

Bijlage 3

1. Algemeen: opleiding en bevoegdheden van de mondhygiënist

De mondhygiënist speelt een belangrijke rol in het leveren van preventieve mondzorg. De mondhygiënist is gereguleerd in artikel 34 van de Wet BIG (het zogenaamde "lichte BIG regime". Dat betekent dat zij een beschermde opleidingstitel dragen. De titel mondhygiënist mag alleen gevoerd worden door de zorgverleners die de volledige opleiding tot mondhygiënist hebben afgerond.

De opleiding tot mondhygiënist betreft een vierjarige hbo-opleiding en is in de afgelopen jaren een aantal keer herzien vanwege de uitbreiding van het takenpakket van de mondhygiënist. Alle mondhygiënisten die na 2006 de opleiding hebben afgerond hebben het onderwijs gevolgd in injecteren (verdoven), primaire caviteiten behandelen (behandelen van kleine gaatjes) en het toepassen van ioniserende straling (röntgenfoto's maken en beoordelen). Mondhygiënisten zijn op basis van de opleiding dus *bekwaam* om te verdoven, kleine gaatjes te behandelen en röntgenfoto's te beoordelen en maken.

De mondhygiënist heeft voor het uitvoeren van de voornoemde handelingen in de praktijk verschillende *bevoegdheden*. De mondhygiënist is functioneel zelfstandig bevoegd voor verdoven en het behandelen van kleine gaatjes. Dat betekent dat die in opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener (tandarts) deze handelingen mag uitvoeren. Een tandarts hoeft in dit geval niet in de praktijk aanwezig te zijn of anderszins toezicht te kunnen houden.

Alle andere voorbehouden handelingen, zoals het maken van röntgenfoto's, kan de mondhygiënist, mits bekwaam en binnen het deskundigheidsgebied, in opdracht uitvoeren van de tandarts volgens de opdrachtregeling¹.

2. Aanleiding van het experiment: uitdagingen in het herverdelen van taken

In de praktijk is het de afgelopen jaren een uitdaging gebleken om de mondhygiënist naar diens bekwaamheden in te zetten als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Handelingen en andere taken die een mondhygiënist van een tandarts zou kunnen overnemen worden beperkt overgedragen of herverdeeld. Dat is onwenselijk omdat het herverdelen van taken een belangrijk middel is om te komen tot doelmatige zorg.

Een mogelijke oplossingsrichting om het herverdelen van taken te stimuleren is een verbreding van de bevoegdheden van de mondhygiënist. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de mondhygiënist minder belemmeringen ervaart in het verrichten van handelingen waarvoor voorheen de tussenkomst van de tandarts nodig was. Daarmee zou doelmatigere zorg kunnen worden bereikt. Om dit te toetsen is op 1 juli 2020 een experiment gestart.

3. Experiment geregistreerd-mondhygiënist: zelfstandig verrichten voorbehouden handelingen

Op 1 juli 2020 is het experiment geregistreerd-mondhygiënist (GMH) gestart. De GMH is een mondhygiënist die staat ingeschreven in het tijdelijk register van het CIBG. Om in te kunnen schrijven in dit register moet een mondhygiënist na 2006 zijn afgestudeerd en in het bezit zijn van een stralingscertificaat.

Tijdens het experiment zijn GMH-en tijdelijk zelfstandig bevoegd om drie voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren. Het gaat hierbij om volgende handelingen:

1. Behandelen van primaire caviteiten;
2. Injecteren;
3. Ioniserende straling toepassen.

Dit experiment heeft als doel om te verkennen of taakherschikking tussen de GMH en de tandarts leidt tot een doelmatigere inzet van GMH-en en tandartsen, waarbij de kwaliteit voor de patiënt niet in het geding is. Dit experiment is op grond van artikel 36a Wet BIG gereguleerd. Volgens de experimentregeling kan worden voorgesteld de GMH definitief in artikel 3 van de Wet BIG, het

¹ [Infographic+-+Opdracht+voorbehouden+handelingen,+hoe+ga+ik+hiermee+om \(1\).pdf](#)

zogenaamde 'zware BIG regime' met beroepstittelbescherming en wettelijk tuchtrecht, op te nemen zodra wordt aangetoond dat het experiment leidt tot doelmatigere zorg.

4. Evaluatie van het experiment: beperkt bewijs voor doelmatigere zorg

Het Maastricht UMC heeft het experiment met de GMH geëvalueerd. De eindrapportage is op 15 april naar de TK² verzonden. De eindrapportage bevat de resultaten van de nulmeting (T0) en de drie her-metingen (T1-T3). De conclusies en aanbevelingen zijn informatief en enkel gebaseerd op de resultaten uit T3 als gevolg van beperkte respons gedurende het experiment. De resultaten zijn mede hierom onvoldoende representatief en beperkt te generaliseren.

Enkele argumenten die dit onderbouwen zijn:

1. Met enkel gegevens uit T3 is er een verhoogd risico dat de resultaten beïnvloed worden door bepaalde omstandigheden. Uitschieters in de data kunnen zonder vergelijking met ander meetmomenten ten onrechte als representatief worden gezien.
2. Ondanks triangulatie is veel uiteenlopende data opgehaald.
3. Het is onmogelijk gebleken om relevante sub analyses te doen, bijvoorbeeld naar de verschillende praktijkvormen. Dit beperkt de mogelijkheden om resultaten te generaliseren (pagina 71-71).
4. De samenstelling van de groep tandartsen en patiënten wordt door het MUMC als niet representatief beschouwd. Ook is er beperkte diversiteit in regio's, praktijktypes en locaties (pagina 72, tabellen pagina 87-89).

Aanvullend leveren de beschikbare resultaten onvoldoende bewijs over de doelmatigheid in termen van kostenbesparing en tijdswinst.

Enkele argumenten die dit onderbouwen zijn:

5. De triangulatietabel laat zien dat tijdswinst niet aantoonbaar is (pagina 65).
6. Het Maastricht UMC concludeert dat hoewel er gesproken wordt over doelmatigere zorg, het onderzoek onduidelijk is over de werkelijke kostenbesparingen die gepaard gaan met het zelfstandig uitvoeren van handelingen door mondhygiënist (pagina 68).
7. Het Maastricht UMC concludeert dat de resultaten geen eenduidig antwoord geven op de doelmatigheid van de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid; en
8. dat het onderzoek slechts beperkt bewijs levert dat tijdswinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten (pagina 69).

Daar komt bij dat de beschikbare resultaten geen eenduidig beeld laten zien van het effect op veiligheid en kwaliteit. De tandarts en mondhygiënist verschillen van mening over de effecten op de kwaliteit en veiligheid.

5. Besluitvorming: van doelmatigere zorg is geen sprake. Opname van de GMH in artikel 3 van de Wet BIG niet aan de orde, onvoldoende onderbouwd en niet proportioneel

Gelet op bovenstaande resultaten (en de beperkingen hiervan) is van doelmatigere zorg tijdens het experiment geen sprake. Er is niet aangetoond dat het experiment leidt tot doelmatigere zorg en daarmee kan het experiment niet als geslaagd worden beschouwd. Opname van de GMH in artikel 3 van de Wet BIG is daarmee niet aan de orde, onvoldoende te onderbouwen en bovendien niet proportioneel.

Het Maastricht UMC stelt dat de beschikbare resultaten als *informatieve bijdrage* kunnen worden gezien voor besluitvorming. Daarbij adviseren zij op basis van de resultaten uit T3 een zelfstandige bevoegdheid voor verdoven en het maken en beoordelen van röntgenfoto's. Voor het behandelen van gaatjes constateert het Maastricht UMC dat er onvoldoende draagvlak is van tandartsen. Het advies van het Maastricht UMC wordt niet overgenomen om de eerder genoemde redenen.

² [kamerbrief eindrapportage](#)

6. Vervolg: terugkeer oude situatie

Na afloop van het experiment op 1 juli 2025 vervalt het tijdelijke register voor de GMH en herleeft de oude situatie van voor het experiment. De mondhygiënist blijft in artikel 34 van de Wet BIG staan met een beschermde opleidingstitel, het zogenaamde "lichte BIG regime". Zij zijn functioneel zelfstandig bevoegd voor verdoven en het behandelen van kleine gaatjes. Alle andere voorbehouden handelingen, zoals het maken van röntgenfoto's, kan de mondhygiënist, mits bekwaam en binnen het deskundigheidsgebied, in opdracht uitvoeren van de tandarts volgens de opdrachtregeling. Dit geldt ook voor andere mondzorgverleners, zoals de preventieassistenten. Hiervoor heb ik samen met de KNMT, NVM en de IGJ een infographic ontwikkeld die onder de doelgroep is verspreid. Op deze manier wordt voldoende flexibiliteit geboden om voorbehouden handelingen uit te voeren waarbij de kwaliteit en de patiëntveiligheid geborgd is.

7. Weg naar doelmatige zorg: betere samenwerking

Tot slot, voor doelmatigere zorg is en blijft het essentieel dat goed wordt samengewerkt tussen mondzorgverleners. In een goede samenwerking is erkenning voor en wordt optimaal gebruik gemaakt van de deskundigheid, (functionele) bevoegdheden en bekwaamheden van de mondhygiënist en andere mondzorgverleners. In de eindrapportage van het Maastricht UMC wordt met een aantal voorbeelden geïllustreerd hoe samenwerking beter kan worden vormgegeven. Deze voorbeelden zijn geschetst binnen de context van het experiment, maar kunnen ook waardevol zijn in de situatie na afloop van het experiment. Concrete voorbeelden zijn: de individuele praktijk die in een regio samenwerkt met andere individuele praktijken, en groepspraktijken waarin meerdere mondzorgverleners onder één dak samenwerken (pagina 71). Bij een goede samenwerking past ook een goede uitwisseling van patiëntgegevens, waaronder röntgenfoto's, tussen mondzorgverleners die niet in eenzelfde praktijk werken.