

Experiment Mondhygiënist

Overzichtsdocument ter voorbereiding van besluitvorming

Inhoud

Inhoud	2
Belangrijke aspecten in besluitvorming	3
Algemeen	3
Effectiviteit	6
Doelmatigheid	7
Kwaliteit	7
Demografische ontwikkelingen	8
Epidemiologische ontwikkelingen	9
Sociaal cultureel	9
Juridische aspecten (beleidslijn)	10
Beleidsontwikkelingen	11
Alle relevante argumenten op een rij	13
Scenario's	15
Uitwerking van scenario's en onderbouwing	16
In welke gevallen gebruikt de GMH röntgen en verdoven als onderdeel van preventieve zorg?	17
Stakeholders (brede veld mondzorg)	18
Factsheet: Taakherschikking in de mondzorg (versie april 2024)	20
Wat is aanvullend nodig om taakherschikking te laten slagen?	24
Aandachtspunten CIBG	25
Opties tegemoetkoming tandartsen	25

Belangrijke aspecten in besluitvorming

Er zijn een aantal belangrijke zaken die moeten worden meegewogen in de besluitvorming ten aanzien van het reguleren van de MH in artikel 3 van de Wet BIG.

1. Algemeen: oorspronkelijke aanleiding van taakherschikking, aanleiding experiment en aanbevelingen van het MUMC n.a.v. het experiment
2. Effectiviteit, doelmatigheid, kwaliteit van zorg (o.a. o.b.v. het rapport MUMC)
3. Ontwikkelingen demografisch (o.a. o.b.v. CO advies)
4. Ontwikkelingen epidemiologisch en sociaal cultureel (o.a. o.b.v. CO advies)
5. Juridische aspecten, zoals beleidslijn, GR advies, tuchtrecht
6. Lopend beleid
7. Kwaliteit rapport o.a. validiteit en betrouwbaarheid

Algemeen

Taakherschikking in de mondzorg

- Taakherschikking leidt in het algemeen tot een grotere zorgcapaciteit naar verhouding van het aantal in de zorg werkzame personen, maar ook tot een hogere doelmatigheid van zorg (de meest aangewezen typen zorgverleners inzetten voor de zorgvraag) en tot grotere arbeidssatisfactie van de zorgverleners (doordat de beroepsuitoefening meer in overeenstemming is met het niveau van de opleiding)¹.
- Om taakherschikking te kunnen realiseren zijn rond 2000 de opleidingen van Tandarts (TA) en Mondhygiënist (MH) aangepast (obv advies RvZ² en adviesgroep Capaciteit in de Mondzorg³):
 - MH van 3-4 jaar -> gericht op preventieve mondzorg, de prothetische mondzorg en de meer reguliere tandheelkunde. Behandelen van primaire caviteiten (naast foto's en verdoven) in de opleiding. In 2006 eerste uitstromers nieuwe stijl.
 - TA van 5-6 naar -> gericht om meer wetenschappelijke, managementtaken en complexere mondzorg.
- Echter, de afgelopen 10-20 jaar kwam taakherschikking in de praktijk niet goed van de grond. O.a. bleek dit uit een rapport uit 2012⁴ van de Rijksuniversiteit Groningen en uit verschillende rapporten van het capaciteitsorgaan⁵.
- Mogelijke maatregelen werden nadien gezocht in de richting van 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.
- Met die reden is in 2019 een experiment gestart met de uitbreiding bevoegdheden MH als maatregel om dit proces te sturen/bevorderen

AmvB experiment

MH die in 2006 of later is afgestudeerd en een stralingscertificaat bezit kan op aanvraag de bevoegdheid verkrijgen om **zelfstandig bevoegd een drietal voorbehouden handelingen te verrichten**

1. Behandelen van primaire cariës;
2. Het toedienen van anesthesie door middel van injecties;
3. Het maken van röntgenfoto's.

¹ [Staatsblad 2019, 192 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

² Zoetermeer, 2002, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport www.raadrivs.nl

³ 2000, Lapré, Eindrapport van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg www.college-at.nl

⁴ Jerkovic-Cosic, K. The relation between Profession Development and job(re)design: the case of dental hygiene in the Netherlands, Rijksuniversiteit Groningen 2012

⁵ Capaciteitsplan 2013, deelrapport 3 Beroepen Mondzorg, oktober 2013

Beoogde effect: doelmatigere en effectievere zorg, met behoud kwaliteit

- MH gelegenheid om hun expertise op het gebied van de mondzorg in te zetten en;
- Tandartsen hebben meer tijd voor werkzaamheden die een academische opleiding vereisen, zoals de meer complexe zorg, wetenschappelijke verdieping of de aansturing van een mondzorgteam

Evaluatie experiment door Munc

Bij de evaluatie gaat het om de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid doelmatig en doeltreffend is; dus in hoeverre het bijdraagt aan efficiëntere en effectievere zorg.

Evaluatievariabelen:

1. Kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);
2. Effectiviteit (onder andere: wordt er gebruik gemaakt van de bevoegdheden?);
3. Doelmatigheid (onder andere: wat is het kosteneffect?);
4. Continuïteit van zorg;
5. Samenwerking tussen tandartsen en mondhygiënist.

Centrale vraagstelling:

In hoeverre is het doelmatig en effectief bij een minstens gelijkblijvende kwaliteit, om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan geregistreerd-MH met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen en, indien er sprake is van effectiviteit en doelmatigheid bij minstens gelijkblijvende kwaliteit, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit?

Onderzoekkader

1. Structuurevaluatie > patiënten, mondhygiënist, andere mondzorgverleners, organisaties
2. Procesevaluatie > functie elementen (professionele rollen) en functie uitvoering (takenpakket, teamindeling)
3. Uitkomstevaluatie > kwaliteit van zorg, continuïteit, patiënttevredenheid, effectiviteit, doelmatigheid

Before and after triangulation

- 4 doelgroepen: MH, TA, andere mondzorgverleners dan MH, en patiënten
- 3 meetperiodes (T1, T2, T3) met korte- en lange vragenlijsten en interviews
- In T1 en T2 weinig respons. Daarom wordt vooral uitgegaan van T3.
- **T3** - 116 GMHs de MH-vragenlijst ingevuld en 531 GMHs de MH-KORT vragenlijst
- **T3** - 21 TA hebben de TA-vragenlijst ingevuld, 95 de TA-KORT
- **T3** - 23 MZV de MZV-vragenlijst hebben ingevuld, 39 PAT de PAT-vragenlijst
- Hele meetperiode:
 - 14 individuele interviews TA; 57 individuele interviews met (G)MH;
 - 2 individuele interviews met MZV; 14 individuele interviews met PAT;
 - 21 individuele interviews met stakeholders.
- Daarnaast 18 (G)MH aan focusgroep.

Stakeholders klankbordgroep

- Patiëntenfederatie Nederland (PFN) (5.1.2e)
- Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorgkunde (LOOM) (5.1.2e)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) (5.1.2e), was (5.1.2e).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Register van Preventieassistenten (5.1.2e)
- Nederlandse Vereniging voor mondhygiënist (NVM) (5.1.2e)
- Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) onafhankelijk voorzitter klankbordgroep (5.1.2e)
- ACTA (advisering onderzoeksgroep, geen klankbordgroep)

Deelconclusies

- Effectiviteit
GMH maken frequent gebruik van de mogelijkheden die de AMvB heeft geschapen om zelfstandig anesthesie te injecteren en ioniserende straling toe te passen (indiceren, uitvoeren, delegeren), waarmee de maatregel voor deze twee voorbehouden handelingen effectief is gebleken. De mogelijkheden voor het behandelen van primaire caviteiten worden echter nog niet in volle omvang benut: hoewel het indiceren van primaire caviteiten veelvuldig wordt toegepast, ligt de uitvoering nog vaak bij de TA.

- Doelmatigheid
Zorgprocessen met betrekking tot het injecteren van infiltratie anesthesie en het toepassen van ioniserende straling worden efficiënter ingericht en worden uitgevoerd door de hiertoe geschikte mondzorgverlener. Hoewel gesproken wordt van tijdswinst als gevolg van het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten, is onduidelijk of de maatregel effect heeft op kosten en daarmee op doelmatigheid.
- Kwaliteit
Hoewel er duidelijk zorgen worden geuit, is in dit onderzoek geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. De zorgen betreffen minder het injecteren van anesthesie en toepassen van ioniserende straling. Voornaamste bron van zorg is het behandelen van primaire caviteiten.

Eindconclusie

- Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek is het effectief gebleken om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de GMH voor het injecteren van anesthesie en het toepassen van ioniserende straling.
- Om deze overdracht van taken te laten slagen, is een goede samenwerking van essentieel belang, zo ook openheid naar elkaar. De kern van samenwerking is immers: van elkaars expertise en affiniteit gebruik maken. Daarvoor is het even belangrijk dat duidelijkheid wordt verschaft binnen welk wettelijk kader dat mogelijk is. Samenwerkingsafspraken en het handelen volgens richtlijnen dienen daarbij meer geformaliseerd te worden. Voor de wijze waarop een dergelijk samenwerkingsverband is vormgegeven, zijn in dit onderzoek verschillende voorbeelden gegeven.
- De meningen over de noodzaak van een zelfstandige bevoegdheid voor primaire caviteiten in het bijzonder lopen uiteen. Het missen van draagvlak in dezen ligt niet aan het competentieniveau van de GMH, maar aan het gebrek aan definiëring en vooral afbakening van primaire caviteiten. Indien zelfstandige bevoegdheid voor cariologie wordt toegekend, opent dit de weg voor opdrachtverstrekking en delegatie naar andere mondzorgverleners.
- Samenvattend laten de resultaten van dit onderzoek zien dat een grote groep GMH frequent gebruik maakt van de zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties en het toepassen van ioniserende straling, bij gelijkblijvende kwaliteit. Voor het toepassen van lokale anesthesie en het toepassen van ioniserende straling lijkt voldoende draagvlak aanwezig en is sprake van een legalisering van de bestaande praktijk. Voor het behandelen van primaire caviteiten is het bestaande draagvlak te gering om tot een zelfstandige bevoegdheid te komen.

Aanbevelingen

1. Creëer voor de GMH een definitieve zelfstandige bevoegdheid voor het toepassen van anesthesie (injecties toedienen) en het maken van röntgenfoto's voor wat betreft solo- en bitewing opnamen.
2. Behoud een functionele zelfstandigheid voor de GMH, met betrekking tot het behandelen van primaire caviteiten.
3. Vergroot de uitwisseling van patiëntgegevens, waaronder röntgenfoto's, tussen mondzorgverleners die niet in eenzelfde praktijk werken, aangezien dit kan bijdragen aan efficiëntie in de mondzorg.
4. Verplicht de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken tussen GMH en TA.
5. Richt een blijvend kwaliteitsregister in voor de GMH, waarin scholing verplicht wordt geregistreerd, op basis waarvan op gezette tijden herregistratie in het kwaliteitsregister kan plaatsvinden.
6. Met het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid wordt de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau kunnen zich nog (nieuwe) belemmeringen opwerpen, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Om op belemmeringen te anticiperen, dienen landelijke afspraken gemaakt te worden, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.
7. Het moet voor patiënten duidelijk zijn welke bevoegdheden de behandelend mondzorgverlener heeft. Binnen het werkveld dienen inspanningen gedaan te worden om de informatieverstrekking hierover te optimaliseren.

Het onderzoek kent ook meerdere beperkingen. Onder meer:

- Onderzoekers hebben voor de conclusies en aanbevelingen voornamelijk gekeken naar de derde meetperiode, omdat in T1 en T2 de respons erg laag was⁶.
- Selectiebias: GMH heeft patiënten geselecteerd. Ook selectie van TA. Niet representatief.
- In het MUMC evaluatierapport zijn relevante sub-analyses zoals van GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënist, of van GMH werkzaam in een hoge/lage tandartsratio vanwege een te lage respons tijdens T3 niet (overal) mogelijk gebleken. Dat maakt dat cruciale informatie hierover mist.

Effectiviteit

Bij effectiviteit in het rapport wordt gekeken naar: het *gebruik* zelfstandigheid en de *verandering* van deze zelfstandigheid bij verandering in bevoegdheden.

Toepassen van infiltratie anesthesie

- In T3 -> 69% zelfstandig door GMH
- GMH verrichten (indiceren en/of uitvoeren en/of delegeren) gemiddeld (sd) 17,7 (13,8) injecties per maand en TA 71,7 (43,7) (Figuur 1B)
 - o Deze proportie is niet verschillend voor praktijkhouders (77%) en GMH in loondienst (61%) alsook voor GMH werkzaam in een MH-praktijk (79%) en TA-praktijk (68%)
- Het kost de TA statistisch significant minder tijd om een injectie van infiltratie anesthesie te verrichten dan de GMH (respectievelijk 3,5 (1,2) minuten versus 4,5 (2,2) minuten)
- Vrijwel geen delegatie vanuit TA (als TA indiceert, dan verricht die ook zelf)

Injectie van mandibulaire blokanesthesie

- In T3 -> 72% zelfstandig door GMH
- TA verrichten ongeveer driemaal zo veel injecties van mandibulaire blokanesthesie per maand, dan GMH (gemiddelde (sd) 26,2 (16,1) versus 8,0 (6,6) (Figuur 5B).
- De gemiddelde tijd (sd) die een injectie van mandibulaire blokanesthesie kost is voor GMH en TA nagenoeg gelijk; 4,6 (2,0) en 4,0 (1,2) minuten (Figuur 5C).
- Vrijwel geen delegatie vanuit TA (als TA indiceert, dan verricht die ook zelf)

Behandelen primaire caviteiten

- In T3 -> 30% zelfstandig door GMH
- Bij het prepareren van caviteiten verricht de TA gemiddeld (sd) meer handelingen per maand dan de GMH (49,8 (16,5) versus 19,4 (16,5)), met een statistisch significant kortere duur (18,8 (7,1) minuten versus 24,8 (11,9) minuten)
- Vaak als TA indiceert, dan verricht die ook zelf (90%)

Restaureren primaire caviteiten

- In T3 -> 27% zelfstandig door GMH
- De frequentie van het restaureren van de GMG is 15,7 (13,2), de frequentie bij TA is 49,5 (38,1).
- Het restaureren duurt voor de GMH gemiddeld 21,4 (11,0) en voor de TA gemiddeld 18,1 (7,3) min.
- Vaak als TA indiceert, dan verricht die ook zelf (85%)

Maken van röntgenfoto's

- In T3 -> 39% zelfstandig
- Bij indicatie van TA, dan verricht die deze handeling zelf in 59% van de gevallen. In 26% van de gevallen wordt de taak gedelegeerd naar een MZV, en in 6% naar de GMH.
- TA 86,1 (66,5) keer per maand, GMH 18,5 (16,0) keer per maand

⁶ Pagina 12 van eindrapportage: Vanwege de lage respons tijdens T1 en T2, ligt bij het bespreken van de QUAN resultaten de nadruk op de resultaten van T3. Waar relevant en mogelijk wordt ook ingegaan op de resultaten van de andere metingen.

- Duur TA 5,9 min (2,4) en GMH 5,0 min (2,3)

Beoordelen röntgenfoto's

- beoordelen in 25,6% van de foto's overlegd met TA
- TA beoordelen frequenter foto's dan GMH (gemiddelde (sd) respectievelijk 86,0 (64,6) en 18,5 (15,3) foto's per maand), terwijl de duur voor het beoordelen vergelijkbaar is (gemiddelde (sd) respectievelijk 4,5 (2,3) en 5,3 (2,3) minuten inclusief eventuele overlegtijd)

Doelmatigheid

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

In het MUMC onderzoek is slechts in beperkte mate aangetoond dat tijdwinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. Bovendien is in het huidige stelsel het tijdsaspect niet kostenbepalend, maar of de verrichting wel/niet wordt uitgevoerd.

Door zowel GMH als TA wordt aangegeven dat röntgenfoto's soms noodzakelijk zijn voor het indiceren van de juiste behandeling. Een uitwisseling van beschikbare gegevens kan bijdragen aan efficiëntie (dan zou een zelfstandige bevoegdheid ook niet nodig zijn). Echter, MH maakt röntgenfoto's voor specifieke behandeldoelen, waardoor deze niet altijd uitwisselbaar zijn als de foto's door een TA gemaakt worden. Verder blijkt soms sprake van een gebrek aan welwillendheid om samen te werken.

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

Kwaliteit

Hoewel er duidelijk zorgen worden geuit door voornamelijk TA, is in dit onderzoek geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. De zorgen betreffen minder het injecteren van anesthesie en toepassen van ioniserende straling. Voornaamste bron van zorg is het behandelen van primaire caviteiten.

TA en MH verschillen van mening over de effecten op de kwaliteit:

- Met de stelling dat de zorg door de zelfstandige bevoegdheid kwalitatief beter is, zijn 86,9% van de GMH en 31,3% van de TA het (helemaal) mee eens;
- Dat de zorg voor PAT door de zelfstandige bevoegdheid minder veilig is, wordt door de meerderheid van de GMH en TA tegengesproken (GMH: 89,9%, TA: 68,8% (helemaal) mee oneens).

Demografische ontwikkelingen

- Beroepsbevolking neemt af; tekorten in de mondzorg nemen toe. Taakherschikking is een middel om krapte het hoofd te kunnen bieden. Zonder experiment/zelfstandige bevoegdheden kwam taakherschikking niet van de grond. Zie ook onder algemeen.
- Echter: er zijn vooral regionale tekorten aan tandartsen, mondhygiënist(en) en tandartsassistent(en).

Tabel 21: Demografische vraagontwikkeling tandartsen en mondhygiënist(en) na 5, 10, 15 en 20 jaar vanaf 2022

Jaar	Tandartsen	Mondhygiënist(en)
2027	2,1%	2,1%
2032	3,6%	3,5%
2037	5,0%	5,0%
2042	6,4%	6,4%

Toename verwacht in praktijkhouders MH

Tabel 14: Werkverband 2021 mondhygiënist(en) en toekomstig verwacht werkverband

Werkverband	Nu	Toekomst
Als MH in loondienst in algemene mondzorgpraktijk/ tandartspraktijk(en)	39%	30%
Als MH-praktijkhouder	23%	36%
Als zelfstandig MH in algemene mondzorgpraktijk/ tandartspraktijk(en)	20%	22%
Als zelfstandig MH in MH-praktijk(en)	12%	18%
Als MH in loondienst in MH-praktijk(en)	8%	10%
Als MH in loondienst in parodontologie-, implantologie- of orthodontiepraktijk	8%	9%
Anders	7%	7%
Als MH in loondienst in zorginstelling	5%	5%
Als MH in loondienst in onderwijsinstelling	4%	7%
Als zelfstandig MH in parodontologie-, implantologie- of orthodontiepraktijk	2%	4%

[Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf](#)
(capaciteitsorgaan.nl)

Epidemiologische ontwikkelingen

Voor epidemiologische vraagontwikkeling wordt gekeken naar ontwikkelingen in de mondgezondheid van de Nederlandse bevolking die van invloed zijn op de vraag in de toekomst. Voor epidemiologie betreft dit naast de mondgezondheid van Nederlanders in het algemeen met name ook **jongeren** en **ouderen** als specifieke doelgroepen.

- We zien een groeiende vraag naar mondzorg. Vooral jeugd en ouderen. O.a. irt multimorbiditeit. Wel blijkt: stijgende vraag tgv ontwikkelingen betreffen deels curatieve en deels preventieve zorg. Het is lastig exact te duiden welk aandeel daarvan werk betreft voor de tandarts en welk aandeel werk betreft voor de mondhygiënist. Zeker is dat de vraag voor beide beroepen gaat toenemen, waarbij een deel van de ouderen en ook van de jongeren preventief en wellicht klein curatief werk genereert dat op het terrein van de mondhygiënist ligt. P 43 capaciteitsorgaan.

Sociaal cultureel

Sociaal-culturele ontwikkelingen zijn ontwikkelingen die kunnen voortkomen uit verander(en)de gewoonten van zorggebruikers, wensen en eisen vanuit maatschappij of politiek, herinrichting van zorgstructuren of andere beleidswijzigingen.

- Meer aandacht voor de gezonde mond jeugd/jongeren: Als we kijken naar het tandartsbezoek dan zagen we dat in 2019 62% van de 2- en 3-jarigen naar de tandarts of mondhygiënist ging. In 2021 was dat percentage 64,4%. Die lijn stijgt, dus deze aanpak lijkt succesvol, maar hier ligt nog een behoorlijke onbeantwoorde zorgvraag, met name voor de mondhygiënist.
- Meer aandacht voor de gezonde mond ouderen. Belangrijkste criteria voor mondgezondheid van ouderen dat ze pijnvrij zijn en dat het gebit functioneel is. Een belangrijk onderdeel van de zorg die zij nodig hebben betreft daarom parodontologie. Dit leidt tot vraagstijging voor de tandarts, maar vooral ook voor de mondhygiënist.
- Esthetisch en aandacht gezonde leefstijl stijgt. Behandeling paradontitis -> Er blijkt dat patiënten in eerste instantie naar de tandarts gaan, maar als ze eenmaal bekend zijn met de mondhygiënist ook graag door deze worden behandeld.

[Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf](#)
([capaciteitsorgaan.nl](#))

Overig <https://www.vzinfo.nl/monitor-mondgezondheid>

Juridische aspecten (beleidslijn)

[file:///H:/Downloads/Beleidslijn+voor+het+wettelijk+reguleren+van+beroepen%20\(1\).pdf](file:///H:/Downloads/Beleidslijn+voor+het+wettelijk+reguleren+van+beroepen%20(1).pdf)

Op dit moment is het niet verplicht om na een experiment te toetsen aan de beleidslijn of een beroep kan/moet worden opgenomen in artikel 3.

- 5.1.2e gaf echter aan dat dit mogelijk wordt gewijzigd door de GR (voortaan wel verplichten om na een experiment te toetsen aan de criteria voor opname in artikel 3).
- Ik houd er om deze reden rekening mee dat deze criteria moeten worden meegewogen in onze beslissing.

Is de beroepsuitoefening gericht op de individuele gezondheidszorg?

- In principe lijkt me hier geen twijfel over. De GMH verricht activiteiten die gericht zijn op het bevorderen en bewaken van de gezondheid van een individuele patiënt. In een zelfstandige mondhygiënistenpraktijk werken GMH daarbij ook zelfstandig zonder tandarts.

Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?

- (G)MH is het enige mondzorgberoep die een vierjarige hbo opleiding heeft gevolgd specifiek gericht op het verlenen van preventieve mondzorg. Het betreft de enige opleiding waarin (vanaf 2006) de drie voorbehouden handelingen zijn aangeleerd.
 - 1968 – eerste opleiding MH (2 jaar)
 - 1992 – verlenging van opleiding naar 3 jaar ivm uitbreiding werkzaamheden, veranderende relatie tov tandarts
 - 2002 – verlenging naar vierjarige opleiding ivm verschuiving van taken, 3 VH in de opleiding
 - 2006 – eerste MH nieuwe stijl studeren af
- De tandtechnicus is een mondzorgberoep met een vierjarige mbo opleiding.
- Verder zijn er veel verschillende soorten opleidingen die gericht zijn op het leveren van preventieve mondzorg aan een patiënt. Zo zijn verschillende soorten tandartsassistenten die soortgelijk werk verrichten als (G)MH en hun bekwaamheid voor voorbehouden handelingen in andersoortige opleidingen of andersoortige manier verrichten. Een tandartsassistent C (paro-assistent) komt dicht in de buurt van wat een MH doet.
- Er is voor de MH een landelijk erkende opleiding. Voor de preventieassistenten en tandartsassistenten bestaan landelijke opleidingen, maar de opleidingen worden ook aangeboden door werkgevers zelf via een commerciële aanbieder.
- Ook het aantal beroepsbeoefenaren is van belang volgens dit criterium. Naar schatting zijn er rond de 4000 mondhygiënisten. Dat lijkt me een proportioneel.
- Of het beroep MH voldoende onderscheidend is vind ik moeilijk beoordelen. Ik vraag me vooral af of het beroep voor de patiënt voldoende onderscheidend is.

Hoe verhoudt de MH zich tot andere art 3 beroepen van soortgelijk opleidingsniveau?

- Fysio= 4 jaar hbo (geen voorbehouden handelingen)
- Verpleegkundige = 4 jaar mbo of hbo (functioneel zelfstandig bevoegd voor 3 VH-en: catherisaties, injecties, puncties). Voeren geen zelfstandige praktijk (MH wel).
- Verloskundige = 4 jaar hbo (zelfstandig bevoegd voor 6 VH-en: heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, catherisaties, injecties, puncties, voorschrijven geneesmiddelen). Voeren – net als de MH – ook zelfstandige praktijken.

Is wettelijke regulering noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen?

- Voor de MH in de tandartspraktijk kan de veiligheid geborgd worden door aanwezigheid van de TA die kan ingrijpen. Voor de MH in een zelfstandige kliniek kan dat niet. Daarom zou een wettelijke regulering noodzakelijk zijn.

Tuchtrecht

Voor de beantwoording van de vraag of voor een bepaald beroep **tuchtrecht** moet worden ingevoerd heeft de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening een aantal criteria genoemd die in dit opzicht van belang zijn. Het gaat daarbij om het volgende **5.1.2e** :

- is de patiënt gezien de aard van de behandeling in hoge mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar?
- zijn er voldoende andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen of werkt de beroepsbeoefenaar zelfstandig?
- is er voor dit beroep een uitwerking te geven van wat nu misdragingen in en tekortkomingen bij de beroepsuitoefening eigenlijk zijn, met andere woorden, zijn goed hanteerbare gedragsnormen tot ontwikkeling gekomen, waardoor sprake is van een zekere «rijpheid» voor een behoorlijk vervullen van de rechtsprekende functies?
- is er door de organisatie van beroepsbeoefenaren al voor de eigen leden een vorm van tuchtrechtspraak ingevoerd?

Beleidsontwikkelingen

In 2022 kwam het actieplan 'Op weg naar een mondgezonde generatie' uit. Betreft een plan voor het verbeteren van de mondgezondheid van jeugdigen, minima, kwetsbare ouderen.

[Op weg naar een mondgezonde generatie | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

Het doel van dit actieplan is om de bewustwording te bevorderen en het basisadvies uit te dragen door:

1. Betere borging van mondzorg binnen de publieke gezondheidszorg
2. Inbedding van mondzorg in bestaande preventieve programma's
3. Samenwerking tussen partijen binnen en buiten de mondzorg
4. Invulling van de activiteiten voortkomend uit de verbeteracties.

Plan ziet voornamelijk op betere preventieve zorg. MH speelt belangrijke rol in het leveren van preventieve zorg.

Directie PG zet in op meer aandacht voor preventieve mondzorg, bijvoorbeeld in het programma kansrijke start.

Mondzorg voor minima

[Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

In totaal blijkt dat circa 1,4 mln volwassenen in Nederland niet ten minste om de twee jaar naar de tandarts gaan. Dit leidt niet bij iedereen tot problemen. De gevoeligheid van het gebit voor mondziekten is afhankelijk van de predepositie (bijvoorbeeld de sterkte van het glazuur) en de mondhygiëne. Op basis van een onderzoek door onderzoeksbureau Gupta in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland is de nieuwe inschatting dat ca. 640.000 volwassenen de mondzorg mijden om financiële redenen. Frequent spelen andere redenen mee, zoals angst (bij ca. 426.000 volwassenen), gebrek aan besef van urgentie (bij ca. 355.000 volwassenen), ontevredenheid over zorg, moeite met navigeren in de zorg en een andere kijk op het belang van preventieve zorg. Daarbij zien de in dit project samenwerkende partijen de verdeling van de beschikbare capaciteit aan mondzorgverleners als belangrijk bijkomend vraagstuk.

De partijen zien de volgende met elkaar samenhangende oplossingsrichtingen:

1. Verbeter de financiële toegankelijkheid van de mondzorg: de partijen adviseren hiervoor het voorstel voor een landelijke aanvullende mondzorgverzekering / regeling uit te werken op basis van de handreiking (acute en) noodzakelijke mondzorg voor financieel kwetsbare mensen. Pakketmaatregelen (zonder mitigerende maatregelen) worden door sommige partijen gezien als een te grove maatregel met forse financiële impact en ook de nodige volumerisico's.
2. Versterk het sociaal vangnet: geen enkele landelijke maatregel zal de problematiek volledig wegnemen. Een gemeentelijk – en maatschappelijk vangnet, ofwel een sociaal vangnet, zeker voor mondzorgkosten, blijft daarom nodig. Rijksbijdragen kunnen hierbij helpen.
3. Geef mondzorg hernieuwde aandacht in de publieke gezondheid: de verbeteringen in de mondgezondheid vanaf de jaren '70 waren mede het resultaat van de aandacht voor

mondgezondheid in de publieke gezondheidszorg en de samenwerking tussen organisaties gericht op mondgezondheidszorg en de publieke gezondheidszorg. Een hernieuwde aandacht voor mondgezondheid is nodig, bijvoorbeeld door doelgroepgerichte voorlichting, betere informatievoorziening aan hulpverleners, mondzorg als onderdeel van de preventieketens en meer aandacht voor de mondgezondheid van de jeugd

Daarnaast stellen de Mondzorgalliantie en zorgverzekeraars dat het voordelig is om de opleidingscapaciteit mondzorg breed uit te breiden én daarnaast rekening te houden met betere spreiding naar de regio's. Spreiding kan aanvullend worden gerealiseerd door een praktijkervaringsjaar aan de opleiding Tandheelkunde toe te voegen, waarin studenten ingezet kunnen worden in praktijken (evenwichtig) verspreid over het hele land.

Aanvullend: uit onderzoek blijkt dat op de plekken waar men het langst moet wachten op een vervolgspraak (bijv. door capaciteitstekort of in krimpregio) er het meest overbehandeling plaatsvindt. Inzet van mondhygiënist in deze regio's maakt de zorg toegankelijker, en kan daarmee wellicht ook overbehandeling voorkomen.

[Health Services as Credence Goods: a Field Experiment | The Economic Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](#)

Kostenonderzoek NZA

[Kostenonderzoek mondzorg 2024-2025 | Mondzorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is in 2024 een kostenonderzoek gestart binnen de tandheelkundige en orthodontische zorg. **Doel:** Een tariefherijking om de mondzorgtarieven actueel en kostendekkend te houden. De vorige tariefherijking was in 2015

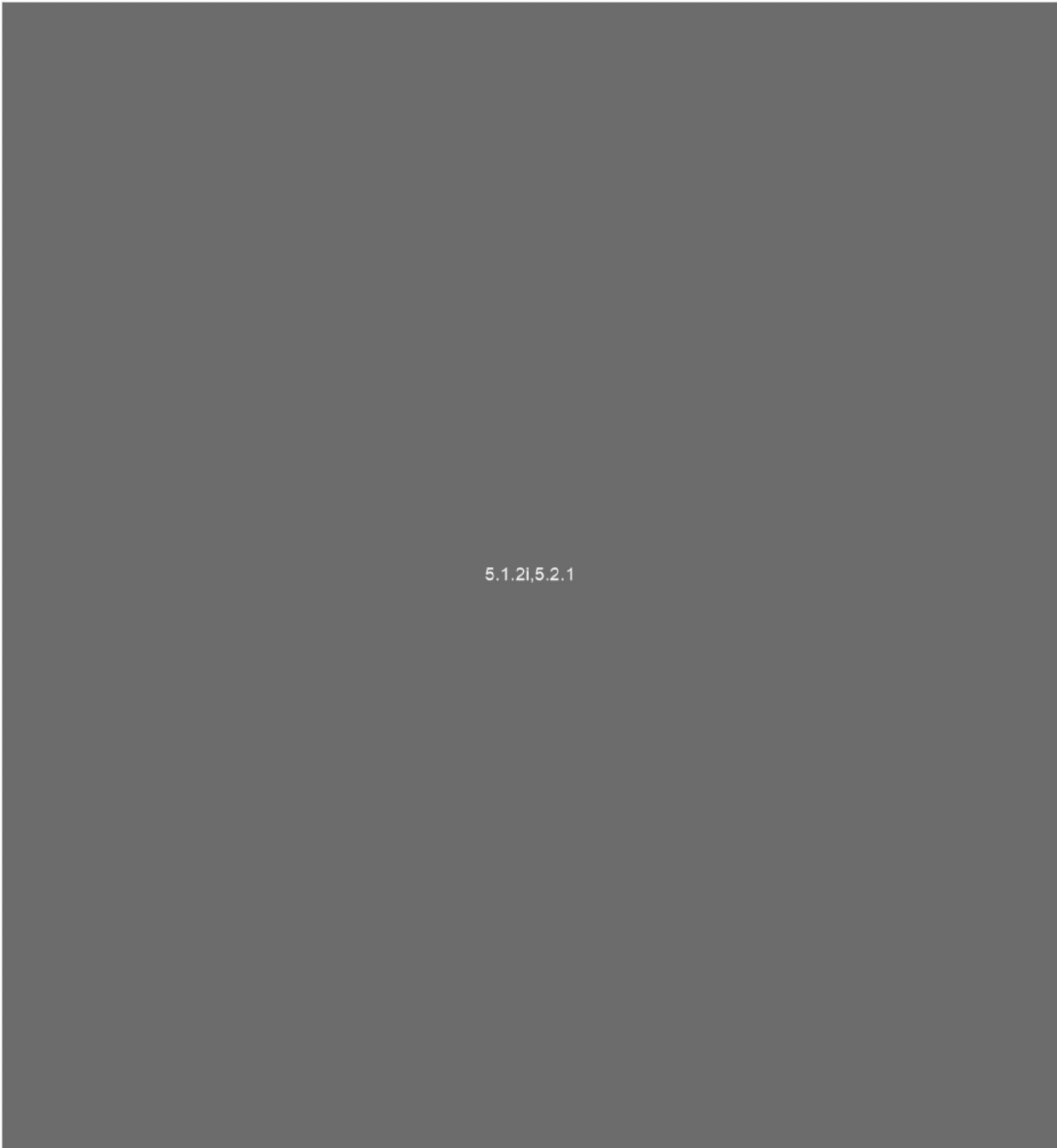
Jaarlijkse planning op grote hoofdlijnen:

- **Januari – Juni 2024** – voorbereidingen start kostprijsonderzoek
- **2025** – tariefbesluit door de Raad van Bestuur van de NZa en publicatie van het verantwoordingsdocument
- **Januari 2026** nieuwe tarieven zijn bekend en treden in werking

De resultaten van het kostprijsonderzoek kunnen verkeerde prikkels uit de bekostiging halen en leiden tot een verschuiving in de inzet van mondzorgprofessionals in tandheelkundige praktijken. Met herijking van tarieven kan zorg goedkoper worden -> politiek kan besloten worden nav het NZa onderzoek dat voortaan wordt bekostigd obv WIE iets uitvoert ipv WAT uitgevoerd wordt -> zorg door mondhygiënist kan dan goedkoper worden gemaakt dan zorg door tandarts en daardoor kan zorg verschuiven.

VWS Visie op mondzorgbeleid

5.1.2i,5.2.1



5.1.2i,5.2.1

Scenario's

Voor	Tegen
Scenario 1: Verdoven zelfstandig, Gaatjes functioneel, Foto's zelfstandig	
<ul style="list-style-type: none"> • Past bij bekwaamheden • Conform advies MUMC; voor injecteren en foto's redelijk bewijs ikv doelmatigheid, effectiviteit, kwaliteit. Voor gaatjes te weinig draagvlak • Epidemiologische/cultureel ontwikkelingen; toename aan preventieve zorgvraag; verdoven en foto's is preventieve zorg. Gaatjes minder mate preventieve zorg; • Beleidsvisie; juiste zorgverlener op juiste plek, capaciteit optimaal benutten, overbehandeling voorkomen. Inzet preventieve zorg, MH optimaal faciliteren; • Weinig welwillendheid tot samenwerking/delen van gegevens. Belemmert MH in uitvoering werk. Zelfstandige bevoegdheden heffen belemmering op. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gaatjes past ook bij bekwaamheden; • Draagvlak is geen goede reden; • Volgens CO is het niet zeker welk deel van de zorg bij MH terecht komt; • Beperkt zelfstandigheid niet de samenwerking? • Overbehandeling voorkomen door zelfstandige bevoegdheid voor foto's bij TA laten?
Scenario 2: Verdoven zelfstandig, Gaatjes functioneel, Foto's functioneel	
<ul style="list-style-type: none"> • Past deels bij bekwaamheden; • MUMC bewijs voor foto's is minder overtuigend dan voor verdoven, daarom functioneel; gaatjes vullen blijft hetzelfde tov huidige situatie, conform advies MUMC. • Epidemiologische/cultureel ontwikkelingen; toename aan preventieve zorgvraag; foto's zou evt nog in opdracht kunnen of met goede samenwerking worden opgelost; • Beleidsvisie; overbehandeling voorkomen; als meer MH röntgen gaan aanschaffen dan misschien toch overbehandeling? Daarom alleen in opdracht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gaatjes en foto's passen ook bij bekwaamheden; • Wellicht minder efficiënte zorg bij functionele bevoegdheid voor foto's -> MH maken voor andere doeleinden foto's dus vaak alsnog twee foto's; tevens beperkte samenwerking; • Draagt dit voldoende bij aan optimale benutting beschikbare capaciteit en stimulans zelfstandige klinieken?; • Past niet bij advies MUMC.
Scenario 3: Verdoven functioneel, Gaatjes functioneel, Foto's functioneel	
<ul style="list-style-type: none"> • Foto's verandert in functioneel tov huidige situatie, zodat toezicht en tussenkomst niet gebod hoeft te worden. Met goede samenwerking tussen TA-MH kan dan in opdracht alle 3 de handelingen worden uitgevoerd zonder toezicht/tussenkomst • Biedt helderheid voor patiënt: alleen TA mag zaken zelfstandig uitvoeren; • Beleidsvisie; juiste zorgverlener op juiste plek - > TA met de verantwoordelijkheid, MH uitvoerend. Zou daarom ook passend kunnen zijn. Door regie bij TA wellicht ook minder overbehandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • MH zijn bekwaam in de zelfstandige uitvoering van de drie handelingen; • Samenwerking is een uitdaging; vraag is wat dit scenario oplevert (lijkt namelijk op huidige situatie waarin taakherschikking ook niet van de grond kwam); • Epidemiologisch/cultureel ontwikkelingen; met enkel functioneel bevoegdheid niet optimaal faciliterend voor optimale benutting beschikbare capaciteit en stimulans zelfstandige klinieken?; • Past niet bij advies MUMC.
Scenario 4: Verdoven functioneel, Gaatjes functioneel, Foto's in opdracht	
<ul style="list-style-type: none"> • Huidige situatie. • Beleidsvisie; juiste zorgverlener op juiste plek - > TA met de verantwoordelijkheid, MH uitvoerend. Geen zelfstandige bevoegdheden zou daarom ook passend kunnen zijn. Door regie bij TA wellicht ook minder overbehandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> • MH zijn bekwaam in de zelfstandige uitvoering van de drie handelingen; • Samenwerking is een uitdaging; vraag is wat dit scenario oplevert? Juist experiment gestart op iets te veranderen; • Epidemiologisch/cultureel; met enkel functioneel bevoegdheid niet optimaal faciliterend voor benutting beschikbare capaciteit en stimulans zelfstandige klinieken?; • Past niet bij advies MUMC.
Scenario 5: Verdoven zelfstandig, Gaatjes zelfstandig, Foto's zelfstandig	

<ul style="list-style-type: none"> • Past bij bekwaamheden van MH; • Voor injecteren en foto's redelijk bewijs. Voor gaatjes te weinig draagvlak maar draagvlak i.p. niet een reden om geen zelfstandige bevoegdheid toe te kennen; • Draagt bij aan optimale benutting beschikbare capaciteit en stimulans zelfstandige klinieken; • Epidemiologische/cultureel ontwikkelingen; toename aan zorgvraag, nodig om capaciteit optimaal te benutten; zelfstandigheid draagt hieraan bij; • Beleidsvisie; juiste zorgverlener op juiste plek, capaciteit optimaal benutten, overbehandeling voorkomen. Zelfstandigheid draagt hieraan bij. • Weinig welwillendheid tot samenwerking/delen van gegevens. Belemmert MH in uitvoering werk. Zelfstandige bevoegdheden heffen belemmering op. 	<ul style="list-style-type: none"> • Past niet bij advies MUMC; Geen draagvlak van TA. • Bewijs voor gaatjes (en ook foto's) niet heel overtuigend; • Zelfstandigheid kan leiden tot overbehandeling, zeker als het gaat om gaatjes; • Past niet bij huidige ontwikkelingen en rollen/verantwoordelijkheden. Preventieve zorg door MH, curatieve zorg complexe zorg door TA.
Verdoven zelfstandig, Gaatjes functioneel, Foto's in opdracht	
<ul style="list-style-type: none"> • Redelijk bewijs voor injecteren • Minder duidelijk voor foto's, daarom in opdracht (echter dan kan dit alleen in gezamenlijke praktijk). Gaatjes vullen blijft hetzelfde tov huidige situatie, conform advies MUMC. • Epidemiologische/cultureel ontwikkelingen; toename aan zorgvraag, nodig om capaciteit optimaal te benutten; zelfstandigheid draagt hieraan bij; • Weinig welwillendheid tot samenwerking/delen van gegevens. Belemmert MH in uitvoering werk. Zelfstandige bevoegdheid voor verdoven heft belemmering op. 	<ul style="list-style-type: none"> • MH zijn bekwaam in de zelfstandige uitvoering van de drie handelingen; • Relatief onduidelijk voor patiënt; • Epidemiologisch/cultureel ontwikkelingen; met enkel zelfstandige bevoegdheid voor verdoven niet echt optimaal faciliterend voor optimale benutting beschikbare capaciteit en stimulans zelfstandige klinieken?; • Belemmering rondom samenwerking is grootst rondom foto's; daar zou een zelfstandige bevoegdheid dus meer verschil maken.

Uitwerking van scenario's en onderbouwing

Argumenten voor

- Zelfstandige bevoegdheid voor verdoven en foto's past bij de bekwaamheden van de MH (geïntegreerd in de opleiding) (voor scenario 1);
- Het MUMC adviseert scenario 1 (voor scenario 1). Zij constateren dat er voldoende bewijs is voor een zelfstandige bevoegdheid voor verdoven en foto's;
- Op basis van de argumenten die iets zeggen over de effectiviteit zien we dat veelvuldig gebruik wordt gemaakt van de zelfstandige bevoegdheid om te verdoven, redelijk gebruik wordt gemaakt van de zelfstandige bevoegdheid om foto's te maken en minder gebruik wordt gemaakt van de zelfstandige bevoegdheid om gaatjes te vullen. Bij het maken van foto's speelt mee dat de beschikbaarheid van apparatuur de mogelijkheden (heeft) beperkt om gebruik te maken van de zelfstandige bevoegdheid (voor scenario 1, 2);
- Op basis van de argumenten uit het MUMC rapport die iets zeggen over de kwaliteit is te stellen dat er voor verdoven en foto's weinig redenen is om geen zelfstandigheid toe te kennen. In het onderzoek worden vooral zorgen geuit door tandartsen in het kader van het behandelen van primaire caviteiten; door hiervoor een functionele zelfstandigheid te behouden blijft de regie op deze handelingen bij de TA (voor scenario 1, tegen scenario 2-6);
- Argumenten op basis van epidemiologische en sociaal culturele ontwikkelingen laten zien dat het voor de hand ligt dat met een toenemende zorgvraag en aandacht voor preventieve mondzorg, de vraag naar preventieve mondzorg door de MH ook zal toenemen. Verdoven en foto's zijn duidelijk onderdeel van de preventieve zorg. Behandelen van gaatjes in mindere mate. Om in te spelen op de ontwikkelingen zou een zelfstandige bevoegdheid voor verdoven en foto's passend zijn (voor scenario 1, tegen scenario 2-6);
- In lijn met de beleidsvisie op mondzorg is het belangrijk om de MH voldoende ruimte te geven om hun werk (zelfstandig) te kunnen uitvoeren; zeker in krimpregio's wil je dat de MH waar kan optimaal wordt ingezet; met een opdracht/functionele bevoegdheid blijft een afhankelijkheidsrelatie bestaan van de TA en is de MH afhankelijk van doorverwijzingen. Dit draagt niet bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de mondzorg (voor scenario 1, tegen scenario 2-6);
- Overig: taakherschikking kwam voor het experiment niet van de grond; toekennen van zelfstandig bevoegdheden leidt tot wettelijke taakherschikking met mogelijk positieve effecten.

Argumenten tegen

- In het kader van bekwaamheden zou een zelfstandige bevoegdheid voor gaatjes ook passend zijn, de MH is hier immers sinds 2006 ook voor opgeleid (tegen scenario 1, 2, 3, 4, 6, voor scenario 5);
- Het rapport van MUMC kent beperkingen, vooral vanwege beperkte respons en selectie bias (tegen scenario 1, 2, 3, 5, 6, voor scenario 4); *maar dit houdt je wellicht altijd.*
- Als je kijkt naar de effectiviteit dan is het bewijs voor foto's net als gaatjes niet geheel overtuigend (vaker wel een tandarts betrokken dan niet). Spreekt tegen scenario waarbij MH zelfstandig bevoegd wordt voor foto's (tegen scenario 1, 5);
- In hoeverre is draagvlak van tandartsen (ikv de zorgen die zij uiten over de kwaliteit) een doorslaggevend argument voor het niet toekennen van bevoegdheden? (tegen scenario 1, 2, 3, 4, 6, voor scenario 5). *Maar: draagvlak zou ook geen redenen moeten zijn om het wél toe te kennen.*
- CO-advies geeft aan niet precies te kunnen inschatten in hoeverre er beroep wordt gedaan op de zorg door een TA of zorg door een MH in de toekomst met de ontwikkelingen. Bij regionale tekorten; waarom dan voor hele beroepsgroep wat regelen? (tegen scenario 1, 2, 3, 5, 6, voor scenario 4)
- Beleidsvisie op mondzorg; we willen ook goede samenwerking stimuleren tussen MH en TA. Met zelfstandige bevoegdheden gaan mogelijk minder snel professionals onder een dak werken en is er minder prikkel tot goede samenwerking (tegen scenario 1, 2, 5, 6, voor scenario 3, 4. *anderzijds is het wel fijn als MH makkelijker/laagdrempeliger een kliniek kunnen openen vanwege de tekorten.* (voor scenario 1, 2, 5)
- In zekere mate is het beroep onderscheidend door het opleidingsniveau en erkende opleidingstitel. Anderzijds zijn er veel assistenten die hetzelfde soort werk verrichten (en hiervoor bekwaam worden geacht). Daarmee is er geen heel overtuigend argument om zelfstandig bevoegdheden (geen van allen) toe te kennen.

In welke gevallen gebruikt de GMH röntgen en verdoven als onderdeel van preventieve zorg?

Röntgen:

1. Vroegtijdige detectie van problemen:
 - a) Vroegtijdig opsporen van cariës (gaatjes) die nog niet zichtbaar zijn met het blote oog. Dit stelt mondhygiënist in staat om preventieve maatregelen te treffen voordat de problemen groter worden.
 - b) Teken van botverlies door parodontitis (tandvleesontsteking) opsporen, waardoor tijdig kan worden ingegrepen om verdere schade te voorkomen.
2. Beoordeling van gebit en mondgezondheid:
 - c) Compleet beeld van de tandstructuren, inclusief de wortels en het bot. Dit helpt bij het plannen van preventieve behandelingen, zoals professionele gebitsreinigingen, door te begrijpen waar de risicogebieden zich bevinden.
3. Monitoren van Ontwikkeling:
 - d) Voor patiënten met orthodontische apparaten (zoals beugels) zijn röntgenfoto's essentieel om de voortgang en juiste plaatsing te controleren, wat bijdraagt aan een effectieve preventieve zorg.

Verdoven:

1. Comfort tijdens behandelingen:
 - a. Soms kunnen preventieve behandelingen zoals diepe reinigingen (bijvoorbeeld het verwijderen van tandsteen onder de tandvleesrand) pijnlijk zijn. Verdoving zorgt ervoor dat de patiënt geen ongemak ervaart, wat het proces aangenamer maakt en de mondhygiënist in staat stelt grondiger te werken.
 - b. Behandelen primaire caviteit: verdoving is noodzakelijk om de patiënt pijnvrij te houden tijdens de behandeling.
2. Angst en fobie verminderen: patiënten met angst voor tandheelkundige behandelingen kunnen baat hebben bij verdoving, zelfs tijdens preventieve zorg, om hun stress te verminderen en regelmatige bezoeken te bevorderen, wat cruciaal is voor preventie.

Gaatjes:

Stakeholders (brede veld mondzorg)

Wie	Opleiding	Takenpakket	Aantallen
Tandartsen Artikel 3	WO, 6 jaar	Medisch professional gespecialiseerd in de diagnose, behandeling en preventie van aandoeningen en ziekten van de mondholte, inclusief tanden en tandvlees. Voorbehouden mondzorghandelingen mag een tandarts zelfstandig uitvoeren.	11828 bron
Mondhygiënisten Artikel 34	Hbo (v.a. 2006) 4 jaar	Specialist in mondhygiëne die zich richt op preventieve zorg. De mondhygiënist mag functioneel zelfstandig gaatjes vullen en injecteren, foto's maken mag in opdracht en met toezicht en tussenkomst van een tandarts.	3.900 bron
Geregistreerd Mondhygiënisten Tijdelijk artikel 3	Hbo (v.a. 2006)	Geregistreerd mondhygiënisten voeren dezelfde taken uit als de mondhygiënist maar is tijdelijk zelfstandig bevoegd voor het uitvoeren van drie voorbehouden handelingen (gaatjes vullen, injecteren, foto's maken)	1303 bron
Tandarts- assistent	BOL, BBL, particulier, verkort, via EVC, zelfstudie ⁸	Een tandartsassistent ondersteunt de tandarts en het tandheelkundig team bij administratieve taken, het assisteren tijdens behandelingen, het klaarzetten van instrumenten en het verzorgen van de hygiëne in de praktijk.	21.300 bron
Preventie- assistenten	Tandartsassistent + cursus preventie (voor verwijderen tandsteen)	Een preventieassistent werkt onder supervisie van de tandarts en richt zich voornamelijk op preventieve tandheelkunde.	
Paro- preventieassistent	Preventieassistent + aanvullende cursus (voor dieper verwijderen tandsteen)		
Zie ⁷			
Orthodontist Artikel 14	WO 6 + 4 jaar	Orthodontisten richten zich op het corrigeren van gebitsafwijkingen, zoals scheve tanden en kaakproblemen, met behulp van beugels en andere apparaten.	335 bron
Kaakchirurg Artikel 14	WO 6 jaar + 4 (bachelors tandheelkunde en geneeskunde) + specialisatie	Kaakchirurgen voeren complexe ingrepen uit, zoals het verwijderen van verstandskiezen, kaakcorrecties en implantaten.	331 bron
Parodontoloog	Post hbo 9 maanden (na Hbo mondhygiënist)	Parodontologen behandelen tandvleesaandoeningen en andere problemen met het tandvlees en het onderliggende bot.	
Implantoloog	Vervolgopleiding/cursus na tandheelkunde	Implantologen plaatsen tandheelkundige implantaten (kunstmatige tandwortels) om ontbrekende tanden te vervangen.	
Kaakchirurg	Tandartsassistent	Een assistent die gespecialiseerd is	

⁷ [Tandartsassistent ABC-structuur | Edin Dental Academy | Edin Dental Academy](#)

⁸ [Opleiding tot tandartsassistent | KNMT](#)

assistent		in het assisteren van kaakchirurgen bij operaties en andere ingrepen aan de mond, kaak en gezicht.	
Orthodontisch assistent	<i>Tandartsassistent</i>	Een assistent gespecialiseerd in orthodontie, die de orthodontist ondersteunt bij het plaatsen en onderhouden van beugels en andere orthodontische apparaten.	
Klinisch prothese technicus	<i>Cursus, toelaatbaar van mbo (ook zonder achtergrond in tandheelkunde)</i>	Deze professionals maken en repareren protheses, zoals kunstgebitten	
Tandtechnicus	<i>4 jaar Mbo</i>	Tandtechnici vervaardigen tandheelkundige hulpmiddelen, zoals kronen, bruggen en protheses, op basis van de instructies van de tandarts.	4.500 Bron
Tandprotheticus Artikel 34	<i>Vervolgopleiding na tandtechnicus</i>	Gespecialiseerd in het aanpassen van gebitsprotheses, zoals kunstgebitten, partiële protheses en implantaten	680 Bron

Factsheet: Taakherschikking in de mondzorg (versie april 2024)	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> • Taakherschikking kan voor de mondzorg een belangrijke bouwsteen zijn om voldoende capaciteit te realiseren en taken zo efficiënt mogelijk te verdelen. • Daarom is in 2020 het experiment geregistreerd-mondhygiënist gestart. • Dit experiment heeft als doel om te verkennen of taakherschikking leidt tot doelmatigere inzet van geregistreerd-mondhygiënisten en tandartsen, waarbij de kwaliteit voor de patiënt niet in het geding is. • Tijdens het experiment mogen geregistreerd- mondhygiënisten tijdelijk 3 voorbehouden handelingen zelfstandig verrichten: <ul style="list-style-type: none"> ○ (1) injecteren; ○ (2) het behandelen van primaire caviteiten (kleine gaatjes) en; ○ (3) het indiceren, maken en beoordelen van röntgenfoto's in het kader van mondonderzoek • Het beoogde effect is dat: <ul style="list-style-type: none"> ○ geregistreerd-mondhygiënisten door taakherschikking meer gelegenheid krijgen om hun expertise op het gebied van de (preventieve) mondzorg in te zetten en; ○ tandartsen meer tijd krijgen voor werkzaamheden die een academische opleiding vereisen, zoals de meer complexe zorg, wetenschappelijke verdieping of de aansturing van een mondzorgteam. • De evaluatie van het experiment is uitgevoerd door het Maastricht UMC en op 15 april 2024 naar de TK verzonden⁹. • De definitieve besluitvorming is overgelaten aan een nieuw kabinet. • Het experiment loopt 1 juli 2025 officieel ten einde. Tot die tijd mogen geregistreerd-mondhygiënisten de voornoemde voorbehouden handelingen nog zelfstandig uitvoeren.
Achtergrond	<ul style="list-style-type: none"> • 2016 - voormalig minister Schippers spreekt voornemen uit om geregistreerd-mondhygiënisten in het kader van taakherschikking via het experimenteerartikel in de Wet BIG (artikel 36a) voor drie voorbehouden handelingen een tijdelijke <i>zelfstandige</i> bevoegdheid toe te kennen¹⁰ • 2018 – kabinet Rutte III, voormalig minister Bruins gaat akkoord met (het voornemen om) een exp. met de geregistreerd-mondhygiënist te starten¹¹ • 2019 – op 17 mei 2019 publicatie definitief besluit in staatscourant ten aanzien van een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor de geregistreerd mondhygiënist¹² • 2019 – start nulmeting experiment door MUMC • 2020 – oplevering nulmeting¹³, start experiment (per 1 juli 2020-1 juli 2025) • 2021¹⁴, 2022¹⁵- oplevering voortgangsrapportages • 2024 – oplevering en verzending eindrapportage naar TK¹⁶
Experiment taakherschikking en evaluatie door MUMC	<p>Centrale vraagstelling:</p> <p>In hoeverre is het doelmatig en effectief bij een minstens gelijkblijvende kwaliteit, om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan geregistreerd-MH met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen en, indien er sprake is van effectiviteit en doelmatigheid bij minstens gelijkblijvende kwaliteit, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit?</p>

⁹ [kamerbrief eindrapportage](#)

¹⁰ [kamerbrief schippers - voornemen exp](#)

¹¹ [kamerbrief bruins - toezegging exp](#)

¹² [def besluit staatscourant exp](#)

¹³ [kamerbrief nulmeting](#)

¹⁴ [kamerbrief meting T1](#)

¹⁵ [kamerbrief meting T2](#)

¹⁶ [kamerbrief eindrapportage](#)

	<p>Onderzoekkader</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structuurevaluatie > patiënten, mondhygiënisten, andere mondzorgverleners, organisaties • Procesevaluatie > functie elementen (professionele rollen) en functie uitvoering (takenpakket, teamindeling) • Uitkomstevaluatie > kwaliteit van zorg, continuïteit, patiënttevredenheid, effectiviteit, doelmatigheid <p>Het onderzoek heeft een nulmeting en 3 meetperiodes (T0, T1, T2, T3) en met in elke periode korte- en lange vragenlijsten en interviews. Aanvullend ook een focusgroep en deskresearch.</p> <p>4 doelgroepen: mondhygiënist (MH), tandarts (TA), andere mondzorgverleners (MZV), en patiënten (PT)</p> <p>Beperkingen onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoekers hebben voor de conclusies en aanbevelingen voornamelijk gekeken naar de derde meetperiode, omdat in T1 en T2 de respons erg laag was¹⁷. • Selectiebias: GMH heeft patiënten geselecteerd. Ook selectie van TA. Niet representatief. • Tgv beperkte respons geen mogelijkheden om betekenisvolle sub-analyses te doen, zoals bij voorbeeld van individueel werkzame GMH of GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënisten versus GMH in loondienst van een TA-praktijk (setting is immers bepalend voor uitvoering) <p>Cijfers respons:</p> <ul style="list-style-type: none"> • T3 – 116 GMHs de MH-vragenlijst ingevuld en 531 GMHs de MH-KORT vragenlijst • T3 - 21 TA hebben de TA-vragenlijst ingevuld, 95 de TA-KORT • T3 - 23 MZV de MZV-vragenlijst hebben ingevuld, 39 PAT de PAT-vragenlijst • Hele meetperiode: <ul style="list-style-type: none"> ○ 14 individuele interviews TA; 57 individuele interviews met (G)MH; ○ 2 individuele interviews met MZV; 14 individuele interviews met PAT; ○ 21 individuele interviews met stakeholders. • Daarnaast 18 (G)MH aan focusgroep. <p>(Deel)conclusies (uit eindrapport MUMC)</p> <p><i>Effectiviteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • GMH maken frequent gebruik van de mogelijkheden om <i>zelfstandig anesthesie te injecteren en ioniserende straling toe te passen</i> (indiceren, uitvoeren, delegeren). Om deze overdracht van taken te laten slagen, is een goede <i>samenwerking</i> tussen GMH en TA van essentieel belang. • De mogelijkheden voor het behandelen van primaire caviteiten worden echter nog niet in volle omvang benut: hoewel het indiceren van primaire caviteiten veelvuldig wordt toegepast, ligt de uitvoering nog vaak bij de TA. Voor het behandelen van primaire caviteiten is het bestaande draagvlak te gering om tot een zelfstandige bevoegdheid te komen. • Nb. uit de interviews blijkt dat de meningen van GMH, TA en overige MZV over de noodzaak van een zelfstandige bevoegdheid voor GMH uiteen lopen, in het bijzonder over primaire caviteiten. Het missen van draagvlak in dezen ligt niet
--	--

¹⁷ Pagina 12 van eindrapportage: Vanwege de lage respons tijdens T1 en T2, ligt bij het bespreken van de QUAN resultaten de nadruk op de resultaten van T3. Waar relevant en mogelijk wordt ook ingegaan op de resultaten van de andere metingen.

	<ul style="list-style-type: none"> aan het competentieniveau van de GMH, maar aan het gebrek aan definiëring en vooral afbakening van primaire caviteiten. <p><i>Doelmatigheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Zorgprocessen met betrekking tot het injecteren van infiltratie anesthesie en het toepassen van ioniserende straling worden efficiënter ingericht en worden uitgevoerd door de hiertoe geschikte mondzorgverlener. Het is onduidelijk of de maatregel effect heeft op kosten en daarmee op doelmatigheid. <p><i>Kwaliteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Hoewel er zorgen worden geuit in de interviews met tandartsen¹⁸, is in dit onderzoek geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. Die zorgen hebben vaker betrekking op het behandelen van primaire caviteiten dan op injecteren en het toepassen van ioniserende straling. <p>Aanbevelingen MUMC (uit eindrapport MUMC)</p> <ol style="list-style-type: none"> Definitieve zelfstandige bevoegdheid voor het toepassen van anesthesie (injecties toedienen) en het maken van röntgenfoto's voor wat betreft solo- en bitewing opnamen. Geen zelfstandige bevoegdheid voor het behandelen van primaire caviteiten. Vergroot de uitwisseling van patiëntgegevens, waaronder röntgenfoto's, tussen mondzorgverleners die niet in eenzelfde praktijk werken. Verplicht de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken tussen GMH en TA. Richt een blijvend kwaliteitsregister in voor de GMH, waarin scholing verplicht wordt geregistreerd, op basis waarvan op gezette tijden herregistratie in het kwaliteitsregister kan plaatsvinden. Anticipeer op belemmeringen die op lokaal niveau kunnen ontstaan. Het moet voor patiënten duidelijk zijn welke bevoegdheden de behandelend mondzorgverlener heeft. Optimaliseer informatieverstrekking.
Politieke afspraken	<ul style="list-style-type: none"> Rapportage is zonder beleidsreacties naar TK gestuurd op 31 maart 2024. Definitieve besluitvorming is aan een nieuw kabinet overgelaten. Naast dat taakherschikking zou kunnen bijdragen aan de capaciteit in de mondzorg, wordt ook gekeken naar andere mogelijkheden, zoals het verkorten van de opleiding tot tandarts of het verruimen van opleidingsplekken (op advies van het CO). Hierover lopen gesprekken met OCW, VWS en het veld. GR advies m.b.t. BIG in 2023 aan TK gemeld¹⁹.
Feiten & cijfers	<ul style="list-style-type: none"> Op basis van het deelrapport van het Capaciteitsorgaan over de mondzorg (2024-2027)²⁰ zijn er in Nederland op dit moment 3.900 mondhygiënisten werkzaam. Het aantal geregistreerd-mondhygiënisten hiervan is 1303 april 2024²¹. Op basis van cijfers van het CIBG zijn er per in april 2024 in totaal 11809 geregistreerde tandartsen. Hiervan zijn 2702 tandartsen in het bezit van een buitenlands diploma²².
Krachtenveld	<ul style="list-style-type: none"> De KNMT en ANT (nu samen KNMT) was aanvankelijk fel tegenstander van meer

¹⁸ Pagina 71 van eindrapportage: Bij inventarisatie van tuchtrechtuitspraken is geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in het geding is. Toch wordt in de interviews veel gesproken over risico's. Hierbij gaat het om veronderstellingen; zo wordt vermeld dat "men bang is dat..." en niet over wat mis is gegaan.

¹⁹ [kamerbrief GR advies](#)

²⁰ [capaciteitsplan deelrapport 2024-2027](#)

²¹ [cibg - aantallen gmh](#)

²² [cibg - aantallen tandartsen](#)

(zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> • bevoedheden voor de mondhygiënist. Zij willen dat het aantal tandartsen wordt vergroot, niet dat er taken naar de mondhygiënist gaan. In 2020 zijn er gesprekken geweest om tot samenwerkingsafspraken te komen tussen de KNMT, ANT en NVM²³. • De NVM (Nederlandse Vereniging Mondhygienisten) is voorstander van de taakherschikking. • De opleiders in de mondzorg (6 van de 7, Tandheelkunde en Mondzorgkunde) steunen de richting van taakherschikking. <p>Persberichten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vraagtekens bij onderzoek naar experiment geregistreerd-mondhygiënist KNMT • Eindrapport Evaluatieonderzoek experiment Artikel 36a Wet BIG Geregistreerd Mondhygiënist - NVM-mondhygiënisten (nvmmondhygienisten.nl)
--------------------------------	--

²³ [Samenwerkingsafspraken ten behoeve van het experiment geregistreerd-mondhygiënist | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

Relevante argumenten

Thema	Relevante informatie/argumenten ter onderbouwing
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Verdoven wordt ingezet om preventieve zorg te verlenen. O.a. voor diepreinigen van gebit en verminderen angst en fobie. • Foto's worden ingezet om preventieve zorg te verlenen. O.a. voor vroegtijdige detectie van problemen, beoordeling van het gebit en mondgezondheid en monitoring van de gezondheid (voornamelijk bij beugels etc) • Het vullen van gaatjes is in mindere mate onderdeel van preventieve zorgverlening. • Sinds 206 wordt de MH opgeleid om alle drie de handelingen te verrichten. • Taakverschuiving/delegatie kwam niet van de grond, tot de aanvang van het experiment. • Het MUMC adviseert positief voor verdoven en foto's, negatief voor behandelen van gaatjes.
Effectiviteit: het gebruik zelfstandigheid en de verandering van deze zelfstandigheid bij verandering in bevoegheden.	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt het meest gebruik gemaakt van de zelfstandige bevoegdheid om te verdoven, daarna het maken van foto's en daarna het vullen van gaatjes. • Infiltratie anesthesie: 69% zelfstandig door GMH. Deze proportie is niet verschillend voor praktijkhouders (77%) en GMH in loondienst (61%) alsook voor GMH werkzaam in een MH-praktijk (79%) en TA-praktijk (68%). • Mandibulaire blok anesthesie = 72% zelfstandig door GMH. Sub-analyse naar type praktijk en type dienstverband laat hierin geen verschillen zien. • Foto's: 39% zelfstandig door GMH. In 25% van de gevallen nog overleg met TA bij beoordelen van foto. • Uit de evaluatie van het MUMC bleken dat in 34% van de gevallen van een indicatie voor een foto in een zelfstandige MH-praktijk er wordt terugwezen naar de TA (pag 57). • Bij het maken van foto's speelt mee dat niet iedere zelfstandige kliniek een röntgenapparaat heeft en dus ook geen gebruik kan maken van deze bevoegdheid. Het is denkbaar dat als de apparaten wel beschikbaar zouden zijn, deze ook gebruikt zouden worden. • Primaire caviteiten behandelen: 30% zelfstandig door GMH. In 90% van de gevallen als de TA indiceert behandelt die zelf ook. Restaureren = 27% zelfstandig. In 85% van de gevallen bij indicatie van de TA ook behandeling van TA. • In het MUMC evaluatierapport zijn relevante sub-analyses zoals van GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënist, of van GMH werkzaam in een hoge/lage tandartsratio vanwege een te lage respons tijdens T3 niet (overall) mogelijk gebleken. Dat maakt dat cruciale informatie hierover mist.
Doelmatigheid: het efficiënter inrichten van zorgprocessen door de juiste mondzorgverlener op de juiste plek.	<ul style="list-style-type: none"> • In het MUMC onderzoek is slechts in beperkte mate aangetoond dat tijdswinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. • In het huidige stelsel is het tijdsaspect als ook het opleidingsniveau van de zorgverlener niet kostenbepalend, maar of de verrichting wel/niet wordt uitgevoerd. • Door zowel GMH als TA wordt aangegeven dat röntgenfoto's soms noodzakelijk zijn voor het indiceren van de juiste behandeling. Een uitwisseling van beschikbare gegevens kan bijdragen aan efficiëntie. Echter maakt de MH röntgenfoto's voor specifieke behandeldoelen, waardoor deze niet altijd uitwisselbaar zijn. • Soms sprake van een gebrek aan welwillendheid tussen TA/MH om samen te werken. • Gebruik van ioniserende straling: verplichte betrokkenheid van klinisch fysicus. Kan deze beroepsgroep (ook) een rol spelen?
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • In de evaluatie van het MUMC is geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. • Er zijn wel zorgen geuit, met name door TA, als het gaat om primaire caviteiten. Voornamelijk mbt definiëring van caviteit en complicaties. Ook lopen de meningen van de GMH en de TA uiteen bij de beantwoording van stellingen over kwaliteit en veiligheid. • Met de stelling dat de zorg door de zelfstandige bevoegdheid kwalitatief beter is, zijn 86,9% van de GMH en 31,3% van de TA het (helemaal) mee eens. • Dat de zorg voor PAT door de zelfstandige bevoegdheid minder veilig is, wordt door de meerderheid van de GMH en TA tegengesproken (GMH: 89,9%, TA: 68,8% (helemaal) mee oneens),

Demografisch	<ul style="list-style-type: none"> • Beroepsbevolking neemt af en er zijn regionale tekorten in de mondzorg. • Naar verwachting van het CO zullen er in de toekomst minder MH in een loondienst zijn bij mondzorg- en tandartspraktijken en meer MH in een zelfstandige kliniek werken (als zelfstandig, praktijkhouder of in loondienst). In 2021 werkt 39% van de MH in loondienst in een TA-praktijk, in 2042 zal dit 30% zijn. In 2021 werkt 23% als MH-praktijkhouder, de verwachting is dat dit in 2042 36% is. • In de MH kliniek worden minder patiënten behandeld tov tandartspraktijken (gemiddeld 1670 pt in MH kliniek versus 4200 pt in TA praktijk). Er zijn ook beduidend meer TA-praktijken dan MH klinieken. Op dit moment worden dus nog steeds de meeste patiënten behandeld in een TA-praktijk. • Er is sprake van mijding van mondzorg door minima o.a. als gevolg van de tekorten en daardoor hogere kosten in krimpregio's.
Epidemiologisch en sociaal cultureel	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een toename van vooral preventieve en in bepaalde mate curatieve zorgvraag bijv. onder ouderen die steeds langer thuiswonen (zonder zorg) en waarbij steeds meer multimorbiditeit voorkomt zoals chronische ziekten als dementie, obesitas, diabetes, chronische pijnklachten, systeem- of auto-immuunziekten met effecten voor de gezondheid van de mond. Foto's en verdoven is onderdeel van preventieve zorg en passend bij taken MH. • Het CO kan niet exact aanduiden welk aandeel van de stijgende zorgvraag bij de TA en welk aandeel bij de MH kan worden belegd. In allebei de beroepsgroepen gaat de vraag toenemen. • Sociaal cultureel gezien is er steeds meer aandacht voor de preventieve zorg ten aanzien gezonde leefstijl en een esthetisch mooi gebit. Bijvoorbeeld in de behandeling van paradontitis. Uit het rapport van het CO blijkt dat patiënten in eerste instantie voor paradontitis naar de tandarts gaan, maar als ze eenmaal bekend zijn met de mondhygiënist ook graag door deze worden behandeld. • Sociaal cultureel gezien is er steeds meer aandacht voor de preventieve zorg ten aanzien van de jeugd en ouderen. Dit leidt tot vraagstijging voor de tandarts, maar vooral ook voor de mondhygiënist volgens het CO.
Juridisch	<ul style="list-style-type: none"> • Andere BIG beroepen met soortgelijk opleidingsniveau zijn fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Fysiotherapeuten voeren geen voorbehouden handelingen uit. Verpleegkundigen 3 VH-en met een functionele zelfstandigheid. Die zelfstandigheid is gebaseerd op het feit dat verpleegkundigen vrijwel altijd in een setting werken waarin een opdracht van zelfstandig bevoegde zorgverlener kan worden afgegeven voor het uitvoeren van zorg. In bijzondere gevallen (COPD/Astma, diabetes en oncologie) hebben verpleegkundigen een zelfstandige (voorschrijf)bevoegdheid. Verloskundigen hebben een zelfstandige bevoegdheid voor een 6-tal VH-en. Dat heeft o.a. te maken met het feit dat zij een eigen praktijk kunnen voeren (60%). De MH ligt tussen de verpleegkundige en verloskundige in. Het merendeel werkt namelijk in een praktijk waar zelfstandig bevoegden (TA) werken, maar in toenemende mate zijn er ook zelfstandige praktijken. Daarmee zou voor een MH een zelfstandige bevoegdheid wel passend kunnen zijn. In elk geval voor verdoven en foto's omdat dat nadrukkelijk onderdelen zijn van de preventieve zorg die in mondhygiënepraktijken wordt geleverd (?) -> uitzoeken. • "Is het een beroep in de individuele gezondheidszorg? (eerste criterium beleidslijn artikel 3) Ja dat is het. Daarmee zijn er geen beperkingen om zelfstandig bevoegdheid toegekend te krijgen. • "Is het beroep onderscheidend? (tweede criterium) In zekere mate is het beroep onderscheidend door het opleidingsniveau en erkende opleidingstitel. Anderzijds zijn er veel assistenten die hetzelfde soort werk verrichten (en hiervoor bekwaam worden geacht). Dit is dus geen heel overtuigend argument om zelfstandig bevoegdheden in art 3 toe te kennen. • "Is wettelijke regulering noodzakelijk om de patient te beschermen (derde criterium) In geval van een zelfstandige praktijk wel, in andere gevallen kan de veiligheid geborgd worden door de TA.
Beleid	5.1.2i,5.2.1

Wat is aanvullend nodig om taakherschikking te laten slagen?

Samenwerkingsafspraken
Dossieruitwisselingen
Bekostiging preventieve zorg?

Juridisch

- Je moet het gaan regelen voordat het experiment afloopt;
- Juridisch zijn er geen gronden om te stellen
- Beleidskompas -> als je groep in artikel wil opnemen, wat is dan de noodzaak?
- Voldoet aan criteria van artikel 3 (heel kort) RvS had daarop gewezen
 - Zijn al art 34
 - Toekennen voorbehouden handelingen
 - Noodzaak publiekrechtelijk tuchtrecht
 - Wanneer exp slaagt worden 1 of meer VH-en
 - Slagen experiment -> kunnen we zeggen dat het experiment is geslaagd
 - Doelmatigheid bottleneck -> staat in NVT ->

Is het proportioneel om voor 1 handeling naar art 3

Taakherschikking TA

Aandachtspunten CIBG

- Communicatie
- Titel op linkedin
- Taaleis
- 5A/M + bijscholing TMS + hbo
- Of scholing TMS + hbo
- KRM-mondhygiënisten betrekken bij communicatie titelgebruik!

Opties tegemoetkoming tandartsen

- Regierol
- Primaire caviteiten uit amvb laten
- Primaire caviteiten onder een dak
- Opnemen in basisverzekering (of 1x per jaar bezoek tandarts in basisverzekering)
- Opleidingsstructuur herzien
- Meer medisch specialismen voor tandarts (implantoloog, parodontoloog etc). En een korte opleiding tot basis tandarts
- Top tarieven voor extra goede/ extra mooie tandzorg (vrije tarieven voor cosmetische tandzorg)
- Preventie financieren in plaats van verrichtingen
- Abonnementstarieven
- Positionering tandarts tov rest van zorgveld (bijvoorbeeld huisarts). Tandarts als vroeg signalering ziektes
- Tandartsen taken van kaakchirurg