



Samen sterk voor  
professionaliteit,  
kwaliteit en vakkennis

# Voorwoord

Het beroep mondhygiënist bestaat in Nederland sinds 1967. De mondhygiënist heeft zich in die ruim vijftig jaar ontwikkeld tot een zelfstandige zorgverlener en vormt de autoriteit op het gebied van de professionele preventieve mondzorg.

Het beroep mondhygiënist is een dynamisch beroep, een beroep in ontwikkeling. Die ontwikkeling wordt beïnvloed door de veranderingen in het (mond)zorgveld en maatschappelijke veranderingen. Zo is er de laatste tien jaar veel veranderd in de gezondheidszorg en daarmee ook in het beroep van mondhygiënist. Taken zijn anders verdeeld, de patiënt is mondiger geworden en beter geïnformeerd en technologie is steeds belangrijker voor een goede zorgverlening. Daarom heeft NVM-mondhygiënist het beroepsprofiel uit 2007 geactualiseerd, waarmee het aansluit bij de huidige beroepsuitoefening van mondhygiënist.

Dit beroepsprofiel geldt voor alle mondhygiënist in Nederland. Met of zonder aanvullende post-hbo-opleiding en ook voor collega's die in het buitenland zijn opgeleid en hier werken. Gezamenlijk zullen deze mondhygiënist – ieder met de eigen ervaring, achtergrond en met de eigen keuze voor zorg en doelgroep – de mondzorg en mondgezondheid in Nederland verder brengen.

Het beroepsprofiel is een beschrijving van de eisen waaraan een mondhygiënist op dit moment ten minste moet voldoen om de kwalificatie 'goede mondhygiënist' te kunnen krijgen. Het profiel is ook een hulpmiddel bij zowel het positioneren van de mondhygiënist in het veld van de (mond)zorg als bij de voorlichting over het beroep. Daarnaast is dit beroepsprofiel ook belangrijk voor andere spelers binnen de gezondheidszorg: andere zorgverleners, patiëntenorganisaties en beleidsmakers bij overheden en zorgverzekeraars. Verder vormt het beroepsprofiel de basis voor het formuleren van het opleidingscurriculum van de opleiding Mondzorgkunde.

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

*Manon van Splunter-Schneider, voorzitter NVM-mondhygiënist*

Utrecht, 15 november 2019

# Inhoud

Inleiding	5
Historie	5
Werkwijze en verantwoording	6
1. Een veranderende kijk op (mond)zorg	7
1.1 Visie op gezondheid en welzijn	7
1.1.1 Focus op gezondheid en gedrag - nieuwe definitie van gezondheid	7
1.1.2 Preventie een belangrijke pijler	9
1.1.3 Andere inrichting van de zorg	9
1.2 De professional van de toekomst: vijf beeldbepalende factoren	10
1.2.1 Eigen regie op gezondheid voor patiënt, shared decision making	10
1.2.2 De kritisch reflecterende professional	11
1.2.3 Interprofessioneel samenwerken	11
1.2.4 Zorg en technologie	12
1.2.5 Ondernemende vaardigheden van de zorgprofessional	13
1.3 Wat betekenen al deze ontwikkelingen voor de mondzorg 2030?	13
2. Het domein van de mondhygiënist	15
2.1 Deskundigheid	15
2.2 Visie op het werkterrein: preventie	15
2.2.1 Mondhygiënist en leefstijl	17
2.3 Verbindende factor tussen zorg en welzijn: de T-shaped professional	18
3. Competenties van de mondhygiënist	20
3.1 Bekwaamheid en het Nederlands Kwalificatiekader (NLQF)	20
3.1.1 Context	20
3.1.2 Zelfstandigheid en professionele verantwoordelijkheid	21
3.1.3 Kennis en vaardigheden - Competentie(bekwaamheids)gebieden	22
4. Dynamiek van de werkomgeving	26
4.1 Professionals governance	26
4.2 Kwaliteitszorg	27
4.2.1 Kwaliteitsbeleid: preventie als uitgangspunt	27
4.2.2 KwaliteitsRegister Mondhygiënist (KRM): initiatief van het veld	27
4.2.3 Intercollegiaal overleg (ICO): leren van elkaar	27
4.2.4 Visitatie: bij elkaar in de praktijk kijken	28

4.2.5	Klachtenfunctionaris: wettelijke plicht goed uitgevoerd	28
4.2.6	Permanente educatie: een leven lang ontwikkelen	28
4.3	Positionering in het zorgveld	28
4.3.1	Opleiding: basis voor verantwoorde beroepsuitoefening	29
4.3.2	Competenties en eindtermen duidelijk omschreven	29
4.3.3	Praktijkvormen	29
4.4	NVM-mondhygiënist – een krachtige beroepsvereniging	30
4.4.1	Relatienetwerk: gericht op erkenning en participatie	31
4.5	Wet- en regelgeving	31
4.5.1	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	31
4.5.2	Wet BIG/Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	31
4.5.3	Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)	32
4.5.4	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	32
4.5.5	Wet marktordening gezondheidszorg	33
4.5.6	Zorgverzekeringswet	33
4.5.7	Wet langdurige zorg (Wlz)	33
4.5.8	Geneesmiddelenwet	34
4.5.9	Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming	34
4.5.10	Arbeidsomstandighedenwet	34
4.5.11	Mededingingswet	34
4.5.12	Wet publieke gezondheid	34
4.5.13	Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	34
4.5.14	Beroepsethiek/gedragscode	35
5.	Literatuurlijst	36
	Bijlage 1. Bekwaamheid en Nederlands Kwalificatiekader (NLQF)	39
	Bijlage 2. Contactgegevens opleidingen Mondzorgkunde	41
	Bijlage 3. AMvB mondhygiënist 2006	42
	Bijlage 4. AMvB mondhygiënist 2019	56

# Inleiding

In april 2015 werd in het adviesrapport *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* (Kaljouw & Van Vliet, 2015) van het Zorginstituut Nederland een grondige wijziging in de beroepenstructuur van de gezondheidszorg voorgesteld. De auteurs van het rapport presenteerden hierin ook het nieuwe concept van gezondheid van Huber et al. (2011): 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Deze definitie van gezondheid bepaalt in hoge mate het huidig en toekomstig beleid zowel voor de invulling van geboden zorg als van preventie in de zorg. Optimale fysieke gezondheid, het ideaal van volledig welzijn zoals al in 1948 door de WHO gedefinieerd, is niet meer het centrale doel. Belangrijker is dat de patiënt zich kan redden in de maatschappij én hiervoor ook verantwoordelijkheid neemt. Deze visieverandering in de zorg heeft ook consequenties voor de beroepsuitoefening van de mondhygiënist.

We kijken in dit beroepsprofiel naar de mondhygiënist vanuit deze nieuwe definitie van gezondheid. Dit betekent dat de mondhygiënist zich nog meer dan voorheen richt op het stimuleren van de positieve gezondheid – eigen regie en participatie in de zorg – van de patiënt. Het betekent ook dat de mondhygiënist niet alleen zorg verleent binnen de praktijkmuren, maar zich ook daarbuiten beweegt om (preventieve) zorg te verlenen.

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

Maar eerst even een terugblik:

## Historie

De mondhygiënist deed in 1967 haar (inderdaad, toen alleen nog vrouwen) intrede in Nederland. Sindsdien heeft de mondhygiënist zich ontwikkeld tot een autonome mondzorgverlener. Dit zie je ook terug in de ontwikkeling binnen de wettelijke regelgeving. In 1974 werd het beroep van mondhygiënist opgenomen in de Wet op de paramedische beroepen. Van zelfstandige beroepsuitoefening was nog geen sprake. Er werd gewerkt in opdracht en onder controle van een tandarts. In 1993 werd dit gewijzigd in 'op verwijzing', waarmee ook zelfstandig ondernemerschap voor de mondhygiënist mogelijk werd. Met de inwerkingtreding van de Wet BIG in 1997 mocht de mondhygiënist een van de drie voorbehouden handelingen binnen het deskundigheidsgebied functioneel zelfstandig uitvoeren, namelijk het geven van lokale anesthesie met een injectie. Deze functionele zelfstandige bevoegdheid houdt in dat een tandarts de opdracht verleent, maar geen direct toezicht houdt.

In 2000 kwam de Adviescommissie Capaciteit Mondzorg (Lapré, 2000) met een advies aan het ministerie van VWS om de mondzorg anders in te richten. De mondhygiënist zou een extra rol moeten krijgen in de tertiaire preventie (naast de behandeling van tandvleesproblematiek), namelijk het prepareren en restaureren van primaire caviteiten. In 2002 werd door de Bologna-afspraken (drie afspraken tussen 48 Europese landen: invoering van een systeem voor hoger onderwijs met drie cycli dat bestaat uit bachelor-, master- en doctoraatstudies; zorgen voor de wederzijdse erkenning van kwalificaties en leerperiodes in het buitenland die aan andere universiteiten zijn behaald; een systeem van kwaliteitsborging implementeren om de kwaliteit en relevantie van leren en

onderwijzen te versterken) én het advies van de commissie Lapré, de opleiding Mondzorgkunde met één jaar uitgebreid tot vier jaar en werd het prepareren en restaureren van primaire caviteiten onderdeel van het pakket van de mondhygiënist.

In aansluiting op de uitbreiding van de opleiding werd ook de wetgeving aangepast. In 2006 werd een nieuwe Algemene Maatregel van Bestuur ex. art. 34 Wet BIG van kracht. De mondhygiënist werd rechtstreeks toegankelijk en zelfstandig bevoegd voor het gehele deskundigheidsgebied, behalve voor de drie voorbehouden handelingen (het geven van lokale anesthesie, het prepareren en restaureren van primaire caviteiten en het maken en interpreteren van röntgenfoto's). Voor de eerste twee voorbehouden handelingen werd de mondhygiënist *functioneel* zelfstandig bevoegd. Voor het maken van röntgenfoto's bleef opdracht en toezicht van een tandarts nodig. Het overheidsbeleid had zich inmiddels ontwikkeld tot de visie 'de juiste zorgverlener op de juiste plaats' – ook wel 'taakherschikking' genoemd – en meer inzetten op preventie. In dit licht werden stappen gezet om de mondhygiënist zelfstandig bevoegd te maken voor het hele deskundigheidsgebied, inclusief de voorbehouden handelingen, via opname in art. 3 van de Wet BIG. Deze opname in art. 3 wordt voorafgegaan door een experiment (volgens art. 36a wet BIG). Bij dit experiment krijgen mondhygiënist met een vierjarige opleiding en het certificaat TMS (Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming Tandheelkunde) tijdelijk een BIG-registratie en een zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen. Het experiment start 1 juli 2020 en loopt tot 1 juli 2025.

### **Werkwijze en verantwoording**

Voor het schrijven van dit beroepsprofiel heeft NVM-mondhygiënist een werkgroep in het leven geroepen. Deze werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van het bestuur van NVM-mondhygiënist en de directie, en vertegenwoordigers van de afdelingen Mondzorgkunde van de hogescholen. Er is voor gekozen om niet alleen naar het verleden en heden te kijken, maar ook naar de toekomst. De inhoud van het beroepsprofiel is breed binnen de vereniging getoetst door vertegenwoordigers van de verschillende werkvelden en geledingen die de vereniging kent. Verder is de tekst voorgelegd aan de algemene ledenvergadering van 15 november 2019 en goedgekeurd.

# 1. Een veranderende kijk op (mond)zorg

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de visie op gezondheid en welzijn veranderd is in vergelijking met een aantal jaren geleden. De focus ligt in deze nieuwe visie op functioneren, veerkracht en eigen regie van de patiënt. Dit vraagt van de zorgverlener om over de grenzen van het eigen domein heen te kijken, zich te verplaatsen in de referentiekaders van de ander om zo samen met andere zorgverleners het functioneren en participeren van de patiënt te ondersteunen.

## 1.1 Visie op gezondheid en welzijn

De afgelopen jaren werd steeds duidelijker dat de geldende visie op gezondheid en welzijn toe was aan herziening. Er kwam een nieuwe definitie van gezondheid, waarbij de focus voortaan lag op gezondheid en gedrag, preventie werd een belangrijke pijler en de (mond)zorg werd anders ingericht.

### 1.1.1 Focus op gezondheid en gedrag - nieuwe definitie van gezondheid

De door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948 geformuleerde definitie van gezondheid – ‘Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek’ – volstaat niet meer en wordt gezien als een te statische definitie met te veel focus op ziekte en zorg en te weinig op gedrag en gezondheid. Dit leidde tot een discussie over een nieuwe definitie van gezondheid waarbij rekening is gehouden met hedendaagse ontwikkelingen. We worden steeds ouder en het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen en functioneringsproblemen stijgt. Het aantal volwassenen met psychosociale problemen en psychische aandoeningen groeit eveneens. Ook de jeugd heeft steeds vaker chronische klachten en aandoeningen en psychosociale problemen. Daarnaast is er een paradigmaverschuiving in de gezondheidszorg van *cure* naar *care* en is er steeds meer aandacht voor gedrag en gezondheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt hierin.

‘In de verschuiving van *cure* naar *care* is het van belang niet het verhelpen van de ziekte of aandoening centraal te stellen, maar het functioneren/participeren, de veerkracht en de eigen regie van de burger. Van patiëntperspectief naar burgerperspectief’ (Kaljouw et al., 2015).

De discussie over de definitie van gezondheid heeft geleid tot een nieuwe definitie, waarbij de focus ligt op gedrag en gezondheid:

‘Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezond zijn betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben, een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk’ (Huber et al., 2011).

De begrippen functioneren, veerkracht en eigen regie beschrijven we hieronder:

**Functioneren** is het in staat zijn om zelf of met hulp van het sociaal netwerk en hulpmiddelen zoals technologie, activiteiten te verrichten die van betekenis zijn voor de persoon, in zijn of haar leefomgeving.

**Veerkracht** is het vermogen van (groepen) burgers om lichamelijk, psychisch en sociaal te anticiperen, te reageren op en zich aan te passen aan een voorspelbare of onvoorspelbare gebeurtenis of verandering in de context van de persoonlijke leefwereld.

**Eigen regie** is het fysieke, psychische en sociale vermogen zelf sturing te geven aan het leven. Andere veelgebruikte termen zijn: zelfregie, zelfmanagement, autonomie en zelfbeschikking.

Zorgprofessionals kijken in deze nieuwe visie op gezondheid niet alleen naar gezondheidsklachten vanuit hun eigen professionele/specialistische referentiekader, maar verplaatsen zich in referentiekaders van anderen, om zo het functioneren en participeren van patiënten te ondersteunen. De ander kan de patiënt zijn, maar ook zorgprofessionals van andere disciplines, de buurt, de gemeente of de regio. Zorgprofessionals werken samen rondom één zorgplan op maat – het zogenoemde interprofessioneel samenwerken. Hiervoor hebben zorgprofessionals een kritische, lerende en onderzoekende houding nodig.

In het rapport van Kaljouw & Van Vliet (2015) wordt een integrale en dynamische benadering van de Nederlandse gezondheidszorg in 2030 en het professioneel handelen in de context die hierbij relevant is, gepresenteerd. De commissie-Kaljouw heeft daarbij gekeken naar de belangrijkste trends uit de prognoses van de zorgvraag in 2030 en vervolgens verschillende patiëntprofielen geformuleerd, ingedeeld naar complexiteit. Ze onderscheidt daarbij contextcomplexiteit (complexiteit als gevolg van externe factoren rondom een patiënt) en patiëntcomplexiteit (bijv. meerdere (chronische) aandoeningen).

Contextcomplexiteit en patiëntcomplexiteit bepalen in de verschillende zorggebieden wat er nodig is om het functioneren van de patiënt te herstellen of te bevorderen. Om dit voor elkaar te krijgen, is het belangrijk dat zorgprofessionals intersectoraal (tussen sectoren) en interprofessioneel (met verschillende beroepsgroepen) in teams samenwerken. De patiënt maakt deel uit van het team en voert, indien mogelijk, zelf de regie. Wanneer de patiënt hier niet toe in staat is, dan ondersteunt de teamregisseur. Zo'n 'spelverdeler' kan afhankelijk van de situatie wisselen. De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling en/of locatie.

Complexe (para)medische vraagstukken beperken zich niet tot het zorgdomein, de complexiteit wordt ook gevormd door welzijnsvraagstukken (Nivel, 2016a). De oplossing, één passende 'behandeling' zoals we die gewend zijn, is daarmee dus niet compleet. De nieuwe definitie van gezondheid biedt een opening en meer holistische mogelijkheden om ook het welbevinden van de patiënt in het zorgtraject mee te nemen. Om dit mogelijk te maken, is het belangrijk dat het zorgdomein en het werkgebied van de zorgprofessional worden verbonden met het welzijnsdomein én is het noodzakelijk een holistische benadering van de zorgvraag en hulpvragen te hanteren (Nivel, 2016b). Positieve gezondheid zoals dat in 2016 beschreven is door Huber, biedt zorgprofessionals de mogelijkheid om breder te kijken en te zoeken naar andere zorg en welzijnsprofessionals die een bijdrage kunnen leveren en kunnen helpen bij het oplossen van het complexe vraagstuk van een patiënt (Huber, 2016).



Dit betekent dat de mondzorgprofessional de blik meer naar buiten moet richten. Kijkend over de grenzen van het mondzorgdomein heen naar het grotere zorgdomein en het welzijnsdomein. Andersom is het ook van belang dat andere zorg- en welzijnsprofessionals ook de mondzorg betrekken bij hun werkzaamheden. Zo kan bijvoorbeeld sociale problematiek de oorsprong vinden in het mondzorgdomein. Denk aan isolement door het uit de mond ruiken, maar ook aan financiële problemen waardoor er geen geld is voor mondzorg. Kortom, over en weer voor elkaar bereikbaar zijn als zorg- en welzijnsprofessionals, met de focus op interprofessioneel samenwerken, is essentieel voor goede zorg. Om dit goed vorm te kunnen geven, is het van belang dat men elkaar en elkaars domein leert kennen en leert welke taal daarbij past om goed met elkaar te kunnen communiceren en samenwerken.

### **1.1.2 Preventie een belangrijke pijler**

Wanneer de focus ligt op gedrag en gezondheid is preventie een belangrijke pijler. Veel aandoeningen en klachten zijn immers te voorkomen of te verminderen met een gezonde leefstijl. Randvoorwaarden hierbij zijn een patiënt die meewerkt door zich gezond te gaan gedragen en daarmee zijn gezondheid verbetert, en de skills van de zorgprofessional om de patiënt tot die gedragsverandering aan te zetten en hierin te begeleiden. Daarnaast moet de preventie gericht zijn op een positieve beïnvloeding van de deelname van de patiënt aan de maatschappij.

Inmiddels is preventie een containerbegrip geworden. Er zijn vele definities, die allemaal het kernwoord 'voorkomen' in zich hebben, maar op verschillende wijzen worden gehanteerd. In hoofdstuk 2, pag. 15 van dit beroepsprofiel gaan we nader in op wat preventie in de (mond) zorg betekent.

### **1.1.3 Andere inrichting van de zorg**

De ontwikkelingen in de zorg en maatschappij verhogen de zorgvraag. Een juiste inzet van de verschillende zorgprofessionals is hierbij belangrijk. De toegankelijkheid van de zorg is een groot goed, die gewaarborgd moet blijven. Dit betekent dat alle handen die er zijn, ingezet moeten worden om aan de steeds toenemende zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Dit kan bijvoorbeeld door de verschuiving van taken tussen de zorgprofessionals. Hoe zij taken onderling hebben verdeeld, is vaak te verklaren vanuit de historie en de traditie. Maar de verdeling van taken is natuurlijk nooit af. In de praktijk vinden voortdurend verschuivingen van taken plaats. Deskundigheid, bekwaamheid en competenties van hulpverleners dienen richtinggevend te zijn voor de vraag wie de patiënt optimaal kan helpen. De bescherming van patiënten moet daarbij uiteraard gewaarborgd zijn.

Er zijn twee vormen van taakverdeling:

#### **a. Taakdelegatie**

Bij taakdelegatie wordt een taak overgedragen aan een lager gekwalificeerde medewerker.

De overgedragen taken behoren niet tot het deskundigheidsgebied van de medewerker.

De opdrachtgever moet zich ervan vergewissen dat de betreffende medewerker het juiste opleidingsniveau en de praktische vaardigheden heeft om de gedelegeerde taak juist uit te kunnen voeren en houdt toezicht op de uitvoering.

#### **b. Taakherschikking**

Bij taakherschikking in de gezondheidszorg gaat het om het structureel verschuiven van taken, met bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden, van het ene beroep naar het andere. In het arbeidsmarktbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is taakherschikking een belangrijke strategie om in te spelen op de veranderingen in de

gezondheidszorg. Het doel hiervan is om de zorg toegankelijk te houden (voor iedereen betaalbaar, bereikbaar en beschikbaar) en dat deze mogelijk zelfs verbeterd wordt. Het ministerie schrijft hierover in zijn arbeidsmarktbrief 2011: *‘Door taakherschikking kan een bijdrage worden geleverd aan een meer efficiënte inzet van de capaciteit in de zorg. Anders (en korter) opgeleide professionals nemen routinematige taken over van hoger opgeleiden, waarbij de kwaliteit voor de patiënt behouden blijft of wordt verhoogd.’*

Voorbeeld van een succesvolle taakherschikking is de inzet van verpleegkundig specialisten en *physician assistants*. Deze nieuwe beroepen worden nu ingezet voor het verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg.

Bij taakherschikking in de (mond)zorg gaat het niet om het volledig herschikken van alle medische of tandheelkundige taken, maar over het herschikken van taken die aansluiten bij de opleiding en wettelijke kaders van bijvoorbeeld de *physician assistants*, verpleegkundig specialisten en mondhygiënisten. Deze professionals vervangen niet de arts of tandarts, maar kunnen een deel van de medische, respectievelijk tandheelkundige taken veilig overnemen, zodat de (tand)arts zich kan richten op andere, meer complexe, medische zorgvragen.

Inmiddels is er ook een nieuwe definitie van taakherschikking vanuit het Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de Hogeschool Arnhem Nijmegen: *‘Bestaande, geëvolueerde of nieuwe taken worden overgenomen door bestaande beroepsgroepen, nieuwe beroepsgroepen of de zorgconsument zelf, met als doel de taakverdeling efficiënter in te richten met een behouden of verbeterde kwaliteit van zorg.’*

Met andere woorden: een behouden of verbeterde kwaliteit van de zorg door de inzet van de juiste professional op de juiste plaats, afgestemd op de zorgvraag van de patiënt.

## **1.2 De professional van de toekomst: vijf beeldbepalende factoren**

Aan de (mond)zorgprofessional van de toekomst worden andere eisen gesteld nu de focus meer komt te liggen op gezondheid en gedrag, de rol van de patiënt zelf en het interprofessioneel samenwerken.

De toekomstige professional handelt vanuit de vraag: Wat is nodig om het functioneren van de patiënt te herstellen dan wel te bevorderen? Dit vraagt veel van de kennis en kunde van alle zorgprofessionals. Daarbij moeten zij ook rekening houden met de veranderingen in zorg en welzijn: complexere zorgvragen, technologische ontwikkelingen, de recente decentralisaties en de toenemende rol van mantelzorgers en vrijwilligers. De professional ontwikkelt hiervoor algemene bekwaamheden, zoals verbindingen leggen met andere werkdomeinen, inzetten van innovatieve technologische kennis, integrerend werken, informatieoverdracht, dialogisch handelen en kennis hebben van de sociale kaart.

Anders kijken, anders leren én anders doen zijn noodzakelijk om antwoord te kunnen geven op deze uitdagingen voor de professional van de toekomst. Dit is beschreven in de volgende vijf beeldbepalende factoren in de (toekomstige) relatie tussen zorgprofessional en patiënt.

### **1.2.1 Eigen regie op gezondheid voor patiënt, *shared decision making***

Eigen regie/zelfmanagement: van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’. De patiënt is eigenaar van de eigen gezondheid en neemt hierin de regie. Zorgprofessionals ondersteunen patiënten in het oppakken van deze actieve rol door ‘niet te zorgen voor ... en over te nemen, maar te zorgen dat ... en mensen op weg te helpen’ (De Gruijter, 2014). Dit vraagt een andere houding en een andere benadering van gezondheidsklachten door de patiënt en zorgprofessional.

Een onderdeel van de eigen regie op gezondheid is het *shared decision making*. Dat betekent dat de zorgprofessional geen besluiten voor de patiënt neemt, maar gezamenlijk met de patiënt beslist. De zorgprofessional en de patiënt zijn partners en werken dialogisch samen. Ze gaan met elkaar in gesprek over wat de beste oplossingen zijn en beslissen samen over de zorg.

### **1.2.2 De kritisch reflecterende professional**

De zorgverlener van nu krijgt een mondige, zelfredzame patiënt voor zich. Patiënten die steeds vaker zelf de regie in handen willen houden. Dit vraagt om een andere kijk op en uitvoering van het beroep van zorgprofessional en een kritische reflectie op vorm en inhoud van de zorgverlening en op de rol van de zorgprofessional (Kaljouw & Van Vliet, 2015).

Eigen regie van de patiënt wil niet zeggen dat alles ook kan. Het is aan de zorgprofessional om daarin juist te handelen. Daarom is het van belang om in gesprek te komen en te blijven met de patiënt.

De kritisch reflecterende professional is in staat om planmatig gegevens en informatie te verzamelen, te interpreteren en te analyseren voor het oplossen van praktijkvraagstukken.

Reflecteren is het steeds opnieuw herzien van het bestaande denkkader. Er zijn twee vormen van reflecteren: reflectie op het eigen handelen (on action) en reflectie tijdens het eigen handelen (in action). Deze twee zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden (Kuiper, Munten & Verhoef, 2016).

Vanuit het evidencebasedprincipe is de beslissing die genomen wordt een beslissing die gestoeld is op het beste wetenschappelijke bewijs, de klinische ervaring van de zorgprofessional en de wensen van de patiënt. Uiteraard is het van belang dit te betrekken in de dialoog met de patiënt en mee te nemen wanneer er door de zorgprofessional gereflecteerd wordt op en tijdens het eigen handelen.

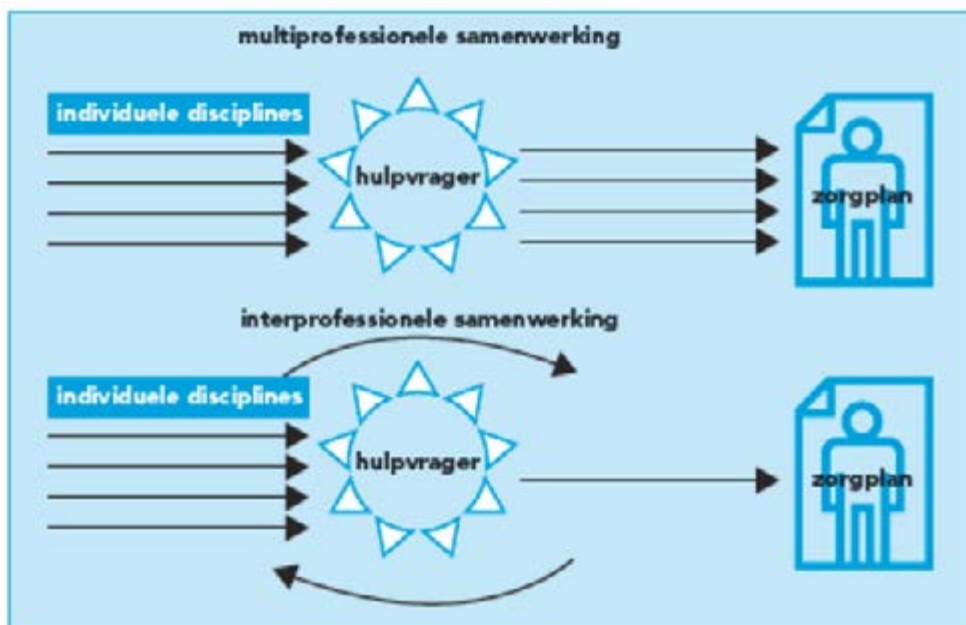
### **1.2.3 Interprofessioneel samenwerken**

Om het beste aan de zorgvraag van de patiënt te kunnen voldoen, is het belangrijk dat zorgverleners binnen de eigen professie met elkaar samenwerken. Met de transitie in de zorg, waarbij veel meer vanuit de holistische benadering naar de mens wordt gekeken én de eigen regie van de patiënt een grotere rol gaat spelen, zal dit echter steeds meer ook in samenwerking zijn met andere zorgverleners buiten het eigen team, zoals met de sociale en welzijnssector. De focus van de samenwerking moet daarbij liggen op het duurzaam stimuleren van gezondheid en welbevinden, waarbij de patiënt veerkrachtig kan zijn en zijn eigen regie kan voeren (Huber et al., 2011).

Interprofessioneel samenwerken is een proces van samenwerking tussen verschillende disciplines met de (zorg)vraag van de patiënt als uitgangspunt. De (zorg)vraag van de patiënt wordt in onderlinge afstemming vertaald naar een zorgplan.

Er is sprake van interprofessioneel samenwerken wanneer men in samenspraak en gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt, een (zorg)plan, (Sino, 2017), zodat de patiënt goede zorg ontvangt.

Voorwaarden voor interprofessioneel samenwerken zijn het ontwikkelen van de eigen professionele identiteit en het leren kennen en respecteren van de identiteit van de andere zorgverleners (Borgatti & Foster, 2003; Williams & O'Reilly, 1998). De zorgverlener is in dit interprofessioneel samenwerken de specialist op het eigen vakgebied, die ook in staat is om over de grenzen van het eigen vakgebied heen te kijken en verbindingen te leggen: de T-shaped professional. Hiervoor moeten de zorgprofessionals activiteiten ondernemen om elkaars identiteit te leren kennen. En leren om met elkaar op gelijkwaardig niveau om te gaan.



Figuur 1. Interprofessioneel samenwerken met één zorgplan (Tsakitzidis & Van Royen, 2015)

#### 1.2.4 Zorg en technologie

Het gebruik van digitale mogelijkheden (zorgtechnologie) heeft in de afgelopen tien jaar een grote vlucht genomen (Van Vliet, Grotendorst & Roodbol, 2016). Om patiënten toe te rusten met vaardigheden die hen in staat stellen voor hun eigen gezondheid te zorgen, kan zorgtechnologie van grote waarde zijn. De zorgprofessionals zullen moeten leren deze mogelijkheden, ook wel e-health genoemd, in te zetten.

Er zijn drie soorten e-healthdiensten:

- In de primaire zorg rondom de patiënt: diagnose, therapie en begeleiding.
- In de preventie en voorlichting.
- In de ondersteuning van de zorg: bijv. logistiek, administratie, financiering, dossiervorming en kwaliteitsmonitoring.

Deze ontwikkelingen hebben consequenties voor de organisatie en structuur van de zorg en vergen van de zorgprofessional een continue aanpassing aan vernieuwingen. Kennis veroudert snel en permanent leren in teams, organisaties en netwerken draagt bij aan een betere aansluiting bij de veranderende hulp- en zorgvragen.

De (mond)gezondheidszorg heeft bijvoorbeeld te maken met grote technologische ontwikkelingen op het terrein van diagnostiek en screening van ziekten en nieuwe technieken voor behandelingen, zoals weefselregeneratie voor het herstel van aangetaste of verloren gegane weefsels. In de communicatie en relatie tussen (mond)zorgverleners en patiënten zal steeds meer gebruikgemaakt gaan worden van informatietechnologie, zoals een online afsprakensysteem, slimme tandenborstels die zelf zorggegevens verzamelen en versturen, apps voor (mond)gezondheid en zelfzorg. Ook zullen nieuwe ICT-toepassingen van te verwachten zijn doordat zorgverleners en patiënten meer overleggen en afstemmen over indicatie en behandeling (*shared decision making*). Deze nieuwe technologische ontwikkelingen dragen bij aan de ingezette beweging de zorg steeds meer te personaliseren en de patiënt zorg op maat te kunnen leveren. Ook slimme tools voor het gebruik van praktijkrichtlijnen zullen ontwikkeld worden.

### **1.2.5 Ondernemende vaardigheden van de zorgprofessional**

Onder ondernemendheid verstaan we zowel ondernemerschap als een ondernemende houding. In de huidige en toekomstige tijd is het ondernemend zijn een noodzaak voor de zorgprofessional. De zorg bevindt zich immers in een transitie (Rotmans & Horsten, 2012).

De zorgprofessional wordt geconfronteerd met complexere zorgvragen, toenemende technologische mogelijkheden, stijgende zorguitgaven en toenemende individualisering. Dit stelt eisen aan de zorgprofessional: hij moet een ondernemende en op innovatie gerichte houding ontwikkelen om effectief te kunnen zijn in deze context. Daarnaast zijn proactiviteit, buiten de gebaande paden denken en handelen, flexibiliteit, adaptief vermogen, waarde toevoegen, oplossingsgerichtheid, kansen zien en benutten, besluitvaardigheid en reflectief vermogen van belang. Anders omschreven: van een zorgprofessional wordt verwacht dat die vanuit interesse in de patiënt en vakinhoudelijke motivatie kansen ziet voor de patiënt en de organisatie waarvoor hij werkt. Dat is nodig om tijdig en dynamisch te kunnen reageren op de steeds sneller veranderende zorgmarkt. Een volgende stap is om kansen ook daadwerkelijk te grijpen. Dus processen, producten en diensten ook tot stand te brengen in afstemming met de patiënt en in samenwerking met andere zorgprofessionals, en bijvoorbeeld buurtverenigingen en gemeenten. Als ook de laatste stap – de kansen verzilveren – wordt gezet, kan duurzame zorg op langere termijn blijven bestaan en leiden tot meer gezondheidswinst, zowel op individueel niveau (sneller herstel, grotere therapietrouw), als in het financiële domein (minder verspilling en kostenbesparingen) (Sino, 2017).

### **1.3 Wat betekenen al deze ontwikkelingen voor de mondzorg 2030?**

De hierboven beschreven onderwerpen hebben consequenties voor de mondzorg in 2030.

De mondhygiënist heeft, naast de zorg voor patiënten die de praktijk bezoeken, ook een actieve rol in de samenleving, namelijk binnen de voorzorg (preventie) en gemeenschapszorg (zoveel mogelijk zelf en samen met ondersteuning). Hierbij valt te denken aan samenwerkingsverbanden met consultatiebureaus, scholen en buurtcentra. In interprofessionele teams zal deze samen 'zorgarrangementen' vaststellen. Om deze zorg optimaal te kunnen verlenen, is samenwerking met verschillende disciplines, zoals de wijkverpleegkundige, de mantel- en thuiszorg, de huisarts of specialist ouderengeneeskunde van groot belang.

Voor de samenwerking tussen mondzorgprofessionals onderling is het noodzakelijk dat de mondzorgverleners (mondhygiënist, (gedifferentieerde) tandartsen, tandprothetic, kaakchirurgen, orthodontisten) kennis hebben van elkaars deskundigheidsgebied. Het is daarbij van belang dat ze hun grenzen (h)erkennen en de verantwoordelijkheid tonen om niet over de eigen grenzen van bekwaamheid te gaan.

De 'klassieke' gedachte van de zorgverlener als regisseur van de zorg zal verdwijnen: de autonome patiënt zal primair (leren) zelf de regie over zijn zorg te organiseren, al dan niet met ondersteuning van een zorgverlener, waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn. Deze verandering zal nieuw zijn voor de patiënt en vraagt ook van hen in deze transitie mee te gaan. De patiënt zal steeds meer een actieve rol spelen bij het bepalen welke zorg voor hem nodig/gewenst is (*shared decision making*).

De Gezondheidsraad stelde in 2012 vast dat binnen de mondzorg de implementatie van richtlijnen nog onvoldoende is. Met de oprichting van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) in 2016 is gestart met het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen die voldoen aan wetenschappelijke kwaliteitseisen en aan vereisten van de dagelijkse beroepspraktijk. In de komende jaren zal de mondzorg te maken krijgen met de implementatie en toepassing van deze richtlijnen.

Een andere trend die zal doorzetten, is dat de patiënt en de samenleving in toenemende mate meer transparantie en verantwoording eisen over de geleverde zorg. De competenties van de zorgverlener zullen ook meer getoetst worden: op het gebied van werkervaring en voldoende deskundigheidsbevordering (een leven lang leren). Dit vergt van de mondzorgverlener een kritisch reflecterende houding.

Op basis van de huidige trends zijn we van mening dat het een grote uitdaging is om in de nabije toekomst de mondgezondheid in Nederland verder te verbeteren. Dit betekent meer aandacht voor preventie en het ondersteunen van de eigen regie, vooral bij de risicogroepen. Daarnaast is blijvend inspanning nodig om de toegankelijkheid van de mondzorg voor alle bevolkingsgroepen te waarborgen. Bij de preventie van de leefstijlziekten, zoals cariës en parodontitis, zal de focus liggen op de voorzorg (preventie) en gemeenschapszorg (zoveel mogelijk zelf en samen met ondersteuning) waarbij samenwerking plaatsvindt met wijkteams, buurtcentra, verpleeghuizen, gezondheidscentra, consultatiebureaus, etc. Daarnaast krijgt de mondhygiënist te maken met een groeiende zorgvraag, -behoefte en -gebruik van de kwetsbare en zorgafhankelijke burgers, waarvan thuiswonende ouderen een groot deel zullen bepalen.

## 2. Het domein van de mondhygiënist

Mondhygiënisten bieden behandeling gericht op het duurzaam verbeteren en/of behouden van de mondgezondheid en coachen de patiënt naar een leven lang een gezonde mond. Patiënten wenden zich tot de mondhygiënist omdat zij graag een gezonde mond willen. Dit kan puur ter preventie zijn, of omdat zij problemen hebben met hun mondgezondheid. In dit hoofdstuk gaan we nader in op het domein van de mondhygiënist, de nadruk op preventie en de rol daarin van de mondhygiënist, en de mondhygiënist als T-shaped professional.

### 2.1 Deskundigheid

Alle ingrepen die de mondhygiënist bij de beroepsuitoefening toepast, zijn doorspekt met preventieve handelingen, worden minimaal invasief uitgevoerd en zijn erop gericht dat de patiënt steeds opnieuw kan beginnen met een 'gezonde' mond. Deze manier van werken herhaalt zich met als doel dat de patiënt uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn mondgezondheid én dat de mondgezondheid van de patiënt een steeds hoger niveau bereikt (structurele mondzorg). De mondhygiënist monitort de mondgezondheid en ondersteunt de patiënt in het managen van de eigen mondgezondheid.

Het handelen van de mondhygiënist wordt onderbouwd met kennis uit de medische wetenschappen, de gedragswetenschappen en de mondzorg(kunde). Via een proces van klinisch redeneren komt de mondhygiënist tot een diagnose en risico-inschatting over de mondgezondheid voor aandoeningen die vallen binnen het deskundigheidsgebied. Op basis daarvan bepaalt de mondhygiënist preventieve en/of therapeutische interventies en voert deze uit. Hier gaat het om gepersonaliseerde zorg, maar ook in de collectieve mondzorgpreventie spelen mondhygiënisten een belangrijke rol.

De therapeutische interventies die de mondhygiënist uitvoert, zijn onder andere het non-chirurgisch behandelen van tandvleesproblemen (gingivitis en parodontitis), het prepareren en restaureren van primaire caviteiten (minimaal invasief) en sealen. Daarnaast is de mondhygiënist bevoegd voor het geven van anesthesie en het indiceren, maken en interpreteren van röntgenfoto's voor een zorgvuldige diagnosestelling en een risico-inschatting binnen het deskundigheidsgebied<sup>1</sup>. Deze handelingen zijn respectievelijk sinds 1967 (röntgen), 1997 (anesthesie) en 2002 (prepareren en vullen) onderdeel van het curriculum van de Nederlandse opleiding tot mondhygiënist.

De mondhygiënist toetst het handelen hierbij voortdurend aan de actuele wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken. Voor een optimale samenwerking met andere gezondheidsprofessionals maakt de mondhygiënist gebruik van de door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001). Dit is een classificatie waarmee het menselijk functioneren kan worden omschreven.

### 2.2 Visie op het werkterrein: preventie

Binnen het zorg- en welzijnsdomein wordt steeds meer ingezet op preventie. In het mondzorgdomein wordt hier al jaren uitgebreid aandacht aan besteed met de mondhygiënist als expert in het preventief handelen in de mondzorg. De in de mondzorg gehanteerde onderverdeling

1. Zie paragraaf 4.5.2 Wet BIG en Bijlage 3 en 4.

in primaire, secundaire en tertiaire preventie (Commission on Chronic Illness van de Verenigde Staten, 1957) houdt echter geen rekening met de vernieuwde definitie van gezondheid (Huber et al., 2016) en maakt het lastig de ICF en het welzijnsdomein erin te betrekken. In andere paramedische en medische beroepen is daarom gekozen voor een overkoepelende indeling, van universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (Gordon, 1983), waarin de ICF en het welzijnsdomein passen en waarbij ook uitgegaan wordt van positieve gezondheid. Daarnaast wordt deze indeling uitgedragen door het Zorginstituut Nederland (ZIN) (Kroes et al., 2007). De verschillende soorten preventie worden hierna beschreven:

- Universele preventie richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan) en bevordert en beschermt actief de gezondheid van de bevolking. Denk bijvoorbeeld aan tv-reclames over elektrisch poetsen.
- Selectieve preventie richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en voorkomt dat personen met één of meerdere risicofactoren (determinanten) voor een bepaalde aandoening daadwerkelijk ziek worden. Denk hierbij aan het bewustmaken van risico's op mondaandoeningen bij diabetes of hart- en vaatziekten.
- Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met beginnende klachten en voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening. Professionele voorlichting, coaching en fluorideapplicatie bij beginnende cariëslesies zijn hier voorbeelden van.
- Zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Denk bijvoorbeeld aan de nazorgbehandelingen bij parodontitis.

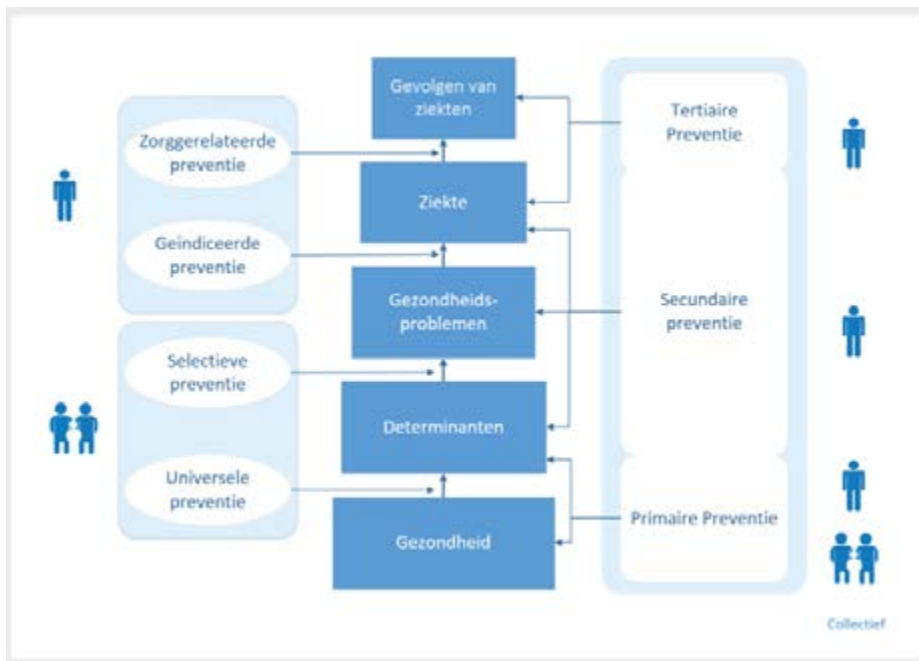
Wanneer we preventie in het zorg- en welzijnsdomein bekijken, liggen daar veel kansen voor de mondhygiënist om een bijdrage te leveren. Universele en selectieve preventie kunnen dan collectief worden aangeboden in samenwerking met andere professionals. Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan zorgprofessionals maar ook aan welzijnsprofessionals, gemeenten en bijvoorbeeld professionals op scholen of andere professionals in de wijk. Interprofessioneel samenwerken in collectieve preventieve zorg is een kans voor de mondhygiënist om de expertise en kennis over mondzorg naar buiten te brengen en zich dicht bij de burgers te plaatsen. Ook de andere professionals weten zo de mondhygiënist beter vinden.

De geïndiceerde en zorggerelateerde preventie ligt meer ingebed in het mondzorgdomein. Voor deze vormen van preventie is een zorgvraag of indicatie nodig bij een individu. Hoewel de vraag vanuit het veld kan komen, is het zeer voor de hand liggend dat de vragen in deze vormen van preventie uit de eigen praktijk van de mondhygiënist komen. Het is van belang dat hierbij de holistische benadering van de patiënt wordt gezien, vanuit positieve gezondheid, en dat eventueel de ICF wordt gebruikt om waar het nodig is interprofessioneel samen te werken met andere (zorg)professionals.

Wanneer de complexiteit van een zorgvraag toeneemt of als er meer interprofessioneel wordt samengewerkt, moet men alert zijn op het onnodig inzetten van preventieve handelingen en middelen. Deze onnodige preventie wordt ook wel quartaire preventie genoemd (Jamouille, 2015). Hierbij wordt overbehandeld, wat als onethisch kan worden beschouwd en de patiëntveiligheid in gevaar kan brengen. Een voorbeeld hiervan is het zonder indicatie sealen van alle premolaren en molaren. Wanneer men werkt vanuit de patiënt met een gepersonaliseerd holistisch zorgplan, kunnen onnodige interventies voorkomen worden.



Vanuit de noodzaak meer interprofessioneel samen te werken, zowel binnen als buiten de mondzorg, is het van belang om van dezelfde definities en indeling van preventie uit te gaan. In figuur 2 is de indeling van de Commission on Chronic Illness (1957) en Gordon (1983) samengebracht in relatie tot zorg. Dit overzicht is een handig uitgangspunt om interprofessioneel te communiceren en zo gezamenlijk preventie en zorg af te stemmen op de patiënt.



Figuur 2. Gemodificeerd preventiemodel (Commission on Chronic Illness, 1957 en Gordon 1983)

### 2.2.1 Mondhygiënist en leefstijl

De mond is de spiegel van de gezondheid. Een gezonde mond is ook een prachtig visitekaartje en onmisbaar om te kunnen lachen en spreken. Bovendien is een gezonde mond een basisvoorwaarde voor een gezonde spijsvertering. De spijsvertering begint immers al in de mond. Door goed te kunnen kauwen en het voedsel te vermengen met speeksel en daarmee met spijsverteringsenzymen, wordt het voedsel via diverse processen in het spijsverteringskanaal omgezet in de voor het lichaam noodzakelijke bouw- en voedingsstoffen. Hiermee heeft de mond ook een directe invloed op de darmen (de darmflora). De darmen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan, voorkomen en genezen van diverse ziekten en aandoeningen.

Ontstekingen, ook in de mond aan tandvles, tanden en kiezen, zijn een signaal dat er in het lichaam iets niet in orde is. Wanneer een ontsteking in de mond onbehandeld blijft, zal dit zijn weerslag hebben op de algehele en de mondgezondheid. Bij een verzwakt immuunsysteem, disbalans (bijvoorbeeld hormonale), ziekte of ouderdom zal de ernst en de gevolgschade van ontstekingen groter zijn. Alle lichaamsfuncties zijn met elkaar verbonden. Met anderen woorden: in een gezond lichaam hoort een gezonde mond.

Gingivitis en parodontitis (tandvlesontstekingen), cariës (gaatjes) en erosieve gebitsslijtage zijn gedragsziekten en zijn te voorkomen. De mondhygiënist speelt hierbij een belangrijke rol als het gaat om het teweegbrengen van een gedragsverandering. Het gaat hierbij niet alleen om het stimuleren van een betere mondhygiëne van de patiënt, maar ook om gezondere voeding en bijvoorbeeld stoppen met roken.

De mondhygiënist is in staat om de zorg voor de mond te verbinden met de algehele gezondheid. En kan vanuit een holistische benadering in samenwerking met de patiënt en zijn leefomgeving komen tot een gezonde mond en een gezonde leefstijl.

### 2.3 Verbindende factor tussen zorg en welzijn: de T-shaped professional

Er wordt steeds meer zelfredzaamheid gevraagd van mensen en van hun eigen netwerk. De transitie van nazorg naar voorzorg en het meer inzetten op preventie betekent samenwerking tussen zorgprofessionals (0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 1,5<sup>e</sup> lijn) en onder andere gemeenten, zorgverzekeraars en de GGD op lokaal niveau.

Vanuit deze benadering zal de mondhygiënist zich niet alleen richten op de gezonde mond, maar op de totale gezondheid en het welzijn van de patiënt. Hierbij wordt ook de sociale leefomgeving en omstandigheden van de patiënt in ogenschouw genomen. De mondhygiënist kan als zorg-professional een verbindende factor zijn tussen deze domeinen.

Belangrijk is om binnen zorg en welzijn uit te gaan van dezelfde visie op gezondheid en zo te komen tot afstemming in denkkaders, begrippenapparaat en taal. Vanuit de definitie op gezondheid van Huber et al. (2016) met zes dimensies, is de positionering van zorgprofessionals (Sino, 2017) en sociaal werkers dan als volgt te schetsen:

Dimensies van gezondheid	Domein
Lichaamsfuncties (medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie).	Domein van de zorgprofessional.
Mentaal welbevinden (cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde en zelfrespect, het gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht).	Domein van de sociaal werker en overlap met de verpleegkundige GGZ/POH-GGZ.
Zingeving (doelen of idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie).	Domein van de sociaal werker en, afhankelijk van de context, de zorgprofessional.
Kwaliteit van leven (welbevinden, geluk beleven, genieten, de ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans).	Domeinen van de zorgprofessional en de sociaal werker.
Sociaal-maatschappelijk functioneren (sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk).	Domein van de sociaal werker (kerntaak).
Dagelijks functioneren (basisactiviteiten dagelijks leven, instrumentele adl, werkvermogen, gezondheidsvaardigheden).	Domein van zorgprofessional en deels van de sociaal werker



*Figuur 3 De zes dimensies behorend bij de nieuwe definitie van gezondheid (Huber, 2016)*

Om problemen op het vlak van de mondgezondheid in een vroeg stadium te signaleren, is het voor de mondhygiënist van belang om samen te werken met thuiszorg, wijkverpleging, huisartsenzorg, verloskundigen, logopedisten, etc. De mondhygiënist participeert in wijkteams of is op vraagbasis voor een wijkteam beschikbaar. Omdat een aantal chronische ziekten complicaties kunnen hebben voor de mondgezondheid en een goede mondgezondheid belangrijk is voor de kwaliteit van leven (geen pijn, goed kauwen, frisse adem), zal interventie door de mondhygiënist en samenwerking met de andere zorgprofessionals het algemene welzijn van de patiënt in positieve zin beïnvloeden.

Mondhygiënisten hebben ook een signalerende functie in het welzijnsdomein. Vaak zijn om een stabiele en gezonde mond te krijgen meerdere behandelingen gedurende een langere periode nodig. Dit is nodig om een gedragsverandering in gang te zetten. Daardoor is de kans groot dat bijvoorbeeld ook sociale problemen naar boven komen. Zoals een oudere man die eenzaam blijkt te zijn. Of een kind met veel cariës en overgewicht dat thuis verwaarloosd wordt. In die situaties hebben mondhygiënisten een signalerende rol, waarbij het belangrijk is dat ze weten naar wie ze kunnen verwijzen of aan wie ze dit signaal kunnen doorgeven.

## 3. Competenties van de mondhygiënist

In dit hoofdstuk worden de competenties waarover een mondhygiënist beschikt, nader uitgewerkt. We hebben bij de beschrijving van deze competenties gekozen voor de ordening in zeven ‘competentiegebieden’ gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) (Frank, Snell & Sherbino, 2015). Deze ordening wordt ook steeds vaker in andere zorgberoepsprofielen gebruikt.

De competentiegebieden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Centraal staat de klinische expertise: het behandelen op grond van mondzorgkundige en medische expertise. Alle andere competentiegebieden krijgen er richting door. Iedere mondhygiënist die de opleiding met goed gevolg heeft afgerond, heeft ten minste de kennis en vaardigheden die bij de hieronder genoemde competentiegebieden horen.

### 3.1 Bekwaamheid en het Nederlands Kwalificatiekader (NLQF)

Voor het beschrijven van de bekwaamheden van de mondhygiënist gebruiken we de sleutelbegrippen context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden. Het referentiepunt dat we hiervoor kiezen is het Nederlands Kwalificatiekader (NLQF) (Bohlinger, 2008). Een beschrijving daarvan staat in bijlage 1.

#### 3.1.1 Context

Bij context gaat het om de situaties waarin de mondhygiënist zijn of haar beroep uitoefent. Zorgsituaties kennen verschillende gradaties van complexiteit en zijn vaak onvoorspelbaar. Ze zijn te onderscheiden in *case complexity* en in *client complexity*.

##### *Case complexity*

- De ziekte: mate van complexiteit van de medische problemen.
- De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten en meer of mindere/mate van (gezondheids)geletterdheid.
- De populatie waarvoor zorg wordt verleend: mate van complexiteit van de populaties.
- Het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit van de zorgsystemen.

##### *Client complexity*

- Het gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal.
- Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is.
- Een wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid.
- Onvoorspelbaarheid, onzekerheid.
- Het tempo waarin veranderingen optreden is hoog.
- Routines en richtlijnen ‘passen’ niet.
- Een grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners.
- Een lage (gezondheids)geletterdheid – lage gezondheidsvaardigheden.

Naast de meer reguliere, stabiele en voorspelbare zorg, is er in alle sectoren een toename te verwachten in de complexiteit. Bijvoorbeeld door de toename van het aantal oudere en chronisch zieke patiënten, de hoeveelheid zorg die men nodig heeft, de diversiteit aan patiënten en het aantal verschillende disciplines dat bij de zorg betrokken is.

### 3.1.2 Zelfstandigheid en professionele verantwoordelijkheid

De mondhygiënist heeft in de uitoefening van zijn beroep professionele verantwoordelijkheid. Dat houdt zowel in verantwoordelijkheid nemen en dragen, als verantwoording afleggen.

Verantwoordelijkheid nemen voor de structurele mondzorg betekent openstaan voor de behoefte en ervaren problemen van de patiënt en samen nagaan wat in zijn of haar geval 'goede zorg' is. Dat kan zorg zijn volgens een actuele richtlijn of routine. Het kan ook zijn dat in dit specifieke geval een andere aanpak beter is. Hier is de kern van de individuele professionaliteit van de mondhygiënist weergegeven: deze is gericht op het juiste voor de patiënt. Dat maakt de professionaliteit van de mondhygiënist moreel geladen. De mondhygiënist is professioneel als hij zich afvraagt wat voor zijn patiënt goede zorg is. En als hij de verantwoordelijkheid wil nemen om van de 'standaardzorg' af te wijken als dat voor een patiënt nodig is.

Vervolgens moet de zorg waaraan behoefte is ook verleend worden. De mondhygiënist is er verantwoordelijk voor dat hij zelf de zorg verleent op een deskundige manier, of een bekwame collega inschakelt. Naast verantwoordelijkheid nemen en dragen, is verantwoording afleggen onlosmakelijk verbonden met professionaliteit. Dat houdt in dat de mondhygiënist te allen tijde bereid en in staat is om gemaakte keuzes toe te lichten en te onderbouwen. Aan de patiënt en indien nodig zijn naasten, en de collega's van eigen en andere disciplines met wie hij samenwerkt. Soms ook richting de zorginstelling of aan de beroepsgroep.

#### Balans van verantwoordelijkheden

De professionele verantwoordelijkheid omvat drie dimensies: de functionele, beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheid. (Houtlosser, 2010).

*Functionele verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de mondhygiënist heeft in de context van de organisatie. Of dat nu een eerstelijnspraktijk, een netwerkorganisatie of een vorm van zelforganisatie is. Organisatorische contexten zijn aan veel verandering onderhevig en de mondhygiënist zal daarin zijn rol en verantwoordelijkheid moeten vinden. In welk verband de mondhygiënist ook werkt: er zal altijd afstemming en overleg zijn met de andere professionals binnen en buiten de mondzorg. Welke vorm de organisatie ook aanneemt: er zijn altijd (gedrags) regels, protocollen, meldcodes en visies op zorg die ook de functionele verantwoordelijkheid van de mondhygiënist bepalen.

*Beroepsmatige verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die de mondhygiënist heeft als lid van de beroepsgroep en/of een beroepsorganisatie. Daartoe behoren vanzelfsprekend de kennis en vaardigheden, die de mondhygiënist tijdens zijn opleiding heeft geleerd. Beroepsorganisaties hebben opvattingen over de kwaliteit van zorg en hebben bijvoorbeeld de waarden en normen van de beroepsgroep vervat in een gedragscode, zoals de Gedragscode voor Mondhygiënist. De handreikingen en richtlijnen van de beroepsorganisatie zijn de mondhygiënist behulpzaam bij het vormgeven aan de beroepsmatige verantwoordelijkheid. Daarnaast zijn er afspraken met beroepsgenoten over wat zij verstaan onder 'goede zorg'.

*Persoonlijke verantwoordelijkheid* is de verantwoordelijkheid die elke mondhygiënist heeft jegens de patiënt, in de zorgrelatie. Het gaat om aandachtige betrokkenheid bij de patiënt, door deze met een open mind en respectvol te benaderen. Het vraagt van de mondhygiënist om open te staan voor de zorgbehoefte en de respons op de geboden zorg van de patiënt en daarop adequaat te reageren. Bij de persoonlijke verantwoordelijkheid spelen ook de eigen waarden en normen een rol, die maken

dat elke mondhygiënist op een eigen manier de zorg vormgeeft. De eigen waarden en normen bepalen de grenzen van wat voor iedereen persoonlijk aanvaardbaar en onaanvaardbaar is in het beroepsmatig handelen.

*Professionele verantwoordelijkheid* is een dynamisch evenwicht tussen deze drie dimensies. In elke zorgsituatie maakt de mondhygiënist zelfstandig een afweging van zijn verschillende verantwoordelijkheden en probeert hierin een balans te vinden. Om die balans te kunnen vinden, is het van belang dat de mondhygiënist over kennis en vaardigheden beschikt om die afweging te maken.

### 3.1.3 Kennis en vaardigheden - Competentie(bekwaamheids)gebieden



Figuur 4. CanMEDS-indeling mondhygiënist

1. Vakinhoudelijk handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie
7. Professionaliteit

Hierna wordt elk competentiegebied apart beschreven met de kennis, vaardigheden en houding die van de mondhygiënist gevraagd wordt. Hoewel de competentiegebieden apart van elkaar zijn beschreven, zijn zij onlosmakelijk met elkaar verbonden.

#### **Vakinhoudelijk handelen – Competentiegebied 1**

De mondhygiënist diagnosticeert op methodische wijze, in dialoog met de patiënt, door intra- en extraoraal onderzoek, relevante mondzorgkundige, medische, psychosociale en culturele aspecten van de (mond)gezondheid van de patiënt. Op basis hiervan wordt voor iedere patiënt een zorgplan opgesteld dat aansluit bij de eigen regie van de patiënt, zijn levensfase, medische status, eventuele (poly)farmacie en zijn intellectuele, sociaal-emotionele en taalontwikkeling. In dit zorgplan ligt de

nadruk op het bevorderen van gezondheid en preventie. Daarnaast is er in het zorgplan aandacht voor vroegsignalering, risicobeoordeling en behandeling van mondziekten zoals parodontitis, gingivitis, initiële cariës en erosieve gebitslijtage.

De mondhygiënist ondersteunt de patiënt (en/of zijn naasten) bij het maken van keuzes over behandelingen en met adviezen en instructies voor zelfzorg, voedingsgewoonten en leefstijl. Zo nodig past de mondhygiënist zijn taalgebruik en behandelwijze, c.q. –locatie, aan voor specifieke doelgroepen, als bijvoorbeeld kinderen, kwetsbare ouderen, angstige patiënten en mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking.

De mondhygiënist verzamelt en interpreteert gegevens, zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep, volgens de principes van *evidence based practise*. De mondhygiënist is in staat te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie, de wensen van de patiënt of de eigen professionele of morele afwegingen daarvoor aanleiding geven. Hij verleent effectieve, preventieve en curatieve zorg op basis van actuele (wetenschappelijke) inzichten en doet dit op een ethisch verantwoorde wijze. Mondhygiënisten verlenen deze zorg vanuit een eigen deskundigheid en een zelfstandige positie. Zij zijn rechtstreeks toegankelijk voor patiënten, zonder verwijzing van een andere zorgverlener zoals een tandarts. De mondhygiënist is dé deskundige binnen de mondzorg op het gebied van het beïnvloeden van het gedrag: stimuleren van gewenst gedrag, zowel op individueel niveau als op groepsniveau.

Als zorgverlener wordt de mondhygiënist opgeleid om zelfstandig het gehele deskundigheidsgebied uit te voeren, waaronder de volgende in de Wet BIG genoemde voorbehouden handelingen: het geven van lokale anesthesie met injecties, het behandelen van primaire caviteiten en het indiceren, maken en interpreteren van röntgenfoto's (solo's en bitewings).

### **Communicatie – competentiegebied 2**

De mondhygiënist communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze met de patiënt (en/of zijn naasten). In de communicatie houdt de mondhygiënist rekening met persoonlijke factoren van de patiënt, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau, emotie, copingstijl en draagkracht. Het gaat om (verbaal en non-verbaal) communiceren op een open en respectvolle manier, met een groot inlevingsvermogen en afgestemd op de patiënt. De mondhygiënist verifieert de uitkomsten van zijn communicatie (inhoud, proces en procedure) bij de patiënt en/of bij zijn naasten.

De mondhygiënist verschaft de patiënt alle relevante informatie die nodig is voor zijn goede kennis en begrip van de eigen mondgezondheid en voor besluitvorming over zijn wensen, mogelijkheden en verwachtingen van preventieve en curatieve behandeling (*informed consent*). De mondhygiënist streeft naar *shared decision making* (zie paragraaf 1.2.1) voor de uit te voeren behandelingen en krijgt hiervoor binnen de wettelijke kaders toestemming. De mondhygiënist past verschillende gesprekstechnieken voor gedragsbeïnvloeding en *empowerment* toe en zorgt er zo voor dat de patiënt de regie over zijn gezondheid in eigen hand neemt.

Indien nodig communiceert de mondhygiënist (mondeling en/of schriftelijk) op adequate en effectieve wijze met andere (mond)zorgprofessionals en professionals binnen de welzijnssector. De mondhygiënist is in staat om – naast de persoonlijke face-to-face communicatie – ook op innoverende wijze, met gebruikmaking van moderne ICT, te communiceren met patiënten en collega-professionals. Hij respecteert daarbij de privacy van de patiënt en houdt zich aan de privacywetgeving.

### **Samenwerking – competentiegebied 3**

De mondhygiënist werkt, op basis van gelijkwaardigheid, interprofessioneel samen met de patiënt (en/of zijn naasten) en collega-zorgverleners in een (mondzorg)team. De samenwerking met de patiënt (en/of zijn naasten) is het uitgangspunt. Dit doet de mondhygiënist vanuit het perspectief van gezondheidsbevordering, gedragsverandering en stimuleren en het ondersteunen van de zelfzorg door de patiënt. Deze relatie met de patiënt is de basisvoorwaarde voor de zorgverlening door de mondhygiënist.

De mondhygiënist is daarnaast gericht op samenwerking en overdracht binnen de (mondzorg)keten en deelt indien gewenst kennis en informatie over de patiënt, voor zover de wet dit toestaat. Voor een goede samenwerking en om verantwoording af te leggen, legt de mondhygiënist de informatie die nodig is voor de juiste zorgverlening schriftelijk of digitaal vast en houdt een adequate statusvoering bij.

Om continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen, werkt de mondhygiënist ook samen met zorgverleners buiten het eigen zorgdomein en in het sociale domein. De focus van deze samenwerking ligt dan op de mate waarin verschillende deskundigen elkaar aanvullen en gezamenlijk een optimale zorg voor de patiënt kunnen bereiken.

### **Kennis en wetenschap - competentiegebied 4**

De mondhygiënist heeft een reflectieve beroepshouding. Dat wil zeggen dat hij zijn keuzes en beslissingen systematisch en zorgvuldig overdenkt: vakinhoudelijk, procesmatig en vanuit moreel/ethisch perspectief.

De mondhygiënist beschikt over de conceptuele vaardigheden om praktijkgericht onderzoek te verrichten en de resultaten daarvan schriftelijk of mondeling te presenteren. Op die manier kan hij een bijdrage leveren in onderzoek binnen de mondzorg. De mondhygiënist blijft daarnaast op de hoogte van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingen binnen de mondzorg, beoordeelt deze en past deze waar mogelijk toe in zijn werk. Het gaat daarbij om instrumenten en interventies die ondersteund worden door resultaten vanuit onderzoek (*evidence based practice*).

### **Maatschappelijk handelen – competentiegebied 5**

Vanuit zijn focus op gezondheid en gedrag heeft de mondhygiënist een op de samenleving gerichte blik. Hij neemt zijn verantwoordelijkheid bij het bevorderen van preventieve mondzorg en voert interventies uit op het vlak van de universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Hij richt zich daarbij zowel op individuele patiënten als op groepen.

De mondhygiënist ondersteunt het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de patiënt. Hij stelt zich hierbij op als preventieve leefstijlcoach. De mondhygiënist benadert mensen met hoge risico's op (mond)gezondheidsproblemen actief.

De mondhygiënist houdt alle ontwikkelingen over de mondzorg van de patiënt bij en zoekt samen met naar oplossingen. Daarmee wordt fragmentatie van zorg voorkomen, de complexiteit goed ingeschat en de juiste professional ingeschakeld. Binnen de verschillende werkcontexten voelt de mondhygiënist zich medeverantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de gezondheidszorg en gaat op verantwoorde wijze met materialen en middelen om.

### **Organisatie – competentiegebied 6**

De mondhygiënist voert een effectieve en efficiënte praktijk, met de daarbij behorende professionele bedrijfsvoering. Hij treft alle maatregelen voor infectiebeheersing, milieu- en



stralingsbescherming, veiligheid en traceerbaarheid van mondzorgkundige materialen zoals voorgeschreven in de wet en algemeen gehanteerde normen. Hij legt patiëntgegevens vast in een patiëntendossier en beheert deze binnen de gegeven wettelijke kaders. De mondhygiënist bewaakt de patiëntveiligheid, meldt fouten en incidenten, signaleert en rapporteert mogelijkheden tot verbetering van de zorgverlening. Hij handelt binnen en overeenkomstig de structuur, organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg.

De mondhygiënist neemt beslissingen in het dagelijks werk over taken, beleid (prioritering) en middelen voor de individuele patiëntenzorg. Hij zorgt voor een veilige en gezonde werkomgeving voor zichzelf en eventuele medewerkers: onder andere door adequaat personeelsbeleid en preventie van specifieke beroepsziekten.

### **Professionaliteit – competentiegebied 7**

De mondhygiënist levert ethisch verantwoorde, kwalitatief goede zorg, die in ieder geval patiëntgericht, veilig, doeltreffend en doelmatig is, passend binnen de geldende wet- en regelgeving. Waar mogelijk werkt de mondhygiënist *evidence based* en volgt kritisch wat werkt. De mondhygiënist is transparant over gemaakte keuzes voor zorg en behandelingen richting patiënt en collega-zorgprofessionals. De mondhygiënist werkt graag met mensen, toont respect en oprechte interesse en heeft aandacht voor de persoonlijke omstandigheden van iedere patiënt. Hij kan omgaan met spanningsvelden zoals zakelijkheid, betrokkenheid en afstand-nabijheid. Hij kan afwegingen maken tussen prijs en kwaliteit om kostenbewust te werk te gaan.

De mondhygiënist registreert, ordent en analyseert de effecten en resultaten van de verleende mondzorg voor de kwaliteitszorg. De mondhygiënist handelt conform de professionele standaarden en protocollen, volgt de waarden en normen van de beroepsgroep (gedragscode). Hij geeft de grenzen van zijn professionele autonomie aan bij patiënten en collega-zorgprofessionals. Hij signaleert het ontbreken van standaarden en protocollen op relevante gebieden en brengt dit onder de aandacht van de eigen organisatie en van de beroepsvereniging van mondhygiënist(en).

*Lifelong learning* is een belangrijk onderdeel in de beroepsuitoefening van de mondhygiënist. De mondhygiënist werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid en levert een bijdrage aan die van collega's. De mondhygiënist leert via formele leertrajecten én dagelijks op de werkplek. Bijvoorbeeld door casusbesprekingen, intervisie, klinische lessen, zelfreflectie en intercollegiaal overleg. De mondhygiënist is transparant over zijn persoonlijke en professionele ontwikkeling en houdt dit bij (in kwaliteitsregister of portfolio). De mondhygiënist coacht (aankomende) mondhygiënist(en) en fungeert als rolmodel.

Als lid van de beroepsgroep beïnvloedt de mondhygiënist samen met vakgenoten de beeldvorming en het positieve imago van het beroep, laat zien waar het beroep voor staat en wat de bijdrage van de mondhygiënist aan de zorg is.

De mondhygiënist heeft een verantwoordelijke en assertieve beroepshouding. Hij toont bekwaamheid en deskundigheid op het gebied van de verschillende competenties en kan deze integreren. Mondhygiënist(en) spreken elkaar aan op professioneel gedrag: ze complimenteren en waarderen elkaar, geven elkaar feedback en reflecteren samen op hun werk.

## 4. Dynamiek van de werkomgeving

De mondhygiënist beweegt zich in een professionele en dynamische werkomgeving. In dit hoofdstuk belichten we onze werkorganisatie en de rol die professionals governance daarin speelt, de kwaliteitszorg binnen onze beroepsgroep, onze opleiding en profilering binnen de gezondheidszorg en onze vereniging NVM-mondhygiënisten. Ook geven we een uitgebreid overzicht van alle wetten die van toepassing zijn op de mondzorg en waarmee de mondhygiënist in de dagelijkse praktijk te maken krijgt.

### 4.1 Professionals governance

*Professionals governance* wordt gedefinieerd als een systeem van bestuur, toezicht en verantwoording om de belangen van de professionals te behartigen en de onderlinge professionele sturing te regelen (Hoek, 2007). Het meest direct is professionals governance binnen één beroepsgroep op landelijk niveau. Elementen van professionals governance zijn ook op andere niveaus aan de orde, zoals in de samenwerking tussen een groep professionals van dezelfde discipline, de interactie met andere disciplines en de verhouding tot de organisatie waaraan de professional verbonden is.

Professionals governance dient de belangen van de professionals. Die doelen zijn onder andere:

- instandhouding en ontwikkeling van het vak;
- bewaken van de kwaliteit van het vak;
- opleiden van nieuwe vakgenoten;
- overdragen van kennis;
- beheersen van de beschikbare capaciteit van de professie;
- handhaven van de status van het vak;
- werken volgens de meest recente stand van de wetenschap;
- standaardiseren van de beroepsuitoefening;
- verwijderen van slechte vakgenoten uit het vak;
- garanderen van de kwaliteit naar de maatschappij;
- door dit alles verzekerd zijn van voldoende bestaanszekerheid voor alle (toegelaten) vakgenoten.

#### **De wettelijke grondslag voor professionals governance in de Nederlandse gezondheidszorg**

De basisopleidingen op hbo- en wo-niveau zijn geregeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (1992). De vervolgopleiding en de positie van zorgprofessionals worden in belangrijke mate bepaald door Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG is vanaf 1993 in fasen in werking getreden en vervangt ten minste twaalf oude regelingen voor verschillende beroepsgroepen. De zorgprofessies zijn in de Wet BIG limitatief beschreven en per beroep is de bevoegdheid vastgelegd.

De wet regelt onder meer de kwaliteit van de beroepsuitoefening voor zelfstandig werkende professionals, de toelating van buitenlandse professionals, de verantwoordelijkheid van de minister voor toepassing van Europese Richtlijnen en het toezicht door de inspecteurs van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op de naleving van de Wet BIG en op de opleidingen.

De Wet BIG regelt veel zaken die van belang zijn voor een goede *professionals governance*. Bij dat alles is het principe dat de beroepsgroep zelf actief is, maar dat de besluiten door de minister genomen worden. Er is dus een solide verbinding van de *professionals governance* met de publieke governance.

Er zijn geen andere wetten die specifiek gericht zijn op *professionals governance*. Deelaspecten komen in sommige wetten aan de orde. In Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek wordt de relatie tussen de zorgprofessional en zijn patiënt geregeld (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO).

## **4.2 Kwaliteitszorg**

Binnen de beroepsgroep van mondhygiënisten geldt preventie als uitgangspunt, waarmee de kwaliteit van zorg sterk verbeterd wordt. Om de door mondhygiënisten geleverde mondzorg op hoog niveau te houden, is er een kwaliteitsregister en zijn er mogelijkheden om van elkaar te leren binnen ICO-groepen en met praktijkvisitaties. Een leven lang ontwikkelen is ook voor de mondhygiënist immers onontbeerlijk. En mochten er onverhoopt klachten zijn, dan staat voor patiënten een klachtenregeling open.

### **4.2.1 Kwaliteitsbeleid: preventie als uitgangspunt**

NVM-mondhygiënisten, de beroepsvereniging van mondhygiënisten, meent dat de preventief gerichte werkwijze van de mondhygiënist de kwaliteit van de zorg sterk verbetert. Het door de overheid ingezette beleid om de zorg te verschuiven van curatie naar preventie, is belangrijk om toe te kunnen werken naar een mondgezonde generatie. NVM-mondhygiënisten ondersteunt deze overtuiging door in het eigen beleid veel aandacht aan preventie te schenken en stelt daarbij de patiënt centraal. Voorwaarde daarbij is dat preventieve (mond)zorg voor alle burgers toegankelijk is en dat er voldoende mondhygiënisten zijn om de preventieve mondzorg te kunnen verlenen.

De zorg voor kwaliteit is onlosmakelijk verbonden met beroepsmatig handelen en nauw verweven met het bewaken van de professionaliteit. De mondhygiënist staat voor de opgave om de kwaliteit van zijn handelen als zorgverlener te bewaken. NVM-mondhygiënisten heeft veel aandacht voor het kwaliteitsbeleid en ontwikkelt concrete kwaliteitsinstrumenten. Deze staan in de volgende paragrafen centraal.

### **4.2.2 KwaliteitsRegister Mondhygiënisten (KRM): initiatief van het veld**

Van 2000 tot 2009 was het voor mondhygiënisten mogelijk zich te registreren in het Kwaliteitsregister Paramedici. Sinds 2009 is deze registratie overgenomen door het KwaliteitsRegister Mondhygiënisten. Het kwaliteitsregister heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te optimaliseren. De registratie staat open voor mondhygiënisten en voorziet in een periodieke herregistratie. Voor beide registraties gelden vastgestelde kwaliteitscriteria op het gebied van deskundigheidsbevordering en werkervaring. Zo zorgen we ervoor dat geregistreerde mondhygiënisten altijd over actuele kennis en vaardigheden beschikken.

### **4.2.3 Intercollegiaal overleg (ICO): leren van elkaar**

Sinds 1995 kent NVM-mondhygiënisten de zogenaamde ICO-groepen. ICO staat voor intercollegiaal overleg. De vereniging heeft een methode ontwikkeld om mondhygiënisten met elkaar in gesprek te brengen om ervaringen uit te wisselen en de kwaliteit van het werk te vergelijken met dat van collega's. Dit gebeurt aan de hand van vooraf door de ICO-groep vastgestelde criteria. *Evidence based practice* is een belangrijk onderdeel bij het toetsen van het eigen handelen. Door collegiale advisering bij problemen of door vergelijking van het eigen handelen met dat van een collega of met een richtlijn, leren mondhygiënisten van elkaar. Dit intercollegiaal overleg vindt lokaal plaats in verschillende regio's, zodat er voor elke mondhygiënist een ICO-groep in de buurt is. De begeleiders van de ICO-groepen worden geschoold door NVM-mondhygiënisten.

#### **4.2.4 Visitatie: bij elkaar in de praktijk kijken**

Met visitatie wordt de praktijkvoering van mondhygiënist en het patiëntgebonden handelen getoetst aan de wet- en regelgeving en binnen de beroepsgroep geldende normen. Deze visitaties zijn niet verplicht maar kunnen door de mondhygiënist worden aangevraagd, zodat deze de eigen praktijk en het handelen kan vervolmaken. Zowel zelfstandig ondernemende mondhygiënist als mondhygiënist die werken in een tandartspraktijk kunnen vragen om een visitatie.

Ook is het mogelijk in een groep van meerdere mondhygiënist (bijvoorbeeld in een ICO-groep), onder leiding van een opgeleide visiteur, elkaar te visiteren.

#### **4.2.5 Klachtenfunctionaris: wettelijke plicht goed uitgevoerd**

Sinds 2016 geldt voor zorgaanbieders de verplichting uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg om een klachtenregeling en klachtenfunctionaris te hebben en aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie. Alle zelfstandig ondernemende mondhygiënist die lid zijn van NVM-mondhygiënist zijn via de vereniging automatisch aangesloten bij een organisatie die deze klachtenfunctionaris levert. Ook zijn deze zelfstandig ondernemende leden via hun lidmaatschap aangesloten bij de Geschilleninstantie Mondzorg.

Patiënten en zorgverleners gaan eerst met elkaar in gesprek over een klacht. Mochten zij niet tot een oplossing komen, dan kan de patiënt de klacht laten bemiddelen via de klachtenfunctionaris. Mocht ook daar bemiddeling geen soelaas bieden, dan is het mogelijk met de klacht aan te kloppen bij de Geschilleninstantie Mondzorg (SGIM). Deze geschilleninstantie is een initiatief van de mondzorgkoepels, waarbij ook vertegenwoordiging van de consumentenorganisaties is gewaarborgd.

Klachten over mondhygiënist in loondienst vallen in eerste instantie onder de klachtenregeling van de werkgever.

#### **4.2.6 Permanente educatie: een leven lang ontwikkelen**

Het kwaliteitsbeleid van NVM-mondhygiënist richt zich op vakbekwaamheid, op patiëntveiligheid, op patiëntgerichtheid en op organisatie van de zorg. Met dit kwaliteitsbeleid schept NVM-mondhygiënist de voorwaarden waarmee mondhygiënist hun eigen kwaliteit kunnen verbeteren.

NVM-mondhygiënist is van mening dat verworven kennis en vakbekwaamheid vanaf het afstuderen op peil gehouden moeten worden. Het doorlopen van de opleiding is niet voldoende om de rest van het werkzame leven op te teren. Het is belangrijk om kennis bij te houden, aangezien de wereld niet stilstaat: wet- en regelgeving verandert, er komen nieuwe technologieën en nieuwe inzichten om te behandelen. Daarom is ook voor de mondhygiënist 'een leven lang ontwikkelen' van groot belang.

### **4.3 Positionering in het zorgveld**

Een goede opleiding Mondzorgkunde vormt de basis voor een professionele mondhygiënist. Het onderwijs is competentiegericht, het vakkenpakket is dynamisch en beweegt mee met veranderingen in wet- en regelgeving. Ook is er aandacht voor de verschillende werkvelden en settingen waarin de mondhygiënist zich kan bewegen. Er is een ontwikkeling zichtbaar naar meer en grotere samenwerkingsverbanden.

### **4.3.1 Opleiding: basis voor verantwoorde beroepsuitoefening**

De opleiding Mondzorgkunde leidt op tot mondhygiënist Bachelor of Science, zoals omschreven in de Wet BIG. Momenteel zijn er vier opleidingen in Nederland: in Utrecht, Amsterdam, Nijmegen en Groningen. Voor de opleiding Mondzorgkunde geldt een numerus fixus en plaatsing gebeurt via decentrale selectie en specifieke toelatingseisen.

Mondzorgkunde is een vierjarige hbo-bacheloropleiding, niveau NLQF 6 (zie bijlage 1), binnen de kaders van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) en het door de Commissie Accreditatie Hoger Onderwijs geformuleerde beoordelingskader. Mondhygiënist die net de opleiding hebben afgerond, zijn startbekwame mondzorgprofessionals.

### **4.3.2 Competenties en eindtermen duidelijk omschreven**

De eindtermen voor de opleiding Mondzorgkunde zijn afgeleid van de beroepstaken van de mondhygiënist en van het domein van de mondhygiënist (zie hoofdstuk 2). Het merendeel van deze eindtermen bestaat uit de landelijk gemeenschappelijke eindtermen voor de opleidingen Mondzorgkunde. Binnen een kleiner deel van de eindtermen heeft elk van de vier opleidingen de mogelijkheid zich te profileren. De opleidingen hebben de verantwoordelijkheid hun studenten zodanig op te leiden dat zij in principe in de volle werkveldbreedte van de beroepsuitoefening inzetbaar zijn. De kern van het opleidingsprogramma laat zich dan ook het best omschrijven als 'de grootste gemeenschappelijke deler aan kennis, vaardigheden en houding die voor een dergelijk brede inzetbaarheid noodzakelijk zijn'.

Om alle elementen van het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist aan bod te laten komen, is gekozen voor competentiegericht onderwijs. Het opleidingscurriculum is hierin leidend. Een curriculum heeft, net zoals het beroep van mondhygiënist, een dynamisch karakter. Veranderende wetgeving, waarin de verantwoordelijkheid en de taken van de mondhygiënist worden geregeld, vraagt steeds weer om aanpassing van het curriculum.

### **4.3.3 Praktijkvormen**

In de gehele gezondheidszorg is al geruime tijd een ontwikkeling naar meer en grotere samenwerkingsverbanden te zien. Dit is ook waarneembaar in de mondzorg.

De Gezondheidsraad stelt dat het toenemende aantal samenwerkingsverbanden op verschillende manieren invloed kan hebben op de kwaliteit van de mondzorg: de kwaliteit van de zorg kan toenemen omdat er meer sociale controle en professionele input is. Tegelijk is het denkbaar dat de zorgverlening in grote praktijken beïnvloed kan worden door de (commerciële) visie van het management op een manier die de kwaliteit niet ten goede komt.

Bij de grote praktijken en ketens komen meer organisatorische aspecten aan bod, zoals het leidinggeven aan deze grote(re) organisatie en het samenwerken met en verwijzen naar verschillende mondzorgprofessionals.

Mondhygiënist verrichten hun werkzaamheden in verschillende settingen en/of werkvelden:

- In loondienst bij een tandartspraktijk of mondhygiënistpraktijk
- Als zelfstandig ondernemer
- In een praktijk voor implantologie
- In een praktijk voor parodontologie
- In een praktijk voor orthodontie

- Bij de instellingen voor jeugd tandverzorging
- In een instelling voor mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperking
- In een zorginstelling
- Mondzorg aan huis, zoals bij kwetsbare ouderen of chronisch zieken (mobiele mondzorg)
- GGD
- In een ziekenhuis
- Bij consultatiebureaus
- In het onderwijs
- In het wetenschappelijk onderzoek
- In de commercie/media
- In maatschappelijke projecten (collectieve preventie, sociale media, evenementen, ontwikkelingshulp)

#### **4.4 NVM-mondhygiënisten – een krachtige beroepsvereniging**

NVM-mondhygiënisten is de beroepsvereniging van de Nederlandse mondhygiënisten, opgericht in 1967. Er waren bij de oprichting dertien leden. Op dit moment (oktober 2019) heeft de vereniging ca. 2730 gewone leden en ca. 1040 studentleden. De organisatiegraad is ongeveer 70 procent. 50 procent van de leden werkt in een algemene mondzorgpraktijk. De andere 50 procent is zelfstandig ondernemend in een eigen praktijk of als zzp'er.

NVM-mondhygiënisten behartigt de belangen van de mondhygiënisten in de ruimste zin van het woord. Zowel op vakinhoudelijk als op sociaal-economisch en maatschappelijk gebied is de vereniging actief. Daarnaast behartigt de vereniging de belangen van leden door concrete producten aan te bieden ter ondersteuning van de bedrijfsvoering en onderhandelingen over de eigen arbeidsvoorwaarden en bijvoorbeeld door juridische advisering. NVM-mondhygiënisten legt de hoofdlijnen van haar beleid vast in een meerjarenbeleidsplan. Het beleid richt zich zowel intern op de vereniging, als extern op de beroepsuitoefening. Belangrijke voorbeelden van het externe beleid zijn de visie op de beroepsinhoud en in het bijzonder op het belang van preventie. Zo heeft NVM-mondhygiënisten haar visie op de kern van het werk van de mondhygiënist, de structurele mondzorg en de preventie in het bijzonder, in 2005 reeds neergelegd in de nota Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde mondzorg.

Om haar leden te informeren organiseert NVM-mondhygiënisten jaarlijks de algemene ledenvergadering, geeft ze acht keer per jaar het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne (NTvM) uit, ontvangen leden (digitale) nieuwsbrieven en is de vereniging actief op social media als Facebook en Twitter. Ook is er een uitgebreide website. Verder werkt NVM-mondhygiënisten aan deskundigheidsbevordering door het aanbieden van wetenschappelijke congressen en bij- en nascholingscursussen.

Als enige vertegenwoordiger van de Nederlandse mondhygiënisten is NVM-mondhygiënisten hét aanspreekpunt voor mondhygiënisten, maar ook voor collega-beroepsverenigingen in de (mond)zorg – zowel nationaal als internationaal – de opleidingen Mondzorgkunde en de faculteiten Tandheelkunde, patiënten-/consumentenorganisaties, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de zorgverzekeraars.

#### **4.4.1 Relatienetwerk: gericht op erkenning en participatie**

Het externe beleid van NVM-mondhygiënist richt zich op het brede terrein van het verbeteren van de mondzorg, de belangenbehartiging van de mondhygiënist en de positionering van de mondhygiënist. NVM-mondhygiënist participeert in vele overlegsituaties en vertegenwoordigt de mondhygiënist. In de praktijk betekent dit veel overleg met de overheid, in het bijzonder het ministerie van VWS over de plaats en positie van de mondhygiënist en overleg met de hogescholen en de Vereniging Hogescholen over de opleidingen. NVM-mondhygiënist voert landelijk en regionaal overleg met zorgverzekeraars en onderhoudt contact met de beide beroepsverenigingen voor tandartsen: de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT). Daarnaast onderhoudt NVM-mondhygiënist contacten met de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), de Nederlandse Vereniging voor Instellingen Jeugdmondzorg (NVIJ) en de wetenschappelijke verenigingen in de mondzorg. Verder is er geregeld overleg met andere beroepsverenigingen van paramedici, vooral op het terrein van kwaliteit en kwaliteitsverbetering van de beroepsuitoefening. NVM-mondhygiënist is lid van de International Federation of Dental Hygienists (IFDH) en de European Dental Hygienists Federation (EDHF) en onderhoudt daardoor contact met beroepsgenoten in andere landen, zowel wereldwijd als in Europees verband.

#### **4.5 Wet- en regelgeving**

In deze paragraaf staat een samenvatting van de wetten die van toepassing zijn op de mondzorg en waaraan de mondhygiënist zich in de dagelijkse praktijk moet houden.

##### **4.5.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst**

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) bepaalt de rechten, plichten en omgangsvormen die voortkomen uit de behandelrelatie tussen de mondhygiënist en de patiënt. De WGBO is dwingend recht: zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten kunnen onderling geen afspraken maken die in strijd zijn met de WGBO.

De belangrijke verplichtingen van de mondhygiënist zijn: informatieplicht, toestemmingsvereiste (voor iedere geneeskundige behandeling is de toestemming van de patiënt vereist), dossierplicht, bewaarplicht van het dossier (vijftien jaar), vernietiging en geheimhoudingsplicht. De patiënt heeft recht op inzage in zijn dossier en op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy).

Daarnaast zijn er nog enkele plichten van de mondhygiënist o.a. met betrekking tot waarneming, aansprakelijkheid, opzeggen van de overeenkomst en het geven van inlichtingen aan derden voor volksgezondheidsonderzoek.

##### **4.5.2 Wet BIG/Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg**

Sinds 1997 is de Wet BIG via art. 34 op de mondhygiënist van toepassing. De beroepsgroepen die onder dit artikel vallen kennen geen tuchtrecht of verplichte registratie, zoals dit geldt voor bijvoorbeeld fysiotherapeuten en artsen. Mondhygiënist hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel, wat betekent dat deze titel is voorbehouden aan personen met een afgeronde erkende opleiding tot mondhygiënist of opleiding Mondzorgkunde.

De wet geeft in principe iedereen de mogelijkheid geneeskundige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, met uitzondering van de aan artsen, tandartsen, mondhygiënist en verloskundigen voorbehouden handelingen. In deze wet staat bekwaamheid centraal.

### *Onbekwaam is onbevoegd*

Wanneer een zorgverlener zich niet bekwaam acht een bepaalde behandeling uit te voeren, is hij hiertoe ook niet bevoegd. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de zorgverlener zelf. Indien een zorgverlener een opdracht geeft aan een andere zorgverlener voor het uitvoeren van een voorbehouden handeling, is de opdrachtgever (de tandarts) verplicht zich op de hoogte te stellen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer (de mondhygiënist). De opdrachtnemer heeft daarnaast een eigen verantwoordelijkheid bij het accepteren van een opdracht en het vervolgens uitvoeren van de opdracht.

Zie voor de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) 2006 en 2019 (experiment ex. art. 36a Wet BIG) de bijlagen 3 en 4.

### **4.5.3 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)**

Sinds 25 mei 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. In de hele Europese Unie geldt sindsdien dezelfde privacywetgeving voor alle inwoners. Bedrijven, instanties en overheden moeten zich aan de AVG houden en dus ook de (zelfstandig ondernemende) mondhygiënist.

Een patiënt hoeft op grond van de AVG geen toestemming te geven voor het verwerken van persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de behandelovereenkomst. Voor doeleinden van gegevensverwerking anders dan uitvoering van de behandelovereenkomst, moet wel toestemming aan de patiënt worden gevraagd.

Zelfstandig ondernemende mondhygiënisten hebben de AVG in de praktijk geïmplementeerd door gebruik van een privacyverklaring, het volgen van een privacybeleid en het protocol meldplicht datalekken. Zij zijn op de hoogte van de rechten van de patiënt. Op deze wijze wordt de privacy van de patiënt gewaarborgd.

### **4.5.4 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)**

Zorgverleners leren van klachten en ongewenste gebeurtenissen in de zorg. Doel van de Wkkgz is dan ook openheid over klachten en ongewenste gebeurtenissen en ervan leren. Zo kunnen we gezamenlijk de zorg verbeteren. De wet vervangt de wetten Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De wet regelt het volgende:

- **Een betere en snelle aanpak van klachten**  
Iedere zorgaanbieder moet een klachtenfunctionaris hebben. Uit de praktijk blijkt dat een goed gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener het beste werkt. De onafhankelijke en neutrale klachtenfunctionaris kan zo'n gesprek eerder op gang brengen. Biedt de klachtenfunctionarisregeling geen oplossing dan biedt de wet naast de gang naar de civiele rechter ook een laagdrempelig alternatief: de onafhankelijke geschilleninstantie. Die doet een uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden. De geschilleninstantie kan ook een schadevergoeding toekennen. NVM-mondhygiënisten heeft zowel de klachtenfunctionaris als de Geschilleninstantie gefaciliteerd voor haar leden.
- **Zorgmedewerkers kunnen veilig incidenten melden**  
Medewerkers moeten voorvallen in de zorg kunnen melden. Zorgaanbieders moeten een interne werkwijze hebben die dit regelt. Doel is dat collega's het voorval met elkaar bespreken, er samen van kunnen leren en op deze manier samen de zorg verbeteren. Zorgaanbieders bepalen zelf op welke manier ze dit organiseren.



- **Patiënt krijgt sterkere positie**

De patiënt heeft het recht op goede informatie als er in de zorgverlening iets niet goed is gegaan. Bijvoorbeeld een fout tijdens een behandeling. De zorgaanbieder moet zo'n fout met de patiënt bespreken en in het patiëntendossier opnemen. De patiënt heeft daarnaast recht op informatie over de kwaliteit van de zorg wanneer hij daarom vraagt.

- **Uitbreiding meldplicht zorgaanbieders**

Zorgaanbieders moeten alle vormen van geweld in de zorgrelatie melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Net als ontslag van een zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren.

- **Vergewisplicht nieuwe medewerker**

Een zorgaanbieder moet zich ervan vergewissen (door controle van het arbeidsverleden) dat een nieuw aan te trekken mondhygiënist geschikt is om beroepsmatig zorg te verlenen.

#### **4.5.5 Wet marktordening gezondheidszorg**

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de beleidsregels voor de mondzorg vast. In de beleidsregels worden de prestatiebeschrijvingen en de maximumtarieven vastgesteld.

#### **4.5.6 Zorgverzekeringswet**

Sinds 1 januari 2006 kent Nederland één verzekeringsregime voor alle inwoners. Geldende wetgeving is de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Binnen de Zorgverzekeringswet staan de volgende uitgangspunten centraal:

- a. Voor alle inwoners van Nederland geldt een verzekeringsplicht.
- b. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht van iedere verzekeringsplichtige wonende in het werkgebied van de zorgverzekeraar. Deze acceptatieplicht betreft de basisverzekering.

Voor zowel a als b gelden enkele uitzonderingen die hier niet genoemd worden.

Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Deze plicht bestaat uit:

- a. waarborgen van het betalen van de kosten (in natura of door restitutie);
- b. waarborgen dat de verzekerde de verzekerde zorg ook daadwerkelijk krijgt.

Met de komst van deze wetgeving probeert de overheid concurrentie tussen zorgverzekeraars te stimuleren. Zorgverzekeraars moeten marktgericht denken (welke ontwikkelingen zijn er, waar is behoefte aan, etc.) en zo doelmatig mogelijk hun zorg inkopen om de kosten laag te houden.

Patiënten kunnen jaarlijks bekijken wat zij moeten betalen voor hun verzekering en als zij de kosten te hoog vinden worden, kunnen zij aan het begin van ieder kalenderjaar een andere zorgverzekeraar kiezen voor zover het gaat om het basispakket.

#### **4.5.7 Wet langdurige zorg (Wlz)**

De Wlz is een volksverzekering voor ziektekosten. Het gaat om kosten die hoog kunnen oplopen en die daarom eigenlijk onverzekerbaar zijn. Denk bijvoorbeeld aan kosten van een revalidatiebehandeling of een verblijf in een verpleeghuis. Via de Wlz kan zorg gefinancierd worden op basis van functiegerichte bekostiging (vaak extramuraal) of via zorgzwaartefinanciering (intramuraal).

Bij functiegerichte bekostiging krijgt de zorgaanbieder betaald voor alle geleverde zorg. Hieronder vallen: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, adviserende/activerende

begeleiding, behandeling en verblijf. De inzet van de mondhygiënist valt zowel onder de functiegerichte behandeling als onder de zorgzwaartefinanciering.

Bij zorgzwaartefinanciering worden patiënten geïndiceerd voor een zorgarrangement of zorgpakket. Aan elk zorgpakket is een bedrag gekoppeld dat de instelling ontvangt per patiënt. Wie Wlz-zorg nodig heeft, moet een indicatie van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) hebben.

#### **4.5.8 Geneesmiddelenwet**

Met de wijziging van de Geneesmiddelenwet (2007) mogen mondhygiënisten de voor het toepassen van lokale anesthesie benodigde middelen (en eventuele andere voor de mondhygiënische behandeling noodzakelijke middelen) rechtstreeks van de apotheek en/of dental depot betrekken en onder zich hebben om binnen de praktijkvoering te kunnen gebruiken. Mondhygiënisten kunnen geen geneesmiddelen voorschrijven aan de patiënt.

#### **4.5.9 Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming**

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

#### **4.5.10 Arbeidsomstandighedenwet**

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

#### **4.5.11 Mededingingswet**

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

#### **4.5.12 Wet publieke gezondheid**

De Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg. In de wet is het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg beschreven.

#### **4.5.13 Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling**

Aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren wordt de plicht opgelegd om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling, daaronder ook begrepen seksueel geweld, vrouwelijke genitale verminking, eengerelateerd geweld en ouderenmishandeling. Dit in het kader van kwaliteitszorg.

Voor mondhygiënisten is een meldcode en stappenplan beschikbaar. Deze is ontwikkeld door NVM-mondhygiënisten.

#### **4.5.14 Beroepsethiek/gedragscode**

NVM-mondhygiënist heeft een gedragscode opgesteld (NVM-mondhygiënist, 2008). Bij het ter perse gaan van dit beroepsprofiel is een nieuwe gedragscode in ontwikkeling.

In een gedragscode legt een beroepsvereniging de beroepsethiek en gedragsregels voor de beroepsbeoefenaren vast. Elke beroepsbeoefenaar die lid is van de beroepsvereniging onderschrijft de regels.

Een gedragscode betekent voor de beroepsbeoefenaren een manier om de beroepsgroep als professie gestalte te geven. Daarmee geeft de mondhygiënist aan tot een speciale groep te behoren met eigen normen voor gedrag, met een eigen traditie en eigen groepsbewustzijn. Bovendien kan de gedragscode voor mondhygiënist gezien worden als onderdeel van een kwaliteitssysteem, omdat de code gebruikt wordt als toetsingsnorm.

## 5. Literatuurlijst

1. Associate Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Hogeschool Arnhem Nijmegen, dr. M.G.H. (Miranda) Laurant.
2. Bohlinger, S. (2008). Competences as the Core Element of the European Qualifications Framework. *European Journal of Vocational Training*, 42(1), pp. 96-112.
3. Borgatti, S.P. & Foster, P.C. (2003). The network paradigm in organizational research: A review and typology. *Journal of management*, 29(6), pp. 991-1013.
4. Cobben, C., van Dongen, J., van Bokhoven, L. & Daniëls, R. (2016). Best practices interprofessionele samenwerking. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, (1):6-11.
5. Commission on Chronic Illness. (1957). *Chronic Illness in the United States: Chronic illness in a large city: the Baltimore study* (Vol. 4). Commonwealth Fund.
6. Frank, J.R., Snell, L. & Sherbino, J. (2014). The draft CanMEDS 2015 physician competency framework—series IV. *Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*.
7. Gezondheidsraad (2012). *De mondzorg van morgen*.
8. Gordon Jr, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), p. 107.
9. Gruijter, M. de (2014). *Medewerkers aan het woord*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
10. Hoek, H.H. (2007). *Governance & gezondheidszorg: private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*.
11. Hogeschool Utrecht. (2016). *Zorgprofessionals opleiden voor nu en later – Casco voor HU-opleidingen Gezondheidszorg*.
12. Houtlosser, M. (2010). *In goede handen: verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*. Leiden: University Press.
13. Huber, M., et.al (2011). How should we define health? *BMJ*, 343. Doi: 10.1136/bmj.d4163.
14. Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091.
15. Jamouille, M. (2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015 Feb; 4(2): pp. 61-64.
16. Kaljouw, M. & van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Zorginstituut Nederland.

17. Kroes, M.E., Mastenbroek, C.G., Couwenbergh, B.T.L.E., van Eijndhoven, M.J.A., Festen, C.C.S. & Rikken, F. (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
18. Kuiper, C.H.Z., Munten, G. & Verhoef, J.A.C. (2016). *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming*. Boom Lemma Uitgevers.
19. Lapré, R.M. (2002) *Capaciteit Mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*. Rapport van de Adviescommissie Capaciteit Mondzorg.
20. Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Helono, B. & Brodersen, J. (2018). Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice* - Volume 24, 2018 - Issue 1.
21. Nederlands Kwalificatiekader (NLQF) (2013). Nationaal Coördinatiepunt. Beschikbaar via: <http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>. Geraadpleegd op 28 november 2017.
22. Nivel (2016a). *Zorgverlener klaar voor complexere zorgvraag*. Beschikbaar via <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/zorgverlener-klaar-voor-complexere-zorgvraag>. Geraadpleegd op 13 september 2017.
23. Nivel (2016b). *Overvecht Gezond!* Beschikbaar via [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport\\_Overvecht\\_gezond\\_NIVEL.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Overvecht_gezond_NIVEL.pdf). Geraadpleegd op 13 september 2017.
24. *Op weg naar zorg in 2030*. [www.zorgin2030.nl](http://www.zorgin2030.nl). Geraadpleegd 28 november 2017.
25. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2003). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*.
26. Reinders, J.J. (2014). Interprofessionele samenwerking tussen tandarts en mondhygiënist in de mondzorgpraktijk. In: *Het tandheelkundig jaar 2015* (pp. 129-138). Bohn Stafleu van Loghum.
27. Reinders, J.J. (2018). *Task shifting, interprofessional collaboration and education in oral health care*. PhD thesis, Rijksuniversiteit Groningen.
28. Rijen, A.J.G. van, de Lint, M.W., & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
29. Rijdsdijk, L.E., Hofhuis, J., Den, L.M.T. & Vries, S.D. (2015). *Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs: een internationale verkenning*.
30. Rotmans, J., & Horsten, H. (2012). *In het oog van de orkaan: Nederland in transitie*. Aeneas.
31. Schokker, D. et al. (2015). *Kijken door de bril van het functioneren*. TNO, i.s.m. Zorginstituut Nederland.
32. Sino, C. (2017). Zorgprofessionals opleiden voor nu en later. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 95(2), pp. 59-60.
33. Taskforce De Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2019). *De juiste zorg op de juiste plek*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

34. Tsakitzidis G. & van Royen, P. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Universiteit Antwerpen. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional.
35. Vliet, K. van, Grotendorst, A., & Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
36. Williams, K.Y. & O'Reilly III, C.A. (1998). Demography and Diversity in Organizations: A Review of 40 Years of Research. *Research in organizational behavior*. 20, pp. 77-140.
37. World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (in Nederlandse vertaling). Bilthoven: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM.
38. <https://www.volksgezondheidenzorg.info>. *Samenvoeging van preventiemodellen doelgroepen en fasen van ziekte*. Geraadpleegd op 11 februari 2019.
39. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidenzorginfo/wat-preventie#node-preventie-naar-interventiemethode>. Geraadpleegd op 11 februari 2019.
40. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/toename-patienten-met-psychische-en-sociale-problemen-de-huisartsenpraktijk>. Geraadpleegd op 11 februari 2019.

# Bijlage 1.

## Bekwaamheid en Nederlands kwalificatiekader (NLQF)

Bij het beschrijven van de bekwaamheid van de mondhygiënist conform artikel 3 en 34 van de Wet BIG is het Europese kwalificatiekader voor een leven lang leren (European Qualifications Framework for Lifelong Learning, afgekort EQF) als referentiepunt gekozen. Om een goede koppeling tussen de Nederlandse situatie en het EQF mogelijk te maken, is een nationaal kwalificatiekader ontwikkeld, het NLQF.

### **Wat is het NLQF?**

Het Nederlands Kwalificatieraamwerk (NLQF) is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus in Nederland van basiseducatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Kwalificaties worden ingeschaald in de NLQF-niveaus en krijgen daarmee een niveauaanduiding.

Het NLQF is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus; het is geen herziening van het Nederlands onderwijsstelsel. Het kader is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met experts en stakeholders op het terrein van onderwijs en opleiding.

Het kader bestaat uit een instroomniveau, gevolgd door acht niveaus, waarbij niveau 1 het minst complex en niveau 8 het meest complex is. Het NLQF verhoogt de transparantie in de wereld van opleiding en training in Nederland. Een NLQF-niveauaanduiding geeft geen recht op titels of graden. NLQF-niveaus zijn niet gebonden aan onderwijssectoren. In- en doorstroomrechten worden niet geregeld in het NLQF.

Het Nederlands Kwalificatieraamwerk biedt de mogelijkheid aan aanbieders van niet door de overheid gereguleerde kwalificaties om hun opleidingsprogramma's en kwalificaties te laten inschalen in een niveau van het NLQF. Hiervoor zijn de benodigde procedures en criteria ontwikkeld.

Het NLQF heeft als doel om de arbeidsmobiliteit te vergemakkelijken door inzicht te geven in de niveaus van alle bij het Nationaal Coördinatiepunt NLQF opgenomen kwalificaties in het NCP-register. Daarnaast vormt het een stimulans om de deelname aan levenslang leren te vergroten.

### **Sleutelbegrippen voor niveaubeschrijving**

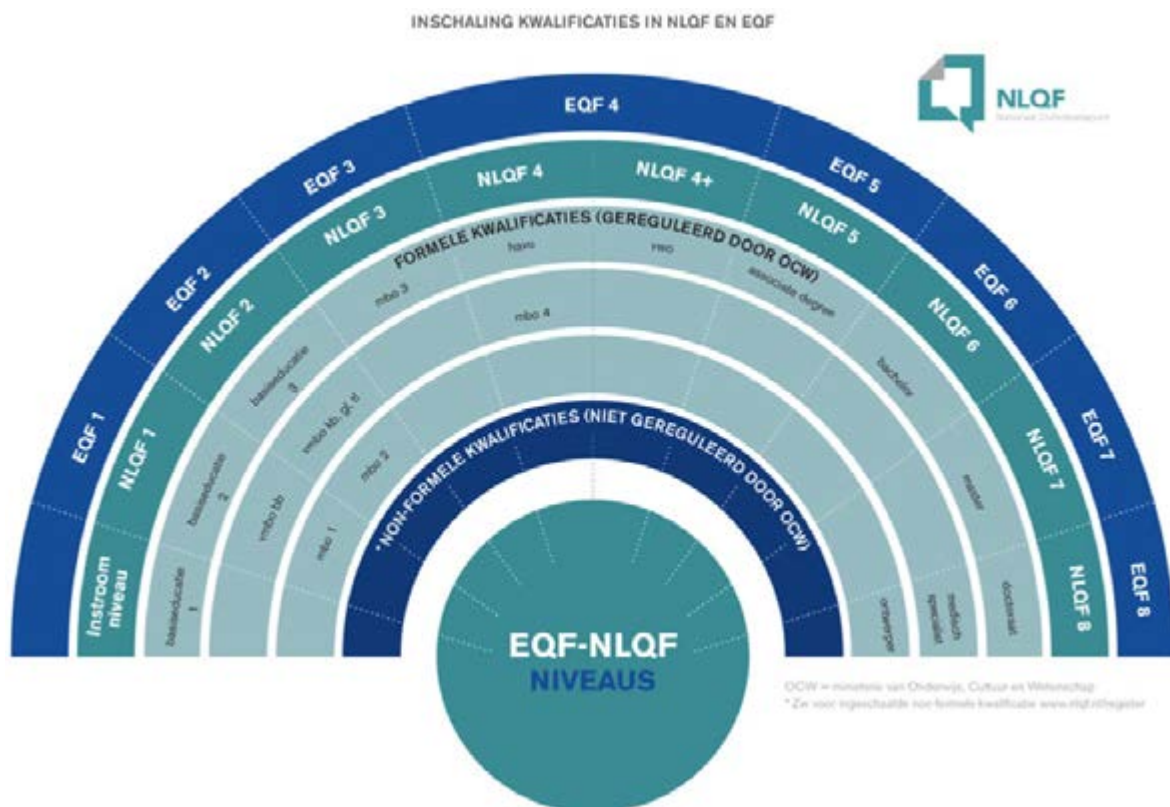
Voor beschrijving van de niveaus worden de sleutelbegrippen context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden gebruikt:

- **Context**  
De contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.
- **Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid**  
Het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.
- **Kennis**  
Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het beroep (en de deskundigheidsgebieden).

- **Vaardigheden**

Cognitieve vermogens (logisch, intuïtief en creatief denken) en praktische vermogens (psychomotorische vaardigheden in toepassing van methodes, materialen, hulpmiddelen en instrumenten), om binnen een gegeven context:

- kennis te reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toe te passen in de uitoefening van het beroep;
- problemen te herkennen en op te lossen;
- zich te kunnen ontwikkelen als beroepsbeoefenaar, zelfstandig of met begeleiding;
- informatie te verkrijgen, verzamelen, verwerken, combineren, analyseren en beoordelen;
- te communiceren op basis van in de werk-/beroepscontext geldende conventies.



*Schematisch overzicht van generieke inschaling van de door de overheid (ministeries van OCW en EZ) geregeleerde kwalificaties in het NLQF en de referentie aan het EQF.*



## Bijlage 2.

# Contactgegevens opleidingen Mondzorgkunde

Hogeschool INHOLLAND  
Domein Gezond, Sport en Welzijn  
De Boelelaan 1109  
1081 HV Amsterdam  
telefoon 020 – 495 12 21  
[www.inholland.nl](http://www.inholland.nl)

Hanzehogeschool Groningen  
Academie voor Gezondheidsstudies  
Antonius Deusinglaan 1  
9713 AV Groningen  
telefoon 050 – 361 62 60  
[www.hanze.nl](http://www.hanze.nl)

Instituut Paramedische Studies, afdeling Mondzorgkunde  
Philips van Leydenlaan 25  
6500 HB Nijmegen  
telefoon 024 – 361 63 65  
[www.han.nl](http://www.han.nl)

Hogeschool Utrecht  
Faculteit Gezondheidszorg, afdeling Mondzorgkunde  
Heidelberglaan 7  
3584 CS Utrecht  
telefoon 088 – 481 82 83  
[www.hu.nl](http://www.hu.nl)

## Bijlage 3.



---

## 147

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

---

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

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

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

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

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

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

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

A

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

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

B

Hoofdstuk V komt te luiden:

## **HOOFDSTUK V**

### *§ 1. Titel*

#### **Artikel 14**

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

### *§ 2. Opleiding*

#### **Artikel 15**

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

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

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

#### **Artikel 16**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *§ 3. Deskundigheid*

#### **Artikel 17**

Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ARTIKEL II**

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

## **ARTIKEL III**

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

## **ARTIKEL IV**

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

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

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

's-Gravenhage, 21 februari 2006

Beatrix

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

Uitgegeven de *eenentwintigste* maart 2006

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

## **NOTA VAN TOELICHTING**

### **Algemeen**

#### **1. Verantwoording**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Administratieve lasten**

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

### **Artikelsgewijs**

#### *Artikel I, sub A*

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

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

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

#### *Artikel I, sub B*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Artikel II*

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

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

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

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

### *Artikel III*

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

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

## Bijlage 4.





---

## 192

### **Besluit van 17 mei 2019, houdende tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen door de geregistreerd-mondhygiënist (Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist)**

---

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 20 december 2018, kenmerk 1461389-185525-WJZ;

Gelet op de artikelen 5, tweede en vierde lid, 11, 34, 36a, derde lid, 36b, eerste lid, 42, vierde lid en 94 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 15 maart 2019, no.W13.18.0406/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van 16 mei 2019, kenmerk 1525675-185525-WJZ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### *§ 1. Begripsbepaling*

#### **Artikel 1**

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- b. *Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs*: het register, genoemd in artikel 6.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.
- c. *commissie*: de commissie, bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van het Besluit Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid.
- d. *studiepunten*: studiepunten als bedoeld in artikel 7.4, eerste lid, van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

#### **Artikel 2**

1. Door Onze Minister wordt een tijdelijk register ingesteld en beheerd, waarin degene die aan de in artikel 3 gestelde voorwaarden voldoet, op aanvraag voor de duur van dit besluit worden ingeschreven.

2. Artikel 14 Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut is niet van toepassing op beroepsbeoefenaren die als geregistreerd-mondhygiënist zijn ingeschreven in het register, bedoeld in het eerste lid.

### **Artikel 3**

1. In het register, bedoeld in artikel 2 wordt ingeschreven, met inachtneming van het derde lid, degene:

a. aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat hij in het jaar 2006 of later het afsluitende examen van een opleiding voor mondzorgkunde met goed gevolg heeft afgelegd, welke opleiding is opgenomen in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs en die voldoet aan de artikelen 5 en 6, of

b. die in het bezit is van een door Onze Minister afgegeven verklaring van vakbekwaamheid:

i. waaruit blijkt dat hij een examen heeft afgelegd van een opleiding, die is gericht op de uitoefening van het beroep van geregistreerd-mondhygiënist en aan de betrokkene daarvan een getuigschrift is uitgereikt dat niet is afgegeven binnen een staat aangesloten bij de overeenkomst van Oporto van 2 mei 1992 betreffende de Europese Economische Ruimte (Trb. 1992, 132) of Zwitserland, en

ii. waarin Onze Minister verklaart dat de door de betrokkene verworven vakbekwaamheid voor de toepassing van de wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit de artikelen 5 en 6 kan worden afgeleid, of

c. die in het bezit is van een door Onze Minister afgegeven erkenning van beroepskwalificaties als mondhygiënist in de zin van de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties.

2. De verklaring, bedoeld in het eerste lid, onder b, en de erkenning, bedoeld in het eerste lid, onder c, geven aan voor welk medisch deelgebied van de geneeskunst zij van toepassing zijn.

3. Degene die voldoet aan een van de eisen genoemd in het eerste lid, wordt niet ingeschreven indien hij niet tevens een opleiding heeft voltooid als bedoeld in artikel 5.8, Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming, die is erkend met inachtneming van artikel 5.22, eerste lid, onderdeel b, onder 1° van de Regeling basisveiligheidsnormen stralingsbescherming.

### **Artikel 4**

1. Geregistreerd-mondhygiënisten zijn bevoegd tot het verrichten van handelingen als bedoeld in artikel 8.

2. De aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, geldt voor een termijn van vijf jaar.

#### *§ 2. Opleiding*

### **Artikel 5**

De opleiding, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel a, heeft een studielast van 240 studiepunten, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs en is erop gericht dat de betrokkene competenties verwerft, behorend tot het gebied van deskundigheid als bedoeld in artikel 7, ter zake van:

- a. professionele mondzorgkundige vorming;
- b. communicatie en voorlichting;
- c. onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan;

- d. instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid;
- e. beginselen van de mondzorg;
- f. praktijkvoering.

## **Artikel 6**

1. Het aspect professionele mondzorgkundige vorming, bedoeld in artikel 5, onderdeel a, is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

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

2. Het aspect communicatie en voorlichting, bedoeld in artikel 5, onderdeel b, is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

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

3. Het aspect onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan, bedoeld in artikel 5, onderdeel c, is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

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

4. Het aspect instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid, bedoeld in artikel 5, onderdeel d, is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:

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

5. Het aspect beginselen van de mondzorg, bedoeld in artikel 5, onderdeel e, is zodanig ingericht dat de betrokkene:
- a. inzicht verwerft in de epidemiologie en de behoefte aan preventieve mondzorg van de bevolking als geheel en de daartoe te hanteren interventiemogelijkheden;
  - b. in staat is tot het stellen van prioriteiten voor te verlenen preventieve mondzorg in overeenstemming met de beschikbare middelen, de behandelingsnoodzaak en de eigen vraag naar zorg van de patiënt;
  - c. inzicht verwerft in de structuur en financiering van de gezondheidszorg gericht op de mondzorg.
6. Het aspect praktijkvoering, bedoeld in artikel 5, onderdeel f, is zodanig ingericht dat de betrokkene in staat is tot:
- a. het voeren van overleg en samenwerken binnen het mondzorgteam en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
  - b. het doelmatig vastleggen van relevante gegevens omtrent de patiënt en de behandeling;
  - c. het treffen van praktijkhygiënische maatregelen;
  - d. het hanteren van de uitgangspunten voor de organisatie en een doelmatige opzet van een mondzorgpraktijk.

### *§ 3. Deskundigheid*

#### **Artikel 7**

Tot het gebied van deskundigheid van de geregistreerd-mondhygiënist wordt gerekend:

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

### *§ 4. Voorbehouden handelingen*

#### **Artikel 8**

1. De geregistreerd-mondhygiënist is bevoegd tot:
  - a. het verrichten van heelkundige handelingen;
  - b. het geven van injecties;

c. het verrichten van handelingen waarbij gebruik wordt gemaakt van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende straling uitzenden;

2. De bevoegdheid, genoemd in het eerste lid, geldt uitsluitend voor zover het betreft handelingen die vallen binnen de deskundigheid, bedoeld in artikel 7, en die handelingen worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

#### *§ 5. Overige bepalingen*

### **Artikel 9**

1. Alvorens een verklaring af te geven als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b, wint Onze Minister advies in van de commissie.

2. De commissie onderzoekt en laat Onze Minister weten of naar haar oordeel voldaan is aan de vereisten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b.

3. De artikelen 3a, eerste lid, 5, 6 en 7, van het Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid zijn van overeenkomstige toepassing op aanvragen voor een verklaring van vakbekwaamheid als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onderdeel b. De leden-deskundigen die deel uitmaken van de commissie, zijn deskundig ter zake van de opleiding of van het beroep van geregistreerd-mondhygiënist.

### **Artikel 10**

1. De artikelen 2, met uitzondering van artikel 2, eerste lid, onder d, 4, 5, 6, 7 en 8 Registratiebesluit BIG zijn van toepassing met dien verstande dat:

a. onder de bescheiden, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder b, Registratiebesluit BIG wordt verstaan de bescheiden, bedoeld in artikel 3, eerste lid;

b. onder een getuigschrift als bedoeld artikel 2, vierde lid, Registratiebesluit BIG wordt verstaan de bescheiden, bedoeld in artikel 3, eerste lid;

c. dat voor de toepassing van artikel 2, negende lid, onder c, geregistreerde mondhygiënisten gelijk worden gesteld aan fysiotherapeuten en verloskundigen;

d. onder de verklaring, bedoeld in artikel 2, negende lid, onder e, Registratiebesluit BIG wordt verstaan een verklaring als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder b.

2. Indien inschrijving in het register, bedoeld in artikel 2, eerste lid, plaatsvindt op grond van een verklaring als bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder b, wordt voor de toepassing van artikel 7 Registratiebesluit BIG die verklaring gelijkgesteld met een verklaring als bedoeld in artikel 41, eerste lid, onder b, van de wet.

### **Artikel 11**

1. Onze Minister kan voor de inwerkingtreding van artikel 2, eerste lid, reeds besluiten op aanvragen tot inschrijving in het tijdelijk register voor geregistreerd-mondhygiënisten. Indien Onze Minister in dat geval besluit tot inschrijving, wordt de inschrijving van kracht met ingang van de datum van inwerkingtreding van artikel 2, eerste lid.

2. Indien het besluit tot inschrijving op een aanvraag, bedoeld in het eerste lid, wordt genomen op een tijdstip na inwerkingtreding van artikel 2, eerste lid, vindt de inschrijving in afwijking van het eerste lid plaats op dat tijdstip.

## **Artikel 12**

In artikel 17, onderdeel e, onder 2° van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut wordt de volgende zinsnede geschrapt «door Onze Minister aan te wijzen».

## **Artikel 13**

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na inwerkingtreding van dit besluit aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van dit besluit in de praktijk.

## **Artikel 14**

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip. Bij koninklijk besluit kan een ander tijdstip worden vastgesteld waarop artikel 11 in werking treedt.

## **Artikel 15**

Dit besluit wordt aangehaald als: Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist

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

's-Gravenhage, 17 mei 2019

Willem-Alexander

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

Uitgegeven de *eenendertigste* mei 2019

De Minister van Justitie en Veiligheid,  
F.B.J. Grapperhaus

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt met de daarbij behorende stukken openbaar gemaakt door publicatie in de Staatscourant.

## NOTA VAN TOELICHTING

Met deze algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt uitvoering gegeven aan artikel 36a van de Wet op de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) om voor een periode van vijf jaar bij wijze van experiment «geregistreerd-mondhygiënist» tot het verrichten van in de amvb aangewezen voorbehouden handelingen zelfstandig bevoegd te verklaren. Een geregistreerd-mondhygiënist is een beroepsbeoefenaar die in het tijdelijk register geregistreerd-mondhygiënist staat ingeschreven. Deze amvb stelt tevens eisen waaraan de opleiding tot geregistreerd-mondhygiënist dient te voldoen.

### Achtergrond

De titel mondhygiënist is sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG op grond van artikel 34 Wet BIG een beschermde opleidingstitel. In 2002 is de opleiding tot mondhygiënist opnieuw ingericht. Aanleiding voor die nieuwe inrichting was het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) «Taakherschikking in de gezondheidszorg» (uit 2002)<sup>1</sup> en het advies van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (d.d. augustus 2000)<sup>2</sup>. Deze commissie adviseerde dat de preventieve mondzorg, de prothetische mondzorg en de meer reguliere tandheelkunde (herhaalcontrole in een «stabiele» mond, zo nodig boren/vullen) door een mondhygiënist uitgevoerd kunnen worden. De meer complexe behandelingen en behandelingen bij medisch gecompromitteerde patiënten zouden dan uitgevoerd kunnen worden door de zesjarig opgeleide tandarts. Als het gaat om de samenwerking gaf de commissie aan dat het mondzorgteam idealiter werkt op één locatie, maar dat met de introductie van vormen van informatie- en communicatietechnologie een virtuele samenwerkingspraktijk steeds meer binnen bereik lag.

De herinrichting van de opleiding was een voorwaarde voor de taakherschikking binnen de mondzorg om taakdelegatie van tandartsen naar HBO-opgeleide mondhygiënist na te streven.

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

Sinds de start van de opleiding tot mondhygiënist (1967) werden mondhygiënist opgeleid in het maken van röntgenfoto's (het verrichten van handelingen met gebruikmaking van toestellen die ioniserende stralen uitzenden). Sinds 1997 werden mondhygiënist opgeleid in het toepassen van anesthesie (injecteren). In 2006 zijn de eerste mondhygiënist afgestudeerd van de vernieuwde opleiding. Deze nieuw afgestudeerde mondhygiënist zijn tevens opgeleid om zogeheten primaire cariës te behandelen (heelkundige handeling). De mondhygiënist die de handelingen het maken van röntgenfoto's, het toepassen van anesthesie met behulp van een injectie en het behandelen van primaire cariës in de opleiding hebben gehad zijn bevoegd en in beginsel *bekwaam* om deze handelingen te verrichten. Dit heeft ertoe geleid dat er destijds voor is

<sup>1</sup> Zoetermeer, 2002, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [www.raadrvs.nl](http://www.raadrvs.nl)

<sup>2</sup> 2000, Lapré, Eindrapport van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, [www.college-at.nl](http://www.college-at.nl)

gekozen om mondhygiënist functioneel zelfstandig bevoegd<sup>3</sup> te maken tot boren (behandelen van primaire caviteiten) en het toedienen van anesthesie door middel van een injectie. Deze functionele zelfstandigheid houdt in dat de mondhygiënist de hiervoor bedoelde handelingen zelfstandig mag verrichten zonder toezicht door of tussenkomst van een tandarts. Wel is noodzakelijk dat de mondhygiënist een opdracht krijgt van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar, in dit geval dus een tandarts, om de handeling te verrichten. Verder mogen mondhygiënist in opdracht van een tandarts (dus met toezicht door en tussenkomst van een tandarts) ioniserende straling toepassen in het kader van het mondonderzoek. Zij zijn hiervoor niet functioneel zelfstandig bevoegd.

### **Taakherschikking**

Tot nu toe is de beoogde taakherschikking binnen de mondzorg nog niet voldoende van de grond gekomen. Dit blijkt uit een rapport van de Rijksuniversiteit Groningen uit 2012<sup>4</sup>. Dit rapport laat zien dat beleidsmatige veranderingen in de opleiding en wetgeving alleen, niet voldoende zijn om herverdeling van taken tot stand te brengen. Ook in het laatste rapport van het Capaciteitsorgaan over de mondzorg in 2013<sup>5</sup> staat beschreven dat de taakherschikking waarschijnlijk zal stagneren als geen sturing op dit proces plaatsvindt. Mogelijke maatregelen om dit proces te sturen worden gezocht in de richting van verbreding van de bevoegdheden van de mondhygiënist. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de mondhygiënist minder belemmeringen ervaart in het verrichten van handelingen waarvoor voorheen de tussenkomst van de tandarts nodig was.

Op 16 maart 2012<sup>6</sup> heeft het toenmalige kabinet al aan de Tweede Kamer geschreven dat de inzet van de mondhygiënist-nieuwe stijl (die sinds 2002 zijn opgeleid voor voornoemde voorbehouden handelingen) past in het kabinetsbeleid van de juiste zorgverlener op de juiste plaats. Het kabinet wil dan ook bevorderen dat deze mondzorgprofessionals in de nabije toekomst een belangrijk deel van de preventieve en de licht curatieve mondzorg op zich nemen. Dit sluit aan bij de toekomstige vraagontwikkeling in de mondzorg op het gebied van onder andere de mondgezondheid van jeugd, gehandicapten, ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen en psychiatrische patiënten. Om deze redenen wil het kabinet de ingeslagen weg van de taakherschikking in de mondzorg verder voortzetten en uitbreiden. Destijds is tevens aangekondigd dat het kabinet wilde nagaan of het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist kan worden uitgebreid met de bevoegdheid om zelfstandig röntgenfoto's te maken. Ook is toen aangegeven dat taakherschikking moet leiden tot betere benutting van de beschikbare capaciteit. Met onderhavige amvb wordt de volgende stap in deze taakherschikking gezet.

In oktober 2013 is de tweede evaluatie van de Wet BIG verschenen, uitgevoerd door ZonMW. De tweede evaluatie diende ertoe om te bezien of de Wet BIG voldoende aansluit op ontwikkelingen in de zorg en de samenleving. Op 2 december 2014 is de beleidsreactie op deze evaluatie<sup>7</sup>

<sup>3</sup> Sinds 1 december 1997 zijn mondhygiënist functioneel zelfstandig bevoegd tot het toepassen van lokale anesthesie door het geven van een injectie. Sinds 24 mei 2006 zijn zij functioneel zelfstandig bevoegd tot het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen (artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid).

<sup>4</sup> Jerkovic-Cosic, K. The relation between Profession Development and job(re)design: the case of dental hygiene in the Netherlands, Rijksuniversiteit Groningen 2012

<sup>5</sup> Capaciteitsplan 2013, deelrapport 3 Beroepen Mondzorg, oktober 2013

<sup>6</sup> Kamerstukken II, 2011–2012, 32 620, nr. 57.

<sup>7</sup> Kamerstukken II, 2014–2015, 29 282, nr. 211.



naar de Tweede Kamer gestuurd. Naar aanleiding van die beleidsreactie heeft de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten een verzoek ingediend voor opname van de mondhygiënisten in artikel 3 in de wet BIG. Met deze amvb wordt een experiment gestart waarin mondhygiënisten een *zelfstandige* bevoegdheid tot het verrichten van voornoemde voorbehouden handelingen krijgen. Bij deze afweging is het Nationaal actieplan gereguleerde beroepen in acht genomen.<sup>8</sup>

### **Experiment met de «geregistreerd-mondhygiënist»**

Kern van deze amvb is dat een mondhygiënist die in 2006 of later is afgestudeerd op aanvraag de bevoegdheid kan verkrijgen om zelfstandig bevoegd de in dit besluit aangewezen voorbehouden handelingen te verrichten (behandelen van primaire cariës, het toedienen van anesthesie door middel van injecties en het maken van röntgenfoto's). Een zelfstandige bevoegdheid verschilt in die zin van een functioneel zelfstandige bevoegdheid dat de zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar bepaalde, in de wet aangewezen voorbehouden handelingen (zoals de heilkundige handeling tot het behandelen van primaire cariës) in tegenstelling tot de functioneel zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar zonder opdracht van een (andere) zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar mag verrichten. De zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van de bij deze amvb aangewezen voorbehouden handelingen is daardoor verstrekender dan de functioneel zelfstandige bevoegdheid die mondhygiënisten hebben op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Vanuit het perspectief van de volksgezondheid is het ongewenst dat ook de mondhygiënisten die voor 2006 zijn afgestudeerd de zelfstandige bevoegdheid krijgen de bij deze amvb aangewezen voorbehouden handelingen te verrichten. Bij een zelfstandige bevoegdheid kan de behandeling immers volledig buiten de invloedssfeer van de tandarts worden uitgevoerd. Om die reden is ervoor gekozen het experiment slechts open te stellen voor mondhygiënisten die in 2006 of later zijn afgestudeerd. De voor 2006 afgestudeerde mondhygiënisten hebben weliswaar de bevoegdheid de opleidingstitel van mondhygiënist te voeren, maar zullen niet de zelfstandige bevoegdheid krijgen de bij deze amvb aangewezen voorbehouden handelingen te verrichten. Voor alle mondhygiënisten die niet mee mogen of mee willen doen aan het experiment, blijft de bevoegdheid bestaan de titel van mondhygiënist te voeren en de daarbij functioneel zelfstandige bevoegdheden uit te oefenen.

Voor de vanaf 2006 afgestudeerde mondhygiënisten zal een tijdelijk register worden ingesteld. De in dat register opgenomen mondhygiënisten zullen de zelfstandige bevoegdheid hebben tot het verrichten van de bij deze amvb aangewezen voorbehouden handelingen. Zij zullen tevens volledig zijn onderworpen aan tuchtrecht.

Het belang van de patiënten is ermee gediend dat helder is met welk type mondhygiënist het van doen heeft, de zelfstandig bevoegde of de functioneel zelfstandig bevoegde. Om die reden zal de in het tijdelijk register opgenomen zelfstandig bevoegde mondhygiënist de bevoegdheid krijgen de titel te voeren van «geregistreerd-mondhygiënist». Door de toepasselijkheid van het tuchtrecht kan de tuchtrechter een geregistreerd-mondhygiënist doorhalen uit het tijdelijk register, waardoor de geregistreerd-mondhygiënist de bevoegdheid verliest de titel te voeren en niet langer zelfstandig bevoegd is de

<sup>8</sup> Kamerstukken II 201/15, 24 036 nr. 409, bijlage A.

voorbehouden handelingen te verrichten. Mondhygiënisten die staan geregistreerd in het BIG-register, mogen, omwille van de kenbaarheid voor de patiënt, zolang zij staan ingeschreven in het register alleen nog de titel geregistreerd-mondhygiënist voeren en verliezen daarmee gedurende de registratie de bevoegdheid tot het voeren van de titel «mondhygiënist».

Het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid brengt niet met zich mee dat taken bij de tandarts worden weggehaald en in de toekomst enkel mogen worden verricht door de geregistreerd-mondhygiënist. Beide beroepsbeoefenaren mogen hun bevoegdheden uitoefenen. Patiënten bepalen zelf of zij naar een tandarts of geregistreerd-mondhygiënist gaan.

#### *Verschil mondhygiënist en geregistreerd-mondhygiënist*

Onder het huidige wettelijke systeem is de mondhygiënist een beroep dat gereguleerd is op grond van artikel 34 Wet BIG (het zogenaamde lichte regime). Er is sprake van een voor het publiek direct toegankelijk beroep, waarvan de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied bij amvb zijn vastgesteld. De beroepsbeoefenaren die aan de opleidingseisen voldoen, zijn gerechtigd de daarbij aangewezen opleidingstitel te voeren, te weten «mondhygiënist». De mondhygiënist is niet opgenomen in een BIG-register en is ook niet onderworpen aan het wettelijk geregeld tuchtrecht. Aan de mondhygiënist is thans op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid een functionele zelfstandige bevoegdheid toegekend tot het verrichten van in die amvb aangewezen voorbehouden handelingen.

De geregistreerd-mondhygiënist wordt, in deze amvb op grond van artikel 36a Wet BIG, bij wijze van een experiment gereguleerd. De geregistreerd-mondhygiënist wordt zelfstandig bevoegd tot het verrichten van aangewezen voorbehouden handelingen (dus zonder opdracht van de tandarts). Zij zijn op basis van hun registratie gerechtigd tot het voeren van de titel «geregistreerd-mondhygiënist», en mogen gedurende de registratie niet langer de titel voeren van «mondhygiënist». Registratie vindt plaats op basis van de in deze amvb aangewezen opleiding. Het wettelijk gereguleerd tuchtrecht is op deze beroepsbeoefenaren volledig van toepassing.

Wanneer het experiment slaagt, kan een wetsvoorstel worden ingediend waarmee wordt voorgesteld het beroep van geregistreerd-mondhygiënist definitief in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen. In onderhavige nota van toelichting wordt ingegaan op de criteria die gelden voor regulering van een beroep in de Wet BIG.

Bij brief van 2 december 2014<sup>9</sup> zijn criteria opgesteld waaraan een beroep moet voldoen om in de Wet BIG te kunnen worden opgenomen. Er wordt getoetst aan de volgende criteria (voor zowel lichte als zware regime):

- Is de beroepsuitoefening gericht op de individuele gezondheidszorg?
- Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?
- Is wettelijke regulering noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen?

Mondhygiënisten voldoen aan deze vereisten. Om die reden is de beroepsgroep immers reeds gereguleerd in het «lichte regime» op grond van artikel 34 van de Wet BIG. Wanneer het beroep van geregistreerd-mondhygiënist definitief in artikel 3 van de Wet BIG wordt opgenomen betekent dit voor een deel van de mondhygiënisten een overstap van het lichte regime (artikel 34), via het experiment (artikel 36a), naar het zware regime (artikel 3). Bij de hiervoor genoemde brief zijn tevens criteria opgesteld voor toepassing van het zware regime. Het gaat hierbij om de

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2014/15, 29 282, nr.211

volgende criteria:

- Toekennen van voorbehouden handelingen aan het beroep.
- Noodzaak tot publiekrechtelijk tuchtrecht.

Wanneer het experiment slaagt zullen er één of meerdere voorbehouden handelingen worden toegekend aan geregistreerd-mondhygiënisten, zodat zij deze zelfstandig bevoegd kunnen verrichten. Voor beroepsgroepen met een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen is er evidente noodzaak tot de toepassing van het tuchtrecht. Zonder de toepasselijkheid van het tuchtrecht is het immers niet mogelijk in alle gevallen waarin dit in het belang van de volksgezondheid wenselijk is, een geregistreerde blijvend zijn bevoegdheden te ontzeggen.

### **Verwachtingen van dit experiment**

Nu geregistreerd-mondhygiënisten zelfstandig bevoegd zijn tot het verrichten van de aanwezen voorbehouden handelingen, is de verwachting dat zij die bevoegdheid vaker zullen uitoefenen dan functioneel zelfstandig bevoegde mondhygiënisten. Het beoogde effect van deze amvb is dat mondhygiënisten meer gelegenheid krijgen om hun expertise op het gebied van de mondzorg in te zetten en dat tandartsen meer tijd krijgen voor werkzaamheden die een academische opleiding vereisen, zoals de meer complexe zorg, wetenschappelijke verdieping of de aansturing van een mondzorgteam. Dit was destijds ook een van de uitgangspunten van voornoemd rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg. De tandarts is de deskundige op het brede terrein van de mondzorg en degene die bij uitstek deskundig is om geavanceerde en innovatieve tandheelkundige zorg te leveren (bijvoorbeeld plaatsen van implantaten, prothetische tandheelkundige zorg, mondzorg op het raakvlak met algemeen medische zorg etc.). De dagelijkse «onderhouds-» mondzorg (controle, preventieve mondzorg, licht curatieve mondzorg) kan dan aan een (geregistreerd-) mondhygiënist worden overgelaten. Dit uitgangspunt is de basis geweest voor de aanpassingen in de opleidingsstructuur voor de mondzorgkunde. Hiermee wordt naar verwachting een betere benutting van het beschikbare arbeidspotentieel in de mondzorg bereikt. Het is daarbij van belang dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft.

Een ander aspect dat deze taakherschikking beoogt te verbeteren is inefficiënte zorg. De intentie van artikel 38 van de Wet BIG (de mogelijkheid tot het geven van een opdracht) is dat een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar een diagnose stelt en voor de behandeling de mogelijkheid heeft deze taken te delegeren. Hierbij past niet dat een opdrachtnemer op zoek gaat naar een opdrachtgever. Voor mondhygiënisten is dit echter wel de huidige realiteit. Wanneer zij bijvoorbeeld bij het uitvoeren van tot hun specifieke deskundigheid behorende werkzaamheden (zoals een gebitsreiniging) anesthesie willen toepassen, dan mogen zij daar zonder opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar niet toe overgaan, terwijl zij wel zijn opgeleid om die handelingen te verrichten en het binnen hun deskundigheidsgebied valt om te beoordelen of die handelingen noodzakelijk zijn (straks ook bij het behandelen van een primaire caviteit). Dat nu eerst een opdracht noodzakelijk is, is niet doelmatig. Kortom, deze amvb beoogt aan te sluiten bij de intentie van de Wet BIG. Gedurende een periode van maximaal vijf jaar zal het experiment met de geregistreerd-mondhygiënist plaatsvinden. Een onderzoek (evaluatie) maakt deel uit van dit experiment. Bij de evaluatie gaat het om de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid doelmatig en doeltreffend is; dus in hoeverre het bijdraagt aan efficiëntere en effectievere zorg.

De variabelen waarop in ieder geval wordt geëvalueerd, zullen zijn:  
kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);  
effectiviteit (onder andere: wordt er gebruik gemaakt van de bevoegdheden?);  
doelmatigheid (onder andere: wat is het kosteneffect?);  
continuïteit van zorg;  
samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënist.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door een nog aan te wijzen, onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het experiment zal geslaagd zijn wanneer dit heeft geleid tot doelmatigere inzet van een hoogwaardige beroeps capaciteit, en de verwachting wordt bevestigd dat de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt niet in het geding is.

### **Huidige positionering van de mondhygiënist**

De mondhygiënist is rechtstreeks toegankelijk voor patiënten. Een groot deel van de mondhygiënist (ongeveer twee derde deel) is werkzaam in een tandartsenpraktijk. In die situatie worden tussen de betreffende tandarts en de mondhygiënist nu op individueel niveau samenwerkingsafspraken gemaakt, al dan niet – veelal afhankelijk van de grootte van de praktijk – vastgelegd in een protocol. Afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld welke patiënten worden toevertrouwd aan de zorg van de mondhygiënist, hoe vaak de tandarts de patiënt wenst te zien, hoe de routing in de praktijk is (anamnese, mondonderzoek, zorg- en behandelplan, diagnose, indicatie voor behandeling en behandeling, kortom: wie doet wat). Mondhygiënist die zelfstandig gevestigd zijn (ongeveer een derde deel van de beroepsgroep) werken samen met meerdere tandartsen/verwijzers. De verwijzing en de samenwerkingsafspraken worden nu bij voorkeur schriftelijk vastgelegd. Na de behandeling rapporteert de mondhygiënist schriftelijk aan de tandarts welke behandeling heeft plaatsgevonden, wat de bevindingen zijn en – uiteraard mede in overleg met de patiënt – de eventuele vervolgbehandelingen. Deze rapportage wordt opgenomen in het dossier van de patiënt. Als de mondhygiënist constateert dat de zorgvraag van de patiënt en de te verlenen zorg buiten het eigen deskundigheidssterrein liggen, dan verwijst de mondhygiënist de patiënt naar een tandarts.

Door dit experiment zal de samenwerking tussen mondhygiënist en tandartsen veranderen, omdat geregistreerd-mondhygiënist de zelfstandige bevoegdheid krijgen om voorbehouden handelingen te verrichten die vallen binnen hun deskundigheidsgebied. Goede zorg brengt mee dat er samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënist moet blijven plaatsvinden, ongeacht of er sprake is van een mondhygiënist of een geregistreerd-mondhygiënist. De (geregistreerd-) mondhygiënist houdt zich immers alleen met de niet-complexe mondzorg bezig, voor de complexe mondzorg is het noodzakelijk dat een tandarts betrokken wordt.

### **Deskundigheidsgebied geregistreerd-mondhygiënist**

Hiervoor is reeds toegelicht dat een geregistreerd-mondhygiënist zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van de aangewezen voorbehouden handelingen, en wat het verschil is met de functionele zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist. In het verlengde daarvan is in deze amvb (artikel 7) het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist opgenomen. Het deskundigheidsgebied komt grotendeels overeen met het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist zoals dat is opgenomen in hoofdstuk V van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De omschrijving van het deskundigheids-

gebied sluit aan bij de kennis, het inzicht en de vaardigheden die op grond van de (vernieuwde) opleiding mondzorgkunde zijn opgedaan. Het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist wijkt op de twee navolgende punten af van het deskundigheidsgebied van de (niet geregistreerd) mondhygiënist.

1. In de beschrijving van het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut staat opgenomen dat de mondhygiënist deskundig is ter zake van het in opdracht van een tandarts verrichten van in dat besluit aangewezen voorbehouden handelingen<sup>10</sup>. In het deskundigheidsgebied zoals omschreven in deze amvb wordt ervan uitgegaan dat de mondhygiënist die handelingen zelfstandig mag verrichten, dus zonder voorafgaande opdracht van een tandarts.

2. In het in dit besluit omschreven deskundigheidsgebied is het aspect opgenomen dat de mondhygiënist voor de behandeling van cariës zo nodig verwijst naar een tandarts. Nu er in de opleiding van de mondhygiënist aandacht wordt besteed aan interprofessionele samenwerking, weten mondhygiënist wanneer zij een tandarts of een arts in moeten schakelen.

De geregistreerd-mondhygiënist werkt zelfstandig binnen het in deze amvb omschreven deskundigheidsgebied. Als deskundige op het gebied van de preventieve mondzorg kan de (geregistreerd-) mondhygiënist de verantwoordelijkheid dragen voor het screenen, monitoren en het uitvoeren van een grote categorie tandheelkundige niet-complexe behandelingen of de behandeling van patiënten van wie de gebitssituatie zo stabiel is, dat curatieve zorg niet of nauwelijks meer nodig is.

### **Voorbehouden handelingen**

Er wordt via deze amvb een zelfstandige bevoegdheid toegekend aan de geregistreerd-mondhygiënist om binnen hun deskundigheidsgebied de in artikel 8 opgesomde voorbehouden handelingen te verrichten. Het gaat hier om het behandelen van primaire caviteiten (een vorm van een heelkundige handeling), het toepassen van anesthesie (injecteren) en het maken van röntgenfoto's, voor wat betreft solo- en bitewing opnamen (het gebruikmaken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden), voor zover die handelingen binnen het deskundigheidsgebied vallen.

Op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid is de mondhygiënist reeds functioneel zelfstandig bevoegd tot het behandelen van primaire caviteiten en het toepassen van lokale anesthesie. In zulke gevallen is altijd een opdracht van de tandarts vereist. Voor mondhygiënist die niet in het tijdelijk register staan opgenomen, blijft gelden dat zij alleen bevoegd zijn tot het verrichten van die handelingen, na een opdracht van een tandarts. Door opname van deze handelingen in deze amvb, is een opdracht niet meer nodig wanneer een geregistreerd-mondhygiënist de voorbehouden handeling verricht. Om een voorbehouden handeling verantwoord zelfstandig te kunnen verrichten, is het noodzakelijk dat de geregistreerd-mondhygiënist deskundig is in het indiceren van de voorbehouden handeling. De geregistreerd-mondhygiënist kan de voorbehouden handeling zelf uitvoeren of een opdracht daartoe verlenen aan een ander (mits deze bekwaam is de handeling uit te voeren).

<sup>10</sup> Het gaat hier om de volgende handelingen: het toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek; het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties met middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek; en het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

De zelfstandige bevoegdheid die wordt toegekend, is in omvang begrensd door artikel 8, tweede lid. De bevoegdheidsgrenzen van de geregistreerd-mondhygiënist worden bepaald door de eigen bekwaamheid, de omschrijving van het deskundigheidsgebied en de bij dit besluit gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Daarbij kan opgemerkt worden dat samenwerking met de tandarts hierbij cruciaal blijft. Bij twijfel over een behandeling dient de geregistreerd-mondhygiënist een tandarts te consulteren. Tot slot geldt ook ten aanzien van de geregistreerd-mondhygiënist de algemene eis dat deze uitsluitend bevoegd is tot het verrichten van een aan hem voorbehouden handeling indien hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij daartoe ook bekwaam is (artikel 35a, eerste lid, van de Wet BIG). Het kan zich immers voordoen dat een mondhygiënist die reeds enkele jaren voor de inwerkingtreding van dit besluit is afgestudeerd, de aan hem voorbehouden handelingen gedurende lange tijd niet hebben verricht. Zij zullen immers, vooral gezien het feit dat zij hiervoor onvoldoende gelegenheid hebben gekregen om de handelingen functioneel zelfstandig te verrichten, niet alle handelingen even vaak verrichten. Of een geregistreerd-mondhygiënist bekwaam is de aan hem voorbehouden handelingen te verrichten, dient individueel bepaald te worden door de geregistreerd-mondhygiënist op dezelfde wijze waarop het bekwaamheids criterium bij de andere BIG-beroepen wordt toegepast. Acht een geregistreerd-mondhygiënist zichzelf niet bekwaam, dan mag deze geregistreerd-mondhygiënist de handeling niet verrichten. De patiënt kan dan behandeld worden door een collega-geregistreerd mondhygiënist die wel bekwaam is of door een tandarts.

### **Opdrachtverlening**

Artikel 38 van de Wet BIG, dat gaat over de opdrachtverlening tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, is van toepassing. Omdat het gaat om een nieuwe bevoegdheid voor een specifieke categorie beroepsbeoefenaren die het beroep in de volle breedte moet kunnen gaan uitoefenen, is het opdrachtgeverschap onder de reikwijdte van artikel 36a gebracht. Dit betekent dat de in dit besluit aangewezen beroepsbeoefenaren ook opdracht kunnen geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn indien aan de in artikel 38 genoemde voorwaarden is voldaan.

### **Tijdelijk register en handhaving**

Zoals hiervoor aangegeven staan de op grond van artikel 34 gereguleerde mondhygiënisten niet geregistreerd in het BIG-register. Artikel 36a van de Wet BIG regelt dat de bij deze amvb gereguleerde geregistreerd-mondhygiënisten onder de werking van het tuchtrecht vallen. Op grond van artikel 36b van de Wet BIG is het daarnaast mogelijk om bij amvb een tijdelijk register in te stellen ten aanzien van experimenteerberoepen voor de duur van het experiment. Hiervoor gelden dezelfde bepalingen als voor de registers ingesteld op grond van artikel 3 Wet BIG, met uitzondering van enkele bepalingen over onder andere herregistratie. Onderhavig besluit stelt een dergelijk tijdelijk register in voor de geregistreerd-mondhygiënist. Derhalve is het onverkort mogelijk om een geregistreerd-mondhygiënist een tuchtmaatregel op te leggen, welke maatregel wordt aangetekend in het tijdelijk register. Indien na afloop van het experiment een wetswijziging in werking treedt waardoor de geregistreerd-mondhygiënist wordt opgenomen in artikel 3 Wet BIG, krijgt het tijdelijk register een definitief karakter. De eventueel opgelegde tuchtmaatregelen en de met de inschrijving in het tijdelijk register samenhangende rechtsgevolgen blijven hierdoor in stand. Daarbij kan gedacht worden aan op grond van artikel 9 Wet BIG in het register geplaatste aantekeningen.

Indien het experiment niet wordt omgezet in een permanente situatie, houdt het tijdelijk register op te bestaan.

Ook andere handhavingsinstrumenten kunnen onverkort worden ingezet. Hierbij valt te denken aan de mogelijkheid voor de minister om op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg een aanwijzing te geven aan de betreffende zorgaanbieder. Voor spoedeisende gevallen beschikt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over een bevelsmogelijkheid.

### Financiële lasten

<b>Geregistreerd-mondhygiënisten</b>	Maximaal 2.000 mondhygiënisten komen in aanmerking voor registratie. Kosten van registratie bedragen. € 85. Registratie is noodzakelijk voor de zelfstandige bevoegdheid.	Deze kosten komen voor rekening van de mondhygiënist.
<b>Certificaat stralingsbescherming</b>	Maximaal 2.000 mondhygiënisten moeten deze cursus volgen. De kosten zullen ongeveer € 600 per persoon bedragen. Dit certificaat is noodzakelijk voor de zelfstandige bevoegdheid.	Deze kosten komen voor rekening van de mondhygiënist.
<b>CIBG</b>	– Registratie tijdelijk BIG-register – Kosten tijdelijk BIG-register € 80.000.	– Gefinancierd uit registratietarieven CIBG. – Gefinancierd uit begroting VWS.
<b>Tuchtcolleges</b>	Circa € 10.000 per jaar <sup>1</sup>	Gefinancierd uit begroting VWS.
<b>Commissie buitenlands gediplomeerden volksgezondheid</b>	Circa € 10.000 per jaar	Gefinancierd uit begroting VWS.
<b>Onderzoek experiment</b>	Schatting kosten nulmeting circa € 100.000. Gevolgd door een experiment circa € 450.000.	Gefinancierd uit begroting VWS.

<sup>1</sup> Er zijn circa 3.500 mondhygiënisten werkzaam in Nederland. Er zijn ongeveer 2000 mondhygiënisten die de vernieuwde opleiding met succes hebben afgerond. De schatting van de kosten voor tuchtcolleges is gebaseerd op de gemiddelde kosten per tuchtzaak (circa € 2.000) en een schatting van het aantal tuchtklachten (circa 5 per jaar). Dit laatste aantal is gebaseerd op de omvang van de beroepsgroep. Hierbij is de aanname gedaan dat de kosten een lineaire relatie hebben met het aantal tuchtzaken. In de praktijk is dit niet volledig het geval, omdat een toename van het aantal zaken tot een toename in personele omvang (en de daarmee samenhangende indirecte kosten) zal leiden. In deze kosten is ook de uitbreiding van de tuchtcolleges opgenomen.

### Gevolgen voor regeldruk

Deze amvb zorgt voor een registratieplicht voor de geregistreerde mondhygiënist en heeft daarom regeldrukgevolgen voor mondhygiënisten. De amvb heeft geen regeldrukgevolgen voor burgers. Het kost de geregistreerde mondhygiënisten tijd om zich in te schrijven in het tijdelijke register. Er zijn gedurende de looptijd van dit experiment geen structurele administratieve lasten die verband houden met de periodieke registratie. Een grove schatting is dat dit circa 30 minuten kost per inschrijving. Uitgaande van een uurtarief van € 48 en een populatie van maximaal 2.000 geregistreerde mondhygiënisten, betekent dit een schatting van eenmalige administratieve lasten van  $(2.000 * 0,5 * € 48 =) € 48.000$  voor de geregistreerde mondhygiënisten. De cursus voor het

behalen van een diploma, certificaat of ander getuigschrift ter afsluiting van de opleiding tot toezichthoudend medewerker stralingsbescherming voor tandheelkunde (basisniveau) zoals benoemd in art.5.22 eerste lid onder b van bijgevoegde regeling kost twee dagen. Uitgaande van een uurtarief van € 48 en een populatie van maximaal 2.000 geregistreerd-mondhygiënisten, betekent dit naar schatting eenmalige administratieve lasten van  $(2.000 * 16 * € 48 =) € 1.536.000$ , naast de cursuskosten van € 600 per persoon. Daarnaast is ingevolge artikel 5.7 vierde lid van het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming vereist dat mondhygiënisten zich op dat gebied regelmatig moeten bij- en nascholen. Gedurende de looptijd van het experiment zal hier echter geen sprake van zijn.

Indien de geregistreerd mondhygiënist voldoende beheersing van de Nederlandse taal moet aantonen middels een certificaat voor een examen Nederlandse taal op het niveau B2 dient deze een taaltoets af te leggen. De taaltoets is voor eigen rekening. De kosten van de toets bedragen circa € 180,-. De duur van een toets is gemiddeld 2 en half uur. De afgelopen vijf jaar hebben er per jaar gemiddeld vier mondhygiënisten in Nederland een aanvraag gedaan voor erkenning van hun beroepskwalificaties. Zij zouden een dergelijke toets af hebben moeten leggen.

### **Toetsen**

De wetgevingstoets en fraudetoets zijn uitgevoerd. Het risico op fraude met echtheid van getuigschrift is klein en er staan voldoende controle mogelijkheden en sancties tegenover.

De IGJ heeft een toezichts- en handhaafbaarheidstoets uitgevoerd. De IGJ doet enkele suggesties tot verbetering en constateert dat de amvb uitvoerbaar en handhaafbaar is.

Het CIBG heeft een uitvoeringstoets uitgevoerd. Het CIBG voorziet geen knelpunten in de uitvoering. De registratieprocedure wijkt niet af van die van andere beroepen en is in de praktijk werkbaar gebleken.

### **Inbreng internetconsultatie**

Via het internet hebben 1.604 organisaties en individuen (veelal tandartsen) op een eerder ontwerp van de amvb gereageerd. In totaal zijn 727 reacties openbaar. Een aantal thema's kwam in de reacties prominent naar voren, te weten de noodzaak, de poortwachtersfunctie van de tandarts, de kwaliteit, patiëntveiligheid en risico van overbehandeling, Besluit stralingsbescherming en kosten. Uit de reacties blijkt dat tandartsen weerstand bieden tegen de onderhavige amvb. Naar aanleiding van de reacties is de amvb en de nota van toelichting aangepast.

#### *Noodzaak*

Tandartsen hebben aangegeven dat onduidelijk is wat de noodzaak is om dit experiment te starten. Naar aanleiding van die inbreng is de nota van toelichting aangepast, om het belang van taakherschikking te verduidelijken.

#### *Regiebehandelaar*

Tandartsen geven veelal aan dat de tandarts regiebehandelaar zou moeten zijn en eindverantwoordelijke voor de gehele mondzorg van de patiënt.



In de Wet BIG en onderhavige amvb worden geen regiebehandelaars of poortwachters aangewezen in de mondzorg. Ook is bewust vrijgelaten wie de periodieke controles uitvoert bij patiënten.

#### *Kwaliteit*

Uit de reacties kwam zorg naar voren over de kwaliteit van de opleiding van mondhygiënist. Deze zorg deelt de regering niet.

Bij de voorbereiding van dit experiment is met opleiders gesproken. Opleiders geven aan dat voor de in deze amvb aangewezen handelingen de mondhygiënist sinds 2002 worden opgeleid om deze zelfstandig te verrichten. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat als het bijvoorbeeld gaat om het maken, diagnosticeren en rechtvaardigen van röntgenfoto's dit niet voor het maken van alle röntgenfoto's geldt waarin tandartsen gedoceed worden. Binnen de opleiding tot mondhygiënist is het maken van röntgenfoto's hoofdzakelijk beperkt tot solo- en bitewingopnamen. Mondhygiënist worden gedoceed voor het indiceren en het maken van deze röntgenfoto's. Daarnaast is de opleiding van de mondhygiënist gericht op de diagnosestelling van cariës en parodontologie. Tandartsen worden daarnaast ook onderwezen in het maken, diagnosticeren en rechtvaardigen van andere type röntgenfoto's ten behoeve van meer complexere aandoeningen, welke buiten het deskundigheidsgebied van de (geregistreerd-) mondhygiënist vallen. Ook worden tandartsen onderwezen in aspecten als het technisch beheer van medische apparatuur ten behoeve van het maken van röntgenfoto's. Zij worden daarmee tevens opgeleid tot (basisniveau) toezichthoudend medewerker stralingsbescherming voor tandheelkunde als bedoeld in het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming. Dit zit op dit moment niet in de opleiding tot mondhygiënist. De opleiding tot toezichthoudend medewerker in het kader van het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming (genaamd «Stralingshygiënistisch geschoold Beroepsoefenaar – Tandheelkunde» (voorheen 5A/M)) wordt momenteel aanvullend aan het curriculum Mondzorgkunde aangeboden aan mondhygiënist.

#### *Patiëntveiligheid*

Tandartsen hebben hun zorgen geuit over de patiëntveiligheid. Zij vrezen voor schade aan patiënten door behandelingen, onnodige stralingsbelasting en zijn bang dat patiënten jaren achtereen geen tandarts zullen zien. Zij hebben daarbij zorgen over de kwaliteit van de opleiding. Zij geven aan dat de opleiding van de mondhygiënist onvoldoende is om de handelingen zelfstandig te verrichten. Anders dan in het ter consultatie voorgelegde ontwerp van deze amvb, is thans opgenomen dat de in dit besluit aangewezen voorbehouden handelingen (het behandelen van primaire cariës, het door middel van een injectie toedienen van anesthesie en het gebruik van röntgenapparatuur) slechts toekomen aan de nieuw opgeleide (vanaf 2006) mondhygiënist (de mondhygiënist die zich na registratie geregistreerd-mondhygiënist mogen noemen). Ook is de noodzaak tot het volgen van een opleiding als bedoeld is artikel 5, eerste lid, Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming, die is erkend met inachtneming van artikel 5.22, eerste lid, onderdeel b, van de Regeling basisveiligheidsnormen stralingsbescherming toegevoegd aan deze amvb.

#### *Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming*

Uit de reacties van de internetconsultatie kwam naar voren dat in de onderhavige amvb geregeld moest worden dat een geregistreerd-mondhygiënist over een voldoende opleiding ten aanzien van radiologie

moet beschikken. Het Besluit Basisveiligheidsnormen Stralingsbescherming strekt tot uitvoering de richtlijn 2013/59 Euratom. Deze richtlijn en het Besluit Basisveiligheidsnormen Stralingsbescherming bevatten onder andere regels over het veilig gebruik en het beheer van apparaten die ioniserende straling uitzenden. Het omgaan met ioniserende straling dient vanwege de daaraan verbonden risico's voor mens en milieu op een verantwoorde manier plaats te vinden. Deskundigheid van personen die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van handelingen met ioniserende straling is dan ook van groot belang, gezien hun rol in de bescherming van werknemers en milieu tegen de nadelige gevolgen van blootstelling aan ioniserende straling. Richtlijn 2013/59 Euratom biedt de beleidsmatige ruimte om naast een arts of tandarts ook een andere zorgverlener bevoegd te maken tot het dragen van de klinische verantwoordelijkheid voor een individuele blootstelling. In het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsdeskundige is van deze ruimte gebruik gemaakt. Dat besluit regelt dat als medisch deskundigen in de zin van dat besluit worden aangemerkt artsen, tandartsen of andere zorgverleners die bij of krachtens de 36 of 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bevoegd zijn klinische verantwoordelijkheid te dragen voor een individuele medische blootstelling. Voor de toepassing van het onderhavige Besluit zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist is het noodzakelijk dat de geregistreerd-mondhygiënist hiertoe een diploma, certificaat of ander getuigschrift ter afsluiting van de opleiding tot toezichthoudend medewerker stralingsbescherming voor tandheelkunde (basisniveau) heeft behaald aan een erkende instelling.

#### *Kosten en overbehandeling*

Bij de reacties op de internetconsultatie wordt aangegeven dat de taakherschikking zou kunnen leiden tot overbehandeling en daarmee samenhangende stijgende zorgkosten. Deze zorg deelt de regering niet. Zoals hierboven vermeld, bepaalt de Wet BIG dat (geregistreerd-)mondhygiënisten enkel handelingen mogen uitvoeren indien zij daartoe bevoegd en bekwaam zijn. Wanneer een patiënt bij de geregistreerd-mondhygiënist komt en de geregistreerd-mondhygiënist constateert dat er sprake is van primaire cariës die binnen zijn deskundigheidsgebied valt, kan de geregistreerd-mondhygiënist direct over gaan tot behandeling. Hiervoor hoeft de geregistreerd-mondhygiënist de patiënt niet eerst door te verwijzen naar een tandarts. Doorverwijzing is slechts aan de orde als de (geregistreerd-)mondhygiënist niet bevoegd of niet bekwaam is. In de mondzorg is de omvang van een tandheelkundige behandeling niet altijd vooraf met zekerheid in te schatten. Daarbij geldt dat bij twijfel de patiënt moet worden doorverwezen naar een tandarts. Ook van onnodig röntgenfoto's maken is naar verwachting geen sprake. Ingevolge het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming dienen verwijzende personen en medisch deskundigen zich ervan te vergewissen dat er niet reeds adequate röntgenfoto's zijn gemaakt alvorens nieuwe te maken. Daarmee wordt onnodige blootstelling aan ioniserende straling voorkomen. Deze aspecten zullen eveneens worden meegenomen in de evaluatie van het experiment.

Tenslotte wordt wat betreft het kostenaspect in de internetconsultatie aangegeven dat de mondzorg naar verwachting duurder zal worden omdat de mondhygiënist, die van de hem toegekende bevoegdheden gebruik wil maken, geconfronteerd wordt met de kosten van de aanschaf van röntgenapparatuur voor zelfstandig gevestigde mondhygiënisten. Apparatuur en opleiding zijn nodig om solo- en bitewingopnamen te maken. Het is aan de zelfstandig gevestigde geregistreerd-mondhygiënist of hij die kosten wil maken voor de duur van het experiment.

## Experiment

In de consultatie wordt gevraagd waarom is gekozen voor een experimenteerfase en waarom mondhygiënisten niet direct in artikel 3 van de Wet BIG worden opgenomen. Volgens de reacties hebben mondhygiënisten al jaren de tijd gehad om aan te tonen dat ze de omschreven handelingen functioneel zelfstandig kunnen verrichten. Zoals in de toelichting reeds is aangegeven zijn, na de aanpassing van de opleiding mondzorgkunde, mondhygiënisten eerst functioneel zelfstandig bevoegd gemaakt. Nu de beoogde taakherschikking niet voldoende van de grond komt, wil de regering met deze amvb die taakherschikking stimuleren, door de geregistreerd-mondhygiënisten zelfstandig bevoegd te maken. Met deze amvb wordt eerst via een experiment bezien of de zelfstandige bevoegdheid van geregistreerd-mondhygiënisten er wel toe zal leiden dat de taakherschikking op een verantwoorde wijze van de grond komt.

## De voorhang

Het ontwerp van dit besluit heeft voorgehangen bij de beide Kamers der Staten-Generaal<sup>11</sup>. Naar aanleiding van die voorhang zijn door de Tweede Kamer en Eerste Kamer vragen en opmerkingen naar voren gebracht die bij brief van 27 november 2018<sup>12</sup> zijn beantwoord. Een aantal thema's kwam in de vragen van de Tweede Kamer prominent naar voren, te weten de verhouding tussen het conceptbesluit en de capaciteit in de mondzorg, de kwaliteit, de samenwerking tussen tandartsen en (geregistreerd-) mondhygiënisten, de vormgeving van het experiment en patiëntvoorlichting. De vragen van de Eerste Kamer gingen met name over de verhouding tussen het conceptbesluit en het onderzoek dat gedaan wordt naar de capaciteit in de mondzorg. Ook werd gevraagd hoe de kwaliteit van zorg gegarandeerd blijft.

Ten aanzien van de verhouding tussen het conceptbesluit en het onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg is geantwoord dat het toekennen van veranderde bevoegdheden aan geregistreerd-mondhygiënisten dit onderzoek niet in de weg staat. Het onderhavige besluit hoeft derhalve niet te wachten tot het onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg voltooid is. Ten aanzien van de kwaliteit is benadrukt dat het experiment gemonitord zal worden en dat, net als bij andere registerberoepen van de Wet BIG, het tuchtrecht van toepassing is. Daarnaast geldt, net als nu, dat (geregistreerd-)mondhygiënisten onder het toezicht van de IGJ vallen.

Naar aanleiding van de vragen en antwoorden is de toelichting over de problematiek ten aanzien van de opdrachtverlening verduidelijkt. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om nog een aantal correcties van ondergeschikt belang door te voeren. Zo is in de berekening van de financiële lasten het beschikbare budget voor het onderzoek verhoogd naar € 550.000,-. Ook is artikel 11 van het onderhavige besluit aangepast. Hiervan is een algemene bepaling gemaakt dat Onze Minister voor inwerkingtreding van artikel 2, eerste lid, reeds kan besluiten op aanvragen tot inschrijving in het tijdelijk register voor geregistreerd-mondhygiënisten.

Tijdens de voorhang zijn drie moties ingediend. Het betreft één motie van het kamerlid Van Gerven (SP) en twee moties van het kamerlid Van den Berg (CDA). De motie<sup>13</sup> Van Gerven verzoekt de regering, de

<sup>11</sup> Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr.206

<sup>12</sup> Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr.217 en Kamerstukken I, 2018/19, 32 620, nr. F.

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr.220

taakherschikking uit te stellen totdat de resultaten van het onderzoek door het Capaciteitsorgaan beschikbaar en in de Kamer besproken zijn.

De eerste motie<sup>14</sup> Van den Berg verzoekt de regering, te waarborgen dat geregistreerd-mondhygiënisten die aan het experiment deelnemen een samenwerkingsafpraak met een tandarts hebben gemaakt, zodat bij calamiteiten snel en adequaat doorverwezen kan worden. De tweede motie<sup>15</sup> Van den Berg verzoekt de regering, de Kamer voor het starten van het experiment in 2020 te informeren over de nulmeting en hierbij helder en gedetailleerd aan te geven op welke parameters het experiment getoetst zal worden.

De motie van het kamerlid Van Gerven is verworpen. De moties van het kamerlid Van den Berg zijn aangenomen. Aan de eerste motie, te weten het waarborgen dat geregistreerd-mondhygiënisten samenwerkingsafspraken met een tandarts hebben gemaakt, zal uitvoering worden gegeven door vóór de inwerkingtreding van het experiment met de betrokken beroepsverenigingen (te weten de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Associatie Nederlandse Tandartsen en NVM-mondhygiënisten) in gesprek te gaan om te bezien of zij gezamenlijk, in overleg met de IGJ, tot een kader voor samenwerkingsafspraken kunnen komen. Wanneer dit niet gezamenlijk vóór inwerkingtreding van dit besluit kan gebeuren, zal NVM-mondhygiënisten de noodzaak van samenwerkingsafspraken met een tandarts in geval van calamiteiten, in overleg met de IGJ, opnemen in de professionele standaard. De samenwerking met een tandarts als achterwacht is noodzakelijk om als geregistreerd-mondhygiënist goede zorg te verlenen. Daarmee valt het hebben van samenwerkingsafspraken met een tandarts onder het verlenen van «goede zorg» zoals vereist in de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) en kan de IGJ toezien op deze professionele standaard.

## **Artikelsgewijs**

### **Artikelen 2 en 3**

Op grond van artikel 36b van de wet is het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur een tijdelijk register in te stellen ten aanzien van experimenteerberoepen voor de duur van het experiment. Hiervoor gelden dezelfde bepalingen als voor registers ingesteld op grond van artikel 3 Wet BIG, met uitzondering van onder andere de bepalingen over herregistratie. Onderhavig besluit stelt een dergelijk tijdelijk register in voor de geregistreerd-mondhygiënist.

Het recht om de titel van geregistreerd-mondhygiënist te voeren komt toe aan degenen die in het tijdelijk register zijn opgenomen nadat zij de desbetreffende opleiding, opgenomen in het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs, vanaf 2006 met goed gevolg hebben afgerond. Deze systematiek van de beschermde beroepstitel is vergelijkbaar met die van de beroepen die in artikel 3 van de Wet BIG zijn opgenomen.

Thans is het beroep van mondhygiënist gereguleerd op grond van artikel 34.<sup>16</sup> Degene die zich laat inschrijven in het register verliest daarmee de bevoegdheid tot het voeren van de titel «mondhygiënist» uit artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Omdat een geregistreerd-mondhygiënist ook voldoet aan de opleidingseisen uit dat besluit, zou hij als geregistreerd-mondhygiënist tevens de bevoegdheid

<sup>14</sup> Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr.218

<sup>15</sup> Kamerstukken II, 2018/19, 32 620, nr.219

<sup>16</sup> Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

hebben de titel van mondhygiënist te voeren. Dat kan verwarring veroorzaken omdat het dan voor het publiek bijvoorbeeld niet helder is dat het te maken heeft met een beroepsbeoefenaar die aan tuchtrecht is onderworpen.

Voor de beroepen, bedoeld in artikel 3, en de beroepen die zijn aangewezen op grond van artikel 34, eerste lid, Wet BIG, zijn in artikel 41, onderscheidenlijk 45, regels gesteld over de gelijkstelling van buitenslands gediplomeerden met Nederlands gediplomeerden.

Voor een deel vallen de buitenslands gediplomeerden onder de werking van de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties. Voor dat deel kan volstaan worden met een aanpassing van de Regeling erkenning EU-beroepskwalificaties in de individuele gezondheidszorg. Voor het resterende deel van de buitenslands gediplomeerden voorziet dit artikel in een regeling om gelijkstelling mogelijk te maken.

Voor alle drie de mogelijkheden om in het register in te worden geschreven, geldt dat de betrokken beroepsbeoefenaar tevens toezicht-houdend medewerker stralingsbescherming voor tandheelkunde als bedoeld in het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming moet zijn. Daartoe moet hij beschikken over een diploma, certificaat of een ander getuigschrift ter succesvolle afsluiting van een opleiding tot toezichthoudend medewerker stralingsbescherming voor tandheelkunde (basisniveau), behaald bij een door de Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming erkende instelling. Het kan ook gaan om een diploma, certificaat of ander getuigschrift behaald bij een door een andere lidstaat van de Europese Unie of andere staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of Zwitserland erkende of aangewezen instelling of opleiding. In de artikel 5.4 van de ANVS-Verordening basisveiligheidsnormen stralingsbescherming zijn nadere vereisten opgenomen voor instellingen om erkend te worden om een dergelijk certificaat af te geven.

#### **Artikel 5, tweede lid**

Op grond van artikel 36a Wet BIG is bepaald dat het experiment maximaal vijf jaar zal duren. Indien voor het verstrijken van die termijn een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer wordt ingediend om het beroep van geregistreerd-mondhygiënist op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG, wordt de termijn verlengd met vijf jaar. De verlengingstermijn termijn eindigt eerder indien de wet tot regulering van het beroep in de Wet BIG eerder in werking treedt of het wetsvoorstel daartoe wordt ingetrokken of verworpen.

#### **Artikelen 5 en 6**

Voor de opleiding, bedoeld in artikel 5, zijn landelijke eindtermen ontwikkeld. De eindtermen zijn tot stand gekomen in het Project Transformatie Opleidingen Mondhygiëne (2001–2006) en een gezamenlijk werkgroep van de vier opleidingen: Contouren van een Opleiding Mondhygiëne Nieuwe Stijl, 2003 (beide gefinancierd door VWS), beide volgend op de aanbevelingen van de Regiegroep Opleidingen Mondzorg (2001–2006).

Alle geaccrediteerde opleidingsinstituten die de opleiding mondzorgkunde mogen geven, zijn gehouden deze landelijke eindtermen te hanteren. Wie voldoet aan de opleidingseisen van mondhygiënist is aangewezen om gedurende de experimenteerperiode van vijf jaar zelfstandig bevoegd voorbehouden handelingen te verrichten. De vernieuwde opleiding mondzorgkunde heeft een studielast van 60 studiepunten per jaar. Dat staat gelijk aan 1.680 uren studie per jaar. Totaal heeft de opleiding mondzorgkunde een studielast van 240 studiepunten,

wat gelijk staat aan 6.720 uren studie. De opleiding omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs dat gericht is op het verwerven van een aantal competenties die de basis vormen voor de beroepsuitoefening binnen het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist. Deze competenties zijn professionele mondzorgkundige vorming, communicatie en voorlichting, onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan, instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid, beginselen van de mondzorg en praktijkvoering. De genoemde competenties komen grotendeels overeen met de competenties zoals die genoemd worden in de artikelen 15 en 16 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Op twee punten is er een afwijking, welke afwijkingen hieronder worden toegelicht (zie hiervoor ook het algemeen deel van de toelichting):

#### *Interprofessionele samenwerking*

Met dit besluit wordt in artikel 6, tweede lid, onderdeel b, aan de uitwerking van de competentie «communicatie en voorlichting» een aspect toegevoegd, te weten: «het bevorderen van interprofessionele samenwerking».

Het aspect interprofessionele samenwerking is geborgd in alle opleidingen mondzorgkunde in Nederland. Met interprofessionele samenwerking wordt bedoeld dat geregistreerd-mondhygiënisten ertoe in staat zijn samen te werken met andere mondhygiënisten en met andere disciplines in de zorg, zoals tandartsen, diëtisten, artsen, ergotherapeuten (voor als de dagelijkse mondhygiëne problemen oplevert) en diabetesverpleegkundigen.

#### *Zelfstandig bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen*

In artikel 6, derde lid, onderdeel d, en het vierde lid, onderdeel d en e, van onderhavig besluit komen, anders dan in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, de woorden «in opdracht van een tandarts» niet voor. Nu met dit experiment wordt geregeld dat geregistreerd-mondhygiënisten zelfstandig bevoegd zijn tandheelkundig beeldvormend diagnostisch onderzoek met behulp van stoffen of apparaten die ioniserende stralen uitzenden (binnen het deskundigheidsgebied), primaire cariës te behandelen en met het oog op lokale anesthesie injecties te geven, is een opdracht van een tandarts niet meer nodig. De geregistreerd-mondhygiënisten worden geacht deskundig te zijn deze handelingen zelf te indiceren en te verrichten. Zie voor een verdere toelichting het algemeen deel van de toelichting.

#### **Artikel 7 en 12**

Het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist komt overeen met het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist zoals omschreven in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. Het deskundigheidsgebied wordt in zowel onderhavig besluit als in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut ten aanzien van één aspect geactualiseerd. Thans dient bij ministeriële regeling opgave te worden gedaan van de farmaca die in aanmerking komen voor de toepassing van lokale anesthesie door de mondhygiënist. Tot op heden is deze ministeriële regeling niet ingevuld. Dit is ook niet nodig gebleken. De opleiding van mondhygiënisten (zowel geregistreerd als niet-geregistreerd) is zodanig ingericht dat zij adequaat

worden opgeleid in de mogelijke anesthetica de hun ter beschikking staan en wat indicaties of contra-indicaties zijn om bepaalde middelen te gebruiken. Om die reden wordt de bepaling dat Onze Minister middelen dient aan te wijzen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie, geschrapt in zowel dit besluit als in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

### **Artikel 9**

Dit artikel regelt dat, alvorens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een verklaring van vakbekwaamheid afgeeft, de Commissie buitenslands gediplomeerden volksgezondheid (de commissie, bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van het Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid) onderzoekt of een afgifte gerechtvaardigd is.

### **Artikel 10**

De bepalingen van het Registratiebesluit BIG zijn niet één op één toepasbaar op onderhavig besluit. Daarom is ervoor gekozen de relevante artikelen van het Registratiebesluit BIG van toepassing te verklaren op het tijdelijk register voor geregistreerd-mondhygiënisten. Daardoor wordt bijvoorbeeld de taaleis ten aanzien van geregistreerd-mondhygiënisten op dezelfde wijze toegepast als ten aanzien van andere beroepsbeoefenaren. Omdat het opleidingsniveau van geregistreerd-mondhygiënisten vergelijkbaar is met dat van fysiotherapeuten en verloskundigen, is bepaald dat voor geregistreerd-mondhygiënisten het hetzelfde taalniveau is vereist als voor die beroepen. In het kader van een registratie op grond van artikel 36b van de wet zijn andere bescheiden noodzakelijk dan voor een registratie van een beroep in het kader van in artikel 3 van de wet. Bij het van toepassing verklaren van de relevante artikelen van het Registratiebesluit BIG is daarmee rekening gehouden.

### **Artikel 11**

Op het moment dat van start wordt gegaan met het experiment, bestaat er een onderscheid tussen geregistreerd-mondhygiënisten en mondhygiënisten. Dit artikel bewerkstelligt dat mondhygiënisten reeds voor aanvang van het experiment een aanvraag tot registratie kunnen indienen. Indien Onze Minister besluit tot inschrijving in het register, wordt de inschrijving daadwerkelijk van kracht op moment dat met het experiment gestart wordt.

### **Artikel 13**

Door de regeling over voorbehouden handelingen, bedoeld in artikel 36 van de Wet BIG, uit te breiden met een specifieke categorie beroepsbeoefenaren en dit vast te leggen in een op artikel 36a van de Wet BIG gebaseerde amvb wordt duidelijk dat het voornamelijk om een tijdelijke regeling gaat, zodat – als gevolg van de uitkomst van een evaluatie – nog wijziging kan plaatsvinden in de toegekende bevoegdheden. Gedurende de periode van maximaal vijf jaar wordt de uitoefening van de aangevoerde voorbehouden handelingen gemonitord. Hiertoe wordt het experiment binnen vijf jaar geëvalueerd. In het algemeen deel van deze toelichting staan de variabelen waarop onder andere wordt geëvalueerd. Indien na afloop van het experiment een wetswijziging in werking treedt waardoor de geregistreerd-mondhygiënist wordt opgenomen in artikel 3 Wet BIG, gaat het tijdelijk register over in een definitief register. De eventueel opgelegde tuchtmaatregelen en de mogelijk met de inschrijving in het tijdelijk register samenhangende rechtsgevolgen blijven hierdoor in

stand. Daarbij kan gedacht worden aan op grond van artikel 9 Wet BIG in het register geplaatste aantekeningen.

#### **Artikel 14**

In de inwerkingtreding zal bij koninklijk besluit worden voorzien. Daarbij zal voorzien worden in een gefaseerde inwerkingtreding. Artikel 11 zal op een eerder moment inwerking moeten treden dan de overige artikelen. Artikel 11 bewerkstelligt immers dat mondhygiënisten reeds voor aanvang van het experiment een aanvraag tot registratie kunnen indienen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins



[www.mondhygienisten.nl](http://www.mondhygienisten.nl)

**NVM-mondhygiënist**  
Groenewoudsedijk 40  
3528 BK Utrecht