

De voorgenomen AMVB om een aantal voorbehouden handelingen in het kader van Artikel 7 naar mondhygiënist te delegeren is een verkeerde maatregel ingegeven door veronderstelde doelmatigheid en vermeende kostenbeheersing. De effecten zullen zijn: verdere onoverzichtelijkheid van het tandheelkundige veld waarbij veel patiënten niet weten welke witte jas hen helpt, dubbele kosten en het risico van overbehandeling. Vakinhoudelijk denk ik aan de risicovolle problematiek met kaasmolaren, de risico's van het geven van geleidingsanesthesie en niet in de laatste plaats de interpretatie van de *evidence based* literatuur die de tandartsen al voor grote problemen stelt, laat staan voor mondhygiënist wier competentie slechts een deel van het behandelplan beslaat.

Ik ondersteun dan ook de reacties van de collegae Van Elsas, Van Daelen, Slagter, HCE Hamann, Bolhuis en de Zilveren Kruis Adviserend Tandartsen. Ook collega Reukers houdt een goed betoog over de te verwachten chaos. Collega Heintzberger stipt een pijnlijk probleem aan: de tandarts wordt niet beschouwd als een arts. Collega Thoolen geeft een heel juist advies, net als overigens anderen zoals professor Koole en collega Duinkerke: alles onder één dak met één eindverantwoordelijke. Collega Kerkhof stelt de functionele bekostiging van de NZa aan de orde. Het doet er kennelijk niet toe welke opleiding je hebt, als specialist, als academicus dan wel als HBO-er. Proletariseren staat voorop, iedereen krijgt dezelfde betaling. Kostenverhogingen zoals collega Van Gorp beschrijft sinds de introductie van de tandprotheticus, zullen ook bij vrijgevestigde mondhygiënist het gevolg zijn.

Daarentegen ondersteun ik de reactie van mondhygiënist Steegman-van Kappen niet. In Nederland wordt de tandarts nauwelijks of niet opgeleid voor de complexere behandelingen. Dat blijkt een hardnekkig misverstand. Die kennis kan je namelijk vrijwel alleen opdoen in nascholing (veelal in het buitenland) die je zelf moet betalen. Ter zake van de uitgebreide tandheelkunde ontbreken o.a. specialisaties zoals in de VS, het VK, de Scandinavische landen en Zwitserland, goede privé initiatieven daargelaten. Daar vloeit direct uit voort het gebrek aan kennis van de wetenschappelijke literatuur in ons empirisch vakgebied. Nascholing, hoewel deels beschikbaar, is nog altijd niet verplicht, laat staan dat er controle is op de daadwerkelijke toepassing van het geleerde.

Feitelijk is de kern van het probleem het verloren gaan van de hiërarchie in de tandheelkunde. Nederland is allergisch voor hiërarchie en autoriteit. Jammer, maar helaas, we zijn het enige land in de wereld met deze domme 'nivellering'. De tandarts is de spil die op 1 locatie verantwoordelijk moet zijn voor de hulpkrachten, daar onder te verstaan mondhygiënist, (para)preventie assistenten, tandprotheticus en klinisch prothese (tand)technici. Daarnaast moet er verticale verwijzing naar specialisten mogelijk zijn, niet alleen naar kaakchirurgen en kleinschalige orthodontisten die overigens het werken al vrijwel onmogelijk gemaakt is.

Het tweede probleem is de bekostiging die niet op de daadwerkelijk gemaakte kosten is gebaseerd, maar op inkomenspolitiek. Tandheelkunde valt niet onder de zorg die grotendeels vanuit de belastingopbrengsten wordt gefinancierd. Tandheelkunde zit in het verdomhoekje van de Haagse koopkrachtplaatjes. Contracteervrijheid ontbreekt volledig. Om die reden is 'lege artis' tandheelkunde onmogelijk geworden in Nederland, ook voor mensen die het kunnen betalen. Zij mogen het eenvoudigweg niet betalen. Deze AMVB voor mondhygiënist zal een nieuwe bonus zetten op de zakkenvullerij van die lieden die het in ons vakgebied niet zo nauw nemen.