

Bijzondere tandheelkundige hulp

G.H. Verrips, psycholoog
H. Kalsbeek, tandarts
J.E. Frencken, tandarts

Een evaluatie van de herziene regeling 1990

Samenvatting. Adviserende tandartsen, instellings- en huistandartsen zijn geïnterviewd over hun ervaringen ten aanzien van de regeling bijzondere tandheelkundige hulp die sinds 1 januari 1990 van kracht is. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de regeling tot nu toe niet heeft geleid tot een toename van het aantal gehandicapte patiënten dat bij een huistandarts in de nabije omgeving tandheelkundige zorg vindt. De regeling lijkt enigzins overhaast te zijn geïmplementeerd, waardoor de betrokkenen niet goed waren voorbereid op de veranderingen die de nieuwe regeling met zich mee brengt.

VERRIPS GH, KALSBEEK H, FRENCKEN JE. Bijzondere tandheelkundige hulp. Een evaluatie van de herziene regeling 1990. Ned Tijdschr Tandheelkd 1994; 101: 439-42.

Uit de sectie Tandzorg en
Epidemiologie van de divisie
Collectieve Preventie van TNO
Preventie en Gezondheid te Leiden.

Trefwoorden: Bijzondere
tandheelkunde - Sociale
tandheelkunde

Datum van acceptatie: 28 februari
1994.

Adres: Dr G.H. Verrips, TNO Preventie
en Gezondheid, postbus 2215, 2301
CE Leiden.

1 Inleiding

De regeling bijzondere tandheelkunde heeft betrekking op de zorg voor vier categorieën patiënten: 1. tandheelkundig gehandicapten; 2. lichamelijk gehandicapten; 3. verstandelijk gehandicapten en 4. medisch gecompromitteerden. Voor een exacte definitie van deze categorieën patiënten zij verwezen naar de literatuur.^{1,2} De bijzondere hulp voor *tandheelkundig* gehandicapten is voornamelijk van toepassing op verzekerde volwassenen met een aandoening voor wie het normale verzorgingspakket onvoldoende mogelijkheden biedt om bepaalde gebitsfuncties te behouden of te verwerven. De bijzondere hulp voor *lichamelijk* of *verstandelijk* gehandicapten komt over het algemeen neer op het uitoefenen van de normale tandheelkunde onder bijzondere omstandigheden, alhoewel bij deze categorieën patiënten soms ook bijzondere tandheelkundige afwijkingen voorkomen. De bijzondere hulp voor *medisch gecompromitteerden* heeft betrekking op verzekerden bij wie de tandheelkundige zorg bijdraagt aan een beter resultaat van een medische behandeling. Hiervoor is goed overleg noodzakelijk tussen de specialist, de huisarts en de huistandarts.

Met ingang van 1 januari 1990 is een herziening in het 'Besluit Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering' van kracht. Voor alle onderscheiden categorieën patiënten wordt het primaat voor behandeling bij een terzake deskundige gelegd. De deskundigheid kan aanwezig zijn bij de huistandarts, de tandarts in een instelling, bijvoorbeeld die voor intramuraal verblijvende gehandicapten, en de tandarts verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde. De herziene regeling beoogt echter te bereiken dat verzekerden in eerste instantie voor behandeling naar de huistandarts in de nabije omgeving uitzien. Ontbreekt hem of haar de deskundigheid, dan kan een beroep worden gedaan op de specifieke bekwaamheden van een andere tandarts in de regio of van deskundigen in ziekenhuizen, instellingen en universiteiten. Een andere belangrijke verandering bestaat uit het vervangen van de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen die aanspraak geven op bijzondere hulp, door een algemene omschrijving.

Door de wijziging van de regeling bijzondere tandheelkunde is de opzet van deze hulp veranderd. Het is aannemelijk dat de wijzigingen enige aanpassing van de deelnemende partijen vereist. Met het oog daarop heeft de Ziekenfondsraad

het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) verzocht onderzoek te entameren naar de wijze waarop door huistandartsen, instellingen en ziekenfondsen invulling is gegeven aan de uitvoering van de herziene regeling.³ Het doel van het onderzoek was bij zorgverleners en zorgverzekeraars na te gaan op welke manier de herziene regeling bijzondere tandheelkundige hulp in de praktijk wordt uitgevoerd en welke knelpunten daarbij worden ondervonden. Het onderzoek diende kwalitatieve gegevens op te leveren over het functioneren van de bijzondere tandheelkundige zorgverlening onder de herziene regeling en een beeld te schetsen van opinies die daarover leven onder tandheelkundige zorgverleners in Nederland.

2 Materiaal en methoden

Voor het interview zijn 3 groepen informanten benaderd: 1. adviserend-tandartsen; 2. tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde en 3. huistandartsen. Uit doelmatigheidsoverwegingen is gekozen voor het interviewen van tandartsen werkzaam in de regio's West (Noord- en Zuid-Holland en het westelijk deel van Utrecht) en Oost (Overijssel, Gelderland en het oostelijk deel van Utrecht). Aangenomen wordt dat opinies van tandartsen in de gekozen regio's niet sterk afwijken van die van collegae in de andere regio's.

Adviserend-tandartsen (n=13). Alle adviserend-tandartsen (n=17) in beide regio's zijn benaderd met het verzoek aan het onderzoek deel te nemen. Drie van hen hebben aan het pilot-onderzoek, uitgevoerd om de bruikbaarheid van de vragenlijst te testen, meegewerkt en 1 adviserend-tandarts is wegens ziekte niet geïnterviewd. De overige 13 adviserend-tandartsen, 8 uit de regio West en 5 uit de regio Oost, hebben aan het onderzoek deelgenomen.

Tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde (n=29). In de gekozen regio's zijn in totaal 86 instellingen voor intramuraal verblijvende gehandicapten (32 in West en 54 in Oost). In circa 35 van deze instellingen is een tandarts werkzaam. Uit de instellingen met een tandarts is in elk van beide regio's een willekeurige steekproef van 10 instellingen getrokken. Zodoende zijn 20 tandartsen werkzaam in

instellingen voor intramuraal verblijvende gehandicapten benaderd. Van hen hebben 18 aan het onderzoek meegewerkt. Daarnaast zijn 11 tandartsen geïnterviewd, die verbonden zijn aan een universitair centrum voor bijzondere tandheelkunde of een afdeling bijzondere tandheelkunde in een ziekenhuis. In totaal zijn dus 29 tandartsen werkzaam in een instelling voor bijzondere tandheelkunde geïnterviewd.

Huistandartsen (n=101). Uit de populatie huistandartsen in de gekozen regio's is door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) een willekeurige steekproef van 150 algemeen-practici getrokken. Deze tandartsen zijn telefonisch benaderd met het verzoek aan het onderzoek mee te werken. Van hen hebben 3 geweigerd, vanwege naar hun zeggen gebrek aan tijd of belangstelling. Nog eens 46 huistandartsen zijn afgefallen af, omdat zij geen praktijk meer voerden, geen ziekenfondspatiënten behandelden of onbereikbaar waren. De resterende 101 huistandartsen hebben aan het onderzoek deelgenomen.

Overwogen is de informanten met een schriftelijke enquête te benaderen. Uit een proefstudie was echter gebleken dat de respons bij een dergelijke benadering laag is, evenals de kwaliteit van de verkregen gegevens.³ Daarom is gekozen voor een mondeling interview. De interviews zijn gehouden aan de hand van een gestructureerde vragenlijst.⁴ De vragen hadden betrekking op de uitvoering van de herziene regeling en de ervaren knelpunten daarbij. Alle respondenten zijn thuis of in hun praktijk geïnterviewd. De tijdsduur van het afnemen van een interview bedroeg ongeveer een half uur tot een uur. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode van december 1991 tot en met juli 1992. De respondenten hadden ieder ruim voldoende tijd voor het interview gereserveerd en waren, naar de mening van de interviewers, goed gemotiveerd de vragen serieus te beantwoorden.

3 Resultaten

Geen enkele adviserend-tandarts had de indruk dat huistandartsen nu meer lichamelijk of verstandelijk gehandicapte patiënten behandelen dan vóór de regelherziening. Vijf van de 13 adviserend-tandartsen vermoedden dat het aantal door huistandartsen behandelde tandheelkundig gehandicapten of medisch gecompromitteerden licht was gestegen. Slechts één huistandarts verklaarde dat hij sinds de invoering van de herziene regeling meer gehandicapte patiënten was gaan behandelen en één andere huistandarts was van oordeel dat hij nu meer verrichtingen uitvoerde bij gehandicapte patiënten dan voorheen.

Als huistandartsen sinds de invoering van de herziene regeling niet méér gehandicapte patiënten zijn gaan behandelen, dan is het aantal gehandicapten dat door instellingstandartsen wordt behandeld, wellicht gestegen. Slechts 2 adviserend-tandartsen zagen een lichte aanwijzing voor een dergelijke trend. Daarentegen verklaarde ongeveer de helft van de geïnterviewde instellingstandartsen meer gehandicapte patiënten te behandelen dan voorheen; dat was overigens naar hun mening meer het gevolg van persoonlijke werving dan van de herziene regeling.

3.1 Voorlichting

Een noodzakelijke voorwaarde voor een adequate uitvoering van de regeling is dat de betrokken partijen ervan op de hoogte zijn. Alle adviserend-tandartsen bleken de regeling te ken-

nen, evenals de meeste instellingstandartsen. In beide groepen tandartsen overheerste de mening dat de informatie over de regeling voldoende en begrijpelijk was geweest. Het merendeel van de huistandartsen echter was de regelherziening ontgaan, hoewel deze ook hen zeker aangaat. De huistandartsen die er wél van op de hoogte waren, wisten nauwelijks welke wijzingen er in de regeling waren aangebracht. Vele huistandartsen verwoordden dan ook de opinie dat het instellen van een uurtarief de behandeling van gehandicapte patiënten in belangrijke mate zou vergemakkelijken; kennelijk was hen niet duidelijk geworden dat met de regelherziening declareren op uurtarief nu juist tot de mogelijkheden is gaan behoren.

Ondanks het feit dat de verzekerden niet bij het onderzoek werden betrokken, zijn enkele woorden over de voorlichting aan hen op zijn plaats. Slechts 1 adviserend-tandarts had de verzekerden ingelicht over de herziene regeling en wel door middel van een folder; 12 van de 29 ondervraagde instellingstandartsen en 4 van de 101 huistandartsen hadden de verzekerden tijdens een consult geïnformeerd. Als voornaamste reden om verzekerden niet te informeren werd aangevoerd dat dit tot onterechte vraag naar bijzondere tandheelkundige zorg zou kunnen leiden.

3.2 Uurtarief

De herziene regeling maakt het mogelijk na toestemming van de adviserend-tandarts gehandicapte patiënten te behandelen tegen een vast uurtarief. Een veelgehoorde klacht onder adviserend-tandartsen en ook wel onder instellingstandartsen was, dat de hoogte van het tarief niet was vastgesteld op het moment dat de herziene regeling van kracht werd. Op het moment van interview was dat tarief wél vastgesteld. Een deel van de instellingstandartsen was verheugd over deze maatregel, aangezien zij meenden dat voor het tarief kwalitatief goede tandheelkunde kan worden geleverd. Als de huistandartsen van het uurtarief op de hoogte waren geweest – hetgeen meestal niet het geval was – zouden zij wellicht van hun enthousiasme hebben blij gegeven, mogelijk niet over de hoogte ervan, maar wel over het principe. Immers, een groot deel van de ondervraagde huistandartsen verklaarde zich bij de behandeling van gehandicapte patiënten belemmerd te voelen door de hoeveelheid tijd die dat kost en de naar hun mening inadequate honorering (op basis van verrichtingen). Daar komt bij dat huistandartsen die er wel van op de hoogte waren, het instellen van een uurtarief positief beoordeelden.

3.3 Gebrek aan deskundigheid

Bijzondere tandheelkundige hulp dient onder de herziene regeling in eerste instantie door de huistandarts te worden verleend, op voorwaarde echter dat deze daarvoor voldoende deskundig is. Is een gebrek aan deskundigheid van de huistandarts in het behandelen van gehandicapte patiënten mogelijk een factor die de uitvoering van de herziene regeling frustrereert? Volgens een derde van de adviserend-tandartsen beschikt de huistandarts over het algemeen inderdaad over te weinig opleiding, kennis of ervaring om gehandicapte patiënten deskundig te kunnen behandelen. Voorts zou de huistandarts volgens hen weinig affiniteit met dergelijke patiënten hebben. Een derde van de instellingstandartsen deelde deze meningen ten aanzien van de deskundigheid van de huistandarts.

Het merendeel van de huistandartsen zelf verklaarde knelpunten bij de behandeling van gehandicapte patiënten te

ervaren die mogelijk gerelateerd zijn aan lacunes in opleiding, kennis of ervaring. Dergelijke knelpunten betroffen vermeende fysieke of psychologische kenmerken van verstandelijk of lichamelijk gehandicapte patiënten, communicatieproblemen of een gebrek aan affiniteit met deze patiënten, stress bij het behandelingssteam, gebrek aan medische kennis (bij de behandeling van medisch gecompromitteerden) of tandheelkundig-technisch kunnen (bij de behandeling van tandheelkundig gehandicapten). Voorts werd een gebrek aan deskundigheid bij de assistente wel als knelpunt genoemd. De meeste huistandartsen die te kennen gaven zulke knelpunten te ervaren, tekenden daarbij aan dat deze voor hen niet bezwaarlijk waren, zolang het aantal gehandicapte patiënten in de praktijk niet te groot was. Het percentage huistandartsen dat meer dan 10 gehandicapte patiënten uit één van de onderscheiden categorieën behandelde, was meestal laag (9-20%).

3.4 Verwijzingsmogelijkheden

Indien (een deel van) de behandeling van een gehandicapte patiënt de deskundigheid van de huistandarts te boven gaat, kan de patiënt onder de herziene regeling worden verwezen naar instellingstandartsen. Het aantal huistandartsen dat van deze mogelijkheid gebruik maakte, verschilde per categorie gehandicapte. Zo werden lichamelijk gehandicapten door 10% van de huistandartsen wel eens doorverwezen en verstandelijk of tandheelkundig gehandicapten door ongeveer 40%. Een derde van de instellingstandartsen was van mening dat huistandartsen vaak veel te laat tot verwijzing overgingen; zij pleitten ervoor in een vroeg stadium te worden geconsulteerd. Uiteraard behoort daarnaast ook horizontale verwijzing tot de mogelijkheden; ongeveer 10% van de huistandartsen kreeg wel eens gehandicapte patiënten die door collegae verwezen zijn. De meeste adviserend-tandartsen poogden een netwerk van verwijzingsmogelijkheden te creëren.

3.5 Toestemmingsprocedure

De herziene regeling geeft de adviserend-tandartsen van de ziekenfondsen door de schriftelijke toestemmingsprocedure voorafgaand aan de behandeling de mogelijkheid te bezien waar de bijzondere hulp het beste kan worden verleend. De meeste adviserend-tandartsen waren blij met deze procedure, onder meer omdat zij meer greep meenden te hebben op het functioneren van de bijzondere tandheelkundige hulp dan voorheen. Er waren ook adviserend-tandartsen die nadelen zagen, vooral op het administratieve vlak. Daarin werden zij van harte bijgevallen door veel instellings- en huistandartsen, die de aanvraagprocedure veel te tijdrovend en te ingewikkeld vonden.

3.6 Afschaffing limitatieve opsomming

Onder de herziene regeling is de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen die aanspraak gaven op bijzondere hulp vervangen door een algemene omschrijving. Twee adviserend-tandartsen waren verheugd over de afschaffing van de limitatieve lijst, omdat daardoor meer recht zou worden gedaan aan individuele probleemgevallen. De meeste adviserend-tandartsen echter vonden de herziene regeling onduidelijk, omdat er interpretatieverschillen zouden ontstaan over wat nu wel en wat niet onder de regeling valt en

beslissingen dienaangaande goed moeten worden beargumenteerd. Bijna de helft van de instellingstandartsen zag dat probleem eveneens; de betreffende instellingstandartsen klaagden over een te grote afhankelijkheid van een willekeurig adviserend-tandarts. Een gering aantal huistandartsen deelde die mening.

4 Discussie

Als algemeen beeld is uit de onderzoeksgegevens naar voren gekomen dat de herziene regeling enig uitzicht biedt op een grotere toegankelijkheid van bijzonder tandheelkundige zorg voor gehandicapte verzekerden. De regeling lijkt evenwel enigszins overhaast te zijn geïmplementeerd, waardoor de betrokkenen niet goed waren voorbereid op de veranderingen die de regeling met zich mede brengt. De herziene regeling beantwoordt tot nu toe niet aan zijn belangrijkste doel: het aantal gehandicapte patiënten dat bij een huistandarts in de nabije omgeving tandheelkundige zorg vindt, neemt sedert de invoering van de regeling niet toe. De instellingstandartsen en de huistandartsen ervaren de huidige aanvraagprocedure als een belemmering bij het verlenen van bijzondere tandheelkundige hulp. Het instellen van een uurtarief bevordert mogelijk de groei van het aanbod aan bijzondere tandheelkundige zorg, indien daarover meer informatie wordt verstrekt aan huistandartsen en de aanvraagprocedure niet te veel tijd vergt.

Indien eveneens gehandicapten door middel van voorlichting gewezen wordt op de mogelijkheden die de herziene regeling hun biedt, groeit wellicht de vraag naar bijzondere tandheelkundige zorg, verleend door de huistandarts. Inmiddels is op initiatief van het Ivoren Kruis een voorlichtingscampagne gestart, gericht op tandartsen en verzorgers van gehandicapten.

Het merendeel van de huistandartsen ervaart bij de behandeling van gehandicapte patiënten knelpunten, in termen van opleiding, kennis, ervaring of affiniteit, die hen belemmeren hun aanbod van bijzondere tandheelkundige zorg uit te breiden. Wellicht zou meer scholing op het terrein van de bijzondere tandheelkunde, zoals door sommigen bepleit,⁵ kunnen leiden tot een groei van het aanbod van bijzondere tandheelkundige hulp door huistandartsen.

Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van de verwijzingsmogelijkheden die de herziene regeling biedt. Het verdient aanbeveling regionaal overleg tussen adviserend-tandartsen, instellingstandartsen en huistandartsen over het creëren van een verwijzings- en consultatie-netwerk ten behoeve van de bijzondere tandheelkundige hulp te stimuleren.

De algemene omschrijving van bijzondere tandheelkundige hulp die voor vergoeding in aanmerking komt, leidt tussen adviserend-tandartsen en instellingstandartsen nogal eens tot onenigheid over de interpretatie ervan. Geregeld overleg tussen adviserend-tandartsen en instellingstandartsen is aangegeven teneinde misverstanden te voorkomen.

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van de Ziekenfondsraad.

Literatuur

- 1 ABRAHAM-INPIJN L. De medisch gecompromitteerde patiënt in de tandheelkunde. In: De medisch gecompromitteerde patiënt en de tandarts algemeen practicus. Symposium ter gelegenheid van het eerste lustrum van de afdeling Algemene Ziekteleer en

- Inwendige Geneeskunde, november 1989. Amsterdam: ACTA, 1991.
- 2 VAN DEN HEUVEL J. Bijzondere tandheelkundige hulp in de ziekenfondsverzekering. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 494-5.
 - 3 VERRIPS GH. Evaluatie herziene regeling bijzondere tandheelkunde; pilot-studie. Leiden: NIPG-TNO, 1991.
 - 4 VERRIPS GH, KALSBEK H, FRENCKEN JE. Evaluatie herziene regeling bijzondere tandheelkunde. Leiden: NIPG-TNO, 1992.
 - 5 MEUWISSEN PRM, TUNISSEN CA, MENSINK JGB. Tandheelkundige zorg aan gehandicapten: scholing een noodzaak. Nijmegen: ITS, 1993.

Summary

EVALUATION OF PROVISION OF DENTAL CARE FOR HANDICAPPED PATIENTS IN THE NETHERLANDS

Key words: Dentistry for the handicapped – Community dentistry

Public Health Insurance provision of dental care for patients with a physical, mental, dental or medical handicap has been reorganized in 1990. In order to evaluate this reorganization, general dental practitioners, dentists in hospital clinics or institutions for the handicapped as well as dentists employed as advisors to local health insurance authorities were interviewed. Results show that, until now, the reorganization has not resulted in an increase of seeking dental care by handicapped patients at the general dental practitioner's. The reorganization seems to have taken place in too much haste, thus not leading to the desired provision of dental care for handicapped patients.

Bladvulling

Tandheelkunde en ziekenfonds

Uit een beschouwing over het belang van 'eene goede regeling der verstrekking onzer hulp bij ziekenfondsen' deze ontboezemingen:

'Jaren vergaderen wij en *praten* uit den treure over het oprichten van tandklinieken; nú *praten* wij weer over schooltandklinieken, m.a.w. voor de *toekomst* zal men misschien maatregelen gaan nemen; het *heden* verwaarloost men. Dus kinderen geen tandpijn en geen holle kiesjes; vaders en moeders met ondragelijke pijnen en verwaarloosde gebitten; tot den 14-jarigen leeftijd tandheelkundige hulp en dan juist, wanneer *na dien tijd* het tandbederf de grootste verwoestingen in het blijvend gebit gaat aanrichten, laten wij de armen weer slap langs het lijf hangen en zuchten 'non possumus'.'

Dus toen (in 1917) geen voorrang voor de jeugd! En even verder, over kosten en honoraria aan een bepaald ziekenfonds:

'... een ingeschrevene kostte aan tandheelkundige hulp het fonds in 1916 ± f 0,06; een consult ± f 0,21. Ter vergelijking diene, dat de geneeskundige honoraria per jaar en per ingeschrevene in 1916 ± f 2,75 en de pharmaceutische hulp ± f 3,19 bedroeg.'

Daarom aan de collega's dit welgemeend advies:

'Voor goed ingerichte fondsen zal dus de uitgave voor onze hulp wel niet te bezwaarlijk zijn, doch ook de tandartsen moeten de onkosten niet willen opdrijven en vooral bedenken dat wij elke gelegenheid moeten aangrijpen om onze, nog niet algemeen erkende, nuttigheid te bewijzen. Wij moeten voorloopig nog ietwat bescheiden in onze eischen zijn. Wanneer b.v. het Rijk een lector – toch wel een der knappen onder ons – f 2000,- per jaar honoreert, zijn wij dan gerechtigd, als een ambachtsman, van een fonds minstens f 2,50 per uur te bedingen? En dat nog wel voor bijverdiensten, voor opvulling van een uurtje, dat men nog vrij heeft of voor den tijd, dien men niet in 'dolce far niente' wil doorbrengen?... Zeker uit philanthropie oefenen wij ons beroep niet uit; wij hebben ook onze verplichtingen tegenover familie etc., doch de medewerking aan een fonds stelt ons dan toch in staat iets nuttigs te doen voor onze medemenschen en dat nog wel zonder schade voor ons zelf.... Patiënten *philantropisch* kiesjes te trekken in de hoop ze later *kaufmännisch* gebitjes te kunnen leveren, is toch niet je ware, zou ik menen en de arme tandbehoudkunst, waarvoor we allen zoozeer ijveren, wordt er weinig medegebaat, ja ik durf beweren, zeer geschaad.'

Bron: G.H. Bisseling. Tandheelkunde en Ziekenfonds. *Tijdschr Tandheelkd* 1917; 24: 703-13.