

# Meningen

## Overheid en opleidingseisen\*

J.M. van der Klaauw

**Samenvatting.** Adequaat en in voldoende aantallen opgeleide beroepsbeoefenaren zijn een essentiële voorwaarde voor waarborging van de goede kwaliteit van de gezondheidszorg. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die op 1 december 1997 in werking is getreden, bevordert de kwaliteit door eisen te stellen aan de deskundigheid en de bekwaamheid van beginnende beroepsbeoefenaren. Het voorstel van de Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)-Werkgroep 'Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg' om de mondhygiënist vrij toegankelijk te maken en zijn takenpakket uit te breiden, past in het beleid van de overheid de doelmatigheid te bevorderen door taakdelegatie naar minder dure, maar wel capabele beroepskrachten. De vervanging van sectorale EU-richtlijnen door Algemene Richtlijnen voor het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren binnen de Europese Economische Ruimte (EER) heeft meer nadelen dan voordelen. Een 'vocational year' na de tandartsopleiding wordt door de meeste EU-lidstaten afgewezen. Bij tekortkomingen zou de opleiding dienen te worden verlengd.

KLAUW JM VAN DER. Overheid en opleidingseisen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 213-215.

Uit de afdeling Extramurale Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

\*Bewerking van de toespraak uitgesproken op de najaarsvergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap op vrijdag 24 oktober 1997.

Trefwoorden: Wet BIG – Beroepskrachtvoorziening – EU-richtlijnen

Datum van acceptatie: 6 april 1998.

Adres: J.M. van der Klaauw, ministerie van VWS, postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

### 1 Inleiding

In dit artikel wordt met een kaleidoscopische blik aandacht besteed aan de volgende zaken:

- de Wet BIG;
- de beroepskrachtvoorziening en de instroomadvisering van tandarts en mondhygiënist van de minister van VWS aan de minister van OC en W;
- het MDW-rapport 'Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg';
- het Europese perspectief en de EU-richtlijnen.

In de slotbeschouwing wordt een wat meer persoonlijke impressie gegeven van de beroepenstructuur en de opleidingen op het terrein van de volksgezondheid.

### 2 De Wet BIG

Het is opvallend dat de Wet BIG na een uiterst lange parlementaire voorgeschiedenis op 1 december 1997 zonder veel problemen in zijn geheel is geïmplementeerd.

In een tijd met veel politieke tegenstellingen rond de structuur van de gezondheidszorg, de rol van de overheid, de stijgende lasten, de langdurige discussies rond stelselwijziging, bleek de Wet BIG geen 'hot' item. Dat had het voordeel dat het voor het ministerie de speelruimte verschaftte om binnen de wettelijke kaders in goed overleg met de Raad BIG en met veldpartijen gestaag en met volharding te werken aan de implementatie.

De introductie van de Wet BIG als zodanig bracht geen grote schok teweeg. Ondanks de volstrekt andere filosofie van de nieuwe wetgeving ten opzichte van de oude wetgeving veroorzaakte de introductie van de laatste fase van de Wet BIG per 1 december 1997 geen aardverschuivingen op het terrein van de zorgverlening. Wel moeten onder andere tandartsen vanaf 1 december 1997 opnieuw worden geregistreerd. Dat kan geen aardverschuiving in de zorgverlening worden genoemd.

Ondanks de betrekkelijke rust in de afgelopen periode zijn er momenten geweest waarop gebleken is dat de Wet BIG uiterst explosief kan zijn omdat het vitale zenuwen raakt in de

relaties tussen beroepsgroepen. Op zulke momenten bleken de directe belangen van beroepsgroepen overduidelijk. Een voorbeeld hiervan is de omschrijving van de deskundigheidsgebieden van de tandprotheticus en de mondhygiënist, zeker waar het betreft het zonder toezicht en tussenkomst toepassen van lokale anesthesie door de mondhygiënist, wat onder artikel 39 van de Wet BIG is gebracht. Op wat langere termijn is een verdere ontwikkeling te voorzien. De Wet BIG maakt veel meer mogelijk dan menigeen denkt. Beroepsgebieden zijn niet meer beschermd en niet meer voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen.

Het Besluit opleidingseisen tandarts acht ik achteraf één van de beste producten van de implementatie van de Wet BIG. Het doet het meest recht aan datgene wat de Wet BIG wil regelen. Kernpunt is dat in het besluit op een goede manier de vaardigheden en de kwalificaties van een startende beroepsbeoefenaar worden genoemd.

Artikel 10 van het besluit, waarin het aspect praktijkvoering geregeld wordt, bevat een aantal elementen, waarvan het mij bekend is dat die nu veelal ontbreken en die bij sommigen de discussie heeft opgeroepen van een 'vocational year' (of halfjaar) ná het tandartsexamen. Het is ook in Europees verband een regelmatig terugkerend thema. Als er na afronding van de opleiding tot tandarts essentiële deficiënties zijn, die een vocational year rechtvaardigen, betekent dit dat de initiële opleiding niet voldoende is en als zodanig zou moeten worden uitgebreid. Registratie zou dan pas daarna kunnen plaatsvinden. Met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk en Duitsland zitten alle landen van de Europese Economische Ruimte (EER) op deze lijn.

De Nederlandse opstelling is wat dat betreft altijd helder en duidelijk geweest. Na het behalen van het tandartsdiploma kan de afgestudeerde worden geregistreerd als tandarts en moet hij in staat worden geacht de tandheelkundige beroepsuitoefening in volle omvang uit te oefenen. Overigens blijft hier wel het onderscheid tussen bevoegd en bekwaam bestaan, maar dat geldt bij de Wet BIG voor alle beroepsbeoefenaren.

Tegen deze achtergrond is het dan ook een goede zaak, dat er nu gewerkt gaat worden aan een Raamplan Tandartsenopleiding. Het Besluit opleidingseisen tandarts is daarvoor een belangrijk kader. Ik had mij overigens nooit zo gerealiseerd,

dat de opleidingen tot tandarts zo verschillend worden ingevuld. Het was en is nog steeds één van de complicaties bij het toelatingsbeleid van niet-EER-diplomahouders.

### 3 Beroepskrachtenvoorziening (BKV)

#### 3.1 Inleiding

Wellicht zal het u zijn ontgaan dat vanuit het ministerie van VWS de laatste jaren de term beroepskrachtenplanning niet meer wordt gehanteerd. Door het ministerie wordt de voorkeur gegeven aan de term *beroepskrachtenvoorziening*, afgekort *BKV*. Dat is meer dan semantiek en ook meer dan een tactische manoeuvre om mogelijke kritiek op de kwaliteit van de omstreden planningcijfers te ontlopen. Het is veel meer een onderlijning van het gegeven, dat exacte planning van het aantal beroepsbeoefenaren buitengewoon moeilijk zo niet onmogelijk is. Te veel variabelen en te veel niet te voorziene ontwikkelingen maken de suggestie, dat hier exact te plannen zou zijn, questieus en aanvechtbaar.

BKV is een relatief zacht instrument, althans als instrument om de zorg te beïnvloeden dan wel te herordenen. Andere factoren zijn daar veel relevanter voor. Ik noem: gedrag van patiënten en van andere actoren (verzekeraars e.d.), de wijze van financieren van de zorg, bepaalde gevestigde belangen en de discussie over de structuur van de zorg. BKV is veelal volgend en slechts zeer ten dele beïnvloedend. Via BKV kunnen wel signalen worden afgegeven, die op de een of andere manier een eigen leven gaan leiden en die vormgevingsdiscussies in de zorg kunnen beïnvloeden. Maar bepalen doet ze het niet. Een taakdelegatie bij de huisartsen bijvoorbeeld van de huisarts naar de 'practical nurse' zal invloed hebben op het aantal op te leiden huisartsen. Of inderdaad taakdelegatie zal plaatsvinden, wordt door partijen bepaald en niet door de BKV.

BKV is altijd een langetermijnzaak. Politieke discussies hierover worden altijd bepaald en veelal beïnvloed door de actualiteit. De laatste tijd verschijnen er bijvoorbeeld regelmatig berichten in de media dat er aanzienlijke tekorten dreigen aan onder meer huisartsen, kinderartsen, psychiaters en tandartsen. Deze berichten geven op hun beurt weer aanleiding tot het stellen van vragen door kamerleden.

#### 3.2 BKV tandartsen/mondhygiënisten

De basis voor de ontwikkeling van de werkloosheid onder tandartsen in de jaren tachtig werd onvoorzien al jaren daarvoor gelegd. Eind jaren zestig luidde de bevolkingsprognose voor het jaar 2000 dat er twintig miljoen inwoners in Nederland zouden wonen. De vijfde tandheelkundige faculteit, die aan de VU werd verbonden, werd in 1968 geopend. In dat jaar startte te Utrecht de opleiding tot mondhygiënist. In die tijd waren er noodgebieden en kregen studenten tandheelkunde vrijstelling van dienstplicht. De instroomcapaciteit tandheelkunde werd in 1975 op 468 plaatsen gebracht. Het aantal eerstejaars mondhygiëne bedroeg in 1976 tachtig.

De vermindering van de cariësincentie in de jaren zeventig leidde er toe dat de norm van één tandarts per 2.000 inwoners verschoof naar één tandarts per 3.000 inwoners. Bovendien werden de bevolkingsprognoses naar beneden bijgesteld. Tegenover deze vraagafname stond door de uitbreiding van de opleidingscapaciteit een toename van het aanbod van afstudeerende tandartsen. Er kwamen begin jaren tachtig meer tandartsen beschikbaar dan er nodig waren. In januari 1984 werd op grond van artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet aan de

ziekenfondsen ontheffing verleend van de plicht om met nieuw te vestigen tandartsen een overeenkomst aan te gaan. Het aantal geregistreerde werkloze tandartsen bedroeg in 1986 ruim 400; in de jaren 1984-1990 werden bijna duizend verklaringen afgegeven aan tandartsen die naar het buitenland wilden vertrekken. De 'studentenmarkt' reageerde zelf op het toenemend aantal werkzoekende tandartsen. De belangstelling voor de studie tandheelkunde verminderde. Het aantal aanmeldingen daalde beneden de capaciteitsfixus van 465 en bedroeg uiteindelijk minder dan honderd.

De leeftijdsopbouw van het tandartsenbestand was in 1985 zodanig dat, zoals ook de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) in haar rapport vermeldde, een geringe vervangingsvraag in de komende vijftien jaar te verwachten was. De AOT gaf duidelijk aan dat in de toekomst bij ongewijzigd beleid meer tandartsen zouden moeten worden opgeleid. De NMT pleitte er tot eind jaren tachtig voor om de capaciteit van de opleiding tot tandarts niet al te zeer uit te breiden. Zij hield daarbij rekening met de WHO-richtlijn van één tandarts per 20.000 inwoners en de inschakeling van hulpkrachten. Begin jaren negentig was de beroepsgroep van mening dat er een tekort aan tandartsen zou gaan ontstaan.

Het advies van de AOT om bij de vraag naar het aantal tandartsen uit te gaan van drie tandartsen en één mondhygiënist per 10.000 inwoners, werd in het kabinetsstandpunt op het AOT-advies overgenomen. Het standpunt is nog steeds richtinggevend voor de advisering van de minister van VWS aan de minister van OC en W over de arbeidsmarktfixus tandheelkunde en mondhygiëne.

De instroom in de opleiding mondhygiëne werd in navolging van het standpunt vanaf 1989 geleidelijk uitgebreid met tien plaatsen per jaar van negentig in 1989 tot 120 in 1992. In 1993 volgde gelijktijdig met de verlenging van de opleiding tot drie jaar een uitbreiding tot 144 plaatsen en in 1995 met de opening van de opleiding mondhygiëne in Groningen een uitbreiding tot 175. Ook in het advies van juli 1997 van de minister van VWS aan de minister van OC en W over de instroomcapaciteit in de tandheelkunde en de mondhygiëne wordt een instroom van 175 eerstejaars mondhygiëne aangehouden.

Wat betreft de tandartsen wordt in het advies gesteld dat – uitgaande van drie tandartsen in fte's per 10.000 inwoners en rekening houdende met onder meer het werken in deeltijd, de bevolkingsgroei en de leeftijdsopbouw van tandartsen – een uitbreiding van de instroom van 210 naar 240 eerstejaars op korte termijn en naar 260 op de wat lange termijn voldoende moet zijn om in de vraag naar tandartsen te kunnen voorzien.

Nieuwe ontwikkelingen, zoals die worden geschetst in het MDW-rapport over de mondzorg, zullen consequenties kunnen hebben voor de personele invulling van de mondzorg. De BKV zal daarop kunnen inspelen, wanneer duidelijk is wat er uiteindelijk zal gaan veranderen. De BKV is dus volgend en niet sturend. Overleg met beroepsgroepen van tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici en tandtechnici is noodzakelijk.

#### 4 MDW-rapport, uitbreiding rol mondhygiënist

Er is vanuit de tandheelkundige beroepsgroep met grote reserve gereageerd op het verschijnen van het rapport van de MDW-werkgroep 'Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg'. Die reserves betreffen onder meer het gestelde over een uitbreiding van de rol van de mondhygiënist. Niet alleen in het rapport maar ook in het kabinetsstandpunt daarover wordt er het nodige over gezegd. Om preventie een belangrijker rol te geven en de doelmatigheid in de mondzorg te vergroten, stelt de werkgroep onder meer voor de mondhygiënist vrij toegankelijk te maken en het takenpakket

van de mondhygiënist uit te breiden. Het kabinet meent dat het een goede zaak is, om ter bevordering van de doelmatigheid, substitutie en taakdelegatie naar 'goedkopere' maar wel capabele zorgverleners te stimuleren in plaats van de instroom van 'duurdere' beroepskrachten uit te breiden.

Een realisering van de voorstellen zou leiden tot een ontwikkeling naar een nieuw zelfstandig beroep, een zeer forse aanpassing van de opleiding tot mondhygiënist en van de instroomseisen en het aanpassen van de bepaling dat de mondhygiënist op verwijzing van de tandarts werkt. Inspirerende gedachten die nog de nodige bezinning behoeven. Met de betrokken beroepsgroepen en verzekeraars zal overleg op gang gebracht worden. De minister van VWS heeft zich voorgenomen om pas aan de hand van de uitkomsten van dit overleg te bezien hoe de voorstellen zullen worden geïmplementeerd.

## 5 Het Europese perspectief en de EU-richtlijnen

Het Raadgevend Comité Tandartsen heeft in de afgelopen jaren veel werk verzet. In de stukken is ook de inbreng vanuit Nederlandse zijde goed terug te vinden. In die zin is bij het ontwerpen van het Besluit opleidingseisen tandarts daar zeer goed gebruik van gemaakt.

De richtlijnen zullen zich de komende jaren ontwikkelen van input-benadering (eisen te stellen aan de opleiding) tot richtlijnen, die meer de basisvaardigheden en de beroepskwalificaties van de startende beroepsbeoefenaar beschrijven en regelen. Dit onderstreept de lijn die de overheid in Nederland ook met de BIG-regelgeving wil inslaan. In die zin is het een goede zaak dat in het kader van de uitwerking van de vereenvoudiging van de EU-regelgeving (het SLIM-project, Simple Legislation Internal Market), de sectorale richtlijnen voor tandartsen en algemeen ziekenverpleger als pilot zijn gekozen om dit uit te proberen.

Ik heb mij in Brussel sterk verzet tegen de tendens om de sectorale richtlijnen zoals die voor arts, tandarts, apotheker en verloskundige bestaan, te laten verdwijnen en de beroepsopleidingen onder te brengen in het Algemeen Stelsel. De twee belangrijkste elementen daarbij zijn voor mij:

- de prikkel tot harmonisatie van opleidingen vervalt en dat betekent in een aantal staten kwaliteitsverlies;

- het toepassen van het Algemeen Stelsel noodzaakt tot weging van elk diploma door iedere lidstaat afzonderlijk en brengt het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren in gevaar, omdat sommige landen een zeer restrictief beleid zouden willen voeren.

Overigens heb ik een zekere ambivalentie. Zo is wat de artsen betreft het niveau van de Italiaanse opleiding kwalitatief minder dan in andere EER-landen. Wanneer de sectorale richtlijn voor artsen zou vervallen, kunnen door het land van ontvangst aanvullende eisen worden gesteld. Niettemin wegen de nadelen van de omzetting van de sectorale richtlijnen in een Algemeen Stelsel niet op tegen de voordelen van de handhaving ervan.

## 6 Slotbeschouwing

Goed opgeleide beroepsbeoefenaren zijn een essentiële voorwaarde voor een goede kwaliteit van de hulpverlening. Een adequate initiële opleiding, een registratiesysteem, een goede na- en bijscholing, een goed doordacht herregistratiesysteem en goede vervolgoopleidingen zijn instrumenten, die van groot belang zijn voor een goede kwaliteit van de gezondheidszorg.

Maar buiten die vaardigheden, kwalificaties en opleidings-eisen heb ik mij in de afgelopen jaren vaak de vraag gesteld: wat maakt een beroep nu tot een beroep in de individuele gezondheidszorg? En dan bedoel ik niet een sociologische discussie over wat een beroep en wat een functie is. Neen ik bedoel: wat is de ziel van het beroep? Wat maakt het tot een beroep in de Wet BIG en wat maakt het tot een dienstverlenend beroep? Kortom: wat is het wezenlijke verschil tussen een ergotherapeut en een ergonomisch adviseur; wat is het verschil tussen een 'fysiotherapeut' in een fitnesscentrum en een fysiotherapeut die hulpverlening doet.

Ik zou als antwoord op deze vragen het volgende willen stellen. De oorspronkelijke betekenis van het begrip therapie komt van theraks (therapos) wat zoveel betekent als hulpstrijder. Een hulpstrijder, die naast iemand gaat staan, die tijdelijk solidariseert, het probleem niet altijd oplost, maar helpt als iemand het moeilijk heeft en het niet meer zelf kan. Dit lijkt mij de ziel van de beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg. Niet met iets maar met iemand bezig zijn.

## Summary

### GOVERNMENT AND TRAINING-REQUIREMENTS

Key words: Individual Health Care Professions Act – Human resources development – EU-directives

The availability of adequately trained professionals in sufficient numbers is an essential condition for guaranteeing good quality of health care. The Individual Health Care Professions Act fosters the quality by defining the educational requirements and the area of professional competence. The proposal of the workinggroup 'Competition, Deregulation and Quality of Legislation in the health care' to make the dental hygienist free accessible for the patient is in accordance with the policy of the government to foster the efficiency by task delegation. The replacement of sectoral EU-directives by general directives for the free movement of professionals within the European Economic Area has more drawbacks than advantages. Most EU-memberstates are not a proponent for a vocational year after the basic dental training. Deficiencies in the basic dental training should have been met by lengthening the basic training.