

10.1 Ontwikkeling

Tot de 'bijzondere ziektekosten' waarvoor de AWBZ in 1968 werd ingevoerd, horen onder meer de kosten van opname en verder verblijf in een aantal categorieën instellingen, zoals verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. In deze instellingen betaalt de AWBZ de zorg vanaf de dag van opname. Oorspronkelijk werd alleen de geneeskundige verzorging in de AWBZ-instellingen op grond van de AWBZ betaald. De tandheelkundige hulp was daarin uitdrukkelijk niet begrepen.

Reeds in 1970 vroeg de staatssecretaris van Volksgezondheid de toenmalige Ziekenfondsraad om advies over de mogelijkheid van voorzieningen voor de tandheelkundige verzorging van patiënten die in AWBZ-instellingen verblijven. In het advies stelde de Ziekenfondsraad dat voor deze patiënten, die vrijwel allen een langdurige verzorging voor rekening van de AWBZ behoeven, de tandheelkundige verzorging veelal niet los kan worden gezien van de totale geneeskundige verzorging, en dat vooral rekening moet worden gehouden met de toestand waarin de patiënt verkeert. De Ziekenfondsraad adviseerde tot integrale tandheelkundige zorg voor rekening van de AWBZ.

Uiteindelijk wordt door de regering in 1976 tandheelkundige hulp voor verzekerden die zijn opgenomen in bepaalde instellingen geregeld krachtens de AWBZ. Vanaf de invoering heeft de aanspraak niet gegolden voor alle instellingen. Bijvoorbeeld bewoners van verzorgingshuizen zijn hiervoor nooit in aanmerking gekomen. Verzekerden die in een gezinsvervangend tehuis (GVT) verblijven, hadden evenmin aanspraak op tandheelkundige hulp in het kader van de AWBZ. Ook bij de invoering van de zorgverstrekking door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) in 1989 is deze zorg niet overwogen.

Verzekerden die in deze instellingen verbleven, moesten bijvoorbeeld ook huisartsenhulp en farmaceutische hulp op reguliere wijze, dat wil zeggen ten laste van het toenmalige ziekenfonds of de particuliere verzekering, realiseren.

Voor wat de omvang van het pakket betreft, werd uitgegaan van de tandheelkundige hulp die via de toenmalige ziekenfondsverzekering werd verstrekt, ook als de patiënt geen ziekenfondsverzekerde was. Als de normale ziekenfondsverstrekkingen niet voldoende hulp boden, kon extra hulp worden verleend. Daarbij werd rekening gehouden met de functie die het gebit bij een bepaalde afwijking heeft. Zo waren er patiënten die door een verstandelijke of lichamelijke afwijking geen uitneembare prothese konden dragen. Door toepassing van kronen en brugwerk konden dan veel problemen worden voorkomen. Een ander voorbeeld was dat lichamelijk gehandicapten soms hun mond moesten gebruiken om bepaalde apparatuur te bedienen. Ook daardoor konden bijzondere eisen aan de tandheelkundige behandeling worden gesteld.

Tot 1995 kwam het erop neer dat de verzekerde, voorzover hij daarop redelijkerwijs was aangewezen, aanspraak had op volledige tandheelkundige hulp onder de voorwaarden die golden voor degene die in het bezit was van een saneringsbewijs voor het gebit. Die voorwaarden hadden vooral betekenis vanwege de in de ziekenfondsverzekering geregelde toestemmingsvereisten. Vanaf 1 januari 1995 zijn de aanspraken op tandheelkundige hulp voor ziekenfondsverzekerden beperkt (zie par. 9.4). Ook het saneringsbewijs was vervallen. De minister van VWS wenste evenwel dat de aanspraken binnen de AWBZ-verzekering onaangetast zouden blijven. Daartoe is de regelgeving aangepast.

10.2 Aanspraken

Ook in het nieuwe, functiegerichte systeem van aanspraken dat sinds 2003 van kracht is (zie par. 8.2.2), geldt dat verzekerden in bepaalde omstandigheden aanspraak hebben op tandheelkundige zorg. Dit is geregeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA). Deze verzekerden dienen door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ; zie par. 8.2.3) geïndiceerd te zijn voor de functies verblijf en behandeling in één instelling. Het gaat om tandheelkundige zorg aan verzekerden die verblijven in:

- een ziekenhuis na een ononderbroken periode van 365 dagen aldaar;
- een verpleeghuis;
- een revalidatie-instelling na een ononderbroken periode van 365 dagen aldaar;
- een psychiatrisch ziekenhuis, vanaf de dag waarop het verblijf aldaar een periode van 52 weken heeft overschreden;
- een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking;
- een instelling voor mensen met een zintuiglijke beperking en ‘Het Dorp’.

In de Regeling zorgaanpak AWBZ zijn nadere regels gesteld met betrekking tot onder andere de tandheelkundige zorg in de AWBZ. Hierin is geregeld dat de verzekerde slechts aanspraak heeft op tandheelkundige zorg die nodig is met het oog op een ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige aandoening of een lichamelijke of verstandelijke aandoening (en niet valt onder normale tandheelkunde) indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Het gaat hier om bijzondere tandheelkundige verrichtingen. Dit betekent dat niet voor alle tandheelkundige behandelingen in het kader van de AWBZ voorafgaande toestemming van het uitvoeringsorgaan is vereist. De aanspraak op zorg bestaat slechts voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijze daarop is aangewezen.

Voor de mondzorg is ook de functie persoonlijke verzorging van belang. Hierbij gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Daaronder vallen onder andere het tandenpoetsen en het inbrengen en schoonhouden van gebitsprothesen.

10.3 Uitvoering

Ten aanzien van de uitvoering van de hulp bestonden er aanvankelijk strikte regels over het aantal ‘bedden’ (beschikbare plaatsen) waarover een instelling moest beschikken om de tandheelkundige hulp in de instelling zelf te mogen verrichten. Deze norm was in de regeling opgenomen om te voorkomen dat elke instelling, hoe klein ook, een volledige tandheelkundige outillage zou aanschaffen. In de praktijk bleek evenwel dat instellingen en uitvoeringsorganen daar op een goede wijze afspraken over maakten. Daarom zijn deze voorschriften in 1994 afgeschaft.

Alle kosten van de mondzorgverlening (ruimtelijke voorzieningen, investeringen in apparatuur en instrumentarium, assistentie, ondersteuning en materiaalkosten) zijn opgenomen in het budget van de instelling, behalve het honorarium van de zorgverlener en de kosten van tandtechnische werkzaamheden. Deze kosten worden buiten het budget gedeclareerd bij het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ) te Den Haag. Het CAK-BZ heeft wettelijke taken in de administratie en registratie van de eigen bijdragen AWBZ, en in de financiering van AWBZ-instellingen. Het gaat hier om kosten die de tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus maakt in het kader van de (curatieve) patiëntbehandeling; niet om kosten die vallen onder de persoonlijke mondverzorging.

De behandelend tandarts wordt in een AWBZ-instelling niet per verrichting betaald, maar naar behandeltime (uurhonorarium). Daardoor kan hij, rekening houdend met de bijzondere omstandigheden van de patiënt, zo veel tijd aan de tandheelkundige hulp besteden als nodig is. Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn een 'hoog' en een 'laag' uurhonorarium vastgesteld. Het 'hoge' tarief kan in rekening worden gebracht door tandartsen die ten minste vier halve dagen per week in de huispraktijk werkzaam zijn. Het bevat een vergoeding voor doorlopende praktijkkosten. Andere tandartsen kunnen slechts het 'lage' honorarium berekenen. Daarnaast is er een NZa-tarief voor gevallen waarin de behandeling plaatsvindt in de praktijk van de tandarts. In het algemeen sluiten tandarts en instelling een overeenkomst tot het verrichten van enkele diensten, niet zijnde een arbeidsovereenkomst. Als de tandarts een substantieel deel van zijn tijd werkzaam is in de instelling kunnen tandarts en instelling een arbeidsovereenkomst sluiten.

In de regeling voor AWBZ-tandheelkunde is vanaf het begin de mogelijkheid opgenomen tot samenwerking tussen instellingen, het geven van ondersteuning bij de mondverzorging binnen de instelling door voorlichting en deelname van verzorgenden aan scholing. Naderhand is nog toegevoegd het behoud van de aanspraak op AWBZ-tandheelkunde bij een kortdurend verblijf in een ziekenhuis ten behoeve van een tandheelkundige behandeling onder narcose of behandeling in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Tevens bestond de mogelijkheid om vanuit de AWBZ-instelling diensten aan 'extramuralen' te verlenen op verwijzing van een tandarts.

Verzekerden die op grond van de AWBZ in een instelling verblijven, betalen een vastgestelde eigen bijdrage (zie par. 8.2.4). Voor de tandheelkundige hulp wordt daarnaast geen eigen bijdrage in rekening gebracht.

10.4 De situatie in de praktijk

In het rapport 'Tandheelkundige zorg in AWBZ-verband' (2003) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) werd op basis van onderzoek in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten de actuele situatie in de AWBZ-tandheelkunde geanalyseerd.

10.4.1 PROBLEMEN BIJ DE UITVOERING

In het rapport werd vastgesteld dat de aanspraak op tandheelkundige zorg in AWBZ-verband aanvankelijk formeel goed was geregeld, maar dat de uitvoering om diverse redenen vooral de afgelopen tien jaar was achtergebleven. Zo had bijvoorbeeld het afschaffen van de bedden-norm als maat voor noodzakelijke tandheelkundige voorzieningen geen voldoende invulling door het veld tot gevolg gehad.

Er bestaan grote verschillen tussen de aanspraken op tandheelkundige hulp in de AWBZ en de zorgverzekering. In de AWBZ kan in beginsel bij daarvoor in aanmerking komende verzekerden alle geïndiceerde tandheelkundige zorg worden verstrekt. De zorgverzekering voorziet in het algemeen niet in curatieve tandheelkundige hulp. Soms kan een uitweg worden gevonden bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp (zie par. 9.6). Dit onderscheid in aanspraken en vergoedingen kan de continuïteit van zorg in gevaar brengen, bijvoorbeeld bij uitstroom uit de instelling.

Er is een tendens om gehandicapten in kleinere wooneenheden te huisvesten. Als die trend doorzet, zal het aanbieden van adequate tandheelkundige hulp in die instellingen moeilijker worden. Er zal een verschuiving in de zorgvraag optreden, wanneer de 'zwaardere gevallen' achterblijven. Het regelen van vervoer en begeleiding naar plaatsen waar tandheelkundige hulp wordt geboden legt een extra beslag op de organisatie van de instelling, nog afgezien van het ongemak en de kosten.

10.4.2 VOORZIENINGEN

In verpleeghuizen bleek de behandelkamer vaak alleen geschikt te zijn voor prothetische verrichtingen, zodat de bewoners voor extractie en restauratief werk naar een praktijkruimte elders moesten worden vervoerd. Röntgenfoto's konden meestal niet worden gemaakt, een operatielamp was niet altijd aanwezig. Als belangrijke diagnostische hulpmiddelen ontbreken, kan worden betwijfeld of nog van een verantwoorde zorgverlening mag worden gesproken.

In instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking waren de behandelkamers in het algemeen goed uitgerust. De betere organisatie bleek ook uit de aanwezigheid van assisterend personeel vanuit de instelling, en uit het periodiek mondonderzoek van de bewoners, ook als er geen klachten waren. In verpleeghuizen werden bewoners meestal alleen voor behandeling naar de tandarts verwezen als er duidelijke problemen met de mond waren. Dit betekent dat de instellingstandarts geen overzicht had van de mondgezondheid van de totale populatie bewoners.

De voorzieningen voor curatieve mondzorg voldeden, voor zover aanwezig, in het algemeen niet aan de algemeen aanvaarde norm voor de tandheelkundige praktijk en aan de in redelijkheid te stellen normen voor de specifieke doelgroep, bijvoorbeeld op het terrein van de infectiepreventie, veiligheid en arbonormen.

10.4.3 VERZORGING EN COMMUNICATIE

De mondhygiënische zorg voor dentate bewoners die zelf niet kunnen tandenpoetsen, bleek problematisch te zijn. Dit kwam mede door het gebrek aan tijd, kennis, vaardigheden en motivatie bij het verzorgend personeel. Het was opvallend dat aan bijscholing weinig aandacht werd besteed. Slechts in een beperkt aantal instellingen was een protocol mondzorg aanwezig.

Bij de uitvoering van de zorg viel op dat de tandarts patiëntspecifieke informatie in ongeveer de helft van de gevallen alleen mondeling overdroeg. Aangezien meerdere personen bij de verzorging van een bewoner betrokken zijn, loopt men het risico dat informatie niet bij alle verzorgers overkomt en adviezen niet consequent worden opgevolgd als ze niet duidelijk op papier zijn gezet. In een aantal praktijken bleek de tandarts geen kaartstelsel bij te houden en werden tandheelkundige verrichtingen evenmin in een medisch dossier of het zorgstelsel opgenomen.

Soms had de tandarts niet de beschikking over het medisch dossier, en werd ook hier de informatie mondeling overgedragen. De wisselwerking tussen de bij de zorg betrokkenen was vaak verre van optimaal. Deze situatie kon niet als verantwoorde zorgverlening worden beschouwd en is voorts strijdig met de eisen die de WGBO stelt (zie par. 12.2).

10.4.4 ZORGVRAAG

Wanneer puur tandheelkundig werd gekeken, bleek bijna driekwart van de verpleeghuisbewoners een orale conditie te hebben die een tandheelkundige behandeling zou rechtvaardigen. Vooral prothetische problematiek kwam hier naar voren. De geringe subjectieve zorgvraag is kenmerkend voor de bewoners van AWBZ-instellingen. Men bevindt zich hier niet voor niets. De in het kader van de AWBZ geïnstitutionaliseerde mensen vormen een in het algemeen zeer zorgbehoefte, ernstig verzwakte of invalide groep die veelal niet tot adequate zelfzorg voor de mond in staat is. De mondzorg vormt een onderdeel van de zorg die voortvloeit uit hun algemene problematiek, die tot gevolg heeft dat de zorg van hen moet worden overgenomen.

Overigens moet men bedenken dat sommige problemen waarmee ouderen kampen, niet of alleen met veel moeite oplosbaar zijn. Een voorbeeld is de situatie bij edentaten met een slechte kauwfunctie door een loszittende onderprothese als gevolg van sterke resorptie van de onderkaak. Behandeling die uit zuiver tandheelkundig oogpunt wenselijk is, is in veel gevallen niet geïndiceerd. Niet de maximaal haalbare, maar de onder de gegeven omstandigheden optimale mondgezondheid zal het doel van de zorg moeten zijn. Optimaal is hier de mondgezondheid die zo veel mogelijk bijdraagt aan de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënt. De geschetste problemen werken evenwel belemmerend op een doelmatige zorgverlening en verhogen niet de aantrekkelijkheid van het werken in een AWBZ-instelling voor de mondzorgverlener.

10.5 Recente ontwikkeling

Het CVZ rapporteerde zijn bevindingen aan de minister van VWS. Daarop verzocht de minister het CVZ een coördinerende rol te spelen in het verbeteren van de kwaliteit van de mondzorg in AWBZ-instellingen. Het CVZ meende het traject van verbetering te moeten beginnen met de ontwikkeling van een systeem van richtlijnen en protocollen door de bij de zorg betrokken partijen. Daarbij moest onder-

scheid worden gemaakt naar de te leveren AWBZ-functie. Er moest bijvoorbeeld worden gedacht aan richtlijnen voor de invulling van de functie tandheelkundige behandeling en aan protocollen voor de functie persoonlijke mondverzorging in de instellingen.

Inmiddels is, onder leiding van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA), de ‘Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen’ opgesteld. Deze richtlijn bevat evidence based aanbevelingen voor logistiek en inhoudelijk verantwoorde mondzorg voor elke cliënt. Het is een ondersteuning voor tandartsen, mondhygiënisten en verpleeghuisartsen, maar vooral voor de verpleging en verzorging. Het is de bedoeling dat deze richtlijn ertoe bijdraagt dat de mondzorg een belangrijker plaats krijgt in het verpleeghuis. Een knelpunt is wel de beschikbaarheid van voldoende mensen en middelen om de richtlijn uit te voeren.

Daarnaast is onder leiding van de Samenwerkende instellingen gezondheidszorg regio Amsterdam (SIGRA) het ‘Handboek Integrale Mondzorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen’ opgesteld. Dit handboek bevat een protocol voor integrale mondzorg. Het beschrijft wat er allemaal bij komt kijken om goede mondzorg van de grond te krijgen, toegespitst op alle betrokken disciplines. Een onderdeel is de cursus ‘mondzorgcoördinator’, die verbetering beoogt te brengen in de persoonlijke mondverzorging binnen de instelling.

10.6 Evaluatie

Door de vergrijzing van de bevolking en het tegelijkertijd toenemende percentage van de bevolking dat tot op hoge leeftijd de eigen dentitie behoudt, is het aantal verpleeghuisbewoners dat verzorging van de natuurlijke dentitie nodig heeft, stijgende. Voor de toekomst wordt een nog sterkere toename voorzien, omdat de naoorlogse generatie van de ‘babyboomers’ een relatief groot gedeelte van de bevolking vormt en zij en de navolgende generaties een betere mondverzorging hebben genoten dan hun voorgangers (De Putter, 2007).

De wijze van financiering bevordert niet dat aan de AWBZ-mondzorg op een goede manier wordt vormgegeven. In het algemeen zal met het toenemen van de zorgzwaarte en de groei van het aantal niet-edentaten in zowel verpleeg- als verzorgingshuizen, bij ongewijzigde financiering, het steeds moeilijker worden de bewoners passende mond-

zorg te verlenen. De huidige regeling bevordert niet de integratie van de mondzorg in het zorgsysteem van de instelling.

Verder lijkt het onderscheid in aanspraken tussen verpleeg- en verzorgingshuizen niet meer van deze tijd. Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn steeds meer op elkaar gaan lijken, doordat de hulpbehoefte van de verzorgingshuisbewoners de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Beide populaties bestaan overwegend uit vrouwelijke 80-plussers. De belangrijkste reden voor verhuizing naar een tehuis is in beide gevallen een slechte lichamelijke of psychische gezondheid (De Klerk, 2005).

Naast de verpleeghuizen, waarin ongeveer 65.000 mensen wonen, is er de groep van circa 160.000 ouderen die in een verzorgingshuis wonen of extramurale dienstverlening van een verzorgingshuis krijgen. Deze ouderen vallen voor hun mondzorg niet onder de AWBZ, maar onder de Zorgverzekeringswet. Ze zijn afhankelijk van hun eigen huisarts. Voor veel van deze ouderen is het echter lastig de eigen tandarts te bezoeken, omdat deze te ver weg praktiseert en de oudere vaak niet goed mobiel is.

Professionals in de mondzorg zouden zich aangesproken moeten voelen zich met deze zorggroepen bezig te houden. Zij hebben inmiddels, met steun van het CVZ, daartoe het nodige instrumentarium ontwikkeld. Het is nu zaak dat de samenleving voldoende middelen beschikbaar stelt om dat instrumentarium structureel te implementeren.