

Beroepsprofiel Leefstijlcoach

De hbo leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt.

[Home](#) » Beroepsprofiel leefstijlcoach



Een BLCN leefstijlcoach staat voor **kwaliteit**

Een BLCN leefstijlcoach is hoogopgeleid en staat garant voor kwaliteit. Waarom dat zo belangrijk is, lees je hieronder.

Leefstijlcoach is een titel die niet beschermd is. Nu is het (nog) zo, dat in theorie iedereen zichzelf leefstijlcoach kan noemen. Weet dus dat er ook veel niet-gecertificeerde leefstijlcoaches zijn, die slecht (of zelfs helemaal niet) geschoold zijn.

Daarom is het belangrijk dat je let op de kwalificaties en opleiding van een leefstijlcoach. Als je kiest voor een leefstijlcoach die het 'keurmerk' van de BLCN voert, dan kies je voor betrouwbaarheid en kwaliteit.

BLCN leefstijlcoaches hebben minimaal een Hbo vooropleiding afgerond. Daarnaast hebben zij een geaccrediteerde post-Hbo opleiding tot leefstijlcoach gevolgd. Deze is gebaseerd op het functieprofiel van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN). Ook voor zorgverzekeraars is dit een eis, wanneer zij een traject (een Gecombineerde Leefstijlinterventie; GLI) vergoeden. Met andere woorden: alleen BLCN leefstijlcoaches kunnen vergoed worden vanuit je zorgverzekering.

Onze leefstijlcoaches voldoen dus aan strenge kwaliteitscriteria, waaronder de verplichting tot regelmatige bij- en nascholingen. Hierdoor ben je als cliënt altijd verzekerd van een deskundig opgeleide coach, die jou begeleidt naar het best haalbare resultaat van jouw gestelde doelen.

De voordelen van een BLCN leefstijlcoach

Met een BLCN leefstijlcoach ben je verzekerd van kwaliteit. Hij of zij begeleidt jou naar jouw gestelde doelen en voorkomt dat jij verstrikt raakt in de veelheid aan goedbedoelde adviezen om je heen. Want er zijn zoveel tips, tricks en tools – alleen al op het gebied van voeding. Maar wat is waar? Hoe moet jij nu een voedingspatroon aanleren waar je baat bij hebt?

Tijdens de post-Hbo opleiding leert een leefstijlcoach feiten van fabels te onderscheiden over alle leefstijlonderwerpen, waaronder voeding. Hierdoor krijg jij gegarandeerd goede voorlichting en eerlijke informatie. Een leefstijlcoach weet bijvoorbeeld of bepaalde voeding wel of niet goed is. Uiteraard gaat het altijd om het volledige voedingspatroon. Krijg je wel de juiste en voldoende voedingsstoffen binnen? Hoe ziet jouw energieverbruik eruit en hoe past een bepaald eetpatroon hierbij? De leefstijlcoach bekijkt dit samen met jou. Samen bepalen jullie een voedingspatroon dat past bij jou. Jouw situatie, jouw leefstijl en jouw doelen.

De werkwijze van een BLCN leefstijlcoach

Hbo-geschoolde BLCN leefstijlcoaches werken volgens een vaste, wetenschappelijk onderbouwde methode: motiverende gespreksvoering. Dit betekent dat jij als cliënt aan het roer staat. Jij bent leidend in de gesprekken en je bepaalt uiteindelijk zelf wat jij wilt en wat jou helpt. De leefstijlcoach kan op methodische wijze een leefstijlanalyse maken en interventies ontwikkelen. Deze helpen jou om jouw leefstijldoelen te bereiken met gedragsverandering. Bijvoorbeeld meer lichaamsbeweging, gezonder eten, voldoende ontspanning en omgaan met stress.

Functiebeschrijving Hidha (huisarts in dienst bij een huisarts)

Doel van de functie

Het realiseren van hoogwaardige en afgestemde eerstelijnszorg door middel van het uitvoeren van medisch generalistische huisartsgeneeskundige zorg voor individuele patiënten en het voor hen vervullen van een regierol in de zorgketen waar gezamenlijk zorgtaken worden uitgevoerd. De Hidha ondersteunt de algehele patiëntenzorg voor ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk. De Hidha heeft geen patiënten op naam (in Vecozo/ION). De Hidha kan wel eigen patiënten hebben.

Organisatorische positie

De Hidha valt hiërarchisch onder een vrijgevestigde praktijkhouder of een maatschap van praktijkhouders. Hij/zij kan functionele aanwijzingen geven aan medewerkers in het ondersteunend team (maar heeft geen hiërarchisch/operationeel leidinggevende verantwoordelijkheid).

Resultaatgebieden

1 Verlenen van huisartsenzorg

- Verricht medische triage;
- Inventariseert klachten, problemen en hulpvragen op basis van anamnese, testuitslagen en het medisch dossier van de patiënt;
- Overlegt zo nodig met de medisch specialist;
- Verheldert de patiëntvraag, diagnosticeert en behandelt en/of begeleidt;
- Verwijst de patiënt indien nodig;
- Coördineert de zorg rond de patiënt;
- Verricht of voorziet in palliatieve/terminale zorg;
- Adviseert de patiënt inzake preventie en omgaan met klachten;
- Verleent zorg in het kader van ketenzorg of andere lokaal gemaakte zorgafspraken;
- Voert toebedeelde ANW-diensten uit volgens de geldende regionale afspraken en afspraken binnen de maatschap;
- Beantwoordt medische informatieverzoeken.

Resultaten: de Hidha heeft voorzien in medisch generalistische zorg voor patiënten, e.e.a. zoals benoemd in de geldende kernwaarden en kerntaken en vastgesteld door de beroepsgroep. Zorg is geleverd met optimale uitvoering van kerntaken (consult, spoedeisende zorg, chronische zorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorg-coördinatie)¹. Daarbij is rekening gehouden met enerzijds NHG-richtlijnen, interne afspraken met de eindverantwoordelijk praktijkhouder, protocollen en kwaliteitsstandaarden, en anderzijds een zelfstandig professioneel oordeel over de patiëntsituatie en best mogelijke opvolging van zorg.

¹ E.e.a. zoals verwoord in herijkte kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg, jan. 2019 Woudschoten; <https://toekomsthuisartsenzorg.nl>

2 Regierol

- Stuurt het proces rondom de patiënt aan en geeft aanwijzingen en instructies aan het ondersteunend team in de praktijk;
- Heeft contact en overleg met het ondersteunend team bij de aanpak van veel voorkomende vragen in het kader van integrale en continue zorg (zowel binnen als buiten de praktijk);
- Stemt zorg af vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de aan patiënten geleverde zorg.

Resultaten: de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening rond de individuele patiënt is geoptimaliseerd. Contacten zijn effectief en dragen bij aan goede zorg.

3 Organisatorische rol

- Voert en bewaakt patiëntgebonden administratie en registratie van data (HIS/KIS);
- Bewaakt het functioneren van de zorg voor de toegewezen patiënten/patiëntbehandelingen binnen de vastgestelde kaders (professioneel statuut Hidha) en signaleert verbetermogelijkheden in het proces;
- Draagt bij in het proces van kwaliteitsverbetering in de praktijk;
- Zorgt voor goede informatieoverdracht (binnen en buiten de praktijk) zodat continuïteit van zorg wordt bevorderd.

Resultaten: het medisch dossier is actueel en registratie en afhandeling heeft volgens procedures plaatsgevonden. Administratie en organisatie van zorg zijn efficiënt en transparant.

4 Samenwerkingsrol

- Maakt een taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met de werkgever over de patiëntenzorg en de rol naar het ondersteunend team;
- Kan op procesniveau een functioneel (inhoudelijk) sturende en/of superviserende rol hebben naar doktersassistenten (bijvoorbeeld bij triage);
- Kan gevraagd worden om een bijdrage te leveren aan beleidsontwikkeling voor de organisatie, zowel op het gebied van de ontwikkeling van het medisch beleid als het voeren van een efficiënte eerstelijnspraktijk;
- Blijft op de hoogte met samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld praktijkhouders, andere zorgverleners in de wijk, apothekers e.a. en daarbij kan sprake zijn van deelname aan overleggen;
- Kan gevraagd worden om protocollen en werkafspraken op te stellen of hiervoor input aan te leveren.

Resultaten: afspraken voor samenwerking zijn in goed overleg met praktijkhouder geconcretiseerd in beschikbare uren, hetgeen bijdraagt aan de soepele samenwerking en medeverantwoordelijkheid. Waar gewenst is er een eigen bijdrage geleverd aan adequate informatie, communicatie en afstemming onder andere door overlegvormen die bijdragen aan de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening.

5 Vakinhoudelijke rol

- Onderhoudt actuele en specifieke noodzakelijke kennis ten behoeve van de patiëntengroep (doelgroepen) van de werkgever;
- Signaleert de nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied en brengt deze waar nodig in bespreking;
- Draagt bij aan interne opleiding en deskundigheidsbevordering (intercollegiaal en ondersteunend team huisartsenzorg).

Resultaten: zaken van medisch belang zijn tijdig gesignaleerd en gerapporteerd aan de werkgever. Vakinhoudelijke informatie is intern gedeeld. Stagiaires/collega's zijn naar tevredenheid en met resultaat begeleid en gecoacht.

Functie-eisen

Kennis: Opleiding tot huisarts (BIG-geregistreerd). Kennis van en ervaring in eerstelijnszorg. Ontwikkeling in vakkennis, protocollen en richtlijnen wordt bijgehouden. Kennis van ICT-applicaties, administratieve verantwoordingsprocedures en wet- en regelgeving zoals AVG.

Zelfstandigheid: Werkzaamheden worden verricht binnen de kaders van het landelijk overeengekomen professioneel statuut Hidha. De Hidha maakt vanuit eigen professionele autonomie zelfstandige medisch – inhoudelijke- keuzes ten aanzien van de zorgverlening aan de individuele patiënt. De eigen afwegingen dienen wel aan te sluiten bij het beleid van de organisatie. De werkzaamheden worden verricht binnen het gevoerde beleid in de organisatie. Bij organisatorische problemen is terugval mogelijk op de praktijkhouder.

Sociale vaardigheden: Tact, luistervaardigheid, invoelingsvermogen en overredingskracht voor het contact en communicatie met patiënten. In staat zijn tot het aangaan en onderhouden van een langdurige zorgrelatie met de patiënt. Kan omgaan met tegenstellingen en discussies bij het samenwerken in multidisciplinair verband. Is effectief in het opbouwen en onderhouden van doelmatige samenwerkingsrelaties. Kan samenwerken met collega's en andere professionals en werken aan gezamenlijke doelen met een onderlinge taakverdeling. Moet kunnen omgaan met tijdsdruk, crises en spoedeisende situaties.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed: De Hidha is verantwoordelijk voor de medische diagnosestelling en behandeling of verwijzing van patiënten, alsmede voor een adequate administratie binnen kaders van regelgeving en de organisatie. Via overleg met werkgever is sprake van invloed op inhoud en proces. Er is risico op zowel materiële als immateriële schade bij het leveren van huisartsgeneeskundige zorg.

Uitdrukkingsvaardigheid: In staat zijn om zich mondeling, schriftelijk en digitaal zorgvuldig en begrijpelijk uit te drukken bij het toelichten van de diagnose en behandeling aan patiënten, evt. aan andere professionals en betrokkenen. Formuleert en registreert zorgvuldig bij rapportage/ administratie.

Bewegingsvaardigheid: In staat zijn om vakkundig lichamelijk onderzoeken en verpleeg-/medisch technische handelingen uit te voeren. Deze handelingen vereisen getrainde fysieke bekwaamheid.

Oplettendheid: Bijzondere oplettendheid is vereist vanwege het binnen een beperkte beschikbare tijd kunnen komen tot de juiste medische afwegingen en conclusies (diagnose, behandeling, adviezen).

Overige functie-eisen:

- Geduld en volharding zijn vereist voor diagnose en patiënt-behandeling, alsmede bij het regisseren van zorg rond de patiënt in een dynamisch en complex werkveld.
- Systematisch en hygiënisch werken is vereist bij het uitvoeren van lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose en het verrichten van handelingen.
- Integriteit is vereist bij de omgang met medische gegevens van de patiënt en het waarborgen van zorgvuldig gebruik ervan.
- Het onderhouden van in- en externe contacten stelt eisen aan voorkomen en gedrag.
- De functie vereist een klinische blik in het contact met de patiënt.

Inconvenienten in de functie zijn:

- Fysieke belasting bij het verrichten van lichamelijk onderzoek.
- Psychische belasting als gevolg van het persoonlijk aangesproken worden (ook tuchtrechtelijk), het omgaan met persoonlijke en ethische vraagstukken, confrontatie met leed van (eigen) patiënten, mogelijk agressief gedrag van patiënten, alsmede het omgaan met tijdsdruk, crises en spoedeisende situaties.
- Bezwarende werkomstandigheden, zoals het in aanraking komen met zintuigelijk onaangename situaties.
- Risico op persoonlijk letsel, m.n. besmettingsrisico.

KNMT-Functieprofielen tandheelkundige praktijken

Functienaam : Senior tandarts
Functiegroep : Primaire proces
Versie : KNMT, januari 2022/versie 1
Pagina's : 5

Senior tandarts

Algemene kenmerken

De tandarts heeft een spilfunctie in de zorgverlening aan patiënten. De tandarts stelt de diagnose bij de patiënt en heeft een coördinerende rol in de zorgverlening door de diverse tandheelkundige professionals. Zelf verleent hij hoogwaardige tandheelkundige zorg. De tandarts vormt zijn oordeel op basis van een brede medische context. Indien nodig verwijst hij de patiënt naar een zorgverlener binnen of buiten de tandheelkunde. Het deskundigheidsgebied van de tandarts is wettelijk omschreven (Wet BIG). De tandarts werkt volgens professionele richtlijnen, werkinstructies en protocollen van de organisatie. Dit profiel beschrijft de functie van de tandarts in loondienst. De functie tandarts komt voor op junior, vakvolwassen en senior niveau.

De senior tandarts betreft een functionaris die in staat is om de werkzaamheden uit deze functiebeschrijving ook in complexe situaties met enig gemak te verrichten. De senior tandarts heeft veel werkervaring en is een expert op zijn deskundigheidsgebied in de volle breedte of heeft zich verder verdiept/geschoold in een bepaald aandachtsgebied. Hij heeft inzicht en overzicht over de grenzen van zijn deskundigheidsgebied heen. Naast de werkzaamheden uit de functiebeschrijving van een vakvolwassen tandarts verricht de senior tandarts tevens werkzaamheden met betrekking tot het uitdragen van expertise en het vakinhoudelijk begeleiden, instrueren, coachen en motiveren van medewerkers binnen de praktijk.

Doel van de functie

Het coördineren van de patiëntenbehandelingen en verlenen van 'state of the art' tandheelkundige zorg aan patiënten conform professionele standaarden en wetenschappelijke inzichten, zodanig dat de (mond)gezondheid van de patiënten wordt gehandhaafd en bevordert orofaciale functies van de patiënten zo lang mogelijk behouden blijven. Het vakinhoudelijk begeleiden van daartoe door de werkgever aangewezen medewerkers van de praktijk.

Organisatorische positie

De senior tandarts ontvangt hiërarchisch leiding van of namens de werkgever. De senior tandarts geeft functioneel leiding aan medewerkers die hem assisteren en/of onderdelen van de behandeling uitvoeren. De senior tandarts geeft functioneel leiding aan daartoe door de werkgever aangewezen medewerkers van de praktijk.

Resultaatgebieden

1. Onderzoeken van patiënten

- Verzamelt en beoordeelt relevante informatie van de patiënt, onder andere door het afnemen van een anamnese omvattende de klachten en wensen van de patiënt, alsmede het fysiek en mentaal functioneren en de relevante tandheelkundige, medische, psychosociale en culturele achtergronden.
- Informeert bij de patiënt naar klachten over de mondgezondheid en eventuele gebeurtenissen die gevolgen kunnen hebben voor de mondgezondheid.
- Informeert naar de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en het gedrag op het gebied van voeding, roken, medicijngebruik en de wijze waarop de patiënt zijn gebit verzorgt.

- Verzamelt gericht relevante gegevens over de mondgezondheid door het gebit en omringende weefsels te onderzoeken/observeren (lege artis intra- en extraoraal onderzoek) en legt de bevindingen vast.
- Signaleert daarbij symptomen van aandoeningen die zich voor kunnen doen in het orofaciale gebied en brengt deze in relatie tot de algehele gezondheidstoestand van de patiënt. Betreft deze informatie bij de bestudering van het orofaciale gebied.
- Kiest effectief en efficiënt aanvullend diagnostisch onderzoek, voert deze uit, interpreteert de bevindingen en legt deze adequaat vast.
- Is verantwoordelijk voor opname van alle relevante gegevens in de daartoe bestemde dossiers en systemen.

Resultaat: Patiënten zijn onderzocht, waardoor relevante en volledige informatie over de (mond)gezondheid van de patiënt is verzameld. Informatie is correct opgeslagen, zodanig dat relevante en volledige informatie over de mondgezondheid van de patiënt inzichtelijk is.

2. Analyseren en vaststellen van de diagnose

- Identificeert factoren die van invloed zijn op de mondgezondheid zoals voeding, medicijnen en ziektes en de complexe interactie tussen die factoren.
- Interpreteert en legt verbanden tussen de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en eventuele klachten en gesignaleerde gegevens. Raadpleegt hiertoe tevens het patiëntendossier.
- Neemt in voorkomende gevallen maatregelen om een ongewenste interactie tussen algemene gezondheid en tandheelkundige ziektebeelden dan wel tandheelkundig ingrijpen te voorkomen.
- Stelt vast of de informatie over de mondgezondheid van de patiënt voldoende is om conclusies te trekken. Indien dit het geval is: stelt de diagnose vast met behulp van methoden voor diagnostisch redeneren en weegt op grond van de diagnose verschillende behandelmogelijkheden tegen elkaar af.
- Bepaalt welke behandeling gezien de diagnose het beste tegemoet komt aan bevordering van de mondgezondheid van de patiënt.
- Legt de diagnose en de gekozen behandeling vast in het zorg- en behandelplan.
- Bespreekt het voorgestelde zorg- en behandelplan met de patiënt.
- Verwijst de patiënt eventueel naar een andere zorgverlener conform afspraken zoals in de praktijk gebruikelijk.
- Is verantwoordelijk voor opname van alle relevante gegevens in de daartoe bestemde dossiers en systemen.

Resultaat: De verkregen informatie is systematisch en nauwkeurig geanalyseerd. De diagnose en het zorg- en behandelplan zijn zorgvuldig (op)gesteld. Ongewenste interactie tussen algemene gezondheid en tandheelkundige ziektebeelden c.q. handelingen is voorkomen. De ontvangen informatie en de vervolgstappen zijn duidelijk voor de patiënt. De patiënt ontvangt de tandheelkundige zorg die hij nodig heeft.

3. Verrichten van preventieve en curatieve tandheelkundige behandelingen en therapieën

- Verricht diverse behandelingen en therapieën die op grond van de professionele standaard gewenst zijn. De werkzaamheden bestaan uit het voorkomen van progressie van orale pathologie, het wegnemen van orale pathologie en het behouden/verbeteren van de orale functies. Verrichtingen worden uitgevoerd op het gebied van röntgen, anesthesie, cariologie, parodontologie, endodontologie, implantologie, prothetiek, gnathologie, orthodontie en (kaak)chirurgie bij diverse patiëntengroepen.
- Licht de behandeling en werkwijze toe aan de patiënt. Informeert de patiënt over eventuele vervolgstappen.
- Informeert de patiënt over preventief gedrag in relatie tot de mondgezondheid. Speelt hierbij in op de leefstijl van de patiënt. Geeft zonodig instructies ter verduidelijking van het advies en/of verstrekt voorlichtingsmateriaal.
- Past de behandeling aan wanneer zich complicaties voordoen.
- Bepaalt of er anderen bij de behandelingen moeten worden betrokken en delegeert, indien wenselijk en conform de geldende voorwaarden, aan een andere functionaris bepaalde (voorbehouden) handelingen en informeert de patiënt hierover.
- Evalueert de behandeling en resultaten.

- Is verantwoordelijk voor opname van alle relevante gegevens in de daartoe bestemde dossiers en systemen.

Resultaat: Tandheelkundige behandelingen en therapieën zijn op professionele wijze uitgevoerd. De senior tandarts geeft gericht informatie op een voor de patiënt begrijpelijke wijze en de patiënt heeft de informatie begrepen. Door het inzetten van zijn vakspecifieke kennis en vaardigheden heeft de senior tandarts een bijdrage geleverd aan het bevorderen van de mondgezondheid van de patiënt. Bij bijzonderheden is adequaat gehandeld.

4. Aansturen van medewerkers die bij het behandelproces betrokken zijn

- Geeft vakinhoudelijk leiding aan medewerkers die bij het behandelproces betrokken zijn door de kwaliteit en kwantiteit van de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden te controleren en te coördineren en hen te begeleiden, instrueren, coachen en motiveren waar nodig.
- Initieert en ziet toe op een juiste organisatie, uitvoering en kwaliteit van de zorgverlening conform gemaakte afspraken en binnen geldende wet- en regelgeving, procedures, protocollen en voorschriften.
- Begeleidt nieuwe medewerkers en levert input voor periodieke evaluatiegesprekken.
- Signaleert trainingsbehoeften en bespreekt deze met de hiërarchisch leidinggevende.
- Levert input voor functioneringsgesprekken.
- Levert een bijdrage aan werving- en selectiegesprekken.

Resultaat: Medewerkers die bij het behandelproces betrokken zijn, zijn aangestuurd, zodanig dat zij de doelstellingen ten aanzien van hun werkzaamheden hebben gerealiseerd.

5. Begeleiden van (junior) medewerkers en stagiaires die daartoe door de werkgever zijn aangewezen

- Begeleidt, instrueert, coacht en motiveert de junior functionaris naar het vakvolwassen niveau.
- Geeft vakinhoudelijk leiding aan medewerkers die daartoe door de werkgever zijn aangewezen door de kwaliteit en kwantiteit van de uitvoering van de dagelijkse werkzaamheden te controleren en te coördineren en hen te begeleiden, instrueren, coachen en motiveren waar nodig.
- Initieert en ziet toe op een juiste organisatie, uitvoering en kwaliteit van de zorgverlening conform gemaakte afspraken en binnen geldende wet- en regelgeving, procedures, protocollen en voorschriften.
- Begeleidt nieuwe medewerkers en levert input voor periodieke evaluatiegesprekken.
- Signaleert trainingsbehoeften en bespreekt deze met de hiërarchisch leidinggevende.
- Levert input voor functioneringsgesprekken.
- Levert een bijdrage aan werving- en selectiegesprekken.

Resultaat: Medewerkers zijn begeleid, zodanig dat zij de doelstellingen ten aanzien van hun werkzaamheden hebben gerealiseerd.

6. Uitvoeren van organisatie- en professiegebonden werkzaamheden

- Houdt het deskundigheidsniveau op peil door het lezen van vakliteratuur, het volgen van bijscholingscursussen, het deelnemen aan lezingen en congressen, et cetera. Volgt relevante ontwikkelingen op het gebied van nieuwe behandelingen, tandheelkundige en tandtechnische producten en wet- en regelgeving.
- Stimuleert de medewerkers die hij begeleidt, tot het ontwikkelen, onderhouden en delen van kennis.
- Neemt deel aan inhoudelijke discussies met collega's en anderen over het beroep en vormt een visie ten aanzien van het beroep en de beroepsuitoefening. Draagt deze visie aan anderen uit.
- Bevordert en bewaakt de kwaliteitszorg door te participeren in ontwikkel- of intervisiegroepen en de kennis van het vakgebied in te zetten in verbetertrajecten. Ziet toe op de naleving van geldende protocollen en richtlijnen.
- Participeert in onderzoeksprojecten en stelt relevante gegevens beschikbaar.
- Stemt werkzaamheden af met collega's en andere tandheelkundige professionals.
- Neemt deel aan werkoverleg.

Resultaat: De deskundigheid van de senior tandarts is actief en adequaat bevorderd en doelbewust aangewend om de kwaliteit van de werkzaamheden te verbeteren. Werkzaamheden zijn afgestemd met betrokkenen en er is op professionele wijze deelgenomen aan relevante overleggen.

7. Bewaken en bevorderen van kwaliteit

- Levert input bij het opstellen van het kwaliteitsbeleid en ziet toe op de uitvoering van werkzaamheden conform beleid, gemaakte afspraken en binnen geldende wet- en regelgeving, procedures, protocollen en voorschriften.
- Is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de processen op basis van vastgestelde kwaliteitsnormen- en eisen.
- Stimuleert en motiveert collega's in het kwaliteitsdenken, bijvoorbeeld met behulp van knmtkwaliteitsinstrumenten

Resultaat: De kwaliteit is bewaakt en bevorderd, zodanig dat de praktijk voldoet en blijft voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Collega's zijn gestimuleerd in hun kwaliteitsbewustzijn.

8. Verbeteren van werkprocessen en bedrijfsvoering en leveren van input voor beleid

- Signaleert en analyseert ontwikkelingen en knelpunten in de uitvoering van het operationeel beleid en overlegt hierover met de werkgever.
- Doet voorstellen voor het ontwikkelen en/of verbeteren van logistieke en administratieve processen en systemen en draagt zorg voor de kennisoverdracht hiervan richting betrokkenen.
- Signaleert externe trends en ontwikkelingen. Bespreekt deze met de werkgever en levert input voor het beleid ten behoeve van de praktijk.
- Vertaalt het beleid naar operationeel beleid en doelstellingen voor de praktijk, inclusief begroting.
- Draagt zorg voor de realisatie van het beleid en jaarplannen/werkplannen conform de gestelde doelen.
- Denkt proactief mee en handelt proactief bij het effectief en efficiënt inzetten van mensen en middelen waardoor de praktijk operationeel gezond blijft.
- Formuleert werkinstructies en protocollen, bijvoorbeeld omtrent wachttijden en klachtenprocedures, rekening houdend met wettelijke normen en richtlijnen.
- Signaleert kansen in de markt, zowel voor bestaande als nieuwe technieken en behandelmethoden, handelt hiernaar en onderneemt de benodigde acties.

Resultaat: De werkprocessen en de bedrijfsvoering zijn zodanig dat werkzaamheden efficiënt, effectief en met zo hoog mogelijke kwaliteit kunnen worden uitgevoerd. Er is input geleverd voor beleid. Beleid is gerealiseerd, zodanig dat doelstellingen voor de praktijk tijdig, volgens gestelde (kwaliteits)eisen en binnen het gestelde budget zijn gerealiseerd.

Profiel van de functie

Kennis

- Afgeronde opleiding tandheelkunde en BIG-(her)registratie.
- Academisch werk- en denkniveau.
- Relevante werkervaring.
- Kennis van relevante wet- en regelgeving en de geldende protocollen, instructies en richtlijnen.
- Kennis op het gebied van coaching en didactiek.
- Kennis van de toegepaste applicaties en automatiseringspakketten.
- Kennis van kwaliteitssystemen en –instrumenten.

Specifieke functiekenmerken

- Representativiteit
- Dienstverlenende en patiëntgerichte instelling.
- Sociale vaardigheden, zoals tact en empathisch vermogen.
- Mondelinge en schriftelijke uitdrucksvaardigheid bij het geven van voorlichting en advies, voor het opstellen van behandelplannen, procedures en richtlijnen en het toelichten van voorstellen.

- Fijn motorische vaardigheden voor het verrichten van tandheelkundige handelingen in de mond.
- Klinische vaardigheden in het orofaciale gebied bij de behandeling van patiënten.
- Systematisch werken bij het uitvoeren van preventieve en curatieve tandheelkundige behandelingen.
- Analytisch vermogen om problemen te doorzien en gegronde conclusies te kunnen trekken uit beschikbare informatie en om praktische aangelegenheden te vertalen naar administratieve processen en systemen (en vice versa). Analytisch vermogen bij het leveren van input voor beleid en het vertalen hiervan naar operationeel beleid en doelstellingen.
- Leidinggevende en coördinerende vaardigheden.
- Didactische en coachende vaardigheden voor het begeleiden van medewerkers.
- Plan- en organisatievermogen voor het plannen van de werkzaamheden en het stellen van prioriteiten.
- Flexibiliteit en stressbestendigheid bij het verrichten van werkzaamheden onder tijdsdruk en bij het schakelen tussen werkzaamheden en adhoc inspelen op wijzigingen in plannen.
- Probleemoplossend vermogen bij het vinden van een oplossing voor problemen waarbij standaardprocedures niet op voorhand van toepassing zijn.
- Integriteit bij de omgang met vertrouwelijke (patiënten)informatie.

Bezwarende werkomstandigheden

- Bij het uitvoeren van onderdelen van tandheelkundige behandelingen kan sprake zijn van werken in een onnatuurlijk gebogen houding.
- Het in aanraking kunnen komen met röntgenstraling en gevaarlijke stoffen en het lopen van risico's op infecties.

College Tandheelkundige Specialismen
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde

Besluit van 8 december 2017 houdende de algemene eisen voor de opleiding, registratie en herregistratie van de orthodontist en voor de erkenning als opleider, plaatsvervangend opleider en opleidingsinstelling¹²³

(Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2018)

Het College Tandheelkundige Specialismen,

gelet op artikel 14, tweede lid, onder d. van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en artikel 12 van de Regeling Specialismen Tandheelkunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

gezien de adviezen van Nederlandse Vereniging van Orthodontisten en de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen;

BESLUIT:

¹ In de Staatscourant van 1 februari 2018, nr. 5176 is mededeling gedaan van vaststelling van het besluit door het CTS en de instemming daarmee van de minister van VWS. Dit besluit treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2018.

² Dit besluit is door het CTS gewijzigd bij wijzigingsbesluit van 28 oktober 2019. In de Staatscourant van 12 maart 2020, nr. 14104 is mededeling gedaan van vaststelling van het wijzigingsbesluit door het CTS en de instemming daarmee van de minister van VWS. Het wijzigingsbesluit treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2020.

³ Dit besluit is door het CTS gewijzigd bij Besluit Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie 2020 van 26 oktober 2020. In de Staatscourant van 21 mei 2021, nr. 25570 is mededeling gedaan van vaststelling van het wijzigingsbesluit door het CTS en de instemming daarmee van de minister voor Medische Zorg. De wijziging treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 januari 2021.

INHOUD

Hoofdstuk A Algemene bepalingen

Hoofdstuk B De opleiding

Paragraaf I	Algemene bepalingen
Paragraaf II	Toetsing en beoordeling
Paragraaf III	Bijzondere bepalingen

Hoofdstuk C De erkenning

Titel I	De opleider, de plaatsvervangend opleider en de opleidingsgroep
Paragraaf I-A	Eisen
Paragraaf I-B	Verplichtingen
Paragraaf I-C	Waarneming

Titel II De opleidingsinstelling

Titel III Procedure erkenning

Hoofdstuk D De erkenning van beroepskwalificaties, registratie en herregistratie

Titel I Inschrijving

Titel II	Erkenning beroepskwalificatie en registratie
Paragraaf II-A	Aanvraag erkenning beroepskwalificatie en registratie
Paragraaf II-B	Individueel scholingsprogramma
Paragraaf II-C	Tijdelijke en incidentele dienstverrichting

Titel III Herregistratie

Hoofdstuk E Overige bepalingen

Hoofdstuk A Algemene bepalingen

A.1. Begripsomschrijvingen

In dit besluit wordt verstaan onder:

adviescommissie DMO	Een adviescommissie van de RTS ten behoeve van de opleiding en registratie DMO.
aios	Assistent in opleiding voor het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie.
aiossen	Assistenten in opleiding voor het specialisme Dento Maxillaire Orthopaedie.
Critical Appraisal Topic (CAT)	Een presentatie waarin een samenvatting wordt gegeven van een antwoord op een scherp omschreven klinische vraag op basis van literatuuronderzoek, volgens een vaste procedure.
competentie	De bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke beroepscontext adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden, professionele gedragskenmerken, eigenschappen en inzichten.
CTS	College Tandheelkundige Specialismen zoals ingesteld op grond van de Regeling.
cursorisch onderwijs	Gestructureerd onderwijs in cursusvorm, in samenhang met praktijkleren.
deeltijd	Een overeengekomen vermindering van de in de (collectieve) arbeidsovereenkomst opgenomen volledige arbeidsduur.
dienstverrichter	De migrerende beroepsbeoefenaar als bedoeld in artikel 21. van de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties.
DMO	Dento-Maxillaire Orthopaedie.
EER	Europese Economische Ruimte.
eindevaluatie	Evaluatie van competenties van de aios in het tweede semester van het laatste opleidingsjaar met beoordelingsadvies aan de opleider door adviescommissie inschrijving DMO, als onderdeel van de geschiktheidsbeoordeling door de opleider.
Fte	Fulltime-equivalent. Rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt. Eén fte is een volledige werkweek.
geaccrediteerde deskundigheidsbevordering	Deskundigheidsbevordering, die door of namens de betreffende Nederlandse wetenschappelijk vereniging is gewaardeerd.
geïntensiveerd begeleidingstraject	Aanvullende, in tijd, vorm en inhoud omschreven, begeleiding tijdens een deel van de opleiding met als doel het herstellen van de vertraging in de ontwikkeling van de aios.
geschiktheidsbeoordeling	De beoordeling door de opleider of deze de aios al dan niet geschikt en in staat acht de opleiding voort te zetten.
individueel scholingsprogramma (ISP)	Een scholingsprogramma voor een tandarts dat tot doel heeft om deze zodanig te scholen dat deze de zorg in de Dento-Maxillaire Orthopaedie zelfstandig en verantwoord kan uitvoeren.
Korte situationele feedback (KSF)	Instrument om gestructureerde feedback te geven op een geobserveerde taak die door de aios wordt uitgevoerd.
NvVO	Nederlandse Vereniging van Orthodontisten.

opleider	Een door de RTS voor de opleiding erkende orthodontist onder wiens verantwoordelijkheid de gehele opleiding of een gedeelte van de opleiding tot specialist plaatsvindt.
opleiding	De opleiding of gedeelte van de opleiding tot orthodontist in een opleidingsinstelling.
opleidingsgroep	Het samenwerkingsverband van de specialisten, inclusief de opleider en plaatsvervangend opleider, van een opleidingsinstelling betrokken bij de opleiding tot het specialisme.
opleidingsinstelling	Een instelling in Nederland die door de RTS voor het verzorgen van de opleiding tot orthodontist is erkend.
opleidingsplan	Het door de NVvO opgestelde, en door het CTS vastgestelde plan dat de inhoud en structuur van de opleiding tot orthodontist beschrijft.
opleidingsregister opleidingsschema	Een register van aiossen. Een binnen het opleidingsplan en dit besluit passend overzicht van de begin- en einddatum, de volgorde en de locatie(s) van (onderdelen van) de opleiding van de aiос.
OSATS	Objective Structured Assessment of Technical Skills, instrument om gestructureerde feedback te geven op technisch klinische vaardigheden van de aiос.
plaatsvervangend opleider	De opleider die als zodanig op voordracht van de opleider en de opleidingsinstelling door de RTS is erkend en die voor een bepaalde periode in de rechten en plichten van de opleider kan treden.
portfolio	Een door de aiос op systematisch wijze bijgehouden verzameling van documenten waarmee de voortgang van de opleiding en de zelfreflectie van de aiос wordt gedocumenteerd.
Regeling Richtlijn 2005/36/EG	Regeling specialismen tandheelkunde. Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.
RTS specialisme	Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen. Een deelgebied van de tandheelkunde dat door het CTS als zodanig is aangewezen.
specialist	Een tandarts die is ingeschreven in een door het CTS ingesteld specialistenregister.
stoeltijd tandarts	Tijd waarin de aiос klinische werkzaamheden verricht. Degene die is ingeschreven in het register van tandartsen als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG in de individuele gezondheidszorg en degene die in het kader van een erkenning op grond van artikel D.3., D.4. of D.5. een aanvraag tot erkenning van een beroepskwalificatie in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie doet.
visitatie	Onderzoek naar de opleiding, het functioneren van de (beoogd) opleider, de (beoogd) plaatsvervangend opleider en de (beoogde) opleidingsinstelling teneinde een objectief oordeel te verkrijgen of aan de eisen en verplichtingen voor erkenning is voldaan; kwaliteitsinstrument voor continue verbetering van de opleiding.
visitatierapport	Schriftelijke rapportage met eventueel daarbij gevoegde bescheiden over een visitatie.
visiteur	Persoon die op verzoek van de RTS samen met één of meer andere bezoekers de visitatie verricht en daarover een visitatierapport opstelt.
volledige werkweek	Een volledige werkweek of arbeidsduur zoals bepaald in de CAO.

vrijstelling	De ontheffing van de verplichting deel te nemen aan een gedeelte van de opleiding omdat de aios beschikt over relevante kennis en ervaring.
waarneming van de opleider	De situatie waarin een specialist die is ingeschreven in hetzelfde register als de opleider de opleider gedurende een bepaalde periode waarneemt.
Wet BIG 360 gradenbeoordeling	De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Proces van gestructureerd verzamelen, verwerken en bespreken van feedback vanuit meerdere perspectieven ten behoeve van het verbeteren of beoordelen van de aios.

A.2. Rechtsmiddelen

In elke individuele beslissing ingevolge dit besluit staat vermeld welk rechtsmiddel bij welke instantie en binnen welke termijn tegen de betreffende beslissing kan worden aangewend.

A.3. Experimenten

1. In het kader van ontwikkeling van een opleiding kan het CTS afwijkingen van dit besluit of van een specifiek besluit toestaan door bij wijze van experiment een artikel uit het besluit te wijzigen of buiten beschouwing te laten.
2. Bij toepassing van het eerste lid, gelden in ieder geval de volgende voorwaarden:
 - a. er is sprake van een in tijd begrensd experiment;
 - b. het experiment is projectmatig opgezet en kent een concreet doel alsmede een beschrijving van de wijze waarop het resultaat van het experiment getoetst wordt;
 - c. het experiment is vooraf door de RTS op uitvoerbaarheid getoetst.

A.4. Specialisme

1. Het volgende deelgebied wordt in dit besluit als specialisme aangewezen en daaraan is de genoemde titel verbonden:
Dento-Maxillaire Orthopaedie (Orthodontie): Orthodontist.
2. De Dento-Maxillaire Orthopaedie (Orthodontie) omvat de diagnostiek, preventie, interceptie en correctie van malocclusies, alsmede van neuromusculaire, functionele en skelettale afwijkingen van de zich ontwikkelende en volgroeide orofaciale structuren, inclusief die van aangeboren en verworven pathologische condities.

A.5. Doorwerking toekomstige wijzigingen EG-regelgeving

Een wijziging van Richtlijn 2005/36/EG gaat voor de toepassing van dit besluit gelden met ingang van de dag waarop aan de betrokken wijzigingsrichtlijn uitvoering moet zijn gegeven.

Hoofdstuk B De opleiding

Paragraaf I Algemene bepalingen

B.1. De Opleiding

1. De opleiding voldoet aan de eisen die in dit besluit en het opleidingsplan daaraan zijn gesteld.
2. De duur van de opleiding bedraagt vier jaar.
3. Tenzij in dit hoofdstuk anders is bepaald wordt de opleiding van de aios ononderbroken gevolgd en omvat een volledige werkweek.
4. De duur van de opleiding kan in het kader van een geïntensiveerd begeleidingstraject om opleidingsinhoudelijke redenen worden verlengd.

B.2. Opleidingsplan en opleidingsschema

1. Het opleidingsplan omvat tenminste de volgende in het opleidingsplan logisch met elkaar verbonden onderdelen:
 - a. een beschrijving van het specialisme;
 - b. de specialismegebonden competenties met de bijbehorende bekwaamheidsniveaus;
 - c. de structuur en inhoud van de opleiding;
 - d. de plaats van de opleiding;
 - e. specialismespecifieke toetsing en beoordeling;
 - f. de opleidingsmethodiek, inclusief het cursorisch onderwijs;
 - g. de opleidingsactiviteiten;
 - h. een kwaliteitsparagraaf.
2. Het opleidingsplan bedoeld in het eerste lid bevat geen bepalingen die strijdig zijn met dit besluit.
3. Het opleidingsschema bedoeld in artikel B.8. past binnen het opleidingsplan en dit besluit.

B.3. Plaats van de opleiding

1. De opleiding wordt gevolgd bij één of meerdere opleiders in een universitaire opleidingsinstelling.
2. In geval de erkenning van de opleider of de opleidingsinstelling niet opnieuw is verleend, is geschorst, is geëindigd van rechtswege of is ingetrokken bepaalt de RTS, in overleg met degenen die bij de specialist in opleiding zijn, op welke wijze de aios de opleiding kan voortzetten.
3. De RTS kan, indien een situatie als bedoeld in het tweede lid zich voordoet, en de aios onevenredig wordt benadeeld, de aios van voor de opleiding gestelde bepalingen ontheffing verlenen.

B.4. Competenties

1. De opleiding is gericht op het verwerven van de competenties behorende bij het beroepsprofiel van de orthodontist, zoals vastgelegd in het opleidingsplan.
2. Het doel van de opleiding in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie is het zelfstandig en waar nodig in samenwerking met andere disciplines kunnen uitoefenen van het specialisme.

B.5. Inhoud van de opleiding

1. De inhoud van de opleiding is vastgelegd in het opleidingsplan.
2. De opleiding kent de volgende inhoudelijke thema's:
 - a. diagnostiek;
 - b. observatie gebitsontwikkeling en gelaatsgroei;
 - c. het groeiende individu;
 - d. de (jong) volwassene;
 - e. dysgnatie in interdisciplinaire context;
 - f. orthodontie in interdisciplinaire context en voor bijzondere zorggroepen;

- g. schisis en craniofaciale afwijkingen;
 - h. wetenschappelijk onderzoek;
 - i. orthodontische praktijkvoering.
3. Gedurende de opleiding besteedt de aios ten minste 16 uur per week stoeltijd aan patiënten en start de behandeling van ten minste 50 nieuwe patiënten.

B.6. Structuur van de opleiding

1. De structuur van de opleiding is vastgelegd in het opleidingsplan.
2. De opleiding omvat cursorisch onderwijs, skills lab training en praktijkleren.

B.7. Verplichting aios

De aios voldoet aan de volgende verplichtingen:

Algemeen:

- a. de aios is als tandarts ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en in het opleidingsregister van de RTS en houdt deze inschrijvingen gedurende de opleiding in stand;
- b. de aios deelt iedere wijziging in de door de aios verstrekte gegevens, waaronder wijziging van adres of woonplaats of wijzigingen in de opleiding direct schriftelijk aan de RTS mede;
- c. de aios verschaft desgevraagd de RTS nauwkeurig en onverwijld de relevante gegevens en bescheiden betreffende diens opleiding waarover deze redelijkerwijs de beschikking kan krijgen;
- d. in het geval de aios de opleiding in deeltijd volgt dan wel onderbreekt, houdt deze zich aan artikel B.16. respectievelijk B.17.;

met betrekking tot de opleiding:

- e. de aios houdt een portfolio bij waarvan de inhoud overeenstemt met artikel B.9.;
- f. de aios houdt tijdens de opleiding ten minste eenmaal een wetenschappelijke voordracht of presenteert een poster op een relevant congres;
- g. de aios heeft ten minste één wetenschappelijk manuscript voltooid dat aan een wetenschappelijk tijdschrift of vakblad is aangeboden of schrijft (aan) een dissertatie;
- h. de aios verleent diens medewerking aan het geven van onderwijs;
- i. de aios volgt lokaal en landelijk aangeboden cursorisch onderwijs en, in overleg met de opleider, ook dat wat wordt aangeboden in een andere opleidingsinstelling dan waar de aios wordt opgeleid;
- j. de aios volgt gedurende de opleiding de door de opleider en de leden van de opleidingsgroep in het belang van de opleiding en van de patiëntenzorg aan de aios gegeven aanwijzingen op die relevant zijn voor de opleiding;

met betrekking tot de patiëntenzorg:

- k. de aios heeft een eigen zorgplicht en zal tijdens de opleiding geen handelingen verrichten die buiten diens kennis en vermogens liggen;
- l. de aios houdt de status en de correspondentie bij volgens de daaraan door de beroepsgroep gestelde eisen;
- m. de aios neemt deel aan patiëntenbesprekingen en in overleg met de opleider, ook aan die welke worden gehouden in een andere opleidingsinstelling dan waar de aios wordt opgeleid.

B.8. In- en uitschrijving opleidingsregister

1. Er is een opleidingsregister waarin de RTS de aios inschrijft. De inschrijving vindt plaats voor de duur van de opleiding en wordt doorgehaald conform het bepaalde in de Regeling.
2. Voorafgaand aan de start van de opleiding meldt de opleider de aios aan bij de RTS, onder vermelding van de datum waarop de opleiding zal beginnen. De RTS stuurt, ter verkrijging van nadere gegevens, de aios een formulier toe dat door de aios moet worden ingevuld en door de opleider getekend.
3. De aios stuurt het formulier, bedoeld in het tweede lid, uiterlijk in de maand waarin de opleiding aanvangt aan de RTS, waarbij de aios in ieder geval de volgende zaken meestuurt:

- a. opgave voor welk specialisme de aios wordt opgeleid;
 - b. indien van toepassing, een aanvraag tot vrijstelling, bedoeld in artikel B.19. of B.20.;
 - c. een opleidingsschema.
4. Het besluit tot inschrijving in het opleidingsregister vermeldt wie verantwoordelijk is voor de opleiding en voor welk onderdeel van de opleiding vrijstelling is verzocht.
5. Het besluit, bedoeld in het vierde lid, wordt aan de aios gezonden, in afschrift aan de opleider en de opleidingsinstelling.

B.8a. Wijzigingen opleidingsschema

1. Wijzigingen in het opleidingsschema behoeven de instemming van de opleider en van de RTS. De RTS kan instemming onthouden wegens strijd met dit besluit.
2. De aios dient tijdig een voorstel tot wijziging van het opleidingsschema in bij de RTS.

B.9. Portfolio

Het portfolio van de aios, bedoeld in artikel B.7., onder e., omvat tenminste de volgende zes onderdelen:

- a. curriculum vitae;
- b. het formulier bedoeld in artikel B.8., lid 2. en bewijs van inschrijving in het opleidingsregister van de RTS;
- c. het individueel opleidingsplan (indien aan de orde);
- d. documentatie van de minimaal verplichte toetsing, inclusief zelfbeoordeling;
- e. verslagen van de voortgangsgesprekken en beoordelingsgesprekken;
- f. logboek.

Paragraaf II Toetsing en beoordeling

B.10. Toetsing

1. De opleiding is voorzien van momenten waarop toetsing, feedback en beoordeling plaatsvindt.
2. De toetsing, feedback en beoordeling voldoen aan dit besluit en het opleidingsplan en worden door de opleider of een lid van de opleidingsgroep met de aios besproken, vastgelegd en ondertekend en maken onderdeel uit van het portfolio.
3. De verplichte toets-, feedback- en beoordelingsinstrumenten zijn:
 - a. Korte Situationele Feedback (KSF);
 - b. Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS);
 - c. 360 graden beoordeling;
 - d. Critically Appraised Topic;
 - e. Kennistoets behorend bij het cursorisch onderwijs;
 - f. Toets casus;
 - g. Eindevaluatie.
4. De instrumenten genoemd in het derde lid worden met een dusdanige frequentie ingezet dat de ontwikkeling van de aios wordt bewaakt en eventuele knelpunten tijdig kunnen worden gesignaleerd. Indicatie voor de frequentie van het gebruik van de verschillende toetsinstrumenten is opgenomen in het opleidingsplan.

B.11. Beoordeling

1. De aios wordt beoordeeld in:
 - a. een voortgangsgesprek op de voortgang in diens ontwikkeling;
 - b. de jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling of de aios geschikt en in staat is de opleiding voort te zetten;
 - c. de eindbeoordeling op de geschiktheid of de aios het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie zelfstandig en naar behoren kan uitoefenen.
2. In het kader van een geïntensiveerd begeleidingstraject als bedoeld in artikel B.21. is de

- opleider gerechtigd tot het vaststellen van een additioneel beoordelingsmoment.
3. Een voortgangsgesprek tussen opleider en aios als bedoeld in het eerste lid, onder a., wordt vastgelegd in een verslag. Dit verslag wordt aan het portfolio toegevoegd en een kopie ervan wordt door de opleider bewaard.
 4. Een beoordeling als bedoeld in het eerste lid, onder b. en c. wordt door de opleider met de aios besproken en vastgelegd op een door het RTS vastgesteld formulier. Het formulier wordt aan het portfolio toegevoegd en een kopie ervan wordt door de opleider bewaard.

B.12. Voortgangsgesprek

1. Tijdens de opleiding vinden gesprekken plaats tussen de opleidingsgroep en de aios over de voortgang in de ontwikkeling van de aios (voortgangsgesprekken). De opleider ziet er op toe dat deze gesprekken tijdig plaatsvinden.
2. Het aantal respectievelijk het moment waarop de voortgangsgesprekken worden gehouden is:
 - a. in het eerste opleidingsjaar ten minste twee, waarvan één in het eerste kwartaal;
 - b. in het tweede, derde en vierde opleidingsjaar ten minste één.
3. Een voortgangsgesprek kan leiden tot een geïntensiveerd begeleidingstraject als bedoeld in artikel B.21.

B.13. Jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling

1. Tijdens de opleiding vinden beoordelingsgesprekken plaats tussen de opleider en de aios over de geschiktheid van de aios (geschiktheidsbeoordelingen). De opleider ziet er op toe dat deze gesprekken tijdig plaatsvinden.
2. De geschiktheidsbeoordeling vindt plaats aan het eind van elk opleidingsjaar en in ieder geval binnen een maand nadat de aios (een equivalent van) twaalf maanden opleiding heeft gevolgd. Dit geldt niet voor het laatste opleidingsjaar waarin een eindbeoordeling als bedoeld in artikel B.15. plaatsvindt.
3. Voorafgaand aan de geschiktheidsbeoordeling raadpleegt de opleider de leden van de opleidingsgroep waarvan de opleider deel uitmaakt.
4. In het geval de opleider de aios geschikt en in staat acht de opleiding voort te zetten, besluit de opleider tot voortzetting van de opleiding.
5. In het geval de opleider twijfelt over de geschiktheid van de aios de opleiding voort te zetten, kan de opleider besluiten tot een geïntensiveerd begeleidingstraject.
6. Naast de in het tweede lid genoemde beoordelingsmomenten kan tussentijds en op indicatie van de opleider in het kader van een geïntensiveerd begeleidingstraject een extra geschiktheidsbeoordeling plaatsvinden.
7. In het geval de opleider de aios niet geschikt en niet in staat acht de opleiding voort te zetten, besluit de opleider tot beëindiging van de opleiding. De opleider brengt de aios en de RTS schriftelijk op de hoogte van diens besluit alsmede van de datum waarop de opleiding wordt beëindigd.
8. Besluit de opleider tot verlenging of beëindiging van de opleiding, dan wijst de opleider de aios op de geschillenprocedure.

B.14. Eindevaluatie

1. In het tweede semester van het laatste opleidingsjaar vindt een eindevaluatie van de aios plaats.
2. De eindevaluatie bestaat uit de volgende drie onderdelen:
 - a. een evaluatie van 12 patiënten die door de aios tijdens de opleiding volledig zijn behandeld, dat wil zeggen vanaf het begin van de behandeling inclusief de behandelingsplanning tot in de retentiefase;
 - b. een discussie over twee door de commissie aangedragen casus, waarvoor de aios een diagnose, probleemlijst en behandelingsplan moet opstellen;
 - c. een bespreking van een door de aios geschreven dissertatie of een of meer wetenschappelijke publicaties, die tijdens diens opleiding tot stand is/zijn gekomen.

3. De adviescommissie DMO is belast met het uitvoeren van de eindevaluatie.
4. De adviescommissie DMO wordt ingesteld door de RTS en bestaat uit twee niet bij de eigen opleiding betrokken specialisten in de Dento-Maxillaire Orthopaedie en de opleider als toevoerder.
5. De adviescommissie DMO voert haar taken uit in overeenstemming met een door het RTS vastgesteld Reglement eindevaluatie DMO.

B.15. Eindbeoordeling en afgifte opleidingstitel

1. Ten hoogste een maand voor het beoogde einde van de opleiding vindt een beoordelingsgesprek plaats tussen de opleider en de aios over de vraag of de aios geschikt en in staat wordt geacht het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie zelfstandig en naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd (eindbeoordeling). De opleider ziet er op toe dat dit gesprek wordt georganiseerd en tijdig plaatsvindt.
2. De opleider betreft de eindevaluatie van de aios, genoemd in artikel B.14. bij de eindbeoordeling.
3. Artikel B.13., derde lid, is op deze eindbeoordeling van overeenkomstige toepassing.
4. In het geval de opleider de aios geschikt en in staat acht het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie zelfstandig en naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd, besluit de opleider tot voortzetting van de opleiding tot het moment waarop de opleiding eindigt en geeft deze aan de aios en de RTS een schriftelijke verklaring af op een daartoe door de RTS vastgesteld formulier, inhoudende dat de aios op de einddatum van de opleiding aan alle opleidingseisen voldoet.
5. In het geval de opleider twijfelt over de geschiktheid van de aios de opleiding voort te zetten, kan de opleider besluiten tot een geïntensiveerd begeleidingstraject.
6. In het geval de opleider de aios niet geschikt en niet in staat acht het specialisme waarvoor de aios is opgeleid zelfstandig en naar behoren uit te oefenen nadat de opleiding is beëindigd, besluit de opleider tot beëindiging van de opleiding per beoogde einddatum en geeft deze aan de aios en de RTS een schriftelijke verklaring af op een daartoe door de RTS vastgesteld formulier, inhoudende dat de aios op de einddatum van de opleiding niet aan alle opleidingseisen voldoet.
7. Besluit de opleider tot verlenging of beëindiging van de opleiding, dan wijst hij de aios op de geschillenprocedure.
8. De RTS verstrekt de aios met een schriftelijke verklaring als bedoeld in het vierde lid een opleidingstitel voor het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie.

Paragraaf III Bijzondere bepalingen

B.16. Deeltijd

1. De opleiding kan mits het eerste opleidingsjaar succesvol is afgerond, in deeltijd worden gevolgd. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
 - a. de aios meldt de RTS dat deze de opleiding in deeltijd gaat volgen;
 - b. de duur van de gehele of het betreffende gedeelte van de opleiding wordt naar rato verlengd, ten gevolge waarvan de momenten waarop een beoordelingsgesprek plaatsvindt dienovereenkomstig worden verlegd;
 - c. het opleidingsschema is zodanig aangepast, dat ten volle aan alle opleidingseisen kan worden voldaan waarbij de continuïteit van de opleiding gewaarborgd is;
 - d. wanneer een gedeelte van de opleiding in deeltijd wordt gevolgd, wordt gedurende de gehele periode van dit gedeelte hetzelfde deeltijdpercentage aangehouden;
 - e. de opleiding in deeltijd beslaat tenminste de helft van een volledige werkweek, in welk geval de frequentie van de diensten naar rato wordt aangepast.
2. Artikel B.7., onder b. is van overeenkomstige toepassing.

B.17. Onderbreking

1. Er is sprake van onderbreking van de opleiding als er (tijdelijk) geen opleiding wordt gevolgd. Afwezigheid door vakantie overeenkomstig het aantal dagen in de arbeidsovereenkomst per opleidingsjaar wordt niet als onderbreking aangemerkt.
2. Indien de opleiding in totaal meer dan tien werkdagen per opleidingsjaar wordt onderbroken, kan de RTS bepalen dat compensatie plaatsvindt van het meerdere van die tien dagen.
3. Indien de opleiding wordt onderbroken is artikel B.7., onderdeel b. van toepassing.
4. Om opleidingsinhoudelijke redenen kan de RTS besluiten tot het opnieuw laten volgen van (een gedeelte van) de reeds gevolgde opleiding. De opleider doet de RTS daartoe een gemotiveerd voorstel.

B.18. Criteria voor vrijstelling

1. De aios kan door de RTS worden vrijgesteld van het volgen van één of meer delen van de opleiding.
2. Vrijstelling kan worden verkregen indien de aios voor het deel van de opleiding waarvoor vrijstelling wordt verzocht buiten het kader van die opleiding gelijkwaardige specialistische kennis en ervaring heeft opgedaan die verband houdt met het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie.
3. De kennis en ervaring, bedoeld in het tweede lid, zijn opgedaan in een door de RTS erkende opleidingsinstelling.
4. De duur van de vrijstelling is ten hoogste zes maanden.

B.19. Aanvraag tot vrijstelling

1. De aanvraag tot vrijstelling wordt met de aanvraag tot inschrijving in het opleidingsregister, bedoeld in artikel B.8., derde lid, uiterlijk in de maand waarin de opleiding aanvangt door de aios bij de RTS ingediend.
2. De aanvraag tot vrijstelling bevat in ieder geval:
 - a. een nauwkeurige omschrijving van de opgedane kennis en ervaring en de periode gedurende welke de kennis en ervaring is opgedaan;
 - b. de naam van de opleidingsinstelling of, indien er sprake is van wetenschappelijk onderzoek, de instelling;
 - c. de namen en de functies van de personen onder wier leiding en toezicht de kennis en ervaring is opgedaan;
 - d. een schriftelijke beoordeling, afgegeven door degenen bij wie de kennis en ervaring is opgedaan, waaruit blijkt dat de aios aan de eisen van dit besluit voldoet.
3. Vóór het einde van het eerste opleidingsjaar beoordeelt de opleider op basis van de voortgangsgesprekken of effectuering van de aangevraagde vrijstelling gerechtvaardigd is. Artikel B.7., onder b., is van toepassing.

B.20. Gedeeltelijke opleiding buiten Nederland

1. In afwijking van het bepaalde in artikel B.3., eerste lid, kan een deel van de opleiding worden gevolgd in een instelling buiten Nederland, mits de aios vooraf toestemming heeft verkregen van de opleider en de RTS.
2. De aios dient bij de RTS een schriftelijke aanvraag in, waaruit blijkt in welke instelling buiten Nederland, bij welke specialist, gedurende welke periode de aios zal worden opgeleid. De aios verschaft de RTS de gegevens en bescheiden die de RTS voor de beoordeling van de aanvraag nodig acht en waarover de aios redelijkerwijs de beschikking kan krijgen.
3. In het besluit tot verlening van toestemming vermeldt de RTS gedurende welke periode de opleiding buiten Nederland wordt gevolgd en tevens voor welke tijdsduur deze periode als opleiding in Nederland wordt aangemerkt.

B.21. Geïntensiveerd begeleidingstraject

1. Tot een geïntensiveerd begeleidingstraject kan worden besloten naar aanleiding van een voortgangsgesprek als bedoeld in artikel B.12. en naar aanleiding van een geschiktheidsbeoordeling als bedoeld in artikel B.13. of naar aanleiding van een eindbeoordeling bedoeld in artikel B.15.
2. De opleider stelt de aios tijdens het gesprek, bedoeld in het eerste lid, van diens besluit in kennis en legt dit besluit ten behoeve van de aios schriftelijk vast. De opleider wijst de aios daarbij op de geschillenprocedure.
3. De opleider brengt de RTS schriftelijk op de hoogte van diens besluit.
4. Voor een geïntensiveerd begeleidingstraject wordt een plan opgesteld. Het plan vermeldt de doelen van en de voorwaarden waaronder een geïntensiveerd begeleidingstraject plaatsvindt, de termijn en de wijze waarop ontwikkeling van de aios zal worden beoordeeld.
5. Een geïntensiveerd begeleidingstraject duurt minimaal drie en maximaal zes maanden.
6. Er vindt één geïntensiveerd begeleidingstraject per opleiding plaats. Wegens bijzondere omstandigheden kan de opleider besluiten een tweede begeleidingstraject (niet aansluitend) te laten plaatsvinden.
7. Tijdens een geïntensiveerd begeleidingstraject vindt ten minste een voortgangsgesprek plaats. Artikel B.11., derde lid is van toepassing.
8. Een geïntensiveerd begeleidingstraject kan leiden tot een verlenging van de opleiding. Als de opleiding naar aanleiding van het geïntensiveerd begeleidingstraject wordt verlengd, ziet de opleider er op toe dat ten minste drie maanden voor het oorspronkelijk beoogde einde van de opleiding de aios en de RTS daarvan bericht ontvangen. Indien de opleiding in deeltijd wordt gevolgd, wordt de periode waarmee de opleiding wordt verlengd, naar rato aangepast. Artikel B.7., onder b. is van toepassing.

Hoofdstuk C De erkenning

Titel I De opleider, de plaatsvervangend opleider en de opleidingsgroep

Paragraaf I-A Eisen

C.1. Eisen opleider

1. Om voor erkenning als opleider in aanmerking te komen, voldoet de orthodontist aan de volgende eisen:
 - a. de orthodontist is ten minste drie jaar als orthodontist in het register ingeschreven⁴;
 - b. de orthodontist is voor ten minste 60 procent van een volledige werkweek als orthodontist verbonden aan de opleidingsinstelling;
 - c. de orthodontist is in een voor het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie erkende opleidingsinstelling op een zodanige wijze werkzaam, dat deze de eindverantwoordelijkheid als opleider daadwerkelijk en naar behoren kan dragen;
 - d. de orthodontist maakt deel van uit van de opleidingsgroep en geeft daar leiding aan;
 - e. de orthodontist voldoet aan de geldende ethische normen op medisch en tandheelkundig gebied;
 - f. de orthodontist beschikt over didactische gaven en goede contactuele eigenschappen;
 - g. de orthodontist beschikt over organisatorische kwaliteiten;
 - h. de orthodontist verricht wetenschappelijke activiteiten, waaronder begrepen wordt het schrijven van een dissertatie of wetenschappelijke artikelen, het houden van voordrachten en het volgen van wetenschappelijke vergaderingen en congressen;
2. De RTS kan een specialist die niet of niet volledig voldoet aan de eisen voor erkenning als opleider erkennen op grond van diens bijzondere kwaliteiten.

C.2. Eisen voor erkenning als plaatsvervangend opleider

1. Om voor erkenning als plaatsvervangend opleider in aanmerking te komen, voldoet de specialist aan de eisen voor erkenning als opleider, genoemd in artikel C.1., en is deze werkzaam in dezelfde opleidingsinstelling als de opleider en daadwerkelijk betrokken bij de opleiding.
2. Bij afwezigheid van de opleider treedt de plaatsvervangend opleider in de rechten en plichten van de opleider.

C.3. Eisen opleidingsgroep

De leden van de opleidingsgroep voldoen aan de volgende eisen:

- a. zij hebben een gedifferentieerd activiteiten- en belangstellingsterrein binnen het vakgebied van het specialisme Dento-Maxillaire orthopaedie waarmee de beschreven leerdoelen kunnen worden behaald;
- b. zij ondersteunen de opleiding en de aanvraag daarvoor en zijn op de hoogte van dit besluit, en eventuele andere besluiten van het CTS;
- c. zij waarborgen dat minimaal één van de leden van de opleidingsgroep in de (betreffende locatie van de) opleidingsinrichting aanwezig en beschikbaar is voor de aios;
- d. zij voldoen bij de uitoefening van het specialisme aan de kwaliteitseisen van de NVVO;
- e. zij houden regelmatig besprekingen, klinische conferenties en refereerbijeenkomsten waarbij in beginsel alle leden van de opleidingsgroep aanwezig zijn;
- f. zij houden in het kader van onderlinge toetsing verplichte complicatie- en kwaliteitsbesprekingen;
- g. zij zijn wetenschappelijk actief en hebben wetenschappelijke interesse.

⁴ Gewijzigd bij besluit CTS van 26 oktober 2020

Paragraaf I-B Verplichtingen

C.4. Verplichtingen opleider

1. De opleider voldoet aan de volgende verplichtingen:
 - a. de opleider verstrekt de RTS alle benodigde informatie over de opleiding en de aios;
 - b. de opleider meldt de RTS de voor de opleiding of de aios relevante wijzigingen;
 - c. de opleider draagt door eigen handelen en leiderschap zorg voor een gunstig opleidingsklimaat;
 - d. de opleider voert diens taken die uit dit besluit voortvloeien uit, of de opleider laat deze taken onder diens verantwoordelijkheid uitvoeren door de plaatsvervangend opleider of een lid van de opleidingsgroep;
 - e. de opleider ziet er op toe dat de leden van de opleidingsgroep de aan hen gestelde eisen en verplichtingen gesteld in dit besluit voldoen;
 - f. de opleider ziet er op toe dat de opleiding van de aios plaatsvindt conform het opleidingsplan;
 - g. de opleider besteedt voldoende tijd aan de opleiding en neemt het daarmee samenhangende werk op zich;
 - h. de opleider ziet er op toe dat de aios voldoende kennis verwerft van het werken met en de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen;
 - i. de opleider is bereid de aios op te leiden, ook indien het een aios betreft die wordt herplaatst na een uitspraak van de Kamer voor Geschilbeslechting van de Commissie voor Advies en Geschilbeslechting;
 - j. de opleider is bereid de tandarts die in aanmerking komt voor een individueel scholingsprogramma als bedoeld in paragraaf II-B op te nemen en te begeleiden.⁵
2. De opleider kan diens taken onder diens verantwoordelijkheid laten uitvoeren door een lid van de opleidingsgroep.

C.5. Verplichtingen plaatsvervangend opleider

Om voor erkenning als plaatsvervangend opleider in aanmerking te komen, voldoet de specialist aan de verplichtingen voor erkenning als opleider, genoemd in C.4.

C.6. Verplichtingen opleidingsgroep

De leden van de opleidingsgroep voldoen aan de volgende verplichtingen:

- a. zij zijn een rolmodel ten aanzien van de algemene en specialisme gebonden competenties;
- b. zij onderwijzen de leerdoelen van de algemene opleidingseisen;
- c. zij bewaken de voortgang van het leerproces van de aios ten aanzien van de algemene en specialisme gebonden competenties;
- d. zij creëren een gunstig en veilig opleidingsklimaat waarin de aios zich kan ontwikkelen tot specialist;
- e. zij zien er op toe dat de aios de betreffende eisen en verplichtingen van dit besluit, nakomt;
- f. zij houden ten minste vier maal per jaar een vergadering met de aiossen, uitsluitend ter bespreking van opleidingszaken, met als oogmerk de kwaliteit van de opleiding in de opleidingsinrichting te bevorderen en te bewaken;
- g. zij besteden voldoende tijd aan de opleiding en nemen het daarmee samenhangende werk op zich;
- h. zij participeren actief in voor de opleiding verplichte onderwijsactiviteiten;
- i. zij dragen er zorg voor dat er tussen de aios en andere specialisten constructief wordt samengewerkt ten behoeve van de opleiding;
- j. zij volgen systematisch geaccrediteerde deskundigheidsbevorderende activiteiten met didactische aspecten ten behoeve van de opleiding.

⁵ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

Paragraaf I-C Waarneming

C.7. Waarneming

1. Als de opleider diens werkzaamheden als opleider gedurende een aaneengesloten periode van ten minste drie maanden niet kan verrichten en in deze functie niet kan worden voorzien door de plaatsvervangend opleider, kan een lid van de opleidingsgroep de opleider tijdelijk waarnemen.
2. De periode van waarneming bedraagt ten hoogste één jaar en vangt aan met ingang van de dag waarop de functie van opleider feitelijk niet wordt vervuld.
3. De RTS kan aan de waarneming, bedoeld in het eerste lid, voorwaarden verbinden.
4. Gedurende de periode van waarneming kunnen geen nieuwe aiossen worden aangesteld.

Titel II De opleidingsinstelling

C.8. Eisen opleidingsinstelling

Om voor erkenning als opleidingsinstelling in aanmerking te komen voldoet de instelling aan de volgende eisen:

- a. in de instelling is een specialist als beoogd opleider en een specialist als beoogd plaatsvervangend opleider werkzaam die voldoen aan de eisen van artikel C.1.;
- b. in de opleidingsinstelling is naast de opleider (minimaal 0,6 fte) en de plaatsvervangend opleider (minimaal 0,6 fte) ten minste één andere orthodontist (minimaal 0,4) werkzaam;
- c. in de instelling zijn de volgende beoefenaren van tandheelkundige en medische disciplines werkzaam: parodontologie, restauratieve tandheelkunde, orale functieleer, tandheelkunde voor bijzondere zorggroepen (CBT), implantologie, KNO, plastische & reconstructieve chirurgie;
- d. de opleidingsinstelling is een universitaire opleidingsinstelling en staat functioneel in relatie tot instellingen waar het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie, wordt beoefend;
- e. de opleidingsinstelling beschikt over een eigen polikliniek;
- f. de opleidingsinstelling heeft toegang tot en middelen voor adequate researchfaciliteiten voor experimenteel en klinisch onderzoek;
- g. de instelling heeft een goede, bij voorkeur centrale, patiëntenregistratie die voldoet aan moderne eisen op dit gebied;
- h. de voor de opleiding benodigde literatuur en studie-informatie is beschikbaar;
- i. de instelling heeft bij voorkeur een commissie die is belast met intercollegiale toetsing;
- j. de instelling voldoet aan de materiële eisen die de eindevaluatie in het vierde opleidingsjaar met zich meebrengt.

C.9. Verplichtingen opleidingsinstelling

De opleidingsinstelling heeft de volgende verplichtingen:

- a. in de opleidingsinstelling zijn een opleider en een plaatsvervangend opleider en ten minste een andere orthodontist werkzaam overeenkomstig het bepaalde in artikel C.8, onder a en b;
- b. wanneer in de opleidingsinstelling ten hoogste vier aiossen tegelijk worden opgeleid, is de omvang van de opleidingsgroep ten minste 1,6fte; voor elke aios meer is de omvang van de opleidingsgroep 0,2fte per aios groter;
- c. de opleidingsinstelling stelt de aios, de opleider, de plaatsvervangend opleider en de opleidingsgroep in de gelegenheid de eisen en verplichtingen op grond van dit besluit en eventuele nadere besluiten na te komen;
- d. de opleidingsinstelling meldt de RTS de voor de opleiding of de aios relevante wijzigingen;
- e. het bestuur van de opleidingsinstelling stelt de aiossen in staat de door de opleider aan hen in het belang van de opleiding gegeven voorschriften op te volgen;

- f. wanneer de functie van opleider vacant komt, of deze functie niet wordt uitgeoefend, deelt de opleidingsinstelling dit uiterlijk binnen één maand nadat de functie vacant is of feitelijk niet wordt vervuld schriftelijk mede aan de RTS, onder vermelding van de ingangsdatum waarop de plaatsvervangend opleider in de rechten en plichten van de opleider is getreden, dan wel van de naam van het lid van de opleidingsgroep en de ingangsdatum waarop dat lid tijdelijk als waarnemend opleider fungeert;
- g. de opleidingsinstelling is bereid de tandarts die in aanmerking komt voor een individueel scholingsprogramma als bedoeld in paragraaf II-B op te nemen en te begeleiden.⁶

Titel III Procedure erkenning

C.10. Aanvraag erkenning

- 1. De aanvraag tot erkenning als opleider, plaatsvervangend opleider en opleidingsinstelling wordt door de betreffende specialist en de instelling gelijktijdig bij de RTS ingediend op een door de RTS verstrekt aanvraagformulier onder overlegging van documenten waaruit blijkt dat aan de eisen en verplichtingen van dit besluit en eventuele specifieke besluiten wordt voldaan.
- 2. De aanvraag tot erkenning als plaatsvervangend opleider gaat vergezeld van de schriftelijke instemming van de opleider.
- 3. Ten minste drie maanden voor het verstrijken van de termijn waarvoor de erkenning is verleend wordt door de betreffende opleider, plaatsvervangend opleider of opleidingsinstelling een schriftelijke aanvraag voor het opnieuw verlenen van de erkenning bij de RTS ingediend.

C.11. Visitatie

- 1. Alvorens de RTS besluit op een aanvraag tot (hernieuwde) erkenning, doet de RTS nader onderzoek.
- 2. Alvorens de RTS besluit op een aanvraag tot eerste erkenning, wordt de beoogde (plaatsvervangend) opleider of beoogd opleidingsinstelling gevisiteerd.
- 3. Alvorens de RTS besluit op een aanvraag tot hernieuwde erkenning, kan de opleider, plaatsvervangend opleider en de opleidingsinstelling worden gevisiteerd.
- 4. Gedurende de periode van de erkenning kan de RTS tussentijds visitaties (laten) uitvoeren.
- 5. De RTS kan het onderzoek en de visitatie, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, zelf uitvoeren of de visitatie door één of meer visiteurs (laten) uitvoeren.
- 6. Tijdens het onderzoek of de visitatie verkrijgen de RTS of de visiteurs inzage in alle noodzakelijke stukken voor de erkenning en hebben zij toegang tot de gehele instelling. Tevens zijn de aanvragers beschikbaar voor de RTS of de visitatiecommissie.
- 7. Ter uitvoering van de visitaties stelt de RTS nadere voorschriften vast.

C.12. Eerste erkenning

- 1. Indien aan de eisen voor erkenning wordt voldaan, wordt een eerste erkenning verleend voor vijf jaar.
- 2. Indien niet aan de eisen voor eerste erkenning wordt voldaan, maar de tekortkomingen incidenteel van aard of van korte duur zijn, wordt in afwijking van het eerste lid een erkenning verleend voor ten hoogste vijf jaar onder bepaalde voorwaarden.
- 3. De RTS deelt haar beslissing schriftelijk mede aan de beoogd opleider, beoogd plaatsvervangend opleider en de beoogde opleidingsinstelling onder toezending van het visitatierapport.

C.13. Hernieuwde erkenning

- 1. Indien aan de eisen en verplichtingen voor erkenning wordt voldaan, wordt een hernieuwde erkenning verleend voor vijf jaar.

⁶ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

2. Indien niet aan de eisen of verplichtingen voor erkenning wordt voldaan maar de tekortkomingen incidenteel van aard of van korte duur zijn, wordt in afwijking van het eerste lid een hernieuwde erkenning verleend voor ten hoogste vijf jaar onder bepaalde voorwaarden.
3. Indien niet aan de eisen of verplichtingen voor erkenning wordt voldaan en de tekortkomingen niet incidenteel van aard of niet van korte duur zijn, wordt geen hernieuwde erkenning verleend.
4. De voorwaarden, bedoeld in het tweede lid, zijn gericht op het herstellen van de tekortkomingen die zijn geconstateerd en op de wijze waarop het herstellen ervan gedocumenteerd wordt.
5. De RTS deelt haar beslissing schriftelijk mede aan de opleider, de plaatsvervangend opleider en de opleidingsinstelling onder toezending van het visitatierapport. Uit de beslissing tot erkenning blijkt voor welke duur de instelling wordt erkend.

C.14. Tussentijdse wijziging van de erkenning

1. Er is sprake van een tussentijdse wijziging van de erkenning van de (plaatsvervangend) opleider als gedurende een reeds verleende erkenning een specialist als nieuwe opleider of plaatsvervangend opleider wordt erkend.
2. Gedurende een reeds verleende erkenning aan een specialist die eerder als (plaatsvervangend) opleider erkend is kan een eerste erkenning aan een andere specialist als (plaatsvervangend) opleider worden verleend voor een duur die gelijk staat aan de resterende duur van de erkenning van de opleidingsinstelling tot ten hoogste vijf jaar.
3. Er is sprake van een tussentijdse wijziging van de erkenning van de opleidingsinstelling als er gedurende een lopende erkenning bij de opleidingsinstelling voor de opleiding essentiële veranderingen optreden.
4. In het geval bedoeld in het eerste of derde lid, wordt bij de RTS een verzoek tot tussentijdse wijziging van de erkenning ingediend.
5. Blijkt uit het nader onderzoek, bedoeld in artikel C.11., eerste lid, dat wordt voldaan aan de eisen en verplichtingen voor erkenning, dan kan in afwijking van artikel C.11., tweede lid, de RTS bepalen dat geen visitatie plaatsvindt.

C.15. Ingangsdatum erkenning

1. Indien een erkenning voor de eerste maal wordt verleend bepaalt de RTS de ingangsdatum van de erkenning.
2. Indien een erkenning opnieuw wordt verleend geldt deze vanaf de einddatum van de vorige erkenning.

C.16. Eén opleidingsinstelling

De erkenning als opleidingsinstelling wordt in verband met één opleidingsinstelling gegeven. Deze opleidingsinstelling kan op verschillende locaties gehuisvest zijn.

C.17. Koppeling erkenning opleider en opleidingsinstelling

1. Indien de erkenning van de opleidingsinstelling vervalt, vervalt de erkenning van de opleider of de plaatsvervangend opleider met ingang van dezelfde datum.
2. Zodra de opleidingsinstelling niet voldoet aan de erkenningseisen ten aanzien van de aanwezigheid van een opleider en een plaatsvervangend opleider, bedoeld in artikel C.8., onder a., en niet is voorzien in waarneming als bedoeld in artikel C.7., vervalt de erkenning van de opleidingsinstelling.

C.18. Schorsing of intrekking erkenning

1. Indien de opleider, de plaatsvervangend opleider of de opleidingsinstelling de in dit besluit en eventuele andere besluiten omschreven eisen en verplichtingen niet nakomt, kan de RTS besluiten de erkenning:
 - a. voor een nader te bepalen periode te schorsen;

- b. tussentijds in te trekken;
 - c. om te zetten in een erkenning voor een kortere periode of onder door haar bepaalde voorwaarden.
2. In de gevallen, bedoeld in het eerste lid, onder b. en c., wordt eerst een visitatierapport opgemaakt alvorens de RTS ter zake een beslissing neemt.
 3. De RTS deelt haar ter zake genomen beslissing, bedoeld in het eerste lid, schriftelijk mede aan de opleider, de opleidingsinstelling en de betrokken aios onder toezending van het visitatierapport.
 4. Indien de erkenning van de opleidingsinstelling wordt geschorst of tussentijds wordt ingetrokken, kunnen vanaf dat moment geen nieuwe aiossen in opleiding worden genomen.
 5. Indien een opleider gedurende twee jaar niet heeft opgeleid, of indien in een erkende opleidingsinstelling gedurende twee jaar geen opleiding heeft plaatsgevonden wordt de erkenning ingetrokken.

C.19. Einde van rechtswege

1. De erkenning van de opleider eindigt van rechtswege:
 - a. bij overlijden van de opleider;
 - b. indien de opleider ingevolge een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak onder curatele is gesteld wegens geestelijke stoornis;
 - c. indien de opleider ingevolge een in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak al dan niet tijdelijk de bevoegdheid om diens specialisme uit te oefenen is ontnomen;
 - d. indien de opleider diens taak neerlegt of diens arbeidsovereenkomst wordt beëindigd;
 - e. indien geen aanvraag voor vernieuwing van de erkenning wordt aangevraagd.
2. De erkenning van de plaatsvervangend opleider eindigt van rechtswege:
 - a. overeenkomstig de situaties, genoemd in het eerste lid;
 - b. één jaar na de datum waarop de plaatsvervangend opleider bij afwezigheid van de opleider de taak van de opleider heeft overgenomen. De RTS kan deze periode voor een beperkte tijd en onder voorwaarden verlengen.
3. De waarneming eindigt van rechtswege één jaar na de datum waarop de waarnemer bij afwezigheid van de opleider de taak van de opleider heeft waargenomen. In deze periode mogen geen nieuwe aiossen worden aangesteld.

Hoofdstuk D De erkenning van beroepskwalificaties, registratie en herregistratie

Titel I Inschrijving

D.1. Inschrijving

Voor inschrijving in het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie komt in aanmerking:

- a. een tandarts met een opleidingstitel als bedoeld in artikel B.15., achtste lid, en die voldoet aan de registratie-eisen genoemd in artikel D.2.;
- b. een tandarts, onderdaan van één der landen behorende tot de EER of Zwitserland, die in het bezit is van een in artikel A.4. en in bijlage V.3., punt 5.3.4. van Richtlijn 2005/36/EG genoemde opleidingstitel en die voldoet aan de registratie-eisen genoemd in artikel D.6.;
- c. een tandarts, onderdaan van één der landen behorende tot de EER of Zwitserland, die in het bezit is van een andere opleidingstitel dan genoemd in artikel A.4., die op grond van Richtlijn 2005/36/EG voldoet aan de eisen voor erkenning genoemd in artikel D.4. en die voldoet aan de registratie-eisen genoemd in artikel D.6.;
- d. een tandarts die in het bezit is van een bewijs van het voltooid hebben van een buiten Nederland gevolgde opleiding op wie Richtlijn 2005/36 niet van toepassing is, die voldoet aan de eisen voor erkenning genoemd in artikel D.5. en die voldoet aan de registratie-eisen genoemd in artikel D.6..

Titel II Erkenning beroepskwalificatie en registratie

Paragraaf II-A Aanvraag erkenning beroepskwalificatie en registratie

D.2. Registratie als specialist (Nederlands diploma)

1. De tandarts, die een opleidingstitel heeft als bedoeld in artikel D1., onder a, dient bij de RTS een aanvraag in tot registratie in het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie.
2. Indien de aanvraag bedoeld in het eerste lid, binnen drie maanden na afgifte van de opleidingstitel bij de RTS wordt ingediend en de RTS oordeelt dat de aanvraag voor het overige aan de vereisten voor registratie voldoet, vindt registratie plaats voor de duur van vijf jaar. De ingangsdatum van de registratie wordt gesteld op de dag na afgifte van de opleidingstitel.
3. Indien de aanvraag bedoeld in het eerste lid, meer dan drie maanden maar binnen vijf jaar na afgifte van de opleidingstitel bij de RTS wordt ingediend, en de RTS oordeelt dat de aanvraag voor het overige aan de vereisten voor registratie voldoet, dan vindt registratie voor beperkte duur plaats. De RTS bepaalt de ingangsdatum van de registratie op basis van de datum waarop de aanvraag tot registratie is gedaan en de datum van inschrijving in het register, bedoeld in artikel 3. van de Wet BIG.
4. Indien de aanvraag bedoeld in het eerste lid, meer dan vijf jaar na afgifte van de opleidingstitel bij de RTS wordt ingediend, en de RTS oordeelt dat de aanvraag voor het overige aan de vereisten voor registratie voldoet, dan vindt registratie voor vijf jaar plaats, mits de betrokken tandarts voldoet aan de eisen van de artikelen D.15., en D.16., met dien verstande dat de deskundigheidsbevordering genoemd in artikel D.16. niet geaccrediteerd hoeft te zijn. De RTS bepaalt de ingangsdatum van de registratie op basis van de datum waarop de aanvraag tot registratie is gedaan en de datum van inschrijving in het register, bedoeld in artikel 3. van de Wet BIG.
5. De registratie, bedoeld in het tweede of derde lid, eindigt vijf jaar na afgifte van de opleidingstitel.

D.3. Erkenning beroepskwalificatie op basis van de Richtlijn 2005/36/EG (automatische erkenning)

1. Indien een tandarts, als bedoeld in artikel D.1., onder b., een erkenning van beroepskwalificatie in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie wenst te ontvangen, meldt deze zich

schriftelijk bij de RTS. De aanvraag gaat in ieder geval vergezeld van een bewijs van het voltooid hebben van de opleiding tot specialist Dento-Maxillaire Orthopaedie, afgegeven door de bevoegde autoriteiten van het land van oorsprong of herkomst.

2. De RTS verstrekt de erkenning, bedoeld in het eerste lid, na ontvangst van de daar genoemde stukken.

D.4. Erkenning beroepskwalificatie op basis van Richtlijn 2005/36/EG (algemeen stelsel)

1. Indien een tandarts, als bedoeld in artikel D.1., onder c., een erkenning van beroepskwalificatie in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie wenst te ontvangen, meldt deze zich schriftelijk bij de RTS. De aanvraag gaat in ieder geval vergezeld van:
 - a. een bewijs van het hebben gevolgd en voltooid van een opleiding tot orthodontist afgegeven door de bevoegde autoriteiten van het land van oorsprong of herkomst;
 - b. documenten waaruit blijkt over welke beroepservaring de tandarts beschikt alsmede welke aanvullende relevante opleiding en bij- en nascholing deze gevolgd heeft. De tandarts verschaft de RTS de gegevens en bescheiden die de RTS voor de beoordeling van de aanvraag nodig acht en waarover de tandarts redelijkerwijs de beschikking kan krijgen.
2. Na ontvangst van de aanvraag, bedoeld in het eerste lid, beoordeelt de RTS de gelijkwaardigheid van de door de tandarts gevolgde en voltooide opleiding, diens werkervaring alsmede diens aanvullende relevante opleidingen en bij- en nascholing aan de Nederlandse opleiding in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie. De RTS voert de beoordeling uit volgens het derde tot en met negende lid.
3. Indien de RTS van oordeel is dat de door de tandarts voltooide opleiding gelijkwaardig is aan de Nederlandse opleiding in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie, en de aanvraag overigens voldoet aan de in het eerste lid gestelde eisen, erkent de RTS de beroepskwalificatie van de tandarts in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie.
4. Indien naar het oordeel van de RTS sprake is van een nagenoeg gelijkwaardige opleiding of van een niet gelijkwaardige opleiding, dan wel als de gelijkwaardigheid niet kan worden vastgesteld, bepaalt zij dat een toets vergelijkbaar met de eindevaluatie als bedoeld in artikel B.14., tweede en derde lid, of een individueel scholingsprogramma, bedoeld in paragraaf II-B, dient te worden gevolgd. De tandarts wordt de keuze gelaten tussen de toets of het individueel scholingsprogramma.
5. De adviescommissie DMO is belast met het afnemen van de in het vierde lid genoemde toets die bestaat uit de onderdelen genoemd in artikel B.14., tweede lid.
6. De adviescommissie DMO voert haar taken uit in overeenstemming met een door de RTS vastgesteld Reglement toetsing buitenlands gediplomeerden DMO en verklaart of de toets met voldoende resultaat is afgelegd.
7. Ingeval van een individueel scholingsprogramma als bedoeld in paragraaf II-B zijn de in die paragraaf genoemde bepalingen van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat de duur van het programma, uitgaande van een volledige werkweek, ten hoogste drie jaar bedraagt. De opleider verklaart schriftelijk of de tandarts in staat is het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie in Nederland zelfstandig en naar behoren uit te oefenen als bedoeld in D.10., vierde lid.
8. Indien een tandarts als bedoeld in artikel D.1., onder c. reeds erkend is in een andere Lidstaat van de Europese Unie, c.q. de EER, of de Zwitserse Bondsstaat, zal de RTS nochtans zelf de voor die erkenning overgelegde diploma's, certificaten en andere titels onderzoeken ter controle of erkenning of registratie terecht heeft plaatsgevonden op grond van de Richtlijn 2005/36/EG, en daarbij tevens de beroepservaring in acht nemen, indien die ten minste drie jaar bedraagt op het grondgebied van de lidstaat die het buitenlands specialistendiploma eerder heeft erkend, en deze lidstaat die beroepservaring bevestigt.
9. Indien de toets met onvoldoende resultaat is afgerond, kan de RTS op verzoek van de tandarts beoordelen of er aanleiding is voor het volgen van een individueel scholingsprogramma, overeenkomstig het zevende lid en paragraaf II-B.

10. Indien de toets of het individueel scholingsprogramma met een voldoende resultaat is afgerond, en de aanvraag overigens voldoet aan de in het eerste lid gestelde eisen, erkent de RTS de beroepskwalificatie van de tandarts in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie.

D.4a. Gedeeltelijke toegang

1. De RTS beoordeelt ambtshalve of de tandarts in aanmerking komt voor gedeeltelijke toegang conform artikel 12 van de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties.
2. De tandarts aan wie gedeeltelijke toegang is verleend, oefent de beroepswerkzaamheden uit onder de beroepstitel van diens betrokken staat van oorsprong of herkomst.

D.5. Erkenning beroepskwalificatie anders dan op basis van Richtlijn 2005/36/EG (derde landdiploma)

1. Indien een tandarts, als bedoeld in artikel D.1., onder d., een erkenning van beroepskwalificatie in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie wenst te ontvangen, meldt deze zich schriftelijk bij de RTS. De aanvraag gaat vergezeld van:
 - a. een bewijs van het hebben gevolgd en voltooid van een opleiding in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie, afgegeven door de bevoegde autoriteiten van het land van oorsprong of herkomst;
 - b. documenten waaruit blijkt over welke beroepservaring de tandarts beschikt alsmede welke aanvullende opleiding en relevante bij- en nascholing deze gevolgd heeft. De tandarts verschaft de RTS de gegevens en bescheiden die de RTS voor de beoordeling van de aanvraag nodig acht en waarover de tandarts redelijkerwijs de beschikking kan krijgen;
2. Op de tandarts, bedoeld in het eerste lid, zijn de bepalingen van artikel D.4., tweede tot en met zevende lid alsmede het negende en tiende lid van overeenkomstige toepassing.
3. In aanvulling op het tweede lid, wijst de RTS de aanvraag in elk geval af indien de duur van de te beoordelen opleiding korter is dan de minimumduur van de opleiding in het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie als bedoeld in de Richtlijn 2005/36/EG.

D.6. Registratie na erkenning beroepskwalificaties

1. Indien een tandarts met een erkende beroepskwalificatie, als bedoeld in artikel D.3., tweede lid, D.4., negende lid of D.5., tweede lid in het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie wenst te worden ingeschreven, meldt deze zich schriftelijk bij de RTS. De aanvraag gaat in ieder geval vergezeld van:
 - a. een bewijs van diens erkenning als bedoeld in artikel D.3., tweede lid of D.4., negende lid of D.5., tweede lid;
 - b. een bewijs dat deze als tandarts is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3. van de Wet BIG;
 - c. een recent bewijs dat deze gerechtigd is tot de beroepsuitoefening in het desbetreffende specialisme in het land van herkomst;
 - d. een bewijs dat deze de Nederlandse taal voldoende beheerst.
2. Indien de aanvraag bedoeld in het eerste lid, meer dan vijf jaar na afgifte van het bewijs van het voltooid hebben van de opleiding tot orthodontist, door de bevoegde autoriteiten van het land van oorsprong of herkomst, bij de RTS wordt ingediend, en de RTS oordeelt dat de aanvraag voor het overige aan de vereisten voor registratie voldoet, dan vindt registratie slechts plaats, indien de betrokken tandarts voldoet aan de eisen van de artikelen D.15, eerste lid en D.16., met dien verstande dat de deskundigheidsbevordering als bedoeld in artikel D.16. niet geaccrediteerd hoeft te zijn.
3. De RTS schrijft de tandarts, bedoeld in het eerste en tweede lid, na ontvangst van de daar genoemde stukken en met inachtneming van het bepaalde in de Regeling, in voor een periode van vijf jaar, welke registratieperiode ingaat op de datum waarop het verzoek tot registratie compleet is.

D.7. Registratie korter dan 5 jaar

De RTS kan met inachtneming van het daartoe bepaalde in de Regeling, besluiten tot inschrijving van een tandarts in het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie voor een periode korter dan vijf jaar.

D.7a. Verworven rechten en conformiteitsverklaringen⁷

Artikel 23, eerste, tweede, vierde, vijfde en zesde lid, van Richtlijn 2005/36/EG is van overeenkomstige toepassing.

Paragraaf II-B Individueel scholingsprogramma

D.8. Individueel scholingsprogramma⁸

1. Er is een individueel scholingsprogramma dat tot doel heeft een tandarts, bedoeld in artikel D.4., zevende lid, D.5., tweede lid, D.25., zevende lid, zodanig te scholen dat deze de zorg in het betreffende specialisme zelfstandig en op verantwoorde wijze kan uitvoeren.
2. De duur van het individueel scholingsprogramma bedraagt ten minste drie maanden en ten hoogste één jaar indien de werkzaamheden van de betreffende tandarts of specialist een volledige werkweek omvatten. Bij deeltijd wordt deze periode naar rato van de deeltijd aangepast. Verlenging van het individueel scholingsprogramma is niet mogelijk.
3. Het individuele scholingsprogramma wordt gevolgd onder supervisie van een opleider in één opleidingsinstelling.
4. De tandarts geeft aan de RTS aan welke opleider bereid is de tandarts te begeleiden in een opleidingsinstelling.
5. De tandarts vangt uiterlijk binnen één jaar nadat de RTS heeft bepaald dat de tandarts in aanmerking komt voor een individueel scholingsprogramma, met dit programma aan.
6. De tandarts begint eerst met een individueel scholingsprogramma als deze beschikt over een registratie in de zin van artikel 3 van de Wet BIG.
7. De kosten van het individueel scholingsprogramma komen voor rekening van de tandarts die dit programma volgt, mits deze kostendekkend, transparant en zonder winstoogmerk zijn en niet hoger zijn dan de jaarlijkse vergoeding op grond van de meest recente Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen van de Nederlandse Zorgautoriteit, uitgaande van een volledige werkweek. De kosten omvatten het salaris voor de tandarts die het individuele scholingsprogramma volgt, tenzij deze daar van afziet. In dat geval worden de salariskosten in mindering gebracht op de kosten.
8. Op besluiten van de RTS of de opleider over het individueel scholingsprogramma is artikel 44, tweede lid van de Regeling van overeenkomstige toepassing.

D.9. Inhoud individueel scholingsprogramma

1. De opleider stelt het individueel scholingsprogramma, bedoeld in artikel D.8. op.
2. Bij het opstellen van het individueel scholingsprogramma houdt de opleider rekening met de uitgangssituatie van de betreffende tandarts of specialist en maakt daartoe gebruik van de voor de opleiding Dento-Maxillaire Orthopaedie geldende toetsmethoden.
3. Nadat de opleider het individueel scholingsprogramma heeft opgesteld vraagt deze ter zake goedkeuring aan de RTS.

D.10. Beoordeling individueel scholingsprogramma

1. De opleider is gedurende het individueel scholingsprogramma verplicht iedere drie maanden de voortgang van de tandarts te beoordelen, deze beoordelingen schriftelijk vast te leggen in

⁷ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

⁸ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

- door de RTS vastgestelde formulieren en ter kennis te brengen van de tandarts of specialist en de RTS.
2. De conclusies van deze beoordelingen worden voor gezien of voor akkoord meeondertekend door de tandarts of specialist.
 3. De opleider is verplicht diens oordeel over de tandarts of specialist aan het eind van het individueel scholingsprogramma ter kennis te brengen van de tandarts of specialist en de RTS, nadat de opleider heeft nagegaan of de kennis en kunde van de tandarts of specialist gelijkwaardig is aan die van een in Nederland opgeleide specialist en of de tandarts of specialist in staat is het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie in Nederland zelfstandig en naar behoren uit te oefenen.
 4. De eindbeoordeling wordt door de opleider schriftelijk vastgelegd op een door de RTS vastgesteld formulier.

D.11 Tussentijdse beëindiging individueel scholingsprogramma⁹

Om zwaarwegende redenen kan de RTS op aangeven van de opleider besluiten het individueel scholingsprogramma tussentijds te beëindigen. Van zwaarwegende redenen is in ieder geval sprake indien:

- a. het gelet op de risico's voor de volksgezondheid niet verantwoord is het individueel scholingsprogramma voort te zetten; of
- b. de voortgang van het individueel scholingsprogramma dusdanig is dat voortzetting van het programma tot aan de maximale duur ervan niet zal leiden tot een positieve eindbeoordeling.

Paragraaf II-C Tijdelijke en incidentele dienstverrichting

D.12. Tijdelijke en incidentele dienstverrichting

1. De dienstverrichter die op grond van Titel II van de Richtlijn 2005/36/EG in Nederland het specialisme genoemd in artikel A.4. tijdelijk en incidenteel wil uitoefenen en beschikt over een beroepskwalificatie die voor automatische erkenning in aanmerking komt, meldt zich voorafgaand aan de eerste dienstverrichting bij de RTS en verschaft daarbij in ieder geval de volgende gegevens en bescheiden:
 - a. bewijs van beroepskwalificaties;
 - b. bewijs van melding BIG-register;
 - c. een recent bewijs dat deze gerechtigd is tot de beroepsuitoefening in het betreffende specialisme in het land van herkomst.
2. De dienstverrichter die op grond van Titel II van de Richtlijn 2005/36/EG in Nederland het specialisme genoemd in artikel A.4. tijdelijk en incidenteel wil uitoefenen en beschikt over een beroepskwalificatie die niet voor automatische erkenning in aanmerking komt, meldt zich voorafgaand aan de eerste dienstverrichting bij de RTS teneinde diens beroepskwalificaties te laten controleren. De dienstverrichter verschaft daarbij in ieder geval de volgende gegevens en bescheiden:
 - a. bewijs van beroepskwalificaties;
 - b. bewijs van controle BIG-register;
 - c. de documenten, bedoeld in artikel D.4., eerste lid.

Titel III Herregistratie

D.13. Eisen herregistratie

1. De RTS herregistreert een orthodontist in het specialistenregister Dento-Maxillaire Orthopaedie als bedoeld in artikel 28 van de Regeling, als de specialist in de periode van vijf

⁹ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

jaar voorafgaand aan de expiratie van de vigerende registratie heeft voldaan aan de volgende eisen:

- a. de orthodontist heeft diens specialisme in voldoende mate en regelmatig uitgeoefend;
 - b. de orthodontist heeft in voldoende mate deelgenomen aan deskundigheidsbevorderende activiteiten die verband houden met het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie;
 - c. de orthodontist heeft met goed gevolg deelgenomen aan het visitatieprogramma van de NVvO.
2. De RTS kan dispensatie verlenen, indien wegens zeer bijzondere omstandigheden niet voldaan wordt aan het eerste lid, onder c.
 3. Onvoorziene omstandigheden of verplichtingen, al dan niet vrijwillig aangegaan, waardoor de specialist niet voldoet aan de eisen, bedoeld in het eerste lid, worden bij de beoordeling van het recht op hernieuwing van de inschrijving niet in aanmerking genomen.
 4. Deskundigheidsbevorderende activiteiten die in het buitenland worden gevolgd en door een buitenlandse aanbieder worden georganiseerd dienen te zijn gecertificeerd door de in dat land bevoegde instantie en geaccrediteerd door de betreffende accreditatiecommissie van de NVvO.

D.14. Verzoek en duur herregistratie

1. De specialist die in aanmerking wenst te komen voor herregistratie levert de daartoe benodigde gegevens in bij de RTS.
2. Indien de specialist voldoet aan de eisen, genoemd in artikel D.13. en de door de RTS in rekening gebrachte kosten heeft betaald, vindt herregistratie voor een periode van maximaal vijf jaar plaats, ingaande op de expiratedatum van de lopende registratie. De duur van de herregistratie wordt vastgesteld op basis van het hebben voldaan aan de in artikel D.13., eerste lid, juncto artikel D.15., D.16. en D.17. gestelde eisen conform de daartoe door de RTS opgestelde beleidsregels.
3. Indien de specialist niet volledig voldoet aan de in artikel D.13., eerste lid onder b. of c. gestelde eisen, kan de RTS de inschrijving eenmalig hernieuwen onder de voorwaarde dat deze binnen één jaar na de expiratedatum van de lopende registratie alsnog het aantal benodigde punten behaalt respectievelijk met goed gevolg deelneemt aan het visitatieprogramma.

D.15. Uitoefening specialisme

1. Een specialist heeft diens specialisme in voldoende mate uitgeoefend als bedoeld in artikel D.13., eerste lid onder a., indien deze gemiddeld over vijf jaar ten minste 16 uur per week patiëntgebonden zorg verleent, waaronder wordt verstaan: (poli)klinische werkzaamheid, uitvoeren van consulten, patiëntgebonden opleidingsactiviteiten en/of patiëntbesprekingen.
2. Van regelmatige uitoefening van het specialisme als bedoeld in artikel D.13., eerste lid onder a., is geen sprake indien de werkzaamheden langer dan twee jaar aaneengesloten zijn onderbroken.
3. In afwijking van het eerste lid heeft een specialist het specialisme in voldoende mate uitgeoefend indien deze gemiddeld over een periode van vijf jaar voor ten minste acht uur per week patiëntgebonden zorg heeft verleend en in een dienstverband van ten minste acht uur per week gelijkgestelde werkzaamheden, als bedoeld in artikel D.19., heeft verricht.
4. In afwijking van het eerste lid heeft een specialist, die ten minste 25 jaar aaneengesloten als specialist is geregistreerd, diens specialisme in voldoende mate uitgeoefend als bedoeld in artikel D.13, eerste lid, onder a, indien deze gemiddeld over vijf jaar ten minste acht uur per week patiëntgebonden zorg verleent als bedoeld in het eerste lid. Van deze mogelijkheid kan de betreffende specialist eenmaal gebruik maken.¹⁰

¹⁰ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

D.16. Deskundigheidsbevorderende activiteiten

De omvang van de deskundigheidsbevorderende activiteiten, bedoeld in artikel D.13., eerste lid, onder b., bedraagt gemiddeld over een periode van vijf jaar ten minste veertig geaccrediteerde punten per jaar.

D.17. Visitatieprogramma

De specialist toont met een door of namens de NVvO afgegeven certificaat aan dat de specialist of diens praktijk of afdeling, met goed gevolg heeft deelgenomen aan een visitatie, als bedoeld in artikel D.13., eerste lid, onder c.

D.18. Bewijsstukken

De specialist overlegt desgevraagd ten behoeve van de herregistratie de schriftelijke bewijzen van de regelmatige uitoefening van het specialisme, van diens deskundigheidsbevorderende activiteiten en van het feit dat de specialist of diens praktijk of afdeling, aan visitatie onderworpen is geweest, aan de RTS.

D.19. Gelijkgestelde werkzaamheden

1. Een specialist die niet regelmatig of niet in voldoende mate of niet meer werkzaam is in het betreffende specialisme kan voor herregistratie op grond van gelijkgestelde werkzaamheden in aanmerking komen.
2. De uitoefening van bepaalde functies wordt als gelijkgestelde werkzaamheden, bedoeld in het eerste lid, aangemerkt indien het behouden van de titel voor het betreffende tandheelkundig specialisme van belang is voor de beroepsuitoefening, zoals:
 - a. hoogleraar in een tandheelkundig specialisme, c.q. wetenschappelijk medewerker in een academische instelling;
 - b. beleids- of stafmedewerker bij een beroepsvereniging of wetenschappelijke vereniging van tandarts-specialisten;
 - c. wetenschappelijk onderzoeker op een voor de specialistische tandheelkunde relevant gebied;
 - d. managementfunctionaris op het terrein van de specialistische tandheelkunde.
3. De gelijkgestelde werkzaamheden worden in een dienstverband van ten minste 16 uur per week verricht om voor herregistratie in aanmerking te kunnen komen. De aard, de omvang en de duur van de werkzaamheden dienen te blijken uit een werkgeversverklaring.
4. Artikel D.13., eerste lid, onder c., is niet van toepassing op de hierboven in het tweede lid, genoemde personen.
5. Zodra de gelijkgestelde werkzaamheden worden beëindigd, geeft de specialist hiervan kennis aan de RTS.
6. Indien de specialist na het beëindigen van de gelijkgestelde werkzaamheden opnieuw zonder beperkingen wenst te worden geregistreerd en niet voldoet aan de eisen voor herregistratie, bedoeld in artikel D.13., eerste lid, onder a. of b., volgt deze een individueel scholingsprogramma als bedoeld in titel I, paragraaf II-B.
7. De inschrijving als specialist wordt voor de duur van het individueel scholingsprogramma gehandhaafd, indien het individueel scholingsprogramma aansluitend aan het beëindigen van de gelijkgestelde werkzaamheden wordt gevolgd.

D.20. Herintreding

1. Een tandarts die in het specialistenregister geregistreerd is geweest, maar van wie de registratie is doorgehaald als gevolg van het niet voldoen aan de eisen voor herregistratie, of op een eigen verzoek, kan bij de RTS een aanvraag indienen om opnieuw te worden ingeschreven.
2. De RTS beoordeelt op grond van de door de tandarts overgelegde bewijsstukken of de tandarts in de periode van vijf jaar voorafgaand aan het tijdstip van de aanvraag om opnieuw te worden ingeschreven, aan de eisen voor herregistratie heeft voldaan.

3. De eis van het regelmatig uitgeoefend hebben van het specialisme, bedoeld in artikel D.13., eerste lid, onder a., heeft betrekking op het gebied van de Dento-Maxillaire Orthopaëdie.
4. Indien de RTS vaststelt dat de tandarts volledig aan de eisen voor herregistratie als bedoeld in artikel D.13., eerste lid, heeft voldaan kan deze opnieuw worden ingeschreven.
5. Indien de RTS vaststelt dat de tandarts niet aan de eisen voor herregistratie bedoeld in artikel D.13., eerste lid, heeft voldaan, kan de tandarts opnieuw worden ingeschreven nadat deze met goed gevolg een individueel scholingsprogramma heeft voltooid. Titel I, paragraaf II-B is in dat geval van toepassing.
6. Indien de RTS vaststelt dat de tandarts alleen niet aan de eis voor herregistratie voldoet, bedoeld in artikel D.13., eerste lid, onder c., kan de tandarts opnieuw worden ingeschreven voor de duur van een jaar teneinde alsnog met goed gevolg deel te nemen aan de kwaliteitsvisitatie van de NVvO.
7. De tandarts, bedoeld in het zesde lid, die alsnog aan de eis tot visitatie heeft voldaan, en overeenkomstig het vierde lid aan alle eisen voor herregistratie voldoet, kan opnieuw worden ingeschreven voor de duur van vijf jaar, te rekenen vanaf de expiratedatum van de vigerende registratietermijn.
8. De datum van inschrijving, bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid, is de datum van het besluit van de RTS.

Hoofdstuk E Overige bepalingen

E.1. Overgangsbepalingen

1. Op de aios, buitenslands gediplomeerde, orthodontist, opleider, plaatsvervangend opleider of opleidingsinstelling die een aanvraag tot een besluit ingevolge dit besluit heeft ingediend bij de RTS voor 1 januari 2018, blijft het betreffende besluit van toepassing dat gold tot 1 januari 2018.
2. De aios, buitenslands gediplomeerde, orthodontist, opleider of opleidingsinstelling, bedoeld in het eerste lid, kan er voor kiezen dat de betreffende aanvraag volgens dit besluit wordt genomen.
3. Een besluit van de RTS met betrekking tot de aios, buitenslands gediplomeerde, orthodontist, opleider, plaatsvervangend opleider of opleidingsinstelling dat dateert van voor 1 januari 2018, blijft van kracht tot de datum waarop het besluit vervalt of opnieuw wordt verleend.
4. Eisen en verplichtingen uit dit besluit met betrekking tot de betreffende opleider, plaatsvervangend opleider en de opleidingsinstelling, bedoeld in het derde lid, zijn verbindend vanaf 1 januari 2018.

E.2. Intrekking besluit

Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2013, vastgesteld op 1 juli 2012, wordt ingetrokken.

E.3. Bekendmaking

1. Dit besluit, alsmede wijziging daarvan, behoeft instemming van de Minister voor Medische Zorg en Sport.
2. In de Staatscourant wordt mededeling gedaan van de vaststelling van dit besluit alsmede van wijzigingen daarvan. Daarnaast wordt mededeling gedaan in het officiële orgaan van de KNMT.
3. De mededeling in het officiële orgaan van de KNMT, bedoeld in het tweede lid bevat ten minste de titel van het besluit of wijziging en de datum van inwerkingtreding van het besluit of wijziging.
4. De integrale tekst van dit besluit wordt op de website van de KNMT geplaatst (www.knmt.nl).

E.4. Inwerkingtreding

1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2018.
2. Indien de Staatscourant waarin de vaststelling van dit besluit en het instemmingsbesluit, bedoeld in artikel E.3., eerste lid, worden geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2017, treedt dit besluit in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werkt zij terug tot en met 1 januari 2018.

E.5. Citeertitel

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2018.

Utrecht, 8 december 2017

prof. dr. J. de Lange,
voorzitter CTS

mr. M.C.J. Rozijn,
secretaris CTS

TOELICHTING

Algemeen

In dit besluit worden regels gesteld omtrent de opleiding Dento-Maxillaire Orthopaedie (hierna: DMO) en de erkenning van opleiders en opleidingsinstellingen alsmede omtrent de (her)registratie van orthodontisten in het DMO-specialistenregister. Dit besluit is geactualiseerd waarbij enkele technische wijzigingen zijn doorgevoerd. De artikelen in dit besluit zijn onder andere genderneutraal geformuleerd.

Inhoudelijk is de beoordelingsstage voor buitenslands gediplomeerden geschrapt, omdat deze niet uitvoerbaar bleek. De beoordelingstoets en het individueel scholingsprogramma zijn gehandhaafd, zodat dit besluit nog altijd aansluit bij de Richtlijn 2005/35/EG.

Voorts is de regeling inzake gelijkgestelde werkzaamheden verduidelijkt en is de bepaling omtrent herintreding vereenvoudigd.

In hoofdstuk D wordt onder meer de erkenning van de beroepskwalificatie van buitenslands gediplomeerden geregeld.

De Europese richtlijn betreffende de onderlinge erkenning van beroepskwalificaties door EU-landen uit oktober 2005 (Richtlijn 2005/36/EG, hierna: de Richtlijn) stelt criteria voor toegang van EU-onderdanen tot een bepaald beroep. EU-onderdanen die in de ene lidstaat gekwalificeerd zijn om een beroep uit te oefenen, worden in beginsel ook geschikt geacht om dit beroep in een andere lidstaat uit te oefenen. Achtergrond hiervan is de doelstelling van de EU om een vrij verkeer van personen en diensten mogelijk te maken. Beperkingen in de toetreding tot een gereguleerd beroep zorgen voor een belemmering van die vrije markt en worden daarom zoveel mogelijk afgeschaft. De Richtlijn is in de nationale wetgeving van Nederland vertaald in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties.

De Minister van VWS heeft op 5 september 2012 bepaald dat de in Nederland bestaande vervlechting van erkenning van een buitenlandse beroepskwalificatie (lees: buitenlands diploma) en de registratie in een specialistenregister ongedaan moet worden gemaakt. Daarom verlopen de erkenning en de registratie thans volgens gescheiden procedures, waardoor een erkenning van een buitenlandse beroepskwalificatie niet langer automatisch ook tot registratie in het specialistenregister leidt. Zowel de erkenning van de beroepskwalificatie als de registratie is nodig om in Nederland het specialistenberoep te kunnen uitoefenen. Het systeem van erkenning van buitenlandse diploma's is kort weergegeven als volgt.

In de EER of Zwitserland gekwalificeerde tandheelkundig specialisten komen in principe in aanmerking voor inschrijving in het desbetreffende Nederlands specialistenregister. De bevoegde autoriteit van de ontvangende lidstaat (in Nederland de RTS) mag in dat kader de opleiding die een aanvrager in een andere lidstaat met goed gevolg heeft afgerond niet beoordelen op gelijkwaardigheid met de Nederlandse specialistenopleiding. Deze zogenoemde automatische erkenning vloeit voort uit de door het Europees parlement en de Raad geharmoniseerde minimumopleidingseisen voor een beperkt aantal beroepsopleidingen, zoals de opleiding tot tandheelkundig specialist.

Voor de erkenning van andere buitenlandse opleidingen bestaat het algemene stelsel. Volgens dit stelsel hoeft de ontvangende staat een buitenlandse beroepsopleiding waarvoor geen specifieke erkenningsregels bestaan niet automatisch te erkennen. Die buitenlandse opleiding mag dan inhoudelijk worden beoordeeld. Dit is in twee situaties mogelijk. Ten eerste indien de behaalde opleidingstitel van de EU-onderdaan niet in Bijlage V.3., punt 5.3.4. van de Richtlijn staat, maar indien er op grond van de Richtlijn wel een recht op inschrijving bestaat. Die opleiding is dan niet geharmoniseerd en kan dus aanzienlijk verschillen met de Nederlandse tandheelkundige specialistenopleiding. Het gaat hier bijvoorbeeld om een Spaanse opleiding tot orthodontist. Ten tweede indien een aanvrager zijn opleidingstitel buiten de EER of Zwitserland heeft behaald, in een zogenaamd 'derde land'. Ook diploma's uit zulke 'derde landen' kunnen aanzienlijke verschillen vertonen met de Nederlandse opleiding. Een inhoudelijke beoordeling moet dan bepalen in hoeverre

de bekwaamheid van de aanvrager gelijk is aan de bekwaamheid na voltooiing van de desbetreffende specialistenopleiding in Nederland.

De RTS erkent een Nederlands diploma door de afgifte van een opleidingstitel. Met deze opleidingstitel kan een tandheekkundige de RTS verzoeken om inschrijving in het DMO-specialistenregister. Deze komt in beginsel direct voor inschrijving in aanmerking. Bij tandartsen met een niet-Nederlandse opleidingstitel, zal de RTS eerst diens beroepskwalificatie moeten erkennen, alvorens deze tandarts voor registratie in het specialistenregister in aanmerking komt. Bij die registratie toetst de RTS aan enkele aanvullende voorwaarden. Deze worden hierna in de artikelsgewijze toelichting kort uitgelegd.

Artikelsgewijze toelichting¹¹

Hoofdstuk A Algemene bepalingen

A.1. Begripsomschrijvingen

Om te voldoen aan de Europese verplichtingen is het begrip tandarts ingevoegd en uitgebreid naar de tandartsen die een aanvraag tot erkenning doen op grond van artikel D.3 en D.4. Hierdoor kan tegelijkertijd een aanvraag tot erkenning als tandarts (artikel 3 Wet BIG) en als orthodontist (artikel 14 Wet BIG) worden gedaan. In het kader van het gelijkheidsbeginsel is deze mogelijkheid ook opengesteld voor de tandarts die een aanvraag tot erkenning doet op grond van artikel D.5..

Hoofdstuk C De erkenning

Paragraaf I-B Verplichtingen

Artikel C.4. Verplichtingen opleider

Eerste lid, onder j: de vereiste bereidheid van de opleider om tandartsen op te nemen voor een individueel scholingsprogramma (ISP), neemt niet weg dat er dan wel voldoende stafcapaciteit zal moeten zijn in de opleidingsinstelling om het ISP ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.

Artikel C.9. Verplichtingen opleidingsinstelling

Onder g: de vereiste bereidheid van de opleidingsinstelling om tandartsen op te nemen voor een individueel scholingsprogramma (ISP), heeft tot gevolg dat er voldoende stafcapaciteit moet zijn in de instelling om het ISP ook daadwerkelijk te kunnen uitvoeren.

Hoofdstuk D De erkenning van beroepskwalificatie, registratie en herregistratie

Titel I Inschrijving

Artikel D.1. Inschrijving

In dit artikel zijn de vier categorieën van personen genoemd die voor een inschrijving in het specialistenregister voor orthodontisten in aanmerking komen. De indeling in categorieën sluit aan bij de ((inter)nationale) achtergrond van de door de tandarts gevolgde opleiding. Voor inschrijving is vereist dat een opleidingstitel is afgegeven en dat aan de aanvullende registratie-eisen is voldaan. Dit is in de artikelen D.2. en verder per categorie personen uitgewerkt.

¹¹ Besluit CTS van 28 oktober 2019.

Titel II Erkenning beroepskwalificatie en registratie

Paragraaf II-A Aanvraag erkenning beroepskwalificatie en registratie

Artikel D.2. Registratie als specialist (Nederlands diploma)

Een Nederlandse opleidingstitel leidt tot automatische inschrijving in het specialistenregister. Daarvoor moet de afgestudeerde specialist wel een aanvraag indienen bij de RTS.

De tijd tussen de afgifte van het diploma en de aanvraag tot registratie bij de RTS bepaalt echter wel de duur van de registratie.

Tweede lid: een aanvraag binnen drie maanden na het afgeven van de opleidingstitel leidt tot een registratie voor de duur van vijf jaar.

Derde lid: een aanvraag na drie maanden maar binnen vijf jaar na het afgeven van de opleidingstitel leidt tot een registratie van minder dan vijf jaar. De ingangsdatum van de specialistenregistratie wordt afgestemd op de ingangsdatum van de BIG-registratie.

Vierde lid: een aanvraag langer dan vijf jaar na afgifte van de opleidingstitel leidt tot een registratie van vijf jaar. Anders dan bij het tweede en derde lid, moet de tandarts dan wel diens specialistische vaardigheden hebben bijgehouden. Hiermee is aangesloten bij het huidige herregistratiesysteem en het Besluit periodieke registratie Wet BIG waarmee de herregistratie voor de tandartsen is ingevoerd. In de nota van toelichting bij deze wet staat dat na vijf jaar gesteld kan worden dat de kennis en kunde van een beroepsbeoefenaar, die diens beroep niet meer (voldoende) uitoefent en zich ook niet schoolt, dusdanig is achteruitgegaan dat het uit het oogpunt van volksgezondheid niet meer verantwoord is deze beroepsbeoefenaar de zorg voor patiënten toe te vertrouwen.¹² Indien de tandarts zich meldt meer dan vijf jaar na het afronden van de opleiding tot orthodontist dient de tandarts dan ook aan te tonen dat deze de kennis en kunde van diens beroep heeft bijgehouden. Ook hier stemt de RTS de ingangsdatum af op de ingangsdatum van de BIG-registratie. Voor het bepalen van deze ingangsdatum stelt de RTS een uitvoeringsregel op.

D.3. Erkenning beroepskwalificatie op basis van de Richtlijn 2005/36/EG (automatische erkenning)

Een tandarts met een opleiding uit de EER of Zwitserland wendt zich voor de erkenning van diens beroepskwalificatie tot de RTS.

De tandarts dient daartoe in ieder geval bewijs aan te leveren dat deze de desbetreffende buitenlandse opleiding heeft voltooid. De RTS gaat op basis daarvan in beginsel direct tot erkenning over, tenzij de RTS aanleiding ziet om extra stukken op te vragen.

D.4. Erkenning beroepskwalificatie op basis van Richtlijn 2005/36/EG (algemeen stelsel)

Voor de tandarts die weliswaar in de EER of Zwitserland is opgeleid, maar waarbij de opleiding niet op de bijlage V.3., punt 5.3.4. van Richtlijn 2005/36/EG staat, geldt dat de aanvrager de RTS naast diens diploma ook bewijzen van relevante beroepservaring of cursussen moet toesturen. Vervolgens toetst de DMO-adviescommissie in hoeverre de tandarts over aan de Nederlandse opleiding gelijkwaardige vaardigheden beschikt. Deze toets heeft het karakter van een evalueatie van een Nederlandse aios. In plaats van de toets kan de tandarts ook kiezen voor een individueel scholingsprogramma; de beoordeling wordt dan gedaan door de opleider.

D.4a. Gedeeltelijke toelating

Met het inwerkingtreden van de meest recente wijziging van de Richtlijn (Richtlijn 2013/55/EU Herziening richtlijn erkenning beroepskwalificaties) is de mogelijkheid van gedeeltelijke toelating vastgelegd. Deze mogelijkheid is uit de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie ontstaan.

In sommige gevallen mag een tandarts het specialisme waartoe deze in diens lidstaat van oorsprong of herkomst gekwalificeerd is niet uitoefenen, omdat het specialisme in Nederland meer beroepsactiviteiten omvat dan enkel het specialisme waartoe de tandarts in diens lidstaat van oorsprong gekwalificeerd is. Als de verschillen tussen de activiteitengebieden zo groot zijn dat de

¹² Besluit van 24 november 2008, houdende periodieke registratie van op grond van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ingeschrevenen

tandarts eigenlijk een volledig onderwijs- en opleidingsprogramma zou moeten volgen om de tekortkomingen te compenseren, kan de tandarts in aanmerking komen voor gedeeltelijke toelating als aan de vereisten van de Richtlijn is voldaan. De RTS beoordeelt ambtshalve of de tandarts in aanmerking komt voor gedeeltelijke toegang.

Gedeeltelijke toegang kan geweigerd worden om dwingende redenen van algemeen belang.

Gedeeltelijke toegang geldt niet voor specialisten die op basis van de Richtlijn volledige toegang krijgen tot hun specialisme op basis van automatische erkenning.

Wanneer gedeeltelijke toegang is verleend aan de tandarts, moet deze de beroepstitel uit de lidstaat van oorsprong voeren. Daarnaast moet de tandarts aan de patiënten duidelijk kenbaar maken welke werkzaamheden deze mag uitoefenen.

D.5. Erkenning beroepskwalificatie anders dan op basis van Richtlijn 2005/36/EG (derde landdiploma)

De vereisten voor een erkenning die op basis van dit artikel worden gesteld zijn hetzelfde als die van een tandarts met een niet-geharmoniseerde opleiding (artikel D.4.).

D.6. Registratie na erkenning beroepskwalificatie

De tandarts met een erkende beroepskwalificatie genoemd in D.3., D.4. of D.5. kan zich vervolgens laten registreren in het specialistenregister. Voor diens registratie gelden evenwel aanvullende voorwaarden:

- De aanvrager moet de afgegeven erkenning van de beroepskwalificatie overleggen.
- De aanvrager moet ten tijde van zijn registratieaanvraag zijn ingeschreven in het BIG-register.
- De aanvrager moet bewijzen dat deze in het land van herkomst gerechtigd is tot beroepsuitoefening.
- De Nederlandse taalbeheersing van de aanvrager is voldoende om met Nederlandse patiënten en collega's te communiceren.

Het belang van de taalbeheersing wordt in Richtlijn 2013/55/EU onderstreept, door de rol van de bevoegde autoriteiten bij een taalcontrole nader toe te lichten. De taaltoets moet met name in het licht van de bescherming van de patiëntveiligheid worden gezien.

Tweede lid: bij een aanvraag langer dan vijf jaren na de afgifte van het bewijs van het voltooid hebben van de opleiding tot specialist Dento-Maxillaire Orthopaedie, door de bevoegde autoriteiten van het land van oorsprong of herkomst, moet de aanvrager diens specialistische vaardigheden voldoende hebben bijgehouden. Hiermee wordt aansluiting gezocht bij artikel D.2.

Derde lid: De periode van registratie is vijf jaar.

D.7a. Verworven rechten en conformiteitsverklaringen

In Richtlijn 2005/36/EG zijn diverse bepalingen opgenomen over specialisten met een opleidingstitel die niet in de Richtlijn 2005/36/EG staat. Deze bepalingen zorgen ervoor dat de opleiding(stitel) van buitenslands gediplomeerden die niet in aanmerking komt voor automatische erkenning op grond van Richtlijn 2005/36/EG, niet alsnog inhoudelijk beoordeeld hoeft te worden. Het gaat dan om slechts enkele specifieke groepen waarop deze artikelen van toepassing zijn.

De specifieke voorwaarden waaronder een beroep op deze artikelen mogelijk is, worden verworven rechten genoemd. Een voorbeeld daarvan zijn opleidingstitels behaald in de voormalige DDR of Sovjet Unie.

In de praktijk komt een beroep op deze artikelen nagenoeg niet voor. In voorkomende gevallen toetst de RTS al wel aan deze artikelen en beroept zich daarbij direct op de Richtlijn. Omdat voor toepassing van de Richtlijn omzetting in Nederlandse regelgeving noodzakelijk is, codificeert deze wijziging alsnog de desbetreffende bepalingen in de Nederlandse CTS-regelgeving.

De in dit artikel opgenomen verwijzingen betreffen de volgende bepalingen:

- artikel 23, eerste lid over verworven rechten;
- artikel 23, tweede lid, vierde en vijfde lid over verworven rechten van opleidingstitels behaald in de DDR, Sovjet-Unie en Joegoslavië;

- artikel 23, zesde lid over de conformiteitsverklaringen.

Een conformiteitsverklaring is een verklaring die wordt afgegeven als de opleidingstitel anders is dan de benaming in de bijlagen van de Richtlijn. In een conformiteitsverklaring staat dat de opleiding voldoet aan de eisen van de Richtlijn en dat de desbetreffende opleidingstitel gelijkgesteld is aan de titel zoals opgenomen in bijlagen van de Richtlijn.

Artikel D.8. Individueel scholingsprogramma

Tweede lid: een individueel scholingsprogramma (ISP) betekent maatwerk, waarbij het lastig is voor een opleider om vooraf scherp aan te geven hoe lang een ISP moet gaan duren. Daarom is er een minimumduur en maximumduur aangegeven, uitgaande van een volledige werkweek. Het ISP moet niet langer duren dan noodzakelijk. Na drie maanden vindt in elk geval een tussenevaluatie plaats over het (eventuele) vervolg van het ISP, overeenkomstig artikel D.10. De minimumduur van een ISP is ook voor buitenslands gediplomeerden als bedoeld in artikel D.4, zevende lid drie maanden. De maximumduur is voor buitenslands gediplomeerden op grond van dat zevende lid echter drie jaar. Daarbij is van belang dat in een ISP beoordelen en scholen centraal staat en niet de productieve arbeid op zichzelf. Die arbeid zal tijdens het ISP in de context van het ISP plaatsvinden.

Derde lid: een ISP wordt bij één opleidingsinstelling gevolgd. Dat houdt in dat overstappen naar een andere opleidingsinstelling gedurende het ISP niet mogelijk is. Het is wel mogelijk dat een ISP (tussentijds) wordt beëindigd en dat daarna opnieuw een ISP in een andere opleidingsinstelling wordt gevolgd, mits opnieuw aan alle voorwaarden voor een ISP wordt voldaan.

Zevende lid: het ligt voor de hand dat over in rekening te brengen kosten, salarisvergoeding en de feitelijke instroom van tandartsen die een ISP gaan volgen, in alle redelijkheid afspraken worden gemaakt tussen de opleiders van de opleidingsinstellingen onderling.

Achtste lid: de verwijzing naar artikel 44, tweede lid van de Regeling houdt kort gezegd in dat tegen besluiten van de RTS en van de opleider in het kader van een ISP een geschil aanhangig gemaakt kan worden.

Artikel D.15. Uitoefening specialisme

Vierde lid: door dit vierde lid kunnen orthodontisten aan het eind van hun carrière met behoud van titel hun expertise blijven inzetten binnen de orthodontische zorg, terwijl ze een stap terug zouden kunnen zetten uit de intensiteit die samenhangt met een volle werkweek met patiëntgebonden zorg, maar ook met de daaraan gerelateerde administratieve werkzaamheden en managementtaken. Dit lid overbrugt het gat tussen zeer intensief het specialisme uitoefenen en geheel stoppen. Daardoor kan orthodontische kennis en capaciteit langer behouden blijven en is het mogelijk dat deze zeer ervaren specialisten makkelijker incidenteel kunnen waarnemen. Daaraan is in de praktijk behoefte. Deze specialisten moeten voor het overige wel aan alle andere eisen voor herregistratie blijven voldoen. De minimumomvang van acht uur sluit aan bij de minimumeis die de wet BIG stelt en is slechts eenmaal mogelijk.



LANDELIJK OPLEIDINGSPLAN DMO

Nederlandse Vereniging van Orthodontisten

Commissie Ontwikkeling Landelijk Opleidingsplan Orthodontie

Het bestuur van de wetenschappelijke vereniging, de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten, heeft in overleg met het Consilium Orthodontiae, de commissie Ontwikkeling Opleidingsplan DMO ingesteld. De commissieleden zijn:

Drs. W.J.D.M. van Beers (voorzitter CTS)
T. van den Braak, MSc (lid aios vertegenwoordiging)
Dr. S. Brons (NVvO)
H.C. van der Helm, MSc (lid aios vertegenwoordiging)
Dr. S. Henneman (NVvO)
Dr. R.E.G. Jonkman (opleider)
Dr. E.M. Ongkosuwito (opleider, voorzitter commissie)
Prof. dr. Y. Ren (opleider)
Drs. C. den Rooijen (opleidingskundige)
D.M.E. van Stein Callenfels, MSc (lid aios vertegenwoordiging)

Vastgesteld door het Bestuur van de Vereniging van Orthodontisten en door het College Tandheelkundige Specialismen van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde op 3 oktober 2022.

© 2022 Vereniging van Orthodontisten, Harderwijk

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteursrechthebbende.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Voorwoord	4
Overgangsregel en regelgeving	6
Afkortingenlijst	7
Hoofdstuk 1 De orthodontie	8
1.1 Vakgebied van de orthodontist	8
1.2 Ontwikkelingen in het vakgebied	8
1.3 Ontwikkelingen in de mondzorg, consequenties voor tandheelkundig onderwijs	9
1.4 Toekomstperspectief voor de orthodontist	10
Hoofdstuk 2 Inhoud en vormgeving van de opleiding	12
2.1 Opleidingsvisie	12
2.2 Kaders en bouwstenen	12
2.3 Structuur van de opleiding	13
2.4 EPA's en thema's	13
2.5 Praktijkleren: werkplek = leerplek	15
2.6 Cursorisch onderwijs	15
2.7 Wetenschappelijke vorming	16
2.8 Skillslab	16
2.9 Start opleiding/preklinische vaardigheden	16
Hoofdstuk 3 Monitoren en evalueren	17
3.1 Feedback en reflectie	17
3.2 Bekwaam verklaren met behulp van het oordeel van de opleidingsgroep (OOG)	18
3.3 Gesprekscyclus in opleiden	18
3.4 Individueel opleidingsplan (IOP)	19
3.5 Portfolio	19
3.6 De "uitzonderlijk" functionerende aios	20
Hoofdstuk 4 Kwaliteitszorg en implementatie	21
4.1 Kwaliteit van de opleiding	21
4.2 Implementatie	22
Bijlage 1 EPA's	23
Bijlage 2 Keuze en Verdiepings-EPA's	31
Bijlage 3 Thema's	36
Bijlage 4 Portfolio	40
Bijlage 5 Competentieprofiel orthodontist (bij de start van de professionele loopbaan)	42
Bijlage 6 Referenties	47

Voorwoord

Het voorliggend opleidingsplan Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) is in 2021-2022 opgesteld. Dit plan borduurt voort op het opleidingsplan orthodontie uit 2012¹. De Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVVO) informeert met dit Landelijk Opleidingsplan opleiders en assistenten in opleiding tot specialist (aios) over de eisen en mogelijkheden ten aanzien van de vorm en inhoud van de opleiding tot orthodontist in Nederland. Het Landelijk Opleidingsplan legt een gemeenschappelijk kader vast. Enerzijds is er nadrukkelijk ruimte vrijgelaten voor de individuele opleiders en aiossen om binnen de kaders van dit plan een lokaal en individueel opleidingsplan te kunnen maken. Anderzijds is dit plan ook zodanig ingericht dat het met beperkte aanvullingen als lokaal opleidingsplan kan worden gebruikt.

Om in te spelen op actuele ontwikkelingen in het vakgebied en het onderwijs is de opleiding DMO continu bezig te veranderen en te verbeteren. Er zijn in Nederland drie universitaire opleidingsinstellingen waaraan orthodontisten worden opgeleid. Deze opleidingen voldoen aan de richtlijnen van het Europese Erasmus Project voor de opleiding van orthodontisten. Het resultaat van genoemd project werd al in 1992 gepresenteerd en in 2014 geactualiseerd en omvat een opleidingsprogramma orthodontie met als belangrijkste doelstellingen^{2,3}:

‘To improve the quality of specialty education in the EEC countries and, thereby, the quality of patient care’ en ‘To educate dentists to become specialists in orthodontics with a solid and broad academic background and adequate clinical experience in different treatment methods’

Om diverse redenen was er behoefte aan een nieuwe versie van het landelijk opleidingsplan. Dit plan heeft als doel de aiossen op een dusdanige manier op te leiden, dat men na het voltooien van de specialistenopleiding het op dat moment geldende beroepsprofiel zo goed mogelijk invulling kan geven. Binnen de beroepsgroep van de orthodontie wordt dat beroepsprofiel ca. iedere 5-6 jaren aangepast. Immers, veranderingen in de zorg vragen om veranderingen in het beroepsprofiel van de orthodontist. De aanpassingen zijn van dien aard dat een herschrijven van het opleidingsplan mede daarom ook noodzakelijk is.

De belangrijkste vernieuwingen in het landelijk opleidingsplan MDO kunnen als volgt worden samengevat:

- In dit opleidingsplan worden de *Entrustable Professional Activities (EPA's)* met bekwaamheidsniveau geïntroduceerd. Per EPA wordt vastgesteld of de aios voor een duidelijk omschreven deel van het vakgebied de benodigde kennis en vaardigheden verworven heeft en beheerst. Met de introductie van de EPA's is aansluiting gezocht met de dagelijkse praktijk van het hedendaagse opleiden. Ze vormen de basis voor het monitoren van de voortgang van de aios tijdens de opleiding. Het digitale portfolio speelt daarbij een onmisbare rol;
- Belangrijke onderwerpen in de opleiding tot orthodontist, die niet te vatten zijn in EPA's omdat ze gedurende de hele opleiding aandacht behoeven, zijn vormgegeven in zogenaamde thema's. Deze thema's zijn globaal omschreven zodat de opleider en aios hieraan gezamenlijk invulling kunnen geven;
- Individualisering en flexibilisering van de opleiding, met de mogelijkheid van profilering staan de komende jaren meer centraal door de mogelijkheid van het volgen van keuze EPA's. Aiossen worden uitgedaagd om ambities en talenten te (h)erkennen en deze in hun opleiding aan te wenden;
- Meer dan vroeger krijgt de opleidingsgroep meer verantwoordelijkheid voor wat betreft het monitoren van de voortgang van een aios. Dit zal enige (re)organisatie binnen de opleidingsklinieken vergen.

Het nu voorliggende opleidingsplan geeft invulling aan de behoefte aan een gemoderniseerd, competentiegericht curriculum om het hoge opleidingsniveau te handhaven en waar mogelijk te verbeteren. Dit voorstel is tot stand gekomen dankzij de medewerking van de opleiders orthodontie in Nederland, vertegenwoordigers van de tandartsen in opleiding tot specialist (aios) in de drie opleidingsinstellingen, voorzitter van het CTS en perifeer werkzame orthodontisten. Het concept-opleidingsplan werd aan de leden van de vereniging gepresenteerd en zij konden ook reageren op dit concept dat op de website van de wetenschappelijke vereniging werd geplaatst.

Wij verwachten dat het onderhavige opleidingsplan duidelijke richtlijnen geeft voor de opleiding van orthodontisten in Nederland en wij hopen dat allen die betrokken zijn bij de opleiding van specialisten, niet in het minst de aiossen zelf, geïnspireerd raken door de nieuwe manier van opleiden.

Voorzitter van de commissie,

Dr. Edwin M. Ongkosuwito

Overgangsregel en regelgeving

Het voorliggend landelijk opleidingsplan Dento-Maxillaire Orthopaedie vormt vanaf het moment van uitgave voor alle specialistenopleidingen orthodontie het uitgangspunt voor de vervolgopleiding tot orthodontist. Het nieuwe opleidingsplan vervangt het opleidingsplan orthodontie uit 2012.

In Nederland vindt de opleiding tot orthodontist in drie opleidingsinstellingen plaats (waar ook de studies tandheelkunde en mondzorgkunde, en een MKA-opleiding zijn gevestigd). De commissie gaat uit van een centraal landelijk opleidingsplan, waaraan – indien gewenst en naar gelang de mogelijkheden – een ‘couleur locale’ kan worden gegeven.

De opleiding is cursorisch opgezet en wordt per opleidingsinstelling elke twee jaar groepsgewijs gestart, er zijn geen individuele startdata. De drie opleidingen in Nederland werken samen om het landelijke opleidingsplan te verwezenlijken. De inhoud ligt vast, maar de opleidingen kunnen zelf invulling geven aan de volgorde van de bouwstenen in het lokale opleidingsschema. Per groep aiossen die op hetzelfde tijdstip start, wordt aan het begin van de opleiding een lokaal opleidingsplan aangeboden dat waar nodig herijkt is.

Aiossen die op of na 1 juli 2023 beginnen met de opleiding orthodontie vallen voor de gehele opleiding onder het nieuwe besluit en het nieuwe opleidingsplan DMO. Op de aiossen die vóór die datum zijn gestart met de opleiding DMO blijft het besluit dat geldig was ten tijde van de aanvang van de opleiding van toepassing. Afwijkend hierop kan de aiossen die met de opleiding orthodontie is gestart op of na 1 januari 2022 tot 1 juli 2023, maar voor de ingangsdatum van het nieuwe besluit, in overleg met de opleider besluiten om de opleiding voort te zetten op basis van het nieuwe besluit.

De formele regelgeving is vastgelegd in het Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2022 van het CTS, waarin staat dat het Besluit in werking treedt op 1 juli 2023. Vanaf die datum treedt ook dit nieuwe landelijke opleidingsplan in werking.

Afkortingenlijst

ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
Aios(sen)	Assistent(en) in opleiding tot specialist
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CAT	Critical Appraisal of a Topic
CGO	Competentiegericht opleiden
CGS	College Geneeskundige Specialismen
CO	Consilium Orthodontiae
COC	Centrale Opleidingscommissie
CTS	College Tandheelkundige Specialismen
DMO	Dento-maxillaire Orthopaedie/Orthodontie
D-RECT	Dutch Residency Educational Climate Test
EBD	Evidence-Based Dentistry
EFFECT	Evaluation And Feedback For Effective Clinical Teaching
EPA	Entrustable Professional Activity
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GBT	Geïntensiveerd begeleidingstraject
IOP	Individueel Opleidingsplan
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KRM	Kort Reflectie Moment
MDO	Multidisciplinair overleg
MKA-chirurg	Specialist in de Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NEBEOP	Network of Erasmus Based European Orthodontic Postgraduate Programmes
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
OOG	Oordeel Opleidingsgroep
OSATS	Observed Structured Assessment of a Technical Skill
PDCA cyclus	Plan Do Check Act cyclus
Radboudumc	Radboud Universitair Medisch Centrum
RTS	Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen
SET-Q	Systematic Evaluation of Teaching Qualities
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthodontisten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg

Ten behoeve van de leesbaarheid van het document is de mannelijke persoonsvorm gehanteerd.

Handige websites:

www.knmt.nl

www.medischevervolgopleidingen.nl

www.orthodontist.nl

Hoofdstuk 1 De orthodontie

1.1 Vakgebied van de orthodontist

Het vakgebied orthodontie, in Nederland wettelijk Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) genaamd, omvat de diagnostiek, preventie, interceptie en correctie van malocclusies, en ook van neuromusculaire, functionele en skelettale afwijkingen van de zich ontwikkelende en volgroeide orofaciale structuren, inclusief die van aangeboren en verworven pathologische condities. De orthodontist levert een essentiële bijdrage aan de gezondheid van een individu mede door het bevorderen van diens psychosociale welbevinden en het creëren van optimale condities voor andere facetten van mondgezondheid en mondzorg. Het gericht blijven leren en toepassen als orthodontist (in opleiding) van bovenstaande inhoud vereist een “*evidence-based*” benadering en wetenschappelijke houding. Met betrekking tot de patiëntenzorg wordt onderscheid gemaakt in:

- Reguliere orthodontie: diagnostiek, preventie, interceptie en behandeling van veel voorkomende orthodontische en gelaatsorthopedische afwijkingen bij kinderen en volwassenen (eerste en tweede lijn);
- Bijzondere orthodontie: diagnostiek, preventie, interceptie en behandeling van congenitale en verworven afwijkingen van het gelaat voor zover de aandoening de groei van het gelaat en de ontwikkeling van de dentitie beïnvloedt. De behandeling vindt veelal in gespecialiseerde centra in multidisciplinair verband plaats (de derde en vierde lijn).

1.2 Ontwikkelingen in het vakgebied

Sinds de orthodontie in 1953 als eerste tandheelkundig specialisme in Nederland werd erkend, heeft het vakgebied een stormachtige groei doorgemaakt. Gekwalificeerde, goed opgeleide specialisten kwamen na 1965 de arbeidsmarkt op na implementatie van een gedegen, strak georganiseerde, vierjarige specialistenopleiding met nauwkeurig omschreven eindtermen. Technologische ontwikkelingen en nieuwe biologische inzichten vanaf begin jaren tachtig maakten efficiëntere en korter durende behandelingen mogelijk. Tegelijkertijd verbeterde de mondgezondheid aanzienlijk. Doordat de esthetiek van het gebit in het maatschappelijk verkeer belangrijker werd, steeg de maatschappelijke vraag naar orthodontie enorm. Tegenwoordig is ruim 70 procent van de 17-jarigen orthodontisch behandeld⁴. De vraag naar orthodontische behandeling van volwassenen neemt verder toe mede door de stormachtige ontwikkeling en toegankelijkheid van de doorzichtige beugels. De continu ontwikkeling van het vakgebied heeft mede geleid tot de invoering van een verplichte 5-jaarlijkse herregistratie van orthodontisten in 2008 hetgeen de “*continu kritische lerende houding*” nog verder benadrukt.

Verdere ontwikkelingen in de orthodontie zijn onder andere:

- Driedimensionale beeldvorming ten behoeve van diagnostiek en behandelplanning;
- Ontwikkeling van orthodontische (geprinte) apparatuur;
- Skelettale verankering en daarmee veranderende biomechanische toepassingen;
- Frictiearme vaste apparatuur;
- Gebruik van CAD/CAM (*computer-aided design and computer-aided manufacturing*) technieken bij ontwerp en vervaardiging van ‘*personalized*’ orthodontische apparatuur;
- Nieuwe (bio)materialen en kennis over biofilms;
- Ontwikkeling van biologische/genetische indicatoren voor iatrogene schade en efficiëntie van tandverplaatsing;
- Verbeterde mogelijkheden van multidisciplinaire behandeling – mede door ontwikkelingen in de aanpalende vakgebieden – van patiënten met congenitale en verworven gelaatsafwijkingen en patiënten met complexe tandheelkundige en/of medische problematiek;
- Toename van *E-health* in de zorg, inclusief aanverwante innovaties/ontwikkelingen;
- verdere ontwikkelingen die de wens/vraag van de patiënt beter onderzoeken door middel van “*Oral Health related Quality of Life*” metingen en het toepassen van waardegedreven zorgprincipes;
- Duurzaamheid in de zorg als steeds belangrijker maatschappelijk thema waar aandacht voor moet zijn.

Deze ontwikkelingen leiden tot complexere behandelingen en tot behandelingen die eerder in het geheel niet dan wel nauwelijks uitvoerbaar waren. Tegelijkertijd worden vraagstukken zoals milieu en duurzaamheid en het beheer en de inrichting van een digitale omgeving steeds uitdagender, waarbij wet- en regelgeving op deze gebieden steeds nadrukkelijker binnen het werkveld van de orthodontist terecht komen (o.a. AVG). Waardegedreven zorg ("value based care") neemt een centrale rol in waarbij de patiënt nog duidelijker in de behandelbeslissing wordt meegenomen. In dezelfde tijd hebben de algemene tandheelkunde en het andere tandheelkundig specialisme in Nederland, Mondziekten-, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA-chirurgie), eveneens een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. In het verlengde daarvan neemt het aantal interdisciplinaire behandelingen, waaraan ook veelvuldig door orthodontisten wordt deelgenomen, sterk toe. Onder andere in de volwassen zorg is er een toename van de vraag naar gecombineerde behandelingen doordat (parodontale en implantologische) herstel mogelijkheden fors zijn uitgebreid. De behandeling van patiënten met congenitale afwijkingen heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een 'superspecialisme' binnen de orthodontie, waarvan specifieke kennis en kunde slechts in een beperkt aantal centra aanwezig is. Dit past binnen de door de NFU en VWS gestelde kaders voor zeldzame aandoeningen.

1.3 Ontwikkelingen in de mondzorg, consequenties voor tandheelkundig onderwijs

Deze paragraaf behandelt – zonder volledigheid na te streven – een aantal ontwikkelingen binnen en buiten de mondzorg die consequenties hebben voor de opleiding van de toekomstige tandarts, voor zover deze gerelateerd zijn aan het vakgebied van de orthodontie en de opleiding tot orthodontist.

1.3.1 Demografische en algemeen maatschappelijke ontwikkelingen:

Niet alleen het aantal ouderen in Nederland groeit (vergrijzing), maar ook het aantal ouderen dat langer de eigen dentitie houdt. Daarnaast neemt het aantal medisch gecompromitteerde patiënten (chronische ziekten, acute situaties) toe (laatste rapportage 2004: CB, 1989-2004):

- Specifieke groepen vragen extra aandacht. Risicogroepen zijn in dit verband jonge kinderen (met slechtere voedingspatronen), mensen met een beperking, mensen die in instellingen verblijven en asielzoekers;
- Toename van mensen met overgewicht leidt tot een andere instroom van volwassen patiënten vanwege Obstructive Sleep Apnea (OSA) en diabetes⁵;
- Een groot deel van de patiënten is mondiger en kritischer geworden, wat meer helderheid, uitleg, samenspraak en participatie van patiënten in de besluitvorming vergt;
- Steeds meer mensen, ook in de (tandheelkundige) zorg, willen werken in deeltijd. Dit heeft allerlei consequenties, onder andere voor de organisatie van de zorg;
- De multicultureel wordende samenleving vraagt om andere communicatie vanwege verschillen in taal, cultuur en gezondheidsgedrag^{6,7};
- Voor mensen met een lage sociaaleconomische status is orthodontie steeds minder toegankelijk geworden. Slechts enkele zeer ernstige orthodontische aandoeningen komen in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering. De premies voor aanvullende verzekeringen ten behoeve van orthodontie zijn het afgelopen decennium gestegen, terwijl de mate van vergoeding is afgenomen^{4,8}.

1.3.2 Ontwikkelingen in de tandheelkunde in relatie tot orthodontie:

- De werkdruk zal voor de tandarts groter worden door wetenschappelijke ontwikkelingen, een toename en intensivering van de zorgvraag en afname van het aantal praktiserende tandartsen. Verdergaande taakdelegatie en -substitutie in de samenwerking en differentiatie zal noodzakelijk worden. Horizontale en verticale verwijzingen (van bijvoorbeeld orthodontische behandelingen) zullen toenemen;
- De komst van een vierjarige opleiding Mondzorgkunde bevordert dat mondhygiënist taken van de tandarts overnemen. Momenteel delegeert een groot percentage van zowel tandartsen als orthodontisten in beperkte dan wel grotere mate tandheelkundige respectievelijk orthodontische werkzaamheden aan mondhygiënist of (preventie)assistenten;
- Het aantal tandartsen met een solopraktijk neemt af. Er zal geleidelijk aan in grotere praktijken en met meer beroepsbeoefenaren op verschillende niveaus worden samengewerkt;
- In de bevolking als geheel (vooral het jongere deel) is de gebitstoestand door preventie en voorlichting verbeterd. Steeds meer ouderen behouden de eigen dentitie. De vraag naar orthodontische behandeling blijft bij alle leeftijdsgroepen groot;
- Nieuwe behandeltechnieken leiden tot andere en uitgebreidere therapeutische mogelijkheden dan voorheen en nieuwe tandheelkundige materialen maken meer mogelijk;
- Vanuit de samenleving is er een toenemende vraag naar gedifferentieerde en gespecialiseerde tandheelkundige zorg;

Eenzijds neemt de vraag naar preventieve zorg (door de overheid) verder toe en leidt dit ook tot een verdere toename van de orthodontische zorg. Anderzijds zorgt ook maatschappelijke druk voor een toename in esthetische correcties met behulp van *facings* of *veneers* en bleken van gebitselementen, maar ook gebitscorrecties door middel van orthodontische behandeling. Of zinnige zorg wordt geleverd kan mede beantwoord worden door *Oral Health related Quality of Life* instrumenten en een *evidence-based* behandelwijze toe te passen.

1.3.3 Consequenties voor de universitaire opleiding tandheelkunde:

Het nieuwe zesjarige tandartscurriculum is in 2019 van start gegaan. Uitgangspunt voor de zesjarige opleiding tandheelkunde was dat mondgezondheidszorg volgens de academische beroepsstandaard geleverd wordt op basis van *evidence-based dentistry* (EBD), met preventie als de belangrijkste pijler. Een academische beroepsstandaard impliceert een gedegen wetenschappelijke opleiding die voldoet aan de kwaliteitseisen van een wetenschappelijke opleiding, eisen die terug te vinden zijn in de competenties van elke op te leiden tandarts. De opleiding tot orthodontist dient aan te sluiten bij het uitstroomniveau van de tandarts die volgens het huidige tandheelkundig curriculum (Raamplan Mondzorg 2020) is opgeleid. Het onderhavige in competenties uitgewerkte opleidingsplan voor de specialistenopleiding DMO sluit hierop aan.

1.4 Toekomstperspectief voor de orthodontist

1.4.1 Taaksubstitutie

Met de in de specialistisch orthodontische praktijk op grote schaal op gang gekomen taaksubstitutie – waarbij goed opgeleide hulpkrachten eenvoudige handelingen verrichten – liep de orthodontie voor op de gewenste ontwikkelingen in de tandheelkunde. In 2006 heeft de Commissie Innovatie Mondzorg een advies geformuleerd over de taakherschikking in de tandheelkundige zorg en de gevolgen daarvan voor de bijbehorende opleidingen. Dit advies is ter harte genomen en wordt inmiddels uitgevoerd. Ook nu nog blijft dit voortgaande taakherschikking tussen specialist en tandarts opleveren.

In het rapport *Capaciteit Mondzorg* wordt verticale substitutie genoemd als een mogelijkheid om in het voorgestelde teamconcept de effecten van het toekomstige tandartsentekort te reduceren. Aangezien orthodontisten al vele jaren verticale substitutie in de praktijk brengen, zoals het delegeren van eenvoudige werkzaamheden naar bijvoorbeeld tandartsassistenten en mondhygiënist, kunnen zij met verticale substitutie hun zorgaanbod in de toekomst nog maar marginaal vergroten. De basis voor kwalitatief hoogstaande zorgverlening, waarbij de orthodontist eenvoudige handelingen in de praktijk verantwoord kan delegeren en innovaties en verbeteringen in de praktijkvoering kan implementeren, is een goede academische specialistenopleiding.

1.4.2 Belangstelling voor specialisatie tot orthodontist

De vraag naar orthodontie is de laatste jaren aan het veranderen. Mede ingegeven door verschillende media en sociale acceptatie stijgt het aantal personen met een wens tot orthodontische behandeling. Ook het veel langer behouden van de eigen dentitie draagt daarin bij. Tussen 1989 en 2004 (laatste keer) registreert het CBS een daling van meer dan 50% van het aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder met een volledig kunstgebit. Aangenomen mag worden, dat deze beweging nog steeds gaande is.

Niet alleen onder jongeren, maar ook bij volwassenen is een stijgende vraag vast te stellen. Daardoor verandert ook de vraag in de richting van meer onzichtbare behandelingen. Voor een orthodontische behandeling kunnen patiënten bij een tandarts die zich al dan niet exclusief met orthodontie bezighoudt, maar geen specialist is, vervoegen dan wel rechtstreeks een specialist, de orthodontist, bezoeken. Laatst dus zelfs zonder verwijzing van een tandarts. Dit maakt enerzijds de toegankelijkheid groter, maar anderzijds ontstaat bij leken eenvoudig verwarring over de status van een orthodontist. Voorts is de vrije toegankelijkheid tot een specialist uniek in de gehele (mond)gezondheidszorg.

Recent onderzoek laat zien dat de beroepsgroep vergrijst. Bijna 33% is ouder dan 55 jaar en heeft aangegeven tussen 65 en 68 jaar te willen stoppen met het uitoefenen van het vak (Capaciteitsorgaan, 2020). Dit betekent ook dat het aantal instromende orthodontisten van de drie opleidingen in Nederland niet toereikend is om het aantal uitstromende orthodontisten te vervangen. Daarnaast is de stroom in het buitenland opgeleide orthodontisten sterk verminderd door de Nederlandse taaltoets die een eis is voor inschrijving in het BIG-register. Dit leidt ertoe dat de Kamer Tandheelkundig Specialisten van het Capaciteitsorgaan, dat de Minister van VWS adviseert over o.a. het aantal op te leiden specialisten DMO, bij voortduring de noodzaak aangeeft tot het opleiden van meer orthodontisten. Gelukkig is de animo voor het volgen van de vierjarige opleiding DMO de laatste jaren even groot gebleven.

1.4.3 Zorgcentra

Een groeiend aantal orthodontisten maakt deel uit van interdisciplinair tandheelkundige zorgcentra of is in dienst van een orthodontistenpraktijk met meerdere locaties. Het werken in of het managen van een zorgcentrum vergt naast specialistische orthodontische kennis ook managementvaardigheden, teamcompetenties en samenwerkingsvaardigheden.

1.4.4 Emancipatie van de patiënt

In de behandelrelatie emancipeert de patiënt ten opzichte van de behandelaar. De patiënt krijgt in toenemende mate toegang tot medische informatie. Er is een ontwikkeling gaande van een *doctor-oriented* naar *patient-oriented* denken. Dit vraagt veel aanpassing in zowel kwalitatief – professionele en klantgerichte benadering van de patiënt – als kwantitatief – meer aandacht en tijd voor de individuele patiënt – opzicht. Deze verandering in de behandelrelatie wordt weerspiegeld in wetgeving via de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Uitgangspunt is de autonomie van de patiënt. De behandelaar dient de patiënt voldoende te ondersteunen zodat deze zelf een afgewogen beslissing kan nemen.

Grotere bewustwording in de maatschappij met betrekking tot zorg heeft geleid tot een toenemende behoefte aan onderbouwing van keuzes in de zorg, om financiële, maar ook ethische redenen. Een belangrijk instrument om keuzes in de zorg te ondersteunen is *evidence-based dentistry* (EBD).

Hoofdstuk 2 Inhoud en vormgeving van de opleiding

2.1 Opleidingsvisie

De opleidingsvisie sluit aan bij de in diverse leertheorieën beschreven principes van het leren van volwassenen. Het cyclisch karakter van het leren in de praktijk, het ervaren, staat centraal. De aios leert bij uitstek door en in interactie met zijn omgeving. Belangrijk uitgangspunt is dat leren in een zo authentiek mogelijke omgeving plaatsvindt en expliciet gemaakt wordt door reflectie. Deelname van de aios aan werkzaamheden van de beroepsgroep is essentieel voor competent leren handelen in de praktijk: hij leert van de aanwezige experts en neemt geleidelijk aan het handelingsrepertoire (kennis, vaardigheden, houding, normen en waarden) van de beroepsgroep over. Hierbij is concrete feedback op het handelen van de aios belangrijk, zodat hij leert van zijn ervaringen. In de opleiding staat werken en leren in de praktijksituatie en reflectie daarop centraal. Stimuleren tot reflectie op eigen ervaringen motiveert tot leren en ontwikkelen. De aios leert voorafgaand aan het handelend ervaren door, bijvoorbeeld, zelfstudie. Hij kan hierbij een beroep doen op uitleg en instructie van een opleider.

De leersituatie is optimaal als de aios op de werkvloer goed gefaciliteerd wordt in zijn leerproces, hij veel initiatief toont en verantwoordelijkheid neemt voor het leerproces en zijn eigen leerproces stuurt. Het faciliteren van het leerproces vergt ook een bepaalde opstelling van de opleider/supervisor, die vooral een coachende rol heeft.

Samengevat:

- De aios leert volgens de principes van volwassen leren en heeft zelf een belangrijke rol in het actief vormgeven van de eigen opleiding en krijgt daartoe de gelegenheid (*Self Determination Theory*⁹);
- Er is een leercultuur gecreëerd waarin de aios de mogelijkheid krijgt om zich te ontwikkelen tot een competente orthodontist. Een goede en prettige interactie tussen opleiders, supervisoren en aiossen is daarvoor noodzakelijk. Onderdeel daarvan is de intercollegiale consultatie binnen de opleiding.

2.2 Kaders en bouwstenen

Het College Tandheelkundige Specialismen (CTS) heeft voor de modernisering tot een competentiegerichte opleiding het Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) framework¹⁰ als uitgangspunt genomen. De uitwerking heeft geresulteerd in zeven algemene competenties. Dit raamwerk ligt ten grondslag aan het competentieprofiel van de orthodontist dat de basis vormt voor het landelijk opleidingsplan (Dit competentieprofiel is het ongewijzigde profiel dat in 2012 werd opgesteld (bijlage 5)).

Op Europees niveau bestaat al jaren consensus over een modelcurriculum voor het opleiden van orthodontisten. Dit curriculum staat bekend als het Erasmusprogramma² en werd in 1992 geformuleerd. Sindsdien staat het model voor de opleiding in Europa. Het Erasmusprogramma beschrijft gedetailleerd de omvang en inhoud van het theoretische basisprogramma en schetst de kaders voor het bereiken van de klinische vaardigheden. In 2010-2011 heeft een commissie uit verschillende Europese landen de inhoud van dit programma en de te bereiken competentieniveaus geactualiseerd³. De uitgangspunten van het nieuwe Europese programma, Erasmus 2.0, zijn in het onderliggende opleidingsplan voor het onderwijs meegenomen.

In het moderne denken over onderwijs en opleiden vormt 'competentiegericht' een sleutelwoord. Een competentie is de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke context adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonskenmerken/eigenschappen. Het leerproces moet dus gericht zijn op het verwerven van de noodzakelijke competenties. Didactische uitgangspunten hierbij zijn: leren is actief, leren is ontwikkelen en verloopt procesmatig, de aios is verantwoordelijk voor zijn eigen leerproces, het leren vindt deels cursorisch en deels in de praktijk plaats en wordt ondersteund door concrete feedback.

Op basis van de algemene en vakspecifieke competenties van de orthodontist zijn entrustable professional activities (EPA's) en thema's uitgewerkt. De inhoud en te bereiken competenties uit Erasmus 2.0 zijn hierin verwerkt.

2.3 Structuur van de opleiding

Het specialisme Dento-Maxillaire Orthopaedie (orthodontie) is een tandheelkundig specialisme. De vervolgopleiding wordt aangeboden aan drie opleidingsinstellingen, waaraan ook de basisopleiding tandheelkunde is verbonden:

- Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG);
- Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen (Radboudumc).

De drie opleidingen functioneren binnen de onderwijs- en opleidingsregio's waartoe het betreffende universitaire centrum behoort.

De specialistenopleiding orthodontie duurt vier jaar en wordt in principe aan dezelfde opleidingsinstelling gevolgd. De opleiding is cohortgeorganiseerd: elke twee jaar start een groep aiossen (juniores) op eenzelfde datum (per opleiding verschillend) en doorloopt gezamenlijk het opleidingsprogramma. Door deze structuur is er steeds een ervaren groep (seniores) aanwezig naast een groep junioren, is het mogelijk groepsgewijs onderwijsactiviteiten in te richten en de senior-aiossen in te zetten in het onderwijs aan de junior-aiossen. Naast het cursorisch onderwijs kent de opleiding skillslab-training en praktijkleren.

2.4 EPA's en thema's

2.4.1 EPA's

EPA's¹¹ zijn kernachtige omschrijvingen van de (kern)activiteiten van het vak van de orthodontist, waarin een aios zich gedurende de opleiding toenemend bekwaam wordt. De EPA's zijn omschreven in Bijlage 1. Aanvullend zijn de Keuze en Verdiepings EPA's beschreven in Bijlage 2. Deze bekwaamheid is het gevolg van een toename van kennis en vaardigheden en het functioneren binnen de zorg. Een EPA beschrijft de inhoud en geeft een beeld van de kernactiviteit. Het is niet bedoeld als complete beschrijving van alle facetten die onderdeel uit kunnen maken van de zorg voor patiënten binnen dit deel van het vak/de activiteit. Om te komen tot het oordeel dat een aios op een bepaald bekwaamheidsniveau functioneert, is voldoen aan de desbetreffende minimale voorwaarden niet voldoende. Aiossen onderbouwen dit met informatie uit bijvoorbeeld Korte Reflectie Momenten (KRM's), behandelverslagen, casus beschrijving, etc. Dit vormt de basis waarop een opleider, in afstemming met de opleidingsgroep, een bekwaamheidsniveau vaststelt. Ervan uitgaande dat alle aiossen starten met het functioneren onder strenge supervisie (de aios voert een activiteit uit onder directe, proactieve supervisie; supervisor is aanwezig.), zijn er twee bekwaamheidsniveaus te onderscheiden waar een aios naartoe kan werken, namelijk:

1. Beperkte supervisie (de aios voert een activiteit uit onder indirecte, reactieve supervisie; supervisor is snel oproepbaar);
2. Zonder supervisie (de aios voert een activiteit geheel zelfstandig uit; supervisor is op afstand).

In een aantal situaties zal een aios starten op het niveau van observatie (de aios observeert, voert niet zelf uit) voordat er onder strenge supervisie gewerkt kan worden. Dit wordt in de desbetreffende EPA specifiek vermeld. In een beperkt aantal EPA's kan het zijn dat een aios een jongerejaars aios superviseert. Ook dit wordt in de desbetreffende EPA vermeld. De opleider en aios stemmen dit samen af.

Bekwaamheidsniveaus in EPA's

Omschrijving EPA	Bekwaamheidsniveau	Fase opleiding			
		1	2	3	4
1. Eerste consult	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
2. Diagnostiek en behandelplanning	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
3. Plannen en plaatsen van verschillende typen orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
4. Controleren van actieve behandeling	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
5. Afronden actieve orthodontische behandeling	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
6. Uitnemen of verwijderen actieve apparatuur en retentie	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
7. Klachten en complicaties	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				
8. Interdisciplinair behandelen	Beperkte supervisie				
	Zonder supervisie				

De grijze blokken geven het bekwaamheidsniveau aan dat ten minste wordt verwacht aan het einde van het desbetreffende opleidingsjaar.

2.4.2 Generieke competenties geldend voor elke EPA

Veel dagelijkse werkzaamheden die door de aios worden verricht, gelden voor (bijna) alle EPA's. Er is daarom gekozen om deze generieke aspecten buiten de respectievelijk EPA's te houden. Op deze wijze blijven de EPA's overzichtelijk en makkelijk werkbaar. Toch is het vanzelfsprekend dat deze onderwerpen in de opleiding van de aios worden opgenomen en beoordeeld. Voor deze diverse generieke onderwerpen geldt dat de aios ze beheerst en op juiste wijze kan toepassen, in de context waarin dit relevant is. Feedback wordt door supervisors gegeven in de dagelijkse opleidingspraktijk en wordt specifiek opgenomen in het beoordelen van bekwaamheidsniveaus en in de voortgangsgesprekken.

Deze onderwerpen/generieke competenties zijn:

- Indicatiestelling en interpretatie van de meest voorkomende diagnostiek;
- Adequate statusvoering en rapportage van bevindingen en besluiten aan betrokkenen (supervisors, andere zorgmedewerkers, patiënt/familie);
- Communicatie met de patiënt en diens naasten, inclusief het voeren van een slechtnieuwsgesprek en het toepassen van shared decision;
- Oog voor hulpvraag, culturele, sociale en functionele aspecten van patiënt en naasten bij het nemen van beslissingen;
- Rekening houden met specifieke aspecten van diverse leeftijdscategorieën en de zorg voor kwetsbare patiënten;
- Naar het juiste behandelteam kunnen verwijzen;
- Een respectvolle, empathische, open en ontvankelijke houding tonen ten opzichte van patiënten, hun naasten en collega's;
- Weten wat (on)verzekerde zorg is en die kennis meenemen in communicatie en besluitvorming;
- Kennis en begrip toepassen van de meest recente relevante richtlijnen;
- Volgen van ontwikkelingen in moderne communicatie- en rapportagetechnieken zoals E-health, elektronisch patiëntendossier (EPD), etc. Integratie van deze technieken in het dagelijks handelen;
- Timemanagement van alle behandelingen;
- Blijk geven van leiderschap (bijv. aansturing van assistenten), waar dat gewenst is;
- Hanteren van de voorgeschreven hygiëne- en veiligheidsvoorschriften;
- Eigen grenzen aangeven t.a.v. kennis en kunde en waar nodig hulp/supervisie zoeken;
- Rekening houden in het werk met verantwoorde en doelmatige inzet van behandelingen, materialen en middelen, het duurzaam inzetten van beschikbare middelen en het stimuleren daarvan.

2.4.3 Thema's

Thema's zijn omschrijvingen van onderwerpen waarbinnen aiossen voornamelijk werk gerelateerde competenties verder kunnen ontwikkelen en aandacht besteden aan persoonlijke en professionele ontwikkeling (zie bijlage 3). Aandacht voor zowel EPA's als thema's zijn beide nodig om orthodontisten op te leiden die nu en in de toekomst kunnen bijdragen aan de best mogelijke zorg voor patiënten in alle levensfasen.

Uiteraard zijn voor onderwerpen binnen thema's vaak ook specifieke kennis en vaardigheden nodig, net als bij EPA's. Dit moet niet vergeten worden maar ook niet de overhand krijgen in de aandacht die naar thema's uitgaat. In bijlage 3 is een zestal thema's uitgewerkt die samen onderwerpen expliciteren en legitimeren voor de opleiding tot orthodontist. Dit plan biedt landelijke kaders voor opleiden binnen deze thema's die lokaal nader ingevuld kunnen worden. Ook is er ruimte voor invulling passend bij de interesses van individuele aiossen en de mogelijkheden die specifieke opleidingslocaties bieden. Binnen elk thema valt een aantal inhoudelijk bij elkaar passende onderwerpen. Aiossen en opleiders worden geacht op basaal niveau aan alle thema's aandacht te besteden binnen de (financiële) kaders van hun opleiding. Daarnaast is er ruimte voor verdieping op een onderwerp of voor eigen invulling van onderwerpen binnen deze, bewust breed gekozen, thema's. Aiossen en opleiders hebben ruimte om de opleidingsactiviteiten waarmee ze invulling geven aan thema's zelf te bepalen.

2.5 Praktijkleren: werkplek = leerplek

Bij het praktijkprogramma staan werken en leren in de praktijksituatie en reflectie daarop centraal. Het klinische deel van de opleiding tot orthodontist vindt primair plaats op de werkvloer, het werkplekleren, met daarin als leidend principe de EPA's. Tijdens het werkplekleren doet de aios praktisch klinische ervaring op door het behandelen van orthodontische patiënten. De behandeling vindt plaats onder supervisie van een gekwalificeerde orthodontist, de opleider/supervisor. Het werkplekleren bestaat uit elementen als:

- De aios behandelt minimaal zestien uur per week patiënten. Iedere aios heeft, naast overname-patiënten, een minimum van vijftig nieuwe patiënten waarvan de aios de behandeling tijdens de opleiding start. Daarnaast loopt de aios klinische stages, waaronder een stage in een schisiscentrum. De omvang en volgorde van de stages is per opleiding verschillend;
- Principes van *evidence-based dentistry* leren toepassen om een klinische vraag te beantwoorden;
- Vanuit een reflectieve houding het eigen professionele handelen beoordelen;
- Feedback ontvangen en geven.

Op de werkplek zijn er activiteiten die specifiek benut worden voor het opleiden. Dit zijn opleidingsmomenten zoals:

- Voor- en nabespreking;
- Patiëntbesprekingen;
- Groepsgewijze behandelplandiscussies;
- Multidisciplinair overleg (MDO), interdisciplinair overleg;
- Complicatiebesprekingen.

2.6 Cursorisch onderwijs

Het cursorisch onderwijs is modulair opgebouwd. In Erasmus 2.0 zijn onderwijsmodules inhoudelijk beschreven en is per module een tijdsduiding aangegeven. De kennis- en vaardighedenaspecten van Erasmus 2.0 zijn onlosmakelijk onderdeel van dit opleidingsplan. Alle opleidingen volgen hetzelfde programma, maar de verdeling van de cursussen over de vier opleidingsjaren kan verschillen.

Een aantal cursussen wordt op landelijk niveau aangeboden. Elk van deze landelijke cursussen vindt onder verantwoordelijkheid van een van de drie opleidingsinstellingen plaats. Alle aiossen zijn verplicht deze cursussen te volgen. Het betreft:

Erasmus A4	Basiscursus orale celbiologie, moleculaire biologie en microbiologie (30 uur)
Erasmus A5	Orale pathologie en orale geneeskunde (20 uur)
Erasmus B4	Biologische achtergronden van de orthodontie (35 uur)
Erasmus B8	Biomechanica (35 uur)
Erasmus A8 en E2	Schisis en craniofaciale afwijkingen (40 uur)
Erasmus B7	Orthodontische materialen (25 uur)

2.7 Wetenschappelijke vorming

Elke aios moet in staat zijn om wetenschappelijke informatie (artikelen, richtlijnen en presentaties) te ontsluiten en kritisch te interpreteren. Daartoe is scholing in de basisprincipes van *evidence-based medicine* en klinische epidemiologie noodzakelijk. Aiossen participeren in activiteiten in het opleidingsprogramma om deze vaardigheden te oefenen en te verbeteren bijvoorbeeld in de vorm van journal clubs, referaatbesprekingen en CAT-besprekingen. Opleiders dragen er zorg voor dat aiossen deze vaardigheden kunnen oefenen door het organiseren en faciliteren van dergelijke besprekingen.

Elke aios verzorgt tijdens de opleiding ten minste één wetenschappelijke presentatie en *submit* tijdens zijn opleiding ten minste één artikel over een onderwerp in een *peer reviewed* wetenschappelijk tijdschrift. Daartoe zal de aios zich methodologische en onderzoeksvaardigheden eigen moeten maken zoals het opzetten van onderzoek, dataverzameling en analyse, en statistiek. In overleg met de opleider kan als alternatief een (inter)nationale richtlijn geredigeerd worden dan wel een hoofdstuk voor een leerboek geschreven worden. Vrijstelling voor deze eis kan plaatsvinden voor aiossen die voor of tijdens hun opleiding promotieonderzoek hebben verricht.

De aios verzorgt minimaal zeven referaten/CAT's gedurende de opleiding. Hierbij wordt volgens de EBM-methode gehandeld. Wanneer het een CAT betreft wordt er aan de hand van een casus/ klinisch probleem, een specifiek opgestelde search uitgevoerd en ten minste twee wetenschappelijke artikelen gekozen, besproken en becommentarieerd. Deze wetenschappelijke kennis wordt gerelateerd aan ervaring waarna een logische oplossing wordt vastgesteld. De feedback geschiedt aan de hand van het Critical Appraisal of a Topic (CAT) feedbackformulier.

2.8 Skillslab

Het skillslab is een leer- en oefenplaats waar de aios vaardigheden kan aanleren zonder direct een patiënt – in de orthodontie vaak een kind – te belasten. Het biedt ook de mogelijkheid een behandeling na te bootsen die – gezien de aard van een orthodontische behandeling – in de praktijk twee tot drie jaar zal duren. De aios kan daarmee een globale indruk krijgen van het resultaat van technisch handelen in verschillende stadia van de behandeling. Vaardigheden die aangeleerd worden variëren van orthodontische basistechnieken tot het aanleren van complexe nieuwe technieken.

De opleiding start met het aanleren van de vereiste basisvaardigheden voordat de behandeling van patiënten start. Gedurende de opleiding keert de aios repeterend terug naar de skillslab-omgeving om meer complexe vaardigheden en nieuwe technieken aan te leren.

2.9 Start opleiding/preklinische vaardigheden

Aan het begin van de opleiding volgt de aios een intensief inwerkprogramma om daarna aan de slag te kunnen gaan met het klinische werk. Deze introductie/basiscursus (*crashcursus*) omvat in ieder geval de volgende elementen (lokaal kan dit afwijken):

- Het aanleren van preklinische orthodontische basisvaardigheden (D1);
- Het verwerven van basiskennis over de uitneembare, functionele en vaste apparatuur (D1-D7);
- Het zich eigen maken van diagnostische procedures (C3);
- De basisprincipes kennen van orthodontische diagnosestelling en behandelplanning (C4 volgens Proffit of aanverwant);
- Kennis verwerven en updaten rondom radiologie en andere beeldvormende technieken (B5);
- De basisprincipes aanleren van cefalometrie (B6);
- De communicatieve vaardigheden verder ontwikkelen om op een "*patient-centered*" manier een planbespreking uit te voeren (G2);
- Het aanleren en eigen maken van richtlijnen en principes betreffende gezondheid en veiligheid in de orthodontische praktijk (F2).

De *crashcursus* wordt afgesloten met een kennistoetsing en KRM's rondom de (pre)klinische vaardigheden. Vervolgens worden deze elementen in de opleiding verder uitgediept.

Hoofdstuk 3 Monitoren en evalueren

De opleiding richt zich op het afleveren van competente, zelfstandig functionerende orthodontisten. Om tijdens de opleiding de voortgang in de ontwikkeling en mate van bekwaamheid van de aios te beoordelen, krijgt de aios gedurende de opleiding feedback en wordt, zodra dit het geval is, bekwaam verklaard. Voor dit proces van enerzijds toenemende groei en bekwaamheid en anderzijds afnemende supervisie, worden werkwijzen en instrumenten ingezet. Deze worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

3.1 Feedback en reflectie

Feedback is het krachtigste instrument om het leren (bij) te sturen. Als dit op goede wijze gehanteerd wordt, zet het de aios aan tot reflectie en eventuele aanpassing van het eigen handelen. Feedback moet dan ook op regelmatige basis, zo mogelijk dagelijks, op de werkvloer worden gegeven.

Aan het op een kwalitatief goede manier feedback geven op het dagelijks handelen van de aios, en wel zo dat ze tot reflectie leidt, wordt binnen de opleiding de voorkeur gegeven. Dit heeft de voorkeur boven het uitsluitend toetsen c.q. vastleggen van aantallen verrichtingen. In elke EPA is dan ook beschreven in welke frequentie van diverse feedbackinstrumenten gebruik moet worden gemaakt.

De in de EPA's terug te vinden frequenties (zie bijlage 1) zijn minimumaantallen, die door de opleider op basis van de voortgang van de individuele aios kunnen worden uitgebreid. Alleen voor de basis-EPA's zijn minimumaantallen opgenomen. Voor de keuze- c.q. verdiepings-EPA's wordt het aantal feedbackmomenten door de opleider of het verantwoordelijke lid van de opleidingsgroep in samenspraak met de aios afgesproken (zie bijlage 2).

De volgende feedbackinstrumenten staan ter beschikking:

a. Kort Reflectie Moment (KRM)

Het KRM komt in de plaats van zowel de vroegere OSATS als ook de vroegere KSF. Een KRM is bedoeld als hulpmiddel voor het observeren en vastleggen van een activiteit van een aios in de dagelijkse praktijk. De KRM's zijn bedoeld als leermomenten en niet als beoordelingsmomenten. Het is expliciet niet de bedoeling dat een KRM wordt uitgevoerd gericht op een perfecte score. Dit ondersteunt het leren door middel van de KRM niet. Het KRM dient als een leidraad bij de nabespreking en er worden naast de feedback expliciet leerpunten geformuleerd. Het initiatief kan zowel door de aios als door de opleider/supervisor worden genomen, maar in principe is de aios verantwoordelijk. De opleider/ supervisor faciliteert echter voldoende KRM-gelegenheid, zodat een aios aan zijn verantwoordelijkheden kan voldoen.

b. 360 graden feedback

Bij deze methode wordt aan alle betrokkenen op de werkplek gevraagd feedback te geven op het functioneren van de aios volgens een vast format. Het gaat om een evaluatie door bijvoorbeeld supervisoren, tandartsassistenten, mondhygiënisten, secretariële medewerkers, facilitaire medewerkers, andere aiossen, collegae van de aios, paramedici en desgewenst patiënten. Onder andere professioneel gedrag en samenwerking kunnen zo goed in kaart worden gebracht. De uitkomst van de evaluatie wordt door de opleider met de aios besproken.

c. Wetenschappelijk manuscript

De aios heeft aan het eind van de opleiding minimaal één wetenschappelijk manuscript *gesubmit* naar een peer-reviewed tijdschrift.

d. Voordracht

De aios presenteert tijdens de opleiding minimaal eenmaal één voordracht of poster op een relevant wetenschappelijk congres.

e. Zelfreflectie

Reflectie is een proces van bewustwording en vindt plaats na een ervaring of een periode waarin ervaringen zijn opgedaan. Het is het "herinterpreteren van ervaring en kennis" en op basis daarvan het eigen handelen, indien gewenst, kunnen bijstellen. De reflectie wordt schriftelijk (volgens een vast format, bijv. het voortgangsgesprek) vastgelegd in het portfolio.

f. Kennistoetsen

Cursorisch onderwijs wordt getoetst in overeenstemming met het Erasmusprogramma 2.0.

g. Casus examens en discussie

Aan het eind van het eerste, tweede en derde jaar vindt een toets plaats. De aios analyseert aan de hand van een of meer casus relevante gegevens en beargumenteert verschillende behandelopties. De casuïstiek is mede gebaseerd op de gevolgde onderwijsmodulen van dat jaar. Bespreking en behandelplanning dient, zo mogelijk, *evidence-based* onderbouwd te worden. Daarnaast kan relevante kennis in het kader van het Erasmusprogramma 2.0 worden getoetst.

h. Eindevaluatie

Aan het einde van de opleiding vindt op een aantal onderdelen een mondelinge en schriftelijke eindevaluatie plaats door een door de RTS ingestelde onafhankelijke externe adviescommissie DMO. De opleider stelt na raadpleging van de opleidingsgroep vooraf en ten laatste voor het laatste semester vast of/wanneer de aios toegang krijgt tot dit laatste gesprek. Deze eindevaluatie is in de vorm van een intercollegiaal gesprek waarin de bijna klare orthodontist zich open en kritisch opstelt en vragen beantwoordt naar aanleiding van zijn portfolio, wetenschappelijk werk en nieuwe casuïstiek. De commissie kan de aios advies geven over eventuele verdere nascholing voor de aios na afronding van de opleiding. De eindevaluatie vindt plaats aan de hand van:

- Documentatie van twaalf volledig door de aios afbehandelde patiënten met een brede variatie aan malocclusies en type behandelingen, en een discussie van 45 minuten;
- Discussie van 30 minuten over diagnose en behandelplan van twee nieuwe cases;
- 30 minuten discussie over het wetenschappelijke werk.

3.2 Bekwaam verklaren met behulp van het oordeel van de opleidingsgroep (OOG)

Bekwaamheid in EPA's wordt verkregen via een beoordeling van de volgende factoren:

1. vereiste kennis, bekwaamheid in vaardigheden en gedrag;
2. Voldoende ervaring/exposure binnen het domein van de betreffende EPA;
3. Diverse feedbackmomenten vallend binnen de betreffende EPA, blijkend uit het portfolio;
4. Eventuele onderwijsactiviteiten en wetenschappelijke activiteiten m.b.t. de EPA;
5. Het oordeel van de opleidingsgroep (OOG). Dit vormt uiteindelijk de kern van toekenning van de bekwaamverklaring.

De leden van de opleidingsgroep bespreken in gezamenlijkheid de groei in bekwaamheid van de aios en stellen deze zo goed mogelijk vast. Dit instrument wordt het OOG (Oordeel Opleidingsgroep) genoemd. Voorafgaand aan de bekwaamverklaring wordt door de leden van de opleidingsgroep de eigen beoordeling over de aios ingebracht. De aios levert van tevoren relevante informatie uit het portfolio aan (formele beoordelingen, eigen inschatting ten aanzien van groei in bekwaamheid). De beslissing over de toekenning van een bekwaamverklaring ten aanzien van de vereiste kennis, vaardigheden en gedrag behorend bij de relevante EPA's ligt bij de opleider die zijn oordeel mede baseert op (het oordeel van een delegatie van) de opleidingsgroep. Voorwaarde voor toekenning van een bekwaamverklaring is dat aios en opleider akkoord zijn. Bekwaamverklaringen maken de groei naar zelfstandigheid transparanter en helpen de aios en het zorgteam om maximaal verantwoord te kunnen werken om daarmee de patiënt betere zorg te geven.

Opleidingseisen t.a.v. EPA's

Alle basis EPA's moeten door elke aios op bekwaamheidsniveau "zonder supervisie" worden afgerond. Een eindverklaring van de opleider dat de aios aan alle opleidingseisen voldoet, kan de aios aanvragen wanneer deze naast de EPA's aan alle andere opleidingseisen heeft voldaan. Met die eindverklaring kan de RTS een opleidingstitel voor het specialisme DMO afgeven. Keuze- of verdiepings-EPA's zijn nu nog niet verplicht als opleidingseis.

3.3 Gesprekscyclus in opleiden

De voortgang van de aios wordt in het eerste opleidingsjaar ten minste 2x besproken en in de volgende opleidingsjaren 1x per jaar tijdens een voortgangs- of feedbackgesprek met de (plaatsvervangend) opleider waarvan het besprokene geaccordeerd en vastgelegd wordt in het portfolio. Een jaarlijkse formele geschiktheidsbeoordeling (go/no go) is verplicht en vindt 1x aan het einde van elk opleidingsjaar plaats. In het eerste jaar vinden ten minste 2 voortgangsgesprekken en 1 beoordelingsgesprek plaats, in ieder volgend opleidingsjaar vindt ten minste 1 voortgangsgesprek en 1 beoordelingsgesprek plaats.

Gespreksoort	Doel	Betrokkenen
Introductiegesprek	- Kennismaking	Opleider/aios
Voortgangs- of feedbackgesprek	- Voortgang ontwikkeling monitoren (IOP, EPA's) - Bespreken individuele leerdoelen en ambities	Opleider/aios
Oordeel Opleidingsgroep	- Bekwaamverklaring EPA('s)	Opleider/opleidingsgroep/aios
Jaarlijkse geschiktheidsbeoordeling	- Go/no go voortzetting opleiding	Opleider/aios
Eindbeoordeling	- Afronding van de opleiding, geeft toegang tot de eindevaluatie door de externe commissie	Opleider/aios
Afrondend gesprek	- Formele afronding van de opleiding	Opleider/aios

3.3.1 Voortgangsgesprek met de opleider

In het eerste opleidingsjaar zijn er minstens 2 voortgangsgesprekken met de opleider, in de volgende jaren, ten minste 1 per jaar. Deze vallen *niet* samen met beoordelingsgesprekken. Het doel is dat aios en opleider gezamenlijk reflecteren over de opleiding in het algemeen en de voortgang van de aios in het bijzonder. De opleider heeft in deze gesprekken nadrukkelijk de rol van coach: het voortgangsgesprek is geen beoordelingsgesprek. Aan de hand van het portfolio laat de aios de voortgang van zijn competentieontwikkeling zien. Er wordt besproken welke zaken eventueel meer aandacht nodig hebben in de komende tijd en er wordt gekeken of is voldaan aan de opleidingsverplichtingen. Opleider en aios formuleren doelen voor de volgende periode.

3.3.2 Geschiktheidsbeoordeling

In de geschiktheidsbeoordeling geeft de opleider een oordeel over het functioneren van de aios aan de hand van de competentieontwikkeling, bewijsstukken, zelfreflectie, de resultaten van het cursorisch onderwijs; dit alles vastgelegd in het portfolio (zoals KRM's, 360° feedback, CATs, briefbeoordelingen, vaardigheidstoetsingen) en het oordeel van de opleidingsgroep. Geschiktheidsbeoordeling vindt plaats voor afronding van het eerste, tweede en derde opleidingsjaar en 6 maanden voor het einde van de opleiding. Deze laatste beoordeling geeft toegang tot de eindevaluatie van de opleiding.

3.3.3 Afrondend gesprek

Bij gelijkelijke ontwikkeling vanaf de eindbeoordeling, voldoende aan de opleidingseisen en deelname aan de eindevaluatie vindt het afrondend gesprek plaats aan het einde van de opleiding. Daarbij tekent de opleider de eindverklaring die nodig is voor de RTS om een opleidingstitel af te geven af.

3.4 Individueel opleidingsplan (IOP)

Gedurende de opleiding houdt de aios de individuele ontwikkeling bij in een IOP. In dit IOP beschrijft de aios persoonlijke ontwikkelpunten en doelen, waaronder de mogelijkheid tot keuze EPA's (niet te verwarren met een Geïntensiveerd Begeleidingstraject (GBT)). In het IOP is opgenomen hoe er aan de geformuleerde doelen gewerkt wordt, hoe feedback wordt gevraagd c.q. hoe getoetst wordt (verwijzing naar bewijsmaterialen), in welk tijdsbestek en met welke ondersteuning de doelen bereikt moeten worden. In het IOP wordt expliciet aandacht besteed aan de zelfreflectie op het functioneren in de afgelopen periode. Bespreking van het IOP is een vast onderdeel van voortgangsgesprekken en bepaalt mede de inhoud van het vervolg van de opleiding, waarbij er juist ook aandacht moet zijn voor het persoonlijk profiel dat de aios voor zichzelf ziet na het afronden van de opleiding.

3.5 Portfolio

Het portfolio is één van de belangrijkste hulpmiddelen voor de opleiding(sgroep) en aios om de vordering in de ontwikkeling van de aios te volgen en te beoordelen. Het portfolio is digitaal, zodat deze voor de betrokkenen goed toegankelijk is. De aios houdt zelf de eigen ontwikkeling bij in het portfolio. Op basis van het portfolio kan de aios aantonen dat de doelen voor EPA's en verschillende vaardigheden/verrichtingen zijn bereikt en wordt besproken welke zaken eventueel meer aandacht moeten krijgen in de komende periode.

Het IOP is opgenomen in het portfolio, evenals de verslagen van voortgangs- en beoordelingsgesprekken. Ook wordt op basis van het portfolio gekeken of er sprake is van geschiktheid voor de beroepsuitoefening.

3.6 De “uitzonderlijk” functionerende aios

Aparte aandacht verdient de aios die excellent dan wel ondermaats presteert.

3.6.1 De excellente aios

Degenen die excellent presteren, zullen op grond van hun prestaties de te behalen competenties van de orthodontist eerder bereiken dan de “gemiddelde” aios. Dit zou betekenen dat de excellente aios de opleiding eerder zou kunnen afronden. Binnen de huidige regelgeving is dat nog niet mogelijk. Ook is de bedrijfsvoering daar (nog) niet op ingesteld. Vooral nog kan de excellente aios binnen de orthodontie alleen “positief gestimuleerd” worden door het verlenen van vrijstellingen, waardoor meer ruimte ontstaat voor verdieping of profilering en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek dan wel het verzorgen van onderwijs.

3.6.2 Stagnatie in groei en ontwikkeling

Wanneer stagnatie in de groei van de aios tijdig wordt gesignaleerd en besproken met de aios, is het vaak mogelijk om de aios met extra ondersteuning/hulp weer op de goede weg te krijgen. Als de extra ondersteuning niet leidt tot het gewenste resultaat en de opleider twijfelt over de geschiktheid van de aios om de opleiding voort te zetten, kan de opleider besluiten om een geïntensiveerd begeleidingstraject te starten en meldt dit schriftelijk bij de RTS (Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2022). De aios krijgt dan aanvullende begeleiding tijdens een in tijd (een minimum van 3 maanden, een maximum van 6 maanden) omschreven deel van de opleiding, met als doel het herstellen van de vertraging in de competentieontwikkeling. Dit kan leiden tot een verlenging van de opleiding. Voor een geïntensiveerd begeleidingstraject wordt een plan opgesteld en is goede documentatie vereist. Het plan vermeldt de doelen van en de voorwaarden waaronder een geïntensiveerd begeleidingstraject plaatsvindt, de termijn evenals de wijze waarop de ontwikkeling van de aios zal worden beoordeeld. In het algemeen, maar zeker bij twijfel over het voldoende functioneren van de aios, is het essentieel dat mondelinge en schriftelijke feedback (bijvoorbeeld in de vorm van KRM's) goed overeenkomen.

In het geval de opleider de aios niet geschikt en niet in staat acht de opleiding voort te zetten, besluit de opleider tot beëindiging van de opleiding. De opleider brengt de aios en de RTS schriftelijk op de hoogte van diens besluit en ook van de datum waarop de opleiding wordt beëindigd. Besluit de opleider tot verlenging of beëindiging van de opleiding, dan wijst deze de aios op de geschillenprocedure (Besluit Dento-Maxillaire Orthopaedie 2022).

Hoofdstuk 4 Kwaliteitszorg en implementatie

4.1 Kwaliteit van de opleiding

Een opleidingsplan is feitelijk nooit af. De opleiding moet flexibel inspelen op veranderingen in de zorg, aiossen die veranderen, nieuwe inzichten in het leerproces van aiossen en signalen en eisen uit de beroepsgroep en vanuit de maatschappij.

De kwaliteit van de opleiding tot orthodontist wordt geborgd door een kwaliteitszorgcyclus die bestaat uit een systeem van interne en externe kwaliteitszorg. In feite vormen zij twee kanten van dezelfde medaille: kwaliteitszorg gericht op een optimaal resultaat van de opleiding. De interne kwaliteitszorg kent een continu cyclus van zorg voor kwaliteit, die gebaseerd is op feedback en het ontwikkelen en verbeteren van de kwaliteit van de opleiding. De visitatie als externe toetsing ('externe kwaliteitszorg') sluit hierbij aan en ondersteunt de interne kwaliteitszorg.

Binnen de kwaliteitszorgcyclus van de opleiding zijn vijf aspecten te onderscheiden:

1. Kwaliteit van de competenties;
2. Kwaliteit van de opleiding en het opleidingsprogramma (onderwijs, supervisie en toetsing);
3. Kwaliteit van de opleider en de opleidingsgroep;
4. Kwaliteit van de opleidingsomgeving (voorzieningen en randvoorwaarden voor de opleiding);
5. Kwaliteit van de 'klare orthodontisten' als eindproduct.

4.1.1 Kwaliteit van de competenties

Elke vijf jaar wordt geëvalueerd of de eindtermen nog steeds actueel en adequaat zijn en of het landelijke opleidingsplan aanpassing behoeft. De toetsing van de eindtermen vindt plaats onder verantwoordelijkheid van het Consilium Orthodontiae, waarvan alle opleiders deel uitmaken en waarin het beroepsveld en de aiossen vertegenwoordigd zijn. De toetsing is mede gebaseerd op een schriftelijke enquête onder collegae die in de voorgaande vijf jaren hun opleiding voltooid hebben en werkzaam zijn in de beroepspraktijk. Ook toetst het Consilium de eindtermen aan de inhoud van het meest recente Erasmusprogramma. Indien noodzakelijk doet het Consilium een voorstel voor aanpassing van de eindtermen aan het bestuur van de wetenschappelijk vereniging, waarna wijzigingsvoorstellen hun weg vinden naar het College Tandheelkundige Specialismen.

4.1.2 Kwaliteit van de opleiding en het opleidingsprogramma

Op grond van informatie uit verschillende bronnen, verzameld met behulp van verschillende methoden en instrumenten, wordt een beeld van de kwaliteit van een opleiding verkregen. Getoetst wordt of het programma een adequate concretisering is van de eindtermen, zodat de aiossen door middel van het programma de beoogde resultaten kunnen behalen. Een goede leidraad hierbij is de *Selfassessment Guide for Evaluation of a Postgraduate Programme in Orthodontics* (NEBEOP)¹². Iedere cursus uit het opleidingsprogramma wordt, naast gebruikmaking van de in Hoofdstuk 3 genoemde instrumenten, schriftelijk geëvalueerd en waar nodig verbeterd. Verder worden met alle aiossen exitgesprekken gevoerd.

Deze gesprekken leveren waardevolle informatie op over sterke punten van de opleiding, opleidingsgroep en opleidingsomgeving en geven een impuls om verbeterpunten op te pakken. Elke vijf jaar is er een externe visitatie door een visitatiecommissie van de RTS, die de opleiding als geheel toetst. Doel van de visitatie is:

- a. beoordelen of opleiding, opleider, opleidingsgroep en opleidingsinstelling voldoen aan de eisen en verplichtingen zoals vastgesteld door het College Tandheelkundige Specialismen;
- b. continu verbetering van de kwaliteit van de opleiding te stimuleren.

4.1.3 Kwaliteit van de opleider en de opleidingsgroep

De kwaliteit van de opleider en de opleidingsgroep wordt systematisch gemeten en verbeterd. Hiervoor zijn inmiddels verschillende gevalideerde instrumenten beschikbaar die de opleidingsgroep in overleg met de Centrale Opleidingscommissie van de eigen instelling (COC) naar eigen inzicht kan kiezen:

- Om de opleiderskwaliteiten van individuele stafleden (informatie over de wijze waarop een supervisor aiossen begeleidt) te meten kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van de *Evaluation and Feedback for Effective Clinical Teaching (EFFECT)* of *Systematic evaluation of teaching Qualities (Set-Q)* of een equivalente meetmethode;
- Om het leer- en werkklimaat te meten kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de *Dutch Residents Educational Climate Test (D-RECT)* of een equivalente meetmethode.

De didactische kennis en vaardigheden van de leden van de opleidingsgroep worden geborgd door het verplicht volgen van cursussen op dit gebied door alle leden van de opleidingsgroep alsmede de aiossen. Ook de aiossen moeten voldoende toegerust worden op het nieuwe opleiden en hun eigen verantwoordelijkheid daarin.

4.1.4 Kwaliteit van de opleidingsomgeving

Tijdens visitaties wordt nagegaan of de opleidingsomgeving de gelegenheid biedt voor het zelfsturend leren, cursorisch onderwijs, werkplekleren en wetenschappelijk onderzoek, waarbij onder meer op de volgende aspecten wordt gelet:

- algemene kenmerken van de vakgroep, personele bezetting en aantal en type patiënten;
- behandel Faciliteiten die zijn toegerust op de opleiding;
- wetenschappelijk klimaat en onderzoeksfaciliteiten;
- adequate (elektronische) bibliotheek, zoekvoorziening en studiefaciliteiten;
- ruimtelijke voorzieningen;
- arbeidsomstandigheden.

4.1.5 Kwaliteit van het 'eindproduct'

In de kwaliteit van het 'eindproduct' komen alle eerdergenoemde aspecten samen. Door middel van een externe visitatie wordt beoordeeld of de beoogde eindtermen behaald worden via het opleidingsprogramma. De genoemde toetsing van eindtermen onder verantwoordelijkheid van het Consilium Orthodontiae is mede gebaseerd op een schriftelijke enquête onder recent afgestudeerde collegae. De vraag die daarbij centraal staat is of de benodigde competenties verworven zijn op het moment dat de aios het werkveld ingaat en of de opleiding goed aansluit op de latere beroepsuitoefening.

4.2 Implementatie

Implementatie van het nieuwe opleidingsplan zal de kwaliteit van de opleiding bevorderen. Kritische succesfactoren zijn onder meer voldoende draagvlak, voldoende training van de opleidingsgroep en de aiossen in de gedeeltelijk nieuwe manier van opleiden, borging van kwaliteit door een cyclus van evaluatie en aanpassingen en ook voldoende personeel en middelen om de nieuwe manier van opleiden daadwerkelijk door te kunnen voeren en tot een succes te maken. De introductie van een nieuw opleidingsplan vereist een goede voorbereiding van de aiossen, de leden van de opleidingsgroep en de opleidingskliniek. Deze voorbereiding bestaat ook uit het aanleren van bekwaamheden die voor goed opleiden nodig zijn. In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag welke veranderingen door wie kunnen en moeten worden aangebracht.

4.2.1 Docentprofessionalisering aios en opleidingsgroep

De opleiding wordt op een andere leest geschoeid. Het goede van de bestaande opleiding blijft behouden, maar er komt meer nadruk op zelfsturend leren door de aiossen, de structurering van de inhoud met EPA's en thema's en het geven en ontvangen van gestructureerde feedback als opleidingsmethodiek. Dit vereist een aanpassing van opleidingsattitude van opleiders (inclusief klinische en niet-klinische supervisors) en aiossen. Didactische vaardigheden zijn nu en straks onmisbaar voor het opleiden van aiossen. Deze moeten bij het gehele opleidingsteam (opleidingsgroep en aiossen) aanwezig zijn. Het team is verantwoordelijk voor een kwalitatief hoogstaand, transparant en veilig opleidingsklimaat. Op basis van de evaluatie van de opleiding kunnen er jaarlijks speer- of verbeterpunten benoemd worden in de eigen PDCA. Op basis daarvan kan professionalisering worden georganiseerd, naast de basisprofessionalisering in opleidingsmethoden met de zogenaamde *Teach de Teacher* cursussen of vergelijkbaar.

4.2.2 Borgen van de continuïteit

De implementatie van het nieuwe opleidingsplan vraagt continu aandacht en begeleiding van alle betrokkenen. In het Consilium, maar ook rechtstreeks, worden ervaringen uitgewisseld. Tijdens de implementatiefase inventariseert het Consilium jaarlijks (juni/juli) de stand van zaken aan de drie opleidingsinstellingen, inventariseert knelpunten en adviseert het bestuur van de NVVO op basis daarvan over maatregelen voor het ondersteunen c.q. stimuleren van de implementatie.

Bijlage 1 EPA's

Voor de bekwaamheidsniveaus wordt verwezen naar paragraaf 2.4.

EPA 1	Eerste consult
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - de aios is in staat om de hulpvraag van de patiënt vast te stellen - de aios is in staat om het eerste orthodontische consult adequaat te interpreteren – zo nodig om verheldering te vragen – te prioriteren, te vertalen in de werkdiagnose en te beoordelen - de aios is met behulp van de hulpvraag in relatie tot de werkdiagnose in staat de (on)mogelijkheden van een eventuele behandeling aan de patiënt over te brengen
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie (met patiënt en ook met collegae en andere zorgverleners) - Kennis en wetenschap - Professionaliteit
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - pathogenese, oorzaken, klachten, kenmerken en bevindingen bij het klinisch onderzoek van veel voorkomende orthodontische en gelaatsorthopedische afwijkingen - prevalentie van afwijkingen en interpretatie op basis van patiëntkenmerken en bevindingen bij anamnese, intra- en extra-oraal onderzoek en inschatting of en wanneer therapie geïndiceerd is mede op basis van de gebitsontwikkeling en (faciale) groei - indiceren en eventueel uitvoeren van interceptieve maatregelen als extractie van melkelementen, afleren van afwijkende mondgewoonten, etc. - voorspelbaarheid, (contra-)indicaties, complicaties, risico's, alternatieven, kosten, behandelduur van therapeutische opties - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandelbehoefte van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnese (inclusief structuur, efficiëntie, communicatie, empathie, cultuur en andere zaken) - alle aspecten van intra- en extra-oraal onderzoek, inclusief instructie en uitleg aan de patiënt - integratie van theoretische kennis en klinisch redeneren door selectief informatie te verzamelen om tot een orthodontische werkdiagnose te komen - herkenning van afwijkende symptomen c.q. gebitsontwikkeling en (faciale) groei niet passend bij een normaal ontwikkelende orthodontische patiënt (bijv. passend bij een syndromale diagnose, sterk afwijkend gedrag) - aanvullend onderzoek kunnen motiveren (röntgenfoto's, afdrukken, scans, etc.) - aanvullend onderzoek/de behandeling correct indiceren, rekening houdend met protocollen en patiëntspecifieke factoren zoals leeftijd, allergieën, etc. - oog voor hulpvraag van patiënt en naasten bij het nemen van beslissingen in <i>shared decision</i> - integratie van eerder opgedane vaardigheden ten aanzien van eerste consulten - verwijzen naar juiste behandelteam - het herkennen van bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 4 KRM
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	Deze EPA kan alleen gestart worden onder strenge supervisie, vanaf einde tweede jaar nadat de aios voldoende ervaring heeft opgedaan met het regulier behandelen van patiënten met beperkte supervisie en het laatste jaar, indien bekwaam, zonder supervisie. <p>Klinische behandelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimaal 10 eerste consulten van patiënten <18 jaar - minimaal 5 eerste consulten van patiënten >18 jaar

EPA 2	Diagnostiek en behandelplanning
Specificaties	<p>Deze EPA omvat het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het diagnosticeren, classificeren en in kaart brengen van (de gevolgen van) orthodontische en gelaatsorthopedische afwijkingen - het opstellen en coördineren van een behandelplan waarbij behandeldoelen duidelijk zijn beschreven en rekening gehouden wordt met de biomechanica - het behandelplan bespreken waarbij complicaties, alternatieven, etc. besproken worden en in <i>shared decision</i> voor een behandelplan wordt gekozen - het opstellen en laten tekenen van het <i>informed consent</i>
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie (met patiënt en ook met collegae en andere zorgverleners) - Kennis en wetenschap - Organisatie
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - de anatomie en fysiologie van het hoofd- en halsgebied - de basale epidemiologie, etiologie, pathogenese en pathofysiologie van de afwijkingen op het gebied van de mondzorg, en in het bijzonder Dento-Maxillaire Orthopedie - het herkennen van afwijkende gebitsontwikkeling en faciale groei eventueel passend bij een syndromale diagnose - de gebruikelijke classificatie- en graderingssystemen en richtlijnen - de indicaties en toepasbaarheid van orthodontische apparatuur en hulpmiddelen - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandelbehoefte van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het op gestructureerde wijze en binnen de daarvoor bestemde tijd afnemen van een anamnese en klinisch onderzoek - destilleren van de hieruit volgende hulpvraag en probleemstelling - verzamelen van aanvullende gegevens van andere hulpbronnen waaronder van andere hulpverleners en familie en informatie van andere behandelaars, waar nodig interpretatie van het aanvullend onderzoek en vertaling van de uitkomsten in een functionele diagnose en behandelplan - een inschatting maken van de behandelbaarheid en <i>compliance</i> van de patiënt - bereid zijn tot intercollegiale en interdisciplinaire communicatie en kennisdeling - zo nodig verwijzen in het netwerk voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling - duidelijke uitleg geven aan patiënt over de onderliggende problematiek en mogelijke behandelopties, toestemming vragen voor behandeling en de verkregen toestemming vastleggen in het dossier - via gezamenlijke besluitvorming met patiënt en naasten tot de meest passende oplossing komen - bovenstaande kunnen toepassen op bijzondere zorggroepen dan wel doorverwijzen naar een interdisciplinair team: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Participatie in patiëntenbesprekingen/behandelplan bespreking sessies - Eindejaartoetsen - Per bekwaamheidsniveau minimaal 4 KRM waarvan in ieder geval 1 KRM over het behandelplan maken met een uitgebreide bespreking, een diagnose, doelen, biomechanica en apparatuur, en ook alternatieven EN een bespreking met een patiënt in <i>shared decision</i>.
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<p>Zonder supervisie: de aios voert een activiteit geheel zelfstandig uit, indien noodzakelijk met post-hoc verslag of supervisie op afstand</p>

EPA 3	Plannen en plaatsen van verschillende orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur
Specificaties	<p>Deze EPA omvat het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het (digitaal) plannen van orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur ten behoeve van het behalen van vooraf bepaalde behandoelen - het plaatsen van diverse orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur ten behoeve van behandeling, niet zijnde retentieapparatuur, gebaseerd op de juiste biomechanica
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Orthodontisch handelen - Organisatie - Kennis en wetenschap
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - biologie en biomechanica - materialen, ontwerp en toepassing van hedendaagse apparatuur - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandeling van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het maken van een (digitale) behandelplanning voor orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur met inachtneming van het eerder opgestelde behandelplan en diens behandoelen - het bedenken van ontwerp en uitvoering van orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur voor de specifieke situatie van de patiënt - het plaatsen van alle hedendaagse orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur waaronder, maar niet beperkt tot: vaste apparatuur, functionele apparatuur, uitneembare apparatuur, skelettale verankering en aligners - het geven van gedegen uitleg en instructie aan de patiënt en eventuele aanverwanten - het kostenbewust handelen en streven naar het duurzaam inzetten van beschikbare middelen - bovenstaande kunnen toepassen op indicatie van een interdisciplinair team op bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 8-10 KRM waarvan in ieder geval 1 KRM per soort orthodontische of gelaatsorthopedische apparatuur zoals de uitneembare apparatuur waaronder aligners, vaste apparatuur, functionele apparatuur - Met een zo groot mogelijke verscheidenheid aan apparatuur
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<p>Zonder supervisie: diverse apparatuur geplaatst bij ten minste 50 goed gedocumenteerde cases met een verscheidenheid aan diagnoses en behandelplannen met bijbehorende variatie in apparatuur en biomechanica.</p> <p>De aios voert een activiteit geheel zelfstandig uit, indien noodzakelijk met post-hoc verslag of supervisie op afstand.</p>

EPA 4	Controleren van actieve behandeling
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - het controleren en aanpassen van diverse orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur ten behoeve van behandeling, niet zijnde retentieapparatuur, gebaseerd op de juiste biomechanica
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Orthodontisch handelen - Kennis en wetenschap - Communicatie
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - gebitsontwikkeling en faciale groei - biomechanica - materialen, ontwerp en toepassing van hedendaagse apparatuur - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandeling van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het uitvoeren van een anamnese over vragen, wensen en klachten met betrekking tot de orthodontische behandeling, alsmede het beoordelen van de compliance en motivatie - het uitvoeren van een (mond)onderzoek waarbij de behandelvoortgang en eventuele neveneffecten in kaart worden gebracht - het controleren van alle gangbare orthodontische apparatuur en het zo nodig bijstellen hiervan aan de hand van de eerdere bevindingen met betrekking tot behandelvoortgang - het inlichten, instrueren en motiveren van patiënt en eventuele aanverwanten - het herkennen van afwijkende ontwikkeling in brede zin (bijv. behandeluitkomst, groei, etc.) - bovenstaande kunnen toepassen op indicatie van een interdisciplinair team op bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 8-10 KRM waarvan in ieder geval 1 KRM over controle bij vaste apparatuur, uitneembare, functionele en aligner - Met een zo groot mogelijke verscheidenheid aan apparatuur
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	Zonder supervisie: controles uitgevoerd bij diverse soorten apparatuur bij ten minste 50 cases met een verscheidenheid aan behandelplannen met bijbehorende variatie in apparatuur en biomechanica

EPA 5	Afronden actieve orthodontische behandeling (finishen)
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - het in detail afronden van de actieve orthodontische behandeling, rekening houdend met de oorspronkelijk opgestelde behandeldoelen
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Orthodontisch handelen - Communicatie - Kennis en wetenschap
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - functionele aspecten van optimale occlusie, articulatie en stabiliteit - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandeling van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het beoordelen of de ingezette strategie om te kunnen afbehandelen voldoende is of bijgesteld moet worden, ook in relatie tot functionele aspecten, bijvoorbeeld brackets herplakken, een nieuwe set aligners maken, etc. - het stimuleren van de behandelmotivatie van de patiënt, waarbij motivatie versus mondhygiëne wordt afgewogen in relatie tot behandeldoel - rekening houden met verantwoorde en doelmatige inzet van orthodontische materialen en middelen, afgezet en afgewogen tegen meer kosten en meer tijd - op een professionele en efficiënte manier samenwerken met andere disciplines om tot het beoogde behandelresultaat te komen - via gezamenlijke besluitvorming met patiënt en naasten tot de gewenste uitkomst van de behandeling komen - waar nodig en volgens de bestaande richtlijnen (orthodontische radiologie) toepassen van diagnostische hulpmiddelen ter beoordeling en evaluatie van het behandelingsverloop en verdere afronding. - bovenstaande kunnen toepassen op indicatie van een interdisciplinair team op bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 8-10 KRM's waarvan in ieder geval 1 KRM over een bijzondere zorggroep - Casus uitgewerkt naar analogie van de eindcases, besproken in opleidingsgroepverband
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	Zonder supervisie: minimaal 18 tot 24 maanden ervaring in orthodontische behandeling

EPA 6	Uitnemen of verwijderen actieve apparatuur en retentie
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - beoordelen of het vooraf opgestelde retentieplan nog van toepassing is, en indien nodig dit aanpassen - het verwijderen van de actieve orthodontische behandelapparatuur - het plaatsen en controleren van retentie-apparatuur - herstellen van retentie-apparatuur
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Orthodontisch handelen - Communicatie - Kennis en wetenschap
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - de natuurlijke gebitsveranderingen gedurende het leven gerelateerd aan verdere botgroei, remodellering van skelettaal weefsel en persisterende afwijkende mondgewoonten - relapse na actieve orthodontische behandeling gerelateerd aan reorganisatie van parodontaal weefsel en (neuro)musculaire disbalans van de nieuwe situatie - de opgestelde richtlijn met betrekking tot retentie in de orthodontie - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandeling dan wel retentie van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - aan de hand van initiële malocclusie en finale occlusie indiceren van retentie-apparatuur/maken van een retentieplan op basis van patiëntkenmerken en toegepaste behandeltechnieken - het op juiste wijze verwijderen van alle gangbare orthodontische apparatuur - het plaatsen en herstellen van alle gangbare retentie-apparatuur - professioneel communiceren met de patiënt over het belang van retentie alvorens te beginnen met de orthodontische behandeling en dit vastleggen in het informed consent - samenwerken met collegae indien restauratief/prothetisch vervolg - het op correcte wijze uitvoeren van de retentiecontrole - het houden aan de vooraf afgesproken frequentie van de retentiecontroles en tijdig inplannen hiervan - bij de overdracht van de retentiefase communiceren met de tandarts van de patiënt over continuering van de retentiecontroles, opdat de zorg voor de patiënt gewaarborgd blijft - bovenstaande kunnen toepassen op indicatie van een interdisciplinair team op bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc.
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 8-10 KRM's waarvan in ieder geval 2 KRM's over het verwijderen van vaste apparatuur
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	Zonder supervisie: <ul style="list-style-type: none"> - ten minste 2 afgeronde actieve behandelingen van vaste apparatuur, uitneembare, functionele en aligner - met een zo groot mogelijke verscheidenheid aan apparatuur

EPA 7	Klachten en complicaties
Specificaties	<p>Deze EPA omvat het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaststellen van een klacht en/of complicatie naar aanleiding van orthodontische behandeling - patiënten met pijnklachten tijdens de dienst - te woord staan van de patiënt en het inschatten van de ernst en urgentie van een klacht en/of complicatie - indien nodig, het behandelen van de klacht en/of complicatie inclusief rapportage aan patiënt en mogelijk aan een andere zorgverlener
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie - Maatschappelijk handelen - Professionaliteit
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - medische en tandheelkundige complicaties - de opgestelde richtlijnen met betrekking tot secundaire gevolgen bij de orthodontische behandeling (onder andere wortelresorptie) - (contra-)indicaties, complicaties, risico's, alternatieven en kosten van specifieke orthodontische handelingen - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandeluitkomst van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tijdig en adequaat reageren bij ongewenste bijwerkingen of complicaties - door anamnese en (klinisch) onderzoek diagnosticeren van de aard en de oorzaak van de klacht en/of complicatie - het opstellen van een behandelplan om de gevolgen bij het verdere behandelen te beperken dan wel te verhelpen - het verwijzen indien nodig - het correct verslagleggen van de klacht/complicatie in het patiëntendossier - adequaat omgaan met klachten over en fouten van zichzelf en anderen - het samen met patiënt en naasten tot de meest passende oplossing komen (samen beslissen) - bovenstaande kunnen herkennen bij bijzondere zorggroepen en door of terugverwijzen naar een interdisciplinair team: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc. (echter pijnklachten kunnen verhelpen)
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 4 KRM's waarvan in ieder geval 1 KRM over complicatiebespreking - Participatie complicatiebesprekingen
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<p>Zonder supervisie: na minimaal twee cases gesuperviseerd te zijn over een klacht. Over pijn na 5-10 cases gesuperviseerd te zijn voordat dit zelfstandig uitgevoerd mag worden</p>

EPA 8	Interdisciplinair behandelen
Specificaties	<p>Deze EPA omvat het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - participeren in een interdisciplinair behandelteam rondom het proces van tandheelkundige/medische zorg en het vormen van een team met andere specialismen en/of tandheelkundige differentiaties - betrekken van overige zorgverleners in het opstellen van een behandelplan en het vastleggen van beleid, procedures en afspraken - de orthodontische behandeling n.a.v. advies van collegae/interdisciplinair team, vallend onder de EPA's 3 (plannen en plaatsen van verschillende orthodontische en gelaatsorthopedische apparatuur) en 4 (controleren van actieve behandeling) <p><i>Context:</i> zorg en organisatie van interdisciplinaire behandelingen, waarbij één of meer andere specialismen en tandheelkundige differentiaties zijn betrokken</p>
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking - Organisatie - Professionaliteit
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - andere disciplines (basis kennis) betrokken bij het integraal zorgproces - de opgestelde richtlijnen met betrekking tot de bijzondere orthodontische behandelingen (onder andere schisis, craniosynostose en OSAS) - psychosociale, economische en biologische factoren die de behandelbehoefte van patiënten beïnvloeden <p><i>Vaardigheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het adequaat samenwerken met zorgprofessionals - in staat zijn andere zorgverleners te betrekken/ zelf betrokken te worden bij het opstellen van een behandelplan tijdens een interdisciplinaire bespreking - in staat zijn verantwoordelijkheid te dragen voor het zorgproces rondom de patiënt - het openstaan voor en reageren op noden en zorgen van zorgverleners met als doel veilige en effectieve zorg - het beoordelen en overnemen van adviezen van collegae, supervisor, resp. consulent(en) betreffende het eigen diagnostisch en orthodontisch handelen - in staat zijn bepaalde onderdelen van een interdisciplinaire behandeling uit te voeren - inzicht hebben in de organisatiestructuur van afdelingen binnen het tandheelkundig centrum/ziekenhuis - handelen vanuit richtlijnen en procedures - bovenstaande kunnen toepassen op bijzondere zorggroepen: zoals bijvoorbeeld syndromale zorggroepen, patiënt met een beperking, ouderen, kinderen en volwassenen met OSAS, etc. (alles behalve reguliere orthodontische zorg)
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Per bekwaamheidsniveau minimaal 2-4 KRM's waarvan in ieder geval 1 KRM over inbrengen eigen patiënt
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<p>Weinig supervisie: specifiek interdisciplinair behandelen: vanaf dit supervisieniveau mag supervisie van de aios plaatsvinden op afstand door achterwacht</p>

Bijlage 2 Keuze en Verdiepings-EPA's

Keuze EPA	Wetenschappelijk onderzoek, in aanloop naar een evt. promotie
Specificatie	Ontwikkeling, verspreiding en toepassing van wetenschappelijke onderbouwing binnen het vakgebied Orthodontie
Setting	Deeltijdpromotie tijdens de specialisatie orthodontie met de intentie om de promotie af te ronden na specialisatie
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis en wetenschap - Leiderschap - Professionaliteit
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - methodologie en statistiek - wet- en regelgeving in het onderzoek - medische ethiek - kritische beschouwing van literatuur - zelfstandig uitvoeren van onderzoek - presenteren van voordrachten op congres(sen) - academisch schrijfniveau <p><i>Vaardigheden en gedrag:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - participeert proactief en professioneel in de onderzoeksgroep - verwerkt onderzoeksgegevens volgens de AVG en datamanagementrichtlijnen - houdt zich aan regels en richtlijnen van de wetenschappelijke gedragscode en eisen van de Graduate School van de universiteiten - begeleidt collega's/wetenschappelijke stagiaires met onderzoek - volgt ontwikkelingen in de vakliteratuur
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - Voldoende hoogwaardige wetenschappelijke artikelen die gepubliceerd en/of geaccepteerd zijn in een peer-reviewed tijdschrift - Presentatie van wetenschappelijk onderzoek op congres(sen) - (Aanzet tot) proefschrift - (Aanloop tot) verdediging van de promotie
Specifieke toelichting op bekwaamheids-niveau	<ul style="list-style-type: none"> - Nader in te vullen door opleider/aio's afhankelijk van wel/geen promotietraject

Keuze EPA	Management en organisatie
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - de aios bereidt zich voor op het invullen van (bestuurlijke) functies in de voor de beroepsgroep, praktijk of zorginstelling toepasselijke gremia - de aios draagt bij aan de kwaliteitsbewaking en daar waar nodig aan verandering en verbetering van de opleiding buiten de dagelijks patiëntgebonden werkzaamheden om
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie - Samenwerking - Leiderschap
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de basisprincipes van projectmatig werken, efficiënt vergaderen en timemanagement - kwaliteitssystemen in de zorg en de betekenis daarvan voor het werk (bijv. ISO 9001) - de diverse organisatievormen binnen de orthodontie (vakgroep etc.) en de relatie met de praktijk/universiteiten - bestuursvormen en de inhoud van de verschillende functies - ontwikkelingen binnen de zorg, onder andere moderne communicatie- en rapportagetechnieken (e-health, EPD, etc.) - bekostiging van de zorg in de instelling en specifiek voor eigen vakgebied (inzicht in de geldstroom in de instelling, taakherschikking, onderhandeling zorgverzekeraar, etc.) - principes van werk-privébalans, gezond roosteren en duurzaam werken <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - het participeren in (overkoepelende) werkgroepen ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en opleiding - het tonen van vermogen om te werken met medisch/tandheelkundig bestuurlijke organisaties op alle niveaus - het oog hebben voor de belangen van degenen waarmee wordt samengewerkt en het nastreven van win-win-situaties - het participeren in (zorg)vernieuwingsprojecten op afdelings-, instellings- of verenigingsniveau (bijv. digitalisering)
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - KRM in overleg met de opleider(s) - Managementcursus in overleg met de opleider(s)
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - N.v.t.

Keuze EPA	Onderwijs en overdracht kennis & kunde
Specificaties	Deze EPA omvat het volgende: <ul style="list-style-type: none"> - de aios presenteert wetenschappelijke bevindingen en geeft onderwijs - de aios kan presentaties en onderwijs verzorgen voor diverse toehoorders, zowel wetenschappelijk van aard als informeel voor (bijna) leken - de aios ontwikkelt onderwijs, voert onderwijsactiviteiten uit en begeleidt studenten in de voornaamste werkvormen van academisch onderwijs - de aios onderwijst en begeleidt studenten in groepsverband en individueel
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Communicatie - Kennis en wetenschap - Organisatie
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - onderwijskundige en vakdidactische literatuur - wetenschappelijke inzichten over leren - het te presenteren/onderwijzen onderwerp - de beoordelingsmethode binnen de medische literatuur (Critical Appraisal of a Topic) - de plaatsbepaling van het onderwerp binnen de maatschappelijke context <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - op gestructureerde wijze voorbereiden op een onderwijsmoment - toepassen van didactische hulpmiddelen en leermiddelen, waaronder leermiddelen specifiek voor het vakgebied - opstellen van een overzichtelijke presentatie - relevante informatie helder en efficiënt overdragen en leiden van de discussie - het hebben van een goed begrip van het inhoudelijk niveau van het publiek en de boodschap daar op aanpassen - presenteren met een presentatietechniek die de informatieoverdracht optimaliseert, passend bij de doelgroep - interactie creëren met de toehoorders - aansluiten bij de dynamiek van een groep - studenten helpen om efficiënt de veronderstelde leerdoelen te bereiken - de onderwijs- en begeleidingsactiviteiten die verricht worden: <ul style="list-style-type: none"> o dagen de studenten uit tot constructief, zelfsturend, praktijkgeoriënteerd en samenwerkend studeren; o passen bij de behoeften en persoonlijke kenmerken van de studenten; o hebben betrekking op de leerdoelen van de studenten voor zover die binnen de doelen van de opleiding passen - op gepaste wijze feedback geven aan onderwijsdeelnemers - terugkoppelen aan studenten om hen inzicht te geven in de sterke en zwakte punten van hun kennis, vaardigheden, houding en gedrag en de mogelijkheden om die doelgericht te veranderen - het hebben van een kritische benadering van een wetenschappelijk onderwerp (bijv. onderzoeksmethoden, interpretatie van resultaten en klinische relevantie) - raadplegen van de juiste bronnen - hanteren van een systematische werkwijze bij het nalopen van een klinisch probleem of uitdiepen van een wetenschappelijke studie en/of artikelen - in de juiste mate open staan voor discussie - het leveren van een bijdrage door onderwijs- en wetenschapsactiviteiten aan bevordering van de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel - adequate tijdsbewaking tijdens presentatie/onderwijs
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - KRM in overleg met de opleider(s) - Basiselementen voor een BKO-cursus

Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	- Behalen/aanzet BKO
--	----------------------

Keuze EPA	Supervisie aan jongerejaars aios
Specificaties	Deze EPA omvat het superviseren van jongerejaars aios tijdens de werkzaamheden op de afdeling
Relevante competenties	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking - Kennis en wetenschap - Professionaliteit
Vereiste kennis en vaardigheden	<p><i>Toepassen van kennis over:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante richtlijnen - de inhoud van de EPA waarover wordt gesuperviseerd. De kennis is meer dan gemiddeld - idem met betrekking tot de richtlijnen en protocollen die van toepassing zijn <p><i>Vaardigheden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - overzicht houden over de te behandelen patiënten en stellen van prioriteiten - het superviseren over de werkzaamheden van de jongerejaars aios - aandacht geven aan psychosociale problematiek - superviseren over onderzoek/diagnose en behandeling - met aios het beleid bepalen voor een specifieke patiënt op basis van geldende protocollen en <i>evidence-based practice</i> - gemotiveerd en concreet feedback geven op de werkzaamheden die de aios uitvoert - adequaat overleggen met supervisor - superviseren van verslaglegging en correspondentie - inschatten beperkingen en supervisieniveau aios, met als doel de aios op zijn niveau te laten werken met voldoende aansturing en onderwijs - kennen van eigen beperkingen en juist inschattingsvermogen om zelf supervisie te vragen
Informatiebronnen/ Toetsinstrumenten	<ul style="list-style-type: none"> - KRM in overleg met de opleider(s) - Didactische cursus (in overleg met de opleider(s))
Specifieke toelichting op bekwaamheidsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Het superviseren van een jongerejaars aios kan alleen nadat de superviserende aios voldoende ervaring heeft opgedaan

Bijlage 3 Thema's

Thema 1	Wetenschap
Onderwerpen	Wetenschappelijke attitude door toepassing EBM, refereren/CAT Wetenschappelijk werken door het doen van onderzoek Schrijven van een wetenschappelijk artikel
Beschrijving	De aios ontwikkelt zich in de opleiding om vele wetenschappelijke aspecten te verwerven en kritisch te beschouwen. In de opleiding zal de aios participeren in wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijk gerelateerde taken. De aios bevordert de deskundigheid van zichzelf en de medebetrokkenen bij de gezondheidszorg in zijn werkterrein. De aios voldoet aan wet- en regelgeving op het gebied van wetenschap.
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Beschikt over een basis voor wetenschappelijk onderzoek en methodologie - Beschouwt de medisch-tandheelkundige literatuur kritisch - Kan bij beschouwing van literatuur de vertaalslag maken naar de eigen praktijksituatie - Schrijft op basis van eigen onderzoek een artikel - Ontwikkelt een fundament voor een leven lang leren

Thema 2	Onderwijs
Onderwerpen	Kennisoverdracht aan professionals Bij- en nascholing Achtergrondkennis over onderwijs Persoonlijke ontwikkeling in onderwijs
Beschrijving	Doel van het thema onderwijs is dat de aios aandacht schenkt aan het overdragen van kennis aan andere professionals en aan zichzelf. In het kader van een leven lang leren, denkt de aios na over hoe ná de specialisatie verdere kennis wordt opgedaan. Daarnaast kan aandacht worden geschonken aan het onderwijzen van mede-aiossen of andere (tandheelkundige) professionals zoals bijvoorbeeld orthodontisch onderwijs aan tandheelkundestudenten.
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Toepassen van moderne onderwijsprincipes - Kennis verwerven van basale onderwijsprincipes en toepassen in het onderwijzen - Kennis verwerven over bij- en nascholingsvereisten en dit kunnen toepassen - Het formuleren van een kort persoonlijk ontwikkelingsplan ten behoeve van onderwijs eventueel ter voorbereiding op een Basis Kwalificatie Onderwijs (BKO)

Thema 3	Organisatie en kwaliteit
Onderwerpen	Kwaliteit van zorg Management Leiderschap
Beschrijving	Om effectief en efficiënt te functioneren spant de aios zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de aios als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook van die van anderen. De aios neemt besluiten met betrekking tot het gebruik of de inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid. De aios toont interesse in kwaliteitszorgsystemen en hoe deze in de eigen werkzaamheden en organisatie toe te passen (te denken valt aan Value Based Health Care)
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis van organisatie en financiering van het zorgstelsel - Kennis van kwaliteitssystemen in de zorg en de betekenis daarvan voor het werk - Inzicht in groepsprocessen, taken en bevoegdheden van andere medewerkers in het team en aansturing daarvan - Leiderschapskwaliteiten - Managementvaardigheden - Zichtbare en aantoonbare tijdsinvestering in afdeling overstijgende commissies/ werkgroepen ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg - Volgen van ontwikkelingen in moderne communicatie- en rapportagetechnieken en deze in het dagelijks handelen integreren

Thema 4	Integriteit
Onderwerpen	Ethische normen en waarden Professionele integriteit Wetenschappelijke integriteit Achtergrondkennis over ethiek en integriteit
Beschrijving	Doel van het thema integriteit is dat de aios stilstaat bij het belang van normen en waarden in zowel de persoonlijke, als ook in de professionele sfeer. Voor een integer professional staan eerlijkheid, transparantie en betrouwbaarheid hoog in het vaandel. De aios stelt zich toetsbaar op en schenkt aandacht aan ethische overwegingen binnen de beroepssituatie.
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Toepassen van ethische normen en waarden op zorg, onderwijs en wetenschappelijk gebied - Het proactief kennis verwerven van integer handelen op zorg, onderwijs en wetenschappelijk gebied - Een discussie voeren met behulp van een opgeleid ethicus naar ethische problematiek op bovengenoemde vlakken - Kennis hebben genomen van de juiste route van bespreken en rapporteren over ethische dilemma's

Thema 5	Preventie en welzijn
Onderwerpen	Preventie Welzijn Educatie Mondgezondheid
Beschrijving	<p>Het welzijn van de patiënt is voor, tijdens en na de orthodontische behandeling een centraal thema. Voorafgaand aan een eventuele behandeling zal eerst worden geluisterd naar de zorgvraag van de patiënt en vervolgens zal worden besproken of aan de zorgvraag kan worden voldaan door middel van een orthodontische behandeling of anderszins zodat de patiënt samen met de professional kan beslissen (principes van samen beslissen). Tijdens de behandeling zal het welzijn worden bewaakt door goede communicatie tussen alle betrokken partijen. Door het volgen van werk- en veiligheidsinstructies worden de veiligheid en het te bereiken resultaat geborgd.</p> <p>In algemeen opzicht kan een orthodontische behandeling toekomstige gebitsproblemen voorkomen en zorgt een gereguleerde dentitie voor een eenvoudiger reiniging door de patiënt. De toekomstige orthodontist draagt de verantwoordelijkheid dat eventuele functionele problematiek van het gebit wordt onderkend en behandeld of in de toekomst wordt voorkomen. Met uitvoerige diagnostiek en doordachte behandel-planning kan de aios hieraan bijdragen. De communicatie met alle partijen dient een markante plaats te krijgen in de opleiding omdat deze voor een groot deel de door de patiënt ervaren kwaliteit van de behandeling bepaalt.</p>
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Toepassen van preventiemaatregelen - Zorgdragen voor werk- en veiligheidsinstructies - Patiënteducatie ten aanzien van preventie en welzijn - Zorgdragen voor mondgezondheid - Motiveren van patiënten ten aanzien van preventie en mondgezondheid - Hanteren van communicatietechnieken

Thema 6	Welzijn en zelfsturing aios
Onderwerpen	Balans en motivatie Werkomgeving ten behoeve van een gunstig leerklimaat Welzijn Zelfsturing c.q. persoonlijke ontwikkeling en participatie
Beschrijving	<p>Aiossen kunnen werk en privé goed combineren.</p> <p>Tijdens de opleiding tot orthodontist dient er sprake te zijn van een veilige werk-omgeving. Hierbij is de sfeer binnen de opleidingsgroep en op de afdeling van belang. Een afdeling orthodontie waar ruimte is voor de persoonlijke ontwikkeling van de aios en de aios bij kan dragen aan het optimaal functioneren van de afdeling, zal leiden tot verdere groei van de aios en komt de ontwikkeling van de afdeling ten goede. Het gevolg van een goede sfeer op de afdeling kan effect hebben op het toekomstig werven van stafleden.</p> <p>Een te hoge werkdruk dient te worden vermeden, omdat dit de ontwikkeling van de aios kan beperken. Er dient een balans te zijn tussen het maximaal absorberen van kennis en kunde en de ruimte voor reflectie en persoonlijke ontwikkeling.</p> <p>Binnen de opleiding dient speciale aandacht te bestaan voor inclusiviteit.</p> <p>Zelfsturend leren is een belangrijke voorspeller van succesvol leren en een succesvolle loopbaan; en speelt een belangrijke rol bij het 'levenslang leren'. Zelfsturend leren betekent dat de aios in staat is om zijn eigen competenties op waarde te schatten, vervolgens leerdoelen en leeractiviteiten te formuleren en te toetsen of deze behaald zijn door feedback te verkrijgen. Taakvariatie en ontwikkelingsmogelijkheden zijn hierbij van belang.</p> <p>De aios organiseert het werk dusdanig dat er een balans is tussen beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de beroeps-organisatie.</p> <p>De aios is in staat om te prioriteren.</p>
Eindoelen	<ul style="list-style-type: none"> - Toepassen van principes van timemanagement van klinische activiteiten, persoonlijke ontwikkeling en sociale activiteiten - Autonomoos functioneren: aiossen zo veel als mogelijk de kans bieden om zelf beslissingen te nemen en hun werkzaamheden en leerproces te beïnvloeden. Rekening houdend met het belang van de opleiding/groepsdynamiek (n.a.v. opmerkingen) - Betrokken zijn: de aiossen ervaren dat zij onderdeel uitmaken van een groep - Competenties ontwikkelen: de aiossen merken dat ze iets beheersen en dat ze hier steeds beter in worden. Binnen de kaders van de eindtermen wordt er door de aios, opleider en opleidingsgroep ingezet op het uitbouwen van kwaliteiten en vaardigheden - reflecteren op hun eigen handelen en gestimuleerd worden anderen om feedback te vragen - ontwikkelen van hun talenten en het tonen van persoonlijk leiderschap: Aiossen worden door de opleider en de opleidingsgroep ondersteund in het herkennen van hun eigen kwaliteiten en leerpunten - Verzamelen van verschillende vormen van feedback om hun voortgang inzichtelijk te maken en handelen hier vervolgens naar bij de invulling van hun werkzaamheden

Bijlage 4 Portfolio

Een portfolio is een toetsings- en beoordelingsinstrument in een competentiegerichte leeromgeving. Het College Tandheelkundige Specialismen (CTS) heeft het gekozen als verplicht leermiddel voor de orthodontist. De aios is verplicht een verzameling van documenten bij te houden waarin op systematische wijze de voortgang van de aios in de opleiding wordt gedocumenteerd.

Doel portfolio

Het portfolio is een verzameling documenten waarin verplichtingen worden bijgehouden en waaruit de voortgang van de opleiding en zelfreflectie van de aios blijken. Het bevat ten minste documenten ten behoeve van de beoordeling van de aios. Het heeft een structurele plaats in de opleiding en is meer dan een statische verzamelmap van producten.^{13,14} Het helpt de opleiding te structureren, de aios aan te zetten tot zelfreflectie en actief leren en de voortgang te volgen/bij te sturen. Het portfolio is digitaal en is eenvoudig toegankelijk met de smartphone en kan eenvoudig een gestructureerde verslag (export) produceren.

Het portfolio wordt summatief en formatief gebruikt, ofwel het heeft een procesfunctie (evalueren en beoordelen van de voortgang) en een productfunctie (eindbeoordeling). De aios kan het tevens gebruiken om zich te presenteren en persoonlijk te profileren. Het portfolio biedt mogelijkheden tot individuele differentiatie en creativiteit. Ook na de opleiding kan het portfolio gebruikt worden bij herregistratie, beroepsprofilering en loopbaanontwikkeling.

Het is de bedoeling dat de aios zelf een optimale invulling zoekt voor het portfolio. Het initiatief hoort bij de aios te liggen, zowel voor zelfontwikkeling, beoordelingen als overige documentatie, zoals beschreven in de verschillende hoofdstukken van het portfolio. Door te investeren in het portfolio investeert de aios in de eigen voortgang en ontwikkeling tijdens de opleiding. De opleider hoort te motiveren tot adequaat portfoliogebruik. Gebruikt deze het portfolio als agenda voor de voortgangsgesprekken, dan verkrijgt hij een evenwichtiger en veelzijdiger beeld van de aios. Bovendien kan hij dan op een meer gegronde manier bijsturen en beoordelen. Tot slot: de opleider is rolmodel, onderwijzer, bewaker van de voortgang en verantwoordelijk voor een adequate opleidings situatie voor de aios.

Het portfolio

In het portfolio zijn de volgende delen opgenomen:

- a. Curriculum vitae;
- b. A-formulier en bewijs van inschrijving in het opleidingsregister van de RTS;
- c. Individueel opleidingsplan (IOP);
- d. Documentatie van minimaal verplichte toetsing, inclusief de zelfbeoordeling;
- e. Verslagen van voortgangs- en beoordelingsgesprekken;
- f. Logboek.

Ad a. Curriculum vitae

Het gaat hierbij om een curriculum dat jaarlijks wordt geactualiseerd.

Ad b. A-formulier en bewijs van inschrijving in het opleidingsregister

De aios meldt zich bij het begin van de opleiding aan bij de RTS door middel van het A-formulier. Het bewijs van inschrijving in het opleidingsregister wordt toegevoegd aan het portfolio.

Ad c. Individueel opleidingsplan

Het IOP kan een voor alle aiossen (van een instelling) bij de start van de opleiding een gelijklopend IOP zijn, dat gedurende de opleiding individueel wordt bijgesteld.

Ad d. Documentatie van minimaal verplichte toetsing, inclusief de zelfbeoordeling

<i>Toetsdocumenten</i>	Bekwaamverklaringen EPA's Examen- en toetsresultaten KRM's 360° feedback (2x tijdens de opleiding) CAT's presenteren (2x per jaar) Een door de opleider gewaarmerkte lijst van alle patiënten die de aios tijdens de opleiding heeft behandeld. Deze lijst dient een gevarieerd scala van orthodontische afwijkingen en therapeutische benaderingen te laten zien Documentatie van twaalf volledig behandelde patiënten met een variatie aan malocclusies en type behandelingen
<i>Symposia/cursussen/congressen</i>	Overzicht van de gevolgde symposia/cursussen/congressen Certificaten van deelname
<i>Wetenschappelijke activiteiten</i>	Gesubmitte manuscript(en) en/of publicatie(s) Posterpresentatie(s) en/of voordracht(en)
<i>Overige activiteiten (facultatief)</i>	Subsidieaanvragen en verleende subsidies Overzicht lopende onderzoeksprojecten Overzicht gevolgde voordrachten en cursussen van gastsprekers Overzicht onderwijsactiviteiten en feedback m.b.t. begeleiding studenten tandheelkunde Individuele competentie gerelateerde activiteiten

Ad e. Verslagen

Zelfreflectie (competenties) voorafgaand aan voortgangsgesprek; verslag voortgangs-/beoordelingsgesprekken; zogenaamde C-formulier RTS (beoordelingsgesprek, geschiktheidsbeoordeling).

Ad f. Logboek

Een registratie van door de aios uitgevoerde opleidingsactiviteiten, waarin ten minste de verplichte activiteiten zijn opgenomen en een overzicht van het aantal patiënten van wie de aios zelf de behandeling is gestart, en ook een overzicht van de overnamepatiënten. Het logboek geeft ook een overzicht van lopende onderzoeksprojecten.

Bijlage 5 Competentieprofiel orthodontist (bij de start van de professionele loopbaan)

1. Medisch/tandheelkundig handelen

De orthodontist heeft adequate, brede kennis en vaardigheden en toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied, waardoor hij in staat is gegevens te verzamelen en te interpreteren. Op grond hiervan kan hij diagnostische en therapeutische beslissingen *evidence-based* nemen binnen de grenzen van de discipline en zijn expertise. Hij verleent up-to-date, effectieve interceptieve en curatieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.

1.1 De orthodontist bezit adequate kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied:

- heeft kennis van de algemene somatische groei voor zover van belang voor de groei van het craniofaciale complex;
- heeft kennis van de embryologie, anatomie en fysiologie (normaal en pathologisch) van het hoofd-halsgebied, de dentitie en overige structuren die voor het vakgebied relevant zijn;
- heeft kennis van de psychologische achtergrond van de diverse zorggroepen met wie hij te maken heeft en heeft kennis van de psychologische ontwikkelingsfasen en de invloed daarvan op de orthodontische behandeling;
- is in staat alle typen malocclusies zelfstandig te behandelen behoudens de behandeling van schisis en craniofaciale afwijkingen welke in multidisciplinair verband plaatsvinden;
- is in staat alle soorten orthodontische behandelmethodes toe te passen.

1.2 De orthodontist past het diagnostische, therapeutische en preventieve arsenaal van het vakgebied goed *evidence-based* toe:

- definieert de hulpvraag, neemt een relevante en accurate (hetero)anamnese af en vult deze aan met noodzakelijke diagnostische en overige procedures om gegevens te verzamelen, te analyseren en te interpreteren;
- is in staat anomalieën van het gebit en het craniofaciale skelet, alsmede van de groei en/of ontwikkeling van deze structuren en functionele afwijkingen te diagnosticeren;
- kan de basale beeldvormende technieken toepassen en weet de bevindingen goed te beoordelen en op hun diagnostische waarde te schatten;
- is in staat psychosociale aspecten in te schatten en te integreren in de behandeling;
- kan op basis van anamnese en onderzoek een diagnose opstellen en *evidence-based* (interceptieve) therapie instellen;
- kan met de verkregen diagnostische informatie een transparant en doelgericht behandelplan opstellen, alsmede de opties op een voor de patiënt begrijpelijke manier bespreken zodat samen met de patiënt de keuze van therapie kan worden genomen;
- kent indicaties, contra-indicaties, voor- en nadelen, risico's en langetermijnresultaten van elk van de behandelvormen en weet een gebalanceerde afweging te maken bij de keuze van therapie;
- weet welke informatie tijdens de follow-up moet worden verzameld, weet deze informatie kritisch te beschouwen en kan daaruit de juiste gevolgtrekking maken.

1.3 De orthodontist levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg:

- ziet erop toe dat het proces van diagnose en behandelplanning doelmatig verloopt en binnen een acceptabele termijn is afgerond;
- kan de patiënt en evt. ouders/verzorgers adequaat begeleiden naar de uiteindelijke keuze van behandeling;
- draagt zorg voor een passende, voorspoedige behandeling, in samenwerking met de patiënt en zijn omgeving;
- is in staat draaglast en draagkracht in te schatten en deze te integreren in de behandeling;
- herkent iatrogene effecten van de behandeling en handelt daarbij adequaat;
- handelt adequaat in noodsituaties.

1.4 De orthodontist vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe:

- weet de juiste vraagstelling te formuleren wanneer geconfronteerd met moeilijke casuïstiek;
- zoekt adequaat in relevante (elektronische) databestanden naar antwoorden op de zoekvraag;
- beoordeelt de gevonden literatuur kritisch;
- is in staat verkregen wetenschappelijke kennis in een praktijksituatie toe te passen volgens de principes van *evidence-based dentistry*.

2. Communicatie

Om een hoge kwaliteit van patiëntenzorg en een hoge mate van patiënttevredenheid te kunnen waarborgen, onderhoudt de orthodontist effectieve relaties met patiënten en hun omgeving. De orthodontist communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie. Hij draagt zorg voor een verantwoorde gezamenlijke besluitvorming.

2.1 De orthodontist bouwt effectieve behandelrelaties met patiënten op:

- heeft het vermogen de patiënt en/of ouders/verzorgers te informeren en te adviseren met als doel om participatie en compliance van de patiënt bij zijn behandeling te stimuleren en te optimaliseren en voor een lange tijd te handhaven;
- geeft doelmatig uitleg over zijn klinisch handelen;
- is in staat de patiënt en diens ouders/verzorgers adequaat te begeleiden en heeft gevoel voor de weerstanden en onzekerheden van de patiënt en/of ouders/verzorgers.

2.2 De orthodontist luistert goed en verkrijgt doelmatig relevante patiëntinformatie:

- neemt zorgvuldig en adequaat een anamnese af en heeft daarbij oog voor de gevoelens van de patiënt en/of ouders/verzorgers.

2.3 De orthodontist bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst familie:

- bespreekt behandelplan en kosten met de patiënt en eventueel ouders/verzorgers in begrijpelijke taal en vraagt instemming (informed consent);
- past communicatie en woordkeus aan bij leeftijd, etnische en culturele achtergrond, en emotie van de patiënt en verifieert systematisch of de informatie goed is begrepen;
- heeft oog voor gevoelens van de patiënt en geeft hem de ruimte hieraan uiting te geven;
- biedt de patiënt en/of ouders/verzorgers indien gewenst de mogelijkheid van een second opinion aan.

2.4 De orthodontist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over patiëntencasus:

- verzorgt op adequate wijze de verslaglegging, wat inhoudt dat deze voldoet aan de relevante wetgeving en transparant is voor andere zorgverleners, medebehandelaars, zorgverzekering en andere betrokkenen;
- draagt tijdig zorg voor schriftelijke rapportage aan de verwijzer.

3. Samenwerking

De orthodontist kent de algemene structuur van de gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en de eigen organisatie. Hij participeert in een netwerk van functionele samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises.

3.1 De orthodontist overlegt doelmatig met collegae en andere zorgverleners:

- onderhoudt effectief contact met de tandarts van de patiënt;
- communiceert duidelijk en collegiaal met verwijzers;
- overlegt zo nodig met andere specialismen;
- is objectief en communiceert duidelijk en collegiaal in geval van een second opinion;
- werkt in teamverband samen en respecteert hierbij de hiërarchische verhoudingen en de vaardigheden en bevoegdheden van anderen;
- draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking.

3.2 De orthodontist verwijst adequaat:

- indien diagnose of behandeling daarom vraagt en houdt daarbij rekening met beschikbaarheid, verantwoordelijkheid en toegankelijkheid van andere zorgverleners.

3.3 De orthodontist levert effectief intercollegiaal consult:

- communiceert duidelijk, beknopt en collegiaal met verwijzend specialisten.

3.4 De orthodontist draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg:

- participeert adequaat in interdisciplinaire samenwerking;
- signaleert eventuele problemen in de samenwerking en maakt deze bespreekbaar.

4. Kennis en wetenschap

De orthodontist kenmerkt zich door zijn continu streven naar optimalisatie van zijn kennis en kunde in zijn vakgebied. De orthodontist kan de vele wetenschappelijke aspecten zoals deze verweven zijn met de praktijk onderkennen en kritisch beschouwen. Hij kan waar mogelijk komen tot vragen voor wetenschappelijk onderzoek op basis van eigen waarneming en ervaring. De orthodontist bevordert deskundigheid van zichzelf en de medebetrokkenen bij de gezondheidszorg in zijn werkkterrein.

4.1 De orthodontist beschouwt medisch/tandheelkundige informatie kritisch:

- beschouwt vakinhoudelijke en medische informatie kritisch en weet daaruit de juiste gevolgtrekkingen te maken.

4.2 De orthodontist bevordert de ontwikkeling, verbreding en implementatie van wetenschappelijke vak kennis:

- herkent in zijn praktijk de grenzen van de beschikbare wetenschappelijke kennis en is in staat klinisch relevante wetenschappelijke vraagstellingen te formuleren;
- hanteert richtlijnen, werkt *evidence-based* en vertaalt klinische problemen in een onderzoekbare vraag, weegt nieuwe wetenschappelijke inzichten op toepasbaarheid in de eigen praktijksituatie;
- geeft mondelinge of schriftelijke presentaties van klinische- en/of onderzoeksgegevens;
- kan participeren in wetenschappelijk onderzoek.

4.3 De orthodontist ontwikkelt en onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan:

- toont vermogen om nieuwe diagnostische en therapeutische technieken te leren, bronnen van wetenschappelijke informatie kritisch te beschouwen en een persoonlijke ontwikkelingsstrategie te hebben om gedurende zijn loopbaan bij te blijven in ontwikkelingen op het vakgebied;
- streeft aantoonbaar naar bijdragen in het ontdekken en ontwikkelen van nieuwe kennis.

4.4 De orthodontist bevordert verspreiding van informatie over en kennis van het vak:

- bevordert de deskundigheid van (aankomende) collegae, ondersteunend personeel, patiënten en andere betrokkenen;
- toont vermogen om samen te werken met andere medische en tandheelkundige disciplines, met zorgverzekeraars en met patiëntvertegenwoordigers, zoals de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen.

5. Maatschappelijk handelen

Het handelen binnen dit competentiegebied omvat het afwegen van de belangen van de patiënt in relatie tot die van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Kern is het maatschappelijk verantwoord uitoefenen van het beroep. Naast de maatschappelijke en culturele context zijn vele factoren van invloed op zorg. Kennis van (beroeps)ethiek en wetgeving/juridische aspecten zijn tevens van belang.

5.1 De orthodontist kent en herkent de determinanten van ziekte:

- reageert proactief op psychosociale, economische en biologische factoren die de behandelbehoefte van patiënten beïnvloeden.

5.2 De orthodontist bevordert de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel:

- draagt effectief bij aan programma's voor gezondheidsbevorderend gedrag, speciaal voor jongeren;
- draagt zorg voor een goede toegankelijkheid van de zorg en heeft daarbij oog voor het kosteneffect.

5.3 De orthodontist handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode:

- informeert patiënten goed over de voorgestelde behandeling en de daarvoor bestaande alternatieven, vraagt toestemming voor de behandeling en legt de verkregen toestemming in het dossier vast;
- kent de belangrijkste bepalingen rondom patiëntenrecht en handelt hiernaar;
- handelt volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO);
- toont zich bewust van mogelijke ethische aspecten binnen zijn vakgebied en handelt hierbij zorgvuldig, bewust en conform de beroeps gedragscode.

5.4 De orthodontist treedt adequaat op bij incidenten in de zorg:

- treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en onderkent eigen fouten en die van anderen, maakt deze bespreekbaar en hanteerbaar teneinde hiervan te leren dan wel beleid erop aan te passen om herhaling te voorkomen;
- informeert de patiënt desgewenst over de geldende klachtprocedures en instanties.

6. Organisatie/ leiderschap

Om effectief en efficiënt te functioneren spant de orthodontist zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert hij als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook van die van anderen. De orthodontist neemt besluiten met betrekking tot gebruik of inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid. Hij organiseert het werk dusdanig dat er een balans is tussen beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de organisatie.

6.1 De orthodontist organiseert werk naar balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling:

- voert timemanagement van klinische activiteiten, persoonlijke ontwikkeling en sociale activiteiten uit;
- delegeert taken waar en wanneer dit geëigend is.

6.2 De orthodontist werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie:

- organiseert zijn praktijkvoering dusdanig dat wachttijden en uitloop van behandeling zoveel mogelijk worden voorkomen;
- gebruikt de meest efficiënte procedure en werkvolgorde bij de uitvoering van specifieke klinische verrichtingen;
- neemt actief deel of geeft leiding aan een (multidisciplinair) team en past daarbij organisatie- en managementprincipes doelgericht toe;
- past zijn kennis van personeelsbeheer toe;
- maakt gebruik van, organiseert of beheert financiële, materiële en menselijke hulpbronnen die nodig zijn voor het doelmatig functioneren van de praktijk waarin hij werkzaam is;
- participeert in zorgvernieuwingsprojecten;
- houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg;
- past principes van efficiënt vergaderen en timemanagement toe;
- toont het vermogen om te werken met en in tandheelkundige organisaties op alle niveaus;
- past de principes van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsborging actief toe, vooral ten aanzien van:
 - o infectiepreventie;
 - o 'audits';
 - o intercollegiale visitatie;
 - o diagnostiek, behandeling en voorlichting;
 - o ondersteunende diensten;
 - o patiëntgerichte kwaliteitssystemen;
- heeft inzicht in groepsprocessen, taken en bevoegdheden van andere medewerkers in een team;
- kan een team aansturen;
- herkent en verwoordt wanneer en waarom een groep niet goed functioneert en kan dit bespreekbaar maken en oplossen.

6.3 De orthodontist gaat verantwoord om met beschikbare middelen:

- gaat adequaat om met maatschappelijke eisen om beschikbare middelen te behouden en zo een optimale zorg te kunnen bieden. En houdt daar waar mogelijk rekening met het duurzaam inzetten van middelen en mens.

6.4 De orthodontist gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg en voor bij- en nascholing:

- houdt hierbij rekening met de privacywetgeving.

7. Professionaliteit

De orthodontist levert hoogstaande patiëntenzorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij integreert op adequate wijze de hiervoor genoemde competenties. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart de juiste balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen, dan wel schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij registreert op verantwoordelijke wijze zijn complicaties en participeert in het visitatiesysteem van de wetenschappelijke vereniging. Hij herkent ethische dilemma's, heeft inzicht in de ethische normen en houdt zich aan de wetgeving. Hij is zich bewust van zijn voorbeeldfunctie binnen de gezondheidszorg.

7.1 De orthodontist levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze:

- ziet erop toe dat de privacy van de patiënt gewaarborgd is;
- vermijdt overbodige en ondoelmatige behandelingen;
- maakt een ethische afweging tussen niet-realistische behandelwensen van de patiënt en/of diens ouders/verzorgers en vakinhoudelijke relevantie, maakt dit bespreekbaar;
- maakt een afweging tussen draaglast en draagkracht van de patiënt in relatie tot de behandeling.

7.2 De orthodontist vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag:

- toont respect en inlevingsvermogen voor verscheidenheid in culturele en sociale normen, waarden en omgangsvormen zonder daarbij de eigen beroeps- en persoonlijke normen uit het oog te verliezen;
- voldoet aan verplichtingen die verwacht worden van een specialist, op orthodontisch, juridisch en collegiaal gebied.

7.3 De orthodontist kent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen:

- kent de grenzen van eigen kennis en kunde, verwijst de patiënt tijdig naar een deskundige collega wanneer eigen kennis en kunde ontoereikend zijn;
- reflecteert over eigen handelen en functioneren, kan feedback ontvangen en handelt daarnaar met betrekking tot veranderingen en/of verbeteringen.

7.4 De orthodontist oefent tandheelkunde uit naar gebruikelijke ethische beroepsnormen:

- werkt conform de gedragscode geldend binnen het beroep;
- handelt conform de van toepassing zijnde relevante wetgeving.

Bijlage 6 Referenties

- ¹ Het Landelijk Opleidingsplan Orthodontie vastgesteld door College Tandheelkundige Specialisten (CTS) van de Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en goedgekeurd door de Algemene Ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Orthodontisten 31-01-2012.
- ² Linden FPGM van der. Three years postgraduate programme in orthodontics: The final report of the Erasmus project. *Eur J Orthod.* 1992;14(2):85-94. Update of The Erasmus Program for postgraduate education in Europe. Network of Erasmus Based European Orthodontic Postgraduate Programmes NEBEOP, 2012.
- ³ Huggare J, Derringer KA, Eliades T, Filleul MP, Kiliaridis S, Kuijpers-Jagtman A, Martina R, Pirttiniemi P, Ruf S, Schwestka-Polly R. The Erasmus programme for postgraduate education in orthodontics in Europe: an update of the guidelines. *Eur J Orthod.* 2014;36(3):340-349. doi: 10.1093/ejo/cjt059.
- ⁴ Schuller AA, Vermaire JH, van Kempen CPF, van Dommelen P, Verrips GHW. Onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Hoofdmeting 2017, een vervolg op de reeks, TJZ- en Kies voor Tandonderzoeken. <http://resolver.tudelft.nl/uuid:4c3ed0bf-acac-419e-aac3-277f56b5d832>.
- ⁵ Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ, Lowe AJ, Campbell BE, Matheson MC, Hamilton GS, Dharmage SC. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2017;34:70-81. doi: 10.1016/j.smrv.2016.07.002. Epub 2016 Jul 18. PMID: 27568340.
- ⁶ Olthuis G, van Heteren G. Multicultural health care in practice. An empirical exploration of multicultural care in The Netherlands. *Health Care Anal.* 2003;11(3):199-206. doi: 10.1023/b:hcan.0000005492.49818.76. PMID: 14708932.
- ⁷ Kragt L, Wolvius EB, Raat H, Jaddoe VWV, Ongkosuwito EM. Social inequalities in children's oral health-related quality of life: the Generation R Study. *Qual Life Res.* 2017;26(12):3429-3437. doi: 10.1007/s11136-017-1679-1. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28822055.
- ⁸ van der Tas JT, Kragt L, Veerkamp JJ, Jaddoe VW, Moll HA, Ongkosuwito EM, Elfrink ME, Wolvius EB. Ethnic disparities in dental caries among six-year-old children in the Netherlands. *Caries Res.* 2016;50(5): 489-497. doi: 10.1159/000448663. Epub 2016 Sep 6. PMID: 27595263.
- ⁹ Deci E L, Ryan RM. Self-determination theory. In PA M Van Lange, AW Kruglanski, ET Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416–436). Sage Publications Ltd. 2012. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21>.
- ¹⁰ CanMED 2015 Physician Competency Framework https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf
- ¹¹ ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39(12): 1176–1177.
- ¹² Selfassessment Guide *for evaluation of a Postgraduate Programme* in Orthodontics. Network of Erasmus Based European Orthodontic Postgraduate Programmes NEBEOP, 2009. <http://www.nebeop.org/content/NEBEOP/ByLaws.asp#Top>
- ¹³ Cate ThJ ten, Bleker OP, Büller HA, Scherpbier AJJA. Opleiden van medisch specialisten: achtergronden en praktijk. *Medicus en Management*; deel 8. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
- ¹⁴ Brand P, Boendermaker P, Venekamp R. *Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk*. Houten: Prelum; 2010.



Visienota Orthodontist 2025

september 2020



Opgesteld door:

knmt

In samenwerking met:

·NVvO·
NEDERLANDSE VERENIGING
VAN ORTHODONTISTEN

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Context en aanleiding	5
1.2 Over deze visie	5
2 Achtergronden	7
2.1 De patiënt en de ontwikkeling van de zorgvraag	7
2.2 De orthodontist en het vakgebied	8
2.3 Hoe orthodontische zorg wordt betaald	9
2.4 Tijd voor een duidelijke koers	10
3 Een nieuw perspectief voor 2025	12
3.1 Drie hoofddoelen	12
3.2 De beste zorg, snel gevonden	12
3.3 De juiste zorg, door samenwerking	13
3.4 De patiënt kiest, bewust	13
4 Op weg naar 2025	15
4.1 Orthodontist herkenbaar als specialist	15
4.2 Heldere route naar de beste zorg	16
4.3 De patiënt beslist mee	18
4.4 Sterke basis in de opleiding	18
4.5 Maatschappelijke context in balans	19
5 10-puntenplan	21
Bijlage 1: Begrippenlijst	24
Bijlage 2: Index of Orthodontic Treatment Need	25
Colofon	26

Orthodontische zorg is het deelgebied van de mondzorg dat te maken heeft met het optimaliseren van de functie en stand van tanden en kaken. Orthodontische zorg wordt geleverd door orthodontisten en daartoe bekwame tandartsen. De meeste orthodontische zorg is specialistisch van aard. Dit specialistische deel van de orthodontische zorg wordt Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) genoemd.

DMO is het domein van de tandarts-specialist: de orthodontist. De patiënt bezoekt de orthodontist veelal op verwijzing. Het specialisme DMO is sinds 1953 officieel erkend als specialisme binnen de tandheelkunde. De fulltime specialistenopleiding duurt vier jaar, na de zes jaar tandheelkundestudie. Het andere specialisme binnen de mondzorg is het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (MKA-chirurgie).

Orthodontisten staan ingeschreven in het Specialistenregister DMO. Kenmerkend voor de zorg die zij leveren zijn de hoogwaardige diagnostiek die integrale mondzorg mogelijk maakt, en de aandacht voor de totale gezondheid van de persoon. De orthodontist betreft de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren in diagnostiek en behandeling. Hij creëert optimale condities voor de mondgezondheid en mondzorg, in samenwerking met de rest van het tandheelkundige team. De orthodontist bevordert de integrale mondgezondheid van het individu en in het verlengde daarvan diens psychosociale welbevinden.

Orthodontisten staan voor een intensievere kennisuitwisseling en samenwerking met tandartsen en kaakchirurgen. Dat is in het belang van de patiënt. Een heldere inrichting van de orthodontische zorg en duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek.

De beste zorg, snel gevonden

De patiënt en zijn verwijzer weten de orthodontist te vinden, zodat de patiënt de juiste specialistische zorg krijgt als dat nodig is.

De juiste zorg, door samenwerking

Een goede samenwerking tussen tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten en een heldere taakverdeling in de mondzorgkolom zorgen dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

De patiënt kiest, bewust

De patiënt is toegeest om het gesprek over orthodontie te voeren en om (in samenspraak met de verwijzer) zijn eigen afweging te maken over de beste behandeling.

Orthodontist herkenbaar als specialist

Om alle vormen van mondzorg met optimale kwaliteit te kunnen aanbieden, moeten de specialismen voldoende tot hun recht komen. Voor de orthodontische zorg betekent dit dat een heldere inrichting en een duidelijke taakverdeling nodig zijn. Intensieve samenwerking en kennisuitwisseling tussen tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten zijn daarbij onmisbaar.

Heldere route naar de beste zorg

Het is belangrijk dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste diagnose krijgt en de zorg die het beste aansluit bij zijn zorgvraag. De patiënt moet bij de juiste zorgverlener terecht komen. Dat kan alleen als tandartsen en orthodontisten in de regio samenwerken. De patiënt die niet direct op de juiste plek in de mondzorgkolom binnenkomt, moet worden doorverwezen.

Patiënt beslist mee

Een patiënt heeft recht op een passende behandeling. Hij moet voldoende informatie hebben om te kunnen (mee)beslissen over wat voor hem in het behandelaanbod de beste optie is. De patiënt moet ook weten wat de verschillende behandelingen doen, en waar die te vinden zijn. Orthodontisten faciliteren dat, zodat iedere patiënt de juiste behandeling krijgt, op de juiste plek.

Sterke basis in de opleiding

Om complexe behandelingen uit te kunnen voeren, zijn vaardigheden en ervaring nodig. De orthodontist doet die vaardigheden op tijdens de 4-jarige opleiding tot specialist. En ervaring door zich dagelijks bezig te houden met orthodontische behandelingen. Om deze krachtige basis te behouden, is een sterke opleiding onmisbaar. Dit vraagt om blijvende investeringen in de kwaliteit van het onderwijs en een goede aansluiting tussen onderwijs en praktijk.

Maatschappelijke context in balans

Orthodontisten willen de maatschappelijke context, waar dat kan, positief beïnvloeden, zodat deze de gestelde doelen beter gaat ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een slimme organisatie van de orthodontische zorg, passende vergoedingen, een ondersteunend verzekeringsklimaat en een veilig gebruik van nieuwe technieken.

1. Orthodontisten brengen gestructureerd een heldere en consistente boodschap over aan publiek, zorgverleners en stakeholders, met een heldere afbakening van het specialisme en duidelijke aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg.
2. Orthodontisten gebruiken een uniform verwijzings-schema om vast te stellen door wie een patiënt gezien moet worden. In 2025 doen ook andere betrokken verwijzers dat.
3. Er komt publieksvoorlichting met één landelijke boodschap. Orthodontisten profileren zich daarin als specialist.
4. Het wordt makkelijker gemaakt een orthodontist te vinden. De openbare database met orthodontisten wordt verbeterd en gepromoot.
5. Orthodontisten bevorderen de samenwerking met en tussen wetenschappelijke vereniging en opleidingen. De ontwikkeling van richtlijnen en klinisch en vergelijkend onderzoek worden gestimuleerd. De bekendheid ervan binnen het vakgebied wordt vergroot.
6. Orthodontisten bevorderen de wetenschappelijke ontwikkeling van hun vakgebied. Ze streven naar volledige bezetting van de beschikbare leerstoelen en een grotere betrokkenheid tussen de praktijk en de opleiding.
7. Orthodontisten zorgen ervoor dat dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit doen zij door meer samen te werken met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio.
8. Orthodontisten vinden dat de specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. Ze dragen dit standpunt actief uit.
9. Orthodontisten bespreken met zorgverzekeraars hoe inhoud en kwaliteit van zorg onderdeel kunnen worden van de verzekeringsvoorwaarden.
10. Orthodontisten zorgen er door voorlichting en kennisdeling voor dat patiënten zijn toegeest om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen. Zij treden collectief op tegen onjuiste informatie.

1.1 ■ Context en aanleiding

In de voorbije jaren heeft de visie op mondgezondheid zich ontwikkeld van een vooral technische oriëntatie naar een breder en integraal perspectief, waarin ook aandacht is voor het (psychosociale) welbevinden van de patiënt. In 2016 heeft de FDI World Dental Federation een (nieuwe) definitie van mondgezondheid vastgesteld:

Mondgezondheid is een veelzijdig begrip en omvat het vermogen om met vertrouwen en zonder pijn, ongemak en ziekte van het craniofaciale complex te spreken, te lachen, te ruiken, te proeven, aan te raken, te kauwen, te slikken en een scala aan emoties over te brengen via gelaatsuitdrukkingen. Mondgezondheid weerspiegelt de fysiologische, sociale en psychologische kenmerken die essentieel zijn voor de kwaliteit van leven.

Tegelijkertijd realiseerden de orthodontisten zich dat hun eigen positie en zichtbaarheid meer met deze ontwikkelingen in lijn zouden moeten worden gebracht. De ontwikkelingen bieden immers een unieke gelegenheid om op een meer patiëntgerichte manier samen te werken en de interactie met het bredere veld aan te gaan.

Een vergelijkbare conclusie trok eerder al de toonaangevende beroepsorganisatie van Amerikaanse orthodontisten, de AAO. Deze heeft een visie voor de jaren 2018-2022 vastgesteld, waarin de positie van het specialisme en het aansluiten bij de patiëntbehoefte centraal staan.

Voor de mondzorgkolom als geheel heeft de KNMT de ontwikkelingen besproken in het meerjarenplan 2020 – 2025 met als titel 'Het begint bij goede mondzorg'. Goede mondzorg is volgens de KNMT gericht op voorkomen, door deskundig handelen in samenwerking én is bereikbaar.

Om het nieuwe perspectief toe te spitsen op de eigen Nederlandse situatie hebben orthodontisten vanuit het perspectief van hun beroepsgroep, een visie opgesteld over hoe hun specialisme er in 2025 uit zou moeten zien. Een belangrijk uitgangspunt is de definitie voor orthodontische zorg.

Definitie orthodontische zorg

Orthodontische zorg vormt een integraal onderdeel van de mondzorg en houdt zich bezig met het optimaliseren van de stand van tanden en kiezen en van de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren en levert een essentiële bijdrage aan de gezondheid van een individu door het bevorderen van diens psychosociale welbevinden en door het creëren van optimale condities voor andere facetten van mondgezondheid en mondzorg.

1.2 ■ Over deze visie

De orthodontisten hebben als opstap naar een eigen visie op de toekomst van het specialisme eerst de huidige stand ervan in kaart gebracht. Hoe ziet het werkveld eruit? Is onze positie daarin duidelijk? Zijn de juiste condities voor optimale patiëntenzorg aanwezig? Dragen alle stakeholders voldoende bij aan het nieuwe, integrale perspectief? De uitkomsten zijn verwerkt in het rapport 'De stand van het specialisme Dento-Maxillaire Orthopedie', opgesteld in opdracht van de KNMT en in samenwerking met de NVvO (Zorgmarkten, januari 2019).

Vervolgens hebben de orthodontisten nagedacht over de betekenis van de internationale ontwikkelingen voor de Nederlandse situatie. De in dit document beschreven visie is daarvan het eindresultaat.

De nieuwe visie kan worden samengevat in drie zinnen:

- De patiënt en zijn verwijzer weten de orthodontist te vinden, zodat de patiënt de juiste specialistische zorg krijgt als dat nodig is (pijler 1: de beste zorg, snel gevonden).
- Een goede samenwerking tussen tandartsen en kaakchirurgen en orthodontisten en een heldere taakverdeling in de mondzorgkolom zorgen dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt (pijler 2: de juiste zorg, door samenwerking).
- De patiënt is toegerust om het gesprek over orthodontie te voeren en om (in samenspraak met de verwijzer) zijn eigen afweging te maken over de beste behandeling (pijler 3: de patiënt kiest, bewust).

Het is duidelijk dat de huidige stand van het specialisme op onderdelen nog niet aansluit bij deze situatie. Daarom benoemen de orthodontisten in dit document ook de stappen die nodig zijn om van de huidige naar de gewenste situatie te komen. Waar in dit document hij of hem staat, kan ook zij of haar worden gelezen.

Visie 'Orthodontist 2025' in relatie tot andere mondzorgprofessionals

Dit rapport is opgesteld door en voor orthodontisten en gaat over het specialisme DMO. Integrale mondzorg kan niet zonder een goede samenwerking tussen alle betrokken professionals. Orthodontisten willen die samenwerking bevorderen. De orthodontisten gaan graag het gesprek aan over ieders rol in de mondzorg, zowel met tandartsen, tandartsen voor orthodontie als kaakchirurgen. Samen met hen willen de orthodontisten stappen zetten op weg naar een nog betere mondzorg.

2.1 ■ De patiënt en de ontwikkeling van de zorgvraag

Demografie

Naast jongeren in de groeifase, maken ook steeds meer volwassenen gebruik van orthodontische zorg. Orthodontische zorg wordt geleverd door orthodontisten en tandartsen. In omzet gemeten nemen orthodontisten ongeveer 73% voor hun rekening, en tandartsen ongeveer 27%¹. Er zijn in Nederland zo'n 325 orthodontisten werkzaam.

Ramingen van het Capaciteitsorgaan² gaan ervan uit dat de vraag naar orthodontische zorg stabiel blijft. De komende tien jaar zal weliswaar het aantal 12-jarigen afnemen, maar sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals het toenemend aantal volwassenen dat een orthodontische behandeling wil, compenseren deze afname. Er zijn volgens het Capaciteitsorgaan geen signalen dat er een onvervulde zorgvraag is. De orthodontische zorg is conjunctuurgevoelig. De zorg valt meestal niet onder de basisverzekering, dus de patiënten betalen de zorg zelf, of via de premie van de aanvullende verzekering.

De aandacht die mensen hebben voor een goed en mooi gebit wordt groter. Uit het Signalement Mondzorg 2018 van Zorginstituut Nederland blijkt tegelijkertijd dat de algemene mondgezondheid onder jongeren nog steeds beter kan, en dat de sociaaleconomische status nog een belangrijke rol speelt.

Zorgvraag

De patiënt heeft een centrale (en soms onderbelichte) rol in de ontwikkeling van de orthodontische zorg. De patiënt besluit zelf of hij wel of geen orthodontische zorg wil. Tegelijkertijd hebben patiënten vaak niet alle informatie die nodig is om weloverwogen keuzes te maken. Bijvoorbeeld doordat zij het verschil tussen tandarts en orthodontist niet kennen, of geen inzicht hebben in de lange-termijn opbrengst van behandelingen.

De patiënt kan zelf besluiten of hij voor orthodontie naar de tandarts gaat, of naar de orthodontist. In de praktijk heeft de tandarts echter een relatief grote en sturende rol als de patiënt die afweging maakt. Nagenoeg iedereen met een orthodontische zorgvraag heeft al een (vaak langdurige) behandelrelatie met de tandarts. Die tandarts heeft in de beleving van de meeste patiënten zijn deskundigheid al bewezen.

Andere factoren

Ook leveranciers van materiaal en techniek beïnvloeden de zorgvraag. Zij kunnen bepaalde behandelmethodes en producten 'pushen' en brengen die soms rechtstreeks bij patiënten onder de aandacht. De doe-het-zelf beugel is in opkomst. Een toenemende vraag naar deze behandelmethodes of producten kan tandartsen over de streep trekken die vorm van orthodontie 'erbij te gaan doen'. Digitalisering en nieuwe technieken voor beeldvorming kunnen een vergelijkbaar effect hebben. Het gevaar bestaat dat de patiënt en diens afwijken zo worden gereduceerd tot een geautomatiseerde beslissing, terwijl doorgaans maatwerk op zijn plaats is.

1 Bron: NZa Monitor mondzorg 2018. De verhouding is gebaseerd op in 2016 via de zorgverzekeraars gedeclareerde zorgkosten. Het Capaciteitsorgaan houdt een vergelijkbare verhouding (70-30) aan.

2 Het Capaciteitsorgaan onderzoekt en rapporteert over de benodigde opleidingscapaciteit voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen.
Zie <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-mondzorg/>

Zowel in de algemene tandheelkunde als bij orthodontische zorg groeit het aantal ketens die onder één naam in meerdere vestigingen mondzorg aanbieden. Het verwijsgedrag binnen een keten kan anders zijn dan tussen zelfstandige praktijken. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop de patiënt door het mondzorgveld beweegt en voor de informatie die patiënten bereikt. De patiënt die orthodontische zorg nodig heeft zal vanuit een keten waarschijnlijk niet extern worden verwezen.

2.2 ■ De orthodontist en het vakgebied

De tandarts en de tandarts-specialist

De wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt met het oog op de bescherming van patiënten, wie welke (beschermde) titel mag voeren, en wie bepaalde zorghandelingen mag uitvoeren. Voor beroepsbeoefenaren die een bijzondere deskundigheid hebben verworven, kan de minister op grond van artikel 14 een specialisten-titel erkennen. Bij de beschermde titel van tandarts is als een van twee specialismen de Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) erkend. Deze tandarts-specialist voert de beschermde titel orthodontist. Het andere specialisme is Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Deze tandarts-specialist voert de beschermde titel kaakchirurg.

Intensieve samenwerking met kaakchirurgen

De samenwerking tussen de tandarts-specialisten kaakchirurg en orthodontist heeft zowel in de opleiding als in de praktijk een lange historie. Met name in de laatste twee decennia is de samenwerking steeds intensiever geworden. Het gaat om veel meer dan alleen onderling verwijzen. Zo werken de specialisten bijvoorbeeld samen in multidisciplinaire teams bij de behandeling van de complexere patiënt. Beide specialismen versterken elkaar op deze manier.

De zesjarige universitaire opleiding Tandheelkunde in Amsterdam, Groningen en Nijmegen leidt op tot het (basis)beroep van tandarts. Voor het studiejaar 2019-2020 waren landelijk 259 plaatsen beschikbaar³. Een tandarts die daarin bekwaam is, mag orthodontische behandelingen uitvoeren. Het landelijke opleidingsplan ('Raamplan Tandheelkunde') van de vereniging van universiteiten VSNU noemt als minimaal vereiste om de Masteropleiding tandheelkunde te kunnen afronden 'het met eenvoudige orthodontische apparatuur behandelen van stoornissen in groei en ontwikkeling van het kaakstelsel'. Deze basisvaardigheden kan de afgestudeerde tandarts uitbouwen via opleidingen en cursussen. Het toenemende aanbod van gestandaardiseerde 'oplossingen' maakt het voor tandartsen (ogenschijnlijk) steeds makkelijker om orthodontische behandelingen uit te voeren.

De Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (VTvO; voorheen OVAP, Orthodontische Vereniging van Algemeen Practici) houdt het zogenoemde OK-register in stand. Tandartsen die orthodontische behandelingen uitvoeren en die aan door de vereniging bepaalde kwaliteitseisen voldoen, kunnen zich in dat register laten inschrijven. Dit is geen register in de zin van de wet BIG. Het is dus een ander soort register dan het specialistenregister voor orthodontisten, dat vanuit een wettelijk voorgeschreven formele structuur werkt en extern toetsbaar is.

³ Bron: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

De orthodontist

Het specialisme DMO is sinds 1953 officieel erkend als specialisme binnen de tandheelkunde. De fulltime specialistenopleiding duurt vier jaar, na de zes jaar tandheelkundestudie. Orthodontisten staan ingeschreven in het Specialistenregister DMO. Formeel zijn per vier jaar landelijk 38 opleidingsplaatsen beschikbaar. De drie opleidingen hebben elk om het jaar nieuwe instroom, Amsterdam in de even jaren en Nijmegen en Groningen in oneven jaren. Er zijn zowel studenten die al tijdens de opleiding tot tandarts besluiten zich aansluitend te gaan specialiseren, als tandartsen die eerst praktijkervaring opdoen en zich daarna gaan specialiseren. Uit evaluaties van het onderwijs blijkt dat met name het verdiepende en wetenschappelijke karakter ervan hoog scoort. Na of naast de specialistenopleiding is er nog de mogelijkheid tot promoveren. De meeste gepromoveerde orthodontisten gaan niet door in een academische carrière.

Tandartsen die orthodontische zorg verlenen maar geen orthodontist zijn, kunnen zich 'tandarts voor orthodontie' noemen.⁴ Het is niet toegestaan om als tandarts bijvoorbeeld de titel 'orthodontist' of 'specialist voor orthodontie' te voeren. De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) moet hierop toezien. De tandarts-specialist DMO voert als gezegd de titel orthodontist. De tandarts (en dus ook de orthodontist) valt op grond van de wet BIG onder het tuchtrecht.

Registratie als specialist

Het College Tandheelkundige Specialismen, CTS, stelt het Specialistenregister in en stelt regels over opleiding, opleiders, opleidingsinstellingen en registratie. De Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen, RTS, voert de registratie uit, beheert het Specialistenregister en houdt toezicht op de uitvoering van de regels. De taken en werkwijze van CTS en RTS zijn vastgelegd in de Regeling Specialismen Tandheelkunde. Een inschrijving in het Specialistenregister geldt voor een periode van hoogstens vijf jaar. Aan het einde van die periode moet de geregistreerde specialist om herregistratie vragen, en aantonen dat hij voldoet aan de eisen voor herregistratie. Die eisen gaan over daadwerkelijk uitoefenen van het specialisme (minimaal 16 uur per week), deelname aan bij- en nascholing en deelname aan kwaliteitsvisitatie en certificering volgens door de NVvO opgestelde normen.

2.3 ■ Hoe orthodontische zorg wordt betaald

Tarifiering

Het verschil in achtergrond van behandelaren komt niet tot uiting in het tarief: voor tandarts en orthodontist gelden dezelfde maximumtarieven. Het zou voor de hand liggen dat, als dat voor de kosten niet uitmaakt, patiënten dan eerder kiezen voor een specialist. In de praktijk blijkt dit niet zo te zijn.

De NZa constateert in de Monitor mondzorg 2018 dat de op papier gelijke tarieven in de praktijk soms anders uitwerken. Voor de twee meest voorkomende soorten beugels betalen patiënten uiteindelijk heel verschillende prijzen, doordat de (niet gemaximeerde) materiaal- en techniekkosten per praktijk verschillen. Die variatie is bij tandartsen groter dan bij orthodontisten volgens de NZa. De prijs van een beugel is onderdeel van de totale kosten van een zorgtraject. Daarover geeft de NZa geen cijfers. De NZa roept brancheverenigingen op om richtlijnen te ontwikkelen voor wat goede zorg is, om de gesignaleerde verschillen daaraan te kunnen toetsen.

⁴ Bron: Convenant titelgebruik orthodontie

Hoe de zorg wordt betaald

De zorgverzekeraar treedt op als uitvoerder van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en vergoedt orthodontie bij ernstige aandoeningen. Dit gaat om enkele procenten van de totale orthodontische zorg. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is vooraf een machtiging vereist. De aandoeningen waarbij orthodontische zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering, staan op de zogenoemde 'Indicatieve lijst voor Orthodontie in Bijzondere Gevallen', die stamt uit 1995. De NVvO en KNMT werken samen met stakeholders aan het actualiseren van de lijst.

De zorgverzekeraar kan ook optreden als aanbieder van aanvullende verzekeringen. Zeker 40% van de Nederlanders heeft mondzorg niet aanvullend verzekerd. En wie de zorg wel heeft verzekerd, zal doordat de vergoedingen gemaximeerd zijn, vaak toch een deel zelf moeten betalen. De steeds lagere vergoedingen spelen een belangrijke rol bij de besluitvorming van de patiënt om al dan niet een aanvullende verzekering af te sluiten.

Het valt op dat er geen relatie is tussen de vergoeding en de ernst van de afwijking. Zorgverzekeraars maken ook geen verschil tussen tandarts en orthodontist, en kijken niet naar kwaliteitsindicatoren. De zorgverzekeraar kán het verschil in totale behandelkosten tussen orthodontist en tandarts berekenen, maar cijfers hierover zijn niet openbaar.

2.4 ■ Tijd voor een duidelijke koers

Het is voor patiënten moeilijk om een geïnformeerde keuze te maken over wat voor hen de beste zorg is, en wie de beste zorgverlener. De verschillende aspecten waarop de patiënt die keuze zou kunnen baseren, zijn daarvoor niet voldoende gedifferentieerd. De tandarts (voor orthodontie) en de orthodontist lijken hetzelfde te doen – een beugel plaatsen – ook al verschillen hun opleiding en ervaring. De tarieven voor beiden zijn gelijk. Een zorginhoudelijke vergelijking tussen alternatieven is nauwelijks mogelijk, doordat de patiënt maar één keer een zorgtraject meemaakt.

Waar de patiënt wel verschillen kan zien, zijn die niet bij voorbaat in het voordeel van de specialist. Het is aannemelijk dat esthetisch resultaat in eerste instantie voor de patiënt vaak minstens zo belangrijk is als lange-termijnresultaat en gezondheidswinst. De orthodontist stippelt, na uitgebreide en zorgvuldige diagnostiek, een systematisch behandelplan uit vanuit het gehele craniofaciale systeem en neemt daarin factoren als groei en functie mee, wat het langetermijnresultaat ten goede komt. Deze integrale aanpak kan soms ten koste gaan van de snelheid waarmee esthetisch resultaat wordt geboekt.

De informatie waarop de patiënt een keuze zal moeten baseren is veelal niet objectief. Vooral doordat bijna alle patiënten al een behandelrelatie met een tandarts hebben, en willen houden. Als de tandarts ook orthodontische zorg aanbiedt, zal de patiënt geneigd zijn die daar af te nemen. Vaak weet een patiënt niet dat de tandarts die orthodontie aanbiedt, geen orthodontist is en wat de consequenties hiervan kunnen zijn.

Verder spelen fabrikanten een rol bij de informatievoorziening aan patiënten. Zij richten zich via internet steeds vaker rechtstreeks tot de eindgebruiker met informatie die niet bij voorbaat objectief is en die het esthetisch resultaat vooropstelt.

De markt is niet transparant

Er zijn dus verschillende aanwijzingen dat de meerwaarde van het specialisme niet door iedereen wordt herkend. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat orthodontische zorg voor veel patiënten en zelfs voor stakeholders een ongedifferentieerd vakgebied lijkt, al is het dat niet. De kaders waarbinnen orthodontische zorg wordt geleverd dragen ook niet bij aan een heldere marktordening. De overheid gaat er in de tarifiering vanuit dat tandartsen en orthodontisten vergelijkbare zorg leveren, terwijl dat in de praktijk niet zo is. De orthodontist heeft immers een specialistische opleiding, en moet door het regime van de wet BIG ook bij de beroepsuitoefening aan veel meer eisen voldoen dan een tandarts die orthodontische zorg levert. Er zijn op dit moment geen richtlijnen die aangeven voor welke patiënten en bij welke aandoeningen behandeling voorbehouden zou moeten zijn aan de orthodontist. Verder is er weinig aandacht voor de gezondheidswinst die zorg van de orthodontist kan opleveren.

3.1 ■ Drie hoofddoelen

Het vorige hoofdstuk beschreef de huidige werkelijkheid. Dit hoofdstuk 3 beschrijft de beoogde werkelijkheid per 2025, vanuit drie hoofddoelen:

- De beste zorg, snel gevonden
- De juiste zorg, door samenwerking
- De patiënt kiest, bewust

Orthodontisten staan voor een intensievere samenwerking en kennisuitwisseling met tandartsen en kaakchirurgen. Dat is in het belang van de patiënt. Een heldere inrichting van de orthodontische zorg en duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek.

3.2 ■ De beste zorg, snel gevonden

Volgens het meerjarenplan 2020 – 2025 van de KNMT is goede mondzorg bereikbaar en gericht op voorkomen in plaats van genezen. Deskundig handelen en samenwerking tussen mondzorgverleners staan centraal. Samen met de patiënt werken tandartsen en tandarts-specialisten aan het bevorderen en behouden van een gezonde mond.

Om de mondzorgkolom optimaal te laten functioneren zijn krachtige specialismen onmisbaar. De specialisten leveren de beste (specialistische) zorg aan de patiënt en dragen bij aan behoud en ontwikkeling van specialistische kennis. Kaakchirurgen doen dit op het gebied van mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. Orthodontisten op het gebied van de Dento-Maxillaire Orthopaedie. Kaakchirurgen en orthodontisten hebben bovendien een vangnetfunctie voor de complexe patiënt binnen de mondzorgkolom.

Dento-Maxillaire Orthopaedie omvat de diagnostiek, preventie, interceptie en correctie van malocclusies, alsmede van neuromusculaire, functionele en skeletale afwijkingen van de zich ontwikkelende en volgroeide orofaciale structuren, inclusief die van aangeboren en verworven pathologische condities.

Bron: Opleidingsplan Orthodontie – januari 2012

Orthodontische zorg is het deelgebied van de mondzorg dat te maken heeft met het optimaliseren van de functie en stand van tanden en kaken. De orthodontist heeft een bijzondere deskundigheid in dit vakgebied, en is daarom op grond van artikel 14 van de wet BIG aangewezen als specialist Dento-Maxillaire Orthopaedie. In de visie van de orthodontist is Dento-Maxillaire Orthopaedie daarom het deel van de orthodontische zorg dat wordt uitgevoerd door de orthodontist. Orthodontische zorg kan ook geleverd worden door daartoe bekwame tandartsen. De tandartsen die zich richten op het leveren van orthodontische zorg mogen zich 'tandartsen voor orthodontie' noemen.

Er is een belangrijk verschil tussen tandartsen en orthodontisten. Een afgestudeerde tandarts studeert nog eens vier jaar extra om orthodontist te worden. De orthodontist is dan een specialist met een brede basis in de mondzorg en met specialistische kennis van de orthodontie. Hij is ervaren in specialistische diagnostiek en bij uitstek bekwaam

om de orthodontische zorg optimaal te laten aansluiten bij de specifieke kenmerken en behoeften van de patiënt. De orthodontist is elke dag met het vak bezig, en moet aan strenge eisen voldoen om als specialist in het specialistenregister opgenomen te blijven. Hierdoor is de orthodontist in staat zowel eenvoudige als complexe orthodontische behandelingen het beste uit te voeren.

Van belang is dat de patiënt deze hooggekwalificeerde zorg goed en op tijd weet te vinden. Zichtbaarheid en vindbaarheid van de orthodontist als specialist zijn daarom essentieel.

3.3 ■ De juiste zorg, door samenwerking

Het is uniek dat de specialistische zorg kan worden verkregen zonder verwijzing. Dit zou aan de andere kant wel kunnen verklaren waarom deze zorg onvoldoende onderscheidend is ten opzichte van de orthodontische zorg geleverd door een tandarts. De meeste patiënten die bij de orthodontist komen hebben wel een verwijzing van de tandarts. Het is vaak de tandarts die als eerste een orthodontische afwijking constateert en de patiënt adviseert.

Orthodontisten streven naar het gebruik van uniforme criteria die duidelijk maken welke patiënten een specialistische diagnose nodig hebben, en/of behandeld moeten worden door de orthodontist. Een heldere taakverdeling draagt bij aan versterking van de mondzorgkolom. Dit vraagt om een goede samenwerking in de mondzorgkolom, zodat de tandarts op het juiste moment een patiënt doorverwijst naar de orthodontist. De tandarts heeft daarin een sleutelrol als poortwachter en verwijzer.

Omgekeerd moeten orthodontisten kennis delen over orthodontische zorg en het goed toepassen van de kaders die in het volgende hoofdstuk worden beschreven. Het is belangrijk dat die kaders goed toepasbaar zijn voor alle betrokkenen.

3.4 ■ De patiënt kiest, bewust

Om voor orthodontische zorg de juiste behandelaar te kunnen kiezen, moet de patiënt over de goede informatie beschikken. De bestaande vertrouwensband met de tandarts die mogelijk zelf ook orthodontische zorg levert, kan van invloed zijn op de keuze van een behandelaar. Belangrijk is daarom dat de patiënt zelf objectieve informatie heeft over de verschillen tussen behandelaren én dat de patiënt weet dat hij zonder tussenkomst van de tandarts naar een orthodontist kan gaan.

Orthodontisten willen deze informatie in samenwerking met de andere mondzorgverleners beschikbaar maken. Dit begint met uniforme toepassing van de kaders en gezamenlijke voorlichting aan patiënten. Het ligt voor de hand deze samenwerking in de buurt van de patiënt, dus per regio, te organiseren. Zo kan ook transparant gemaakt worden welk aanbod er in een regio is. Door de kennisdeling die daar het gevolg van is, wordt het niveau van de zorg in de hele mondzorgkolom vergroot.

Ook zorgverzekeraars kunnen patiënten (hun verzekerden) helpen de keuze voor de juiste zorgverlener te maken. Patiënten maken bij de keuze voor een zorgverlener of een bepaalde behandeling ook financiële afwegingen. De financiële afweging bepaalt ook of de zorg überhaupt toegankelijk is. Zorgverzekeraars zijn daardoor een belangrijke beïnvloeder. Zij hebben zelf belang bij een goede invulling van die rol. De patiënt die in één keer goed terecht kan, zal een beter resultaat hebben van zijn (verzekerde) investering en dus meer tevreden zijn over zijn zorgverzekering. Kortom; het is belangrijk dat alle betrokkenen de patiënt/verzekerde bewust maken van de vrijheid die hij of zij heeft om te kiezen voor een orthodontische behandeling door de orthodontist.

Om het hiervoor geschetste perspectief daadwerkelijk te bereiken moeten orthodontisten en tandartsen in samenwerking actief zijn. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen genomen moeten worden om het geschetste perspectief in 2025 werkelijkheid te laten zijn.

Deze stappen ingedeeld in vijf thema's:

- **Orthodontist herkenbaar als specialist**
- **Heldere route naar de beste zorg**
- **Patiënt beslist mee**
- **Sterke basis in de opleiding**
- **Maatschappelijke context in balans**

4.1 ■ **Orthodontist herkenbaar als specialist**

Voor een sterke mondzorgkolom moet er een duidelijk onderscheid bestaan tussen de algemeen practicus en de specialist; tussen tandartsen en orthodontisten. Een heldere inrichting van en een duidelijke taakverdeling binnen de orthodontische zorg zijn noodzakelijk. Duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO en inzicht in de toegevoegde waarde van het specialisme maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek. Daarom willen orthodontisten de volgende kernboodschap overbrengen.

De kernboodschap

De orthodontist kenmerkt zich door zijn opleiding tot specialist en zijn ervaring in specialistische diagnostiek en behandeling. Hij kan voor elke patiënt de orthodontische zorg optimaal laten aansluiten bij diens specifieke kenmerken en behoeften.

- *De orthodontist is opgeleid in het systematisch denken vanuit het gehele craniofaciale systeem en betreft daarbij de factor tijd. Hij betreft bovendien de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren alsmede functionele aspecten in diagnostiek en behandeling. Dit komt de kwaliteit van de behandeling ten goede.*
- *Een orthodontist kan voor diagnostiek en behandeling een breed palet aan instrumenten inzetten. Hij is niet gebonden aan één oplossing. Een orthodontist is bekwaam in de traditionele en nieuwe behandelmethoden en maakt daaruit, in samenspraak met de patiënt, een passende keuze.*
- *De orthodontist heeft in de behandeling nadrukkelijk aandacht voor het functionele aspect. Dit bevordert het behoud van een gezond gebit en voorkomt (mond)gezondheidsproblemen (preventie). De zorg bevordert het psychosociale welbevinden van patiënten.*
- *De orthodontist creëert optimale condities voor de mondgezondheid en overige mondzorg, in samenwerking met de rest van het tandheelkundige team. De orthodontist heeft een coördinerende rol bij complexe mondzorg waarvan orthodontische zorg onderdeel is.*

De orthodontisten willen de kernboodschap consistent en gestructureerd overbrengen aan burgers, zorgverleners en stakeholders. Hiervoor zal een communicatiestrategie worden opgesteld met een gedeeld begrippenkader, zoals herkenbare beroepstitels, een heldere afbakening van het specialisme en met aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg. (Actie 1)

4.2 ■ Heldere route naar de beste zorg

De patiënt heeft recht op doelmatige zorg. Dit betekent dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste diagnose krijgt, en de zorg die het beste aansluit bij zijn zorgvraag. Dit vraagt om coördinatie binnen de mondzorgkolom. De patiënt moet bij de juiste zorgverlener terecht komen. Dat kan alleen als tandartsen en orthodontisten in de regio samenwerken. De patiënt die op de verkeerde plek in de kolom binnenkomt, moet worden doorverwezen.

Om die samenwerking te ondersteunen hebben de orthodontisten uniforme verwijzingscriteria opgesteld, die zij samen met de tandartsen in de praktijk willen brengen. Deze criteria zijn gebaseerd op de IOTN, de 'Index for Orthodontic Treatment Need'. Deze index is praktisch, relatief eenvoudig toe te passen (ook door de tandarts) en maakt ook de zwaarte van de zorgvraag op een objectieve manier inzichtelijk. De index wordt ook al breed toegepast, niet alleen door zorgprofessionals maar bijvoorbeeld ook door beleidsmakers.

In 2025 moeten alle betrokkenen met het afwegingskader orthodontische zorg bekend zijn en dit gebruiken. De orthodontisten zullen dit kader in hun praktijken gaan gebruiken en in hun netwerk verspreiden. Er komt ook een implementatieplan om de betrokkenen bewust te maken van de noodzaak om dit afwegingskader te gebruiken en ze te helpen deze aanpak in de praktijk te brengen. (Actie 2)

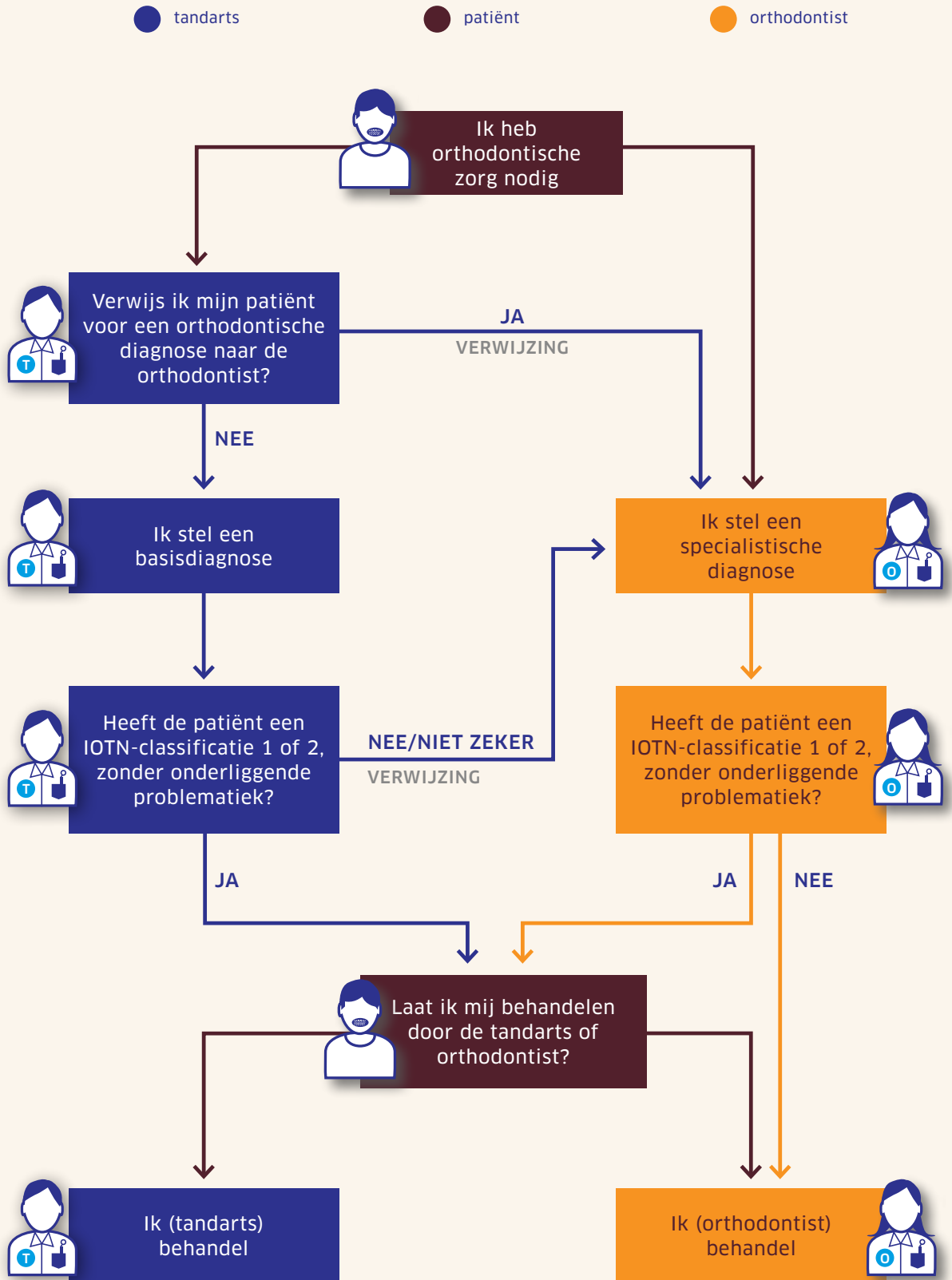
Toelichting bij afwegingskader

De orthodontist moet volgens de beroepsgroep in ieder geval de diagnose stellen als een tandarts niet met zekerheid kan vaststellen dat een patiënt een IOTN-classificatie 1 of 2 heeft, en ook bij (een vermoeden van) onderliggende problematiek die de behandeling raakt.

Indien behandeling geïndiceerd is, vallen onder het expertisegebied van de orthodontist in ieder geval:

- 1. Patiënten met een IOTN-classificatie 3, 4 of 5.*
- 2. Patiënten (ongeacht IOTN-classificatie) met problemen op het gebied van de groei van het kaakcomplex, problemen in de omliggende structuren en/of met tandheelkundige, lichamelijke of psychische problemen die de orthodontische behandeling raken.*
- 3. Patiënten die vanwege een aangeboren of verworven craniofaciale afwijking behandeld moeten worden in een medisch-specialistische setting. Zo'n afwijking is bijvoorbeeld schisis. De orthodontist is dan hoofd- of medebehandelaar binnen het behandelteam.*

Afwegingskader orthodontische zorg



4.3 ■ Patiënt beslist mee

Om te zorgen dat iedere patiënt de juiste behandeling krijgt, op de juiste plek, moeten patiënten kunnen (mee)beslissen over wat voor hen de beste optie is in het behandelaanbod. Ze moeten weten wat de verschillende behandelaars doen, en waar die te vinden zijn. Dat betekent dat hiervoor ook de juiste randvoorwaarden moeten worden gecreëerd.

Randvoorwaarden voor ‘patiënt beslist mee’

De patiënt:

- weet dat goede orthodontische zorg meer is dan alleen esthetiek
- weet wat de consequenties zijn van de keuze om niet te behandelen
- kent signalen dat een orthodontische behandeling nodig is
- weet dat de orthodontist vrij toegankelijk is
- is toegerust om een keuze te maken voor de juiste behandelaar
- kan de orthodontist als specialist herkennen
- weet dat een specialist niet duurder is
- kan makkelijk een orthodontist vinden
- voelt zich niet belemmerd door verzekeringsvoorwaarden
- is toegerust om zelf mee te beslissen over de juiste behandeling

Om randvoorwaarden voor het meebeslissen te creëren, wordt publieksvoorlichting structureel opgezet, met centrale en decentrale uitingen. Centraal betekent één landelijke boodschap over de verschillende aspecten uit deze visie. Decentrale uitingen zijn bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal dat in de wachtkamer of behandelruimte kan worden gebruikt. Orthodontisten uniformeren hun boodschap en conformeren zich deze aan de landelijke lijn. Orthodontisten spreken in ieder geval met elkaar af zich als specialist te profileren. (Actie 3)

Het wordt makkelijker gemaakt een orthodontist te vinden. De toegankelijkheid en de zoekfuncties van de openbare database van orthodontisten worden verbeterd. (Actie 4)

4.4 ■ Sterke basis in de opleiding

Om complexe behandelingen uit te kunnen voeren zijn vaardigheden en ervaring nodig. De orthodontist doet die vaardigheden op tijdens de 4-jarige opleiding tot specialist. En ervaring door zich dagelijks alleen bezig te houden met orthodontische behandelingen. Voor niet-complexe behandelingen heeft die ervaring ook een meerwaarde. Een orthodontist kan bijvoorbeeld herkennen of een behandeling die niet-complex lijkt, dat ook werkelijk is. En ook een niet-complexe patiënt heeft baat bij een doelgerichte en efficiënte aanpak.

Een sterk specialisme kan niet bestaan zonder sterke opleiding. Om te zorgen dat er voldoende specialisten zijn, moeten er voldoende opleidingsplaatsen zijn, en moet het aantrekkelijk zijn om orthodontist te worden. Orthodontisten vinden het daarom belangrijk dat de opleidingen, binnen hun eigen verantwoordelijkheid, de drie hoofddoelen uit hoofdstuk 3 en de vijf thema's uit hoofdstuk 4 ondersteunen.

De drie opleidingen zal worden gevraagd de hoofddoelen en thema's van de visie in hun curriculum te verwerken. Dit kan zo nodig in het Opleidingsplan verankerd worden. De orthodontisten streven ernaar dat opleidingen en wetenschappelijke vereniging meer gaan samenwerken. Samen kunnen zij dan de wetenschappelijke basis van het vakgebied consolideren en verbreden, onder meer door het intensiveren van de ontwikkeling van richtlijnen, het stimuleren van klinisch onderzoek en van vergelijkend onderzoek tussen soorten behandelingen en type behandelaren. De bekendheid met wetenschappelijke publicaties (ook die van de eigen opleidingen) wordt binnen de beroepsgroep vergroot. (Actie 5)

Om de wetenschappelijke basis van het vakgebied in stand te houden en te verbreden zijn voldoende capaciteit en middelen nodig vanuit de drie universiteiten. Verder moeten bestaande leerstoelen daadwerkelijk worden bezet. Er is in Nederland op dit moment maar één hoogleraar orthodontie. Dat betekent dat er twee opleidingen zijn waar de leerstoel niet is ingevuld. Er zouden minimaal drie hoogleraren in Nederland moeten zijn. De betrokkenheid tussen opleidingen en praktijk moet over en weer worden vergroot. Belemmeringen hiervoor worden onderzocht en opgelost. (Actie 6)

Orthodontisten realiseren zich dat dit ook een kwestie is van beschikbaarheid, en mede een zaak van de opleidende instellingen. Een krachtig standpunt van de beroepsgroep zelf kan hiervoor hierbij een positieve stimulans zijn.

4.5 ■ Maatschappelijke context in balans

Orthodontisten willen ervoor zorgen dat de maatschappelijke context waarin zij actief zijn de drie hoofddoelen van hoofdstuk 3 zoveel mogelijk ondersteunt. Orthodontisten willen actief met deze context aan de slag gaan langs drie assen:

- **Organisatie van zorg**
- **Aanspraak en vergoeding**
- **Marktontwikkelingen**

Organisatie van zorg

Er is op dit moment nauwelijks sprake van een bewuste organisatie van de DMO. Zowel het aanbod als de mate van samenwerking zijn sterk lokaal bepaald. Patiënten kijken vooral naar een goed bereikbare behandelaar in de buurt. Dat betekent dat 'de beste zorg' niet altijd voorhanden en bereikbaar is. Bij wie een patiënt terecht komt, kan zelfs toeval zijn.

Orthodontisten willen de zorg zo organiseren, dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit willen zij doen door nauwere samenwerking met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio. (Actie 7)

Aanspraak en vergoeding

Orthodontie wordt meestal niet vergoed vanuit de basisverzekering. Dit belemmert de toegang voor patiënten die geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten. De orthodontisten vinden dat het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. Hierdoor kunnen patiënten een betere afweging maken ten aanzien van orthodontische behandeling. Dit verbetert de toegang tot orthodontische zorg.

Orthodontisten zullen actief het standpunt uitdragen, dat in ieder geval het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. (Actie 8)

De patiënten die zich wel aanvullend verzekeren, krijgen te maken met een steeds verdere verschraving van de dekking. Doordat de vergoedingen in bedrag en tijd beperkt zijn, en verzekeraars niet differentiëren naar behandelaar, moeten patiënten soms suboptimale keuzes maken. De zorgverzekeraar heeft dus een belangrijke invloed op de keuze van de patiënt.

Aandacht voor zorginhoud en kwaliteit heeft ook voor zorgverzekeraars voordelen. De patiënt die in één keer de juiste behandeling krijgt, zal een beter resultaat hebben van zijn (verzekerde) investering en dus ook tevredener zijn over zijn zorgverzekering.

Orthodontisten gaan in overleg met zorgverzekeraars over hoe meer aandacht besteed kan worden aan zorginhoud en kwaliteit in de verzekeringsvoorwaarden. Zo zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of een koppeling tussen de ernst van de afwijking en de hoogte van de vergoeding wenselijk is. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren kan ook behulpzaam zijn. (Actie 9)

Marktontwikkelingen

De toenemende directe invloed van leveranciers op de orthodontische zorg baart de orthodontisten zorgen. Patiënten krijgen eenzijdige informatie aangereikt. Niet het product, maar de patiënt en de zorgvraag moeten leidend zijn in de keus voor een behandeling.

Orthodontisten willen gezamenlijk misverstanden tegengaan door onjuiste informatie te weerleggen en een collectief tegengeluid te organiseren. Door voorlichting en kennisdeling zorgen orthodontisten ervoor dat patiënten zijn toegerust om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen. (Actie 10)

In deze Visienota 'Orthodontist 2025' zijn tien acties beschreven die nodig zijn de visie werkelijkheid te laten worden. Voor elke actie is een actiehouders aangewezen. Orthodontisten vragen deze actiehouders om als eerstverantwoordelijke op te treden en om in afstemming met de andere betrokkenen de actie uit te voeren.

ACTIE	ACTIEHOUDER	I.S.M.
<p>1 ■ De orthodontist is een specialist. Hij levert hoogwaardige diagnostiek en orthodontische zorg die aansluit bij de specifieke kenmerken en behoefte van de patiënt.</p> <p>Deze kernboodschap willen orthodontisten consistent en gestructureerd overbrengen aan burgers, zorgverleners en stakeholders. Orthodontisten zullen hiervoor een communicatiestrategie opstellen met een gedeeld begrippenkader, zoals herkenbare beroepstitels, een heldere afbakening van het specialisme en met aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg.</p>	NVvO	Opleidingen
<p>2 ■ Orthodontisten hebben een afwegingskader opgesteld om per patiënt te bepalen welke zorgverlener bij voorkeur diagnostiek en behandeling uitvoert. Soms moet dat de orthodontist zijn. In 2025 moeten alle betrokkenen met het afwegingskader orthodontische zorg bekend zijn en dit gebruiken. De orthodontisten zullen dit kader in hun praktijken gaan gebruiken en in hun netwerk verspreiden. Er komt ook een implementatieplan om de betrokkenen bewust te maken van de noodzaak om dit afwegingskader te gebruiken en ze te helpen deze aanpak in de praktijk te brengen.</p>	NVvO	KNMT
<p>3 ■ Een patiënt moet kunnen (mee)beslissen over wat voor hem de beste optie is in het behandelaanbod.</p> <p>Om randvoorwaarden voor het meebeslissen te creëren, zullen orthodontisten publieksvoorlichting opzetten, met één landelijke boodschap over de verschillende aspecten van deze visie. Daarbij hoort ook voorlichtingsmateriaal dat decentraal in bijvoorbeeld de wachtkamer of behandelruimte kan worden gebruikt. Orthodontisten conformeren zich aan de landelijke lijn en spreken in ieder geval met elkaar af zich als specialist te profileren.</p>	NVvO	KNMT
<p>4 ■ Patiënten moeten makkelijk een orthodontist kunnen vinden. Daarom worden de toegankelijkheid en de zoekfuncties van de openbare database van orthodontisten verbeterd.</p>	NVvO	KNMT

ACTIE	ACTIEHOUDER	I.S.M.
<p>5 ■ De drie opleidingen zal worden gevraagd de hoofddoelen en thema's van de visie in hun curriculum te verwerken. Dit kan zo nodig in het Opleidingsplan verankerd worden. De orthodontisten streven ernaar dat opleidingen en wetenschappelijke vereniging meer gaan samenwerken. Samen kunnen zij dan de wetenschappelijke basis van het vakgebied consolideren en verbreden, onder meer door het intensiveren van de ontwikkeling van richtlijnen, het stimuleren van klinisch en van vergelijkend onderzoek tussen soorten behandelingen en type behandelaren. De bekendheid met wetenschappelijke publicaties (ook die van de eigen opleidingen) wordt binnen de beroepsgroep vergroot.</p>	Opleidingen	NVvO
<p>6 ■ Om de wetenschappelijke basis van het vakgebied in stand te houden en te verbreden zijn voldoende capaciteit en middelen nodig vanuit de drie universiteiten. Verder moeten bestaande leerstoelen daadwerkelijk worden bezet. Er is in Nederland op dit moment maar één hoogleraar orthodontie. Dat betekent dat er twee opleidingen zijn waar de leerstoel niet is ingevuld. Er zouden minimaal drie hoogleraren in Nederland moeten zijn. De betrokkenheid tussen opleidingen en praktijk moet over en weer worden vergroot. Belemmeringen hiervoor worden onderzocht en opgelost.</p>	NVvO	KNMT
<p>7 ■ Orthodontisten willen de zorg zo organiseren, dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit doen zij door nauwere samenwerking met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio.</p>	KNMT	NVvO
<p>8 ■ De basisverzekering vergoedt orthodontische zorg alleen in bijzondere gevallen. De zorg is daardoor niet voor iedereen toegankelijk. Orthodontisten zullen actief het standpunt uitdragen, dat in ieder geval het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering.</p>	KNMT	NVvO
<p>9 ■ Orthodontisten gaan in overleg met zorgverzekeraars over hoe meer aandacht besteed kan worden aan zorginhoud en kwaliteit in de verzekeringsvoorwaarden. Zo zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of een koppeling tussen ernst van de afwijking en de hoogte van de vergoeding wenselijk is. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren kan ook behulpzaam zijn.</p>	KNMT	NVvO
<p>10 ■ Leveranciers van orthodontische oplossingen krijgen steeds meer invloed op de zorg, en richten zich vaker rechtstreeks tot consumenten. Dit kan tot misverstanden leiden, Orthodontisten willen die gezamenlijk tegengaan door onjuiste informatie te weerleggen en een collectief tegengeluid te organiseren. Orthodontisten zorgen er door voorlichting en kennisdeling voor dat patiënten zijn toegerust om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen.</p>	NVvO	KNMT

Bijlagen

Bijlage 1 Begrippenlijst

Bijlage 2 Index of Orthodontic Treatment Need

Bijlage 1

Begrippenlijst

BCO	Beleidscommissie Orthodontie
CTS	College Tandheekkundige Specialismen
DMO	Dento-Maxillaire Orthopaedie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IOTN	Index for Orthodontic Treatment Need
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekkunde
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthodontisten
NVMKA	Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RTS	Registratiecommissie Tandheekkundige Specialismen
STS	Sectie Tandarts-Specialisten
VTvO	Vereniging Tandartsen voor Orthodontie
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2

Index of Orthodontic Treatment Need (Brook and Shaw, 1989)

SCORE 1 GEEN BEHANDELINGSBEHOEFTE

1. zeer geringe malocclusies inclusief contactpuntdiscrepanties van minder dan 1 mm



SCORE 2 GERINGE BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 2.a Overjet groter dan 3,5 mm maar minder dan/ gelijk aan 6 mm met competente lipsluiting
- 2.b Omgekeerde overjet groter dan 0 mm maar minder dan/gelijk aan 1 mm
- 2.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van minder dan/gelijk aan 1 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 2.d Contactpuntdiscrepanties van meer dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm
- 2.e Laterale of frontale open beet groter dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm
- 2.f Verticale overbeet groter dan/gelijk aan 3,5 mm zonder gingivaal contact
- 2.g Disto-occlusie of mesio-occlusie zonder andere afwijkingen (tot 1/2 premolaarbreedte)



SCORE 3 GRENSGEVAL

- 3.a Overjet groter dan 3,5 mm maar kleiner dan/ gelijk aan 6 mm met incompetente lipsluiting
- 3.b Omgekeerde overjet groter dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 3,5 mm
- 3.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van meer dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 3.d Contactpuntdiscrepanties van meer dan 2 mm maar minder dan/gelijk aan 4 mm
- 3.e Laterale of frontale open beet groter dan 2 mm maar minder dan/gelijk aan 4 mm
- 3.f Diepe beet met gingivaal of palatinaal contact maar zonder trauma



SCORE 4 BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 4.h Minder uitgebreide hypodontie met noodzaak tot preresauratieve orthodontie of orthodontisch sluiten van diastemen ter preventie van prothetisch werk
- 4.a Overjet tussen 6 mm en 9 mm
- 4.b Omgekeerde overbeet groter dan 3,5 mm zonder kauw- en spraakproblemen
- 4.m Omgekeerde overbeet tussen 1 mm en 3,5 mm met aanwezigheid van kauw- en spraakproblemen
- 4.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van meer dan 2 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 4.l Kruisbeet in de zijdelingse delen links en/of rechts zonder functioneel contact
- 4.d Ernstige contactpuntdiscrepanties van meer dan 4 mm
- 4.e Extreme frontale of laterale open beten groter dan 4 mm
- 4.f Vergrote of totale verticale overbeet met gingivaal of palatinaal trauma
- 4.t Gedeeltelijk geërupteerde gebits-elementen, getipped en geïmpacteerd tegen aangrenzende gebits-elementen
- 4.x Aanwezigheid van boventallige gebits-elementen



SCORE 5 GROTE BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 5.l Gestoorde eruptie van gebits-elementen (m.u.v. derde molaren) t.g.v. van crowding, dislocatie, aanwezigheid boventallige gebits-elementen, gereteneerde melkelementen en andere pathologische oorzaken
- 5.h Uitgebreide hypodontie (meer dan 1 gebits-element per kwadrant) met restauratieve behandelingsbehoefte waarvoor preresauratieve orthodontie nodig is
- 5.a Overjet groter dan 9 mm
- 5.m Omgekeerde overbeet groter dan 3,5 mm met aanwezigheid van kauw- en spraakproblemen
- 5.p Schisis en andere craniofaciale afwijkingen
- 5.s Ankylose en infraocclusie van melkelementen



Colofon

Dit rapport is opgesteld door en voor orthodontisten, in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO), beide vertegenwoordigd in de 'begeleidingscommissie orthodontist 2025'. Eerder verscheen al de 'Visienota MKA-chirurgie 2018-2022', opgesteld in opdracht van de KNMT en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA).

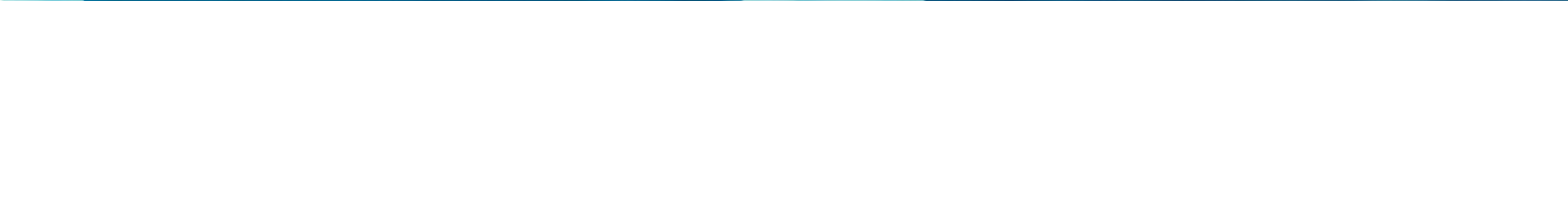
De inhoud is samengesteld door de 'begeleidingscommissie Orthodontist 2025'. Deze bestaat uit de volgende leden van de Sectie Tandarts-Specialisten (STS) van de KNMT, de Beleidscommissie Orthodontie (BCO) van de KNMT en bestuursleden van de NVvO.

- drs. S.C. Boxum (orthodontist, STS, BCO)
- dr. G.J. Dicker (kaakchirurg, STS)
- drs. D.P. Dvortsin (orthodontist, NVvO)
- dr. S. Henneman (orthodontist, NVvO)
- drs. J.M. van Ingen (kaakchirurg, STS)
- drs. B. Jacobs (orthodontist, STS, BCO)
- dr. R.E.G. Jonkman (orthodontist, BCO)
- drs. M. van Loenen (orthodontist, NVvO)
- drs. R.R.M. Noverraz (orthodontist, BCO)
- drs. G.P. Steenvoorden (orthodontist, BCO)

Dit rapport is opgesteld met medewerking van het College Tandheelkundige Specialismen (CTS), de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS), de opleidingen van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), UMC Groningen (UMCG), Radboud UMC Nijmegen (Radboud UMC).

- drs. W.J.D.M. van Beers (orthodontist, CTS)
- drs. M.A. Disse (orthodontist, RTS)
- dr. A.C. Jongsma (orthodontist, RTS, UMCG)
- dr. R.E.G. Jonkman (orthodontist, CTS, ACTA)
- prof. em. dr. A.M. Kuijpers-Jagtman (orthodontist niet praktiserend, UMCG)
- prof. dr. J. de Lange (kaakchirurg, CTS, ACTA)
- drs. R.R.M. Noverraz (orthodontist, Radboud UMC)
- prof. dr. Y. Ren (orthodontist, CTS, UMCG)
- mr. M.C.J. Rozijn (CTS)
- dr. J. Schols (orthodontist, Radboud UMC)
- mr. A.E.L. van der Voort van Zyp (RTS)

Begeleiding van het proces en redactie van het rapport zijn uitgevoerd door C.J. Diepeveen MSc en mr. F. Landwaart van Zorgmarkten.



Beroepsprofiel verloskundige



Colofon

Dit beroepsprofiel is een publicatie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

© 2014 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, juni 2014.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNOV.

Auteurs

Mieke Aitink MSc, Bahareh Goodarzi MSc en dr. Lucie Martijn

Redactionele adviezen

Lex Boezeman, www.boezeman.com

Druk

Ovimex Grafische Bedrijven Deventer

ISBN: 9789081051088

Alle publicaties zijn te bestellen bij:

KNOV

Postbus 2001

3500 GA Utrecht

Tel: (030) 2823100

E-mail: info@knov.nl

Internet: www.knov.nl

Nederlandse eed van Hippocrates

Ik zweer/beloof dat ik de verloskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens.

Ik stel het belang van de cliënt voorop en eerbiedig haar opvattingen. Ik zal aan de cliënt geen schade doen. Ik luister en zal haar goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de verloskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn verloskundige kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van verloskundige in ere houden.

Dat beloof ik,
of

Zo waarlijk helpe mij God almachtig.

Deze eed wordt door verloskundigen uitgesproken bij de beëdiging.¹



Inhoud

	Iedere zwangere een verloskundige	7
1	Naar een nieuw beroepsprofiel	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Reikwijdte van het beroepsprofiel	11
1.3	Waar kan het beroepsprofiel voor gebruikt worden?	12
1.4	Hoe is dit beroepsprofiel tot stand gekomen?	13
1.5	Leeswijzer	13
2	Relevante trends en recente ontwikkelingen	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Ontwikkelingen bij de cliënten	15
2.3	Ontwikkelingen binnen de geboortezorg	16
2.4	Ontwikkelingen binnen de verloskundige beroepsgroep	21
2.5	Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en transparantie	24
2.6	Ontwikkelingen bij de opleidingen	26
2.7	Internationale ontwikkelingen	27
3	Het beroepsprofiel van de verloskundige	29
3.1	Het Nederlandse verloskundig systeem	29
3.2	Nieuwe visie integrale zorg	30
3.3	Wettelijke kaders van de verloskundige	32
3.4	Uitgangspunten van de verloskundige zorg	33
3.5	Het deskundigheidsgebied van de verloskundige	35
3.6	Van drie naar vier taakgebieden	36

4	Uitwerking in taakgebieden, rollen en competenties	39
4.1	De kern van het verloskundige beroep	39
4.2	Taakgebieden en rollen	41
4.3	Rollen en competenties	43
4.3.1	Taakgebied 1 Reproductieve zorg	43
4.3.1.1	Medisch deskundige	43
4.3.1.2	Gezondheidsbevorderaar	43
4.3.1.3	Communicator	44
4.3.1.4	Coach en counselor	45
4.3.2	Taakgebied 2 Organisatie van de verloskundige zorg	45
4.3.2.1	Samenwerker	45
4.3.2.2	Organisator	46
4.3.3	Taakgebied 3 Professionalisering van het beroep	47
4.3.3.1	Beroepsbeoefenaar	47
4.3.3.2	Innovator	47
4.3.4	Taakgebied 4 Wetenschappelijke basis van het beroep	48
4.3.4.1	Academicus	48
5	Referenties	51
	Bijlage 1 Projectgroep, klankbordgroep en geconsulteerde experts	57
	Bijlage 2 Geconsulteerde organisaties	60
	Bijlage 3 Literatuuronderzoek en documentenanalyse	61

Iedere zwangere een verloskundige

De verloskundigen, verenigd in de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), zijn autoriteit op het gebied van verloskundige zorg en staan voor een gezond verloop van de periode rondom zwangerschap en bevalling. De verloskundige streeft naar de beste medische en psychosociale begeleiding van de (aanstaande) zwangere, haar (ongeboren) kind en haar partner. Zij bereidt de vrouw, haar partner, kinderen en belangrijke naasten voor op het vroege ouderschap*. De KNOV, die de belangen van alle verloskundigen behartigt, stelt kaders voor kwaliteit en stelt in visie en beleid de keuzevrijheid van de vrouw voorop.

Richtinggevend voor het werk van de verloskundigen in Nederland is het beroepsprofiel. Deze omschrijft de essentie en de reikwijdte van het beroep en zorgt daarmee voor eenduidigheid binnen de beroepsgroep. Het vorige beroepsprofiel stamt uit 2005.² Sinds die tijd zijn veel ontwikkelingen in gang gezet die door de beroepsgroep opgepakt zijn - zowel inhoudelijk, organisatorisch als onderzoeksmatig. Daar kunnen alle verloskundigen trots op zijn. De ontwikkelingen vragen om een nieuw beroepsprofiel.

In 2012 heeft de KNOV een nieuw visiedocument uitgebracht, *Nieuwe balans in de verloskundige zorg. Werken aan een goed begin is investeren voor het leven*.³ De KNOV geeft de hoogste prioriteit aan de continuïteit en kwaliteit in de zorgverlening aan zwangeren en hun partners - ook tijdens bevallingen op andere plaatsen dan thuis. Door verbreding en verdieping van taken en bevoegdheden van de verloskundige krijgen (aanstaande) zwangeren en hun partners die gewenste continuïteit en kwaliteit in de verloskundige zorg.

* Daar waar staat vrouw/cliënt/swangere/barende/kraamvrouw wordt bedoeld: de (aanstaande) moeder met de betrokkenen in haar sociale context, dat wil zeggen haar partner, (ongeboren)kind(eren) en belangrijke anderen.

Het uitgangspunt is dat voor iedere zwangere vrouw een verloskundige beschikbaar is. De verloskundige is immers een zelfstandige medische professional en specialist in het fysiologische proces van preconceptie, zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Ook als pathologie en specialistische zorg op de voorgrond staan, kan de vrouw een beroep doen op de verloskundige. De verloskundige verricht risicoselectie, formuleert op basis van evidence based practice en shared decision making het beleid en bepaalt wat het meest geëigende zorgtraject is voor de individuele cliënt. De risicoselectie is er mede op gericht om onder- of overbehandeling te voorkomen. Centraal staat het uitgangspunt dat zwangerschap en bevalling fysiologische processen zijn.

Verloskundigen die in de ziekenhuizen werken, laten zien dat hun expertise goed ingezet kan worden bij pathologie. Anno 2013 werken ruim 745 verloskundigen in de klinieken.⁴ Deze verloskundigen verrichten ook werkzaamheden die vallen buiten het huidige deskundigheidsgebied zoals dat beschreven staat in de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB).⁵ Daarom heeft de KNOV met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) afgesproken om voor deze specifieke werkzaamheden een aanvullend beroepsprofiel te schrijven. Dat zal resulteren in een opleidingsprofiel en een samen met de NVOG in te stellen specialistenregister.⁶ Naar verwachting komen deze eind 2014-begin 2015 beschikbaar. In november 2013 is het aanvullende beroepsprofiel voor klinisch verloskundigen door verloskundigen vastgesteld in de ALV van de KNOV en door gynaecologen in de ALV van de NVOG.

Anno 2013 levert de verloskundige zorg op maat en vervult zij, onafhankelijk van de plaats en organisatie van de zorg, een grote rol binnen de public health. Niet alleen voor de zwangere zelf, maar ook voor haar familie en de gemeenschap. Door verbreding en verdieping van medische kennis, kennis van de fysiologie en kennis van aanpalende professies kan de verloskundige in alle settings functioneren.

Voor toekomstbestendige verloskundige zorg is het van belang dat verloskundigen academisch opgeleid worden. De KNOV is blij met het besluit van de Europese Unie om de opleidingseisen voor toegang tot de opleiding van verloskunde te verhogen naar 12 jaar, inclusief de basisschool.^{7,8} Dit kan betekenen dat in de toekomst studenten die

verloskunde willen gaan studeren, minimaal een VWO- of HBO-vooropleiding hebben. Deze ontwikkeling is in andere Europese landen als Engeland, Zweden, Denemarken en Duitsland al realiteit. Verloskundigen kunnen met dit geactualiseerde beroepsprofiel laten zien aan de cliënt en collega-zorgverleners hoe zij zijn opgeleid, hoe zij het vak uitoefenen én dat zij een onmisbare schakel in de verloskundige keten zijn.

Dit beroepsprofiel is in juni 2014 vastgesteld in de Algemene Leden Vergadering (ALV) van de KNOV.

Linda Rentes,
voorzitter Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Utrecht, juni 2014



1 Naar een nieuw beroepsprofiel

1.1 Aanleiding

Het eerste beroepsprofiel voor verloskundigen stamt uit 1990 en richt zich voornamelijk op de directe cliëntgebonden zorg.⁹ In de jaren daarna veranderen de eisen aan kennis, vaardigheden en competenties van verloskundigen door demografische, epidemiologische en maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de geboortezorg. Om aan te sluiten bij deze veranderende praktijk verschijnt in 2005 een nieuw beroepsprofiel, waarin ook verantwoordelijkheden worden uitgewerkt op het gebied van organisatie van zorg en professionalisering van het beroep.²

Sinds 2005 zijn nieuwe, ingrijpende ontwikkelingen van invloed op de inhoud en de organisatie van het verloskundig beroep. Aansluitend bij deze ontwikkelingen stelt de Algemene Leden Vergadering (ALV) van de KNOV in juni 2012 de nieuwe visie vast, *Nieuwe balans in de verloskundige zorg. Werken aan een goed begin is investeren voor het leven*.

De kern van deze visie is dat verloskundige zorg primair georganiseerd moet worden vanuit continuïteit en kwaliteit in de zorg aan de cliënt. Hiervoor is intensievere samenwerking nodig tussen verloskundigen, huisartsen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen, gynaecologen, kinderartsen en overige zorgprofessionals. De samenwerking gaat uit van een gezamenlijke visie en afspraken over ieders bevoegdheden en verantwoordelijkheden in de vorm van regionale en landelijke richtlijnen, protocollen en zorgpaden.³

1.2 Reikwijdte van het beroepsprofiel

Verloskundigen voeren werkzaamheden uit binnen alle echelons van de gezondheidszorg, binnen de geldende wettelijke kaders en met aandacht voor de diversiteit in de dagelijkse praktijk. De verloskundige beroeps-

groep kent een grote diversiteit; de ene verloskundige is de andere niet. Zij werken bijvoorbeeld in verschillende organisaties en settings, zoals in de wijk, het ziekenhuis, in maatschappen of grote instellingen. Daarnaast zijn er verloskundigen die zich verder ontwikkelen tot klinisch werkende verloskundige, onderzoeker, docent of beleidsmedewerker. Zij kunnen zich ook verdiepen in specifieke onderdelen van het vak zoals echo's, versies, borstvoeding en zorg aan kwetsbare vrouwen. Tot slot varieert de cliëntenpopulatie van verloskundigen afhankelijk van de regio waarin zij werkzaam zijn.

Ondanks die grote diversiteit gaat dit beroepsprofiel er van uit dat iedere verloskundige na afronding van de initiële opleiding zelfstandig de volledige verloskundige zorg aan cliënten kan verlenen binnen het wettelijk vastgelegde deskundigheidsgebied. Daarnaast beschikt zij over de noodzakelijke startcompetenties om zich verder te specialiseren en door te groeien binnen het generieke verloskundig deskundigheidsgebied en/of zich te ontwikkelen in verloskundig onderwijs, onderzoek, beleid en organisatie. Voor verloskundigen die in het ziekenhuis werken, heeft de KNOV in samenwerking met de NVOG in 2013 een aanvullend beroeps- en opleidingsprofiel ontwikkeld en vastgesteld. Dit moet leiden tot het instellen van een specialistenregister. Hierbij gaat het om aanvullende competenties op het beroepsprofiel voor de verloskundige.⁶ Beide beroepsprofielen sluiten naadloos op elkaar aan.

1.3 Waar kan het beroepsprofiel voor gebruikt worden?

Het beroepsprofiel van de verloskundige:

- levert een bijdrage aan de verdere professionalisering van het vakgebied;
- vergroot de herkenbaarheid en inzichtelijkheid van het werk van de verloskundige beroepsgroep;
- is een instrument voor de beroepsgroep om de kwaliteit van het vak en de uitoefening daarvan te bevorderen en bewaken;
- fungeert als basis voor het verloskundig opleidingsprofiel en de landelijke eindtermen van de initiële opleiding verloskunde. Daarmee levert het essentiële input voor de toekomstige opleiding van verloskundigen;
- speelt een rol bij internationale samenwerking.

1.4 Hoe is dit beroepsprofiel tot stand gekomen?

Voor de totstandkoming van dit profiel is nauw samengewerkt met verloskundigen werkzaam in de eerste lijn en in de ziekenhuizen (projectgroep beroepsprofiel), de drie verloskundige academies die de initiële opleiding tot verloskundige verzorgen (werkgroep KNOV-SOV) en de opleiding tot klinisch werkende verloskundige (zie bijlage 1). Er zijn documenten geanalyseerd (zie bijlage 3), onderdelen van tussenversies zijn voorgelegd aan een klankbordgroep van verloskundigen en aan experts (zie bijlage 1).

Het concept is besproken met leden van de KNOV in de ALV van juni 2013 en is ook voorgelegd aan de kringen van verloskundigen. De ALV van de KNOV heeft het definitieve concept beroepsprofiel in november 2013 vastgesteld. Begin 2014 is dit concept ter consultatie voorgelegd aan beroepsorganisaties van ketenpartners in de geboortezorg (zie bijlage 2). De reacties van deze organisaties zijn – indien relevant – verwerkt in deze laatste versie, die vervolgens in de ALV van juni 2014 is vastgesteld.

1.5 Leeswijzer

Dit beroepsprofiel heeft de volgende opbouw.

In hoofdstuk 2 staan de relevante trends en ontwikkelingen sinds 2005 op een rij, die hebben geleid tot de nieuwe KNOV-visie (2012)³ en een duidelijkere profilering van de verloskundigen.

In hoofdstuk 3 worden eerst de hoofdlijnen van die nieuwe visie beschreven. Daarna worden de consequenties van de nieuwe visie en de ontwikkelingen sinds 2005 voor de zorg door verloskundigen belicht. Tot slot worden de wettelijke kaders, de uitgangspunten van de verloskundige zorg en het deskundigheidsgebied van de verloskundige beschreven.

Hoofdstuk 4 bevat een uiteenzetting van de taakgebieden en rollen van de verloskundige en de daarvoor benodigde competenties.



2 Relevante trends en recente ontwikkelingen

2.1 Inleiding

Verloskundigen in Nederland werken in een veld waarin diverse trends en ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar en het aanbod van verloskundige zorg, en dus op de inhoud van de beroepsuitoefening. De verloskundige is hier als medisch professional alert op en vertaalt deze voortdurend naar haar eigen vakgebied en handelen. In dit hoofdstuk wordt kort een aantal trends en ontwikkelingen beschreven.

2.2 Ontwikkelingen bij de cliënten

De Nederlandse samenleving verandert, en daarmee ook de cliëntenpopulatie van verloskundigen.

De bevolking wordt beter en hoger opgeleid. Cliënten hebben een grotere informatie behoefte, zoeken actiever naar informatie en gebruiken daarbij in toenemende mate het internet.^{10;11}

De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen stijgt, vooral bij niet-Nederlandse vrouwen. De effecten van deze leeftijdsstijging zijn complex, maar hangen samen met een toename van het aantal infertilitbehandelingen, toename van het aantal spontane meerlingen en co-morbiditeit als bestaande chronische hart- en vaataandoeningen, diabetes en het ontstaan van zwangerschapshypertensie.¹² Vrouwen hebben angstgevoelens tijdens de zwangerschap, voor bijvoorbeeld pijn tijdens de baring en het krijgen van een kind met een aandoening.¹³ Laag opgeleide vrouwen en alleenstaande vrouwen hebben een wat mindere lichamelijke en psychische gezondheid en het aantal alleenstaande moeders neemt toe.¹¹

Het percentage zwangere vrouwen met een niet-Nederlandse herkomst

neemt relatief toe.¹⁴ Etniciteit staat voor een aantal specifieke patiënt-gebonden risicofactoren, waaronder biologische en genetische aanleg, sociaal-economische status, leefstijl en suboptimaal zorggebruik.¹⁵⁻¹⁷ Daarnaast is sprake van een toename van co-morbiditeit zoals reeds voor de zwangerschap bestaande diabetes, hypertensie en obesitas.¹¹

Deze wijzigingen in de cliëntenpopulatie hebben gevolgen voor de gevraagde verloskundige zorg. De cliënt verwacht voorlichting op maat en up-to-date medische begeleiding. Een deel van de cliënten hecht groot belang aan keuzevrijheid en wil nadrukkelijk betrokken worden bij het verloskundige zorgproces. Bij een ander deel van de cliënten leeft die wens minder.¹⁸ Mogelijk vinden zij de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid lastig; zij hebben liever een verloskundige die hen meeneemt in de afwegingen die van belang zijn voor het verloskundige zorgproces. Daarnaast geven cliënten aan dat zij continuïteit in de begeleiding door de eigen verloskundige belangrijk vinden. Continue begeleiding door de eigen verloskundige heeft een grotere invloed op de tevredenheid van de cliënt dan de plaats van de baring.^{13;19}

Kwetsbare vrouwen verdienen extra aandacht omdat zij vaker moeilijker te bereiken zijn en ongunstige zorguitkomsten hebben. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen met psychosociale problemen, een lage sociaal economische status en vrouwen die laaggeletterd zijn.

Om aan deze veranderingen, verschillen in populatie, wensen en verwachtingen tegemoet te komen, moet de verloskundige over competenties beschikken waarmee zij de individuele zorgvraag kan bepalen. Vervolgens moet zij adequate interventies kunnen inzetten die hier naadloos op aansluiten.

2.3 Ontwikkelingen binnen de geboortezorg

Toenemende samenwerking

Sinds 2002 wordt een discussie gevoerd over de perinatale sterfte en de vraag of deze sterfte samenhangt met de organisatie van geboortezorg in Nederland. Uit de Peristat-onderzoeken (2003 en 2008)^{20;21} blijkt namelijk dat Nederland in verhouding tot andere Europese landen een hoge perinatale sterfte heeft.

Daarom stelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2008 de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in. Deze stuurgroep formuleert in 2009 het adviesrapport *Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*, met een aantal voorstellen om de maternale en perinatale morbiditeit en mortaliteit terug te dringen en een toekomstbestendige geboortezorg te realiseren.²² Deze aanbevelingen zijn in zeven speerpunten samen te vatten:

- Zet moeder en kind in de hoofdrol.
- Zorg voor een kanteling van een reactieve naar een proactieve benadering rond zwangerschap en geboorte.
- Zorg voor goede informatie tijdens de zwangerschap.
- Zorg voor gezamenlijke verantwoordelijkheid door met alle professionals in het netwerk rondom zwangerschap en geboorte bindende afspraken te maken over kwaliteit, registratie, verantwoording en transparantie.
- Zet in op preventie, een goede risicoselectie en een snelle signalering met als doel een gezonde en veilige zwangerschap, bevalling en kraamperiode, met specifieke en intensieve aandacht voor vrouwen uit achterstandssituaties.
- Zorg voor continue begeleiding van barende vrouwen.
- Realiseer 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van passende zorg.

Aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009)

Het lijkt er op dat de genomen maatregelen sinds het eerste Peristat rapport in 2003 vruchten afwerpt, al zijn er geen directe verbanden zichtbaar omdat veel maatregelen tegelijkertijd zijn ingezet en met elkaar samenhangen. In 2011 zijn 368 à terme kinderen doodgeboren of in de eerste vier levensweken overleden. Vergeleken met 2008 is dat een daling van 22%, zo blijkt uit de inventarisatie van de Stichting Perinatale Audit Nederland. Daarmee is de à terme sterfte sinds 2001 met 39% gedaald. De totale perinatale sterfte is tussen 2001 en 2010 gedaald met 26%.^{22;23} Hierdoor is de internationale positie van Nederland verbeterd.²⁴

In opdracht van het ministerie van VWS zet ZonMw in januari 2011 het onderzoeksprogramma Zwangerschap en Geboorte op. Dit is een landelijk gestructureerde kennisinfrastructuur die regionaal onderzoek stimuleert. Met behulp van dit programma is in 10 regionale consortia landelijk en regionaal onderzoek van start gegaan. Verloskundigen nemen deel aan deze consortia.²⁵

In juni 2011 gaat het College Perinatale Zorg (CPZ) van start. De opdracht van het CPZ is de kwaliteit van perinatale zorg in Nederland te bevorderen en als overlegorgaan voor de beroepsorganisaties in de keten te fungeren.²⁶

Integrale zorg

Op veel plaatsen in het land zijn samenwerkingsprojecten gestart, waarbij verschillende ketenpartners (bijvoorbeeld verloskundige samenwerkingsverbanden) en zorgverzekeraars betrokken zijn. Hierbij gaat het over de vormgeving van integrale zorg zoals vormen van gezamenlijke intake, ontwikkelen van zorgpaden en nieuwe vormen van financiering, de mogelijkheden van het aanstellen van een casemanager, het werken met een op maat van de zwangere gesneden zorgplan, het uitvoeren van een huisbezoek rond 34 weken en continue begeleiding tijdens de baring met de mogelijkheid van een vroege inzet van de kraamverzorgende.^{27;28} Daarnaast zijn er projecten waarbij wordt ingezet op sterkere samenwerking in de eerste lijn, bijvoorbeeld met huisartsen, GG&GD, JGZ en onderwijs als het gaat om de zorg aan vrouwen in achterstands-situaties.^{29;30}

Om integrale zorg van goede kwaliteit te realiseren, investeren verloskundigen in samenwerking binnen de zorgketen (zowel regionaal als landelijk) en in onderzoek op het gebied van kwaliteit van verloskundige zorg. Van belang zijn haar bekwaamheden op het gebied van aanvullende diagnostiek, o.a. gebruik CTG en laboratoriumdiagnostiek. Van verloskundigen wordt in toenemende mate verwacht dat zij goed zicht hebben op relevante inhoudelijke ontwikkelingen en daar zelf vanuit het vakgebied verloskunde een bijdrage aan kunnen leveren, gebaseerd op standaarden, richtlijnen en relevant wetenschappelijk onderzoek.

Marktwerking en zorgkosten

Met de Zorgverzekeringswet (2005)³¹ en de komst van de Wet Marktordening en Gezondheidszorg (2006)³² is marktwerking in de gezondheidszorg geïntroduceerd. In toenemende mate worden tarieven geliberaliseerd. Dit zorgt voor een lichte stijging van de tarieven, maar vooral voor een toename van het aantal verrichtingen. Stijgende zorgkosten is daar het gevolg van.³³

De gezondheidszorg is gebaseerd op het verlenen van zorg in geval van ziekten. Naar aanleiding van de stijgende zorgkosten wordt steeds vaker gesteld dat het accent in de gezondheidszorg moet komen liggen op gezondheid en gedrag, dus op het voorkómen van ziekte en zorg. Een *public health*-benadering zal daarom meer aandacht krijgen, ook binnen de geboortezorg.³⁴

Verloskundigen zijn nu al bij uitstek gericht op een gezonde zwangerschap en een gezond kind. De public health-benadering houdt in dat verloskundigen nog meer aandacht zullen besteden aan gedragsverandering in relatie tot de omgeving en de gezinssituatie van de vrouw. Steeds vaker zal zij ook met groepen zwangeren werken en daarbij samenwerken met relevante ketenpartners.

In bepaalde regio's vindt concentratie van ziekenhuisvoorzieningen plaats om de zorgkosten te verlagen. Deze ontwikkeling zet de keuzevrijheid voor de plaats van baring, de beschikbaarheid, bereikbaarheid en met name de kwaliteit van de verloskundige zorg in acute situaties onder druk.

Dit vraagt van verloskundigen dat zij met ketenpartners, zorgverzekeraars en regionale partijen samenwerken en maatregelen treffen om de verloskundige zorg in de eigen regio in stand te houden.

Verwijzingen

Het aantal zwangeren waarvan de prenatale zorg in de eerste lijn start, is al jaren stabiel (circa 83%).¹⁴ Het aantal verwijzingen naar specialistische zorg neemt echter toe. Dit is met name tijdens de baring door stijging van overdrachten om niet-acute redenen, zoals pijnbestrijding en meconiumhoudend vruchtwater.^{35,36} Het aantal thuisbevallingen neemt mede hierdoor af. In 2008-2010 beviel 23,4% van de vrouwen thuis; in 2005-2007 was dat nog 29,4%.³⁷

Dit betekent echter niet dat verloskundigen minder bevallingen begeleiden. Ruim 70% van de geboortes binnen en buiten het ziekenhuis wordt door hen begeleid.^{19;38} Het aandeel in pre- en postnatale zorg ligt tussen de 85 en 95%.⁴

Opvallend is de toename van het aantal begeleidingen van bevallingen door klinisch werkende verloskundigen dat sinds 2001 is verdubbeld.³⁹ Deze ontwikkeling wordt bevestigd door de cijfers uit LVR-Insight.³⁸ In 2012 werkte 27,7% van alle verloskundigen in het ziekenhuis.⁴⁰ De klinisch werkende verloskundige slaat steeds meer de brug tussen de verloskundige in de wijk en de gynaecoloog. Zo draagt zij in belangrijke mate bij aan de continuïteit van zorg en de onderlinge afstemming. Het wordt dus steeds belangrijker dat verloskundigen onderling en met gynaecologen goed samenwerken.

Kraamzorg

Kraamverzorgenden zijn de natuurlijke partners van verloskundigen in de zorg rond de bevalling en in de kraamperiode.⁴¹ Kraamverzorgenden zijn rond de geboorte veel uren in het gezin aanwezig. Zij horen en zien daardoor veel. Gedurende haar aanwezigheid in het gezin, observeert en signaleert de kraamverzorgende over de gezondheid van moeder en kind en rapporteert aan de verloskundige.⁴²

Verloskundigen en kraamverzorgenden zoeken de samenwerking in toenemende mate op, bijvoorbeeld als het gaat om prenatale groepsvoorlichting⁴³ of vroegsignalering van kindermishandeling en huiselijk geweld. Verloskundigen hanteren sinds 2011 een meldcode huiselijk geweld.⁴⁴ Het hanteren van een dergelijke meldcode is vanaf 1 juli 2013 verplicht met de wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.⁴⁵

Mede dankzij kraamverzorgenden kan kwalitatief goede zorg bij een bevalling en kraamperiode in de thuissituatie geboden worden.⁴⁶

De vroege inzet van de kraamverzorgende tijdens de partus biedt verloskundigen meer mogelijkheden om continue begeleiding tijdens de baring te realiseren. Verloskundigen werken daarom ook steeds meer samen met lokale kraamzorgorganisaties.

Borstvoeding

In toenemende mate wordt het belang van borstvoeding onderkend. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat borstvoeding op korte en lange termijn de gezondheid van zowel moeder als kind ondersteunt en

bevordert. Daarmee speelt borstvoeding een belangrijke rol in preventie en het bevorderen van de volksgezondheid. Enkele voorbeelden zijn de bevorderende werking van borstvoeding op de moeder-kindbinding, de beschermende werking tegen obesitas bij kinderen en de beschermende werking tegen reumatoïde artritis en kanker bij moeders.^{47;48} De verloskundige is zich bewust van het fysiologisch proces van borstvoeding en de gezondheidswinst die het kan hebben voor moeder en kind. Zij kent de mogelijkheden om dit proces langdurig te ondersteunen.

Verloskundigen spelen met de kraamverzorgende een centrale rol in de begeleiding van borstvoeding. Naast verloskundigen zijn ook andere zorgprofessionals betrokken, zoals de kraamzorg, lactatiedeskundigen en het consultatiebureau. Om alle betrokken zorgprofessionals te ondersteunen in de begeleiding, is in 2012 de multidisciplinaire richtlijn borstvoeding ontwikkeld.⁴⁷

2.4 Ontwikkelingen binnen de verloskundige beroepsgroep

Acute zorg en parallele actie

De zorg in acute situaties is georganiseerd in complexe multidisciplinaire zorgketens, waarbij afstemming nodig is tussen de betrokken zorgverleners. Het is belangrijk om goede afspraken te maken over het opstarten van parallele acties, want die kunnen de tijd tot behandeling verkorten. Van de verloskundige wordt in deze situaties veel verwacht: zij handelt adequaat in de acute situatie ongeacht de setting, zij maakt goed gebruik van de kennis en expertise van de betrokken professionals, zij is op de hoogte van en houdt rekening met de lokale multidisciplinaire afspraken over de zorgverlening, communicatie en verdeling van verantwoordelijkheden.

In de thuissituatie verleent de verloskundige acute zorg en zet parallele actie in werking door de ambulance en de zorgverleners in het ziekenhuis (dienstdoende verloskundige of gynaecoloog) te waarschuwen volgens een regionaal afgesproken methodiek. De verloskundige in het ziekenhuis start zelfstandig met de behandeling (parallele actie) in afwachting van de komst van de gynaecoloog en/of kinderarts en volgens het lokaal vastgestelde protocol.⁴⁹ Zij zorgt voor adequate voorbereiding zodat direct bij binnenkomst de behandeling door het multidisciplinaire team gestart kan worden.

Public Health

Enkele jaren geleden waren verloskundigen vooral gericht op het bevorderen van de individuele gezondheid tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Nu zien we dat de focus breder is geworden naar de gehele reproductieve fase. Ook houden verloskundigen nadrukkelijk rekening met de leefomgeving waarbinnen de individuele cliënt zich bevindt en daarnaast richten zij zich ook op groepen bijvoorbeeld door middel van groepsvoorlichting en groepsconsulten. Zij blijven de cliënt in haar context volgen, zodat de meest geëigende professional de meest geëigende interventies kan inzetten. Zo nodig gebeurt dat in samenwerking met andere disciplines, zoals de GG&GD, gemeenten, jeugdgezondheidszorg (JGZ), kraamzorg, etc.

Verloskundigen breiden hun taken uit op het terrein van public health als gezondheidsbevorderaar voor de vrouw, haar kinderen en hun omgeving. Daarmee levert de verloskundige een belangrijke bijdrage aan een gezonde samenleving.

Uitbreiding basispakket verloskundige zorg

Het takenpakket van de verloskundige is met een aantal taken uitgebreid. Sinds 2007 zijn alle verloskundigen bevoegd voor de counseling van prenatale screening (PNS) en prenatale diagnostiek (PND). Vanaf september 2014 mogen verloskundigen⁵⁰ anticonceptie en lachgas voorschrijven en toedienen.

Verlaging normpraktijk

In 2009 en 2010 is de normpraktijk stapsgewijs verlaagd van 120 naar 105 zorgeenheden per jaar. Door deze verlaging is de verloskundige beter in staat om binnen een "normale" werkbelasting de nodige zorg te verlenen en de daaraan gelieerde activiteiten uit te voeren.⁵¹ Naast deze werkzaamheden nemen verloskundigen in toenemende mate deel aan vernieuwingsprojecten en aan onderzoek naar verloskundige zorg. Deze activiteiten op het gebied van innovatie vragen veelal om aanvullende tijdinvestering en financiering. Verloskundigen moeten dan wel op de hoogte zijn van de mogelijkheden voor aanvullende financiering. Zo nodig zoeken zij samenwerking met ketenpartners om toegang tot deze bronnen te krijgen.

Verloskundige capaciteit

Op dit moment is de verloskundige capaciteit in balans, maar regionaal is er variatie in vraag en aanbod. Als de ontwikkelingen rond integrale zorg en continue begeleiding doorzetten, is in de toekomst uitbreiding van het aantal verloskundigen nodig.⁴

Meer differentiatie en specialisatie

Steeds meer verloskundigen ontwikkelen zich na de initiële opleiding verder op een specifiek vlak van het verloskundig beroep. Van alle verloskundigen heeft 30% een vervolgopleiding gevolgd.⁴⁰ Hierdoor ontstaat steeds meer diversiteit in het werkveld.

Sinds 2008 wordt uitwendige versie actief aangeboden aan alle à terme zwangeren met een stuitligging.⁵² De uitwendige versie wordt uitgevoerd door verloskundigen die in de eerste lijn werken en in ziekenhuizen. Eind 2013 hebben 82 verloskundigen zich ontwikkeld tot versiekundigen die staan ingeschreven in het Versieregister van de KNOV. Om een versie te kunnen declareren bij zorgverzekeraars, moeten versiekundigen ingeschreven staan in dit register. Versiekundigen moeten hun versies registreren en jaarlijks minimaal tien versies uitvoeren.

Het aantal klinisch werkende verloskundigen is sinds 2001 verdubbeld.⁴⁰ Voor deze groeiende groep ontwikkelen de KNOV en de NVOG samen een beroepsprofiel, een opleidingsprofiel en een specialistenregister.⁶

Het aantal echoscopieën in de zwangerschap neemt toe. In 2010 werd bij 85% van alle zwangeren een structureel echoscopisch onderzoek verricht.⁵³ De verloskundige profileert zich als belangrijke echopartner in de geboortezorg, waardoor ook de samenwerking met andere disciplines in de geboortezorg is toegenomen. Het aantal geregistreerde verloskundigen in het Register Verloskundigen Echoscopisten is sinds 2006 verdubbeld.

Nieuwe organisatievormen

Verloskundigen werken steeds meer met elkaar samen. Dat geldt op individueel niveau, maar ook voor praktijken en maatschappen onderling. Dat gebeurt bijvoorbeeld voor de uitvoering van echo's, uitwendige versie, prenatale voorlichting en de zorg aan zwangeren in achterstand-situaties. Hiervoor worden nieuwe ondernemingsvormen ingezet als coöperaties en verenigingen.

Ook multidisciplinaire samenwerking neemt toe. Sinds 1 juli 2012 zijn alle regio's verplicht een VSV te hebben waarin de verschillende ketenpartners inhoudelijk samenwerken.⁵⁴ Als er meerdere ziekenhuizen in een stad zijn, bestaat daarnaast soms ook nog een Districts Verloskundig Platform (DVP).

In een aantal regio's zijn centra voor transmurale verloskundige zorg opgezet waarin verloskundigen zowel binnen als buiten het ziekenhuis zorg leveren.

De ontwikkelingen rond onderzoek van verloskundige zorg hebben geleid tot de oprichting van tien consortia rond de perinatologische centra waarin ketenpartners samenwerken.

Het is belangrijk dat verloskundigen willen en kunnen functioneren binnen dit soort organisatorische verbanden. Zo nodig nemen zij daar zelf het initiatief toe.

2.5 Ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en transparantie

Het kwaliteitsdenken in de verloskundige zorg heeft de afgelopen jaren een hoge vlucht genomen. Verloskundigen worden steeds vaker betrokken bij het opstellen van richtlijnen en protocollen, zowel mono- als multidisciplinair. Ook vervullen zij een steeds belangrijker rol binnen onderzoeksconsortia en dragen bij aan het onderzoek op het terrein van reproductieve zorg.

Perinatale audits

Begin 2010 zijn de landelijke perinatale audits van start gegaan.⁵⁵ Alle VSV's doen daaraan mee.²³ Perinatale audits vragen van verloskundigen kennis van (multidisciplinaire) richtlijnen, reflectie op het eigen handelen en samenwerking met ketenpartners. De audits hebben mede geleid tot betere samenwerking, aanbevelingen voor richtlijnontwikkeling, scholing en kwaliteit van zorg en stimuleren verloskundigen - indien nodig - het eigen handelen en de bedrijfsvoering aan te passen.

Openbare verantwoording en transparantie

In 2009 is de Stuurgroep Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde opgericht en wordt gewerkt aan openbare verantwoording. Aan de hand van indicatoren wordt inzicht verkregen in het handelen van verloskundigen.

Het gaat bij dit programma om kwaliteitsinformatie die openbaar gemaakt wordt en op grond waarvan cliënten kunnen kiezen, zorgverzekeraars kunnen inkopen, de Inspectie toezicht kan houden en verloskundigen de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Verloskundigen moeten dus bereid zijn om transparant te werken en hun professionele handelen zorgvuldig te registreren.

Per 1 januari 2013 is het programma Zichtbare Zorg gestopt en uiteindelijk in 2014 opgegaan in het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ, het College voor Zorgverzekeringen).⁵⁶ Per 1 januari 2013 is de werkgroep Transparantie opgericht die zich buigt over indicatoren voor verloskundige zorg in de eerste lijn. Daarnaast wordt in 2014 met alle betrokken ketenpartners gewerkt aan de ontwikkeling van keten-indicatoren geboortezorg. Klinisch werkende verloskundigen krijgen te maken ziekenhuisindicatoren voor de verloskundige zorg.

Praktijkaccreditatie

Iedere verloskundigenpraktijk is wettelijk verplicht om een kwaliteitssysteem te hebben. De praktijken kunnen zich sinds 2009 door een onafhankelijke organisatie laten toetsen. In de KNOV-praktijkaccreditering wordt een verloskundigenpraktijk getoetst op drie onderdelen: het verloskundige handelen, de praktijkvoering en de mening van cliënten. Het accreditatieproces beslaat drie jaar. Een geaccrediteerde praktijk ontvangt een keurmerk, waarmee een praktijk laat zien dat ze transparant wil werken, bereid is om te reflecteren en naar aanleiding daarvan het beleid zo nodig aan te passen.

Alleen verloskundigenpraktijken kunnen volgens de KNOV praktijkaccreditering geaccrediteerd worden.⁵⁷ Klinisch werkende verloskundigen participeren in de visitatie van de gynaecologische maatschap door de wetenschappelijke vereniging.⁴⁹

Kwaliteitsregister Verloskundigen

In 2006 is het Kwaliteitsregister Verloskundigen van start gegaan. Wanneer een verloskundige is opgenomen in dit Kwaliteitsregister, dan laat zij daarmee zien dat zij actief investeert in (nieuwe) kennis en vaardigheden. Een geregistreeerde verloskundige werkt volgens de standaarden en richtlijnen van de beroepsgroep. Zij is verantwoordelijk voor de kwaliteit van haar werk en dat strekt zich uit tot medische kennis en vaardigheden, een goede praktijkorganisatie, (multidisciplinaire) samenwerking en cliëntgericht werken.

Alle praktiserende verloskundigen, leden van de KNOV en niet-leden, kunnen zich aanmelden voor dit register. Bij herregistratie na vijf jaar geldt de eis dat de verloskundige aantoonbaar minimaal 200 uur heeft besteed aan deskundigheidsbevordering verdeeld over verschillende categorieën.

2.6 Ontwikkelingen bij de opleidingen

Vanaf 1 september 2008 vallen de verloskundeopleidingen niet meer onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS, maar onder het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW).⁵⁸ Hierbij moesten de opleidingen aansluiten bij een instelling voor hoger onderwijs. Er is gekozen voor een hbo-omgeving waarbij ontwikkelingsmogelijkheden richting wetenschappelijke vorming nadrukkelijk zijn ingebracht.

De opleidingen ontwikkelen hun curriculum continue om inhoudelijk aan te sluiten bij de veranderende rol van de verloskundige in de praktijk. Daarnaast moet ook de praktijk versterkt worden met nieuwe wetenschappelijke inzichten in het eigen zorggebied en dat van andere beroepsgroepen. De theoretische onderbouwing van de praktijk krijgt meer nadruk. Daarmee geven de opleidingen het niveau van de verloskundige zorg een belangrijke impuls.

De verloskunde academies hebben onderzoeksgroepen Midwifery Science opgezet om vorm te geven aan de wetenschappelijke toekomst van het beroep door de verbinding te leggen tussen praktijk, wetenschap en opleiding. Binnen de onderzoekscentra Midwifery Science wordt onderzoek verricht naar de fysiologie van zwangerschap en baring ('normality of pregnancy and birth') en naar het totale vakgebied van de verloskundigen. Studenten en docenten verwerven competenties op het gebied van onderzoek, zodat zij hun handelen wetenschappelijk kunnen onderbouwen en innovaties in de zorg kunnen onderzoeken op hun effectiviteit.

Verloskundigen participeren in deze onderzoeken. Zij begeleiden studenten in de onderzoeksmatige benadering van de verloskundige zorg en maken zich zo deze attitude eigen op de werkvloer.

2.7 Internationale ontwikkelingen

ICM International Definition of the Midwife

A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is duly recognized in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title 'midwife'; and who demonstrates competency in the practice of midwifery.

Scope of Practice


The midwife is recognized as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labor and the postpartum period, to conduct births on the midwife's own responsibility and to provide care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the accessing of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures.

The midwife has an important task in health counseling and education, not only for the woman, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women's health, sexual or reproductive health and childcare.

A midwife may practice in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units.

Revised and adopted by ICM Council June 15, 2011

Due for review 2017⁵⁹

A decorative graphic consisting of several overlapping light blue circular arcs, creating a sense of movement and depth in the upper half of the page.

De World Health Organization (WHO) onderstreept de cruciale rol van verloskundigen in de zorg voor moeder en kind en het belang van een sterke eerstelijns gezondheidszorg. Het WHO-statement leidt naar het zorgmodel 'women-centered care'.

De internationale implementatie van dit model heeft onder andere geleid tot een hernieuwde oriëntatie op 'social models of care'. Daarin zijn innovatieve concepten verwoord, zoals de 'caseload midwifery' waar een brede zorg benadering centraal staat en 'midwifery-led-care' waarin de verloskundige functioneert als spil en casemanager van de zwangere. Dit in tegenstelling tot het 'obstetric-led-care' model.⁶⁰

3 Het beroepsprofiel van de verloskundige

3.1 Het Nederlandse verloskundig systeem

In de Nederlandse gezondheidszorg bestaat onderscheid tussen de eerste-, tweede en derdelijns zorg gebaseerd op de scheidslijn tussen fysiologie en pathologie. Ook binnen de verloskundige zorg bestaat deze verdeling.

De verloskundige in de eerste lijn heeft een eigen praktijk of werkt in een groepspraktijk, geboortecentrum of gezondheidscentrum en heeft de verwijfsfunctie naar de tweede- en derdelijns zorg. Zij verleent reguliere verloskundige zorg gedurende de normaal verlopende prenatale, natale en postnatale periode en acute verloskundige zorg indien nodig. Iedere vrouw ontvangt dus zorg van een verloskundige. De vrouw heeft in principe de keuzevrijheid voor de plaats van baring: thuis, in de geboortekliniek of in het ziekenhuis. Sommige vrouwen hebben vanwege pathologie zorg in de tweede of derde lijn nodig. De verloskundige verwijst op basis van risicoselectie voor deze zorg naar het ziekenhuis.

Verloskundigen werken met veel verschillende ketenpartners samen. De afstemming over de inhoud en de organisatie van de zorg rondom zwangerschap, geboorte en kraamperiode vindt plaats in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV).

Het huidige verloskundige zorgsysteem gaat uit van een fysiologische visie op zwangerschap en geboorte, waarbij de thuisbevalling een van de keuzemogelijkheden is voor de vrouw. De verloskundige is binnen dit systeem de expert van de fysiologische verloskunde, functioneert autonoom en als poortwachter van de verloskundige zorg. Zij heeft goede afspraken met de ketenpartners waardoor de samenwerking goed is en

specialistische zorg toegankelijk is wanneer nodig. Vrouwen krijgen zorg in de buurt zolang het kan en zorg in het ziekenhuis wanneer nodig. Het systeem is relatief goedkoop en de interventie cijfers zijn relatief laag vergeleken met andere landen. Uit onderzoek blijkt dat cliënten tevreden zijn over de zorg die zij van de verloskundige binnen dit systeem ontvangen.

Het huidige systeem heeft echter ook minder sterke kanten. De zorg is niet georganiseerd rondom de zwangere, maar rondom de professionals en gaat uit van de individuele bijdrage van professionals. De cliënt dient zich te verplaatsen naar de professional waarvan zij zorg nodig heeft. Vanwege de complexer wordende zorgvraag van de cliënt heeft ruim 80% van de zwangeren op enig moment tijdens de zwangerschap te maken met meerdere zorgprofessionals.²²

Door de scheiding in denken en werken tussen verschillende zorgprofessionals, ontstaat discontinuïteit van zorg. De cliënt vraagt daarentegen om zo goed mogelijke samenwerking tussen zorgprofessionals waardoor overdrachtsmomenten voor de cliënt niet voelbaar en zichtbaar zijn. Door intensievere samenwerking kan naadloos in elkaar overgaande zorg gerealiseerd worden.

3.2 Nieuwe visie integrale zorg

In 2012 heeft de ALV van de KNOV een nieuwe visie vastgesteld: *Nieuwe balans in de verloskundige zorg. Werken aan een goed begin is investeren voor het leven.*³

Voor de verloskundige staan de vrouw en haar partner met kinderwens, in de zwangerschap, tijdens de bevalling en in de periode na de bevalling centraal. Zij hebben behoefte aan een bereikbare en toegankelijke zorgverlener en aan continuïteit in de verloskundige begeleiding, ook als specialistische zorg nodig is.

Kwaliteit en continuïteit in de zorgverlening aan zwangere vrouwen en hun partners, vraagt van de verloskundige dat zij het zorgtraject van de cliënt coördineert en waar nodig samenwerking zoekt met huisartsen en andere ketenpartners. Tevens biedt zij continue begeleiding gedurende de baring. Zij zet aanvullende diagnostiek en beleid in om vast te stellen of er nog sprake is van een fysiologische zwangerschap of baring. In geval

van pathologie is gespecialiseerde zorg nodig en verwijst de verloskundige naar de relevante discipline binnen de verloskundige keten. Omdat de cliënt graag wil dat de eigen verloskundige ook betrokken blijft,^{13;61} is in die situaties teamwork nodig tussen verloskundigen en andere professionals. Dit vraagt van de verloskundige dat zij haar specifieke deskundigheid inbrengt in dit team, waardoor hoogwaardige verloskundige zorg gerealiseerd kan worden. Hoogwaardig omdat in de situatie van specifieke pathologie, de kwaliteiten van de fysiologische en medische invalshoek gecombineerd worden.

Integrale verloskundige zorg is dus een samenwerkingsmodel waarin zorgverleners onderling afspraken maken op basis van gelijkwaardigheid en met behoud van ieders bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Om dit teamwork mogelijk te maken, worden lokaal zorgpaden gemaakt en protocollen afgesproken, waarbij continuïteit in de zorg aan de cliënt het uitgangspunt is.

Op die manier werken verloskundigen en specialisten samen aan continuïteit van verloskundige zorg, zonder daarin onnodige scheiding en discontinuïteit aan te brengen in de overgang van de ene professional naar de andere. De 'eigen' verloskundige blijft zo lang mogelijk betrokken bij de cliënt en haar partner. De inbreng van de fysiologische benadering door de klinisch werkende lijkt een gunstig effect te hebben op het voorkomen van onnodige interventie tijdens de baring.³⁹

Het vormgeven van integrale zorg vraagt van de verloskundige bekwaamheid op een groter gebied van diagnostiek en behandeling binnen haar deskundigheidsgebied. Daarnaast vraagt het ook samenwerkingsvaardigheden die teamwork mogelijk maken. Bij de vormgeving van zorgpaden werkt zij evidence based en maakt gebruik van de inzichten van richtlijnen en onderzoek.

De verloskundige

- is een zelfstandige, autonome, medische professional;
- stelt op basis van risicoselectie vast of er sprake is van een fysiologische zwangerschap, baring en een gezond kind;
- fungeert als casemanager rondom zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling;
- coördineert de verloskundige zorg;
- kan haar handelen wetenschappelijk onderbouwen.

3.3 Wettelijke kaders van de verloskundige

Elke verloskundige werkt binnen de door de wetgeving gestelde kaders. Belangrijke wetten zijn: de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG),⁶² de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO),⁶³ de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)⁶⁴ en de wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.⁴⁵

De autonome en de zelfstandige beslissingsbevoegdheid van de verloskundige ligt vast in de Wet BIG. Dit betekent dat de titel van verloskundige in Nederland is beschermd. In de Wet BIG is geregeld dat verloskundigen bevoegd zijn om voorbehouden handelingen te verrichten. Deze regeling is in de wet opgenomen om te voorkomen dat door ondeskundig handelen de cliënt onaanvaardbare risico's loopt. De verloskundige is alleen bevoegd als ze ook bekwaam is om de voorbehouden handelingen te kunnen verrichten.

Om de wettelijk beschermde titel van verloskundige te kunnen voeren moet de verloskundige zich in laten schrijven in het BIG-register.⁶² Herregistratie om de vijf jaar is sinds 1 januari 2009 verplicht.⁶⁵

De bevoegdheden van een verloskundige zijn nader geregeld in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Deze AMvB beschrijft de bevoegdheden als volgt:⁵

“Het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunde en andere handelingen, gericht op het bevorderen en bewaken van het normale verloop van de zwangerschap, de bevalling en de kraambedperiode, alsmede op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambedperiode, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts.”

De aanwijzing van apparatuur, geneesmiddelen en middelen behorende tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige is door de minister geregeld in een ‘Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundige 2008’.^{50,66}

Klinisch werkende verloskundigen verrichten handelingen die buiten het gebied vallen zoals omschreven in de huidige AMvB. Een zorgvuldige vastlegging van deze handelingen is noodzakelijk. Uitbreiding van het deskundigheidsterrein van de verloskundige specialist kan worden bereikt met een nieuw te vormen specialistenregister conform artikel 14 en 15 van de wet BIG.⁶²

De ethische kaders die de verloskundige in acht neemt bij het uitoefenen van haar beroep zijn vastgelegd in de Beroepscode van verloskundigen¹ en sluiten aan bij de ethische code van de *International Confederation of Midwives* (ICM).⁶⁷

3.4 Uitgangspunten van de verloskundige zorg

De zorg is goed georganiseerd

De verloskundige zorg is zodanig georganiseerd dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt, ongeacht de locatie waar deze zorg gegeven wordt. De organisatie van zorg beoogt doelmatige, effectieve en veilige zorg. De verloskundige levert de zorg in samenwerking en afstemming met haar ketenpartners. Zij heeft de regie en verwijfsfunctie in de geboortezorg. De verloskundige zorg is 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar. De zorg is voor iedereen direct en in gelijke mate toegankelijk. Het verloskundig dossier heeft een centrale plek in de begeleiding van de cliënten. Dit dossier is volledig digitaal beschikbaar. Er wordt gewerkt

aan een perinataal webbased dossier (PWD), waarbij digitale communicatie tussen zorgprofessionals mogelijk is.

De verloskundige werkt op basis van risicoselectie

Risicoselectie is de pijler van het Nederlands verloskundige systeem en is een kritische succesfactor van de verloskundige beroepsuitoefening. Risicoselectie is bedoeld ter bevordering van doelmatige zorgverlening. De verloskundige bepaalt op basis van risicoselectie in hoeverre er sprake is van fysiologie en daarmee dus ook van pathologie. De risicoselectie verricht zij met de nodige diagnostische middelen, op systematische wijze en evidence based.

De verloskundige werkt evidence based

De handelwijze van de verloskundige is gebaseerd op evidence based practice, dat wil zeggen een combinatie van eigen oordeel op basis van klinische ervaring, de voorkeuren van de cliënt en de beste resultaten uit wetenschappelijk onderzoek.⁶⁸ De verloskundige werkt op methodische wijze en gebruikmakend van haar ervaring.

Iedere vrouw beslist zelf

Iedere vrouw beslist zelf over de reproductieve fase in haar leven. In de wet is dit beschreven als het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw. Zij kiest zelf de manier waarop zij haar zwangerschap invult, de preventieve mogelijkheden waarvan zij gebruik wil maken, waar en hoe zij wil bevallen en haar kraamtijd wil doorbrengen.

De verloskundige helpt op basis van shared decision making⁶⁹ de vrouw bij het maken van een weloverwogen keuze, bewaakt daarbij haar professionele grenzen, vraagt toestemming van de vrouw voor de zorg en documenteert dit. De verloskundige informeert de vrouw objectief en waardevrij. Ook bekrachtigt de verloskundige de vrouw opdat zij zelf keuzes kan maken. Niet iedere vrouw wil of kan dat, de verloskundige anticipeert hierop op individueel niveau.

3.5 Het deskundigheidsgebied van de verloskundige

De zorg van verloskundigen bestrijkt een breed gebied, namelijk de zorg aan vrouwen in de reproductieve fase van hun leven, waarbij preconceptie zorg en perinatale zorg een belangrijke plaats innemen. Hiermee wordt aangesloten bij de in 2011 geaccepteerde *ICM International Definition of the Midwife* (zie § 2.7 van dit beroepsprofiel).

De verloskundige geeft reproductieve zorg

De verloskundige bewaakt en bevordert het fysiologische verloop van de reproductieve periode. Haar zorg aan vrouwen start voor de zwangerschap. Preventie, gericht op de gezondheid van de vrouw in haar fertiele periode en in relatie tot zwangerschap, vormt een integraal onderdeel van de verloskundige zorg.

De zorg die de verloskundige verleent op het terrein van *public health* als gezondheidsbevorderaar voor de vrouw, haar kinderen en hun omgeving, levert een belangrijke bijdrage aan een gezonde samenleving.

Gedurende de bevalling draagt de verloskundige zorg voor continue begeleiding in samenwerking met de kraamverzorgster en de (O&G) verpleegkundige. De verloskundige gebruikt het geboortepan als leidraad voor de begeleiding van de baring, het gesprek met de zwangere over de mogelijkheden van pijnbestrijding is daar een onderdeel van.

De verantwoordelijkheid van de verloskundige voor moeder en kind stopt niet na de bevalling. Nazorg tot zes weken na de bevalling inclusief de kraamperiode en de nacontrole behoren tot de verloskundige zorgverlening. Verloskundigen en kraamzorg zorgen samen voor de overdracht naar JGZ.⁴²

Tijdens de kraamperiode richt de zorg zich op het welzijn van moeder en kind. Het bevorderen en begeleiden van borstvoeding is daar onderdeel van.

De lange termijneffecten van zwangerschap, baring en kraamperiode op de gezondheid en bijvoorbeeld de seksualiteit van vrouwen, vragen om een andere aanpak, met een langere follow-up. Het counselen en voorschrijven van anticonceptie zijn daar onderdeel van.

Ondanks goede risicoselectie kan het voorkomen dat een verloskundige direct moet ingrijpen om overlijden en/of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Dat kan overal gebeuren: thuis, in het geboortecentrum, onderweg naar het ziekenhuis, in het ziekenhuis, et cetera. Een acute situatie kan zich voordoen tijdens de zwangerschap (bijvoorbeeld eclampsie), tijdens de bevalling (bijvoorbeeld foetale nood) en na de bevalling (bijvoorbeeld haemorrhagia postpartum).

De verloskundige is bevoegd en bekwaam om in acute situaties direct zorg te verlenen. Zij kan vanuit een overall blik de acute zorg uitvoeren, organiseren en registreren. Het uitzetten van parallelle acties is hier onderdeel van.

De verloskundige geeft psychosociale begeleiding en voorlichting

De verloskundige gaat ervan uit dat het geven van voorlichting en psychosociale begeleiding aan vrouwen bijdraagt aan een fysiologisch verloop van de perinatale periode en het psychische en lichamelijke welzijn van de vrouw en haar gezin bevordert. Informeren en counselen zijn daarnaast belangrijke middelen om vrouwen toe te rusten tot het maken van geïnformeerde keuzes en hen te sterken in het nemen van verantwoordelijkheid voor het verloop van de reproductieve periode en het aanstaand ouderschap.

3.6 Van drie naar vier taakgebieden

Logische consequentie van de ontwikkelingen sinds 2005 (hoofdstuk 2) is een uitbreiding van de taakgebieden. Vergeleken met het beroepsprofiel uit 2005 worden in dit nieuwe beroepsprofiel geen drie maar vier taakgebieden onderscheiden. De verloskundige blijft vanuit de fysiologie haar reproductieve zorg uitvoeren en deze wordt deels integraal georganiseerd. Zij coördineert en organiseert de zorgverlening in de werksituatie. De professionalisering van het beroep blijft als zelfstandig taakgebied gehandhaafd omdat deskundigheidsbevordering, kwaliteitsdenken en innovatie een onmisbaar onderdeel van het beroep zijn geworden. In dit beroepsprofiel wordt wetenschap als vierde taakgebied toegevoegd.

Immers, iedere verloskundige draagt vanuit haar zorgverlening actief bij aan de wetenschappelijke fundering van verloskundige zorg en werkt volgens de principes van evidence based practice en shared decision

making. Zij genereert nieuwe kennis en interpreteert en evalueert nieuwe inzichten kritisch. Zij vertaalt deze wetenschappelijke inzichten en onderzoeken naar haar eigen handelwijze. Ze streeft ernaar alleen die handelingen of diagnostiek te verrichten waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat zij positieve en geen negatieve of minimale effecten hebben op het welzijn van de vrouw met kinderwens, de zwangere, de barende, de kraamvrouw en haar (ongeboren) kind. Zij is in staat beargumenteerd, onderbouwd en verantwoord gebruik te maken van de richtlijnen, ook in de samenwerking met andere zorgprofessionals.

Kenmerken van een academische attitude zijn permanente reflectie op het eigen handelen, de behoefte aan weloverwogen verbetering en een continue wetenschappelijke nieuwsgierigheid naar innovatie en onderbouwing. Dit zijn typisch eigenschappen van de hedendaagse verloskundige.

In hoofdstuk 4 worden deze taakgebieden nader uitgewerkt.



4 Uitwerking in taakgebieden, rollen en competenties

In de vorige hoofdstukken zijn ontwikkelingen in de gezondheidszorg, de verloskundige zorg en het beroep van de verloskundige nader uitgewerkt. De beschreven ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorg, de taakgebieden en de rollen van iedere verloskundige. Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van het beroep, de (veranderde) taken en de te onderscheiden rollen die de verloskundige vervult.

4.1 De kern van het verloskundige beroep

Het verloskundig beroep kan in vier taakgebieden worden ingedeeld:

Taakgebied 1: reproductieve zorg

Begeleiding van de vrouw en het (ongeboren) kind in de preconceptie, prenatale, natale en postnatale periode.

Taakgebied 2: organisatie van de verloskundige zorg

Binnen de gehele zorgketen en in de praktijksetting: de eigen/ gedeelde praktijk, het geboortecentrum of de klinische setting waar de verloskundige werkzaam is.

Taakgebied 3: professionalisering van het beroep

Functioneren als professional, werken aan ontwikkeling en verbetering van de geleverde zorg en het verloskundig beroep en bijdragen aan de professionele ontwikkeling van (toekomstige) collega's.

Taakgebied 4: Wetenschappelijke basis van het beroep

Gebruiker, participant en uitvoerder van onderzoek.

Reproductieve zorg is het hart van het verloskundig beroep. Iedere verloskundige is na afronding van de initiële opleiding *volledig bekwaam* om zelfstandig de volledige verloskundige zorg aan cliënten te verlenen. Competenties op het gebied van organisatie van de verloskundige zorg, professionalisering van het beroep en wetenschappelijke basis van het beroep zijn daarbij onmisbaar. Iedere verloskundige beschikt na afronding van de initiële opleiding over de noodzakelijke *startcompetenties* om vorm te geven aan de zorg, *state-of-the arts care* te verlenen, het handelen te onderbouwen en zich verder te specialiseren en door te groeien binnen het generieke verloskundig deskundigheidsgebied en/of zich te ontwikkelen in verloskundig onderwijs, onderzoek, beleid en organisatie.

In § 4.2 en § 4.3 staan de meest prominente rollen per taakgebied uitgewerkt, inclusief bijbehorende competenties. In totaal gaat het om negen rollen voor de verloskundige. Deze rollen zijn afgeleid van de CanMEDS rollen⁷⁰ waarbij de rol van counselor en coach en de rol van de innovator zijn uitgelicht en apart worden omschreven. De reden hiervan is dat de rol coach en counselor kenmerkend en onderscheidend is voor de verloskundige zorgprofessional. De rol van innovator is uitgelicht omdat de verloskundige zorg voortdurend in beweging is en vraagt om vernieuwing en aanpassing.

Het beschrijven van taken, verantwoordelijkheden en werkzaamheden binnen de te onderscheiden taakgebieden brengt altijd beperkingen met zich mee. In werkelijkheid zullen de werkzaamheden in de taakgebieden door elkaar heen lopen, tegelijkertijd plaatsvinden en dynamisch op elkaar ingrijpen. Dit geldt vooral voor de taken binnen de reproductieve zorg. In het kader van dit beroepsprofiel - en voor de discussies daarover - is het zinvol om de rollen en competenties van elkaar te onderscheiden.

4.2 Taakgebieden en rollen

De negen rollen zijn onder te verdelen in vier taakgebieden (figuur 1).

Reproductieve zorg

De verloskundige integreert een aantal rollen bij de begeleiding van de vrouw en het (ongeboren) kind in de preconceptie, prenatale, natale en postnatale periode. De verloskundige heeft voornamelijk de volgende rollen:

- medisch deskundige (§ 4.3.1.1)
- gezondheidsbevorderaar (§ 4.3.1.2)
- communicator (§ 4.3.1.3)
- coach en counselor (§ 4.3.1.4)

Organisatie van de verloskundige zorg

In dit taakgebied heeft de verloskundige de volgende rollen:

- samenwerker (§ 4.3.2.1)
- organisator (§ 4.3.2.2)

Professionalisering van het beroep

In dit taakgebied heeft de verloskundige de volgende rollen:

- beroepsbeoefenaar (§ 4.3.3.1)
- innovator (§ 4.3.3.2)

Wetenschappelijke basis van het beroep

Bij het wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van alle taakgebieden vervult de verloskundige een rol als:

- academicus (§ 4.3.4.1)



Figuur 1. Taakgebieden en rollen van de verloskundige

4.3 Rollen en competenties

De vier taakgebieden en de bijbehorende rollen worden in dit hoofdstuk uitgewerkt.

4.3.1 Taakgebied 1 Reproductieve zorg

4.3.1.1 Medisch deskundige

De verloskundige verleent reguliere en acute verloskundige zorg aan cliënten met een fysiologisch verloop van de preconceptie, prenatale, natale en postpartum periode. Dit doet zij op basis van evidence based practice en shared decision making, dat wil zeggen een combinatie van eigen oordeel op basis van klinische ervaring, de voorkeuren van de cliënt, de beste resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en een gedeelde besluitvormingsproces.

Tijdens dit proces bevordert en bewaakt zij de fysiologische aspecten van het reproductieve proces en zet aanvullende diagnostiek en beleid in indien nodig. De verloskundige levert cliëntgerichte zorg.

Competenties medisch deskundige

- Verleent state-of-the-art reguliere en acute verloskundige zorg uitgaand van de geldende wetten, standaarden en richtlijnen, waarvan beargumenteerd en gedocumenteerd afgeweken kan worden. De verloskundige verleent de zorg op basis van evidence based practice en shared decision making. De verloskundige werkt op methodische wijze en gebruikmakend van haar ervaring.
- Voert risicoselectie uit op basis van de anamnese en (aanvullend) onderzoek, stelt een diagnose, maakt beleid en voert het beleid uit.
- Zet de juiste interventies in zodat over- en onderbehandeling wordt voorkomen. Tijdens dit proces bevordert en bewaakt de medisch deskundige de fysiologische aspecten van het reproductieve proces.
- Documenteert en evalueert de door haar geleverde zorg.

4.3.1.2 Gezondheidsbevorderaar

De verloskundige bevordert een optimale uitkomst van de zwangerschap en de gezondheid en het welbevinden van cliënten in een multiculturele samenleving.

Zij doorloopt het cyclisch proces van gezondheidsbevordering gericht op het individu en het sociale netwerk (public health). Daarbij signaleert de verloskundige de determinanten van gezondheid en ziekte op individueel niveau en binnen de gemeenschap met het oog op de preventieve zorg in de reproductieve fase. Zij ontwikkelt daar een plan van aanpak voor en organiseert de uitvoering binnen de keten.

De verloskundige biedt informatie die aansluit bij het kennisniveau van de cliënten en/of doelgroep op basis van bewezen strategieën. Dit is gericht op gedragsverandering van de cliënt.

Competenties gezondheidsbevorderaar

- Past kennis over determinanten van gezondheid toe in de praktijk, door risicovolle determinanten bij het individu en de gemeenschap te herkennen. In samenwerking met ketenpartners ontwikkelt, kiest en implementeert zij passende gezondheidsbevorderende strategieën (public health).
- Maakt de cliënt bewust van haar eigen verantwoordelijkheid voor haar gezondheid en die van haar kind, gezin en omgeving. Zij stimuleert gedragsverandering met bewezen strategieën die aansluiten bij de vrouw in kwestie.
- Zij herkent en onderkent tijdig signalen van problematiek en onveilige situaties in het gezin en zet adequate acties in.

4.3.1.3 Communicator

De verloskundige bouwt een professionele relatie op met de cliënt en haar directe omgeving. Ze stelt met behulp van cliëntgerichte communicatie de zorgvraag vast. Zij zoekt een ethisch verantwoord evenwicht tussen het belang van de cliënt, de kwaliteit van de zorg en mogelijk beperkende factoren binnen de organisatie van de zorg.

De verloskundige houdt in haar begeleiding steeds rekening met psychische, culturele, maatschappelijke en sociale aspecten met als doel de transitie naar moederschap/ouderschap te ondersteunen en zelfzorg van de zwangere vrouw te bevorderen. Zij kan op heldere wijze (groeps) voorlichting geven die aansluit bij het kennisniveau van de cliënt.

De verloskundige bouwt een professionele relatie op met partners in de verloskundige keten c.q. het multidisciplinaire stelsel van de verloskundige zorg. Zij communiceert mondeling en schriftelijk doeltreffend met hen en houdt daarbij rekening met de privacy van de cliënt.

Competenties communicator

- Exploreert de beweegredenen, motivaties en barrières bij de cliënt en haar omgeving.
- Formuleert een eigen standpunt op basis van haar visie op het vak en zet deze in bij de samenwerking met de cliënt, ketenpartners en overheid.
- Communiqueert tijdig en doeltreffend met andere professionals in de verloskundige keten, gebruikmakend van de daartoe geëigende middelen.

4.3.1.4 Coach en counselor

Als coach en counselor ondersteunt de verloskundige de cliënt en haar omgeving tijdens het transitieproces naar ouderschap. Zij geeft tijdig, doeltreffend en passende informatie en begeleidt de cliënt bij het maken van een afgewogen en geïnformeerde beslissing. Zij kan dat individueel doen, maar ook in groepen en zoekt hiervoor indien nodig de samenwerking in de keten.

Competenties coach en counselor

- Bouwt een professionele relatie op met de cliënt op basis van vertrouwen en wederzijds begrip en begeleidt haar in het gehele zorgproces waarbij continuïteit van zorg wordt nagestreefd. De verloskundige houdt daarbij rekening met ethische, psychologische, sociale, maatschappelijk, culturele, organisatorische en economische aspecten.
- Ondersteunt de cliënt en haar partner/familie door middel van voorlichting en counseling om te komen tot een goed geïnformeerde beslissing.

4.3.2 Taakgebied 2 Organisatie van de verloskundige zorg

4.3.2.1 Samenwerker

De verloskundige werkt samen met alle betrokken medewerkers in de verloskundige zorgketen en andere relevante partners ter bevordering van de kwaliteit van de zorg voor individuele cliënten en groepen cliënten. Doel is het vinden van overeenstemming over (complexe) verloskundige vraagstukken, in acute en in niet-acute situaties. Zo wordt de continuïteit van zorg op cliëntniveau gewaarborgd.

De verloskundige kan strategisch opereren in het veld van de gezondheidszorg: lokaal, regionaal en landelijk, maar ook op afdelingsniveau, organisatieniveau en ketenniveau.

Zij heeft een eigen visie en houdt het grotere belang voor ogen.

Competenties samenwerker

- Heeft oog voor het krachtenveld om zich heen en kan daarbinnen strategisch opereren en netwerken.
- Werkt respectvol en doeltreffend samen met partners in de verloskundige keten c.q. het multidisciplinaire stelsel van de verloskundige zorg.
- Hiertoe kent en ziet ze ieders expertise en maakt daar gebruik van ten behoeve van de zorg aan de cliënt.

4.3.2.2 Organisator

De verloskundige is de casemanager van de cliënt en coördineert de samenwerking tussen de verschillende disciplines, met als doel de continuïteit van zorg aan de cliënt te borgen.

De verloskundige is goed geïnformeerd over het Nederlandse en internationale gezondheidssysteem en de invloed daarop van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Afhankelijk van de setting waarin zij werkt, haar functie en haar dienstverband coördineert en organiseert zij de werkzaamheden doeltreffend. De bedrijfsvoering is zakelijk, transparant en verantwoord en heeft ruimte voor innovatie.

De verloskundige draagt verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg in de nabije omgeving van cliënten. Zij draagt zorg voor de cliëntveiligheid, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering.

Competenties organisator

- Coördineert de samenwerking tussen de verschillende disciplines met als doel de continuïteit van zorg aan de cliënt te borgen.
- Afhankelijk van de setting waarin zij werkt, haar functie en haar dienstverband kan zij ondernemen en werkzaamheden van de verschillende disciplines doeltreffend coördineren, organiseren en leiden. Daarbij maakt zij ruimte voor de professionele ontwikkeling van de individuele verloskundige en de samenwerking binnen de keten.
- Hanteert en implementeert een kwaliteitssysteem en draagt zorg voor cliëntveiligheid op het werkgebied van de verloskunde.
- Zorgt voor een up-to-date registratie van de zorg.

4.3.3 Taakgebied 3 Professionalisering van het beroep

4.3.3.1 Beroepsbeoefenaar

De verloskundige blijft zich permanent professioneel ontwikkelen en geeft haar eigen leerproces vorm. Tevens draagt zij bij aan deskundigheidsbevordering, onder andere door het verzorgen van onderwijs voor toekomstige collega's, studenten, beroepsgenoten en andere zorgverleners in de verloskundige keten.

De verloskundige maakt gebruik van haar vaardigheden in situaties die (in-)direct met de cliëntenzorg te maken hebben. Dit kan zich afspelen op ethisch, cultureel, wetenschappelijk of maatschappelijk terrein. Zij handelt naar ethische standaarden en overeenkomstig met de geldende wet- en regelgeving voor verloskundigen. Zij vertaalt beroepsnormen en persoonlijk normen naar het dagelijks verloskundige handelen.

De verloskundige handelt strategisch en zorgt dat verloskundig relevante zaken op de regionale of (inter)nationale agenda komen. Zij legt verantwoording af over de gemaakte keuzes.

Competenties beroepsbeoefenaar

- Heeft een professionele houding.
- Past zelfreflectie toe, geeft op basis daarvan sturing aan het eigen leerproces en neemt verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling, met als doel leven lang leren.
- Stelt zich transparant en toetsbaar op voor de cliënt en de ketenpartners. Hierbij staat zij open voor feedback en kan veranderingen aanbrengen in haar gedrag en handelen indien nodig.
- Draagt bij aan de professionele ontwikkeling van collega's door het geven van feedback en het verzorgen van onderwijs aan studenten.
- Profileert en positioneert de verloskundige beroepsgroep binnen en buiten de verloskundige zorgketen, nationaal en internationaal.
- Handelt naar de beroepscode van verloskundige en andere wettelijke kaders.

4.3.3.2 Innovator

De verloskundige levert een bijdrage aan innovatie binnen de gehele verloskundige zorgketen. Zij signaleert en benoemt kansen en mogelijkheden van verandering en vernieuwing van de verloskundige zorg. Zij laat de nieuwe zorgconcepten aansluiten bij de gewenste behoeften van de populatie.

De verloskundige initieert, participeert en regisseert in de ontwikkeling van (multidisciplinaire) richtlijnen, protocollen, behandelingen, methodieken en ICT. Zij kan het gekozen innovatietraject onderbouwen en wetenschappelijk verantwoorden.

Zij betreft relevante disciplines en cliënten bij de ontwikkeling en implementatie hiervan en stimuleert op deze wijze draagvlak en multidisciplinaire samenwerking.

Competenties innovator

- Participeert in het relevante netwerk voor innovatie van zorg, zoals zorgverzekeraars en lokale/landelijke overheid.
- Initieert, definieert, implementeert en evalueert een innovatie voor een nieuw zorgconcept, behandelmethodiek of technologie.

4.3.4 Taakgebied 4 Wetenschappelijke basis van het beroep

4.3.4.1 Academicus

De verloskundige heeft een academische grondhouding. Zij is kritisch, zelfstandig, innovatief, analytisch en nieuwsgierig. Zij is zowel gebruiker, participant als uitvoerder van onderzoek, regionaal dan wel landelijk.

De verloskundige bezit de basiskennis en -vaardigheden op het gebied van onderzoek en wetenschap. Zij past de algemene principes van kritisch denken en redeneren toe op wetenschappelijke bronnen van informatie en vertaalt dit evidence based naar doelmatig verloskundig beleid.

De verloskundige gaat na of haar beroepsmatig functioneren voldoet aan de wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening. Dit doet zij door actief te zoeken naar hiaten in het verloskundig kennisdomein, deze in de alledaagse praktijk te herkennen en daaruit onderzoeksvragen te destilleren. Zij draagt actief bij aan theorieontwikkeling en wetenschappelijke fundering van het fysiologische verloskundige kennisdomein en effectiviteit en doelmatigheid van de verloskundige zorg.

De verloskundige zet met relevante methoden en technieken wetenschappelijk onderzoek op en voert dit vervolgens ook uit - individueel of in samenwerking met andere disciplines. Hiermee draagt zij bij aan het evident maken van de effectiviteit van haar kennis en vaardigheden en de uitbreiding van het verloskundig kennisdomein.

De verloskundige interpreteert onderzoekresultaten en vertaalt die naar een eigen visie en naar doelmatig verloskundig beleid.

Competenties academicus

- Heeft een academische grondhouding en draagt deze over aan toekomstige beroepsbeoefenaren.
- Kijkt naar wetenschappelijke legitimatie van de beroepsuitoefening en zoekt actief naar betere legitimeringen waar bestaande tekortschieten.
- Is in staat eenvoudig wetenschappelijk onderzoek te initiëren, op te zetten, uit te voeren, te analyseren, te interpreteren, te communiceren en te vertalen naar praktijkgericht handelen.
- Pakt een praktijkprobleem aan op een wetenschappelijk verantwoorde wijze door literatuuronderzoek te verrichten, beschikbare gegevens te analyseren, mogelijke oplossingen te beargumenteren of te onderzoeken. Zo nodig formuleert zij relevant (vervolg-)onderzoek om het praktijkprobleem uit te diepen.
- Houdt zichzelf op de hoogte van wetenschappelijk onderzoek binnen het wetenschapsdomein verloskunde en aanpalende disciplines. Zij implementeert relevante wetenschappelijke uitkomsten in het verloskundig handelen.



5 Referenties

1. Beroepscode van verloskundigen. Utrecht: KNOV, 2009.
2. Beroepsprofiel van de verloskundige “De kern van de eerstelijns verloskunde”. Bilthoven: KNOV, 2005.
3. KNOV visie “Nieuwe balans in verloskundige zorg”. Werken aan een goed begin is investeren voor het leven. Utrecht: KNOV, 2012.
4. Batenburg R, van der Lee I, Wiegers T, van der Velden L. De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027. Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's. Utrecht: NIVEL, 2013.
5. Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige 2008. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.
6. Eindrapport KNOV-NVOG Werkgroep Klinische Verloskundigen. Utrecht: KNOV/NVOG, 2010.
7. Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Europese Unie, 2005. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:nl:PDF>, geraadpleegd op 18-4-2013.
8. Proposal for a directive of the European Parliament and of The Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation on administrative cooperation through the Internal Market Information System. Network of European Midwifery Regulations/ European Midwives Association, 2012. <http://nemir.eu/images/documents/nemiremaamendments.pdf>, geraadpleegd op 5-9-2013.
9. Crébas A. Beroepsomschrijving verloskundigen. Bilthoven: NOV, 1990.
10. Foekema H, Plantinga S, van Wensveen D, Wichers B. Informatiebehoefte van zwangere vrouwen en hun partners. Amsterdam: TNS/NIPO, 2011.
11. De Nederlandse samenleving 2012. Den Haag/Heerlen: CBS, 2012.
12. Bonsel G.J., Birnie E., Denktas S, Poeran J, Steegers E.A.P. Lijnen in de perinatale sterfte, signalementstudie zwangerschap en geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
13. Deliver studie 2008-2011 nationale studie naar de eerstelijns verloskunde. Amsterdam: AVAG, 2011.
14. Grote lijnen 10 jaar Perinatale Registratie Nederland. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2011.

15. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG* 2007;114(10):1232-9.
16. Ravelli AC, Tromp M, Eskes M, Droog JC, van der Post JA, Jager KJ et al. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(8):696-701.
17. de Graaf JP, Ravelli AC, de Haan MA, Steegers EA, Bonsel GJ. Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26(5):473-81.
18. Het eerste jaar.... van 1000 ouders. Ervaringen tijdens de zwangerschap, bevalling en het eerste jaar na de geboorte. N.I.: Het Ouderschap, 2013.
19. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:18.
20. Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff-Roos J, Bottu J. Indicators of fetal and infant health outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;111 Suppl 1:S66-S77.
21. Mohangoo AD, Buitendijk S, Hukkelhoven CWPM, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Taminga P et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152(50):2718-27.
22. Een goed begin. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
23. Landelijke invoering van perinatale audit 2009-2012. Procesevaluatie. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland, 2013.
24. Euro-Peristat Project with SCPE and Eurocat. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013.
25. Zwangerschap en geboorte. ZonMw, 2013. <http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/zwangerschap-en-geboorte/themas/>, geraadpleegd op 8-4-2013.
26. www.collegepz.nl, geraadpleegd op 5-9-2013.
27. www.goedgeboren.nl, geraadpleegd op 28-3-2013.
28. Beuckens A, Oostveen A, Weide M. Overzicht initiatieven integrale zorg [intern document]. Utrecht: KNOV, 2012.
29. www.klaarvooreenkind.nl, geraadpleegd op 5-9-2013.
30. <http://www.rosfriesland.nl/>, geraadpleegd op 5-9-2013.
31. Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.

32. Wet van 7 juli 2006, houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006. http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/geldigheidsdatum_23-04-2013, geraadpleegd op 2-5-2013.
33. Marktscan zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2012.
34. Mackenbach JP, van der Maas PJ. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Amsterdam: Reed Business, 2008.
35. Amelink-Verburg M.P. The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2011
36. Offerhaus P.M., Hukkelhoven CWPM, de Jonge A, van der Pal-de Bruin KM, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Persisting rise in referrals during labour in primary midwife-led care in the Netherlands. *Birth* 2013;40(3):192-201.
37. Bevalling, lengte en gewicht bij geboorte, borstvoeding. Statline Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37302&D1=0-1,45-48&D2=0,5-l&HD=110413-1418&HDR=G1&STB=T>, geraadpleegd op 8-4-2013.
38. de Neef T, Franx A, m.m.v.AJ van Loon. Wat ons opvalt in de LVR2 - Wie doet de bevalling? *Ned Tijdschr Obstet Gynaecol* 2009;122(okt):270-1.
39. Wiegers TA, Hukkelhoven CW. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10:80.
40. Hingstman L, van Hassel DTP, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2012. Utrecht: NIVEL, 2013.
41. Intentieovereenkomst Samenwerking ActiZ-KNOV 28 januari 2010. Deventer Utrecht: ActiZ/KNOV, 2010.
42. Landelijk indicatieprotocol kraamzorg. Instrument voor toekenning van kraamzorg: partusassistentie en kraamzorg gedurende de kraamperiode. S.I.: Actiz; KNOV; LVG; Sting; Btn; ZN, 2008.
43. Oostveen A, Ponds E, Weide M. Draaiboek prenatale groepsvoorlichting voor verloskundigen. Utrecht: KNOV, 2009.
44. Janssen L, Cadée F. KNOV-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Utrecht: KNOV, 2011.
45. Wet van 14 maart 2013 tot wijziging van diverse wetten in verband met de invoering van de verplichting voor bepaalde instanties waar professionals werken en voor bepaalde zelfstandige professionals om te beschikken over een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling en de kennis en het gebruik daarvan te bevorderen, onderscheidenlijk die meldcode te

- hanteren (verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Ministerie van Veiligheid en Justitie, 2013. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2013-142.html>, geraadpleegd op 5-9-2013.
46. Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning. Utrecht: ActiZ/KNOV, 2010.
 47. Multidisciplinaire richtlijn borstvoeding. <http://www.richtlijnborstvoeding.nl/>, geraadpleegd op 2-5-2013.
 48. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer, a global perspective. Washington D.C.: AICR, 2007.
 49. Werkgroep Leidraad Stuurgroep Klinisch Verloskundigen. Leidraad voor protocol positie klinisch verloskundigen. Utrecht: KNOV/NVOG, 2014.
 50. Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundige 2008. Staatscourant 29 augustus 2014, nr. 23083.
 51. NZA tariefbeschikkingen. 2013. <http://www.nza.nl/regelgeving/tarieven/>, geraadpleegd op 8-4-2013.
 52. Beuckens A, Perdok H. Draaiboek uitwendige versie. Ondersteuning bij het implementeren van de uitwendige versie. Utrecht: KNOV, 2011.
 53. Fracheboud J, van Agt HME, de Koning HJ. Monitoring 2010 van gerapporteerde verrichtingen van het screeningsprogramma Downsyndroom/ Structureel Echoscopisch Onderzoek. Rotterdam: Erasmus MC, 2012.
 54. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voortgang ingezette maatregelen. Communicatie en informatie rond zwangeren. Bijlage bij de kamerbrief over voortgang Zwangerschap en geboorte. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2012/07/03/voortgang-ingezette-maatregelen.html>, geraadpleegd op 5-9-2013.
 55. Stichting Perinatale Audit Nederland. <http://www.perinataleaudit.nl/>, geraadpleegd op 21-2-2013.
 56. Zichtbare Zorg. Diemen: CVZ, 2013. <http://www.cvz.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut>, geraadpleegd op 21-2-2013.
 57. KNOV. Kwaliteitsregister verloskundigen. <http://www.kwaliteitsregisterverloskundigen.nl/>, geraadpleegd op 18-4-2013.
 58. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2008. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31924-VIII-1.html>, geraadpleegd op 5-9-2013.
 59. ICM International definition of the midwife. Den Haag: ICM, 2011. <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf>, geraadpleegd op 21-2-2013.

60. Strengthening midwifery toolkit. Geneve: WHO, 2011. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/index.html, geraadpleegd op 21-2-2013.
61. TNS Nipo. Ervaring en beoordeling verloskundige zorg. Onderzoek voor de KNOV. S.I.: TNS, 2014.
62. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1993. http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/geldigheidsdatum_29-01-2013, geraadpleegd op 29-1-2013.
63. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBGO). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010. http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/geldigheidsdatum_18-11-2010, geraadpleegd op 6-5-2013.
64. Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013. http://wetten.overheid.nl/BWBR0007414/geldigheidsdatum_03-09-2013, geraadpleegd op 5-9-2013.
65. Herregistratie verloskundigen. CIBG, 2013. <https://www.bigregister.nl/herregistratie/verloskundige/default.aspx>, geraadpleegd op 18-4-2013.
66. Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundige 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012. http://wetten.overheid.nl/BWBR0025714/geldigheidsdatum_13-11-2012, geraadpleegd op 22-4-2013.
67. International code of ethics for midwives. Den Haag: ICM, 2008. http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core-Documents/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf, geraadpleegd op 22-4-2013.
68. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. Patient Educ Couns 2008;73(3):407-12.
69. De participerende patiënt. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013. <http://rvz.net/publicaties/bekijk/de-participerende-patient>,
70. CanMEDS. Royal College Canada, 2013. <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>, geraadpleegd op 5-9-2013.



Bijlage 1

Projectgroep, klankbordgroep en geconsulteerde experts

Projectgroep Beroepsprofiel

- Mevrouw Adrichem, verloskundige en echoscopist, Dronten.
- Mevrouw Aitink, verloskundige, beleidsmedewerker team Kwaliteit KNOV.
- Mevrouw Goodarzi, verloskundige, beleidsmedewerker team Belangenbehartiging Kwaliteit KNOV (vanaf augustus 2012).
- Mevrouw van der Hoff, hoofd team Kwaliteit KNOV.
- Mevrouw Kerkhof, verloskundige, bestuurslid KNOV (tot november 2013).
- Mevrouw van Maanen, verloskundige, Almelo.
- Mevrouw Martijn, verloskundige, beleidsmedewerker team Belangenbehartiging KNOV (tot augustus 2012).
- Mevrouw Mensink, klinisch werkende verloskundige, Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam.
- Mevrouw Rijninks, verloskundige, voorzitter KNOV-NVOG stuurgroep Klinisch werkende verloskundige, secretaris Wetenschapscommissie KNOV.

Klankbordgroep Beroepsprofiel

- De heer Bekke, verloskundige en echoscopist, Nijverdal.
- Mevrouw van Dam-Jansen, verloskundige, Veenendaal.
- Mevrouw Engeltjes, klinisch werkende verloskundige Diaconessen ziekenhuis Utrecht, docent master opleiding physician assistant klinisch werkende verloskundige.
- Mevrouw Feddes, verloskundige en echoscopist, Dronten.
- Mevrouw van Feen, verloskundige en versiekundige, Amsterdam.
- Mevrouw de Groot, verloskundige en klinisch werkende verloskundige, Verloskundige Centrum Waterland, Purmerend.
- Mevrouw Hilhorst, verloskundige, Venlo.
- Mevrouw Lambers, verloskundige, Schoonhoven.
- Mevrouw de Miranda, verloskundige en onderzoeker, hoofd Master opleiding Verloskunde Amsterdam Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam.

- Mevrouw Peters, klinisch werkende verloskundige, Universitaire Medisch Centrum Groningen.
- Mevrouw Scheffers, verloskundige en klinisch werkende verloskundige, Verloskundige Centrum Waterland, Purmerend.
- Mevrouw Staal, klinisch werkende verloskundige, Utrechts Medisch Centrum/Wilhelmina Kinder Ziekenhuis.
- Mevrouw Tiehuis-Boerrigter, verloskundige, Almelo.
- Mevrouw Westerkamp, verloskundige, Houten.

Werkgroep SOV

- Mevrouw Boom, verloskundige, docent Academie Verloskunde Maastricht (onderwijs).
- Mevrouw Boxem, verloskundige, docent AVAG (onderwijs).
- Mevrouw Celissen, verloskundige, docent opleiding Klinisch werkende verloskundige Rotterdam (klinisch werkende verloskundige).
- Mevrouw Daemers, verloskundige, accountmanager Leven Lang Leren, AV-M (onderwijs en consultancy).
- De heer Debats, beleidsmedewerker AV-M (onderwijs).
- Mevrouw Van Eijndhoven, verloskundige, docent VAR (onderwijs).
- Mevrouw Van Harn, verloskundige, opleidingsmanager VAR (onderwijs).
- Mevrouw Van der Kraan, verloskundige, docent AVAG (onderwijs).
- Mevrouw Mets, verloskundige, docent AV-M (onderwijs).
- Mevrouw Nieuwenhuijze, verloskundige, vakgroep Midwifery Science, AV-M (onderwijs en onderzoek).
- Mevrouw Prins, verloskundige, docent AVAG (onderwijs).
- Mevrouw Torij, verloskundige, VAR (onderzoek).
- Mevrouw Willemsen, verloskundige, docent AVAG (onderwijs).

Geconsulteerde experts

- Mevrouw Betlem, verloskundige, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam, bestuurslid KNOV (klinisch werkende verloskundige).
- Mevrouw Hakkenberg, klinisch werkende verloskundige, IJsselland ziekenhuis Capelle aan de IJssel, beleidsmedewerker KNOV team Belangenbehartiging (klinisch werkende verloskundige).
- Mevrouw Heidema, directeur ISIS kraamzorg, Friesland (kraamzorg).
- De heer Hugen, arts MG MD Medisch Manager Ambulancezorg RAV Kennemerland (acute zorg).

- De heer Majoor, verpleegkundige instructeur en ambulance verpleegkundige, ambulance zorg kemmerland (acute zorg).
- Mevrouw Offerhaus, verloskundige, beleidsmedewerker Richtlijnontwikkeling KNOV.
- De heer Plochg, universitair docent sociale geneeskunde UVA, senior beleidsmedewerker Nederlandse Public Health Federatie (public health).
- Mevrouw Smits, klinisch werkende verloskundige, Academisch Medisch Centrum Amsterdam (acute zorg).
- Mevrouw Verweij, het Ouderschap vakbond voor (a.s.) ouders, voorzitter (cliëntperspectief).
- Mevrouw Waelput, verloskundige, medewerker project Healthy Pregnancy for All (public health).

Bijlage 2

Geconsulteerde organisaties

Het concept beroepsprofiel is ter consultatie voorgelegd aan:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Actiz
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie (NVA).

Alle verenigingen hebben gereageerd op het concept beroepsprofiel. De reacties zijn – wanneer relevant voor het beroepsprofiel – verwerkt. In het kader van transparantie zijn bij de KNOV de verschillende reacties op te vragen en hoe deze verwerkt zijn (Rapportage Consultatieronde Beroepsprofiel Verloskundige, KNOV, 2014).

Bijlage 3

Literatuuronderzoek en documentenanalyse

Naast de referenties zoals beschreven in de referentielijst, zijn ander bronnen geanalyseerd.

- Aalhuizen I, van der Stouwe R. De eerste ervaringen met preconceptiezorg. Tijdschr v Verloskd 2008;33(april):29-32.
- Academie Verloskunde Amsterdam Groningen. <http://www.verloskunde-academie.nl/MidwiferyScience>, geraadpleegd op 18-4-2013.
- Advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen m.b.t. het competentieprofiel van de vroedvrouw. Brussel: Federale Raad voor de Vroedvrouw, 2011.
- Akte van oprichting CPZ: kamerstuk: Kamerbrief 30-06-2011 VWS. Brief aan de Tweede Kamer over de voortgang van het College Perinatale Zorg. Den Haag: Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/06/30/brief-over-voortgang-college-perinatale-zorg.html>, geraadpleegd op 6-5-2013.
- Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw. Brussel: Federale Raad voor de Vroedvrouw, 2006.
- Beroepsprofiel van de beroepsvereniging Echoscopisten Nederland voor verloskunde en gynaecologie.
- Beroepsprofiel van de lactatiekundige. Almere: Nederlandse Vereniging van Lactatiedeskundigen, november 2004.
- Beroepsprofiel Physician assistant. Utrecht: Nederlandse Associatie van Physician Assistants, januari 2012.
- Het beroepscompetentieprofiel kraamverzorgenden ten behoeve van de branche erkende opleiding tot kraamverzorgende. Den Haag: Stichting FAOT, 2009.
- Beroepsprofiel kraamverzorgende. http://www.nbvkinactie.nl/werken_in_de_kraamzorg/beroepsprofiel_1.html
- Beroepsprofiel verloskundigen. Bilthoven: KNOV, 1990.
- Beroepsprofiel verpleegkundig specialist: verpleegkundigen en verzorgenden 2020 Deel 4. Utrecht: V&VN, maart 2012.
- Beroepsdeelprofiel Voortplanting en Obstetrie verpleegkundige. Utrecht: V&VN, mei 2010.
- Buisman PE. De verloskundige. In: van Meersbergen D, ed. Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/2013. Meppel: Boom Uitgevers, 2012. p. 675-723.

- Competentieprofiel van de huisarts. Utrecht: Nederlandse Huisartsen Genootschap, augustus 2005.
- Cooke P. Helping women to make their own decision. In: Raynor MD, Marshall J.E., Sullivan A., eds. Decision-making in midwifery practice. Edinburgh: Elsevier, 2005. p. 127-141.
- Crébas A. De positie van de zelfstandig gevestigde verloskundigen in Nederland; een verkennende literatuurstudie. 1986.
- Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Advances in Health Sciences Education* 2009;(14):27-35.
- De agenda voor de zorg. Aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld. Utrecht: NVZ-ziekenhuizen, 2012.
- De Boer J, Zeeman K. Prenatale verloskundige begeleiding. Utrecht: KNOV, 2008.
- De Jonge A. Preconceptiezorg. KNOV-standpunt. Bilthoven: KNOV, 2005.
- Edwards NP. Why can't women just say no? And does it really matter? In: Kirkham M, ed. *Informed choice in maternity care*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004. p. 1-29.
- Eindrapport meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw. Stuurgroep modernisering verloskunde. 2000.
- Elk ministerie een Ministerie van Volksgezondheid. Een gezamenlijke oproep van KNMG, GGD Nederland, VNG en NPHF. Utrecht: KNMG, 2012.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49(443):477-82.
- Erfocentrum. Prenatale screening. www.prenatalescreening.nl, geraadpleegd op 28-3-2013.
- European Midwives Association. <http://www.europeanmidwives.org/>, geraadpleegd op 22-4-2013.
- Eva. K.W. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education* 2004;(39):98-106.
- Giesbers H, Eskes M, Waelput AJM, Kommer GJ. Reistijd naar ziekenhuis met afdeling verloskunde 2011. *Volksgezondheid Toekomstige Verkenningen, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, 2012. <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/reistijd-naar-ziekenhuis-met-afdeling-verloskunde/>, geraadpleegd op 8-4-2013.
- Global standards of midwifery education 2010 companion guidelines. Den Haag: International confederation of midwives, 2011.

- Global standards of midwifery education 2010. Den Haag: International Confederation of Midwives, 2011.
- Grondwet voor het Koninkrijk der Nederlanden van 24 augustus 1815. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2013.
- Handreiking implementatie taakherschikking. Utrecht: KNMG, V&VN & NAPA, november 2012.
- Handreiking PWD: acute overdracht. Utrecht/Den Haag: KNOV, NVOG, NICTIZ project PWD, 2011
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD004667.
- Hukkelhoven CW, Mohangoo A, Nijhuis J, Ravelli A, Rijninks-van Driel G, Taminga P. et al. Karakteristieken van zwangere vrouwen en de zwangerschap in Europees perspectief. *Tijdschr v Verloskd* 2009; (april):17-21.
- Institute of Medicine of the National Academies. Crossing the quality chasm: the IOM Health Care Quality Initiative. <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative>. Geraadpleegd op 22-4-2013.
- International Confederation of Midwives. <http://www.internationalmidwives.org/>, geraadpleegd op 18-4-2013.
- Integrale verloskundige zorg in Nederland. Een stap verder. Visie NVOG. Utrecht: NVOG, 2012.
http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000002181_0000001819_Visiedocument.pdf, geraadpleegd op 22-4-2013.
- Kates N, Pherson-Doe C, George L. Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. *J Ambul Care Manage* 2011;34(2):174-82.
- Kennedy HP, Grant J, Walton C, Shaw-Battista J, Sandall J. Normalizing birth in England: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health* 55(3):262-9.
- Kernbegrippen uit de Wet BIG. Utrecht: KNOV, 2010.
- Kwaliteitsregister verloskundigen. <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/443/registers/hoofdstuk/270/kwaliteitsregister-verloskundigen/>, geraadpleegd 28-4-2014
- Versieregister. <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/443/registers/hoofdstuk/272/versieregister/>, geraadpleegd 28-4-2014
- Register Verloskundigen Echoscopie. <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/443/registers/hoofdstuk/271/echoregister/>
- KNOV-praktijkaccreditering. <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/401/praktijkaccreditering/>, geraadpleegd 28-4-2014

- Kon AA. The shared decision-making continuum. JAMA 2010;304(8):903-4.
- Kraamzorg: krachtige verbinder in de geboortezorg. Visie ActiZ op geboortezorg. Utrecht: ActiZ, 2011.
- Kwaliteitsindicatoren. Basisset ziekenhuizen 2012. Utrecht: NVZ/NFU/OMS, 2011.
- Kwantitatieve onderbouwing academisering opleiding verloskunde. Amsterdam: Cebeon, 2010.
- Kwaliteitsprofiel verloskundige echoscopisten. Utrecht: KNOV, 2011. http://www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/775/file/Kwaliteitsprofiel_Verloskundige_Echoscopist.pdf, geraadpleegd 28-4-2014
- Landelijk opleidingscompetentieprofiel Master Physician assistant. Utrecht: Nederlandse Associatie van Physician Assistants, september 2012.
- Landelijk opleidingsprofiel: eindtermen en opleidingseisen verloskunde. Utrecht: C3/KNOV, 2007.
- Master Evidence Based Practice AMC. <http://www.amc.nl/web/Onderwijs/Aankomend-student/Master-Evidence-Based-Practice/De-Master-EBP.htm>, geraadpleegd 28-4-2014.
- Midwifery 2020 programme: core role of the midwife workstream, final report. NHS Education for Scotland, 2010.
- Midwifery 2020: delivering expectations, executive summary. NHS Education for Scotland, 2010.
- Muysken J, Kenens RJ, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2006. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Netwerk Goedgeboren. Stand van zaken samenwerkingsafspraken geboortezorg in de regio. <http://www.goedgeboren.nl/etwerk/h/211/0/1029/rubriek--5/Stand-van-zaken-samenwerkingsafspraken-geboortezorg-in-de-regio---februari-2013>, geraadpleegd op 28-4-2014.
- Notitie modernisering verloskunde: standpunt op het eindrapport van de stuurgroep modernisering verloskunde. Oktober 2000.
- NVOG-HOOG: curriculum opleiding tot gynaecoloog op basis van het NVOG-project Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie [http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000266_NVOG_50193_boekje_HOOG_4%20\(2\).pdf](http://www.nvog.nl/Sites/Files/0000000266_NVOG_50193_boekje_HOOG_4%20(2).pdf) geraadpleegd 28-4-2014
- Palaccia, T, Tardif J, Tribi E, Chalin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. Medical Education Online 2011;(16):5890.
- Paquette-Warren J, Vingilis E, Greenslade J, Newnam S. What do practitioners think? A qualitative study of a shared care mental health and nutrition primary care program. Int J Integr Care 2006;6:e18.

- PRN jaarboek Perinatale Zorg in Nederland 2008. Utrecht: Stichting PRN, 2011.
- Raamplan artsenopleiding 2009. Utrecht: NFU, 2009.
- Raamwerk herpositionering opleiding verloskunde. Commissie WO-traject. 2e concept 19 februari 2002.
- Reitsma E, Groenen C, Fermie M. Takenpakket eerstelijns verloskunde. Utrecht: KNOV, 2007.
- Rijnders, M. Interventions in midwife led care in the Netherlands to achieve optimal birth outcomes: effects and women's experiences [proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 2011.
- Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. Birth 2008;35(2):107-16.
- Roman B, Van den Wijngaart M. IVA rapport naar een nieuw balans in geboortezorg. Tilburg: IVA, 2011.
- Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. Patient Educ Couns 2000;39(1):5-15.
- Sneuveltekst kader permanente opleiding VR (België), versie 23-01-2012.
- Spelten, E. De verloskundige van de toekomst is wetenschappelijk opgeleid. 22-10-10.
- Statline CBS. Leefstijl, preventief onderzoek en persoonskenmerken. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81177NED&LA=NL> geraadpleegd op 21-2-2013.
- Steeds meer jongeren volgen hoger onderwijs. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011.
- Van den Berg I, Ramaeker, S. IVLOS rapport: beroepsprofiel verloskundige 2005 analyse en rapportage t.b.v. de KNOV. 22 december 2006.
- van der Leeuw-Harmsen L, Schaaf H. Verloskundige zorg veiliger dan gedacht. Perinatale sterfte vooral buiten kantooruren sterk afgenomen. Med Contact 2013;68(5):252-4.
- Van Oostveen A. Informatieblad over coöperaties. Utrecht: KNOV, 2013.
- Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2010.
- Wentzel R, Burema B, van der Lans S, Amelink M. Op weg naar een sluitende keten rond moeder en kind. Inspectieonderzoek geboortezorg in eerstelijns verloskundigenpraktijk. Tijdschr v Verloskd 2013;38(dec/jan):33-8.
- Winslow CE. The untilled fields of public health. Science 1920; 51(1306):23-33.



