

LS,

Nee, ik ben van mening, dat in het huidige voorstel er nog vele haken en ogen aan de taakbeschikking zijn, waarvoor in het ambtelijk ontwerp niet voldoende in definities, oplossingen en evaluatiecriteria is voorzien.

Artikel 5 lid 3 meldt het volgende: "...onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan". Hieruit spreekt onbekendheid met het werkveld. In de tandheelkunde wordt tegenwoordig heel veel nadruk gelegd op het opstellen van een zorgplan dat veel verder gaat dan het opstellen van een behandelingsplan. Dat gebeurt niet alleen in de opleiding maar wordt ook door de inspectie voor de gezondheidszorg (igz) wordt nadrukkelijk gemonitord.

Definitie zorgplan: dit geeft voor de individuele patiënt een overzicht van diagnostische ondersteunende, preventieve en/of curatieve (be)handelingen, die moeten leiden tot het behalen van het zorgdoel. Het zorgplan geeft bij voorkeur ook de achtergronden van deze handelingen: (samenvatting van) de uitgangssituatie (diagnoses), risico-analyse en prognose.

Definitie behandelingsplan: is de omschrijving van specifieke ondersteunende, preventieve en/of curatieve handelingen, die (bij voorkeur in het kader van een zorgplan) in een relatief korte periode worden verricht om specifieke problemen op te lossen of te voorkomen. [bron KNMT-richtlijn Patiëntendossier- herziening 2014]

Uitgaande van deze definities mag duidelijk worden dat met de beoogde zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist de nadruk zou moeten liggen op het opstellen van een zorgplan. Omdat dit niet als zodanig in het ambtelijk concept staat gespecificeerd roept dit de vraag op of de mondhygiënist voldoende opleiding en deskundigheid heeft om dit op te stellen.

Voor een deel vallen de buitenlands gediplomeerden onder de werking van de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties [artikel 3]. In reactie hierop wil ik kwijt dat voor zover mij bekend er in deze wereld geen enkel ander land is waar de mondhygiënist zoveel bevoegdheden heeft als in Nederland. Met deze amvb lijkt het mij daarom veel verstandiger om duidelijk te stellen dat buitenlands gediplomeerden slechts na voldoende bij en nascholing een 'zelfstandige bevoegdheid' zullen krijgen. Dat roept de vraag op of een buitenlandse mondhygiënist wel onder die titel in de Nederlandse tandheelkundige zorg kan instromen?

Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend mondzorgkundige behandelingen, strekkende tot het voorkomen of herstellen van aandoeningen van het gebit [citaat 6 lid c]. Het ambtelijk concept is erg inconsequent in het taalgebruik en aangezien het een grote stap inzet in de herschikking van taken binnen het veld van de mondzorg zou zorgvuldigheid in deze hier zeker op zijn plaats zijn. Waar gaat het nu om; mondzorg, tandheelkunde, heelkunde, gezondheidszorg, niet-complexe zorg, curatieve zorg?

In artikel 7 wordt beschreven dat de mondhygiënist is bevoegd tot het verrichten van heelkundige handelingen. De betekenis van het woord heelkunde is: "...geneeskunde waarbij ziekten en wonden worden genezen door middel van operaties". Het lijkt mij toe dat dit niet de bedoeling is van de wat er nu voor ons ligt. Veel zuiverder is het te beschrijven dat de mondhygiënist bevoegd istot het uitvoeren van preventieve en eenvoudige tandheelkundige handelingen.

Achtergrond en verwachtingen van dit experiment

Sinds de start van de opleiding tot mondhygiënist werden mondhygiënist opgeleid in het maken röntgenfoto's (het verrichten van handelingen met gebruikmaking van toestellen die ioniserende stralen uitzenden)..... De volgende stap in de taakherschikking is dat de

mondhygiënist de bevoegdheid krijgt toegekend om zelfstandige wijze voorbehouden handelingen te verrichten [citaat 6-7]

Het maken van een röntgenfoto is een eenvoudige handeling. Veel belangrijker in het kader van het toepassen van ioniserende straling zijn rechtvaardiging, stralingsbescherming en interpretatie. Wat betreft de interpretatie van een röntgenfoto. Voor een goede interpretatie van een röntgenfoto valt is een juiste inschatting van de kwaliteit van de foto van belang. Naast optimale beeldkwaliteit is een goede anatomiekennis noodzakelijk om de röntgenopnamen te kunnen interpreteren en om de normale structuren te kunnen onderscheiden van pathologische processen. Daarnaast is kennis van de tandheelkunde in de breedste zin van het woord noodzakelijk om risico's in te schatten en de prognose te bepalen. In de medische zorg ligt de verantwoordelijkheid van de interpretatie van de röntgenfoto daarom ook bij de radiologie die met een volledige medische opleiding en verdere specialisatie hiertoe bevoegd is. Ik heb mijn sterke twijfels of de huidig opgeleide mondhygiënist is staat is om hier in de volle omvang de verantwoordelijkheid voor kan nemen en ben vooral benieuwd naar hoe de overheid dit aspect zorgvuldig gaat onderzoeken en op basis van welke criteria er dan een 'go' of 'no go' wordt gegeven. In het kader van kwaliteit in de zorg is het te doen gebruikelijk om vooraf de criteria te formuleren alvorens met een nieuwe activiteit van start te gaan om die op basis daarvan te evalueren. Waarom vind ik dat niet terug bij onze overheid of gaan we achteraf bepalen aan welke criteria dit experiment had moeten voldoen?

Verwachtingen van dit experiment

De volgende stap in de taakherschikking is dat de mondhygiënist de bevoegdheid krijgt toegekend om op zelfstandige wijze voorbehouden handelingen te verrichten [citaat pagina 7]. Opvallend is dat er in het hele ambtelijk concept steeds gesproken wordt over 'het verrichten' van voorbehouden handelingen terwijl er zeker bij toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek aspecten zoals rechtvaardiging (indicatie) en interpretatie van de röntgenfoto het meest belangrijk zijn. De complexiteit van deze beide aspecten is naast het toepassen van ioniserende straling een belangrijke reden waarom een röntgenfoto tot een voorbehouden handeling wordt gerekend. Dit komt onvoldoende uit de verf en het zou beter uitgewerkt moeten worden.

De dagelijkse 'onderhouds' mondzorg (controle, preventieve mondzorg, eenvoudige restauraties) kan dan aan een bachelor-opgeleide professional worden overgelaten [citaat pagina 7].

Los van het feit dat een 'restauratie' per definitie niet tot onderhoud gerekend kan worden (zie kader) is onvoldoende duidelijk welke uitgangsconditie het hier betreft. Bijvoorbeeld geldt dit voor patiënten waarin (uitgebreid) kroon en brugwerk of ander prothetische voorzieningen aanwezig zijn of patiënten met tandheelkundige implantaten?

Definitie onderhoud: het totaal van activiteiten met als doel, het in "een aanvaardbare conditie" houden of terugbrengen teneinde (direct en op termijn) de "gevraagde mate van functionaliteit" te borgen.

Definitie Restauratie: het geheel van handelingen aan een beschadigd of gedeeltelijk verloren gegaan voorwerp met het doel dit terug te brengen in een van tevoren gedefinieerde toestand.

Met dit experiment wordt onderzocht of de mondhygiënist daadwerkelijk in staat zijn zelfstandig de voorbehouden handelingen te verrichten. Meer in het algemeen zal het bij de evaluatie gaan over of de toekenning van de bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen aan de mondhygiënist leidt tot de veronderstelde kwaliteitsverbetering in de individuele gezondheidszorg.

De variabelen waarop in ieder geval wordt geëvalueerd zullen zijn:

- a) kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);
- b) effectiviteit;
- c) doelmatigheid;

d)continuïteit van zorg;

e)samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënisten. [citaat pagina 7].

Wat betreft het voorgenomen onderzoek en evaluatie zou op dit moment algemeen gesteld kunnen worden dat er reeds een dergelijke evaluatie zou kunnen plaatsvinden, omdat een behoorlijk deel van de mondhygiënisten al vrijgevestigd of als zzp-er werkzaam zijn. Wat is de beweegreden om eerst de zelfstandigheid verder uit te breiden alvorens dit onderzoek te doen?

Verder heb ik de volgende specifieke opmerkingen:

-Ad a: Wat onvoldoende wordt beschreven is welke kwaliteitsindicatoren zullen worden gehanteerd om het succes van het experiment te bepalen. Heldere goed overdachte definities en indicatoren van kwaliteit zijn van belang om de patiëntveiligheid te waarborgen.

-Ad b: Omdat het niet een uitbreiding van 'de verrichtingen' die de huidige mondhygiënist al uitvoert betreft maar meer het verlenen van toestemming om dit 'zelfstandig' uit te voeren is het de vraag waarom niet eerst naar de huidige effectiviteit is gekeken alvorens tot deze taakherschikking over te gaan?

-Ad c: Doelmatigheid is inderdaad belangrijk hoewel niet wordt aangegeven om welke aspecten van de zorg die de mondhygiënist verleent hierin worden betrokken. Zeker zal belangrijk zijn om de rechtvaardiging van het nemen van een röntgenfoto hierin mee te nemen echter dat aspect is in het hele ambtelijk concept niet terug te lezen.

-Ad d en e: Continuïteit van zorg en samenwerking zijn nauw aan elkaar verbonden. Belangrijke aspecten zijn of er tijdig wordt doorverwezen naar een tandarts en of de mondhygiënist zich vergewist dat de patiënt ook daadwerkelijk op de juiste plaats terecht komt en de passende zorg ontvangt. Dit aspect is onvoldoende uitgewerkt. Hoe formeel en intensief moet deze samenwerking zijn en op welke criteria zal dit straks worden geëvalueerd. Daarbij was het voor de patiëntveiligheid belangrijk geweest om dit reeds onder de huidige omstandigheden te onderzoeken omdat er in veel situaties al op afstand wordt samengewerkt.

Kortom, los van het met deze amvb zelfstandig bevoegd maken tot het verrichten van twee voorbehouden handeling zijn er momenteel al ruim voldoende aanknopingspunten om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Waarom wordt dit onderzoek niet eerst gedaan, wat eveneens kan dienen als een nulmeting bij het voorgenomen experiment.

Hoewel mondhygiënisten die voor 2006 zijn afgestudeerd, niet zijn opgeleid om de nieuwe bevoegdheden uit te oefenen, hoeft er geen vrees te bestaan dat daardoor voor de patiënten risico bestaat dat zij worden behandeld door mondhygiënisten die niet bekwaam zijn om de tijdelijk toegekende bevoegdheden uit te oefenen [citaat pagina 8]. Op grond van welke gegevens wordt een dergelijk conclusie zo stellig geponeerd? Door de jaren heen is één van de belangrijkste taken die de mondhygiënist naast een voorname rol in preventie had was het behandelen van parodontale aandoeningen. Momenteel is duidelijk dat de opleidingen daar al in te kort schieten wat voor de Nederlandse vereniging voor Mondhygiënisten aanleiding is geweest om een post HBO 'leergang parodontologie' op te zetten. Als we op dit moment al constateren dat de opleiding tekort schiet is een taak die de mondhygiënist nu al wordt geacht uit te voeren waar komt deze stelligheid in het ambtelijk stuk dan vandaan en waarop is dat gebaseerd? Het lijkt erop dat er onvoldoende kennis is van wat er zich momenteel in het werkveld werkelijk afspeelt.

deskundigheidsgebied.

Als deskundige op het gebied van de preventieve mondzorg kan de mondhygiënist de verantwoordelijkheid dragen voor het screenen, monitoren en het uitvoeren van een grote categorie 'tandheelkundig niet-complexe behandelingen of het behandelen van patiënten van wie de gebitssituatie zo stabiel is, dat curatieve zorg niet of nauwelijks meer nodig is [citaat pagina 9].

Zoals het hier beschreven staat valt complexe zorg op het gebied van de 'parodontologie' buiten het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist terwijl zij/hij daar in het huidige

werkveld intensief op wordt ingezet. Hoe kijk de minister daar tegen aan? Het lijkt wenselijk om de beschrijving: ..aandoeningen van de het gebit omringende weefsels voorkomen, verminderen dan wel opheffen...[artikel 5 lid 3c] zorgvuldiger te specificeren.

Positionering van de mondhygiënist

Goede zorg brengt mee dat er, ook wanneer dit experiment van start gaat, samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënisten moet plaatsvinden. De mondhygiënist houdt zich immers alleen met de niet-complexe zorg bezig, voor de complexe mondzorg is het noodzakelijk dat een tandarts betrokken wordt. Mondhygiënisten en tandartsen zullen afspraken moeten maken over hoe deze samenwerking vorm dient te krijgen [citaat pagina 9].

Het is vreemd dat 'de tandarts' in dit ambtelijk stuk ook een opdracht krijgt om afspraken te maken. Het gaat toch met deze taakherschikking over de zelfstandigheid van de mondhygiënist? Die zou als een volwassen beroepsbeoefenaar de aanwijzing moet krijgen om goede afspraken te maken met tandartsen die meer complexe zorg van hen overnemen. Juist hierop zou de nadruk moeten liggen omdat de samenwerking de andere kant op al jaren plaatsvindt.

Opdrachtverlening

Dit betekent dat de in dit besluit aangewezen beroepsbeoefenaren ook opdracht kunnen geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen aan anderen die daartoe niet zelfstandig bevoegd zijn [citaat pagina 10].

In een situatie waarin sprake is van een experiment en het nog niet duidelijk is of deze taakherschikking de beoogde kwaliteitsverbetering oplevert waarom wordt deze vrijheid dan in deze amvb al gegeven terwijl de mondhygiënist nog niet aan het BIG-register is toegevoegd? Ook de overheid geeft op haar website aan: "...Tijdens een experiment van 5 jaar wordt onderzocht of mondhygiënisten in staat zijn zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten...". Tot dat hier volmondig 'ja' op kan worden gezegd lijkt het onverantwoord om in dit stadium al de ruimte te geven een andere zorgverlener op te dragen de voorbehouden handeling uit te voeren.

Omissie

In het hele ambtelijk concept komt het woord 'implantaat' niet terug in relatie tot de mondhygiënist. Aangezien een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking tandheelkundige implantaten in de mond heeft ter vervanging van gebitselementen of verankering van prothetische voorzieningen lijkt ene duidelijk standpunt of het in dergelijke gevallen gaat om 'niet-complexe' of 'complexe' tandheelkundige. In artikel 5 zou hier wel aandacht aan besteed moeten worden. Zeker ook om dat de behandeling van de weefsel rondom implantaten niet overeenkomt met de behandeling van weefsel rondom natuurlijke gebitselementen.

Concluderend lijkt deze algemene maatregel van bestuur onvoldoende uitgerijpt. Het gevaar is dat de taakherschikking en 'zelfstandigheid' onvoldoende geborgd is in de opleiding tot mondzorgkundige. Met name daar waar het gaat om het opstellen van een zorgplan en het inschatten van risico's en prognoses op röntgenfoto's. Dat laatste is niet verwonderlijk omdat slechts preventie en niet-complexe tandheelkundige zorg tot deze taakherschikking behoort terwijl de werkelijkheid is dat tandheekunde zeker bij oudere patiënten die al de nodige tandheelkundige zorg hebben ontvangen behoorlijk complex kan zijn.

Aldus in oprechte bezorgdheid,

Dr. M.F. Timmerman