

De mondhygiënist: functionele zelfstandigheid en kindertandheelkunde

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft informatie verschaft over taakdelegatie in de tandartsenpraktijk via de circulaire 'Taakherschikking in de tandheelkundige praktijk en het uitvoeren van voorbehouden handelingen door niet-tandartsen.' Dat is een goed initiatief. Tegen lichtvaardige opvattingen over taakdelegatie dienen patiënten - en natuurlijk ook het vertrouwen in de professie - nadrukkelijk te worden beschermd.

Voor de mondhygiënist geldt dat deze als enige over een functionele zelfstandigheid beschikt met betrekking tot de met name genoemde voorbehouden handelingen. De mondhygiënist moet daarvoor een opdracht ontvangen. Onderzoek van Brands en anderen (NTvT september 2007) toont aan dat delegatie van taken bij kindertandverzorgeren regelmatig niet verloopt conform de door de wetgever beoogde regelgeving. Die situatie is niet uniek voor de tandheelkunde. Een zelfde beeld wordt aangetroffen bij taakdelegatie van artsen aan verpleegkundigen en andere niet-artsen.

In de tandheelkunde blijkt zelfs dat in het algemeen onbekwaamheid van de kindertandverzorgende geen reden is voor de tandarts een behandeling niet te delegeren en evenzo is het voor de kindertandverzorgende geen reden om een behandeling niet uit te voeren. 54% van de kindertandverzorgeren gaven anesthesie toe te dienen en 37% preparaties te maken zonder de daartoe vereiste opdracht. Ook de bereikbaarheid van de tandarts in geval van calamiteiten blijkt allerm minst waterdicht te zijn. Uit eigen onderzoek (proefschrift, 1986) bleek dat ongeveer 25 jaar geleden al 34% van de mondhygiënisten taken kreeg opgedragen die de wettelijke bevoegdheden te boven gingen (afb. 1). Uit een Amerikaans onderzoek van 1977 bleek zelfs dat alle mondhygiënisten taken uitvoerden die

niet tot het gelimiteerde pakket behoorden. In 30% van de gevallen ging het daarbij om meer dan vier verrichtingen. Tandartsen dragen dus zelf behoorlijk bij aan onbevoegde uitoefening.

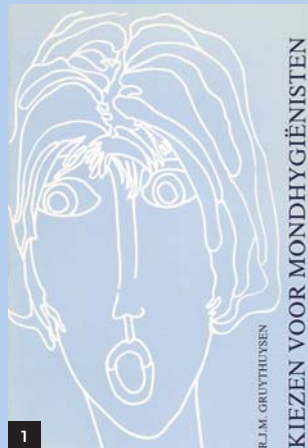
Functionele zelfstandigheid

De in 2006 verkregen functionele zelfstandigheid houdt in dat de mondhygiënist bepaalde voorbehouden behandelingen kan doen op basis van een opdracht door de tandarts op eigen locatie. Gezien de praktijk van de verwijzrelatie zoals die bestaat met betrekking tot de kindertandverzorgende, moet men rekening houden met een verslechtering van de kwaliteit van de verwijzrelatie als de betreffende zorgverleners in verschillende praktijken werkzaam zijn. Men kan zich afvragen wat die opdracht in dat geval inhoudt:

- Is die globaal op basis van een raamprotocol of specifiek omschreven voor iedere behandeling bij iedere individuele patiënt?
- Worden er afspraken gemaakt over de procedure met betrekking tot de behandeling en de toe te passen materialen (welk adhesief systeem, welke composiet?) of wordt dat niet nodig geacht?
- Wat gebeurt er met pijnklachten?
- Hoe wordt de keuze tussen poetsen, sealen of prepareren bepaald?
- Hoe diep mag de primaire caviteit zijn die voor behandeling door een mondhygiënist in aanmerking komt? Cariës media of dieper?
- Het uitboren van een zelfgemaakte restauratie die cervicaal in de box kiert zou niet mogen, want het is geen primaire caviteit meer. Of knijpen we dan een juridisch oogje dicht? Of hoeven we daar niet bezorgd om te zijn omdat in de circulaire van de Inspectie staat:

1. Proefschrift 'Kiezen voor mondhygiënisten', stelling VIII: 'De verlengde arm is korter dan men denkt.'

2a-b. Door de geringe mondopening paste de mondspreader zichtbaar niet, maar op de kwaliteit van de restauraties was niets aan te merken.



‘Bij alle andere voorbehouden handelingen zoals genoemd in artikel 36 van de Wet BIG (zoals de behandeling van meer dan primaire caviteiten; leggen van meervlaksvullingen, etc.) gelden de in de aanhef van deze notitie genoemde voorwaarden onverkort ook voor de mondhygiëniste.’

Met andere woorden: bij meervlaksvullingen geldt niet de functionele zelfstandigheid.

Meervlaksvullingen

Navraag bij de Inspectie leert dat deze het liefst had gezien dat de beroepsorganisaties zelf tot een eenduidige stellingname waren gekomen ten aanzien van taakdelegatie en dat het schrijven van de circulaire niet nodig was geweest. Zij begrijpt dat de toelichting op het punt van meervlaksvullingen tot misverstanden kan leiden, maar bedoelt vooral aan te geven dat de functionele zelfstandigheid slechts een beperkte vorm van voorbehouden behandelingen toelaat. Meer complexe behandelingen (bijvoorbeeld diepe cariës vanwege het risico op ontsteking, of extractie) vallen hier niet onder.

Overigens betreft de meeste restauratieve zorg (70-80%) het vervangen/repareren/uitbreiden van bestaande reparaties die zonder meer al niet valt onder de conditie van functionele zelfstandigheid. Daarnaast is restaureren van primaire cariës vaak niet nodig. In een recent artikel in de *Journal of Dental Research* naar de effectiviteit van sealen over niet-gecaviteerde cariës werd geconcludeerd: ‘Sealing non-cavitated caries in permanent teeth is effective in reducing caries progression.’

Een van de doelstellingen van het NMT-project ‘Kies voor gaaf’, waarin ook de mondhygiënisten worden betrokken, is om de zorginzet van mondhygiënisten en assistenten beter in kaart te brengen.

Dat sluit dus aan bij de wensen van de Inspectie.

Taakdelegatie in de kindertandheelkunde

Nog niet zo lang geleden werd door een mondhygiënist/kindertandverzorgende een kind naar mij verwezen met amelogenesis imperfecta. Bij het kind was een behandelplan gemaakt en het melkgebit was keurig gesaneerd. Er waren zelfs voorgevormde kroontjes geplaatst, waarvan men zich moet afvragen of dit tot het takengebied gerekend mag worden (afb. 2a-b). De doorverwijzing had

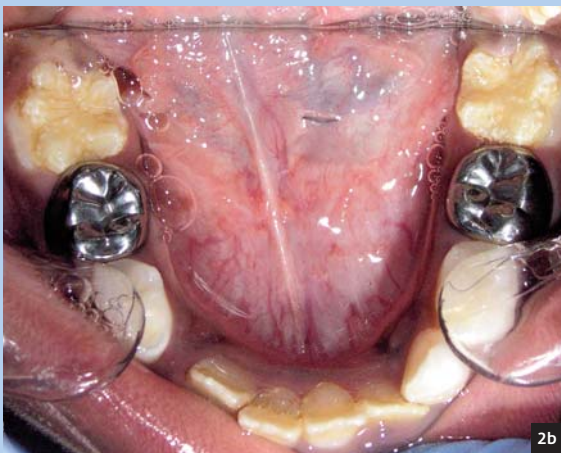
plaatsgevonden vanwege de pathologie in het blijvend gebit. Bij de verwijs was een uitdraai van de behandelkaart gevoegd. Uit geen enkele notitie kon worden opgemaakt dat er ook aandacht aan de mondhygiëne was besteed. Desgevraagd vertelde de moeder dat eenmaal daags de tanden werden gepoetst. Ze wist niet dat het advies 2x daags tandenpoetsen is. Dat was jammer, vooral omdat door de toestand van het blijvende gebit het risico op cariës groter was.

Is dit een uitzondering? Ik hoop het, maar uit eigen en ander onderzoek is bekend dat het beschikken over curatieve vaardigheden leidt tot ‘curatief gedrag’.

Kindertandheelkunde en cariologie

Gemiddeld genomen gaat het met het kindergebit helemaal niet slecht. Er is echter een kleine groep waarbij veel laesies worden aangetroffen. In kringen van de kindertandheelkunde wordt gesproken van een lage verzorgingsgraad bij kinderen uit deze groep, maar men bedoelt een laag vullingsgetal. Men is van mening dat een deel van de professie hier te weinig aan doet. Dat is zeker zo, maar de vraag is of het leveren van adequate zorg synoniem is aan het vullen van gaatjes. In NT nr. 3 van dit jaar schreef een pedodontoloog die kennelijk streeft naar maximalisatie van de verzorgingsgraad: ‘Als niet restaureren “intellectual decision not to restore” onderdeel uitmaakt van een op het kind gericht beleid, leidt dat tot een restauratiegraad van slechts vijftig procent. Binnen dat beleid wordt er door de Nederlandse tandarts Pedodontologen nog steeds drie keer zoveel gevuld en zes keer zoveel geëxtraheerd, genormeerd per honderd verzekerden, als door hun collega’s.’

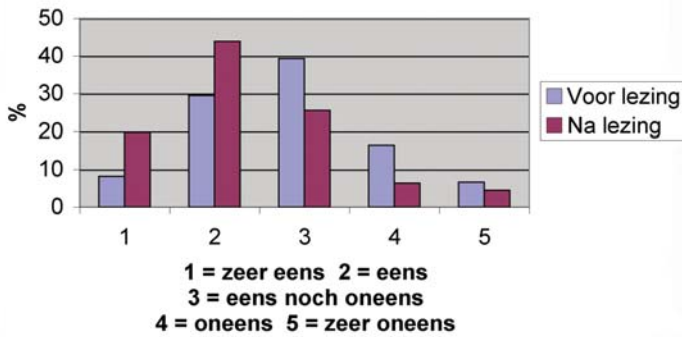
Uit het focussen op de verzorgingsgraad blijkt dat de consequenties van de huidige ontwikkelingen in de cariologie in de kindertandheelkunde nog maar mondjesmaat worden geaccepteerd. Dat is vreemd, omdat hierop afgestemd beleid meer gericht is op gebitsgezondheid, minder belastend is voor kinderen en daardoor een ethische plicht inhoudt (afb. 3). Maar het is ook begrijpelijk als men bedenkt dat we het hier hebben over een principiële andere benadering dan we gewend zijn. Dat wordt niet gewaardeerd in praktijken waar op routinebasis caviteiten worden gevuld en elementen geëxtraheerd. Mondhygiënisten kunnen er aan bijdragen de koers te verleggen. Maar ze moeten daarvoor wel voldoende steun krijgen van de tandarts.



3. Non-invasieve strategie door beslijping. De situatie is stabiel. De communicatie met de moeder verloopt goed. De eigen tandarts had in de onderkaak diverse extracties gedaan, waaronder zelfs een melkcuspidaat. Patiënt werd verwezen wegens onbegrepen actieve cariës. Van die 'activiteit' was weinig te merken na adequate begeleiding.

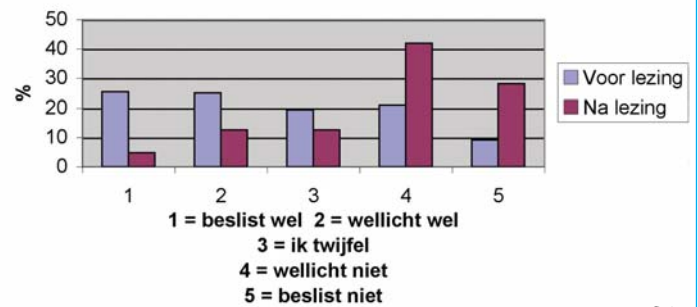
advertentie

Pedodontologen moeten de aandacht voor non-invasieve zorg stimuleren



Grafiek 1

Stefan, 4 jaar, hartklepprobleem (ADHD, niveau 3 jaar), geen klachten. Boren/restaureren/extractie?



Grafiek 2

Een terecht punt van kritiekten aanzien van non-invasieve zorg is dat de financiering hiervan niet adequaat is geregeld, waardoor men dus omwegen moet bewandelen om deze zorg toch te declareren. Het wachten is op de mogelijkheid van protocolaire non-invasieve behandeling (incl. informed consent, ondersteunend onderzoek zoals X-foto's en monddia's gecombineerd met verslagen van de communicatie met de patiënt) en het adequate honoreren daarvan als de zorgverlener het zorgproces inzichtelijk kan maken voor derden (zorgverzekeraars).

Mondhygiënisten en non-invasieve strategieën

Professionele non-invasieve strategieën bieden mogelijkheden om tot een andere, meer kindvriendelijke aanpak bij de tandheelkundige behandeling van kinderen te komen. Bij uitstek zouden hiervoor op grote schaal onder goede begeleiding mondhygiënisten kunnen worden ingezet.

Tijdens het congres van de Vereniging Promotie Mondhygiëne in 2007 hield ik voor ongeveer 450 mondhygiënisten en een aantal voorlichtingsassistenten een lezing over non-invasieve strategieën. Voorafgaand hieraan werd een lezing gehouden door een pedodontoloog die bij voorkeur invasieve zorg aanbeveelt. Aan het begin en het eind van mijn lezing vroeg ik de congresgangers in hoeverre men zich kon verenigen met de stelling: 'Pedodontologen moeten de aandacht voor non-invasieve zorg stimuleren'.

Na mijn lezing waren duidelijk meer toehoorders het met deze stelling eens (zie grafiek 1). Ook vroeg ik op dezelfde wijze het oordeel over een casus. Na de lezing waren er heel wat toehoorders die op hun aanvankelijk invasief georiënteerde oordeel terugkwamen (zie grafiek 2 en de kindertandheelkundecasu direct na dit artikel).

Craag had ik vernomen of er verschil zou zijn tussen mannen en vrouwen. De vraag is namelijk waar de toestroom van mannen in het beroep toe zal leiden: meer invasief handelen? Pedodontologen en algemeen practici zullen het goede voorbeeld moeten geven met meer aandacht voor non-invasieve behandelingen.

Opleiding

In het onderwijs kindertandheelkunde zijn in alle haast allerlei stappen genomen om in de wens naar meer scholing op invasief gebied zo snel mogelijk te voorzien.

De overheid is namelijk begonnen met de bevoegdheid te verlenen voordat de opleiding zich voldoende hierop had kunnen voorbereiden. De laatste twee jaar heb ik zes studenten in het laatste jaar van hun studie begeleid die kindertandheelkunde als keuzevak hadden gekozen. In doorsnee hebben ze goed hun best gedaan, maar wat mij opviel is dat ze allen nogal problemen hadden met het zelfstandig oplossen van eenvoudige klinische vragen als 'Ga na wat bij kinderen effectiever is: tanden borstelen met de hand of elektrisch?' of 'Wat is de indicatie voor een onderlaag in de restauratieve tandheelkunde?' Hier kwam een duidelijk verschil met studenten tandheelkunde aan het licht. Natuurlijk, de ervaring met zes studenten is beperkt en zeker niet representatief. Toch is de vraag of de beperking in vooropleiding (die verschilt nogal tussen studenten en ik ken mondhygiënisten die met deze vragen beter zouden omgaan) zich hier gaat wreken. Het was daarom mijns inziens een wijs besluit van het Discipline Overleg Tandheelkunde om aan mondhygiënisten - voor toelating tot het applicatiejaar Tandheelkunde - dezelfde eisen met betrekking tot de vooropleiding te stellen als aan aspirant studenten tandheelkunde.

Wat mij bovendien tegenviel van de stagiaires was dat ze de neiging hadden vast te houden aan de achterhaalde klassieke wijze van voorlichten door steeds maar weer instructie te geven. Meer van hetzelfde werkt nu eenmaal niet. Mijns inziens kan de inzet in de kindertandheelkunde bij non-invasieve behandelingen van kinderen niet los worden gezien van effectieve communicatie met ouders (bij studenten tandheelkunde gaat dit overigens waarschijnlijk niet veel beter). Nu krijgen mondhygiënisten wel goede voorlichtingsles, maar de vraag is wat hiervan blijft hangen en of de training niet intensiever moet zijn.

Wat de opleiding betreft ben ik trouwens van mening dat al het onderwijs betreffende voorbehouden behandelingen zowel preklinisch als klinisch, rechtstreeks dient te ressorteren onder een tandarts-leeropdrachthouder om te trachten te voorkomen dat ergens in het onderwijstraject ongewenste informatie wordt overgebracht.

Marktwerking

Het idee mondhygiënisten op te leiden om zelfstandig gaatjes te vullen is vooral een economisch besluit geweest, een kwestie van (de steeds meer bekritiseerde) marktwer-

king. Een gaatje vullen kun je namelijk iedereen leren. Daarbij is geen rekening gehouden met de complexiteit van de huidige cariësdagnostiek, de grote variëteit aan vulmaterialen (inclusief de benodigde kennis hierover) en de optie dat veranderde inzichten de vraag naar gaatjesvullers zal doen afnemen en naar preventieve zorg zal doen toenemen.

De functionele zelfstandigheid ten aanzien van voorbehouden handelingen biedt mijns inziens niet zonder meer voldoende zekerheden voor goede zorg. Mogelijk zijn enkelen die veel ervaring hebben opgedaan in een tandartsenpraktijk hiertoe in staat, maar ik geloof niet dat dit geldt voor de meesten en zeker niet voor de pas afgestudeerden. Er is dus volgens mij alle reden toe dat wij tandartsen bij verwijzing naar zelfstandig gevestigde mondhygiënist die voorbehouden behandelingen bij patiënten doen, goed in de gaten houden wat onze opdracht is en ook of er in de zin van de opdracht wordt gehandeld. Het is belangrijk dat wij in eerste instantie naar ons zelf kijken en het goede voorbeeld geven. Dat zal er zeker toe bijdragen dat mondhygiënist adequate zorg leveren. Die noodzaak van toezicht geldt natuurlijk ook bij gedelegeerde behandelingen in de eigen praktijk van de tandarts.

Conclusie

De problemen die Brands tegenkwam in zijn onderzoek bij kindertandverzorgenden zullen door de functionele

zelfstandigheid van mondhygiënist zeker niet vanzelf kleiner worden. Het hele zorgsysteem wordt alleen maar onoverzichtelijker met betrekking tot verantwoordelijkheden en kwaliteit van zorg. Als de zorgverleners al in het web van zorgmogelijkheden dreigen te verdrinken en niet meer weten wie wat mag doen onder welke conditie, hoe zal het dan met de patiënt gesteld zijn? De belangen van beleidsmakers/politici en van patiënten dreigen steeds meer uit elkaar te lopen. Preventieve medewerkers zijn steeds vaker actief op het vlak van curatie. Uit internationaal onderzoek blijkt dat preventieve taken (want weinig status en inkomsten) daardoor naar de achtergrond verdwijnen. Zolang niet wordt begrepen dat beheersing van mondproblemen belangrijker is dan invasieve interventie is er weinig hoop. Daarom is het extra belangrijk dat in het NMT-project 'Kies voor gaaf' door tandartsen en mondhygiënist heldere en constructieve afspraken over taakdelegatie worden gemaakt voor de toekomst. «

Opm.: Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel.

advertentie