgelegd. Een klinisch prothesetechnicus heeft de opleiding tandtechniek met uitstroomrichting prothese met goed resultaat afgesloten en heeft vervolgens de twee-jarige aanvullende cursus 'klinisch prothesetechnicus' afgerond. De functie en opleiding zijn niet formeel erkend en de titel is niet beschermd. Wel is er sprake van een vorm van 'branche-erkenning' en zullen in de regel alleen afgestudeerden van de opleiding 'klinisch prothesetechnicus' de functietitel hanteren.

Bijlage 2 Vragenformulier Consultatiedocument 'Helderheid Beroepskolom'

U heeft zojuist kennis genomen van het document 'Helderheid beroepskolom; visiedocument over de rol en positie van de tandarts en overige zorgverleners in de mondzorg'.

In hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 zijn enkele consultatiestellingen bepaald, die staan geformuleerd in grijs-gearceerde blokjes. Het hoofdbestuur wil de in het stuk geformuleerde stellingen graag bij u ter consultatie voorleggen.

1. Consultatiestellingen 1: Professionele standaard.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

2. Consultatiestelling 2: Diagnose- en indicatiestelling door de tandarts.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

3. Consultatiestelling 3: Aanscherping definitie, voorwaarden en vereisten taakherschikking.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

4. Consultatiestelling 4: Protocollering van opdrachtverstrekking.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

5. Consultatiestelling 5: Duidelijkheid over bekwaamheden en het vergewissen ervan.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

6. Consultatiestelling 6: Status AMvB mondhygiënist: evaluatie van taakherschikking noodzakelijk.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

7. Consultatiestelling 7: Aanscherping voorwaarden en vereisten taakdelegatie.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

8. Consultatiestelling 8: Begrenzing taakdelegatie.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

9. Consultatiestelling 9: Kwaliteitsborging bekwaamheid tandartsassistenten en preventieassistenten.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

10. Consultatiestelling 10: Preventie en mondhygiëne met name door mondhygiënist en (preventie)assistent.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

11. Consultatiestelling 11: Tandarts als dossierhouder van het totale patiëntendossier.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting:

12. Consultatiestelling 12: Verheldering inzake behandelingsovereenkomst.

Kunt u zich over het geheel genomen vinden in deze stelling?

0 ja

0 nee

Toelichting: