

# Het veranderende beeld van de beroepsuitoefening

Het beroep van tandarts had oorspronkelijk vooral technische en curatieve aspecten. Thans staat de zorg voor de patiënt centraal. De zorg is gericht op het in stand houden van mondgezondheid over langere tijd door preventie en wanneer nodig door curatie. Hiermee wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de gezondheid en het welbevinden van de mens. De verandering in de beroepsuitoefening voltrekt zich niet vanzelfsprekend omdat een veelheid van factoren de beroepsuitoefening beïnvloedt. Deze factoren zijn: inhoudelijke ontwikkelingen, technologische vooruitgang, wetgeving en overheidsbeleid, organisatorische veranderingen en bepaalde kenmerken van mondzorgverleners. De zich ontwikkelende verandering gaat gepaard met onzekerheid en blijkt moeilijk beheersbaar. Door de genoemde ontwikkeling ontstaat een ander beeld van de beroepsuitoefening en vinden aanpassingen plaats rondom de beroepsuitoefening.

Hokwerda O. Het veranderende beeld van de beroepsuitoefening  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 101-106

## Inleiding

Voor vervaardiging van onderwijsmateriaal en presentaties aan collega's wordt continu informatie vergaard over de ontwikkeling van de beroepsuitoefening (Dagelijks Beleid, 2001; Hokwerda, 2001a; Hokwerda, 2003; Dagelijks Beleid, 2004a; Dagelijks Beleid, 2004b; Dagelijks Beleid, 2005a; Dagelijks Beleid, 2005b). Het doel hiervan is zicht te krijgen op de factoren die het verlenen van mondzorg bepalen en na te gaan hoe hierop invloed is uit te oefenen. Dit artikel beoogt een overzicht te geven van de huidige situatie in de mondzorg. Eerst wordt de aard van de beroepsuitoefening vergeleken met die van vroeger met als doel het belang hiervan aan te geven. Hierop volgt een beschrijving van de factoren die de situatie van de beroepsuitoefening thans beïnvloeden en van het toekomstbeeld van de beroepsuitoefening. Tot slot volgt een bespreking van een aantal aanpassende ontwikkelingen rondom de beroepsuitoefening.

## Kenmerkende veranderingen in de beroepsuitoefening

De tandheelkunde was van oorsprong een technisch en curatief beroep. Het bieden van oplossingen door technische handelingen stond hierbij centraal. Inmiddels is de kennis van diagnostiek, preventie en behandelmogelijkheden enorm uitgebreid. Een probleemoplossende aanpak is hierdoor belangrijk geworden voor het uitwerken van een zorgplan met de bijbehorende

behandelingen. Bovendien vergt de aanpak nu primair communicatie over de beschikbare mogelijkheden en over het handhaven van een goede mondgezondheid.

Sommige tandartsen ervaren deze overgang als een probleem omdat zij het beroep vroeger hebben gekozen vanwege de technisch-curatieve aspecten waarbij het uitvoeren van handelingen voorop stond. Bovendien lieten patiënten het veelal aan de tandarts over de behandelingen te bepalen. Het is logisch dat door de enorme ontwikkeling van de mondzorg nu een zorgbenadering op de eerste plaats komt, vooral gericht op het voorkomen van cariës en parodontale aandoeningen. Bovendien vergen de mondigheid en de keuzevrijheid van patiënten communicatie over het handhaven van de mondgezondheid en het maken van een keuze uit de vele behandelmogelijkheden (Psaltis, 2001). De curatie wordt hierdoor secundair. Deze komt aan de orde als het gezond houden van de mond tekortschiet, zoals bij risicogroepen die meer dan normaal vatbaar zijn voor cariës en parodontale aandoeningen. Verder komt curatie aan de orde als bestaande restauraties of prothetische constructies moeten worden vervangen, bijvoorbeeld bij ouderen wier dentitie vroeger al sterk was aangetast. Ook curatie vergt meer communicatie dan voorheen.

Verlenen van mondzorg thans vergt duidelijk een andere mentale benadering van de tandarts. Naast het toepassen van technische vaardigheden moet de tandarts bedreven zijn in het hantieren van een uitgebreid kennisarsenaal en de hierdoor mogelijke



Afb. 1. Een van de 2000 opgeleide preventieassistenten geeft instructie over het hanteren van een tandenborstel.

keuzes. Bovendien moet hij bedreven zijn in professioneel gedrag omdat communicatie de bedding vormt voor behandeling van patiënten en omgang binnen het mondzorgteam (Projectteam Consilium Abeundi, 2002).

In de loop der jaren is ook de opvatting over gezondheid veranderd. Herstel van aantastingen van de gebitselementen en het parodontium, waarop vroeger het accent lag, vormt nu een symptomatische behandeling waarmee nog geen herstel van gezondheid optreedt. Daarvoor moeten de patiënt en de zorgverlener ziekmakende factoren, zoals plaque met mondbacteriën, wegnemen. Herstel van defecten en functies van de mond is bovendien niet alleen een technische of lichamelijke aangelegenheid omdat het subjectieve beleven van de mond vooral psychosociaal wordt bepaald. Een partner van een tandenknarser zal bijvoorbeeld, als dat 's nachts hinder veroorzaakt, reageren in de relationele sfeer.

### Factoren die de beroepsuitoefening beïnvloeden

Factoren die de beroepsuitoefening beïnvloeden, zijn:

- › inhoudelijke ontwikkelingen;
- › technologische vooruitgang;
- › wetgeving en overheidsbeleid;
- › organisatorische veranderingen;
- › kenmerken van mondzorgverleners.

### Inhoudelijke ontwikkelingen

De bewustheid van het belang van een goede mondgezondheid is toegenomen en daardoor heeft een sterke reductie van cariës en parodontale aandoeningen plaatsgevonden. Steeds meer volwassenen hebben nu een gezonde mond, terwijl het aantal dragers van volledige gebitsprothesen is afgenomen (Kalsbeek et al, 2003). Bij de jeugd wordt echter een verslechtering van de mondgezondheid waargenomen door toename van tanderosie en cariës. Risicogroepen, waartoe ook veel ouderen behoren, hebben veel curatieve zorg nodig waarvan de omvang toeneemt. Daarom is bij het verlenen van mondzorg ook veel aandacht nodig voor de algemene gezondheid. Andersom blijken ook orale ziekten de algemene gezondheid te beïnvloeden.

Meer kennis is nodig omdat het tegenwoordig noodzakelijk is te werken volgens de stand van de wetenschap, te voldoen aan

kwaliteitseisen en te werken met richtlijnen. Deze richtlijnen zijn ook nodig als kader bij samenwerkingsverbanden omdat samenwerking onderlinge afstemming vereist.

### Technologische vooruitgang

Technologische ontwikkelingen hebben gezorgd voor nieuwe restauratiematerialen, bleken van gebitselementen, implantaten, digitale informatieverwerking, videoregistraties van mond(on)gezondheid en behandelingen, lasers, nieuwe diagnostische hulpmiddelen zoals bacteriekweken en cariësdetectoren, enzovoorts. Hierdoor zijn praktijkinvesteringen nodig met als gevolg verhoging van de kosten.

Invoering van de digitale informatieverwerking leidt tot belangrijke aanpassingen van zowel de patiëntenbehandeling als de praktijkorganisatie. Deze aanpassingen op deelreinen zullen steeds meer uitwerking krijgen op systeemniveau, hetgeen een meer rationele werkwijze vergt.

Via internet raken de patiënten en hun belangenbehartigers beter geïnformeerd. Dit dwingt ook de tandarts zijn informatie op peil te houden.

### Wetgeving en overheidsbeleid

Een reeks nieuwe wetten heeft invloed op de beroepsuitoefening, zoals de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG), de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet), het klachtrecht, de kwaliteitswetgeving en de regelgeving voor het milieu. Deze wetten zijn vaak lastig uit te voeren, kosten tijd en geld en geven aanleiding tot frustratie.

Tandartsen blijken vaak moeite te hebben met het voldoen aan de wettelijke eis van 'informed consent' voor een behandeling. Dat betekent dat de patiënt moet zijn geïnformeerd over alle voor- en nadelen en risico's van een behandeling alvorens hij zijn toestemming voor het uitvoeren van de behandeling geeft. Hieraan worden inhoudelijk steeds hogere eisen gesteld, terwijl de voorlichting zo moet worden verzorgd dat deze begrijpelijk en hanteerbaar is.

Regeling van het menskrachtprobleem wordt bepaald door het gegeven dat er een werkverdeling ontstaat tussen tandartsen en diverse andere mondzorgverleners (afb. 1). In de zorgverlening is het beleid van de overheid gericht op het verlenen van zorg door zo beperkt mogelijk opgeleide zorgverleners (Van Schilfgaarde, 2004). De overheid wil in de tandheelkunde primair sturen vanuit delegeerbare taken, dus op basis van een substitutiemodel, zodat het aantal tandartsen niet groter wordt dan strikt noodzakelijk is. Dit veroorzaakt problemen met de overdracht van praktijken, nog afgezien van de huisvestingseisen voor samenwerking.

De wettelijke taak van de overheid om een goede zorgverlening te regelen, is aanzienlijk teruggedrongen. De overheid dreigt de regie te verliezen doordat te veel wordt overgelaten aan marktwerking. Marktwerking kan niet zonder sturing om de inhoud van de zorgverlening en de sociale structuren te ondersteunen. Vooral in de gezondheidszorg is een bepaald toezicht nodig om indicatie op basis van zorgbehoefte, toegankelijkheid en betaalbaarheid veilig te stellen en kwaliteit te garanderen. De berichtgeving in de pers geeft zo nu en dan blijk van ongewenste ontwikkelingen (Arendshorst, 2004).

De overheid hanteert voor het sturen van de zorgverlening

thans een macro-economische doelstelling afgeleid van haar eigen financiële kaderstelling. Een marktpartij, de verzekeraars, wordt ingeschakeld om via marktwerking en concurrentie de kosten binnen de kaderstelling te houden. Op goede gronden kunnen hiertegen bezwaren worden aangetekend, maar zorgverleners zullen moeten erkennen dat de zorgverlening onbetaalbaar dreigt te worden. Het is een belangrijke taak van de zorgverlenende beroepsgroepen een passend systeem te ontwikkelen waarbij de taken worden uitgevoerd met de minste inzet van middelen.

De structuur van financiering en verzekering van mondzorg is door de beperkte basiszorg, met een onoverzichtelijk geheel van aanvullende verzekeringen en de afhankelijkheid van het beschikbare inkomen, steeds meer losgeraakt van het uitgangspunt: indicatie op basis van zorgbehoefte. Omdat mondzorg behalve voor de jeugd en voor het vervaardigen van gebitsprothesen uit het ziekenfonds is gehaald, blijkt een toenemende groep patiënten een achterstand in zorg te krijgen omdat men deze niet kan betalen en geen aanvullende verzekering heeft (Den Dekker, 2005). Dit leidt tot vraaguitval en substitutie door extracties. Kortom: er dreigt een achteruitgang van het niveau van mondgezondheid als consequentie van het overheidsbeleid.

Anderzijds hebben veel mensen meer geld over voor mondzorg. Hierbij doet zich de vraag voor of de wensen van de patiënt altijd moeten worden ingewilligd of aangemoedigd. Vaak vragen patiënten, gewend aan aanvullende verzekeringen, aan het eind van het jaar welke zorgverlening nog mogelijk is om dit in het desbetreffende jaar nog vergoed te krijgen van hun verzekering. Ditzelfde kan zich voordoen om fiscale redenen. Merkbaar is dat de markt, op grond van het al of niet kunnen betalen van zorg, te veel de toegankelijkheid tot de zorg en de geleverde zorg bepaalt, in plaats van een indicatie op basis van zorgbehoefte. Bovendien is indicatie te vaak instrument voor het behalen van omzet. De beroepsgroep zou de verantwoordelijkheid moeten nemen een discussie op gang te brengen over hoe de indicatie voor mondzorg beter kan worden gekoppeld aan de behoefte aan mondgezondheid. Dit dient te worden voorzien van een transparant kostenoverzicht.

Door onvoldoende sturing van de zorg krijgen veel vraagstukken op het ogenblik niet de aandacht die nodig is, zoals de onduidelijke productomschrijvingen van behandelingen in relatie tot de tarieven. Bestaande honoreringsregelingen kunnen door de gebruikte omschrijvingen (administratief) leiden tot meer omvattende indicaties. Een voor alle partijen meer inzichtelijke beschrijving van behandelingen is nodig. Elders in de zorgverlening wordt al gewerkt met diagnose-behandelcombinaties (DBC). De toepassing hiervan heeft nog geen uitgerijpte vorm. Een probleem is ook dat nog steeds wordt uitgegaan van een financiering op basis van verrichtingen en niet op basis van een zorgbenadering. Dat gaat wringen. Het is dringend gewenst dat een transparant zorgaanbod wordt ontwikkeld in samenhang met een kwaliteitsbeleid met criteria voor zorg, professioneel gedrag en organisatie (Doorakkers, 2005b). De verschillende ontwikkelingen, zoals marktwerking, concurrentie en prestatie-indicatoren, maken dit noodzakelijk, evenals de behoefte hierbij zelfbepalend te opereren (Doorakkers, 2005c; Feilzer en Berendsen, 2005). De Zorgautoriteit zal de beroepsgroep hierover ongetwijfeld vragen stellen. Het gevaar bestaat dat als geen relevante informatie wordt verstrekt, de Zorgautoriteit verkeerd gaat oordelen.



Afb. 2. Regelmatig overleg in een mondzorgpraktijk bestaande uit een tandarts, een mondhygiënist, (preventie)assistenten en een praktijkmanager.

### Organisatorische veranderingen

De tandheelkunde is zo omvangrijk geworden dat één tandarts niet meer alles kan beheersen, mede met de kaderstelling van de wet BIG als uitgangspunt. Daarom moeten de werkzaamheden worden opgesplitst en verdeeld over meerdere tandartsen en medewerkers (Van Dam en Bruers, 2002; Doorakkers, 2004; Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2004). Zo ontstaat een differentiatie of subspecialisatie van de zorgverlening. Dit dwingt tot samenwerking, terwijl men altijd gesteld is geweest op autonomie. Van belang hierbij is dat momenteel circa 40-45% en in de toekomst naar verwachting circa 65% van de werkzaamheden van de tandarts kan worden gedelegeerd aan lager opgeleide medewerkers. Deze overheveling van taken vraagt organisatie, samenwerking en communicatie (afb. 2). Professioneel gedrag is daarom een essentiële factor geworden bij de opleiding van studenten en bij de beroepsuitoefening (Projectteam Consilium Abeundi, 2002). De tandarts moet echter om ergonomische redenen naar aard en tijdsduur een bepaalde mengeling van werkzaamheden blijven uitvoeren. Een herverdeling en overdracht van verantwoordelijkheden is noodzakelijk bij een horizontale en verticale taakdelegatie. Sommigen denken nog steeds dat taakdelegatie kan bestaan uit het verstrekken van werkopdrachten, maar dat functioneert niet goed. Alleen door ruimte biedend leiderschap kan een team echt productief zijn (Fijlstra en Wullings, 1999). Taakverdeling vergt een adequate regie over de uitvoering van de zorgverlening door de betrokkenen, evenals training en begeleiding van de medewerkers (Lingsma, 2000; Doorakkers, 2003; Hokwerda, 2003). Het doel is dat het zoveel mogelijk vanzelf loopt en goed samenhangt.

Het voeren van regie is op micro- en macroniveau nodig om allerlei wildgroei en ongewenste ontwikkelingen af te remmen. De beroepsgroep eist voor de tandarts de regierol bij de patiëntenbehandeling op, maar hoe die rol invulling zou moeten krijgen, is nog niet duidelijk gemaakt. Hierbij moet een helder onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de regie over het zorgmanagement van de patiëntenbehandeling en anderzijds het management van de teampraktijk met het bedrijfsmanagement, die beide een geëigende aanpak vergen maar wel duidelijk samenhangen (Feilzer en Berendsen, 2003; Gosselink, 2005). Ook op



Afb. 3. Studenten werken zelfstandig aan de computercursus 'praktijkvoorbereiding' waarin aandacht wordt besteed aan alle moderne aspecten van praktijkvoering.

collectief niveau is het belangrijk na te gaan hoe de beroepsgroep regie wil of kan voeren om de ontwikkelingen in de gewenste banen te leiden. Dit houdt in dat wordt aangegeven binnen welke kaders ontwikkelingen zouden moeten plaatsvinden en welke ontwikkelingen ongewenst zijn. Vooral ten aanzien van de regierol van verzekeraars speelt dit in sterke mate.

Vroeger zat er rondom de werkzaamheden van de tandarts slechts een klein schilletje van organisatie. Nu ontstaat rond het werken in teamverband een sterke uitbreiding van management en organisatie met bijvoorbeeld een ingewikkeld personeelsbeleid. Alle optredende veranderingen dwingen tot het aanpassen of opgeven van de solopraktijk van vroeger en het ontwikkelen van allerlei vormen van samenwerking (Doorakkers, 2005a). Daarbij moeten drie kernverantwoordelijkheden worden onderscheiden: de mondgezondheid van de patiënt, de continuïteit van de onderneming en de samenwerking in het team, inclusief welzijn en werksatisfactie. Het blijkt niet eenvoudig een goede balans te vinden tussen de drie verantwoordelijkheden voor zorgverlening, rendement en sociale aspecten.

Differentiatie veroorzaakt niet alleen een verschuiving in de zorgverlening en een verandering in de structuur van de beroepsuitoefening, maar leidt tevens tot een heterogeen en onoverzichtelijk zorgaanbod voor patiënten. Dit wordt mede in de hand gewerkt door een differentiatie of segmentatie in het aanbod van de zorgverlening voor bepaalde groepen patiënten en bepaalde soorten behandelingen.

De mondhygiënist nieuwe stijl ter vervanging van de bestaande mondhygiënist vormt een nieuw vraagstuk. Deze mondhygiënist heeft een uitgebreider takenpakket dat ongeveer de basiszorg omvat. Er zit een bepaalde frictie tussen de omvang van het takenpakket en de afhankelijkheid van de tandarts die steeds meer in deeltijd en niet overlappend aanwezig is. Deze samenwerking en de veranderde positie van de mondhygiënist zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Hoe minder goed de processen van samenwerking vorm maar ook ruimte voor ontwikkeling krijgen, hoe meer fricties en autonome ontwikkelingen te verwachten zijn.

Omdat geen gebundelde kennis beschikbaar is voor de opzet en de aanpak van een samenwerkingsmodel moeten tandartsen zelf zich een weg zien te banen door allerlei vraagstukken. Er

blijkt een duidelijke behoefte aan meer ondersteuning door de beroepsorganisatie.

Het wordt steeds meer gebruikelijk het management van buiten te halen. Hierbij dient men zich af te vragen in hoeverre de zorgverlening voorop staat dan wel andere motieven een rol spelen. Het toenemende aantal in deeltijd werkende (vrouwelijke) tandartsen bevordert het binnenhalen van professioneel management van buiten. Dat is op zichzelf een positieve ontwikkeling op voorwaarde dat de eindverantwoordelijkheid bij de beroepsgroep blijft. Dit in verband met de samenhang tussen zorg- en bedrijfsmanagement (afb. 3) (Gosselink, 2005).

Specifieke vraagstukken zijn verder nog de ongelijke leeftijdsverdeling onder tandartsen met als gevolg veel praktijkverlaters in de komende tien jaar, het toenemen van werken in deeltijd, de feminisering van het beroep en hogere investeringslasten door nieuwe technologieën en door eisen van de overheid.

### Kenmerken van mondzorgverleners

De affiniteit voor het beroep wordt voor een deel van de beroepsgroep bepaald door technisch-manuele aspecten. Dikwijls bestaat er weinig affiniteit met management en organisatie (Doorakkers, 2005a). Toch willen velen nog altijd zelf alles in de hand houden, ondanks de moeite die dit kost en de overmaat aan taken (Hokwerda, 2001b; Hokwerda, 2001c). Dit leidt tot een sterk procedurele aanpak van de opzet van werkwijzen en samenwerken. Die aanpak is tijdrovend omdat men dan vooral bezig is met toepassen van vooraf bedachte regels en controle daarvan. Door een procesmatige aanpak moet een werkwijze worden gehanteerd waardoor iedereen zo veel mogelijk een eigen verantwoordelijkheid draagt en zelf ervaring kan opdoen. Mede hierdoor ontstaat een vanzelf lopende samenhang van werkzaamheden. Een verkeerde aanpak van zaken en moeizaam overleg met teamleden en patiënten leiden voor tandartsen nogal eens tot stress en burn-out (Gorter en Eijkman, 2002).

De neiging tot innovatie met een planmatige aanpak van vernieuwingen en hieraan gekoppelde investeringen lijkt vaak te gering te zijn. Veel van de huidige tandartsen zijn te weinig ondernemer in verband met een onvoldoende gerichtheid op leidinggeven aan praktijkontwikkeling en het hanteren van een doelmatige bedrijfsvoering op basis van kosten-batenanalyses.

De werksituatie van de tandarts vormt door de hoge fysieke en mentale belasting een hoofdstuk apart. Circa 65% van de tandartsen heeft houdingsproblemen of -afwijkingen (Wouters, 2002). In de huidige omstandigheden loopt 40-50% van de tandartsen het risico voortijdig geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te worden. Bij ongeveer eenderde deel wordt dit bepaald door fysieke omstandigheden en in een toenemend aantal gevallen door mentale oorzaken, meestal gecombineerd met fysieke problemen. Bij tandartsen neemt vaak tussen de 40 en 50 jaar de mentale en fysieke draagkracht langzaam af zonder dat de draaglast in voldoende mate vermindert. Arbeidsongeschiktheid treedt ook steeds meer op jongere leeftijd op. Uit interne, niet gepubliceerde recente gegevens van de belangrijkste verzekeraar tegen arbeidsongeschiktheid in de medische beroepen bleek circa 12% van de tandartsen meer dan 3 maanden arbeidsongeschikt, een toename van ongeveer 3% in 3 jaar. Het verontrust de beroepsgroep nog steeds te weinig omdat men het vaak niet gelooft of denkt dat problemen de eigen deur wel voorbij zullen gaan. Men gaat bovendien ervan uit dat pijn en belemmering onlosmakelijk bij het



beroep horen. Wat tandartsen op de been houdt, is - afgezien van financiële noodzaak - vaak de motivatie voor het beroep. Tandartsen ouder dan 55 jaar overkomt het relatief vaker dan jongeren dat de draaglast de draagkracht overschrijdt omdat er geen structurele mogelijkheid voor een aangepaste werksituatie bestaat. Het is een paradox dat de tandarts zijn beroepsuitoefening baseert op preventie, maar voor zichzelf te weinig aandacht besteedt aan preventie van beroepsafwijkingen (afb. 4).

Veel behandelapparatuur is ongeschikt en maakt helaas een gezonde werkwijze van de tandarts niet of onvoldoende mogelijk. Omdat de tandarts op de markt in dit opzicht vaak geen eisen stelt, mede door een gebrek aan inzicht hierin, wordt de productie door de industrie uiteindelijk bepaald door een mooi ontwerp, kleur en technologie. In verband met de gezondheid van tandartsen en de zorgplicht op grond van de Arboret voor een gezonde werkomgeving voor werknemers is het belangrijk druk te gaan uitoefenen om behandelapparatuur beschikbaar te krijgen waarmee op gezonde wijze kan worden gewerkt.

Een teveel aan belastingen kan eveneens optreden doordat partners bijvoorbeeld beiden een baan, een sociale omgeving en verplichtingen tot beroepsontwikkeling hebben. Voorts krijgen men vaak pas op oudere leeftijd kinderen. Dit vergt onder andere organisatie en financiering van de kinderopvang, terwijl ook de gekozen huisvesting hoge financiële lasten met zich mee kan

**Afb. 4.** Als onderdeel van de opleiding oefenen studenten te werken in een ergonomisch verantwoorde lichaamshouding en met de patiënt, de apparatuur en de instrumenten in een positie waardoor dit mogelijk wordt.



brengen. Door dit alles moeten de opbrengsten op peil blijven. Een geringe verstoring in de balans van belastingen op privé- en praktijkgebied veroorzaakt dan problemen.

### Het toekomstbeeld van de beroepsuitoefening

Op grond van de in de vorige paragraaf beschreven factoren kan het volgende toekomstbeeld van de beroepsuitoefening van de tandarts worden geschetst:

1. De patiëntenbehandeling bestaat primair uit een zorgbenadering gericht op het gezond houden of maken van de mond, aangevuld met curatie, vooral bij risicogroepen.
2. Er moet meer aandacht worden besteed aan de algemene gezondheid bij de behandeling van patiënten.
3. Het verlenen van mondzorg wordt steeds meer verdeeld over teamleden in een samenwerkingsverband, hetgeen een toename vereist van organisatie, werkverdeling, communicatie en overleg. Hierbij is een procesmatige benadering nodig.
4. Een nieuw aspect is de regie van de patiëntenbehandeling. Dit bestaat uit het vaststellen van wat er moet gebeuren en door wie. De zorgverlening door de verschillende mondzorgverleners moet effectief en efficiënt worden georganiseerd. Dit wordt patiëntmanagement of zorgmanagement genoemd.
5. De technologische ontwikkelingen zullen leiden tot een digitaal management- en informatiesysteem waarin op den duur alle informatieverwerking zal worden ondergebracht.
6. Professioneel gedrag vormt een belangrijke factor in de omgang met patiënten en praktijkmedewerkers.
7. Planmatige praktijkontwikkeling en nascholing zijn noodzakelijk.
8. Het verlenen van zorg moet zijn afgestemd op wetenschappelijke ontwikkelingen en aan kwaliteitseisen voldoen.
9. Rondom dit alles moeten ondernemerschap en praktijkmanagement op professionele wijze inhoud en vorm krijgen.

### Ontwikkelingen rondom de beroepsuitoefening

Vragen over de ontwikkeling van de beroepsuitoefening zijn de volgende:

- › Zal de academische opleiding een adequate basisopleiding kunnen verzorgen die voldoende breed is om als start te dienen voor de beroepsuitoefening?
- › Kan men zich alleen met praktijkwaarnemingen, zonder een gerichte praktijktraining voldoende voorbereiden op de latere beroepsuitoefening?
- › Moeten de beroepsorganisaties niet veel meer doen aan begeleiding van professionele ontwikkeling?
- › Kunnen de beroepsorganisaties en het onderwijs voldoende kennis- en vaardigheidsontwikkeling genereren voor het samenwerken in teams?
- › Zal de feminisering van het beroep adequaat worden opgevangen?
- › Kan de marginale positie van de tandheelkunde in de gezondheidszorg worden verbeterd?
- › In welke mate is toezicht van de overheid op de ontwikkeling van de beroepsuitoefening en het beschikbaar stellen van mondzorg onontbeerlijk?

### Tot slot

Het is nog niet helemaal duidelijk hoe de reactie van de beroepsgroep op alle ontwikkelingen zal zijn. Een practicus is niet zo

gesteld op systeemveranderingen zoals die uit bovengenoemde beschrijving naar voren komen. Er ontwikkelt zich echter onmiskenbaar een gerichtheid op samenwerking omdat de zorgverlening anders niet meer optimaal kan functioneren.

De tandarts is nogal op inhoud gespitst, hij houdt minder van organiseren. Het ontwikkelen van professioneel gedrag vergt een andere instelling dan voorheen. De draaglast is nogal eens groter dan de draagkracht, de tandarts moet in een geheel andere structuur gaan werken, waarvoor hij onvoldoende getraind is en hij zou hiervoor ondersteuning moeten krijgen. Hij voelt zich vaak erg verbonden met zijn beroep en wil, zij het soms wat schoorvoetend, toch ook uitdagingen aanpakken. Hoe zich dit gaat ontwikkelen is een interessante en boeiende vraag.

#### Literatuur

- *Arendshorst D.* Verwikkelingen rond Evadent. Ned Tandartsenblad 2004; 59(5): 11-12.
- *Dagelijks Beleid.* Werken aan uw team. Dagelijks Beleid 2001; 20 (10): 4-6.
- *Dagelijks Beleid.* Creëer een stimulerende werkomgeving. Dagelijks Beleid 2002; 21 (5): 1-4.
- *Dagelijks Beleid.* Vuistregels voor doelmatig delegeren. Dagelijks Beleid 2004a; 23 (2): 3-6.
- *Dagelijks Beleid.* De kenmerken van een goede coach. Dagelijks Beleid 2004b; 23 (12): 8-11.
- *Dagelijks Beleid.* Communicatie bij veranderingen. Dagelijks Beleid 2005a; 24 (4): bijlage.
- *Dagelijks Beleid.* Effectief delegeren. Dagelijks Beleid 2005b; 24 (8): 1-3.
- *Dam B van, Bruers J.* Samenwerken in de zorg. Ned Tandartsenblad 2003; 58(22): 32-33.
- *Dekker J den.* Signalement mondzorg 2004. Ned Tandartsenblad 2005; 60(9): 23-25.
- *Doorakkers P.* De regierol van de algemeen practicus. Tandarts is nog geen poortwachter. Ned Tandartsenblad 2003; 58(18): 12-15.
- *Doorakkers P.* Samenwerking heeft vele vormen. "Kies een concept waarbinnen je je prettig voelt". Ned Tandartsenblad 2004; 59(12): 22-25.
- *Doorakkers P.* Tandarts is niet voorbereid op managen. Praktijkmanagement voor velen pas interessant als het fout gaat. Ned Tandartsenblad 2005a; 60(2): 22-25.
- *Doorakkers P.* Verbeteren is leren van de besten. Ned Tandartsenblad 2005b; 60(13): 24-27.
- *Doorakkers P.* Tandarts verleent publieke dienst. Ned Tandartsenblad 2005c; 60(14): 26-29.
- *Feilzer AJ, Berendsen JAT.* Een braakliggend gebied? Management van tandheelkundige zorgprocessen. Ned Tandartsenblad 2003; 58(15): 20-21.
- *Feilzer A, Berendsen H.* Zorgverzekeringswet 4. Ned Tandartsenblad 2005; 60(14): 10.
- *Fijlstra R, Wullings H.* De essentie van bezielend leiderschap. Leiding geven & organiseren 1999; 49(4): 34-36.
- *Gorter RC, Eijkman MAJ.* Beroepsverwachtingen en type tandarts in het licht van burn-out. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 212-216.
- *Gosselink K.* Management vraagt om professionele steun. Tandarts moet het heft wel in eigen hand houden. Ned Tandartsenblad 2005; 60(17): 10-13.
- *Hokwerda O.* Tandarts hecht te veel aan hiërarchie. Ned Tandartsenblad 2001a; 56: 487-489.
- *Hokwerda O.* Omgekeerde wereld of een keerpunt? (1) Ned Tandartsenblad 2001b; 58: 837-839.
- *Hokwerda O.* Omgekeerde wereld of een keerpunt? (2) Ned Tandartsenblad 2001c; 58: 888-889.
- *Hokwerda O.* Vormgeving: regiefunctie tandarts. Ned Tandartsenblad 2003; 58 (19): 11.
- *Kalsbeek H, Poorterman JHG, Kivit MM.* Tandheelkundige verzorging volwassen ziekenfondsverzekerden 1995-2002. Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag na de stelselherziening in 1995. Leiden/Amsterdam, TNO Preventie en Gezondheid/Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, 2003.
- *Lingsma M.* Aan de slag met teamcoaching. Baarn: Nelissen B.V., 2000.
- *Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.* Samenwerkingsvormen in de tandheelkundige praktijkvoering. Wat heet samenwerking? Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2004.
- *Projectteam Consilium Abeundi.* Professioneel gedrag. Onderwijs, toetsing, begeleiding en regelgeving. Eindrapport. Utrecht: Disciplineorgaan Medische Wetenschappen - Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten, 2002.
- *Psaltis GL.* Are you treating the tooth or the patient? www.dental.economics.cm, september 2001: 44-48.
- *Schilfgaarde R van.* Naar een nieuwe beroepsstructuur. Functionele overwegingen bij de capaciteitsproblematiek. ZM Magazine 2004; 20 (1): 9-12.
- *Wouters JAJ.* Beroepsgebonden aandoeningen van het bewegingsapparaat. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 227-232.

#### Summary

#### The changing picture of practising dentistry

Originally, dentists were particularly technical and curative practitioners. Nowadays, patient care is brought into focus, directed at maintaining oral health permanently by prevention and necessary curative treatments as a contribution to general health and well-being. The changing picture of practising does not develop as a matter-of-course since many factors have an effect on dental practice. Effecting factors are: content concerning developments, technological advancements, legislation, government policies, organizational aspects, and typical characteristics of dental practitioners. The changing picture of practising dentistry is connected with uncertainty, proves to be hard to control, and some adjustments occur around practising.

#### Bron

Uit de disciplinegroep Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 30 november 2005

Adres: prof. O. Hokwerda, UMCG, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

[o.hokwerda@med.umcg.nl](mailto:o.hokwerda@med.umcg.nl)