

TNO-rapport

PG/B&G 2003.344

**Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
Mondhygiënist en Tandprothetic**

Datum	Maart 2004
Auteur(s)	A.A. Schuller K. van Overbeek W.T.M. Ooijendijk
Aantal pagina's	90
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Projectnummer	011.70006

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Auteurs:

A.A. Schuller
K. van Overbeek
W.T.M. Ooijendijk

Projectnummer

011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2003.344.

Samenvatting rapporten directe toegang mondhygiënist en tandprotheticus

Inleiding

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft via zijn sector Curatieve zorg TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid van zorgverleners in de eerste lijn. Het betrof de beroepsgroepen van oefentherapeuten Mensendieck en César, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, psychologen, mondhygiënist en tandprotheticus. Deze beroepsbeoefenaars werken momenteel grotendeels op verwijzing van huisartsen of tandartsen. De resultaten van de studie zijn beschreven in 9 deelrapporten. Het hier voorliggende deelrapport betreft de beroepsgroepen van mondhygiënist en tandprotheticus

Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In het kader van een doelmatige verzekering en financiering van de zorg, dient de patiënt zo snel mogelijk en over zo weinig mogelijk "schrijven" door het zorgstelsel naar de zorgverlener te worden geleid die deze benodigde zorg verleent.

Directe toegankelijkheid in de eerstelijns tandzorg

Omdat het tandheelkundige traject van de patiënt nog steeds in aanleg bij de tandarts begint, is deze de spil in de mondgezondheidszorg. Naast het bieden van laagdrempelig eerstelijns tandheelkundige zorg heeft de tandarts inzicht in en overzicht over de zorg omtrent de tandheelkundige patiënt. Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate ook mondhygiënist en tandprotheticus voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn. Een andere reden voor eventuele directe toegang tot de mondhygiënist en/of tandprotheticus is het te verwachten capaciteitstekort van tandartsen. In de brief (11-12-2000) van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer schrijft de minister dat de Adviesgroep capaciteit mondzorg een ernstig capaciteitstekort voorspelt als er op korte termijn geen maatregelen worden genomen. De adviesgroep concludeerde dat bij ongewijzigd beleid over 20 jaar circa 1 miljoen Nederlanders van tandheelkundige hulp verstoken zullen zijn. Naast vele andere aanbevelingen raadde de Adviesgroep aan om de samenwerking tussen de verschillende beroepen en het teamconcept te bevorderen en door middel van veldexperimenten ervaringen op te doen met nieuwe beroepskrachten en gegevens te genereren over de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van een nieuwe aanpak. In het rapport taakherschikking van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wordt nader op de mogelijkheden voor taakherschikking in de eerste lijn ingegaan (RVZ, 2002).

Doel haalbaarheidsstudie

Het doel van deze haalbaarheidsstudie is inzicht te krijgen in hoeverre het starten van pilotstudies voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist/ tandprotheticus haalbaar en wenselijk is en wat de belemmerende/ bevorderende factoren zijn die kunnen worden voorzien. De vraag die hierbij beantwoord zal worden is óf en onder

welke voorwaarden pilotstudies voor directe toegankelijkheid voor de mondhygiënist/tandprotheticus realiseerbaar zijn zowel gezien vanuit landelijke organisaties als vanuit de in het veld werkzame professionals. Het is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling om een uitgebreid representatief onderzoek uit te voeren. Het doel van deze studie is om een indicatie te krijgen óf er interesse bestaat om directe toegankelijkheid in een pilotstudy op te zetten.

Om een indruk te krijgen van de haalbaarheid en wenselijkheid om pilotstudies te starten zullen de volgende vragen worden beantwoord:

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de tandarts? En zo ja, welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?
3. Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke? Met name in de sfeer van de communicatie en informatie.
4. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.
5. Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partij (tandartsen) zullen worden betrokken.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden pilotprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet. In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van het onderzoek over de haalbaarheid en wenselijkheid van het opstarten van pilotstudies directe toegankelijkheid van mondhygiënist en/of tandprotheticici.

Methode van informatie verzameling

Om een indruk te krijgen in hoeverre het starten van pilotstudies voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist/ tandprotheticus haalbaar en wenselijk is, zijn er op landelijk niveau semi-gestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van de landelijke beroepsorganisaties Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) en Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) en andere relevante partijen als het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Op basis van een schriftelijke vragenlijsten werden meningen van in het veld werkzame mondhygiënist, tandprotheticici en tandartsen (als verwijzende partij) over directe toegankelijkheid en de voorwaarden waaronder mondhygiënist en tandprotheticici direct toegankelijk zouden kunnen worden, in kaart gebracht.

MONDHYGIËNISTEN

In onderstaande overzichtstabel worden in enkele kerngegevens de belangrijkste uitkomsten van de haalbaarheidsstudie weergegeven. Voor uitgebreide informatie zie hoofdstuk 3.

Overzichtstabel mondhygiënisten

Hoofdvragen	Uitwerking
Kerngegevens	Aantal mondhygiënisten: 1.789 48% is werkzaam bij een tandarts algemeen practicus en 28% is vrijgevestigd.
	Artikel 34 Wet BIG is van toepassing Registratie via de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (SKP)
	Verenigd in de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)
Standpunt mondhygiënisten t.o.v. directe toegankelijkheid (DT)	Landelijk: NVM staat zeer positief tegenover directe toegang. Dit is vanaf 1998 al in het beleidsplan van de NVM opgenomen. Op uitvoerend niveau staat 82% positief tegenover DT. Het gaat om verrichtingen als het geven van informatie/ voorlichting/ advies, het aanbrengen van cariës voorkomende middelen en enkele verrichtingen binnen de parodontale zorgverlening
Standpunt relevante partijen t.o.v. directe toegankelijkheid	ZN geen standpunt NPCF positief, mits belang patiënt goed wordt bewaakt NMT voorstander van taakdelegatie, tandarts moet spil in zorgproces blijven ANT heeft geen moeite met vrije directe toegankelijkheid mondhygiënisten mits WTG vervalt en tarieven adviestarieven zijn Tandartsen: 38% staat positief en 42% negatief tegen over DT mondhygiënist VWS positief, DT zou een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van het tandartsentekort in de toekomst
Kwaliteitseisen	Wat de NVM betreft zou registratie in het kwaliteitsregister voldoende maatstaf zijn om de kwaliteit voor directe toegankelijkheid te waarborgen
	Van de geënquêteerde mondhygiënisten acht ruim 80% bijscholing noodzakelijk
Communicatie en Informatie	58% van de mondhygiënisten vindt informatie overdracht naar tandarts als centrale dossierhouder zowel na eerste contact als na afronding van de behandeling nodig
Juridisch en verzekerings-technisch	Mondhygiënisten achten het van belang om zaken als verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheid en declaratiemogelijkheid goed te regelen
Mogelijke deelname van mondhygiënisten aan proefprojecten	Ja 35% Ja mits 15% Nee 50%

Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder mondhygiënisten

De NVM staat zeer positief tegenover het direct toegankelijk maken van de zorg geleverd door een mondhygiënist. De NVM acht directe toegankelijkheid zeker haalbaar voor haar beroepsgroep. Bijna alle mondhygiënisten (95-100%) vinden dat zij direct toegankelijk moeten kunnen zijn voor het geven van informatie/advies/voorlichting, het aanbrengen van cariës voorkomende stoffen en voor een aantal verrichtingen binnen de parodontale zorgverlening zoals tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus. Er zijn zowel mondhygiënisten als tandartsen die hun medewerking aan een pilotstudy zouden willen verlenen.

TANDPROTHETICI

In onderstaande overzichtstabel tandprothetici worden in enkele kernegevens de belangrijkste uitkomsten van de haalbaarheidsstudie weergegeven. Voor uitgebreide informatie zie hoofdstuk 4.

Overzichtstabel tandprothetici

Hoofdvragen	Uitwerking
Kernegevens	Aantal tandprothetici: 300 Het merendeel van de tandprothetici is vrijgevestigd
	De ONT stimuleert haar leden zich te laten certificeren volgens de kwaliteitsnorm die door de Stichting Harmonisatie Kwaliteit Zorg (SHKZ) is ontwikkeld
	Tandprothetici zijn verenigd in de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
Standpunt tandprothetici t.a.v. directe toegankelijkheid (DT)	Landelijk: ONT acht directe toegankelijkheid tot de tandprotheticus van belang voor de algemene mondzorg. Patiënt moet vrij kunnen kiezen door wie hij/zij behandeld wenst te worden. Op uitvoerend niveau staat 93% positief tegenover DT.
Standpunt relevante partijen	ZN geen standpunt NPCF positief, mits belang van de patiënt goed bewaakt wordt NMT voorstander van taakdelegatie, tandarts moet spil in zorgproces blijven ANT heeft geen moeite met vrije en directe toegankelijkheid tandprotheticus mits WTG vervalt en tarieven adviestarieven zijn Tandartsen: 20% staat positief en 61% staat negatief tegenover DT tandprothetici VWS positief, directe toegankelijkheid zou een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van het tandartsentekort in de toekomst
Kwaliteitseisen	Wat de ONT betreft zouden met name de SHKZ gecertificeerde praktijken in aanmerking dienen te komen voor DT
	Van de geënquêteerde tandprothetici acht 86% bijscholing noodzakelijk
Communicatie en Informatie	21% van de tandprothetici vindt informatie overdracht naar tandarts als centrale dossierhouder zowel na eerste contact als na afronding van de behandeling nodig
Juridisch en verzekeringstechnisch	Tandprothetici achten het van belang om zaken als verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheid en declaratiemogelijkheid goed te regelen. Het is van belang dat er duidelijkheid ontstaat over de verantwoordelijkheid voor de eventuele restidentite
Mogelijke deelname van tandprothetici aan proefprojecten	Ja 46% Ja mits 23% Nee 30%

Draagvlak voor directe toegankelijkheid van tandprotheticus

Tandprothetici zijn momenteel direct toegankelijk voor het aanmeten en vervaardigen van een volledige prothese op de edentate kaak. Zowel van uit de landelijke organisatie als onder de tandprothetici in het veld wordt aangegeven dat controle, aanmeten en aanpassingen maken van alle soorten uitneembare protheses (volledige protheses, partiële protheses, overkappingsprotheses en immediaatprotheses) hulpvragen zijn die de tandprothetici zonder verwijzing van (tand)arts zouden moeten kunnen uitvoeren. De tandprothetici geven aan dat er duidelijkheid moet zijn over de verantwoordelijkheid

van de restidentitie. Er zijn zowel tandprotheticici als tandartsen die hun medewerking aan een pilotstudy zouden willen verlenen.

ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Over het geheel kan worden geconcludeerd dat voor beide onderzochte disciplines geldt dat er mogelijkheden bestaan om directe toegankelijkheid vorm te geven. Op landelijk, regionaal en uitvoerend niveau bestaat draagvlak binnen beide disciplines. Aan de opmerkingen en randvoorwaarden die worden gesteld kan worden tegemoet gekomen. Uit deze informatie blijkt dat men binnen zowel de groep van mondhygiënisten als van tandprotheticici in meerderheid van oordeel is dat directe toegankelijkheid een ontwikkeling is die de moeite van het bestuderen waard is. Ook is een gedeelte bereid aan een mogelijke pilot mee te werken.

Op het werkterrein van de genoemde disciplines wordt daarom aanbevolen pilot projecten te starten met als doel het verder ontwikkelen van directe toegankelijkheid in de tandzorg.

Voor de mondhygiënisten zou directe toegankelijk m.n. gaan om verrichtingen als het geven van informatie/advies/voorlichting, het aanbrengen van cariës voorkomende stoffen en voor een aantal verrichtingen binnen de parodontale zorgverlening zoals tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus. Voor de tandprotheticici gaat het m.n. om controle, aanmeten, vervaardigen en aanpassingen maken van alle soorten uitneembare protheses (volledige protheses, partiële protheses, overkappingsprotheses en immediaatprotheses).

Voor de tandzorg gaat voornamelijk de voorkeur uit naar een gefaseerde verruiming van de mogelijkheden voor directe toegankelijkheid. Vóór het starten van een proefproject zal er tussen de verschillende partijen duidelijkheid moeten bestaan wie de verantwoordelijkheid heeft voor wat en hoe dat in protocollen en richtlijnen kan worden vastgelegd. De start van een pilot directe toegankelijkheid zal vergezeld moeten gaan van een actief beleid om zowel de consument als andere beroepsgroepen te informeren over de mogelijkheden van mondhygiënisten en tandprotheticici.

Voor zowel mondhygiënisten als tandprotheticici geldt volgens de beroepsgroepen dat de huidige kwaliteitseisen in principe een goed uitgangspunt vormen. Wel wordt over het algemeen uitgesproken dat bij realisatie van directe toegankelijkheid bij- of nascholing wenselijk is.

Het door de betrokken beroepsgroepen wederzijds kunnen beschikken over relevante informatie wordt zeer belangrijk gevonden. In het huidige stelsel is de tandarts de houder van een centraal dossier. Informatie-uitwisseling door Informatie- en Communicatietechnologie en een elektronisch patiëntendossier zullen voor de toekomstbestendige eerstelijnszorg van groot belang zijn. Zolang het elektronisch patiënten dossier nog niet voor handen is, lijkt het voornamelijk wenselijk dat er naar de tandarts wordt gerapporteerd. Vóór de start van eventuele proefprojecten dienen hier afspraken over gemaakt te worden met de verschillende partijen over wijze en frequentie van rapportage.

Met betrekking tot de juridische en verzekeringstechnische voorwaarden liggen de huidige belemmeringen die een rol spelen bij directe toegankelijkheid met name bij de huidige formuleringen in de Wet BIG en de ziekenfondswet. Voor de start van een pilot

dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over 'vrijstelling' van de bestaande regelgeving en beroepsaansprakelijkheid. Tevens zal er duidelijkheid moeten zijn over het financieringssysteem/afspraken met zorgverzekeraars waarmee de tandprothetici/mondhygiënist zullen werken.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	13
1.1	Directe toegankelijkheid in de eerstelijns tandzorg.....	13
1.2	Doel haalbaarheidsstudie.....	14
1.3	Definitie ‘directe toegankelijkheid’.....	15
2	Werkwijze.....	17
2.1	Dataverzameling.....	17
2.1.1	Landelijk niveau.....	17
2.1.2	Uitvoerend niveau.....	18
2.2	Uitkomsten haalbaarheidsstudie basis voor mogelijke pilot studies.....	19
3	Mondhygiënist.....	21
3.1	Mondhygiënist in beeld.....	21
3.1.1	Inleiding.....	21
3.1.2	Regels / richtlijnen werkzaamheden verricht in de 1e lijn.....	21
3.1.3	Aantal beroepsbeoefenaars.....	22
3.1.4	Schets koepelorganisatie NVM.....	22
3.2	Kwaliteitsbeleid mondhygiënist.....	23
3.2.1	Inleiding.....	23
3.2.2	Kwaliteitseisen huidige opleiding.....	23
3.2.3	Kwaliteitseisen praktijkvoering volgens de NVM.....	23
3.2.4	Kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief.....	24
3.3	Communicatie en registratie relevante gegevens.....	25
3.3.1	Communicatie met patiënten.....	25
3.3.2	Communicatie met andere zorgverleners.....	25
3.3.3	Communicatie met ziektekostenverzekeraars.....	26
3.4	Mening en houding van landelijke organisaties t.a.v. directe toegankelijkheid van de mondhygiënist.....	26
3.4.1	Inleiding.....	26
3.4.2	NVM.....	26
3.4.3	Keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen die, volgens de NVM, geschikt zouden zijn voor directe toegankelijkheid.....	27
3.4.4	Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid volgens de NVM.....	27
3.4.5	Randvoorwaarden voor directe toegankelijkheid volgens de NVM.....	27
3.4.6	Mogelijkheid tot starten proefproject volgens de NVM.....	28
3.4.7	Conclusies mening NVM.....	28
3.4.8	Houding van andere landelijke organisaties tegenover directe toegankelijkheid van de mondhygiënist.....	28
3.5	Mening en houding van het veld van mondhygiënist t.a.v. directe toegankelijkheid.....	32
3.5.1	Inleiding.....	32
3.5.2	Huidige werksetting.....	32
3.5.3	Huidige werkwijze in de praktijk.....	34
3.5.4	Houding van mondhygiënist t.o.v. directe toegankelijkheid.....	38
3.5.5	Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door de mondhygiënist.....	41
3.5.6	Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid.....	44
3.5.7	Conclusie mondhygiënist uit het veld.....	45
3.6	Conclusies en aanbevelingen directe toegankelijkheid van mondhygiënist.....	45
3.6.1	Wenselijkheid directe toegankelijkheid.....	45

3.6.2	Kwaliteitseisen mondhygiënist	45
3.6.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	46
3.6.4	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele mondhygiënist	46
4	Tandprothetici	47
4.1	Tandprothetici in beeld	47
4.1.1	Inleiding	47
4.1.2	Regels en richtlijnen t.a.v. werkzaamheden verricht in de 1e lijn	47
4.1.3	Aantal beroepsbeoefenaars	48
4.1.4	Schets koepelorganisatie (ONT)	48
4.2	Kwaliteitsbeleid Tandprothetici	48
4.2.1	Inleiding	48
4.2.2	Kwaliteitseisen huidige opleiding	48
4.2.3	Kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief	49
4.3	Communicatie en registratie relevante gegevens	50
4.3.1	Communicatie met patiënten	50
4.3.2	Communicatie met andere zorgverleners	50
4.3.3	Communicatie met Ziektekostenverzekeraars	51
4.4	Mening en houding van landelijke organisaties t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus	51
4.4.1	Inleiding	51
4.4.2	Keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen die, volgens de ONT, geschikt zouden zijn voor directe toegankelijkheid	51
4.4.3	Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid volgens de ONT	52
4.4.4	Randvoorwaarden/belemmeringen voor directe toegankelijkheid volgens de ONT	52
4.4.5	Mogelijkheid tot starten proefproject volgens de ONT	52
4.4.6	Conclusie mening ONT	53
4.4.7	Mening van andere landelijke organisaties tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus	53
4.4.8	Conclusie mening landelijke organisaties	56
4.5	Mening en houding van tandprothetici in het veld over directe toegankelijkheid	56
4.5.1	Inleiding	56
4.5.2	Huidige werksetting	56
4.5.3	Huidige werkwijze in de praktijk	57
4.5.4	Houding van tandprothetici t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus	60
4.5.5	Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door de tandprotheticus	61
4.5.6	Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid tandprothetici	64
4.5.7	Conclusie tandprothetici uit het veld	64
4.6	Conclusies directe toegankelijkheid van tandprotheticus	65
4.6.1	Inleiding	65
4.6.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen	65
4.6.3	Kwaliteitseisen	65
4.6.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	66
4.6.5	Juridische en verzekertechnische voorwaarden	66
4.6.6	Draagvlak voor directe toegankelijkheid van tandprotheticus	66
5	Tandartsen	67
5.1	Mening en houding van het veld van tandartsen tav directe toegang mondhygiënist en/of tandprotheticus	67
5.1.1	Inleiding	67
5.1.2	Huidige werksetting tandartsen	67

5.1.3	Huidige werkwijze in de praktijk	68
5.1.4	Houding van de tandarts tav directe toegankelijkheid van mondhygiënist /tandprotheticus	70
5.1.5	Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door tandprotheticici en mondhygiënist	72
5.1.6	Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid tandprotheticici	73
5.1.7	Conclusie	74
6	Discussie, algemene conclusies en aanbevelingen	75
7	Lijst van afkortingen.....	81
8	Literatuurlijst	83
	Bijlage(n)	
	A Vragenlijst Mondhygiënist	
	B Vragenlijst Tandprotheticici	
	C Vragenlijst Tandartsen	

1 Inleiding

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft zijn haar sector Curatieve zorg TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid van een zorgverleners in de eerste lijn. Het betrof de beroepsgroepen van oefentherapeuten Mensendieck en César, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, psychologen, mondhygiënist en tandprotheticus. Deze beroepsbeoefenaars werken momenteel grotendeels op verwijzing van huisartsen of tandartsen. De resultaten van de studie zijn beschreven in 9 deelrapporten. Het hier voorliggende deelrapport betreft de beroepen mondhygiënist en tandprotheticus.

Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In het kader van een doelmatige verzekering en financiering van de zorg, dient de patiënt zo snel mogelijk en over zo weinig mogelijk "schijven" door het zorgstelsel naar de zorgverlener te worden geleid die deze benodigde zorg verleent. In theorie krijgt de patiënt daardoor niet alleen zo snel mogelijk de benodigde zorg, maar ook worden schaarse middelen efficiënt ingezet en wordt de communicatie tussen zorgverleners gestroomlijnd. Door onder meer veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod wijzigt de meerwaarde en daarmee de functie van elke "schijf" in het zorgstelsel met de tijd. Zorgverleners ontwikkelen zich inhoudelijk en professioneel, domeinen worden opnieuw afgebakend en taken worden overgedragen. Het is de taak van de overheid om deze veranderingen in de organisatie van de zorg door te laten werken.

Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de diverse beroepsgroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate de genoemde beroepsgroepen voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn.

Mogelijke voordelen van directe toegankelijkheid zijn onder meer:

- erkenning van de professionaliteit van deze beroepsgroepen en een stimulering om de professionalisering verder te ontwikkelen en transparant te maken;
- invullen van een sterker vraaggestuurde zorg;
- ontlasting van huisartsen en tandartsen in de eerste lijn;
- verhoging van doelmatigheid en doeltreffendheid van de eerstelijns gezondheidszorg.

Tegenover de genoemde voordelen staat eveneens een aantal nadelen of risico's, waarbij gedacht kan worden aan:

- de absolute voorwaarde dat de communicatie en informatie uitwisseling tussen de hulpverleners in de eerste lijn goed functioneren;
- het mogelijk missen van pathologie;
- het mogelijk onoverzichtelijk worden voor de patiënt in welke situatie hij/zij zich tot welke hulpverlener moet wenden.

1.1 Directe toegankelijkheid in de eerstelijns tandzorg

Omdat het tandheelkundige traject van de patiënt nog steeds in aanleg bij de tandarts begint, is deze de spil in de mondgezondheidszorg. Naast het bieden van laagdrempelig eerstelijns tandheelkundige zorg heeft de tandarts inzicht in en overzicht over de zorg

omtrent de doorverwezen patiënt. Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate ook mondhygiënist en tandprotheticus voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn.

Een andere reden voor eventuele directe toegang tot de mondhygiënist en/of tandprotheticus is het te verwachte capaciteitstekort van tandartsen. In de brief (11-12-2000) van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer schrijft de minister dat de Adviesgroep capaciteit mondzorg een ernstig capaciteitstekort voorspelt als er op korte termijn geen maatregelen worden genomen. De adviesgroep concludeerde dat bij ongewijzigd beleid over 20 jaar circa 1 miljoen Nederlanders van tandheelkundige hulp verstoken zullen blijven. Naast vele andere aanbevelingen raadde de Adviesgroep aan om de samenwerking tussen de verschillende beroepen en het teamconcept te bevorderen en door middel van veldexperimenten ervaringen op te doen met nieuwe beroepskrachten en gegevens te genereren over de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van een nieuwe aanpak. In het rapport taakherschikking van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) wordt nader op de mogelijkheden voor taakherschikking in de eerste lijn ingegaan (RVZ, 2002).

1.2 Doel haalbaarheidsstudie

Het doel van deze haalbaarheidsstudie is inzicht te krijgen in hoeverre het starten van pilotstudies voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist/ tandprotheticus haalbaar en wenselijk is en wat de belemmerende/ bevorderende factoren zijn die kunnen worden voorzien. De vraag die hierbij beantwoord zal worden is of en onder welke voorwaarden pilotstudies voor directe toegankelijkheid voor de mondhygiënist/tandprotheticus realiseerbaar zijn zowel gezien vanuit landelijke organisaties als vanuit de in het veld werkzame professionals. Het is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling om een uitgebreid representatief onderzoek uit te voeren. Het doel van deze studie is om een indicatie te krijgen of er interesse bestaat om directe toegankelijkheid in een pilotstudy op te zetten.

Om inzicht te krijgen over de haalbaarheid en wenselijkheid om pilotstudies op te starten zullen de volgende vragen worden beantwoord:

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door tandarts? En zo ja, welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?
3. Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke? Met name in de sfeer van de communicatie en informatie.
4. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.
5. Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partij (tandartsen) zullen worden betrokken.

ad 1

Primair zal worden ingegaan op de vraag of het momenteel reeds haalbaar is om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid van de mondhygiënist en/of tandprotheticus. En, zo ja, of dit in principe volledig directe toegankelijkheid betreft of dat een voorbehoud dient te worden gemaakt. Bijvoorbeeld dat men zich in eerste instantie beperkt tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan. Ook kan de directe toegankelijkheid worden beperkt tot bijvoorbeeld bepaalde leeftijdscategorieën zoals jeugdigen of ouderen, of tot bepaalde patiëntengroepen zoals paro-patiënten, patiënten met uitneembare prothetiek.

ad 2

Een algemene kwaliteitseis die gesteld kan worden is bijvoorbeeld het ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de koepelorganisaties. Daarbij zal worden ingegaan op de vraag of het huidige kwaliteitsregister reeds voldoet aan te formuleren criteria. In de tweede plaats kan worden gedacht aan aanvullende kwaliteitseisen in verband met de directe toegankelijkheid in de vorm van een bij- of nascholingstraject. Ook zal worden ingegaan op de consequenties in de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen.

ad 3

Bij directe toegankelijkheid van de beroepsgroepen mondhygiënist en/of tandprotheticus is het van belang dat tussen de betrokken beroepsgroepen een goede communicatie en informatie-uitwisseling bestaat. Ingegaan zal worden op de vraag hoe dit kan worden gerealiseerd en welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling voldoende zijn voor een directe toegankelijkheid.

ad 4

Veel van de huidige regelgeving voorziet nog in een toegankelijkheid van de beroepsgroepen via verwijzing (uitgezonderd het geven van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding en het uitwendig op het gebit aanbrengen van tandbederfvoorkomende middelen door de mondhygiënist en het aanmeten en vervaardigen van een volledige prothese door de tandprotheticus). Nagegaan zal worden of en hoe de bestaande regels dienen te worden bijgesteld om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken.

ad 5

Last but not least zal antwoord worden gegeven op de vraag of de betrokken beroepsgroepen het wenselijk vinden dat zij direct toegankelijk worden voor de patiënt en of zij van mening zijn dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid. Ook zal worden onderzocht hoe de verwijzende partij (tandartsen) tegenover een directe toegankelijkheid van mondhygiënist en/of tandprotheticus staan.

1.3 Definitie ‘directe toegankelijkheid’

Het begrip ‘directe toegankelijkheid’ is in deze studie op de volgende wijze gedefinieerd:

“Directe toegankelijkheid is de toegang tot de (zorg van de) mondhygiënist / tandprotheticus van patiënten die niet op uitdrukkelijke wijze door de tandarts naar de mondhygiënist / tandprotheticus zijn verwezen”.

Dit kunnen dus patiënten zijn die op eigen initiatief (zonder verwijzing van de tandarts) bij de mondhygiënist/tandprotheticus komen of het kunnen patiënten zijn over wie, door de mondhygiënist/tandprotheticus en de tandarts afspraken zijn gemaakt dat de mondhygiënist/tandprotheticus het eerste contact van deze patiënten verzorgt. Het gaat dus over patiënten die niet eerst door de tandarts zijn gezien voor zij bij de mondhygiënist/tandprotheticus onder behandeling komen.

2 Werkwijze

2.1 Dataverzameling

Om inzicht te krijgen in hoeverre pilotstudies mbt directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de mondhygiënist en/of tandprotheticus gewenst zijn door de mondhygiënist/tandprotheticus en/of door de verwijzende partij (tandarts) en wat de mogelijke consequenties van directe toegankelijkheid zijn, is de volgende informatie verzameld:

- Informatie op landelijk niveau: om kennis te nemen van het standpunt van de beroepsorganisaties en inzicht te krijgen in het beleid op landelijk niveau;
- Informatie op uitvoerend niveau: om kennis te nemen van de houding van de uitvoerende mondhygiënist/tandprotheticus/tandarts ten aanzien van directe toegankelijkheid.

2.1.1 Landelijk niveau

Op landelijk niveau zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van de landelijke beroepsorganisaties Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) en Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT), Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) en andere relevante partijen als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).

Gesprekspartners van de diverse landelijke organisaties waren:

- NVM: mevrouw P. Koole-Kisman voorzitter, mevrouw E. Bol vice voorzitter, mevrouw P. Calkoen, ambtelijk secretaris;
- ONT: de heer E.W. Engelbrecht, voorzitter, en de heer B.G. Kerdijk, vice-voorzitter;
- NMT: de heer A.J. Rijnsburger (hoofd Structuur en Financiering) en mevrouw N.M. Kroezen (hoofd Kwaliteit en Onderzoek);
- ANT: de heer H.L. Nouhuys, voorzitter;
- VWS: drs P.S.B. Boom, senior beleidsmedewerker
- ZN: de heer T. van Hemert
- NPCF: mevrouw M.J. Schrasser en mevrouw G. Hoeks

Deze personen zijn via de mail/telefoon benaderd met de vraag of zij hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen. Tevens werd een korte beschrijving van het doel van de haalbaarheidsstudie gegeven zodat geïnterviewden zich voor konden bereiden en voorafgaand aan het interview eventueel overleg konden plegen met vakgenoten.

In het onderstaande kader is aangegeven welke aandachtspunten er gedurende deze gesprekken aan de orde werden gesteld. Tijdens de interviews is tevens gevraagd naar achtergronddocumenten en relevante beleidsdocumenten.

Gesprekspunten met vertegenwoordigers van de landelijke organisaties

1. Achtergrondinformatie van de organisaties
2. Het standpunt van de organisatie? Reeds over nagedacht in het bestuur? Is directe toegankelijkheid van mondhygiënist/tandprotheticus wenselijk?
3. Indien wenselijk: is het haalbaar? Zo ja, hoe? Zo niet, waarom niet?
4. Voor- of nadelen te noemen?
5. Geschikte patiëntgroepen voor directe toegankelijkheid?
6. Zaken die voor de beroepsgroepen goed geregeld dienen te worden (scholing, verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheidsverzekering?)
7. Hoe vindt nu de registratie van patiëntencontacten plaats, voldoet de registratie, hoe verloopt de communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen?
8. Tariefbepaling
9. Communicatie met andere zorgverleners
10. Medewerking verlenen aan het nemen van de steekproef, reactie op vragenlijst en ondersteuning introductie vragenlijst

De meningen van de diverse landelijke organisaties zijn beschreven in hoofdstuk 3.4 en 4.4.

2.1.2 *Uitvoerend niveau*

Op basis van een schriftelijke vragenlijst werden meningen van in het veld werkzame mondhygiënist, tandprotheticus en tandartsen over directe toegankelijkheid en de voorwaarden waaronder mondhygiënist en tandprotheticus direct toegankelijk zouden kunnen worden, in kaart gebracht. De vragenlijst van de mondhygiënist omvatte 37 vragen, van de tandprotheticus 25 en van de tandartsen 16. De vragen hadden deels gesloten en deels open antwoordcategorieën. De vragen hadden onder meer betrekking op de werksituatie, welke patiëntgroepen en welke hulpvragen er voor directe toegankelijkheid in aanmerking zouden komen, wat de mening is over directe toegankelijkheid, de voor- en nadelen, onder welke condities directe toegankelijkheid mogelijk zou kunnen zijn en de communicatie met andere beroepsgroepen. Ook werd gevraagd of men bereid was mee te werken aan een eventueel proefproject.

Respondenten konden de vragenlijst retourneren door gebruik te maken van een bijgesloten antwoordenvolp. Er is geen reminder verstuurd omdat het onderzoek geen representatief onderzoek betrof, maar als doel had om indicatieve gegevens te verkrijgen óf directe toegankelijkheid van zorg bij de diverse beroepsgroepen speelt en óf er draagvlak zou zijn voor pilotstudies.

Multipel responsanalyses en frequentietabellen werden gebruikt om de resultaten te beschrijven.

2.1.2.1 *Steekproef uitvoerend niveau*

Mondhygiënist

De steekproef van mondhygiënist werd aangeleverd door de NVM. De NVM trok een steekproef onder haar leden. De steekproef bestond totaal uit 554 mondhygiënist van wie 250 gewone leden, 200 vrijgevestigde mondhygiënist, 91 mondhygiënist met de vervolopleiding tot kindertandverzorgster en 13 mondhygiënist met de vervolopleiding tot mondverzorgster voor volwassenen.

Tandprothetici

De steekproef van tandprothetici bestond uit alle tandprothetici die geregistreerd stonden in het ledenbestand van de ONT (n=259).

Tandartsen

De NMT leverde uit haar ledenbestand een steekproef van 250 tandartsen aan.

2.2 **Uitkomsten haalbaarheidsstudie basis voor mogelijke pilot studies**

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden pilotprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

In dit rapport worden de resultaten van het onderzoek bij de volgende disciplines samengevat.

Mondhygiënist - hoofdstuk 3

Tandprothetici - hoofdstuk 4

Ook wordt ingegaan op de mening van de tandartsen die een vragenlijst over het onderwerp directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprothetici hebben ingevuld (hoofdstuk 5).

3 Mondhygiënist

3.1 Mondhygiënist in beeld

3.1.1 *Inleiding*

Volgens het Besluit Mondhygiënist (Staatsblad 1997 523. Hoofdstuk V Mondhygiënist, artikel 17 eerste lid) wordt tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist gerekend “het op verwijzing van een tandarts onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen, en op basis van de verkregen gegevens het opstellen van een behandelplan en het toepassen van mondhygiënische behandelingen met daarvoor geëigende mondhygiënische apparatuur en instrumenten”. Tevens mag de mondhygiënist in opdracht van de tandarts ioniserende straling (röntgenfoto's) of lokale anesthesie toepassen. Een mondhygiënist mag zonder verwijzing van een tandarts tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en – opvoeding geven aan een persoon, met als doel het stimuleren van gedrag dat de mondgezondheid bevordert; en de mondhygiënist mag zonder verwijzing van een tandarts uitwendig op het gebit tandbederfvoorkomende middelen aanbrengen.

3.1.2 *Regels / richtlijnen werkzaamheden verricht in de 1e lijn*

Het beroep van mondhygiënist is geregeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, art. 34 en art. 39). Hierin staat dat de opleidingstitel ‘mondhygiënist’ wettelijk beschermd is, dat mondhygiënisten niet onderworpen zijn aan het tuchtrecht, en dat zij geen zelfstandige bevoegdheid hebben om voorbehouden handelingen te verrichten. In art. 39 staat dat mondhygiënisten beschikken over de specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van een opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Zij zijn voor deze handelingen ‘functioneel zelfstandig’. Hier geldt dat bij het functioneel zelfstandig uitvoeren van een voorbehouden handeling altijd een opdracht van een zelfstandig bevoegde nodig is (art. 34) en dat de opdrachtnemer zich houdt aan eventuele aanwijzingen van de opdrachtgever. Ook de individuele bekwaamheid van de opdrachtnemer blijft een eerste vereiste. De toegankelijkheid van de mondhygiënist is dus op verwijzing van de tandarts, uitgezonderd instructie van en informatie over mondverzorging en het aanbrengen van tandbederfvoorkomende middelen. Verder is art. 40 ook voor de mondhygiënist van belang. Hierin staat dat de beroepsbeoefenaar zijn beroepsuitoefening zodanig moet organiseren en zich zodanig van materieel moet voorzien, dat dit leidt tot verantwoorde zorg (wet BIG, 1995; Staatsblad, 1997).

In de “beroepscode van de mondhygiënist” heeft de NVM deze wettelijke bepalingen en aspecten die hierop betrekking hebben vastgelegd (NVM Beroepscode). Het gaat hierbij om:

- aspecten die betrekking hebben op de beroepsuitoefening,
- aspecten in relatie tot patiënten,
- aspecten in relatie tot collegae en andere hulpverleners,
- specifieke aspecten in relatie tot tandartsen,
- aspecten met betrekking tot de samenleving,
- bijzondere gedragsregels.

3.1.3 *Aantal beroepsbeoefenaars*

Per 1 januari 2000 waren in ons land 1.789 mondhygiënisten werkzaam (NIVEL 2002). Ongeveer 1600 mondhygiënisten zijn vrijwillig georganiseerd bij de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM, 2002). Van de 1.600 leden zijn ongeveer 450 mondhygiënisten vrijgevestigd, werken er ongeveer 100-150 mondhygiënisten intramuraal en werken de overige bij de algemeen praktiserende tandarts, parodontoloog, orthodontist of GGD. Het aandeel vrijgevestigde mondhygiënisten is de laatste jaren sterk toegenomen en de verwachting is dat deze trend door zal zetten (NVM). Bij de GGD is tengevolge van bezuinigingen enkele jaren een dalende trend van het aantal werkzame mondhygiënisten te zien geweest.

3.1.4 *Schets koepelorganisatie NVM*

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) is opgericht in 1967 en stelt zich ten doel:

- het behartigen van de belangen van mondhygiënisten in de ruimste zin van het woord
- het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening alsmede het bevorderen van de kwaliteit van de opleiding tot mondhygiënist
- het ondersteunen van het publiek belang van het beroep van mondhygiënist
- het bevorderen van de contacten tussen mondhygiënisten onderling, nationaal en internationaal
- het bevorderen van de contacten tussen mondhygiënisten en andere aanverwante disciplines

(NVM Beroepsprofiel mondhygiënist, 1999; NVM Aanvulling beroepsprofiel 2003)

Het hoogste orgaan van de vereniging is de algemene ledenvergadering. Het bestuur kan zich laten adviseren door een Adviescollege en weet het zich ondersteund door een ambtelijk secretaris, een juridisch adviseur en een secretariaat. Het bestuur van de NVM vertegenwoordigt de vereniging in diverse overlegorganen waaronder het Landelijk Overleg Studierichting Mondhygiëne (LOSM). De vereniging maakt deel uit van het Paramedisch Verband, een beleidsorgaan waarin alle paramedische beroepen zijn vertegenwoordigd, en van de International Federation of Dental Hygienists (IFDH) en de European Federation of Dental Hygienists (EFDH). Verder vindt er overleg plaats met de overheid, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT), zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

De vakgroepen zijn ingedeeld in intramurale zorgverlening en extramuraal zorgverlening. De vakgroep extramuraal zorgverlening is onderverdeeld naar regio. Deze regionale vakgroepen zijn vakinhoudelijk gestuurd. Er is momenteel binnen deze structuur een reorganisatie naar een regio-indeling gaande waarvan het doel is dat er meer contact komt tussen het veld van mondhygiënisten en het bestuur van de NVM. De regiofunctionarissen worden hiervoor op dit moment geschoold.

Daarnaast beschikt de vereniging over een aantal commissies: o.a. de commissie kwaliteitsregistratie en accreditatie (KRA), de commissie public relations, de commissie intercollegiale toetsing, de commissie visitatie, de commissie vergaderingen (organiseren de ALV's) en de commissie vrijgevestigde mondhygiënisten. De commissie kwaliteit is sinds 2002 opgeheven. Deze wordt vervangen door een nieuw overlegorgaan van regionale kwaliteitsfunctionarissen, vertegenwoordigers van de diverse commissies en het bestuurslid kwaliteit.

De vereniging geeft acht maal per jaar het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne uit.

3.2 Kwaliteitsbeleid mondhygiënisten

3.2.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden de huidige kwaliteitseisen beschreven waaraan mondhygiënisten moeten voldoen. Er wordt hier ingegaan op de vraag of en zo ja welke (aanvullende) kwaliteitseisen moeten worden gesteld wanneer de mondhygiënische zorg in de eerste lijn direct toegankelijk wordt. Deze mogelijke consequenties van directe toegankelijkheid worden beschreven.

3.2.2 *Kwaliteitseisen huidige opleiding*

De HBO opleiding tot mondhygiënist kan gevolgd worden in Amsterdam, Groningen, Nijmegen en Utrecht. Toelatingseis tot de opleiding is het met goed gevolg afgelegd hebben van HAVO, VWO of MBO niveau 4 opleiding. De opleiding tot mondhygiënist is sinds 2002 van drie tot vier jaar uitgebreid. In deze vernieuwde opleiding zal de deskundigheid van de mondhygiënist worden uitgebreid met o.a. het onder bepaalde condities irreversibel mogen ingrijpen.

Naast de door de mondhygiënisten zelf te volgen cursussen om zich in een bepaald vakgebied te specialiseren (bijv. parodontologie) zijn er twee meer structurele vervolgoopleidingen voor mondhygiënisten van start gegaan. Dit zijn de post-hbo cursussen tot kindertandverzorgende (vanaf 1999) en tot mondverzorgende voor volwassenen (vanaf 2001). Beide post-hbo cursussen worden verzorgd door de Radboud Universiteit te Nijmegen. In deze cursussen wordt de deskundigheid van de huidige mondhygiënisten uitgebreid met o.a. onder bepaalde condities het irreversibel mogen ingrijpen. Kindertandverzorgenden en mondverzorgenden voor volwassenen vallen onder de voor mondhygiënisten geldende wetgeving.

De NVM stelt dat alle mondhygiënisten vrij toegankelijk zouden moeten zijn voor die handelingen die in de eindtermen van de genoten opleiding staan geschreven. De opleiding tot mondhygiënist is in de loop van de tijd uitgebreid van 2 naar 3 naar 4 jaar. De mondhygiënisten met een tweejarige opleiding zijn d.m.v. een generaal pardon gelijkgesteld aan de mondhygiënisten met een driejarige opleiding. De 4-jarige opleiding is in 2002 gestart. In 2006 zullen er dus mondhygiënisten zijn die ook irreversibele handelingen kunnen en mogen uitvoeren. Zij staan wat de NVM betreft op gelijk niveau met de mondhygiënisten die een post-hbo cursus tot kindertandverzorgende of mondverzorgende voor volwassenen hebben gevolgd. Mogelijk komt er voor de huidige mondhygiënisten een generaal pardon in 2006. De NVM gaf tevens aan dat mondhygiënisten die vanuit de praktijk ervaring op hebben gedaan op bepaalde vakgebieden, hetgeen niet in hun eindtermen staat geschreven, daarvoor gecertificeerd zouden moeten kunnen worden. Dit zou genoeg kennis en vaardigheden geven om deze behandelingen zelfstandig uit te kunnen voeren.

3.2.3 *Kwaliteitseisen praktijkvoering volgens de NVM*

(uit NVM in beeld 2002, NVM)

Kwaliteitsregistratie en accreditatie.

Sinds juni 2000 kunnen mondhygiënisten zich inschrijven in het basisregister van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. Eind 2002 waren er 1399 mondhygiënisten ingeschreven in het basisregister. Deze mondhygiënisten kunnen na 5 jaar ingeschreven te zijn in het basisregister doorstromen naar het Kwaliteitsregister mits zij voldoen aan de eisen van werkervaring en bijscholing. De commissie Kwaliteitsregistratie en

accreditatie verzorgt onder ander de puntentoekening in het kader van dit kwaliteitsregister.

Wat de NVM betreft zou registratie in het kwaliteitsregister voldoende maatstaf zijn om de kwaliteit met het oog op de vrije toegankelijkheid te waarborgen.

De NVM draagt verder zelf bij aan het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. De NVM heeft een overlegorgaan van regionale kwaliteitsfunctionarissen, vertegenwoordigers van de diverse commissies en het bestuurslid Kwaliteit. Op deze wijze hoopt de NVM de kwaliteitsactiviteiten beter op de behoeften van de leden aan te laten sluiten. De NVM houdt zich met de volgende kwaliteitsactiviteiten bezig:

- **Visitatie.** Sinds 1999 worden er visitaties uitgevoerd in praktijken van vrijgevestigde mondhygiënist. Visitatie is een kwaliteitsinstrument waarbij de mondhygiënist elkaar in hun werksituatie bezoeken en de verschillende aspecten van de praktijkvoering bespreken. Het 'leren van elkaar' staat bij visitatie centraal. Door visitatie worden zwakke plekken, mogelijkheden voor verbetering in het functioneren van de mondhygiënist en de kwaliteit van zorg aan patiënten zichtbaar gemaakt. Een gezamenlijke werkgroep van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en NVM heeft het visitatiemodel vertaald voor de algemene praktijk die voorziet in een multidisciplinaire visitatie door / van tandartsen en mondhygiënist. In 2003 zal hierover een eindrapport verschijnen.
- **Intercollegiale toetsing.** Intercollegiale toetsingsgroepen (IT-groepen) zijn regionaal georganiseerde groepen die bestaan uit ongeveer 10 tot 15 NVM-leden die normaliter niet direct met elkaar werkzaam zijn. Deelnemende mondhygiënist toetsen, vergelijken en beoordelen de dagelijkse zorg met behulp van methoden als intervisie, casuïstiek en intercollegiale toetsing of leren van elkaar door collegiale advisering, vergelijking van eigen handelen met dat van collegae of met een richtlijn. Er zijn momenteel ruim 40 IT-groepen.
- **Voorlopige classificaties en codelijsten mondhygiënische zorg.** De classificaties zijn een eenduidig begrippenkader voor het medisch handelen dat te gebruiken is voor het creëren van helder taalgebruik. De classificaties en codelijsten kunnen, onder andere binnen de verslaglegging door de mondhygiënist een belangrijke bijdrage leveren aan uniform taalgebruik en daarmee aan den betere communicatie binnen de eigen discipline, met andere disciplines en met externe partijen als patiënten organisaties en ziektekostenverzekeraar. Ook met het oog op het teamconcept is eenheid van taal een basisvoorwaarde voor het leveren van goede zorg. In 2002 is de conceptclassificatie omgezet in een voorlopige classificatie mondhygiënische zorg. Deze voorlopige classificaties en codelijsten zijn gebaseerd op bestaande internationale classificaties.
- **Omschrijvingen mondhygiënische zorg.** De omschrijvingen zijn een overzicht van de werkzaamheden van de mondhygiënist. De omschrijvingen zijn belangrijk bij de plaatsbepaling van de mondhygiënist binnen de mondzorg en bijvoorbeeld bij taakdelegatie, veldafbakening of bij onderhandelingen met zorgverzekeraars. Deze omschrijvingen bestaan uit twee delen: 1. Omschrijving van de zorgverlening in termen van de verschillende soorten mondhygiënische behandelingen die nodig zijn voor het behandelen van de verschillende aandoeningen en het goed uitvoeren van de preventie. 2. Onderverdeling van de behandelingen in de verschillende stappen waaruit de behandeling bestaat.

3.2.4 *Kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief*

Om een beeld te vormen van de criteria die de patiënt /cliënt belangrijk vindt voor een goede gezondheidszorg hebben de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en haar lidorganisaties in verschillende sectoren van de gezondheidszorg,

waaronder het werkterrein van de mondhygiënist, onderzoeksprojecten uitgevoerd. In het geval van het onderzoeksproject dat betrekking had op het werkterrein van de mondhygiënist was de NVM de initiatiefnemer. In dit onderzoek kwamen de volgende aspecten aan bod: vakbekwaamheid, bejegening, ondersteuning, besluitvorming en inbreng van de cliënt, informatievoorziening, organisatie en accommodatie.

De criteria die de NPCF stelt ten aanzien van de vakbekwaamheid worden in het onderstaande blok weergegeven (NPCF, 1996.)

Criteria vakbekwaamheid NPCF

- Kennis hebben over materialen en instrumenten.
- Weten wanneer de cliënt doorverwezen moet worden naar de tandarts.
- De grenzen van de eigen vakbekwaamheid kennen.
- De cliënt vertellen of de behandeling goed verloopt.
- Ernaar streven dat de behandeling het gewenste resultaat heeft.
- Goed met instrumenten kunnen werken.
- De nieuwste technieken kunnen toepassen.
- Altijd met ontsmette instrumenten werken.
- Zorgvuldig te werk gaan.

3.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

3.3.1 *Communicatie met patiënten*

De NVM geeft aan dat patiënten o.a. door het veelvuldig gebruik van internet meer kennis hebben en zelf willen bepalen door welk type zorgverlener zij behandeld willen worden. Er zal informatie aan patiënten verstrekt moeten worden waarin duidelijk wordt gemaakt wat tot de werkterreinen van de verschillende beroepsgroepen behoort.

De criteria voor de informatievoorziening aan de cliënten die de NPCF heeft geformuleerd worden in het onderstaande blok weergegeven (NPCF, 2001)

Criteria informatievoorziening mondhygiënist NPCF

- Bij de cliënt informeren naar zijn klachten.
- De cliënt informeren over de huidige staat van het gebit.
- De cliënt vertellen of er verbeteringen of verslechtingen zijn opgetreden.
- Informatie geven over de redenen van onderzoek.
- Aangeven wat de cliënt thuis aan gebitsverzorging kan doen.
- Informatie goed overdragen aan derden.
- Ervoor zorgen dat de juiste informatie wordt opgeslagen.
- Cliëntgegevens vertrouwelijk behandelen.

3.3.2 *Communicatie met andere zorgverleners*

De verschillende beroepsgroepen moeten ten opzichte van elkaar respect tonen, vertrouwen in elkaar hebben en op hun eigen vakgebied professioneel handelen. De mondhygiënist zal vanuit zijn eigen professioneel handelen de patiënt doorverwijzen als de hulpvraag buiten zijn deskundigheidsgebied valt. De verwijsmogelijkheden van de mondhygiënist zouden direct naar tandarts, huisarts of tandartsspecialist moeten gaan om zo te voorkomen dat de patiënt te veel schijven moet doorlopen om bij de juiste behandelaar te komen.

Er zal een goede communicatie tussen de beroepsgroepen moeten bestaan. Het toekomstige elektronische patiënten dossier zal dit vergemakkelijken.

3.3.3 *Communicatie met ziektekostenverzekeraars* (uit: NVM beroepsprofiel mondhygiënist)

De mondhygiënist valt vooralsnog niet onder de werkingssfeer van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de vergoeding van de behandeling door mondhygiënisten is niet geregeld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Mondhygiënisten in loondienst hebben over het algemeen geen directe financiële relatie met de patiënt of de zorgverzekeraar van de patiënt. De vergoeding van de door de mondhygiënist uitgevoerde behandeling komt tot stand via een nota van de tandarts aan de patiënt of aan diens zorgverzekeraar. Afhankelijk van de soort zorgverzekering vindt een vergoeding plaats op basis van het uniforme particulier tarief (UPT) of op grond van het met de zorgverzekeraars overeengekomen basispakket tandheelkundige zorgverlening. Zelfstandig gevestigde mondhygiënisten hanteren in principe het door de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten geadviseerde uurtarief. Dit tarief is gebaseerd op het door het VVAA Accountants- en belasting advieskantoor vastgesteld accountantsrapport en wordt jaarlijks geïndexeerd.

De NVM bepleit dat de declaratie naar de patiënt gaat en dat deze zelf zorgdraagt voor het verkrijgen van de vergoeding via de zorgverzekeraar.

Op dit moment onderhandelt elke vrijgevestigde mondhygiënist zelf met de ziektekostenverzekeraar. Volgens de NVM is het niet nodig om dit systeem te wijzigen bij directe toegankelijkheid.

3.4 **Mening en houding van landelijke organisaties t.a.v. directe toegankelijkheid van de mondhygiënist**

3.4.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag: Is het volgens de landelijke koepelorganisaties mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de mondhygiënist zonder verwijzing van de (tand)arts of specialist?

3.4.2 *NVM*

Houding van de NVM tegenover directe toegankelijkheid van de mondhygiënist

Het beleid van de af te leveren zorg door de mondhygiënist is volgens de NVM gebaseerd op structurele mondzorg. Dit betekent dat het bevorderen van preventief gedrag en preventie van cariës en tandvleesaandoeningen het uitgangspunt is bij al het handelen van de mondhygiënist (Beleidsplan, 2000).

De NVM staat zeer positief tegenover het direct toegankelijk maken van de zorg geleverd door een mondhygiënist. Dit staat vanaf 1998 in het beleidsplan van de NVM. De NVM geeft aan dat zoals de situatie nu is, dus op verwijzing van de tandarts, de patiënt vaak te laat bij de mondhygiënist komt. Er zijn dan vaak al problemen met de mondhygiënische toestand van het gebit. Primaire preventie is dan niet meer mogelijk. De NVM geeft aan hierbij het gevoel te hebben van “achter de feiten aan te lopen”, juist omdat zij het beleid van preventie en het bevorderen van preventief gedrag zo belangrijk acht. Op dit moment is de patiënt afhankelijk van de mening van de tandarts. Deze bepaalt of behandeling door een mondhygiënist nodig is. Tevens geeft de NVM aan dat patiënten o.a. door het veelvuldig gebruik van internet meer kennis hebben en zelf willen bepalen door welk type zorgverlener zij behandeld willen worden. De NVM acht directe toegankelijkheid zeker haalbaar voor haar beroepsgroep.

3.4.3 *Keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen die, volgens de NVM, geschikt zouden zijn voor directe toegankelijkheid*

Directe toegankelijkheid zou volgens de NVM niet afhankelijk hoeven zijn van patiëntencategorieën of soorten hulpvragen. De NVM stelt dat alle mondhygiënist gekwalificeerd zijn om vrij toegankelijk te zijn voor die handelingen die in de eindtermen van de genoten opleiding staan geschreven. De opleiding tot mondhygiënist is in de loop van de tijd uitgebreid van 2 naar 3 naar 4 jaar. De mondhygiënist met een tweejarige opleiding zijn d.m.v. een generaal pardon gelijkgesteld aan de mondhygiënist met een driejarige opleiding. De 4-jarige opleiding is in 2002 gestart. Mogelijk komt er voor de huidige mondhygiënist (opgeleid volgens het 2 en 3 jarige onderwijsplan) een generaal pardon in 2006. De NVM gaf tevens aan dat mondhygiënist die vanuit de praktijk ervaring op hebben gedaan op bepaalde vakgebieden, hetgeen niet in hun eindtermen staat beschreven, daarvoor gecertificeerd zouden moeten kunnen worden en daar vrij toegankelijk voor zouden moeten kunnen zijn.

Om de verhoogde werkdruk tegen te kunnen gaan zullen er voldoende mondhygiënist moeten worden opgeleid.

3.4.4 *Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid volgens de NVM*

Bij directe toegankelijkheid krijgt de mondhygiënist de mogelijkheid om vóór aan de lijn te staan en kan dan primaire preventie leveren. De werkdruk zal hierdoor voor het hele mondzorgteam (en m.n. de tandarts) afnemen. Voordelen van directe toegankelijkheid zijn volgens de NVM dat er een zorgverbetering op zal treden met als resultaat een verbeterde kwaliteit van de geleverde zorg. Bij een goede verslaglegging zal de tandarts inzicht krijgen in andere facetten van de patiënt. Het zal voor de patiënten prettiger zijn om niet van de een naar de ander te hoeven worden verwezen. Dit zal, volgens de NVM, tot een aanzienlijke besparing leiden. Directe toegankelijkheid betekent verder erkenning voor de professie en zal het werk meer arbeidsvreugde geven.

De NVM ziet geen nadelen van directe toegankelijkheid tot de mondhygiënist voor mondhygiënist zelf en/of voor andere werkers binnen de mondzorg.

Eén van de consequenties voor de mondhygiënist kan zijn dat de werkdruk wordt verhoogd. Waarbij ook gedacht moet worden aan weekenddiensten en nachtdiensten. De NVM ziet de verhoogde werkdruk niet als probleem, mits er voldoende mondhygiënist worden opgeleid.

3.4.5 *Randvoorwaarden voor directe toegankelijkheid volgens de NVM*

De verschillende beroepsgroepen moeten ten opzichte van elkaar respect tonen, vertrouwen in elkaar hebben en op hun eigen vakgebied professioneel handelen. De mondhygiënist zal vanuit zijn professionele handelen de patiënt doorverwijzen als de hulpvraag buiten zijn deskundigheidsgebied valt. De verwijsmogelijkheden van de mondhygiënist zouden zowel naar tandarts, huisarts en tandartsspecialist moeten gaan om zo te voorkomen dat de patiënt te veel schijven moet doorlopen om bij de juiste behandelaar te komen.

De NVM bepleit dat de declaratie naar de patiënt gaat en dat deze zelf zorgdraagt voor het verkrijgen van de vergoeding via de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars vergoeden behandeling niet aan de patiënt omdat de mondhygiënist niet is opgenomen in de ziekenfondswet. Zorgverzekeraars eisen nu dat er gedeclareerd wordt via de tandarts. De vrijgevestigde mondhygiënist kan op dit moment de behandelingen van de jeugd van 0-18 jaar niet declareren.

Elke vrijgevestigde mondhygiënist onderhandelt in de huidige situatie zelf met de ziektekostenverzekeraar. Volgens de NVM is het niet nodig om dit systeem te wijzigen bij directe toegankelijkheid. Wel zouden ze graag zien dat er meer geld komt voor preventieve handelingen en dat deze preventieve handelingen structureel in de basisverzekering zou zitten. Aangezien deze handelingen specifieke handelingen van de mondhygiënist zijn, zouden deze dus ook eigen tarieven moeten hebben (uurtarief).

3.4.6 *Mogelijkheid tot starten proefproject volgens de NVM*

De NVM vindt vrije toegankelijkheid een grote verantwoordelijkheid en acht proefprojecten noodzakelijk om knelpunten op te sporen en op te lossen. De vrije toegankelijkheid zou in deze proefprojecten voor alle patiënten moeten gelden. De NVM stelt voor om in een proefproject verschillende patiëntengroepen afzonderlijk te bekijken om tot goede uitspraken te komen over waar eventuele knelpunten zouden liggen. Gedacht wordt dan aan jeugdige patiënten, paro-patiënten etc. Een nieuwe wijk zou een goed proefprojectgebied zijn omdat daar nog geen ingeslepen patronen bestaan. Volgens het bestuur is het geen probleem om aan proefpraktijken te komen voor een dergelijk project. Zeker niet wat de vrijgevestigde mondhygiënist betreft. Wat de mondhygiënist in loondienst betreft kan de NVM (als een proefproject daadwerkelijk wordt opgestart) een verzoek tot deelname in het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne publiceren.

3.4.7 *Conclusies mening NVM*

De NVM is van mening dat directe toegankelijkheid van zorg geleverd door mondhygiënist zowel wenselijk als haalbaar is. Directe toegankelijkheid zou de mondzorg in zijn algemeenheid ten goede komen.

3.4.8 *Houding van andere landelijke organisaties tegenover directe toegankelijkheid van de mondhygiënist*

3.4.8.1 *VWS*

VWS verwoordt in haar beleid dat zowel de mondhygiënist als tandprotheticus direct toegankelijk moeten worden. Directe toegankelijkheid van de mondhygiënist en tandprotheticus zou volgens VWS het probleem van het tandartsentekort gedeeltelijk kunnen oplossen. VWS pleit voor mondzorgteams die bestaan uit: een tandarts, een mondhygiënist, een tandprotheticus, een tandartsassistente en eventueel preventieve medewerkers. Het is hierbij van belang dat er een goede taakafstemming is, zodat iedere medewerker het werk uitvoert waar hij of zij het meest bekwaam in is. Het zal volgens VWS de patiënt niet uitmaken bij welke persoon uit het mondzorg team hij binnenkomt. De patiënt zal afhankelijk van de behandelbehoefte naar de juiste behandelaar worden gesluisd. Tussen de beroepsbeoefenaren zullen echter wel goede werkafspraken en protocollen gemaakt moeten worden. De overheid geeft het mondzorgteam hiervoor vrijheid (de overheid wil dit alles niet te veel reguleren). Het lijkt het meest praktisch dat de tandarts, vanwege zijn overzicht in het veld, de coördinator en dossierhouder zal zijn. Redenen om binnen de mondzorgberoepen over te gaan op directe toegankelijkheid zijn volgens VWS het nu steeds groter wordende tandartsentekort, en het feit dat de beroepsgroepen er zelf aan toe zijn. De mondzorg is een overzichtelijk terrein, hetgeen betekent dat de veranderingen binnen de toegankelijkheid als een soort 'pilot' voor andere beroepsgroepen kunnen dienen.

Wat speciaal de mondhygiënist betreft zal de wet BIG op een aantal punten aangepast moeten worden. De mondhygiënist zal zelfstandig bevoegd moeten worden voor het

opstellen van een behandelplan, en voor het uitvoeren van de door haar geplande behandelingen.

3.4.8.2 *ZN*

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft geen standpunt inzake directe toegankelijkheid van de mondhygiënist, aangezien de tandheelkundige behandeling voor volwassenen nu helemaal uit het ziekenfondspakket is gehaald. Omdat deze eventueel in de aanvullende verzekering zit, staat ZN wat de volwassenen zorg betreft op de zijlijn. Zij bemoeien zich dan ook niet met welke verrichtingen wel en niet in het aanvullende pakket zouden moeten (mededingingswet). ZN had geen duidelijke visie op de voor of nadelen van directe toegankelijkheid van de tandprotheticus of mondhygiënist en gaat er vanuit, zonder daar een duidelijke mening over te hebben, dat de tandarts de spil in het zorgproces blijft.

3.4.8.3 *NPCF*

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) staat positief tegenover directe toegankelijkheid van de mondhygiënist. Directe toegankelijkheid ligt volgens hen sterk op het terrein van de taakherschikking. Voor alle disciplines geldt dat de NPCF het belangrijk vindt dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. Zij spreken in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER). De NPCF benadrukt in zijn algemeenheid dat: a. goede diagnostiek en geschiktheid om een goede diagnose te kunnen stellen gewaarborgd moet worden en zonodig een terugverwijzing naar de huisarts/tandarts; b. het patiëntenperspectief wordt meegenomen en gewaarborgd; c. er duidelijkheid komt over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de mondhygiënist kan wenden, hetgeen hoge eisen stelt aan de communicatie met en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten; d. geprotocolleerde communicatie en rapportage plaatsvindt aan de huisarts/tandarts.

3.4.8.4 *Landelijke organisaties van tandartsen (NMT/ANT)*

Mogelijke veranderingen in het beleid van directe toegankelijkheid zullen consequenties hebben voor het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de tandarts. Er is daarom uitgebreide aandacht besteed aan de meningen en houdingen van tandartsen ten opzichte van directe toegang tot mondhygiënist en/of tandprotheticus (zie deelrapport tandartsen).

3.4.8.4.1 *NMT*

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NM) is van mening dat de tandarts de spil in het mondzorgproces moet blijven. Het is van belang dat de diagnosestelling door de tandarts gebeurt. Mondhygiënisten hebben een te beperkte opleiding om een diagnose te kunnen stellen. Ook voor de tweedeling “pluis versus niet-pluis” vindt de NMT de 4-jarige opleiding van de mondhygiënisten te kort en niet breed genoeg. Een opleiding die hier wel aan zou voldoen, zou de opleiding tot tandarts benaderen.

De NMT twijfelt of directe toegankelijkheid kostenbesparend zal werken. Kostenbesparing van de tandheelkundige zorg mag geen argument zijn om de mondhygiënist en tandprotheticus direct toegankelijk te maken. De zorginhoudelijke kanten zijn van meer belang dan de kostenbesparende kanten. De NMT zou het een kwalijke zaak vinden als de patiënten door ziektekostenverzekeraars een bepaalde richting op worden gedirigeerd (bijvoorbeeld wel vergoeding door de mondhygiënist,

maar niet door de tandarts). De NMT verwacht dat de eventuele kostenbesparingen tegen zullen vallen. Er zal wat de honoraria betreft een verschuiving optreden. De complexe zaken van de tandarts zullen hoger gehonoreerd moeten worden omdat de eenvoudigere handelingen vervallen. Bovendien zullen, voor het kunnen leveren van curatieve zorg door mondhygiënist, investeringen in apparatuur nodig zijn. Deze investeringen zullen moeten worden terugverdiend. Aangezien de apparatuur bij de tandarts reeds aanwezig is zullen de extra investeringen derhalve ook extra drukken op het budget van tandheelkundige zorg. Tevens spreekt de NMT haar bezorgdheid uit over het feit dat als mondhygiënist taken van de tandarts over zouden nemen de totale mondzorg een nog meer curatief karakter krijgt. Het preventieve gedeelte krijgt dan niet meer de aandacht die zo nodig is. Er zal binnen de mondzorg een totale verschuiving richting curatieve zorg optreden.

Dat de tandarts alleen de complexere handelingen zou gaan verrichten zal voor een aantal tandartsen een positief gegeven zijn terwijl andere tandartsen het een beperking van hun werkzaamheden zullen vinden.

De NMT verwacht niet dat de directe toegankelijkheid voor de tandartsen verminderde werkdruk zal opleveren. Tandartsen kunnen immers nu ook al patiënten doorsturen.

Een van de voordelen van directe toegang zou, volgens de NMT, kunnen zijn dat de patiënt het gevoel heeft zelf zijn/haar behandelaar te kunnen kiezen. De NMT twijfelt echter in hoeverre de patiënten ook daadwerkelijk genoeg know how hebben om te kunnen kiezen. Een ander voordeel voor de patiënt zou kunnen zijn dat de zorg voor de patiënt in het begin goedkoper kan zijn. Echter op langere termijn zou deze goedkoop duurkoop kunnen zijn.

De NMT ziet als nadeel van directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprotheticici dat het zorgproces onduidelijk wordt voor de patiënt. Tot wie moet de patiënt zich in welke situatie wenden? Tevens zal de relatie tussen patiënt en tandarts verzwakken. Er zullen patiënten zijn die dus geen vaste tandarts meer hebben. Ook bij acute nodige zorg zal de stroomlijning niet duidelijk aanwezig zijn.

In het geval van directe toegankelijkheid van de mondhygiënist zouden patiënten pas op het moment dat er iets aan de hand is (of nog later) bij de tandarts komen waardoor de tandarts dan niet in de gelegenheid geweest is om deze problemen mogelijkwijs te voorkomen. De NMT is bang dat de tandarts dan de "ellende" die dan ontstaan is op kan knappen.

De NMT is een voorstander van taakdelegatie zonder dat deze vanuit overheidswegen wordt gereguleerd. De NMT vindt het van belang dat elke tandarts hiervoor vrijheid heeft. De NMT pleit voor een *samenwerkings*model tussen de beroepsgroepen in plaats van een concurrentie model. Dit betekent dat de tandarts de mogelijkheid heeft naar eigen inzicht samenwerkingsverbanden aan te gaan met tandprotheticici en mondhygiënist. Dit geeft de patiënt de mogelijkheid om (indien de tandarts dit mogelijk en verantwoordelijk acht) "vrijer" naar de mondhygiënist of tandprotheticus te gaan. De patiënten die dan voor deze "vrijere" toegang in aanmerking zouden komen zijn dan diegene die de tandarts daarvoor in aanmerking vindt komen. Dit wordt individueel beoordeeld, er kan geen collectieve indeling worden gemaakt in de trant van 'alle kinderen van een bepaalde leeftijdsklasse' of 'alle patiënten met een bepaalde hulpvraag'. Het zorgdossier blijft onder auspiciën van de tandarts. Het elektronisch zorgdossier zal dit proces vergemakkelijken.

Er zijn tandartspraktijken die volgens dit NMT model werken. De NMT kan behulpzaam zijn in de bemiddeling wanneer een pilotstudy gewenst zou zijn

3.4.8.4.2 *Houding van de ANT tegenover directe toegankelijkheid*

Het standpunt van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) met betrekking tot de directe toegang van zorg geleverd door een mondhygiënist of een tandprotheticus is terug te voeren tot de algemene visie van de ANT (ANT, 1998).

Het vigerende beleid waarbij 'zorg' in het kader van de verzekeraarbaarheid is vertaald in producten met een prijs heeft er toe geleid dat zowel de kosten zijn gestegen als de premies. Problemen ten aanzien van de kwaliteit en de toegankelijkheid doen zich daardoor eveneens voor. De ANT pleit derhalve voor meer onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Dit moet gelden voor zowel de 'zorgaanbieder' als de 'zorgconsument'. In de huidige situatie is er sprake van een zorgpakket waar de 'zorgconsument' aanspraak op kan maken. De zorgverlener stelt zich op als een ondernemer en verstrekt maar al te graag die 'zorgproducten' (verzekeringseffect). Vanuit het oogpunt van de verzekeraar is het begrijpelijk om te zoeken naar mogelijkheden om bepaalde zorgproducten tegen een lagere prijs in te kopen. In dit geval bijvoorbeeld bij mondhygiënisten en tandprotheticici (gesteld dat hun 'zorgproducten' lager geprijsd zouden zijn, er is immers geen WTG-binding).

Wanneer de zorgverzekeraar vanuit kostenoverwegingen de zorg wil sturen teneinde binnen de budgettering van de overheid / ziektekostenverzekeraar te blijven dan zet de ANT daar vraagtekens bij. Echter, in de situatie waar de zorg niet gestuurd wordt door dergelijke overwegingen (dus in het geval dat de WTG vervalt en er slechts sprake is van adviestarieven en zorgverleners er een eigen financieringssysteem op na mogen houden (bijvoorbeeld een soort abonnementssysteem) naast de geldende restitutieverzekeringen van de zorgverzekeraars, dan heeft de ANT geen moeite met de vrije en directe toegankelijkheid van zorg geleverd door mondhygiënisten en of tandprotheticici.

Wanneer men de patiënt als een zorgconsument wenst te beschouwen dan moet hij ook echt vrij zijn om te kiezen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden.

De ANT verwacht dat de kwaliteit van de geleverde zorg zal toenemen en in ieder geval sprake zal zijn van een betere prijs/kwaliteitsverhouding, wanneer de patiënt een meebetallende consument wordt. Het is hierbij wel van belang dat de patiënt juiste informatie krijgt over welke zorgverlener welke soort zorg mag en kan leveren. Deze informatieverstrekking is een taak van de overheid.

De ANT wenst graag betrokken te worden bij het ontwikkelen van proefprojecten waarin directe toegankelijkheid van zorg door mondhygiënisten en tandprotheticici een rol moet spelen. Hierbij zij opgemerkt dat deze directe toegankelijkheid in de praktijk al voorkomt. Of tandartsen of beroepsorganisaties dat nu leuk vinden of niet, doet volgens de ANT niet ter zake. Maatschappelijk gezien is het geen issue meer, maar binnen de bestaande regelgeving beleidsmatig gezien beslist wel.

3.4.8.5 *Conclusie mening landelijke organisaties*

De diverse partijen hebben verschillende meningen betreffende directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de mondhygiënist. VWS staat er positief tegenover, ZN heeft geen uitgesproken mening, NPCF staat er positief tegenover mits het patiëntenbelang bewaakt wordt, de NMT (en een deel van de tandartsen) vindt dat de tandarts de spil in het tandheelkundig zorgproces moet blijven, de ANT heeft geen moeite met directe toegankelijkheid van de mondhygiënist mits de WTG vervalt.

3.5 Mening en houding van het veld van mondhygiënisten t.a.v. directe toegankelijkheid

3.5.1 Inleiding

Om na te gaan wat de houding ten aanzien van directe toegankelijkheid is van mondhygiënisten, is een schriftelijke vragenlijst verzonden aan een steekproef van mondhygiënisten die geregistreerd zijn bij de NVM. De steekproef bestond totaal uit 554 mondhygiënisten van wie 250 gewone leden, 200 vrijgevestigde mondhygiënisten, 91 mondhygiënisten met de vervolgopleiding tot kindertandverzorger en 13 mondhygiënisten met de vervolgopleiding tot mondverzorgende voor volwassenen. De respons was respectievelijk 38%, 54%, 45% en 31% (totaal 44%).

3.5.2 Huidige werksetting

Ruim 60% van de respondenten werkt geheel of gedeeltelijk in loondienst. De overige 40% werkt geheel of gedeeltelijk vrijgevestigd. Verder kwamen antwoorden voor als “werkzaam in een maatschap met echtgenoot”(n=12), op “omzettingsbasis” (n=6), “binnen de orthodontie” (n=1) of “in het onderwijs” (n=4). Deze werden in de verdere analyses als “in loondienst” beschouwd.

Tabel 3.1 Percentage mondhygiënisten in verschillende werksettings (n=247).

	% Mondhygiënisten
Loondienst	50
Vrijgevestigd	38
Zowel in loondienst als vrijgevestigd	12
	100

Hieronder zullen de resultaten gescheiden worden weergegeven voor de mondhygiënisten in loondienst en de mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn. De mondhygiënisten die zowel in loondienst als vrijgevestigd zijn (en dus beide vragenlijsten hebben ingevuld) zullen bij beide worden betrokken.

Aangezien de mondhygiënisten die zowel in loondienst als vrijgevestigd zijn bij beide groepen worden geanalyseerd is de som van aantal mondhygiënisten in loondienst plus aantal mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn $152 + 123 = 275$. In de kolom “totaal aantal (%) mondhygiënisten” worden zij uiteraard maar één maal meegerekend (n=245).

Ruim driekwart van de mondhygiënisten die in loondienst is, werkt bij een algemeen practicus of gespecialiseerde tandarts. Eén op de tien werkt bij een orthodontist, en één op de tien werkt in een instelling zoals een ziekenhuis, verpleeg/verzorgingshuis of instelling voor gehandicapten. Gemiddeld één op de vijf mondhygiënisten heeft meer dan één werkgever.

Tabel 3.2 Huidige werksituatie van mondhygiënisten die geheel of gedeeltelijk in loondienst zijn in % (n=153)

	% mondhygiënisten in loondienst
Bij een tandarts, of gespecialiseerde tandarts zoals parodontoloog, implantoloog, endodontoloog etc	78
Bij een orthodontist	11
Bij een kaakchirurg	6
Bij een (psychiatrisch) ziekenhuis, instelling voor verstandelijke en/of motorische gehandicapten, verpleeg- of verzorgingshuis	12
Bij de GGD	1
Bij de opleiding tot mondhygiënisten	4
Anders	11
Gemiddeld 1,2 antwoorden per respondent	

Bijna tweederde van alle mondhygiënisten werkt 25 uur of meer. Degene die zowel in loondienst als vrijgevestigd zijn werken gemiddeld meer uren per week (Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Mondhygiënisten (%) verdeeld naar werksituatie en aantal uren per week werkzaam (n=246).

Aantal uur per week	% Mondhygiënisten			Totaal (n=246)
	Loondienst (n=123)	Vrijgevestigd (n=93)	Beide (n=30)	
0-8	2	3	0	2
9-16	16	3	3	10
17-24	23	30	20	25
25-32	24	26	10	23
33-40	35	38	67	40
	100	100	100	100

Een derde van de respondenten volgt of heeft de vervolgopleiding tot kindertandverzorgende of mondverzorgende voor volwassenen gevolgd. Deze laatste twee zijn in deze steekproef dus oververtegenwoordigd.

Tabel 3.4 Mondhygiënisten (%) dat de vervolgopleiding tot kindertandverzorgende of mondverzorgende voor volwassenen volgt of heeft gevolgd (n=247).

	% Mondhygiënisten
Kindertandverzorgende	22
Mondverzorgende voor volwassenen	10
Geen van beide	68
Totaal	100

Driekwart van de respondenten neemt deel aan de algemene ledenvergadering van de NVM. Ongeveer de helft neemt deel aan een vakgroep van de NVM en iets minder dan de helft aan intercollegiale toetsingsgroepen. Voor alle activiteiten geldt dat de mondhygiënisten in loondienst iets minder vaak lijken deel te nemen aan deze activiteiten dan de mondhygiënisten die (ook) vrijgevestigd zijn (Tabel 3.5). Verder bleek dat er regelmatig wordt deelgenomen aan cursussen en congressen

Tabel 3.5 Mondhygiënisten (%) verdeeld naar huidige werksituatie die deelnemen aan verschillende soorten bijeenkomsten georganiseerd door de NVM.

	% Mondhygiënisten loondienst (n=123)	% Mondhygiënisten vrijgevestigd (n=94)	% Mondhygiënisten beide (n=30)	% Mondhygiënisten totaal (n=238)
Algemene ledenvergadering van de NVM	70	82	77	76
Vakgroep van de NVM	44	53	63	50
Intercollegiale toetsingsgroep (voorheen gespreksgroep genoemd)	43	47	63	47
Anders, nl	42	54	37	46
	Gemiddeld 2,0 antwoorden per respondent	Gemiddeld 2,4 antwoorden per respondent	Gemiddeld 2,4 antwoorden per respondent	Gemiddeld 2,2 antwoorden per respondent

3.5.3 *Huidige werkwijze in de praktijk*

In het kader van dit onderzoek werd de aandacht speciaal gericht op wie in de praktijk het eerste contact heeft met de patiënt. In de praktijken waar de mondhygiënist in loondienst is blijkt dat meer dan de helft van de mondhygiënisten antwoordt dat de tandarts het eerste contact ((half)jaarlijkse controle) met de patiënt verzorgt. Bijna de helft (43%) antwoordt dat zowel de tandarts als de mondhygiënist eerste contacten verzorgen. In slechts 2% blijkt de mondhygiënist alleen de eerste contacten te verzorgen (Tabel 3.6).

Tabel 3.6 Mondhygiënisten (%) in loondienst (n=139) dat antwoordt dat tandarts, mondhygiënist of beide het eerste contact met de patiënten verzorgt.

	Verzorgen eerste contact met patiënten
Tandarts	55
Tandarts en mondhygiënist	43
Mondhygiënist	2
	100

30% van de mondhygiënisten in loondienst, en 27% van de vrijgevestigde mondhygiënisten verzorgen het eerste contact met de patiënt onafhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Voor zowel de mondhygiënisten in loondienst als de vrijgevestigde geldt dat zij met name het eerste contact voor de volwassen patiëntengroep verzorgen (Tabel 3.7).

Tabel 3.7 Leeftijdscategorieën van de patiënten bij het eerste contact door de mondhygiënist in %

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Mondhygiënist in loondienst (n=54)	% Vrijgevestigde mondhygiënist (n=97)
Met name kinderen	6	2
Met name jongeren en jong volwassenen	15	20
Met name volwassenen	63	68
Met name ouderen	11	6
Alle leeftijdscategorieën	30	27

Ruim 40% mondhygiënist in loondienst en 35% van de vrijgevestigde mondhygiënist geeft aan dat het wel of niet verzorgen van het eerste contact niet afhankelijk is van het type van de zorgvraag. Interessant is dat bijna 40% van de mondhygiënist in loondienst en slechts 4% van de vrijgevestigde aangeeft dat het bij directe toegang zonder tussenkomst van tandarts met name om de (half) jaarlijkse controle gaat. Ruim 50% van de vrijgevestigde mondhygiënist en bijna 40% van de mondhygiënist in loondienst geeft aan dat het met name gaat om de om paro-patiënten (Tabel 3.8). 41% van de mondhygiënist in loondienst en 35% van de vrijgevestigde mondhygiënist geeft aan ook andere verrichtingen uit te voeren. Het gaat hier meestal om (uitgebreide) gebitsreiniging.

Tabel 3.8 Zorgvraagcategorieën bij het eerste contact door de mondhygiënist in %

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Mondhygiënist in loondienst (n=54)	% Vrijgevestigde mondhygiënist (n=97)
Met name (half)jaarlijkse controles	39	4
Met name voorlichting en instructie, plus het aanbrengen van gebtsbeschermende stoffen	32	37
Met name paro-patiënten	39	51
Anders	11	31
Verschillende zorgvraagcategorieën	41	35

In het geval dat óf de mondhygiënist alleen óf zowel de tandarts als de mondhygiënist het eerste contact met de patiënt verzorgen werden de mondhygiënist gevraagd met welk soort hulpvragen de patiënten dan komen. Volgens de wet BIG zijn de mondhygiënist nu al direct toegankelijk, dus zonder verwijzing van de tandarts, voor het geven van instructie en informatie over mondverzorging en voor het aanbrengen van tandbederfvoorkomende middelen. Voor andere handelingen zijn zij volgens de wet BIG functioneel zelfstandig.

Ruim driekwart van de mondhygiënist in loondienst, die (wel eens) een eerste contact verzorgen, geven patiënten dan (wel eens) instructie of informatie of brengen gebtsbeschermende stoffen aan (Tabel 3.9). Ruim 80% van deze mondhygiënist zegt dat het voorkomt dat zij dan ook andere verrichtingen doen.

Het komt bij 78% van de mondhygiënist in loondienst en bij 87% van de vrijgevestigde mondhygiënist voor dat zij, zonder tussenkomst van een tandarts, informatie/instructie geven of gebtsbeschermende stoffen aanbrengen. Met betrekking

tot andere verrichtingen komt dit voor bij 84% van de mondhygiënisten in loondienst en 78% van de vrijgevestigde mondhygiënisten. Het blijkt dat ondanks het feit dat ruim de helft van de vrijgevestigde mondhygiënisten afspraken heeft gemaakt met één of meer tandartsen zij over het algemeen slechts die verrichtingen uitvoeren waarvoor zij zelfstandig bevoegd zijn.

Tabel 3.9 Mondhygiënisten (%) die zonder tussenkomst van tandarts tijdens het eerste contact instructie /informatie/gebitsbeschermende stoffen geven of andere verrichtingen uitvoeren

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=64)		% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=124)	
	Informatie/instructie/ aanbrengen gebitsbeschermende stoffen	Andere verrichtingen	Informatie/instructie/ aanbrengen gebitsbeschermende stoffen	Andere verrichtingen
(Bijna) nooit	22	16	13	22
Soms	56	61	74	69
Wekelijks	13	9	11	9
(Bijna) dagelijks	9	14	2	1
	100	100	100	100

Ongeveer negen op de tien mondhygiënisten geeft aan dat de hulpvraag waar patiënten mee komen (die niet op verwijzing van een tandarts komen) betrekking heeft op tandsteen verwijderen en/of het geven van mondhygiëne instructie/informatie. Verder blijkt dat er een duidelijk verschil in de verrichtingen te zitten tussen mondhygiënisten die in loondienst zijn en mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn. Uit de percentages blijkt dat mondhygiënisten die in loondienst zijn vaker taken gedelegeerd krijgen als periodieke controles, het aanbrengen van sealants, het maken en beoordelen van röntgenfoto's en het maken van vullingen en het doen van extracties. Wat de vullingen betreft wordt door mondhygiënisten in loondienst uitsluitend uitgevoerd door mondhygiënisten met een opleiding tot kindertandverzorgende of mondverzorgende voor volwassenen. Bij de vrijgevestigde mondhygiënisten is er één van de zeven die geen van deze opleidingen heeft gevolgd. Wat verder opvalt is dat de vrijgevestigde mondhygiënist minder vaak fluoride applicaties geeft dan de mondhygiënist in loondienst. Verder blijken de vrijgevestigde mondhygiënisten ook zonder tussenkomst van de tandarts gebitselementen te bleken (andere verrichtingen). Gemiddeld doen de mondhygiënisten in loondienst 7.5 verschillende verrichtingen; de vrijgevestigde mondhygiënisten 5.4.

Tabel 3.10 Verrichtingen zonder tussenkomst van tandarts in % mondhygiënisten

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Mondhygiënisten in loondienst (n=54)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=95)
Supra-gingivaal tandsteen verwijderen/ polijsten	94	98
Advies/informatie/instructie mondhygiëne	91	87
Sub-gingivaal tandsteen verwijderen	83	83
(Uitgebreide) paro-behandeling	56	53
Maken pocketstatus	50	38
Second opinion	50	37
Acute klachten	46	33
Anders	46	26
Advies/informatie voeding(sgewoonten)	39	25
Fluoride applicatie	39	16
Uitvoeren periodieke controle	37	12
Sealants	33	10
Beoordelen van röntgenfoto's	24	8
Restauraties	24	5
Maken van röntgenfoto's	19	4
Extracties	17	3
Gemiddeld aantal antwoorden per respondent	7,5	5,4

Ruim de helft van de vrijgevestigde mondhygiënisten heeft met één of meerdere tandartsen waar de mondhygiënist mee samenwerkt, afspraken gemaakt over het eerste contact met de patiënten. De afspraken bestaan voornamelijk uit het wel verkrijgen van een verwijzing, overleg over eventuele behandeling en rapportage van bevindingen en verrichtingen.

Tabel 3.11 Vrijgevestigde mondhygiënisten (%) dat afspraken met tandartsen heeft gemaakt betreffende het eerste contact met de patiënt (n=95)

	% Vrijgevestigde mondhygiënisten
Met alle tandartsen met wie ik samenwerk	29
Met sommige tandartsen met wie ik samenwerk	24
Met geen tandarts	46
	100

Bij de mondhygiënisten in loondienst wordt deze afhandeling met name via de administratie van de tandarts geregeld. Bij de mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn, wordt voor of na de behandeling een verwijsbrief van de tandarts gevraagd.

Bijna een derde van de vrijgevestigde mondhygiënist geeft aan dat sommige particuliere verzekeringen de behandeling vergoeden zonder verwijzing van de (tand)arts. Ook komt het regelmatig voor dat de patiënt contant betaalt en/of dat de rekening naar de patiënt gestuurd wordt welke door de patiënt zelf gedeclareerd wordt.

Tabel 3.12 Wijze administratieve en financiële afhandeling door mondhygiënist bij patiënt zonder verwijzing

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Mondhygiënist in loondienst (n=54)	% Vrijgevestigde mondhygiënist (n=92)
De afhandeling gaat via de administratie van de tandarts	85	7
De patiënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/tandarts voor een verwijsbrief	13	60
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/specialist/tandarts gevraagd	19	51
De patiënt betaalt contant	9	17
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing	6	30
Anders	4	25

3.5.4

Houding van mondhygiënist t.o.v. directe toegankelijkheid

Ruim 80% van het totale aantal respondenten staat (sterk) positief tegenover directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de mondhygiënist. Er zijn nauwelijks verschillen in deze opvatting tussen mondhygiënist in loondienst en vrijgevestigde mondhygiënist. 4%-5% staat er (sterk) negatief tegenover.

Tabel 3.13 Houding mondhygiënist tegenover directe toegankelijkheid in percentages

	% Mondhygiënist in loondienst (n=152)	% Vrijgevestigde mondhygiënist (n=123)	% Totaal (n=245)
(Sterk) positief	81	86	82
Neutraal	16	10	14
(Sterk) negatief	4	5	4
	100	100	100

Of mondhygiënist directe toegang in hun eigen werksituatie wensen hangt af van de werksituatie waarin zij nu verkeren. Acht op de tien vrijgevestigde mondhygiënist wenst directe toegang voor hun eigen situatie, 1 op de 10 wenst dat niet. Binnen de groep van mondhygiënist in loondienst blijken 6 op de 10 mondhygiënist directe toegankelijkheid in hun eigen werksituatie te wensen en bijna een kwart van hen niet (Tabel 3.14).

Tabel 3.14 Wens mondhygiënisten (%) directe toegankelijkheid in eigen werksituatie

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=150)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=123)	% Totaal (n=244)
Wenst directe toegang voor eigen werksituatie	59	80	68
Wenst geen directe toegang voor eigen werksituatie	23	11	19
Weet niet	18	8	13
	100	100	100

Op de vraag in welke vorm de mondhygiënisten de praktijkvoering het liefste zouden zien bij directe toegankelijkheid antwoordde ruim 6 op de 10 vrijgevestigde mondhygiënisten dat zij dat het liefst vanuit een vrijgevestigde praktijk zouden uitvoeren, en ruim 3 op de 10 maakte het niet uit hoe de praktijkvoering zou zijn. Bij de mondhygiënisten in loondienst was het precies andersom. Bijna 6 op de 10 maakte de praktijkvorm niet uit, terwijl een kwart dat als vrijgevestigde mondhygiënist zou willen doen. Als andere opties werd het werken in teamverband genoemd (Tabel 3.15).

Tabel 3.15 Wens mondhygiënisten (%) over praktijkvoering bij directe toegankelijkheid

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=151)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=124)	% Totaal (n=245)
Als vrijgevestigde mondhygiënisten praktijk	25	61	39
Als mondhygiënist in loondienst	11	3	8
Maakt niet uit	57	34	49
Anders, nl	7	2	5
	100	100	100

Van het totaal aantal mondhygiënisten blijkt de helft het niet uit te maken, wanneer er vrije toegankelijkheid is, of de tandarts wel of niet in de nabije aanwezigheid is, 45% vindt dat de tandarts in de buurt moet zijn, en 6% wil dat juist niet. Mondhygiënisten in loondienst wensen juist wel de tandarts aanwezig (61%) en bijna 40% maakt het niet uit, terwijl bij de vrijgevestigde 20% de aanwezigheid van de tandarts wenselijk vindt en 70% het niet uitmaakt (Tabel 3.16).

Tabel 3.16 Mening mondhygiënisten (%) over aanwezig zijn van een tandarts bij directe toegankelijkheid

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=151)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=123)	% Totaal (n=244)
Met nabije aanwezigheid van de tandarts	61	20	45
Zonder nabije aanwezigheid van de tandarts	3	10	6
Maakt niet uit	36	70	50
	100	100	100

Ruim acht op de tien mondhygiënisten vindt dat directe toegankelijkheid van zorg niet afhankelijk hoeft te zijn van de leeftijd van de patiënt. Slechts 5% vindt directe toegankelijkheid van zorg voor geen enkele leeftijdscategorie geschikt (tabel 3.17).

Tabel 3.17 Mening mondhygiënisten over leeftijdscategorieën van patiënten die in aanmerking zouden kunnen komen voor directe toegankelijkheid in percentages

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=153)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=124)	% Totaal (n=245)
Geschikt voor alle leeftijden	83	85	83
Geschikt voor bepaalde leeftijden	14	9	12
Voor niemand geschikt	3	6	5
	100	100	100

Bijna alle mondhygiënisten (95%-100%) vinden dat zij direct toegankelijk moeten zijn voor het geven van informatie/advies/voorlichting, en verrichtingen waarvoor zij nu zelfstandig bevoegd zijn. Ongeveer 95% vindt dat tandsteen verwijderen (zowel sub- als supragingivaal) als het maken van een pocketstatus daar aan toegevoegd moeten kunnen worden. Acht op de tien mondhygiënisten vindt dat uitgebreide parobehandeling ook direct toegankelijk zou moeten kunnen zijn, en zeven op de tien vindt dat ook van het aanbrengen van sealants. Bij deze laatste is er een verschil in opvatting te zien tussen de mondhygiënisten die in loondienst zijn en mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn. De mondhygiënisten in loondienst vinden vaker dan de mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn dat ook het uitvoeren van de periodieke controle en het maken van röntgenfoto's verrichtingen zijn die direct toegankelijk kunnen worden. Andersom vinden de vrijgevestigde mondhygiënisten vaker dan de mondhygiënisten in loondienst dat second opinion en acute klachten direct toegankelijk zouden moeten zijn (Tabel 3.18).

Tabel 3.18 Mening mondhygiënisten over hulpvragen die geschikt zijn voor directe toegankelijkheid in percentages

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=151)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=123)	% Totaal (n=244)
Advies/informatie/instructie mondhygiëne	100	99	100
Supra-gingivaal tandsteen verwijderen/ polijsten	97	95	97
Advies/informatie voeding(sgewoonten)	96	94	95
Sub-gingivaal tandsteen verwijderen	93	92	93
Maken pocketstatus	93	90	92
Fluoride applicatie	91	84	88
(Uitgebreide) paro-behandeling	85	85	84
Sealants	78	68	72
Maken van röntgenfoto's	68	44	57
Uitvoeren periodieke controle	57	45	50
Beoordelen röntgenfoto's	46	42	43
Second opinion	40	47	43
Acute klachten	16	26	21
Restauraties	18	16	17
Extracties	11	7	9
Anders	7	10	9
Gemiddeld aantal antwoorden per respondent	10,0	9,4	9,7

3.5.5 Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door de mondhygiënist

Totaal worden er door de mondhygiënisten 387 voordelen genoemd voor directe toegankelijkheid van zorg en 259 nadelen. Mondhygiënisten in loondienst noemden 224 voordelen en 162 nadelen, vrijgevestigde mondhygiënisten 220 en 131. De meest genoemde voordelen en nadelen worden in de onderstaande blokken weergegeven.

3.5.5.1 Voordelen directe toegang mondhygiënisten

- Patiënten zijn niet meer afhankelijk van het wel of niet doorverwezen worden door een tandarts, kunnen zelf kiezen.
- Patiënten komen eerder, zodat er meer aandacht aan preventie kan worden gegeven en kunnen bepaalde behandelingen op tijd worden gestart (bijv. parobehandelingen).
- Directe toegang ontlast de tandarts.
- Minder administratieve rompslomp.
- Drempelverlagend.
- Kan sneller en effectievere zorg worden verleend.
- Kosten besparend.

3.5.5.2 *Nadelen directe toegankelijkheid mondhygiënist*

- Onduidelijkheid voor de patiënt welke zorgverlener wat doet.
- Verhoging werkdruk van de mondhygiënist.
- Het ontbreken van een selectie/screening voordat patiënten naar de mondhygiënist komen.
- Niet aan het verwachtingspatroon van de patiënt kunnen voldoen.
- Overschatting eigen kunnen van de mondhygiënist.
- Kans op overbehandeling.
- Meer administratieve rompslomp.
- Het langs elkaar heen werken van de tandarts en de mondhygiënist als er geen goed overleg bestaat tussen beide groepen behandelaars.
- Shopgedrag van patiënten.
- Patiënten gaan helemaal niet meer naar tandarts.

3.5.5.3 *Randvoorwaarden*

3.5.5.3.1 *Randvoorwaarde: bijscholing*

Ruim 91% van mondhygiënisten in loondienst en 75% van de vrijgevestigde mondhygiënisten acht bijscholing noodzakelijk. Andersom betekent dit dat bijna 10% van de mondhygiënisten in loondienst en 25% van de vrijgevestigde mondhygiënisten bijscholing niet noodzakelijk acht. Mondhygiënisten in loondienst geven vaker aan bijscholing te wensen dan de vrijgevestigde mondhygiënist

Er wordt met name aan bijscholing op het gebied van kennis van wet en regelgeving, (uitbreiding) kennis van cariës diagnostiek, en communicatie met tandarts(specialisten)/andere zorgverleners gedacht (Tabel 3.19).

Tabel 3.19 Wensen bijscholing mondhygiënisten (%) bij directe toegankelijkheid

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=136)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=93)	% Totaal (n=203)
Kennis van wet en regelgeving	88	85	88
(Uitbreiding) kennis van cariës diagnostiek	71	63	68
Communicatie met tandarts (specialisten)/andere zorgverleners	61	48	56
(Uitbreiding) kennis van conserverende behandelingen	56	45	51
Organisatie van de praktijk	46	28	39
(Uitbreiding) kennis van paro behandelingen	28	28	27
(Uitbreiding) kennis van preventieve behandelingen	29	22	26
Communicatie met patiënten	27	19	23
Anders	10	11	9
Gemiddeld aantal antwoorden per respondent	4,2	3,5	3,9

3.5.5.3.2 *Randvoorwaarde: Kwaliteitsbeleid*

Twee derde van de mondhygiënisten is van mening dat de mondhygiënisten die directe toegankelijk zouden willen zijn, (her)geregistreerd behoren te worden/zijn in het

Kwaliteitsregister Paramedici. Ongeveer een kwart van de mondhygiënisten vindt dit niet noodzakelijk (Tabel 3.20).

Tabel 3.20 Mening mondhygiënisten (%) over (her)registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici bij directe toegankelijkheid

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=150)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=124)	% Totaal (n=244)
Moeten (her)geregistreerd worden in het Kwaliteitsregister Paramedici	64	71	67
Hoeven niet (her)geregistreerd te worden in het Kwaliteitsregister Paramedici	28	23	27
Anders	8	6	6
	100	100	100

3.5.5.3.3 Randvoorwaarde: Communicatie tussen zorgverleners

Zowel de mondhygiënisten in loondienst als de vrijgevestigde mondhygiënist vinden het noodzakelijk dat wanneer een patiënt zich zonder verwijzing meldt een rapportage naar de tandarts wordt verzorgd. 50-60% vindt dat dit zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling dient te gebeuren (Tabel 3.21).

Tabel 3.21 Mening mondhygiënisten over het rapporteren van gegevens van de patiënt naar de tandarts.

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=151)	% Vrijgevestigde mondhygiënist en (n=124)	% Totaal (n=245)
Zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	63	51	58
Na het eerste contact	7	10	9
Na afronding van de behandeling	16	26	20
Anders	10	10	10
Niet nodig	4	3	4
	100	100	100

3.5.5.3.4 Verdere aandachtspunten

Acht op de tien mondhygiënisten vinden het belangrijk dat het mogelijk moet blijven om bij de (tand)arts zowel een tandheelkundig/medische diagnose als overige noodzakelijke gegevens op te kunnen vragen. Ruim zestig procent van de mondhygiënisten in loondienst versus ruim 40% van de vrijgevestigde mondhygiënisten vindt het ook belangrijk dat zij zelf inzage hebben in het tandheelkundig dossier. Daarentegen vinden de vrijgevestigde mondhygiënisten het belangrijker dan de mondhygiënisten in loondienst dat overige disciplines in de eerste lijnszorg op de hoogte zijn van de mogelijkheden van mondhygiënist. Ruim 60% van beide groepen vindt het van belang dat er een adequate communicatie en informatie uitwisseling is tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn en dat de patiënt op de hoogte moet zijn van de deskundigheid van de mondhygiënist (Tabel 3.22)

Tabel 3.22 Aandachtspunten mondhygiënisten (%) bij directe toegankelijkheid

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=150)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=123)	% Totaal (n=243)
Het moet mogelijk blijven om bij de (tand)arts een tandheelkundige/ medische diagnose op te vragen als mede overige gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn	78	81	79
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van mondhygiënist	66	76	70
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)	63	63	64
De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de mondhygiënist	63	68	64
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	59	63	62
De financiering moet zijn gegarandeerd	57	63	58
De mondhygiënist zou zelf inzage moeten hebben in het tandheelkundig dossier van de patiënt	63	43	54
De bevoegdheden van de mondhygiënist moeten worden uitgebreid	43	43	42
Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid	9	9	9
Gemiddeld aantal antwoorden per respondent	5,0	5,1	5,0

3.5.6 *Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid*

In verband met het eventueel opstarten van een proefproject directe toegankelijkheid van de zorg geleverd door een mondhygiënist is er gevraagd of men eventueel bereid is mee te werken aan een proefproject. Uit de antwoorden blijkt dat 70% van de vrijgevestigde mondhygiënisten (eventueel) mee wil werken aan een proefproject, en 40% van de mondhygiënisten in loondienst (Tabel 3.23). Het voorbehoud ligt met name in het feit dat er goede informatie moet worden gegeven over het proefproject, dat het goed georganiseerd wordt, dat het niet te veel tijd kost, dat de werkgever akkoord is, en dat de tandartsen in de buurt op de hoogte worden gesteld.

Tabel 3.23 Bereidheid mondhygiënisten (%) medewerking aan een proefproject.

	% Mondhygiënisten in loondienst (n=152)	% Vrijgevestigde mondhygiënisten (n=124)	% Totaal (n=246)
Wil meedoen aan een proefproject	24	51	35
Wil eventueel meedoen aan een proefproject	15	19	15
Wil niet meedoen aan een proefproject	61	31	50
	100	100	100

3.5.7 *Conclusie mondhygiënisten uit het veld*

Er is draagvlak onder de mondhygiënisten in het veld voor verder onderzoek naar de consequenties van directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de mondhygiënist. Er is draagvlak voor het opstarten van pilotstudies. Uitbreiding van directe toegang van zorg geleverd door de mondhygiënist zou met name de parodontale zorg betreffen (sub en supra gingivaal tandsteen verwijderen, het maken van een pocketstatus).

3.6 **Conclusies en aanbevelingen directe toegankelijkheid van mondhygiënist**

3.6.1 *Wenselijkheid directe toegankelijkheid*

Mondhygiënisten zijn momenteel direct toegankelijk voor het geven van instructie/informatie en het aanbrengen van gebitsbeschermende stoffen. De NVM wenst directe toegankelijkheid ook voor andere verrichtingen. Vanuit het veld van mondhygiënisten lijkt directe toegankelijkheid ook gewenst. Met name wordt er gedacht aan, naast hetgeen nu al direct toegankelijk is, mogelijkheden om direct toegankelijk te worden voor verrichtingen op het gebied van de parodontale zorgverlening zoals tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus. Van de tandartsen die één of meer hulpvra(a)g(en) geschikt achten voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist (78%), vond ongeveer driekwart dat sub- en supragingivaal tandsteen verwijderen en/of het maken van een pocketstatus in aanmerking zouden kunnen komen voor directe toegankelijkheid.

De diverse partijen hebben verschillende meningen betreffende directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de mondhygiënist. VWS staat er positief tegenover, ZN heeft geen uitgesproken mening, NPCF staat er positief tegenover mits het patiëntenbelang bewaakt wordt, de NMT (en een deel van de tandartsen) vindt dat de tandarts de spil in het tandheelkundig zorgproces moet blijven, de ANT heeft geen moeite met directe toegankelijkheid van de mondhygiënist mits de WTG vervalt.

3.6.2 *Kwaliteitseisen mondhygiënisten*

De NVM stelt dat alle mondhygiënisten vrij toegankelijk zouden moeten zijn voor die handelingen die in de eindtermen van de genoten opleiding staan geschreven. De NVM is van mening dat mondhygiënisten die vanuit de praktijk ervaring op hebben gedaan op bepaalde vakgebieden, hetgeen niet in hun eindtermen staat beschreven, daarvoor gecertificeerd zouden moeten kunnen worden. De kennis en vaardigheden dienen daarvoor op voldoende niveau te zijn om deze behandelingen zelfstandig uit te kunnen voeren.

Vanuit het veld blijkt het meest behoefte te bestaan aan bijscholing op het gebied van kennis van wet en regelgeving, (uitbreiding) kennis van cariës diagnostiek, en communicatie met tandarts(specialisten)/andere zorgverleners gedacht.

De NVM draagt verder zelf bij aan het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. De NVM heeft een overlegorgaan van regionale kwaliteitsfunctionarissen, vertegenwoordigers van de diverse commissies en het bestuurslid Kwaliteit. Op deze wijze hoopt de NVM de kwaliteitsactiviteiten beter op de behoeften van de leden aan te laten sluiten. De NVM houdt zich met de verschillende kwaliteitsactiviteiten bezig.

Sinds juni 2000 kunnen mondhygiënisten zich inschrijven in het basisregister van de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (Kwaliteitsregister Paramedici). Deze mondhygiënisten kunnen na 5 jaar ingeschreven te zijn in het basisregister doorstromen naar het Kwaliteitsregister mits zij voldoen aan de eisen van werkervaring en

bijscholing. De commissie Kwaliteitsregistratie en accreditatie verzorgt onder ander de puntentoekenning in het kader van dit kwaliteitsregister.

Wat de NVM betreft zou registratie in het kwaliteitsregister voldoende maatstaf zijn om de kwaliteit met het oog op de vrije toegankelijkheid te waarborgen. Tweederde van de mondhygiënisten in het veld vindt deze registratie noodzakelijk voor directe toegankelijkheid.

3.6.3 *Communicatie en registratie relevante gegevens*

VWS, NMT en een groot deel van de tandartsen vinden dat de tandarts de spil in het zorgproces moet blijven. Van de tandartsen vindt 85% het noodzakelijk dat er naar hen gerapporteerd wordt, 86% van de mondhygiënisten vindt het belangrijk dat er gerapporteerd wordt naar de tandarts. Alle partijen zien het elektronisch patiënten dossier als verbetering in het communicatieproces

3.6.4 *Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele mondhygiënisten*

De NVM staat zeer positief tegenover het direct toegankelijk maken van de zorg geleverd door een mondhygiënist. De NVM acht directe toegankelijkheid zeker haalbaar voor haar beroepsgroep.

Bijna alle mondhygiënisten (95-100%) vinden dat zij direct toegankelijk moeten zijn voor het geven van informatie/advies/voorlichting, en verrichtingen waarvoor zij nu zelfstandig bevoegd zijn. Ongeveer 95% vindt dat tandsteen verwijderen (zowel sub-als supragingivaal) als het maken van een pocketstatus daar aan toegevoegd moeten kunnen worden. Acht op de tien mondhygiënisten vindt dat uitgebreide parobehandeling ook direct toegankelijk zou moeten kunnen zijn, en zeven op de tien vindt dat ook van het aanbrengen van sealants. Bij deze laatste is er een verschil in opvatting te zien tussen de mondhygiënisten die in loondienst zijn en mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn. De mondhygiënisten in loondienst vinden vaker dan de mondhygiënisten die vrijgevestigd zijn dat ook het uitvoeren van de periodieke controle en het maken van röntgenfoto's een verrichting is die direct toegankelijk kan worden. Andersom vinden de vrijgevestigde mondhygiënisten vaker dan de mondhygiënisten in loondienst dat second opinion en acute klachten direct toegankelijk zouden moeten kunnen zijn

4 Tandprothetici

4.1 Tandprothetici in beeld

4.1.1 *Inleiding*

Het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus is het aanmeten en vervaardigen van de volledige prothese op de edentate kaak en het op verwijzing van de betrokken tandarts aanmeten en vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese.

De deskundigheid van de tandprotheticus staat in het besluit van 22 augustus 1997 artikel 4 als volgt omschreven (Staatsblad 1997):

Artikel 4

1. Tot het gebied van deskundigheid van de tandprotheticus wordt gerekend:
 - a. het onderzoeken van de mond van de patiënt, gericht op het verkrijgen van de gegevens die nodig zijn voor de toepassing van een gebitsprothese;
 - b. het aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een volledige gebitsprothese voor de bovenkaak en de onderkaak bij een patiënt van wie de kaakwallen zijn hersteld van de gebitsextractie;
 - c. het aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese voor de bovenkaak dan wel de onderkaak bij een patiënt van wie de desbetreffende kaakwal is hersteld van de gebitsextractie en in wiens mondholte zich geen gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese;
 - d. het verstrekken aan een patiënt van raad en informatie met betrekking tot de gebitsprothese of het gebruik daarvan.
2. Tot het gebied van deskundigheid van de tandprotheticus wordt mede gerekend het op verwijzing van de betrokken tandarts aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese.
3. De verwijzing, bedoeld in het tweede lid, geschiedt schriftelijk, is gedateerd en ondertekend door de betrokken tandarts en bevat ten minste de door deze voor de door de tandprotheticus te verlenen zorg relevant geachte diagnostische gegevens.

4.1.2 *Regels en richtlijnen t.a.v. werkzaamheden verricht in de 1e lijn*

Door de invoering van de Wet BIG op 1 december 1997, waarin ook het beroep tandprotheticus is geregeld, is de Wet op de Tandprotheticus komen te vervallen. De tandprotheticus valt onder art. 34 van de Wet BIG. Hierin staat dat tandprothetici functioneel zelfstandig zijn voor het vervaardigen van partiële kunsthars protheses, frame protheses, overkappingprotheses op wortels of implantaten en immediaatprotheses. Dit betekent dat deze handelingen op verwijzing van een (tand)arts of kaakchirurg uitgevoerd worden. Echter, het aanmeten en vervaardigen van een volledige prothese wordt niet beschouwd als medische handeling en valt daardoor buiten deze wet. Dit betekent dat de tandprotheticus heden ten dage een volledige prothese dus zonder verwijzing van tandarts kan aanmeten en vervaardigen. De

tandprotheticus is door zijn wettige status een contractant van de ziektekostenverzekeraar. De declaraties voor de volledige prothese wordt door de tandprotheticus zelfstandig en direct met de zorgverzekeraar afgehandeld. Tandprotheticici vallen nu niet onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

4.1.3 *Aantal beroepsbeoefenaars*

Volgens de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT) zijn er in Nederland ca 300 tandprotheticici werkzaam, van wie ongeveer 260 vrijwillig georganiseerd zijn bij de beroepsvereniging. Het merendeel van de tandprotheticici is vrijgevestigd, de precieze aantallen zijn niet bekend. De overige werken in verschillende soorten samenwerkingsverbanden met tandartsen en/of andere tandprotheticici.

4.1.4 *Schets koepelorganisatie (ONT)*

De koepelorganisatie van tandprotheticici is de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT). Door het lidmaatschap van ONT onderwerpen de leden zich vrijwillig aan beroepscode en klachtenreglement (Codex, 1987). De ONT is verdeeld in 16 verschillende regio's met elk hun eigen regiovoorzitter. De ONT kent een aantal commissies en werkgroepen waaronder de kascommissie, PR commissie, Commissie Buitenlands Gediplomeerden, klachtencommissie, patiëntenbelangen commissie, projectgroep tandprotheticus/beroepsprofiel, commissie voor de rechtspraak, de commissie Zorgverzekeraars, commissie Structuur en beleid, werkgroep onderbouwing Kostprijsberekening, en werkgroep HBO.

Verder neemt de ONT zitting in het Tandheelkundig Platform Nederland, de regiogroep opleidingen mondzorg, de begeleidingscommissie veldexperimenten mondzorg, de Raad van Advies Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) (werkt aan elektronische patiënten dossier) en de GDR Sessies Cinop (stemt opleidingsprofielen op elkaar af).

4.2 **Kwaliteitsbeleid Tandprotheticici**

4.2.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden de huidige kwaliteitseisen beschreven waaraan tandprotheticici moeten voldoen. Er wordt hier ingegaan op de vraag of en zo ja welke (aanvullende) kwaliteitseisen moeten worden gesteld wanneer tandprotheticiek in de eerste lijn direct toegankelijk wordt. Deze mogelijke consequenties van directe toegankelijkheid worden beschreven.

4.2.2 *Kwaliteitseisen huidige opleiding*

Vanaf september 2001 wordt door de faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht als contractonderwijs de opleiding tot tandprotheticus verzorgd. De opleiding is nu nog een volledig particuliere opleiding. Het opleidingsprogramma wordt aangeboden als een driejarige deeltijdstudie (één dag per week) en heeft als doel studenten te bekwamen in het aanmeten van uitneembare gebitsprothesen in overeenstemming met de wettelijk aangegeven deskundigheid van de tandprotheticus. Belangrijke basiselementen binnen deze vorming tot zorgverlener op het gebied van de mondzorg zijn kennis en inzicht, vaardigheden en attitude. De praktijkervaring wordt zowel aan de opleiding zelf als op stageadressen elders opgedaan. De totale omvang van de opleiding bedraagt 1760 studie-uren (44 studiepunten). De ONT beheert het register van alle afgestudeerde tandprotheticici.

Voor toelating tot de opleiding dient men in het bezit te zijn van het diploma tandtechnicus met tenminste de deelkwalificaties Volledige prothetiek-2 en Partiële prothetiek-2, afgegeven door het Instituut Vakopleiding Tandtechniek (IVT), of een daaraan gelijkwaardig getuigschrift. Als aanvullende eis wordt gesteld dat men vóór de aanvang van de cursus aantoonbaar over basiskennis/vaardigheden beschikt ten aanzien van het voeren van een onderneming. Toereikend hiertoe is dat het onderdeel Bedrijfsbeheer van de voortgezette opleiding tandtechnicus van het IVT met een voldoende resultaat is afgesloten dan wel dat men in het bezit is van een getuigschrift Algemene Ondernemers Vaardigheden, afgegeven door een erkende opleidingsinstelling.

Directe toegankelijkheid van de tandprothetische zorg eist dat de opleiding garant moet staan voor de opbouw van voldoende diagnostische kennis. Volgens de ONT voldoet de opleiding hieraan. De opleiding is nu nog particulier maar er wordt met de ministeries VWS en OC&W gewerkt naar een overgang om deze opleiding tot een 4-jarige HBO opleiding te maken.

Voor de zittende professie heeft de ONT nascholing op het gebied van de partiële prothese, implantologie en psychologie met als doel af te sluiten met een toets. Dit zou genoeg kennis en vaardigheden geven om deze behandelingen zelfstandig uit te kunnen voeren.

Kwaliteitseisen praktijkvoering volgens de ONT

Vanuit de Wet BIG is iedere beroepsorganisatie verplicht een kwaliteitsborgingsysteem voor haar leden te ontwikkelen en aan te bieden. Tandprothetici nemen niet deel aan het Kwaliteitsregister Paramedici. De ONT stimuleert haar leden zich te laten certificeren volgens de kwaliteitsnorm die door de Stichting Harmonisatie Kwaliteit Zorg (SHKZ) wordt ontwikkeld en bewaakt. Momenteel zijn er 120 tandprothetici gecertificeerd en er volgen in het najaar van 2003 en voorjaar 2004 nog een aantal regio's. Alleen praktijken die gecertificeerd zijn, zouden in aanmerking moeten kunnen komen voor directe toegang. De ONT is van mening dat leden en niet-leden direct toegankelijk zouden moeten kunnen zijn, mits voor iedereen dezelfde kwaliteitseisen gelden en dat een klachtenregeling van kracht is.

4.2.3 Kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief

De NPCF heeft algemene kwaliteitscriteria ontwikkeld om de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief te bewaken. Dit betreffen criteria met betrekking tot vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie, en evaluatie. De criteria m.b.t. vakbekwaamheid worden in onderstaand kader weergegeven. Er is voorzover bekend geen specifiek onderzoek gedaan door de NPCF naar het werkterrein van de tandprotheticus (NPCF, 1996).

Criteria vakbekwaamheid volgens NPCF

- Ervoor zorgen dat kennis en vaardigheden qua aard en niveau toereikend zijn voor het uitoefenen van het specifieke beroep of de functie.
- Deelnemen aan na- en bijscholingsactiviteiten.
- Kennis en vaardigheden regelmatig toetsen aan de in het specifieke beroep of de functie opgedane ervaringen.
- Zich bij de uitoefening van het beroep nauwgezet houden aan de grenzen van de bekwaamheid.
- Tijdig verwijzen naar andere, ten aanzien van het betreffende probleem meer deskundige, hulpverleners of hun om advies vragen.

- Zich onthouden van handelingen waarvan de zin op goede gronden in twijfel kan worden getrokken.
- Rekening houden met specifieke omstandigheden en wensen van de patiënt.
- Ziekmakende en ziekte in stand houdende factoren in de maatschappij en bij zichzelf onderkennen.
- Zijn diensten aanbieden zonder aanzien des persoons.
- Verantwoordelijkheid nemen voor het vaststellen van het doel en de feitelijke resultaten van het handelen; desgevraagd rekenschap afleggen.

4.3 Communicatie en registratie relevante gegevens

4.3.1 *Communicatie met patiënten*

Volgens de ONT moet de patiënt de vrije keus hebben om te kunnen kiezen door welke zorgverlener hij/zij behandeld wil worden. Er moet voor de patiënt meer duidelijkheid komen welke professionele achtergrond de behandelaar heeft. Dit betekent dat de opleidingstitelbescherming meer gewicht zou moeten krijgen. Als de directe toegang tot de tandprotheticus een feit is, zal er goede informatie en voorlichting aan patiënten gegeven moeten worden via massa media als kranten, en lokale TV.

Ten opzichte van patiënten is het van belang dat eventuele klachten goed afgehandeld worden. Door het lidmaatschap van de ONT onderwerpen tandprotheticici zich vrijwillig aan de beroepscode en het klachtenreglement die mede de belangen van de patiënten behartigen. Deze klachtencommissie handelt naar horen en wederhoor en probeert in geschillen te bemiddelen. In tweede instantie kan er een beroep worden gedaan op de ONT patiënten belangencommissie.

De NPCF heeft een brochure ontwikkeld met kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief zoals informatievoorziening, bejegening, steun en zelfstandigheid van patiënt ondersteunen. De criteria m.b.t. informatievoorziening worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria informatie volgens NPCF

- Erop toezien dat de gegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling en verzorging van de patiënt op elk moment compleet en actueel zijn en dat deze gegevens niet in verkeerde handen komen.
- Ervoor zorgen dat de door de patiënt gewenste informatie op het juiste moment beschikbaar komt, begrijpelijk is en relevant.
- De patiënt volledig informeren over de aard van de ziekte of aandoening, het mogelijke verloop en de eventueel blijvende gevolgen.
- Opening van zaken geven over het diagnostisch onderzoek, de behandeling en de revalidatie, het zorg- of behandelplan en eventuele wijzigingen en resultaten.
- De patiënt vertellen hoe de hulpverlenende organisatie is georganiseerd en welk beleid wordt gevoerd; hoe de patiënt wensen, twijfels en bezwaren kenbaar kan maken en waar hij eventueel een klacht kan indienen.
- De patiënt inlichten omtrent het zorg- en verzekeringsstelsel waarop hij een beroep kan doen, de maatschappelijke aspecten van de ziekte en de behandeling, het bestaan van patiëntenorganisaties, instellingen en instanties die van nut kunnen zijn.

4.3.2 *Communicatie met andere zorgverleners*

Volgens de ONT zal er bij alle beroepsgroepen een mentaliteitsverandering op moeten treden. De patiënt is niet meer “eigendom” van één zorgverlener. De patiënt zal een

minder hechte band met één zorgverlener krijgen. Alle beroepsgroepen zullen de verantwoordelijkheid moeten nemen van het stukje zorg dat zij geleverd hebben. In het dagelijkse werkveld is er vaak een goede samenwerking tussen tandartsen en tandprotheticici. De communicatielijnen zijn kort.

Er bestaan momenteel twee verwijfsprotocollen. In overleg tussen de beroepsorganisaties van tandartsen en tandprotheticici is men gekomen tot een praktijkrichtlijn 'Verwijsrelatie van tandarts naar tandprotheticus.' Deze praktijkrichtlijn biedt een leidraad voor de tandarts/kaakchirurg bij het verwijzen van patiënten naar een tandprotheticus. Onderdeel van deze richtlijn is een standaard verwijfsbrief. Er bestaat echter ook een verwijfsprotocol die de verwijzing van de tandprotheticus naar de tandarts beschrijft, deze is opgesteld door de ONT maar niet geaccepteerd door de NMT. Het zal verder de communicatie voor alle partijen ten goede komen als het elektronisch patiëntendossier gerealiseerd wordt.

4.3.3 *Communicatie met Ziektekostenverzekeraars*

De volledige prothese wordt vergoed vanuit de Regeling hulpmiddelen, hiervoor geldt het natura principe. De tandprotheticus declareert direct bij de zorgverzekeraar.

Voor het deel dat vanuit de aanvullende fondsen vergoed wordt, zou volgens de ONT de declaratie óf rechtstreeks naar de zorgverzekeraar óf via de patiënt moeten gaan (zonder tussenkomst van derden als tandarts of specialist), dit alles afhankelijk van de afspraken die gemaakt zijn tussen de tandprotheticus en zorgverzekeraar.

4.4 **Mening en houding van landelijke organisaties t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus**

4.4.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag: Is het volgens de landelijke koepelorganisaties mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de tandprotheticus zonder verwijzing van de (tand)arts of specialist?

ONT

Houding van de ONT tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus

De ONT acht directe toegang tot de tandprotheticus van belang voor de algemene mondzorg. Uit de huidige praktijk blijkt dat er al veelal sprake van directe toegankelijkheid is. De stap naar formalisering is daarom niet groot.

De ONT is van mening dat de patiënt vrij moet kunnen kiezen door welke zorgverlener hij/zij behandeld wenst te worden. Het moet echter voor de patiënt wel duidelijk zijn wat het beroep is van degene door wie hij behandeld wordt. Dit betekent dat de opleidingstitelbescherming meer gewicht zou moeten krijgen. Voor de patiënt heerst er vaak onduidelijkheid wat de professionaliteit van de behandelaar is. Dit is volgens de ONT in de hand gewerkt door de wet BIG en door het nalaten van de overheid (als onafhankelijke partij) om publieksvoorlichting te geven.

4.4.2 *Keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen die, volgens de ONT, geschikt zouden zijn voor directe toegankelijkheid*

De directe toegankelijkheid zou, naast het vervaardigen van volledige protheses, binnen het tandprothetische vakveld betrekking hebben op het aanmeten en vervaardigen van partiële protheses, het plaatsen van suprastructuren op implantaten, en het inslijpen van steps. In de toekomst zou verder gedacht kunnen worden aan het plaatsen van kroon en brugwerk. De directe toegankelijkheid zou voor alle patiënten moeten gelden. De

tandprotheticus heeft zijn eigen professionaliteit en zal patiënten doorverwijzen als de hulpvraag van de patiënt buiten zijn professionele bekwaamheid valt (naar bijvoorbeeld de tandarts, huisarts of mondhygiënist).

4.4.3 *Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid volgens de ONT*

Het beroep tandprotheticus is zeer duidelijk ontstaan door de toenemende zorgvraag van de patiënt. Er is al jaren sprake van directe toegankelijkheid, niet alleen voor het vervaardigen van volledige protheses maar ook voor andere behandelingen. Het formaliseren hiervan zou een duidelijke kwaliteitssprong zijn voor de patiënt. Voordelen van directe toegang zijn dat er een efficiëntere zorg geleverd kan worden, dat het kan bijdragen in het oplossen van capaciteitsprobleem, dat de verschillende takken van zorgverlening meer gespecialiseerd kunnen zijn, er meer arbeidsvreugde ontstaat bij de zorgverleners en dat de patiënt meer tevreden zal zijn. Het vakveld van de mondzorg krijgt hierdoor een verbreding en zal van hogere kwaliteit zijn. Voor de tandarts zal directe toegankelijkheid van zowel de mondhygiënist als de tandprotheticus een verrijking zijn voor de beroepsuitoefening van zijn eigen professionaliteit.

De mogelijk hogere werkdruk ervaren de tandprotheticici niet als nadeel. Het zal waarschijnlijk wel drukker worden maar de beroepsgroep kan dat opvangen. Als er meer duidelijkheid komt over het takenpakket van de tandprotheticus en de randvoorwaarden dan zullen veel tandprotheticici de stap durven te zetten naar een meer professionele praktijkvoering. Men zal tandtechnisch personeel of administratieve krachten in dienst nemen.

4.4.4 *Randvoorwaarden/belemmeringen voor directe toegankelijkheid volgens de ONT*

Tandprotheticici vallen nu niet onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Dit betekent dat mede door Nma regels de individuele tandprotheticici zelf tariefafspraken moeten maken met de zorgverzekeraar, daar waar het gaat om een verstrekking uit de regeling hulpmiddelen (volledige prothese).

De ONT is van mening dat voor de verschillende zorgverleners in de mondzorg dezelfde spelregels moeten gelden.

De ONT acht daarom een wettelijk financieel raamwerk als de WTG voor tandprotheticici noodzakelijk. Directe toegang betekent dat de tandprotheticus de kosten van alle verrichtingen zelfstandig moet kunnen declareren. Hierdoor vervalt de verlengde armconstructie die nu regelmatig door tandprotheticici en door andere zorgverleners in samenspraak met de (tand)arts wordt gebruikt. Deze verlengde armconstructie werkt kostenverhogend.

Door het zelfstandige 'zorginkoop beleid' van de zorgverzekeraars zijn er verschillen in vergoedingen voor verstrekkingen die niet tot de basisverzekering horen. De ziektekostenverzekeraar biedt de tandprotheticus een tarief aan, en het voorstel is dan een 'take it or leave it' voorstel. De ONT geeft duidelijk te kennen dat zij hierbij in een zeer afhankelijke positie worden gesteld. Sommige ziektekostenverzekeraars gaan geen overeenkomst aan met een tandprotheticus omdat er volgens de ziektekostenverzekeraar voldoende zorgaanbod is of (volgens de ONT) vanwege ander oneigenlijke subjectieve redenen.

4.4.5 *Mogelijkheid tot starten proefproject volgens de ONT*

De ONT acht het zeker mogelijk om proefprojecten te starten. Dit is in de laatste algemene ledenvergadering aan de orde gebracht. Wel dient er een financieel raamwerk te komen gebaseerd op de WTG, voor de behandelingen die binnen de proef vallen. De

ONT acht het ondoenlijk om met alle ziektekostenverzekeraars te moeten onderhandelen over de vergoedingen van de verschillende behandelingen.

De proefpraktijken zouden wel SHKZ gecertificeerd moeten zijn. De eis van verplichte nascholing kan bij een proefproject nog niet gesteld worden. Er zal een vaktechnische controle uitgevoerd moeten worden door een tandprotheticus en een tandarts.

Voor het starten van proefprojecten zal er goede informatie en voorlichting aan patiënten gegeven moeten worden via massa media als kranten, en lokale TV. Er zal overleg moeten plaatsvinden met de kringen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

4.4.6 *Conclusie mening ONT*

Volgens de ONT is directe toegang tot de tandprotheticus wenselijk en haalbaar. Uit de huidige praktijk blijkt dat er al veelal sprake van directe toegankelijkheid is. De stap naar formalisering is daarom niet groot. De ONT acht een wettelijk financieel kader als de WTG voor de tandprotheticici noodzakelijk.

4.4.7 *Mening van andere landelijke organisaties tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus*

4.4.7.1 *VWS*

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verwoordt in haar beleid dat zowel de mondhygiënist als tandprotheticus direct toegankelijk moeten worden. VWS merkt hierbij op dat tandprotheticici al voor een groot deel direct toegankelijk zijn, namelijk voor het aanmeten van een volledige prothese. Directe toegankelijkheid van de mondhygiënist en tandprotheticus zou volgens VWS het probleem van het tandartsentekort gedeeltelijk kunnen oplossen. Redenen om binnen de mondzorgberoepen over te gaan op directe toegankelijkheid zijn volgens VWS het nu steeds groter wordende tandartsentekort, en het feit dat de beroepsgroepen er zelf aan toe zijn. De mondzorg is een overzichtelijk terrein, hetgeen betekent dat de veranderingen binnen de toegankelijkheid als een soort 'pilot' voor de andere beroepen kunnen dienen.

VWS pleit voor mondzorgteams die bestaan uit: een tandarts, een mondhygiënist, een tandprotheticus, een tandartsassistente en eventueel preventieve medewerkers. Het is hierbij van belang dat er een goede taakafstemming is, zodat iedere medewerker het werk uitvoert waar hij of zij het meest bekwaam in is. Het zal volgens VWS de patiënt niet uitmaken bij welke persoon uit het mondzorg team hij binnenkomt. De patiënt zal afhankelijk van de behandelbehoefte naar de juiste behandelaar worden gesluist. Tussen de beroepsbeoefenaren zullen echter wel goede werkafspraken en protocollen gemaakt moeten worden. De overheid geeft het mondzorgteam hiervoor vrijheid (de overheid wil dit alles niet te veel reguleren). Het lijkt het meest praktisch dat de tandarts, vanwege zijn overzicht in het veld, de coördinator en dossierhouder zal zijn.

VWS betwijfelt of de wens van de tandprotheticici om een officiële 4 jarige HBO opleiding te worden wel tot de reële mogelijkheden behoort. Wel zou de tandprotheticus zich meer kunnen bekwaamen in het aanmeten en vervaardigen van partiële prothesen en binnen de implantologie.

4.4.7.2 *ZN*

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft geen standpunt inzake directe toegankelijkheid van de tandprotheticus, aangezien de tandheelkundige behandeling voor volwassenen nu helemaal uit het ziekenfondspakket is gehaald. Omdat deze eventueel in de

aanvullende verzekering zit, staat ZN wat de volwassenen zorg betreft op de zijlijn. Zij bemoeien zich dan ook niet met welke verrichtingen wel en niet in het aanvullende pakket zouden moeten (mededingingswet). ZN had geen duidelijke visie op de voor of nadelen van directe toegankelijkheid van de tandprotheticus of mondhygiënist en gaat er vanuit, zonder daar een duidelijke mening over te hebben, dat de tandarts de spil in het zorgproces blijft.

4.4.7.3 *NPCF*

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) staat positief tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus. Directe toegankelijkheid ligt volgens hen sterk op het terrein van de taakherschikking. Voor alle disciplines geldt dat de NPCF het belangrijk vindt dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. Zij spreken in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER). De NPCF benadrukt in zijn algemeenheid dat: a. goede diagnostiek en geschiktheid om een goede diagnose te kunnen stellen gewaarborgd moet worden en zonodig een terugverwijzing naar de huisarts/tandarts; b. het patiëntenperspectief wordt meegenomen en gewaarborgd; c. er duidelijkheid komt over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de tandprotheticus kan wenden, hetgeen hoge eisen stelt aan de communicatie met en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten; d. geprotocolleerde communicatie en rapportage plaatsvindt aan de huisarts/tandarts.

4.4.7.4 *Landelijke organisaties van tandartsen (NMT/ANT)*

Mogelijke veranderingen in het beleid van directe toegankelijkheid zullen consequenties hebben voor het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de tandarts. Er is daarom uitgebreide aandacht besteed aan de meningen en houdingen van tandartsen ten opzichte van directe toegang tot mondhygiënist en/of tandprotheticus (zie deelrapport tandartsen).

4.4.7.4.1 *NMT*

De NMT is van mening dat de tandarts de spil in het mondzorgproces moet blijven. Het is van belang dat de diagnosestelling door de tandarts gebeurt.

De NMT twijfelt of directe toegankelijkheid kostenbesparend zal werken. Kostenbesparing van de tandheelkundige zorg mag geen argument zijn om de tandprotheticus direct toegankelijk te maken. De zorginhoudelijke kanten zijn van meer belang dan de kostenbesparende kanten. De NMT zou het een kwalijke zaak vinden als de patiënten door ziektekostenverzekeraars een bepaalde richting op worden gedirigeerd (bijvoorbeeld wel vergoeding door de tandprotheticus, maar niet door de tandarts). De NMT verwacht dat de eventuele kostenbesparingen tegen zullen vallen. Er zal wat de honoraria betreft een verschuiving optreden. De complexe zaken van de tandarts zullen hoger gehonoreerd moeten worden omdat de eenvoudigere handelingen vervallen.

Dat de tandarts alleen de complexere handelingen zou gaan verrichten zal voor een aantal tandartsen een positief gegeven zijn terwijl andere tandartsen het een beperking van hun werkzaamheden zullen vinden.

De NMT verwacht niet dat de directe toegankelijkheid voor de tandartsen verminderde werkdruk zal opleveren. Tandartsen kunnen immers nu ook al patiënten doorsturen.

Een van de voordelen van directe toegang zou, volgens de NMT, kunnen zijn dat de patiënt het gevoel heeft zelf zijn/haar behandelaar te kunnen kiezen. De NMT twijfelt echter in hoeverre de patiënten ook daadwerkelijk genoeg know how hebben om te

kunnen kiezen. Een ander voordeel voor de patiënt zou kunnen zijn dat de zorg voor de patiënt in het begin goedkoper kan zijn. Echter op langere termijn zou deze goedkoop duurkoop kunnen zijn.

De NMT ziet als nadeel van directe toegankelijkheid van tandprotheticici dat het zorgproces onduidelijk wordt voor de patiënt. Tot wie moet de patiënt zich in welke situatie wenden? Tevens zal de relatie tussen patiënt en tandarts verzwakken. Er zullen patiënten zijn die dus geen vaste tandarts meer hebben. Ook bij acute nodige zorg zal de stroomlijning niet duidelijk aanwezig zijn.

De NMT is een voorstander van taakdelegatie zonder dat deze vanuit overheidswegen wordt gereguleerd. De NMT vindt het van belang dat elke tandarts hiervoor vrijheid heeft. De NMT pleit voor een samenwerkingsmodel tussen de beroepsgroepen in plaats van een concurrentie model. Dit betekent dat de tandarts de mogelijkheid heeft naar eigen inzicht samenwerkingsverbanden aan te gaan met tandprotheticici en mondhygiënist. Dit geeft de patiënt de mogelijkheid om (indien de tandarts dit mogelijk en verantwoordelijk acht) “vrijer” naar de tandprotheticus te gaan. De patiënten die dan voor deze “vrijere” toegang in aanmerking zouden komen zijn dan diegene die de tandarts daarvoor in aanmerking vindt komen. Dit wordt individueel beoordeeld, er kan geen collectieve indeling worden gemaakt in de trant van ‘alle patiënten met een bepaalde hulpvraag’. Het zorgdossier blijft onder auspiciën van de tandarts. Het elektronisch zorgdossier zal dit proces vergemakkelijken.

Er zijn tandartspraktijken die volgens dit NMT model werken. De NMT kan behulpzaam zijn in de bemiddeling met deze praktijken wanneer een pilotstudy gewenst zou zijn.

4.4.7.4.2 *Houding van de ANT tegenover directe toegankelijkheid*

Het standpunt van de ANT met betrekking tot de directe toegang van zorg geleverd door een mondhygiënist of een tandprotheticus is terug te voeren tot de algemene visie van de ANT (ANT, 1998).

Het vigerende beleid waarbij ‘zorg’ in het kader van de verzekeraarbaarheid is vertaald in producten met een prijs heeft er toe geleid dat zowel de kosten zijn gestegen als de premies. Problemen ten aanzien van de kwaliteit en de toegankelijkheid doen zich daardoor eveneens voor. De ANT pleit derhalve voor meer onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Dit moet gelden voor zowel de ‘zorgaanbieder’ als de ‘zorgconsument’. In de huidige situatie is er sprake van een zorgpakket waar de ‘zorgconsument’ aanspraak op kan maken. De zorgverlener stelt zich op als een ondernemer en verstrekt maar al te graag die ‘zorgproducten’ (verzekeringseffect). Vanuit het oogpunt van de verzekeraar is het begrijpelijk om te zoeken naar mogelijkheden om bepaalde zorgproducten tegen een lagere prijs in te kopen. In dit geval bijvoorbeeld bij mondhygiënist en tandprotheticici (gesteld dat hun ‘zorgproducten’ lager geprijsd zouden zijn, er is immers geen WTG-binding).

Wanneer de zorgverzekeraar vanuit kostenoverwegingen de zorg wil sturen teneinde binnen de budgettering van de overheid / ziektekostenverzekeraar te blijven dan zet de ANT daar vraagtekens bij. Echter, in de situatie waar de zorg niet gestuurd wordt door dergelijke overwegingen (dus in het geval dat de WTG vervalt en er slechts sprake is van adviestarieven en zorgverleners er een eigen financieringssysteem op na mogen houden (bijvoorbeeld een soort abonnementssysteem) naast de geldende restitutieverzekeringen van de zorgverzekeraars, dan heeft de ANT geen moeite met de vrije en directe toegankelijkheid van zorg geleverd door mondhygiënist en of tandprotheticici.

Wanneer men de patiënt als een zorgconsument wenst te beschouwen dan moet hij ook echt vrij zijn om te kiezen tot welke zorgverlener hij zich wil wenden.

De ANT verwacht dat de kwaliteit van de geleverde zorg zal toenemen en in ieder geval sprake zal zijn van een betere prijs/kwaliteitsverhouding, wanneer de patiënt een meebetallende consument wordt. Het is hierbij wel van belang dat de patiënt juiste informatie krijgt over welke zorgverlener welke soort zorg mag en kan leveren. Deze informatieverstrekking is een taak van de overheid.

De ANT wenst graag betrokken te worden bij het ontwikkelen van proefprojecten waarin directe toegankelijkheid van zorg door mondhygiënist en tandprotheticus een rol moet spelen. Hierbij zij opgemerkt dat deze directe toegankelijkheid in de praktijk al voorkomt. Of tandartsen of beroepsorganisaties dat nu leuk vinden of niet doet volgens de ANT niet ter zake. Maatschappelijk gezien is het geen issue meer, maar binnen de bestaande regelgeving beleidsmatig gezien beslist wel.

4.4.8 *Conclusie mening landelijke organisaties*

De diverse partijen hebben verschillende meningen betreffende directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de tandprotheticus. De ONT acht directe toegankelijkheid wenselijk en haalbaar voor de beroepsgroep. Een wettelijk financieel kader is dan noodzakelijk. VWS staat er positief tegenover, ZN heeft geen uitgesproken mening, NPCF staat er positief tegenover mits het patiëntenbelang bewaakt wordt, de NMT (en een deel van de tandartsen) vindt dat de tandarts de spil in het tandheelkundig zorgproces moet blijven, de ANT heeft geen moeite met directe toegankelijkheid van de tandprotheticus mits de WTG vervalt.

4.5 **Mening en houding van tandprotheticus in het veld over directe toegankelijkheid**

4.5.1 *Inleiding*

Om na te gaan hoe tandprotheticus tegenover directe toegankelijkheid staan, is een schriftelijke vragenlijst verzonden aan alle tandprotheticus die geregistreerd zijn bij de ONT (n=259). Van de in totaal 259 verzonden vragenlijsten zijn er 128 retour gekomen (respons 49%).

4.5.2 *Huidige werksetting*

Van de 128 respondenten werkt 81% uitsluitend als vrijgevestigd tandprotheticus, 6% werkt uitsluitend of gedeeltelijk als tandprotheticus in loondienst en 13% werkt zowel in een vrijgevestigde praktijk als in een andere functie (bijvoorbeeld als tandtechnicus, bij de opleiding voor tandtechnici of als tandprotheticus).

Ruim twee derde van de respondenten is 33-40 uur per week werkzaam als tandprotheticus (Zie Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Gemiddeld aantal uur/week werkzaam in de eerste lijn (n=127)

	% Tandprothetici
0-8 uur	3
9-16 uur	6
17-24 uur	12
25-32 uur	11
33-40 uur	69
totaal	100

Zes van de tien tandprothetici (n=126) neemt regelmatig deel aan intercollegiaal veldoverleg. Het intercollegiaal overleg bestaat m.n. uit het deelnemen aan regio-overleg, cursussen en overleg met andere beroepsgroepen.

4.5.3 *Huidige werkwijze in de praktijk*

Bijna drie kwart van de respondenten geeft aan dat zich dagelijks/wekelijks patiënten aanmelden bij hun praktijk, zonder verwijzing van de (tand)arts voor verrichtingen anders dan informatie en voorlichting of voor het aanmeten van een volledig uitneembare prothese (Zie Tabel 4.2)

Tabel 4.2 Frequentie van aanmeldingen zonder verwijzing van (tand)arts of specialist

	% Tandprothetici	
	Voor voorlichting/ informatie of voor volledige prothese	Voor andere verrichtingen
Nee, (bijna) nooit	0	6
Ja, soms	5	21
Ja, wekelijks	18	39
Ja, bijna dagelijks	77	34
Totaal	100	100

Tandprothetici die geantwoord hebben dat patiënten zich wel (eens) aanmelden zonder verwijzing van (tand)arts of specialist voor andere verrichtingen dan voor informatie en voorlichting of voor het aanmeten van een volledig uitneembare prothese, werden gevraagd met welke hulpvragen deze patiënten dan komen. Het aanmeten, aanpassen en controleren van de volledige prothese en het geven van advies zijn verrichtingen waarvoor de tandprotheticus heden ten dage al direct toegankelijk is. Uit Tabel 4.3 blijkt, dat ongeveer drie kwart van de tandprothetici antwoordt, dat het voorkomt dat patiënten zich, zonder verwijzing, aanmelden voor het aanmeten en vervaardigen van partiële frameprotheses, overkappingsprotheses, immediaatprotheses, en andere uitneembare prothetische voorzieningen.

Tabel 4.3. Categorieën hulpvragen van cliënten die zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden (n=120)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandprothetici
Aanmeten en vervaardigen nieuwe volledige prothese	93
Advies of informatie over uitneembare prothetische voorzieningen	93
Aanpassingen volledige prothese	92
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiële kunsthars prothese	88
Controle van volledige prothese	87
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiële frame prothese	87
Second opinion	84
Aanmeten en vervaardigen nieuwe overkappingprothese	78
Aanpassingen andere uitneembare prothetische voorzieningen	75
Aanmeten en vervaardigen immediaat prothese	73
Controle van andere uitneembare prothetische voorzieningen	73
Advies of informatie over tandheelkundige zaken in het algemeen	52
Acute klachten	39
Advies of informatie over vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	36
Anders	17
Extracties	14
Inslijpen steunen	8
Controle van vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	6
Aanmeten en vervaardigen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	6
Aanpassingen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	4
Gemiddeld heeft elke respondent 11,0 antwoorden gegeven	

Ongeveer zes op de tien tandprothetici geeft aan, dat er afspraken zijn gemaakt met (sommige) tandartsen met wie zij samenwerken (Zie Tabel 4.4). Als afspraken worden genoemd, gaan deze afspraken over: samenwerking, (wederzijds) verwijzen, rolverdeling bij bepaalde behandelingen, behandelprotocollen, en financiële afhandeling van behandelingen.

Tabel 4.4. Afspraken die tandprothetici met tandartsen hebben gemaakt over het verzorgen van het eerste contact met de cliënt (n=120)

	% Tandprothetici
Ja, er zijn afspraken gemaakt met alle tandartsen met wie ik samenwerk	25
Ja, er zijn afspraken gemaakt met sommige tandartsen met wie ik samenwerk	38
Nee, er zijn geen afspraken gemaakt met tandartsen	38
Totaal	100

Uit Tabel 4.5 blijkt dat meer dan de helft van de tandprothetici antwoordt, dat het voorkomt dat de administratieve en financiële afhandeling via de administratie van de tandarts verloopt. Bijna vier op de tien antwoordt, dat het voorkomt dat de patiënt eerst terug wordt verwezen, en bij bijna één op de tien komt het wel eens voor dat een verwijfsbrief achteraf geregeld wordt. Van de 27 tandprothetici die het antwoord "anders" hadden aangekruist, waren er 4 die dit niet in combinatie met de andere categorieën hadden gedaan. Deze 4 omschreven dat zij de afhandeling uitsluitend via hun eigen administratie deden, dat hulpvragen c.q. adviezen gratis waren, dat de

tandprotheticus zijn eigen deel regelt hetgeen als omslachtig wordt ervaren en dat er geen andere verrichtingen werden verricht dan het vervaardigen van volledige protheses op edentate kaken.

Tabel 4.5. Administratieve en financiële afhandeling wanneer een cliënt zonder verwijzing in behandeling wordt genomen (n=112).

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandprotheticici
De afhandeling gaat via de administratie van de tandarts	56
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van huisarts/ specialist/ tandarts	47
De patiënt betaalt contant	42
De patiënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/ specialist/ tandarts voor een verwijsbrief	38
Anders	24
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/ specialist/ tandarts gevraagd	9
Gemiddeld heeft elke respondent 2,4 antwoorden gegeven	

Uit Tabel 4.6 blijkt dat 90% van de tandprotheticici aangeeft dat controle, aanmeten en aanpassingen maken van alle soorten uitneembare protheses (volledige protheses, partiële protheses, overkappingsprotheses en immediaatprotheses) hulpvragen zijn die de tandprotheticici zonder verwijzing van een (tand)arts zouden moeten kunnen behandelen. Tien tot 15% van de tandprotheticici acht directe toegankelijk ook geschikt voor hulpvragen die de vaste prothetiek betreffen. Onder “anders” zijn vooral hulpvragen ingevuld die betrekking hebben op implantaat gedragen protheses.

Tabel 4.6. Hulpvragen die tandprotheticci geschikt achten voor directe toegankelijkheid (n=125)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandprotheticci
Controle van volledige prothese	100
Aanpassingen volledige prothese	99
Aanmeten en vervaardigen nieuwe volledige prothese	99
Advies of informatie over uitneembare prothetische voorzieningen	98
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiële kunsthars prothese	95
Controle van andere uitneembare prothetische voorzieningen	94
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiële frame prothese	92
Aanpassingen andere uitneembare prothetische voorzieningen	90
Aanmeten en vervaardigen nieuwe overkappingprothese	90
Aanmeten en vervaardigen immediaat prothese	87
Second opinion	82
Advies of informatie over tandheelkundige zaken in het algemeen	35
Acute klachten	35
Inslipen steunen	22
Advies of informatie over vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	15
Controle van vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	12
Anders	12
Aanpassingen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	10
Aanmeten en vervaardigen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	5
Extracties	5
Gemiddeld heeft elke respondent 11,8 antwoorden gegeven	

4.5.4 *Houding van tandprotheticci t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus*

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd of zij positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus staan. Voorafgaand aan deze vraag wordt een toelichting gegeven over het feit dat behandelingen bij de tandprotheticus nu plaats vinden na verwijzing door de tandarts, uitgezonderd het aanmeten van een volledige prothese en dat het van belang is om te onderzoeken of de effectiviteit van de mondzorg vergroot kan worden door patiënten ook rechtstreeks toegang te geven tot de tandprotheticus voor andere behandelingen dan het aanmeten van een volledige prothese.

Uit Tabel 4.7 blijkt dat ruim 90% van de respondenten (sterk) positief tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus staat. Geen van de respondenten geeft aan er negatief tegenover te staan.

Tabel 4.7. Standpuntbepaling uitvoerend niveau t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus (n=126)

	% Tandprotheticci
(Sterk) positief	93
Neutraal	7
(Sterk)negatief	0
Totaal	100

Ook is de respondenten gevraagd of zij vrije toegankelijkheid voor hun eigen werksituatie wensen. Uit Tabel 4.8 blijkt dat een grote meerderheid (ruim negen op de

tien tandprothetici) vrije toegankelijkheid wenst voor hun eigen werksituatie. Zes procent heeft geen mening, en slechts 1% wenst de vrije toegankelijkheid niet.

Tabel 4.8. Wenselijkheid van directe toegankelijkheid gezien vanuit de eigen werksituatie (n=127).

	% Tandprothetici
Wenst vrije toegang voor eigen werksituatie	93
Wenst geen vrije toegang voor eigen werksituatie	1
Weet niet	6
Totaal	100

Uit Tabel 4.9 komt daarnaast naar voren dat verreweg de meeste tandprothetici (85%) de vrijgevestigde tandprothetische praktijk als meest gewenste vorm van praktijkvoering zien in het geval dat de tandprotheticus direct toegankelijk wordt (Zie Tabel 4.9).

Tabel 4.9 Praktijkvorm die het meest gewenst is in het geval van directe toegankelijkheid (n=127).

	% Tandprothetici
Als vrijgevestigde tandprothetische praktijk	85
Als tandprotheticus in loondienst	1
Maakt niet uit	7
Anders	7
Totaal	100

Uit Tabel 4.10 komt naar voren, dat bijna vier op de tien tandprothetici de vrije toegankelijkheid het liefst zouden zien in de nabijheid van een tandarts. Twee op de tien vinden dit uitdrukkelijk niet noodzakelijk en vier op de tien maakt het niet uit of de tandarts wel of niet aanwezig is (Zie Tabel 4.10).

Tabel 4.10 Wenselijkheid van de nabijheid van een tandarts in het geval van directe toegankelijkheid van de tandprotheticus (n=127).

	% Tandprothetici
Met nabije aanwezigheid van de tandarts	39
Zonder nabije aanwezigheid van de tandarts	19
Maakt niet uit	42
Totaal	100

4.5.5 Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door de tandprotheticus

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd maximaal drie voordelen en drie nadelen op te noemen van directe toegankelijkheid van de tandprotheticus vanuit de eigen werksituatie gezien. Het betrof hier twee open vragen. De meest voorkomende antwoorden van de respondenten zijn zoveel mogelijk gecategoriseerd en worden hieronder zo beknopt mogelijk omschreven. Een totaal van 287 voordelen en 90 nadelen van directe toegang tot de tandprotheticus zijn door tandprothetici genoemd.

4.5.5.1 *Voordelen t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus.*

- Direct contact met de patiënt
- Drempelverlagend voor de cliënt (ook voor mensen die angst voor de tandarts hebben of die geen tandarts hebben)
- De zorg wordt effectiever en sneller
- Kosten besparend (zowel voor de ziektekostenverzekeraar als de patiënt)
- Directe toegankelijkheid komt de kwaliteit van zorg ten goede
- Minder administratieve rompslomp
- De tandprotheticus heeft meer deskundigheid/specialisatie
- De tandarts wordt ontlast en daarmee het capaciteitsprobleem (gedeeltelijk) opgelost
- De patiënt is bij directe toegang vrij in het kiezen van zijn of haar behandelaar
- Minder afhankelijk van de tandarts wat

4.5.5.2 *Nadelen t.a.v. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus*

- De tandprotheticus kan geen verantwoording nemen voor de restdentitie
- Er zullen meer mensen komen die doorverwezen moeten worden, omdat ze bij de verkeerde hulpverlener zijn gekomen
- Verhoogde werkdruk
- Laagdrempeligheid kan gevolgen hebben
- Verhoogde werkdruk
- Onduidelijkheid en verandering van verantwoordelijkheden
- Eigen kunnen wordt mogelijk overschat, met gevolg beunhazerij
- In de huidige situatie is het niet mogelijk om alle verrichtingen te declareren. De ziektekostenverzekeraars zullen hun medewerking moeten verlenen (zeker in het geval van directe toegankelijkheid)
- Niet genoeg kennis en in het huidige systeem bij- en nascholing nog niet verplicht

4.5.5.3 *Randvoorwaarden*

4.5.5.3.1 *Randvoorwaarde: bijscholing*

Een meerderheid van de tandprotheticici (86%) vindt het noodzakelijk dat tandprotheticici inhoudelijk bijgeschoold moeten worden in verband met directe toegankelijkheid.

Er blijkt dan het meeste behoefte te zijn aan bij- en nascholing van kennis van implantologie, diagnostiek, uitneembare partiële protheses en kennis van wet en regelgeving (Zie Tabel 4.11). Als andere opties werden nog genoemd: kennis van medicijnen, het afnemen van een goede anamnese, kwaliteitsbewaking en algemene bijscholing.

Tabel 4.11. Soorten bijscholing (n=125).

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandprothetici
Implantologie	78
Diagnostiek	71
Uitneembare partiële protheses	63
Kennis van wet en regelgeving	61
Communicatie met tandarts (specialisten)	50
Organisatie van de praktijk	30
Uitneembare volledige protheses	27
Communicatie met patiënten	27
Vaste prothetiek	18
Anders	14
Gemiddeld heeft elke respondent 4,4 antwoorden gegeven	

4.5.5.3.2 *Randvoorwaarde: communicatie tussen zorgverleners*

Bijna de helft van de tandprothetici vindt het niet nodig dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing meldt er een rapportage naar de tandarts wordt verstuurd. Andere opties die door de respondenten werden genoemd waren: dat er alleen een rapportage noodzakelijk is als de patiënt door de tandarts is ingestuurd, dat het wel of niet rapporteren naar de tandarts afhankelijk is van de conditie van het restgebit en van de benodigde behandeling (volledige protheses hoeven niet gerapporteerd te worden, andere verrichtingen wel).

Tabel 4.12. Noodzaak rapportage naar tandarts (n=126)

	% Tandprothetici
Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	21
Ja, na het eerste contact	6
Ja, na afronding van de behandeling	6
Anders	21
Nee, niet nodig	47
Totaal	100

4.5.5.3.3 *Verdere aandachtspunten:*

Uit Tabel 4.13 is op te maken dat de respondenten het belangrijk vinden dat de overige disciplines in de eerste lijn en de patiënten op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden/deskundigheid van de tandprothetici en dat de bevoegdheden van de tandprothetici moeten worden uitgebreid. Daarnaast moet het mogelijk blijven een tandheelkundige/medische diagnose op te vragen bij de (tand)arts en moet de financiering van de behandeling, uitgevoerd door de tandprothetici, gegarandeerd zijn.

Tabel 4.13. Belangrijke aandachtspunten m.b.t. directe toegankelijkheid van de tandprotheticus vanuit de eigen werksituatie gezien (n = 127).

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandprotheticici
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van tandprotheticus	86
De bevoegdheden van de tandprotheticus moeten worden uitgebreid	83
De patiënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de tandprotheticus	81
Het moet mogelijk blijven om bij de (tand)arts een tandheeskundige/ medische diagnose op te vragen als mede overige gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn	78
De financiering moet zijn gegarandeerd	69
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	58
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)	53
De tandprotheticus zelf zou inzage moeten hebben in het tandheeskundig dossier van de patiënt	42
Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid	9
Gemiddeld heeft elke respondent 5,6 antwoorden gegeven	

4.5.6 *Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid tandprotheticici*

Een grote meerderheid van de tandprotheticici (70%) is bereid om aan een proefproject mee te werken (Zie Tabel 4.14). Een derde van deze tandprotheticici geeft daar echter wel een voorbehoud aan. Het gaat dan vooral om het feit dat er goede informatie wordt gegeven over het proefproject, dat de ONT achter het proefproject staat, dat het proefproject niet te veel tijd mag kosten, dat er duidelijke afspraken moeten zijn over welke behandelingen dan uitgevoerd mogen worden, en dat er duidelijke afspraken moeten zijn met ziektekostenverzekeraars.

Tabel 4.14. Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van tandprotheticici (n=128)

	% Tandprotheticici
Ja	46
Ja, mits	23
Nee	30
Totaal	100

4.5.7 *Conclusie tandprotheticici uit het veld*

Er is draagvlak onder de tandprotheticici in het veld voor verder onderzoek naar de consequenties van directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de tandprotheticus. Er is draagvlak voor het opstarten van pilotstudies. Het gaat dan met name over uitbreiding van directe toegankelijkheid voor andere uitneembare prothetiek. Extra aandacht dient te worden besteed aan wie de verantwoordelijkheid heeft van eventuele restidentitie.

4.6 Conclusies directe toegankelijkheid van tandprotheticus

4.6.1 *Inleiding*

In de voorgaande hoofdstukken is op twee niveaus ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van tandprotheticici; op landelijk niveau en uitvoerend niveau. Ook is de mening van andere relevante marktpartijen meegenomen zoals VWS, zorgverzekeraars, patiënten en tandartsen (voor een uitgebreide beschrijving van de houding van de tandartsen (zie deelrapport tandartsen)

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn gericht op het mogelijk starten van proefprojecten

4.6.2 *Wenselijkheid directe toegankelijkheid; keuze patiëntencategorieën en/of hulpvragen*

De meningen van de verschillende partijen t.a.v. directe toegankelijkheid van zorg geleverd door de tandprotheticus lopen enigszins uiteen. Tandprotheticici zijn momenteel direct toegankelijk voor het aanmeten en vervaardigen van een volledige prothese op de edentate kaak. De ONT wenst directe toegankelijkheid ook voor andere verrichtingen. Vanuit het veld van tandprotheticici lijkt directe toegankelijkheid ook gewenst. Tandprotheticici geven aan dat controle, aanmeten en aanpassingen maken van alle soorten uitneembare protheses (volledige protheses, partiële protheses, overkappingsprotheses en immediaatprotheses) hulpvragen zijn die de tandprotheticici zonder verwijzing van (tand)arts zouden moeten kunnen uitvoeren. De tandprotheticici geven aan dat een knelpunt is hoe en wie de verantwoordelijkheid van de restdentitie draagt. Van de tandartsen acht 20-30% het wenselijk dat de tandprotheticus direct toegankelijk wordt voor het aanmeten en vervaardigen van (naast de volledige prothese) andere uitneembare prothetiek; 39% voor aanpassingen aan uitneembare prothetiek.

4.6.3 *Kwaliteitseisen*

Directe toegankelijkheid van de tandprothetische zorg eist dat de opleiding garant moet staan voor de opbouw van voldoende diagnostische kennis. Volgens de ONT voldoet de opleiding hieraan. De opleiding is nu nog particulier maar er wordt met de ministeries VWS en OC&W gewerkt naar een overgang om deze opleiding tot een 4-jarige HBO opleiding te maken. VWS betwijfelt of de wens van de tandprotheticici om een officiële 4 jarige HBO opleiding te worden wel tot de reële mogelijkheden behoort. Wel zou de tandprotheticus zich, volgens VWS, meer kunnen bekwalamen in het aanmeten en vervaardigen van partiële prothesen en binnen de implantologie.

Voor de zittende professie heeft de ONT nascholing op het gebied van de partiële prothese, implantologie en psychologie met als doel af te sluiten met een toets. Dit zou genoeg kennis en vaardigheden geven om deze behandelingen zelfstandig uit te kunnen voeren. Vanuit het veld blijkt dan het meeste behoefte is aan bij- en nascholing van kennis van implantologie, diagnostiek, uitneembare partiële protheses en kennis van wet en regelgeving.

Tandprotheticici nemen niet deel aan het Kwaliteitsregister Paramedici. De ONT stimuleert haar leden zich te laten certificeren volgens de kwaliteitsnorm die door de Stichting Harmonisatie Kwaliteit Zorg (SHKZ) wordt ontwikkeld en bewaakt. Alleen praktijken die gecertificeerd zijn, zouden volgens de ONT in aanmerking moeten kunnen komen voor directe toegang.

4.6.4 *Communicatie en registratie relevante gegevens*

Ook hier zijn de meningen enigszins verdeeld tussen de verschillende partijen. VWS, NMT en een groot deel van de tandartsen vinden dat de tandarts de spil in het zorgproces moet blijven. 85% van de tandartsen vindt het noodzakelijk dat er naar hen gerapporteerd wordt. Bijna de helft van de tandprotheticen vindt het niet nodig dat er gerapporteerd wordt naar de tandarts. Een gedeelte van de tandprotheticen vindt het afhankelijk van de zorgvraag of er naar de tandarts gerapporteerd moet worden. Dit alles hangt wederom samen met o.a. de vraag hoe er om moet worden gegaan met een eventuele restdentitie van de patiënt.

Alle partijen zien het elektronisch patiënten dossier als verbetering in het communicatieproces

Tevens zal het van belang zijn dat de patiënten weten door welke professie zij behandeld worden

4.6.5 *Juridische en verzekertechnische voorwaarden*

Naast algemene aanpassingen als veranderingen aan de wet BIG, acht de ONT een wettelijk financieel raamwerk als de WTG voor tandprotheticen noodzakelijk.

Vakinhoudelijk is het van belang dat er duidelijkheid bestaat over de verantwoordelijkheid van de restdentitie.

4.6.6 *Draagvlak voor directe toegankelijkheid van tandprotheticen.*

Tandprotheticen zijn momenteel direct toegankelijk voor het aanmeten en vervaardigen van een volledige prothese op de edentate kaak. De ONT wenst directe toegankelijkheid ook voor andere verrichtingen m.b.t. andere uitneembare prothetiek dan de volledige prothese alleen. Vanuit het veld van tandprotheticen wordt directe toegankelijkheid ook gewenst. Tandprotheticen geven aan dat controle, aanmeten en aanpassingen maken van alle soorten uitneembare prothesen (volledige prothesen, partiële prothesen, overkappingsprothesen en immediaatprothesen) hulpvragen zijn die de tandprotheticen zonder verwijzing van (tand)arts zouden moeten kunnen behandelen. De tandprotheticen geven aan dat een knelpunt is hoe en wie de verantwoordelijkheid van de restdentitie draagt.

5 Tandartsen

5.1 Mening en houding van het veld van tandartsen tav directe toegang mondhygiënist en/of tandprotheticus

5.1.1 Inleiding

Een mondhygiënist mag zonder tussenkomst van een tandarts patiënten advies/instructie/informatie geven en gebitsbeschermende stoffen aanbrengen. Een tandprotheticus mag zonder tussenkomst van een tandarts bij patiënten met een volledig edentate kaak een volledige prothese aanmeten en vervaardigen. Voor alle andere verrichtingen hebben de mondhygiënist of tandprotheticus een verwijzing nodig van de tandarts. Mogelijke wijzigingen in dit beleid zullen consequenties hebben voor het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de tandarts. Er is daarom uitgebreid aandacht besteed aan de meningen en houdingen van tandartsen ten opzichte van directe toegang tot mondhygiënist en/of tandprotheticus.

Om na te gaan wat de houding van tandartsen ten aanzien van directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprotheticus is, is in schriftelijke vragenlijst naar hun mening gevraagd. De NMT heeft een steekproef van 250 tandartsen aangeleverd. 74 tandartsen hebben de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd (respons 29,6%).

5.1.2 Huidige werksetting tandartsen

Uit Tabel 5.1 blijkt dat verreweg het grootste deel van de respondenten (93%) werkzaam is, in een eigen (samenwerkings)praktijk of BV (Tabel 5.1). Eén tandarts was uitsluitend werkzaam als orthodontist.

Tabel 5.1 Tandartsen (%) in verschillende werksituatie (n=74)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Als praktijkhoudende tandarts in een eigen (samenwerkings)praktijk (incl. BV)	93
Als praktijkhoudende tandarts in een instelling	7
Als tandarts in variantmaatschap (geen praktijkhouder)	4
Als tandarts-praktijkmedewerker al dan niet met arbeidsovereenkomst (geen praktijkhouder)	3
Als tandarts-waarnemer ter tijdelijke vervanging	0
Als tandarts in loondienst bij een instelling, in het onderwijs etc.	1
Anderszins	1
Niet werkzaam als tandarts	1

De praktijkgrootte (n=60) varieerde voor het aantal ziekenfondspatiënten tussen de 200 en 4.000 (gemiddeld 1.398 (sd 719)), en voor het aantal particulier verzekerde patiënten tussen 150 en 2000 (gemiddelde 1046 (sd 446)).

Uit tabel 5.2 komt naar voren dat bij bijna 90% van de tandarts een tandartsassistent werkzaam is. Ruim drie op de tien tandartsen geeft aan dat er een of meerdere mondhygiënist en/of een preventie assistent aan de praktijk verbonden zijn. Slechts respectievelijk 2% en 5% geeft aan dat er een tandprotheticus of tandtechnicus aan de praktijk verbonden is (Zie Tabel 5.2).

Tabel 5.2. Tandartsen (%) die verschillende medewerkers verbonden hebben aan hun tandarts(en)praktijk (n=64).

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Mondhygiënist(en),	31
Mondhygiënist(en) met vervolgopleiding Kindertandverzorgende(n)	2
Mondhygiënist(en) met vervolgopleiding Mondverzorgende(n) voor volwassenen	0
Preventie assistent(en)	31
Tandarts-assistent(en)	88
Tandtechnicus(ci)	5
Tandprotheticus(ci)	2

5.1.3 *Huidige werkwijze in de praktijk*

Van de 74 respondenten geven 66 (89%) tandartsen aan, dat zij wel eens patiënten doorverwijzen/delegeren naar andere medewerkers. Ruim een kwart van deze tandartsen verwijst patiënten of delegeert (wel eens) behandelingen naar een mondhygiënist die bij hem/haar in dienst is, 85% van de tandartsen verwijst/delegeert naar een mondhygiënist die niet in dienst is, 11% verwijst wel eens naar een kindertandverzorgende. Ruim eenderde verwijst (wel eens) naar een tandprotheticus die niet bij de tandarts in dienst is (Zie Tabel 5.3).

Tabel 5.3. Doorverwijzen/delegeren van tandartsen (%) naar verschillende medewerkers (n=66).

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Mondhygiënist(en) die bij mij in dienst is/zijn	27
Kindertandverzorgende(n) die bij mij in dienst is/zijn	2
Mondverzorgende(n) voor volwassenen) die bij mij in dienst is/zijn	2
Tandprotheticus(ci) die bij mij in dienst is/zijn	0
Mondhygiënist(en) die niet bij mij in dienst is/zijn	85
Kindertandverzorgende(n) die niet bij mij in dienst is/zijn	11
Mondverzorgende(n) voor volwassenen die niet bij mij in dienst is/zijn	6
Tandprotheticus(ci) die niet bij mij in dienst is/zijn	35

Uit Tabel 5.4 komt naar voren dat ruim negen op de tien tandartsen het geven van advies/informatie/instructie (wel eens) delegeert en dat bijna 60% hiervan dit dan naar *de assistente* delegeert. Ongeveer driekwart van de tandartsen delegeert/verwijst het maken van een pocketstatus en tandsteen verwijderen (zowel supra- als subgingivaal). Het maken van een pocketstatus en het subgingivaal tandsteen verwijderen wordt dan door 90% van deze tandartsen gedelegeerd/verwezen naar *de mondhygiënist*. Supragingivaal tandsteen verwijderen wordt ook vaak (42%) door de *assistente* uitgevoerd. Fluoride applicatie wordt door iets meer dan de helft van de tandartsen gedelegeerd/verwezen. Deze handeling wordt dan vooral door *de assistente* uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor het maken van röntgenfoto's. Bijna vier op de tien tandartsen laat de sealants ook door anderen maken. Het blijkt dat dit dan vaak door de *assistente* wordt gedaan.

Tabel 5.4. Aantal (%) tandartsen (n=72) dat wel eens bepaalde verrichtingen delegeert/verwijst (kolom 1). Kolom 2 en 3 geven aan het percentage tandartsen dat, indien er verwezen/gedelegeerd wordt naar wie er dat dan is.

(meerdere antwoorden mogelijk)	% tand-artsen dat (wel eens) bepaalde verrichtingen delegeert/verwijst	Als verwezen/gedelegeerd, dan naar	
		% Tandarts-/preventie-assistent	% Mondhygiënist/kindertand-verzorger/mondverzorgende voor volwassenen
Advies/informatie/instructie mondhygiëne	92	58	42
Advies/informatie voeding(sgewoonten)	60	54	46
Uitvoeren periodieke controles	11	13	87
Maken van röntgenfoto's	47	82	18
Beoordelen van röntgenfoto's	7	40	60
Fluoride applicatie	54	85	15
Supra-gingivaal tandsteen verwijderen/polijsten	74	42	58
Sub-gingivaal tandsteen verwijderen	76	7	93
Maken pocketstatus	74	13	87
(Uitgebreide) paro-behandeling	63	2	98
Sealants	39	61	39
Restauraties	6	50	50
Extracties (melkelementen)	0	0	0
Acute klachten	0	0	0
Second opinion	3	0	100
Gemiddeld aantal soorten verrichtingen dat gedelegeerd/verwezen wordt is 6,1			

Uit Tabel 5.5 blijkt dat 35 respondenten (47%) (wel eens) tandheelkundige werkzaamheden verwijst of delegeert naar de tandprotheticus. In bijna de helft van deze gevallen gaat het om het aanmeten en vervaardigen van nieuwe volledige protheses of (in iets mindere mate) de aanpassingen daarvan. Bij bijna 30% van deze tandartsen, die wel eens doorverwijzen/delegeren naar de tandprotheticus, gaat het om de aanpassingen van andere uitneembare voorzieningen. En 10-20% van de respondenten geeft aan, dat het kan gaan om het aanmeten en vervaardigen van andere uitneembare protheses (Zie Tabel 5.5).

Tabel 5.5 Frequentie (%) verwijzingen naar de tandprotheticus (n=35)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Advies of informatie over uitneembare prothetische voorzieningen	29
Advies of informatie over vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	8
Controle van volledige prothese	13
Aanpassingen volledige prothese	42
Controle van andere uitneembare prothetische voorzieningen	11
Aanpassingen andere uitneembare prothetische voorzieningen	29
Controle van vaste prothetische voorzieningen	3
Aanpassingen vaste prothetische voorzieningen	3
Aanmeten en vervaardigen nieuwe volledige prothese	47
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiele kunsthars prothese	18
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiele frame prothese	11
Aanmeten en vervaardigen nieuwe overkappingprothese	11
Aanmeten en vervaardigen immediaat prothese	11
Aanmeten en vervaardigen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	0
Inslippen steunen	0
Extracties	0
Acute klachten	5
Second opinion	16
Anders	29
Gemiddeld aantal soorten verrichtingen dat gedelegeerd/verwezen wordt is 2,8	

5.1.4 Houding van de tandarts tav directe toegankelijkheid van mondhygiënist/tandprotheticus

Bijna 40% van de respondenten staat positief tegenover de directe toegankelijkheid van de mondhygiënist, 20% t.o.v. die van de tandprotheticus en respectievelijk 16 en 9% staat positief tegenover directe toegankelijkheid van de mondhygiënist met een vervolgopleiding als kindertandverzorgende of mondverzorgende voor volwassenen. Ongeveer 60% van de respondenten staat negatief tegenover directe toegankelijkheid van de tandprotheticus en/of mondhygiënist met een vervolgopleiding en 42% van de respondenten staat negatief tegenover de directe toegankelijkheid van de mondhygiënist (Zie Tabel 5.6).

Tabel 5.6. Houding van tandartsen (%) tegenover directe toegankelijkheid van verschillende beroepsgroepen

	% Tandartsen		
	(sterk) positief	neutraal	(sterk) negatief
Mondhygiënist (n=73)	38	19	42
Mondhygiënist met opl. Kindertandverzorgende (n=69)	16	25	59
Mondhygiënist met opl. Mondverzorgende voor volwassenen (n=69)	9	26	65
Tandprotheticus (n=71)	20	20	61

5.1.4.1 Directe toegankelijkheid van de mondhygiënisten

Ongeveer een derde van de tandartsen acht de directe toegankelijkheid van de mondhygiënisten mogelijk voor alle patiënt leeftijdscategorieën, acht procent voor geen enkele leeftijdscategorie (Tabel 5.7). Ruim de helft van de tandartsen vindt de directe toegankelijkheid echter slechts geschikt voor bepaalde patiënt leeftijdsgroepen. Van deze vindt 10% dat de toegankelijkheid vooral geschikt zou zijn voor kinderen, 62% voor jongeren en jong volwassenen, 26% voor volwassenen en 21% voor ouderen.

Tabel 5.7. Mening tandarts (%) over geschiktheid leeftijdsgroep(en) voor directe toegankelijkheid van mondhygiënist (n=74)

	% Tandartsen
Geschikt voor alle leeftijdsgroepen	35
Geschikt voor bepaalde leeftijdsgroepen	57
Voor geen enkele leeftijdsgroep geschikt	8
Totaal	100

De tandartsen is tevens gevraagd welke hulpvragen zij geschikt achten voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist (Zie Tabel 5.8). Ruim driekwart (78%) van de tandartsen vond één of meerdere hulpvragen wel geschikt voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënisten. Bijna een kwart (22%) vond geen enkele hulpvraag geschikt. Van de tandartsen die één of meerdere hulpvragen hiervoor geschikt vonden (n=58) werd advies/informatie/instructie van mondhygiëne en voeding(sgewoonten) door 86%-98% van de tandartsen geschikt gevonden voor directe toegankelijkheid. Rond de 70-75% van de tandartsen vond het supra- en subgingivaal tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus geschikt. Iets meer dan de helft (53%) vond het aanbrengen van fluoride geschikt.

Tabel 5.8. Opvattingen van de respondenten (%) t.a.v. verschillende hulpvragen en directe toegankelijkheid van de mondhygiënist (n=58)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Advies/informatie/instructie mondhygiëne	98
Advies/informatie voeding(sgewoonten)	86
Supra-gingivaal tandsteen verwijderen/ polijsten	76
Sub-gingivaal tandsteen verwijderen	71
Maken pocketstatus	71
Fluoride applicatie	53
(Uitgebreide) paro-behandeling	38
Sealants	26
Geen enkele hulpvraag	19
Maken van röntgenfoto's	5
Second opinion	3
Uitvoeren periodieke controle	3
Beoordelen van röntgenfoto's	3
Restauraties	2
Anders	0
Extracties	0

5.1.4.2 *Directe toegankelijkheid van de tandprotheticci*

Van de respondenten vond 62% één of meerdere hulpvragen wel geschikt voor directe toegankelijkheid van de tandprotheticci, 38% vond geen enkele hulpvraag geschikt. Van de tandartsen die één of meerdere hulpvragen geschikt vonden voor directe toegankelijkheid van de tandprotheticci (n=46) werd het aanmeten en vervaardigen en aanpassingen maken van een nieuwe volledige prothese, door 75%-80% van de tandartsen geschikt gevonden voor directe toegankelijkheid. Hulpvragen die betrekking hadden op andere (uitneembare) voorzieningen werden duidelijk minder geschikt geacht (Tabel 5.9).

Tabel 5.9. Opvatting tandartsen (%) t.a.v. verschillende hulpvragen en directe toegankelijkheid van de tandprotheticus (n=46)

(meerdere antwoorden mogelijk)	% Tandartsen
Aanmeten en vervaardigen nieuwe volledige prothese	80
Aanpassingen volledige prothese	74
Advies of informatie over uitneembare prothetische voorzieningen	67
Controle van volledige prothese	61
Aanpassingen andere uitneembare prothetische voorzieningen	39
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiele kunstthars prothese	33
Aanmeten en vervaardigen nieuwe overkappingprothese	28
Controle van andere uitneembare prothetische voorzieningen	24
Aanmeten en vervaardigen nieuwe partiele frame prothese	20
Aanmeten en vervaardigen immediaat prothese	20
Aanpassingen vaste prothetische voorzieningen	11
Advies of informatie over vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	9
Advies of informatie over tandheelkundige zaken in het algemeen	9
Controle van vaste prothetische voorzieningen	7
Aanmeten en vervaardigen vaste prothetische voorzieningen (kroon en brugwerk)	7
Inslijpen steunen	7
Second opinion	7
Acute klachten	4
Extracties	0
Anders	0

5.1.5 *Voor- en nadelen en randvoorwaarden van directe toegang van zorg geleverd door tandprotheticci en mondhygiënisten*

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd maximaal drie voordelen en drie nadelen op te noemen van directe toegankelijkheid van de tandprotheticci en mondhygiënisten vanuit de eigen werksituatie gezien. Het betrof hier twee open vragen. De antwoorden van de respondenten zijn zoveel mogelijk gecategoriseerd en worden hieronder zo beknopt mogelijk omschreven, gerangschikt op volgorde van frequentie. Van de respondenten, noemden 38 tandartsen een totaal van 58 voordelen t.a.v. directe toegankelijkheid, 62 tandartsen noemden nadelen (108 stuks in totaal).

5.1.5.1 *Voordelen t.a.v. directe toegankelijkheid van tandprotheticici en mondhygiënisten (n=38, 58 genoemde voordelen)*

- De vermindering van de werkdruk
- Zorg zou sneller geleverd kunnen worden
- Vergroting professioneel inzicht
- Verkorting wachttijden
- Meer aandacht preventie
- Meer service aan patiënten.

5.1.5.2 *Nadelen t.a.v. directe toegankelijkheid van tandprotheticici en mondhygiënisten (n=62, 108 genoemde nadelen)*

- Geen overzicht meer over de behandeling van de patiënt/de situatie wordt onoverzichtelijk, wanneer de controle en regie functie van de tandarts zou verdwijnen
- De mondhygiënist/tandprotheticus hebben onvoldoende opleiding/deskundigheid
- De zorg wordt versnipperd
- Er zullen veel onduidelijkheden zijn over verantwoordelijkheden
- De mondhygiënist/tandprotheticus hebben onvoldoende opleiding/deskundigheid
- Communicatieproblemen
- Kostenverhogend
- Verminderde zorgkwaliteit
- Foutieve diagnosestelling
- Malpraxis
- Overschrijding/overlapping bevoegdheden/zelfoverschatting
- Overbehandeling
- Uitholling van het tandartsvak

5.1.5.3 *Randvoorwaarden*

5.1.5.3.1 *Communicatie tussen zorgverleners*

Een meerderheid van de respondenten (65%) vindt dat als een patiënt zich zonder verwijzing bij de tandprotheticus of de mondhygiënist heeft vervoegd er een rapportage naar hen moet worden gestuurd zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling. Slechts zes procent vindt dit helemaal niet nodig (Zie Tabel 5.10)

Tabel 5.10. Noodzaak rapportage van mondhygiënist en tandprotheticus naar tandarts, volgens tandartsen (n=71).

	% Tandartsen
Zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	65
Na het eerste contact	4
Na afronding van de behandeling	17
Anders	8
Niet nodig	6
Totaal	100

5.1.6 *Draagvlak eventueel proefproject toegankelijkheid tandprotheticici*

Acht op de tien respondenten wil niet participeren in een proefproject. Eén op de tien wel, en een op de tien onder voorbehoud. In de gevallen waar een voorbehoud werd gegeven, ging het vooral om de tijd die het project zou kunnen kosten, dat het project

binnen het tandheelkundige team uitgevoerd kon worden en dat het afhankelijk was van de beroepsgroep waar het om zou gaan

Tabel 5.11. Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprotheticici (n=73)

	% Tandartsen
Ik wil meedoen aan een proefproject	10
Ik wil eventueel meedoen aan een proefproject	10
Ik wil niet meedoen aan een proefproject	81
Totaal	100

5.1.7

Conclusie

Vanuit het veld van tandartsen lijkt er terughoudendheid te zijn t.a.v. directe toegankelijkheid van bepaalde zorg geleverd door de tandprotheticus en/of mondhygiënist. Tandartsen vinden het van belang dat de tandarts de coördinerende persoon in het zorgproces blijft. Wel blijkt naast hetgeen dat nu al direct toegankelijk is voor de mondhygiënist hier eventueel de parodontale zorg (als tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus) aan toegevoegd zou kunnen worden.

In het geval van de tandprotheticus zijn de tandartsen minder positief over het feit dat tandprotheticici andere verrichtingen dan de volledige prothese (zonder verwijzing) zouden uitvoeren. Het gaat dan vooral over de diagnose stelling van en de gevolgen voor de restdentitie.

6 Discussie, algemene conclusies en aanbevelingen

Het doel van deze haalbaarheidsstudie was inzicht te krijgen in hoeverre het starten van pilotstudies voor directe toegankelijkheid van de mondhygiënist/ tandprotheticus haalbaar en wenselijk is en wat de belemmerende/ bevorderende factoren zijn die kunnen worden voorzien. De vraag die hierbij beantwoord moest worden was óf en onder welke voorwaarden pilotstudies voor directe toegankelijkheid voor de mondhygiënist/tandprotheticus realiseerbaar zijn zowel gezien vanuit landelijke organisaties als vanuit de in het veld werkzame professionals. Daartoe zijn interviews gehouden met diverse landelijke organisaties en zijn vragenlijsten afgenomen bij de in het veld werkzame mondhygiënisten en tandprotheticen. Omdat wij het van belang achtten ook een indruk te krijgen óf er bij de tandartsen interesse bestaat in directe toegankelijkheid van zorg geleverd door mondhygiënist of tandprotheticus en om eventueel proefprojecten te starten (zij zijn immers de verwijzende partij), zijn ook tandartsen d.m.v. een vragenlijst benaderd.

Uit de voorgaande hoofdstukken blijkt dat de diverse beroepsgroepen verschillende meningen zijn toegedaan t.a.v. directe toegankelijkheid van zorg geleverd door mondhygiënist of tandprotheticus. Er spelen in de betrokken beroepsgroepen uiteraard diverse belangen een rol die in de resultaten hun weerspiegeling vinden. Te onderzoeken welke belangen er spelen en waarom de verschillende beroepsgroepen verschillende meningen zijn toegedaan was buiten het bestek van deze studie.

De respons bij de mondhygiënisten was 44% bij de tandprotheticen 49%, bij de tandartsen 30%. Er zijn geen non-respons analyses uitgevoerd. Daardoor is het niet te achterhalen in hoeverre de resultaten vertekend worden door een responsbias. Echter, het was uitdrukkelijk niet de bedoeling om een uitgebreid representatief onderzoek uit te voeren maar om indicatieve gegevens te verkrijgen óf directe toegankelijkheid van mondhygiënist en/of tandprotheticus überhaupt leeft binnen de diverse beroepsgroepen. De meningen die hier weergegeven zijn evenmin getoetst aan de haalbaarheid in de praktijk, maar vormen zaken die als wenselijk worden gezien. Als voorbeeld: de beroepsgroepen geven aan dat zij het van belang vinden dat patiënten vrij kunnen kiezen door welke hulpverlener zij behandeld kunnen worden. In hoeverre patiënten daadwerkelijk genoeg kennis en kunde hebben om vrij te kiezen is echter niet vastgesteld. Dit zal uit eventuele pilotstudies blijken.

In dit slothoofdstuk zal worden ingegaan op de gestelde hoofdvragen van het onderzoek en zullen de conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.

Is het mogelijk pilotstudies te starten waarin patiënten direct toegang verleend wordt tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de tandarts?

In onderstaande tabel wordt op deze vraag ingegaan. Voor de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen kan worden verwezen naar de voorgaande hoofdstukken.

Over het geheel kan worden geconcludeerd dat voor beide onderzochte disciplines geldt dat er mogelijkheden bestaan om directe toegankelijkheid vorm te geven. Op landelijk en uitvoerend niveau bestaat draagvlak binnen beide disciplines. Onder de tandartsen bestaat meer draagvlak voor het uitbreiden van directe toegankelijkheid van mondhygiënist dan voor tandprotheticen. Ondanks het feit dat de meerderheid van de tandartsen sceptisch tegenover directe toegankelijkheid van mondhygiënist en tandprotheticus staat, zijn er tandartsen bereid om mee te werken aan een pilotstudy.

Aan de opmerkingen en randvoorwaarden die worden gesteld door de verschillende beroepsgroepen kan worden tegemoet gekomen. Wel dienen per project de zaken goed te worden uitgewerkt en worden voorbereid.

Tabel 6.1 Mogelijkheid directe toegankelijkheid van zorg geleverd door

Discipline	directe toegankelijkheid mogelijk	Opmerkingen (randvoorwaarden)
Mondhygiënist	Ja, voor een aantal handelingen	Algemene randvoorwaarden die daarbij worden gesteld zijn onder meer:
Tandprotheticus	Ja, voor een aantal handelingen	<ul style="list-style-type: none"> - vergroten van de bekendheid van de discipline zowel naar andere zorgverleners als naar patiënten - goede communicatie binnen de eerste lijn - mogelijkheid opvragen relevante informatie over de patiënt - richtlijnen of protocollen t.a.v. restdentitie

Welke patiënten komen voor directe toegankelijkheid in aanmerking?

Het antwoord op de vraag welke patiënten daarvoor in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid verschilt uiteraard per discipline. De vraag kan vanuit twee invalshoeken worden benaderd: vanuit specifieke patiënten categorieën en/of speciale hulpvragen.

De meeste mondhygiënisten geven aan dat alle leeftijdscategorieën in aanmerking kunnen komen voor directe toegankelijkheid. Wat betreft de verrichtingen worden met name genoemd het geven van advies/instructie, het aanbrengen van gebitsbeschermende stoffen, het verwijderen van sub- en supra-gingivaal tandsteen, en het maken van een pocket status.

Van de tandprotheticici geeft een hoog percentage aan bepaalde verrichtingen geschikt te achten voor directe toegankelijkheid. Het gaat daarbij om controle, aanpassing, aanmeten en vervaardigen van uitneembare prothetiek

Tabel 6.2 Patiëntencategorieën en hulpvragen directe toegankelijkheid

Discipline	Patiënten categorieën en Hulpvragen/interventies	Opmerkingen
Mondhygiënisten	Alle leeftijdsgroepen 83% Verrichtingen: <ul style="list-style-type: none"> - sub- en supra-gingivaal tandsteen - advies/instructie - paro-behandeling - pocket status 	In veel gevallen wordt opgemerkt dat het belangrijk is om geen pathologie over het hoofd te zien en dat daarom een goede communicatie met de tandarts en andere zorgverleners in de eerste lijn uiterst belangrijk is.
Tandprotheticici	Verrichtingen: het vervaardigen van <ul style="list-style-type: none"> - volledige prothesen - partiële prothesen - overkapping prothesen - immediaat prothesen 	Informatie over de patiënt dient zo goed mogelijk toegankelijk te zijn.

Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen?

Sommige disciplines stellen zich op het standpunt dat met directe toegankelijkheid kan worden gestart op specifieke terreinen en/of patiëntencategorieën en dat vervolgens naar meer vragen/patiënten uit te breiden, anderszins wordt ervoor gepleit direct vrij breed te starten en op basis van de ervaringen in de pilot projecten tot een onderbouwde keuze te komen. Voor de tandzorg lijkt de voorkeur uit te gaan voor een gefaseerde verruiming van de mogelijkheden voor directe toegankelijkheid.

Aanbevelingen

Een pilotproject directe toegankelijkheid mondhygiënist zou zich kunnen richten op verruiming van de directe toegankelijkheid t.a.v. verrichtingen op het gebied van de parodontale zorgverlening zoals sub en supra gingivaal tandsteen verwijderen en het maken van een pocketstatus

Een pilotproject directe toegankelijkheid tandprothetici zou zich kunnen richten op een verruiming van de directe toegankelijkheid t.a.v. uitneembare prothetiek

Vóór het starten van een proefproject zal er tussen de verschillende partijen duidelijkheid moeten bestaan wie de verantwoordelijkheid heeft voor de restidentie en of en hoe dat in protocollen en richtlijnen kan worden vastgelegd.

Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?

Deze vraag is niet benaderd vanuit de patiënten, hoewel wel patiëntenorganisaties om de mening is gevraagd, maar is in dit project primair benaderd vanuit de hulpverleners. Bijna alle genoemde hulpverleners geven aan dat veel patiënten (maar ook de huidige verwijzers) niet goed op de hoogte zijn van de competenties van de diverse disciplines. Een actief beleid om dergelijke informatie over te dragen wordt dan ook door alle genoemde disciplines als een randvoorwaarde naar voren gebracht.

Aanbeveling

De start van een pilot directe toegankelijkheid vergezeld laten gaan van een actief beleid om zowel de consument als andere beroepsgroepen te informeren over de mogelijkheden van mondhygiënist en tandprothetici.

Aan welke kwaliteitseisen dienen de mondhygiënist en tandprothetici te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat zijn de gevolgen voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?

Voor zowel mondhygiënist als tandprothetici geldt dat de huidige kwaliteitseisen in principe een goed uitgangspunt vormen. Wel wordt over het algemeen uitgesproken dat bij realisatie van directe toegankelijkheid bij- of nascholing wenselijk is.

Bijna unaniem liggen die wensen op de volgende terreinen:

- cariëdiagnostiek
- communicatie met tandartsen en andere werkers in de mondgezondheidszorg
- kennis van wet en regelgeving

Aanbeveling

Mondhygiënist: Een (her)registratie in het Kwaliteitsregister kan als voldoende maatstaf worden gezien voor deelname aan eventuele proefprojecten.

Tandprothetici: Een kwaliteitscertificaat volgens de kwaliteitsnorm van de SHKZ zou verplicht gesteld moeten worden bij deelname aan proefproject.

De start van een pilot directe toegang vergezeld laten gaan van een na- of bijscholingstraject op het terrein van pathologie, communicatie in de eerste lijn en kennis van wet en regelgeving.

Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke?

Zoals ook al onder kwaliteitseisen naar voren is gekomen wordt het aspect van een goede informatie en communicatie door alle disciplines naar voren gebracht. Het door de betrokken beroepsgroepen wederzijds kunnen beschikken over relevante informatie wordt zeer belangrijk gevonden. In het huidige stelsel is de tandarts de houder van een centraal dossier. Dat betekent dat de tandarts informatie van de andere zorgverleners dient op te nemen in het dossier. Op termijn kan gedacht worden aan de ontwikkeling van een centraal dossier voor de eerste lijn waarbij de diverse disciplines toegang hebben tot een voor hen relevant deel.

Voor directe toegankelijkheid is niet zozeer de organisatie van de eerstelijnszorg van belang, maar meer de mogelijkheden de informatie en communicatiefunctie te optimaliseren. In een structuur zoals geschetst in de toekomstbestendige eerstelijnszorg die buurtgericht is georganiseerd, bestaat in principe goed mogelijkheid de informatie en communicatiefunctie in te vullen. Deze visie is echter sterk geënt op (groot)stedelijke agglomeraties. Op het platteland wordt vaak op meer informele wijze de informatie en communicatiefunctie gerealiseerd, waardoor ook in dergelijke situaties goede voorwaarden voor projecten bestaan.

Aanbevelingen

Zolang het elektronisch patiënten dossier nog niet voor handen is, lijkt het voornamelijk wenselijk dat er naar de tandarts wordt gerapporteerd. Vóór de start van eventuele proefprojecten dienen hier afspraken over gemaakt te worden met de verschillende partijen over wijze en frequentie van rapportage.

Pilotprojecten dienen zowel in (groot)stedelijke agglomeraties als in plattelands situaties te worden gerealiseerd.

Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn?

De huidige belemmeringen die een rol spelen bij directe toegankelijkheid liggen met name bij de huidige formuleringen in de Wet BIG en de ziekenfondswet. Op termijn zou de tekst van de bestaande wetten en regels dienen te worden aangepast. Juist een pilot kan daarbij ondersteuning en de tijd bieden om dergelijke zaken nader uit te werken. De huidige regelgeving staat een pilotproject niet in de weg.

Aanbevelingen

Voor de start van een pilot duidelijke afspraken te maken over 'vrijstelling' van de bestaande regelgeving en regelen van zaken op het terrein van de beroepsaansprakelijkheid.

Vóór het starten van een eventueel proefproject zal er duidelijkheid moeten zijn over het financieringssysteem/afspraken zorgverzekeraars waarmee de tandprothetici/mondhygiënisten zullen werken.

Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van mondhygiënisten/ tandprothetici?

De consument vertegenwoordigd in het NPCF is van oordeel dat directe toegankelijkheid in een moderne vraaggerichte zorg past. Het belang van de patiënt dient daarbij echter centraal te staan. Ook dient de patiënt zelf een keuze te kunnen maken. Mensen die graag gebruik wensen te maken van iemand die hen de weg in de zorg kan wijzen dienen die mogelijkheid te hebben. De tandarts vervult momenteel voor veel mensen een dergelijke rol van functionele poortwachter. Mensen die echter van mening zijn hun eigen weg in de zorg te kunnen vinden, moeten daartoe echter in staat worden gesteld.

Uit de diverse uitgevoerde verkenningen blijkt dat er bij zowel de beroepsgroep van mondhygiënisten als van tandprothetici draagvlak bestaat voor directe toegankelijkheid. In onderstaande tabel wordt dat in beeld gebracht, waarbij zowel het percentage beroepsbeoefenaars in beeld wordt gebracht dat positief staat tegenover directe toegankelijkheid als het percentage beroepsbeoefenaars dat in principe bereid is aan een eventuele pilot mee te werken. Uit deze informatie blijkt dat men zowel de mondhygiënisten als de tandprothetici in meerderheid van oordeel zijn dat directe toegankelijkheid een ontwikkeling is die de moeite van het bestuderen waard is. Tandartsen staan in meerderheid weinig positief tegenover directe toegankelijkheid van mondhygiënisten en tandprothetici. Er zijn echter wel tandartsen bereid mee te werken aan de uitvoering van pilotstudies (20%).

Tabel 6.3 Draagvlak directe toegankelijkheid

Discipline	Draagvlak directe toegankelijkheid	Opmerkingen (randvoorwaarden)
Mondhygiënisten	Positief 82% Bereid 50%	Bij de bereidheid wordt door een aantal beroepsbeoefenaars een aantal voorwaarden gesteld waaraan voldaan zou moeten worden, over het algemeen gaat het om: - Regelgeving - Informatie naar patiënten - Informatie naar eerstelijnszorg - Ontwikkelen protocol wederzijdse informatie-uitwisseling - Organiseren bij- en nascholing - Vergoeding eventuele deelname project - Richtlijnen/protocollen t.a.v. restidentie
Tandprothetici	Positief 93% Bereid 70%	
Tandartsen	Positief M 38% Positief T 20% Bereid 20%	

Aanbeveling

Op het werktein van de genoemde disciplines pilot projecten te starten met als doel het verder ontwikkelen van directe toegankelijkheid in de tandzorg.

7 Lijst van afkortingen

ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DT	Direct toegankelijkheid
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
IVT	Instituut Vakopleiding Tandtechniek
NMT	Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
ONT	Organisatie van Nederlandse Tandprotheticci
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SHKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteit Zorg
SKP	Stichting Kwaliteitsregister Paramedici
TNO-PG	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek. Instituut: Preventie en Gezondheid
UPT	Uniform Particulier Tarief
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

8 Literatuurlijst

ASSOCIATIE NEDERLANDSE TANDARTSEN (ANT). Hoe honorabel is een tandarts? Heemstede: ANT, s.l. 1998.

Kwaliteitsregister Paramedici. www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, 1993.

NEDERLANDSE PATIËNTEN/CONSUMENTEN FEDERATIE. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, algemene kwaliteitscriteria. Utrecht, NPCF, 1996.

NEDERLANDSE PATIËNTEN/CONSUMENTEN FEDERATIE. De mondhygiënist. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiënten perspectief. Utrecht, NPCF, 2001.

NIVEL. www.nivel.nl/paramedici/mondhygienisten/mondhygienistkort.shtml.

NVM, Aanvulling Beroepsprofiel. NVM, 2003

NVM. Beleidsplan 2001-2004. NVM, s.l., 2000.

NVM. Beroepscode mondhygiënist. NVM, s.a.

NVM. Beroepsprofiel mondhygiënist. NVM, s.l., 1999.

NVM in beeld 2002. NVM: 2002.

ONT. ORGANISATIE VAN NEDERLANDSE TANDPROTHETICI. Codex van beroepsethiek voor tandprothetici. ONT, s.l., 1987.

RVZ. RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID & ZORG. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003. Rapport nummer 02/17.

STAATSBLAD van het Koninkrijk der Nederlanden. Jaargang 1997; 477: Besluit van 22 augustus 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de tandprotheticus (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus)

STAATSBLAD van het Koninkrijk der Nederlanden. Jaargang 1997; 524: Besluit van 29 oktober 1997, houdende nadere regels inzake deskundigheid van verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten op het gebied van voorbehouden handelingen (Besluit functionele zelfstandigheid).

A Vragenlijst Mondhygiënisten

B Vragenlijst Tandprothetici

C Vragenlijst Tandartsen

