

Vijftig jaar geleden was pijn in de mond een belangrijke oorzaak voor ziekte verzuim en schoolverzuim. Ouders gaven hun kinderen een kunstgebit als huwelijks cadeau. Dit is voltooid verleden tijd. De mondzorg in Nederland staat op een hoog niveau. Dit is te danken aan een beroepsgroep die de hoge kwaliteit levert, en een overheid die de voorwaarden heeft geschept om dat mogelijk te maken. Na WO II zijn de opleidingen verbeterd, het beroep kreeg een wetenschappelijke onderbouwing, vervolgens werden genoeg wetenschappelijk onderbouwde professionals opgeleid en daarna werd naar doelmatigheid gezocht. Toegankelijkheid is mede bepalend voor kwaliteit, en daarmee de betaalbaarheid en aanbod. De tandartsen zijn bij uitstek een beroepsgroep die gezocht heeft hier een evenwicht in te vinden. Zij staan op het standpunt dat voor hoge kwaliteit een wetenschappelijk opgeleide professional noodzakelijk is, tegelijkertijd weten zij dat niet perse al het werk door deze professional gedaan hoeft te worden. De veiligheid voor de patiënt en kwaliteit zijn hierbij leidend.

De overheid heeft zich ten doel gesteld de zorg zo doelmatig mogelijk in te richten: lagere kosten met gelijk blijvende toegankelijkheid en kwaliteit. De overheid heeft gezien dat verplaatsen van taken in de mondzorg een mogelijkheid biedt en wil dit nu zorgbreed doortrekken. Echter daar waar de professie het noodzakelijk acht een wetenschappelijk opgeleide de eindverantwoordelijk te houden voor de kwaliteit en de veiligheid van de patiënt (taakdelegatie), wil de overheid, substitutie van die zorg door lager opgeleidenen, of te wel: taakherschikking. De hoop is dat, ondanks minder wetenschappelijk opgeleide zorgverleners, de zorg goedkoper wordt, en de kwaliteit en de veiligheid toch geborgd kan blijven...

Is dat ook zo?

1. Blijft de veiligheid en de kwaliteit geborgd bij minder tandartsen?
2. Is substitutie van zorg daadwerkelijk doelmatiger met behoud van veiligheid en kwaliteit?

Bij substitutie van de zorg is overdracht een cruciaal onderdeel voor de veiligheid van de patiënt. Hoe meer overdracht momenten, hoe groter de kans op informatie verlies, interpretatie verschillen, verhoging van administratieve kosten, en verlies van tijd voor zowel de zorgverlener als de patiënt. Allemaal zaken die de kwaliteit, de doelmatigheid en de veiligheid voor de patiënt in de weg staan.

Het is zeer de vraag of de lager opgeleide zorgprofessional voldoende kennis, inzicht en vaardigheden heeft om de gevraagde verantwoordelijkheid over te nemen. Het is zowel voor de veiligheid van de patiënt als van de zorgverlener cruciaal dat de verantwoordelijkheid aangepast wordt op het opleidingsniveau, hiervoor moeten ondubbelzinnige criteria aangelegd worden. Zijn die er?

Substitutie van zorg leidt ook tot protocolleren van de zorg, dit is nodig om de veiligheid en de kwaliteit te borgen. Hoewel protocolleren van de zorg doelmatigheid kan stimuleren, kan het ook juist kosten verhogend werken.

Het opleidingsniveau van de zorgverlener blijkt hier een belangrijke rol te spelen.

1. *CMAJ* 2014. DOI:10.1503/cmaj.131101: quote: "Interpretation: In this trial, the rate of successful radial-head subluxation performed by nurses was inferior to the physician success rate."
2. *Medisch Contact* 2016,(26),14-7. **Ziekenhuis Bernhoven doet meer met minder**, quote: "door een patiënt op de SEH te laten behandelen door een specialist (JB: in

plaats van een basisarts, verpleegkundige, NP of PA) is een ziekenhuisopname minder vaak nodig en kan de patiënt eerder naar huis.“

Hoger opgeleid personeel kan protocollen beter toepassen waardoor de zorg doelmatiger wordt. Door hoger opgeleid personeel kunnen protocollen flexibeler ingezet worden en zijn ze minder rigide, omdat er veel meer achtergrond kennis is om gefundeerd af te kunnen wijken en dus stappen uit een protocol te by-passen. Met name dat laatste leidt tot efficiëntie.

Er zijn omgevende voorwaarden naast de uitvoerende professional die de kwaliteit van de zorg bepalen. Deze omgevende voorwaarden, de overhead kosten, ongeveer 70-80% van de praktijkomzet, veranderen niet als je het niveau van de professional verlaagd. In hoeverre kan substitutie van de zorg dan de zorgkosten drukken? Is er dan ineens minder ondersteunend personeel nodig? Dat is onwaarschijnlijk, omdat allerlei richtlijnen en overheidsaanwijzingen hier bepalend zijn. Substitutie vraagt juist om meer overdracht, meer administratie, meer overhead. Substitutie vraagt om meer protocolleren van de zorg, met als gevaar meer overhead en meer zorgproducten. Substitutie vraagt ook om meer controle, en dus nog meer overhead.

Kortom, de KNMT kan niet anders concluderen dan dat de overtuiging van de overheid, dat substitutie van zorg tot doelmatigheid leidt, niet is onderbouwd. Er zijn veel redenen om juist aan te nemen dat substitutie kostenverhogend werkt en tot verlies van kwaliteit leidt.

Bij uitstek heeft de tandarts en de tandarts-specialist gezocht naar de grenzen van de taakdelegatie, omdat voorzien werd dat dit doelmatigheid kan vergroten. Onder geen beding wil de KNMT hiermee de veiligheid van de patiënt in gevaar brengen. De KNMT heeft meegewerkt aan onderzoeken om te kijken waar de grenzen van dit beleid liggen, maar wil dit alleen op een verantwoorde manier doen. Daarom heeft de KNMT met de overheid afgesproken dit beleid eerst te onderzoeken alvorens het landelijk door te voeren. Het substitutie beleid is beschreven in verschillende rapporten: 2000 Capaciteit mondzorg; aanbevelingen voor de korte en lange termijn (prof. Dr. R.M. Lapre c.s, 2000); “Innovatie in de Mondzorg” (Linschoten c.s. 2006). Op grond van deze rapporten zijn er, zonder te wachten op de evaluatie rapporten en tegen het advies van de KNMT inmiddels al verschillende beleidsaanpassingen gedaan. Er worden sinds 2000 minder tandartsen opgeleid, en de mondhygienist waarvan men denkt dat die 60% van de taken kan overnemen, heeft met een AMvB in 2006 grotere bevoegdheden gekregen.

Onderwijl heeft VWS onderzoek laten verrichten om onderbouwing te verkrijgen voor zijn beleid: Capaciteits plan, deelrapport 3 (Capaciteitsorgaan 2010, 2013). Ook zijn er uit de professie, de consumenten en patiënten verenigingen onderzoeken opgestart die deze belangrijke beleidswijziging hebben onderzocht.

Uit alle rapporten blijkt dat het doel van de overheid: een kostenbesparing met gelijkblijvende kwaliteit en toegankelijkheid niet gehaald wordt met substitutie van de zorg.

Capaciteitsorgaan 2010/2013 ten aanzien van substitutie:

1. er is een lager intern rendement bij de opleiding (60 % bij de HBO tegen over 85% WO)
2. er is een lager extern rendement: HBO werkt 0,73 FTE, WO 0,85 FTE, ondanks dat ook in WO een grotere instroom van vrouwen is.
3. De mondhygienist gaat jonger met pensioen.

4. Om het interne en externe rendement te compenseren moeten er 20% meer mondhygienisten opgeleid worden.
5. Door het tekort aan tandartsen is het noodzakelijk geworden tandartsen uit het buitenland te halen. Hiervan is het externe rendement 60%.
6. Door minder tandartsen op te leiden is er een capaciteitsverlies uitgerekend van 22% - mits de toestroom van buitenlandse tandartsen blijvend is-, terwijl de zorgvraag 3-11 % toeneemt. Dit kan, zelfs als de verplaatsing die de overheid voor ogen heeft bereikt wordt, niet opgevangen worden door lager opgeleid personeel. Nederland stevent af op een tekort aan aanbod voor mondzorg in de volle breedte van de zorg.
7. De mondhygienisten zijn maar gedeeltelijk aangesloten bij de belangenberoepsorganisatie NVM. Dit bemoeilijkt het onderzoek naar de mogelijkheid voor substitutie.
8. Openlijk wordt de onderbouwing van de rapporten van Lapre en Linschoten in twijfel getrokken

De rapporten tonen aan dat het beleid is gebaseerd op drijfzand. Terwijl de overheid direct adviezen van Lapre en Linschoten heeft geïmplementeerd, legt ze al jaren de adviezen van het Capaciteitsorgaan, deelrapport 3 (2010, 2013) naast zich neer. Dit wijst op tunnelvisie, met een gevaarlijke consequentie voor de Nederlandse burger.

NIVEL

1. Voor dezelfde behandeling blijkt een mondhygienist meer tijd nodig te hebben dan een tandarts.
2. 64% van de patiënten verkiezen een situatie waarbij tandarts en mondhygiënist in dezelfde praktijk werkzaam zijn
3. Alleen bij preventieve behandelingen geniet de mondhygiënist bij de patiënt de voorkeur. Met name met het vullen van tanden en kiezen, de periodieke controle en orthodontisch behandelen geniet de tandarts de voorkeur, ook als men bezoek aan de mondhygiënist gewend is.
4. Prijs is niet de meest belangrijke parameter voor de keuze bij de patiënt.
5. De patiënt wil zelf de keuze kunnen maken.

Keuzevrijheid is een groot goed. Zeker als je de zorg zelf moet betalen, immers mondzorg is geen verzekerde zorg. Het beleid van de overheid grijpt in op deze keuzevrijheid, en grijpt dus in op een basisrecht van een consument, de patiënt.

Uit het Promotieonderzoek van K. Jerkovic blijkt dat de gemiddelde mondhygienist de substitutie taak helemaal niet op zich wil nemen

“...Mondhygiënist in vrijevestigde praktijken zijn tevredener met hun inkomen dan mondhygiënist in grote praktijken. Degenen die restaurantief werk doen zijn het minst tevreden met hun inkomen. Praktijktoeepassing van een breder takenpakket voor mondhygiënist leidt niet automatisch tot meer werktevredenheid. Variatie in het takenpakket draagt daar wel aan bij, onder de voorwaarde dat in de functie autonomie en taakidentiteit behouden blijven. Beloning en inhoud van het takenpakket dienen in redelijke verhouding te staan. ...”

Een beroepsgroep wordt dus door de overheid gedwongen andere taken te verrichten dan waarvoor zij gekozen heeft en opgeleid is. De slager moet brood gaan bakken! Is dit waar we in Nederland naar toe willen gaan. Ook hier geldt dat de overheid niet het recht heeft iemands keuzevrijheid te belemmeren.

Patiënten willen door een tandarts behandeld worden. Dat is de reden dat het tandarts tekort wordt opgevangen door buitenlandse tandartsen. In geen zorgprofessie komt zoveel migratie voor als in de mondzorg. De Nederlandse patiënt vindt hinder van communicatie problemen door taal. Schriftelijke overdracht, noodzakelijk voor samenwerking tussen zorgverleners verloopt niet vlekkeloos. Onduidelijk is in hoeverre de buitenlandse opleiding aansluit op de opleidingseisen in Nederland, dit speelt een rol bij de kwaliteit van de geleverde zorg. Als zij dan eindelijk de taal goed beheersen, voldoende ervaring hebben opgedaan en als volwaardig tandarts kunnen functioneren in de Nederlandse samenleving, gaan de meesten weer terug naar hun thuisland.

De buitenlandse tandarts komt ook niet gratis. In een arrest van de Hoge Raad (<http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:GHSHE:2013:4302>), werd vastgesteld dat de buitenlandse tandartsen aangemerkt moeten worden als 'kennis migranten', waarvoor geldt dat zij 8 jaar lang onder een gunstig belasting regime vallen. Het beleid van de overheid noopte de rechter tot deze uitspraak. De uitspraak is o.m. gebaseerd op de rapporten van het Capaciteitsorgaan en Linschoten c.s.. Uitgaande van 3000 ingeschreven buitenlandse tandartsen zou alleen al van de belastingderving die deze regeling met zich mee brengt waarschijnlijk voldoende tandartsen per jaar opgeleid kunnen worden om het tekort nagenoeg te compenseren. Tandartsen die blijven, tandartsen die de taal spreken, tandartsen die een bekende kwaliteit leveren. Het overheidsbeleid dat dus gericht is op doelmatigheid en kostenbesparing, geeft aan de achterdeur meer geld uit dan het ooit kan opleveren.

De KNMT kan niet anders doen, dan dit beleid met kracht af te keuren. Wij roepen de 2^e kamer dan ook op, ondanks dat mondzorg niet hoog geprioriteerd lijkt te staan, ondanks dat hun kiezers nu nog geen problemen hebben, verder te kijken en met visie keuzes te maken voor een mondzorgbeleid dat garanties biedt op behoud van kwaliteit en toegankelijkheid voor de Nederlandse burgers.