

# Redactioneel

## TANDPLAN

### Een initiatief met vragen

Dat 1988 voor tandheelkundig Nederland in velerlei opzichten een bewogen jaar is geweest, moge onder andere blijken uit de inhoud van deze aflevering. Het merendeel van de bijdragen is gewijd aan het symposium dat op 24 juni jl. is gehouden ter gelegenheid van de sluiting van de subfaculteit Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Utrecht. Op zichzelf leidt het wellicht de aandacht van voornoemde bijdragen af door op deze plaats enige opmerkingen te maken over Tandplan. Het zou echter van weinig realiteitszin en praktijkbetrokkenheid getuigen, wanneer de redactie niet op dit moment op dit plan zou reageren.

Tandplan, het nieuwe door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) geïntroduceerde systeem van tandheelkundige verzorging, begint zo langzamerhand een begrip te worden, zowel binnen de professie als daarbuiten. Dat zal waarschijnlijk wel te danken zijn aan de voor tandartsen ongekende, marketingachtige manier waarop dit nieuwe systeem in ons land wordt geïntroduceerd. Het plan kan worden beschouwd als een antwoord van onze beroepsorganisatie op de Dekker-plannen van de overheid en het is als zodanig een politieke stellingname. Dat valt ook te concluderen uit de uitspraken van de NMT-bestuurders, gedaan in het Nederlands Tandartsenblad en in landelijke dagbladen zoals de Volkskrant en NRC-Handelsblad.

Het systeem bevat een aantal interessante gedachten. De NMT blijkt thans voorstander te zijn van een abonnementensysteem, een systeem dat in de jaren zeventig maar weinig voorstanders kende. Preventie, diagnostiek en patiëntenvoorlichting vormen de pijlers van het plan en krijgen meer de nadruk dan de therapie. Patiëntengroepen worden als het ware niet meer 'over één kam geschoren', maar worden genuanceerd bekeken en onderzocht en op basis daarvan gecategoriseerd. De gevormde groepen krijgen vervolgens ieder een bepaalde tarifiering, hetgeen betekent dat een patiënt maandelijks een abonnementsbedrag moet betalen.

De verantwoordelijkheid van de patiënt krijgt ook meer gestalte. Want tandarts en patiënt samen bepalen in welke categorie

de patiënt het beste past. Veel aandacht – dat blijkt althans uit de diverse brochures – wordt besteed aan de kwaliteit van de zorgverlening. De overkoepelende organisatie, Tandplan B.V. genaamd, zal er op toezien dat de deelnemende tandartsen, verplicht, aan nascholing zullen doen en verder wordt er een systeem van intercollegiale toetsing opgezet. Voorts zal de B.V. zich intensief bezighouden met voorlichting zowel aan patiënten als aan tandartsen. Wanneer men de hier genoemde uitgangspunten bekijkt, kan worden vastgesteld dat onze beroepsorganisatie veel creativiteit aan de dag heeft gelegd. Dat is een verheugend teken.

Maar tegelijkertijd rijzen er vragen, onder andere over de sociaal-tandheelkundige, epidemiologische achtergronden. Heeft er vooronderzoek plaatsgevonden waaruit blijkt hoe patiënten op dit plan reageren en hoe de ervaringen van tandartsen zijn die in een proefonderzoek met het plan hebben gewerkt? Die gegevens worden niet in de brochures vermeld. Misschien is er wel onderzoek verricht, maar in de Nederlandse vakliteratuur is hierover niet gepubliceerd.

Een van de uitgangspunten van het plan is de intercollegiale toetsing (ICT). Over dit onderwerp is in ons land veel gediscussieerd maar weinig gepubliceerd. De indruk bestaat dat binnen de NMT veel wordt verwezen naar ervaringen in de Verenigde Staten. Daar ziet men echter ICT veelal als 'het orde op zaken houden in eigen huis en het voorkomen dat derden zich met de uitvoering van de zorgverlening gaan bemoeien', terwijl in ons land deze vorm van controle meer gezien lijkt te worden als een soort educatieve scholing van beroepsgenoten. Daarnaast ziet men het als een instrument waarmee niet-acceptabele zorgverlening kan worden opgespoord.

Een ander probleem is de indeling van patiënten door de algemeen-practicus. Een tandheelkundig wetenschappelijk vraagstuk van de eerste orde. Op basis van voornamelijk Angelsaksisch onderzoek is aangetoond dat de algemeen-practicus zich bij het besluit tot restauratieve behandeling laat leiden door een veelheid van factoren. Enkele van die factoren zijn: de waargenomen waarschijnlijkheid van het optreden van ziekte, de risico's en kosten voor de

patiënt, de kans dat de gebitssituatie bij behandeling aanmerkelijk verbetert, de economische voordelen voor de tandarts en tevredenheid met de praktijkvoering. Ook het zelfbeeld van de praktizerende tandarts speelt een rol. Vermoedelijk spelen deze factoren ook een rol bij de diagnostiek. In het artikel van Mileman e.a., gepubliceerd in oktober 1987 in dit tijdschrift, wordt dat nog eens gedemonstreerd. Wanneer er nu zoveel variabelen in het geding zijn bij de besluitvorming rond behandelingsprocessen, is het niet verbazingwekkend dat consistentie in de oordeelsvorming zal ontbreken. We mogen dus gerust aannemen dat, wanneer verschillende tandartsen naar de mond van eenzelfde patiënt kijken, de kans groot is dat deze patiënt in verschillende categorieën zal worden ingedeeld. Mede op dit punt lijken veel conflictsituaties te voorzien tussen patiënten en tandartsen, of tussen patiënten en Tandplan B.V. Een geschillencommissie die onafhankelijk kan functioneren, lijkt vanaf het moment van invoering van het plan dan ook een vereiste.

Tot nu toe hebben wij voornamelijk gewezen op problemen die zich kunnen voordoen aan de kant van de hulpverleners. Maar ook patiënten zullen vragen stellen die, voor de beantwoording ervan, onderzoeksgegevens vereisen. Bijvoorbeeld: 'Welke zijn de niet-verzekerde risico's?' of, 'Wat zijn de factoren die bepalen of een patiënt al dan niet besluit een abonnement te nemen?' 'Tot hoever strekt de garantie van bepaalde verrichtingen?' is een andere interessante vraag. En, 'Eenmaal in een bepaalde categorie, altijd in dezelfde?'

Indien voornoemde, voor de hand liggende vragen van tandartsen en patiënten in een voorstudie zijn onderzocht, had publicatie van de bevindingen vermoedelijk veel onzekerheid, en daarmee onrust, bij de professie kunnen wegnemen. Mocht de tijd voor een dergelijke studie hebben ontbroken dan lijkt het reëel in Tandplan voor zowel tandarts als patiënt een proefperiode van vijf voorbeeld twee jaar in te bouwen. Op grond van de in die periode opgedane ervaringen kunnen dan definitieve regelingen tot stand worden gebracht, die eerlijk en duidelijk zijn voor tandarts en patiënt.