

Reactie NVM-mondhygiënisten op discussienota Zorg voor de toekomst

Inleiding en Kennismaking

Zorg(verlener) voor de toekomst

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM-mondhygiënisten) is de beroepsvereniging van mondhygiënisten in Nederland. Het beroep mondhygiënist bestaat 54 jaar en heeft vanaf de oorsprong een zeer sterk preventief karakter. In de mondzorg is preventie essentieel. Iedereen wordt met een gaaf gebit geboren en problemen die kunnen ontstaan zijn voor het grootste deel te voorkomen met de juiste zelfzorg en een bewust voedingspatroon (weinig suikers/zuren en maximaal aantal eet/drinkmomenten). De mondhygiënist is specifiek opgeleid (hbo-opleiding) voor de preventieve mondzorg.

De beweging naar positieve gezondheid en het meer inzetten op preventie past binnen de visie van NVM-mondhygiënisten. In onze reactie zal worden ingegaan op sectorspecifieke knelpunten en oplossingsrichtingen, maar daarnaast zal de verbinding worden gemaakt met de algehele gezondheid en het welzijn- en sociaal domein. Net zoals deze domeinen meer verbonden dienen te worden is de aansluiting van mondzorg met de algehele gezondheidszorg een inhaalslag aan het maken. Een gezonde mond hoort bij een gezond lichaam en vice versa. Naast een hele primaire basis, namelijk goede voeding tot je kunnen nemen, is de laatste jaren steeds vaker een relatie gevonden tussen een gezonde mond en de algehele gezondheid en ziekte, waaronder hart- en vaatziekten, diabetes, reuma en vroeggeboorten. Mondzorgverleners hebben daarom een belangrijke rol bij de vroegsignalering van medische aandoeningen die buiten de mondzorg liggen.

Preventie binnen de mondzorg is gericht op gedragsverandering. Iedere zorgvrager heeft een specifieke zorgvraag en dit vergt passende gedragsverandering. Om de beweging naar preventieve zorg te verstevigen moet binnen én buiten de mondzorg een onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende soorten preventie. Preventie wordt nu te veel als een containerbegrip opgevat. NVM-mondhygiënisten streeft naar duurzame preventie die is gebaseerd op gedragsverandering en is afgestemd op het risicoprofiel van de zorgvrager. Preventie vanuit de volle breedte, zowel individueel als collectief, dus zowel bekeken vanuit preventie gericht op voorkomen, als preventie gericht op herstel en als preventie gericht op het voorkomen van verdere achteruitgang.

Deze individuele reactie van NVM-mondhygiënisten is een aanvulling, specifiek vanuit de visie van de vereniging, op de reactie van Groep 34, waarin wij in een collectief van art. 34 Wet BIG beroepen reageren op de discussienota vanuit de paramedische sector. NVM-mondhygiënisten is tevens lid van De Federatie voor Gezondheid en is ook betrokken geweest bij de reactie vanuit De federatie voor Gezondheid op de discussienota.

Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?

De thema's Preventie en Gezondheid, Organisatie en Regie en Vernieuwing en Werkplezier herkennen wij. Wij willen hierbij opmerken dat deze nu teveel als losse beleidsopties aangeboden worden binnen de bestaande beleidskaders, wetten en bekostigingsstructuren. De perspectieven van zorgverleners en patiënten ontbreken als vertrekpunt. Wij onderschrijven de opmerking in de discussienota dat reeds gevoerde gesprekken met en gemaakte toekomstbeelden van specifieke domeinen (trajecten die al lopen) moeten worden meegenomen in het geheel van de discussienota. Dit geldt voor meerdere trajecten en processen, maar waarbij wij specifiek aandacht vragen voor het herzieningstraject Wet BIG. Als de contourennota vorm krijgt is het belangrijk dat het wettelijke kader van bevoegd- en bekwaamheden van zorgverleners aansluit. Hier zal bij de volgende consultatiepunten nader op worden ingegaan. Het herzieningstraject van Wet BIG raakt in algemene zin het capaciteitsvraagstuk en de beweging van nazorg naar voorzorg, een beweging waar NVM-mondhygiënisten groot voorstander van is. Daarnaast benadrukken wij de noodzaak tot verdere ontschotting van de verschillende domeinen zorg, welzijn- en het sociaal domein. Daarbij hoort ons inziens ook een ontschotting (dus een afstemming op visie en beleidsmatige keuzes) tussen de verschillende ministeries.

Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?

NVM-mondhygiënisten herkent heel veel van de genoemde knelpunten onder de drie thema's. Wij hechten er aan om de belangrijkste knelpunten hierbij per thema te benoemen en te onderschrijven. Daarnaast willen wij enkele aanvullende knelpunten aandragen.

Preventie

Ons zorgstelsel is sterk gericht op ziekte en zorgverlening. NVM-mondhygiënist herkent dit knelpunt en onderschrijft dat preventie het vertrekpunt van ons zorgstelsel moet zijn. Er wordt inmiddels veel gesproken over positieve gezondheid. Wij pleiten voor een implementatie van een persoonsgerichte benadering van de zorg waarin de kwaliteit van leven van de burger centraal staat. Binnen de mondzorg valt nog veel winst te behalen op het gebied van duurzame preventie.

Sterke productieprikkel

De financiering van de mondzorg voor de jeugd tot 18 jaar vindt plaats binnen de zorgverzekeringswet terwijl de leeftijdscategorie 18 jaar en ouder daar buiten valt en mensen mondzorg zelf betalen. Het prestatiegebouw mondzorg biedt voldoende ruimte om preventie te kunnen declareren. Binnen de mondzorg zit de perverse prikkel vooral in de wijze waarop zorgverzekeraars vergoeden in de aanvullende verzekering voor mondzorg. Curatie wordt 100% vergoed terwijl preventie wordt gelimiteerd. Hierdoor wordt zorg op maat en inzetten op preventie belemmerd omdat de patiënt zich vaak door de vergoeding van de zorg laat sturen.

Onheldere verantwoordelijkheden van verschillende partijen

Dit knelpunt onderschrijven wij en zien wij vooral bij de collectieve preventie. Als voorbeeld noemen wij hierbij het loslaten van de labeling van mondzorggelden waardoor gemeenten zelf kunnen bepalen waar middelen aan besteed worden. Hiermee is de collectieve preventie met betrekking tot mondzorg in het vergeethoekje terecht gekomen. Grote thema's zoals obesitas, roken, meer bewegen en alcoholproblematiek krijgen de aandacht.

Er is sprake van onderinvestering in preventie

Ook dit knelpunt wordt door NVM-mondhygiënist herkend. Met die aanvulling dat bij het beoordelen van de opbrengsten van investering in preventie breder gekeken zou moeten worden naar gezondheidswinst. De preventieve investering heeft ook in andere (zorg)domeinen effect. Ter illustratie: een gezonde mond heeft een positief effect op de algehele gezondheid en een afname van pijnklachten leidt tot minder arbeidsverzuim.

Zorg kan niet alle problemen van mensen oplossen

Dit knelpunt herkennen wij. Wel zijn wij van mening dat aandacht hebben voor de aspecten van het leven en woon- en werksituatie van mensen een positief effect kan hebben op het welzijn en daarmee op de gezondheid/kwaliteit van leven van mensen. Het

signaleren van deze problematiek vinden wij een belangrijk onderdeel van de beroepsuitoefening van paramedici/mondhygiënisten.

Wij missen als knelpunt bij dit hoofdstuk:

Preventie is verworpen tot een containerbegrip.

NVM-mondhygiënisten pleit voor een onderscheid in de verschillende soorten preventie, omdat voor deze verschillende soorten ook verschillende knelpunten gelden. Concreet zou het onderscheid als volgt kunnen worden gemaakt:

- universele preventie;
- selectieve preventie;
- geïndiceerde preventie;
- zorg gerelateerde preventie.

Ter illustratie: het bevorderen van de algehele gezondheid (universele preventie) vereist een wezenlijk andere aanpak dan zorggerelateerde preventie, waarbij patiënten met een ziekte/aandoening preventief worden behandeld om te voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot verdere complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven en/of sterfte.

Organisatie en Regie

Verkeerde prikkels

Zoals bij het hoofdstuk preventie al door ons is benoemd onderschrijven wij dat verkeerde prikkels gevolgen kunnen hebben voor de investeringen in bijvoorbeeld preventie.

Belangentegenstellingen

NVM-mondhygiënisten vindt dit het belangrijkste knelpunt onder dit thema. De reden dat het verplaatsen van zorg, bijvoorbeeld middels taakherschikking, onvoldoende van de grond komt, ligt besloten in de alom aanwezige belangentegenstellingen binnen het zorgstelsel.

Knelpunten die gemist worden:

Door het huidige systeem wordt niet optimaal gebruik gemaakt van de bekwaamheden van de reeds bestaande zorgverleners. In de discussienota staat vermeld dat er steeds minder zorgpersoneel is om de stijgende zorgvraag op te kunnen vangen. Voor een deel kan dit probleem worden ondervangen door de reeds aanwezige kennis en kunde van zorgverleners beter te benutten en zo het totaal aan zorgpersoneel efficiënter in te kunnen zetten. De huidige beroepenstructuur (regelgeving Wet BIG) is onvoldoende ingericht op het benutten van de aantoonbare bekwaamheden van zorgverleners, specifiek de art.34 Wet BIG

beroepsbeoefenaars, waaronder de mondhygiënist. Het benutten van bekwaamheden is een belangrijk knelpunt, omdat dit nu leidt tot capaciteitsverlies, onnodige zorgkosten, onnodige administratieve lasten en onveilige situaties voor patiënten.

Vernieuwing en werkplezier

Randvoorwaarden

NVM-mondhygiënisten onderschrijft dat er randvoorwaarden missen voor vernieuwing en werkplezier. Waar wij ons met name zorgen over maken is het gemis aan professionele ruimte en zeggenschap voor zorgverleners. Het gebrek aan professionele ruimte en zeggenschap wordt vooral veroorzaakt door de eisen en contracten van zorgverzekeraars en het sturen op passende zorg gebaseerd op kosten in plaats van op kwaliteit en door toenemende wet- en regelgeving. Bovengenoemde punten zorgen voor verlies aan werkplezier. Met als gevolg dat zorgverleners de zorg verlaten.

NVM-mondhygiënist mist de erkenning van specifieke expertise en autonomie als belangrijk knelpunt voor het werkplezier van zorgprofessionals.

De Wet BIG is hiertoe van belang, omdat deze kwaliteitswet toeziet op de bescherming van patiënten tegen onzorgvuldig handelen.

Deze wet geeft tevens de mogelijkheid aan iedereen (zonder toereikende opleiding) om behandelingen uit te voeren waar geen enkele kwaliteitstoets op plaatsvindt. Daarentegen zijn de kaders van Wet BIG juist weer belemmerend in het efficiënt en doelmatig gebruik maken van de mondhygiënist.

Dit knelpunt raakt niet alleen aan het werkplezier van zorgprofessionals, maar ook aan het knelpunt omtrent het verplaatsen van zorg. Om 'zwaardere' zorg te verplaatsen moet er wel een laag van zorgprofessionals zijn om ook de zorg naar toe te verplaatsen. De mondhygiënist is opgeleid en in staat om te signaleren en in te schatten wanneer het 'opzwaren' van zorg nodig is. Het is in het belang van de patiënt dat er een goede beoordeling blijft plaatsvinden vanuit medisch perspectief en dat kan ook in 'minder' zware zorg, maar dan moet wel kwaliteitsborging en toetsing plaats kunnen vinden, zoals bij de mondhygiënist bij uitstek het geval is.

Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?

Een transformatie naar een toekomstbestendig zorgstelsel is alleen mogelijk als er samenhangende keuzes gemaakt gaan worden. De beleidsopties moeten dan ook worden beoordeeld op de mate waarin zij bijdragen om tot een samenhangend/verbonden zorglandschap te komen. Hierbij is het van belang dat zorgverleners een persoonsgerichte, proactieve en integrale benadering van zorg kunnen uitvoeren.

De volgende beleidsopties zijn hierbij belangrijk. Waarbij wij willen benadrukken dat deze concreter uitgewerkt dienen te worden in nauwe samenspraak met de beroepsverenigingen.

- Bevorderen van eigen regie (Preventie & Gezondheid)
- Een krachtige sociale basis en een integrale benadering van sociale problematiek (Preventie & Gezondheid)
- Congruente inkoop (Organisatie & Regie)
- Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen (Organisatie & Regie)
- Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur (Organisatie & Regie)
- Bekostiging van coördinatie/systeemfuncties (Organisatie & Regie)
- Domeinoverstijgende samenwerking een duurzame basis geven (Organisatie & Regie)
- Vereenvoudiging van de overgangen tussen domeinen (Organisatie & Regie)
- Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering (Vernieuwing & Werkplezier)
- Een versterking van verander-en organisatiekracht (Vernieuwing & Werkplezier)
- Minder werk-en regeldruk (Vernieuwing & Werkplezier)
- Meer zeggenschap van zorgprofessionals (Vernieuwing & Werkplezier)
- Standaardisatie gegevensuitwisseling (Vernieuwing & Werkplezier)

Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?

Vanuit het perspectief van zorgverleners willen wij een aantal van de genoemde beleidsopties concretiseren:

Overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzes

In het kader van jong geleerd, oud gedaan, is het bij deze keuzes ook belangrijk de consultatiebureaus en scholen te betrekken. In het schoolsysteem zou het zo moeten zijn dat kinderen het belang van een dagritme, het maken van gezonde keuzes, persoonlijke verzorging en de noodzaak van voldoende beweging aangereikt krijgen. Verbinding maken met zorg en het welzijns- en sociale domein. Dus preventieve zorg buiten de setting van het eigen beroepsdomein.

Verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen.

Door het loslaten van het labelen van collectieve preventiegelden zetten gemeente nu vooral in op grote thema's als obesitas, alcoholgebruik en roken. De overige thema's, neem bijvoorbeeld de preventieve mondzorg, zijn losgelaten. Een minimale landelijke verdeelsleutel in aandachtsgebieden met een bandbreedte kan hier een oplossing voor zijn. Zo is er aandacht voor alle facetten van preventie, terwijl gemeenten ruimte krijgen voor regionale behoeften.

Een wettelijke taak voor zorgverzekeraars om mee te werken aan de regionale samenwerkingsstructuur.

In deze beleidsoptie wordt vooral gesproken over de wettelijke taak van zorgverzekeraars en de afstemming met gemeenten. NVM-mondhygiënist mist hier de rol van de zorgverlener, zeker als er gekeken wordt naar een regionale structuur. Bij de samenstelling van een wijkteam moet gebruik gemaakt worden van preventieve zorgverleners en hun expertise.

Zorgprofessionals maken de zorg en zijn de sleutel tot verandering. NVM-mondhygiënist pleit er voor om deze beleidsoptie uit te werken in lijn met de geschetste ambities. Een toekomstbestendig zorgstelsel vereist ons inziens een structuur waarin zorgverleners hun beroep kunnen uitoefenen op een wijze die aansluit op de noodzakelijke transformatie: integraal en dichtbij, waarbij gezondheid en de behoeften van een patiënt centraal staan. Kortom, een persoonsgerichte, proactieve en integrale benadering van gezondheidszorg.

Als mondhygiënisten kunnen wij hier een belangrijke bijdrage leveren. De mondhygiënist kijkt niet alleen naar de mond, maar heeft ook oog voor de mens achter de mond. Immers de mond is een cruciaal onderdeel van de algehele gezondheid. Deze benadering van de mens in zijn totaliteit vraagt aandacht en tijd. Samen met een patiënt wordt gezocht naar het behandeldoel en worden passende oplossingen besproken. In deze persoonsgerichte benadering schuilt de meerwaarde van de mondhygiënist bij het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Zo kunnen we gezamenlijk de zorg betaalbaar en passend houden, zonder concessies te doen aan de kwaliteit van zorg.

Minder werk-en regeldruk, onder meer door geen nieuwe ‘paarse krokodillen’ te introduceren. Hierbij helpt het inderdaad om vroegtijdig individuele zorgverleners te betrekken. Een recent voorbeeld waar dit niet gebeurd is de voorgenomen Aanpassing Wet toetreding zorgaanbieders ((A)Wtza). Met name kleinschalige zorgaanbieders worden middels deze voorgenomen wetswijziging geconfronteerd met een disproportionele lastenverzwaring en kostenverhoging. Het dreigt een onuitvoerbare regeling voor kleinschalige zorgaanbieders te worden. NVM-mondhygiënisten pleit er voor om niet alleen werk-en regeldruk te verminderen, o.a. met behulp van het programma (Ont)regel de zorg, maar ook te waarborgen dat in de toekomst niet nieuwe lastenverzwarende initiatieven worden geïntroduceerd. Het ‘gepast gebruik’ en het toezicht door de NZa en de IGJ dat hiertoe noodzakelijk is, beschouwen wij als een mogelijke risico als het gaat om een verzwaring van administratieve lasten. Wij roepen daarom op om beroepsverenigingen te betrekken bij dergelijke wijzigingen zodat we samen naar de beste oplossingen kunnen zoeken zonder administratieve lasten (onnodig) te verzwaren.

Standaardisatie gegevensuitwisseling, zo snel mogelijk beschikbaar. In het bijzonder wil NVM-mondhygiënisten er voor pleiten om de art.34 Wet BIG beroepsbeoefenaars (waaronder de mondhygiënisten), bijvoorbeeld met deelname aan de VIPP-programma’s, in staat te stellen om beter rondom een patiënt samen te kunnen werken met behulp van gegevensuitwisseling en ICT-ondersteuning. Dit verdient veel meer aandacht.

Welke beleidsopties ontbreken er nog?

Het vergroten van de capaciteit van zorgverleners, in het bijzonder voor de zorgberoepen die deze transformatie zullen moeten vormgeven. Hoewel het tekort aan zorgpersoneel actueel is en een toekomstig probleem blijft, wordt nergens in de discussienota benoemd dat de instroom van specifieke zorgberoepen moet worden verruimd. Er zullen in de

toekomst meer zorgverleners nodig zijn om integrale, persoonsgerichte en preventieve zorg te kunnen leveren, maar ieder jaar wordt de instroom voor de zorgberoepen die specifiek dit type zorg leveren niet verruimd. NVM-mondhygiënisten pleit er voor om de instroom voor mondhygiënisten te verruimen, naar het advies 2019 van het Capaciteitsorgaan. Het besluit over de extra instroom van mondhygiënisten valt onder de begroting van het Ministerie van OCW en is niet/onvoldoende in lijn met de beleidskeuzes van het ministerie van VWS. Besluitvorming moet ons inziens worden belegd bij het Ministerie dat ook de bijbehorende beleidskeuzes neemt (Ministerie van VWS).

Interdepartementale samenwerking in visie en beleidskeuzes

Hierboven hebben wij al aangegeven dat als het gaat om het besluiten over capaciteit, besluiten van het ene ministerie niet in lijn is met de visie en beleidskeuzes van een ander ministerie. Naar onze mening zou er op het gebied van visie en beleidskeuzes veel meer interdepartementaal moeten worden samengewerkt.

Maak samenwerking mogelijk!

Vanwege de toenemende complexiteit van de zorgbehoefte en zorgvragen, leveren verschillende zorgverleners een bijdrage aan het vinden van passende oplossingen voor gezondheidsvraagstukken. Vooral bij kwetsbare groepen, thuiswonende kwetsbare ouderen, kinderen in achterstandssituaties of mensen met chronische aandoeningen, is samenwerking tussen zorgverleners cruciaal. Het beantwoorden van deze zorgvragen vraagt een integrale benadering, waarin zorgverleners samen werken aan de oplossing. De patiëntgebonden behandeltijd biedt voor de meeste art.34 Wet BIG beroepsbeoefenaars te weinig tijd en ruimte voor samenwerking met andere zorgverleners. Er is patiëntgebonden overlegtijd nodig om invulling te geven aan een integrale benadering. Deze samenwerking organiseert zich niet vanzelf. Het gaat helpen als er organisatieondersteuning beschikbaar is om de gewenste samenwerking tot stand te brengen. Denk daarbij aan het maken van samenwerkingsafspraken, het bevorderen van gegevensuitwisseling en het opzetten van een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid met gezamenlijke scholingsmogelijkheden. Het multidisciplinair overleg rond patiënten als ook het organiseren van deze samenwerking vraagt inzet van mensen en middelen en dus passende bekostiging.