

Reactie bij Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist.

2 oktober 2016

J. Craandijk. Parodontologie Praktijk Leiden.

<http://www.ppleiden.nl/>

Er zijn minstens 3 argumenten waarom deze AMvB niet moet worden ingesteld.

Argument 1. De aanname bij de AMvB is: De mondhygiënist is in staat bij een nieuwe patiënt een zorgplan op te stellen. Dat is onjuist.

In artikel 4 van de concept AMvB is vanuit de opleidingen en de regelgeving opgenomen:

Artikel 4

De opleiding, bedoeld in artikel 3, heeft een studielast van 240 studiepunten, omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs en is er op gericht dat de betrokkene competenties verwerft, behorend tot het gebied van deskundigheid als bedoeld in artikel 6, ter zake van:

- a. professionele mondzorgkundige vorming;
- b. communicatie en voorlichting;
- c. onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan;
- d. instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid;
- e. beginselen van de mondzorg;
- f. praktijkvoering

In lid c is opgenomen dat “op het gebied van de preventieve mondzorg” onderzoek en diagnose plaatsvindt. Hier wordt bedoeld dat de preventieve mondzorg een belangrijk doch beperkt onderdeel is van de gehele mondzorg (waaronder pathologie, curatie en preventie) die door de tandarts wordt aangeboden.

Het uitsluitend opstellen van een behandelplan op basis van onderzoek en diagnose *op het gebied van de preventieve mondzorg* staat op gespannen voet met het opgewekte vertrouwen dat uit de AMVB volgt, dat voor de patiënt de eerstelijnscontrole van de mondhygiënist en de tandarts uitwisselbaar zijn.

De aanname van het opstellen van een zorgplan is uitsluitend correct waar het een preventief plan betreft op het gebied van cariës en tandvleesontsteking (bij de gezonde patiënt). De patiënt waar multipole tandheelkundige-, mondheelkundige- en systemische problematiek aanwezig is wordt hier niet in overeenstemming met de zorgplicht behandeld.

Argument 2. Het uitgangspunt van de taakherschikking is onjuist.

In het advies rapport van de adviesgroep capaciteit mondzorg was de niet getoetste aanname (citaat uit de AMvB):

De tandarts wordt de deskundige op het brede terrein van de mondzorg en degene die bij uitstek om geavanceerde en innoverende mondzorg te leveren (bijvoorbeeld plaatsen van implantaten, prothetische tandheelkundezorg, mondzorg op het raakvlak met algemeen medische zorg etc.). De dagelijkse 'onderhouds' mondzorg (controle, preventieve mondzorg, eenvoudige restauraties) kan dan aan een bachelor-opgeleide professional worden overgelaten. Dit uitgangspunt is de basis geweest voor de aanpassingen in de opleidingsstructuur voor de Mondzorgkunde. Het doel is daarmee om de doelmatigheid en kwaliteit te vergroten door een betere benutting van het beschikbare arbeidspotentiaal in de mondzorg. Het gaat dus om de kwaliteitsverbetering van het gehele mondzorgsysteem als zodanig. Het belang van de patiënt blijft daarbij voorop staan.

De niet- getoetste splitsing van geavanceerde/innoverende mondzorg met "onderhouds" mondzorg is een kunstmatige bureaucratische splitsing op basis van verrichting codes die niet in het klinisch handelen voorkomt. De patiënt die jarenlang 'gezond' is en een 'eenvoudig periodiek mondonderzoek' ondergaat, kan nieuwe pathologie ontwikkelen. Wanneer wordt bepaald dat de patiënt in de geavanceerde groep zit, en wanneer in de "onderhouds" groep? De signaleringsfunctie is bij screening van doorslaggevende betekenis en is klinisch zeer lastig uit te voeren. Als de professional die aangewezen is voor de eenvoudige zorg, de beslissing moet nemen om te bepalen wat geavanceerde zorg is, dan zal deze op de hoogte moeten zijn van de reikwijdte, indicatie en werkzaamheid van die geavanceerde zorg. Immers, wat je niet weet, kan je niet gebruiken. Management technisch en kennis theoretisch ligt het meer voor de hand om de poortfunctie bij de geavanceerd opgeleide professional te houden, zodat die vervolgens indiceert wanneer welke patiënten groepen minder zorg nodig hebben.

De aanname dat door deze taakherschikking de kwaliteit en de doelmatigheid in de mondzorg wordt vergroot, is niet door data onderbouwd. A fortiori: het betekent dat de kwaliteit van de mondzorg afneemt. Je doet dezelfde procedure, maar met minder kennis en kunde. Er zijn geen data die ondersteunen dat een beperkt referentie kader tot minstens even goede behandel beslissing leidt.

Argument 3: Het Nederlandse zorgsysteem staat op gespannen voet met de voorgestelde taak herschikking.

Vanuit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) :

Artikel 453

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende **professionele standaard**, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in [artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet](#).

Indien de mondhygiënist de poortwachterfunctie krijgt, zoals deze voor de tandarts geldt, dan zal de professionele standaard van de tandarts ook voor de mondhygiënist gelden. Immers, als de patiënt van de overheid de keuze krijgt tussen twee poortwachters, dan mag de patiënt er op vertrouwen dat deze beiden terzake kundig zijn.

De mondhygiënist kan echter vanwege de beperkte competenties en kunde vanuit de opleiding niet voldoen aan de professionele standaard van de tandarts.

Dat wringt des te meer vanuit de sinds 1 januari geldende Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKKGZ)

Hoofdstuk 2 WKKKGZ:

Artikel 2

- 1. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan.
- 2. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:
 - a. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
 - b. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard, en
 - c. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.
- 3. In afwijking van het eerste lid verleent een alternatieve-zorgaanbieder slechts zorg die buiten noodzaak niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt, waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Artikel 3

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, bedient zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen en, voor zover nodig, bouwkundige voorzieningen en, indien hij een zorgaanbieder is als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, 1°, draagt tevens zorg voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Dat betekent dat op de mondhygiënist een onderzoek plicht rust om uit te zoeken per patiënt of zij wel die zorg kunnen verlenen die voor de patiënt /cliënt gepast is. De kennis en competentie die hiervoor nodig is, ligt echter bij de tandarts.

Het is jammer dat de minister het werkveld van de mondzorg opknipt en de verhoudingen polariseert. De patiënt is de verliezer. Binnen de huidige wet en regelgeving, de competenties en de professionele standaard, was en is samenwerking tussen mondhygiënisten en tandartsen niet alleen waardevol maar ook noodzakelijk. Door nu de tandartstaken op te knippen en een collega functionaris in de mondzorg triage en beoordelingen (röntgen) taken te geven, neemt de kwaliteit van de zorg af, evenals de overzichtelijkheid over de taakverdeling en de verantwoordelijkheden.