

Vergaderjaar 2018–2019

**32 620**

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

**Nr. 217**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 28 november 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 6 juli 2018 over het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd mondhygiënist (Kamerstuk 32 620, nr. 206).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 september 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 27 november 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

Met belangstelling heeft de regering kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2018 inzake het concept tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist (Kamerstuk 32 620, nr. 206). De regering dankt de leden van de VVD-fractie, de PVV-fractie, de CDA-fractie, de D66-fractie, de SP-fractie en de ChristenUnie-fractie voor hun inbreng.

De regering gaat graag in op de gestelde vragen en gemaakte opmerkingen van de leden van de verschillende fracties. Daarbij is de indeling van het verslag aangehouden. De regering hoopt met deze nota naar aanleiding van het verslag opheldering te bieden over de vragen die bij de leden van de fracties leven.

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

*1. De leden van de VVD-fractie vragen welke waarborgen in het experiment zijn opgenomen om mensen voor te lichten over welke handelingen worden uitgevoerd door tandartsen, geregistreerd-mondhygiënisten en mondhygiënisten.*

Zorgverleners hebben allereerst, conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de plicht patiënten adequaat voor te lichten. Dat is een algemeen geldende verplichting die dus ook geldt tijdens dit experiment. Deze plicht houdt ook in dat zorgverleners kenbaar maken aan de patiënten door wie zij worden behandeld en welke zorgverlener bevoegd is tot het uitvoeren van welke handeling. De komende verplichting om het BIG-nummer te voeren, draagt eraan bij dat patiënten eenvoudig in het BIG-register kunnen opzoeken of de zorgverlener bevoegd is.

Daarnaast zal ik met Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond bespreken aan welke extra vorm van informatie en communicatie behoefte is en op welke manier de patiënt het beste bereikt kan worden. Ik denk dan aan goede voorlichting via bestaande websites, andere media en wachtkamers. Daarnaast wordt het experiment, zoals voorgeschreven in het experimenteerartikel 36a, geëvalueerd. Een set aan onderzoeksvragen, waarbij het onder andere gaat over ervaringen van patiënten, zal deel uitmaken van het experiment. Gedurende het experiment zal met name de tevredenheid van de patiënten worden gemeten over de behandeling, maar ik zal er ook op toezien dat ook wordt onderzocht of patiënten goed zijn voorgelicht. Op die manier kan tussentijds worden bijgestuurd indien dit noodzakelijk blijkt.

*2. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd hoe voorkomen wordt dat de geregistreerd-mondhygiënisten in hun nieuwe rol alsnog vaak moeten doorverwijzen naar de tandarts, omdat zij niet bevoegd zijn.*

Zoals ook aangegeven in mijn brief van 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198), is de verwachting dat, doordat geregistreerd-mondhygiënisten gedurende het experiment ook zelfstandig bevoegd zijn bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten, de patiënt minder verwezen wordt van de mondhygiënist naar de tandarts en terug. Bij de evaluatie van het experiment zal blijken of die verwachting gerechtvaardigd is.

De zelfstandige bevoegdheid voor een geregistreerd-mondhygiënist betekent dat de verwachting is dat het aantal situaties waarin doorverwezen moet worden afneemt. Bij klachten die buiten het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist of geregistreerd-mondhygiënist vallen of bij twijfel dient deze een patiënt altijd door te verwijzen naar een tandarts.

Het aantal verwijzingen en de ervaringen van patiënten zullen zowel in de nulmeting als gedurende het experiment gemonitord worden. Ook zal worden gemonitord om welke reden er verwezen wordt.

*3. Voorts vragen deze leden hoe overbehandeling in de vorm van bijvoorbeeld dubbele diagnostiek wordt voorkomen.*

Naar verwachting zal dit experiment niet tot overbehandeling leiden. De diverse betrokken (mond-)zorgverleners (waaronder tandartsen en geregistreerd- mondhygiënist) moeten, zoals dat ook nu al het geval is, samenwerken en informatie over de patiënt met elkaar delen als dat noodzakelijk is voor de behandeling van een patiënt. Een voorbeeld hiervan is de diagnostiek met behulp van röntgenapparatuur. Ingevolge het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming dienen verwijzende personen en medisch deskundigen zich ervan te vergewissen dat er niet reeds adequate röntgenopnames zijn gemaakt alvorens nieuwe te maken. Daarmee wordt onnodige blootstelling aan ioniserende straling voorkomen. Deze aspecten zullen eveneens worden meegenomen in de evaluatie van het experiment.

*4. De leden van de VVD-fractie willen weten op welke wijze de geregistreerd-mondhygiënist zo efficiënt mogelijk ingezet zal gaan worden.*

Zie het antwoord op vraag 2 en 3.

In aanvulling op het voorgaande en zoals ik ook heb opgenomen in mijn brief van 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198) vind ik het belangrijk om zorgverleners daarvoor in te zetten waar ze voor zijn opgeleid. Daarmee worden de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk benut. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit van zorg als aan het betaalbaar houden van de zorg.

*5 en 6. De leden van de VVD-fractie geven aan dat na hun registratie mondzorgprofessionals bevoegd zullen zijn om de titel «geregistreerd-mondhygiënist» te voeren en gedurende de registratie niet langer de titel van «mondhygiënist» voeren. De leden van de VVD-fractie vragen wie hierop toeziet en op welke wijze. Voorts vragen de leden hoe voorkomen wordt dat mondhygiënist die geen registratie hebben of daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen, zich alsnog geregistreerd-mondhygiënist noemen.*

De Wet BIG verbiedt de titel van geregistreerd-mondhygiënist te voeren indien zij niet geregistreerd zijn in het tijdelijke BIG-register. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) houdt toezicht op titelmisbruik in de gezondheidszorg. Het toezicht op de geregistreerd-mondhygiënist zal op identieke wijze worden ingevuld als dat nu ook binnen de sector mondzorg en andere sectoren plaatsvindt. Dat wil zeggen dat op basis van signalen en/of meldingen de IGJ bij de zorgaanbieder cq. zorgverlener onderzoekt of er sprake is van titelmisbruik.

*7 en 8. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie waar mensen na kunnen gaan voor welke voorbehouden handelingen hun mondhygiënist bevoegd is? Hiernaast zijn de leden benieuwd welke sancties er tegenover het onterecht voeren van de titel «geregistreerd-mondhygiënist» staan.*

Het publiek kan nagaan of een bepaalde beroepsbeoefenaar een geregistreerd-mondhygiënist is, en zodoende bevoegd is de bij algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) aangewezen voorbehouden handelingen te verrichten, door op internet het openbare, tijdelijke BIG-register voor geregistreerd-mondhygiënist te raadplegen. Alleen beroepsbeoefenaren die in het daarvoor in te richten tijdelijk register van geregistreerd-mondhygiënist staan ingeschreven, zijn voor

de duur van het experiment gerechtigd tot het voeren van de titel geregistreerd-mondhygiënist. Een overzicht van welke voorbehouden handelingen een zorgverlener zelfstandig uit mag voeren is ook te vinden op [www.wiemagwat.nl](http://www.wiemagwat.nl).

Indien iemand ten onrechte de titel van geregistreerd-mondhygiënist gebruikt kan hem ingevolge artikel 100 van de Wet BIG een bestuurlijke boete van ten hoogste € 6.700,- worden opgelegd. Conform de beleidsregels<sup>1</sup> van de IGJ wordt een bestuurlijke boete van maximaal € 3.250,- opgelegd. Bij recidive wordt dit bedrag verdubbeld. Daarna wordt aangifte gedaan bij het Openbaar Ministerie.

*9 en 10. De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister kan toelichten wat precies bedoeld wordt met het behandelen van «primaire caviteiten». Voorts vragen de leden een reflectie op het feit dat er in de mondzorgketen onduidelijkheid bestaat over primaire caviteiten en de vaardigheid van mondhygiënisten-nieuwe stijl om vooraf in te schatten of daadwerkelijk sprake is van primaire caviteiten.*

Een primaire caviteit (eerste beginnend gaatje) is een beginnend gaatje dat niet eerder is gevuld. Bij een caviteit grenzend aan een vulling is sprake van een secundaire caviteit. Secundaire caviteiten vallen buiten de bevoegdheden van (geregistreerd-) mondhygiënisten.

Niet het behandelen van alle nieuw ontstane gaatjes valt binnen de bevoegdheid van de geregistreerd-mondhygiënist. Dit wordt begrensd door het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist. Wanneer een caviteit omvangrijk is (in of dicht bij de wortel) valt dit buiten het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist, ondanks het feit dat het een nieuw ontstaan gaatje betreft. Hier is consensus over binnen de beroepsgroepen.

Tandartsen en geregistreerd-mondhygiënisten schatten vooraf de omvang van de caviteit in op basis van het klinisch beeld, aangevuld met röntgendiagnostiek. Soms kan bij het openmaken van de caviteit blijken dat de caviteit omvangrijker is dan vooraf ingeschat. In dat geval zal de geregistreerd-mondhygiënist de behandeling staken en de patiënt doorverwijzen naar een tandarts. Ook kan, met name wanneer een tandarts en geregistreerd-mondhygiënist onder één dak werken, de geregistreerd-mondhygiënist de tandarts vragen of deze de behandeling wil afmaken. Overigens geldt dit ook voor de huidige situatie waarin

mondhygiënisten deze handeling functioneel zelfstandig uitvoeren. Het correct beoordelen van de caviteit op basis van het klinisch beeld en röntgendiagnostiek is onderdeel van het professioneel handelen van de zorgverlener waartoe zorgverleners ook zijn opgeleid.

De gebruikte terminologie en definities worden gebruikt sinds de toekenning van functioneel zelfstandige bevoegdheid aan mondhygiënisten in 2006. Het is aan de beroepsgroepen in samenwerking met de opleiders in de mondzorg om, binnen de reikwijdte die de amvb vaststelt, hier in de praktijk invulling aan te geven.

*11. De leden van de VVD-fractie vragen of zij het goed begrijpen dat de beoogde inwerkingtreding van het besluit is voorzien op 1 januari 2020, en artikel 11 inwerking zal treden op 1 september 2019.*

---

<sup>1</sup> Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 februari 2017, kenmerk 160676 IGZ, houdende de vaststelling van beleidsregels inzake het opleggen van bestuurlijke boetes (Beleidsregels bestuurlijk boete Minister VWS).

De leden van de VVD-fractie hebben de voorgelegde amvb goed begrepen. Het is van belang dat beroepsbeoefenaren op tijd hun aanvraag kunnen indienen en dat op deze aanvragen op tijd kan worden beslist. Op 1 januari 2020 moet er een register zijn waarin duidelijk staat wie geregistreerd-mondhygiënist is, en dus bevoegd is tot het voeren van die titel en het zelfstandig verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Wanneer beroepsbeoefenaren pas per 1 januari een aanvraag tot registratie in kunnen dienen, kan nog niet per die datum gestart worden met het experiment. Beroepsbeoefenaren krijgen daarom enkele maanden de gelegenheid om zich voor te bereiden op de start van het experiment. In het ontwerp van de amvb dat bij uw Kamer is voorgehangen staat dat aanvragen in kunnen worden gediend vanaf 1 september 2019. In de nota van toelichting stond abusievelijk 1 september 2020 vermeld. Zowel de amvb als de nota van toelichting zullen aangepast worden. De Minister zal vanaf 1 oktober 2019 op aanvragen tot registratie als geregistreerd-mondhygiënist kunnen besluiten. Zodoende hebben beroepsbeoefenaren al vanaf drie maanden vòòr 1 januari 2020 de tijd om een aanvraag tot registratie in te dienen zodat zij daadwerkelijk per 1 januari 2020 als geregistreerd-mondhygiënist hun beroep kunnen uitoefenen.

*12, 13 en 14. De mondzorgketen is aan de slag met richtlijnontwikkeling en het definiëren van kwaliteit. De leden van de VVD-fractie vragen of inzichtelijk kan worden gemaakt wat de laatste stand van zaken is met betrekking tot de richtlijnontwikkeling. Voorts willen zij weten of er meer zicht is op de kwaliteit bij de inwerkingtreding van dit besluit. Zij vragen of de Minister het eens is met de leden dat deze taakerschikking een uitgelezen kans is om de professionaliteit in de mondzorg te versterken.* Het Kennisinstituut Mondzorg (hierna: KiMo) heeft een aanpak opgesteld voor het opstellen van richtlijnen. De eerste drie richtlijnen zijn opgeleverd en tripartite (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten) aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland. Dit betreft de Klinische Praktijk Richtlijn Peri-implantaire Infecties en de richtlijnen voor implantaatgedragen protheses in de boven- en onderkaak. Deze zijn nog niet opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland ([www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl)) omdat er nog een implementatieplan en patiëntenversie moeten komen. In de tweede helft van 2019 worden deze producten aangeleverd.

In totaal worden er eind 2020 twaalf klinische praktijkrichtlijnen opgeleverd. Dit is volgens de planning van het plan van aanpak van het KiMo, dat is opgenomen in de Meerjarenagenda van het Zorginstituut Nederland. Onderwerpen die nog volgen zijn: antistolling, mondzorg voor jeugdigen, derde molaar, polyfarmacie ouderen en mondzorg kwetsbare ouderen. Het Zorginstituut Nederland begeleidt dit proces intensief.

De ontwikkeling van richtlijnen en daarmee het versterken van de professionaliteit in de mondzorg is nu ook al van groot belang en daarom werken de verschillende partijen hier hard aan.

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

*15. De leden van de PVV-fractie geven aan dat door de mondhygiënisten zelfstandig bevoegd te maken zij handelingen kunnen verrichten zonder opdracht en toezicht van een tandarts het teamconcept wordt doorbroken en de zorg wordt versnipperd. Zij vragen wie nog regie heeft in een dergelijke setting.*

Tandartsen geven veelal aan dat de tandarts regiebehandelaar zou moeten zijn en daarmee ook eindverantwoordelijke voor de gehele mondzorg van de patiënt. De Wet BIG en onderhavige amvb wijzen echter geen regiebehandelaars of poortwachters aan in de mondzorg.

(Geregistreerd-)mondhygiënisten en tandartsen zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor hun eigen handelen. Dit betekent niet dat er niet volgens een teamconcept gewerkt kan worden. Er zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de mondzorg van eenzelfde patiënt. Deze vormen het team, ook wanneer dit team niet onder een dak is gehuisvest. Zoals de commissie Linschoten<sup>2</sup> (2006) al aangaf vindt de herschikking van taken bij voorkeur plaats onder één dak, maar kan dit ook de vorm hebben van een samenwerkingsverband tussen professionals in zelfstandige praktijken. Alleen door samenwerking en afstemming zullen de verschillende mondzorgverleners (waaronder de tandarts en (geregistreerd-)mondhygiënist) een totaalpakket aan mondzorg kunnen leveren. Overigens is ongeveer tweederde van de mondhygiënisten werkzaam in een praktijk voor algemene tandheelkunde.

*16. De leden van de PVV-fractie vragen wat de meerwaarde is van mondhygiënisten die zelfstandig mogen verdoven, boren en röntgenfoto's maken.*

Zoals ik ook heb opgenomen in het antwoord op vraag 4 vind ik het belangrijk om zorgverleners dáárvóór in te zetten waar ze voor zijn opgeleid. Daarmee worden de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk benut. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit van zorg als aan het betaalbaar houden van de zorg.

Dat is hard nodig, gelet op de vergrijzende populatie met een hogere behoefte aan meer complexe mondzorg, de blijvende aandacht voor jeugdmondzorg en de toenemende technologische innovatie binnen de sector. Dit alles vraagt om een zo goed mogelijke benutting van de beschikbare capaciteit aan zorgverleners in de mondzorg. Het is één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken.

Tot slot sluit het aan bij het uitgangspunt van de juiste zorg op de juiste plek. Het steviger positioneren van de geregistreerd-mondhygiënist draagt er aan bij dat er nog meer aandacht kan komen voor preventie en dat curatieve behandelingen kunnen worden voorkomen. Ook is door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de geregistreerd-mondhygiënist deze voor de duur van het experiment beter inzetbaar in elke setting. Zo kunnen geregistreerd-mondhygiënisten ook op locatie zelfstandig aan de slag, in een eigen praktijk, maar ook bijvoorbeeld op scholen of bij ouderen thuis, wat de bereikbaarheid van kwetsbare groepen kan vergroten.

*17. De leden van de PVV-fractie vragen op welke manier dit de juiste zorg op de juiste plek is omdat een vrijgevestigde geregistreerd-mondhygiënist dan kan gaan werken zonder team en zonder vangnet.*

Ik wil voorop stellen dat een mondhygiënist nooit puur als solist kan werken. Samenwerking met een achterwacht is noodzakelijk om goede zorg in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (hierna: Wkkgz) te verlenen. Ongeveer tweederde van de mondhygiënisten is werkzaam in een praktijk voor algemene tandheelkunde.

Zorg op de juiste plek staat voor hoog opgeleide beroepsbeoefenaren waar nodig, en lager opgeleide beroepsbeoefenaren waar mogelijk. Die differentiatie is ook hard nodig gezien de toekomstige vraagontwikkeling in de mondzorg onder andere als gevolg van langer behoudt van het natuurlijk gebit en het ter beschikking komen van meer geavanceerde behandelmethoden. Een antwoord op deze vraagontwikkeling kan alleen

<sup>2</sup> Innovatie in de mondzorg – advies, Commissie innovatie mondzorg, februari 2006.

worden gerealiseerd met een goede inzet van professionals. Het is één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Ik verwacht dat de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen door dit experiment beter worden benut en dat de patiënt ervaart dat de zorg efficiënter is georganiseerd.

*18 en 19. De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen dat de integrale zorg zoals die zich ontwikkeld heeft binnen de mondzorgpraktijken nu wordt afgebroken. Zij vragen een toelichting op het feit dat juist integrale zorg overbehandeling en kosten voorkomt en of teamwork en integrale zorg niet langer een speerpunt is.*

Laat ik voorop stellen dat het overgrote deel van tandartsen en mondhygiënisten samenwerkt in één praktijk. Zoals de commissie Linschoten<sup>3</sup> al adviseerde is het uitgangspunt *zoveel als mogelijk* onder één dak. Dat wil echter niet zeggen dat er altijd sprake moet zijn van mondzorg onder één dak. Commissie Linschoten gaf aan dat de samenwerking ook de vorm kan hebben van een samenwerkingsverband tussen professionals in zelfstandige praktijken. Onder één dak zou bijvoorbeeld ook een digitaal dak kunnen zijn. Het draait om goede samenwerking en (digitaal) uitwisselen en delen van relevante informatie. Zowel tussen zorgverleners onderling als met de patiënt. Ook Patiëntenfederatie Nederland is van mening dat mondzorg onder één dak geen belemmering moet zijn in situaties waarbij dat niet mogelijk is (dunbevolkte gebieden) en er slimmere oplossingen zijn voor goede samenwerking (Kamerstuk 32 620, nr.180). Daarnaast biedt «onder één dak» werken geen garantie voor goede samenwerking. Goede samenwerking is afhankelijk van de inzet van de betrokken zorgverleners.

Zoals eerder uiteengezet in het antwoord op vraag 3 zal naar verwachting geen sprake zijn van overbehandeling, dit zal worden meegenomen in de evaluatie van het experiment.

*20. De leden van de PVV-fractie vinden het onverantwoord om nu vijf jaar te gaan experimenteren met mondhygiënisten in plaats van direct te beginnen met het opleiden van meer tandartsen. Graag ontvangen deze leden een reactie hierop van de Minister.*

De inzet van de huidige beleidsontwikkelingen ten aanzien van de capaciteit in de mondzorg zijn gestart in 2000. De aanzet daartoe was het advies van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, commissie Lapré<sup>4</sup>. Zij heeft geadviseerd om in te zetten op taakherschikking. Het beoogde effect van de taakherschikking is dat een evenwichtig systeem ontstaat dat een antwoord biedt op de toekomstige zorgbehoefte. Dat is hard nodig, gelet op de vergrijzende populatie met een hogere behoefte aan meer complexe mondzorg, de blijvende aandacht voor jeugdmondzorg en de toenemende technologische innovatie binnen de sector. Hierbij worden de zorgprofessionals zodanig ingezet dat iedereen dat doet wat het beste aansluit bij zijn of haar deskundigheid en opleiding.

Het experimenteren met geregistreerd-mondhygiënisten is één van de bouwstenen om voldoende capaciteit in de mondzorg te bewerkstelligen. Zoals aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 29 juni 2018 (Kamerstuk 33 578, nr. 57) doet het Capaciteitsorgaan op dit moment op verzoek van de Minister van OCW en mijzelf nader onderzoek naar de benodigde capaciteit in de mondzorg. Het Capaciteitsorgaan zal eind 2018 een kwantitatieve analyse opleveren, welke begin 2019 gepreciseerd zal worden met een kwalitatieve analyse. Dit is een andere bouwsteen om

<sup>3</sup> Innovatie in de mondzorg – advies, Commissie innovatie mondzorg, februari 2006.

<sup>4</sup> Capaciteit mondzorg – Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, augustus 2000).

aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. De Minister van OCW en ik zullen uw Kamer voor de Voorjaarsnota informeren over wat de kosten zijn van het opvolgen van het advies van het Capaciteitsorgaan over het benodigde aantal opleidingsplaatsen Tandheelkunde en Mondzorgkunde.

Ik ben voor de taakherschikking, ook wanneer uit het advies van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er meer tandartsen moeten worden opgeleid. Het één sluit het ander niet uit. In het algemeen is het zo dat taakherschikking leidt tot een betere benutting van het beschikbare arbeidspotentieel maar ook tot een hogere doelmatigheid in de zorg en tot grotere arbeidssatisfactie van de zorgverleners.

*21. De leden van de PVV-fractie vragen wanneer ik het experiment geslaagd acht. Welke kwaliteitscriteria ik hierbij hanteer en hoe dit wordt gemeten?*

Zoals aangegeven bij vraag 1 van de leden van de VVD-fractie, loopt er gedurende het experiment een onderzoek. Hierin wordt, conform de voorgaande experimenten, gevolgd wat de effecten zijn van de toekenning van zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen aan de geregistreerd-mondhygiënist, en of deze doelmatig en effectief zijn. Dit zijn de standaard toetsingscriteria die worden gehanteerd bij het experimenteerartikel. Hierbij wordt naar de juiste zorgverlener op de juiste plaats, de patiënttevredenheid, de tevredenheid van de professionals en de effecten op doorverwijzen, samenwerken en (over)behandelen gekeken. Tijdens het experiment zal geëvalueerd worden of het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid om voorbehouden handelingen te verrichten doelmatig en effectief is. Het experiment zal geslaagd zijn als dit inderdaad het geval is. Dit zal voor iedere voorbehouden handeling afzonderlijk worden bepaald.

*22 en 23. Genoemde leden vragen hoe bijgehouden wordt hoeveel gaatjes er meer of minder gevuld worden en hoeveel extra röntgenfoto's gemaakt worden.*

Dit is onderdeel van het onderzoek. Hierbij wordt o.a. gekeken naar de toe- of afname van het aantal verwijzingen, het delen of juist maken van extra röntgenopnames en naar het aantal verrichtingen. De observaties tijdens het experiment worden afgezet tegen de observaties van de nulmeting om iets te kunnen zeggen over de ontwikkeling van deze parameters.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

*24. De leden van de CDA-fractie merken op dat er veel vragen leven bij (organisaties van) tandartsen over het voorgenomen experiment. Deze leden vragen om heldere en concrete uiteenzetting aan welke voorwaarden voldaan moet worden voordat er sprake is van een geslaagd experiment?*

Het experiment zal geslaagd zijn wanneer dit heeft geleid tot doelmatigere inzet van een hoogwaardige beroeps capaciteit.

Het experiment moet positieve resultaten laten zien op de patiënttevredenheid, de kwaliteit en de doelmatigheid en effectiviteit (de juiste zorgverlener op de juiste plaats). Ook wordt er gekeken naar de tevredenheid van de professionals, de doorverwijzingen, het samenwerken en eventuele (over)behandeling.

Tijdens het experiment zal geëvalueerd worden voor welke voorbehouden handelingen het doelmatig en effectief is daarvoor een definitieve



zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de geregistreerd-  
mondhygiënist.

*25. De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op de opmerkingen van de Patiëntenfederatie Nederland, die aangeeft dat aan bepaalde voorwaarden voor het experiment nog niet is voldaan.*

De Patiëntenfederatie Nederland heeft in haar brief aan uw Kamer opgeroepen om, met inbreng van patiënten, snelheid te maken met richtlijnontwikkeling en transparantie over kwaliteit en kosten in de mondzorg.

De Gezondheidsraad heeft in 2012 vastgesteld dat het de sector ernstig aan kwaliteitsrichtlijnen ontbreekt. Inmiddels is daar met het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) een aanpak voor gekomen en zijn de eerste drie richtlijnen tripartite (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten) aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland. In de antwoorden op vragen 12, 13 en 14 leest u meer over de werkzaamheden van het KiMo.

Zoals eerder aangegeven in het antwoord op vraag 12, 13 en 14 is de ontwikkeling van richtlijnen en daarmee het versterken van de professionaliteit in de mondzorg nu ook al van groot belang en daarom werken de verschillende partijen hier hard aan. Tussen de IGJ, het ministerie en het Zorginstituut Nederland vindt overleg plaats over de totstandkoming van richtlijnen. Ook Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond worden hierbij betrokken. Wanneer de partijen in de mondzorg zelf niet met richtlijnen komen dan zal het Zorginstituut Nederland dit oppakken. Ook is afgesproken dat de IGJ zelf normen op gaat stellen voor de nog nader in te vullen lijst van actiepunten die de IGJ als prioriteit beschouwt. Dit doet zij zelf omdat ontwikkeling van een breed kwaliteitskader mondzorg vanuit de sector uitblijft.

In het kader van transparantie zijn Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond uitgenodigd door de door het Ministerie van VWS geïnitieerde werkgroep correct declareren mondzorg om samen met de ANT, KNMT, ONT, NVM, ZN en NZa vanuit het patiëntenperspectief te kijken welke rol patiënten hebben bij het voorkomen van fouten en fraude waarbij ook de transparantie van de nota werd besproken. In de eerstvolgende werkgroepvergadering zal verder worden gesproken over mogelijke stappen die hierin gezet kunnen worden.

*26, 27 en 28. De leden van de CDA-fractie willen weten waarom de Minister gekozen heeft voor een grootschalig experiment met een duur van vijf jaar. De leden vragen welke afwegingen hierbij gemaakt zijn en waarom niet is gekozen voor een beperkte regionale proef waar bij gebleken succes verder opgeschaald kan worden.*

Artikel 36a van de Wet BIG biedt de mogelijkheid om op basis van een experiment een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen toe te kennen aan een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren. Dit geeft de mogelijkheid om te experimenteren met nieuwe bevoegdheden voor bepaalde beroepsbeoefenaren, in plaats van gelijk te kiezen voor een definitieve regeling in artikel 3 van de Wet BIG. Er is of wordt al met andere beroepen geëxperimenteerd. Dit zijn de physician assistant, de verpleegkundig specialist, de klinisch technoloog en de bachelor medisch hulpverlener. Inmiddels zijn de experimenten met de physician assistant en verpleegkundig specialist afgerond. De experimenten met de bachelor medisch hulpverlener en de klinisch technoloog lopen nog.

Het experiment van maximaal vijf jaar waarin geregistreerd-  
mondhygiënisten zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen

mogen verrichten zal vooraf worden gegaan door een nulmeting. Voor het verstrijken van de periode van vijf jaar zal op basis van het te verrichten onderzoek naar het experiment besloten worden of een wetsvoorstel bij uw Kamer aanhangig wordt gemaakt waarin wordt voorgesteld de geregistreerd-mondhygiënist in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen. Het experimenteerartikel bepaalt dat binnen vijf jaar een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer aanhangig moet worden gemaakt bij gebreke waarvan het experiment van rechtswege eindigt.

Naar aanleiding van de brief van Patiëntenfederatie Nederland heb ik contact met hen opgenomen. Zij wilde met haar brief niet per se oproepen tot eerst een regionale proef. Wel wilde zij wijzen op succesvolle regionale samenwerkingen die kunnen dienen als voorbeeld voor de invulling van samenwerking van de verschillende mondzorgverleners tijdens het experiment (best practices) met de geregistreerd-mondhygiënist. Waar mogelijk ben ik natuurlijk ook graag bereid goede voorbeelden uit te dragen.

*29 en 30. De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze en met welke frequentie de voortgang van het experiment wordt gemonitord. Voorts vragen deze leden hoe de ervaringen van patiënten worden gemonitord.* Gestart zal worden met een nulmeting van een jaar, waardoor er goed zicht is op de huidige praktijk. Daarna volgt er een experiment van maximaal vijf jaar waarin onderzoek wordt gedaan waar onder meer wordt gekeken naar de patiënttevredenheid, de tevredenheid van de professionals en de effecten op doorverwijzen, samenwerken en (over)behandelen. Er zal door het nog te selecteren onderzoeksbureau naast een eindrapportage, na de nulmeting en tussentijds gedurende de experimenteerperiode gerapporteerd worden. De ervaringen van patiënten worden meegenomen als onderzoeksvragen en zijn dus onderdeel van het onderzoek.

*31, 32 en 33. De leden van de CDA-fractie vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat patiënten goede, toegankelijke en vindbare informatie hebben over de samenwerkingsafspraken in het experiment. Daarnaast vragen deze leden hoe de Minister ervoor zorgt dat patiënten weten voor welke mondzorg ze bij welke professional terecht kunnen en hoe patiënten weten welke bevoegdheden een professional in de mondzorg heeft?*

Zoals ook aangegeven in mijn antwoord op vraag 1 ben ik mij zeer bewust van het feit dat communicatie en juiste informatie aan de patiënt van groot belang is voor dit experiment. De informatie zal vindbaar moeten zijn op logische websites, mediakanalen en in de wachtkamers.

Zorgprofessionals hebben hierin zelf een belangrijke taak. Zij moeten patiënten goed en adequaat voorlichten en mogen niet handelen buiten hun bevoegdheid en deskundigheidsgebied.

*34. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister het risico ziet dat het opsplitsen van taken de kans vergroot op onvolledige en niet op elkaar aansluitende deeldiagnoses en op het ontbreken van een integrale diagnose.*

Het verschuiven van taken zie ik niet als risico voor het niet op elkaar aansluiten van zorgverlening. Bij de andere experimenten is gebleken dat patiënten zeer tevreden waren over de ontvangen zorg en hebben de experimenten juist geleid tot het expliciteren van samenwerkingsafspraken in protocollen.

Zoals ook eerder aangegeven in het antwoord op vraag 15 zijn er meerdere zorgverleners betrokken bij de mondzorg van een patiënt. Dat is

ook op dit moment al het geval. Dit zijn niet alleen de tandarts of de (geregistreerd-) mondhygiënist. Het kunnen bijvoorbeeld ook een tandartsassistent, preventieassistent, tandprotheticus, endodontoloog, parodontoloog of kaakchirurg zijn. Deze zorgverleners vormen een mondzorgteam, ook wanneer deze niet onder een dak zijn gehuisvest.

Van professionele beroepsbeoefenaren mag verwacht worden dat zij waar nodig, in het kader van goede zorg, contact zoeken met andere zorgverleners op het terrein van de mondzorg. In de huidige situatie hebben zorgprofessionals in de praktijk ook samenwerkingsafspraken met elkaar gemaakt.

*35. De leden van de CDA-fractie vragen hoe gegarandeerd kan worden dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt door het experiment niet in het gedrang komt.*

Mijn ambtsvoorganger heeft u per brief op 11 september 2017 laten weten dat de nieuwe opleiding Mondzorgkunde (vanaf 2006), volgens de door de deskundigen van de opleidingsinstituten Mondzorgkunde gepresenteerde feiten, het benodigde onderwijs biedt om via een experiment geregistreerd-mondhygiënisten binnen hun deskundigheidsgebied zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor wat betreft het toepassen van anesthesie, het behandelen van primaire caviteiten en het verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (solo- en bitewingopnamen) (Kamerstuk 32 620, nr. 193).

Dat neemt niet weg dat er, voor zover deze er nu nog niet zijn, op individueel niveau afspraken zullen moeten worden gemaakt tussen tandartsen en geregistreerd-mondhygiënisten over de invulling van de samenwerking. Ook nu al hebben mondhygiënisten en tandartsen afspraken gemaakt over de manier van samenwerking. Ik heb er vertrouwen in dat deze afspraken worden herbezien bij het starten van het experiment. Van professionele beroepsbeoefenaren mag verwacht worden dat er zorg wordt gedragen voor een goede kwaliteit van zorg, waar goede samenwerkingsafspraken een belangrijk onderdeel van zijn.

Tijdens het experiment zal, net als op de andere in artikel 3 van de Wet BIG gereguleerde beroepen, tuchtrecht van toepassing zijn. Geregistreerd-mondhygiënisten zijn daarmee ook tuchtrechtelijk aanspreekbaar voor hun handelen. Daarnaast geldt, net als nu, dat zij onder het toezicht van de IGJ vallen.

Het experiment wordt in het kader van het al eerder genoemd onderzoek voortdurend gemonitord. Op basis van de uitkomst van dat onderzoek zal ik bepalen of geregistreerd-mondhygiënisten definitief de zelfstandige bevoegdheid krijgen toegekend voor de drie voorbehouden handelingen. Dit zal voor iedere voorbehouden handeling afzonderlijk worden bepaald.

*36. De leden van de CDA-fractie vragen of het waar is dat de uitbreiding van de bevoegdheden in de praktijk alleen voor vrijevestigde mondhygiënisten geldt die niet in teamverband werken.*

De uitbreiding geldt voor alle geregistreerd-mondhygiënisten, ongeacht waar zij werkzaam zijn. Verder wil ik benadrukken dat alle mondhygiënisten, ook zij die op een zelfstandige locatie werkzaam zijn, per definitie werken in teamverband. Er zijn meerdere zorgverleners betrokken bij de mondzorg van een patiënt. Zie ook het antwoord op vraag 15.

*37. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) geeft aan dat overal in de zorg wordt ingezet op het teamconcept en dat de Minister dat hier lijkt open te breken. De leden*

*van de CDA-fractie vragen of de Minister het hiermee eens is en zo nee, waarom niet. Zij willen hier graag een onderbouwing van.*

Ik ben voorstander van het teamconcept. Dit staat echter niet in de weg voor het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor geregistreerd-mondhygiënist. Op dit moment is het ook al mogelijk voor mondhygiënist om zich op een zelfstandige locatie te vestigen omdat zij voor delen van de mondzorg vrij toegankelijk zijn. Dit wil echter niet zeggen dat zij geen onderdeel zijn (en blijven) van een mondzorgteam. Ik wil u graag verwijzen naar het antwoord op vraag 15.

*38 en 39. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister van mening is dat met het experiment de aandacht van de mondhygiënist dreigt te verschuiven van preventie naar curatie. Ook zijn genoemde leden benieuwd hoe ervoor wordt gezorgd dat de aandacht voor preventie op niveau blijft?*

Ik ben niet van mening dat de aandacht van de mondhygiënist dreigt te verschuiven van preventie naar curatie. Het steviger positioneren van de geregistreerd-mondhygiënist draagt er aan bij dat er nog meer aandacht kan komen voor preventie. Met het toekennen van zelfstandige bevoegdheid is een geregistreerd-mondhygiënist voor de duur van het experiment beter inzetbaar in elke setting, wat de continuïteit van de patiëntenzorg ten goede komt. Zo kunnen geregistreerd-mondhygiënist ook op locatie zelfstandig aan de slag, in een eigen praktijk, maar ook bijvoorbeeld op scholen of bij ouderen thuis, wat de bereikbaarheid van kwetsbare groepen kan vergroten.

Het behandelen van een primaire caviteit (eerste beginnend gaatje) in een breder traject van preventie wordt gezien als tertiaire preventie. De mondhygiënist wordt opgeleid om schade te voorkomen en zal terughoudend (minimaal invasief) handelen. Daar waar mogelijk zal bijvoorbeeld gekozen worden voor een behandeling met fluoride. Waar nodig kunnen geregistreerd-mondhygiënist bij nieuw ontstane gaatjes vroegtijdig ingrijpen en aansluitend inzetten op preventie om te voorkomen dat het nogmaals gebeurt. De mondhygiënist is hiervoor specifiek opgeleid en zal niet ineens de focus verleggen naar curatief handelen.

Zie ook het antwoord op vraag 16.

*40. Genoemde leden vragen op welke manier gewaarborgd wordt dat patiënten niet onnodig heen en weer worden gestuurd tussen mondhygiënist en tandarts.*

Ik wil u verwijzen naar het antwoord op vraag 2.

*41 en 42. Ten slotte vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister het niet beter vindt om eerst de verschillende scenario's door het Capaciteitsorgaan uit te laten werken voordat met een experiment begonnen wordt. Zo nee, waarom niet? Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister bereid is om het experiment nog niet te laten starten zolang er nog geen duidelijkheid is ontstaan over het capaciteitsvraagstuk?*

Nee. Ik ben voor taakherschikking omdat daarmee bereikt kan worden dat de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk worden benut. Daarnaast is het zo dat de functionele zelfstandigheid voor geregistreerd-mondhygiënist aan tandartsen meer ruimte geeft voor taken waarvoor een academische opleiding vereist is. Zoals bij de beantwoording van de vraag 20 aangegeven, is het experimenteren met geregistreerd-mondhygiënist één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Ik vind het

belangrijk om conform het advies van de commissie Lapré<sup>5</sup> in te zetten op taakherschikking en niet stil te gaan zitten. De toekenning van veranderende bevoegdheden aan geregistreerd-mondhygiënist staan het uitwerken van verschillende scenario's niet in de weg. Sterker nog, ook in de scenario's van het Capaciteitsorgaan wordt rekening gehouden met taakherschikking.

### Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

*43. De leden van de D66-fractie vragen of kan worden toegelicht op welke manier het beschikbare arbeidspotentieel op deze wijze beter wordt benut.*

Zoals ik ook heb opgenomen in mijn brief van 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198) vind ik het belangrijk om zorgverleners dáárvoor in te zetten waar ze voor zijn opgeleid. Daarmee worden de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk benut. Wanneer wij zorgverleners niet inzetten waar ze voor zijn opgeleid wordt het arbeidspotentieel niet maximaal benut. Daarnaast is het zo dat de functionele zelfstandigheid voor geregistreerd-mondhygiënist tandartsen meer ruimte geeft voor taken waarvoor een academische opleiding vereist is. Zie ook het antwoord op vraag 4.

*44. Genoemde leden vragen een reactie op de zorgen zoals geuit door de KNMT, dat door het opsplitsen van taken de kans op onvolledige en niet op elkaar aansluitende diagnoses wordt vergroot.*

Ik wil u verwijzen naar het antwoord op vraag 34.

*45. Voorts vragen deze leden hoe gezorgd wordt dat er sprake blijft van een integrale diagnose en behandeling, waarin preventie en samenwerking een belangrijke rol spelen.*

Van professionele beroepsbeoefenaren mag verwacht worden dat zij waar nodig, in het kader van goede zorg, contact zoeken met de andere zorgverleners op het terrein van de mondzorg. Waar dit nu nog niet het geval is vraagt dit van iedere zorgverlener individueel actie. Zie tevens het antwoord op vraag 15, 18, 34, 38.

*46. Leden van de D66-fractie vragen of een opdracht door een tandarts om anesthesie toe te passen of om een primaire caviteit te behandelen nu ook op afstand kan worden gegeven en hoe vaak het momenteel voorkomt dat hiervoor geen tandarts kan worden bereikt.*

De Wet BIG kent een onderscheid tussen zelfstandige bevoegdheid en functionele zelfstandige bevoegdheid. Een zelfstandige bevoegdheid houdt in dat een beroepsbeoefenaar geheel zelfstandig voorbehouden handelingen mag verrichten. Dit houdt in dat die beroepsbeoefenaar dus ook zelf beoordeelt of het noodzakelijk is om de handeling te verrichten. Functionele zelfstandigheid houdt in dat een beroepsbeoefenaar bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig mag verrichten zonder toezicht door of mogelijkheid tot tussenkomst van een bevoegde beroepsbeoefenaar. Wel is noodzakelijk dat de functioneel zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar een opdracht krijgt van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar om de handeling te verrichten. De functioneel zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar kan dus niet zelf het initiatief nemen tot het verrichten van de voorbehouden handeling. Mondhygiënist zijn thans functioneel zelfstandig bevoegd tot het toepassen van anesthesie (sinds 1 december 1997) en het behandelen van primaire caviteiten (sinds 24 mei 2006). Dat betekent dat zij slechts na opdracht van

<sup>5</sup> Capaciteit mondzorg – Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, augustus 2000).

een bevoegde beroepsbeoefenaar zoals een tandarts, deze handelingen mogen verrichten.

De intentie van artikel 38 van de Wet BIG (de mogelijkheid tot het geven van een opdracht) is dat een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar een diagnose stelt en voor de behandeling de mogelijkheid heeft deze taken te delegeren. Hierbij past niet dat een opdrachtnemer op zoek gaat naar een opdrachtgever. Voor mondhygiënist is dit echter wel de huidige realiteit. Wanneer zij bijvoorbeeld bij het uitvoeren van tot hun specifieke deskundigheid behorende werkzaamheden (zoals een gebitsreiniging) anesthesie willen toepassen, dan mogen zij daar zonder opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar niet toe overgaan, terwijl zij wel zijn opgeleid om die handelingen te verrichten en het binnen hun deskundigheidsgebied valt om te beoordelen of die handelingen noodzakelijk zijn (straks ook bij het behandelen van een primaire caviteit). Dat nu eerst een opdracht noodzakelijk is, is niet doelmatig. Daardoor is het experiment gerechtvaardigd. Zoals eerder al toegelicht in het antwoord op vraag 35 hebben nieuw opgeleide mondhygiënist (afgestudeerd sinds 2006) het benodigde onderwijs genoten om binnen hun deskundigheidsgebied zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor de drie in de amvb genoemde voorbehouden handelingen. Deze amvb beoogt dan ook aan te sluiten bij de intentie van de Wet BIG. Bij nadere lezing, blijkt dat dit in de nota van toelichting bij het ontwerp onvoldoende naar voren komt. Deze zal op dit punt worden aangevuld.

Over de gevallen hoe vaak het maken van röntgenopnames of het toepassen van anesthesie noodzakelijk was zonder dat er een tandarts beschikbaar was om de noodzaak daarvan te beoordelen, zijn geen cijfers bekend. Dat zelfde geldt ten aanzien van de behandeling van primaire caviteiten. De inschatting is echter dat dat minder vaak voorkomt omdat tot op heden de tandarts daarbij als eerste aan zet is.

*47 en 48. De leden van de D66-fractie vragen of het uit veiligheidsoverwegingen van belang kan zijn dat een tandarts op de hoogte is, en kan worden bereikt om in te grijpen indien nodig. Ook vragen de leden hoe bijvoorbeeld moet worden omgegaan met een onvoorziene omstandigheid zoals een bloeding.*

Voor de duur van het experiment zullen geregistreerd-mondhygiënist zelfstandig bevoegd zijn in het toepassen van anesthesie, het behandelen van primaire caviteiten en het verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (solo- en bitewingopnamen). Het is daarmee niet noodzakelijk dat een tandarts op de hoogte is van iedere behandeling en daarbij meteen kan ingrijpen. Het is wel van belang dat geregistreerd-mondhygiënist samenwerking zoeken met tandartsen waardoor zij, wanneer dat nodig is, de behandeling kunnen overdragen aan een tandarts.

Een geregistreerd-mondhygiënist is geschoold om te beoordelen op welk moment een tandarts ingeschakeld moet worden en wat te doen wanneer zich een onvoorziene omstandigheid zoals een bloeding voordoet. Als er geen achterwacht beschikbaar is kan dat voor een geregistreerd-mondhygiënist reden zijn niet te behandelen. Afhankelijk van wat zich voordoet staakt de mondhygiënist de behandeling en zorg dat de patiënt, waar nodig gelijk, bij een tandarts terecht kan.

*49 en 50. Voorts vragen deze leden of het altijd op voorhand duidelijk is of er sprake is van een primaire of secundaire caviteit en of de patiënt alsnog door een tandarts gezien moet worden wanneer er bij het boren sprake blijkt van een secundaire caviteit.*

Ja, dit is voor aanvang van de behandeling duidelijk. Een primaire caviteit (eerste beginnend gaatje) is een gaatje dat niet eerder gevuld is. Wanneer er een caviteit is grenzend aan een vulling is sprake van een secundaire caviteit.

In het dossier van de patiënt staat aan welke gebitselementen werkzaamheden zijn verricht. Ook is op een röntgenopname te zien of er al een vulling gemaakt is. Daarnaast is in de mond visueel vast te stellen of er sprake is van een secundaire caviteit.

Wanneer het een caviteit betreft die na aanvang van de behandeling buiten het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist blijkt te vallen, dan dient de geregistreerd-mondhygiënist de behandeling te staken. De geregistreerd-mondhygiënist kan dan een tandarts erbij roepen of zorgen dat de patiënt gezien wordt door een tandarts. Overigens geldt dit ook voor de huidige situatie waarin mondhygiënisten deze handeling functioneel zelfstandig (in opdracht) uitvoeren.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

*51. De leden van de **SP-fractie** vragen of de voorliggende amvb een oplossing is voor het probleem dat er duidelijke verschillen bestaan tussen rijk en arm als het gaat om het bezoek aan de tandarts alsook de kwaliteit van de gebitten.*

Deze amvb heeft tot doel zorgverleners dáárvoor in te zetten waar ze voor zijn opgeleid. Daarmee worden de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk benut. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit van zorg als aan het betaalbaar houden van de zorg. Zie ook het antwoord op vraag 4.

*52, 53, 54, 55 en 56. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister de amvb als een (van de) oplossing(en) ziet voor het al jarenlang geconstateerde tekort aan tandartsen in Nederland. Voorts willen zij weten of de amvb invloed heeft op de maatregelen die de Minister gaat nemen naar aanleiding van de conclusies uit het Capaciteitsrapport. Zij willen weten op welke wijze de amvb van invloed zal zijn op de te nemen/voorgenomen maatregelen. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister kans ziet dat de amvb zelfs in de weg zou kunnen komen te staan van keuzes die gemaakt moeten worden op het gebied van capaciteit en taakverdeling in de mondzorg naar aanleiding van het rapport Capaciteit in de mondzorg. Ten slotte vragen zij of het verstandiger is om te wachten met het behandelen van de amvb totdat er meer duidelijkheid is over het capaciteitsvraagstuk.*

Ik vind het belangrijk dat het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd. Taakherschikking, zoals het experimenteren met geregistreerd-mondhygiënisten, is er één. Hierbij worden de zorgprofessionals zodanig ingezet dat iedereen dat doet wat het beste past bij zijn of haar deskundigheid en opleiding. Ik vind het belangrijk om conform het advies van de commissie Lapré<sup>6</sup> in te zetten op taakherschikking en niet stil te gaan zitten. Hiernaast verwacht ik eind 2018 van het Capaciteitsorgaan een actuele kwantitatieve analyse van de capaciteit in de mondzorg, welke begin 2019 gepreciseerd zal worden met een kwalitatieve analyse. Dit is een andere bouwsteen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Ik ben voor de taakherschikking, ook wanneer uit het advies van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er meer

<sup>6</sup> Capaciteit mondzorg – Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, augustus 2000).

tandartsen moeten worden opgeleid. Het één sluit het ander niet uit. Zie ook het antwoord op vraag 4 en vraag 20.

*57, 58, 59, 60 en 62. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoeveel tandartsen jaarlijks uitstromen en hoeveel tandartsen nu jaarlijks worden opgeleid. Zij willen weten of er jaarlijks voldoende wordt opgeleid ten opzichte van de uitstroom. Voorts zijn zij benieuwd hoe zich dit verhoudt tot het aantal buitenlandse tandartsen die in Nederland werken en tot de toe- of afname die hierin plaatsvindt. Voorts vragen genoemde leden hoe zich dit verhoudt met het aantal mondhygiënisten. Zij willen graag weten waarom er niet voor gekozen wordt om het echte probleem van een tekort aan tandartsen op te lossen.*

Zoals in de bijlage van mijn brief van 29 juni jl. (Kamerstuk 33 578, nr. 57) over de capaciteit in de mondzorg gemeld, geldt al jaren een numerus fixus voor de opleidingen voor tandartsen (259 opleidingsplaatsen) en mondhygiënisten (326 opleidingsplaatsen). Jaarlijks schrijven zich ook buitenlands gediplomeerden in het BIG-register in.

Zoals in de beantwoording van vraag nr. 538 van uw Kamer over de VWS Ontwerpbegroting 2019 (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 12) is aangegeven waren er in 2016 8.210 tandartsen werkzaam in Nederland (Staat van Volksgezondheid en Zorg, [www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl)). Volgens het Panteia/ Etil rapport van 11 mei 2018 komt het aantal in 2017 werkzame tandartsen in Nederland op 9.025 personen. Het aantal tandartsen dat geregistreerd is in het BIG-register bedraagt 11.143 (telling 8 oktober 2018). Daarvan hebben 9.169 tandartsen een Nederlands diploma en 1.974 tandartsen een buitenlands diploma.

De exacte aantallen van werkzame mondhygiënisten is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel in het register van de beroepsvereniging staan als mondhygiënist, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende mondhygiënisten is afgerond 3.700. Die schatting is tevens afkomstig uit het Panteia/ Etil rapport van 11 mei 2018 (bijlage bij Kamerstuk 33 578, nr. 57).

De uitstroom wordt bepaald door het percentage beroepsbeoefenaren dat het beroep verlaat. Dat kan gebeuren vanwege emigratie, pensioen of door wisseling van beroep. Zoals in de bijlage van mijn brief van 29 juni jl. (Kamerstuk 33 578, nr. 57) stromen naar verwachting de komende 10 jaar (tot 2027) vermeld 21% van het aantal werkzame tandartsen uit. Bij de kwantitatieve analyse door het Capaciteitsorgaan wordt de verwachte jaarlijkse uitstroom meegenomen. Zoals in de beantwoording van vraag 20 van de PVV-fractie aangegeven is het experimenteren met geregistreerd-mondhygiënisten één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Eind 2018 zal het Capaciteitsorgaan een actuele kwantitatieve analyse maken van de capaciteit in de mondzorg, welke begin 2019 gepreciseerd zal worden met een kwalitatieve analyse. Dit is een andere bouwsteen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken.

*61. De leden van de SP-fractie vragen of er niet één mondhygiënist op één tandarts werkzaam hoort te zijn, terwijl vaak één mondhygiënist ingezet wordt op twee tandartsen.*

Er is geen landelijke norm over de verhouding tussen het aantal tandartsen en het aantal mondhygiënisten. Het is aan de zorgprofessionals om de zorg te organiseren in de praktijken. Ik vind het belangrijk dat het uitgangspunt is dat de juiste zorg door de juiste zorgprofessional geleverd wordt.



De commissie Linschoten<sup>7</sup> (2006) kwam, wanneer uitgegaan van het midden scenario, tot de inschatting dat een landelijke verhouding van ongeveer 1,25 mondhygiënist op 1 tandarts (dit is afhankelijk van de schatting van het percentage ongecompliceerde patiënten) wenselijk zou zijn. Het Capaciteitsorgaan zal in zijn kwalitatieve analyse een actuele analyse maken van de benodigde capaciteit in de mondzorg. Momenteel ligt het aantal opleidingsplaatsen voor mondhygiënist (326) hoger dan het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen (259).

*63. De leden van de SP-fractie constateren dat in de amvb wordt aangegeven dat taakherschikking «in het algemeen» leidt tot een grotere zorgcapaciteit, een hogere doelmatigheid en hogere arbeidssatisfactie. Zij vragen om onderbouwing van deze drie stellingen en verzoeken om de standpunten van de tandartsen en mondhygiënist mee te nemen.*

Eerder is met drie andere beroepen geëxperimenteerd met taakherschikking. Het gaat om de physician assistant, verpleegkundig specialist en klinisch technoloog. Uit de onderzoeken ten aanzien van de experimenten met deze beroepen is gebleken dat het voor (een deel van) de voorbehouden handelingen die onderdeel waren van de experimenten doelmatig en efficiënt bleek om deze definitief toe te wijzen aan het experimenteerberoep. Zo werden de nieuwe bevoegdheden bij (een deel van) de voorbehouden handelingen in hoge mate benut, bleken zorgprocessen efficiënter georganiseerd en waren patiënten zeer tevreden over de ontvangen zorg. Bij het experiment met de physician assistant en verpleegkundig specialist hebben de nieuwe bevoegdheden perspectief gegeven voor de betrokken beroepsbeoefenaren om hun beroep verder te ontwikkelen.

Het is de verwachting dat deze positieve effecten van taakherschikking (grotere zorgcapaciteit, een hogere doelmatigheid en een hogere arbeidssatisfactie) ook van toepassing zullen zijn op het voorliggende experiment. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is en of dit ook voor alle drie de voorbehouden handelingen geldt waarmee in het kader van de geregistreerd-mondhygiënist wordt geëxperimenteerd. In het onderzoek zal zowel het perspectief van tandartsen als het perspectief van geregistreerd-mondhygiënist worden meegenomen.

*64. De leden van de SP-fractie vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat patiënten weten welke bevoegdheden een professional in de mondzorg heeft.*

Zie hiervoor het antwoord op vraag 1.

*65. Voorts vragen deze leden of bij de eventuele uitvoering van het experiment de goede samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënist, en daarmee de veiligheid van de mondzorgpatiënt, wel is gegarandeerd.*

Van professionele beroepsbeoefenaren mag verwacht worden dat zij, in het kader van goede zorg, contact zoeken met andere zorgverleners op het terrein van de mondzorg indien dat nodig is. Alleen door samenwerking en afstemming zullen de verschillende mondzorgverleners een totaalpakket aan mondzorg kunnen leveren.

Daarnaast zijn geregistreerd-mondhygiënist voor de duur van het experiment tuchtrechtelijk aanspreekbaar op hun handelen als zorgverlener. Volgens de Wkkgz zijn zorgverleners verplicht om goede zorg te leveren. Onderdeel daarvan is goede samenwerking en afstemming met andere betrokken zorgverleners. Hier zal de IGJ op toezien.

<sup>7</sup> Innovatie in de mondzorg – advies, Commissie innovatie mondzorg, februari 2006

Zie tevens de antwoorden op vraag 15, 17 en 34.

*66. De leden van de SP-fractie vragen wat de precieze redenen zijn dat taakherschikking moeizaam van de grond komt, en waarom de Minister dit per se wil doordrukken om er een succes van te maken.*

Taakherschikking in de mondzorg is ingezet in 2000 met het advies van de Adviesgroep capaciteit mondzorg (commissie Lapré)<sup>8</sup>. De commissie adviseerde om de opleiding Mondzorgkunde uit te breiden met als doel de mondhygiënist te equiperen voor de meer preventieve mondzorg en de meer reguliere tandheelkunde (herhaalcontrole in een «stabiele» mond, zonodig boren/vullen). De beroepsbeoefenaren die op HBO-niveau zijn geschoold zijn getraind om preventieve zorg te verlenen en licht restauratief werk («tertiere preventie») te verrichten.

In 2002 is de opleiding Mondzorgkunde aangepast. Sindsdien maakt het aanleren van de in de amvb aangewezen, voorbehouden handelingen deel uit van de opleiding van mondhygiënist (behandelen van primaire caviteiten is in 2002 toegevoegd, de andere twee maakten al langer deel uit van de opleiding). Sinds 2006 (het jaar waarin de eerste mondhygiënisten «nieuwe stijl» afstudeerden) mogen zij in opdracht van een tandarts functioneel zelfstandig bevoegd (zonder toezicht door en mogelijkheid tot tussenkomst van een tandarts bij het uitvoeren van de handeling) lokale anesthesie toepassen en primaire caviteiten behandelen. In opdracht van een tandarts mogen zij ioniserende straling toepassen in het kader van het mondonderzoek; de tandarts moet zorgen voor toezicht en mogelijkheid tot tussenkomst bij het uitvoeren van de behandeling.

In 2006 heeft de Commissie Innovatie Mondzorg (commissie Linschoten<sup>9</sup>) uitspraken gedaan over de inrichting van de studie Tandheelkunde. Uitgangspunt is dat een belangrijk deel van de reguliere mondzorg ingevuld zal kunnen worden door hbo-opgeleide mondhygiënisten.

#### *Belemmerende factoren*

Het Capaciteitsorgaan<sup>10</sup> verwijst naar een studie uit 2012<sup>11</sup> waaruit blijkt dat de belangrijkste belemmerende factoren voor taakherschikking zijn: de onbekendheid van patiënten en tandartsen met de nieuwe bekwaam- en bevoegdheden van de mondhygiënist, de dominantie van de visie van de tandarts op de rol van de mondhygiënist en hun beperkte vertrouwen in de competenties van de mondhygiënist, de kleinere dienstverbanden van de mondhygiënist en het vertrouwen van de mondhygiënist in hun eigen capaciteit. Het blijkt dat de meeste tandartsen wel taken willen delegeren, maar ook hun autoriteit willen behouden. Jerković-Ćosić<sup>12</sup> (2012) stelt verder dat een van de belangrijkste voorwaarden voor taakherschikking in de mondzorg en de uitbreiding van taken bij de mondhygiënisten is de bereidheid van tandartsen om enkele taken uit handen te geven.

Daarnaast wordt bij het verlenen van een opdracht door een tandarts soms gestuit op praktische bezwaren. De tandarts (opdrachtgever) moet zich er van vergewissen dat het inderdaad noodzakelijk is de door hem opgedragen voorbehouden handeling te verrichten. Daarnaast moet de

<sup>8</sup> Capaciteit mondzorg – Aanbevelingen voor de korte en lange termijn, Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg, augustus 2000)

<sup>9</sup> Innovatie in de mondzorg – advies, Commissie innovatie mondzorg, februari 2006.

<sup>10</sup> Capaciteitsplan 2013 deelrapport 3 Beroepen Mondzorg.

<sup>11</sup> The relation between profession development and job (re)design, Jerković-Ćosić, 2012.

<sup>12</sup> The relation between profession development and job (re)design, Jerković-Ćosić, 2012.

tandarts zich er zo nodig van vergewissen dat de opdrachtnemer bekwaam is in het verrichten van de handeling. Ook komt het voor dat tandartsen wel bereikbaar zijn maar niet willen meewerken. Daarnaast kan het zijn dat een tandarts niet aanwezig is in verband met ziekte, vakantie of een cursus, waardoor het geven van een opdracht wordt bemoeilijkt.

In de Tweede Evaluatie van de Wet BIG<sup>13</sup> staat dat mondhygiënisten praktische hinder ondervinden van de opdrachtconstructie via de tandarts, bijvoorbeeld bij het verlenen van mondzorg aan jeugdigen en ouderen, bij het behandelen van primaire caviteiten of behandelingen waarbij het toepassen van anesthesie of het maken van röntgenopnames nodig is. Door voor zulke afzonderlijke verrichtingen toestemming van de tandarts te moeten verkrijgen wordt het mondhygiënisch behandelproces soms onnodig onderbroken. Dit komt de continuïteit van de mondhygiënische zorg niet ten goede, aldus de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (hierna: NVM). ZonMW geeft in haar evaluatie aan dat de keuze voor een verzelfstandiging van de mondhygiënische zorg op zijn effecten kan worden onderzocht door voor mondhygiënisten een experimenteerregeling krachtens artikel 36a Wet BIG in het leven te roepen, hetgeen onderhavige amvb mogelijk maakt.

Het Capaciteitsorgaan gaf in zijn rapport van 2013<sup>14</sup> ook aan «(...) dat taakherschikking blijft stagneren wanneer geen extra sturing plaatsvindt (...)». Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 35 biedt, de nieuwe opleiding Mondzorgkunde (vanaf 2006), volgens de door de deskundigen van de opleidingsinstituten Mondzorgkunde gepresenteerde feiten, het benodigde onderwijs om via een experiment mondhygiënisten zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor de drie genoemde handelingen binnen hun deskundigheidsgebied. Onderhavige amvb neemt daarmee de belemmering van de opdrachtvereiste weg. Daarbij is er geen reden om handelingen voor te behouden aan bepaalde beroepsgroepen wanneer ook anderen deze handelingen deskundig kunnen uitvoeren.

Op organisatorisch niveau spelen de instroom van het aantal buitenlandse tandartsen en het feit dat tandartsen massaal in het opleiden van preventie-assistenten bleken te investeren een rol in het niet van de grond komen van taakherschikking<sup>15</sup>. Er zijn bij de IGJ geen meldingen van zowel patiënten als zorgverleners binnen gekomen, welke gerelateerd zijn aan het toepassen van anesthesie en of behandelen van primaire caviteiten door mondhygiënisten. Er is dan ook geen aanleiding geweest voor de IGJ om hier onderzoek naar te doen, dit in tegenstelling tot in taakdelegatie werkende assistierenden in een reguliere tandartsenpraktijk. De instroom van het aantal buitenlandse tandartsen wordt meegenomen in vervolgonderzoek dat op dit moment wordt uitgevoerd door het Capaciteitsorgaan (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 20).

De thans voorliggende amvb is een logische vervolgstap in de taakherschikking. De opdrachtrelatie wordt geschrapt, waardoor een opdracht van de tandarts niet meer noodzakelijk is. Daarmee worden geregistreerd-mondhygiënisten middels een experiment tijdelijk zelfstandig bevoegd.

Het zo goed mogelijk benutten van de capaciteiten van de verschillende beroepsbeoefenaren is ook hard nodig gezien de toekomstige vraagontwikkeling in de mondzorg. Een antwoord op deze vraagontwikkeling kan alleen worden gerealiseerd met een goede inzet van professionals waardoor de juiste zorg op de juiste plek gerealiseerd kan worden. Het

<sup>13</sup> Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ZonMvW, 2013.

<sup>14</sup> Capaciteitsplan 2013 deelrapport 3 Beroepen Mondzorg.

<sup>15</sup> Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ZonMvW, 2013.

steviger positioneren van de mondhygiënist kan er aan bijdragen dat er juist meer aandacht kan komen voor preventie en dat curatieve behandelingen voorkomen kunnen worden. Daarnaast is het één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Ook valt er voor geregistreerd-mondhygiënisten en tandartsen de opdracht weg en zijn de verantwoordelijkheden duidelijker.

Het is de verwachting dat de positieve effecten van taakherschikking (zoals ook benoemd in het antwoord op vraag 63) ook van toepassing zullen zijn op het huidig voorliggende experiment. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is.

*67 en 68. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd of het geen risico is om zorgtaken te versnipperen door mondhygiënisten meer taken te geven. Voorts vragen deze leden of het er niet op lijkt dat de mondhygiënisten een hoop verantwoordelijkheden wordt meegeven die eigenlijk bij de tandarts hoort te liggen.*

Zoals ook uiteengezet in het antwoord op vraag 35 hebben «nieuw» opgeleide mondhygiënisten het benodigde onderwijs gehad om via een experiment zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor de drie genoemde handelingen binnen hun deskundigheidsgebied. Van het versnipperen van zorgtaken zal naar verwachting geen sprake zijn. Zie voor een uitgebreider antwoord de antwoorden op vragen 15, 34 en 35.

*69. De leden van de SP-fractie vrezen voor schade aan patiënten door behandelingen, onnodige stralingsbelasting en zijn bang dat patiënten jaren achtereen geen tandartsen meer zien. Tandartsen geven daarbij aan zorgen te hebben over de kwaliteit van de opleiding en hebben zorgen dat de opleiding van de mondhygiënisten onvoldoende is om de handelingen zelfstandig te verrichten. De leden van de SP-fractie vragen om onderbouwing waarom de Minister deze mening niet is toegegaan.*

Ik betreur het dat de tandartsen zo weinig vertrouwen hebben in mondhygiënisten. Zij werken als collega's al jaren samen en verlenen zorg van hoog niveau. Ik deel niet uw vrees dat door zelfstandige behandelingen uitgevoerd door de geregistreerd-mondhygiënist er schade zal ontstaan bij patiënten. De geregistreerd-mondhygiënisten hebben immers het juiste deskundigheidsniveau om dergelijke taken uit te voeren. Dit blijkt ook uit de diverse gesprekken die in het voorjaar van 2017 hebben plaatsgevonden (zie ook Kamerstuk 32 620, nr. 193) met de betrokken beroepsverenigingen en relevante deskundigen van de opleidingsinstellingen om duidelijkheid te krijgen over de inhoud van de opleiding Mondzorgkunde. Mijn ambtsvoorganger heeft u per brief op 11 september 2017 (Kamerstuk 32 620, nr. 193) laten weten dat de nieuwe opleiding Mondzorgkunde (vanaf 2006), volgens de door de deskundigen van de opleidingsinstellingen Mondzorgkunde gepresenteerde feiten, het benodigde onderwijs biedt om via een experiment geregistreerd-mondhygiënisten zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor de drie in de amvb genoemde voorbehouden handelingen.

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 35 zal tijdens het experiment, net als bij andere BIG-gereguleerde basisberoepen, het tuchtrecht van toepassing worden. Geregistreerd-mondhygiënisten zullen daarmee nog duidelijker aanspreekbaar zijn op hun handelen als zorgverlener.

Zoals ook uiteengezet in het antwoord op vraag 3 zal naar verwachting geen sprake zijn van onnodige stralingsbelasting. Ingevolge het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming dienen verwijzende personen en medisch deskundigen zich ervan te vergewissen dat er niet reeds adequate röntgenopnames zijn gemaakt alvorens nieuwe te maken.

Daarmee wordt onnodige blootstelling aan ioniserende straling voorkomen. Deze aspecten zullen eveneens worden meegenomen in de evaluatie van het experiment.

Patiënten zijn op dit moment vrij om te bepalen of zij een tandarts en/of mondhygiënist bezoeken, daar brengt dit experiment geen verandering in. Mocht een patiënt geen gebitsproblemen hebben die niet door een (geregistreerd-)mondhygiënist te behandelen zijn, dan kan het inderdaad zo zijn dat een patiënt niet naar een tandarts gaat. Er moet door de (geregistreerd-) mondhygiënist verwezen worden naar een andere zorgverlener wanneer een handeling buiten het eigen deskundigheidsgebied valt of wanneer hij de bekwaamheid mist om een aan hem voorbehouden handeling te verrichten. Het staat de patiënt uiteraard vrij de behandelingen, die straks op grond van de amvb mede aan geregistreerd-mondhygiënisten zijn voorbehouden, nog steeds af te nemen bij een tandarts.

De patiënttevredenheid is een van de aspecten die zal worden meegenomen in de evaluatie van het experiment.

*70. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd of niet juist de mening van de beroepsgroep van de tandartsen de belangrijkste is in de voorliggende discussie en verzoeken de Minister uitgebreid en met duidelijke argumenten te onderbouwen waarom de zorgen van tandartsen in de wind worden geslagen.*

De zorgen van de tandartsen zijn niet in de wind geslagen. Naar aanleiding van de internetconsultatie (van 5 september 2016 tot en met 3 oktober 2016), waarop veel tandartsen hebben gereageerd, en naar aanleiding van de gesprekken die in het voorjaar van 2017 hebben plaatsgevonden met de betrokken beroepsverenigingen en relevante deskundigen van de opleidingsinstituten (zie Kamerstuk 32 620, nr. 193) is het ontwerp van de amvb aangepast.

Zo is na de internetconsultatie de zelfstandige bevoegdheid beperkt tot de «nieuw» opgeleide mondhygiënisten. Dat wil zeggen, tot degenen die hun diploma behaald hebben in of na 2006. Alleen die mondhygiënisten kunnen zich laten registreren. Met dit onderscheid is ook tegemoet gekomen aan de (in de internetconsultatie geuite) zorgen over de vaardigheden van mondhygiënisten met een 2- of 3-jarige opleiding.

Daarnaast is de voorwaarde dat een geregistreerd-mondhygiënist beschikt over een certificaat stralingsbescherming als extra waarborg opgenomen in de amvb. Voor het verkrijgen van de zelfstandige bevoegdheid is het certificaat stralingsbescherming noodzakelijk. Dit is bepaald in de uitvoeringsregeling stralingsbescherming van Economische Zaken welke hangt onder het Besluit Stralingsbescherming. Het certificaat stralingsbescherming is onderdeel van de opleiding Tandheelkunde maar (nog) *géén* onderdeel van de opleiding Mondzorgkunde. Dat betekent dat wanneer de sinds 2006 afgestudeerde mondhygiënisten de zelfstandige bevoegdheid willen verkrijgen zij eerst het certificaat stralingsbescherming moeten bemachtigen.

Tot slot is benadrukt dat samenwerking tussen tandartsen en (geregistreerd-) mondhygiënisten noodzakelijk is voor het verlenen van goede zorg.

*71. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoeveel mondhygiënisten in het jaar 2006 of na het jaar 2006 zijn afgestudeerd en hoeveel van hen naar verwachting wil meedoen aan de taakherschikking?*

Tussen 2006 en 2016 zijn 2.118 mondhygiënist gediplomeerd (dit zijn de meest recente cijfers). Daar komen het aantal afgestudeerden van 2017 t/m 2019 en zij die afstuderen tijdens de looptijd van het experiment nog bij (naar schatting 225 per jaar).

Op basis van een uitvraag door de NVM onder hun huidige leden is de inschatting dat ongeveer 250 van deze mondhygiënist de cursus basisveiligheidsnormen stralingsbescherming willen volgen en zich willen laten registreren in het tijdelijk register.

Daarnaast geeft de NVM aan dat zij verwachten dat dit aantal zal stijgen wanneer duidelijk is dat het experiment doorgang zal vinden. Ook geeft de NVM aan dat de weerstand bij tandartsen, waar mondhygiënist ook op dit moment al mee samenwerken en/of waarbij zij in dienst zijn, belemmerend werkt voor het enthousiasme over deelname aan het experiment.

*72. De leden van de SP-fractie vragen of er inzicht is in welke extra bevoegdheden de geregistreerd-mondhygiënist uit willen gaan voeren. Zij zijn benieuwd of het om alle handelingen gaat of wellicht alleen om de mogelijkheid om röntgenfoto's te mogen maken.*

Welk van de voorbehouden handelingen een geregistreerd-mondhygiënist het meest zal toepassen hangt af van de setting waarin deze werkzaam is. Wanneer dit een praktijk is gericht op tandvleesproblematiek zal dit anders zijn dan wanneer de geregistreerd-mondhygiënist werkzaam is in een Jeugd tandverzorgingscentrum. Het maken van röntgenopnames zal geen doel op zich zijn. Het zal altijd dienstbaar moeten zijn aan een mondzorgkundig doel.

*73. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd of mondhygiënist die vóór 2006 zijn afgestudeerd op een andere wijze, bijvoorbeeld door bijscholing, alsnog kunnen instromen en deelnemen aan het experiment?*

De voorliggende amvb geeft daar geen mogelijkheid toe. Op dit moment bestaat er geen versneld scholingsprogramma waarmee mondhygiënist die voor 2006 zijn afgestudeerd kunnen aantonen dat zij voldoen aan de eisen van de 4-jarige hbo-opleiding die recht geeft op registratie. Er is daarom voor gekozen daarover niets op te nemen in de amvb.

Wanneer er een opleidingsprogramma wordt ontwikkeld kan in de amvb worden opgenomen dat een getuigschrift van die opleiding recht kan geven op registratie in het tijdelijk register wanneer die scholing de zekerheid biedt dat het verantwoord is dat houders van een getuigschrift van die opleiding, de hier beoogde handelingen mogen verrichten. Indien dit het geval is en de tijdelijke amvb wordt aangepast, wordt de aangepaste amvb overeenkomstig artikel 36a, zevende lid, Wet BIG voorgehangen aan beide Kamers der Staten Generaal. Omdat de zelfstandige bevoegdheid vooralsnog van tijdelijke aard is (voor de duur van het experiment) kan het zijn dat de inspanningen voor het opzetten en volgen van extra scholing niet resulteert in een definitieve zelfstandige bevoegdheid als blijkt dat het experiment niet definitief wordt.

*74. De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre deze amvb bijdraagt aan een versterking van de preventieve mondzorg.*

Zie hiervoor de antwoorden op vraag 38 en 39.

*75. De leden van de SP-fractie constateren dat bij twijfel over een behandeling een tandarts moet worden geconsulteerd door de geregistreerd-mondhygiënist. Zij vragen om toelichting hoe dit overleg precies wordt georganiseerd en op welk moment.*

Wanneer een geregistreerd-mondhygiënist voor aanvang van de behandeling twijfelt dan kan deze daarover overleggen met een tandarts.

Ook kan de geregistreerd-mondhygiënist er voor kiezen geen behandeling uit te voeren en de patiënt door te verwijzen naar een tandarts. Deze afweging vindt vooraf plaats. Overigens werkt de mondhygiënist op dit moment ook zo. Voor het grootste deel van hun werkzaamheden zijn mondhygiënist immers rechtstreeks toegankelijk.

Wanneer zich tijdens de behandeling een onvoorziene omstandigheid voordoet is de geregistreerd-mondhygiënist opgeleid in hoe te handelen. Daarnaast moet er een achterwacht beschikbaar zijn. Afhankelijk van wat zich voordoet, staakt de geregistreerd-mondhygiënist de behandeling en draagt de geregistreerd-mondhygiënist er zorg voor dat de patiënt, waar nodig gelijk, bij een tandarts terecht kan.

*76. Genoemde leden vragen of het voor de betreffende patiënt voldoende helder is wanneer een mondhygiënist de gedane handelingen niet had mogen uitvoeren.*

Laat ik voorop stellen dat iedere mondhygiënist die daartoe bekwaam is de in de voorliggende amvb aangewezen voorbehouden handelingen in opdracht mag uitvoeren. Het verschil is dat gedurende het experiment de geregistreerd-mondhygiënist deze handelingen zelfstandig, zonder opdracht en daardoor zonder toezicht en mogelijkheid tot tussenkomst van de tandarts mag verrichten. Ook hier geldt dat beroepsbeoefenaren bekwaam moeten zijn om de handelingen te verrichten. Iedere zorgprofessional heeft een eigen verantwoordelijkheid om de werkzaamheden goed en verantwoord te verrichten en aan te geven of hij daartoe bekwaam is. Dit is ook in de mondzorg zo. Als professionals buiten hun bevoegdheid handelen zal de IGJ kunnen optreden en voor zover het tuchtrecht van toepassing is, kan de tuchtrechter eventueel maatregelen opleggen.

*77. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het onderscheid tussen de termen «geregistreerd-mondhygiënist» en «mondhygiënist» voor veel mensen niet veel verschil zal inhouden en dat zij al helemaal niet op de hoogte zullen zijn van waar precies de grens ligt qua wel- en niet toegestane handelingen door geregistreerd-mondhygiënist en mondhygiënist. Zij vragen hoe de mondzorgpatiënten hiervan op de hoogte worden gesteld.*

Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 64.

*78. De leden van de SP-fractie vragen hoe het register voor de geregistreerd mondhygiënist precies invulling krijgt en wanneer het register gereed zal zijn.*

Het tijdelijk register voor de geregistreerd-mondhygiënist zal op eenzelfde manier invulling krijgen als het tijdelijk register voor de Bachelor Medisch Hulpverlener dat per 1 januari 2019 zal bestaan. Het is de bedoeling dat er vanaf 1 januari 2020 een register bestaat waarin geregistreerd-mondhygiënist zijn opgenomen die bevoegd zijn tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen. Mondhygiënist die niet in dat register staan, zijn niet zelfstandig bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen, maar net als nu voor sommige voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig bevoegd of alleen bevoegd indien er een opdracht is en toezicht en mogelijkheid tot tussenkomst is gewaarborgd (het gebruik van röntgenapparatuur). Overigens kunnen beroepsbeoefenaren al eerder dan 1 januari 2020 een aanvraag tot registratie in het tijdelijk register doen, namelijk vanaf 1 oktober 2019. Het register zal echter pas vanaf 1 januari 2020 functioneel zijn. Vanaf die datum zal het ook online geraadpleegd kunnen worden.

*79. Voorts vragen leden van de SP-fractie of het ontstaan van twee groepen mondhygiënist tot verwarring kan leiden bij degene die de mondhygiënist voor een behandeling bezoekt.*

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 1 hebben zorgverleners allereerst, conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de plicht patiënten adequaat voor te lichten. Dat geldt voor de huidige situatie maar ook tijdens dit experiment. Deze plicht houdt ook in dat zorgverleners kenbaar maken aan de patiënten door wie zij worden behandeld en welke zorgverlener bevoegd is tot het uitvoeren van welke handeling.

De mondhygiënist die de voorbehouden handelingen zelfstandig mogen gaan uitvoeren, mogen zich als enige geregistreerd-mondhygiënist noemen. Dit geeft een verschil aan tussen de mondhygiënist die niet geregistreerd staat en uiteraard de tandarts. Dat dit communicatie nodig heeft richting de patiënt om dit helder onder de aandacht te brengen, vind ik evident. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 1.

*80. De leden van de SP-fractie vragen of het zijn kan mensen dan met twee mondhygiënist te maken krijgen. De oude-bekende mondhygiënist, en een nieuwe mondhygiënist die de voorbehouden handelingen uit mag voeren én met de tandarts.*

Het kan inderdaad zo zijn dat mensen met meerdere beroepsbeoefenaren te maken krijgen. Dat is nu ook al het geval en ik vind dat niet zorgwekkend. Het is aan professionals om goede afspraken over de samenwerking met elkaar te maken, zodat goede zorg gewaarborgd blijft. Alle drie de beroepsgroepen die de leden van de SP-fractie aanhalen, zijn zodanig professioneel dat zij goede zorg voor de patiënt kunnen waarborgen.

*81 en 82. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoe patiënten inzicht krijgen in het register. Hiernaast vragen zij hoe voor hen duidelijk is wat precies het verschil is tussen de zelfstandig bevoegde of de functioneel zelfstandig bevoegde mondhygiënist.*

Patiënten kunnen het tijdelijk register van de geregistreerd mondhygiënist inzien via de website van het CIBG.

De zelfstandig bevoegde mondhygiënist mag gedurende het experiment de titel van geregistreerd-mondhygiënist voeren. Dat geeft de nodige duidelijkheid. Voor de overige mondhygiënisten bestaat geen register. Zie ook mijn eerdere antwoorden op de vragen 64, 76 en 79 over voorlichting aan de patiënt.

*83. De leden van de SP-fractie vragen wat er gebeurt met de aantekening van een tuchtmaatregel indien na afloop van het experiment wordt besloten dat er geen wetswijziging zal plaatsvinden en daarmee een einde komt aan het tijdelijk register.*

Ten aanzien van beroepsbeoefenaren aan wie gedurende het experiment een tuchtrechtelijke maatregel is opgelegd, is geregeld dat deze maatregelen (net als de overige maatregelen die op grond van artikel 9 in het tijdelijk register opgenomen zijn) gedurende vijf jaar raadpleegbaar blijven. Dit is vastgelegd in artikel 36b, tiende lid van de Wet BIG.

*84. De leden van de SP-fractie vragen of het waar is dat het experiment voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn Sport in totaal een kostenplaatje met zich meebrengt van zo'n € 530.000 euro.*

Het bedrag dat genoemd staat in de tabel op pagina 15 van het tijdelijk besluit voor het onderzoek valt hoger uit. Er was € 350.000,- gereserveerd voor het onderzoek bestaande uit een nulmeting en het experiment zelf. Dit bleek niet in lijn met de onderzoeken die hebben plaatsgevonden naar de andere experimenteerberoepen. Om aan te sluiten bij de kosten van de andere onderzoeken is ervoor gekozen het bedrag op te hogen naar € 550.000,-. Dat maakt dat het totale kostenplaatje van het experiment



voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport neerkomt op € 730.000,-. Dit bestaat uit kosten voor het tijdelijk BIG-register, tuchtcolleges, de Commissie buitenlands gediplomeerden volksgezondheid en het onderzoek. Zie hiervoor ook de tabel «financiële lasten» op pagina 14 en 15 van de voorliggende amvb.

*85. De leden van de SP-fractie vragen of het vermoeden bestaat dat de kosten die de mondhygiënist op moeten brengen een hinder zullen vormen om deel te nemen.*

De rechtstreekse kosten verbonden aan het experiment, namelijk het volgen van een cursus basisveiligheidsnormen stralingsbescherming (€ 550–€ 600) en het registreren in het tijdelijk register (€ 85), zijn naar verwachting geen hinder om deel te nemen aan het experiment.

Dit zou wel het geval kunnen zijn voor de kosten die verbonden zijn aan het aanschaffen van röntgenapparatuur. Echter, zoals eerder al genoemd werkt tweederde van de mondhygiënist in een praktijk voor algemene tandheelkunde waar deze apparatuur al aanwezig is. Ook bij geregistreerd-mondhygiënist die al in opdracht röntgenopnames maakten, is de röntgenapparatuur al aanwezig. Voor de overige situaties zou een investering in röntgenapparaat wel groot zijn wanneer de uitkomst van het experiment nog niet vast staat. Er bestaat echter de mogelijkheid deze apparatuur te leasen. Het is aan de geregistreerd-mondhygiënist of hij die kosten wil maken voor de duur van het experiment.

*86. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of ook inzicht gegeven kan worden in de gevolgen van het experiment voor de kosten voor de mondzorg in het algemeen.*

Het is niet de verwachting dat de kosten in de mondzorg op korte termijn zullen gaan dalen. Zoals ook aangegeven in de brief aan uw Kamer van 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198) is het voor de mondzorg in het algemeen de verwachting dat er effectiever gebruik zal worden gemaakt van het beschikbare arbeidspotentieel. Door zorgverleners daarvoor in te zetten waar ze voor worden opgeleid, worden de capaciteiten van de verschillende beroepsgroepen en dure opleidingen zo goed mogelijk benut. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit van zorg als aan het betaalbaar houden van de zorg. Doordat er meer aandacht kan komen voor preventie zouden op langere termijn de kosten kunnen dalen omdat curatieve behandelingen voorkomen kunnen worden. Het is echter niet de verwachting dat dit een meetbaar effect oplevert binnen de duur en verwachte omvang van het experiment.

Het zo goed mogelijk benutten van de capaciteiten van de verschillende beroepsbeoefenaren is ook hard nodig gezien de toekomstige vraagontwikkeling in de mondzorg onder andere als gevolg van langer behoudt van het natuurlijk gebit en het ter beschikking komen van meer geavanceerde behandelmethoden. Een antwoord op deze vraagontwikkeling kan alleen worden gerealiseerd met een goede inzet van professionals. Het is één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken.

In 2006 had de Commissie Innovatie Mondzorg<sup>16</sup> (commissie Linschoten) al het uitgangspunt dat een belangrijk deel van de reguliere mondzorg ingevuld zal kunnen worden door hbo-opgeleide mondhygiënist. Tandartsen staan dan aan de «top» van de mondzorgketen (een mondzorgteam) en verzorgen de mondzorg waarvoor een academische

<sup>16</sup> Innovatie in de mondzorg – advies, Commissie innovatie mondzorg, februari 2006

opleiding vereist is, de rest van de mondzorgketen verzorgt alle andere mondzorg. Een optimaal functionerende mondzorgsector waarbij nog meer ingezet wordt op preventie draagt op lange termijn bij aan een mondgezonde generatie waarbij curatie (en de daarbij behorende kosten) tot een minimum beperkt kan worden.

Zoals ook is aangegeven in het antwoord op vraag 2 en 3 is het de verwachting dat er minder onnodige verwijzingen zullen plaatsvinden en dat de patiënt ervaart dat de zorg efficiënter is georganiseerd. Van een stijging van kosten door overbehandeling zal naar verwachting geen sprake zijn. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of dit voor de drie in de amvb genoemde voorbehouden handelingen inderdaad het geval is en het dus effectief en doelmatig is om geregistreerd-mondhygiënist permanente zelfstandige bevoegdheid toe te kennen.

*87. De leden van de SP-fractie vragen wat de gevolgen zijn als het gaat om de administratieve lasten en de regeldruk op het gebied van benodigd overleg tussen mondhygiënist en tandartsen tijdens het experiment. Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 3 zullen de diverse betrokken (mond-) zorgverleners (waaronder tandartsen en (geregistreerd-) mondhygiënist), zoals dat ook nu al het geval is, met elkaar moeten blijven samenwerken om goede zorg te kunnen verlenen. Dit leidt niet tot extra lasten. Wel valt de opdracht weg.*

Mondhygiënist zijn nu al voor een groot deel van hun werkzaamheden rechtstreeks toegankelijk. Daar worden voor de geregistreerd-mondhygiënist een aantal handelingen aan toegevoegd.

Het aantal verwijzingen en de ervaring van patiënten zullen zowel in de nulmeting als gedurende het experiment gemonitord worden.

*88. De leden van de SP-fractie vragen om een overzicht van de door de IGJ gedane suggesties ter verbetering van de amvb en de wijze waarop deze suggesties zijn verwerkt.*

Het merendeel van de suggesties van de IGJ betrof technische verbeteringen van de amvb. Te denken valt aan verwijzingen naar artikelen of vragen over de verhouding met de Wet tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van de physician assistant in de lijst van registerberoepen, het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen aan physician assistants en verpleegkundig specialisten en het opnemen van de mogelijkheid tot het instellen van een tijdelijk register voor experimenteerberoepen. Deze suggesties of vragen hebben tot een aanpassing van de amvb of toelichting geleid. Daarnaast heeft de IGJ suggesties tot verbetering gedaan ten aanzien van aspecten die onder andere het deskundigheidsgebied van de geregistreerd-mondhygiënist betreffen. Met deze amvb wordt zoveel mogelijk aangesloten bij het reeds geldende Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De regering heeft het in het kader van dit experiment niet wenselijk geacht om op onderdelen waar dat niet noodzakelijk is, voor een tijdelijke situatie af te wijken van artikelen die ook nu al gelden. Tot slot heeft de IGJ gevraagd om een definitie van primaire cariës in de nota van toelichting op te nemen en om een verplichting in de amvb of de toelichting op te nemen tot het vastleggen van afspraken met een tandarts met betrekking tot de achterwacht functie. Deze suggesties zijn niet overgenomen. Het stellen van normen kan niet in een nota van toelichting. Voor een inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar de antwoorden van de vragen 9, 10, 15 en 17 van de leden van de PVV-fractie.

*89 en 90. Genoemde leden ontvangen graag een uitgebreide toelichting of bekend is of de doorgevoerde aanpassingen de weerstand onder tandartsen ten aanzien van de amvb, die bij de internetconsultatie zijn genoemd, hebben weggenomen. Voorts zijn deze leden benieuwd of er inmiddels voldoende draagvlak is voor de amvb onder tandartsen. Zoals ook aangegeven in de brief van 11 september 2017 (Kamerstuk 32 620, nr. 193) delen de KNMT en de ANT de zienswijze over de wenselijkheid van taakherschikking, ook na de gedane aanpassingen, niet. De doorgevoerde aanpassingen hebben de weerstand niet weggenomen. Voor gedane aanpassing aan de amvb verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 70.*

Dit voorjaar heb ik de partijen tot 20 april 2018 ruimte gegeven om met een gezamenlijk voorstel te komen voor een alternatieve invulling voor de amvb. Aangezien de partijen niet met een alternatief zijn gekomen heb ik deze partijen per brief geïnformeerd dat ik de amvb in de vorm zoals per brief aan uw Kamer aangekondigd op 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198) in procedure zou gaan brengen.

*91. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd naar de afstemming tussen de regeling van deze amvb en voorschriften die betrekking hebben op het gebruik van röntgenapparatuur, meer in het bijzonder de bij en krachtens de Kernenergiewet gegeven voorschriften. Zij willen weten welk onderzoek hiernaar plaats heeft gevonden en wat de conclusies uit deze onderzoeken waren.*

Als gevolg van een wijziging in Europese wetgeving is in 2017 het Besluit Stralingsbescherming, onderliggend aan de Kernenergiewet, vervangen door het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming. In het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming is opgenomen dat naast een arts en tandarts ook een andere zorgverlener de klinische verantwoordelijkheid kan dragen voor een individuele medische blootstelling aan ioniserende straling. Voorwaarde hiervoor is dat deze zorgverlener volgens de Wet BIG bevoegd is om de handeling te verrichten.

Voorliggende amvb geeft een zelfstandige bevoegdheid voor geregistreerd-mondhygiënist om handelingen te verrichten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (solo- en bitewingopnamen). Naast bevoegdheid geldt dat de andere zorgverlener, in dit geval de geregistreerd-mondhygiënist, bekwaam moet zijn om de handeling uit te voeren en hiertoe passend onderwijs heeft gevolgd. In de voorbereiding van de amvb is meerdere malen met de opleiders van de opleidingen Tandheelkunde en Mondzorgkunde gesproken over het huidige onderwijs. Hierbij is geconcludeerd dat de «nieuw opgeleide» mondhygiënist (afgestudeerd in 2006 of later) net als een tandarts als toezichthoudend medewerker stralingsbescherming (TMS) ingevolge het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming kan optreden mits hij een TMS-opleiding tandheelkunde basis heeft gevolgd. Het is dan ook als vereiste gesteld dat de mondhygiënist die gedurende het experiment gebruik willen maken van de zelfstandige bevoegdheid een opleiding tot toezichthoudend medewerker tandheelkunde basis moet hebben gevolgd aan een erkende instelling, om in het tijdelijk register voor geregistreerd-mondhygiënist te kunnen worden opgenomen.

*92. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd welk effect het experiment heeft op de kosten van de mondzorg in Nederland en of het de verwachting is dat deze kosten gaan dalen. Zij vragen of hieraan een berekening ten grondslag ligt.*

Het is niet de verwachting dat de kosten in de mondzorg op korte termijn zullen gaan dalen. Zoals ook is aangegeven in het antwoord op vraag 86 is het doel van de taakherschikking het effectiever gebruik maken van het beschikbare arbeidspotentieel. Het zo goed mogelijk benutten van de capaciteiten van de verschillende beroepsbeoefenaren (en dure opleidingen) is ook hard nodig gezien de toekomstige vraagontwikkeling in de mondzorg, onder andere als gevolg van het langere behoud van het natuurlijk gebit en het ter beschikking komen van meer geavanceerde behandelmethoden. Een antwoord op deze vraagontwikkeling kan alleen worden gerealiseerd met een goede inzet van professionals. Het is één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken. Op langere termijn zouden de kosten kunnen dalen omdat, doordat er meer aandacht kan zijn voor preventie, curatieve behandelingen voorkomen kunnen worden. Het is echter niet de verwachting dat dit een meetbaar effect oplevert binnen de duur en verwachte omvang van het experiment.

Zoals ook is aangegeven in het antwoord op vraag 2, 3 en 86 is het de verwachting dat er minder onnodige verwijzingen zullen plaatsvinden en dat de patiënt ervaart dat de mondzorg efficiënter is georganiseerd. Van een stijging van kosten door overbehandeling zal naar verwachting geen sprake zijn. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is.

*93 en 94. De leden van de SP-fractie vragen naar aanleiding van de artikelen 2, 3 en 4 van de amvb of kan worden toegelicht wat er precies gebeurt als het tijdelijk register en het experiment stopt. Zowel wanneer wordt besloten de geregistreerd-mondhygiënist definitief te maken als wanneer wordt besloten de huidige situatie te herstellen. Mag dan weer de titel «mondhygiënist» gevoerd worden?*

Zoals de leden van de SP-fractie zelf al terecht stellen, zijn er na afloop van de experimenteerperiode twee mogelijkheden: ofwel er wordt een wetsvoorstel ingediend waarbij wordt voorgesteld de geregistreerd-mondhygiënist definitief in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen en aan hem bepaalde handelingen voor te behouden, ofwel er wordt geen wetsvoorstel ingediend en het experiment met de geregistreerd-mondhygiënist komt ten einde.

Indien een wetsvoorstel wordt ingediend loopt, zolang het wetsvoorstel nog niet is aangenomen en tot wet is verheven, het experiment door. In dat geval mogen de beroepsbeoefenaren die in het tijdelijk register geregistreerd staan, de titel van geregistreerd-mondhygiënist blijven voeren en de aan hen toegekende voorbehouden handelingen zelfstandig blijven verrichten. Ook blijft op hen tuchtrecht van toepassing. Op het moment dat het wetsvoorstel tot het reguleren van de geregistreerd-mondhygiënist in artikel 3 daadwerkelijk wordt aangenomen en tot wet wordt verheven, gaat het tijdelijk register over in een definitief register. Op de beroepsbeoefenaren die in het register ingeschreven staan, is de procedure van herregistratie van artikel 8 Wet BIG dan van toepassing. Zij blijven onderworpen aan het tuchtrecht.

Indien geen wetsvoorstel wordt ingediend, eindigt het experiment. In dat geval wordt de situatie hersteld naar de huidige, en mogen beroepsbeoefenaren die aan de opleidingseisen voldoen de titel mondhygiënist voeren. Het tijdelijk register houdt bij het eindigen van het experiment op te bestaan. Ook vervalt de beschermde titel van «geregistreerd-mondhygiënist». Zoals ook is geantwoord op vraag 86 van de leden van uw fractie blijven de beroepsbeoefenaren die in het register hebben gestaan nog wel aan tuchtrechtspraak onderworpen voor handelingen die zij hebben verricht gedurende de periode dat zij ingeschreven hebben

gestaan. Gedurende een half jaar na het vervallen van het tijdelijk register kan ten aanzien van de beroepsbeoefenaren nog een tuchtklacht worden ingediend. De tuchtcolleges kunnen lopende zaken nog afronden. Na het vervallen van het tijdelijk register, zullen de op grond van artikel 9 in het tijdelijk register opgenomen aantekeningen van reeds opgelegde tuchtmaatregelen nog gedurende vijf jaar raadpleegbaar zijn.

*95 en 96. De leden van de SP-fractie vragen of er onderzoek is gedaan naar de Europese aspecten van de amvb, als het gaat om de opleidingen in Nederland in vergelijking met de opleidingen in andere Europese landen. Als dit het geval is zijn deze leden benieuwd naar de conclusies uit dat onderzoek. Ook willen genoemde leden weten of het correct is dat in geen enkele andere Europese lidstaat de handelingen die deze amvb voorstelt behoren tot de bevoegdheid van zorgaanbieders die niet universitair zijn opgeleid.*

Nederland was, tot 2014, het enige Europese land dat mondhygiënist met een vierjarige hbo bachelor opleidt. Sinds 2014 is ook in Hongarije een 4-jarige bachelor opleiding gestart.

Daarnaast is het zo dat er een aantal andere Europese landen zijn waar mondhygiënist zelfstandig een deel van de handelingen uitoefenen die in deze amvb voorliggen. De Europese Federatie van Mondhygiënist (EDHF) heeft dit in een survey onder de lidstaten in beeld gebracht.

In Denemarken, Zweden en Hongarije passen mondhygiënist zelfstandig lokale anesthesie toe. En in Denemarken, Portugal, Zweden, Zwitserland, Noorwegen, Hongarije en het Verenigd Koninkrijk is het voor mondhygiënist toegestaan zelfstandig röntgenopnames te maken.

In het Verenigd Koninkrijk heeft de «Dental Therapist», na een jaar extra scholing (de opleiding bestaat daar uit een 3- jarige Bachelor) de bevoegdheid om caviteiten te prepareren.

Afgezien van de vraag of de mondzorgpraktijk en opleidingen in andere Europese landen vergelijkbaar zijn met die in Nederland, ben ik van mening dat wij een hoge standaard hanteren voor alle opleidingen op het gebied van de mondzorg.

*97. Voorts vragen genoemde leden om toelichting hoe de regeling binnen het geharmoniseerde kader van erkenning van opleidingen en titels past. Voorts zijn zij benieuwd of wordt aangenomen dat het experiment een uniek kader schept dat mondhygiënist die aan de eisen voldoen, alleen in Nederland de gelegenheid geeft hun bevoegdheden uit te oefenen.* De Europese Richtlijn erkenning beroepskwalificaties<sup>17</sup> biedt beroepsbeoefenaren de mogelijkheid om ten behoeve van de bevoegdheid om het beroep uit te oefenen in een andere lidstaat, hun beroepskwalificatie te laten erkennen in die lidstaat. Als het beroep gereguleerd is in de andere lidstaat moet een erkenning van de beroepskwalificatie worden aangevraagd. Voor erkenning moet zijn of worden voldaan aan de in de andere lidstaat geldende opleidingseisen. Als het beroep niet gereguleerd is in de andere lidstaat mag doorgaans de beroepstitel vrij gebruikt worden. Of een geregistreerd-mondhygiënist het beroep mag uitoefenen in een andere lidstaat en welke bevoegdheden daaraan verbonden zijn, wordt bepaald door de wetgeving van die lidstaat. Als mondhygiënist in een lidstaat niet bevoegd zijn om zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten, dan mogen mondhygiënist die aan de Nederlandse

<sup>17</sup> Richtlijn 2005/36/EG van het Europees parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.

eisen voor geregistreerd-mondhygiënist voldoen in die lidstaat niet zelfstandig voorbehouden handelingen verrichten.

*98. De leden van de SP-fractie vragen om nadere toelichting voor wat betreft de twee onderdelen die worden genoemd onder de «professionele mondzorgkundige vorming»: ten eerste het communiceren met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en het bevorderen van interprofessionele samenwerking en ten tweede het voeren van overleg en samenwerken binnen het mondzorgteam en met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Zij zijn benieuwd wie bijvoorbeeld in dit mondzorgteam zit.*

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 15 en 34 zijn er meerdere zorgverleners betrokken bij de mondzorg van een patiënt. Dat is ook op dit moment al het geval. Dit zijn niet alleen de tandarts of (geregistreerd-) mondhygiënist maar kunnen ook, onder meer, een tandartsassistent, preventieassistent, tandprotheticus, endodontoloog, parodontoloog en orthodontist zijn. Deze zorgverleners vormen een mondzorgteam, ook wanneer deze niet onder een dak zijn gehuisvest.

*99. De leden vragen of dit betekent dat verschillende partijen binnen het mondzorgteam niet werkzaam hoeven te zijn op dezelfde locatie.*

Het is inderdaad zo dat verschillende partijen binnen een mondzorgteam niet per se op dezelfde locatie werkzaam hoeven te zijn. Op dit moment is het ook al mogelijk voor mondhygiënisten om zich op een zelfstandige locatie te vestigen omdat zij voor delen van de mondzorg vrij toegankelijk zijn. Dit geldt ook voor andere mondzorgverleners zoals gespecialiseerd tandartsen (bijvoorbeeld een endodontoloog, parodontoloog, implantoloog) orthodontisten en kaakchirurgen. Dit wil echter niet zeggen dat zij geen onderdeel zijn (en blijven) van een mondzorgteam. Ik wil u graag verwijzen naar het antwoord op vraag 15.

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 18 maakt op één locatie werken samenwerking makkelijker maar biedt geen garantie voor goede samenwerking, goede samenwerking is afhankelijk van de inzet van de betrokken zorgverleners.

*100. Voorts vragen de leden wat precies de verhoudingen zijn binnen dat team tussen mondhygiënisten en tandartsen?*

Alle beroepsbeoefenaren binnen een team hebben hun eigen expertise en zijn zelf verantwoordelijk voor het eigen handelen. Beroepsbeoefenaren hebben elkaars expertise ook nodig. Alleen door samenwerking en afstemming zullen de verschillende mondzorgverleners een totaalpakket aan mondzorg kunnen leveren. Mondhygiënisten zijn nu ook zelf verantwoordelijk voor dat deel van de mondzorg dat zij zelfstandig verzorgen.

*101. Graag willen de leden van de SP-fractie weten of dit een aspect is wat per mondzorgteam kan verschillen.*

De samenstelling van een mondzorgteam kan zelfs per patiënt verschillen. Dit is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt. In ieder mondzorgteam moet samengewerkt worden.

*102. Bovengenoemde leden vragen in hoeverre de amvb met name (of zelfs enkel) de zelfstandige mondhygiënist die buiten het mondzorgteam werkt, extra bevoegdheden geeft.*

Ik wil u verwijzen naar het antwoord op vraag 36.

*103. Deze leden van de SP-fractie krijgen graag nader inzicht in de precieze samenstelling van deze te vormen commissie, zoals bedoeld in*

*artikel 1, onderdeel c, van het Besluit Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid.*

In de Europese Richtlijn erkenning beroepskwalificaties staat vermeld voor welke beroepen automatische erkenning geldt. Dit geldt niet voor het beroep mondhygiënist. Aanvragen van buitenlands gediplomeerden die in Nederland aan het werk willen als (geregistreerd-)mondhygiënist zullen daarom worden beoordeeld door de commissie mondhygiënisten, die per 1 december 2017 is aangetreden. De leden-deskundigen en plaatsvervangend leden-deskundigen zijn benoemd op voordracht van de opleidingsinstelling (de Vereniging Hogescholen), respectievelijk de beroepsvereniging (Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten). U kunt de benoemde leden terugvinden in de onderdelen 14.1 en 14.2 van het Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 december 2017, houdende de benoeming van de leden van de Commissie buitenlands gediplomeerden volksgezondheid (Stcrt, nr. 70752, 11 december 2017).

*104. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op de verhouding tussen de inschrijving in het register na besluit van de Minister vóór de invoering van het register – en de precieze rol die de commissie (uit artikel 9) zal gaan uitoefenen. Zij willen graag weten of de commissie zich bijvoorbeeld ook zal gaan buigen over deze inschrijvingen.*

De commissie genoemd in artikel 9 adviseert over aanvragen tot het afgeven van een verklaring van vakbekwaamheid voor buitenlandse diplomahouders. De commissie zal zich dus niet buigen over de inschrijvingen van de met ingang van 2006 in Nederland gediplomeerde mondhygiënisten.

*105. Deze leden ontvangen graag na twee jaar een eerste tussentijdse rapportage, met daarin onder andere het aantal mondhygiënisten dat zelfstandig de betreffende voorbehouden handelingen uitvoert (en dus in het register staat ingeschreven), het effect van de taakherschikking op het tandartsentekort in Nederland en de mening van zowel mondhygiënisten als tandartsen over het verloop van de taakherschikking tot op dat moment en de onderlinge samenwerking.*

De Kamer zal tussentijd worden geïnformeerd over de voortgang van het experiment waarin bovengenoemde aspecten worden meegenomen. Inzake de capaciteit in de mondzorg wil ik u verwijzen naar het antwoord op vraag 20. Het experiment is één van de bouwstenen om aan voldoende capaciteit in de mondzorg te werken.

*106. Genoemde leden vragen daarnaast hoe zal worden beoordeeld of er inderdaad sprake is van een betere benutting van het beschikbare arbeidspotentieel in de mondzorg, terwijl de kwaliteit van zorg gehandhaafd blijft.*

De kwaliteit van de zorg aan patiënten mag niet achteruit gaan als gevolg van dit experiment. Het aantal meldingen en eventueel tuchtzaken zal dan ook nadrukkelijk gedurende het experiment worden onderzocht. Ook de patiënttevredenheid is onderdeel van het onderzoek. Verder zullen de effecten op doorverwijzen, samenwerken en (over)behandelen onderdeel zijn van het onderzoek.

*107 en 108. De leden van de SP-fractie vragen wat een onsuccesvol experiment betekent voor de positie van de mondhygiënisten die geïnvesteerd hebben in de kosten van een opleiding om te voldoen aan de eisen die aan de mondhygiënisten worden gesteld in de amvb? Tenslotte zijn de leden benieuwd of de kosten voor de eigen rekening van de mondhygiënisten komen of de mogelijkheid wordt geboden deze risico's en kosten op te vangen.*

Het is de keuze van de mondhygiënist om aan het experiment deel te nemen en hiervoor dus wel of geen kosten te maken. De kosten komen voor rekening van de mondhygiënist. Die zal hierin een eigen afweging moeten maken.

### **Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie**

*109. De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen of de Minister kan aangeven waarom de taakherschikking volgens hem nog niet gelukt is en hoe dit voorstel bijdraagt aan een succesvolle taakherschikking.*

Een deel van de belemmeringen zoals benoemd in het antwoord op vraag 66 worden met een zelfstandige bevoegdheid voor geregistreerd-mondhygiënisten weggenomen.

Het is de verwachting dat de positieve effecten van taakherschikking (zoals ook benoemd in het antwoord op vraag 63) ook van toepassing zullen zijn op het huidige voorliggende experiment. Het onderzoek zal moeten uitwijzen of dit inderdaad het geval is.

*110. Genoemde leden vragen de Minister hoe hij wil bevorderen dat deze samenwerking daadwerkelijk tot stand komt.*

Het is primair de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals om te zorgen voor een goede onderlinge samenwerking om daarmee te kunnen zorgen voor veilige en kwalitatief goede zorg. De betrokken beroepsverenigingen kunnen dit op landelijk niveau ondersteunen door het opstellen van een kader waarbinnen de afspraken gemaakt moeten worden. Het KiMo kan een rol spelen bij het opstellen van een dergelijk kader. Waar nodig ben ik altijd bereid om de partijen te faciliteren.

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 65, zijn zorgverleners volgens de Wkkgz verplicht om goede zorg te leveren. Onderdeel daarvan is goede samenwerking en afstemming met andere betrokken zorgverleners.

*111. Voorts vragen deze leden of de Minister ook overwogen heeft om het voorstel aan te passen om zo de belangrijkste bezwaren van tandartsen weg te nemen.*

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 89 is de amvb aangepast naar aanleiding van de reacties op de internetconsultatie. Ook na de internetconsultatie zijn nog gesprekken gevoerd met de betrokken partijen (zie ook het antwoord op vraag 69).

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vragen 89 en 90 heb ik dit voorjaar de partijen tot 20 april 2018 ruimte gegeven om met een gezamenlijk voorstel te komen voor een alternatieve invulling voor de amvb. Aangezien de partijen niet met een alternatief zijn gekomen heb ik deze partijen per brief geïnformeerd dat ik de amvb in de vorm zoals per brief aan uw Kamer aangekondigd op 25 januari 2018 (Kamerstuk 32 620, nr. 198) in procedure zou gaan brengen.

*112 en 113. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden goede mondzorg voor kwetsbare groepen, zoals ouderen, van groot belang. Zij vragen of de Minister ook van mening is dat hiervoor voldoende tandartsen, maar bijvoorbeeld ook tandartsen-geriatrie, beschikbaar moeten zijn. Zo ja, zijn deze leden benieuwd hoe de Minister borgt dat de zelfstandige bevoegdheid voor mondhygiënisten en de taakherschikking niet leidt tot een vacuüm en schaarste in de mondzorg voor kwetsbare groepen. Goede mondzorg voor kwetsbare ouderen bestaat voor een belangrijk deel uit preventieve mondzorg. Dit betekent ook dat mensen voldoende het belang inzien van een goede mondgezondheid en weten hoe ze*



daarvoor kunnen zorgen. En als mensen niet meer in staat zijn de dagelijkse mondzorg zelf uit te voeren dat dit tijdig wordt gesignaleerd en dat de nodige hulp geboden wordt door de thuiszorg en/ of naasten. Ik ondersteun daarom landelijke partijen in de mondzorg om landelijk opgestelde acties te vertalen naar de praktijk via het bestaande project De Mond Niet Vergeten!.

Mocht er ondanks alle preventieve acties toch problemen zijn waar de tandarts aan zet is, dan vindt de Minister van Medische Zorg en Sport dat er voldoende tandartsen beschikbaar moeten zijn. Zoals aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 29 juni 2018 (Kamerstuk 33 578, nr. 57) doet het Capaciteitsorgaan op dit moment op verzoek van de Minister van OCW en mijzelf nader onderzoek naar de benodigde capaciteit in de mondzorg. Zie verder ook het antwoord op vraag 20.

*114 en 115. Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de Minister de relatie ziet tussen de taakherschikking en het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg. Zij willen weten of de Minister kan aangeven hoe het staat met het nader onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg door het Capaciteitsorgaan.*

Zoals bij de beantwoording van de vragen 52–56, vind ik het belangrijk dat het capaciteitsvraagstuk in de mondzorg vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd. Ik ben voor de taakherschikking, ook wanneer uit het advies van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er meer tandartsen moeten worden opgeleid. Het één sluit het ander niet uit.

Op dit moment doet het Capaciteitsorgaan onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg. Het Capaciteitsorgaan heeft aangegeven voor de kwalitatieve analyse afhankelijk te zijn van de betrokken partijen in de mondzorg, zoals bijvoorbeeld de beroepsverenigingen, omdat het hierbij om een door de sector gedragen advies gaat. Bij deze kwalitatieve analyse zullen parameters als epidemiologie, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en inzet van aanverwante disciplines zoals taakherschikking worden meegenomen. Eind 2018 verwacht ik van het Capaciteitsorgaan een actuele kwantitatieve analyse van de capaciteit in de mondzorg, welke begin 2019 gepreciseerd zal worden met een kwalitatieve analyse.

De Minister van OCW en ik zullen uw Kamer voor de Voorjaarsnota informeren over wat de kosten zijn van het opvolgen van het advies van het Capaciteitsorgaan over het benodigde aantal opleidingsplaatsen Tandheelkunde en Mondzorgkunde.

*116. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Minister te verhelderen waarom mondhygiënisten die voor 2006 zijn afgestudeerd niet in aanmerking zouden kunnen komen voor de zelfstandige bevoegdheid.* In 2002 is de opleiding tot mondhygiënist aangepast van een 3-jarige naar een 4-jarige hbo bachelor. Het behandelen van primaire caviteiten is toegevoegd aan het curriculum. In 2006 zijn de eerst mondhygiënisten «nieuwe-stijl» afgestudeerd. Mondhygiënisten die voor die tijd zijn afgestudeerd hebben niet de benodigde scholing gehad voor het toekennen van de drie voorbehouden handelingen. Ook door tandartsen is tijdens de internetconsultatie ingebracht dat 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënisten niet voldoende zijn opgeleid. Daarom krijgen alleen de na 2006 afgestudeerde mondhygiënisten de bevoegdheden toegekend.

*117. Ook vragen deze leden hoe groot de groep mondhygiënisten, afgestudeerd na 2006, zal zijn die naar verwachting zal kiezen voor registratie.*

Voor meer informatie over de verwachte deelname aan het experiment verwijs ik u naar het antwoord op vraag 71 en 72.

*118. Hiernaast vragen de leden van de ChristenUnie-fractie hoe geborgd wordt dat er met de taakherschikking voldoende aandacht blijft voor preventie.*

Ik wil u verwijzen naar het antwoord op vraag 39.

*119. Genoemde leden willen weten hoe de Minister voorkomt dat de kwaliteit van de zorg in het gedrang komt als het aan de geregistreerd-mondhygiënist zelf is om een afweging te maken of deze een bepaalde behandeling wel of niet kan uitvoeren.*

(Geregistreerd-)Mondhygiënisten zijn geschoold in het maken van deze inschatting en weten wanneer zij moeten doorverwijzen naar een tandarts. Zij staan, net als nu, onder toezicht van de IGJ en zullen zo nodig over hun handelen verantwoording moeten afleggen bij de tuchtrechter.

*120. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister ervoor wil gaan zorgen dat het onderscheid tussen mondhygiënist en geregistreerd-mondhygiënist straks voldoende helder is voor de patiënt. Zie hiervoor het antwoord op vraag 1.*