

Ik ben van mening dat de voorgestelde amvb zeer zeker NIET een adequate manier is.

1. De kwaliteit komt het NIET ten goede:

- Eenvoudige restauraties indiceren en behandelen bestaat niet als je maar maximaal 6-8 caviteiten hebt geboord en gevuld in het gehele laatste jaar van je opleiding Mondzorgkunde. De indicatie van die caviteiten zijn niet door de mondhygienisten zelf gemaakt. Wat wij nu al in de praktijk zien is dat de tandarts erbij wordt geroepen voor de indicatiestelling. Daarbij merk ik uit de praktijk dat 85% van de caviteiten die "geïndiceerd" worden door de mondhygienisten glazuurcaries of arrested caries betreft. Deze dienen NIET geboord te worden. Indien dit niet beoordeeld zou worden door de tandarts, zou dat betekenen dat er 85% meer kiezen worden geboord, terwijl dat niet nodig is. Dit leidt tot schade aan het gebit van de patient en brengt de veiligheid van het gebit in gevaar. Tevens verhoogt dit de kosten van de gezondheidszorg. Naast de indicatiestelling ontbreekt het ook nog aan de vaardigheid van het boren en vullen. Indien het fout gaat en onnodig te snel en te diep wordt geboord, kan het zijn dat er een zenuwbehandeling moet gebeuren of dat de kies verloren is. Dit kan niet voorkomen worden en leidt ook weer tot verhoging van de kosten van de gezondheidszorg.

Het kwalitatief vullen van een caviteit vergt jarenlange training. Een tandarts vult tijdens zijn opleiding die 8 caviteiten en meer bijna elke 2 weken vanaf zijn 2e jaar tot zijn laatste jaar. Daarbij ligt de nadruk in de pre-kliniek op de vaardigheid van boren en vullen. Dat is zijn/haar opleiding. Bij de mondhygienist is het boren en vullen niet de primaire taak, dus daar ligt ook niet de nadruk op de opleiding. Het is onderschikt, wat ook terecht is. Mondhygienisten hebben we nodig voor de andere zeer belangrijke taak om de mondgezondheid veilig te stellen en dat is tandvleesproblematiek. Als er een tekort komt aan aandacht hiervoor, omdat de mondhygienisten alleen maar willen boren en vullen, dan leidt dit tot hogere kosten voor de gezondheidszorg, daar er tanden en kiezen verloren gaan.

De moeilijkste caviteiten om te behandelen zijn die van de melkelement. Niet omdat deze zo groot zijn of ingewikkeld, maar omdat we te maken hebben met een kind. We kunnen het ons niet veroorloven dat een behandeling bij een kind "fout" gaat en het kind na zijn traumatische behandeling halverwege de behandeling doorgestuurd moet gaan worden, omdat er te diep is geboord. Daar komt nog bij dat er tijdens de studie tandheelkunde uitgebreid opgeleid is hoe om te gaan met een angstig kind. Dat curriculum staat absoluut NIET in verhouding met hetgeen onderwezen wordt bij de mondhygienisten opleiding.

Hiernaast kunnen mondhygienisten een behandelplan opstellen voor tandvleesproblemen, maar NIET een behandelplan voor het gehele gebit. Zij worden daar simpelweg niet voor opgeleid om te kijken naar gebitsslijtage, welke elementen behouden kunnen worden, welke zenuwbehandelingen er gedaan moeten worden, of er een brug of implantaat in moet, of een kunstgebit geïndiceerd is, wanneer er gestart moet worden met orthodontie, welke elementen gekroond moeten worden of niet.

2. Effectiviteit:

- Als er geen mondhygienisten zijn voor de tandvleesbehandelingen, dan is dat absoluut NIET effectief. Als er vullingen overnieuw gedaan moeten worden, omdat het in eerste instantie niet lukte bij de mondhygieniste, dan is dat NIET effectief als het zelfde gaatje opnieuw gevuld moet worden door de tandarts, of erger, een zenuwbehandeling gedaan moet worden of dat de kies getrokken moet worden. Als de aandacht van het tandvlees verschuift naar alleen maar boren en vullen, zullen er gezonde gave tanden en kiezen verloren gaan door tandvleesproblematiek.

3. Doelmatigheid:

- Welk doel wordt er nagestreefd dan? Kostenbesparing of kwaliteit van zorg? Indien kostenbesparing het doel is, dan zal blijken dat er dus meer onnodige kosten worden gemaakt. Niet alleen omdat er te vroeg geboord wordt, maar ook door de iatrogene schade die daaruit volgt. Een andere kostenpost die zal ontstaan, zijn de kosten van rechtsbijstand, schadeclaims van patiënten en gerechtelijke procedures hiervan.

Over de doelmatigheid van de kwaliteit heb ik hierboven al gesproken. Mondhygienisten leveren uitstekende kwaliteit bij tandvleesbehandelingen, want daar zijn ze primair voor opgeleid. NIET voor primair boren en vullen.

4. Continuïteit van de zorg:

- De continuïteit van de zorg STOPT. Er zijn nu al bijna geen mondhygienisten te vinden die zich willen toeleggen op de basis van het gebit, namelijk het tandvlees. Als zij meer gaan boren en

vullen, komt de continuïteit van die zorg in gevaar. Als kinderen verkeerd behandeld worden, kunnen zij daar een trauma aan overhouden. Dit kan tot gevolg hebben geen bezoeken meer te brengen aan de tandarts. Hiermee komt de continuïteit ook in het gedrang. Door de vergrijzing krijgen wij te maken met steeds meer mensen die hun gebit gaan behouden voor langere termijn. De problemen die volwassenen en ouderen over het algemeen hebben zijn NIET gaatjes, maar voornamelijk TANDVLEES problemen. We hebben juist meer professionele mondhygienisten nodig in de toekomst om dat op te vangen. Dus ook hier komt de continuïteit in het gedrang.

5. Samenwerking tandarts en mondhygienist.

- De samenwerking is nu optimaal, omdat de tandarts en mondhygienist samen overleggen en op beslissende indicatie van de tandarts besloten wordt tot behandeling. Indien deze bevoegdheid bij de mondhygienist komt te liggen, zal de mondhygienist zich steeds meer gaan afzonderen en zelf verder gaan, zonder overleg en samenwerking met de tandarts. De rapportage en terugkoppeling zal veel meer tijd in beslag nemen, waarmee er ook minder tijd is om te behandelen, wat de kosten ook verhoogd van de gezondheidszorg. Er wordt in het concept gesteld dat de tandarts zich kan toeleggen op de bredere mondzorg. Door de deze extra taken en het oplossen van problemen die even tussendoor snel opgelost moeten worden, omdat er een complicatie is opgetreden bij het boren door de mondhygienist, gaat juist nog meer van de duurzame tijd van de tandarts af.

Rest mij nog te verzoeken dat indien dit project uitgevoerd gaat worden, het ook op deze manier aan de patiënten duidelijk gemaakt moet worden. Dat zij de komende 5 jaar een proefkonijn zijn waarop mondhygienisten zelfstandig zonder begeleiding of controle mogen oefenen, daar waar zij tijdens hun studie maar 8 x hebben mogen/kunnen oefenen! Misschien wil minister Schippers als eerste proefkonijn fungeren en eventueel haar kinderen hun eerste gaatje laten boren door iemand die daar geen ervaring mee heeft.

Wij Patienten, mondhygienisten en tandartsen moeten dit NIET willen!