

Vergaderjaar 2016–2017

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 180**

### **VERSLAG VAN EEN RONDETAfelGESPREK**

Vastgesteld 13 oktober 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 3 oktober 2016 gesprekken gevoerd over **mondzorg en tandzorg**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Teunissen

**Voorzitter: Van Gerven**  
**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn drie leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Van Gerven en Rutte.

Aanvang 10.03 uur.

### **Blok 1: Koepels/onderwijs/wetenschap**

Gesprek met:

- Mevrouw A. Visser, tandarts maxillofaciaal prothetist en tandarts Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd)
- De heer J.W. Vaartjes, voorzitter Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- De heer W.G. Brands, voorzitter Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- De heer J. Jansen, voorzitter Disciplineoverleg Tandheelkunde
- De heer G.J. van der Putten, specialist ouderengeneeskunde, Verenso
- De heer H. Beekmans, voorzitter Keurmerk Onafhankelijke Mondzorg (KOM)
- De heer S. Listl, hoogleraar kwaliteit en veiligheid van de mondzorg, Radboud Universiteit/Radboudumc
- Mevrouw M. van Splunter-Schneider, voorzitter Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
- Mevrouw H.C.C.M. Blom-Reukers, voorzitter Nederlandse Vereniging van Kindertandheelkunde (NVvK)
- De heer M.H.C. de Romph, directeur Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- Mevrouw L. Veldhuijzen van Zanten, voorzitter Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO)

De **voorzitter**:

Welkom allen. De zaal is goed gevuld, dus er is veel interesse voor het onderwerp waarover we vandaag spreken: de mondzorg en de tandzorg. Toen de heer Rutte en ik met de voorbereiding bezig waren, samen met de andere Kamerleden, werden we overspoeld met verzoeken uit het veld om vooral te mogen inspreken. Dat hebben we geweten. We hebben geprobeerd om vanochtend en het begin van de middag een afspiegeling van het hele veld te laten spreken. Dank in ieder geval voor de grote betrokkenheid. De hoorzitting bestaat uit drie blokken. In het eerste blok spreken we met mensen van koepels en uit onderwijs en wetenschap, in het tweede blok met mensen uit de praktijk en patiënten en in het derde blok met de toezichthouders en financiers.

Ik heet de Kamerleden mevrouw Bruins Sluit van het CDA en de heer Rutte van de VVD welkom. Ikzelf ben Henk van Gerven van de SP. Een aantal Kamerleden heeft zich afgemeld, namelijk mevrouw Wolbert van de Partij van de Arbeid, mevrouw Dijkstra van D66 en de heer Krol van 50PLUS. Van deze openbare bijeenkomst worden een verslag en een opname gemaakt. Veel medewerkers van fracties luisteren mee vanaf hun werkplek. Wat vandaag gezegd wordt, wordt in ieder geval goed meegenomen en gewogen.

In dit eerste blok zijn er elf sprekers. Dat is een groot aantal. Van u allen hebben we een korte notitie gekregen. Dank daarvoor. U krijgt ongeveer twee minuten spreektijd om kort uw punt te maken. Ik vraag u om zich daaraan te houden. Ik weet hoe moeilijk dat is, maar als het heel ver uitloopt, gaat het ten koste van anderen. We hebben na de inleiding tijd voor discussie. U kunt ook alvast erover nadenken of u op elkaar wilt reageren. Als u denkt «nou, mijn buurman of buurvrouw vertelt iets wat

helemaal niet waar is, maar ik heb de waarheid wel in pacht», dan horen we dat graag voor de discussie.

We beginnen met mevrouw Visser. Misschien kan zij zichzelf even introduceren, want haar functienaam is heel ingewikkeld. Die is gesneden koek voor de aanwezigen op de publieke tribune, maar ik weet niet zeker of dat voor de luisteraars ook het geval is.

**Mevrouw Visser:**

Ik ben mevrouw Visser. Ik ben tandarts maxillofaciaal prothetist en daarnaast tandarts geriatrie en werk als onderzoeker in het UMCG. Het gaat niet goed met de mondgezondheid van veel ouderen. Veel onderzoek op dit gebied bevestigt dat. Hoe kan het zo zijn dat in een welvarend land als Nederland, waarin de mondzorg bekendstaat als goed, er zo veel ouderen zijn met mondgezondheidsproblemen? Het probleem van de vergrijzing is ons allemaal duidelijk: er komen veel meer ouderen en zij leven langer. Maar veel van die ouderen hebben niet zoals vroeger een kunstgebit, maar hebben nog eigen tanden en kiezen of zelfs implantaten. Die tanden, kiezen en implantaten hebben nu eenmaal meer zorg nodig dan een kunstgebit. Wie er niet goed voor zorgt, heeft een grote kans op infecties. Dat is nu juist het probleem. Goede zelfzorg en de gang naar de tandarts zijn voor ouderen vaak niet meer zo vanzelfsprekend. Mantelzorgers en thuiszorg zouden de mondverzorging of de rit naar de tandarts moeten overnemen, maar daarop rust vaak een taboe of er is sprake van onwetendheid over alle gezondheidsproblemen die het gevolg daarvan kunnen zijn of alle psychische klachten die kunnen ontstaan.

Waarom kan de oudere niet zelf ervoor zorgen dat hij hulp krijgt en naar de tandarts blijft gaan? Dat is heel lastig, want men krijgt het gewoon niet georganiseerd of er is een gebrek aan mantelzorgers. Vergis u niet. Het zorgstelsel is behoorlijk complex, zeker als je niet van deze tijd bent. Laat de tandarts dan bij de oudere thuiskomen. Maar ook daar is een probleem. Er zijn al veel te weinig tandartsen, en de tandartsen die er zijn, zijn niet heel erg getraind en geoefend in de geriatrie. Taakdelegatie klinkt mooi, maar is niet altijd reëel voor deze groep met een complexe zorgvraag. Daar komt bij dat de honorering laag is. Met een tarief van minder dan € 16 voor een huisbezoek krijgt de tandarts ongeveer een kwart van het tarief van een loodgieter. Kortom, het probleem rond de mondgezondheid van ouderen is groot en divers en beïnvloedt echt de kwaliteit van leven van onze ouderen. Het mag toch niet zo zijn dat ouderen gaan lijden aan mondproblemen of, zoals nu soms het geval is, dat ouderen sterven met kiespijn?

Ik pleit daarom voor meer scholing in geriatrische mondzorg in alle zorgopleidingen. Voor ouderen moet de basale tandheelkundige hulp terug in het basispakket. Er moet politieke bewustwording zijn van het belang van mondgezondheid. Een betere eerstelijnsamenwerking tussen artsen, tandartsen en apothekers moet gestimuleerd worden. Tot slot moet er financiering zijn voor gedegen onderzoek en een daarbij behorende leerstoel gerodontologie. De politiek zou ons daar enorm bij kunnen helpen.

**De voorzitter:**

Dank voor uw inbreng, en ook nog binnen de twee minuten. Ja, ze heeft er duidelijk op geoefend. Heel goed. Ze kan misschien wel de politiek in. Als ook de politici zich zouden houden aan de tijden die ze mogen spreken, dan zou dat veel tijd schelen.

**De heer Vaartjes:**

Dank u wel voor de uitnodiging om deel te nemen aan dit rondetafelgesprek. Ik ben tandarts en voorzitter van de ANT (Associatie Nederlandse Tandartsen). Ik ben werkzaam in een groepspraktijk in Utrecht, waar

tandartsen, mondhygiënistes en assistenten dagelijks laten zien hoe je als team succesvol onder één dak samenwerkt.

Vandaag zou het niet moeten gaan over taakherschikking maar over het echte probleem in de mondzorg: het tekort aan in Nederland opgeleide tandartsen, nu en ook in de toekomst. Taakherschikking is voor dit tekort geen oplossing. Vandaag moeten we handelen. Over vijf jaar is het te laat. Wat is er aan de hand? Al tien jaar lang is er een groeiend tekort aan in Nederland opgeleide tandartsen. Dit is aantoonbaar het directe gevolg van het beleid van VWS. Door te weinig tandartsen op te leiden, wordt bewust een kunstmatig tekort gecreëerd om taakherschikking af te dwingen. Het tekort wordt alleen nu opgevuld door tandartsen die zijn opgeleid in het buitenland. Dat is een oplossing die de Nederlandse schatkist jaarlijks makkelijk meer dan 20 miljoen kost. Dit komt door de zogenaamde «expatsubsidie», de 30%-regeling. Het tekort aan tandartsen wordt in de komende tien jaar nog dramatischer omdat een derde van alle tandartsen met pensioen gaat.

Wat doet VWS? In plaats van het beleid te wijzigen, slaat VWS verder de verkeerde weg in door een AMvB op te stellen met daarin een drastische stelselwijziging. Een experiment met grotere bevoegdheden zou het tekort aan tandartsen moeten oplossen en daarnaast zou de mondhygiënist de rol van poortwachter van de mondzorg moeten krijgen.

Dit zijn maatregelen die ook tegen het normale beleid van VWS indruisen. De reeds schaarse capaciteit aan preventie wordt vervangen door curatie. Het tekort aan tandartsen heeft nadelen voor de toenemende complexe zorg, zoals bij kwetsbare ouderen. De opleiding voldoet niet voor uitvoering van de gestelde taken zoals beschreven in de AMvB. De zorg wordt versnipperd, zodat het ideale model van «mondzorg onder één dak» wordt verlaten. Dat model vind je ook veel terug in position papers. Het verbindt zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten. Zoals TNO terecht opmerkt is in de afgelopen tien jaar geen enkel evidence geleverd dat dit een goede maatregel is. Tandartsen reageren en masse kritisch op de internetconsultatie. Uit onderzoek blijkt dat de patiënten er ook niet op zitten te wachten. Daarom doet de ANT een beroep op ieders gezond verstand. Laten we vandaag de handen ineen slaan en samen een plan uitwerken dat wel werkt.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik maak nog even een technische opmerking. Wilt u, wanneer u bent uitgesproken, de microfoon uitzetten? Dat heeft te maken met de camera's, die reageren op het lampje. Als iedereen zijn lampje aan laat staan, dan weet de camera niet wat hij moet doen. Zo simpel is het.

**De heer Brands:**

Mijn naam is Wolter Brands. Ik ben tandarts-jurist. Een van mijn vier beroepen is dat van voorzitter van de KNMT (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde).

Laat ik beginnen te zeggen dat het door de bank genomen goed gaat met de mondzorg in Nederland. We kunnen wel al te veel gaan somberen, maar de zorg die we leveren, behoort tot de top van Europa en de patiënten waarderen onze zorg met een 8. Daar mogen we blij mee zijn. Er zijn echter ook twee problemen: het is slecht gesteld met de tanden van jonge kinderen en – we hoorden het net van mevrouw Visser – met die van kwetsbare ouderen. Als hoofddocent wet- en regelgeving aan het Radboudumc heb ik indertijd voor een schooltandartsendienst voor beide problemen een oplossing bedacht die een AMvB over taakherschikking, waarover mijn buurman het net had, volstrekt overbodig maakt. Sterker nog, we denken dat deze AMvB de kwaliteit van de mondzorg schaadt. In het belang van de patiënt hebben we in de mondzorg het accent verlegd van behandelen naar preventie, waardoor veel gaatjes en kunstgebitten zijn voorkomen. Dit resultaat wordt in de mondzorg steeds vaker bereikt

door een team waarin iedereen doet waar hij goed in is. Dat gebeurt vanuit eenzelfde vestiging, vanuit één agenda en op basis van hetzelfde patiëntendossier. Voor de patiënt betekent dat: één adres waar hij of zij voor het hele scala aan hulp terecht kan. De AMvB vershuift de zorg die nu door een tandarts, maar ook door een mondhygiënist binnen een team, wordt geleverd, naar de zelfstandig gevestigde mondhygiënist buiten een team. Hierdoor wordt het teamconcept, dat in de geneeskunde juist wordt bepleit, in de mondzorg afgebroken.

Ik noem nog een bezwaar. Mondhygiënisten zijn opgeleid om in opdracht röntgenfoto's te maken, te boren en te verdoven, terwijl ze dat met de nieuwe AMvB niet alleen zelfstandig mogen doen, maar dat ook door anderen onder hun supervisie mogen laten doen. Er zit dus een forse discrepantie tussen opleiding en vereiste competentie. Tot slot heb ik nog een vraag. Misschien lees ik de AMvB niet goed, maar het lijkt erop dat door de AMvB een groot deel van de mondhygiënisten zijn titel kwijtraakt. Moeten die mondhygiënisten zich in het vervolg preventieassistenten laten noemen?

Tandartsen vinden dat, als je het tandartstekort wilt oplossen, er meer tandartsen opgeleid moeten worden. Dat maakt het verkeerd inzetten van mondhygiënisten en het via de belasting subsidiëren van buitenlandse tandartsen overbodig. De patiënten zullen u, blijkens een recente NPCF-enquête, dankbaar zijn. Een overgrote meerderheid zegt te willen dat de tandarts verdooft en vullingen legt. Die wens komt niet voort uit «onbekend, maakt onbemind». Men wil gewoon niet voor elk probleem naar een ander adres gestuurd worden.

Concluderend: als de overheid een tandartstekort wil oplossen met zelfstandig borende mondhygiënisten, gebruikt ze het verkeerde vulmiddel. Ik dank u voor uw aandacht.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Jansen, voorzitter van het Disciplineoverleg Tandheelkunde.

**De heer Jansen:**

Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik ben tandarts en inderdaad voorzitter van het landelijk overleg van de drie opleidingen tandkunde. We hebben samen met de opleiding mondzorgkunde een position paper opgesteld, omdat die hier helaas niet uitgenodigd is. De opleidingen tandkunde en mondzorgkunde stellen dat zij de taakherschikking in de tandkundige zorg ondersteunen. We hebben dat ook al in onze opleidingscurricula opgenomen. De opleidingen dragen uit dat bij alle ontwikkelingen en veranderingen in de zorg de patiënt centraal staat en niet het behandelen op zich, wat we zo vaak horen.

Vanuit de optiek van de opleiding is de vierjarig opgeleide mondhygiënist dan ook bekwaam om zelfstandig preventie uit te voeren. De mondhygiënist is ook in staat om niet-complexe tandheelkundige zorg binnen het vakgebied van de parodontologie en cariologie uit te voeren. De mondhygiënist kan hier verantwoordelijk voor zijn. Dit is volgens ons mogelijk omdat niet-complexe zorg als meer voorspelbaar wordt beschouwd. Complexe zorg blijft primair het aandachtsgebied van de tandarts. Voor de goede organisatie van de mondzorg en voor de patiëntveiligheid is het wel belangrijk dat daarbij aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Daar wil ik straks op ingaan.

Om de mondzorgprofessionals adequaat toe te rusten is het belangrijk dat de opleidingen tandkunde en mondzorgkunde nog meer en proactiever samenwerken en in gezamenlijkheid hun onderwijs op het gebied van interprofessionele samenwerking en gedrag verder ontwikkelen. Daarbij moet ook specifiek aandacht zijn voor onderwijs over samenwerking op het gebied van specifieke patiëntgroepen zoals jeugdigen en ouderen.

Qua capaciteit raden de opleidingen aan om de komende periode de opleidingscapaciteit voor tandartsen licht uit te breiden. Dit dient in nauw overleg met de bestaande opleidingen tandkunde te geschieden om te kunnen bepalen of er kosteneffectievere methoden zijn voor het opleiden van tandartsen met behoud van de kwaliteit.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Van der Putten, specialist ouderengeneeskunde van Verenso.

**De heer Van der Putten:**

Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik ben dus geen tandarts, maar specialist ouderengeneeskunde. Ik vertegenwoordig mijn beroepsgroep Verenso.

Voordat ik als dokter in het verpleeghuis begon te werken, wilde ik eigenlijk tropenarts worden. Maar toen ik in het verpleeghuis kwam werken, ontdekte ik dat daar zorgproblemen zijn die in de tropengeneeskunde niet zouden misstaan. We hebben daar grote zorgproblemen. Denk aan vallen, decubitus – dat zijn doorligplekken – ondervoeding, dementie en incontinentie. Dat zijn allemaal grote zorgproblemen. We noemen ze ook wel geriatrische reuzen. Maar toen ik in de mond ging kijken, wat artsen overigens bitter weinig doen, schrok ik me rot. Ook een slechte mondgezondheid is in mijn ogen een geriatrische reus, een groot zorgprobleem. Dat is het al jaren. Het staat op de agenda en er is aandacht voor, maar er wordt bitter weinig aan gedaan. Het heeft de aandacht, maar de volgende stappen moeten nog genomen worden. Er is een richtlijn, maar er wordt geen nieuwe gemaakt omdat er geen geld is. Onlangs, van de week nog, kwam er een 74-jarige vrouw bij de huisarts. Zij had koorts en diarree. Ze werd door de huisarts behandeld met antibiotica, maar dat hielp niet. Ze ging dood- en doodziek naar het ziekenhuis. Ze ging bijna dood. De artsen daar dachten: misschien heeft ze een longontsteking, laten we een foto van haar longen maken. Toen dachten ze: misschien heeft ze urineweginfectie, want dat komt ook vaak voor bij ouderen. Dat had ze echter allemaal niet. Toen kreeg ze een scan en bleken in de lever grote abcessen te zitten. Die werden gepuncteerd en daar kwam allemaal pus en ellende uit. Dat bleken alleen maar bacteriën uit de mond te zijn. Die mevrouw is uiteindelijk behandeld. Wat mij bij deze casus verbaast, is dat de huisarts niet in de mond van de patiënte heeft gekeken. Ook op de eerste hulp is er niet in de mond van de patiënte gekeken.

Als de huisarts dat wel had gedaan, had hij gezien dat die mond er ellendig uitzag. Dan had hij andere keuzes gemaakt en had die mevrouw niet naar het ziekenhuis gehoeven. Ze had dan geen leverpunctie gehad en ook niet allerlei andere dure behandelingen hoeven ondergaan. Overbehandeling geschiedt. Dat weten we. En dat is echt onnodig. Het is onnodig, omdat we niet in de mond kijken. Ik vind dat schandalig. Dat moet veranderen. Ik vind dat artsen veel beter in de mond moeten kijken en veel beter ...

**De voorzitter:**

Mijnheer Van der Putten, ik onderbreek u even. U bent reeds een halve minuut over uw tijd. Ik gun u een afronding. Maar wilt u dat even in ogenschouw nemen?

**De heer Van der Putten:**

Dan houd ik het korter. Uit het onderzoek van het RIVM blijkt dat dementie een groot zorgprobleem is en dat cariës qua zorgkosten op de vierde plaats staat, terwijl dit gewoon behandeld kan worden door simpelweg te poetsen. Ik denk dus dat wij nog veel kunnen winnen in dit land.

Wat is de oplossing? Ik denk dat artsen meer kennis van de mond moeten hebben en dat dat gestimuleerd moet worden. Bovendien moeten tandartsen veel meer kennis van geriatrie hebben, want die hebben ze op dit moment niet. Artsen en tandartsen moeten met elkaar samenwerken. Verenso vindt dat daarin ook een belangrijke rol voor de mondhygiëniste is weggelegd, want die kan heel veel goed preventief werk doen in de ouderenzorg.

Wat vragen wij aan de regering? Wij vragen om te stimuleren dat mondzorg in alle opleidingen komt, ook in de artsenopleidingen. Wij vragen de overheid om betere samenwerking tussen artsen en tandartsen te stimuleren. Wij willen bovendien dat de overheid erkent dat mondzorg ook een geriatrische reus is en dat ze daar geld aan besteedt, net zoals aan andere onderzoeken. Er gaat heel veel geld naar onderzoek naar dementie, vallen, ondervoeding en incontinentie. Dat is allemaal nodig, maar er is bijna nul onderzoek naar mondzorg. Dat moet veranderen!

**De voorzitter:**

Dank u wel. Wilt u de microfoon uitzetten, mijnheer Van der Putten? Het is heel moeilijk. Ik weet het; ik laat de microfoon ook vaak aanstaan. Het woord is aan de heer Beekmans, voorzitter Keurmerk Onafhankelijke Mondzorg (KOM).

**De heer Beekmans:**

Voorzitter. Mijn naam is Hans Beekmans. Met stijgende verbazing en verontrusting sta ik ruim 35 jaar in de tandartspraktijk. Ik ben blij en dankbaar dat ik hier ten langen leste een onthullende bekentenis kan doen.

Wij streven allemaal naar het beste voor de patiënt. Helaas lijkt het alsof we daarin tegenover elkaar staan. Ik moet bekennen dat wij als tandartsen dankzij onze regering wel heel gemakkelijk veel geld kunnen verdienen met sjoemeltandheelkunde: zinloze zorg die onnodig, overbodig, middelmatig en helaas ook schadelijk is. Zoals de heer Brands meldde, is goede zorg en topzorg ook verkrijgbaar. Helaas is dat alleen maar te doen als er van tijd tot tijd gesjoemeld wordt met de administratie. De een noemt het creatief, de ander noemt het fraude. Hoe dan ook: wie wil dat? Wilt u dat?

Ondanks tariefverlagingen en taakdelegaties gaan de kosten onverminderd omhoog. De bureaucratie neemt toe. De kwaliteit daalt. Het vertrouwen neemt af. En het aantal klachten stijgt. Is dat Nederland beter maken? We schieten er niets mee op als we sorry zeggen. Ik hecht eraan dat u en onze patiënten weten en beseffen dat het huidige beleid gebracht heeft wat we niet willen hebben. Om die reden heeft het Keurmerk Onafhankelijke Mondzorg, waarvan ik de voorzitter ben, tandartsen opgeroepen om eerder trouw te zijn aan hun beroepsdeed en aan de wens van de patiënt dan aan een regelgeving die hun daarvoor geen ruimte biedt. Ik roep u op om in ieder geval te bezien hoe wij de bestaande regelgeving kunnen aanpassen tot een beleid dat leidt tot betrouwbare, betaalbare en duurzame mondzorg.

Dit is mijn call to action. Het beleid moet worden voorzien van gezonde prikkels om kwaliteit te kunnen leveren. Daarnaast moet er ruimte komen voor innovatie, niet alleen in de zorg, maar ook in de financiering en de verzekering. Als laatste, but not least: het herstel van het fundamentele recht van de patiënt op onafhankelijkheid en contractvrijheid. De patiënt moet samen met de arts kunnen kiezen voor een behandeling die de patiënt hebben wil voor de prijs die hij daarvoor wil betalen. «Shared decision» wordt dit in de medische zorg genoemd. Interessant genoeg is dit in Nederland als enige land in de wereld verboden.

Weet u: goede zorg spaart de mond en de portemonnee. Een beleid is pas goed als het daarop aanstuurt. Voor mij bent u pas goed als u het



haalbaar maakt. U begrijpt natuurlijk wel dat ik hier niet voor mezelf zit. Ik zit hier voor onze patiënten, voor u.  
Hartelijk dank.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Het woord is aan de heer Listl, hoogleraar kwaliteit en veiligheid van de mondzorg van Radboudumc.

**De heer Listl:**

Voorzitter. Ik ben tandarts, gezondheidseconoom en hoogleraar kwaliteit en veiligheid van de mondzorg van Radboudumc in Nijmegen. Ik wil drie punten adresseren.

Het eerste punt heeft betrekking op capaciteit en taakherschikking. Zonder noodzakelijke informatie is naar mijn mening geen doelmatige besluitvorming mogelijk. De hele discussie over taakherschikking is niet doelmatig zonder een meer systematisch overweging van aan morbiditeit georiënteerde planning van resources en aan mobiliteit georiënteerde workforce voor de mondzorg. De kernvragen in chronologische volgorde zijn de volgende. Ten eerste, welke en hoeveel mondziekten zijn er in de toekomst? Dit is een vraag naar de omvang en de ontwikkeling van morbiditeit. Ten tweede, welke en hoeveel interventies zijn doelmatig om deze mondziekten te behandelen? Ten derde, wie kan deze interventies uitvoeren?

Intussen is er behoefte aan betere longitudinale epidemiologische data over mondgezondheid. Zonder aan morbiditeit georiënteerde planning van resources is het risico van te veel of te weinig mondzorgprofessionals groot en daarmee het risico van inefficiënte patiëntzorg die leidt tot een verspilling van middelen.

Het tweede punt heeft betrekking op de toegang tot de mondzorg en het bereik van risicogroepen. Er is zeker wereldwijde evidentie voor sociale ongelijkheden in toegang tot de mondzorg en in de mondgezondheid. De klassieke individuele mondzorg/tandzorg op de tandartsstoel is onvervangbaar, maar niet doelmatig bij sociale ongelijkheid. Dat weten wij en daarom is er vraag naar «evidence-informed» interventies voor de hele bevolking, bijvoorbeeld belasting op suiker, campagnes via social media et cetera.

Verder kan er meer interdisciplinair samengewerkt worden, bijvoorbeeld vergroting van tandheelkundige kennis van huisartsen, verpleegkundigen en medewerkers in zorgcentra.

Het derde punt heeft betrekking op de kwaliteit van de mondzorg en ruimte voor innovatie. Ik denk dat de informatie over kwaliteit nog verbeterd kan worden. Dit kan worden bereikt via overeenstemming over relevante indicatoren op uitkomsten van mondzorg. Ik verwijs naar initiatieven van de World Dental Federation en het International Consortium on Health Outcomes Measurement; zij werken aan dergelijke indicatoren. Ook denk ik dat de interdisciplinaire samenwerking nog beter kan. Er is evidentie voor verbindingen tussen chronische algemene ziekten en mondziekten, bijvoorbeeld tussen diabetes of hartziekten en parodontitis.

Ten laatste denk ik dat er ruimte is voor verbetering bij de elektronische informatiesystemen, voor betere feedback voor de medewerkers en ook voor patient reported outcome measures. Een voorbeeld hiervan is een EU-project om aan zulke informatiesystemen te werken. De centrale uitdaging blijft dat er betere longitudinale epidemiologische data nodig zijn, met uitkomsten die door de patiënt zelf worden gerapporteerd.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Van Splunter-Schneider, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en).



**Mevrouw Van Splunter-Schneider:**

Goedemorgen. Ik ben Manon van Splunter, mondhygiënist. Nederland kent verschillende patiëntengroepen, die ieder hun eigen zorgvraag en zorgzwaarte hebben en een eigen benadering. Nederland kent ook verschillende mondzorgverleners. Ieder daarvan heeft zijn eigen deskundigheidsgebied en specialisme. Die vraag en aanbod komen samen binnen het mondzorgteam. Met team bedoel ik al die zorgverleners die rondom die patiënt staan en betrokken zijn bij de patiëntbehandeling. Dat houdt niet per se in onder één dak.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) is een groot voorstander van de voorgenomen wetwijziging, omdat dit beleid past bij de taakherschikking waarbij de mondhygiënist de reguliere, niet-complexe, preventieve mondzorg zelfstandig kan uitvoeren, voor efficiëntere en doelmatige zorg. Met efficiënte zorg bedoel ik dan de juiste zorgverlener bij de juiste zorgvraag. Met doelmatig bedoel ik de transitie van curatie naar preventie.

Het is goed dat wij hier vandaag met elkaar in gesprek gaan om een aantal uitdagingen te bespreken die wij als mondzorg gezamenlijk moeten oppakken, binnen onze rol, en om onze verantwoordelijkheid te nemen. De patiënt staat hierin centraal. Met goede afstemming en afspraken en met erkenning van elkaars deskundigheidsgebied dienen wij daarin samen te werken.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Blom-Reukers, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde.

**Mevrouw Blom-Reukers:**

Dank u voor de uitnodiging. Wij moeten ons ernstig zorgen maken over de mondgezondheid van kinderen. De daling van het aantal jongeren met een gaaf gebit lijkt te zijn gestopt. Er dreigt een enorme ongelijkheid te ontstaan, zoals vandaag ook weer in de krant te lezen was. Uit onderzoek blijkt dat kinderen en jongeren uit sociaal-economisch zwakkere gezinnen meer gaatjes hebben, minder poetsen, minder goed eten en minder vaak naar de tandarts gaan.

Kinderen met een buitenlandse moeder hebben 50% meer gaatjes dan kinderen met een moeder van Nederlandse afkomst. Deze cariës kan voor veel problemen zorgen bij de verdere ontwikkeling van het gebit. Deze kinderen starten later hun volwassenheid met een forse achterstand in hun mondgezondheid, een achterstand die over het algemeen hun hele leven blijft bestaan. Daardoor hebben zij meer kosten en moeten zij meer moeite doen om dezelfde mondgezondheid te krijgen als mensen uit een groep met een hogere sociaal-economische status (SES).

Een goed gebit is belangrijk voor je welzijn, voor je sociaal functioneren, voor je kwaliteit van leven. Er is onvoldoende bewustzijn dat cariës een ziekte is die je kunt voorkomen door goed gezondheidsgedrag, door goede voeding, door goede mondhygiëne en ook door opvoedstijlen. Op dit terrein valt er bij de gezondheidszorg nog veel te winnen en dan moeten we beginnen met de lagere SES-groep. Ouders gaan niet op tijd met hun kind naar de tandarts. Ouders, zeker uit lagere SES-groepen, zijn zich er onvoldoende van bewust dat tandheelkunde voor kinderen onder de basiszorg valt. Ouders nemen hun kind niet mee als ze zelf niet naar de tandarts gaan. Een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking is niet aanvullend verzekerd voor tandheelkunde en zal dus zelf niet gaan. Daarmee wordt de toegang tot de tandarts voor kinderen steeds kleiner. Kinderen zijn geen kleine volwassenen. Kinderen en mondzorg voor kinderen vereisen een specifieke deskundigheid en opleiding. De NVvK is een voorstander van zorg op maat voor kinderen en van een doelmatige zorg gericht op het risicoprofiel van de kinderen met als doel mondgezondheid op de korte, maar ook op de lange termijn. Daarvoor zijn een

zorgvuldige eenduidige diagnostiek, behandelplanning en dossiervoering noodzakelijk. Onder één dak moeten mondzorgverleners met elkaar samenwerken aan een behandelplan voor het kind voor de lange termijn. Daarbij zullen de regie en de eindverantwoordelijkheid bij de tandarts moeten liggen.

Ik dank u voor uw aandacht.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer De Romph, directeur van de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT).

**De heer De Romph:**

Voorzitter, medegenodigden en andere aanwezigen. Ik mag namens de ONT, de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici, hier kort het woord voeren. Dank daarvoor.

Vanwege de beperkte tijd, verwijs ik graag naar het position paper dat door de ONT is opgesteld. Ik zal daar nu één element uit naar voren halen dat cruciaal is voor onze beroepsgroep en het in stand houden van de zorg aan 1,3 miljoen Nederlanders. Daarna zal ik, zoals gevraagd, ingaan op kwaliteit, toegang en capaciteit.

De tandarts, de mondhygiënist en de tandprotheticus hebben een beschermde opleidingstitel. Zij vallen onder verschillende artikelen van de Wet BIG. De tandarts is academisch opgeleid. De kosten van zijn opleidingsplaats kruipen naar verluidt richting de 1 miljoen euro. De mondhygiënist is opgeleid op het hbo. Dat is ook het niveau van de tandprotheticus. Die laatste bekostigt zijn of haar opleiding echter helemaal zelf. De ONT pleit ervoor om deze weeffout uit 1997 te herstellen en de opleiding tandprothetiek van de Hogeschool Utrecht toe te laten tot het reguliere hoger beroepsonderwijs.

De kwaliteit van de mondzorg is gebaat bij het leveren van zorg door de best opgeleide professional. Hierbij moet naar de mening van de ONT in onderlinge afstemming aan de hand van de patient journey worden bepaald welke behandelaar de regie voert. Voor algemene en academische mondzorg is dat vanzelfsprekend de tandarts, maar iemand die een kunstgebit heeft, kan beter door de tandprotheticus worden behandeld. Hij is daar specifiek voor opgeleid en doet niet anders, terwijl tandprothetiek in de opleiding tot tandarts een keuzevak is.

Ik zeg kort iets over de toegang. Ouderen die langer zelfstandig wonen, raken uit beeld van de mondzorgverlener. Het is al gememoreerd. Daar moeten wij wat aan doen, en dat doet de hele sector ook, bijvoorbeeld via De mond niet vergeten! en de praktijkwijzer. Ook het betrekken van de ogen en oren van andere zorgverleners is van belang. Denk aan huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Daar zit wat ons betreft de behoefte aan innovatie of creativiteit op het gebied van de bekostiging. Denk bijvoorbeeld aan een meekijkconsult.

Ik verwijs verder graag naar het plan van aanpak over dit onderwerp dat door de Minister voor de zomer naar de Tweede Kamer is gestuurd. De ONT is hier van meet af aan nauw bij betrokken geweest en is hiervan mede-initiatiefnemer. De vraag die wij hier graag willen neerleggen, is om alvast ruimte in het denken toe te staan over de plek die deze zorg in het verzekerdenstelsel moet krijgen. Deze zorg zou bijvoorbeeld voor een nader te bepalen kwetsbare groep een plek in het basispakket kunnen krijgen. Mevrouw Visser had het daar ook al over.

Tot slot zeg ik nog iets over capaciteit. In een blog op Skipr van 26 september pleit ik voor opleiden naar behoefte en voor het daarbij betrekken van het economisch rendement. De komende jaren is er veel behoefte aan preventie. Dat is een beleidskeuze. Er is ook behoefte aan mondzorg voor ouderen, onder wie zich veel dragers van een prothese bevinden. Zie het onderzoek van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) uit 2014. Dat wil zeggen: tandarts-

geriaters, mondhygiënisten en tandprothetici opleiden. Ik kan dat wel zeggen, maar om het sentiment uit de discussie over taakherschikking te halen, is naar onze mening onderzoek nodig. Professor Listl refereerde eraan.

Ik vat het samen: toelaten van de tandprotheticus tot het hoger beroeps-onderwijs, de handen ineenslaan voor zorg aan kwetsbare ouderen en feiten verzamelen inzake takenherschikking.

Ik dank u voor uw aandacht.

**De voorzitter:**

Als laatste geef ik het woord aan mevrouw Veldhuijzen van Zanten, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten.

**Mevrouw Veldhuijzen van Zanten:**

Geachte voorzitter, geachte leden van de Tweede Kamer. Een beugel brengt het gebit in de juiste vorm. Daardoor hebben kinderen een veel grotere kans om hun leven lang een gezond gebit te houden. Een beugelbehandeling is een zeer belangrijke preventieve behandeling in de mondzorg. Als voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten uit ik mijn zorg dat mogelijk minder kinderen in Nederland een beugelbehandeling kunnen krijgen en dat zij daarmee het risico lopen problemen op het gebied van mondzorg te krijgen als zij ouder worden. Orthodontische behandelingen komen voor 98% uit het aanvullende pakket. In de afgelopen vijf jaar kreeg de patiënt steeds minder vergoed uit dit pakket, terwijl de premies weer fors gestegen zijn. Dit terwijl de prijzen voor een beugelbehandeling in de afgelopen vijftien jaar juist fors zijn gedaald. Ze zijn zo veel teruggebracht dat wij voor orthodontie inmiddels een van de goedkoopste landen zijn in de EU.

Ik geef een voorbeeld. Een doorsnee orthodontische behandeling kostte de patiënt zes jaar geleden € 200 aan premie en eigen bijdrage bij een van de grootste verzekeraars. Dit is de optelsom van de betaalde maandelijkse premie en de eigen bijdrage. Dit jaar is de som daarvan € 1.400. Dat is een stijging van bijna 500%. Bij andere verzekeraars zien we ook enorme stijgingen.

U kunt zich voorstellen dat deze bedragen voor een groot deel van de Nederlanders steeds moeilijker zijn op te brengen. Deze stijging heeft, nogmaals, niets te maken met de orthodontische kosten. Onze tarieven gingen omlaag, de premies gingen omhoog en de vergoedingen uit het pakket gingen omlaag. We hebben een handig overzicht opgesteld, dat te vinden is in ons position paper.

Het verbaast mij dat bijna de gehele kindertandzorg in de basisverzekering is ondergebracht, behalve orthodontie, terwijl er een belangrijke preventieve werking uitgaat van een goede beugelbehandeling. Een regelmatig, goed in elkaar passend gebit is dé basis voor een leven lang een gezond gebit. Als dat straks vanwege de hoge premies voor grote groepen kinderen onbereikbaar wordt, is dat niet alleen slecht voor die kinderen, maar voor de toekomstige zorgkosten in hun geheel.

Daarom pleit de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten ervoor om een substantieel deel van de beugelbehandeling voor kinderen op te nemen in de basisverzekering. Het is basiszorg, die bijdraagt aan een leven lang een gezond functionerend gebit. Ik ga daar graag met u over in gesprek.

Ik dank u voor het woord en uw aandacht.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik ga naar de Kamerleden. Ik stel voor om te beginnen met twee vragen per fractie, gezien het aantal aanwezigen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Ik dank alle aanwezigen van harte voor hun gloedvolle betogen. Er zijn drie verschillende onderwerpen ingebracht: de taakherschikking, de positie van ouderen in de mondzorg en de mondzorg voor kinderen. Ik wil eerst ingaan op de taakherschikking. Uit de discussie is heel duidelijk geworden dat de opvattingen daarover uiteenlopen. Daarom wil ik terugkomen op datgene wat de heer Jansen zei, namelijk dat in de opleiding die taken misschien wel herschikt zouden kunnen worden, maar dat daarvoor een aantal voorwaarden behoorlijk goed ingevuld moeten worden. Dat schrijft hij ook in zijn dossier: intensief en bij voorkeur onder één dak samenwerken, hetzelfde patiëntdossier, diagnostische vaardigheden en uitwerken van complexe en niet-complexe zorg. Ik vraag de heer Vaartjes en de heer Listl om daarop te reflecteren. Zijn dat de voorwaarden waaronder die taakherschikking wel mogelijk gemaakt kan worden? Misschien kan de heer Jansen er nog iets over zeggen naar aanleiding van de reactie van de heren Vaartjes en Listl. Mijn tweede vraag betreft de mondzorg voor ouderen. Het statement van mevrouw Visser daarover was heel duidelijk. Ik ben zelf geen woordvoerder ouderenzorg in de Kamer, maar ik weet wel dat we hier heel vaak over debatteren. Het is een terugkerend onderwerp. Ik vraag mevrouw Visser vanuit haar deskundigheid waarom het nog niet gelukt is om dat te veranderen. Wat moet er in de komende anderhalf jaar gebeuren om ervoor te zorgen dat er echt meer aandacht komt voor de mondzorg voor ouderen? Wil iemand anders daar ook op reflecteren; de heer De Romph en de heer Van der Putten? Mag dat, voorzitter?

**De voorzitter:**

Mevrouw Bruins Slot geeft al aan dat u bij de beantwoording van de vragen ook op elkaar kunt reageren. Dat komt ook de discussie ten goede. Ik geef de heer Rutte gelegenheid om vragen te stellen.

**De heer Rutte (VVD):**

Voorzitter. Ik leunde al achterover in afwachting van de antwoorden.

**De voorzitter:**

Dat kunnen we ook doen.

**De heer Rutte (VVD):**

Ik vind het prima om eerst vragen te stellen. Dan kunnen we die inventariseren. Dat vraagt echter wel het uiterste van u, voorzitter. Maar u ziet er vandaag fit uit, dus dat zou goed moeten komen.

**De voorzitter:**

Aan het begin van de week word je toch wel geacht fit te zijn.

**De heer Rutte (VVD):**

Prima. Dan doe ik dat.

**De voorzitter:**

Ik verzoek onze gasten om mee te schrijven. Dan zal de heer Rutte nu zijn vragen stellen.

**De heer Rutte (VVD):**

Er is een enorme opkomst, niet alleen hier in de zaal maar vooral ook aan de overzijde van de tafel. Er zit hier vandaag een groot aantal deskundigen aan tafel. Dat gaat de hele dag zo door. Daarmee wordt maar aangetoond dat de mondzorg echt een onderschoven kindje is in de politieke aandacht voor de gezondheidszorg. Volgens mij deelt de voorzitter deze mening. Daarom hebben we ook dit rondetafelgesprek georganiseerd. Een aantal van u reflecteerde daar ook al actief op. Laat dit dus nu niet het einde zijn van de wijze waarop wij over mondzorg nadenken, maar een begin.

Immers, als dit het einde is, dan komen wij er niet uit. Dat is ook wel duidelijk.

Ik heb vandaag vanuit verschillende belangen allerlei opinies en ideeën gehoord, maar één ding deelt u met elkaar, namelijk een enorme betrokkenheid voor een goede mondzorg. Ik heb iedereen ook horen zeggen dat dit in het belang is van de patiënt, of het nu gaat om een heel oude patiënt, een heel jonge patiënt of de gemiddelde Nederlander die af en toe wat heeft en naar de tandarts gaat.

Omdat ik maar twee vragen mag stellen, wil ik twee onderwerpen bij de kop pakken. Mijn eerste vraag betreft de ouderen, die ik van de Unie KBO overigens geen kwetsbare ouderen meer mag noemen maar met wie van alles aan de hand is. Daar is heel nadrukkelijk aandacht aan besteed, ook in alle position papers. Bij die ouderen is de mondzorg op allerhande manieren een probleem, inhoudelijk maar ook praktisch en noem maar op. Mevrouw Visser refereerde aan twee trajecten die toevallig in mijn eigen regio lopen. Dat zijn het traject SamenOud waarin de kwetsbaarheidsindex wordt gebruikt en Healthy Ageing van de Rijksuniversiteit Groningen. Zij gaf aan dat extra onderzoek nodig is. Ook de heren Listl en Van der Putten hebben dat aangegeven. Zijn er dan voorbeelden of liggen er dingen klaar waarnaar we extra onderzoek kunnen doen en waarmee we inzicht krijgen in de wijze waarop we die ouderen wel kunnen bereiken in een veranderende maatschappij? Politiek Den Haag, als u over de brug komt, dan kunnen we daarmee starten. Iedereen die daar ideeën over heeft, spreek ik graag.

Ik ben toe aan mijn tweede vraag. Ik zou niet heel specifiek willen ingaan op de taakherschikking sec, maar ik wil wel een antwoord op de vraag wat kwalitatief goede mondzorg is. In het volgende blok krijgen wij iemand van de Nederlandse Zorgautoriteit aan het woord. De NZa zegt gewoon heel hard: beroepsgroepen, definieer nu eens fatsoenlijk met elkaar wat kwaliteit is, komt daar eens een keer uit. Dan kunnen we echt vooruit gaan kijken, want tot dat moment zijn wij als toezichthouder genoodzaakt om op een heel strikte manier te blijven handhaven. Ik zou heel graag van de heren Beekmans en Brands willen horen of zij die handschoenen oppakken en welke mogelijkheden zij zien om de kwaliteit goed te definiëren zodat wij stappen vooruit kunnen maken in plaats van stappen terug?

Ik wil nog even opmerken dat het feit dat ik andere mensen geen vragen stel, gewoon te maken heeft met het feit dat er heel veel mensen tegenover ons zitten. Ik heb alle position papers intensief bestudeerd. We komen er nog een keer op terug.

#### **De voorzitter:**

Niet iedereen kan even intensief deelnemen aan de discussie. Dat is logisch. U hebt in ieder geval allemaal uw punt duidelijk kunnen maken. Ik heb zelf nog de volgende twee vragen. Ik wil allereerst ingaan op de discussie over de taakherschikking. Als ik dit zo beluister, ben ik wel een beetje in verwarring. De mondhygiënist zijn voor, de tandartsen zijn tegen en de opleidingen zijn weer voor. Wij worden dan als politiek natuurlijk een beetje gemangeld. Wij hebben het eigenlijk het liefst als volgt: de mensen die in de praktijk werken, de wetenschappers en de opleidingen zijn het met elkaar eens over wat de beste zorg is en zeggen vervolgens tegen de politiek dat dat geregeld moet worden. Dat is bij de discussie over de taakherschikking toch wel een probleem. Er zijn daarover heel veel verschillende meningen. We zijn ook een polderland. Ik heb het volgende voorstel. Misschien kunt u daarop reflecteren. Ik laat het aan de arena, om het zo maar even te zeggen. Stel dat we enerzijds de mondzorg onder één dak gaan verlenen en anderzijds tot taakherschikking overgaan, maar dan dus wel onder één dak. Ik weet dat ik dan noch de ene, noch de andere partij helemaal tevreden stel, maar is dat misschien een richting die enigszins tegemoetkomt aan de ontwikkelingen in de samenleving? Je ziet dat in de eerste lijn steeds meer onder één dak

wordt samengewerkt. Dat is de eerste vraag die ik wilde stellen; neemt u de handschoen maar op.

De tweede vraag betreft de sociaal-economische ontwikkelingen, die ongunstig zijn. Dat geldt zowel voor ouderen als voor kinderen. Bij kinderen is het laatst heel evident in het nieuws geweest, maar ook bij de mondzorg voor ouderen is er een sociaal-economische component. Kunnen de beroepsgroepen twee maatregelen noemen om dit te tackelen? Kunnen zij heel specifiek benoemen hoe we dit als politiek zouden moeten aanpakken? Welke twee belangrijke maatregelen zou u dan noemen? Laten we het rijtje maar even afdraaien, te beginnen met mevrouw Visser.

**Mevrouw Visser:**

U zei dat de mondzorg voor ouderen al een paar keer is genoemd en dat er veel aandacht aan is besteed. U vraagt zich af waarom er desalniettemin nog niets veranderd is in de mondzorg voor ouderen. Ik wil dan graag een tegenvraag stellen: wat hebben we met zijn allen gedaan om de mondzorg te veranderen? Dat is eigenlijk bijna niets, omdat er geen mogelijkheden zijn en het heel veel energie zal kosten om het tussen de oren te krijgen van de mensen die erover gaan. Er zijn nog steeds heel weinig opleidingsmogelijkheden. Er rollen nog steeds weinig tandartsen uit de opleiding. In de opleiding tandheelkunde wordt heel weinig aandacht gegeven aan geriatrie. De zittende beroepsgroep heeft er ook heel weinig kennis van. Er zijn op dit moment heel weinig interventies. Dat zou moeten veranderen.

Ik ga door naar de vraag hoe het zit met het onderzoek. Groningen is terecht genoemd. Daar hebben we veel projecten in het kader van Healthy Ageing, waarvoor 150.000 mensen heel intensief worden gevolgd. Ik neem zelf deel aan deze onderzoeksgroep. Er staat één vraag in over mondheelkunde, namelijk: gaat u weleens naar de tandarts? Verder staat er helemaal niets in. Mensen wordt het hemd van het lijf gevraagd over voeding, over medicijnen, over gezondheid en over artsbezoek, maar niets over mondzorg en tandheelkundebezoek. Het zou heel mooi zijn – ik wil daar ook voor pleiten in Groningen – om de grote projecten die er zijn, zoals SamenOud en Healthy Ageing, te gebruiken om meer kennis te krijgen van heel grote populaties.

**De heer Rutte (VVD):**

Ik wil niet te veel interrumperen, maar de vraag is even wat daar heel concreet voor nodig is. Ligt er ergens iets klaar of kunnen we iets verwachten? Dat helpt soms bij de politieke besluitvorming. Ik heb het dan over iets in de zin van: je hebt de politiek nodig om iets te doen, je hebt een plan klaarliggen en dat kost € 500.000. Is dat er al?

**Mevrouw Visser:**

Nee, er liggen geen plannen klaar, ook door het gebrek aan onderzoek. Je moet eerst behoorlijk onderzoek doen om goede vragen te kunnen stellen. Bij de Rijksuniversiteit Groningen zijn we nu bezig met het vooronderzoek. Daar komen wel degelijk veel vragen uit die we neerleggen bij projecten als SamenOud en Healthy Ageing. We zoeken daar aansluiting.

**De voorzitter:**

Dan geef ik nu het woord aan de heer Vaartjes voor zijn beantwoording.

**De heer Vaartjes:**

Ik zal de vragen van mevrouw Bruins Slot beantwoorden. Ik denk niet dat er een discrepantie is tussen hetgeen de beroepsverenigingen vinden en hetgeen de universiteiten vinden. Ik denk dat de universiteit praat over taakdelegatie en niet zozeer over taakherschikking. Ik zal dat duiden. In de mondzorg is er eigenlijk niet een heel goed onderscheid tussen complexe



en niet-complexe zorg. Een vulling bij primaire cariës kan heel makkelijk zijn, maar kan ook ontzettend moeilijk zijn. Het kan bijvoorbeeld heel groot zijn en leiden tot een wortelkanaalbehandeling. Als je dat veilig wilt delegeren aan iemand anders, is het handig als het onder één dak gebeurt, met een tandarts in de buurt die kan ingrijpen. Er zijn in de laatste jaren ook heel veel wetenschappelijke zaken gewijzigd in de manier waarop je cariës moet benaderen in een vulling. Je laat bijvoorbeeld tegenwoordig meer zitten. Daar is wel degelijk ruggespraak voor nodig met een tandarts in de buurt. Daarnaast zijn bepaalde dingen omtrent röntgen aantoonbaar niet opgenomen in de opleiding van een mondhygiënist, zoals het rechtvaardigen van de röntgenfoto. Als je onder één dak werkt, is dat geen probleem, want dan kan de tandarts altijd de opdracht geven en de röntgenfoto volledig diagnosticeren. Zolang je spreekt over het «één dak»-model, is er helemaal geen wetswijziging nodig en kan het teamverband waarvoor universiteiten pleiten, worden uitgevoerd. We hebben nu een AMvB die dit soort behandelingen uit de algemene praktijk trekt richting de zelfstandige mondhygiënistenpraktijk. Dat is dus wel degelijk een verschil.

**De heer Brands:**

Ik zal ingaan op de vraag van de heer Rutte.

**De voorzitter:**

Mijnheer Brands, een moment alstublieft. Mijnheer Vaartjes, zou u uw microfoon uit kunnen zetten? Dank u wel.

**De heer Brands:**

Ik ga vooral in op de vraag van de heer Rutte. Hij vroeg allereerst wat er wordt gedaan om de kwaliteit transparant te maken. Daar wordt zeker de laatste tijd vrij fors wat aan gedaan. De Wkkgz is er gekomen en daarin staat dat er richtlijnen moeten worden opgesteld zodat de patiënt kan controleren of hij goede zorg krijgt. Daartoe is het KiMo opgericht, het Kennisinstituut Mondzorg, waardoor de patiënt objectief meetbare kwaliteit moet krijgen. Daarnaast zouden wij ervoor pleiten – ook al is dat een heel klein beetje in tegenspraak met het voorgaande – om meer ruimte te laten voor de subjectieve beleving van de zorg, oftewel: wat vindt de patiënt ervan? Wij willen iets minder heel rigide richtlijnenwerk, en iets meer shared decision making, hetgeen de heer Beekmans zojuist ook benoemde.

De heer Van Gerven vroeg waarom we het niet in het veld regelen. Die vraag is mij uit het hart gegrepen. Ik zei net al dat er een oplossing denkbaar is voor de jeugd en voor de ouderen, maar er moet wel overeenstemming zijn tussen de veldpartijen. De heer Vaartjes en ik zijn het wat dat betreft geheel met elkaar eens, maar de NVM zegt dat we daar vijf jaar eerder mee hadden moeten komen. Maar misschien is er voor de veldpartijen alsnog een mogelijkheid om in overleg te gaan.

**De voorzitter:**

Mijnheer Brands, ik wil u eerst even laten uitspreken, voordat ik de NVM de gelegenheid geef om daarop te reageren. Ik stel voor dat u uw betoog afmaakt.

**De heer Brands:**

Ik ben kort van betoog.

**De voorzitter:**

U bent kort van stof en van betoog, kijk eens aan! Dat komt voor. Ik geef het woord aan mevrouw Van Splunter-Schneider. Ik weet niet of u ook zo kort van stof bent, maar dat gaan wij horen.



**Mevrouw Van Splunter-Schneider:**

Dat ben ik doorgaans niet, want het is best een complexe materie en je wilt eigenlijk alles vertellen. Wij stonden om te beginnen vijf jaar geleden al klaar, maar goed, we zitten hier nu aan tafel. Ik vind het in deze discussie belangrijk om het onderscheid te maken tussen taakherschikking en taakdelegatie. Bij taakdelegatie is immers toezicht en tussenkomstmogelijkheid nodig. Mondhygiënist worden voor de drie voorbehouden handelingen waarover wij hier spreken, opgeleid om zelfstandig te functioneren. Dat gebeurt nu al regelmatig in een vrije vestiging dan wel binnen een teamconcept. Ik vind het erg suggestief om te zeggen dat de wetswijziging en de aanpassing van de AMvB ertoe gaan leiden dat de zorg juist uit het teamverband wordt weggehaald. We hebben het hier over drie voorbehouden handelingen en elke setting vraagt van een van die drie een betere toepasbaarheid. Ik denk dat de behandeling van de primaire caviteiten veel meer zullen plaatsvinden binnen het teamconcept. Die zullen dus wellicht ook meer in één setting plaatsvinden, terwijl röntgen en anesthesie veel functioneler zijn binnen de vrije vestiging. Dat neemt niet weg dat de wetswijziging voor alle mondhygiënist geldt, en dus niet alleen voor de vrijgevestigden. De wetswijziging heeft ook betrekking op de inzetbaarheid van de mondhygiënist in dienstverband. In het verleden is gebleken dat het organiseren onder één dak niet de garantie biedt dat er goed wordt samengewerkt. Goede samenwerking is vooral goede afstemming, goede communicatie en afspraken met elkaar maken. We moeten daar met elkaar mee aan de gang gaan. Ik zie in deze wetswijziging enorme uitdagingen voor de mondzorg om tot kwaliteitsindicatoren te komen, om met KiMo tot richtlijnen te komen en om daarin alle krachten en expertises te bundelen. Op het moment dat je dat alleen maar onder één dak wilt doen, zullen in een gedeelte van Nederland, met name op het platteland, bepaalde patiënten van zorg verstoken zijn. Spijker het dus niet dicht onder één dak, maar concentreer je vooral op het teamverband, de samenwerking en de heldere afspraken daarover, ook in afstemming met Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond.

**De heer Jansen:**

Ik wil op twee dingen reageren. Het ene is iets wat de hele tijd over de opleidingen wordt gezegd. Dan gaat het over taakherschikking en taakdelegatie. Dat is ook een beetje semantiek. Het gaat eigenlijk om zelfstandigheid. Dat proberen wij in de opleidingen te onderwijzen. Er worden allerlei dingen aangehaald, onder andere dat men de cariologische principes niet kent en dat men röntgenfoto's niet kan indiceren. Maar wij stellen in onze voorwaarden wel dat de diagnostische vaardigheden van de mondhygiënist aandacht verdienen. Het is ook een punt voor veranderingen in het onderwijs. Het is voor ons vanzelfsprekend dat de mondhygiënist uiteindelijk ook een diploma voor röntgen gaat halen. De zelfstandigheid heeft met name te maken met het tuchtrecht dat er niet is. Dat is tot nu toe niet aangestipt. Er is wat dat betreft geen verantwoordelijkheid. De zelfstandigheid heeft ook te maken met het feit dat men nu gedwongen is om allerlei zaken rondom het overdragen van taken administratief te regelen. Ik durf bijna te wedden dat dit in een groot aantal van de praktijken niet goed geregeld is, want zelfs in de opleiding hebben we daar ontzettend veel problemen mee, terwijl we een huis vol met tandartsen hebben. Daarin zit met name het belang van zelfstandigheid. Dit geldt voor een heel beperkt gebied. Daarbij gaat het om de voorwaarde dat er goed naar de opleidingen en de inhoud wordt gekeken. Dat brengt mij meteen bij wat er gezegd wordt over de opleidingen en gerodontologie en anderzijds de prothetiek. Rechts van mij werd er namelijk een opmerking over de prothetiek gemaakt. Wij moeten natuurlijk wel aan bepaalde voorwaarden voldoen. Wij onderwijzen veel. Op alle opleidingen wordt in de gerodontologie onderwezen. Hetzelfde

geldt voor de uitneembare prothetiek. Er is bij mijn weten geen enkele opleiding die daar niet in onderwijst. Alle studenten leren het, maar we zijn wel altijd beperkt door het aantal uren dat we ter beschikking hebben. Ik denk dat ook daar de taakherschikking een rol bij kan spelen doordat de tandarts zich dan meer kan richten op zaken waar hij echt academisch voor opgeleid moet zijn. De mondzorgkundige kan een deel van die taken overnemen waardoor de druk bij dat eenvoudige stuk vermindert.

**De voorzitter:**

Ik ga even terug naar de heer Brands want hij wil reageren op de heer Jansen.

**De heer Brands:**

Ik reageer inderdaad graag op mijn buurman.

Een heel groot en in de praktijk bijzonder belangrijk onderdeel van de zelfstandigheid is dat een zelfstandig bevoegde ook door mag delegeren. Als een mondhygiënist onder de nieuwe AMvB een primaire caviteit indiceert, kan hij in theorie ook zeggen: preventieassistent, jij werkt bij mij, doe jij het maar.

**De heer Jansen:**

Dat is wat er in wezen nu ook al in de praktijken gebeurt, alleen doet de tandarts het nu. Ik denk dat er ook een groot aantal praktijken zijn waar tandkundige handelingen, waaronder het leggen van restauraties, door tandartsassistenten worden gedaan.

**De heer Brands:**

Die preventie gebeurt dan dus per definitie onder één dak. Bovendien is het helemaal nog maar de vraag of het wenselijk is dat een assistente allerlei bijzondere uitgebreide behandelingen doet. Wij zijn daar sowieso niet voor.

**De heer Jansen:**

Op zich zijn wij het met elkaar eens. U haalde namelijk net zelf aan dat het er in wezen om gaat dat de mondzorg kwalitatief goed moet zijn. Je ziet de trend dat we op weg zijn naar grotere mondzorgcentra en daar spelen de richtlijnen en het geprotocolleerd werken een essentiële rol. Dat zijn de ontwikkelingen die nu plaatsvinden en ik ben er niet zo bang voor dat het daardoor zou ontsporen. Het moet dan dus wel gebeuren onder de voorwaarde dat er richtlijnen zijn en dat we geprotocolleerd werken.

**De heer Vaartjes:**

Dat taakherschikkingmodel, dat taakdelegatiemodel is bedacht aan de tekentafel, zonder evidence. We vergeten daarbij de patiënt. Ik hoorde mijnheer Jansen zeggen dat 62% van alles wat de tandarts doet, bestaat uit zogenaamd eenvoudig werk dat uitbesteed kan worden. Als we daarop het aantal opleidingsplaatsen afstemmen – we loten 1.000 studenten per jaar uit – vragen we om een tandartstekort als de patiënt niet zit te wachten op wat er aan de tekentafel is bedacht. Ik wil de stem van de patiënt toch duidelijk laten doorklinken.

**De heer Beekmans:**

De heer Rutte en mevrouw Bruins Slot vragen wat het kwaliteitsaspect inhoudt en dan met name voor de ouderenzorg, de kinderen en de taakherschikking. Het is eigenlijk te herleiden tot iets simpels. Als de vectoren in dezelfde richting staan en leiden tot kwaliteit en als de patiënt degene is die daarom vraagt, dan trekken we het hele niveau omhoog. Als we beleid hebben dat leidt tot middelmaat en bedoeld is om de inkomens van tandartsen te drukken, dan krijgen we die sjoemelzorg die we niet

willen hebben. Daarvoor moeten we vervolgens dan weer allerlei oplossinkjes gaan bedenken.

Het barst van de opleidingen in Nederland en heel veel tandartsen, die gemotiveerd zijn vanuit een roeping en niet vanuit een financiële prikkel, komen daarbij niet aan bod. In mijn praktijk heb ik misschien wel meer dan 30% ouderen. Een oudere wil zeggen: ouder dan 65 jaar. Deze mensen blijven in mijn praktijk. Als ze mijn praktijk uitgaan omdat ze naar een zorginstelling gaan, blijven het nog steeds patiënten. We hebben ook mondhygiënistes die graag meer doen dan alleen mondhygiëne. We zijn blij dat ze dat onder de wet-BIG kunnen doen. Maar als de doelstelling kwaliteit is, ervaart de patiënt dan wel kwaliteit en krijgt die die uiteindelijk ook? Dat is de vraag! Als we dat iedere keer maar proberen in te vullen op ons eigen gebiedje, waardoor onze vectoren tegenover elkaar komen te staan in plaats van gelijkgericht te zijn, dan kunnen we hier nog honderd dagen aan urenlange discussies aan besteden zonder tot resultaat te komen. Het doel is om de patiënt te helpen, en wel zo goed mogelijk, maar het kan best zijn dat de patiënt zelf geen goede hulp wil. Dat is misschien een rare opmerking, maar er zijn patiënten die vragen niet om heel dure en mooie hulp. Die zijn vaak blij met iets simpels. Soms is dat een extractie, al beschouwen wij die zelf misschien niet als beste hulp.

Ik werk samen met een tandprotheticus. Als ik zijn deskundigheid zie, wat zou ik dan een prothese gaan maken? Waarom zou ik mijn mondhygiëniste proberen te verbeteren in haar praktijk? Waarom zou ik mijn endodontoloog of implantoloog proberen te verbeteren met mijn implantologie? Voor wat ik beter kan, verwijzen zij door naar mij. Als wij dat allemaal doen, dan heeft niemand een probleem, gaan de zorgkosten omlaag, neemt de bureaucratie af en zijn de patiënten tevredener. Het klinkt simpel en het is ook simpel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Wij gaan door met de heer Van der Putten.

**De heer Van der Putten:**

Ik wil graag als eerste reageren op de vraag van mevrouw Bruins Slot waarom het niet lukt om de mondzorg te veranderen. We moeten onderscheid maken tussen ouderen voordat ze het verpleeghuis inkomen en ouderen die al in het verpleeghuis of in een zorginstelling zitten. De laatste jaren is er aandacht gekomen voor mensen in een verpleeghuis, maar ook nu maak ik daar nog dagelijks mee dat het moeilijk gaat. Dat komt doordat de zorgverleners zelf tandzorg en mondhygiëne een ondergeschoven kindje vinden. Andere problemen vinden ze veel belangrijker, en dat zijn ze toch ook? Elke keer schuift de mondzorg maar weer op. Mensen die moeten poetsen, de verzorgenden bijvoorbeeld, zien niet dat een mond vuil is, want dat hebben ze niet geleerd. Daar komt nog bij dat artsen ook niet weten waar ze naar moeten kijken. Als zij al in de mond kijken, dan kijken ze in de keel en niet naar wat daar allemaal voor staat. Ze kunnen die mond dus niet beoordelen. Daar ligt gelijk ook een belangrijke uitdaging: ik vind dat we dat moeten veranderen. Artsen moeten veel meer komen te weten van de mond. Een ander aspect ligt bij de ouderen zelf. Ook zij weten vaak niet van hoeveel belang mondzorg is. Ze zeggen: ik heb nooit geen klachten, waarom zou ik dan iets veranderen? Als je hen vertelt wat de belangen zijn en wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn voor de algemene gezondheid, dan zeggen ze: «goh, dat wist ik niet en dat is mij ook nooit verteld. Ik kom bij de tandarts, maar die vertelt mij dat niet; die repareert en toedeedokie. Die zei nooit dat ik beter mijn tanden moet poetsen, want anders kan dat ernstige gezondheidsschade opleveren». Ook bij de ouderen zelf moet er dus veel meer kennis komen. Ouderen moeten zelf op de bres gaan staan, van: weg met onze vieze monden! Dan pas gaat

het een stuk harder. Ze komen er nu niet voor op en in het verpleeghuis hoor je: we moeten al om zoveel dingen vragen, als we hierom ook moeten vragen, wordt het lastig.

Als je kijkt naar de eerste lijn, dan is het voor veel ouderen fysiek moeilijk om naar een tandarts te komen. Veel tandartspraktijken zijn niet goed toegankelijk en als ze dat wel zijn, is het voor een oudere ontzettend moeilijk om daarheen te komen. Dan moet die oudere voor de zoveelste keer de partner of de kinderen vragen om hem of haar naar de zoveelste zorgverlener te brengen, in dit geval de tandarts. Als je niet eens klachten hebt, waarom zou je dan gaan? Mensen gaan alleen naar de tandarts als ze klachten hebben en dat is het paard achter de wagen spannen, want dan is er al zo veel ellende gebeurd, dat vaak alleen nog maar een tand of kies getrokken kan worden. Dat is een negatieve gezondheidsuitkomst. Een andere reden waarom ouderen niet naar de tandarts toe gaan, zijn financiële belemmeringen. Ze kunnen het gewoon niet betalen! Als ze horen dat er een kroon geplaatst moet worden, is het al gauw: trek hem er maar uit, want het kost me te veel. Weer een ander punt is dat verzorgenden het zeker bij dementeren moeilijk vinden om tanden te poetsen, ook in de eerste lijn. Wat zou het toch mooi zijn als de mondhygiëniste verzorgenden daarin kon assisteren! Wij zien daarin een belangrijke taak voor de mondhygiëniste, naast een goede tandarts. Het is allemaal preventief werk: laten we vooral met poetsen beginnen. De mondhygiënist is bij uitstek degene die verzorgenden daarbij kan helpen. Dus wij zien mondhygiënist graag in de eerste lijn, zowel bij de mensen thuis als in het verpleeghuis. Ik verwacht dat het dan echt beter gaat.

Welk onderzoek moet er dan nu gebeuren? Er ligt genoeg. Een poetsmachine zou mooi zijn. Wij zijn in contact met een technische universiteit om zoiets te ontwikkelen. Poetsen bij een ander is heel lastig. Een goed voorbeeld is «De mond niet vergeten!». Dat is echter alleen voor mensen met dementie. Dat zou uitgebreid moeten worden voor andere kwetsbare ouderen, maar ook voor vitale ouderen. Ik noem in dit verband longlivity. Wij pleiten voor een apart zorgprogramma van ZonMw. Er gaat heel veel geld naar programma's voor mensen met incontinentie, dementie en kanker. Met een mondzorgprogramma worden onderzoekers gestimuleerd om onderzoeksvoorstellen te ontwikkelen en in te dienen.

Onderzoek naar kwaliteitsindicatoren is belangrijk. Wij pleiten ervoor om dit bij de tandheelkunde niet alleen aan de tandartsen en de mondhygiënisten over te laten, omdat die indicatoren dan beperkt blijven tot de mond, terwijl het om de gehele mens gaat. Je moet niet alleen in de mond kijken om na te gaan of het daar goed voor elkaar is. Mijn collega naast me zei al dat de patiënt tevreden moet zijn en dat er naar de gehele mens gekeken moet worden. Bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren moet ook naar andere aspecten gekeken worden.

**De voorzitter:**

Ik ga even terug naar mevrouw Visser die nog een aanvulling heeft.

**Mevrouw Visser:**

Mijnheer Van der Putten bevestigt onze pleidooien. Dat de oudere niet wordt bereikt is een heel belangrijk punt. In de studies die in verpleeghuizen worden gedaan, kom je redelijk makkelijk bij de oudere. Dat lukt echter niet bij de studies waarbij je probeert om vanuit de tandartspraktijk ouderen thuis te bereiken. Dat geldt overigens niet alleen voor tandheelkundige studies, maar ook voor andere medische studies. Mensen zijn heel moeilijk thuis te bereiken. Ik pleit voor een betere samenwerking met artsen, apothekers en tandartsen. Onze ervaring is dat wij mensen beter via de huisarts kunnen bereiken.

**De voorzitter:**

Dank voor deze aanvulling. Het wordt is aan de heer Listl.

De heer **Listl**:

Om eerlijk te zijn, ben ik nog niet zo lang in Nederland. Ik ken nog niet alle details. De zorg is al heel lang op dezelfde manier georganiseerd en daarom is verandering echt moeilijk. Dat is overigens een wereldwijd fenomeen. Er moet meer aandacht zijn voor evidence-informed decision making, dus meer onderzoek. Er moet zeker meer ruimte zijn voor onderzoek naar ouderen. Dat aspect kent wereldwijd geen lange traditie. Meer wil en kan ik er op dit moment niet over zeggen.

De **voorzitter**:

Het woord is aan mevrouw Van Splunter.

Mevrouw **Van Splunter-Schneider**:

Je kunt de mondzorg voor ouderen op drie niveaus bekijken. Je hebt de oudere die nog in de praktijk komt en die je daar ook wilt houden. Partijen zijn met elkaar een plan aan het maken. Marnix heeft al aangegeven dat het basisplan er al ligt. Dat wordt nu verder uitgewerkt. Wij nemen onze verantwoordelijk om mensen in de praktijk te houden. Als mensen dreigen weg te glippen moeten wij er actief achteraan. Voor ouderen die thuis wonen, is met name het erbij betrekken van andere disciplines en professionals enorm belangrijk. Ik zou ook kijken naar de inzetbaarheid van de mondzorgverleners. Bij het capaciteitsvraagstuk moet je nagaan welke zorgverleners je nodig hebt. Dan moet je niet alleen naar de curatief ingesteld zorgverlener kijken, maar zeker ook naar de preventieve mondzorgverlener, juist om problemen op langere termijn te voorkomen. We hebben net al aangegeven dat het relatief simpele aandoeningen zijn, althans aandoeningen die met een simpele aanpak, preventie, te voorkomen zijn. Het lijkt me duidelijk dat ik hiermee een pleidooi houd voor de inzetbaarheid van de mondhygiënist. Natuurlijk heb je ook de instellingen. Daarvoor hebben we richtlijnen en handhaving. De IGZ zit daar momenteel bovenop. Daarmee onderschrijf ik natuurlijk ook de noodzaak tot extra kennis over de zeer complexe zorg. Maar nogmaals, zolang we dit met elkaar afstemmen, goede afspraken maken en ieder op zijn eigen competenties laten inzetten, denk ik dat we een heel mooi zorgstelsel voor de ouderen, maar zeker ook voor de jeugd hebben.

Mevrouw **Blom-Reukers**:

Voorzitter. Wat opvalt in de hele discussie, bij ouderen maar ook bij kinderen, is dat bepaalde groepen geen of nauwelijks toegang tot zorg hebben. We hebben het steeds over ouderen en jonge kinderen die we niet kunnen bereiken. De oproep om in het veld te gaan samenwerken, kan ik van harte ondersteunen. We moeten samenwerken met artsen, met consultatiebureaus en dergelijke, zodat we als mondzorgverleners op andere manieren in contact kunnen treden met mensen die deze groepen wel kunnen bereiken. Op die manier kunnen we de mondzorg verbeteren. We zullen als mondzorgverleners onderling ook moeten blijven samenwerken. Volgens mij zijn we het daar vandaag allemaal over eens. We moeten met elkaar samenwerken om de capaciteit die we hebben, zo doelmatig mogelijk in te zetten. Zowel bij kinderen als bij ouderen, maar eigenlijk bij alle mensen, is het doel eigenlijk het voorkomen van mondzorgproblemen en een slechte mondgezondheid. Wat een goede mondgezondheid is, valt binnen de autonomie van een patiënt. De patiënt maakt daarin zijn eigen keuzes, maar moet die keuze wel hebben. Die keuze heeft hij nu heel vaak niet. Daar zullen we met elkaar aan moeten werken. Het is ongelofelijk belangrijk dat je een langetermijnplanning met je patiënt maakt, dat je niet ad hoc werkt. Daarvoor moet je als mondzorgverleners heel nauw samenwerken. Dat is toch bij voorkeur onder één dak.

De heer **De Romph**:

Voorzitter. Ik zal een paar korte opmerkingen maken. De eerste gaat over die kwetsbare ouderen; ik denk dat dat het meest aangelegen onderwerp is. Ik verwijs naar het plan van aanpak waar ik eerder op doelde. Daarin staan vier interventies die juist proberen om de ban te breken; de vraag was namelijk wat ons tegenhoudt. Mevrouw Bruins Slot en de heer Rutte vroegen wat de politiek kan doen. Die kan interventie door middel van een publiekscampagne steunen. Wij weten dat het onderwerp onvoldoende op het netvlies staat, dat het onbekend is. Ik kan dat met allerlei voorbeelden larderen, maar dat zal ik niet doen. In elk geval vond ik het heel overtuigend toen ik een tandarts-geriater op een gegeven moment hoorde uitleggen wat het effect van een ontsteking in de mond is als je dat vertaalt naar een ontsteking op je bovenbeen. Als je ziet hoe groot die ontsteking op je bovenbeen dan is, is iedereen ervan overtuigd dat er echt een groot probleem speelt. Het is dus van het grootste belang om zo'n publiekscampagne op poten te zetten. Daarin kan de politiek steun bieden. De gesprekken met de overige beroepsgroepen zijn een ander punt. Enkele anderen hebben dit al genoemd. Dit wordt echt opgepakt. We maken een rondje langs de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), de kaderhuisartsen enzovoorts om dit onderwerp goed op het netvlies te brengen en om een zekere bereidheid bij elkaar te vinden om dit bijvoorbeeld in de opleiding en in de curricula een plek te geven. Hierbij mag gerust eens gezegd worden dat wij in dezen echt een stimulans vanuit VWS ervaren. Het ministerie helpt ons om dit voortdurend te agenderen, ook aan andere tafels, waar wij als mondzorg nog niet vanzelfsprekend zitten.

Een oproep aan onszelf betreft het ontwikkelen van een richtlijn binnen de context van het KiMo (Kennisinstituut Mondzorg). Daar gaan wij hier aan tafel niet over. Zij hebben hun eigen adviescommissie om dit onderwerp te agenderen. Wij kunnen als veldpartijen wel een heel duidelijk appel op het KiMo doen om het ontwikkelen van die richtlijn de hoogste prioriteit te geven. Wat druk vanuit de politiek zou daarbij kunnen helpen.

De projecten van «De mond niet vergeten!» zijn net genoemd, vooral in het kader van dementie. Dat klopt, maar daar wordt wel heel veel evidentie verzameld over wat ons nu belemmert om die zorg goed georganiseerd te krijgen. Dat is soms bekostiging en dat zijn soms heel praktische dingen zoals afstand. Het kan van alles zijn, bijvoorbeeld dat je een oudere niet 's ochtends om half negen moet bellen voor een afspraak, want dat werkt gewoon niet. Het zijn heel praktische dingen. Het zou goed kunnen helpen, als we dat met elkaar een fase verder in helpen.

De patiënt werd net nadrukkelijk door collega Vaartjes genoemd. Als het gaat over taakschikking, is het wel aardig om nog even het onderzoek van het NIVEL uit 2014 te noemen. Daarin zegt de patiënt dat zijn ervaren mondgezondheid hoger is wanneer hij bij een tandprotheticus is geweest voor zijn prothese dan wanneer hij bij de tandarts is geweest. Het is niet de bedoeling om de tandarts te diskwalificeren, maar om een pleidooi te voeren voor het laten leveren van de zorg door de best opgeleide professional. Dat haakt aan bij het pleidooi van zowel Beekmans als Jansen. Daarin hoeft je niet te concurreren met elkaar. Laten we eerst proberen die zorg beter te organiseren met de beschikbare capaciteit, want dan kunnen we al een hele slag maken. Dat is een streep onder een uitroepeten achter ons pleidooi om de opleiding tandprothetiek nu eens echt goed te regelen binnen de Hogeschool Utrecht – dat is voor ons het belangrijkste punt – en daarmee ook dat stuk onmisbare kennis in de mondzorg beschikbaar te houden.

**De voorzitter:**

Dat laatste punt is doorgelopen, heb ik begrepen.

Mevrouw **Veldhuijzen van Zanten:**



Voorzitter. Ik wil nogmaals reageren op de sociaal-economische ontwikkelingen en ook aanhaken bij mevrouw Blom. De toegankelijkheid tot de orthodontie is wel een punt. Op het moment zit 98% in de aanvullende polis voor orthodontische vergoeding. Ongeveer 2% komt uit de basiszorg. Dat betreft een groep kinderen die echt orthodontische zorg nodig hebben, maar de indicatieve lijst is zo nauw dat een heleboel kinderen die die zorg ook echt nodig hebben daarbuiten vallen. Als iemand bijvoorbeeld twee tanden mist in zijn onderkaak, dan valt dat niet binnen die lijst. Dat is op langere termijn wel een probleem, omdat daar een gat komt, ze dat niet kunnen schoonmaken et cetera. Nog een aantal andere kleine dingen hebben op langere termijn een groot effect, maar vallen niet binnen die lijst. Wij pleiten er dan ook voor om die oude lijst te herzien en te bekijken wat er nog op de lijst kan worden opgenomen, zodat meer kinderen uit die sociaal-economisch kwetsbare groep toch toegang kunnen krijgen tot de orthodontie, met als gevolg een betere mondverzorging op langere termijn.

Daarnaast wil ik nogmaals aandacht vragen voor de aanvullende pakketten en de premieverhogingen die de verzekeraars daarop toepassen. Orthodontie is een soort trekker voor die aanvullende polissen. Ons inziens klopt dat echt niet.

Ten slotte wil ik even reageren op de heer Beekmans. Een specialisme is een specialisme; we moeten geen gerommel in de marge hebben. Ik vind dat orthodontie bij orthodontisten hoort of bij tandartsen die daarin gekwalificeerd zijn. Wij hebben een heel strak kwaliteitsbeleid. Onze vereniging organiseert het visitatiereglement voor de herregistratie van orthodontisten. Daarbij horen een certificering, een visitatieronde et cetera. Dat gebeurt elke vijf jaar, anders word je niet geherregistreerd als orthodontist. Tandartsen die aan kwaliteit doen, hebben nu ook een register opgericht, het OK-register. Wij staan daar absoluut achter. Tandartsen die niet willen voldoen aan dat soort kwaliteit, willen wij eigenlijk niet toelaten tot de orthodontische zorg. Uit de cijfers blijkt dat mensen die het specialistisch aanpakken goedkoper zijn. Die kunnen het sneller, efficiënter en met meer kwaliteit. Ik pleit daarvoor.

**De voorzitter:**

Dank u wel. We komen langzaam tot een afronding van dit eerste blok. Ik kijk even of de Kamerleden nog een prangende vraag hebben. Een vraag zou nog kunnen, als u die goed inkadert en goed gericht stelt.

**De heer Rutte (VVD):**

Dat laatste is nog het lastigst.

Ik wil iets voorleggen aan de mensen die hier zijn. Meerdere mensen hebben het pleidooi gehouden om de mondzorg of delen daarvan onder de basisverzekering te brengen. Daar zijn verschillende redenen voor. Als ouders meegaan, kunnen de kinderen weer zorg krijgen. Specifiek kunnen kwetsbare ouderen dan makkelijker naar de mondzorg. In de position papers heb ik voorbeelden gezien van andere vormen van zorg waarop kan worden bespaard op het moment dat we de mondzorg beter zouden organiseren. In dat laatste ben ik zeer geïnteresseerd omdat dit vaak een aanleiding kan zijn om bepaalde verrichtingen wel degelijk in de basisverzekering te krijgen. Dit jaar hebben we gezien dat bijvoorbeeld de fysiotherapeutische behandeling van etalagebenen – de aanwezigen zijn daar niet deskundig in, maar dit is wel gebeurd – weer terugkomt in de basisverzekering ter vervanging van de zorg bij de medisch specialist. Die zorg wordt alleen vergoed als de fysiotherapie niet heeft gebaat. Dat soort trajecten zijn intensief voorbereid met het Zorginstituut. Men is nagegaan of er evidence voor is en of dat kan. Zo ja, dan is het mogelijk om dat kosteneffectief een plek te geven in de basisverzekering. Wie wil hier de handschoenen oppakken om op zoek te gaan naar de kosteneffectiviteit van delen van de mondzorg in de basisverzekering?



De **voorzitter**:

De heer Beekmans staat in de startblokken.

De heer **Beekmans**:

Ik wil daar inderdaad graag wat op zeggen. Ik was eerst!

De **voorzitter**:

We hebben een voorzitter, dus dat scheelt! Kunt u het kort en puntig toelichten?

De heer **Beekmans**:

Alles staat en valt met kwaliteit. Immers, de kosten zijn lager als de kwaliteit hoger is. Dan kun je zeggen dat een hogere kwaliteit ook geld kost, maar hoge kwaliteit is duurzamer. Kijk naar de orthodontie. Een kwalitatief goede orthodontist is goedkoper dan een klungelende tandarts. Zo gaat het maar door. Als we terugkomen bij onze shared decision, betaalt de patiënt. Als hij betaalt en daarna zijn nota bij de zorgverzekeraar indient, is hij ook een controlepost voor de kosten. De vrouw van mijn broer had een hersenoperatie nodig ...

De **voorzitter**:

Ik ga u onderbreken, mijnheer Beekmans. We hebben heel weinig tijd, dus het moet echt kort en puntig.

Mevrouw **Visser**:

U doelt heel erg op de relatie tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid, wat we kunnen voorkomen en de vraag of er bewijzen zijn. Op dit moment tonen heel veel studies aan dat er ernstige relaties zijn tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid. Je kunt die alleen nooit een-op-een bewijzen, maar er zijn grote cohortstudies waaruit blijkt dat mensen grote kans hebben op een CVA, dat reumatische artritis veel progressiever verloopt en dat er heel veel problemen zijn met ontstekingen in de rest van het lichaam die ervoor zorgen dat mensen andere gezondheidsklachten krijgen. Het voorbeeld dat Gert-Jan van der Putten gaf, is er eentje van. Het gaat verder om hersenabcessen, leverabcessen en andere ernstige aandoeningen die het gevolg zijn van een slechte mondgezondheid.

De **voorzitter**:

De heer Rutte vroeg of u het nog specifiekere kunt maken. We kunnen die vraag nu niet beantwoorden. Bij de etalagebenen bleek heel duidelijk dat door de betreffende behandeling op ander terrein duidelijk kosten worden bespaard. Voor de politiek is het dan ook makkelijker om tot die verandering te komen omdat het kostenaspect altijd een belangrijke rol speelt in het geheel.

De heer **De Romph**:

Ik ga met name in op het punt van de kosteneffectiviteit. Ik ben geen medisch deskundige, maar ik kan melden dat we binnen de context van dat plan van aanpak op dit moment bezig zijn om de juiste onderzoeksvraag daarbij te formuleren. Dit is namelijk ook wat onszelf puzzelt. Wat is je euro waard als je die in mondzorg stopt? Wat levert die uiteindelijk op? Rechtvaardigt dat inderdaad het schuiven met behandelingen en de vergoedingen daarvan? Dat kunnen we nu nog niet volledig overzien. Daar wilden we de discussie ook niet mee starten, dus het is mooi dat deze vraag aan het eind komt. Dit punt heeft absoluut prioriteit. Er zijn al verkennende gesprekken geweest om na te gaan of we dat daadwerkelijk in onderzoek kunnen vormgeven.

De **voorzitter**:

Hiermee sluiten we dit eerste blok af. Ik dank u allen hartelijk voor uw inbreng. Ik denk dat iedereen aan bod is gekomen. Ik nood u om op de publieke tribune plaats te nemen of om uw werk elders voort te zetten. Ik nodig de mensen van blok 2 uit om hier plaats te nemen.

De vergadering wordt van 11.28 uur tot 11.35 uur geschorst.

## **Blok 2: Mensen uit de praktijk/Patiënten**

Gesprek met:

- Mevrouw C. Julien, mondhygiënist MondClinic Rotterdam
- De heer R. ter Bogt, tandarts te Oss
- De heer A. Starrenburg, innovatief tandarts
- Mevrouw M. Vanderkaa, directeur Unie KBO
- De heer J. Benedictus, manager Patiëntenfederatie Nederland
- De heer O.M. Hofman, voorzitter Ivoren Kruis
- De heer R. Trentelman, algemeen directeur JTV Mondzorg voor kids en van Stichting Mondzorg voor Ouderen

### **De voorzitter:**

We gaan verder met het tweede gedeelte van dit rondetafelgesprek. Nu komen de mensen uit de praktijk aan het woord, evenals de vertegenwoordigers van de patiënt, om wie het allemaal draait. Ook deze sprekers hebben allemaal al een paper gestuurd. Zij krijgen nu de gelegenheid om dat nog even in twee minuten toe te lichten en de kern van hun betoog er nog eens uit te halen. Als eerste geef ik het woord aan mevrouw Julien, mondhygiënist bij MondClinic Rotterdam.

### **Mevrouw Julien:**

Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik vertegenwoordig MondClinic. Ik ben mondhygiënist en praktijkhouder. MondClinic is een bijzondere praktijk. Er werken acht mondhygiënisten, één preventieassistent en één tandarts voor één dag per week. We hebben goede interne protocollaire afspraken. Ook extern in de regio hebben we afspraken, zodat we te allen tijde kunnen terugvallen op een dienstdoende tandarts als er sprake is van pijnklachten.

Binnen de praktijk hebben wij de zorgerschikking sterk doorgevoerd. Ik praat liever over zorg- dan over taakherschikking, want een taak is iets wat iemand uitvoert en zorg is iets wat de patiënt betreft. Die zorgerschikking betekent dat patiënten bij de mondhygiënist kunnen blijven waar dat kan. Als het niet anders kan of in andere situaties zit de patiënt bij de tandarts. Patiënten bij wie zorgerschikking heeft plaatsgevonden kunnen voor langere tijd op basis van het cariërisico bij de mondhygiënist blijven. Dan is er sprake van niet-complexe zorg.

Hoewel we de zorg goed herschikt hebben, ervaren wij enorme belemmeringen om die goede zorg voor de patiënt uit te voeren. Dat betreft lokale anesthesie, röntgenfoto's als diagnostisch hulpmiddel en het behandelen van primaire caviteiten. De tandarts is er namelijk niet altijd. Dan kun je geen röntgenfoto maken. Bovendien behandelen wij niet alleen kinderen, maar ook patiënten die verwezen worden voor paro, mensen met tandvleesproblemen. Ook daar hebben we met enige regelmaat lokale anesthesie voor nodig. Als de foto niet bij de tandarts in de praktijk aanwezig is, hebben we een röntgenfoto nodig voor het beoordelen van het botniveau.

In die zin denk ik dat de AMvB van 2006 een aantal manco's met zich mee heeft gedragen de afgelopen tien jaar. Ik ben in 2009 gestart. Ik doe een oproep om die belemmeringen voor ons weg te halen. Ik ben een groot voorstander van het doorvoeren van de zorg- of taakherschikkingsagenda. Ik wil de commissieleden heel graag in mijn praktijk uitnodigen, zodat ze kunnen zien hoe wij de zaken hebben geregeld.

Als laatste een niet-onbelangrijke oproep: ik zou graag willen oproepen tot het ontwikkelen van een collectieve zorgambitie met de koepels en de patiëntenorganisaties samen. Dat zeg ik omdat ik vanuit de praktijk weet dat het kan. Bij dezen mijn pleidooi.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Ter Bogt, tandarts.

**De heer Ter Bogt:**

Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik spreek hier voor alle patiënten in Nederland, dus ook voor u. Dat is niet zo origineel meer, want dat hebben vandaag al meerdere gasten gezegd. Het is in het belang van alle patiënten als er in Nederland voldoende mondzorgverleners zijn, die de gevraagde en benodigde goede kwaliteit mondzorg kunnen verlenen. Onze ervaring is dat dit nu niet het geval is. Er is reeds geruime tijd een tekort aan tandartsen, dat deels wordt opgevangen door de invoer van buitenlandse tandartsen. Aan deze kortetermijnoplossing wordt door ons actief bijgedragen en, mits goed vormgegeven, is het een belangrijke en goede oplossing van het probleem op dit moment, gegeven de omstandigheden. Door deze ervaringen zijn we ook bekend met vrijwel alle problemen die bij deze oplossing spelen.

De huidige situatie vraagt onzes inziens echter om een langetermijnvisie en niet om een ad-hocbeleid. Daarin past dat wij in Nederland een extra particuliere opleiding realiseren, wat ons betreft voor mondzorgverleners in de breedste zin van het woord. Over enkele jaren zullen wij dan wel beschikken over voldoende mondzorgverleners die gezamenlijk kunnen voldoen aan de zorgvraag van alle patiënten.

Onze ervaring leert dat particuliere universiteiten elders in Europa goed in staat zijn om tandartsen op te leiden met een vergelijkbaar niveau als de tandartsen van de Nederlandse universiteiten. Dit sterkt ons in het vertrouwen dat een particuliere universiteit in Nederland mogelijk is. Wij zien een nieuwe universiteit tandheelkunde voor ons die studenten bij binnenkomst screent op samenwerken, het stellen van het patiëntenbelang boven het eigenbelang, een goede basis van zelfkennis, communicatieve vaardigheden en handvaardigheden. Een dergelijke opleiding brengt mondzorgverleners in de samenleving die flexibel, empathisch, transparant en innovatief mondzorg verlenen en er echt zijn voor de patiënt.

Het is niet zinvol als er telkens geruzied wordt over wie wat doet. Iedere taakherschikking die wezenlijk in het belang is van de patiënt, is goed. Zo is het bijvoorbeeld een gegeven dat iemand die in teamverband werkt, minder kans heeft om qua niveau blijvend af te glijden dan iemand die solo werkt. Die laatste ontvangt immers niet de essentiële feedback om kwaliteit te borgen. Bovendien kan niet iedere zelfstandig opererende mondzorgverlener altijd direct voldoen aan de zorgvraag van een patiënt die tijdens de behandeling ontstaat. Als iedereen in teamverband het werk doet waar hij of zij goed in is, komt dit de patiënt ten goede.

Wij denken dat het een kerntaak van de overheid is om goede zorg te faciliteren voor haar burgers. Het realiseren van een extra opleiding voor mondzorgverleners zou dan ook absoluut de benodigde support en inzet verdienen van alle stakeholders. Ik doe dan ook een beroep op iedereen hier aanwezig: stap over uw ego heen, gebruik uw verstand en handel, handel in het belang van de patiënt. Want ook u bent de patiënt. Ik refereer hierbij ook aan de opmerking van de voorzitter van daarstraks. Hij zei dat het financiële belang van de overheid duidelijk aanwezig is. Volgens mij is dit een passende oplossing.

**De voorzitter:**

Ik geef nu het woord aan de heer Starrenburg. Hij is ook tandarts.

**De heer Starrenburg:**

Voorzitter. Zoals zovelen ben ik ook tandarts. Ik dank voor de uitnodiging. Ik zit hier als innovatief tandarts. Ik wil bepleiten dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de samenhang tussen de mondholte en het lichaam algemeen. Het vorige blok klonk dan ook als muziek in mijn oren, want daaruit bleek dat de mond toch wel degelijk heel veel invloed heeft op de algemene gezondheid.

Ik ben 35 jaar werkzaam als tandarts en maak het in de dagelijkse praktijk mee dat ik chronisch zieke patiënten doorverwezen krijg. Dat zijn de duurste patiënten voor de algemene gezondheidszorg, want hun kosten komen elk jaar weer terug. Ik kan deze patiënten door innovatieve tandheelkundige handelingen beter krijgen. Ik bepleit dus ook meer onderzoek naar deze innovatieve handelingen, want deze handelingen staan niet in de UPT-codes en kunnen derhalve eigenlijk niet door de tandarts gedeclareerd worden. Bovendien kunnen ze niet bij de patiënt in rekening worden gebracht.

Uit cijfers uit het buitenland blijkt dat bijna 75% van de chronisch zieke patiënten iets in de mondholte heeft en dat deze zieken, als je dat gezond zou maken, helemaal of grotendeels gezond kunnen worden. Dat is een enorme besparing op de kosten voor de gezondheidszorg. Ik krijg patiënten uit heel Nederland doorverwezen. In mijn praktijk maak ik het vrijwel dagelijks mee dat chronisch zieke mensen die al meer dan vijf jaar tot zelfs tien jaar lang ziek zijn, met als gevolg enorme kosten voor de algemene gezondheidszorg, na een behandeling in de mond gezond worden. Ik maak nu even een heel klein amateuristisch rekensommetje. Als iedere tandarts in Nederland slechts één dergelijke patiënt zou kunnen genezen, zou dat de algemene gezondheidszorg minimaal € 1.000 besparen. Als je dat 9.000 keer doet, heb je dus al 9 miljoen besparing in de algemene gezondheidszorg, maar wat zie ik? Als ik dit doorbereken uit het tandartsbudget, dat weer een ander budget is dan het budget voor de algemene gezondheidszorg, wordt de tandheelkundige zorg duurder en word ik een jaar later gestraft omdat er meerdere kosten in de tandartszorg zijn geweest. Een behandeling bij mij kost tussen ongeveer € 150 en € 500 en heeft enorme effecten op de algemene gezondheid.

Ik sluit af met de taakherschikking, omdat ik voorzie dat wij met zijn allen over hopelijk 10 jaar maar zeker over 40 jaar ervan overtuigd zullen zijn dat de mondholte een van de belangrijkste specialismen is voor de hele algemene gezondheidszorg. Als wij nu aan taakherschikking gaan doen en de mondzorgkundige gaat de eenvoudige dingen doen, dan zou de mondzorgkundige ver kunnen afdrijven van het enorm ingewikkelde vak mondheerkunde/tandarts, en ontstaat er over tien jaar misschien opnieuw een splitsing zoals er nu ook een splitsing is tussen de tandarts, de mondheerkundige en de algemene gezondheidszorg. Ik pleit dus voor veel stimulatie en meer investeringen in onderzoek naar deze samenhang.

**De voorzitter:**

Ik geef het woord aan mevrouw Vanderkaa, directeur van de Unie KBO.

**Mevrouw Vanderkaa:**

Hartelijk dank voor de uitnodiging om ook uit het perspectief van ouderen na te denken over de vraag hoe de mondzorg kan worden verbeterd. Vorige sprekers hebben al op verschillende manieren aangetoond hoe mondzorg verband houdt met de algemene gezondheidszorg. Dat zien wij zeker ook bij ouderen. Slechte mondzorg kan bijvoorbeeld leiden tot ondervoeding, maar heel specifiek ook tot sociale problemen. Als mensen zich schamen voor hun gebit of slechte adem is het risico van vereenzaming groot met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit van leven van die ouderen.

Tegelijkertijd is de mondzorg voor kwetsbare ouderen maar matig tot onvoldoende. Ouderen raken om diverse redenen vaak uit beeld bij de

mondzorgpraktijk, zij kunnen hun klachten niet verwoorden of zij zijn niet in staat om naar een afspraak te komen. Al met al zien wij dat de mondzorg voor ouderen echt onder niveau is.

Als KBO-PCOB zien wij een aantal mogelijke oplossingsrichtingen. De eerste en heel belangrijk is de multidisciplinaire aanpak. Het gaat dan niet alleen om de samenwerking tussen zorgverleners die verstand hebben van de mond, maar juist ook om de samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen. Huisartsen en wijkverpleegkundigen weten te weinig van de mondzorg en andersom weten veel tandartsen te weinig van de situatie van ouderen. Die samenwerking over en weer en het opheffen van die gescheiden werelden zijn van groot belang. Wij kunnen dit realiseren door mondzorg onderdeel te maken van een ketenprogramma complexe ouderenzorg. Als wij het daarin goed integreren, kan dit enorm versterkend werken. Dat zien wij ook op andere terreinen. Daarnaast is het heel belangrijk dat mondzorgpraktijken seniorvriendelijker worden. Als KBO-PCOB hebben wij ervaring met het seniorvriendelijk maken van ziekenhuizen en wij zien dat dit een enorme kwaliteitslag is waarvan overigens niet alleen ouderen maar ook andere patiënten profiteren. Dit vraagt aandacht voor een aantal aspecten van die praktijk die van groot belang kunnen zijn om de mondzorgpraktijk veel toegankelijker te maken voor senioren. Wij stellen onze ervaring en deskundigheid daarvoor graag ter beschikking.

Een derde, belangrijk aspect is voorlichting en preventie op maat. Wij horen uit onze achterban dat voorlichtingscampagnes nogal eens als betuttelend worden ervaren. Die lijken bij wijze van spreken meer op kinderen gericht dan op volwassen ouderen. Wij moeten zoeken naar maatwerk om de ouderen aan te spreken en bewust te maken van het belang van preventie.

Ouderen ervaren de betaalbaarheid van mondzorg als een groot probleem. Dat is een vierde aspect. KBO-PCOB heeft eerder dit jaar onderzoek gedaan naar ouderen met een kleine, soms bijna lege portemonnee. Uit de verhalen die daarbij naar voren zijn gekomen, blijkt dat juist ook de betaalbaarheid van de mondzorg en van aanvullende verzekering een groot probleem is. Daarom pleiten wij ervoor om mondzorg op te nemen in de basisverzekering, overigens niet alleen voor ouderen. Dat zou een enorme drempel weghalen, om ook op die leeftijd de mondzorg toegankelijk te houden.

Tot slot onderstreep ik het pleidooi over de noodzaak om het aantal ouderentandartsen uit te breiden. Er zijn nu twintig tandartsen geriatrie in ons land. Dat zijn er veel te weinig. Als dat aantal kan toenemen en bijvoorbeeld elke gemeente over een tandarts beschikt die goed geïnformeerd is en op de hoogte van het belang en de specifieke vraagstukken die spelen bij kwetsbare ouderen, kan dat een enorme kwaliteitsverbetering betekenen voor de mondzorg voor ouderen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan de heer Benedictus van de Patiëntenfederatie Nederland.

**De heer Benedictus:**

Voorzitter. Ik vertegenwoordig inderdaad de Patiëntenfederatie Nederland. Dank aan de Kamer voor deze gelegenheid om de visie van de Patiëntenfederatie naar voren te brengen. Ik was aangenaam getroffen door de sprekers in het vorige blok. Ik heb enerzijds de indruk dat wat wij naar voren hebben gebracht in onze position paper, door de mondzorgprofessionals in de volle breedte gedragen wordt. Anderzijds kan ik mij niet aan de indruk onttrekken dat er af en toe wat selectief gewinkeld wordt, bijvoorbeeld in onze meldactie. Daarom wil ik nog een aantal punten aanstippen. Ik ga niet herhalen wat mevrouw Vanderkaa net naar voren heeft gebracht. Wij onderschrijven van harte dat er meer aandacht moet

zijn voor ouderen en dat de kwaliteit van leven centraal moet staan. De noodzaak en het belang van mondzorg zijn wat ons betreft boven elke twijfel verheven, zoals u hebt kunnen lezen.

Wat wij wel missen, is de samenwerking, zowel binnen als buiten de mondzorg. Wij denken ook dat als we de problemen op willen lossen die er zijn, er veel breder moet worden gekeken en dat er in de eerstelijns brede samenwerking tot stand moet komen, zoals al een paar keer is gememoreerd. Zonet werd de inzet van wijkverpleegkundigen al genoemd voor een signaleringsfunctie. Dat moet je organiseren, dat moet een fundament krijgen. Er moeten afspraken zijn, zoals op het gebied van medicijnen bestaan tussen huisartsen en apothekers, via een gereguleerd overleg. Dat missen we in de mondzorg. Ik denk dat daar flink op ingezet moet worden.

Dat brengt mij op het punt dat de huidige discussie over de taakher-schikking wat ons betreft gemierenneuk op de vierkante centimeter is, waarbij ik mij excuseer voor dit weinig parlementaire taalgebruik. Het gaat om een veel breder punt. Het gaat erom dat alle professionals in de gezondheidszorg, maar zeker in de mondgezondheidszorg, op de juiste manier samenwerken. Patiënten moeten er naar mijn idee op kunnen vertrouwen dat de professional die het meest geëquipeerd is en de juiste competenties heeft, ingezet wordt. Dat is niet altijd de hoogstopgeleide. Dat zou onzin zijn, want wij zijn voor doelmatige zorg. Je moet erop kunnen vertrouwen dat degene die in de mond werkt, daartoe opgeleid en bevoegd en bekwaam is. Los van de discussie over tandarts of mondhygiëniste denken wij dat er best wat punten zijn bij de inzet van assistentes op het gebied van preventie. Het moet kraakhelder zijn voor patiënten wie op dat moment in de mond werkt.

Ik heb een paar keer gehoord dat er werd gesproken over «onder één dak». Laten wij nou net in een visiedocument over de eerstelijnszorg afscheid genomen hebben van het gedachtegoed van «onder één dak». Samenwerking is prima, maar het gaat ons vooral om het feit van samenwerken. In een wat meer landelijke omgeving of een dunbevolkt gebied kun je je niet goed voorstellen dat alles onder één dak kan. Er zijn ook momenten waarop een behandeling even uitgesteld moet worden. Die virtuele samenwerking wil ik benadrukken. Het kan onder één dak, maar er zijn veel slimmere oplossingen.

Ik ga snel door naar transparantie en kwaliteit. Er is een aantal keren gezegd dat we na kunnen denken over uitbreiding van het pakket met meer zaken. Wat bij ons centraal staat, is dat wij eerst meer evidence moeten hebben. Wat mij betreft zijn de mondzorgprofessionals hierbij in the lead. Wij willen graag ons steentje bijdragen in het tripartiete overleg over het vaststellen van de juiste standaard. Als die niet gezamenlijk vastgesteld en helder is, dan is discussie over meer of minder in het pakket vrijwel zinloos. Je weet dan immers niet precies wat je wilt toelaten. Het risico op een sterk kostenverhogend effect daarvan is levensgroot en wij hebben juist gezien dat patiënten grote moeite hebben met de kosten voor mondzorg. Die is voor patiënten nu al vaak te duur en dat zou de zorg alleen maar duurder kunnen maken. Wij moeten dus scherp aan de wind zeilen en precies weten wat zinvolle en doelmatige behandelingen zijn.

Ik ga in op de patiëntgerichte mondzorg.

**De voorzitter:**

Mijnheer Benedictus, de teller staat op 4 minuten en 26 seconden, terwijl u twee minuten had. Ik ben vrij clement, maar als u kunt afronden, graag.

**De heer Benedictus:**

Ik rond af. Deze zaken zijn eigenlijk al vervat in de patiëntgerichte mondzorg. Wij willen dat patiënten beter betrokken zijn bij de keuzes voor hun behandeling. Ik was aangenaam getroffen door het feit dat een aantal



keren «shared decision-making» naar voren werd gebracht. Wij noemen dat overigens in gewoon Nederlands «samen beslissen». Dat zouden wij inderdaad willen versterken. Patiënten moeten daarbij wel goed geïnformeerd worden, zowel over de mogelijkheden van de behandeling, ook op langere termijn, als over de kosten. Daar zijn flinke stappen in te maken.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik geef het woord aan de heer Hofman van het Ivoren Kruis. Mijnheer Hofman, misschien wilt u voor de luisteraar kort uitleggen wat het Ivoren Kruis precies is. Het is een intrigerende naam.

De heer **Hofman**:

Ik hoop dat dat niet van mijn spreektijd af gaat.

De **voorzitter**:

Als u dat kort kunt doen, uiteraard.

De heer **Hofman**:

Heel zeker. Eigenlijk heb ik dat al opgenomen in mijn tekst.

Dames en heren politici, dank voor uw uitnodiging. Ik zit hier als trotse voorzitter van het al in 1910 door tandarts Carl Witthaus in Rotterdam opgerichte Ivoren Kruis. Het is een niet-politieke instelling, geboren uit zorg voor de toestand van het gebit van kinderen en volwassenen. Die was heel slecht in die tijd.

Uit onderzoek dat vorige maand is gepubliceerd door het Erasmus MC Rotterdam blijkt dat jonge kinderen van allochtone afkomst tot wel vijf keer meer gaatjes hebben dan niet-allochtone kinderen. Eigenlijk zien wij weer wat terugkomen. Het Ivoren Kruis is een maatschappelijk geïnteresseerde vereniging die zich bezighoudt met preventie. Het Ivoren Kruis heeft een eigen academie met het doel tandartsen, mondhygiënist en preventieassistenten voorlichting te geven. Het Ivoren Kruis geeft daar ook training aan mensen die werken in verpleeginstellingen. Zij krijgen instructies van tandartsen of mondhygiënist opdat zij weten hoe zij de monden van de mensen in de instellingen moeten verzorgen. Wij hebben een eigen professor in de preventieve tandheelkunde, die wij ook betalen. Ik denk dat heel veel al in de position paper staat.

Gesteld wordt dat de belangrijkste oorzaak van de explosieve toename van gaatjes is dat de ouder een achterstand heeft in kennis over het ontstaan van gaatjes door slechte gebitsverzorging en een slecht voedingspatroon. Het is nu al zo erg dat per jaar bij 100 kinderen onder volledige narcose de mond wordt leeggehaald. De kosten van deze vreselijke ingreep zijn hoog. Deze kinderen zijn bovendien mondinvalide. Door duizenden kinderen wordt pijn geleden door gaatjes en door schoolverzuim en concentratieverlies op school zijn de prestaties slechter. Wij zien dat het aantal gaatjes ook bij niet-allochtone kinderen toeneemt omdat de ouders beiden werken en geen tijd meer hebben of nemen voor de begeleiding van hun kinderen. Cariës, gaatjes, is een lifestyleprobleem dat vrijwel geheel voorkomen kan worden door goede voorlichting, door begeleiding van de ouders en selectie van de risicogroepen. Ook dat is heel belangrijk.

Dit is de kern van ons programma Gewoon Gaaf. Dat is ook in de position paper te lezen. Dit programma wordt gesteund door CZ, een zorgverzekeraar met 1,5 miljoen verzekerden. VGZ heeft hieraan in haar position paper ook al steun gegeven. Wij hebben hierover gesproken met Hanke Bruins Slot, Pia Dijkstra en Hans Spekman, die dit ook ondersteunen. Helaas komen vele ouders niet met hun kinderen bij een mondverzorger vanaf het moment dat de kinderen zes maanden zijn en neemt cariës dus toe.

De Kamer heeft zeer verontrust gereageerd op het rapport van IGZ over de deplorabele mondgezondheid bij kwetsbare ouderen. Het Ivoren Kruis



wil de Kamer verzoeken om ook zo te reageren op de situatie bij de jeugd. Het Ivoren Kruis wil het trainingsprogramma «(h)Oud de mond gezond» structureel aanbieden aan alle verzorgers en instellingen voor zorg en thuiszorg. Voor de jeugd willen wij de consultatiebureaus benaderen opdat alle kinderen bij de mondverzorger komen en aan de voorlichting en begeleiding van ouders kan worden gewerkt. Ook willen we oppasinstellingen, crèches et cetera bereiken.

Ondertussen hebben we ook een eerstelijns-overleg ingesteld. In Hillegom, de plaats waar ik tandarts ben, komen alle eerstelijnszorgers – fysiotherapeuten, huisartsen, apothekers, de dominee, de wijkverpleegkundigen – eens in de zoveel tijd bij elkaar om het te hebben over dingen die hen aangaan en iets gemeenschappelijk hebben. De sociale wijkdienst heeft bijvoorbeeld voorgesteld om volgende maand overleg te voeren over de eenzaamheid bij ouderen en de zorg die zij eventueel nodig hebben.

Er is geen overkoepelend orgaan voor consultatiebureaus. Daar zouden politiek en VWS bij kunnen helpen als we het hebben over maatregelen, want elk gaatje is het gevolg van falende preventie. Cariës moet en kan in Nederland praktisch verdwijnen.

Waarde politiek, ik doe het volgende verzoek. Geef medewerking aan de beroepskolom. Doe dat niet door veranderingen aan te brengen in de bevoegdheden van een gedeelte van de beroepskolom met een algemene maatregel van bestuur die zijn schaduw al geruime tijd vooruitwierp en geleid heeft tot interne spanningen in de beroepskolom, want zodra er iets van buiten komt, ontstaan een aantal domeindiscussies.

De beroepskolom wil juist eendrachtigheid. Samen hebben we elkaar veel te hard nodig. Ik doe een oproep om niet met nieuwe dingen te komen maar gewoon datgene te doen waarmee we bezig zijn, maar wel als eenheid en met hulp van VWS en de politiek, om muren weg te halen en datgene te doen wat we met z'n allen moeten doen. Al in 2014 beloofde Minister Schippers bij het uitreiken van het predicaat «Koninklijk» aan de KNMT juist de beroepskolom «rust, reinheid en regelmaat». Ik houd haar aan die belofte.

Samenvattend. Het Ivoren Kruis doet een dringend verzoek aan de politiek om faciliterend met de beroepsgroep om te gaan en aan de voorkant met ons samen te werken aan het probleem, dus aan de preventieve kant, in plaats van aan de achterkant door meer mensen cariës te laten repareren. Vul het gat van kennis- en kundeachterstand van ouders en verzorgenden, niet door vullingenmateriaal maar door hen te begeleiden op het gebied van kennis.

**De voorzitter:**

Ik geef het woord aan de heer Trentelman, directeur van JTV Mondzorg voor kids en van Stichting Mondzorg voor Ouderen. Dat is een hele mond vol.

**De heer Trentelman:**

Ik zit ook in de mondzorg; dan heb je dat.

Dank voor de uitnodiging. U kent de inhoud van de position paper die ik heb neergelegd. Ik wil daarom graag iets anders aan u voorhouden.

«Goedemorgen, wat kan ik voor u doen?» Ik neem de warme lach graag in ontvangst en noem mijn naam. De baliemedewerker checkt de gegevens op haar scherm, ziet mijn afspraak en wijst me naar de wachtruimte. Die ziet er netjes uit, met frisse kleuren, een bankje en een mooie tafel met tijdschriften. Ik zie een boekje liggen. Het is een leuk sprookje over mondzorg, speciaal voor kinderen.

In de hoek hangt een monitor waarop de nodige informatie voorbyschuift: openingstijden, foto's van het team, de tarieven en nog veel meer. Mijn oog valt op een mededeling. «Graag uw aandacht voor de volgende activiteiten in de komende weken. Op 3 oktober is onze praktijk helaas gesloten. Het team heeft dan weer een periodiek behandelaarsoverleg

met aansluitend een intervisie.» Ik lees niet verder. Intervisie is mij bekend en ik vind het blijk geven van kwaliteit dat mijn praktijk eraan doet. Daarna staat er: «In de week daarop worden we bezocht in het kader van een interne audit.» Weer stop ik met lezen. Goed hoor, dat ze dat doen. Dan word ik opgehaald, nog geen drie minuten later dan afgesproken. Toch zegt de assistente, Heleen, zoals ik in een vluchtige blik op haar naambordje zie staan: «Excuses, mijnheer Trentelman, een patiënt voor u begreep ons voorstel voor zijn behandelplan nog niet volledig. Wij vinden dat belangrijk, dus hebben we ervoor gekozen dat plan op enkele punten toch nog even toe te lichten.» Uiteraard toon ik begrip. De behandelunits zien er netjes en schoon uit. Toevallig weet ik iets van de eisen, richtlijnen en protocollen. Het is duidelijk dat daar hier veel aandacht aan wordt besteed c.q. in wordt geïnvesteerd. Zo zijn de werkprocessen «schoon» en «vuil» netjes gescheiden. De medewerkers hebben praktijkschoenen aan, een mondkapje op en handschoenen aan. In de sterilisatiekamer zie ik enkele instructies helder in een geplastificeerd systeem aan de muur hangen. De ruimte is aangenaam koel en er hangt een goede sfeer.

De mondhygiëniste met wie ik een afspraak heb, schud mij de hand en stelt zich voor. Ik neem plaats in de behandelstoel en laat de rust over mij neerkomen, benieuwd of ze ook deze keer weer adviezen geeft om mijn mondzorg nog beter te krijgen. Ze neemt er altijd ruim de tijd voor. Na enkele minuten stelt ze gemotiveerd voor deze keer toch een röntgenfoto te laten maken. Zeker na haar uitleg stem ik, tegen de achtergrond van het in jaren opgebouwde vertrouwen, meteen toe. Na de foto verexcuseert zij zich even. Zij wil haar interpretatie van de foto toch nog even afstemmen met een aanwezige tandarts. Kijk, hier zit nu het verschil met een aantal jaren geleden, stel ik tevreden vast. Even later laat ze me zien wat ze op de röntgenfoto zag en waarom zij daarover even collegiaal overleg wilde plegen.

De afspraak loopt ten einde. Precies op tijd. Ik word vriendelijk gegroet en zie bij het weglopen dat de assistente is gestart met het reinigen van de unit en dat mijn mondhygiëniste mijn patiëntdossier volledig bijwerkt. Overigens een geheel nieuw systeem, kreeg ik bij mijn vorige bezoek te horen, waarmee een boost werd gegeven aan meer doelmatige en kwalitatief goede mondzorg in de keten. Bij het verlaten van de praktijk bots ik bijna tegen de postbode op. In een flits zie ik een logo op een grote envelop: Samenwerkende Mondzorgkoepels. Met een lach loop ik verder. Hoe anders was het een aantal jaren geleden. Toen leken mondzorgkoepels en verenigingen in soms bijna onderlinge gevechten meer energie en tijd te besteden aan het beschermen van de eigen status en positie – niet zelden ook de financieel-economische belangen – dan aan het samen voor de patiënt en diens kwaliteit van mondzorg gaan. Gelukkig is die tijd voorbij.

Ik wens u voor vandaag veel informatie en voor de komende tijd wijsheid toe. Gericht op de toekomst van de mondzorg, draait u straks aan de knoppen: die van taakherschikking, natuurlijk onder één dak en de randvoorwaarde van eenzelfde patiëntdossier is zeker een belangrijke factor.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik kijk naar de Kamerleden. Zij hebben de gelegenheid om twee vragen te stellen. Het woord is allereerst aan mevrouw Bruins Slot.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Voorzitter. Ik wil wederom de genodigden hartelijk bedanken voor hun heldere inbreng en een aantal zaken die zij neerleggen. Ik wil deze keer een vraag stellen over het belang van preventie en mondzorg bij kinderen. De cijfers die onlangs naar buiten zijn gekomen, zijn inderdaad heel heftig. Een allochtone jongere heeft vijf keer zo veel kans op een gaatje. Ik kom

even terug op de ingediende papers. Zowel de heer Hofman als de heer Trentelman heeft een bepaalde lijn om met oplossingen te komen. Ik wil de heer Hofman vragen om te reflecteren op de opmerking van de Trentelman in zijn paper dat de Gewoon Gaaf-methode voor kinderen met een lage SES uiteindelijk niet zal helpen, omdat de ouderparticipatie vaak ontbreekt. Ik vraag de heer Trentelman of hij kan toelichten welke oplossingen hij ziet om er uiteindelijk toch voor te zorgen dat de jeugd een beter gebit krijgt.

Ik heb verder nog een korte vraag over ouderen en hun mondzorg. Ik heb het dan niet alleen over de kwetsbare ouderen, want voor iedere oudere is mondzorg van belang. In de vorige ronde werd er een pleidooi gehouden voor het doen van goed onderzoek teneinde een beter inzicht te krijgen in het oplossen van de problematiek. Ik wil de heer Benedictus en mevrouw Vanderkaa vragen hoe zij daartegen aankijken. Ik hoorde in hun oplossingen heel veel het woord «doen», maar hiervoor werd aangegeven dat er ook echt meer onderzoek moet worden gedaan. Ik hoor graag een toelichting daarop.

**De voorzitter:**

We doen eerst even het rondje van de Kamer. Ik verzoek de genodigden om mee te schrijven.

**De heer Rutte (VVD):**

Voorzitter. Ook ik spreek opnieuw heel veel dank uit aan iedereen die hier op deze maandag gekomen is. Daaruit blijkt dat er een enorme betrokkenheid is bij het belangrijke onderwerp mondzorg. Dat stemt mij vrolijk. De heer Trentelman zei impliciet dat de partijen binnen de mondzorg elkaar nog weleens in de haren kunnen vliegen. Dat is helaas waar. Tegelijkertijd zie je echter een enorme gemeenschappelijkheid als het gaat om de betrokkenheid richting de patiënt. Er ligt volgens mij ook ergens wel een wens om hieruit te gaan komen. Daarover gaat in eerste instantie mijn vraag. Het is een belangrijke vraag die ik ook al in een iets andere format heb gesteld. Een van de grote problemen in de mondzorg lijkt toch wel te zijn dat niet duidelijk is hoe we kwaliteit definiëren. Dat is heel anders dan in veel andere delen van de curatieve zorg. Het lijkt wel haast of men in de mondzorg accepteert dat je dat niet kunt definiëren, terwijl dat bijvoorbeeld in de medischspecialistenzorg steeds vaker wel lukt. Daarin spelen medische beroepsverenigingen, soms zorgverzekeraars en ook patiëntenverenigingen een grote rol. Mijn vraag is – de handschoen mag worden opgepakt door wie dat maar wil – wat er nodig is om uit deze impasse in de mondzorg te komen zodat partijen echt gemeenschappelijk aan de slag gaan met goede kwaliteitsrichtlijnen en zich daar ook aan houden. Dan kunnen we daarna wel bekijken wie de taken vervolgens het beste kan uitvoeren. Ik vind het een tekortkoming dat dit nu niet zo is. Mijn tweede vraag sluit hierop aan. Net kwam aan de orde dat de mondzorg een onderdeel is van de gehele zorgketen. Een goede kwaliteit van zorg in de mond zegt echt iets over de gezondheid van de patiënt. Ik hoor heel graag, wat mij betreft van mevrouw Julien, de heer Ter Bogt en de heer Starrenburg, hoe we dit kunnen vastpakken. De heer Starrenburg en mevrouw Julien kijken in de mond. Wat ziet u daar? Wat zouden we concreet kunnen doen? De heer Ter Bogt sprak over de opleidingen. Wat zou er in de opleiding moeten gebeuren om deze connectie beter te kunnen maken?

**De voorzitter:**

Zelf heb ik ook twee vragen. De eerste vraag gaat over de capaciteit. Aan mevrouw Julien stel ik de vraag of er genoeg mondhygiënisten in Nederland zijn. Dezelfde vraag geldt voor het aantal tandartsen. Hierover is namelijk een discussie gaande. De tegenstanders van taakherschikking zeggen dat deze taakherschikking door financiële redenen is ingegeven.

De vraag is of dat zo is of dat er ook een nadrukkelijk capaciteitsprobleem is bij mondhygiënisten dan wel tandartsen. Ik kijk hierbij ook de heer Ter Bogt aan, die met een particuliere oplossing kwam. Daarbij rijst voor mij wel de volgende vraag. Onderwijs is opgezet vanuit het publieke belang. Is dit dan wel een goede oplossing? Die vraag leg ik in het midden. Mijn tweede vraag is vooral gericht aan de patiëntenfederatie. Als je mensen vraagt door wie zij hun tanden willen laten bekijken, dan willen zij het liefste een tandarts. Dat blijkt uit enquêtes. Pleit u daar ook voor of vindt u dat het gaat om goede zorg, waarbij de tandarts niet het eerste aanspreekpunt hoeft te zijn? Dit was namelijk een opmerkelijk verschil tussen uw betoog en datgene wat ik teruglees in enquêteresultaten. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Julien om de vragen te beantwoorden die haar regardenen.

**Mevrouw Julien:**

Er zijn een heleboel vragen gesteld. Ik denk dat ik het beste kan ingaan op de vraag of er genoeg capaciteit is en of er genoeg mondhygiënisten zijn. Ik kan die vraag niet adequaat beantwoorden. Het Capaciteitsorgaan zou deze vraag moeten kunnen beantwoorden op basis van cijfers. Ik heb er wel een gevoel bij, mede gestoeld op mijn ervaring. Bij MondClinic leveren wij preventie: primaire preventie, dus het voorkomen van ziekten en afwijkingen, secundaire preventie, waarbij we zo vroeg mogelijk ingrijpen, en tertiaire preventie, om te herstellen of erger te voorkomen. Met deze drie vormen van preventie proberen wij een slag te maken van curatie naar preventie.

Dat betekent het volgende. Als je zoals wij een praktijk hebt waarin één tandarts één dag in de week aanwezig is – meer uren zijn niet noodzakelijk – dan moet je de zaken goed vastleggen. Dat hebben wij gedaan, zowel in onze eigen omgeving als regionaal. We hebben de zaken goed besproken met de dienstdoende tandartsen, waarna dit in 2009 met veel goodwill tot stand is gekomen. In deze praktijk is er maar één tandarts aanwezig, terwijl acht mondhygiënisten het werk kunnen verrichten. Een groot deel van het werk zit in het primaire en secundaire gedeelte, en een klein deel zit in het tertiaire gedeelte. Als er sprake is van cariës, moet er door de mondhygiënist ingegrepen kunnen worden. Dat is geen enkel probleem op de dag dat de tandarts er is, omdat we daarvoor in goed overleg met elkaar een protocol hebben gemaakt. Een aantal van die taken kunnen we ook in afwezigheid van de tandarts prima uitvoeren, zoals het behandelen van primaire cariës. Maar het maken van een röntgenfoto op een dag dat de tandarts er niet is, levert per definitie problemen op. Dat is dus lastig. Tegelijkertijd ervaar ik dat niet alleen bij de tertiaire preventie van cariës, maar ook bij het behandelen van tandvleesproblemen. Als er bij een patiënt sprake is van parodontitis en hij door een externe partij naar de MondClinic is verwezen, heb je goede diagnostiek nodig, maar die ontberen wij. Als je vervolgens de tandartspraktijk belt en er daar geen foto aanwezig is van dat bewuste element, zou het toch fijn zijn als we die foto ter plekke kunnen maken en kunnen gebruiken? In het digitale tijdperk is het uiteraard geen enkel probleem om die foto uiteindelijk ook weer naar de tandarts te sturen.

Ik ervaar nu veel belemmeringen in het leveren van goede zorg. In mijn ogen zou het doorvoeren van deze taakherschikkingsagenda – en wat mij betreft zorgherschikkingsagenda – uiteindelijk ook kunnen leiden tot het opleiden van meer mondhygiënisten. Als je nu voor preventie zorgt, levert dat in de toekomst – bijvoorbeeld over 50 jaar – een groot voordeel op. Dat betekent dat je een toekomstvisie moet hebben, een ambitie om op lange termijn met elkaar na te denken. Ik kan niet concreet zeggen om hoeveel meer mondhygiënisten of om hoeveel meer tandartsen het gaat; dat zou het Capaciteitsorgaan moeten doen. Maar mijn gevoel zegt – en de praktijk wijst dat bij mij ook uit – dat als we de belemmeringen zouden kunnen wegnemen, we betere zorg kunnen leveren in het preventieve

gedeelte: de primaire, de secundaire en de tertiaire preventie. Ik hoop dat ik hiermee voldoende antwoord heb gegeven op de vraag.

**De voorzitter:**

Ik grijp even in, want we hebben nog een kleine twintig minuten. Laten we dus proberen om kort en bondig te antwoorden, want er is nog een hele keur aan mensen die willen reageren.

Mevrouw Julien, u gaat zelf over uw antwoorden. Indien een antwoord niet voldoende is, hoort u dat vanzelf. Was dat uw bijdrage voor dit moment?

**Mevrouw Julien:**

Voor dit moment wel.

**De voorzitter:**

Dan verzoek ik u uw microfoon uit te zetten. Ik geef het woord aan de heer Ter Bogt. Mijnheer Ter Bogt, als u uw microfoon weer aan wilt zetten, zou dat helpen.

**De heer Ter Bogt:**

Ik wil allereerst zeggen dat wij een fantastisch beroep hebben, want wij kunnen mensen weer zelfvertrouwen geven. Ik heb dat nog niet gehoord vandaag, maar dat is wel een heel mooie kant van dit vak. Het is heel belangrijk om mensen weer een stralende lach en zelfvertrouwen te kunnen geven. Het woord «vertrouwen» is superbelangrijk voor een patiënt; dat weet iedereen die hier aanwezig is. Een patiënt stelt vertrouwen in zijn behandelaar. Dat moet ook, want dat is essentieel. Ik zie wel tendensen. We zijn bezig om buitenlandse tandartsen voor de Nederlandse markt te werven en te prepareren, om het zo maar even te zeggen. Dat gaat niet zomaar, want daar zitten veel haken en ogen aan. Ik heb in mijn voorwoord reeds gezegd dat wij een intensief traject volgen om buitenlandse tandartsen goed aangepast aan de Nederlandse samenleving te kunnen laten werken. Maar we zien helaas dat dat lang niet overal gebeurt. Het brengt zo veel problemen met zich mee, dat het geen duurzame oplossing kan zijn. Ik geloof daar niet in en ook de feiten wijzen niet die kant uit. Vandaar dat ik een pleidooi houd voor een andere oplossing. Ik vind het prima als de overheid nog een universiteit wil openen, maar er moeten meer tandartsen bij komen. We hebben gezien dat deze oplossing er reeds is in Europa, dus waarom niet ook in Nederland? We leven tenslotte in Europa. Er is nog geen sprake van een nextit, dus tot die tijd kunnen we ons hiervoor inspannen, althans dat vind ik. We hebben kennis opgedaan. We gaan niet op ons gevoel af, maar we doen kennis op. We zien tendensen. Een daarvan is dat het zorgbloed verdwijnt uit de zorgverlening, in ieder geval binnen de tandheelkunde. Ik hoor echter dat dit ook voor andere gebieden geldt. Wij willen ons hard voor maken voor de terugkeer van het zorgbloed. Dat doen we nu al. Wij willen ons daar hard voor blijven maken, eventueel op deze wijze. Hiermee heb ik de dingen die er spelen en de mogelijke oplossingen genoemd. Ik weet niet of ik hiermee voldoende antwoord heb gegeven.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mijnheer Ter Bogt. Ik vraag u om de microfoon weer uit te zetten, zodat ik het woord kan geven aan de heer Starrenburg.

**De heer Starrenburg:**

Ik ben het volledig eens met de vorige spreker. Ik heb begrepen dat een van de vragen was hoe je de kwaliteit van de tandheelkundige zorg kunt controleren. De kwaliteit controleren via de patiënt is helaas niet mogelijk, want een aardige tandarts is in zijn ogen vaak ook een heel goede tandarts. De mondzorg in Nederland krijgt het cijfer 8, maar dat is dan de

beoordeling van de patiënt. Dat is wel prettig, maar de kwaliteit is zo niet controleerbaar. KiMo is het instituut dat uiteindelijk de criteria voor de kwaliteit gaat vastleggen.

Wij zijn vertegenwoordigers van de eerste lijn. Ik ben een echte practicus. Ik heb mij altijd afgevraagd waarom we niet meer kijken naar duurzaamheid. Als ik in mijn praktijk een goede vulling leg, dan ben ik daar enige tijd mee bezig. Ik heb een verwijspraktijk. Veel mensen van andere praktijken komen bij mij terecht met problemen. Ik vraag mij weleens af: wie is hier bezig geweest? Ik wil mijn collega's niet zwartmaken, maar ik weet dat er collega's zijn die twee vullingen leggen in de tijd dat ik er één leg. Maar de vraag is hoelang die vulling van mij meegaat en hoelang die vulling van die collega meegaat. Ik krijg er geld voor, maar die collega krijgt er twee keer geld voor. Die collega mag over twee jaar of over drie jaar weer vullingen leggen, maar mijn vulling ligt er nog steeds. Kwaliteit kun je dus ook relateren aan de duurzaamheid van een vulling. Als je in een zo gecomputeriseerde wereld zit dat zowat alle data bekend zijn, is het mogelijk om te bekijken en te registreren in welk vlakje in welke kies wij een vulling gelegd hebben. Als we na vier jaar hetzelfde willen doen, dan moet er toch wel degelijk een goede uitleg zijn, wil dat worden vergoed. Dat is bezuinigen en kwaliteit ineen. Volgens mij moet dat mogelijk zijn.

**Mevrouw Vanderkaa:**

Ik wil graag ingaan op de vraag naar de noodzaak van onderzoek, in aansluiting op wat de heer Starrenburg zegt. Als het gaat om de kwaliteit die wordt geleverd, is onderzoek zeker van belang. Ik denk dat de heer Benedictus daar nog verder op zal ingaan.

Er is gevraagd of er überhaupt sprake is van een probleem ten aanzien van de mondzorg bij ouderen. We weten dat er een probleem is. Ik haal onder andere het onderzoek aan van tandarts Hoeksema. Hij heeft vrij recentelijk onderzocht hoe nieuwe bewoners in een verpleeghuis eraan toe zijn wat betreft de mondzorg. Het blijkt dat er bij 80% van de nieuwe bewoners sprake is van een zeer serieus probleem op het gebied van mondgezondheid. Dat zegt heel veel over de kwaliteit van de mondzorg voor thuiswonende ouderen. Ik zeg dat in de wetenschap dat het aantal thuiswonende ouderen snel toeneemt en steeds meer ouderen eigen gebitselementen hebben met alle consequenties van dien. Ik denk al met al dat er geen extra onderzoek nodig is naar de noodzaak om de mondzorg voor ouderen te verbeteren.

**De heer Benedictus:**

Ik haak in op het laatste punt. In het rapport van de Gezondheidsraad uit 2012 is geconstateerd dat allerlei onderzoek aan de academie gedaan sterk vertraagd in de mondzorgpraktijk zijn weg weet te vinden. Ik denk dat dat een serieus probleem is voor de mondzorg. Eerder, rond het experiment vrije prijsvorming mondzorg, heeft de patiëntenfederatie aangegeven dat het too little too late was. Dat sloeg op het feit dat de informatie over kwaliteit in de mondzorgkwaliteit maar moeizaam doorkwam. We hebben die informatie echter echt nodig. Zonet werd door een spreker naast mij naar voren gebracht dat haar vulling beter zou zijn dan die van een ander. Prima, maar wij willen dat als patiënten ook kunnen zien. We moeten zorgen voor systemen waarmee we dat goed met elkaar kunnen vergelijken. Dat is naar mijn idee voor de hele sector een prikkel om de mondzorg naar een hoger level te trekken. Ik ben het overigens met iedereen eens die zegt dat de mondzorg in Nederland niet belabberd is. Als je een acht scoort of als 90% goede mondzorg levert, dan doet nog altijd 10%, 15%, 20% dat niet en dat is onaanvaardbaar. Daar kunnen we echt nog een wel een tandje bijzetten om het te kunnen opschakelen en te versnellen.

Het KiMo is – het is al een paar keer gememoreerd – een goede stap, maar ook dat had veel voeten in de aarde. Op dit moment levert het KiMo nog



steeds niet en ik zou daarom alle betrokkenen willen oproepen om een versnelling teweeg te brengen. Dat hebben we echt nodig, opdat wat in de academie is ontwikkeld, sneller naar de praktijk komt en sneller in richtlijnen wordt vertaald. Die richtlijnen moeten verder ook worden voorzien van indicatoren om het transparant te maken. Dat moeten we versnellen. De heer Rutte vroeg: wat als dat niet lukt? Wat zouden we dan nog kunnen doen? Ik denk dat we dan toch echt de doorzettingsmacht van een zorginstituut nodig hebben om het te realiseren.

**De voorzitter:**

Er ligt nog een vraag van mij over de taakherschikking en de perceptie van de patiënt.

**De heer Benedictus:**

Op pagina 53 staan de uitkomsten van onze enquête; het is al vaker aangehaald. Daar hebben we aangegeven dat een grote meerderheid kiest voor de tandarts, maar degenen die het rapport wat uitgebreider hebben gelezen, hebben op pagina 52 kunnen zien dat diegenen die ervaring hebben met de verplaatsing van zorg, hierover vaker positief oordelen. De zorg voor de diabetespatiënten is net als die voor longpatiënten van de tweede naar de eerste lijn gegaan en daar hebben we ook gezien dat een dergelijke verandering tijd en een goede implementatie vergt. Dat is nou net het punt waarmee wij als patiëntenfederatie worstelen. Wij zien een soort domeinstrijd en discussie over vragen als: is de mondhygiëniste voldoende opgeleid om de diagnose te kunnen stellen? Daardoor ontstaat er toch enige twijfel bij ons. We zeggen dan ook dat er breder experiment zou moeten komen.

Misschien is er wel meer mogelijk binnen die samenwerking. Laten we dat nou eens met z'n allen goed bekijken en uit die ruzieachtige sfeer komen. Op die manier kun je de juiste stappen zetten en dat lijkt ons een betere keuze dan nu heel eendimensionaal kiezen voor wel of geen taakherschikking op dit moment. Wij denken dat de tijd er op dit moment nog niet helemaal rijp voor is, maar zijn er tegelijkertijd wel van overtuigd dat er meer gedeeld en meer samengewerkt kan en moet worden. Maar goed, dat vergt dan wel ietsjes meer tijd en ietsjes meer begeleiding.

**De voorzitter:**

Mevrouw Julien, u mag hierop reageren maar met het oog op de tijd vraag ik u wel om dat scherp en kort te doen.

**Mevrouw Julien:**

Eerlijk gezegd herken ik mij niet in wat de heer Benedictus nu vertelt. Wij herkennen niet de domeinstrijd waarover nu wordt gesproken, maar wij hebben wel de behoefte om het nog beter te regelen. In die zin denk ik dat wij het bij ons in Rotterdam en omstreken regionaal zo goed geregeld hebben dat het misschien als voorbeeld zou kunnen dienen voor andere regio's.

**De heer Benedictus:**

Wij pleiten ook voor een proeftuin, voor een gebied dat we eens wat beter bekijken. Er zullen best goede voorbeelden zijn, good practices. Die moeten we zien op te schalen. Ik kan mij toch niet aan de indruk onttrekken dat de partijen op dit thema tegenover elkaar staan. Dat beeld en dat rumoer is voor patiënten niet prettig. Die willen rust en duidelijkheid. Er zijn meer voorbeelden genoemd. Ik zag ook dat de mondzorgkoepels samenwerkingsverbanden kennen. Ik zou dat beter in beeld willen krijgen, misschien als opstap naar verdere samenwerking. Of het dan taakherschikking of taakdelegatie heet, is misschien vooral semantiek op dat moment.



**Mevrouw Julien:**  
U bedoelt zorgerschikking.

**De voorzitter:**  
Goed. De punten zijn gemaakt. Ik ga naar de heer Hofman.

**De heer Hofman:**  
Op de vraag van mevrouw Bruins Slot: Gewoon Gaaf is ontwikkeld door het echtpaar Christiansen in Nexø, in Denemarken. Zij hebben er uitgebreid onderzoek naar gedaan hoe je cariës kunt verminderen. Na jarenlang onderzoek is gebleken dat de goede manier van benaderen onder andere een motivational interview omvat, het scoren van de behoefte aan voorlichting, het scoren van de behoefte aan samenwerking en het kind eerder terug laten komen wanneer er risico wordt gezien. Uit uitgebreid onderzoek is gebleken dat dit leidt tot een cariësreductie van 70%. Erik Vermaire heeft een proefschrift geschreven en gepubliceerd waarin hij heeft aangetoond dat ook in Nederland, in Den Bosch, 70% cariësreductie kan worden behaald met deze methode. Ik denk eerlijk gezegd dat wij dat nu hebben aangepakt door een stappenplan te introduceren. Daarbij wordt de intake genoteerd, met indices. Na een jaar worden weer de indices genoteerd en daarmee kun je ook wetenschappelijk aantonen of het wel of niet werkt. Het is een zeer uitgebreid onderzochte, innovatieve methode en wij hebben daar heel veel steun voor gekregen. Tot zover Gewoon Gaaf. Er is gebleken dat er in de afgelopen jaren met deze voorliggende maatregel wel degelijk een domeindiscussie heeft plaatsgevonden, wat de oprichting van het KiMo heel erg heeft gefrustreerd. Het vak zit heel erg te wachten op een instituut dat richtlijnen vaststelt, en ook de buitenwereld zit daarop te wachten. Klaarblijkelijk heeft ook de FTWV, de Federatie van Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen, stelling genomen en ervoor gekozen om alles te laten zoals het is en niet mee te gaan in de voorgestelde algemene maatregel van bestuur. Dat is heel belangrijk, want als de beroepsgroep op deze manier eenduidig een keuze maakt en ook daarna als één kolom gaat overleggen hoe dat goed gedaan kan worden, in plaats van weer met een nieuwe maatregel geconfronteerd te worden, dan kunnen we volgens mij veel meer soelaas bieden aan wie dan ook. Dan kunnen ook onze wetenschappelijke ontwikkeling en ons kennisinstituut KiMo eindelijk goed van de grond komen. Capaciteit: wij denken in preventie. Ivoren Kruis is heel erg gebaat bij preventie. Wij vinden dat 1 ons preventie veel beter is dan 20 kilo curatie. Als je mensen die opgeleid zijn om aan preventie en aan voorlichting te doen, curatief gaat inzetten, vraag ik mij af of je dan wel goed bezig bent. Wij hebben die mensen heel hard nodig. Wij hebben elkaar heel hard nodig om mensen uit te leggen dat ze hun mond goed moeten verzorgen. Er komt nu een heleboel jeugd aan met een slecht gebit. De vraag was hoe we die gaan helpen. Als die mensen niet bij de tandarts komen, dan kunnen we ze ook niet helpen, ook niet middels Gewoon Gaaf. We vragen dus aan de politiek om ons er alstublieft bij te helpen, die mensen wel naar de mondverzorgers te krijgen, ongeacht of dat de tandarts of de mondhygiënist is. We moeten het samen doen en we willen geen domeindiscussies. We hebben elkaar veel te hard nodig.

**De voorzitter:**  
Mevrouw Julien, u kunt in één zin hierop reageren.

**Mevrouw Julien:**  
Mijn praktijk zit in Rotterdam in een wijk met een lage SES en ligt tegen de grens aan van een wijk met een hoge SES. Dat betekent een gemixt publiek, zeker op het gebied van de tertiaire preventie. Het Gewoon Gaaf-model hebben wij getransformeerd naar een benadering op basis

van cariësrisico. Gewoon Gaaf werkt prima, ook bij de kinderen met een lage SES, maar het vraagt wel een veel hogere terugkomfrequentie. De investering in preventie is hoger. Het is heel fijn dat je binnen de tertiaire preventie de caviteit kunt behandelen en het geheel gelijk kan inbedden in de primaire preventie. Dus niet de caviteit behandelen en de patiënt wegsturen, maar terugvallen op de primaire preventie. Dit maakt ook duidelijk waarom de tertiaire preventie bij de mondhygiënist thuishoort.

**De voorzitter:**

Dank voor de aanvulling. Tot slot staat de heer Trentelman in de schijnwerpers.

**De heer Trentelman:**

Leuk dat ik een paar afsluitende statements mag maken.

**De voorzitter:**

U hebt een minuut of drie, dus ik waarschuw u alvast.

**De heer Trentelman:**

Daar kom ik ruim mee uit.

Is taakherschikking ingegeven door financiële redenen? Volgens mij niet. Ik denk dat een aantal beroepsverenigingen of koepels dat wil doen geloven, maar dat is geenszins het geval. Daar ben ik van overtuigd. Het gaat uitsluitend om de kwaliteit van de zorg, mits de professional zelf het vertrekpunt is.

Dan een toelichting op mijn kritiek. Die kritiek was niet alomvattend. Het programma van Ivoren Kruis heeft nu de titel Gewoon Gaaf gekregen. Het principe is door Vermaire van de jeugdtandzorg in Den Bosch opgepakt. Gewoon Gaaf zijn slechts woorden. Het is een goed programma maar het bereikt een groot deel van de doelgroep niet. Dat zien wij ook in Rotterdam. Volgens mij werd dit zojuist ook gezegd. Gewoon Gaaf bereikt het witte kind in de witte wijk.

**Mevrouw Julien:**

Het bereikt ook het donkere kind, maar de frequentie moet hoger zijn.

**De heer Trentelman:**

Ik chargeer. We kunnen nuances aanbrengen, maar de kern van het verhaal is dat met name het witte kind wordt bereikt en niet de kinderen met een achterstand in grote steden en grootstedelijke gebieden. Dat blijkt uit het onderzoek. Dat zijn de kinderen die veelal niet terugkomen in het preventieprogramma dat erop aansluit, maar dit terzijde.

Wat is wel nodig? We moeten de ouders bereiken. De kinderen moeten bereikt worden door de professional aan de stoel: een goed gesprek, goede voorlichting, preventie en alles wat erbij hoort. Of het nu gebeurt in de vorm van een mondzorgspreekje – ik heb daar even aan gerefereerd – of met een digitaal lespakket dat wij bijvoorbeeld vanaf oktober kosteloos aan basisscholen ter beschikking stellen of direct aan de stoel, het is allemaal belangrijk. Het begint bij de professional, vanuit het hart, vanuit zijn of haar deskundigheid. Het gebeurt niet door enorme opleidingsinstituten of met enorme programma's. Ik geloof er niet in. Het begint gewoon aan de stoel.

Wat is er meer nodig? Laat de professional zijn werk doen. Laat de professional doen waar hij of zij goed in is en waarvoor hij of zij de kwalificaties heeft. Ik opteer voor het verhaal rondom de taakherschikking. Daarmee heb ik de vragen beantwoord. Ik wil nog iets toevoegen over mondzorg bij kwetsbare ouderen. Ik pleit voor een haal- en brengvergoeding, even los van de discussie over de basiszorg. We zijn er een tijdje geleden mee begonnen en wij hebben onze praktijken daar speciaal op ingericht. De grootste belemmering voor ouderen die ons bellen met het

verzoek om mondzorg is het vervoer van en naar de praktijk. Veelal is familie of mantelzorg niet in staat die mensen te brengen en te halen en zijn de ouderen zelf niet bij machte om de kosten van het vervoer te dragen, zeker niet als dat via een welzijnsinstelling wordt gedaan. Het zijn maar kleine bijdragen, maar zelfs die zijn een belemmering. Ik houd een pleidooi om daar iets voor te regelen.

**De voorzitter:**

Mijnheer Ter Borgt, u wilt reageren, maar we zijn helaas door de tijd heen. Uw opmerking zal ongetwijfeld weer nieuwe opmerkingen oproepen. Zo gaat dat nu eenmaal. We moeten het hierbij laten. Als u naar aanleiding van deze sessie op briljante ideeën komt, horen wij die graag. Die wachten wij af.

Ik dank een ieder voor de inbreng. Om 13.15 uur gaan wij verder met het derde blok met toezichthouders en financiers.

De vergadering wordt van 12.37 uur tot 13.15 uur geschorst.

**Blok 3: Toezichthouders/financiers**

Gesprek met:

- De heer N. Plug, directeur Publieke Gezondheid (DPG) van Hollands Noorden, VNG/GGD
- Mevrouw S. Sari, specialist BIG-register CIBG
- De heer L.R. Kooij, voorzitter Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV)
- De heer I. van Dijk, lid raad van bestuur ONVZ
- Mevrouw M. van Dongen, afdelingsmanager Zorginkoop Integrale en Generieke Zorg VGZ
- De heer J.R. van Diermen, hoofd producten en mondzorg Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- Mevrouw M.J. Kaljouw, voorzitter raad van bestuur Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Mevrouw A.A. Schuller, TNO

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Ik heet iedereen welkom terug. De publieke tribune is weer goed gevuld. Ik heet ook de nieuwe groep sprekers welkom. Ik tel in totaal 26 sprekers voor deze rondetafel. Dat is bijna een record.

Bij de eerste twee blokken ging het heel goed, dus de verwachtingen bij dit derde blok, dat ook als toetje van deze rondetafel kan worden beschouwd, zijn buitengewoon hooggespannen. U hebt ons een paper toegestuurd. U krijgt nog twee minuten om wat accenten te leggen. Als u zich daar ongeveer aan houdt, zal ik niet te streng zijn. Daarna krijgt de Kamer de gelegenheid om vragen te stellen.

Aanwezig zijn mevrouw Bruins Slot van het CDA, de heer Arno Rutte van de VVD en ikzelf, de heer Van Gerven van de SP. Er zijn een aantal afzeggingen: mevrouw Dijkstra van D66, mevrouw Wolbert van de Partij van de Arbeid en de heer Krol van 50PLUS. Uiteraard wordt er wel meegelusterd, want dit debat wordt live uitgezonden.

**De heer Plug:**

Voorzitter. Dank u voor de uitnodiging. Misschien is het goed om even te zeggen hoe ik hier zit. Ik ben directeur publieke gezondheid van een GGD, maar ik zit hier vandaag namens GGD GHOR Nederland, alle GGD's in Nederland. Ik zit hier ook namens de VNG, die ons gevraagd heeft om dat te doen. De gemeenten zijn de uitvoerders van de publieke gezondheidszorg in Nederland, in medebewind met VWS. Op die manier zijn we samen stelselverantwoordelijk voor de publieke gezondheid in Nederland.

Ik maak een paar inhoudelijke opmerkingen. Wij zijn er ook van overtuigd dat het niet goed gaat met de gebitten van Nederland. Wij zijn met name bezorgd over de kindergebitten, de gebitten van kwetsbare ouderen en met name ook de gebitten van kinderen uit gezinnen met een lage SES (sociaal-economische status). In de vorige sessies is inhoudelijk voldoende aan de orde geweest dat dit effecten heeft die verdergaan dan alleen de mondgezondheid en ook de algemene gezondheid van kinderen en ouderen raken. Daarmee is het belang van een effectieve aanpak voldoende duidelijk gemaakt.

De formele positie van de gemeenten en GGD Nederland is dat wij via de Wet publieke gezondheid een taak hebben in de preventie op het gebied van algemene gezondheidszorg. Wij doen dat met name via jeugdgezondheidszorg, maar ook via andere taken. Er moet stevig worden ingezet op de lijn van preventie. Dat gebeurt ook op heel veel plekken in Nederland, maar het kan wellicht nog beter, wellicht ook door de samenwerking met andere partijen te versterken. Ik denk aan de zorgverzekeraars, die vandaag ook aan tafel zitten. Ik denk ook aan het onderwijs, aan publieks-campagnes en aan andere manieren om dit probleem op een goede manier te agenderen en aan te pakken.

Het is deze week de Week van de Opvoeding. Daarom maak ik ook een enkele opmerking over opvoedvaardigheden. Wij geloven als GGD Nederland dat het vooral gaat om het versterken van generieke vaardigheden bij ouders. Je moet niet voor elk probleem een nieuw project opstarten, maar vooral bekijken hoe je de opvoedvaardigheden van ouders kunt versterken. Inmiddels is bewezen dat er cariës onder kinderen minder voorkomt naarmate ouders een positievere opvoedstijl hebben. Wij geloven dus dat dit niet via losse projecten moet, maar via een duurzame oplossing en duurzame aandacht, daarbij vooral gebruikmakend van de bestaande instituties.

Daar houd ik het even bij.

**Mevrouw Sari:**

Voorzitter. Het CIBG is als registerautoriteit verantwoordelijk voor het registreren en herregistreren van onder andere het artikel 3-beroep tandarts in de Wet BIG. Het BIG-register is een belangrijk instrument van de Wet BIG. Het doel van de Wet BIG is het beschermen van patiënten tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen van zorgverleners. Zorgverleners met een artikel 3-beroep in de Wet BIG zijn verplicht zich te registreren in het BIG-register om de desbetreffende beroepstitel te mogen voeren.

De zorgverlener, die in het BIG-register staat ingeschreven, maakt zich kenbaar als deskundige op zijn gebied en mag zelfstandig voorbehouden handelingen uitoefenen. Patiënten die het BIG-register raadplegen vertrouwen op de deskundigheid van de zorgverlener in het register. Met de invoering van herregistratie wordt deze deskundigheid beter gewaarborgd. Zoals de Minister in haar reactie op de evaluatie van de Wet BIG op 2 december 2014 heeft aangegeven, is zij aan het verkennen hoe de eisen voor herregistratie kunnen worden uitgebreid. Hierover zal zij volgend jaar een wetsvoorstel aanbieden aan de Tweede Kamer. Een belangrijk aspect dat de kwaliteit van de zorg zal dienen, is de mogelijke invoering van verplichte deskundigheidsbevordering als aanvullende voorwaarde voor herregistratie.

Zoals aan uw Kamer door de Minister is gecommuniceerd, verkent de Minister ook of zij een register kan instellen voor artikel 36a-(experimenteer-)beroepen. Uw Kamer ontvangt hierover ook dit jaar nog een wetsvoorstel. Bij wijze van experiment zullen mondhygiënist dan tijdelijk de bevoegdheid krijgen om zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten. Als dit wetsvoorstel in werking treedt, zal het CIBG – net als voor de artikel 3-beroepen – de verantwoordelijkheid dragen voor de zorgvuldige registratie, publicatie en actuele online raadpleegbaarheid

van mondhygiënist. Het CIBG zal zowel in de openbare registratie als in de woordvoering naar de burger het onderscheid tussen een artikel 3- en een artikel 36a-beroep duidelijk kenbaar maken, zoals het tijdelijke karakter van een artikel 36a-beroep. Een belangrijke overeenkomst is bijvoorbeeld dat zowel de tandarts als de mondhygiënist in gelijke en volle omvang onder het tuchtrecht zullen vallen. Zoals de Minister in haar reactie op de evaluatie van de Wet BIG heeft aangekondigd, is zij aan het verkennen hoe het BIG-nummer verplicht door de zorgverlener vermeld kan worden. Hierover zal zij dit jaar nog een wetsvoorstel aanbieden aan de Tweede Kamer. Het BIG-register is van mening dat het verplicht stellen van de vermelding van het BIG-nummer door zorgverleners een goede zaak is om de transparantie voor de burger te vergroten. Het BIG-register zal ook de nodige medewerking verlenen richting IGZ en het zorgveld om dit te faciliteren.

De heer **Kooij**:

Voorzitter. De Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid adviseert de Minister over de erkenning van buitenlandse diploma's van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De procedure daarvoor ligt vast in de Wet BIG, die is bedoeld om patiënten te beschermen tegen ondeskundig handelen. Tandartsen moeten dus ingeschreven zijn in het BIG-register. Dat geldt ook voor buitenlandse tandartsen, met een diploma van buiten de EER. Zij worden getoetst op hun vakbekwaamheid. De helft van die buitenlandse tandartsen slaagt voor die toets, en de andere helft heeft onvoldoende resultaten. Aan hen wordt een aanvullende opleiding op maat aangeboden.

Daarnaast is het van belang dat in artikel 35 van de Wet BIG vastligt dat het beroep waarvoor een inschrijving in artikel 3 van de Wet BIG nodig is, zoals dat van tandarts, ook onder supervisie kan worden uitgeoefend, zonder dat iemand in het BIG-register is ingeschreven; dat is de zogenaamde verlengde-armconstructie. Werken onder supervisie moet mogelijk zijn voor bijvoorbeeld opleidingssituaties. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2008 criteria vastgesteld waaraan in de mondzorg die supervisiesituatie voor buitenlandse tandartsen moet voldoen. Dat betekent onder andere dat de patiënt op individuele basis gevraagd moet worden om toestemming te geven en dat de supervisor per geval moet beoordelen of de niet-bevoegde beroepsbeoefenaar correct heeft gehandeld. Dat artikel in de Wet BIG over supervisie is nadrukkelijk niet bedoeld als een alternatief voor de gebruikelijke erkenningsprocedure, maar toch wordt dat artikel oneigenlijk gebruikt. Ik zie regelmatig buitenlandse tandartsen die geen BIG-registratie hebben, maar die wel, vaak al vele jaren, in Nederland als tandarts werkzaam zijn. Zij werken doorgaans zelfstandig of nagenoeg zelfstandig, wat in strijd is met de Wet BIG. Wanneer ik deze mensen tegenkom, bijvoorbeeld bij een voorlichtingsbijeenkomst, dan adviseer ik hun om deel te nemen aan de gebruikelijke procedure met toetsing. Sommigen doen dat ook. Uit de resultaten blijkt meestal dat de vakbekwaamheid niet voldoende is, ook al werken deze mensen al lang in Nederland.

We moeten een tandarts met een buitenlands diploma die niet getoetst is, beschouwen als niet-bekwaam. Hij of zij is immers ook niet in het BIG-register ingeschreven. Langdurig werken onder supervisie is geen alternatief voor de gebruikelijke erkenningsprocedure. Net als voor in Nederland opgeleide tandartsen geldt dat buitenlandse tandartsen als zij hier willen werken, in het BIG-register ingeschreven moeten worden. Dat is een norm en die moet worden gehandhaafd.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Het woord is nu aan de heer Van Dijk, lid van de raad van bestuur van ONVZ.

De heer **Van Dijk**:

Voorzitter. Geachte leden van de Kamer. Graag deel ik met u de ideeën van ONVZ.

De **voorzitter**:

Misschien kunt u nog even toelichten wat ONVZ is? Dat weet wellicht niet iedereen die luistert.

De heer **Van Dijk**:

Dan hebben we nog wat missiewerk te doen. Dank u wel voor deze kans. ONVZ is een van de negen zorgverzekeraars in ons land. Wij zitten in Houten. Wij rekenen ons tot de middelgrote zorgverzekeraars. Is dat voldoende?

De **voorzitter**:

Ja. Gaat u verder.

De heer **Van Dijk**:

Ik deel graag met u de ideeën van ONVZ over de mondzorg. De mondzorg is volgens ons een belangrijk maar ondergewaardeerde schakel voor kwalitatief goede eerstelijnszorg. Wij vinden het belangrijk om dat signaal hier vandaag af te geven.

De zorgverleners over wie we vandaag spreken, zijn naar onze mening bij uitstek geschikt om op het gebied van preventie een rol te pakken. De meeste mensen liggen immers minimaal één keer per jaar bij de tandarts of de mondhygiënist in de stoel. We weten inmiddels dat de tandarts veranderingen in de gezondheid via de mond kan constateren en daarmee een belangrijke rol kan vervullen als vroegsignaleerder van gezondheidsissues. Ook de mondhygiënist kan hier overigens wat ons betreft een rol bij spelen. De signalering van diabetes, dementie en cardiovasculaire aandoeningen zijn voorbeelden hiervan.

Het vertrouwen van patiënten in tandartsen en mondhygiënist is groot. Een earlywarningsysteem in combinatie met een expliciete preventieve rol van tandartsen en mondhygiënist zou wat ONVZ betreft een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de volksgezondheid in ons land. Hiervoor is integratie in de eerstelijnsketen wel noodzakelijk. Wij zouden graag zien dat meer wordt nagedacht over deze ontwikkelingen en de rol van de verschillende betrokken zorgverleners. Eén eigen digitaal gezondheidsdossier, maar vooral de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners – dat punt is vanochtend ook aan de orde geweest – zou daarbij helpen.

Macro is volgens ons de grootste gezondheidswinst te behalen bij de risicogroepen. Veel kwetsbare ouderen maar bijvoorbeeld ook veel jongeren mijden momenteel de tandarts. Om hen te kunnen bereiken is het belangrijk om financiële drempels te beperken. Ons pleidooi is vandaag daarom om ten minste één preventieconsult per jaar op te nemen in de basisverzekering. Hierbij moet een duidelijke taakverdeling worden georganiseerd tussen de mondhygiënist en de tandartsen. Uiteraard moet hierbij, evenmin als bij de huisarts gebeurt, een eigen risico in rekening worden gebracht, want anders heb je nog steeds die drempel tot dat stuk eerstelijnszorg.

Wij denken dat de financiële drempels die de toegang tot de mondzorg beperken, op deze manier kunnen worden weggenomen. Er is uiteraard een financieringseffect. Wij denken dat het relatief klein is. De nettokosten voor de premiebetaler zullen te overzien zijn, omdat de dekking immers uit de aanvullende verzekering kan worden weggehaald. Die dekking wordt daar dus beperkt. Die verzekeringen zullen daardoor relatief goedkoper worden.

ONVZ is van mening dat wij het hier vandaag hebben over maatschappelijk en medisch noodzakelijke zorg die een plek hoort te hebben in de



basisverzekering. Wij zijn ervan overtuigd dat meer mondzorg in de basisverzekering zal bijdragen aan de nettogezondheidswinst en aan de arbeidsproductiviteit.

Tot slot. Ik hoop dat ik nog binnen de tijd ben. ONVZ is een zorgverzekeraar die vrije keus van de zorgverlener hoog in het vaandel heeft staan. Vrije keus in de mondzorg vinden wij dus ook zeer belangrijk, maar die kan niet zonder inzicht in kwaliteit. Wij denken dat tandartsen inmiddels op de goede weg zijn met hun eigen kwaliteitscriteria en -instituut, maar het blijkt voor de patiënt toch nog steeds lastig om daar inzicht in te krijgen. Wij moedigen de professionals en de sector dus van harte aan om daar verder in te investeren en om de transparantie en vooral het zicht op kwaliteit verder te vergroten.

Dank voor de mogelijkheid om te spreken bij deze bijeenkomst. Wij hopen met onze ideeën, die wat verder uitgewerkt zijn in de position paper, een bijdrage te leveren aan de dialoog over de toekomst van de mondzorg. We zijn als verzekeraar graag bereid om mee te denken over en mee te helpen met concrete pilots en oplossingen. We hopen dat de politiek deze richting wil ondersteunen.

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Van Dongen, afdelingsmanager zorginkoop integrale en generieke zorg bij VGZ.

**Mevrouw Van Dongen:**

Zal ik dat even toelichten?

**De voorzitter:**

Nou, VGZ is wel bekend, maar ga uw gang.

**Mevrouw Van Dongen:**

Ik ben verantwoordelijk voor de landelijke inkoop. Naast mondzorg gaat het om geboortezorg, paramedie – daaronder vallen de etalagebenen – hulpmiddelen en het zittend ziekenvervoer.

Allereerst dank voor deze uitnodiging. VGZ is tevreden over de kwaliteit van de mondzorg, althans voor zover we dat kunnen zijn. We zien dat het bekostigingssysteem niet leidt tot ruimte voor innovatie. De uitbetaling per verrichting, dus het bekostigingssysteem, bevat naar ons idee perverse prikkels. Het stimuleert productie en overbehandeling. De heer Beekmans refereerde hier vanochtend al aan. We zien dat kostenbesparende innovaties vaak leiden tot kostenverhoging omdat de vrijgespeelde ruimte weer wordt opgevuld door andere zorg. Dat baart ons zorgen. Er is helaas geen beloning voor aanbieders die niet mee willen doen aan deze productieverhoging.

Hoe kunnen we er dus voor zorgen dat besparingen weer terugvloeien naar de verzekerden en naar een solidair stelsel? Wij denken dat aanbieders van mondzorg besparingen kunnen realiseren door te stoppen met onnodige zorg. Een voorbeeld hiervan is de toename van gebitsreiniging sinds de wijziging van de M-codes. Alleen voor VGZ betekent dit een toename van 9 miljoen per jaar, maar we zien niet dat de curatie afneemt. De behandeling moeten we laten verrichten door de zorgverlener die daar het meest bekwaam in is, zodat er weinig rework is. Ook moeten de behandelingen niet onnodig worden geüpgraded. Daarnaast moet er gewerkt worden aan preventie. Zoals ik net zei, zien we wel dat preventie niet altijd leidt tot minder curatief handelen.

Maar hoe realiseren we die besparingen dan? Wij vinden dat we de aanbieders van mondzorg zelf moeten laten bepalen wat zinnige zorg is. Vol verwachting wachten we af wat het KiMO daarover zegt. We vinden echter wel dat het te lang duurt. Daarom zijn we op dit moment in gesprek met aanbieders van zinnige mondzorg – wij noemen dit ook wel «dappere tandartsen» – om gezamenlijk een netwerk te creëren. Ik werd erg blij van

de heren Starrenburg en Ter Bogt vanochtend, omdat je bij hen de passie voor de mondzorg zag. Met tandartsen die deze passie delen zijn we in gesprek. Dat is best lastig, want het is lastig voor deze tandartsen. De heer Starrenburg had het over een verwijspraktijk. Nou, die tandartsen zeggen: ik ben bang dat ik, als ik met jullie over doelmatige zorg ga praten, dadelijk geen verwijzingen meer krijg. Het is wel heel interessant om te praten, want het kan toch niet zo zijn dat een tandarts die doelmatig werkt minder vergoed krijgt dan een tandarts die dat niet doelmatig doet. We willen zo veel evidence ophalen over betere en betaalbare zorg dat je daar als niet-deelnemende zorgaanbieder niet meer omheen kunt.

Wat betreft de toegang tot mondzorg en het bereiken van de specifieke doelgroepen sluit ik mij aan bij wat eerder gezegd is. Ook wij vinden jeugd en kwetsbare ouderen belangrijk.

Ik wil ook nog iets zeggen over capaciteit en taakherschikking. Wij zien op dit moment nog geen tekort aan tandartsen. Dat wil zeggen dat wij geen wachtlijsten zien. Desalniettemin baart de vergrijzing van deze beroepsgroep ons wel zorgen.

Met de zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist lijkt onze mondzorg gecompliceerder, onoverzichtelijk en duurder te worden. We juichen dan ook de echte ketenbehandeling toe, waarbij wij het «onder één dak»-principe van harte toejuichen.

**De voorzitter:**

Het woord is aan de heer Van Diermen. Hij is hoofd producten en mondzorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

**De heer Van Diermen:**

Voorzitter. Dank voor de uitnodiging om hier te spreken. De diversiteit aan onderwerpen die in de vele position papers worden aangehaald, zien wij ook terug in het toezicht. In de afgelopen jaren heeft de inspectie het toezicht in de mondzorg steeds verder ontwikkeld. Naast toezicht op basis van meldingen is er nu ook steeds meer risicogestuurd toezicht. Naast toezicht op randvoorwaarden als radiologie en infectiepreventie, is er ook steeds meer toezicht op het zorginhoudelijke vlak. De IGZ stuit daarbij regelmatig op het ontbreken van expliciete veldnormen en richtlijnen die gelden voor de hele sector.

In onze position paper is daarom aandacht gevraagd voor drie thema's. Ten eerste voor het bevorderen van transparantie in de zorgverlening. Daardoor is voor de patiënt helder welke behandeling zal plaatsvinden en wie die zal uitvoeren. Een tweede thema is het borgen van de professionaliteit in de sector. Dat onderwerp is hier vandaag al genoemd. Hoe zorgen we er met elkaar voor dat de bekwaamheid van zorgverleners niet ter discussie staat, maar geborgd is in een kwaliteitssysteem rond opleiding en bij- en nascholing? Het derde thema is het delen van informatie, zodat op een goede manier invulling kan worden gegeven aan samenwerking tussen professionals.

Er zijn goede initiatieven in de sector, bijvoorbeeld de oprichting van het KiMo. Tegelijkertijd is er nog veel resultaat te behalen. De IGZ vraagt de sector daarom om voortvarend en in samenwerking hier invulling aan te geven. Als er vanuit de inspectie een bijdrage kan worden geleverd aan de mogelijke toets op handhaafbaarheid van normen of richtlijnen, dan zijn wij daar van harte toe bereid.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Kaljouw, voorzitter van de raad van bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

**Mevrouw Kaljouw:**

Voorzitter. Goede betaalbare en voor iedereen toegankelijke zorg is belangrijk. Dat geldt zeker ook voor de mondzorg. Ondanks het feit dat het

bij de mondzorg gaat om zorg waarvan slechts een vijfde deel via de Zorgverzekeringswet wordt bekostigd, stelt de NZa hiertoe regels op. De bijzonderheid van de mondzorg leidt er wel vaak toe dat het veld om veel meer ruimte voor maatwerk vraagt. Veel patiënten betalen immers zelf. Als NZa bieden we graag de ruimte aan initiatieven die tegemoetkomen aan meer keuzevrijheid en betere kwaliteit. Voordat we die ruimte kunnen bieden, is het veld aan zet om te waarborgen dat meer vrijheid samengaat met het waarborgen van de belangen van de patiënt. Dan heb ik het over richtlijnen, protocollen, visitaties en transparantie van kwaliteit en prijzen. Dat zijn allemaal elementen die bijdragen aan het beschermen van deze belangen. Hoe meer een sector zelf reguleert, hoe minder wij als overheid hoeven doen.

Een ander belangrijk element in de discussie over kwaliteit en keuzevrijheid is samenwerking, zowel tussen tandartsen als tussen tandartsen en mondhygiënisten. Al sinds 2006 studeren er mondhygiënisten af die bekwaam en bevoegd zijn om primaire cariës te behandelen. Het is inmiddels 2016, en nog roepen tandartsen dat dit de kwaliteit van de zorg aan zou tasten. Hier staat echter geen bewijs tegenover, juist ook door het ontbreken van richtlijnen en protocollen. De NZa ziet juist kansen in de taakherschikking naar mondhygiënisten. Zo kan taakherschikking een belangrijke bijdrage leveren bij de zorg voor kwetsbare patiënten zoals ouderen, bij wie een goede mondhygiëne en gezondheid kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven. De NZa roept partijen op om werk te maken van samenwerking en transparantie van kwaliteit. Dat is een absolute voorwaarde om meer maatwerk en ruimte voor innovatie mogelijk te maken en om taakherschikking ten volle te laten slagen.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan geef ik als laatste het woord aan mevrouw Schuller van TNO.

**Mevrouw Schuller:**

Voorzitter. De Gezondheidsraad concludeerde in 2012 dat gegevens over de mondgezondheid en mondzorgverlening in Nederland zeer beperkt beschikbaar zijn, terwijl mondziekten als cariës en parodontale afwijkingen nagenoeg iedereen treffen. TNO is van mening dat gezondheidsbeleid gebaseerd moet zijn op feiten. Het is pas mogelijk om doelmatig beleid te formuleren als er epidemiologische gegevens beschikbaar zijn. TNO pleit daarom voor een regelmatige, structurele monitoring van de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking – punt een.

Onderzoek wijst uit dat er grote sociale verschillen in mondgezondheid in Nederland bestaan. Volwassenen en kinderen uit lagere sociaal-economische groepen zijn sterk in het nadeel. Vindt de Nederlandse politiek dat acceptabel? Zo nee, dan is het aan de politiek om beleid in te zetten om de ongelijkheid in mondgezondheid terug te dringen. Om dit effectief te kunnen doen, moet duidelijk zijn wat ten grondslag ligt aan deze ongelijkheid. De groep mensen met een lage sociaal-economische status is bijzonder heterogeen. Chronisch zieken, personen met psychiatrische problematiek, verstandelijk beperkten, zwakbegaafden, laaggeletterden, zorgmijders, angstigen en personen met een niet-Nederlandse culturele affiliatie zijn oververtegenwoordigd. Punt twee is dan ook dat kennis over deze subpopulatie ontbreekt. Die kennis moet ontwikkeld worden om doelmatige interventies te ontwerpen om ongelijkheid in mondgezondheid te verkleinen.

De kosten van de mondzorg zijn in dezelfde orde grootte als de kosten van de huisartsenzorg: ongeveer 3 miljard euro. Onderzoek naar doelmatigheid in de mondzorg en richtlijnen voor klinisch handelen ontbreken echter nagenoeg geheel. Vier jaar na dato is weliswaar het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) gestart, dat zich zal richten op het ontwikkelen van klinische richtlijnen. Doelmatigheidsonderzoek wordt echter nog steeds

nauwelijks uitgevoerd. TNO vindt dit in een tijd van stijgende uitgaven in de zorg en krimpende budgetten ongewenst en pleit daarom voor doelmatigheidsonderzoek naar de kosteneffectiviteit van interventies in de mondzorg. Daarbij dient wat TNO betreft – dat is punt drie – de nadruk te liggen op doelmatigheidsonderzoek van preventieve interventies en op de doelmatigheid van het opnemen van mondzorg in het basispakket voor al dan niet gespecificeerde groepen, zoals eerder is gesuggereerd. Het aloude devies «voorkomen is beter dan genezen» geldt nog steeds. Meer gezondheid betekent hogere kwaliteit van leven. Niet ziek zijn bespaart geld, ook in de mondzorg.

Wij vragen de politiek daarom om een structureel monitoringsonderzoek. Dat onderzoek wordt nu op ad-hocbasis door het Zorginstituut uitgezet, maar dat zou structureel moeten zijn voor zowel jeugd, volwassenen als ouderen. Als de politiek vindt dat sociale ongelijkheid in de mondgezondheid ongewenst is, pleiten wij voor onderzoek naar beïnvloedbare oorzaken van ongelijkheid.

Daarnaast pleit TNO er dus voor dat onderzoek naar de effectiviteit en de kosteneffectiviteit zou moeten plaatsvinden. Wij vragen dus om bij ZonMw een structureel mondgezondheidsonderzoeksprogramma neer te leggen.

**De voorzitter:**

Wij danken u voor dit betoog. Ik geef de Kamerleden nu de gelegenheid om twee vragen per fractie te stellen. Het komt de effectiviteit ten goede als u de vragen even noteert. Wij hebben nog ruim een halfuur de tijd.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Voorzitter. Ik dank iedereen wederom hartelijk voor de inbreng. Het is mooi om gedurende een dag als deze te zien dat de discussie vanuit alle perspectieven wordt gevoerd en dat het woord «kwaliteit» op verschillende manieren besproken wordt. Ik heb nog een vraag daarover aan u, mijnheer Kooij. U zei terecht dat er buitenlandse tandartsen zijn die buiten uw commissie om zelfstandig aan het werk gaan. Dat mag niet. Toen zei u heel aardig: dan vraag ik ze om toch maar bij mijn commissie langs te komen. Toen u zei dat zij zelfstandig werken terwijl ze dat niet mogen, was het eerste wat bij mij opkwam: die mensen moeten stoppen met werken, omdat de kwaliteit niet gegarandeerd is. Ik wil zo'n zorgverlener niet in mijn wijk hebben. Kan de heer Kooij daarop reflecteren? Verder vraag ik ook direct of daar een taak voor de inspectie is weggelegd. Loopt de IGZ tegen dit probleem aan? Welke relatie heeft de IGZ met de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid? Dit was een vrij uitgebreide vraag, voorzitter. Mag ik nog een tweede vraag stellen?

**De voorzitter:**

Zeker, ga uw gang.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

In de door haar opgestuurde position paper gaf mevrouw Kaljouw aan dat zij zich zorgen maakte over de toegang van ouderen tot de mondzorg. Welke oplossing ziet zij daarvoor? Misschien kan de heer Plug, als hij daar ruimte voor ziet, ook zijn opvattingen daarover kenbaar maken aan de hand van zijn ervaringen bij de GGD.

**De heer Rutte (VVD):**

Voorzitter. Ik spreek net zoals mevrouw Bruins Slot mijn dank uit aan alle betrokkenen. Vandaag is een heel grote groep gekomen. Ik denk wel dat wij daardoor een goed beeld krijgen van de stand van zaken van de mondzorg in Nederland. Veel zorgen worden steeds weer opnieuw gedeeld: de zorgen over het gebit van kinderen en de zorgen over het

gebit van ouderen. In deze ronde hoorde ik echter voor het eerst zorgen over de doelmatigheid in den brede van de tandartszorg. Misschien weten wij daar wel te weinig van af. Iedereen weet dat het belangrijke zorg is en dat het goed is dat het gebeurt, maar wat is goed en wat is niet goed? Daar wil ik op doorvragen.

Mevrouw Van Dongen sprak over zorgen over de doelmatigheid. Start een mooi project met welwillende tandartsen. Die rol kan een verzekeraar zeker op zich nemen, maar waarom accepteren wij in de mondzorg dat dit nodig is? Waarom accepteren wij dat er nog steeds geen standaardisatie is en dat er nog steeds geen richtlijnen zijn, terwijl wij dat in bijna iedere andere vorm van de zorg onacceptabel vinden? Ik stel die vraag ook aan de heer Van Dijk die er voor pleit om preventie op te nemen in de basisverzekering, maar dat in een speelveld waar die richtlijnen nog ontbreken. Hoe ziet hij dit voor zich?

Tot slot leg ik die vraag voor aan mevrouw Schuller en mevrouw Kaljouw. Aan mevrouw Schuller vraag ik welke bijdrage er op het gebied van onderzoek kan worden geleverd om alsnog tot de vorming van richtlijnen te komen. Aan mevrouw Kaljouw vraag ik wat de rol van de NZa in dezen is. Hoe houden wij druk op de ketel? Of is de druk op de ketel dat wij blijven zitten in een declaratiesysteem dat eigenlijk niemand wil, net zo lang tot iedereen beweegt?

Ik houd het bij deze vraag, want die is zo breed dat ik verwacht dat een ieder daar meer dan voldoende tijd voor nodig heeft.

#### De **voorzitter**:

Ik onderschrijf dat zo'n ochtend en begin van de middag heel nuttig zijn om een beeld te krijgen van de mondzorg, maar dat er nog veel hobbels moeten worden genomen. Die conclusie mogen wij toch wel trekken. Ik wil nog twee vragen in de groep gooien. De eerste betreft de rol van de GGD en dan kijk ik met name naar de VNG. Ik heb begrepen dat die rol op het terrein van mondzorg en preventie vroeger veel groter was. Wilt u eens reflecteren op de vraag hoe u de toekomst ziet? Wij hebben natuurlijk artikel 5a van de Wet publieke gezondheid dat nadrukkelijk bepaalt dat er een plan moet zijn voor ouderenzorg. Wij hebben verder ook een probleem bij de vroege jeugd waarvan de gebitstoestand kennelijk achteruitgaat. Anderen mogen ook aanhaken als zij daarover iets willen zeggen.

Mijn tweede vraag heeft betrekking op de capaciteit. Ik kijk dan nadrukkelijk naar mevrouw Sari en de heer Kooij. De heer Kooij heeft een langjarige ervaring met registraties en dergelijke. Hebben wij voldoende tandartsen in Nederland of moeten wij uitbreiden? Je hebt natuurlijk een aantal tandartsen en mondhygiënisten nodig om het werk te kunnen doen, maar als de vijver groter is, kun je de beste vissen eruit halen. Ook uit kwalitatief oogpunt kan het van belang zijn dat er wat meer tandartsen zijn, zodat er wat meer te kiezen valt. Wellicht kan de heer Van Diermen hierover nog iets zeggen uit oogpunt van de inspectie. Hoe ziet de inspectie dit capaciteitsvraagstuk?

#### De heer **Plug**:

Voorzitter. Mevrouw Bruins Slot heeft twee vragen gesteld. Zij heeft gesproken over de toegang tot kwetsbare ouderen. Bijna iedere gemeente in Nederland heeft voorzieningen om het bereik van kwetsbare ouderen te vergroten. Soms zijn dat teams van vrijwilligers, soms zijn het ouderenconsulenten, soms zijn er spreekuren. Iedere gemeente kiest haar eigen vorm, maar iedere gemeente probeert het bereik van kwetsbare ouderen te vergroten. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat het thema gezondheid daarbij onderbelicht blijft. Het gaat vaak om welzijnsproblematiek en het thema gezondheid komt nog te weinig aan de orde. De GGD heeft een vangnetfunctie voor mensen die buiten de boot vallen. Vaak wordt dan via een of ander kanaal gevraagd hoe het staat met de betreffende oudere.

Dan is daar vaak een verpleegkundige bij die ook naar de gezondheidstoestand van de betreffende persoon kijkt. Deze heeft dan vaak zo veel problemen dat het de vraag is of dat op dat moment het grootste probleem is. Er is wel aandacht voor, maar ik denk zelf dat het thema gezondheidszorg nog nadrukkelijker op de agenda moet komen. Er is al verwezen naar artikel 5a van de Wet publieke gezondheid, maar dat is een betrekkelijk nieuw artikel. Ik denk dat we er met de gemeenten verder over door moeten praten hoe we het thema gezondheid nog nadrukkelijker op de agenda kunnen krijgen.

Dan de vraag over de rol van de GGD en de jeugdgezondheidszorg. Sinds het collectieve publieke gezondheidsprogramma mondzorg is afgeschaft, volgens mij in de jaren negentig, is dat geen generiek onderdeel meer van het pakket jeugdgezondheidszorg. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat er zoveel onderwerpen in het landelijk basistakenpakket voor jeugdgezondheidszorg zitten dat er in zo'n consult vele tientallen onderwerpen moeten worden bekeken. Dat kan nooit tot veel diepgang leiden.

Daarom pleit ik ervoor om vooral de samenwerking te versterken, gezien de contacten die wij hebben. We hebben een enorm bereik met de jeugdgezondheidszorg: 99%, aflopend naar 85% voor de oudere kinderen. Ik denk dat we dat bereik moeten gebruiken en dat we dat vooral in samenhang moeten doen met de echte deskundigen die wij vandaag rond de tafel hebben gezien. Dan kunnen we ervoor zorgen dat we dat samen beter doen. We moeten dat niet bij één partij neerleggen, maar gezamenlijk proberen om dat bereik, dat er wel degelijk is, te verrijken met de deskundigheid en de contacten die er zijn. Als het basispakket van de zorgverzekering meer mogelijk zou maken, denk ik dat we daarmee een succesvolle formule zouden kunnen hebben.

**Mevrouw Sari:**

Ik kan alleen antwoord geven op de vraag hoeveel tandartsen er in Nederland geregistreerd zijn. Dat zijn er 14.627, om precies te zijn. Ik kan helaas geen antwoord geven op de vraag of de vijver daarmee genoeg vissen bevat. Misschien dat iemand anders daar een beeld van heeft.

**De voorzitter:**

We gaan proberen dat te onthouden: 14.627. De heer Kooij heeft er nog meer in beeld, hebben we begrepen, maar die zijn niet allemaal geregistreerd.

**De heer Kooij:**

Ik zal eerst ingaan op de vraag van mevrouw Bruins Slot. Ik kan niet in twee minuten alles vertellen wat ik doe. Wanneer iemand zich meldt bij ons, of wanneer wij er kennis van krijgen dat een tandarts of een andere beroepsbeoefenaar die titel gebruikt, terwijl hij of zij niet in het BIG-register is ingeschreven, dan wordt het door ons, samen met het CIBG, gemeld bij de inspectie. De inspectie gaat na of er actie moet worden ondernomen. Een probleem daarbij is dat als deze buitenlandse tandarts – want het komt bij andere beroepen veel minder vaak voor – gedekt wordt door iemand die zegt dat hij of zij in zijn praktijk werkt en dat hij dat superviseert, dan kun je verder niks.

Dat laat onverlet dat het een probleem is. De inspectie meldde mij dat ook, in reactie op de position paper die ik heb rondgestuurd. Ik denk dat deze problematiek meer aandacht verdient. Wij zien individuele tandartsen, artsen en verpleegkundigen en geen groepen. Wij kunnen dat niet aan en daar zijn wij niet voor. De inspectie moet dat voor zichzelf beantwoorden, maar ik heb zo'n donkerbruin vermoeden dat zij dat ook niet een-twee-drie aankan.

Mijn persoonlijke mening is dat het zou helpen als de beroepsorganisatie van tandartsen hierover een standpunt inneemt en zegt dat dit niet de bedoeling is. Als iemand met een buitenlands diploma in Nederland



erkend wil worden, is daar een procedure voor. Dan wordt de vakbekwaamheid getoetst. Als iemand niet op het Nederlandse niveau is, dan biedt Nederland een aanvullende opleiding op maat. Dat gebeurt in bijna geen enkel ander land ter wereld. In andere landen moet je soms ook toetsen afleggen. Als je dan niet slaagt, is het klaar en moet je het zelf maar uitzoeken. Dit is mijn reactie op de vraag van mevrouw Bruins Slot. De heer Van Gerven dicht mij grote kennis toe. Ik weet het net zo min als mevrouw Sari. Het genoemde getal wist ik ook wel ongeveer, maar zij wist het precies. Of dat voldoende is, weet ik niet. Wij kennen in Nederland het Capaciteitsorgaan, dat adviseert over de instroom in alle medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. De Minister neemt vervolgens een besluit. Dat is allen wel bekend. Of dat voldoende is, is afhankelijk van wat de samenleving wil dat de tandarts doet. Wil men dat de tandarts alles doet, of wil men dat dingen door andere beroepsbeoefenaren zoals mondhygiënisten worden gedaan? Dat is een discussie tussen de Minister en beroepsorganisaties. Ik hoor van leden van de commissie van tandartsen wel dat er in bepaalde delen van het land – in Drenthe en Rotterdam-Zuid; dat zijn niet toevallig de armste delen van het land – een tekort is aan tandartsen, maar hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld huisartsen en andere beroepsbeoefenaren. Dat hoeft dus niet aan die huisartsen en die tandartsen te liggen. Dat heeft natuurlijk te maken met de omstandigheden waaronder gewerkt wordt.

**De heer Van Dijk:**

De heer Rutte vroeg hoe ik denk over het opnemen van het preventieconsult in de basisverzekering terwijl er nog helemaal geen richtlijnen zijn. Dat was zo ongeveer de vraag. Juist binnen het kader van de basisverzekering lijkt het mij heel goed mogelijk om daar meer werk van te maken. Dat moet wel gebeuren; ik zou daar zeker niet mee willen wachten. Ik zou zeggen: en-en, opnemen in de basisverzekering en onder die voorwaarden ervoor zorgen dat de richtlijnen er komen. De rol van het Zorginstituut Nederland (ZIN) is daarbij natuurlijk heel erg van belang. Ik denk dat het Zorginstituut Nederland samen met de professionals in de mondzorg werk moet maken van die richtlijn of, anders gezegd, van transparante kwaliteitsnormen. Zoals ik al in mijn pleidooi zei, moet het voor de patiënt mogelijk zijn om juist op basis van kwaliteit een keuze te maken. Ik denk dat er veel meer mogelijkheden zijn om daar binnen de basisverzekering werk van te maken dan op de manier waarop het nu is georganiseerd. Ik zou er niet op wachten. Ik zou zeggen: en-en.

**Mevrouw Van Dongen:**

De heer Rutte vroeg waarom wij dit accepteren. Dat is een goede vraag, want wij accepteren dit dus niet meer, en daarom willen wij vaart maken. Ook de patiënt accepteert het niet meer. De meeste vragen die aan ons worden gesteld, gaan immers over mondzorg. Patiënten hebben daar heel veel vragen over. Daarom vinden wij het van belang om dit zo spoedig mogelijk op te pakken.

De heer Rutte noemde even de rol van de zorgverzekeraar. Ik wil benadrukken dat wij niet over de kwaliteit gaan. Dat is echt aan het veld. Die rol willen wij echt niet op ons nemen. Wij moeten dit daarom samen met het veld doen. Wij moeten dus met tandartsen gaan overleggen die passie voor het vak hebben en doelmatig werken. Dat betekent wel dat wij naar het betalingssysteem moeten kijken, want op dit moment is het betalingssysteem zodanig dat een en ander niet loont. Uiteindelijk willen wij natuurlijk tandartsen belonen die wel doelmatig werken.

**De heer Van Diermen:**

Allereerst ga ik in op de vraag van mevrouw Bruins Slot over de persoon die de heer Kooij tegenkomt en activiteiten op het gebied van mondzorg verricht. Er is een cruciaal verschil. We hebben het steeds over tandartsen,

maar om in de mondzorg als tandarts te mogen werken, moet je een toets gedaan hebben en geregistreerd zijn in het BIG-register. Wij hebben het hier dus over de instroom van mensen uit het buitenland die zich tandarts achten, maar in Nederland niet de juridische status van tandarts hebben. Dat komen wij in het toezicht regelmatig tegen. Daarbij gaat het om de vraag hoe wij toetsen of een persoon bekwaam is om zorg te verlenen in een verlengdearmconstructie of in opdracht. Om die reden staat in onze paper de oproep aan de sector om te komen tot meer expliciete toetsing van de bekwaamheid van professionals, net als meer bewustwording over het feit dat een BIG-geregistreerde daar de verantwoordelijkheid voor moet dragen. Wat doet de IGZ als wij op basis van bijvoorbeeld meldingen van de heer Kooij inspecties uitvoeren? Wij vragen dan de laatste tijd steeds vaker advies van onafhankelijke deskundigen over de bekwaamheid. Het zou mooier zijn als daar een heldere richtlijn of veldnormen aan ten grondslag zouden liggen.

Ik kom bij de capaciteitsvraag. Ik moet helaas het teleurstellende antwoord geven dat ik niet kan inschatten of er voldoende capaciteit is. Tegelijkertijd zien wij veel instroom vanuit het buitenland in de mondzorg. We zien dat in het toezicht dus wel gebeuren. Over de oorzaak en de vraag of dat ligt aan de capaciteit, heb ik onvoldoende informatie.

De heer Rutte vroeg of wij zomaar accepteren dat er zorg wordt verleend zonder richtlijnen, normen en een kwaliteitssysteem. Wij zijn al langer en steeds serieuzer met de sector in overleg over de ontwikkeling van veldnormen. Waar de IGZ daaraan kan bijdragen, doen wij dat. Om die reden hebben wij in de paper het KiMo als positief voorbeeld genoemd. De resultaten daarvan moeten nog komen, maar het instituut is er nu wel. Dat is toch een mijlpaal.

**De voorzitter:**

Zou u de groep waarover de heer Kooij het had kwantitatief kunnen duiden? We hebben volgens mij een paar duizend buitenlandse tandartsen. Spreken we over tientallen, honderden of wellicht duizenden? Heeft de inspectie zicht op hoe groot dit probleem is?

**De heer Van Diermen:**

Ik heb daar hier nu geen gegevens over.

**De voorzitter:**

Misschien wijden we daar nog Kamervragen aan of komen we er in de toekomst op terug.

**De heer Van Diermen:**

Voordat we van het IGZ een ramingsinstituut maken: de heer Kooij verwees in die zin naar het Capaciteitsorgaan en dat is heel terecht. Dat heeft de expertise om ramingen te doen van de capaciteit in de zorgsectoren.

**De voorzitter:**

Maar het gaat om de groep waarvan de heer Kooij zegt: dat deugt niet; inspectie, wilt u eens gaan kijken. Ik vraag me af hoe groot die groep is. Er worden altijd fouten gemaakt en er gaan dingen mis, maar het zou een substantiële groep kunnen zijn, waar de inspectie zicht op heeft. Ik begrijp dat u het niet zo paraat heeft, maar wellicht kunt u ons er nog over informeren of het in kwantitatieve zin een aanzienlijke groep is. Er wordt immers van alles gemeld bij de inspectie, niet alleen door de heer Kooij.

**De heer Van Diermen:**

Wij komen dit bij het toezicht regelmatig tegen. Dat is wat ik kan aangeven.

De **voorzitter**:

De heer Kooij nog even op dit punt.

De heer **Kooij**:

Ik kan daar geen precieze antwoorden op geven. Die positie heb ik ook niet. Ik weet wel – ik ben daar erg van geschrokken – dat een jaar of vijf geleden de toenmalige hoofdinspecteur verantwoordelijk voor de mondzorg, Schellekens, bij zijn afscheid zei: in Nederland werken 400 buitenlandse tandartsen zonder dat ze BIG-geregistreerd zijn. Daar is nogal wat gedoe over in de pers geweest, maar het was een openbaar gegeven. Recentere cijfers ken ik niet. Het gaat dus niet om twintig buitenlandse tandartsen. Dat zijn er overigens ook nog twintig te veel, maar het probleem is waarschijnlijk groter.

De **voorzitter**:

Dank voor het opfrissen van ons collectieve geheugen.

Mevrouw **Sari**:

Die tandartsen zijn aan het werk onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde tandarts die wel onder het tuchtrecht valt. Die nuancering wil ik wel even aanbrengen.

Mevrouw **Kaljouw**:

Ik ga eerst in op de vraag van mevrouw Bruins Slot. Zij raakt met die vraag een uitermate belangrijk maar ook gevoelig punt: de toegang tot de mondzorg voor kwetsbare ouderen. Dat is een groep die bij de verschillende instanties onvoldoende op het netvlies staat. Ik denk dat vanuit samenwerkingsverbanden, multidisciplinair in de mondzorg, die groep juist wel gedetecteerd zou kunnen worden. Ook daar moet weer een zorgstandaard voor worden gemaakt. Die zorgstandaarden moeten er echt komen. Daar zijn er veel te weinig van. Dit is zo'n groep waar je in ieder geval vrij snel werk van zou kunnen maken. Op die manier kun je die zorg stap voor stap gestalte geven. Dat gebeurt nu onvoldoende. Daar heeft mevrouw Bruins Slot dus een punt. Ik praat dan echter nog steeds vanuit het oogpunt van de professionele standaard, dus vanuit de beroepsbeoefenaren.

Een van mijn burens zei vanuit de zorgverzekeraars dat je misschien kwetsbare groepen zou moeten aanwijzen als zijnde een groep die je in de zorgverzekering opneemt. Je stelt dan dat er sprake is van aanspraak. Dan kun je bij wijze van spreken zo'n groep detecteren en veel meer sturend zijn. Dat is een overweging, zowel voor de Kamer als voor de Minister. Dat zijn, wat mij betreft, twee wegen die je zou kunnen inslaan. Dat is dus enerzijds vanuit de positie van de beroepsbeoefenaren zelf: kom tot een standaard, werk multidisciplinair, detecteer die groep en regel voor hen de mondzorg. Anderzijds: dwing het af.

Er is ook nog een vraag van de heer Rutte. Hij sprak over diezelfde richtlijnen en vraagt hoe wordt aangekeken tegen het ontbreken van deze richtlijnen. Ik kan zeggen dat de NZa alleen in gesprek is over de tarieven in de mondzorg op het moment dat er ook gesproken wordt over een kwaliteitsstandaard. Een volgende stap zou kunnen zijn om er een declaratievoorwaarde van te maken. Ik geef dit ter overweging. Wij denken daarover na. Dat is een flinke stap, maar die zorgt in ieder geval absoluut voor beweging in het proces.

Mevrouw **Schuller**:

Ik wil de vraag van mevrouw Bruins Slot over de toegang van de ouderen tot de mondzorg willen uitbreiden tot de lagere SES. Dat zijn dus de kwetsbare groepen in zijn algemeenheid. Wat we uit onderzoek weten, is dat een combinatie van een populatiestrategie en een individuele risicostrategie wellicht het meeste profijt zal geven. Ik wijs op wat de heer

Plug net zei over de GGD en de consultatiebureaus. Die hebben het vreselijk druk. De samenwerking met dat soort publieke instanties zou veel meer vormgegeven moeten worden. Er zou ook onderzoek moeten worden gedaan naar de effectiviteit daarvan.

De tweede vraag ging over de doelmatigheid, de standaardisatie en het kwaliteitsinstituut. Het is bekend dat er een enorme behandelvariatie is bij de tandheelkundige professie. Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat er nauwelijks doelmatigheidsonderzoek is. Bij mijn weten is er in Nederland echt heel weinig onderzoek naar gedaan. Ik blijf het pleidooi houden dat daar echt onderzoek naar gedaan moet worden. Het zou, wat mij betreft, van belang zijn om daar de veldpartijen bij te betrekken, dus in de vorm van practice-based research. Het moet dus niet alleen komen van de universiteiten of TNO, maar ook practice-based research is daar heel belangrijk bij. Ik kan daar nu even geen goede Nederlandse term voor bedenken.

**De voorzitter:**

Er is nog ruimte voor één vraag. Hebben de Kamerleden nog een prangende vraag? Zij geven aan dat zij daar nog heel even over zullen nadenken.

Ik heb zelf nog een vraag over het capaciteitsvraagstuk. Ik wil van de Nederlandse Zorgautoriteit weten of de markt goed functioneert. Daarbij is het aanbod natuurlijk van belang. Van de zorgverzekeraars hoor ik graag of zij voldoende goede tandzorg kunnen contracteren en hoe zij staan tegenover het capaciteitsvraagstuk. Ik geef allereerst het woord aan mevrouw Kaljouw van de Nederlandse Zorgautoriteit.

**Mevrouw Kaljouw:**

Ik neem dit punt mee en ik zal daarop later antwoorden.

**De voorzitter:**

Wij zullen uw antwoord afwachten.

Voor het antwoord op mijn vraag aan de zorgverzekeraars wend ik mij tot mevrouw Van Dongen en de heer Van Dijk.

**Mevrouw Van Dongen:**

Ik vind het lastig om daar een uitspraak over te doen. Zoals ik al zei, hebben we op dit moment geen wachtlijsten. Vanuit dat oogpunt is er dus voldoende zorg. Maar we maken ons wel zorgen over de toekomst.

**De heer Van Dijk:**

Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Van Dongen. Ik voeg daaraan toe dat wij er juist vanuit de vroegsignaleringsfunctie voor pleiten om een preventieconsult voor iedereen op te nemen in de basisverzekering. Het gaat immers niet alleen om kwetsbare groepen, zoals jongeren en ouderen. Ik zal een voorbeeld geven. Het eerder opsporen van diabetes en cardiovasculaire aandoeningen heeft een veel breder effect dan op de mondzorg alleen. Wij pleiten daarom voor een preventieconsult dat voor iedereen toegankelijk is, en dus deel uitmaakt van de basisverzekering. Als je dat doet, heeft dat uiteraard een opwaarts effect op de benodigde capaciteit van de tandheelkundige zorg. Zoals gezegd, ervaren wij die problemen op dit moment niet, maar als je hiermee verdergaat, moet je daar natuurlijk nog wel een aantal goede rekensommen op loslaten.

**De voorzitter:**

Ik wil iedereen van harte bedanken voor zijn inbreng. Ik dank ook de toehoorders hier en de luisteraars thuis die dit allemaal hebben gevolgd. De Kamer gaat er even op kauwen en zal er misschien nog een vervolg aan geven, hetzij tijdens de begrotingsbehandeling, hetzij tijdens andere gelegenheden. Ik verneem zojuist dat er al een commissiedebat gepland

staat naar aanleiding van onder andere dit rondetafelgesprek. «Wordt vervolgd», zullen we maar zeggen.

Sluiting 14.12 uur.