



Capaciteit mondzorg

**Aanbevelingen voor de korte en lange termijn**

## Aanbevelingen voor de korte en lange termijn

# Inhoudsopgave

---

1.	Ten geleide	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Leeswijzer	4
2.	Kernpunten van het advies	5
3.	Aanleiding	9
3.1	Capaciteit mondzorg	9
3.2	Adviesgroep capaciteit mondzorg	9
4.	Mondzorg in Nederland (de huidige situatie)	11
4.1	Organisatie	11
	• Tandarts	11
	• Mondhygiënist	12
	• Tandprotheticus	13
4.2	Ontwikkelingen en tendensen	14
	• Mondgezondheid	14
	• Patiënten/consumenten	15
	• Beroepskrachten	15
	• Buitenlandse beroepsbeoefenaren	16
	• Opleidingen	17
	• Praktijkvoering	17
	• Arbeidstijden	18
	• Vestigingsvoorkeur	19
	• Technologie	19
	• Doelmatigheid	19

---

5.	Capaciteitsprobleem (aard en omvang; oplossingsrichtingen)	20
5.1	Aard en omvang	20
5.1.1	Capaciteitsprobleem in de mondzorg	20
5.1.2	Signaleringsrapport Tandheelkunde	21
5.1.3	Overige signalen	22
5.2	Oplossingsrichtingen	23
5.2.1	Beleidsvarianten	23
5.2.2	Waardering varianten	23
	<i>Variant 1: Ongewijzigd beleid</i>	23
	<i>Variant 2: Capaciteitsuitbreiding opleidingen</i>	24
	<i>Variant 3: Bevordering teamconcept</i>	25
	<i>Variant 4: Capaciteitsuitbreiding/bevordering teamconcept</i>	26
6.	Teamconcept (nadere uitwerking)	29
6.1	Teamconcept in het verleden	29
6.2	Teamconcept in het heden	29
6.3	Teamconcept in de toekomst	31
6.4	Haalbaarheid en effecten	34
	• Capaciteit	34
	• Opleidingen	34
	• Financiering	35
	• Arbeidssatisfactie	35
6.5	Uitwerking teamconcept	36
	Literatuurlijst	38

# 1. Ten geleide

---

## 1.1 Inleiding

Het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg kan niet los worden gezien van de interessante ontwikkelingen die zich binnen de sector voordoen. In de afgelopen jaren maakt de mondzorg een proces van *'coming-out'* door, waarbij deze sector haar positie binnen het zorgveld versterkt. Een belangrijk stap binnen dit proces was de ondertekening door de minister van VWS en de besturen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van het Convenant mondzorg in januari van dit jaar. Het Convenant mondzorg bevat de meerjarenafspraken voor deze sector, zoals die ook met andere zorgsectoren zijn gemaakt. Specifiek voor de mondzorg gaat het om afspraken en voornemens met betrekking tot de benodigde capaciteit, de toekomstige structurering van de sector, de kwaliteitszorg en de financierings- en honoreringssystematiek.

Voor wat betreft de benodigde capaciteit is de Adviesgroep capaciteit mondzorg ingesteld met als doel de aard, ernst, omvang en duurzaamheid van het menskrachttekort in de mondzorg te verkennen en aanbevelingen te doen voor de oplossing daarvan.

## 1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 (Kernpunten van Advies) wordt een weergave gegeven van de bevindingen en aanbevelingen van de Adviesgroep. Hoofdstuk 3 (Aanleiding) geeft een schets van de aard van het capaciteitsvraagstuk en legt de relatie met de taakstelling en de samenstelling van de Adviesgroep. Een overzicht van de huidige organisatie van de mondzorg in Nederland wordt gegeven in hoofdstuk 4 (Mondzorg in Nederland; de huidige situatie). Tevens worden ontwikkelingen en tendensen binnen de sector aangegeven en toegelicht. In hoofdstuk 5 (capaciteitsprobleem; aard en omvang; oplossingsrichtingen) worden de aard en de omvang van het capaciteitstekort beschreven en oplossingsrichtingen aangedragen. Het teamconcept is een belangrijke ontwikkeling voor het capaciteitsvraagstuk voor de middellange en lange termijn. In hoofdstuk 6 (Teamconcept; nadere uitwerking) wordt dit beschreven. Naast de implicaties voor het versterken van de huidige samenwerking tussen tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticus, wordt een blik in de toekomst gegund naar een gewenste invulling van het team.

Noot: Overeenkomstig de terminologie van de Wet BIG worden de zorgaanbieders in de mannelijke vorm aangeduid.

## 2. Kernpunten van het advies

---

Het capaciteitstekort in de mondzorg is een serieus probleem. Uit verschillende wetenschappelijke publicaties en op grond van ervaringsgegevens uit de praktijk blijkt, dat het tekort aan menskracht in de mondzorg feitelijk aanwezig is en in de komende jaren nog zal groeien. Het zorgaanbod is op dit moment redelijk stabiel. Bij de tandartsen moet rekening worden gehouden met een onevenwichtige leeftijdsopbouw. Hierdoor zullen op korte en middellange termijn veel meer aanbieders uittreden dan er nieuwe bijkomen. Daarnaast zal de bevolking tot op oudere leeftijd de tanden en kiezen behouden en zal dus langduriger mondzorg verlangen. Ook vinden mensen het steeds belangrijker om een verzorgd en gezond gebit te hebben. Naast het volume van werkzaamheden, zal ook de intensiteit van de zorgvraag toenemen. Indien er geen maatregelen worden genomen ziet het er naar uit dat over 20 jaar circa 1 miljoen Nederlanders van tandheelkundige hulp verstoken zullen zijn.

De Adviesgroep capaciteit mondzorg is ingesteld om de ernst en omvang van het tekort in kaart te brengen en aanbevelingen te doen voor de aanpak van het probleem. Hiermee wordt gevolg gegeven aan één van de afspraken uit het Convenant mondzorg dat door de minister van VWS tezamen met de besturen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondertekend is. In de Adviesgroep zijn de beroepsgroepen, betrokken bij de mondzorg, de zorgverzekeraars, de opleidingen en de patiënten- en consumentenfederatie vertegenwoordigd. Vanaf januari van dit jaar is de Adviesgroep zes maal bijeen geweest.

Om op korte termijn de hoogste nood te lenigen adviseert de Adviesgroep door middel van het aanbieden van financiële prikkels en infrastructurele voorzieningen het vestigingsklimaat in onderbezette gebieden aantrekkelijker te maken. Daarnaast stelt de Adviesgroep voor fiscaal-juridische belemmeringen weg te nemen die het voor oudere tandartsen lastig maken de praktijk geleidelijk af te bouwen. In aanvulling op deze maatregelen moeten de procedures voor buitenlandse tandartsen die in Nederland aan de slag willen gaan, worden vereenvoudigd.

Voorgesteld wordt om de huidige numerus fixus voor de opleiding Tandheelkunde te verhogen van 260 naar 300 plaatsen. Voor de opleidingen Mondhygiëne is een ophoging van 210 naar 300 plaatsen noodzakelijk.

---

Echter, enkel het op basis van de berekeningen vergroten van de opleidingscapaciteit voor tandartsen en mondhygiënist en het introduceren van 'noodmaatregelen', leek de Adviesgroep afbreuk te doen aan de vele kansen die er op het moment liggen om de mondzorg tot een volwaardig zorgsysteem te laten evolueren. Het zou jammer en kortzichtig zijn om de huidige ontwikkelingen binnen de beroepsstructuur en de opleidingen niet in de algehele discussie te betrekken. Capaciteit is niet alleen een kwantitatief vraagstuk. Het gaat ook om kwaliteit.

Vanuit dat licht verwacht de Adviesgroep voor de middellange en lange termijn veel van het zogenoemde teamconcept. Het gaat er om dat alle aanbieders van mondzorg op basis van afspraken nauwer gaan samenwerken om integrale en doelmatige zorg aan de patiënt te bieden. Uitgangspunt is dat de patiënt zorg krijgt door een zorgaanbieder wiens kennis en ervaring het best aansluiten op de zorgvraag. Binnen de Adviesgroep bestaat een brede consensus over de toegevoegde waarde van het teamconcept. Om ervoor te zorgen dat de patiënt niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd is het gewenst dat hij of zij vanuit een duidelijke structuur – op basis van één centraal patiëntendossier – begeleid en behandeld wordt. De tandarts-algemeen practicus is vanwege zijn overzicht in dit zorgveld, de aangewezen persoon om als regisseur van dit mondzorgteam op te treden.

Voor de nabije toekomst liggen er tal van mogelijkheden om het teamconcept verder te ontwikkelen. Daarbij gaat de gedachte uit naar het uitbreiden van het team met zorgaanbieders die specifiek zijn opgeleid om de reguliere mondzorg uit te oefenen. Deze *mondverzorgenden* zijn op HBO-niveau opgeleid om preventief, licht curatief en tandprothetisch werk te verrichten. Met de inzet van deze beroepskrachten, krijgt de tandarts de handen vrij om tandheelkunde uit te oefenen, die nog meer aansluit op zijn wetenschappelijke achtergrond.

De Wet BIG biedt ruime mogelijkheden om bestaande beroepskrachten in de mondzorg meer bij de patiëntenbehandeling te betrekken. Naast het introduceren van de *mondverzorgende* (HBO), pleit de Adviesgroep ervoor om op MBO-niveau de *mondzorgassistent* in het leven te roepen.

De Adviesgroep adviseert om vanuit deze nieuwe structuur het capaciteitsvraagstuk te benaderen. De mondzorg is niet gebaat bij 'meer van hetzelfde', maar heeft behoefte aan nieuwe impulsen vanuit een gedifferentieerd zorgaanbod.

---

Derhalve komt de Adviesgroep capaciteit mondzorg tot de volgende aanbevelingen:

### Per direct (0-1 jaar)

Aard: reparatie binnen het huidige systeem

- Het traject om tandartsen met een buitenlands diploma tot de uitoefening van het beroep in Nederland toe te laten wordt versneld door het verbeteren van de coördinatie tussen de betrokken instanties en procedures.
- De instroom van eerstejaarsstudenten Tandheelkunde wordt verruimd van 260 naar 300 plaatsen. De numerus fixus wordt dienovereenkomstig met ingang van het studiejaar 2001/2002 verhoogd, met de mogelijkheid om op termijn te worden aangepast als het teamconcept haar vruchten gaat afwerpen.
- De instroom in de opleidingen Mondhygiëne wordt verhoogd van circa 210 naar 300 plaatsen.
- Op de lokale overheden wordt een beroep gedaan om met name in de probleemgebieden het vestigingsklimaat voor praktijken voor mondzorg te verbeteren. Dat kan onder andere door infrastructurele mogelijkheden te scheppen voor mondzorg in nieuwbouwwijken of in gebieden voor stadsvernieuwing. Daarnaast dient men behulpzaam te zijn bij het faciliteren van parkeerruimte, het vinden en verkrijgen van onderdak en geschikte praktijkruimte. Het budget voor het Grotestedenbeleid, dat voor de zorg beschikbaar is, kan worden aangesproken om dit doel te realiseren.
- Er worden speciale tariefmodules ontwikkeld voor tandartsen die in onderbezette gebieden zijn gevestigd.

### Korte en middellange termijn (0-5 jaar)

Aard: ontwikkeling teamconcept

- Het team-concept waarbinnen tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici en tandarts-assistenten op grond van duidelijk omliggende afspraken samenwerken wordt bevorderd, omdat het de meest geschikte basis is voor het oplossen van het capaciteitsprobleem en voor het aanbieden van verantwoorde zorg aan de patiënt. Door een betere en gedifferentieerde verdeling van taken op grond van het opleidingsniveau van de zorgaanbieder, kan doelmatig zorg-op-maat worden geboden. De teamaanpak garandeert integrale zorgverlening en is een goede voedingsbodem voor collegiale ondersteuning en kennisuitwisseling.
- De huidige opleiding tot tandarts wordt aangepast en uitgebreid tot de opleiding Mondarts. De ophanden zijnde herziening van het opleidingsstelsel (Master-Bachelor-structuur) kan worden aangegrepen om de differentiatie in de beroepenstructuur in de mondzorg op de verschillende niveau's te bevorderen.
- De ontwikkeling van de HBO-opleiding Mondverzorgende met de afstudeerrichtingen mondhygiënist, curatief medewerker, kindertandverzorgger, tandprotheticus en medewerker



---

collectieve preventieve mondzorg wordt bevorderd. Dit opleidingsprogramma wordt nauw afgestemd met de opleidingen Tandheelkunde, zodat reeds in de opleidingen volgens het teamconcept gewerkt zal worden.

- De MBO-opleiding voor tandartsassistent wordt veranderd in een opleiding Mondzorgassistent, waarbinnen een module preventiemedewerker is opgenomen.
- Door middel van veldexperimenten worden ervaringen met de nieuwe beroepskrachten opgedaan en gegevens gegenereerd over de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van deze nieuwe aanpak. Daarbij kan worden aangesloten bij nu reeds bestaande of in ontwikkeling zijnde teams. Bij de uitvoering van de experimenten en de beoordeling van de resultaten worden de patiënten en de zorgverzekeraars betrokken.
- Het verloop van de capaciteitsopbouw in de mondzorg wordt structureel gemonitord en dient als input voor het beleid. Aansluiting wordt gezocht met het Capaciteitsorgaan voor de planning en financiering van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen.
- Verzekeringstechnisch worden prikkels ingebouwd om het teamconcept te bevorderen. Dit kan geschieden door het mondzorgteam de status van 'zorginstelling' in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen te geven. Een dergelijke instelling treedt op als gesprekspartner van de zorgverzekeraar.
- De partijen die in de Adviesgroep capaciteit mondzorg zijn vertegenwoordigd, stellen een periodiek overleg in, om gezamenlijke strategieën te ontwikkelen en ervaringen uit te wisselen.

## Middellange termijn (5-10 jaar)

Aard: rijping

- De ontwikkeling en integratie van de tandartsopleidingen met HBO-mondverzorgende beroepen wordt doorgevoerd. Opleidingsprogramma's worden aangepast op grond van de opgedane ervaringen en wetenschappelijk onderzoek.
- De begeleiding van de invoering van het teamconcept 'nieuwe stijl' (mondarts, mondverzorgende, mondzorgassistent) wordt in de praktijk vormgegeven.
- De implementatie van de nieuwe verzekeringsopzet wordt uitgevoerd (afstemmen op basisverzekering).
- De integratie van de mondzorg binnen het geheel van de gezondheidszorg wordt versterkt.

## Lange termijn (10-20 jaar)

Aard: consolidatie

- Consolidatie en verfijning teamconcept.
- Evaluatie in termen van capaciteit en kwaliteit.

## 3. Aanleiding

### 3.1 Capaciteit mondzorg

In de afgelopen twee jaar is het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg ('tandarts-tekort') toenemend in de belangstelling komen te staan. Daar waar het aanvankelijk bleef bij losse signaleringen vanuit de beroepsgroep, bevolking en zorgverzekeraars, brak de discussie met het verschijnen van de eindrapportage van het Signaleringsproject Tandheelkunde van de Universiteit van Nijmegen pas werkelijk los. Vanuit de overheid werd aanvankelijk terughoudend gereageerd op het dreigende tekort, omdat onvoldoende duidelijk was hoe omvangrijk en structureel de problemen waren. Bovendien was onvoldoende duidelijk hoe toekomstige ontwikkelingen (onder andere teamconcept, technologische ontwikkelingen, financieringssystematiek) hun doorwerking zouden hebben op de capaciteit. Tenslotte verkeerde de overheid in het ongewisse over de attitude van de verschillende beroepsgroepen ten aanzien van het probleem en elkaar. Onbedoeld partij kiezen zou de mondzorg eerder kunnen schaden dan baten. Hierbij in het achterhoofd de gedachte dat nog maar kort geleden, in de jaren tachtig van de vorige eeuw, een overschot aan tandartsen bestond. Alles bij elkaar voldoende reden voor de minister om een adviesgroep in te stellen die het capaciteitsprobleem in de mondzorg onder de loep neemt. Op 28 februari 2000 ging de Adviesgroep capaciteit mondzorg onder voorzitterschap van professor Lapré van start.

### 3.2 Adviesgroep capaciteit mondzorg

De Adviesgroep capaciteit mondzorg heeft tot doel om een waardering te geven aan de omvang, ernst en aard van het personele capaciteitsprobleem in de mondzorg. Daarbij gaat het in elk geval om de volgende vraagstellingen:

- Hoe moeten de gesignaleerde tekorten worden beoordeeld in algemene zin?
- In hoeverre is sprake van een structurele situatie?
- Zijn er geografische kenmerken aan de tekorten te koppelen en zijn daarbij patronen te ontdekken?
- Welke maatschappelijke ontwikkelingen zijn mogelijk van invloed (zorgvraag, deeltijd, m/v-verhouding, inhoud zorgaanbod)?
- Wat zijn de effecten van een meer stelselmatige aanpak van zorgverlening (samenwerking tandartsen algemeen-practici, gedifferentieerde/gespecialiseerde tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici)?
- Welke aanbevelingen zijn te doen voor de korte, middellange en lange termijn?

---

De Adviesgroep is in de periode van februari 2000 – juli 2000 zes maal bijeen geweest.

De Adviesgroep was samengesteld uit deskundigen vanuit de beroepsgroepen (tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticici), zorgverzekeraars, universiteiten, overheid en patiënten/consumentenorganisaties.

De volgende personen maakten deel uit van de Adviesgroep:

- prof. dr. R.M. Lapré, hoogleraar Economie van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam (voorzitter)
- drs. P.S.B. Boom, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (secretaris)
- dhr. C.P. Bots, tandarts (Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten)
- prof.dr. R.C.W. Burgersdijk, tandarts (Vereniging Samenwerkende Universiteiten)
- dhr. J.R. Bijkersma (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie)
- mw. M.J.H. Corbey-Verheggen, mondhygiënist (Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten)
- drs. Th.J.E. van Hemert (Zorgverzekeraars Nederland)
- drs. J.L.M. van den Heuvel, tandarts (waarnemer Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- mw. P. Koole-Kisman, mondhygiënist (Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten)
- dhr. R. Leeseman, tandprotheticus (Stichting Nederlands Tandprothetisch Instituut)
- dhr. F.W. van der Linde, tandprotheticus (Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici)
- dhr. E.A.E.M. Lockefeer, tandarts (Zorgverzekeraars Nederland)
- dhr. A.J. van Ommeren, tandarts (College Adviserend Tandartsen)
- drs. A.J. Rijnsburger (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde)
- dhr. G.L.A.M. Zeegers, tandarts (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde)

Het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen was agendalid.

# 4. Mondzorg in Nederland

de huidige situatie

## 4.1 Organisatie

Bron: 'Tandheelkundige gezondheidszorg in Nederland'; College voor zorgverzekeringen; juli 1999

### **Tandarts**

Thans zijn in Nederland ruim 7100 tandartsen werkzaam. Verreweg de meesten zijn actief als algemeen practicus; 69% voert een solopraktijk.

Geleidelijk ontstaat, op beperkte schaal, binnen de beroepsgroep een zekere differentiatie als tandarts-parodontoloog, tandarts-endodontoloog, tandarts-gnatholoog en tandarts-implantoloog. Uit gegevens van de NMT-Peilstations blijkt 40% van de algemeen practici een dienst- of samenwerkingsverband met één of meer mondhygiënisten te hebben. Andere terreinen waarop tandartsen hun werkzaamheden verrichten zijn het onderwijs, intramurale instellingen, instellingen voor bijzondere tandheelkunde, de zorgverzekeraars, defensie en het gevangeniswezen. Er bestaan grote verschillen in tandartsdichtheid tussen de provincies. Zo zijn er in Zeeland meer dan twee keer zoveel inwoners per tandarts dan in de provincie Utrecht.

De beroepsuitoefening van de tandarts wordt geregeld door de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Om de titel tandarts te mogen voeren en het daaraan verbonden recht om voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren, is inschrijving in het BIG-register vereist. Om voor registratie in aanmerking te komen moet een getuigschrift worden overgelegd waaruit blijkt dat de gevolgde opleiding voldoet aan de eisen krachtens de Wet BIG. Deze eisen zijn neergelegd in het Besluit opleidingseisen tandarts. Dit besluit is in overeenstemming met de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) en de betreffende Europese richtlijn. Het besluit geeft aan dat de opleiding tot tandarts is gericht op het verwerven van kennis van en inzicht en vaardigheid in de volgende aspecten van de tandheelkundige beroepsuitoefening:

- de professionele tandheelkundige vorming;
- communicatie en voorlichting;
- onderzoek en diagnose van tandheelkundige problemen en het op basis daarvan opstellen van een behandelingsplan;
- het instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid;
- de beginselen van de tandheelkundige gezondheidszorg;
- medische noodsituaties;
- de praktijkvoering.

Al deze aspecten worden in het besluit nader uitgewerkt. De gestelde eisen vormen het minimum waaraan beroepsbeoefenaren moeten voldoen om voor registratie als tandarts in aanmerking te komen. De opleiding tot tandarts is een wetenschappelijke opleiding. Dat betekent dat de persoon die de opleiding met goed gevolg heeft afgerond zelfstandig de informatie die nodig is om zijn deskundigheid te onderhouden, kan verwerven en kan aanwenden. Daarbij speelt ook de sociaal-culturele omgeving waarbinnen de zorg wordt verleend een rol.

Daarnaast scheidt de Wet BIG de mogelijkheid tot het erkennen van specialisaties. De beroepsorganisaties moeten daartoe zelf een specialismenregeling opzetten. De tandheelkunde kent twee specialismen: Mondziekten & Kaakchirurgie en Orthodontie. De Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten, die de NMT ten behoeve van de tandheelkundige specialisten heeft opgesteld, is goedgekeurd door de minister van VWS.

### ***Mondhygiënist***

Er zijn in Nederland ruim 1600 mondhygiënisten werkzaam; circa tweederde werkt part-time. Het overgrote deel van de mondhygiënisten werkt extramuraal. Dit kan zijn in de algemene tandartspraktijk, in praktijken voor orthodontie en voor parodontologie, in poliklinieken voor mondziekten en kaakchirurgie, en in instellingen voor bijzondere tandheelkunde. Het aantal vrijgevestigde mondhygiënisten neemt toe. Een klein deel werkt in de intramurale zorgverlening: algemene en psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten. De overigen werken elders, met name bij de opleiding tot mondhygiënist, de universiteit, het bedrijfsleven of – in het kader van de collectieve preventie – als tandheelkundig preventief medewerker bij een gemeentelijke gezondheidsdienst.

De opleiding tot mondhygiënist duurt drie jaar. De beroepsuitoefening wordt geregeld door de Wet BIG. In het krachtens deze wet genomen Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut zijn de opleidingseisen voor de mondhygiënist opgenomen en is het deskundigheidsgebied omschreven.

Het recht op het voeren van de titel 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 mondhygiëne die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs en die voldoet aan de in het besluit gestelde eisen. Tot die eisen behoort een beroepsvoorbereidende periode van 30 maal 40 studie-uren, die gevolgd wordt in de tweede helft van de

opleiding en gelijkelijk is verdeeld over twee verschillende instellingen van gezondheidszorg, waaronder een tandartspraktijk. Tot het (overigens niet exclusieve) deskundigheidsgebied van de mondhygiënist wordt gerekend:

- a het op verwijzing van de tandarts:
  - 1 onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit en de omringende weefsels, en het opstellen van een (mondhygiënisch) behandelingsplan;
  - 2 toepassen van mondhygiënische behandelingen;
- b het in opdracht van de tandarts toepassen van:
  - 1 ioniserende straling in het kader van het onder 1 genoemde onderzoek;
  - 2 locale anesthesie door het geven van injecties in het kader van de behandeling en het onderzoek, onder a genoemd;
- c het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De onder a genoemde verwijzing moet schriftelijk geschieden. Aan de onder b genoemde opdracht stelt de wet geen vormvoorschriften. De wetgever heeft bepaald dat het zonder toezicht door en/of tussenkomst van de tandarts-opdrachtgever toepassen van locale anesthesie per injectie tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist behoort. Dit wordt functionele zelfstandigheid genoemd. Hiervoor gelden de bekwaamheids- en zorgvuldigheidseisen die de Wet BIG stelt.

### ***Tandprotheticus***

Er zijn thans circa 250 tandprotheticici in Nederland werkzaam. Ook de beroepsuitoefening van de tandprotheticus valt onder het regime van de Wet BIG. Het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus regelt de uitwerking. Het recht tot het voeren van de titel van tandprotheticus is voorbehouden aan degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een door de minister van VWS aangewezen opleidingsinstelling tot tandprotheticus.

Tot het (niet exclusieve) deskundigheidsgebied van de tandprotheticus wordt gerekend:

- het onderzoeken van de mond ten behoeve van de toepassing van een gebitsprothese;
- het vervaardigen en plaatsen van een volledige gebitsprothese in de boven- en onderkaak bij een patiënt van wie de kaakwallen zijn hersteld van de gebitsextractie;
- het vervaardigen en plaatsen van een gebitsprothese voor de boven- of de onderkaak bij een patiënt van wie de betreffende kaakwal is hersteld van de

gebitsextractie en in wiens mondholte zich geen gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese;

- het verstrekken van informatie over de gebitsprothese;
- het op schriftelijke verwijzing van de tandarts vervaardigen en plaatsen van een gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese.

## 4.2 Ontwikkelingen en tendensen

### ***Mondgezondheid***

In de laatste jaren is de mondgezondheid in Nederland sterk verbeterd en kan het zorgsysteem de vergelijking met andere landen met glans doorstaan. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat de cariësincidentie significant daalt en de verzorgingsgraad bij een groot deel van de populatie stijgt. Wel geldt dat bij de jeugd in sommige achterstandswijken van grote steden de objectieve behandelbehoefte stijgt, waardoor de 'over-all'-terugval van de cariësincidentie wordt gedempt. De teruggang in cariësincidentie heeft het gemiddeld aantal restauratieve verrichtingen per patiënt aanzienlijk teruggebracht. Voor parodontale (tandvlees) aandoeningen is in de afgelopen decennia de individuele mondhygiëne over het algemeen verbeterd. Uit gegevens van het College voor zorgverzekeringen blijkt dat de incidentie van gingivitis (ontstoken tandvlees) afneemt<sup>23</sup>. Dit blijkt echter weinig verandering in de ernstiger parodontale aandoeningen (botafbraak) gebracht te hebben, waardoor de behandelbehoefte hoog blijft.

Doorslaggevend voor de capaciteitsbepaling, is het gegeven dat de bevolking langer het natuurlijke gebit behoudt, waardoor de vraag naar gebitsverzorging tot op hogere leeftijd in stand blijft. Bovendien zal door het beschikbaar komen van nieuwe technieken, de vraag naar geavanceerde tandheelkunde toenemen. Het is dus relevant om te bezien hoe het afnemende curatieve zorgvolume zich verhoudt met het extra volume dat ontstaat door een langere dentate periode.

**Voor een groot deel van de populatie geldt dat voor de restauratieve behandeling de groei eruit is. Bij sommige patiëntenpopulaties (hoge sociaal-economische status) neemt de groei zelfs af. Deze stabilisering van het behandelvolume wordt afgeremd door: het langer dentaat zijn van de populatie, de verslechterde mondgezondheid bij de jeugd in achterstandswijken en mogelijk in de toekomst een stijgende vraag naar hoogstaande klinische tandheelkunde. Bij de vaststelling van de benodigde beroepskrachtencapaciteit voor de komende jaren, zullen de onderlinge effecten van**

---

deze ontwikkelingen in kaart moeten worden gebracht. Duidelijk moet worden welke zorgaanbieder het meest geschikt is om welke behandeling uit te voeren.

### ***Patiënten/consumenten***

Binnen de mondzorg wordt de patiënt steeds meer consument. Meer dan bij andere vormen van zorgverlening kan de patiënt zich een beeld te vormen van de mate waarin het geleverde product aan zijn of haar wensen tegemoet komt. Een mooi en gezond gebit scoort hoog binnen de samenleving. Daar komt bij dat de patiënt mondiger wordt, weet wat hij of zij wil en beter geïnformeerd is over behandelingsmogelijkheden. Met het op de markt verschijnen van geavanceerde technieken en producten, ontstaat bij de patiënt de behoefte tot toepassing hiervan.

Aan de zorgaanbieder zullen hogere eisen worden gesteld voor wat betreft communicatie en voorlichting. De tijd van alleen 'spoelt u maar' is definitief voorbij. Mocht zich in de toekomst een ontwikkeling voordoen waarbij de tarieven meer vrij worden gelaten, dan zal tevens een beroep op het onderhandelvermogen van de zorgaanbieder worden gedaan. De huidige honoreringsstructuur, die sterk gericht is op nauw omschreven handelingen, zal aan deze ontwikkeling moeten worden aangepast.

Opgemerkt moet worden dat uit onderzoek is gebleken dat de huidige patiënt over het algemeen tevreden is over zijn of haar tandarts.

**De patiënt gaat zich meer als kritische consument gedragen. Hij of zij heeft uitgesproken wensen en verwachtingen en zal minder klakkeloos raad en daad van de zorgaanbieder aannemen.**

**De zorgaanbieder wordt aangesproken als het behandelresultaat niet tevredenstellend is. Als dat niet tot oplossingen leidt staat het wettelijk geregeld klachtrecht open. De zorgaanbieder zal tijd moeten inruimen voor uitleg van het behandelplan, vragen van de patiënt tijdens het behandeltraject en evaluatie van het behandelresultaat.**

### ***Beroepskrachten***

Tot in de jaren zestig was de tandarts de enige aanbieder in de mondzorg. Inmiddels heeft de sector zich verrijkt met mondhygiënist en tandprotheticus. Het is nog niet duidelijk hoe het veld zich in de toekomst gaat schikken. Wel ligt er een taak voor overheid en beroepsgroepen om erop toe te zien dat er geen wildgroei van zorgverlening ontstaat. Oplossingen voor het capaciteitstekort met behoud van kwaliteit moeten gezocht worden vanuit het teamconcept met her-schikking van taken tussen de teamleden (tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, tandartsassistent). Eén van de uitgangspunten bij de Meerjarenafspraken



Mondzorg<sup>4</sup> tussen overheid, professie en zorgverzekeraars is in ieder geval dat toegewerkt moet worden naar een samenhangend systeem van waaruit integrale zorg kan worden aangeboden (teamconcept). Binnen een dergelijk systeem werken de verschillende aanbieders in de mondzorg samen. Op een zodanige manier dat de beroepsbeoefenaar die taken uitvoert welke het best passen bij zijn opleidings- en deskundigheidsniveau. Door middel van taakdelegatie, substitutie en verwijzing kan de beschikbare capaciteit doelmatig en doeltreffend worden ingezet. In het algemeen mag worden verwacht dat de grotere diversiteit in het aanbod tot een meer doelmatig gebruik van de middelen leidt. Vooropgesteld dat er een goede structuur bestaat van waaruit de zorgverlening vorm krijgt, kan van deze ontwikkeling een positieve werking op de kwaliteit en capaciteit worden verwacht.

**De differentiatie van de beroepenstructuur in de mondzorg verruimt de mogelijkheid tot 'zorg op maat' en kan vanuit capaciteitsoogpunt meer lucht brengen binnen het systeem. De kwaliteit van zorgverlening neemt toe en er wordt doelmatigheidswinst behaald. Idealiter wordt de behandeling verricht door de beroepsbeoefenaar die daarvoor qua opleiding en ervaring het meest geschikt is. Dat mag niet leiden tot versplintering van zorg.**

**Er is een samenhangend systeem nodig dat gebaseerd is op onderlinge afspraken (horizontale en verticale verwijzing) en kwaliteitscriteria. De zorgverlening moet rondom de patiënt gecentreerd zijn.**

### ***Buitenlandse beroepsbeoefenaren***

Een aparte groep wordt gevormd door de buitenlandse beroepsbeoefenaren die zich in ons land willen vestigen. Daarbij gaat het met name om tandartsen. Op grond van EG-richtlijnen kunnen tandartsen uit de Lidstaten van de Europese Economische Ruimte (EER) in beginsel zondermeer in het BIG-register worden ingeschreven. Voor tandartsen met een diploma van buiten de EER geldt dat hun diploma op gelijkwaardigheid met een Nederlands tandartsdiploma moet worden beoordeeld. De huidige situatie is zo dat een groot percentage van de aanvragers wordt afgewezen, omdat hun diploma niet gelijkwaardig is aan het Nederlandse. Deze tandartsen wordt geadviseerd om zich te melden bij een universiteit en een Nederlands tandartsdiploma te behalen. Om verschillende redenen lukt dat niet altijd, waardoor potentiële capaciteit verloren gaat. VWS heeft het initiatief genomen om te onderzoeken op welke manier deze groep beter begeleid kan worden. Gedacht wordt aan het opzetten van een centraal meldpunt van waaruit buitenlandse tandartsen aan een stageplaats ('supervisie') kunnen worden geholpen of naar na- en bijscholingscursussen kunnen worden geleid. In overleg met de

---

universiteiten wil VWS onderzoeken of en op welke manier op maat gesneden studieprogramma's kunnen worden aangeboden.

**Het toenemend aanbod van buitenlandse tandartsen biedt een mogelijkheid om voor de nabije toekomst tekorten in bepaalde regio's op te vangen. Een structuur is nodig om buitenlanders te helpen sneller als BIG-geregistreerde tandarts in Nederland aan de slag te kunnen.**

### ***Opleidingen***

Binnen het opleidingsstelsel heeft langzamerhand een proces van integratie tussen wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs plaats. Hoe dat voor de mondzorg gaat uitpakken is nog niet duidelijk, maar feit is dat de opleiding tandheelkunde en de opleiding mondhygiëne nauwer zullen moeten gaan samenwerken. Zo wordt gedacht aan het introduceren van de *mondverzorgende*, een zorgaanbieder die naast preventieve werkzaamheden eenvoudig restauratief en tandprothetisch werk kan verrichten. Uitbreiding van de huidige mondhygiëne-opleiding van drie naar vier jaar, zoals door de Verkenningcommissie hoger gezondheidszorg onderwijs<sup>7</sup> is voorgesteld, biedt hiertoe mogelijkheden. De *mondverzorgende* kan een groot deel van het volumewerk voor zijn rekening nemen. De tandarts kan meer specifiek worden opgeleid voor geavanceerde vormen van tandheelkunde (integrale diagnostiek, endodontie, implantologie, kaakgewrichtsproblematiek, management tandheelkundig team, wetenschap).

Er is veel voor te zeggen om aan de basis van het zorgscala om naast de huidige tandartsassistent de *preventiemedewerker* te introduceren die elementaire preventieve handelingen kan uitvoeren.

**De ontwikkelingen binnen het opleidingsstelsel moeten worden benut om een beroepstructuur te vormen, waarbij het opleidingsniveau optimaal correspondeert met het uit te oefenen beroep. Voorkomen dient te worden dat capaciteit en kwaliteit verloren gaan door onder- of overgekwalificeerde aanbieders van zorg.**

### ***Praktijkvoering***

Uit gegevens van de NMT blijkt dat ruim driekwart van de tandartsen werkt vanuit een solo-praktijk. De indruk bestaat dat bij de jongere generatie groeiende belangstelling bestaat voor het werken binnen een samenwerkingspraktijk.

Samenwerking biedt schaalvoordelen (zeker indien onder één dak wordt gewerkt) en is kwaliteitsverhogend (intercollegiale ondersteuning en toetsing, waarneming, betere communicatie). Welk effect meer samenwerkingspraktijken op de capaciteit

hebben, is lastig in te schatten. Bij een gelijk aantal tandartsen zou er op het eerste gezicht weinig veranderen, tenzij groepsvorming significant bevorderlijk werkt op het aanstellen van mondhygiënisten, tandprotheticen en ondersteunend personeel. Voor de mondhygiënisten geldt dat het merendeel in een tandartspraktijk werkt. In de nabije toekomst moet evenwel rekening worden gehouden met een toenemend aantal mondhygiënisten dat voor eigen rekening gaat werken. Tandprotheticen werken over het algemeen in een zelfstandige praktijk. Het ontstaan van samenwerkingspraktijken zal er naar verwachting toe leiden dat meer tandprotheticen in teamverband zullen gaan werken.

**Samenwerkingspraktijken bevorderen collegiale deskundigheids- en ervaringsuitwisseling. Daardoor neemt de kwaliteit van zorgverlening toe. Een samenwerkingspraktijk is een goede voedingsbodem voor het teamconcept omdat delegatie van taken en onderlinge consultatie op een natuurlijke manier ontstaan. Als er mondhygiënisten en mogelijk tandprotheticen werkzaam zijn, levert dat het voordeel dat alle zorgaanbieders zicht hebben op het totale zorgproces. Bovendien vormt een samenwerkingspraktijk een goede omgeving voor gedifferentieerde mondzorg, omdat teamgenoten met specifieke kennis tijdens het behandelproces geconsulteerd kunnen worden. Met de komst van diverse vormen van informatie- en communicatietechnologie zal de noodzaak tot fysieke onderbrenging in één pand afnemen (virtuele samenwerkingspraktijk).**

### ***Arbeidstijden***

Overeenkomstig de algemene ontwikkeling op de arbeidsmarkt maken tandartsen kortere werkweken dan tien jaar geleden. Met het groeiend aantal vrouwelijke tandartsen is het aannemelijk dat deze tendens zich versterkt zal voortzetten. In de nabije toekomst moeten we rekening houden met een groei in het aantal deeltijders en een toeneming in de duur van de deeltijd zelf. Het is waarschijnlijk dat eenzelfde tendens zich ook bij de andere beroepsgroepen in de mondzorg aftekent. Voor de mondhygiënisten geldt dat tweederde deeltijds werkt.

Het spreekt voor zich dat deze ontwikkeling de beschikbare capaciteit reduceert. Daar staat mogelijk tegenover dat als gevolg van minder werkstress, de kans op 'burn-out' afneemt en de arbeidscarrière van de zorgaanbieder zich over meer jaren kan uitstrekken.

**Als de arbeidstijden blijven afnemen, zullen er relatief meer beroepsbeoefenaren in de mondzorg moeten worden opgeleid.**

### ***Vestigingsvoorkeur***

Het huidige menskrachttekort doet zich met name voor in Friesland, Zeeland, het oosten van het land en in achterstandswijken<sup>17</sup>. Het lijkt erop dat bepaalde gebieden een minder en andere een meer aantrekkelijk vestigingsklimaat bieden. Daarom ligt het in de rede om de te nemen maatregelen regiospecifiek in te vullen.

**Het menskrachttekort in de mondzorg kent een geografische dimensie.**

### ***Technologie***

De technologische ontwikkeling gaat ook aan de tandheelkunde niet voorbij. Tal van innovaties op het gebied van de behandelingstechniek doen hun intrede (laserboren, cadcam-apparatuur, fluorescentie-diagnose), communicatie (internet, digitale röntgen-fotografie) en praktijk/kantoorautomatisering (electronisch patiëntendossier, elektronische anamnesekaart).

In de nabije toekomst zal steeds meer sprake zijn van 'smart-dentistry'. Welke effecten dit heeft op het capaciteitsvraagstuk blijft voorlopig gissen. In samenhang met de ontwikkeling naar samenwerkingspraktijken is het te verwachten dat elektronische praktijk- en kantoorautomatisering een hoge vlucht gaat nemen. Optellend mag van deze ontwikkelingen een capaciteitsverhogend effect worden verwacht.

**Binnen de mondzorg doet op ruime schaal nieuwe geavanceerde behandelings- en communicatietechnologie zijn intrede. Een en ander kan mogelijk capaciteitsverhogend werken.**

### ***Doelmatigheid***

Vanuit maatschappelijk en kwalitatief oogpunt wordt van de beroepsbeoefenaar in de mondzorg verwacht dat hij een behandeling kiest die het best aansluit bij het tandheelkundig probleem. De behandeling moet doeltreffend en doelmatig zijn. Onder- en overbehandeling moeten worden voorkomen. Met name bij het toepassen van standaard behandelingsprotocollen moet er zorgvuldig op worden gelet dat er geen onnodige verrichtingen worden uitgevoerd omdat 'het nu eenmaal zo hoort'. Daarmee wordt de kans op iatrogene schade en verspilling van capaciteit teruggedrongen.

**Van de beroepsbeoefenaar mag worden verwacht dat hij zorgvuldig voor behandelingen met een hoog rendement kiest.**

# 5. Capaciteitsprobleem

aard en omvang  
oplossingsrichtingen

---

## 5.1 Aard en omvang

### 5.1.1 Capaciteitsprobleem in de mondzorg

In de afgelopen decennia heeft de capaciteit in de mondzorg pieken en dalen gekend. Vanaf de Tweede Wereldoorlog tot en met de jaren zestig was sprake van een redelijke stabiele verhouding tussen vraag en aanbod. Eind jaren zestig trad een kentering op. Het tekort aan tandartsen was zo groot dat sommige gebieden tot 'noodgebied' werden uitgeroepen. Pas afgestudeerde tandartsen kregen vrijstelling van militaire dienst en de opleidingsinspanning aan de subfaculteiten werd fors verhoogd. In de jaren tachtig sloeg de balans naar de andere kant door. Het aanbod van tandartsen oversteeg de vraag. Pas afgestudeerde tandartsen zochten hun heil in het buitenland, de subfaculteiten Tandheelkunde in Groningen en Utrecht werden gesloten en de beide Amsterdamse (UvA en VU) fuseerden. Medio jaren negentig bleek er wederom een tekort te ontstaan. De subfaculteit in Groningen ging weer open en de numerus fixus werd verhoogd.

Per 1 januari 2000 bedroeg het aantal BIG-geregistreerde tandartsen in totaal 8501<sup>8</sup>. Daarvan zijn ongeveer 7100 praktiserend. In de komende jaren zal het aantal vrouwelijke tandartsen absoluut en relatief toenemen, gezien het aantal instromende vrouwelijke studenten. Het aantal mondhygiënisten bedroeg op 1 januari naar schatting 2100, waaronder naar schatting 1600 werkzaam zijn met een gemiddelde werkduur van 0,7 fte.

Vermeldenswaard is tevens de toegenomen instroom van buitenlandse tandartsen. In 1999 werden 90 tandarts(specialisten) met een buitenlands diploma ingeschreven in het BIG-register (15 geclausuleerd)<sup>8</sup>.

Op dit moment is de numerus fixus voor de opleiding Tandheelkunde vastgesteld op 260 studenten (studiejaar 2000 – 2001).

In de afgelopen periode zijn verschillende publicaties verschenen over het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg. Bijzondere aandacht verdient het Signaleringsrapport Tandheelkunde 'Nu voor Later' (Bronkhorst, Truin, 1999)<sup>21</sup>.

## 5.1.2 Signaleringsrapport Tandheelkunde

In april 1999 verscheen het Signaleringsrapport Tandheelkunde. Het rapport bouwt voort op de modellen die ten behoeve van de STG-rapportage 'Toekomstscenario's Tandheelkunde'<sup>24</sup> zijn ontwikkeld. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de laatste gegevens van het CBS en de NMT (Peilstations), aangevuld met recente empirische gegevens. Naast een zogenaamde basisrun, waarbij de effecten bij ongewijzigd beleid in kaart worden gebracht, worden verschillende beleidsexperimenten op het menskrachttkort doorberekend. Deze experimenten zijn vooral gericht op taakdelegatie en substitutie van handelingen.

Uit de basisrun blijkt dat de periode tot 2030 gekenmerkt wordt door 'beperkte progressie' in de zorgvraag. Het aantal edentaten (tandenlozen) neemt fors af. In 1998 waren er ongeveer 2,3 miljoen mensen edentaat, in 2030 zal dit aantal teruglopen tot slechts 0,8 miljoen.

De groei van het aantal dentaten (mensen met eigen tanden en kiezen) bedraagt 23% (van 13,4 miljoen in 1998 tot 16,5 miljoen in 2030). Daarnaast laat de basisrun een forse daling van tandvleesontstekingen en botafbraak zien. Bronkhorst en Truin spreken van 'beperkte progressie' omdat deze voortgang in mondgezondheid niet in de pas loopt met de groeiende schaarste aan zorgaanbieders. Deze schaarste wordt niet veroorzaakt door een daling van het aantal zorgaanbieders. Het aantal werkzame tandartsen bedroeg in 1998 ongeveer 7100 en neemt in de periode tot 2015 toe tot 7400. De verwachting is dat het aantal in 2030 weer gedaald zal zijn tot 7100. Volgens de basisrun stijgt het aantal mondhygiënisten van 1400 in 1998 tot 3200 in 2030.

Nominaal blijft het aantal zorgaanbieders na een lichte stijging dus redelijk constant. Dat er toch sprake is van schaarste komt voor een belangrijk deel door een toeneming van de dentate bevolking. Het computersimulatiemodel laat dan ook een toenemende overbelasting van tandartsen zien (20% van de praktijken in 2030). Waarschijnlijk laten de tandartsen het daarop niet aankomen en zullen zij door middel van hun aannemingsbeleid en indicatiestelling de overbelasting proberen tegen te gaan. Volgens Bronkhorst en Truin zal dit uiteindelijk ertoe leiden dat in 2030 ongeveer 1 miljoen mensen geen tandarts hebben.

Naast de basisrun is het beleidsexperiment interessant, waarbij de helft van de periodieke controles door mondhygiënisten wordt uitgevoerd. Uit het experiment blijkt dat dit pas kan indien 7600 mondhygiënisten werkzaam zijn.

Door wijzigingen in behandelpatronen (bijvoorbeeld minder extracties) zal de werkdruk bij de tandartsen aanvankelijk met 15% terugvallen om na 2020 weer te gaan stijgen tot een evenwichtige verhouding van vraag en aanbod. Dit betekent dat er geen mensen meer zoekende zijn naar een tandarts.

Indien er niets aan taakdelegatie en/of substitutie gedaan wordt, moeten volgens het Signaleringsrapport minimaal 330 tandartsen per jaar worden opgeleid.

**Het Signaleringsrapport laat zien dat er bij ongewijzigd beleid ten aanzien van het opleidingsbeleid en de organisatie van de mondzorg in de toekomst forse capaciteits-tekorten te verwachten zijn. Een belangrijke oorzaak van de schaarste is het toenemend percentage van de bevolking dat de eigen tanden en kiezen zal behouden, waardoor er langerdurig een tandheilkundige zorgvraag zal blijven bestaan.**

### 5.1.3 Overige signalen

Naast de wetenschappelijke studies die naar de capaciteit in de mondzorg zijn verricht, worden ook vanuit andere bronnen tekorten gemeld.

De NMT geeft aan dat het tandartstekort in sommige gebieden van het land nijpend is. Ook bij een grotere inzet van mondhygiënist, bijvoorbeeld één mondhygiënist op twee tandartsen, zal er volgens berekeningen van de NMT nog een tekort van 1390 tandartsen resteren (peildatum 2015, bij een ongewijzigde instroom van 260 eerstejaars). De officiële norm is één mondhygiënist op drie tandartsen. Ter vergelijking: de huidige verdeling tandarts:mondhygiënist is ongeveer 4,5:1.

Bij ongewijzigd beleid gaat de NMT ervan uit dat de jaarlijkse instroom tussen 300 en 320 studenten Tandheilkunde zou moeten liggen.

Ook de zorgverzekeraars melden in toenemende mate problemen met verzekerden die geen tandarts kunnen vinden. De Inspectie van de Gezondheidszorg signaleert een toenemend aantal meldingen van patiënten en tandartsen over menskrachttekorten. In een nota van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg (tandheilkunde)<sup>12</sup>, wordt gewaarschuwd voor het toenemend menskrachttekort.

Vanuit verschillende hoeken (NMT, ZN, inspectie) wordt gewezen op nu reeds manifeste tekorten in het aanbod van mondzorg.

Het tekort aan capaciteit in de mondzorg is een serieus probleem dat een gedegen aanpak vergt.

## 5.2 Oplossingsrichtingen

### 5.2.1 Beleidsvarianten

Voor de oplossing van het capaciteitsprobleem onderkent de Adviesgroep vier varianten:

- **Variant 1**  
Ongewijzigd beleid; er worden geen beleidsmaatregelen genomen.
- **Variant 2**  
Capaciteitsuitbreiding opleidingen: de instroom in de opleidingen Tandheelkunde en Mondhygiëne wordt verhoogd om het aanbod op de vraag af te stellen.
- **Variant 3**  
Bevordering team-concept; het huidige mondzorgteam (tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus) moet worden versterkt. Door het incorporeren van nieuwe zorgaanbieders op HBO- en MBO-niveau wordt op de langere duur het volume en de slagkracht van het mondzorgteam verhoogd.
- **Variant 4**  
Capaciteitsuitbreiding/team-concept; de toestroom naar de opleidingen wordt verhoogd (variant 2) waarnaast gelijktijdig het teamconcept (variant 3) wordt versterkt.

### 5.2.2 Waardering varianten

#### **Variant 1: Ongewijzigd beleid**

Het voeren van geen beleid is alleen een verdedigbare optie, indien sprake is van een tijdelijk probleem dat zichzelf herstelt of van een probleem dat geen maatschappelijke betekenis heeft. Het spreekt voor zich dat van beide situaties geen sprake is.

Met het oog op het toenemend aantal dentaten zal niets doen leiden tot een nog



verder uiteengroeien van vraag en aanbod. Zeker indien rekening wordt gehouden met de onevenwichtige leeftijdsopbouw van de tandartspopulatie. Een groot deel van de tandartsen zal binnen 10 jaar met pensioen gaan. Het Signaleringsrapport voorspelt voor 2030 een tekort van minstens 330 tandartsen. Bij een gemiddelde praktijkomvang van 2500 patiënten levert dit een wachtlijst van bijna 1 miljoen patiënten op. Door de toenemende druk op de zorgaanbieder is er een verhoogde kans op burn-out waardoor de capaciteit van het systeem mogelijk verder afneemt.

Naast deze capaciteitsrisico's is ongewijzigd beleid ook vanuit kwaliteitsoogpunt een weinig aantrekkelijk scenario.

**Het achterwege laten van beleidsmaatregelen zal leiden tot het ontstaan van flinke wachtlijsten, die in de komende jaren nog zullen toenemen.**

### ***Variant 2: Capaciteitsuitbreiding opleidingen***

Uitbreiding van de opleidingscapaciteit is een klassieke maatregel om een capaciteitstekort op te lossen. Het is een maatregel die een redelijke garantie op resultaat biedt. Vooropgesteld dat een groot percentage van de instromers ook uitstroomt en daadwerkelijk hun beroep in de praktijk gaat brengen. Het is geen maatregel die direct effect sorteert, omdat rekening moet worden gehouden met de doorlooptijden van de opleidingen. Nu ingrijpen heeft pas effect na 7-10 jaar.

Op grond van bevindingen uit het Signaleringsrapport is voor de opleidingen Tandheelkunde minimaal een uitbreiding tot 330 à 360 plaatsen nodig. Het spreekt voor zich dat een dergelijke uitbreiding een forse aanslag op de huidige personele en facilitaire infrastructuur van de opleidingen met zich meebrengt. Nu reeds wordt vanuit de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU) gemeld dat de tandheelkundige subfaculteiten moeite hebben met het aantrekken van zowel staf als patiënten en dat de werkplaatsfunctie onvoldoende kan worden ingevuld<sup>19</sup>.

Uitbreiding van de huidige opleidingen levert geen vernieuwing op van de zorgverleningsstructuur. Het systeem persisteert in 'meer van hetzelfde' en biedt geen ruimte voor beleidsvernieuwend inzicht. De tekortkomingen van het huidige stelsel (betrekkelijk lage doelmatigheid door onvoldoende afstemming van het opleidingsniveau met de praktijkuitoefening, onvoldoende gedifferentieerde zorg) zullen niet of nauwelijks door enkel capaciteitsuitbreiding kunnen worden opgelost. Daardoor blijft een situatie in stand waarbij universitair opgeleiden voor een groot

deel van de dag relatief eenvoudige verrichtingen uitvoeren en de capaciteit voor geavanceerde zorg onbenut laten.

Vanuit het capaciteitsoogpunt is het instandhouden van de 'varkenscyclus' misschien nog wel het grootste gevaar. Doordat het effect van de maatregel pas na de duur van de langste opleiding (Tandheelkunde; gemiddelde studieduur 6,2 jaar) zichtbaar wordt, is het lastig om precies op de toekomstige vraag te anticiperen. Daar het bij zowel de tandheelkunde als de mondhygiëne om zeer specifiek beroepsgerichte opleidingen gaat, bieden deze weinig flexibiliteit om een alternatieve loopbaan te zoeken. Sturing via opleidingsinput is daardoor een riskante onderneming.

**Enkel het uitbreiden van de opleidingscapaciteit lost de tekortkomingen van het huidige systeem niet op. Universitair opgeleide tandartsen komen niet toe aan tandheelkunde op hun opleidingsniveau, omdat zij een groot deel van de tijd bezig zijn met het verlenen van tijdrovende maar relatief eenvoudige verrichtingen.**

**Het vergroten van de opleidingscapaciteit levert een forse aanslag op de personele en facilitaire capaciteit van de opleidingsinstellingen. Nu al is het in toenemende mate moeilijk om universitaire staf en patiënten aan te trekken. Door de tijdruimte tussen in- en uitstroom van studenten en het feit dat de afgestudeerden monodisciplinair worden opgeleid blijft het gevaar op een toekomstig overaanbod bestaan ('varkenscyclus').**

### ***Variant 3: Bevordering teamconcept***

Het teamconcept biedt een goede basis om integrale zorg te bieden, waarbij elke zorgaanbieder dat deel uitvoert dat het best bij zijn competentie aansluit. De tandarts krijgt door taakdelegatie zijn handen vrij voor tandheelkunde op zijn opleidingsniveau, terwijl de mondhygiënist zich meer met zijn kerntaken op het gebied van de preventie kan bezig houden. Daarnaast vervult de tandprotheticus taken op het gebied van het aanmeten en vervaardigen van de volledige prothese, partiële- en overkappingsprothese. Vanuit capaciteitsperspectief is uitbreiding van het takenpakket van de tandartsassistent met werkzaamheden op het gebied van de preventieve mondzorg van groot belang (poetsinstructies, voedingsvoorlichting, lichte tandsteenverwijdering). De tandartsassistent wordt hiermee *mondzorg-assistent* die het werk van tandarts en mondhygiënist in belangrijke mate kan verlichten. Doordat meer zorg op het niveau van de zorgaanbieder wordt aangeboden en een ruimere mate van taakdelegatie mogelijk is, wordt mondzorg-op-maat een stuk haalbaarder.

Naast doelmatigheidsvoordelen wordt hiermee tevens de inhoudelijke zorgkwaliteit

bevordert (doeltreffendheid). Niet van minder belang is de verruiming van de beroepsinhoud en het loopbaanperspectief voor de individuele medewerker binnen het mondzorgteam. Hierdoor kan een lichte verlaging van de incidentie van burn-out (en dus capaciteit) worden verwacht. Wel zal een groter beroep op de managementvaardigheden van de tandarts worden gedaan. De aansturing van het mondzorgteam vereist immers kennis en vaardigheden op het gebied van management, planning en control, logistiek, financieel beheer en besluitvorming. De Adviesgroep is zich ervan bewust dat de versterking van het huidig teamconcept de nodige tijd en energie zal vergen. Toch lijkt het meer dan de moeite waard een verdere ontwikkeling van het teamconcept te beproeven, omdat het naast schaal- en capaciteitsvoordelen, kwaliteitsverhogend werkt.

**Het teamconcept biedt een aantrekkelijke basis voor het oplossen van het capaciteits-tekort, omdat het tevens de kwaliteit van de zorgverlening kan verhogen. Door een betere en gedifferentieerde verdeling van taken op grond van het opleidingsniveau van de zorgaanbieder, kan doelmatig 'zorg-op-maat' worden geboden. De teamaanpak garandeert integrale zorgverlening en is een creatieve voedingsbodem voor collegiale ondersteuning en kennisuitwisseling.**

***Variant 4: Capaciteitsuitbreiding in combinatie met bevordering teamconcept***

Het gaat hier om een combinatie van de varianten 2 en 3. Gelijktijdig met het ontwikkelen van het teamconcept in de praktijk, wordt voor de korte termijn de opleidingsinstroom verhoogd om de eerste tekorten op te vangen. Eventueel in aanvulling met het aantrekken van buitenlandse tandartsen met aan Nederlandse diploma's gelijkwaardige getuigschiften. Op grond van nadere, recente berekeningen gebaseerd op het Signaleringsrapport, informatie van de NMT en VWS is voor de korte termijn een instroomverhoging naar de opleidingen Tandheelkunde met 15% noodzakelijk.

Dat komt neer op een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen van 260 naar 300 voor het studiejaar 2001/2002. Voor de opleidingen Mondhygiëne zal een uitbreiding van de huidige circa 210 naar 300 plaatsen voldoende soelaas bieden om de meest nijpende tekorten op te vangen.

**Een verhoging van de instroom naar de opleidingen, onder gelijktijdige ontwikkeling van het teamconcept, biedt oplossingen voor de korte termijn zonder toekomstige opties in de weg te staan. Daarmee geldt deze variant als een goede en realistische vertrekbasis voor het oplossen van het capaciteitsprobleem in de mondzorg.**

#### **Aanbeveling**

De instroom van eerstejaarsstudenten Tandheelkunde wordt verruimd van 260 naar 300 plaatsen. De numerus fixus wordt dienovereenkomstig met ingang van het studiejaar 2001/2002 verhoogd, met de mogelijkheid om op termijn te worden aangepast als het teamconcept haar vruchten gaat afwerpen.

#### **Aanbeveling**

De instroom in de opleidingen Mondhygiëne wordt verhoogd van circa 210 naar 300 plaatsen.

De Adviesgroep is zich ervan bewust dat voor de korte termijn het uitbreiden van opleidingsplaatsen alleen onvoldoende soelaas biedt. Het is immers de vraag of dit ook een oplossing kan zijn voor de onderbezette gebieden. Indien hier sprake is van een minder aantrekkelijk vestigingsklimaat, lost het opleiden van meer tandartsen en mondhygiënist niet veel op. Het gaat dus om een betere verdeling van het aanbod over het land. Zorgaanbieders kunnen gemotiveerd worden om zich in een 'noodgebied' te vestigen.

Dat kan bijvoorbeeld geschieden door behulpzaam te zijn bij het vinden en verkrijgen van een aantrekkelijke woning, geschikte praktijkruimte en voor de grote steden het faciliteren van parkeerruimte rondom de praktijk. Het voortouw hiervoor ligt bij het lokaal bestuur en de zorgverzekeraar. Ook zou het goed zijn om in het kader van de ruimtelijke ordening aandacht te besteden aan infrastructuur ten behoeve van de mondzorg. Bij het bouwen van nieuwbouwwijken dient er rekening gehouden te worden met praktijkruimte voor aanbieders van mondzorg. Wellicht kan aanvullend uit het budget dat voor de zorg in het kader van het Grotestedenbeleid ter beschikking staat geput worden.

#### **Aanbeveling**

Op de lokale overheden wordt een beroep gedaan om met name in de probleemgebieden het vestigingsklimaat voor praktijken voor mondzorg te verbeteren. Dat kan onder andere door infrastructurele mogelijkheden te scheppen voor mondzorg in nieuwbouwwijken of in gebieden voor stadsvernieuwing, het behulpzaam zijn bij het vinden en verkrijgen van onderdak en praktijkruimte en het faciliteren van parkeerruimte. Het budget voor het Grotestedenbeleid, dat voor de zorg beschikbaar is, kan worden aangesproken om dit doel te realiseren.

---

Een andere mogelijkheid doet zich voor bij het ontwikkelen van tariefmodules voor tandartsen in onderbezette gebieden. Daarbij kan een systeem worden gehanteerd naar analogie van de tariefmodules voor huisartsen met patiënten uit achterstandswijken.

#### **Aanbeveling**

**Er worden speciale tariefmodules ontwikkeld voor tandartsen die in onderbezette gebieden zijn gevestigd.**

Verder kan vanuit capaciteitsoogpunt de instroom van buitenlandse zorgaanbieders relevant zijn.

Uit gegevens van het BIG-register blijkt dat in 1999 van de totaal nieuw ingeschreven tandartsen ongeveer een kwart een buitenlands diploma heeft.

Ook de belangstelling van tandartsen van buiten de Europese Economische Ruimte om zich in Nederland te vestigen is flink toegenomen. Daarbij gaat het veelal om tandartsen uit in economisch en politiek opzicht problematische landen. In de praktijk is gebleken dat de procedures die gevolgd moeten worden om een zogenaamde vakbekwaamheidsverklaring te krijgen, die recht verschaft om in het BIG-register te worden ingeschreven, tijdrovend en moeizaam zijn. Met name ontbreekt het aan een goede coördinatie op het gebied van het inburgeringstraject, taalstages, supervisie bij Nederlandse beroepsgenoten en na- en bijscholing. VWS streeft ernaar om voor deze doelgroep een centraal meldpunt in het leven te roepen.

Van belang is voorts het plan van de Erasmus Universiteit Rotterdam om bij het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt een speciale opleiding voor buitenlandse tandartsen onder te brengen.

#### **Aanbeveling**

**Het traject om tandartsen met een buitenlands diploma tot de uitoefening van het beroep in Nederland toe te laten wordt versneld door het verbeteren van de coördinatie tussen de betrokken instanties en het verbeteren van de toegepaste procedures.**

# 6. Teamconcept

## nadere uitwerking

### 6.1 Teamconcept in het verleden

Het denken over het teamconcept in de mondzorg is niet nieuw. Nederland is binnen Europa één van de eerste landen waar de mondhygiënist destijds werd ingevoerd. Met de introductie van deze nieuwe beroepskracht in de jaren zestig, is op verschillende manieren met het teamconcept geëxperimenteerd. In de jaren zeventig en tachtig is een aantal opvallende projecten uitgevoerd, zoals het Abcoude-project (Tan, 1981<sup>9</sup>) waarbinnen mondhygiënisten met een uitgebreid takenpakket functioneerden en het Jordaan-project dat de basis vormde voor *'four-handed dentistry'*. Ook is er geëxperimenteerd met de inzet van kindertandverzorgers (Burgersdijk, 1979<sup>5</sup>; Van Amerongen, 1980<sup>20</sup>). Los van deze experimenten is er in de praktijk op verschillende manieren invulling gegeven aan de samenwerking tussen tandarts en mondhygiënist. In verreweg de meeste gevallen werkte de mondhygiënist in loondienst van de tandarts. De mondhygiënist verkreeg een formele status met het op basis van de Wet op de paramedische beroepen (1963) getroffen Mondhygiënistbesluit (1974). Tenslotte kwam het denken over het teamconcept in een stroomversnelling met de introductie van de Wet BIG in 1995. Deze wet geeft een ruime basis om aan het teamconcept met een gevarieerd aanbod van zorgaanbieders invulling te geven.

### 6.2 Teamconcept in het heden

Het huidige teamconcept wijkt qua invulling niet veel af van de oorspronkelijke situatie waarbinnen tandartsen, mondhygiënisten, tandartsassistenten en in mindere mate tandprotheticici samenwerken. Uit gegevens van de NMT-Peilstations blijkt dat op dit moment 33% van de tandartsen een mondhygiënist in dienst heeft; 40% van de tandartsen delegeert werk aan de mondhygiënist. Dat heeft mede te maken met het tekort aan mondhygiënisten op de markt. Niettemin wordt het teamconcept door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars gezien als de hoeksteen voor de toekomstige organisatie van de mondzorg in Nederland.

De verdere uitbouw van het teamconcept moet vooral worden gezien in het licht van de mogelijkheden die de Wet BIG biedt. Het onderscheidend criterium in de Wet BIG is het zelfstandig mogen uitvoeren van voorbehouden handelingen. Voor de mondzorg gaat het daarbij om de heelkundige handelingen (art.36, lid 1), het geven van injecties (art.36, lid 5), het brengen onder narcose (art.36, lid 7) en het toepassen

---

van ioniserende straling en het hanteren van apparatuur voor dit doel (art.36, lid 8). Binnen de in de wet aangegeven beperkingen mogen tandartsen deze voorbehouden handelingen op eigen initiatief uitvoeren (zelfstandige bevoegdheid) of opdragen aan een ander. Omdat de tandartsen deze zelfstandige bevoegdheid dienen te hebben, is dit beroep op grond van art.3 van de wet geregeld.

Het beroep van mondhygiënist en het beroep van tandprotheticus zijn geregeld op basis van art.34 van de Wet BIG. Deze art.34-beroepsbeoefenaren zijn niet zelfstandig bevoegd om voorbehouden handelingen uit te voeren, doch mogen dit uitsluitend in opdracht van een tandarts (het maken van een röntgen-foto door de mondhygiënist). Daarbij geldt de voorwaarde dat de tandarts alleen een opdracht mag geven aan een bekwame beroepsbeoefenaar en dat deze beroepsbeoefenaar zichzelf bekwaam acht de handeling uit te voeren. Bovendien geldt dat zonodig het toezicht van de tandarts en de mogelijkheid tot tussenkomst door de tandarts voldoende is verzekerd.

Om praktische redenen is ertoe overgegaan om voor de mondhygiënist een regeling te treffen op grond waarvan zij in opdracht zelfstandig anesthesie door middel van een injectie mogen toepassen (functionele zelfstandigheid; art.39). Specialismen van het beroep van tandarts, te weten orthodontie en kaakchirurgie, zijn geregeld op grond van art.14 van de Wet BIG.

Naast deze wettelijk geregelde beroepen ontwikkelt zich binnen de mondzorg een keur aan nieuwe beroepsvarianten. Daartoe behoren preventiemedewerkers, kindertandverzorgers en tandtechnici met uitgebreid takenpakket. Onder auspiciën van de NMT worden tandartsassistenten opgeleid tot preventiemedewerker. Dat wil zeggen dat hen kennis en vaardigheid wordt bijgebracht om elementaire mondhygiënische handelingen te kunnen uitvoeren. Kindertandverzorgers zijn beroepsbeoefenaars met een opleiding als mondhygiënist, die eenvoudige restauratieve handelingen (boren en vullen) in het melkgebit kunnen uitvoeren. Bij de tandtechnici met uitgebreid takenpakket gaat het om tandtechnici die bekwaam zijn om een volledige prothese bij de patiënt aan te meten en te plaatsen.

Hoewel deze beroepsvarianten dus niet wettelijk geregeld zijn, staat de Wet BIG de uitoefening van deze beroepen wel toe, zolang de betrokken beroepsbeoefenaars niet zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren.

Naast deze niet wettelijk geregelde beroepen, doet zich de laatste jaren binnen de tandheelkunde een tendens voor waarbij tandartsen zich differentiëren. Dat betekent dat sommige tandartsen zich van hun beroepsgenoten onderscheiden door zich meer te bekwaamen op bepaalde deelgebieden. Daarbij valt te denken aan

---

endodontie (wortelkanalen), implantologie (plaatsen van kunstwortels), parodontologie (tandvleespathologie), gnathologie (kaakgewricht), mondzorg voor gehandicapten, gerodontologie en kindertandheelkunde.

Deze differentiatie binnen de mondzorg biedt kansen en bedreigingen. Een ongecontroleerd aanbod van zorg binnen dezelfde sector kan leiden tot verspilling van geld en energie en tot verwarring bij de patiënt. Terecht dat zowel overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroep in hun meerjarenafspraken pleiten voor een samenhangend zorgverleningssysteem, van waaruit integrale zorg aan de patiënt wordt aangeboden. Daarbinnen moet het voor patiënt duidelijk zijn met wat voor zorgaanbieder hij of zij te maken heeft.

Aan de andere kant voorziet een gevarieerd aanbod in de toenemende behoefte aan zorg op maat en de maatschappelijke wens van werken op het niveau van de genoten opleiding. Zo bestaat de indruk dat hoogopgeleide beroepsbeoefenaars als tandartsen, in sommige gevallen onder hun academisch niveau werken.

Doorslaggevend voor een goed functionerend systeem voor mondzorg is een duidelijk stelsel van afspraken over bevoegdheden, werkverdeling, patiëntenrouting, verslaglegging en dossierbeheer. Een dergelijk stelsel biedt tevens een goede basis voor kwaliteitsbeleid en intercollegiale ondersteuning. De manier waarop de samenwerking in de mondzorg het best kan worden gestructureerd, gecoördineerd en bovenal bevorderd is één van de belangrijkste taken bij de implementatie van de Meerjarenafspraken Mondzorg.

**De Wet BIG biedt ruime mogelijkheden om invulling aan het teamconcept te geven. Deze mogelijkheden moeten zinvol en adequaat worden benut, omdat het team een goede basis is om doeltreffende en doelmatige mondzorg te verlenen.**

### 6.3 Teamconcept in de toekomst

Aanbevolen wordt om ervoor te zorgen dat het teamconcept binnen de komende 10 jaar evolueert tot een systeem waarbinnen met meer dan de bestaande beroepskrachten meer maatgesneden zorg wordt geleverd. Daarbij optimaal gebruikmakend van de flexibiliteit die de Wet BIG biedt.

Binnen een dergelijk systeem zal zorg worden geboden door aanbieders die daartoe qua opleiding en ervaring het meest geschikt zijn. De tandartsen zullen zich meer



---

gaan toeleggen op de tandheelkunde, die aansluit op hun wetenschappelijke opleiding, terwijl het meer uitvoerende werk aan HBO/MBO-opgeleiden wordt overgelaten.

Een model voor de toekomstige mondzorg kan er als volgt uitzien.

De tandarts ontwikkelt zich tot een *mondarts*, die meer dan de huidige tandarts kundig is op het brede gebied van het mond-/kauwstelsel. Een groot aantal problemen in de mond heeft immers niet alleen met de tanden te maken maar vaak ook met de omringende weefsels. Zo zal de *mondarts* zich bezighouden met onder andere parodontologie, prothetiek, cariologie, implantologie, dento-alveolaire chirurgie, endodontologie, eenvoudige orthodontie, kaakgewrichtsproblematiek, geriatrische tandheelkunde, gehandicaptenzorg en kindertandheelkunde. Daarnaast zal hij zich kunnen bekwamen om aan het mondzorgteam leiding te geven.

De preventieve mondzorg, de prothetische mondzorg en de meer reguliere tandheelkunde (herhaalcontrole in een 'stabiele' mond, zonodig boren/vullen) worden uitgevoerd door *mondverzorgenden*. Dit zijn beroepskrachten die op HBO-niveau zijn geschoold en erop zijn getraind om preventieve zorg te verlenen, (partiële) protheses aan te meten en licht restauratief werk ('tertiaire preventie') te verrichten. Binnen de studierichting *Mondverzorgende* is derhalve ruimte voor de volgende afstudeerrichtingen:

- mondhygiënist
- curatief medewerker
- kindertandverzorger
- tandprotheticus
- medewerker collectieve preventie mondzorg

Anders dan de tandarts, die zich meer op indicatie- en diagnosestelling richt, heeft de *mondverzorgende* een meer algemeen verzorgende taak van de tandheelkundig 'stabiele' mond.

### **Aanbeveling**

**De ontwikkeling van de HBO-opleiding Mondverzorgende met de afstudeerrichtingen mondhygiënist, curatief medewerker, kindertandverzorger, tandprotheticus en medewerker collectieve preventieve mondzorg wordt bevorderd. Het opleidingsprogramma wordt nauw afgestemd met de opleidingen Tandheelkunde, zodat reeds in de opleidingen volgens het teamconcept gewerkt zal worden.**

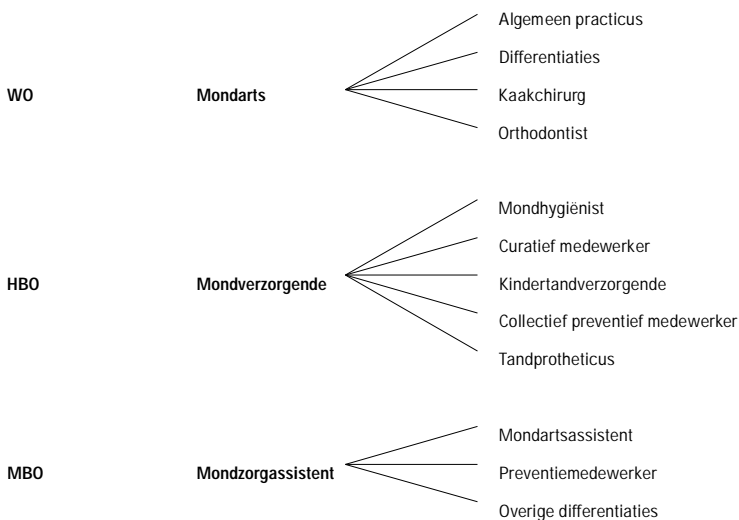
Zowel de *mondarts* als de *mondverzorgende* wordt ondersteund door de *mondzorg-assistent*, die is bijgeschoold op het gebied van de preventieve zorg (*preventie-medewerker*).

### Aanbeveling

**De MBO-opleiding voor tandartsassistent wordt veranderd in een opleiding mondzorgassistent, waarbinnen een module preventiemedewerker is opgenomen.**

Idealiter werkt het mondzorgteam op één lokatie, maar met de introductie van geavanceerde vormen van informatie- en communicatietechnologie komt de virtuele samenwerkingspraktijk steeds meer binnen bereik. Aan een dergelijke praktijk kunnen de aldaar werkzame zorgaanbieders in dienstverband of op zelfstandige basis verbonden zijn.

Schema Teamconcept mondzorg



## 6.4 Haalbaarheid en effecten

### **Capaciteit**

De Adviesgroep verwacht een gunstige uitwerking van het teamconcept op het capaciteitsvraagstuk. Daarbij gelden de volgende overwegingen:

- de tandarts (*mondarts*) kan zich meer concentreren op problematiek die beter aansluit op zijn wetenschappelijke opleiding, waarbij geen verstoring (ruis, stress) van tussenkomende werkzaamheden ontstaat;
- het team neemt een groot deel van het 'volume'werk voor zijn rekening, dat zich leent voor protocollering en standaardisering;
- er ontstaat een ruime mogelijkheid voor horizontale en verticale doorverwijzing, taakdelegatie en substitutie zodat pieken binnen het team kunnen worden opgevangen (doorstroming);
- als gevolg van een hogere arbeidssatisfactie mag een lager ziekteverzuim en een langere totale arbeidsduur worden verwacht.

### **Opleidingen**

Implementatie van een nieuwe stijl teamconcept begint met een heroriëntatie op het opleidingsstelsel voor wat betreft beroepen in de mondzorg. De huidige opleidingen in de tandheelkunde zullen moeten worden aangepast in de richting van het curriculum voor de mondarts. Daarbij zal aansluiting moeten worden gezocht bij de ontwikkelingen rondom de Master-Bachelor-structuur.

### **Aanbeveling**

**De ophanden zijnde herziening van het opleidingsstelsel (Master-Bachelor-structuur) wordt actief aangegrepen om de differentiatie in de beroepenstructuur in de mondzorg op de verschillende niveau's te bevorderen.**

Het opleidingsprogramma voor de *mondverzorgende* zou kunnen voortbouwen op de huidige opleiding Mondhygiëne. De realiseerbaarheid daarvan komt binnen bereik nu de Verkenningscommissie van de HBO-Raad<sup>6</sup> heeft geadviseerd om de opleiding Mondhygiëne van drie jaar tot vier jaar uit te breiden. Van belang is wel dat een herziening van de curricula voor mondarts en *mondverzorgende* met elkaar qua inhoud en invoeringstijd in de pas lopen.

### ***Financiering***

Verder is het financierings- en verzekeringsaspect van belang. Naar de mening van de Adviesgroep dient bij toekomstige discussies over de inrichting van het zorgstelsel, voor wat betreft de mondzorg, het teamconcept leidraad te zijn. Daarbij zou het team door overheid en verzekeraars niet moeten worden beschouwd als een geheel van individuele (en afzonderlijk te contracteren) aanbieders, maar als een 'zorginstelling' in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Op landelijk niveau worden toetsbare criteria vastgesteld om als *Instelling voor Mondzorg* (IVM) erkend te worden. Deze erkenningen worden afgegeven door een daartoe op te richten orgaan, vergelijkbaar met bijvoorbeeld het Consilium Parodontologicum voor tandarts-parodontologen. Dit orgaan kan tevens als kennisinstituut voor de mondzorg gaan fungeren. Jaarlijks brengen de erkende IVM's volgens een gestandaardiseerde richtlijn een kwaliteitsverslag uit met een praktijkzorgplan. Het kwaliteitsverslag annex praktijkzorgplan wordt door de verzekeraars, na beoordeling op basis van uniforme criteria, 'beloond' met een bonus. Erkenningen gelden voor een bepaalde duur met voorwaarden voor herregistratie.

### **Aanbeveling**

**Verzekeringstechnisch worden prikkels ingebouwd om het teamconcept te bevorderen. Dit kan geschieden door het mondzorgteam de status van 'zorginstelling' in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen te geven. Een dergelijke instelling treedt op als gesprekspartner van de zorgverzekeraar.**

### ***Arbeidssatisfactie***

Invoering van een meer gedifferentieerd aanbod van zorgverlening vergroot naast de gewenste tendens tot zorg-op-maat een breder carrière-perspectief voor de verschillende zorgverleners. Uit onderzoek blijkt dat het routine-matige werk door de tandarts een belangrijke bron voor burn-out kan zijn<sup>3</sup>. Het vak van mondverzorgende biedt een aantrekkelijk doorgroeiperspectief voor de mondhygiënist, terwijl de tandartsassistent kan doorgroeien tot preventiemedewerker. Als gevolg van deze doorgroeimogelijkheden en het samenwerken met collega's mag een toeneming van arbeidssatisfactie, een lager ziekteverzuim en een langere totale arbeidsduur worden verwacht.

## 6.5 Uitwerking van teamconcept

Het verdient aanbeveling om op korte termijn de effecten van het teamconcept op kwaliteit en capaciteit van zorgverlening in de praktijk te onderzoeken. Dit kan geschieden door middel van een veldexperiment, waarbij kan worden aangesloten bij nu reeds bestaande of in ontwikkeling zijnde teams.

### Aanbeveling

**Door middel van veldexperimenten worden ervaringen met de nieuwe beroepskrachten opgedaan en gegevens gegenereerd over de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van deze nieuwe aanpak. Daarbij kan worden aangesloten bij nu reeds bestaande of in ontwikkeling zijnde teams. Bij de uitvoering van de experimenten en de beoordeling van de resultaten worden de patiënten en de zorgverzekeraars betrokken.**

Tevens is het van belang dat de beleidsontwikkeling rondom het capaciteitsvraagstuk niet bij een eenmalige exercitie van de Adviesgroep blijft. Het is verstandig om de *follow-up* via het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen te laten geschieden. Daarmee wordt tevens bereikt dat de mondzorg qua systematiek en aanpak van de capaciteit met de huisartsenzorg in samenhang wordt gebracht.

### Aanbeveling

**Het verloop van de capaciteitsopbouw in de mondzorg wordt structureel gemonitord en dient als input voor het beleid. Aansluiting wordt gezocht met het Capaciteitsorgaan voor de planning en financiering van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.**

Voor de middellange en lange termijn geldt dat de inspanningen worden gericht op het verder uitwerken en ontwikkelen van het teamconcept. Voorts is het essentieel dat de mondzorg als sector duurzaam integreert met de het totaal van het zorgveld. Vanuit dat licht zijn de volgende aanbevelingen te maken.

### Aanbeveling

**Voor de middellange termijn (5-10 jaar)**

**Aard: rijping**

- **De ontwikkeling en integratie van de tandartsopleidingen met HBO-mondverzorgende beroepen wordt doorgevoerd. Opleidingsprogramma's worden aangepast op grond van opgedane ervaringen en wetenschappelijk onderzoek.**

- 
- De begeleiding van de invoering van het teamconcept 'nieuwe stijl' (mondarts, mondverzorgende, mondzorgassistent) wordt in de praktijk vormgegeven.
  - De implementatie van de nieuwe verzekeringsopzet wordt uitgevoerd (afstemmen met basisverzekering).
  - De integratie van de mondzorg binnen het geheel van de gezondheidszorg wordt versterkt.

#### **Aanbeveling**

Voor de lange termijn (10 -20 jaar)

Aard: consolidatie en evaluatie

- Consolidatie en verfijning teamconcept.
- Evaluatie in termen van capaciteit en kwaliteit.

Tenslotte pleit de Adviesgroep ervoor om de samenwerking en consensusvorming zoals die binnen de Adviesgroep is ontstaan, in periodieke bijeenkomsten voort te laten bestaan en verdere uitwerking te geven.

#### **Aanbeveling**

De partijen die in de Adviesgroep capaciteit mondzorg zijn vertegenwoordigd stellen een periodiek overleg in om gezamenlijk strategieën te ontwikkelen en ervaringen uit te wisselen.

## Literatuurlijst

---

- 1 Branchestructuuronderzoek Tandtechnische werkplaatsen (EIM; Snel D.; Van der Zeijden P.Th.; september 1999)
- 2 Brief 'Toelatingscapaciteit Tandheelkunde' (Ministerie van VWS; brief CSZ/BO-9910555; augustus 1999)
- 3 'Burn-out among dentists: identification and prevention' (proefschrift; Gorter R.C.; ACTA; 1999)
- 4 Convenant mondzorg (Ministerie van VWS; januari 2000)
- 5 'De Kindertandverzorgster (proefschrift; Burgersdijk R.C.W; Katholieke Universiteit Nijmegen; juni 1979)
- 6 'De Toekomst van het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs'; eindrapport van de verkenningscommissie hgzo (HBO-raad; februari 2000)
- 7 'Een oriënterend onderzoek naar de arbeidsmarkt voor tandprotheticus' (NIVEL; Wiegers T; Hingstman L; mei 1998)
- 8 'Het BIG-register in 1999' (Staatstoezicht op de Volksgezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg; januari 2000)
- 9 'Het project Abcoude' (proefschrift; Tan H.H.; Universiteit van Amsterdam; juni 1981)
- 10 'Het Tandheelkundig Gezondheidsproject'; 'de resultaten van taakdelegatie in een tandheelkundige praktijk' (Universiteit van Amsterdam; Hahn N.J.; Coppes L.; Van den Heuvel, J.L.M.; juli 1983)
- 11 'Mondzorg vanuit patiëntenperspectief' (notitie Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie; mei 2000)
- 12 Notitie 'De patiënt in het speelveld van de capaciteitsdiscussie mondzorg' (Staatstoezicht op de Volksgezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg; brief CSG/CT/bl 00.04063; J.D. van Foreest, maart 2000)
- 13 Notitie 'De tandprotheticus in het team-concept' (ONT; april 2000)
- 14 Notitie 'Gevolgen samenwerking' (NMT; Rijnsburger A.J.; april 2000)
- 15 Notitie 'Gevolgen team-concept op praktijkvoering van mondhygiënist' (NVM; april 2000)
- 16 Notitie 'Inventarisatie menskrachtproblemen naar tekorten van tandartsen bij ongewijzigde inzet van die beroepskrachten' (College van Adviserend Tandartsen; A.J. van Ommeren; maart 2000)
- 17 Notitie 'Tandheelkundig Team' (VSNU; Burgersdijk R.C.W.; april 2000)
- 18 Notitie 'Verschillende beroepsvarianten Mondhygiënist' (NVM; april 2000)
- 19 Onderwijsvisiteeractie Tandheelkunde (VSNU; juni 1999)
- 20 'Opleiding en werkzaamheden van kindertandverzorgsters' (proefschrift; Van Amerongen, W.E.; Vrije Universiteit Amsterdam; februari 1980)
- 21 Signaleringsproject Tandheelkunde 'Nu voor Later' (Katholieke Universiteit Nijmegen; Bronkhorst E.J.; Truin G.J.; april 1999)

- 
- 22 Startnotitie 'Ontwikkelingen en tendensen' (Ministerie van VWS; P.S.B. Boom; januari 2000)
  - 23 Tandheelkundige Zorg in Nederland (College voor zorgverzekeringen; juli 1999)
  - 24 'Toekomstscenario's Tandheelkunde' (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg; Een verkenning van de periode 1990 – 2020; Bohn, Stafleu en Van Loghem, 1992)
  - 25 Volksgezondheids Toekomst Verkenningen (Rapport VII, paragrafen 3.1 en 3.2; RIVM, 1997)
  - 26 Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (november 1993; Stb.655; laatstelijk gewijzigd maart 1998; Stb. 154)





# Capaciteit mondzorg

Aanbevelingen voor de korte en lange termijn

## *Eindrapportage van de Adviesgroep capaciteit mondzorg*

De Adviesgroep capaciteit mondzorg is ingesteld op grond van het Convenant mondzorg, dat in januari 2000 is gesloten door de minister van VWS en de besturen van de NMT en ZN.

De Adviesgroep verkent in deze eindrapportage de huidige situatie van de mondzorg in Nederland en beschrijft ontwikkelingen en tendensen. Vervolgens komen aard, ernst, omvang en duurzaamheid van het menskrachtprobleem in de mondzorg aan de orde en formuleert de Adviesgroep oplossingsrichtingen.

De Adviesgroep besteedt speciale aandacht aan het teamconcept, dat een cruciale rol zal innemen in de toekomst van de mondzorg. Het eindrapport bevat aanbevelingen voor het komende jaar en voor de korte, middellange en lange termijn.

### **Uitgave:**

**Adviesgroep capaciteit mondzorg**

### **Productie:**

**Ministerie van VWS,**

**Den Haag, augustus 2000**

### **Bestellen:**

**Ministerie van VWS**

**Publieksvoorzichting**

**Postbus 20350**

**2500 EJ Den Haag**

**Telefoon 070 340 7890**

**Fax 070 340 6251**

### **Internetadres:**

**[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)**