

**Beroepsprofiel
Tandarts
algemeen practicus**

BEROEPSPROFIEL TANDARTS ALGEMEEN PRACTICUS

NIZW Beroepsontwikkeling



Chantal van Arensbergen
Ria Broeken
Gery Lammersen

Dit beroepsprofiel is ontwikkeld door NIZW Beroepsontwikkeling in opdracht van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)

Auteurs:

Chantal van Arensbergen

Ria Broeken

Gery Lammersen

Utrecht, januari 2006

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn

NIZW Beroepsontwikkeling

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon: (030) 230 63 81

Fax: (030) 231 96 41

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding en verantwoording	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Werkwijze	5
1.3	Reikwijdte van het profiel	6
1.4	Gebruikswaarde van het profiel	6
1.5	Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2	Meest relevante ontwikkelingen en de consequenties voor de tandarts	8
2.1	Enkele kengetallen over de tandheelkunde	8
2.2	Demografische en algemeen maatschappelijke ontwikkelingen	11
2.3	Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	12
2.4	Wetgeving en overheidsregulering	13
2.5	Innovatieve- en technologische ontwikkelingen	14
2.6	Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in het onderwijs	14
2.7	De te verwachten consequenties voor de tandarts	15
Hoofdstuk 3	Positiebepaling van de tandarts	17
3.1	De context van de tandheelkundige zorgverlening	17
3.2	Visie op de tandheelkundige zorgverlening	18
3.3	Wettelijke kaders van de tandheelkundige zorgverlening	18
3.4	De opleiding tot tandarts	19
Hoofdstuk 4	Kerntaken en rollen van de tandarts	21
4.1	Kerntaken	21
4.2	De rollen van de tandarts	24
4.3	Uitwerking van de rollen	25
Hoofdstuk 5	Keuzes en afwegingen profiel tandarts	27
5.1	Uitwerking van de keuzes en afwegingen	27
Hoofdstuk 6	Competenties voor het profiel van de tandarts	29
6.1	Overzicht competentiegebieden	29
6.2	Uitwerking van de competenties	30
Geraadpleegde literatuur		36
Bijlage A: Begrippenlijst		38
Bijlage B: Leden begeleidingscommissie		41
Bijlage C: Leden expertgroep		42
Bijlage D: Consultatie van externen		43

Hoofdstuk 1 Inleiding en verantwoording

1.1 Aanleiding

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft NIZW/Beroepsontwikkeling de opdracht gegeven om het beroepsprofiel van de tandarts algemeen practicus te ontwikkelen.

De aanleiding voor de NMT voor het laten opstellen van een beroepsprofiel ligt bij een aantal ontwikkelingen: de inhoud van de opleiding tandarts, de discussie over samenwerking, taakdelegatie/-herschikking binnen de tandheelkunde, de herregistratie in het kader van de wet BIG en het harmoniseren van criteria voor toetreding tot de tandheelkundige beroepsuitoefening in Nederland. Deze ontwikkelingen worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 2.

Het profiel beschrijft de huidige beroepsuitoefening van de vakvolwassen tandarts én geeft tegelijkertijd een vooruitblik naar de toekomst. Met het oog op de discussie over samenwerking, taakdelegatie/-herschikking is op verzoek van de NMT aandacht besteed aan de regierol van de tandarts algemeen practicus. Ten tijde van het opstellen van het beroepsprofiel heeft de Commissie Innovatie Mondzorg van het ministerie van VWS zich gebogen over vraagstukken rondom taken en bevoegdheden van professionals in de tandheelkunde en de daarbij behorende opleiding. Dit beroepsprofiel is door deze commissie bij haar onderzoek betrokken.

1.2 Werkwijze

NIZW/Beroepsontwikkeling hecht groot belang aan het leveren van een profiel dat herkenbaar is voor de beroepsbeoefenaren en draagvlak heeft binnen de NMT. Voor de ontwikkeling van een profiel hanteert NIZW/Beroepsontwikkeling de ICOON-methode. Dit is een manier van werken waarbij *toekomstgerichtheid* en *draagvlak van betrokkenen* uitgangspunten zijn. Het resultaat is dat er een profiel wordt ontwikkeld waar de beroepsgroep zich in kan vinden en dat relevant is voor de komende jaren. De gehanteerde werkwijze bestaat uit de volgende onderdelen:

- literatuurstudie;
- interviews met tandartsen;
- bijeenkomsten met de begeleidingscommissie (zie bijlage B);
- bijeenkomsten met de expertgroep (zie bijlage C);
- consultatie van externen (zie bijlage D).

De taken van de begeleidingscommissie waren het becommentariëren van conceptrapportages en verwerven van consensus over het eindproduct. De taken van de expertgroep waren het inbrengen van informatie uit de praktijk, discussiëren over inhoudelijke onderwerpen en het toetsen van de conceptteksten op herkenbaarheid. Bij de selectie van leden voor de expertgroep is gestreefd naar een optimale spreiding in praktijkvorm, werkterrein, leeftijd en geslacht.

Het beroep van tandarts is een vrij beroep. Dit impliceert dat er bij het beschrijven van het profiel geen rekening hoeft te worden gehouden met CAO verplichtingen. Voor een vrij beroep bestaat ook geen verplichting om het profiel op te stellen volgens een voorgeschreven format. Op verzoek van de NMT zijn de belangrijkste componenten van het COLO-format gebruikt voor de opbouw van het profiel. Achtereenvolgens zijn dat de plaats van het beroep van de tandarts in de gezondheidszorg, de ontwikkelingen, kerntaken en rollen, kernopgaven en competenties.

De ontwikkelingen, waar de tandarts mee te maken heeft en krijgt, zijn beschreven op basis van bestudeerde en geanalyseerde (recente) onderzoeken, publicaties en andere relevante documenten zoals opleidingsbrochures. Met behulp van de begeleidingscommissie is vastgesteld welke ontwikkelingen van invloed (zullen gaan) zijn op de beroepsuitoefening door de tandarts.

De literatuurstudie was tevens de basis voor het afnemen van de interviews met de leden van de expertgroep. In de twee uur durende semi-gestructureerde interviews zijn alle onderdelen van het profiel behandeld.

De opzet van de kerntaken die op basis van de literatuur en interviews was gemaakt, is vervolgens groepsgewijs uitgewerkt in een bijeenkomst van de expertgroep.

De rollen van de tandarts zijn gebaseerd op een analyse van de kerntaken en rollen van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidssector.

Voor het formuleren van de keuzes en afwegingen is gebruik gemaakt van de critical incidents methode tijdens een bijeenkomst van de expertgroep. De experts is gevraagd om dilemma's of vraagstellingen te beschrijven die een belangrijk onderdeel vormen van hun werk en waarvoor ze een oplossing moeten vinden. Daarover zijn ze aan de hand van de critical incidents methode met elkaar in discussie gegaan.

Op basis van de kerntaken, keuzes en afwegingen en rollen zijn de competenties beschreven. Competenties beschrijven benodigde kennis, inzicht, vaardigheden en houding om de kerntaken uit te voeren, rollen adequaat te vervullen en om te kunnen gaan met keuzes en afwegingen. De competenties die beschreven zijn in het Europees profiel van de tandarts vormen een belangrijke inspiratiebron voor de beschrijving van de competenties in dit profiel. Door zoveel mogelijk aan te sluiten bij Europese bevindingen, ontlopen de eisen waaraan de tandarts moet voldoen elkaar niet veel. Een belangrijk verschil is echter dat in het Europees profiel uitgegaan wordt van een beginnend beroepsbeoefenaar en dat het voorliggend profiel een vakvolwassen beroepsbeoefenaar beschrijft.

1.3 Reikwijdte van het profiel

Het beroepsprofiel beschrijft de kern van het beroep van de tandarts en concentreert zich op de overeenkomsten tussen tandartsen. In de praktijk komen echter (grote) verschillen voor tussen de werkzaamheden van tandartsen en de praktijkvormen. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet elke tandarts zich herkent in alle onderdelen van het profiel. Dit heeft twee redenen:

Ten eerste heeft dit te maken met de organisatorische context waarin tandartsen werkzaam zijn. Er zijn verschillende soorten praktijken en instellingen waar een tandarts kan werken. Het maakt bijvoorbeeld verschil of de tandarts zelfstandig ondernemer is of dat hij in dienstverband werkt. Het hangt ook af van de manier waarop de taken en verantwoordelijkheden binnen de praktijk zijn verdeeld en welk type beroepsbeoefenaren daar werkt.

Ten tweede kan de nadruk op bepaalde werkzaamheden verschillen omdat tandartsen gewoonweg een persoonlijke voorkeur, interesse, visie en/of aanleg hebben.

Zoals beschreven, gaat dit profiel uit van de *vakvolwassen* beroepsbeoefenaar. Dit is de tandarts algemeen practicus die over ruime werkervaring beschikt.

De beschrijving van de beroepsuitoefening van gespecialiseerde en gedifferentieerde tandartsen valt buiten het bereik van dit profiel.

1.4 Gebruikswaarde van het profiel

Het beroepsprofiel heeft verschillende functies:

- Het is een visitekaartje voor de positionering van de tandarts. Patiënten, aanverwante beroepsgroepen, verwijzers, overheden, zorgverzekeraars krijgen inzicht in wat ze van de beroepsgroep kunnen verwachten.
- Het levert onderbouwing voor een assessment instrument voor toelating van buitenslands gediplomeerde tandartsen tot de Nederlandse beroepsuitoefening.
- Het geeft input voor het onderwijs om de opleiding optimaal aan te laten sluiten bij de beroepsuitoefening en kan ook informatie opleveren voor de discussie over de benodigde opleidingsduur.
- Het kan gebruikt worden bij de verdere professionalisering van de beroepsgroep.
- Het is een basisdocument voor het (verder) ontwikkelen van praktijkrichtlijnen en protocollen voor de beroepsuitoefening.
- Het kan worden gebruikt bij het geven van voorlichting over het beroep aan bijvoorbeeld studenten tandheelkunde.
- Het levert onderbouwing voor het definiëren van een werkervarings- en scholingseis in het kader van herregistratie in het BIG-register.

1.5 Leeswijzer

In dit profiel wordt voor de tandarts de mannelijke vorm gehanteerd. Vanzelfsprekend wordt hiermee ook de vrouwelijke beroepsbeoefenaar bedoeld. Voor de patiënt wordt eveneens de mannelijke vorm gebruikt. Hiermee worden beide geslachten aangeduid.

Overal waar de term tandarts wordt gebruikt, wordt 'tandarts algemeen practicus' bedoeld. Het profiel is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft kengetallen weer, ontwikkelingen waar de tandarts mee te maken heeft en de consequenties daarvan voor de uitoefening van zijn vak. Hoofdstuk 3 geeft aan welke plaats de tandarts inneemt in de gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 worden de domeinen beschreven waarin de tandarts werkt, de kerntaken en de rollen. In hoofdstuk 5 worden de keuzes en afwegingen beschreven. Hoofdstuk 6 werkt de competenties uit die nodig zijn om het vak uit te kunnen oefenen. Tot slot bevat het profiel een literatuurlijst en een begrippenlijst (bijlage A).

Hoofdstuk 2 Meest relevante ontwikkelingen en de consequenties voor de tandarts

Dit hoofdstuk start met een aantal kengetallen in de tandheelkunde (2.1). Daarna worden de meest relevante ontwikkelingen beschreven. Het betreft hier zowel ontwikkelingen die zich recent hebben voorgedaan als ontwikkelingen die al meerdere jaren spelen. Achtereenvolgens worden de volgende ontwikkelingen beschreven: demografische en algemeen maatschappelijke ontwikkelingen (2.2), ontwikkelingen in de gezondheidszorg (2.3), wetgeving en overheidsregulering (2.4), innovatieve en technologische ontwikkelingen (2.5) en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in het onderwijs (2.6). Tot slot worden de te verwachten consequenties van deze ontwikkelingen voor de beroepsuitoefening van de tandarts uiteengezet (2.7).

2.1 Enkele kengetallen over de tandheelkunde

In Nederland staan ruim 10.000 tandartsen geregistreerd als zijnde bevoegd om het beroep uit te oefenen. Echter het aantal tandartsen dat beschikbaar is voor de beroepsuitoefening, gedefinieerd als het aantal tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres lag, uitgaande van het tandartsenbestand van de NMT, in januari 2005 op 7.950.¹ Veruit de meeste van deze tandartsen zijn actief als tandarts-algemeen practicus. Een aantal van hen heeft zich daarbij extra bekwaamd op een bepaald deelgebied van de tandheelkunde, in het bijzonder de parodontologie, de endodontologie, de implantologie, de gnathologie en de pedodontologie. Deze tandartsen worden door de betreffende wetenschappelijke verenigingen erkend als gedifferentieerde tandartsen (zie tabel 2.1.a).

Naast deze (gedifferentieerde) tandartsen zijn in Nederland ook twee officieel erkende groepen van tandarts-specialisten actief in de tandheelkundige zorgverlening. Volgens voornoemde definitie (64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres) gaat het hierbij om 290 orthodontisten en 214 kaakchirurgen.

Tabel 2.1.a Aantal tandartsen en tandarts-specialisten van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland		
- tandartsen waaronder:		7.950
- tandarts-parodontologen *	74	
- tandarts-endodontologen **	39	
- tandarts-implantologen ***	± 210	
- tandarts-gnathologen ****	51	
- tandarts-pedodontologen *****	34	
- kaakchirurgen		214
- orthodontisten		290
* erkend door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP)		
** erkend door de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie (NVvE)		
*** erkend door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI)		
**** per 1 februari 2003 erkend door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT)		
***** per mei 2004 erkend door de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK)		
Bron:	NMT-tandartsenadministratie, januari 2005	

¹ Volgens de gegevens in genoemd bestand ging het in totaal om 8.970 tandartsen van 64 jaar of jonger. Echter 770 van hen waren in het buitenland gevestigd en van 250 personen was bij de NMT geen woon- of werkadres bekend. Voorts waren er nog 1.440 tandartsen in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. Er wordt van uitgegaan dat deze groep in principe niet meer beschikbaar is voor de beroepsuitoefening.

Van de genoemde 7.950 tandartsen is 75% man en 25% vrouw. Zoals tabel 2.1.b laat zien, zijn de mannen gemiddeld aanzienlijk ouder dan de vrouwen (48,0 tegen 40,2 jaar). Met name in de leeftijdsgroepen vanaf 40 jaar zijn vrouwelijke tandartsen sterk ondervertegenwoordigd. Gezien de leeftijdsverdeling is verder te verwachten dat in de komende vijftien jaar een betrekkelijk groot deel, namelijk 41%, van de huidige (mannelijke) beroepsgroep zal stoppen met werken, althans ervan uitgaande dat de meeste tandartsen dit rond de leeftijd van 65 jaar doen.

Tabel 2.1.b Sekse en leeftijd van tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland						
	man		vrouw		totaal	
29 jaar of jonger	307	4%	367	5%	674	9%
30 - 39 jaar	761	10%	605	7%	1.366	17%
40 - 49 jaar	2.034	25%	622	8%	2.656	33%
50 - 59 jaar	2.225	28%	332	4%	2.557	32%
60 - 64 jaar	629	8%	68	1%	697	9%
totaal	5.956	75%	1.994	25%	7.950	100%
gemiddelde leeftijd	48,0		40,2		46,1	

Bron: NMT-tandartsenadministratie, januari 2005

In het NMT-tandartsenbestand is niet van alle 7.950 tandartsen bekend of en zo ja, hoe zij werkzaam zijn. Een indicatie hiervan is het aanwezig zijn van een praktijk- en/of een dienstverbandadres. Bij dat laatste gaat het doorgaans om een aanstelling bij een opleidingsinstelling (universiteit, MBO/HBO), bij defensie, bij de jeugdandverzorging of bij een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Tabel 2.1.c laat zien dat volgens deze gegevens 5.952 tandartsen werkzaam zijn in een eigen praktijk, van wie 277 dit combineren met een dienstverband en dat 238 tandartsen uitsluitend actief zijn in een dienstverband. Van de overige 1.760 tandartsen is noch een praktijkadres, noch een dienstverbandadres bekend. Algemeen wordt verondersteld dat zij merendeels actief zijn als praktijkmedewerker en/of -waarnemer in de praktijk van één of meer collega's.

Tabel 2.1.c Soort werkadres van tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland						
	wel in dienstverband		niet in dienstverband		totaal	
wel praktijkadres	277	3%	5.675	71%	5.952	75%
geen praktijkadres	238	3%	1.760	23%	1.998	25%
totaal	515	6%	7.435	94%	7.950	100%

Bron: NMT-tandartsenadministratie, januari 2005

Volgens de beschikbare gegevens zijn in Nederland dus bijna 6.000 tandartsen werkzaam in een eigen praktijk. De praktijken van deze tandartsen kunnen op verschillende manieren worden getypeerd. Een veel gebruikte indeling is die naar het al of niet samenwerken met collega-tandartsen. Hiervan zijn geen registratiegegevens voorhanden, maar wel gegevens uit onderzoek dat de NMT met regelmaat uitvoert onder een representatieve groep tandartsen die werkzaam is in een eigen algemene praktijk. Uit die gegevens kan worden opgemaakt dat 70% solistisch werkt, dat wil zeggen als enige bevoegde tandarts in de eigen praktijk. Verder is 12% eveneens de enige praktijkhouder, maar worden deze tandartsen ondersteund door een of meer tandarts-praktijkmedewerkers. De overigen zijn actief in een praktijk met twee of meer collega-praktijkhouders, al (4%) dan niet (14%) bijgestaan door praktijkmedewerkers.

Tabel 2.1.d Enkele kenmerken van typen tandartspraktijken (n = 373)				
	praktijktype			
	type I	type II	type III/IV	totaal
% van het aantal praktijken	70%	12%	18%	100%
gemiddelde leeftijd van de tandarts	47,3	47,5	44,0	46,6
proportie vrouwen	15%	9%	26%	19%
gemiddeld aantal tandartsen in de praktijk	1,0	2,4	2,7	1,5
aantal stoeluren van de tandarts	32,3	32,4	28,8	31,7
tandartsassistent(en) in de praktijk	95%	100%	100%	97%
gemiddeld aantal uren tandartsassistent(en) in de praktijk *	49,5	69,7	87,8	59,6
preventieassistent(en) in de praktijk	22%	39%	45%	28%
gemiddeld aantal uren preventieassistenten in de praktijk *	33,2	32,7	31,5	32,6
mondhygiënisten in de praktijk	28%	61%	42%	35%
gemiddeld aantal uren mondhygiënisten in de praktijk*	20,6	25,9	33,2	24,5
gemiddeld aantal patiënten in de praktijk	2.811	3.955	4.615	3.200
gemiddeld aantal behandelstoelen in de praktijk	1,8	3,0	3,0	2,1
type I 1 praktijkhouder, 0 praktijkmedewerkers type II 1 praktijkhouder, 1+ praktijkmedewerkers type III 2+ praktijkhouders, 0 praktijkmedewerkers type IV 2+ praktijkhouders, 1+ praktijkmedewerkers * exclusief praktijken waar deze medewerkers niet actief zijn.				
Bron: NMT-project Peilstations; Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering voorjaar 2004				

Tussen de typen tandartspraktijk bestaan natuurlijk verschillen. In praktijken van het type I is (vanzelfsprekend) één bevoegde tandarts actief, in de typen II en III/IV werkten in 2004 gemiddeld 2 à 3 tandartsen. Eveneens de inzet van andere medewerkers, het aantal behandelstoelen en, in samenhang daarmee, het aantal patiënten in de praktijk is verschillend tussen de onderscheiden typen. Verder valt op dat tandartsen die actief zijn in praktijktype III/IV vaker vrouw zijn en (daardoor) gemiddeld jonger dan hun collega's in de twee andere praktijktypen (tabel 2.1.d).² Al met al zijn er in Nederland om en nabij 5.500 tandartspraktijken.³ Daarin worden tandartsen bijgestaan door tandarts- en preventieassistenten. Verder werken zij samen, zowel binnen als buiten de eigen praktijk, met mondhygiënisten en tandprotheticen. Over de omvang van deze drie beroepsgroepen zijn geen exacte gegevens beschikbaar. Op basis van schattingen kan evenwel worden gesteld dat er in Nederland ongeveer 16.500 tandartsassistenten, 2.250 mondhygiënisten en 300 tandprotheticen werkzaam zijn (tabel 2.1.e).

² Bruers JJM, Dam BAFM van. Typen tandartspraktijken in 2001 en 2004. *NT 2005; 60 (14): 30-31.*

³ Afgeronde schatting op basis van registratiegegevens (aantal tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend praktijkadres, januari 2005) en onderzoeksgegevens (al of niet samenwerken in een volledige maatschap met collega-tandartsen, voorjaar 2004).

Tabel 2.1.e Geschat aantal tandartspraktijken, tandarts- en preventieassistenten, mondhygiënisten en tandprotheticen	
- tandartsassistenten ¹	16.500
- onder wie preventieassistenten ²	2.375
- mondhygiënisten ³	2.250
- tandprotheticen ⁴	293
1 afgeronde schatting op basis van a en onderzoeksgegevens (gemiddelde aantal tandartsassistenten per tandartspraktijk, voorjaar 2004).	
2 afgeronde schatting op basis van a en onderzoeksgegevens (gemiddelde aantal preventieassistenten per tandartspraktijk met een preventieassistent, voorjaar 2004).	
3 schatting van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) op basis van een organisatiegraad van 75-80% (in 2004).	
4 aangesloten bij de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticen (ONT) in 2005; organisatiegraad van de ONT onbekend.	

2.2 Demografische en algemeen maatschappelijke ontwikkelingen

2.2.1 Meer ouderen en meer medisch gecompromitteerde patiënten met complexere zorgvraag

Door de vergrijzing groeit het aantal ouderen in Nederland de komende jaren van twee naar vier miljoen. In plaats van te leven met een gemutileerde dentitie of een gehele of gedeeltelijke gebitsprothese kiezen veel ouderen voor behoud van eigen dentitie en een uitgebreide gebitsbehandeling. Door de welvaart en toename van behandeltechnieken zijn de mogelijkheden daartoe uitgebreid.

Daarnaast is een goed uitziend gebit de sociale norm geworden en heeft de mondgezondheidszorg een sterke emotionele waarde gekregen.

De verwachting is dat bij oudere Nederlanders de vraag naar een meer complexe tandheelkundige behandeling op het terrein van de parodontologie, implantologie, endodontologie en kroon- en brugwerk de komende jaren zal groeien. Dit betekent dat de zorgvraag ook intensiever en complexer zal worden.

Een gevolg van de vergrijzing is toename van het aantal medisch gecompromitteerde patiënten. Een voorbeeld daarvan zijn chronisch zieken waarbij de interactie tussen algemene gezondheid en mondgezondheid een rol speelt.

2.2.2 Interculturalisatie: behandelingen vergen meer inspanning

De samenstelling van de maatschappij verandert door een toename van het aantal mensen van allochtone afkomst. Binnen de groep allochtonen is er een groot aantal mensen dat op het gebied van gebitsverzorging is opgegroeid met een minder op preventie gerichte traditie. De tandarts krijgt daardoor te maken met verschillende culturele opvattingen over de gezondheidszorg in het algemeen en het belang van gebitsverzorging in het bijzonder. Als gevolg van de toename van het aantal mensen met een niet Nederlandse afkomst is er de laatste jaren sprake van beduidend meer patiënten die een andere taal spreken dan het Nederlands. Het verschil in opvattingen en het niet spreken van elkaars taal kan de communicatie tussen de patiënt en de tandarts bemoeilijken.

2.2.3 Verslechtering van de mondgezondheid bij specifieke groepen

Onderzoekers in de tandheelkunde en het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) signaleren een verslechtering van de mondgezondheid bij met name jonge kinderen en jeugdigen (Dekker, 2005). Ze noemen de veranderende voedingspatronen en afnemende overheidsinspanning voor collectieve preventie als belangrijke redenen voor de verslechtering van de mondgezondheid bij risicogroepen, zoals jonge kinderen.

Ook bij andere specifieke groepen, zoals mensen met een handicap, mensen die in instellingen verblijven of asielzoekers met een achterstand in mondgezondheid (en veelal met een acute zorgvraag), laat de mondverzorging en de toestand van de mond/gebijt volgens de onderzoekers te wensen over.

2.2.4 Ernstige tandheelkundige aandoeningen: meer vraag naar gedifferentieerde en specialistische zorg

Uit gegevens van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) blijkt onder andere dat de incidentie van gingivitis (ontstoken tandvlees) afneemt. Dit geldt echter niet voor de meer ernstige parodontale aandoeningen (botaftbraak). Vroeger werden meer gebitselementen geëxtraheerd waardoor verdere behandeling van parodontitis niet meer nodig was. Nu er sprake is van voortschrijdend inzicht en de ontwikkeling van technisch complexe behandelmethoden, zoals regeneratietechnieken, zijn de behandel mogelijkheden toegenomen. Daarnaast is er in Nederland meer aandacht gekomen voor de steunende weefsels rondom de gebitselementen.

Ook door deze ontwikkelingen⁴ verschuift de nadruk van vooral routinematige tandheelkundige behandelingen naar een meer individuele, gedifferentieerde en specialistische tandheelkundige zorg.

2.2.5 Opkomende vraag naar cosmetische behandelingen

De opkomst van speciale klinieken voornamelijk voor cosmetische tandheelkunde laat zien dat er een groeiende vraag is naar cosmetische behandelingen. De exacte toename van de vraag is moeilijk aan te geven omdat er onvoldoende onderbouwde harde cijfers over bekend zijn. Cosmetische behandelingen zijn puur gericht op het vergroten van de esthetische schoonheid van het gebit. Het bleken van het gebit is daar een voorbeeld van.

Cosmetische behandelingen hoeven zich niet te beperken tot de speciale klinieken. Ook in reguliere tandartspraktijken vinden cosmetische behandelingen plaats. Door de toenemende populariteit van de cosmetische tandheelkunde zou de uitvoering van de reguliere tandheelkundige zorg in verdrinking kunnen komen.

2.2.6 Mondige en kritische patiënten vragen om transparantie en kwaliteit

De tandarts heeft in zijn praktijk al geruime tijd te maken met steeds méér mondige en kritische patiënten. Deze patiënten ondervinden in deze opstelling ook steun van de overheid. Die vraagt om transparantie over de geleverde kwaliteit en behandelingsmogelijkheden. Patiënten verwachten informatie en uitleg te krijgen over het behandelplan en willen inzicht in de verrichtingen van de tandarts. Zij willen informatie over de consequenties van een mogelijke behandeling en over de kosten daarvan, zodat zij een eigen afweging kunnen maken. Daarnaast wil de patiënt zijn afspraken zoveel mogelijk aan kunnen passen aan zijn eigen agenda. Dit betekent dat de patiënt ook regelmatig vraagt om een behandel t i j d s t i p voor of na de reguliere werktijden.

2.3. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

2.3.1 Taakherschikking in de gezondheidszorg: meer verschillende aanbieders in de tandheelkundige zorg

Hoe beroepsgroepen in de gezondheidszorg hun taken hebben verdeeld is te verklaren vanuit de historie en de traditie. Maar de discussie over verdeling van taken is nooit afgerond. Door onder andere de veranderende zorgvraag, tekorten bij diverse zorgverlenende beroepen, de behoefte aan een betere organisatie en kwaliteit van de zorg, vinden in de praktijk voortdurend (informeel) verschuivingen van taken plaats.

Ook in de tandheelkunde is de discussie over taakherschikking actueel op het moment van schrijven van dit profiel. De overheid wil maatregelen nemen om de tandheelkunde zo efficiënt mogelijk en kosteneffectief in te richten. Dit levert discussies op over het gewenste niveau en de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de verschillende beroepsgroepen in de tandheelkunde. Het gaat hier met name om tandartsen, mondhygiënist en tandarts- of preventie-assistenten.

De verwachting is dat door wetenschappelijke ontwikkelingen en door toename en intensivering van de zorgvraag, de werkdruk voor de tandarts nog verder zal toenemen. Hierdoor is verdergaande (taak)delegatie en –substitutie in de samenwerking en differentiatie noodzakelijk en nemen ook horizontale en verticale verwijzingen toe. Meer dan de helft (61%) van de tandartsen delegeert tandheelkundige werkzaamheden aan hun (preventie)assistent(en). Hierbij gaat het met name om het toedienen van fluoride-applicaties, het geven van instructies over mondhygiëne, het maken van röntgenopnamen, het nemen van afdrucken en het supragingivaal verwijderen van tandsteen.

⁴ Naast de wens van veel ouderen voor behoud van eigen dentitie (2.2.1).

Mondhygiënisten bijvoorbeeld verrichten ook voorbehouden handelingen. Zij hebben onder andere een functionele zelfstandigheid tot het geven van injecties in het kader van anesthesie. Zij kunnen, binnen de kaders van de Wet BIG, deze behandelingen op verwijzing, maar zonder mogelijkheid van tussenkomst en toezicht door een tandarts uitvoeren.

Door de komst van meer verschillende aanbieders in de tandheelkundige zorg ontstaat een heterogene groep van zorgverleners. Deze heterogeniteit vergroot voor de beroepsbeoefenaar de aantrekkelijkheid van de tandheelkundige zorgverlening omdat hij zich dan kan richten op zijn eigen deskundigheidsgebied. Aan de andere kant bestaat het risico dat de tandarts zijn traditionele rol als regisseur en bewaker van de gehele tandheelkundige zorg kan gaan verliezen. Taakherschikking binnen de tandheelkundige zorg mag niet leiden tot het ontstaan van wildgroei en onduidelijkheid voor de patiënt en de zorgaanbieders. Het is de taak van de overheid en de diverse beroepsgroepen te zorgen voor een samenhangend systeem van tandheelkundige zorg van waaruit integrale zorg wordt geboden.

2.3.2 Verdere samenwerking en professionalisering in de tandartspraktijk

Om aan de steeds grotere, intensievere en individuele zorgvraag te voldoen, zal de tandarts steeds meer moeten samenwerken met andere (tandheelkundige) professionals binnen en buiten de eigen praktijk. Bijvoorbeeld met gedifferentieerde tandartsen of met specialisten die werkzaam zijn in een andere praktijk, ziekenhuis of gezondheidscentrum. Samenwerking maakt het mogelijk om een efficiënte, effectieve en kwalitatief hoogstaande zorgverlening te bieden en om een efficiënte bedrijfsvoering te bereiken. Complexe zorgvragen en vraaggericht werken, vragen om een tandartspraktijk die gericht is op professionalisering en protocollering. Naast de toenemende 'noodzaak' om samen te werken is bij jonge tandartsen een afnemende belangstelling voor solopraktijken waar te nemen. Verdere noodzaak tot professionalisering heeft het ontstaan van meer (nieuwe) en grotere praktijken tot gevolg.

2.4 Wetgeving en overheidsregulering

2.4.1 Gereguleerde marktwerking: toename van de concurrentie

Om de kosten voor de gezondheidszorg binnen de perken te houden, stuurt de Nederlandse overheid de gezondheidszorg in de richting van 'gereguleerde marktwerking' met als doel om concurrentie te stimuleren aan de aanbodzijde. Burgers worden ook meer gewezen op hun individuele verantwoordelijkheid. De overheid versnelt de marktwerking in de gezondheidszorg door prestatie-indicatoren van zorgverleners op internet bekend te maken, waardoor de zorgconsument snel op de hoogte is van actuele informatie.

2.4.2 De nieuwe basisverzekering

De invoering van de basisverzekering met ingang van 1 januari 2006, omvat hetzelfde zorgpakket als het huidige ziekenfondspakket. Dit betekent onder meer dat tandheelkunde voor volwassenen buiten het basispakket valt. Voor deze dienst kan de zorgconsument een aanvullende verzekering afsluiten. Voor de tandheelkunde is dit geen nieuwe ontwikkeling omdat in de voorafgaande situatie al veel tandheelkundige behandelingen aanvullend verzekerd moesten worden.

Onduidelijk is nog wat de gevolgen van de zorgverzekeringswet zullen zijn voor de vraag naar tandheelkundige zorg. De NMT (2005) noemt wel een aantal mogelijke veranderingen die de invoering van de wet tot gevolg kan hebben:

- een toename van de administratieve belasting;
- een stijgend aantal vragen van verzekerden over de manier waarop zij zich moeten bijverzekeren;
- het wel of niet afsluiten van contracten met verzekeraars en zo ja in welke vorm;
- het mogelijk veranderen van tandarts door de patiënt onder invloed van gemaakte afspraken over vergoedingen;
- andere zorgvraag door de no-claim situatie waarin de patiënt verkeert;
- een toename van patiënten binnen de basisverzekering door de instroom van jeugd die momenteel particulier verzekerd is;
- een grotere verplichting tot het elektronisch uitwisselen van gegevens.

2.5 Innovatieve- en technologische ontwikkelingen

2.5.1 Nieuwe tandheelkundige materialen en technieken

Door ontwikkelingen in de technologie komen nieuwe tandheelkundige materialen, technieken en technologieën beschikbaar⁵. De beschikbaarheid van nieuwe technieken zal de vraag naar geavanceerde tandheelkunde in de toekomst doen toenemen. De patiënt zal, met het bekend worden van de nieuwe mogelijkheden, daar ook gebruik van willen maken.

Naast vernieuwingen in de behandeltechniek neemt ook het gebruik van informatie- en communicatietechnologie toe. Digitale communicatie zal daardoor ook in de tandartspraktijk toenemen, zoals een toename in het gebruik van elektronische patiëntendossiers.

2.6 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in het onderwijs

2.6.1 Situatie op de arbeidsmarkt

De situatie van de tandarts op de arbeidsmarkt is moeilijk te voorspellen omdat de vraag naar tandheelkundige zorg van meerdere factoren afhankelijk is. In de eerste plaats is de vraag naar tandartsen afhankelijk van de demografische- en gebitsontwikkeling van de bevolking. Dat wil zeggen het aantal mensen, dat nog (gedeeltelijk) beschikt over hun eigen gebit.

Vervolgens is de situatie op de arbeidsmarkt afhankelijk van het aantal beschikbare tandartsen. De prognose is dat tot 2012 het totale aantal beschikbare tandartsen in Nederland ongeveer hetzelfde (7.950) blijft. De verwachting is dat daarna het aantal beschikbare tandartsen gestaag daalt. Deze daling zal vooral worden veroorzaakt door een grote groep (mannelijke) tandartsen die de komende jaren met pensioen gaat.

Naast het aantal tandartsen is het van belang om te kijken naar het aantal werkzame fulltime eenheden (fte's) van de beschikbare tandartsen. De eerste jaren loopt het aantal fte's heel geleidelijk terug van 7.384 in 2005 tot 7.209 in 2011. Na 2011 zet een flinke daling in tot 5.200 in 2025 (Den Boer en Bruers, 2005). De terugloop van het aantal fte's is sterker dan de daling van het aantal tandartsen. Dit heeft te maken met de toename van het percentage vrouwen in de beroepsgroep, dat wekelijks gemiddeld minder uren in de praktijk actief is dan hun mannelijke collega's.

Op basis van bovenstaande prognose wordt de voorzichtige conclusie getrokken dat er tegen die tijd sprake zou kunnen zijn van een tekort aan tandartsen. Het verwachte tekort kan worden beperkt doordat tandartsen steeds meer handelingen aan mondhygiënisten en/of (preventie)assistenten en/of tandprotheticen overdragen. Tevens speelt de komst van de vierjarig opgeleide mondhygiënist een rol bij de tandheelkundige zorg voor preventie in het algemeen en voor de meer kwetsbare patiëntgroepen in het bijzonder. Door het aanbieden van deze preventieve zorg kan de vraag naar curatieve mondzorg verminderen.

De afgelopen jaren was er sprake van een toename van het aantal buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaren (zie ook 2.6.3). Onzeker is of en in welke mate deze ontwikkeling zich voortzet en welke gevolgen dat heeft voor de Nederlandse arbeidsmarkt voor tandartsen.

2.6.2 Werken onder andere arbeidsomstandigheden

De groep vrouwelijke tandartsen wordt zowel absoluut als procentueel steeds groter. Zij willen vaker in deeltijd werken. Tevens zullen meer tandartsen aandacht vragen voor variatie in het werk, een leven lang leren, kansen voor loopbaanperspectief en optimale arbeidsomstandigheden.

2.6.3 Toename van buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaren

Door internationalisering treden er steeds meer buitenlandse tandartsen toe tot de Nederlandse arbeidsmarkt. Uit de jaarverslagen van het BIG-register blijkt dat de laatste jaren een toenemend aantal buitenlandse tandartsen zich in het BIG-register laten inschrijven. In 2002 ging het om 170 tandartsen, in 2003 om 220 tandartsen en in 2004 om 195 tandartsen. Een groot deel hiervan komt van binnen de Europese Unie (België en Duitsland), maar er komen ook meer aanvragen van buiten de EU, met name uit Zuid-Afrika. Het jaarlijks aantal instromende buitenlandse tandartsen overtreft de

⁵ Hierbij kan onder andere worden gedacht aan laserboren, cadcam-apparatuur of fluorescentie-diagnose.

laatste jaren het jaarlijks aantal afgestudeerden van de Nederlandse opleidingen tandheelkunde (studiejaren 2001-2002 en 2002-2003: 170 afgestudeerden).

De Europese Commissie heeft in 1995 een richtlijn van het Europese Parlement en van de Europese Raad aangenomen over de erkenning van professionele capaciteiten in de medische en zorgsector. Over het beroep van tandartsen vermeldt de richtlijn het volgende: 'Alle Lidstaten dienen het beroep van een beoefenaar van de tandheelkunde als een specifiek beroep te erkennen dat zich onderscheidt van het beroep van een beoefenaar van de geneeskunde, ongeacht of deze gespecialiseerd is in odontostomatologie.

Voor erkenning van de buitenslands gediplomeerde tandarts van buiten de Europese Unie wordt van overheidswege vereist dat zij BIG geregistreerd worden en werken volgens de hier geldende normen. Alleen een diploma erkenning is niet voldoende.

2.6.4 De invoering van de Bachelor-Master structuur aan de universiteiten

In het hoger onderwijs vindt integratie plaats tussen het wetenschappelijk onderwijs en het hoger beroepsonderwijs. Welke gevolgen dat heeft voor de tandheelkunde en de tandheelkundige zorg is nog niet uitgekristalliseerd. Universiteiten en hogescholen gaan meer samenwerken en hun curricula op elkaar afstemmen. De opleiding voor tandheelkunde en de opleiding voor mondhygiëne zullen nauwer gaan samenwerken. Hoe dat concreet ingericht gaat worden, hangt ook in belangrijke mate af van de uitkomst van de discussie over taakherschikking tussen de mondhygiënist en tandarts.

2.7 De te verwachten consequenties voor de tandarts

De tandarts is werkzaam in een veld waarin bovenstaande ontwikkelingen gedurende langere of kortere tijd van invloed zijn op de vraag, het aanbod en de inhoud van de beroepsuitoefening. Sommige ontwikkelingen hebben grote en directe gevolgen voor de tandarts. Andere ontwikkelingen hebben kleine en meer indirecte gevolgen voor de beroepsuitoefening van de tandarts. In deze paragraaf benoemen we de belangrijkste te verwachten consequenties die genoemde ontwikkelingen hebben voor de tandarts. Om herhaling van vorige paragrafen te voorkomen, worden de consequenties toegespitst op een viertal kort uitgewerkte thema's.

- Gerichtte aandacht voor communicatie met patiënt

De mondige patiënt kiest voor een goed uitziend gebit en voor uitgebreide behandelingen waarover hij goed geïnformeerd wenst te worden. Van de tandarts wordt verwacht heldere en begrijpelijke informatie te verstrekken en inzicht te geven in de verschillende behandelingen die hij kan uitvoeren en de gevolgen daarvan. Met de komst van de basisverzekering zal de patiënt ook meer informatie over de kosten en vergoedingen van behandelingen willen ontvangen. Dit vraagt van de tandarts meer tijd voor de patiënt.

Door cultuur- en taalbarrières zal de behandeling van patiënten met een andere culturele achtergrond meer inspanning en aandacht van de tandarts vergen. Daarnaast zal ook de behandeling van specifieke groepen, zoals mensen met een handicap, vragen om extra inlevingsvermogen van de tandarts. De manier waarop hij met de patiënt communiceert, waaronder toon en taalgebruik, is van groot belang.

- Meer maatwerk

De tandarts heeft en krijgt te maken met een toename van het aantal ouderen in zijn patiëntenpopulatie. Deze categorie patiënten, maar ook anderen, kiezen voor een passende en/of uitgebreide behandeling en behoud van dentitie in plaats van te leven met een slecht uitziend gebit, gemutileerde dentitie, een gehele of gedeeltelijke gebitsprothese of ernstige parodontale aandoeningen. Ook heeft hij te maken met een achteruitgang in mondgezondheid bij jeugdigen en andere specifieke risicogroepen.

Voor de tandarts betekent dit dat hij in de praktijk te maken krijgt met een toenemende vraag naar specifieke, complexe en (individuele en collectieve) curatieve en restauratieve zorg en dat hij behandelingen verricht die meer tijd en inspanning vergen. De meer complexe vragen, nieuwe technologische ontwikkelingen en toenemende mogelijkheden voor behandelingen en therapieën vergen maatwerk van de tandarts. Tandartsen bekwamen zich op deelgebieden, met differentiatie of specialisatie tot gevolg. Maatwerk leveren is ook het verwijzen van patiënten naar gedifferentieerde

tandartsen, tandarts-specialisten of andere zorgverleners. Door toenemende wensen van de patiënt is en wordt van de tandarts steeds meer verlangd om vraaggericht en oplossingsgericht te werken in plaats van aanbodgericht.

- *Gerichte afstemming en samenwerking*

Steeds meer tandartsen willen in deeltijd gaan werken. Ze kiezen daarom voor een grote praktijk met meer behandelaars. Het ontstaan van samenwerkingsverbanden van grotere praktijken betekent meer aandacht voor samenwerking, communicatie en management. In grotere praktijken vindt immers meer afstemming tussen directe collega's plaats en zullen één of meerdere tandartsen managementtaken op zich moeten nemen.

Daarnaast zal de tandarts steeds meer samenwerken met andere beroepsbeoefenaren. Deze samenwerking is nodig om te kunnen voldoen aan de steeds grotere, intensievere en individuelere zorgvraag en om de concurrentie aan te gaan met het toenemend aantal aanbieders op de markt. Het vraagt eveneens meer afstemming van de werkzaamheden van de tandarts met andere professionals. Hierin komt zijn rol van regisseur naar voren (zie ook 4.3.3).

- *Betere profilering*

Het ontstaan van meer deskundigheidsgebieden in de tandheelkundige zorg en de verdergaande mogelijkheden voor differentiatie of specialisatie betekenen voor de tandarts dat hij helder dient te maken wat zijn 'core business' is binnen de tandheelkundige zorg. Voor de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaren moet helder zijn wie waarop kan worden aangesproken en waar ieders expertise ligt.

Doordat de tandarts in de rol van ondernemer (zie ook 4.3.2) steeds meer moet concurreren, worden marketingcommunicatie en het binden van klanten belangrijker. De tandarts zal ook inzicht in de resultaten van zijn praktijk moeten geven. De tandarts maakt de afweging of hij gebruik wil maken van nieuwe technieken en materialen.

Hoofdstuk 3 Positiebepaling van de tandarts

In dit hoofdstuk wordt de positie van het beroep van de tandarts in de gezondheidszorg nader uitgewerkt. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de context waarin de tandarts zijn beroep uitoefent (3.1), de visie op de tandheelkundige zorgverlening (3.2), de wettelijke kaders (3.3) en tot slot de opleiding tot tandarts (3.4)

3.1 De context van de tandheelkundige zorgverlening

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg neemt de tandheelkundige zorgverlening een eigen positie in. Als deelgebied naast de algemene medische en paramedische zorgverlening, richt de tandheelkundige zorgverlening zich op het orofaciale gebied (mond-kaakstelsel). Daarbinnen kent de tandheelkundige zorgverlening haar eigen differentiaties en specialismen. Gedifferentieerde tandartsen zijn onder andere parodontologen, endodontologen, implantologen, gnathologen en pedodontologen (zie ook 2.1). Gespecialiseerde tandartsen zijn orthodontisten en kaakchirurgen.

Uitgangspunt van de tandheelkundige zorg is ondersteuning van de zelfzorg, dat wil zeggen ondersteuning van alle activiteiten die patiënten uitvoeren tot behoud, herstel of verbetering van de (mond)-gezondheid⁶. De mond is de 'toegangspoort tot het lichaam' en vanuit deze optiek draagt de tandarts bij aan de algemene gezondheid van de burger.

De tandheelkundige zorg in Nederland is sterk gericht op het adagium 'voorkomen is beter dan genezen'. Jaarlijks bezoeken 12,4 miljoen mensen de tandarts. Veruit de meeste tandartsbezoekers (94%) komen niet omdat zij klachten hebben, maar om hun mond- en gebitssituatie te laten controleren. Als bij deze periodieke controle blijkt dat een nadere behandeling nodig c.q. gewenst is, dan wordt die behandeling in één of meer vervolgspraken uitgevoerd (Bruers 1998).

De tandarts werkt in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit betekent dat de zorg die de tandarts levert direct, permanent en vrij toegankelijk is. De tandarts is dus het eerste aanspreekpunt voor patiënten met vragen over mondgezondheid. Gebruikers van tandheelkundige zorg kunnen zelf hun tandarts kiezen. Wanneer een patiënt niet tevreden is over zijn tandarts, heeft hij de keuze om een andere tandarts te zoeken. Het toelaten van patiënten wordt niet bepaald door de verzekeringsvorm. In de eerstelijns levert de tandarts een eigen, herkenbare bijdrage aan de tandheelkundige zorg. Hij is gericht op het handhaven c.q. verbeteren van de mondgezondheid en het zo lang mogelijk behouden van de orofaciale functies. De zorg omvat een breed pakket van diagnostische, therapeutische, preventieve en curatieve tandheelkundige zorg (de zogenaamde integrale tandheelkundige zorg).

Als beroepsgroep hebben tandartsen een maatschappelijke verplichting. Zij zorgen ervoor dat de tandheelkundige zorg voor iedere burger beschikbaar is en blijft. Hoe die maatschappelijke verantwoordelijkheid naar burgers gestalte krijgt, wordt aan de beroepsgroep zelf overgelaten. Voor de beroepsgroep betekent dit bijvoorbeeld dat zij een bijdrage leveren aan collectieve preventie, vaak in samenwerking met andere partijen.

De werkzaamheden die de tandarts in de praktijk uitvoert en de hoeveelheid tijd die hij daaraan besteedt, is afhankelijk van het type praktijk, het aantal en het type beroepsbeoefenaren dat er werkt. De meest voorkomende praktijk waar tandartsen werken is de algemene tandartspraktijk. Praktijkvormen zijn de solo- en groepspraktijk, een instelling voor tandheelkundige zorg en het gezondheidscentrum. Tandartsen werken ook in regionale instellingen voor jeugdtandverzorging, verpleeghuizen, ziekenhuizen, defensie en bij tandheelkundige opleidingen.

Tandheelkundige zorg onderscheidt zich in een aantal opzichten van andere sectoren in de gezondheidszorg (NPCF, 2004):

- Er kan sprake zijn van een langdurige relatie met de patiënt.
- Door het preventieve karakter van de tandheelkundige zorg is er meestal minimaal één keer per jaar contact.

⁶ Onder mondgezondheid wordt de gezondheid van het hele orofaciale gebied bedoeld.

- Door het preventieve karakter voelen gebruikers van tandheelkundige zorg zich eerder 'cliënt' dan 'patiënt' waardoor zij een 'cliëntgerichte' benadering van de tandarts verwachten.
- De relatie tussen patiënt en tandarts wordt beïnvloed door het feit dat de patiënt zich tijdens de behandeling vaak slechts non-verbaal kan uitdrukken.
- Naast medische aspecten spelen in toenemende mate cosmetische aspecten een rol.
- De patiënt is gedeeltelijk of geheel zelf verantwoordelijk voor het voldoen van de gemaakte kosten.

3.2 Visie op de tandheelkundige zorgverlening

In deze paragraaf wordt ingegaan op de visie op de tandheelkundige zorg.

De NMT heeft in het Strategisch meerjarenplan 2006-2009 de visie op de toekomst van de tandheelkunde verwoord. Centraal staat de overtuiging dat de combinatie van preventieve en curatieve zorg een belangrijke bijdrage levert aan kwalitatief goede mondgezondheid. De tandarts levert deze bijdrage vanuit een vraaggerichte opstelling. In de tandartspraktijk zal er een samenspel moeten zijn tussen zorgvrager en zorgaanbieder waarin de kwaliteit van de geleverde zorg centraal staat. Kwaliteit vanuit patiëntperspectief is meer dan technisch goed geleverde en toegankelijke zorg. De zorg dient gepaard te gaan met een goede bejegening en attitude, voldoende informatievoorziening, zorgvuldige omgang met de patiënt en met privacygevoelige informatie, aandacht voor de praktijkorganisatie en een comfortabele accommodatie.

Het recht van de patiënt op kwalitatief goede tandheelkundige zorg is voor de NMT de leidraad voor inrichting van de toekomstige tandheelkundige zorgverlening. Om nu en in de toekomst aan de vraag naar patiëntgerichte, doeltreffende, doelmatige en betaalbare zorg te voldoen is een tandheelkundig team - samengesteld uit tandartsen, gedifferentieerde tandartsen, tandartsspecialisten, mondhygiënist, (preventie)assistenten, tandprotheticen en tandtechnici uitstekend geëquipeerd. In de tandartspraktijken wordt al jaren invulling gegeven aan dit zogenaamde 'teamconcept'. In het tandheelkundig team is een tandarts de regisseur die - met inachtneming van de bepalingen van de Wet BIG - de taken verdeelt.

Naast bovenstaande visie op de tandheelkundige zorg op macro niveau, wordt hieronder de visie op microniveau, vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaar, belicht. Uit onderzoek van Bruers (2004) blijkt dat de individuele opvattingen en gedragingen van tandartsen over tandheelkundige zorg (ten dele) bepaald worden door hun persoonlijke visie op tandheelkundige zorg. Ten aanzien van de visie op 'goede' tandheelkundige zorg wordt bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt naar tandartsen die meer of minder preventief zijn ingesteld in hun zorgverlening.

3.3 Wettelijke kaders van de tandheelkundige zorgverlening

De tandarts werkt binnen de gezondheidszorg en moet zich houden aan de wettelijke kaders die hiervoor gelden. In deze paragraaf lichten we de Wet BIG en de gedragsregels toe. Andere wet- en regelgeving die betrekking hebben op de beroepsuitoefening zijn onder andere de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Mededingingswet, Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg, Wet Marktordening Gezondheidszorg, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet Bescherming Persoonsgegevens en het Besluit stralingsbescherming. Voor een compleet overzicht en verdere uitwerking hiervan wordt verwezen naar de 'NMT-index Wet- en regelgeving beroepsuitoefening 2005'.

3.3.1 Wet BIG

De Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) regelt voor het hele gebied van de individuele gezondheidszorg wie welke 'voorbehouden' handelingen mag uitvoeren en wie daarbij welke titel mag voeren. Degene die onder dit wettelijk kader vallen moeten deskundig en bekwaam zijn en zorgvuldig en verantwoord handelen.

Het beroep van tandarts is geregeld in artikel 3 van de Wet BIG. Dit houdt in dat:

- de titel van tandarts een beschermde titel is, die alleen gebruikt mag worden door degene die de opleiding tot tandarts met goed gevolg heeft afgelegd en die opgenomen is in het wettelijk register;
- de tandarts zelfstandig bevoegd is tot het uitvoeren van handelingen die tot zijn deskundigheidsgebied behoren;
- de tandarts verantwoordelijk is voor het zorgverleningproces waartoe ook de praktijkorganisatie en management behoren;
- de tandarts verantwoordelijk is voor het bijhouden van zijn bekwaamheid op het gebied van zijn beroepsuitoefening;
- de tandarts onderworpen is aan het wettelijk tuchtrecht.

Voorbehouden handelingen van de tandarts zijn:

- tandheelkundige handelingen: boren, slijpen, snijden, extraheren;
- het geven van injecties (anesthesie);
- het gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling (ten behoeve van het vervaardigen van röntgenopnamen);
- het onder narcose brengen (lachgassedatie) van patiënten voor zover dit tot het omschreven deskundigheidsgebied behoort.

De tandarts mag onder strikte voorwaarden (o.a. de deskundigheid en bekwaamheid) aan een niet tandarts opdragen een bepaalde voorbehouden handeling te verrichten. Zowel de tandarts zelf als degene die de opdracht krijgt, moeten redelijkerwijs aan kunnen nemen dat laatstgenoemde bekwaam is om de handeling uit te voeren. De tandarts moet aanwijzingen geven, toezicht houden en de mogelijkheid van zijn tussenkomst voldoende verzekeren.

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt het omschreven deskundigheidsgebied van de mondhygiënist in de Wet BIG verruimd. Deze bepalingen zijn het resultaat van de keuzes om taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist wettelijk mogelijk te maken.

3.3.2 Gedragsregels

Tandartsen zijn naast wettelijke kaders ook gebonden aan de Gedragsregels voor tandartsen. Gedragsregels kunnen worden gezien als een uitwerking van ethische en praktische normen en beginselen. Ze geven aan welke gedragingen van een beroepsbeoefenaar mogen worden verwacht op de volgende terreinen:

- relatie ten opzichte van patiënten;
- relatie ten opzichte van collegae en andere zorgverleners;
- praktijkvoering;
- publiciteit.

De Gedragsregels gelden als beroepscode. De Centrale Klachtencommissie van de NMT en het Regionaal Tuchtcollege bepalen of een gedraging in strijd is met de Gedragsregels.

In een aantal gevallen vindt overlap plaats tussen deze Gedragsregels en wetgeving (bijvoorbeeld ten aanzien van de relatie met de patiënt die ook in de WGBO is geregeld).

3.4 De opleiding tot tandarts

3.4.1 De opleiding

De eisen waaraan een opleiding tot tandarts moet voldoen, zijn vastgelegd in het Besluit opleidingseisen tandarts van 3 oktober 1997. Daarbij is rekening gehouden met Europese richtlijnen. De Europese Unie heeft sinds 1975 richtlijnen opgesteld om binnen Europa een vrije markt voor beroepsbeoefenaren tot stand te brengen. De richtlijnen geven eisen weer voor de inhoud van de opleiding en de minimale studieduur. De opleiding tot tandarts is een universitaire opleiding van tenminste 5 jaar. In het raamplan 2000 zijn de eindtermen van de tandartsopleiding in Nederland beschreven en de vereisten waaraan een tandarts in Nederland moet voldoen. Het raamplan is opgesteld in opdracht van de Kamer Tandheelkunde van de Vereniging Samenwerkende Nederlandse

Universiteiten (VSNU). Deze disciplinegebonden eindtermen vertonen veel overeenkomsten met de competenties zoals die staan beschreven in het Europese profiel (zie 3.4.2).

De universiteiten die de opleiding tandheelkunde aanbieden, besteden in hun studiegidsen aandacht aan de wijze waarop het onderwijs is georganiseerd, waaronder de invoering van de Bachelor-Master structuur. Voor het behalen van de Bachelors degree (BSc) staat 3 jaar, voor de Masters degree (MSc) staat 2 jaar.

3.4.2 Een Europees profiel van de tandarts (Profiel en Competentie Document)

Tot op heden bestaan er grote verschillen tussen de opleidingen en onderwijsprogramma's voor tandheelkunde in Europa. Het profiel voor de Europese tandarts moet dienen om meer eenheid te krijgen in de Europese opleidingen. Het profiel voor de Europese tandarts is vastgesteld op de jaarvergadering van september 2004 door de 'Association for Dental Education in Europe' (ADEE). Het profiel heeft als doel harmonisatie en een verbetering van de kwaliteit van de onderwijsprogramma's te bewerkstelligen om daarmee het vrije verkeer van arbeidskrachten in de EU te bevorderen en betrouwbare informatie te krijgen over de feitelijke inhoud van het diploma. In het profiel wordt uitgegaan van een voltijds theoretische en praktische opleiding van tenminste vijf jaar. Men verwacht dat de tandarts na de opleiding zelfstandig, onafhankelijk en veilig kan werken op alle vakgebieden van de klinische tandheelkunde.

De verwachting is dat het profiel een rol zal gaan spelen bij de onderbouwing van de erkenningprocedures.

Het is de bedoeling dat dit 'Profiel en Competentie Document' toonaangevend is bij het herzien van de onderwijsprogramma's. Van de tandheelkundige opleidingen in Europa wordt, door de ADEE en binnen Nederland ook door het discipline overleg, verwacht dat zij zich houden aan het profiel en de 17 hoofdcompetenties.

Het Profiel en Competentie Document beschrijft de basiscompetenties van een beginnend tandarts⁷. Er zijn zeven domeinen vastgesteld, die interdisciplinair georiënteerd zijn:

- professionaliteit;
- communicatie en intermenselijke vaardigheden;
- basiskennis, informatieverwerking en kritisch denken;
- verzamelen van klinische informatie;
- diagnose en planning van behandeling;
- verlenen en handhaven van de mondzorg;
- gezondheidsbevordering.

In de uitwerking van de domeinen worden een of meer hoofdcompetenties geformuleerd en de specificatie hiervan is in ondersteunende competenties verwoord.

⁷ In onderhavig beroepsprofiel wordt de vakvolwassen beroepsbeoefenaar beschreven, een vakvolwassen beroepsbeoefenaar is iemand die over ruime werkervaring beschikt.

Hoofdstuk 4 Kerntaken en rollen van de tandarts

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de kerntaken (4.1), vervolgens komen de rollen van de tandarts aan de orde (4.2).

Kerntaken geven aan *wat* tot de kern van het beroep van tandarts behoort. Rollen zijn de scharnieren tussen kerntaken (wat?) en competenties (hoe?, zie hoofdstuk 6). In de gezondheidszorg wordt vaker gebruik gemaakt van rolbeschrijvingen om het beroep goed te typeren (bijvoorbeeld bij artsen en medisch specialisten).

4.1 Kerntaken

De tandarts voert verschillende taken uit. Deze taken zijn verschillend van aard en inhoud en zijn in te delen in de volgende drie domeinen:

- A. Inhoud van de zorg
- B. Praktijkvoering
- C. Professionalisering

Tot domein A 'Inhoud van de zorg' behoren de volgende kerntaken:

- 1. (klinische) Informatie verzamelen, verstrekken en een zorgplan opstellen
- 2. Diagnose stellen, behandelopties genereren en een behandelplan opstellen
- 3. Behandeling uitvoeren, evalueren en registreren

Tot domein B 'Praktijkvoering' behoren de kerntaken:

- 4. Tandartspraktijk voeren
- 5. Continuïteit en coördinatie waarborgen

Tot domein C 'Professionalisering' behoort kerntaak:

- 6. Professionalisering vormgeven

Het beschrijven van de domeinen en taken brengt altijd beperkingen met zich mee. In werkelijkheid zullen domeinen en zeker de taken elkaar overlappen en dynamisch op elkaar ingrijpen. Voorbeeld hiervan is het organiseren van deskundigheidsbevordering, dat zowel in taak 4 als 6 aan de orde komt.

Onderdeel van het takenpakket van de tandarts vormt het voeren van de regie over de te verlenen zorg. Net als de huisarts in zijn directe medische circuit vervult de tandarts een regierol in zijn directe tandheelkundige circuit. De invulling van de regie wordt beschreven in de taken behorend bij de domeinen 'inhoud van de zorg' en 'praktijkvoering' (zie 4.1.1 en 4.1.2). In mindere mate heeft hij ook een regierol in het domein 'professionalisering'. De regierol wordt apart beschreven in paragraaf 4.3.3.

De kerntaken van de tandarts zijn beschreven op een hoog abstractieniveau. Hiermee wordt voorkomen dat de taken beschreven worden als een opsomming van handelingen waarin de samenhang en het 'karakter' van de functie niet voldoende zichtbaar zijn. Bovendien bestaat bij een opsomming het risico dat het niet volledig of actueel is. Voor een verdere uitwerking en concretisering van de zorginhoudelijke taken wordt verwezen naar de verrichtingenlijst.

Evenals in het profiel van de Europese tandarts (zie 3.4.2) is in de beschrijving van de kerntaken de rode draad van het cyclische proces te herkennen: informatie verzamelen, een diagnose stellen, beslissingen nemen, een behandeling uitvoeren en evalueren.

4.1.1 Domein A: Inhoud van de zorg

Kerntaak 1. (Klinische) Informatie verzamelen, verstrekken en een zorgplan opstellen.

Als de patiënt zich aanmeldt bij de praktijk, informeert de tandarts hem over de gang van zaken in zijn praktijk. Vervolgens richt de tandarts zich op het verkrijgen van de noodzakelijke tandheelkundige en medische voorgeschiedenis van de patiënt. Op systematische wijze verzamelt hij informatie over de patiënt door onder meer het afnemen van een gezondheidsvragenlijst, mondonderzoek, het eventueel

uitvoeren van röntgenonderzoek en modelanalyse. In een gesprek met de patiënt worden de voornaamste klacht(en) en wensen achterhaald. Hij kijkt en vraagt door naar bijzonderheden in en rond het orofaciale gebied, naar relevante eet- en leefgewoonten en de algehele gezondheidstoestand van de patiënt. In het geval van pijnklachten achterhaalt en bepaalt hij de mate van urgentie van behandeling. Omdat de tandarts vaak een langdurige relatie met de patiënt heeft, informeert hij naar de wensen van de patiënt op de middellange en lange termijn.

Voor bepaalde categorieën patiënten stelt hij een zorgplan op waarin globaal de wensen van de patiënt, zijn eerste waarneming van de mogelijkheden die er zijn om voor deze individuele patiënt een optimale mondgezondheid na te streven en een (middel)lange termijn prognose zijn vastgelegd. Hij betreft hierbij ook de psychosociale en de sociaal-culturele achtergrond van de patiënt ter aanvulling op de tandheelkundige en medische informatie en hij past risicoselectie toe. De tandarts geeft de patiënt toelichting op wat hij doet, waarom hij dat doet en wat zijn bevindingen zijn.

Door het leggen van contact en opbouwen van een professionele relatie met de patiënt wordt een effectieve tandheelkundige behandeling mogelijk. Hij bekijkt de mens als geheel, richt zich op het hoofd- en halsgebied en richt zich daarna op het orofaciale gebied.

Kerntaak 2. Diagnose stellen, behandelopties genereren en een behandelplan opstellen.

De tandarts interpreteert de relevante gegevens uit het al bestaande dossier van de patiënt, het klinisch onderzoek, het röntgenonderzoek, de afgenomen anamnese, de sociaal- culturele omgeving en psychosociale achtergrond van de patiënt, en legt verbanden tussen de verzamelde gegevens. Hij vormt een oordeel over zijn bevindingen. Dit oordeel leidt tot een voorlopige of definitieve diagnose. De diagnostische bevindingen worden geregistreerd in het dossier.

Op basis van de (voorlopige) diagnose overweegt de tandarts verschillende behandelingsscenario's. Hij bespreekt met de patiënt de relevante therapeutische opties, geeft de patiënt inzicht in de mogelijke tandheelkundige en financiële consequenties van deze opties en betreft hierbij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

De tandarts betreft de klinische redenering en zonedig de omgeving van de patiënt (bijvoorbeeld gezinsleden) bij de besluitvorming en begeleidt de patiënt bij het maken van een keuze voor een passende behandeling. Desgewenst krijgt de patiënt een conceptbehandelplan mee naar huis om er over na te denken. Op grond van de informatie die de tandarts hem geeft, beslist de patiënt (en/of zijn omgeving) samen met de tandarts welke behandeling passend is in zijn situatie. Deze handelwijze leidt tot een 'informed consent'. In samenwerking met de patiënt wordt een voorlopig of definitief behandelplan opgesteld, dat vervolgens geregistreerd wordt in het patiëntendossier.

Bij vraagstukken die zijn eigen vakgebied overstijgen, consulteert de tandarts zijn collega's of verwijst hij de patiënt door naar gedifferentieerde tandartsen, tandarts-specialisten, andere tandheelkundige beroepsbeoefenaren of beroepsbeoefenaren buiten de tandheelkunde, zoals een logopedist of psycholoog. De reden van de verwijzing bespreekt hij met de patiënt en hij registreert de gegevens. De tandarts zal desgevraagd relevante gegevens ter beschikking stellen aan de desbetreffende collega en/of zorgverlener naar wie hij doorverwijst. Voor het uitwisselen van tandheelkundige gegevens van de patiënt neemt hij de privacyregels in acht en vraagt hij toestemming aan de patiënt.

Kerntaak 3. Behandeling uitvoeren, evalueren en registreren.

De tandarts voert preventieve en curatieve behandelingen en therapieën uit. De scheidslijn tussen preventief en curatief is niet altijd eenduidig. Bij preventie is de tandarts gericht op het voorkomen van progressie van orale pathologie. Ook alle handelingen die tot doel hebben het bevorderen van de mondhygiëne en het voorkomen van irreversibele afwijkingen kunnen als preventief handelen worden aangemerkt.

Bij curatief handelen is de focus gericht op het wegnemen van orale pathologie en op het behouden en verbeteren van de orale functie(s). Het gaat meestal om handelingen die pathologie bestrijden en ook leiden tot genezing. Tot deze categorie behoren pijnbestrijding, cariësbestrijding (cariologie), restauratieve, prothetische, orthodontische, endodontische, gnathologische, parodontale en implantologische therapieën.

Naast preventief en curatief handelen kan cosmetisch behandelen ook onderdeel zijn van het behandelpalet van de tandarts.

De tandarts informeert de patiënt over de behandeling die plaatsvindt en licht toe welke handelingen hij (gaat) verricht(en), hoe lang het gaat duren en wat de patiënt zal voelen tijdens en/of na de behandeling. Hij informeert de patiënt over eventuele bijwerkingen en de gewenste nazorg. Gedurende de behandeling houdt hij nauw contact met de tandartsassistent die hem faciliteert, geeft duidelijk aan wat hij wanneer nodig heeft en is alert op signalen van de patiënt en de assistent.

De tandarts handelt conform de professionele standaard. Dit houdt in dat hij zorgvuldig, op grond van de laatste stand van de wetenschap en zijn ervaring tandheelkundig handelt, met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel. Tijdens de behandelcyclus wordt naar het oordeel van de patiënt gevraagd. Na elke (deel)behandeling evalueert de tandarts het resultaat en de ervaringen van de patiënt in relatie tot het gestelde behandelingsdoel en de wensen en verwachtingen van de patiënt. De tandarts geeft ook zijn eigen oordeel over de (deel)behandeling. Het resultaat van de behandeling en de evaluatie worden vastgelegd in het patiëntendossier. Deze taak vormt onderdeel van de regiefunctie die de tandarts voert over het primair proces in de tandheelkunde. Hij is eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg én het dossier van de patiënt.

4.1.2 Domein B: Praktijkvoering

Kerntaak 4. Tandartspraktijk voeren.

Iedere tandarts heeft, ongeacht of hij zelfstandig ondernemer is of niet, in meer of mindere mate te maken met taken die voortvloeien uit het voeren van een praktijk. De tandarts formuleert beleid voor en voert het beheer over de tandartspraktijk. Hij voert de regie⁸ over de praktijk. Hiervoor verricht de tandarts werkzaamheden die liggen op het terrein van:

- management, zoals het leiden, aansturen en motiveren van een tandheelkundig team, geven van instructie, het uitvoeren van kwaliteitszorg;
- beleid, zoals vormgeven van kwaliteitsbeleid, uitzetten van een visie op de toekomst, omgaan met nieuwe ontwikkelingen;
- financieel en materieel beheer, zoals aanschaffen van apparatuur en instrumenten;
- personeelsbeleid, zoals zorgdragen voor primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, werkomstandigheden, deskundigheidsbevordering, begeleiden en beoordelen;
- patiëntenadministratie, zoals registratie, opbouw en onderhoud patiëntendossier en eindverantwoordelijkheid daarover;
- inrichting van de praktijkomgeving en opstellen van regelingen over wachttijden en klachtenprocedures. Hij houdt rekening met wettelijke normen en richtlijnen betreffende veiligheid van de patiënten en van het personeel (o.a. Arbo-wetgeving);
- contacten onderhouden met collega's en andere beroepsbeoefenaren.

Afhankelijk van de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de praktijk, voert de tandarts deze werkzaamheden alleen uit of samen met een collega tandarts, mondhygiënist of een (preventie)assistent. Afhankelijk van de bevoegdheden van de betreffende professional kan hij een handeling of (delen van) een behandeling delegeren aan anderen.

Kerntaak 5. Coördinatie en continuïteit waarborgen.

Van een tandarts die in de tandartspraktijk de regie voert, wordt ook verwacht dat hij zorg draagt voor coördinatie en continuïteit van de zorgverlening. Hij coördineert de werkzaamheden van het tandheelkundig team en zorgt voor in- en externe planning en samenwerking.

De tandarts is verantwoordelijk voor de continuïteit van de tandheelkundige zorgverlening. Hij zorgt voor beschikbaarheid van ruimtes, materialen en instrumenten en stemt dat (indien nodig) af op werkplanningen van collega's en andere beroepsbeoefenaren waardoor er een vloeiende doorloop is van patiënten. Tevens wordt van de tandarts verwacht dat hij de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de tandheelkunde waarborgt. Hij maakt afspraken met collega's over (telefonische) bereikbaarheid en waarneming tijdens zijn afwezigheid en verstrekt de daarvoor relevante gegevens met inachtneming van de privacy van de patiënt. Na afloop van de waarneming stelt hij zich op de hoogte van gebeurtenissen en handelingen tijdens zijn afwezigheid. Hij zoekt afstemming met professionals binnen en buiten de tandheelkundige kolom en met leveranciers en andere ondersteunende diensten.

⁸ Regie voeren betekent ook coördineren. Dit aspect is uitgewerkt in kerntaak 5.

4.1.3 Domein C: Professionalisering

Kerntaak 6. Professionalisering vormgeven.

De tandarts werkt aan zijn professionalisering en aan de professionalisering van het team met het doel om een deskundige en professionele behandeling van en uitstraling naar de patiënt te garanderen. De tandarts handelt in overeenstemming met zijn beroepscode en afgelegde eed en draagt zorg voor zijn eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Het vormgeven aan professionalisering omvat meer dan alleen het verlenen van tandheelkundige zorg. De tandarts participeert in onderzoek, zoekt gericht naar antwoorden op vragen en oplossingen van tandheelkundige problemen, houdt ontwikkelingen bij op het vakgebied (door middel van bijvoorbeeld vaktijdschriften, bezoek congres), houdt de eigen deskundigheid op peil, leert een leven lang, stelt zich toetsbaar op, begeleidt en coacht jonge en/of minder ervaren vakgenoten en stagiaires. Hij draagt zorg voor de professionalisering van de praktijk, maakt (kwaliteits)beleid en handelt op basis van professionele normen en richtlijnen.

Aan profilering en positionering van het vak(gebied) levert hij een bijdrage doordat hij deelneemt aan werkgroepen en projecten over inhoudelijke en organisatorische vernieuwingen en zijn vak en beroepsbeeld uitdraagt in publiekelijk optreden.

Daarnaast geeft hij publieksvoorlichting en ontwikkelt programma's voor specifieke doelgroepen. De tandarts kan deze taak delegeren aan andere beroepsbeoefenaren, maar is zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt.

4.2 De rollen van de tandarts

In de vorige paragraaf zijn de kerntaken binnen de drie domeinen beschreven. Binnen deze domeinen vervult de tandarts verschillende rollen. Een rol kan worden opgevat als een samenhangend geheel van taken en verantwoordelijkheden, met de daarbij behorende competenties (Klarus, 1998). De competenties komen uitgebreid terug in hoofdstuk 6.

De rollen die de tandarts vervult binnen de drie hiervoor genoemde domeinen zijn te onderscheiden in:

- tandheelkundig zorgverlener
- ondernemer
- regisseur
- innovator
- manager

Rollen overlappen en versterken elkaar. In zijn professioneel handelen zal de tandarts zich er dus van bewust moeten zijn vanuit welke rol hij handelt in een bepaalde situatie. De mate waarin de verschillende rollen worden uitgeoefend kan per tandarts verschillen. De rol van tandheelkundig zorgverlener wordt door iedere tandarts vervuld. Dit geldt ook voor de rol van regisseur, al hangt de invulling van deze rol af van meerdere factoren zoals het type praktijk en of de tandarts zelfstandig ondernemer is of niet. Ongeveer 70% van de tandartsen vervult de rol van zelfstandig ondernemer. Een duidelijk voorbeeld van overlap tussen rollen is te zien bij de regierol en de managementrol. Beide rollen worden uitgeoefend in het domein praktijkvoering en hebben te maken met de taakverdeling in de tandartspraktijk. Een ander voorbeeld van overlap heeft betrekking op de verwijzing. Zowel in de rol van tandheelkundig zorgverlener als regisseur heeft de tandarts daar mee te maken.

De rol van tandheelkundig zorgverlener (uitvoerder van het primair proces) vervult de tandarts in het domein van de inhoud van de zorg. De rol van de ondernemer zal de tandarts vooral vervullen in het domein van praktijkvoering. In de rol van regisseur heeft de tandarts vooral taken in de domeinen inhoud van de zorg en praktijkvoering.

De rol van innovator wordt grotendeels vervuld in de domeinen praktijkvoering en professionalisering en die van manager in de domeinen inhoud van de zorg en praktijkvoering.

4.3 Uitwerking van de rollen

4.3.1 Tandheelkundige zorgverlener

In de rol van *tandheelkundige zorgverlener* is de tandarts uitvoerder van het primaire proces. Hij doorloopt systematisch het cyclische proces van informatie verzamelen, diagnose stellen, beslissingen nemen, uitvoeren en evalueren en past zo nodig zijn handelen, houding of behandelplan aan.

Daardoor is hij in staat om hoogwaardige zorg te verlenen.

De tandheelkundige zorgverlener draagt eindverantwoordelijkheid voor de zorg die hij levert en heeft zelfstandige beslissingsbevoegdheid in deze rol.

Hij stelt zich gepast en meelevend op naar de patiënt, is begripvol bij mogelijke probleemsituaties en gaat correct om met privacygevoelige informatie. De kwaliteit van de behandeling is vanuit patiënten perspectief geslaagd als klachten worden voorkomen en/of verholpen. Gebruikers van de tandheelkundige zorg gaan ervan uit dat de vakinhoudelijke kwaliteit door de beroepsbeoefenaar en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt bewaakt. De tandarts wordt verondersteld over een grote mate van wetenschappelijke en actuele kennis en tandheelkundige vaardigheden te beschikken en deze kennis en vaardigheden toe te passen in de praktijk.

De tandarts heeft als tandheelkundig zorgverlener een belangrijke rol in de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de tandheelkundige zorg. Rekening houdend met zijn deskundigheidsgebied en dat van anderen bewaakt hij de grenzen van zijn zorgverlening. Hij stemt zijn handelen af op dat van directe collega's. Waar nodig wordt de patiënt verwezen naar andere zorgverleners binnen of buiten de tandheelkundige kolom. Hij handelt volgens de richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep en schat op basis van zijn kennis en ervaring in wanneer het nodig is om af te wijken van de geldende richtlijnen en beargumenteert dat helder.

4.3.2 Ondernemer

In de rol van *ondernemer* werkt de tandarts zelfstandig. Hij treedt op als beleidsmaker, beslisser, coördinator en organisator. De tandarts bewaakt de continuïteit van de bedrijfsvoering en kwaliteit van zorgverlening en ziet toe op de professionaliteit van collega's, draagt zorg voor effectiviteit en efficiëntie van zijn zorgverlening en maakt daarover afspraken binnen de praktijk. Hij heeft een duidelijke visie over (de toekomst van) de praktijk en draagt deze uit. De verantwoordelijkheid voor een betrouwbaar en verantwoord werkgever- en ondernemerschap ligt bij hem. Essentieel onderdeel hiervan is een voorspelbaar en gezond financieel beheer.

Bij het inrichten van de praktijk wordt rekening gehouden met de wettelijke eisen.

4.3.3 Regisseur

De tandarts is een generalist die integrale tandheelkundige zorg verleent en overzicht heeft over het gehele tandheelkundige zorgveld. Op basis van zijn functie in de eerstelijns zorg, deskundigheid en zelfstandige beslissingsbevoegdheid vervult de tandarts de rol van *regisseur*. In zijn functie van eerstelijns professional fungeert de tandarts als poortwachter voor de tweedelijnsgezondheidszorg in de tandheelkunde.

In de rol van regisseur voert de tandarts de regie over het primair proces in de tandheelkunde. Binnen dit primaire proces is hij eindverantwoordelijk voor de organisatie rondom de zorg, de geleverde zorg en het waarborgen van de continuïteit van de behandeling (ook bij verwijzingen naar andere beroepsbeoefenaren). Tevens is hij eindverantwoordelijk voor de inhoud en het beheer van het dossier van de patiënt.

Naast de regie over het primaire proces voert de tandarts ook regie over de praktijkvoering. Hij neemt het voortouw in samenwerking en afstemming met collega's en andere beroepsbeoefenaren, kent hen verantwoordelijkheden en bevoegdheden toe en richt daar de werkverdeling op in. Hij stuurt medewerkers aan, delegeert werkzaamheden en laat de juiste persoon het juiste werk doen waarbij hij het overzicht houdt over welke handelingen door wie zijn uitgevoerd en hij ziet toe op de kwaliteit.

Naast regie over het primaire proces en de praktijkvoering is ook sprake van externe regie. In het geval van de tandarts is dat de regie buiten de tandheelkundige beroepskolom. In deze rol stemt de tandarts zijn werk af op het handelen van andere disciplines en verwijst hij patiënten door naar beroepsbeoefenaren buiten de tandheelkunde. Hij onderhoudt contacten met verzekeraars. Deze rol is in de praktijk van beperkte omvang.

4.3.4 Innovator

De tandarts in de rol van *innovator* kijkt vanuit het perspectief van vernieuwen, veranderen en verbeteren van (de kwaliteit van) zorg. Hij is gericht op nieuwe ontwikkelingen die gevolgen kunnen hebben voor de toekomst van zijn beroep.

De tandarts is als innovator voortdurend op zoek naar nieuwe inzichten en vertaalt deze in verbeterplannen voor praktijkvoering en de patiëntenzorg. Daarbij kijkt hij kritisch naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van nieuwe technologieën. Bij ethische kwesties gaat hij op een bewuste manier om met zijn eigen normen en waarden, relevante wetgeving, gedragsregels en praktijkrichtlijnen. Om de deskundigheid en innovatiekracht van de beroepsgroep te bevorderen participeert hij in bijeenkomsten en denkt actief mee over wensen en mogelijkheden van andere tandheelkundige beroepsbeoefenaren en wensen van patiënten. Hij participeert in onderzoeksprojecten en stelt daarvoor gegevens beschikbaar. De innovator is een beroepsbeoefenaar die alert is op mogelijkheden voor verandering en verbetering van zijn eigen handelen, methoden en instrumenten en dat van andere beroepsbeoefenaren.

4.3.5 Manager

In de rol van *manager* leidt de tandarts het tandheelkundig team⁹. Hij stuurt hen aan en geeft richting. Hij spreekt zijn verwachtingen uit over hun gedrag en spreekt hen daarop aan. Hij is zich bewust van zijn beroepshouding en attitude richting het team en is hierop aanspreekbaar. In de rol van manager is de tandarts kritisch naar de eigen uitoefening van het vak en naar die van anderen. Hij stimuleert en motiveert collega's bij de uitoefening van hun vak en bij het ontwikkelen van inzicht, kennis en vaardigheden, geeft op zorgvuldige wijze feedback en staat open voor feedback van anderen. Daarnaast investeert hij in zijn eigen ontwikkeling en in de ontwikkeling van collega's en andere beroepsbeoefenaren.

⁹ Dit team kan, afhankelijk van het type praktijk, bestaan uit één of meerdere collega's, andere beroepsbeoefenaren en stagiaires.

Hoofdstuk 5 Keuzes en afwegingen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de keuzes en afwegingen die de tandarts voortdurend maakt. Keuzes en afwegingen waar de tandarts regelmatig mee in aanraking komt bij de uitoefening van zijn vak. Het zijn keuzes of afwegingen die kenmerkend zijn voor zijn beroepsuitoefening, die hij tegenkomt bij meerdere kerntaken en die vaak vallen binnen meerdere contexten. Om het vak van tandarts goed uit te kunnen oefenen is het van belang adequaat met deze voorkomende keuzes en afwegingen om te gaan. Het benoemen van deze keuzes en afwegingen is essentieel om de competenties specifiek te maken voor de tandarts.

5.1 Uitwerking van de keuzes en afwegingen

1 Afwegen hoeveel en welke informatie aan de patiënt wordt gegeven

De tandarts staat voor de opgave om de patiënt te voorzien van relevante informatie rond de diagnosestelling, de behandelmogelijkheden en de (financiële) consequenties daarvan, zodat de patiënt een goede keuze voor behandeling kan maken. Hij maakt hierin de afweging *welke* informatie hij wel en niet geeft, de *hoeveelheid* informatie en de *manier waarop* hij die geeft. Hij kan zo volledig mogelijk en in de breedte informatie geven, of juist heel gericht en specifiek over de behandeling die zijn voorkeur heeft. Hij kan behandelmogelijkheden neutraal of juist overtuigend overbrengen. Door zijn regierol in de tandheelkundige zorg kan de tandarts informatie geven over andere beroepsbeoefenaren binnen de tandheelkunde en zal hij telkens afwegen wanneer welke informatie van belang is voor de patiënt.

2 Omgaan met spanningsveld tussen de rol van zorgverlener en de rol van ondernemer

De tandarts staat voor de opgave om de consequenties die voortvloeien uit de rol van zorgverlener en die van ondernemer tegen elkaar af te wegen. Elementen als de effectiviteit van de behandeling, de verhouding tussen beoogd resultaat en inspanning, de (financiële) mogelijkheden van de patiënt, zijn patiëntgerichtheid en zijn relatie tot de patiënt spelen een rol in deze afwegingen. De tandarts tracht effectieve bedrijfsvoering en compassie met de patiënt zoveel mogelijk met elkaar te stroomlijnen in zijn behandelplannen en zijn manier van behandelen.

3 Omgaan met de behoeften, belangen en verwachtingen van de patiënt versus de professionele opvatting van de tandarts en de mogelijkheden voor behandeling

De tandarts staat voor de opgave om zo optimaal als mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt en zijn relatie met de patiënt goed te houden en tegelijkertijd zijn eigen professionele standaard te bewaken. Deze kernopgave kent meerdere invalshoeken.

- De opgave ontstaat wanneer de patiënt vraagt om een bepaalde behandeling en de tandarts twijfelt over het effect van die behandeling. Het is dan voor de tandarts niet mogelijk om garanties te geven over het resultaat van de behandeling. Hij zal dan de wensen van de patiënt bespreken, zijn mening daarover geven, zijn professionele standpunt toelichten en de consequenties en risico's voorleggen aan de patiënt.
- Deze opgave kent ook een fysieke invalshoek wanneer de patiënt in een bepaalde houding wenst te zitten/liggen die voor de tandarts niet wenselijk is. De tandarts probeert tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt, maar geeft ook duidelijk zijn (fysieke) grenzen aan. Hij beargumenteert richting de patiënt waarom hij een bepaalde (andere) houding van de patiënt vraagt.
- Het stellen van grenzen kan zich ook voordoen wanneer de patiënt afspraken niet nakomt. Dit kan zowel gaan om afspraken voor behandeling als het niet opvolgen van adviezen. De tandarts toont enerzijds begrip voor de specifieke situatie van de patiënt en anderzijds verbindt hij consequenties (bijv. financiële) aan het niet nakomen van afspraken. Hij weegt per patiënt en situatie af wat hij doet.
- Deze opgave is extra complicerend als de patiënt zichzelf niet goed kan uitdrukken (bijv. kind of gehandicapt). Hij tracht de wens van de patiënt zo duidelijk mogelijk te achterhalen en zoekt evenwicht tussen zijn eigen waarneming en de interpretatie en toelichting van de patiënt en zijn begeleider.

4 Handelingen zelf uitvoeren, verwijzen of delegeren

De tandarts staat voor de opgave om zijn praktijk optimaal te laten functioneren, hetgeen betekent dat hij streeft naar een optimale kwaliteit van dienstverlening tegen zo weinig mogelijk kosten. Dit houdt in dat de tandarts zich zoveel mogelijk richt op behandelingen waar zijn specifieke expertise onmisbaar is. Handelingen en/of taken die bijvoorbeeld niet per sé door de tandarts verricht hoeven te worden, kan hij delegeren aan een mondhygiënist of tandartsassistent. Voor het delegeren van taken en handelingen maakt de tandarts voortdurend de afweging wat binnen de grenzen van de Wet BIG, aan wie gedelegeerd kan worden. Hij bepaalt in hoeverre handelingen en/of taken zelfstandig zijn uit te voeren of wanneer begeleiding en/of controle over deze werkzaamheden noodzakelijk is. Hij delegeert op een dusdanige manier dat de kwaliteit van het werk optimaal is. In gevallen dat de patiënt een bepaalde behandeling vraagt waarbij de tandarts zichzelf niet vaardig of deskundig genoeg acht, verwijst hij de patiënt door naar een collega of andere beroepsbeoefenaar.

Bij het delegeren van handelingen en/of verwijzen van patiënten houdt hij ook rekening met de voorkeur van de patiënt voor bepaalde beroepsbeoefenaren. Als regisseur in het primaire proces in de tandheelkunde is de tandarts eindverantwoordelijk voor de organisatie rondom de zorg, de tandheelkundige zorgverlening en het waarborgen van de continuïteit van de behandeling.

5 Bepalen of acute behandeling noodzakelijk is

De tandarts staat voor de opgave om de urgentie van een zorgvraag van de patiënt te bepalen. In gevallen waarbij een patiënt, al dan niet gedurende waarneming van een collega, vraagt om spoedeisende hulp, achterhaalt hij of behandeling direct noodzakelijk is. Hij vraagt goed door over de klachten en bekijkt, indien mogelijk, het dossier van de patiënt. Hij maakt een inschatting van de risico's bij uitstel van de behandeling. Wanneer directe behandeling noodzakelijk is, beoordeelt hij wanneer hij de patiënt het beste kan behandelen. Hierbij houdt hij rekening met al geplande afspraken.

Naast het inschatten van risico's neemt hij ook de service gerichtheid naar de betreffende patiënt en andere patiënten (die bijvoorbeeld in de wachtkamer zitten) mee in zijn overweging.

6 Wel of geen feedback geven aan collega's en andere beroepsbeoefenaren

De tandarts staat voor de opgave om zich collegiaal naar collega's en andere beroepsbeoefenaren op te stellen en tegelijkertijd aan de professionele standaard te voldoen en daarop toe te zien bij anderen. Wanneer de tandarts ziet dat een collega bepaalde behandelingen niet adequaat heeft uitgevoerd, weegt hij af of hij zijn collega daarop aanspreekt. In die afweging neemt hij mee of en in hoeverre de behandeling last voor de patiënt oplevert. In gevallen waarin het niet gebruikelijk is om elkaar feedback te geven, zal de tandarts een drempel moeten overwinnen om dat wel te doen. Waar nodig informeert hij de patiënt over zijn waarnemingen ten aanzien van behandelingen van een collega of andere beroepsbeoefenaar zonder deze openlijk af te vallen.

Hoofdstuk 6 Competenties voor het profiel van de tandarts

In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht gegeven van de competentiegebieden en de bijbehorende competenties (6.1) Vervolgens worden de competenties uitgewerkt in gedragsindicatoren (6.2).

Er bestaan meerdere definities en interpretaties van het begrip competentie. In dit profiel wordt de volgende definitie gehanteerd: een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze adequate resultaten kunnen worden behaald in een bepaalde context, zoals het type praktijk, taakverdeling of bepaalde arbeidsvoorwaarden. Competenties verwijzen naar individuele vermogens. Ze krijgen zeggingskracht in een bepaalde context. De context bepaalt wat adequaat is. De prestaties die de tandarts levert zijn mede afhankelijk van de context. Dit kan er toe leiden dat een gunstig werkklimaat of organisatorische condities de tandarts stimuleren bepaalde competenties te benutten. Het omgekeerde kan ook het geval zijn als de context slechts een beperkt beroep doet op de competenties.

Binnen de tandheelkunde is er sprake van een grote verscheidenheid in de context, zowel in het type praktijken als in de taakverdeling. Een tandarts die zelfstandig ondernemer is, moet bijvoorbeeld in grotere mate beschikken over competenties in competentiegebied E (bedrijfsvoering) dan een tandarts die geen zelfstandig ondernemer is. Of een tandarts die een extern manager heeft ingeschakeld, hoeft zelf in mindere mate bekwaam te zijn in plannen, organiseren en leidinggeven. Dit betekent dat de accenten van het belang van competenties per context kunnen verschillen.

Bovendien kan niet van iedere tandarts worden verwacht dat hij over alle competenties in dezelfde mate beschikt.

De competenties zijn tot stand gekomen op basis van kerntaken en rollen (hoofdstuk 4) en de keuzes en afwegingen (hoofdstuk 5). Er is ook gebruik gemaakt van het Europees profiel van de tandarts. De kracht van het beschrijven van competenties is dat ze de volledige functie van de tandarts beslaan en niet één op één zijn toe te schrijven aan individuele taken, rollen of keuzes. Ze vormen een dwarsdoorsnede van het beroep. Ter illustratie worden de volgende twee voorbeelden gegeven. Het competentiegebied 'professionaliteit' heeft betrekking op alle taken, rollen en keuzes. Deze competenties zijn niet toe te schrijven aan bijvoorbeeld één specifieke taak of rol. Als de tandarts de kerntaak 'informatie verzamelen en verstrekken' wil uitoefenen, moet hij beschikken over competenties in verschillende gebieden, namelijk A (vaststellen en bevorderen mondgezondheid), B (communicatie en omgang met de patiënt) en D (professionaliteit). De competenties staan niet los van elkaar. Het is van belang om ze in samenhang met elkaar te beheersen.

6.1 Overzicht competentiegebieden

Competentiegebied A Vaststelling en bevordering van de mondgezondheid

- A1 Onderzoeken en observeren
- A2 Analyseren en vaststellen van de diagnose
- A3 Verrichten preventieve en curatieve tandheelkundige handelingen
- A4 Zelfstandigheid tonen en beslissen

Competentiegebied B Communicatie en omgang met de patiënt

- B1 Patiëntgericht werken
- B2 Informatie overbrengen
- B3 Luisteren en begrijpen
- B4 Overtuigen

Competentiegebied C Regie voering

- C1 Plannen en organiseren
- C2 Afstemmen
- C3 Verantwoordelijkheid nemen

Competentiegebied D Professionaliteit

- D1 Ethisch handelen
- D2 Grenzen stellen
- D3 Openstaan voor vernieuwing
- D4 Eigen professie ontwikkelen

Competentiegebied E Bedrijfsvoering

- E1 Effectief en efficiënt bedrijf voeren
- E2 Werkgeverschap tonen
- E3 Leiding geven
- E4 Ondernemerschap tonen

6.2 Uitwerking van de competenties

6.2.1 Competentiegebied A Vaststellen en bevorderen van de mondgezondheid

A1 Onderzoeken en observeren

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

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

A2 Analyseren en vaststellen van de diagnose

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

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

A3 Verricht preventieve en curatieve tandheelkundige handelingen

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

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

A4 Zelfstandigheid tonen en beslissen

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

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

6.2.2 Competentiegebied B Communicatie en omgang met de patiënt

B1 Patiëntgericht werken

De tandarts speelt in op de vraag van de patiënt waardoor hij zo goed mogelijk tegemoet komt aan de zorgvraag (klachten, wensen en/of behoeften) van de patiënt:

- werkt actief aan het opbouwen en onderhouden van een behandelrelatie met de patiënt;
- betreft kennis van de fysieke, psychische, sociale en culturele achtergronden van de patiënt bij de interpretatie van de zorgvraag en het opstellen van het zorg- en/of behandelplan;
- weegt af of de wens van de patiënt niet strijdig is met zijn professionele verantwoordelijkheid en geeft aan wanneer hij niet kan voldoen aan de vraag van de patiënt (waarde vrij);
- spreekt verwachtingspatroon uit;
- reageert adequaat op vragen, verzoeken en klachten van de patiënt;
- stelt de patiënt centraal zonder het eigen zakelijk belang te kort te doen;
- toetst de tevredenheid van de patiënt.

B2 Informatie overbrengen

De tandarts geeft gericht informatie op een voor de patiënt begrijpelijk wijze waardoor de informatie voor de patiënt relevant en helder is:

- drukt zich mondeling en schriftelijk helder en zorgvuldig uit;
- neemt de tijd voor het geven van gerichte informatie en legt dat vast in het patiëntendossier evenals informatie die de patiënt geeft;
- geeft helder aan wat de patiënt kan verwachten;
- licht toe wat de voor- en nadelen zijn van een bepaalde keuze of behandeling;
- geeft gerichte gezondheidsvoorlichting en benoemt preventieve maatregelen die relevant zijn voor bevordering van de mondgezondheid van de patiënt;
- stimuleert de patiënt tot preventief gedrag m.b.t. zijn mondgezondheid en probeert waar nodig de attitude van de patiënt te beïnvloeden;
- gebruikt epidemiologische gegevens en wetenschappelijk gefundeerde informatie bij het geven van algemene voorlichting;
- zoekt in de manier van informatieverstrekking aansluiting bij de beleving van de patiënt;
- vraagt toestemming aan de patiënt voor behandeling.

B3 Luisteren en begrijpen

De tandarts gaat in op reacties, ook wat betreft non-verbaal gedrag en weet zich te verplaatsen in de patiënt, waardoor de patiënt zich meer op zijn gemak voelt en minder gespannen is:

- signaleert de situatie en gemoedstoestand van de patiënt en speelt daarop in;
- luistert en vraagt door bij onduidelijkheden;
- reageert adequaat op non-verbale signalen (bijv. van pijn);
- controleert of hij de informatie van de patiënt goed heeft begrepen en of de patiënt hem goed heeft begrepen en geeft waar nodig een toelichting;
- is zich bewust van het feit dat de patiënt zich tijdens de behandeling slecht non-verbaal kan uitdrukken.

B4 Overtuigen

De tandarts beargumenteert zijn keuzes waardoor er duidelijkheid en overeenstemming ontstaat over de behandeling en er op korte en lange termijn een effectieve behandelrelatie is:

- adviseert de patiënt over de meest effectieve manier van behandelen;
- beargumenteert en motiveert zijn overwegingen;
- zoekt naar de juiste manier om voor- en nadelen van bepaalde keuzes toe te lichten en houdt rekening met de gemoedstoestand en situatie van de patiënt;
- koppelt acties aan gemaakte keuzen.

6.2.3 Competentiegebied C Regie voeren

C1 Plannen en organiseren

Op effectieve wijze doelen, prioriteiten en randvoorwaarden bepalen waardoor de patiënten logistiek effectief verloopt:

- brengt de te verrichten taken en activiteiten in kaart;
- bepaalt samen met de patiënt de behandelroute en ziet toe op het verloop;
- geeft kaders aan waarbinnen de assistent afspraken maakt en behandelruimtes indeelt;
- werkt systematisch, zodat anderen ook weten waar ze aan toe zijn;
- houdt in de gaten of afspraken conform de agendaplanning verlopen;
- bepaalt prioriteiten bij het inplannen en uitvoeren van behandelingen;
- waarborgt de continuïteit.

C2 Afstemmen en samenwerken

De tandarts zoekt actief afstemming binnen en buiten de praktijk met andere beroepsbeoefenaren zodat de patiënt op efficiënte en effectieve wijze die zorg krijgt die hij nodig heeft:

- stemt werkprocessen af met andere beroepsbeoefenaren binnen en buiten de praktijk;
- initieert overleg met team of andere beroepsbeoefenaren;
- geeft inzicht in eigen werkzaamheden en draagt informatie zorgvuldig over;
- geeft feedback aan collega's en andere beroepsbeoefenaren;
- is een betrouwbare partner doordat hij afspraken nakomt;
- heeft inzicht in en maakt efficiënt en effectief gebruik van de deskundigheid van de diverse beroepsbeoefenaren in en buiten de tandheelkunde;
- onderhandelt met betrokkenen;
- is in staat om meningsverschillen en conflicten te overbruggen.

C3 Verantwoordelijkheid nemen

De tandarts maakt de afweging wanneer hij de patiënt verwijst naar of taken delegeert aan andere beroepsbeoefenaren waardoor een verantwoorde zorg aan de patiënten gewaarborgd is:

- neemt verantwoordelijkheid voor het dossier van de patiënt, bespreekt de voortgang en evalueert het zorgplan;
- staat in voor de gevolgen van zijn handelen en beslissingen en is daarop aanspreekbaar;
- bepaalt in overleg met de patiënt de verwijzing van de patiënt;
- schrijft een verwijsbrief waarin de zorgvraag helder is weergegeven;
- zorgt dat de specialist of de patiënt hem informeert over de verdere routing van de patiënt;
- delegeert taken binnen de wettelijke kaders;
- weegt de gevolgen af van het delegeren van een (deel)taak en/of behandeling;
- weegt de gevolgen af van het verwijzen van een patiënt;
- neemt verantwoordelijkheid voor een correcte verwijzing.

6.2.4 Competentiegebied D Professionaliteit

D1 Ethisch handelen

De tandarts handelt en communiceert conform de beroepsnormen en heeft een maatschappelijke verantwoordelijkheid binnen het domein van mondzorg:

- handelt conform professionele standaard en in overeenstemming met de gedragsregels;
- toont respect voor patiënten, collega's en andere beroepsbeoefenaren;
- voert praktijk op basis van persoonlijke en beroepsmatige integriteit, eerlijkheid en betrouwbaarheid en ziet daar ook op toe bij anderen;
- heeft kennis van en inzicht in de rechten en plichten van patiënten, met name m.b.t. vertrouwelijkheid en geïnformeerde toestemming;
- handelt volgens de relevante wet- en regelgeving en praktijkrichtlijnen;
- stelt zich op als belangenbehartiger voor de mondgezondheid naar de individuele patiënt en komt op voor risicogroepen;
- komt op voor de belangen van de mondgezondheid wanneer die door maatschappelijke ontwikkelingen in het geding (dreigen te) komen.

D2 Grenzen stellen

De tandarts reflecteert op de eigen deskundigheid, waardoor de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening wordt en blijft gewaarborgd:

- kent eigen grenzen, bekwaamheid en deskundigheid en handelt daarnaar;
- kent eigen grenzen van belastbaarheid en handelt daarnaar;
- kent de grenzen van zijn verantwoordelijkheid en professie en uit die naar de patiënt;
- zorgt voor eigen gezondheid;
- houdt persoonlijke en professionele rollen in evenwicht.

D3 Openstaan voor vernieuwing

De tandarts neemt, na analyse en beoordeling op basis van (wetenschappelijke) uitgangspunten, ideeën en ontwikkelingen mee in zijn handelen, waardoor hij zijn vakmanschap verder blijft ontwikkelen:

- zoekt naar vernieuwing en verbetering van producten en behandelmethoden in het tandheelkundig vakgebied;
- denkt buiten bestaande kaders;
- integreert innovaties in de dagelijkse praktijk;
- maakt weloverwogen beslissingen voor het toepassen van nieuwe technieken;
- boekt resultaten met andere, vernieuwde technieken;
- is in staat om nieuwe technieken eigen te maken.

D4 Eigen professie ontwikkelen

De tandarts toont reflectief vermogen en brengt een goede balans aan tussen klinische ervaring, patiëntgerichtheid en wetenschappelijke onderbouwing, waardoor hij professioneel blijft functioneren:

- heeft kennis van beleidsmatige, wettelijke, inhoudelijke en administratieve procedures die betrekking hebben op de tandheelkunde;
- stelt zich toetsbaar op, toont zelfkritisch vermogen en leert daarvan;
- heeft een kritische blik naar het handelen van anderen en leert daarvan;
- participeert in deskundigheidsbevorderende activiteiten (congressen, trainingen etc.);
- staat open voor het aanleren van nieuwe (technische) vaardigheden;
- profileert zich naar de patiënt en andere professionals;
- werkt mee aan het verder wetenschappelijk onderbouwen van de ontwikkelingen op het gebied van de mondgezondheid.

6.2.5 Competentiegebied E Bedrijfsvoering

E1 Effectieve en efficiënte bedrijfsvoering

De tandarts zet effectief en efficiënt mensen en middelen in waardoor de tandartspraktijk operationeel en financieel gezond is en blijft:

- heeft en toont bedrijfsmatig inzicht;
- is financieel onderlegd of maakt gebruik van een deskundige;
- heeft de praktijkadministratie op orde en legt financiële verantwoording af;
- brengt prijs en kwaliteit met elkaar in overeenstemming;
- maakt een efficiënte werkindeling tussen beroepsbeoefenaren van verschillende niveaus en expertises.

E2 Werkgeverschap tonen

De tandarts waarborgt het voortbestaan van de praktijk waardoor beroepsbeoefenaren weten waar ze aan toe zijn:

- draagt zorg voor continuïteit in bedrijfsvoering;
- investeert in een constructieve werkrelatie;
- zorgt voor primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden;
- zorgt voor goede en veilige arbeidsomstandigheden conform wettelijke normen;
- past organisatie en management technieken toe.

E3 Leiding geven

De tandarts geeft richting en sturing aan beroepsbeoefenaren in het kader van hun taakvervulling (zowel individueel als in teamverband) waardoor goede prestaties worden geleverd en met plezier wordt gewerkt:

- zorgt dat rol en taken van de medewerkers (al dan niet in teamverband) duidelijk geformuleerd zijn;
- past stijl en methode van leiding geven aan bij betrokken beroepsbeoefenaar;
- motiveert en inspireert medewerkers in taakvervulling en ontwikkeling en draagt bij aan deskundigheidsbevordering van het team;
- stimuleert het team om met elkaar te communiceren en met elkaar problemen op te lossen;
- uit duidelijk zijn verwachtingen over de functievervulling en spreekt medewerker daarop aan;
- stelt aan de orde als prestaties of gedrag niet (genoeg) voldoen;
- toont aandacht voor goede prestaties van medewerkers;
- toont leiderschap in de werkrelatie.

E4 Ondernemerschap tonen

De tandarts signaleert kansen in de markt, zowel voor bestaande als nieuwe technieken, behandelmethoden, handelt ernaar en neemt daarbij verantwoorde risico's:

- signaleert kansen in de markt en maakt zakelijke afwegingen voor zowel bestaande als nieuwe diensten en producten;
- ontwikkelt een visie, missie en beleidsplan voor zijn praktijk;
- zoekt actief kansen en mogelijkheden in de markt, springt daarop in;
- maakt inschatting van opbrengsten en risico's;
- durft risico's te nemen;
- heeft een toekomstbeeld van de praktijk op langere termijn en profileert zich daarmee;
- onderzoekt mogelijkheden voor samenwerking met andere praktijken/beroepsbeoefenaren.

Geraadpleegde literatuur

Acta, academisch centrum tandheelkunde Amsterdam, *Opleidingsplan 2003*, Amsterdam: Acta, 2003

Adviesgroep capaciteit tandheelkundige zorg, *Capaciteit Tandheelkundige zorg: aanbevelingen voor de korte en lange termijn*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2000

Boomen, I.J.H.C. van den en A.A.C. Vlaskamp, *Onder voorbehoud. Informatie over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996

Bruers, J.J.M, Rossum GMJM van. *Omnibus enquête 1997/Onderzoek Tandheelkundige praktijkvoering 1997*. Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT) 1998

Bruers, J. J. M *Zorgverlening door tandartsen, Studie naar tandartsvariëaties in verleende zorg*, Nijmegen: BENDA drukkers, 2004

Burgersdijk. RCW, Kersten HWM, *De tandheelkundige opleiding en het teamconcept. Ned Tijdschr Tandheelkunde* 2001; 108: 319-322

Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector, *Beoordelingsschema/ Certificatieschema Tandartspraktijk*. Utrecht: Stichting HKZ, 1999

College voor zorgverzekeringen, *Signalement Tandheelkundige zorg 2004*. Diemen: CVZ, 2005.

Crimpen, R van, Spanjaard M. *Kwaliteitscriteria voor tandartsenzorg vanuit patiëntperspectief*. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) 2004

Dekker, J, den, *Continuïteit en kwaliteit voor kwetsbare groepen in het geding CVZ uit zorgen over ontwikkeling tandheelkundige zorg*: uit NT, 09, 6 MEI 2005

Deurlo, J. *Leef je om te werken? Een verkennende studie naar de toekomstplannen van jonge tandartsen*. Amsterdam: ACTA, Sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, 2000

Doorakkers, P. *Praktijkmanagement voor velen pas interessant als het fout gaat Tandarts is niet voorbereid op managen*: uit NT, 09, 6 mei 2005

Gosselink, K. *Cosmetische tandheelkunde is in opkomst Mooi is de trend*. NT 01, 14 januari 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *De Wet BIG*. Rijswijk: VWS, 1995

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Plan van aanpak capaciteit zorgverleners*. Den Haag: SDU, 2001

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Zorg met toekomst*. Den Haag: VWS, 2001

Nieuwenhuizen, E. van den. *Wit, witter, witst. Tand en bleken neemt grote vlucht*. NT 19, 4 oktober 2002.

NMT, *Gedragregels voor tandartsen*. NMT, 2001

NMT, *Het tandheelkundig team staat klaar voor de patiënt van morgen*. NMT, 2005

NMT, *Index wet- en regelgeving beroepsuitoefening (2005)*. NMT, 2005

NMT, *Interpretatiedocument ten behoeve van criteria IVT*. NMT, 2005

- NMT, *Strategisch Meerjarenplan 2006- 2009, Van beroepsfocus naar brancheoriëntatie*. Nieuwegein: NMT, 2005
- NMT, *Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering /Omnibus-enquête najaar 2002: Samenwerking in tandheelkundige praktijken*. Nieuwegein: NMT, 2002.
- NMT, J.C.L. den Boer, J.J.M. Bruers, *Prognose van het aantal tandartsen voor de periode van 2005 tot en met 2025*. Nieuwegein: NMT, 2005
- NMT, *Tandheelkundige beroepsbeoefenaren van morgen; Flexibele teamplayers*. Nieuwegein: NMT, 2002.
- NMT, *NMT-praktijkwijzer Werkdruk*. Nieuwegein: NMT, 2003
- NPCF, *Kwaliteitscriteria voor tandartsenzorg vanuit patiëntenperspectief*, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2004
- Plasschaert, A.J.M. e.a. *Profiel en competenties voor de Europese tandarts*. Vastgesteld door de Algemene Vergadering van de Vereniging voor Tandheelkundig Onderwijs in Europa. Cardiff 2004
- Plasschaert, A.J.M, W.P Holbrook, E.Delap, C. Martinez, D. Walmsley, *Profile and competences for the European Dentist*, Association for Dental Education in Europe and the DentEd III Thematic Network Project, 2004
- Projectgroep gezondheidszorgberoepen in beweging, *Gezondheidszorgberoepen in beweging*. 2000
- Projectgroep medisch opleidingscontinuüm, *De arts van straks; Tussenresultaten project Medisch Opleidingscontinuüm*, Utrecht: KNMG. 2001
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). *Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2000
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Rossum, H.J.M., van, *Blauwdruk voor de opleiding tandheelkunde te Groningen*, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen Faculteit der Medische Wetenschappen, 2001
- Rossum, V., *Menskracht in de orale gezondheidszorg. Het tandheelkundig jaar*. 2000; 36-50. Tweede Kamer, *Beroepsprofiel- en leerplanontwikkeling beroepsonderwijs*. Vergaderjaar 1985-1986, 19477, nr. 1 en 2
- Vos, N, *Wet- en regelgeving gezondheidszorg verandert De gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet*. uit NT, 08, 22 APRIL 2005
- VSNU, *Raamplan 2000 Tandartsopleiding, eindtermen van de tandartsopleiding*. Utrecht: VSNU, 2000
- Waas, R.van, *Blijft tandarts spil in de tandheelkunde?*: uit NT 2001; 56 (19): 894-895

Bijlagen

A Begrippenlijst

behandelplan

Geordende rapportage van alle van belang zijnde informatie met betrekking tot klachten en afwijkingen van patiënten naar bevindingen, oorzaken, ernst, uit te voeren behandeling en te verwachten resultaat.

beroepscode

De codificatie van ethische en praktische normen en beginselen omtrent hetgeen in de uitoefening van een beroep behoort te worden gedaan en te worden nagelaten jegens collega-beroepsbeoefenaren, de patiënt of cliënt of anderen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988).

beroepsprofiel

Geeft de kern weer van een beroep (of een groep van beroepen) en geeft een omschrijving van de beroepsactiviteiten zoals die plaatsvinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder van de beroepsvereisten, waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of in de (nabije) toekomst wil gaan uitoefenen (Tweede Kamer, 1986).

colo-format

Sectoroverstijgende richtlijnen, opgesteld door Colo (vereniging kenniscentra beroepsonderwijs bedrijfsleven), voor het op een uniforme, schematische en gestructureerde manier opstellen van competentieprofielen.

competentie

Geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext, een leercontext of maatschappelijke context, waarvoor respectievelijk beroepscompetenties, leercompetenties en burgerschapscompetenties nodig zijn.

context

Omstandigheden of situatie waarin iemand zich bevindt, te onderscheiden in beroepscontext, leercontext en maatschappelijke context.

cosmetische tandheelkunde

Tandheelkunde, voornamelijk om mooier te maken.

critical incidents methode

Methodiek die aan de hand van gestructureerd doorvragen relevante en diepgaande en vaak onbewuste kennis naar voren haalt. Dit zijn concrete denksituaties waarin u goed functioneerde of situaties waarin u juist niet goed functioneerde in uw functie.

- Wat was de situatie?
- Wat was het resultaat van de situatie?
- Wat heeft u gedaan om het resultaat te bewerkstelligen? Wat waren uw acties?

diagnostiek

Leer of kunst van het vaststellen van een ziekte of aandoening.

endodontologie

Wetenschap met betrekking tot de anatomie, fysiologie, pathologie, preventie en therapie van de tandpulpa en van de met de pulpa verbonden parodontale weefsels.

gedifferentieerd tandarts

tandarts-parodontologen; tandarts-endodontologen; tandarts-implantologen; tandarts-gnathologen; tandarts-pedodontologen.

gespecialiseerd tandarts

Kaakchirurg en orthodontist.

gnathologie

Wetenschap met betrekking tot de functies en de behandeling van functiestoornissen van het kauwapparaat en in het bijzonder het kaakgewricht.

ICOON-methode

Dit is een manier van werken waarbij *toekomstgerichtheid* en *draagvlak van betrokkenen* uitgangspunten zijn. Het resultaat is dat er competenties worden benoemd of een competentieprofiel wordt ontwikkeld waar de organisatie of de beroepsgroep zich in kan vinden en relevant is voor de komende jaren.

implantologie

Wetenschap met betrekking tot in het lichaam ingebrachte materialen.

kerntaken

Set van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die door een belangrijk deel van de beroepsbeoefenaren in een bepaald beroep of bepaalde functie worden uitgeoefend en die kenmerkend zijn voor dat beroep of die functie.

medisch gecompromitteerde patiënt

Behandeling van patiënten met primair niet-tandheelkundige aandoeningen die direct of indirect het gebit en/of de kauwfunctie beïnvloeden.

mondhygiëne

De dagelijkse verzorging van tanden en tandvlees.

mondziekten en kaakchirurgie

Tak van de geneeskunde en tandheelkunde die betrekking heeft op afwijkingen in en om de mond die chirurgische behandeling eisen.

orthodontie

Kennis van het reguleren of normaliseren van standafwijkingen van gebitselementen.

parodontologie

De wetenschap met betrekking tot het parodontium en de ziekten daarvan.

preventieve tandheelkunde

Tandheelkunde met betrekking tot het voorkomen van besmetting of ziekte of uitbreiding daarvan.

professionele standaard

De op grond van wetenschap en ervaring, aangewezen wijze van tandheelkundig handelen, zoals een gemiddeld bekwaam tandarts in gelijke omstandigheden zou doen, met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel.

prothetische tandheelkunde

Tandheelkunde met betrekking tot kunstproducten ter vervanging van ontbrekende delen (van het lichaam/gebit).

restauratieve tandheelkunde

Tandheelkundige behandeling met herstel als doel.

rol

Een rol kan worden opgevat als een samenhangend geheel van taken en verantwoordelijkheden, met de daarbij behorende competenties (Klarus, 1998).

samenwerking

Het door een of meer tandartsen, tandarts-specialisten en/of andere professionals in de tandheelkunde, gezamenlijk en in onderlinge afstemming verlenen van tandheelkundige zorg, op basis van wederzijds vertrouwen in elkaars professionele (afgebakende) kennis en vaardigheden en op basis van organisatorische en beleidsmatige afspraken.

taakdelegatie

Het door een tandarts overdragen van specifiek omschreven (deel)taken aan een daartoe opgeleide, lager gekwalificeerde professional in de tandheelkunde, waarbij geldt dat de betreffende (deel)taken niet behoren tot het deskundigheidsgebied van gedelegeerde, maar dat deze de (deel)taken wel zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert, conform de eisen die de Wet BIG daaraan stelt.

tandheelkunde algemeen

Onderwerpen die zeker tandheelkundig zijn, maar in bovenstaande nog niet aan bod zijn geweest.

tandheelkundige praktijk

Het economisch, juridisch en/of fysiek geheel van tenminste één (tandarts-)praktijkeigenaar, met daarin tenminste één tandarts, al of niet aangevuld met andere professionals in de tandheelkunde, van infrastructuur en van werkprocessen, dat tezamen naar buiten toe een als zodanig herkenbare organisatie vormt, via welke aan patiënten integrale dan wel op deelgebieden toegespitste tandheelkundige zorg wordt verleend.

tandtechniek

Vervaardiging van tandheelkundige voorzieningen voor individuele patiënten.

verwijzing

Het, veelal op basis van formele afspraken, door een tandarts (beroepsmatig) doorsturen van een patiënt naar een andere (gedifferentieerde) tandarts (horizontaal), tandarts-specialist (verticaal), mondhygiënist (verticaal), of tandprotheticus (verticaal), waarbij de behandeling of verrichting waarvoor de patiënt wordt doorgestuurd, behoort tot het deskundigheidsgebied van degene naar wie wordt doorgestuurd.

voorbehouden handeling

Een handeling die een aanmerkelijk risico met zich meebrengt voor de gezondheid van de patiënt, indien deze wordt uitgevoerd door ondeskundigen (Ministerie van VWS, 1995).

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WGBO

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

zelfstandigheid

Mate waarin de beroepsbeoefenaar op eigen kracht initiatieven neemt, beslissingen neemt en taken verricht.

zelfstandigheid

Mate waarin de beroepskracht op eigen kracht initiatieven neemt, beslissingen neemt en taken verricht.

Opn: de andere criteria die het niveau van beroepsuitoefening bepalen, zijn complexiteit, transfer en verantwoordelijkheid.

zorgplan

In het Zorgplan worden minimaal afspraken gemaakt over het zorgdoel, aanpak, frequentie en wijze van criteria met betrekking tot de evaluatie.

Bron: Concept HKZ Certificatieschema Tandartspraktijk, 21 maart 2005.

B Leden begeleidingscommissie

- dr.mr. R.H.B. Allard
- Th.A. Goedendorp
- H.W. Kersten
- J.A.C. de Kock van Leeuwen
- dr. W.J.M. van der Sanden
- prof.dr. A.J.A. Felling (voorzitter)
- mw.drs. M.H.H. Bolk (secretaris, tot 1 september 2005)
- mw. N.M. Kroezen (secretaris, vanaf 1 september 2005)

C Leden expertgroep

- B. Akkerman
- P.P.A.F. van Bennekom
- C.A.J. de Bruijn
- dr. N.H.C. Corba
- dr. J.P.M. Fennis
- A.B.J. van 't Hoog
- mw. I.M.P. Kunnen
- R.S. van Mierlo
- R.J. Schaap
- mw. M.J.T. van Schijndel
- mw. C.R.M. Smienk
- mw.drs. M.H.H. Bolk (secretaris, tot 1 september 2005)
- mw. N.M. Kroezen (secretaris, vanaf 1 september 2005)

D Consultatie van externen

Datum

10 november 2005

Ons kenmerk

mvek-6l7etd7

Doorkiesnummer/ e-mail

6076310/ m.vermaak@nmt.nl

Onderwerp

consultatie Beroepsprofiel Tandarts

Begin 2005 heeft het hoofdbestuur van de NMT aan NIZW/Beroepsontwikkeling de opdracht gegeven om een Beroepsprofiel te ontwikkelen van de tandarts-algemeen practicus. Het gaat hierbij om een profiel van een vakvolwassen tandarts oftewel een tandarts die al enkele jaren praktijk uitoefent.

Om het draagvlak binnen en buiten de professie voor dit beroepsprofiel te vergroten en te toetsen of de professie zich in dit profiel herkent, voorziet de ontwikkelingsprocedure voor dit profiel in een consultatie. Dit betekent dat relevante partijen binnen de tandheelkundige zorgverlening en alle NMT-leden worden gevraagd om commentaar op dit concept-profiel te geven.

Dit commentaar wordt gebundeld aangeboden aan NIZW. Na afweging kan dit mogelijk leiden tot aanpassingen in het profiel.

Bijgesloten treft u het concept-profiel aan, met het verzoek om uw op- of aanmerkingen op dit profiel aan ons door te geven.

Uw reactie ontvangen wij gaarne voor 9 december 2005, waarna het beroepsprofiel zal worden afgerond en ter vaststelling aan het hoofdbestuur zal worden aangeboden.

Wij danken u bij voorbaat voor de te nemen moeite.

Met vriendelijke groet,

Nicolette M. Kroezen

hoofd afdeling Kwaliteit&onderzoek

Deze brief is verstuurd naar de besturen van: NVT, ANT, NVvP, NvvE, NVvK, NVGPT, NVOI, Sectie Tandarts-specialisten van de NMT, Staatstoezicht Volksgezondheid (inspecteur tandheelkunde), Discipline overleg tandheelkunde (faculteiten: UMCG, UMC. St Radboud, ACTA), NPCF Zorgverzekeraars Nederland.