

5 punten

3 punten

1 punt

Thema

Algemeen

Effectiviteit: het gebruik zelfstandigheid en de verandering van deze zelfstandigheid bij verandering in bevoegheden.

Doelmatigheid: het efficiënter inrichten van zorgprocessen door de juiste mondzorgverlener op de juiste plek.

Kwaliteit
Demografisch
Epidemiologisch en sociaal cultureel

Juridische aspecten
Beleid

Reden om positief te zijn over zelfstandige bevoegdheid voor de betreffende VH-en
Geen duidelijke reden om positief danwel negatief te zijn over zelfstandige bevoegdheid voor de betreffende VH-en
Reden om negatief te zijn over zelfstandige bevoegdheid voor de betreffende VH-en

Relevante informatie/argumenten

Sinds 2006 wordt de MH opgeleid om alle drie de handelingen te verrichten.

Taakverschuiving/delegatie kwam niet van de grond, tot de aanvang van het experiment.

Het MUMC adviseert positief voor verdoven en foto's, negatief voor behandelen van gaatjes. De meningen over de noodzaak van een zelfstandige bevoegdheid voor primaire caviteiten in het bijzonder lopen uiteen. Het missen van draagvlak in dezen ligt niet aan het competentieniveau van de GMH, maar aan het gebrek aan definiëring en vooral afbakening van primaire caviteiten.

Onderzoek kent meerdere beperkingen, zoals beperkte respons en selectiebias.

Er wordt het meest gebruik gemaakt van de zelfstandige bevoegdheid om te verdoven, daarna het maken van foto's en daarna het vullen van gaatjes.

Infiltratie anesthesie: 69% zelfstandig door GMH. Deze proportie is niet verschillend voor praktijkhouders (77%) en GMH in loondienst (61%) alsook voor GMH werkzaam in een MH-praktijk (79%) en TA-praktijk (68%). Mandibulaire blok anesthesie = 72% zelfstandig door GMH. Sub-analyse naar type praktijk en type dienstverband laat hierin geen verschillen zien.

Foto's: 39% zelfstandig door GMH. In 25% van de gevallen nog overleg met TA bij beoordelen van foto.

Uit de evaluatie van het MUMC gebleken dat in 34% van de gevallen van een indicatie voor een foto in een zelfstandige MH-praktijk er wordt terugwezen naar de TA (pag 57).

Bij het maken van foto's speelt mee dat niet iedere zelfstandige kliniek op dit moment een röntgenapparaat heeft. Dat kan vertekend zijn voor de mate waarin zelfstandigheid kan bijdragen aan effectiviteit en doelmatigheid. Mogelijk zou dat namelijk positiever kunnen uitvallen als de beschikbaarheid optimaal zou zijn.

Primaire caviteiten behandelen: 30% zelfstandig door GMH (in 70% van de gevallen dus nog betrokkenheid TA). In 90% van de gevallen als de TA indiceert behandelt die zelf ook. Restaureren = 27% zelfstandig. In 85% van de gevallen bij indicatie van de TA ook behandeling van TA.

In het MUMC evaluatierapport zijn relevante sub-analyses zoals van GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënist, of van GMH werkzaam in een hoge/lage tandartsratio vanwege een te lage respons tijdens T3 niet (overal) mogelijk gebleken. Dat maakt dat cruciale informatie hierover mist.

In het MUMC onderzoek is aangetoond dat tijdswinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. Wel in beperkte mate.

In het huidige stelsel is het tijdsaspect als ook het opleidingsniveau van de zorgverlener niet kostenbepalend, maar of de verrichting wel/niet wordt uitgevoerd. Zorg wordt dus niet direct goedkoper. Kan evt zelfs leiden tot duurdere zorg vanwege "overbehandeling" -> onderzoek wijst dit echter niet uit.

Soms is er sprake van een gebrek aan welwillendheid tussen TA/MH om samen te werken, terwijl dit wel nodig is om bijv foto's uit te wisselen. Een zelfstandige bevoegdheid voorkomt een afhankelijkheidsrelatie.

Gebruik van ioniserende straling: het is verplicht een klinisch fysicus te betrekken in praktijken waar ioniserende straling wordt gebruikt. Een klinisch fysicus mag foto's maken. Eventueel kan deze beroepsgroep ook een rol spelen ikv juiste zorgverlener op de juiste plek?

Betere samenwerking is essentieel voor goede mondzorg, waarbij uitwisseling van beschikbare gegevens kan bijdragen aan doelmatige zorg. Zelfstandige bevoegdheid kan een negatieve prikkel zijn om samen te gaan werken.

In de evaluatie van het MUMC is geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is.

Er zijn wel zorgen geuit, met name door TA, als het gaat om primaire caviteiten. Voornamelijk mbt definiëring van caviteit en complicaties. Ook lopen de meningen van de GMH en de TA uiteen bij de beantwoording van stellingen over kwaliteit en veiligheid.

Met de stelling dat de zorg door de zelfstandige bevoegdheid kwalitatief beter is, zijn 86,9% van de GMH en 31,3% van de TA het (helemaal) mee eens.

Dat de zorg voor PAT door de zelfstandige bevoegdheid minder veilig is, wordt door de meerderheid van de GMH en TA tegengesproken (GMH: 89,9%, TA: 68,8% (helemaal) mee oneens),

Andere mondzorgverleners verdoven, maken foto's en vullen gaatjes in opdracht. Onduidelijk voor patiënt wie-wat mag.

Beroepsbevolking neemt af en er zijn regionale tekorten in de mondzorg. Belangrijk om beschikbare capaciteit optimaal te benutten.

Tekorten zijn vooral regionaal - waarom dan voor de gehele groep zelfstandig bevoegdheden regelen?

Naar verwachting van het CO zullen er in de toekomst minder MH in een loondienst zijn bij mondzorg- en tandartspraktijken en meer MH in een zelfstandige kliniek werken (als zelfstandig, praktijkhouder of in loondienst). In 2021 werkt 39% van de MH in loondienst in een TA-praktijk, in 2042 zal dit 30% zijn. In 2021 werkt 23% als MH-praktijkhouder, de verwachting is dat dit in 2042 36% is. Functionele bevoegdheden en/of opdrachtregeling is dan minder makkelijk te organiseren.

In de MH kliniek worden minder patiënten behandeld tov tandartspraktijken (gemiddeld 1670 pt in MH kliniek versus 4200 pt in TA praktijk). Er zijn ook beduidend meer TA-praktijken dan MH klinieken. Op dit moment worden dus nog steeds de meeste patiënten behandeld in een TA-praktijk waar ook MH werken.

Er is sprake van mijding van mondzorg door minima o.a. als gevolg van de tekorten en daardoor hogere kosten in krimpregio's (hogere eisen van TA bij inschrijving in kliniek, zoals verplichte foto's). Meer bevoegdheden bij MH kan toegankelijkheid tot zorg vergroten en evt. goedkoper maken als bekostiging in de toekomst niet meer per handeling plaatsvindt maar obv opleidingsniveau.

Er is een toename van vooral preventieve en in bepaalde mate curatieve zorgvraag bijv. onder ouderen die steeds langer thuiswonen (zonder zorg) en waarbij steeds meer multimorbiditeit voorkomt zoals chronische ziekten als dementie, obesitas, diabetes, chronische pijnklachten, systeem- of auto-immuunziekten met effecten voor de gezondheid van de mond. Foto's en verdoven is onderdeel van preventieve zorg en passend bij taken MH. Behandelen van gaatjes in mindere mate.

Het CO kan niet exact aanduiden welk aandeel van de stijgende zorgvraag bij de TA en welk aandeel bij de MH kan worden belegd. In allebei de beroepsgroepen gaat de vraag toenemen.

Sociaal cultureel gezien is er steeds meer aandacht voor de preventieve zorg ten aanzien gezonde leefstijl en een esthetisch mooi gebit. Bijvoorbeeld in de behandeling van paradontitis. Uit het rapport van het CO blijkt dat patiënten in eerste instantie voor paradontitis naar de tandarts gaan, maar als ze eenmaal bekend zijn met de mondhygiënist ook graag door deze worden behandeld. Foto's en verdoven zijn onderdeel van deze behandeling.

Sociaal cultureel gezien is er steeds meer aandacht voor de preventieve zorg ten aanzien van de jeugd en ouderen. Dit leidt tot vraagstijging voor de tandarts, maar vooral ook voor de mondhygiënist volgens het CO. Foto's en verdoven is onderdeel van preventieve zorg en passend bij taken MH. Behandelen van gaatjes in mindere mate.

Andere BIG beroepen met soortgelijk opleidingsniveau zijn fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Fysiotherapeuten voeren geen voorbehouden handelingen uit. Verpleegkundigen 3 VH-en met een functionele zelfstandigheid. Die zelfstandigheid is gebaseerd op het feit dat verpleegkundigen vrijwel altijd in een setting werken waarin een opdracht van zelfstandig bevoegde zorgverlener kan worden afgegeven voor het uitvoeren van zorg. In bijzondere gevallen (COPD/Astma, diabetes en oncologie) hebben verpleegkundigen een zelfstandige (voorschrijf)bevoegdheid. Verloskundigen hebben een zelfstandige bevoegdheid voor een 6-tal VH-en. Dat heeft o.a. te maken met het feit dat zij een eigen praktijk kunnen voeren (60%). De MH ligt tussen de verpleegkundige en verloskundige in. Het merendeel werkt namelijk in een praktijk waar zelfstandig bevoegden (TA) werken, maar in toenemende mate zijn er ook zelfstandige praktijken. Daarmee zou voor een MH een zelfstandige bevoegdheid wel passend kunnen zijn. **In elk geval voor verdoven en foto's omdat dat nadrukkelijk onderdelen zijn van de preventieve zorg die in mondhygiënepraktijken wordt geleverd (?) -> uitzoeken.**

Is het een beroep in de individuele gezondheidszorg? (eerste criterium beleidslijn artikel 3)

Ja dat is het. Daarmee zijn er geen beperkingen om zelfstandig bevoegdheid toegekend te krijgen.

Is het beroep onderscheidend? (tweede criterium)

In zekere mate is het beroep onderscheidend door het opleidingsniveau en erkende opleidingstitel. Anderzijds zijn er veel assistenten die hetzelfde soort werk verrichten (en hiervoor bekwaam worden geacht). Dit is dus geen overtuigend argument om zelfstandig bevoegdheden in art 3 toe te kennen.

Is wettelijke regulering noodzakelijk om de patient te beschermen (derde criterium)

In geval van een zelfstandige praktijk wel, in andere gevallen kan de veiligheid geborgd worden door de TA.

verschillende beleidsprogramma's zetten in op preventieve zorg voor jeugdigen en ouderen en de toegankelijkheid van mondzorg. Verdoven en foto's zijn duidelijk onderdeel van preventieve zorg. Zelfstandige bevoegdheid zou daarin passend zijn bij het huidige mondzorgbeleid.

Totaal score

maximale score $35 \times 5 = 175$

gemiddelde score $35 \times 3 = 105$

minimale score $35 \times 1 = 35$

Zelfstandig bevoegd
Verdov Foto Gaatje Conclusie

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

5.1.21,5.2.1