

Mw. drs. E.I. Schippers
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Utrecht, 2 oktober 2016

Betreft: Internetconsultatie

L.S.,

Graag maak ik gebruik van de internetconsultatie inzake het 'tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist'. Er wordt op basis van het experimenteerartikel in de Wet BIG (36a) zelfstandige bevoegdheid toegekend aan de mondhygiënisten via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB). In het Ambtelijk concept d.d. 5 september 2016 t.b.v. internetconsultatie worden de tijdelijke regels inzake de opleiding, deskundigheid en tijdelijke zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de mondhygiënist gepresenteerd. In de bijlage treft u puntsgewijs een reactie aan op de inhoud van het ambtelijk concept.

In deze brief wil ik mijn **zorgen** uiten over de situatie die nu met deze taakherschikking in de mondzorg dreigt te ontstaan. Om dit experiment een eerlijke kans te geven dienen er in mijn ogen een aantal zaken vooraf veel helderder geformuleerd te worden en ook van tevoren te worden bepaald.

-Allereerst omdat dit een experiment betreft, zou zoals te doen gebruikelijk bij experimenten, vooraf moeten worden bepaald op grond van welke criteria er geëvalueerd gaat worden en eveneens gedefinieerd moeten worden met welke uitkomsten van dit onderzoek het experiment als succesvol wordt gezien. Ik vind daar te weinig van terug in het ambtelijk concept en kom hier nog nader op terug in de bijlage. Ook lijkt het mij essentieel dat er reeds in dit stadium een evaluatie plaatsvindt aan de hand van deze criteria zodat op basis van deze 'nulmeting' over 5 jaar bepaald kan worden wat het resultaat van deze taakherschikking op de kwaliteit van de mondzorg is geweest.

-Verder is het in mijn ogen belangrijk dat met de 'zelfstandige bevoegdheid' er voldoende bij- en nascholing is/komt om deze nieuwe verantwoordelijkheid verantwoord te kunnen nemen. Ook het huidige onderwijs verdient aandacht omdat er momenteel al een lacune is in de opleiding voor wat betreft 'parodontologie'. Daar geef ik in de bijlage een nadere toelichting op.

-Als laatste mijn **grootste zorg**. Dat is de vraag wie straks eindverantwoordelijk is in de behandeling van een patiënt? In geval een patiënt volledig bij een mondhygiënist of tandarts onder behandeling is, is de verantwoordelijkheid helder. Echter met het voorstel dat nu voorligt vraag ik mij af hoe die verantwoordelijkheid wordt bepaald als de patiënt zowel door mondhygiënist als tandarts behandeld wordt. Zoals het nu beschreven staat is de mondhygiënist de poortwachter en kan voor complexe zorg de hulp van de tandarts worden ingeroepen. Maar wie is in een dergelijk hybride geval nu eindverantwoordelijke voor de mondzorg van de patiënt? In het kader van patiëntveiligheid is duidelijkheid hierover essentieel. Het is in mijn ogen ongewenst om eerst de jurisprudentie van de komende 5 jaar af te wachten om over deze situatie een oordeel over te vormen. Als praktiserend tandarts lijkt mij dat dit een complex vraagstuk is.

Een belangrijke **omissie** in het ambtelijk concept is dat het woord 'implantaat' niet terug is te vinden 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 duidelijkheid over of er in dergelijke gevallen sprake is van 'niet-complexe' of 'complexe' tandheelkunde gewenst. In artikel 5 zou hier aandacht besteed aan moeten worden. Zeker ook omdat de behandeling van weefsel rondom implantaten niet hetzelfde is als de behandeling van weefsel rondom natuurlijke gebitselementen.

In het ambtelijk stuk wordt in mijn ogen onderschat welke kennis nodig is om een röntgenfoto goed te kunnen interpreteren. Degene die de röntgenfoto maakt is namelijk ook verantwoordelijk voor een juiste diagnostiek van afwijkingen en pathologische processen die niet direct aan de indicatie van de foto gerelateerd hoeven te zijn. Daarom een **suggestie**. Momenteel is de tandarts binnen het tandheelkundig team de stralingsdeskundige omdat hij/zij met uitgebreide tandheelkundige kennis een röntgenfoto het beste kan beoordelen. Mocht er straks in de samenwerking behoefte bestaan aan beoordeling van de tandarts van een door de mondhygiënist vervaardigde röntgenfoto, dan biedt het huidige honoreringssysteem daar geen passende vergoeding voor. Dit lijkt mij zeker een punt van aandacht om de samenwerking, die als duidelijke opdracht in het ambtelijk concept naar voren komt, tot een succes te maken.

Momenteel is men bij het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam bezig met een herziening van het bachelor en master curriculum. Daarin is naar lang beraad ervoor gekozen meer de nadruk te leggen op preventie in het onderwijs. Het ambtelijk concept lezend bekruipt mij het gevoel dat een vorm van overleg op korte termijn gewenst is omdat de minister de preventieve taak liever ziet uitgevoerd door lager opgeleide mondzorg professionals.

Op basis van het bovenstaande en de details die u in de bijlage aantreft is de **conclusie** gerechtvaardigd dat deze algemene maatregel van bestuur onvoldoende is uitgerijpt en daarmee een risico voor kwaliteitsverlies in de mondzorg met zich meebrengt. Het **gevaar** lijkt aanwezig dat de taakherschikking en 'zelfstandige bevoegdheid' 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 tandheelkunde, zeker bij oudere patiënten die al de nodige tandheelkundige zorg hebben ontvangen, behoorlijk complex kan zijn.

Met vriendelijke groet,

G.A. van der Weijden

Tandarts

Erkend Parodontoloog NVvP

Erkend Implantoloog NVOI

Hoogleraar 'Parodontologie' Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Adres: Livingstonelaan 466
3526 JB Utrecht

Bijlage: Puntsgewijze reactie op het ambtelijk concept:

De aanzet tot deze taakherschikking is terug te voeren op "Het Jordaanproject" waar mijn toenmalig hoogleraar parodontologie nauw bij betrokken was. Het betrof in dit project taakdelegatie van curatieve zorg bij jeugd en volwassenen aan lager opgeleide hulpkrachten. Cruciaal verschil met wat er nu voor ons ligt is dat deze zorg werd verleend binnen een teamconcept waarbij alles onder één dak met de tandarts plaatsvond.

Het ambtelijk concept lezend is het eerste wat mij opvalt dat de mondhygiënist als 'hij/hem' wordt beschreven. Dat roept direct de vraag op of de schrijvers van dit stuk wel een goed beeld hebben van het beroepsveld waarin er in werkelijkheid hoofdzakelijk vrouwelijke mondhygiënisten aan het werk zijn?

Ook uit het volgende citaat spreekt onbekendheid met het werkveld. *"...onderzoek en diagnose van problemen op het gebied van de preventieve mondzorg en het op basis daarvan opstellen en uitvoeren van een behandelplan..."* [citaat artikel 5 lid 3]

Namelijk in de tandheelkunde wordt er tegenwoordig heel veel nadruk gelegd op het opstellen van een 'zorgplan' wat veel verder gaat dan het opstellen van een 'behandelplan'. De tandartsen in opleiding worden hier uitvoerig op onderwezen en ook door de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) wordt hier nadrukkelijk op 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 behandelplan: 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 bovenstaande definities mag duidelijk worden dat met de beoogde zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist de nadruk zou moeten liggen op het opstellen van een 'zorgplan'. Echter, 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? Ik heb hier sterk mijn twijfels over.

"...Voor een deel vallen de buitenslands gediplomeerden onder de werking van de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties..." [citaat 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 zo een uitgebreid deskundigheidsgebied heeft als in Nederland. Met deze AMVB lijkt het mij daarom veel verstandiger om duidelijk te stellen dat buitenslands gediplomeerden slechts na voldoende bij- en nascholing een 'zelfstandige bevoegdheid' zullen krijgen. Het roept de vraag op of een buitenlandse mondhygiënist überhaupt 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. Aangezien de AMVB een grote stap inzet in deerschikking 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 bevoegd is tot het verrichten van 'heelkundige handelingen'. De betekenis van het woord heelkunde is: "...geneeskunde waarbij ziekten en wonden worden genezen door middel van operaties..." [bron: encyclo.nl]. Het lijkt mij toe dat dit niet de bedoeling is van de wat er nu voor ons ligt. Veel zuiverder is te beschrijven dat de mondhygiënist bevoegd istot het uitvoeren van preventieve en eenvoudige tandheelkundige handelingen. Daarbij zou preventie toch ook nader gedefinieerd moeten worden omdat men in dit kader drie verschillende niveaus onderkent; namelijk primaire-, secundaire- en tertiaire preventie. Niet alle niveau's behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist

Achtergrond en verwachtingen van dit experiment

"...Sinds de start van de opleiding tot mondhygiënist werden mondhygiënisten 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]

Basaal is het maken van een röntgenfoto 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 is een juiste inschatting van de kwaliteit van de foto van belang. Naast optimale beeldkwaliteit is ook een goede anatomiekennis noodzakelijk om de röntgenfoto's te kunnen interpreteren. Dit om de normale structuren te kunnen onderscheiden van pathologische processen. Daarnaast is kennis van de tandheelkunde in de breedste zin van het woord essentieel om risico's in te schatten en de prognose te bepalen. In de medische zorg ligt de verantwoordelijkheid voor de interpretatie van de röntgenfoto daarom ook bij de radioloog die met een volledige medische opleiding en verdere specialisatie hiertoe bevoegd is. Ik heb mijn sterke twijfels of de huidige opleiding tot mondhygiënist voldoende kennis meegeeft om hier in de volle omvang de verantwoordelijkheid voor te kunnen nemen. Ik ben vooral ook benieuwd naar hoe de overheid dit aspect zorgvuldig gaat onderzoeken/evalueren en op basis van welke criteria er dan over 5 jaar een 'go' of 'no go' wordt gegeven.

In het kader van kwaliteit in de zorg is het te doen gebruikelijk om vooraf de evaluatie criteria te formuleren alvorens met een nieuwe activiteit van start te gaan. Waarom vind ik dat niet terug in dit ambtelijk concept? Het lijkt mij toe dat het onzorgvuldig zou zijn om achteraf te bepalen aan welke criteria dit experiment had moeten voldoen? Bij gebrek aan criteria is er ook geen basis om het experiment vroegtijdig te staken mochten er zich ongewenste effecten voordoen. Omdat de patiëntveiligheid in het geding kan komen zou er vanaf de invoering van het experiment sprake moeten zijn van zorgvuldige monitoring op basis van vooraf bepaalde criteria.

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 ambtelijk concept steeds gesproken wordt over 'het verrichten' van voorbehouden handelingen terwijl bij het toepassen van ioniserende straling 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 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 hieronder) is onvoldoende duidelijk met welke uitgangsconditie in de mond onderhoud door een lager opgeleide tandheelkundige professional kan worden uitgevoerd. Geldt dit bijvoorbeeld voor patiënten waarin (uitgebreid) kroon en brugwerk of ander prothetische voorzieningen aanwezig zijn of voor patiënten met tandheelkundige implantaten? Vreemd is ook om een verruiming van de bevoegdheid te lezen die in artikel 5 lid 3d is afgebakend als "...het indiceren van de behandeling van primaire cariës en restaureren van primaire caviteiten met plastische vulmaterialen..."

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.

[bron: Encyclo.nl]

"...Met dit experiment wordt onderzocht of de mondhygiënisten 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 beoogde kwaliteitsverbetering zit in een doelmatigere inzet van een hoogwaardige beroeps capaciteit.

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 in dit rijtje variabelen mist is 'arbeidssatisfactie' van de mondhygiënist alsmede van de tandarts. Beide ondervinden met deze taakherschikking een verschuiving in hun verantwoordelijkheden en werkzaamheden die geëvalueerd dient te worden.

Verder wat betreft het voorgenomen onderzoek en evaluatie. Algemeen gesteld zou op dit moment er reeds een dergelijke evaluatie plaats kunnen vinden omdat een behoorlijk deel van de mondhygiënisten al vrijgevestigd of als zzp-er werkzaam is. Wat is de beweegreden om eerst de zelfstandigheid verder uit te breiden alvorens dit onderzoek te doen?

Meer 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. Verwarrend is ook dat kwaliteit enerzijds wordt beschreven als een doelmatigere inzet van een hoogwaardige beroeps capaciteit terwijl er anderzijds geëvalueerd wordt op veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid. Met deze drie criteria kan het beoogde doel van kwaliteitsverbetering niet worden gemeten.

-Ad b: Aangezien het niet een uitbreiding van 'de verrichtingen' betreft omdat de huidige mondhygiënist deze nu ook al uitvoert, maar om 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 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 ervan 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. Richtlijnen over verslaglegging binnen de praktijk en in de samenwerking lijken mij een 'must' om het geheel vanaf de start in februari 2018 te kunnen evalueren

Kortom, los van het met deze AMVB zelfstandig bevoegd maken tot het verrichten van twee voorbehouden handelingen 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 en nulmeting bij het voorgenomen experiment?

"...Hoewel mondhygiënist 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 mondhygiënist 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 had, naast een voorname rol in preventie, het behandelen van parodontale aandoeningen. Momenteel is duidelijk dat de opleidingen daar al in te kort schieten wat voor de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten zelfs aanleiding is geweest om een post HBO 'leergang parodontologie' op te zetten. Als we op dit moment al constateren dat de opleiding tekort schiet in een taak die de mondhygiënist nu al wordt geacht uit te kunnen voeren waar komt deze stelligheid in het ambtelijk concept 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 kijkt 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 zich mee dat er, ook wanneer dit experiment van start gaat, samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënist 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. Mondhygiënist 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 over de zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist? Die zou als een volwassen beroepsbeoefenaar de aanwijzing moet krijgen om goede afspraken te maken met tandartsen die de meer complexe zorg van hen overnemen. Juist hierop zou de nadruk moeten liggen.

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 al in deze AMVB 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 aan de mondhygiënist te geven een andere zorgverlener op te dragen de voorbehouden handeling uit te voeren. Daar komt nog bij dat het experiment bij opdrachtverlening ook niet goed te evalueren is.