
147

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

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

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

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

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

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

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

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

A

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

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

B

Hoofdstuk V komt te luiden:

HOOFDSTUK V

§ 1. Titel

Artikel 14

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

§ 2. Opleiding

Artikel 15

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

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

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

Artikel 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3. Deskundigheid

Artikel 17

Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend:

a. het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;

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

c. het met uitzondering van de in onderdeel e, onder 3°, bedoelde preparatie van primaire caviteiten toepassen van mondzorgkundige behandelingen, strekkende tot het voorkomen of herstellen van aandoeningen van het gebit en tot het opheffen of verminderen van aandoeningen van de weefsels die het gebit omringen;

d. het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan een persoon, met als doel het stimuleren van gedrag dat de mondgezondheid bevordert;

e. het bij daarvoor in aanmerking komende patiënten in opdracht van een tandarts:

1°. toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek, bedoeld onder a;

2°. toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties met door Onze Minister aan te wijzen middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek, bedoeld onder a, of van de behandeling, bedoeld onder c, en onder 3°;

3°. behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

ARTIKEL II

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

ARTIKEL III

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

ARTIKEL IV

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

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

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

's-Gravenhage, 21 februari 2006

Beatrix

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

Uitgegeven de *eenentwintigste* maart 2006

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

Algemeen

1. Verantwoording

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Administratieve lasten

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

Artikelsgewijs

Artikel I, sub A

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

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

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

Artikel I, sub B

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel II

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

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

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

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

Artikel III

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

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