

## POSITION PAPER RONDETAfel 3 OKTOBER 2016

De Nederlandse mondzorg kent maar één echt probleem: een snel toenemend **CAPACITEITSTEKORT**. Met een **RADICALE STELSELWIJZIGING** die van de mondhygiënist een **GOEDKOPE POORTWACHTER** moet maken gokt VWS nu volledig op het verkeerde paard. Deze maatregel gaat contraproductief werken, het **EXPERIMENT IS GEDOEMD TE MISLUKKEN**. Binnen tien jaar gaat een derde van de tandartsen met pensioen. De generatie ervaren tandartsen, met een relatief grote, fulltime praktijk en bij uitstek competent voor de complexe zorgvraag van (kwetsbare) ouderen verdwijnt. Over vijf jaar aan het einde van het experiment zal het **TE LAAT** zijn om de bakens nog te verzetten. Een tandarts opleiden kost zes jaar. ANT is voorstander van een oplossing die **BUDGET-NEUTRAAL** is en die wel recht doet aan de **FUNDAMENTELE KEUZEVRIJHEID** van de consument.

15 jaar geleden is aan VWS voorgespiegeld dat 62% van de taken van de tandarts kon worden overgeheveld naar lager opgeleid personeel. Het belangrijkste uitgangspunt was daarbij dat de mondhygiënist zich massaal zouden gaan toeleggen op boren. En dat zou de mondzorg weer een stuk goedkoper kunnen maken. Een illusie. De praktijk van de afgelopen 10 jaar, gestaafd door wetenschappelijk onderzoek, heeft juist aangetoond dat mondhygiënist veel minder enthousiast zijn om te boren, en zeker niet zelfstandig. Boren vergroot niet de werksatisfactie en zo de bereidheid tot boren al bestaat nemen ook de salariseisen toe. Bovendien rekent VWS zich rijk. Mondzorg kent zeer belangrijke overheadkosten (70%) waar niet op bespaard kan worden. En gecorrigeerd voor het rendement van de studie mondzorgkunde (30% uitval) en de verschillen in productiviteit is elk vermeend kostenvoordeel al snel verdwenen. Voeg daaraan toe dat taakherschikking (of substitutie) de vrije vestiging gaat stimuleren hetgeen zal leiden tot meer administratie, meer protocollering en meer overleg omdat het elders in de zorg zo waardevol gebleken concept van MOED (Mondzorg Onder Een Dak) gaat worden verlaten. En stijgende kosten en dalende kwaliteit zullen dan de onvermijdelijke uitkomst van het experiment worden.

VWS zet al jaren in op de instroom van in het buitenland opgeleide tandartsen om het groeiende **capaciteitstekort** op te vangen. Ook minister Schippers steunt deze "gratis" opleiding. Momenteel zijn er meer dan 3000 geregistreerd en zij nemen de helft van alle nieuwe tandartsregistraties voor hun rekening. Naast praktische bezwaren als taal en de nog incomplete beroepsbeperkingen-uitwisseling (IMI), trekt deze oplossing een wissel op het teamconcept en de preventieve tandheelkunde waar Nederland het juist van moet hebben en waar Nederland in voorop loopt. Het huidige beleid van VWS "vervuilt" echter de doelstellingen met te grote buitenlandse invloeden.

Ironie van het beleid is ook dat de expat-(30%)regeling voor buitenlandse tandartsen de Nederlandse schatkist jaarlijks ca. € 20 mln. kost (de rechter heeft in 2013 bekrachtigd dat er een tandartsentekort in Nederland bestaat en dat deze expat-regeling van toepassing moet worden verklaard). Het tekort aan tandartsen kan dus feitelijk **budget-neutraal** worden opgelost waarbij kwaliteitsissues rond taal, beroepsbeperkingen en cultuur vanzelf mee opgelost worden. Dat is pas werkelijk doelmatig beleid.

De mondhygiënist als beoogd **goedkope poortwachter** van de gehele mondzorg, zoals duidelijk uit de tekst van de AMvB blijkt, compromitteert de **fundamentele keuzevrijheid** van de consument. Uit diverse onderzoeken van het Capaciteitsorgaan/Nivel in 2013, de NPCF (2016) en eigen onderzoek van de ANT (Flycatcher/juni 2016) blijkt namelijk overduidelijk dat patiënten de voorkeur geven aan hun tandarts voor de periodieke controle en de curatieve handelingen. En vertrouwen hebben in de mondhygiënist voor de preventie. Precies zoals de huidige situatie is vormgegeven.

Deze AMvB houdt een **radicale stelselwijziging** in waar in feite niemand op zit te wachten: de patiënt niet, de zorgverzekeraars niet, de tandartsen niet en het overgrote deel van de mondhygiënisten niet. Daarmee is het medicijn (taakherschikking) erger dan de kwaal (capaciteitstekort). De sector moet de handen ineen steken en samen met VWS onderzoeken welke maatregelen wel effectief en doelmatig zullen zijn. VWS behoort in dit stadium alleen de werkelijke knelpunten in kaart te brengen. Daarvoor is geen experiment nodig dat is **gedoemd om te mislukken** of waarvan de uitkomst bij voorbaat vaststaat. Actie! nu! Voordat het echt **te laat** is.

## **VRAAG 1: DE KWALITEIT VAN DE MONDZORG EN RUIMTE VOOR INNOVATIE. HOE IS HET DAARMEE GESTELD, HOE KUNNEN DEZE WORDEN VERBETERD?**

Het is hier de vraag wat de Kamer verstaat onder kwaliteit: VWS stelt deze namelijk gelijk aan doelmatigheid en kostenverlaging. In dat geval stijgt de kwaliteit als de kosten omlaag gaan! ANT hanteert daarom de terminologie die de NZa ook aanhoudt: kwaliteit gegeven de kosten of kosten gegeven de kwaliteit. Daarnaast mag het aspect veiligheid als onderdeel van kwaliteit niet vergeten worden.

Wij zien het als uiting van dogmatisch beleid zonder enige feitelijke onderbouwing om een **bezuinigingsmaatregel** die de kwaliteit wel evident omlaag zal brengen te bestempelen als innovatie in de mondzorg. In dat geval zou het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen een nog veel grotere innovatie zijn. Echte innovatie is in de ogen van de ANT het introduceren van een speciale tariefstructuur, op maat gesneden voor (kwetsbare) ouderen en de jeugd maar ook toegespitst op regionale verschillen en eisen. Echte innovatie zou ook zijn het in Nederland faciliteren van internationale technologische ontwikkelingen die hier momenteel niet economisch haalbaar zijn (ANT maakt zich hard voor het zogenaamde "consumentenkeuzetarief"). En echte innovatie moet programma's omvatten die de noodzakelijke gedragsverandering kunnen bewerkstelligen.

De kwaliteit van de Nederlandse mondzorg is in mondiaal perspectief gezien goed te noemen. Dit dankzij de gezamenlijke inspanning van alle mondzorgverleners. En dankzij een organisatie van de mondzorg die in toenemende mate inzet op het teamconcept, de mondzorg onder een dak (one-stop shop) en een **heldere eindverantwoordelijkheid**. Er pakken zich echter donkere wolken samen aan de horizon.

De AMvB beoogt om van de mondhygiënist de poortwachter van de mondzorg te maken, een rol die overal elders in de ontwikkelde wereld is voorbehouden aan een academisch gevormde tandarts. Waarom de Nederlandse patiënt dit lot verdiend blijft echter volstrekt onduidelijk. En welke kwaliteiten de mondhygiënist meebrengt voor deze rol wordt evenmin belicht. Het is juist het verschil in niveau van opleiding en de complementariteit van de beroepsgroepen die bepalend is voor de uiteindelijke kwaliteit van de mondzorg in de ontwikkelde wereld.

Ook voor de mondzorg zijn alle experts het erover eens dat mondzorg onder één dak (MOED) met één patiëntendossier en één eindverantwoordelijke **het ideale model** is (zie de politieke discussie rond de verloskundigen). De voorliggende AMvB staat in alle opzichten haaks op dit ideale model en het beleid dat in de zorg gevoerd wordt. De maatregel stimuleert zelfstandige vestiging en werkt veeleer versnippering in de hand.

Op het gebied van röntgen-diagnostiek is het gevaar groot dat er **overbehandeling** gaat plaatsvinden, er onnodig dubbele foto's gemaakt gaan worden, er incomplete of foute diagnoses worden gesteld, de cumulatieve stralingsdosis gaat stijgen en het ALARA-principe dat internationaal maatgevend is uit het oog wordt verloren.

Rechtvaardigen en optimalisatie op het gebied van röntgen zitten niet in het curriculum van de mondhygiënist. Het is niet meer van deze tijd dat een beroepsgroep van zichzelf kan beweren voldoende opgeleid te zijn. Dat is aan de experts om zich over uit te spreken en die zijn unaniem: de opleiding schiet te kort in het kader van deze AMvB en met name ernstig op het gebied van röntgen. De schatting is dat 20 dagen nascholing vereist zijn voor alle 3200 mondhygiënisten mits het aanvangsniveau van de opleiding op VWO-niveau wordt gebracht. Ook de praktijkervaring met boren is direct na de studie minimaal. Die ervaring kan alleen in tandartspraktijken op peil worden gebracht en daar geldt dat al gewerkt wordt met het teamconcept. Hier is dus geen AMvB voor nodig.

Ook de scheidslijn tussen primaire cariës en zogenaamd complexe handelingen is niet eenduidig begrensd, een eis die VWS normaal wel stelt aan transparant beleid gezien vanuit de consument. Meer in zijn algemeenheid zal gelden dat het voor de consument in de toekomst onduidelijk is wat precies de bekwaamheid is van de mondhygiënist is. Een tandarts is immers een tandarts maar bij de mondhygiënist ziet de consument straks de bomen door het bos niet meer. Er zijn 2, 3 en 4-jarig opgeleide mondhygiënisten, sommigen hebben zich bijgeschoold op röntgen, anderen niet. Sommigen hebben ruime ervaring met boren, anderen amper. Alleen een register zou al deze verschillen individueel kunnen bijhouden. Maar welke patiënt gaat voorafgaand aan een bezoek een register raadplegen? En als het tuchtrecht de enige veiligheidsklep van het systeem moet worden is het dus per definitie al te laat en misgegaan!

### **Hoe kan de kwaliteit wel verbeterd worden?**

De ANT vindt dat de toestroom van buitenlandse tandartsen moet worden ontmoedigd. Het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen in Nederland zal dus automatisch leiden tot een betere kwaliteit en alle nevenproblemen op het gebied van taal, cultuur, mentaliteit en oriëntatie ondervangen.

En de nadruk moet op echte preventie worden gelegd en niet op curatie onder het mom van preventie zoals nu gebeurt. De AMvB beoogt immers dat de mondhygiënist zich juist massaal op curatieve handelingen (primaire cariës) gaat toeleggen. En het boren van primaire cariës is niets anders dan mislukte preventie. VWS erkent met deze maatregel in feite het failliet van zijn eigen preventiebeleid. En alleen preventie kan op de lange termijn de macrokosten in de mondzorg beheersen en een echte kwaliteitsverbetering garanderen.

### **VRAAG 2: TOEGANG TOT DE MONDZORG, PAKKETDISCUSSIE, BEREIK VAN RISICOGROEPEN (OUDEREN, KINDEREN). IS DEZE GOED OF SLECHT? HOE KAN DEZE WORDEN VERBETERD?**

75% van de mondhygiënisten is momenteel werkzaam in een tandartspraktijk. Slechts een zeer klein percentage van hun werkzaamheden is van curatieve aard (onder de 10%). Zij worden dus momenteel primair ingezet op hun eigen gebied van deskundigheid: de preventieve zorg. Het probleem van verwijzen speelt hier niet omdat alles zich al onder een dak afspeelt. Het verlies aan capaciteit door de AMvB zal uiteindelijk ten koste gaan van de echte preventieve mondzorg. Dit werkt dus automatisch de doelstelling van preventief beleid in de zorg tegen. Preventie heeft als basis gedragsverandering en dan met name ook die van de ouders. Het succes hiervan is afhankelijk van externe factoren zoals de beschikbaarheid van snoep en energydrinks. Een complexe zaak die alleen multidisciplinair en met forse steun van de overheid aangepakt kan worden.

De AMvB gaat evenmin een oplossing bieden voor de (kwetsbare) ouderen. Er zijn circa 3 mln. mensen boven de 65. Dit is juist de extra complexe zorg, vooral vanwege de medische complicaties en het medicijngebruik, waarvan minister Schippers onlangs in haar brief aan de Kamer al heeft erkend dat alleen de tandarts hiervoor gekwalificeerd is. Er is duidelijk meer aan de hand dan te proberen het poets- of eetgedrag van 65-plussers nog te veranderen. En hier knelt dat de komende 10 jaren juist de meest ervaren tandartsen met pensioen zullen gaan en de buitenlandse tandartsen geen plausibel alternatief voor deze categorie patiënten kan zijn.

Er zijn in Nederland 3 mln. mensen onder de 18. De jeugdzorg valt integraal onder de basisverzekering. Veel te veel jongeren zien zelden of nooit een mondzorgverlener terwijl zij er recht op hebben en de lange termijn effecten van een goede gebitsverzorging evident zijn. Zorgverzekeraars zouden in hun gegevens kunnen zien welke kinderen dit betreft en daar zou gericht actie op ondernomen kunnen worden.

De ANT is van mening dat voor beide kwetsbare groepen een zorgvuldige lange termijn visie noodzakelijk is. Multidisciplinaire samenwerking en een brede maatschappelijke aanpak zijn hier sleutelwoorden. Toegankelijkheid van zorg voor deze groepen mag geen speelbal van een politieke discussie worden.

### **VRAAG 3: CAPACITEIT EN TAAKHERSCHIKKING. ZIJN ER VOLDOENDE TANDARTSEN IN NEDERLAND? HOE KIJKT U AAN TEGEN TAAKHERSCHIKKING? MOET DEZE WORDEN UITGEBREID OF NIET? WAAROM WEL/NIET?**

Er is een groot potentieel tekort aan tandartsen in Nederland dat **gecamoufleerd** wordt door de instroom van buitenlandse tandartsen. Dat destabiliseert op termijn de Nederlandse mondzorg en maakt deze kwetsbaar (stelt open) voor ongewenste invloeden.

Het experiment gokt erop dat de mondhygiënisten zich massaal op het boren van primaire gaatjes zullen storten en dat patiënten daarvoor dan ook kiezen. Deze veronderstelling is **speculatief** en VWS beschikt over geen enkel relevant onderzoek dat de veronderstelling staaft. Zowel uit de praktijkervaring de afgelopen 10 jaar bij tandartsen (waar 75% van de mondhygiënisten werkzaam is) als uit onderzoek binnen de kring van mondhygiënisten zelf komt eenduidig naar voren dat mondhygiënisten niet enthousiast zijn om te boren en al helemaal niet vanuit een vrijgevestigde praktijk. Als taakherschikking het capaciteitsprobleem zal moeten oplossen dan ligt de uitkomst van het experiment daarmee vast. Het is een vorm van roulette die VWS nu gaat spelen ten koste van de patiënt.

Taakherschikking is een breed model dat per zorgsector getoetst moet worden op de concrete invulling en de praktische toepasbaarheid. Bij de artsen en medisch specialisten is aangetoond dat het model alleen werkt en verantwoord is als de zorg vanuit een team en bij voorkeur op één plaats wordt geleverd waarbij kwaliteit en veiligheid het beste geborgd worden met één eindverantwoordelijke. De discussie rond de verloskunde is tekenend. De mondzorg kent al 20 jaar een succesvolle taakdelegatie naar zowel mondhygiënisten als preventieassistenten. De doelmatigheid daarvan heeft zich ten gunste van de consument kunnen vertalen in tariefdalings van de NZa met behoud van kwaliteit, veiligheid en keuzevrijheid. Alleen de innovatie blijft tot nu toe duidelijk achter. De trend van taakdelegatie in de mondzorg zal zich vanzelf doorzetten omdat met name de solo-praktijken zullen verdwijnen door pensionering van de oudere generatie tandartsen terwijl de pas afgestudeerde tandartsen overwegend in een groepspraktijk aan het werk willen.

Er is dus nog een fors potentieel aan doelmatigheidswinst te realiseren zonder kwaliteit en veiligheid geweld aan te doen. Taakherschikking afdwingen zoals de AMvB voor ogen heeft kan daarbij alleen maar contraproductief gaan werken. En van "kwaadschiks" kan alleen maar de consument de dupe zijn.

**Contact: Jan Willem Vaartjes (jw.vaartjes@ant-tandartsen.nl)**