

TNO-rapport

**EVALUATIE HERZIENING REGELING
BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE HULP**

**NIPG-publikatienummer
92.105**

december 1992

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-
opdrachten aan TNO', dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

**G.H. Verrips
H. Kalsbeek
J.E. Frencken**

Nederlandse organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

TNO-Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel bij te dragen
aan de verbetering van preventie en behandeling van ziekten
en afwijkingen door het toepasbaar maken van kennis op
medisch biologisch, psychosociaal en epidemiologisch
gebied ten behoeve van de volksgezondheid en de
gezondheidszorg.



Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene
Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO,
zoals gedeponeerd bij de Arrondissementsrechtbank
en de Kamer van Koophandel te 's-Gravenhage.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-Gezondheidsonderzoek te Leiden onder vermelding van bestelnummer 92.105.

INHOUD	pagina
SAMENVATTING	i
1. INLEIDING	1
1.1 Vraagstelling	1
1.2 Projectteam	5
1.3 Begeleidingscommissie	6
2. MATERIAAL EN METHODEN	7
2.1 Steekproef	7
2.2 Vragenlijsten	8
3. RESULTATEN	10
3.1 Adviserend-tandartsen	10
3.2 Tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde	16
3.3 Huistandartsen	20
4. DISCUSSIE, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	34
LITERATUUR	41
BIJLAGEN	43

SAMENVATTING

Doel en methode

Met ingang van 1 januari 1990 werd een herziening in het 'Besluit Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering' van kracht. De herziening van het besluit betrof de bijzondere tandheelkundige zorg. Zo wordt onder de herziene regeling de bijzondere tandheelkundige hulp zo mogelijk verleend door de huistandarts in de nabije omgeving van de verzekerde. Is deskundige zorg in de huispraktijk niet mogelijk, dan dient deze te worden verleend in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Een andere belangrijke herziening bestond uit het vervangen van de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen die aanspraak geven op bijzondere hulp door een algemene omschrijving.

De Ziekenfondsraad gaf het NIPG-TNO opdracht te onderzoeken op welke manier de herziene regeling in de praktijk wordt uitgevoerd en welke knelpunten zorgverzekeraars (adviserend-tandartsen) en zorgverleners (instellings-tandartsen en huistandartsen) bij de uitvoering van regeling ondervinden. In de westelijke en oostelijke regio van ons land werden daartoe interviews afgenomen bij 13 adviserend-tandartsen, een willekeurige steekproef van 29 instellings-tandartsen en 101 huistandartsen.

Resultaten

De meeste adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen gaven pessimistische schattingen van het percentage verstandelijk of lichamelijk gehandicapten dat regelmatig ter controle en behandeling de tandarts bezoekt. De schattingen, aarzelend gegeven wegens het ontbreken van landelijke epidemiologische gegevens, varieerden van 5% tot 60%. Een aantal instellings-tandartsen tekende daarbij aan, dat vooral oudere patiënten met een zware verstandelijke of lichamelijke handicap waarschijnlijk in het geheel geen tandheelkundige zorg verkrijgen.

Een belangrijk doel van de regelherziening was de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg voor gehandicapten te vergroten door deze zorg in eerste instantie te doen verlenen door de huistandarts in de nabije omgeving van de verzekerde. Het effect van de regeling kan derhalve onder meer worden afgemeten aan het aantal gehandicapte patiënten dat door de huistandarts wordt behandeld en tevens aan het aantal en soort verrichtingen dat de huistandarts bij deze groep verzekerden uitvoert, sinds de invoering van de regeling. Geen enkele adviserend-tandarts had de indruk dat huistandartsen nu meer lichamelijk of verstandelijk gehandicapte patiënten behandelen dan vóór de

regelherziening. Vijf 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. Een andere huistandarts was van oordeel dat hij nu meer verrichtingen uitvoerde bij gehandicapte patiënten dan voorheen.

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 kennen, evenals de meeste tandartsen werkzaam in instellingen. Het merendeel van de huistandartsen echter was de regelherziening ontgaan, hoewel deze juist hen aangaat. De huistandartsen die er wel van op de hoogte waren, wisten nauwelijks welke wijzigingen er in de regeling waren aangebracht.

Slechts één adviserend-tandarts had de verzekerden ingelicht over de herziene regeling; 12 instellings-tandartsen en vier huistandartsen hadden verzekerden tijdens een consult geïnformeerd. Als voornaamste reden om verzekerden niet te informeren werd aangevoerd, dat dit tot onterechte vraag zou kunnen leiden.

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 instellings-tandartsen was, dat de hoogte van het tarief niet was vastgesteld op het moment dat de herziene regeling van kracht werd. Op het moment dat de interviews plaatsvonden, was dat tarief wel vastgesteld. Een deel van de instellings-tandartsen 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 blijk gegeven, mogelijk niet over de hoogte ervan, maar wel over het principe. Immers, een 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).

Bijzondere tandheelkundige hulp dient onder de herziene regeling in eerste instantie door de huistandarts te worden verleend, op voorwaarde echter dat deze voldoende deskundig is de hulp te verlenen. Volgens eenderde van de adviserend-tandartsen beschikt de huistandarts over het algemeen over te weinig opleiding, kennis of ervaring om gehandicapte patiënten deskundig te kunnen behandelen. Voorts zou de huistandarts volgens hen weinig affiniteit tot de behandeling van

dergelijke patiënten gevoelen. Eenderde van de instellings-tandartsen deelde deze meningen ten aanzien van de deskundigheid van de huistandarts. Het merendeel van de huistandartsen zelf verklaarde bij de behandeling van gehandicapte patiënten knelpunten te ervaren die mogelijk gerelateerd zijn aan lacunes in opleiding, kennis of ervaring. 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 tien gehandicapte patiënten uit één van de onderscheiden categorieën behandelde, was dan ook laag (9%-20%).

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 instellings-tandartsen. Het aantal huistandartsen dat van deze mogelijkheid gebruik maakte, was niet groot en verschilde per categorie gehandicapte. Eenderde van de instellings-tandartsen was van mening dat de huistandartsen vaak veel te laat tot verwijzing overgingen; zij pleitten ervoor in een vroeg stadium geconsulteerd te worden. Uiteraard behoort daarnaast ook horizontale doorverwijzing tot de mogelijkheden; ongeveer 10% van de huistandartsen kreeg wel eens gehandicapte patiënten van collegae doorverwezen. De meeste adviserend-tandartsen poogden een netwerk van doorverwijzingsmogelijkheden te creëren.

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. Er waren ook adviserend-tandartsen die nadelen zagen, met name op het administratieve vlak. Daarin werden zij van harte bijgevallen door veel instellings-tandartsen en huistandartsen, die de aanvraagprocedure veel te tijdrovend en te ingewikkeld noemden.

Onder de herziene regeling is de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen welke aanspraak gaven op bijzondere hulp vervangen door een algemene omschrijving. De meeste adviserend-tandartsen 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 instellings-tandartsen zag dat probleem eveneens; de betreffende instellings-tandartsen klaagden over een te grote afhankelijkheid van een willekeurig adviserend-tandarts. Een gering aantal huistandartsen deelde die mening.

Conclusies

- 1 Wellicht bestaat er bij een groot deel van de Nederlandse populatie verstandelijk of lichamelijk gehandicapten een tandheelkundige behandelachterstand;
- 2 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;
- 3 De voorlichting over de herziene regeling aan de huistandartsen is niet toereikend geweest;
- 4 Onder een deel van de geïnterviewde adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen bestaat er weinig animo de verzekerden over de regeling te informeren;
- 5 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;
- 6 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;
- 7 Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van de verwijzingsmogelijkheden die de herziene regeling biedt;
- 8 De instellings-tandartsen en de huistandartsen ervaren de huidige aanvraagprocedure als een belemmering bij het verlenen van bijzondere tandheelkundige hulp;
- 9 De algemene omschrijving van bijzondere tandheelkundige hulp die voor vergoeding in aanmerking komt, leidt tussen adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen nogal eens tot onenigheid over de interpretatie ervan.

Als algemeen beeld kwam uit de onderzoeksgegevens naar voren, 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.

Aanbevelingen

De conclusies leiden tot de volgende aanbevelingen:

- 1 Mogelijk leidt een intensievere voorlichting aan huistandartsen over de herziene regeling, met name over de honorering, ertoe dat zij hun aanbod van tandheelkundige zorg voor gehandicapten vergroten;

- 2 Indien gehandicapten door middel van voorlichting gewezen worden op de mogelijkheden die de herziene regeling hun biedt, groeit wellicht de vraag naar bijzondere tandheelkundige zorg, verleend door de huistandarts;
- 3 Wellicht zou meer scholing op het terrein van de bijzondere tandheelkunde, zowel in het universitaire als in het postacademisch onderwijs, kunnen leiden tot een groei van het aanbod van bijzondere tandheelkundige hulp door huistandartsen;
- 4 Het verdient aanbeveling regionaal overleg tussen adviserend-tandartsen, instellings-tandartsen en huistandartsen over het creëren van een verwijzings- en consultatie-netwerk ten behoeve van de bijzondere tandheelkundige hulp te stimuleren;
- 5 Het verdient aanbeveling te onderzoeken op welke wijze de aanvraagprocedure administratief kan worden vereenvoudigd;
- 6 Geregeld overleg tussen adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen is aangewezen teneinde te voorkomen dat er onenigheid optreedt over de interpretatie van de algemene omschrijving van aandoeningen die aanspraak geven op vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp.

Al met al verdient het aanbeveling na te gaan op welke wijzen de herziene regeling van de bijzondere tandheelkundige zorg alsnog zorgvuldig bij de betrokkenen kan worden geïntroduceerd.

1. INLEIDING

Er bestaan aanwijzingen dat de mondgezondheid van gehandicapten in Nederland ver achter blijft bij die van de niet-gehandicapte populatie. Uit onderzoek bij geïnstitutionaliseerde geestelijk gehandicapten bleek, dat er bij deze groep een duidelijke achterstand in curatieve verzorging bestond; tevens was de toestand van het parodontium over het algemeen slecht (Burgersdijk en Frankenmolen, 1976a, 1976b). Voorts vond Van Grunsven (1977) dat ruim 80% van de geestelijk gehandicapten die in een inrichting werd opgenomen, niet eerder tandheelkundig was behandeld. Uit een gebitsonderzoek bij 21 ernstig verstandelijk of lichamelijk gehandicapte kinderen bleek dat deze kinderen een grote behandelachterstand hadden opgelopen (Van Grunsven en Koelen, 1990). Bij onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van geestelijk gehandicapten in de regio Midden-Brabant werd eveneens een duidelijke achterstand in tandheelkundige behandeling geconstateerd (Verheijen-Adler en Radersma-van Toledo, 1983). Buiten onze landsgrenzen, in West-Europa, is veel epidemiologisch onderzoek verricht naar de mondgezondheid van gehandicapten, met name in het Verenigd Koninkrijk. Uit dergelijk onderzoek bleek veelal dat zowel jeugdige als volwassen gehandicapten een grote behandelachterstand hadden opgelopen; ook was er sprake van veel parodontale problemen (Hobson and Slatery, 1984; Maclaurin et al., 1984; Shaw et al., 1986, 1990; Francis et al., 1991). Vergelijkbare resultaten werden gevonden in de toenmalige Bonds Republiek Duitsland (Pieper et al., 1986) en in Scandinavië (Svaton and Helöe, 1975; Palin et al., 1982).

1.1 Vraagstelling

De organisatie en financiering van de tandheelkundige zorg voor gehandicapten geniet de belangstelling van de Rijksoverheid. De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur bracht bij besluit van 2 juni 1989 een wijziging aan in het 'Besluit Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering.' De herziene regeling trad met ingang van 1 januari 1990 in werking. Met deze nieuwe regeling werden in vergelijking met de daarvóór geldende regeling, in hoofdzaak de volgende wijzigingen aangebracht (Ziekenfondsraad, 1989):

- a. de aard en omvang van de bijzondere hulp werd losgekoppeld van de plaats waar de hulp wordt gegeven;
- b. de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen, welke aanspraak geven op bijzondere hulp, werd vervangen door een algemene omschrijving;

- c. aanspraak op vergoeding van bijzondere hulp bestaat slechts indien de verzekerde met gebruikmaking van de normale hulp geen gebitsfunctie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij of zij gehad zou hebben, als de afwijking of de aandoening zich niet had voorgedaan;
- d. de extra conserverende en prothetische hulp kan worden uitgebreid met andere hulp, indien dit onmisbaar is voor een adequate behandeling van de afwijking;
- e. de bijzondere hulp wordt, waar mogelijk, gegeven door de huistandarts. De deskundigheid van de hulpverlener in het behandelen van deze groep verzekerden dient voorop te staan. Is echter een adequate behandeling in de huispraktijk niet mogelijk dan is behandeling in een ziekenhuis, AWBZ-instelling of universitaire instelling aangewezen;
- f. het ziekenfonds heeft door de schriftelijke toestemmingsprocedure voorafgaand aan de behandeling de mogelijkheid via zijn adviserend-tandarts en/of geneeskundige te bezien waar de bijzondere hulp het beste kan worden verleend;
- g. de toegankelijkheid van de bijzondere hulp moet zoveel mogelijk in de nabije omgeving van de verzekerde worden gewaarborgd.

De nieuwe regeling heeft betrekking op vier categorieën patiënten: tandheelkundig gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en medisch gecompromitteerden. Voor een exacte definitie van deze categorieën patiënten zij verwezen naar Van den Heuvel (1990) en Abraham-Inpijn (1989). De bijzondere hulp voor tandheelkundig gehandicapten is voornamelijk van toepassing op volwassen verzekerden met een aandoening waarvoor 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 ook bij deze categorieën patiënten 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 specialisten, huisartsen en huistandartsen.

Met betrekking tot de uitvoering van de herziene regeling wordt voor alle onderscheiden categorieën het primaat voor behandeling bij een terzake deskundige gelegd. De deskundigheid kan aanwezig zijn bij de huistandarts, tandartsen in instellingen, bijvoorbeeld die voor intramuraal verblijvende gehandicapten, en tandartsen verbonden aan centra voor bijzondere tandheelkunde. Echter, de herziene regeling beoogt te bereiken dat verzekerden in eerste instantie voor behandeling naar de huistandarts in de nabije omgeving uitzien. Ontbreekt hem 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.

Voor het verlenen van bijzondere hulp aan tandheelkundig gehandicapten in de vorm van kronen en bruggen, is in meeste gevallen de deskundigheid bij de huistandarts aanwezig. De deskundigheid voor het verlenen van zorg aan lichamelijk of verstandelijk gehandicapten kan hij verwerven door het volgen van postacademische cursussen. Er zijn echter mogelijk andere belemmeringen dan een gebrek aan kennis en vaardigheid die de huistandarts er van kunnen weerhouden om lichamelijk of verstandelijk gehandicapten te behandelen. De zorgverlening aan deze mensen vergt in het algemeen veel tijd en vereist een wellicht specifieke affiniteit. Daarnaast moet de praktijk toegankelijk zijn voor een gehandicapte in een rolstoel. In de herziene regeling wordt de huistandarts tegemoet gekomen met betrekking tot de tijdsfactor. Kon voorheen alleen per verrichting worden gedeclareerd, nu kan de behandeling ook door de huistandarts volgens een speciaal tarief, te bepalen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg worden gehonoreerd. Een gebrek aan affiniteit met de behandeling van verstandelijk gehandicapten, zou samen kunnen hangen met onvoldoende opleiding, kennis of ervaring op dit terrein. Dit laatste is geïnventariseerd door middel van een onderzoek dat in opdracht van de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBTGG) in het najaar van 1990 werd uitgevoerd (Mensink en Tunissen, 1991). De resultaten van het VBTGG-onderzoek leidden tot de aanbeveling aanvullend onderwijs op het gebied van de tandheelkundige verzorging van gehandicapten te organiseren, zowel in het reguliere onderwijs als postacademisch. Voor aanpassing van de praktische toegankelijkheid of inrichting van de praktijk zijn geen specifieke tegemoetkomingen en acties van derden te verwachten. De huistandarts moet in deze zelf het initiatief nemen.

Door de invoering van de herziene regeling veranderde de opzet van de hulp voor tandheelkundig gehandicapten, extramuraal verblijvende lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en medisch gecompromitteerden. Het is aannemelijk dat deze verandering enige aanpassing van de deelnemende partijen vereiste. Met het oog daarop verzocht de Ziekenfondsraad het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) onderzoek te entameren naar de wijze waarop door huistandartsen, instellingen en ziekenfondsen invulling is gegeven aan de uitvoering van de herziene regeling.

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 zij daarbij ondervinden. Oorspronkelijk lag het in de bedoeling tevens verzekeren bij het onderzoek te betrekken. Uit een pilot-onderzoek, dat werd uitgevoerd om de ontwikkelde meetinstrumenten op hun bruikbaarheid te toetsen, bleek echter dat het weinig zinvol was de

verzekerden te benaderen alvorens het onderzoek onder de zorgverleners was afgerond (Verrips, 1991). In overleg met de begeleidingscommissie (zie paragraaf 1.2) werd derhalve besloten het onderzoek te beperken tot adviserend-tandartsen, tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde, en huistandartsen.

Het onderzoek bij adviserend-tandartsen diende licht te werpen op de volgende vragen:

- op welke wijze hebben de ziekenfondsen verzekerden en hulpverleners voorgelicht over de inhoud en uitvoering van de herziene regeling;
- in hoeverre biedt de toestemmingsprocedure de adviserend-tandartsen de mogelijkheid om de huistandarts op zijn eigen deskundigheid aan te spreken en zodoende de tandheelkundige zorg voor de onderscheiden groepen verzekerden te sturen;
- welke mogelijkheden zien de adviserend-tandartsen om, naast de toestemmingsprocedure, de hulp in de nabijheid van de verzekerden te doen plaatsvinden;
- in welke mate vindt hulp plaats ten huize van de verzekerden op advies van huisarts of behandelend specialist;
- hoe hoog schat men het aantal verstandelijk gehandicapten die onregelmatig, bijvoorbeeld alleen voor het behandelen van pijnklachten, hulp zoeken?
- welke knelpunten bestaan er volgens de adviserend-tandartsen bij de uitvoering van de herziene regeling?

Bij tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde werd antwoord gezocht op de volgende vragen:

- is het aantal verrichtingen bij mensen met een tandheelkundige handicap, medisch gecompromitteerden en extramuraal verblijvende lichamelijk of verstandelijk gehandicapten bij instellingen sinds de invoering van de herziene regeling veranderd;
- welke typen tandheelkundige verrichtingen worden nu bij mensen met een tandheelkundige handicap, medisch gecompromitteerden en extramuraal verblijvende lichamelijk of verstandelijk gehandicapten door deskundige tandartsen in instellingen uitgevoerd;
- hoe hoog schat men het aantal verstandelijk gehandicapten die onregelmatig, bijvoorbeeld alleen voor het behandelen van pijnklachten, hulp zoeken;
- welke knelpunten bestaan er volgens de tandartsen in instellingen bij de uitvoering van de herziene regeling?

Het onderzoek onder huistandartsen ten slotte diende inzicht te verschaffen in de volgende vragen:

- welke categorieën patiënten worden door de huistandarts behandeld;
- in hoeverre achten huistandartsen zich in staat tandheelkundig gehandicapten, lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en medisch gecompromitteerden te behandelen;
- welke typen tandheelkundige verrichtingen worden onder de herziene regeling door de huistandartsen uitgevoerd;
- voor welke typen tandheelkundige verrichtingen wordt verwezen naar deskundigen in instellingen voor bijzondere tandheelkunde;
- is het aantal patiënten in de praktijk, waarvoor de herziene regeling van toepassing is, na invoering van de regeling toegenomen, en zo ja, waar werden deze mensen eerder verzorgd (andere huistandarts, instelling, nog niet eerder behandeld)? Tot welke categorieën behoren deze patiënten;
- is men op de hoogte van de inhoud van de herziene regeling;
- in hoeverre is door het instellen van een speciaal tarief de belangstelling voor het verlenen van zorg aan deze vier groepen verzekerden toegenomen;
- op welke manier heeft de tandheelkundige professie de zorg voor deze vier groepen van verzekerden na invoering van de herziene regeling georganiseerd;
- welke knelpunten bestaan er volgens huistandartsen bij de uitvoering van de herziene regeling?

Het onderzoek beoogde vooral kwalitatieve gegevens op te leveren over de zorgverlening aan de onderscheiden categorieën verzekerden.

1.2 Projectteam

Het projectteam bestond uit de volgende personen van het NIPG-TNO:

Mevrouw L. Bauer, projectassistent

Dr. J.E. Frencken, tandarts (projectleider tot 1 januari 1992)

Dr. H. Kalsbeek, tandarts

Dr. J.L.A. van Rijckevorsel, statisticus

Drs. G.H. Verrips, psycholoog (projectleider vanaf 1 januari 1992).

Een deel van de interviews werd afgenomen door mevrouw A. Reintjes, tandarts.

1.3 Begeleidingscommissie

De Ziekenfondsraad heeft bij de subsidietoewijzing onder meer bepaald dat ten behoeve van het onderzoek een begeleidingscommissie werd ingesteld. In deze commissie namen deel namens:

- De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT):
Drs. J.W.R. Lamsvelt
Dr. G.M.J.M. van Rossum.
- De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ):
Drs. J.W.M. Collaris
Drs. E.J.W. Derksen.
- Het secretariaat van de Ziekenfondsraad:
Dr. J. den Dekker, voorzitter vanaf medio 1992
Jhr. J.D. van Foreest, voorzitter tot medio 1992
H.R.M. van der Kroon
Mr. J.F.H. Voogt.

2. MATERIAAL EN METHODEN

2.1 Steekproef

Het onderzoek diende kwalitatieve gegevens op te leveren over het functioneren van de bijzondere tandheelkundige zorgverlening onder de herziene regeling. Het lag niet in de bedoeling een kwantitatief beeld daarvan te schetsen, dat representatief is voor de opinies van alle tandheelkundige zorgverleners in Nederland. Om die reden is ervoor gekozen beperkte aantallen zorgverleners 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) van ons land te benaderen voor een interview. Drie groepen informanten werden benaderd: adviserend-tandartsen, tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde en huistandartsen.

Adviserend-tandartsen (n=13) - Alle adviserend-tandartsen (n=17) in beide regio's werden benaderd met het verzoek aan het onderzoek deel te nemen. Drie van hen werkten mee aan het pilot-onderzoek, uitgevoerd om de bruikbaarheid van de vragenlijst te testen. Eén adviserend-tandarts kon wegens ziekte niet geïnterviewd worden. De overige adviserend-tandartsen, acht uit de regio West en vijf uit de regio Oost, namen aan het onderzoek deel.

Tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde (n=29) - In de gekozen regio's bevinden zich 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 werd in elk van beide regio's een willekeurige steekproef van 10 instellingen getrokken. Zodoende konden 20 tandartsen werkzaam in instellingen voor intra-muraal verblijvende gehandicapten benaderd worden. 18 Van hen werkten aan het onderzoek mee. Daarnaast werden 11 tandartsen geïnterviewd, die verbonden waren aan een universitair centrum voor bijzondere tandheelkunde of een afdeling bijzondere tandheelkunde in een ziekenhuis. In totaal werden derhalve 29 tandartsen werkzaam aan een instelling voor bijzondere tandheelkunde geïnterviewd.

Huistandartsen (n=101) - Uit de populatie huistandartsen gevestigd in één van beide regio's werd door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) een willekeurige steekproef van 150 algemeen-practici getrokken. Deze tandartsen werden telefonisch benaderd met het verzoek aan het onderzoek te willen meewerken. Drie van hen weigerden, omdat zij naar hun

zeggen geen tijd of belangstelling hadden. Nog eens 46 huistandartsen vielen af, doordat zij geen praktijk meer voerden, geen ziekenfondspatiënten behandelden of onbereikbaar waren. De resterende 101 huistandartsen namen aan het onderzoek deel.

2.2 Vragenlijsten

Aan de hand van de onderzoeksvragen werd een aantal thema's geformuleerd, die een leidraad vormden bij het construeren van de vragenlijsten. Aangezien de vraagstelling met betrekking tot de onderscheiden categorieën respondenten verschilde, betrof het hier drie soorten lijsten: een lijst bestemd voor adviserend-tandartsen, één voor tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde en één voor huistandartsen. In bijlage 1 staan de vragenlijsten weergegeven. De lijsten kregen hun definitieve vorm op basis van het commentaar van de begeleidingscommissie en op basis van de gegevens van het pilot-onderzoek. Uit het pilot-onderzoek bleek onder meer, dat de kwaliteit van de gegevens het beste en het aantal deelnemers het hoogst was, indien de respondenten telefonisch werden benaderd teneinde een afspraak te maken voor een interview ten huize of in de praktijk van de respondent. Derhalve werd besloten de respondenten op deze wijze te benaderen en te interviewen.

De vragenlijst bestemd voor adviserend-tandartsen bevatte vragen naar de volgende thema's:

1. de informatievoorziening rond de herziene regeling
2. de mate waarin de procedures van de herziene regeling doelmatig zijn
3. het aantal verzekerden dat hulp zoekt bij de huistandarts
4. het aantal verzekerden dat hulp zoekt bij tandartsen in instellingen voor bijzondere tandheelkunde
5. initiatieven ter verbetering van de toegankelijkheid van de bijzondere tandheelkundige zorg
6. tandheelkundige hulp ten huize van verzekerden
7. het percentage verstandelijk gehandicapten dat regelmatig tandheelkundige hulp zoekt
8. positieve ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling
9. knelpunten bij de uitvoering van de herziene regeling

Tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde werd gevraagd naar de volgende thema's:

1. achtergrondgegevens.
2. de informatievoorziening rond de herziene regeling
3. veranderingen in het aantal verzekerden en verrichtingen
4. het type verrichtingen dat wordt uitgevoerd
5. het percentage verstandelijk gehandicapten dat regelmatig tandheelkundige hulp zoekt
6. positieve ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling
7. de knelpunten bij de uitvoering van de herziene regeling

Huistandartsen tenslotte beantwoordden vragen naar de volgende thema's:

1. achtergrondgegevens
2. het aantal patiënten per categorie
3. het type verrichtingen dat wordt uitgevoerd
4. de belemmeringen bij de behandeling
5. omstandigheden die de behandeling vergemakkelijken
6. doorverwijzing
7. de informatievoorziening rond de herziene regeling
8. veranderingen in het aantal verzekerden
9. veranderingen in het aantal verrichtingen
10. initiatieven ter verbetering van de toegankelijkheid van de bijzondere tandheelkundige zorg
11. ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling

De interviews namen elk ongeveer een half uur tot een uur in beslag en vonden plaats 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, steeds goed gemotiveerd de hun gestelde vragen serieus te beantwoorden.

3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk staan achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de adviserend-tandartsen, de tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde, en huistandartsen weergegeven.

3.1 Adviserend-tandartsen

In het onderstaande worden de resultaten weergegeven, geordend naar de thema's die bij het onderzoek bij adviserend-tandartsen aan de orde kwamen.

De informatievoorziening rond de herziene regeling

Het merendeel van de 13 geïnterviewde adviserend-tandartsen vond de informatie die zij over de herziene regeling hadden gekregen begrijpelijk en voldoende. Als zij de informatie onvoldoende achtten, wezen zij met name op het feit dat het uurtarief onder de herziene regeling nog niet was vastgesteld.

Drie respondenten verklaarden dat zij de huistandartsen over de herziene regeling hadden geïnformeerd, per telefoon dan wel per brief; zes adviserend-tandartsen verkeerden in de veronderstelling dat dat door de NMT was gedaan. Volgens vier respondenten waren de huistandartsen in het geheel niet van de herziene regeling op de hoogte gebracht. Negen adviserend-tandartsen hadden de tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde van de herziene regeling op de hoogte gebracht.

Eén adviserend-tandarts had de verzekerden door middel van een folder van de herziene regeling op de hoogte gebracht. De overigen hadden dat niet gedaan. Enkelen voerden als reden daarvoor aan, dat het onduidelijk zou zijn naar wie zij dergelijke informatie zouden moeten sturen, dat de consequenties van de regeling voor de verzekerden slechts gering waren, of dat het moeilijk is uit te leggen wat de herziene regeling nu eigenlijk inhoudt. Een zestal respondenten uitte de vrees, dat zij door de verzekerden op de hoogte te brengen onterechte vraag naar vergoedingen zouden creëren.

De mate waarin de procedures van de herziene regeling doelmatig zijn

Acht respondenten waren van mening dat de huidige toestemmingsprocedure een geschikt instrument is om de behandeling van mensen met een handicap in eerste instantie door de huistandarts te doen plaatsvinden. Volgens vijf respondenten resulteert de herziene regeling tevens in een tandheelkundige zorgverlening meer in de nabijheid van mensen met een handicap. De overige adviserend-tandartsen deelden deze meningen niet, om redenen die onder het thema 'knelpunten' opgesomd staan.

Het aantal verzekerden dat hulp zoekt bij de huistandarts

Vijf adviserend-tandartsen waren van mening dat het aantal tandheelkundig gehandicapten en medisch gecompromitteerden dat sinds de invoering van de herziene regeling door de huistandarts wordt behandeld, is toegenomen. De overige respondenten dachten dat dat aantal gelijk was gebleven. Alle adviserend-tandartsen vermoedden dat het aantal door de huistandarts behandelde verstandelijk of lichamelijk gehandicapte patiënten gelijk was gebleven.

Het aantal verzekerden dat hulp zoekt bij tandartsen in instellingen voor bijzondere tandheelkunde

De meeste adviserend-tandartsen verklaarden dat het aantal patiënten dat bij de instellingen tandheelkundige hulp krijgt, gelijk was gebleven sinds de invoering van de herziene regeling. Twee respondenten zagen dit aantal licht stijgen.

Initiatieven ter verbetering van de toegankelijkheid van de bijzondere tandheelkundige zorg

Een tiental adviserend-tandartsen maakte gewag van initiatieven in hun regio ter verbetering van de toegankelijkheid van de zorg voor gehandicapten. De meeste tandartsen refereerden daarbij aan pogingen de horizontale doorverwijzing te stimuleren, ofwel naar huistandartsen die zich toeleggen op de behandeling van gehandicapte patiënten, ofwel naar instellingen voor bijzondere tandheelkunde. Andere initiatieven betroffen een inventarisatie van de behoefte aan tandheelkundige zorg voor ambulante gehandicapten in instellingen voor bijzondere tandheelkunde, en een enquête onder huistandartsen waarin de affiniteit tot de behandeling van gehandicapte patiënten werd geïnventariseerd.

Tandheelkundige hulp ten huize van verzekerden

Negen adviserend-tandartsen gaven te kennen dat er in hun regio wel eens tandheelkundige hulp ten huize van de verzekerde werd verleend. Het betrof dan slechts zeer kleine aantallen patiënten.

Het percentage verstandelijk gehandicapten die regelmatig tandheelkundige hulp zoeken

Alle respondenten waren er zeer huiverig voor een schatting te geven van het percentage verstandelijk gehandicapten in Nederland, die regelmatig ter controle en behandeling tandheelkundige hulp zoeken. Zes tandartsen wilden er in het geheel geen uitspraak over doen. De overige tandartsen kwamen tot schattingen variërend van 5% minimaal tot 45% maximaal.

Positieve ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling

De positieve ervaringen die de adviserend-tandartsen opdeden met de uitvoering van de herziene regeling, concentreerden zich op de gevolgen voor de verzekerden, het functioneren als adviserend-tandarts en het functioneren van de huistandartsen. Het betreft hier de resultaten van een open vraag. De mogelijkheid bestaat dat meer adviserend-tandartsen dan het vermelde aantal de spontaan geuite meningen van hun collega's deelden.

De gevolgen voor de verzekerden - Twee adviserend-tandartsen vonden het positief dat de limitatieve lijst was afgeschaft, omdat daardoor naar hun mening meer recht gedaan kan worden aan de verzekerden, met name bij probleemgevallen. Eén adviserend-tandarts constateerde dat er nu minder klagende en ontevreden patiënten zijn.

Het functioneren van de adviserend-tandarts - Vijf adviserend-tandartsen waren van mening, dat de herziene regeling hun meer greep gaf op het functioneren van de bijzondere tandheelkunde. Als argument voor dat standpunt werd onder meer aangevoerd dat de adviserend-tandarts nu zelf invloed heeft op wat wel en wat niet binnen de regeling gebracht kan worden; dat er nu een betere verdeling van de middelen mogelijk is en dat de verwijzingsmogelijkheden zijn uitgebreid. Eén adviserend-tandarts vond dat hij nu meer bij de diagnostiek en indicatiestelling in huispraktijken werd betrokken, zodat hij tot een beter oordeel kon komen met betrekking tot de vraag door wie de behandeling moet worden uitgevoerd. Hij tekende daarbij aan, dat de indicatiestelling nu wel zeer nauwkeurig diende te geschieden. Zo biedt de regeling hem naar zijn zeggen bijvoorbeeld de mogelijkheid somatische fixaties in een vroeg stadium op te sporen en patiënten die daaraan lijden uit het tandheelkundig circuit te halen.

Het functioneren van de huistandarts - Eén adviserend-tandarts vond het een goede zaak dat nu ook de huistandarts geïndiceerde behandelingen bij gehandicapte patiënten mag uitvoeren. Binnen de categorie tandheelkundig gehandicapten gaan nu meer patiënten naar de huistandarts, zo is zijn ervaring. Een andere adviserend-tandarts constateerde dat er nu meer overleg plaatsvindt tussen huistandartsen en instellingen voor bijzondere tandheelkunde, hetgeen voor de huistandartsen een leermoment inhoudt. Een derde adviserend-tandarts sprak de hoop uit, dat huistandartsen nu wat meer tijd gaan besteden aan de behandeling van angstige patiënten.

Knelpunten bij de uitvoering van de herziene regeling

De knelpunten die de adviserend-tandartsen ervoeren bij de uitvoering van de herziene regeling concentreerden zich rond de volgende zaken:

- De informatie over de herziene regeling
- De interpretatie van de herziene regeling
- De voorlichting aan de verzekerden
- Het functioneren van de huistandarts
- Het functioneren van de instellingen voor bijzondere tandheelkunde
- De oude regeling in vergelijking met de nieuwe regeling
- De organisatie tengevolge van de herziene regeling.

Doordat het om een open vraag ging, geldt ook hier dat de knelpunten spontaan werden genoemd en derhalve niet ter beoordeling aan de adviserend-tandartsen zijn voorgelegd. Wellicht ervoeren meer adviserend-tandartsen dan de vermelde aantallen de hieronder weergegeven knelpunten.

De informatie over de herziene regeling - Vijf adviserend-tandartsen waren van mening dat de herziene regeling voor algemeen practici volstrekt onduidelijk is, doordat de informatie zeer summier en moeilijk leesbaar was. Het zou vaak onduidelijk zijn wat er met de herziene regeling wordt beoogd. Het gevolg daarvan is, aldus drie adviserend-tandartsen, dat de beroepsgroep niet goed op de hoogte is van de toepassing van de regeling en er vaak ten onrechte een beroep op wordt gedaan. Ook zou het volgens hen voorkomen dat de aanvragers op de mogelijkheden gewezen moeten worden. Een adviserend-tandarts vond dat de informatie vanuit de NMT minimaal is geweest, ook al omdat de NMT wachtte met het verstrekken van informatie tot er een uurtarief was vastgesteld.

De interpretatie van de herziene regeling - Tien adviserend-tandartsen vonden de herziene regeling onduidelijk, omdat de gehanteerde begrippen te rekbaar zouden zijn. Daardoor is het naar hun mening onmogelijk constante rechtvaardige afwegingen te maken, hetgeen resulteert in rechtsongelijkheid voor verzekerden. Drie adviserend-tandartsen constateerden dat de toekenningscriteria nu subjectief zijn, waardoor het moeilijk is de tandartsen daarover voor te lichten en er nu veel onderhandelingen met huistandartsen nodig zijn om tot afspraken te komen. Er zouden volgens vier adviserend-tandartsen interpretatieverschillen ontstaan tussen hen en de huistandarts, die de onderlinge verhoudingen niet ten goede komen: de afwijzing van een aanvraag zou soms voor de huistandarts moeilijk te verteren zijn. Elke beslissing moet steeds goed beargumenteerd zijn, aldus drie adviserend-tandartsen. Twee adviserend-tandartsen achtten het begrip medisch gecompromitteerd onduidelijk: het zou moeilijk zijn te bepalen of bijvoorbeeld angstige patiënten en aidspatiënten daaronder vallen.

De volgende uitspraken konden slechts éénmaal opgetekend worden: "Vaak is er sprake van handje klap, omdat er geen tarieflijst is vastgesteld. Met de kreet 'zorg op maat' kan men alle kanten op. Juist door de interpretatieverschillen is de nieuwe regeling kwetsbaar voor bezuinigingen. Als de fondsen gebudgetteerd worden, gaat het belang van de verzekerden gevaar lopen en is het niet meer mogelijk een ieder zijn rechten te geven. Het is niet duidelijk of moeilijke prothesen onder de regeling vallen. Ook bij arthropathieën is het soms moeilijk vast te stellen welke behandeling bij de afwijking hoort en welke als 'achterstallig onderhoud' beschouwd moet worden. De nazorg voor implantaten is niet eenduidig geregeld. Mocht de tandheeldkunde na een stelselherziening uit het verzekeringspakket verdwijnen, dan zal er veel meer gedeclareerd worden via de herziene regeling."

De voorlichting aan de verzekerden - De voorlichting aan de verzekerden is zeer summier geweest, zo constateerden twee adviserend-tandartsen. Er zou naar hun mening een gerichte informatiestroom naar de verzekerden tot stand moeten komen, hetgeen in het huidige bestel niet van de verzekeraars te verwachten zou zijn. Eén adviserend-tandarts had ervaren, dat verzekerden denken dat alles kosteloos is, als ze naar een instelling verwezen zijn; hij moest nu ook al met de verzekerde onderhandelen. Hij stelde dat de verzekerden er een groot financieel belang bij hebben om onder de regeling te vallen. Verder zouden verzekerden meestal niet weten waar zij de benodigde zorg moeten halen, naar de mening van een adviserend-tandarts.

Het functioneren van de huistandarts - Drie adviserend-tandartsen achtten het opleidingsniveau van de huistandarts een knelpunt: in de opleiding zou veel meer aandacht aan de behandeling van gehandicapte patiënten besteed moeten worden. PAO-T op dit gebied zou ontbreken en de deskundigheid zou veelal niet bij de huistandartsen aanwezig zijn, voorzover dat al te bepalen is. Twee adviserend-tandartsen noemden als voorbeeld daarvan dat kennis op het gebied van de zorgverlening voor medisch gecompromitteerden bij veel huistandartsen niet aanwezig zou zijn. Ook zijn huistandartsen volgens hen communicatief nog steeds onvoldoende vaardig.

De volgende knelpunten werden slechts éénmaal genoemd: "Het is de vraag of huistandartsen willen toegeven dat zij bepaalde patiënten niet kunnen of willen behandelen. De doorsnee huistandarts heeft geen affiniteit met de behandeling van verstandelijk of lichamelijk gehandicapten. Men wil wel kroon- en brugwerk verrichten bij tandheelkundig gehandicapten, maar niet bij verstandelijk gehandicapten. Deze categorie verzekerden vormt een struikelblok. Als er al behandeld wordt, gebeurt dat meestal slecht. De behandeling kan derhalve veel beter in instellingen plaatsvinden. De weinige huistandartsen die wel affiniteit met de behandeling van gehandicapten hebben, moeten een 'keurmerk' krijgen, waarna met hen protocolaire afspraken gemaakt kunnen worden; collegae kunnen dan naar hen verwijzen. Het tijdtarief is bij de beroepsgroep niet populair;

men werkt liever op verrichtingenbasis. Je kunt regelen wat je wilt, uiteindelijk gaat het toch om vraag en aanbod; bij een goedlopende praktijk heeft men geen behoefte aan lastige patiënten."

Het functioneren van de instellingen voor bijzondere tandheelkunde - Twee adviserend-tandartsen waren van mening dat universitaire instellingen vaak voor zeer ingewikkelde oplossingen kiezen en daarin geen compromissen willen sluiten. Verder achtten zij de consultatiefunctie van de instellingen op verrichtingenbasis niet goed uitvoerbaar en een uurtarief zou daarbij niet zijn toegestaan. Eén adviserend-tandarts constateerde dat wat betreft angstbegeleiding de afspraak nu is dat er maximaal 5 uur op uurtarief gedeclareerd mag worden; het blijft volgens hem een probleem dit goed te financieren. Tenslotte vond één adviserend-tandarts het vreemd dat de universitaire instellingen voor bijzondere tandheelkunde voor hetzelfde werk hogere uurtarieven mogen declareren dan de huistandarts.

De herziene regeling in vergelijking met de oude regeling - Zes adviserend-tandartsen waren van mening dat de herziene regeling in feite de oude situatie legitimeert: er zou in de praktijk niets veranderd zijn. De oude regeling was makkelijker en efficiënter te hanteren, zo vonden drie adviserend-tandartsen; in veel voorkomende gevallen kon automatisch toestemming worden verleend. Eén adviserend-tandarts vond de oude regeling concreter en er kon incidenteel van worden afgeweken; dat zou beter zijn dan een regeling die nauw geïnterpreteerd dient te worden. Eén adviserend-tandarts formuleerde de mening dat huistandartsen die vroeger gehandicapte patiënten behandelden dat nu nog doen, maar dat er geen huistandartsen bijkomen die dat doen. Verder was een adviserend-tandarts van mening dat het uiteindelijk in overleg met de instellingen voor bijzondere tandheelkunde toch tot een limitatieve lijst komt; het zou veel te veel werk zijn elk geval apart te beoordelen.

De organisatie ten gevolge van de herziene regeling - Drie adviserend-tandartsen constateerden dat het vragen van toestemming door huistandartsen vaak wordt gezien als administratieve rompslomp. De machtigingsprocedure zou geen stimulans vormen om van de regeling gebruik te maken. Eén adviserend-tandarts kreeg zeer veel extra werkzaamheden door de telkens terugkerende aanvraag van de huistandarts en de daarop volgende toetsing. Er zou een apart machtigingsformulier voor bijzondere tandheelkunde ontwikkeld moeten worden, dat overzichtelijker is dan het huidige, zo was een adviserend-tandarts van mening. Tenslotte werd eenmaal als knelpunt genoemd dat er organisatorische problemen binnen het ziekenfonds ontstaan, doordat het declareren op twee regelingen (bijvoorbeeld een behandelplan met zowel normale als bijzondere tandheelkundige hulp) administratief moeilijk te verwerken is.

3.2 Tandartsen werkzaam in instellingen voor bijzondere tandheelkunde

In hoofdstuk 2 staan de thema's opgesomd, die in het onderzoek onder tandartsen werkzaam in instellingen aan de orde kwamen. In totaal werden 29 tandartsen in deze categorie geïnterviewd. In het onderstaande worden de resultaten per thema weergegeven.

Achtergrondgegevens

Van de respondenten waren er 12 tussen 1960 en 1970 afgestudeerd, 12 tussen 1970 en 1980 en vijf na 1980. 13 Tandartsen waren afgestudeerd aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, vier aan de Rijksuniversiteit te Groningen, zeven aan de Universiteit van Amsterdam, drie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, één aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en één elders.

Het merendeel van de geïnterviewde tandartsen werkte in een zwakzinnigeninstelling (17). De overige 12 waren werkzaam in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Op zes na werkten de tandartsen langer dan tien jaar in de instelling, in de meeste gevallen voor drie dagdelen per week of minder. Van de geïnterviewde tandartsen waren er 25 van het mannelijk geslacht.

Van de respondenten hadden er 24 nascholing gevolgd op het gebied van de bijzondere tandheelkunde. Genoemd werden onder meer de PAO-T cursussen Inhalatie-sedatie (11), Hypnose (3) en Kindertandheelkunde (6), lezingen en cursussen georganiseerd door de VBTGG (6), een cursus van de Hoytema Stichting (2) en een cursus Angstbehandeling. 19 Tandartsen waren lid van de VBTGG en 12 van de Vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt).

Informatievoorziening rond de herziene regeling

Op vier na waren alle geïnterviewde tandartsen op de hoogte van de herziene regeling. Het merendeel van hen wist tevens wat de regeling inhoudt. Zij waren van de herziene regeling op de hoogte gebracht door de VBTGG, Cobijt of contacten met collegae. Ook de NMT werd enkele malen als informatiebron genoemd. 18 Tandartsen vonden de informatie over de herziene regeling begrijpelijk; 12 vonden die informatie tevens voldoende. Eveneens 12 respondenten hadden hun extramurale patiënten tijdens consulten over de herziene regeling geïnformeerd. Zij die dat niet hadden gedaan, voerden daarvoor als reden aan dat zij wachtten op initiatieven in deze van het ziekenfonds of dat zij bang waren teveel vraag te creëren.

Veranderingen in het aantal verzekerden en verrichtingen

Van de 24 tandartsen die patiënten met een **verstandelijke handicap** behandelden, waren er tien van mening dat het aantal patiënten dat zij sinds de invoering van de regeling behandelden was

toegenomen; bij 14 respondenten was het aantal patiënten gelijk gebleven. Zeven tandartsen meenden dat tevens het aantal verrichtingen dat zij bij deze patiënten uitvoerden, was toegenomen. Volgens de overige tandartsen was dat aantal gelijk gebleven.

Patiënten met een **lichamelijke handicap** werden door 14 van de geïnterviewde tandartsen behandeld. Vier van hen waren van mening dat het aantal behandelde patiënten en het aantal uitgevoerde verrichtingen sinds de invoering van de herziene regeling was toegenomen. De andere tien tandartsen meenden dat die aantallen gelijk gebleven waren.

Van de 13 respondenten die **tandheelkundig gehandicapte** patiënten behandelden, verklaarden er zeven sinds de invoering van de regeling meer patiënten te behandelen en tevens meer verrichtingen uit te voeren. Volgens de andere zes tandartsen waren die aantallen gelijk gebleven.

14 Tandartsen behandelden **medisch gecompromitteerde** patiënten. Zes respondenten waren meer van dergelijke patiënten gaan behandelen sinds de invoering van de herziene regeling; drie van hen voerden tevens meer verrichtingen uit dan voorheen. Bij de overige tandartsen waren de aantallen behandelde patiënten en uitgevoerde verrichtingen gelijk gebleven.

Een afname van het aantal patiënten werd in geen van de genoemde categorieën waargenomen.

Het type verrichting dat werd uitgevoerd

De tandartsen die lichamelijke of tandheelkundig gehandicapte patiënten dan wel medisch gecompromitteerde patiënten behandelden, gaven te kennen dat zij meestal alle voorkomende verrichtingen bij dergelijke patiënten uit konden voeren. Alleen bij verstandelijk gehandicapte patiënten maakten de meeste tandartsen geen uitgebreid kroon- en brugwerk; ook voerden zij meestal geen totale rehabilitaties uit.

Het percentage verstandelijk gehandicapten dat regelmatig tandheelkundige hulp zoekt

11 Tandartsen waren van mening dat het percentage verstandelijk gehandicapten dat regelmatig tandheelkundige hulp zoekt onder 30% ligt en 13 dachten dat dat percentage tussen 30% en 60% ligt; vijf tandartsen kwamen uit op een percentage boven 60%. Drie tandartsen maakten hierbij de kanttekening, dat de ernst van de verstandelijke handicap hierbij van belang is. Zo zouden patiënten met een lichte verstandelijke handicap in grotere getale tandheelkundige hulp zoeken dan zwaar gehandicapte patiënten. Tevens zouden jonge patiënten vaker hulp zoeken dan oudere patiënten.

Positieve ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling

De geïnterviewde tandartsen noemden een aantal positieve ervaringen met de uitvoering van de nieuwe regeling, die zich concentreerden rond de tariefstelling, de huistandarts en het afschaffen

van de limitatieve lijst. Tien tandartsen waren niet in staat positieve ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling te noemen.

Tariefstelling - Zes tandartsen waren er verheugd over, dat door de nieuwe tariefstelling een ruim financieel kader is gecreëerd. Alle noodzakelijke tandheelkundige verrichtingen kunnen nu, naar de mening van vier tandartsen, worden uitgevoerd: er kan voor het tarief kwalitatief goede tandheelkunde worden geleverd. Twee tandartsen waren zeer te spreken over de relatie met de adviserend-tandarts; er zou altijd iets geregeld kunnen worden. Tevens kunnen er nu volgens hen budgetafspraken met het ziekenfonds gemaakt worden. Eén tandarts merkte op, dat het terecht is dat instellingen hogere tarieven in rekening mogen brengen dan huistandartsen.

Relatie met de huistandarts - Drie tandartsen juichten het toe, dat gemotiveerde huistandartsen nu ook bijzondere tandheelkunde kunnen uitvoeren, omdat het daardoor mogelijk is geworden lokale afspraken te maken. Waarschijnlijk worden er nu meer verstandelijk gehandicapte patiënten door de huistandarts behandeld, aldus drie tandartsen. Zij achtten het tevens een groot voordeel dat de huistandarts de instelling kan raadplegen voor consultatie en diagnostiek; dat wordt nu volledig vergoed. Eén tandarts hoopte dat er nu een goed georganiseerd netwerk van huistandartsen tot stand komt, waardoor de vraag naar de bijzondere tandheelkundige hulp zou toenemen. Tenslotte dacht een tandarts dat met het aantrekken van het aantal behandelingen in de huispraktijk de mensen met een handicap ook makkelijker worden doorgestuurd naar de instellingen.

Het afschaffen van de limitatieve lijst - Vier tandartsen noemden de nieuwe regeling prima; het zou goed zijn dat de limitatieve lijst is afgeschaft, omdat de oude lijst veel te star was. Eén tandarts zag nu betere verzorgingsmogelijkheden voor medisch gecompromitteerden.

Knelpunten bij de uitvoering van de herziene regeling

Acht tandartsen noemden in antwoord op de open vraag in het geheel geen knelpunten bij de uitvoering van de herziene regeling. De overige tandartsen ervoeren knelpunten op het vlak van

- de informatievoorziening
- de deskundigheid van de huistandarts
- de relatie met het ziekenfonds
- de gevolgen van de regeling

Informatievoorziening - Volgens tien tandartsen is de herziene regeling onvoldoende bekend bij huistandartsen; de voorlichting zou duidelijk te kort schieten. Het artsencircuit zou van de regeling op de hoogte gebracht moeten worden, aldus vier tandartsen, zodat de patiënten ook door hen goed kunnen worden geïnformeerd, bijvoorbeeld op een consultatiebureau. Twee tandartsen vonden dat er nog veel onduidelijkheid is in de regelgeving, hetgeen tot verwarring leidt. Zo zou de positie van

de medisch gecompromitteerde onduidelijk blijven en er voor bijvoorbeeld extreem angstigen en aidspatiënten niets zijn geregeld.

Deskundigheid van de huistandarts - Naar de mening van negen tandartsen werkzaam in een instelling voor bijzondere tandheelkunde heeft de huistandarts te weinig kennis, vaardigheid of ervaring om gehandicapte patiënten goed te kunnen behandelen. Volgens twee tandartsen komt dat, doordat er nooit goed onderwijs in de bijzondere tandheelkunde is gegeven en ook het PAO-T het in deze laat afweten. Huistandartsen hebben niet de juiste attitude, aldus acht tandartsen, en voelen zich onzeker; zij zouden te weinig geduld en totaal geen affiniteit hebben met deze categorieën patiënten; zij zouden wel gehandicapten zien, maar ze niet behandelen. Acht respondenten vonden dat huistandartsen veel te laat doorverwijzen, doordat zij niet willen toegeven de behandeling niet aan te kunnen. Er zou een goed systeem van horizontale verwijzing tussen huistandartsen tot stand gebracht moeten worden, aldus drie tandartsen. Het is de huistandartsen naar de mening van twee respondenten te veel moeite behandelplannen te maken. De volgende knelpunten werden éénmaal genoemd: "De huispraktijk is vaak qua apparatuur niet ingericht op de behandeling van gehandicapten. Het gevaar is aanwezig dat huistandartsen uit gemakzucht gehandicapten naar een instelling sturen. In theorie is de regeling een verbetering, maar de huistandartsen willen er toch niet aan. Er zouden normen moeten worden ontwikkeld ten aanzien van de kwaliteit van de zorg voor gehandicapten. De interactie tussen huistandarts en instellings-tandarts is gebrekkig."

Relatie met het ziekenfonds - Tien respondenten waren van mening, dat het ziekenfonds allerlei administratieve barrières opwerpt; de afhandeling van aanvragen zou bedroevend slecht en de aanvraagprocedure veel te ingewikkeld zijn. Men is afhankelijk van de willekeur van de lokale instantie en de relatie met de adviserend-tandarts is zeer slecht, zo luidde de klacht van 12 tandartsen. Eén tandarts stelde voor de meeste verrichtingen zonder toestemming van de adviserend-tandarts te laten plaatsvinden.

Gevolgen van de regeling - Zeven tandartsen constateerden dat de toename van het aantal behandelde gehandicapte patiënten niets met de regeling te maken heeft, maar met de persoonlijke werving door de tandarts. Twee tandartsen zagen als gevaar, dat het resultaat van de regeling uiteindelijk een verminderde zorg voor de risicogroepen is. Eén tandarts merkte op, dat men weliswaar denkt dat de zaak nu geregeld is, maar dat niets minder waar is; het zou allemaal eens uniform geregeld moeten worden: elke instelling hetzelfde tarief, ook de huistandarts. Een laatste tandarts tenslotte vond het onder de herziene regeling moeilijk is de normale kwaliteit tandheelkunde te leveren.

3.3 Huistandartsen

De uitkomsten van het onderzoek onder huistandartsen worden weergegeven aan de hand van de thema's die in hoofdstuk 2 geformuleerd werden. In totaal namen 101 huistandartsen aan het onderzoek deel. Absolute aantallen respondenten komen derhalve nagenoeg overeen met procentuele.

Achtergrondgegevens

Vier tandartsen waren afgestudeerd vóór 1960, 17 tussen 1960 en 1970, 50 tussen 1970 en 1980 en 30 tandartsen na 1980. 38 Tandartsen waren afgestudeerd aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, 21 aan de Rijksuniversiteit te Groningen, 17 aan de Universiteit van Amsterdam, 15 aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, zeven aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, één aan het Academisch Centrum Tandheelkunde te Amsterdam en twee elders.

Verreweg de meeste tandartsen voerden een solopraktijk (82). De percentages ziekenfondsverzekerden in de praktijk liepen nogal uiteen: 14 huistandartsen behandelden minder dan 50% ziekenfondsverzekerden, bij 80 huistandartsen lag dat percentage tussen 50% en 70%, en zeven huistandartsen hadden meer dan 70% ziekenfondsverzekerden in hun praktijk. Van de geïnterviewde huistandartsen waren er 94 van het mannelijk geslacht.

Van de respondenten hadden er 30 enigerlei vorm van nascholing gevolgd op het gebied van de bijzondere tandheelkunde. Genoemd werden onder meer de PAO-T cursussen 'Inhalatie-sedatie' (5) en 'Medisch urgente situaties in de tandheelkundige praktijk' (8), lezingen en cursussen georganiseerd door de VBTGG (4), een cursus Hypnose (3), een cursus van de Hoytema Stichting (3), een cursus Angstbehandeling (3), een cursus Kindertandheelkunde (2) en een cursus Communicatieve vaardigheden (2). Eén tandarts merkte hierbij op de bijeenkomsten van de VBTGG niet meer bij te willen wonen, omdat de tijd en de kosten die daarmee gemoeid zijn niet door het Ziekenfonds worden vergoed. Zes huistandartsen waren lid van de VBTGG.

Het aantal behandelde patiënten per onderscheiden categorie

In tabel 3.3.1 staat per categorie patiënten (verstandelijk, lichamelijk, tandheelkundig gehandicapten dan wel medisch gecompromitteerden) weergegeven hoeveel huistandartsen de afgelopen vijf jaar dergelijke patiënten behandeld hadden en hoe groot het aantal behandelde patiënten was.

Tabel 3.3.1 Het aantal huistandartsen dat verstandelijk, lichamelijk of tandheelkundig gehandicapte of medisch gecompromitteerde patiënten behandelt

	aantal patiënten			
	geen	1-5	6-10	>10
verstandelijk gehandicapten	31	45	16	9
lichamelijk gehandicapten	21	33	27	20
tandheelkundig gehandicapten	60	18	9	14
medisch gecompromitteerden	52	16	14	19

Ongeveer éénderde van de huistandartsen had in het geheel geen verstandelijk gehandicapte patiënten behandeld en bijna de helft van de geïnterviewde tandartsen had slechts zeer weinig van dergelijke patiënten behandeld. Verder behandelde meer dan de helft van de geïnterviewde huistandartsen geen tandheelkundig gehandicapten of medisch gecompromitteerde patiënten. Daarentegen hadden de meeste huistandartsen wel lichamelijk gehandicapten in hun praktijk.

Het type verrichtingen dat werd uitgevoerd

In het geval dat zij een bepaalde categorie patiënten behandeld hadden, werd de huistandartsen gevraagd welk soort verrichtingen, indien geïndiceerd, zij meestal wél uitvoerden. De resultaten staan in tabel 3.3.2 samengevat.

Tabel 3.3.2 Percentages huistandartsen die een aantal onderscheiden verrichtingen meestal wel uitvoerden, per categorie patiënt

	verstandelijk % n=70	lichamelijk % n=80	tandheelkundig % n=41	medisch gecompromiteerden % n=49
a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde	100	100	100	98
b. gedeeltelijk verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	96	100	98	96
c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	66	93	98	94
d. handmatig tandsteen verwijderen	91	98	98	94
e. restaureren van eenvlakscaviteiten op gladde vlakken	87	100	98	94
f. restaureren van eenvlakscaviteiten op occlusale vlakken	86	99	98	94
g. restaureren van twee/drievlakscaviteiten	71	93	98	94
h. toedienen van lokale anesthesie	83	96	98	94
i. extractie onder lokale anesthesie	73	93	98	90
j. rootplaning	39	76	93	82
k. endodontische behandeling	41	85	98	86
l. uitgebreid kroon- en brugwerk	23	65	90	86
m. totale rehabilitatie	16	55	83	75
n. frameprothese	53	89	90	89
o. volledige prothese	41	89	83	89

Van de huistandartsen die tandheelkundig gehandicapte of medisch gecompromiteerde patiënten behandeld hadden, voelde meer dan driekwart zich in staat alle voorkomende verrichtingen uit te voeren. Bij lichamelijk gehandicapte patiënten werd door wat minder tandartsen een totale rehabilitatie (55%) of uitgebreid kroon- en brugwerk (65%) uitgevoerd. Veel lagere percentages huistandartsen gaven te kennen bij hun verstandelijk gehandicapte patiënten behandelingen als rootplaning (39%), uitgebreid kroon- en brugwerk (23%) of totale rehabilitaties (16%) uit te voeren.

Belemmeringen bij de behandeling

De huistandartsen werd gevraagd welke belemmeringen zij ervoeren bij de behandeling van de onderscheiden categorieën patiënten. Ook indien een tandarts te kennen had gegeven geen patiënten uit een bepaalde categorie te behandelen, kon hij aangeven welke belemmeringen hij verwachtte. Het betreft hier antwoorden op een open vraag.

De belemmeringen die huistandartsen ervoeren bij de behandeling van **verstandelijk gehandicapte** patiënten, concentreerden zich rond een drietal zaken: tijd en financiën, behandelbaarheid, en communicatie.

Tijd en financiën - De extra tijd die de behandeling van deze patiënten doorgaans vergt, vormde voor 36 huistandartsen een belemmering; deze tandartsen vreesden financiële problemen, indien zij teveel verstandelijke gehandicapten zouden behandelen. Vijf tandartsen vonden de honorering zeer slecht; ook het nieuwe uurtarief zou veel te laag zijn. Twee tandartsen gaven aan dat het vragen van toestemming veel administratieve rompslomp met zich meebrengt en zij waren slecht te spreken over de communicatie met het ziekenfonds: bij aanvraag zouden vaak afwijzingen volgen.

Behandelbaarheid - Meer dan de helft van de tandartsen (56) achtten de behandelbaarheid van verstandelijk gehandicapte patiënten een belemmering. Zo zouden veel patiënten angstig en niet aanspreekbaar zijn, zich slecht kunnen concentreren en onvoorspelbaar gedrag vertonen. Zij kunnen onverwacht motorisch bijzonder heftig reageren, aldus negen tandartsen, en wegens die sterke beweeglijkheid moet de tandarts heel voorzichtig werken. Dertien tandartsen ervoeren belemmeringen bij het werken in de mond: de mondopening zou soms te klein, de tong en speekselvloed te groot zijn, en deze patiënten zouden hun mond niet lang kunnen openhouden, vaak moeten spoelen, een sterke slikreflex en braakneigingen hebben bij het gebruik van water in de mond. Ook zouden sommige patiënten proberen spullen uit de mond te halen of af te pakken. Voorts waren acht tandartsen van mening, dat verstandelijk gehandicapte patiënten veel sneller moe zijn en daardoor meer afspraken nodig hebben, hetgeen tijdsdruk geeft. Indien een behandeling maximaal een kwartier kan duren, gaat dat ten koste van de kwaliteit, zo vreesde een huistandarts. Drie tandartsen vonden dat de planning van de behandelingen moeilijk is, ook al doordat er dagen zijn waarop deze patiënten in het geheel niet te behandelen zijn. Verder uitten vier tandartsen de mening dat de mondhygiëne bij deze patiënten vaak slecht is. Eén tandarts begon maar liever helemaal niet aan de behandeling van verstandelijk gehandicapte patiënten, dan halverwege een serie behandelingen toch nog te moeten doorverwijzen; dat zou slecht voor de vertrouwensrelatie zijn.

Communicatie - De communicatie met verstandelijk gehandicapte patiënten vormde een belemmering voor 27 huistandartsen. Er zou veel geduld voor nodig zijn, en de tandarts moet over empathische vaardigheden beschikken. De assistenten moeten gemotiveerd zijn en affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben, evenals de tandarts zelf, vond een tweetal tandartsen. Contact maken met deze patiënten is erg moeilijk, aldus 12 tandartsen, ook al omdat je er zo weinig ervaring mee hebt. Eén tandarts vond het moeilijk duidelijk te maken wat de bedoeling van de behandeling is, waardoor patiënten niet begrijpen wat er gebeurt. Een tandarts maakte zich zorgen over de kwaliteit van de behandeling, die sterk zou lijden onder de communicatieproblemen.

Ook de belemmeringen die huistandartsen ervoeren bij de behandeling van **lichamelijk gehandicapte** patiënten lagen op het vlak van tijd en financiën, behandelbaarheid en communicatie.

Tijd en financiën - Het behandelen van lichamelijke gehandicapte patiënten is zeer tijdrovend, aldus 31 huistandartsen. Per behandeling zou men slechts kunnen beschikken over een zeer beperkte tijdsduur en men zou veel meer afspraken nodig hebben dan bij gezonde patiënten. Eén tandarts vond met name de behandeling in bejaardentehuizen zeer tijdrovend en ergerde zich aan het feit dat deze bij het ziekenfonds niet te declareren zou zijn: 'het is allemaal liefdewerk, oud papier'. Vijf tandartsen waren van mening dat de honorering ronduit slecht is en zagen in de financiën een groot obstakel. Eén tandarts wees erop, dat het TJZ-tarief bedoeld is voor gezonde patiënten, en daardoor veel te laag is voor gehandicapten.

Behandelbaarheid - Meer dan de helft (56) van de geïnterviewde huistandartsen zag belemmeringen in de behandelbaarheid van lichamelijke gehandicapte patiënten. De behandelbaarheid van de patiënt zou sterk afhangen van zijn toestand op dat moment. Bijvoorbeeld patiënten met een spierdystrofie zouden veel problemen geven. Zes tandartsen constateerden dat deze patiënten vaak last hebben van tremor, een onvolledige mondopening, slikproblemen en vaak veel speeksel. Voorts wezen zij erop, dat men bedacht moet zijn op onverwachte reacties en bewegingen van de patiënt, dat de ledematen goed in bedwang moeten worden gehouden en dat de patiënten veelal niet in de gewenste houding gaan liggen, waardoor de tandarts vaak staande moet behandelen, slecht zicht heeft en een lagere kwaliteit tandheelkunde levert. De behandeling van rolstoelpatiënten is fysiek zeer inspannend, aldus een twintigtal huistandartsen: dergelijke patiënten moeten vaak in de behandelstoel worden getild en tijdens de behandeling heeft de tandarts een zeer ongemakkelijke houding. De tandarts is dan afhankelijk van de hulp van derden en hoopt maar op hulpkrachten die de patiënt moeten begeleiden. Volgens acht tandartsen is hun praktijk slecht toegankelijk voor rolstoelpatiënten en mensen die slecht ter been zijn. Eén tandarts was van mening dat de behandeling veel inventiviteit vraagt en dat het veelal alleen lukt de status quo te handhaven. Twee tandartsen tenslotte waren slecht te spreken over de mondhygiëne van lichamelijke gehandicapte patiënten; volledig plaquevrij maken zou niet lukken en de thuiszorg zou onvoldoende zijn.

Communicatie - De volgende belemmeringen werden slechts één- of tweemaal genoemd: "De communicatie met deze patiënten is moeilijk, je moet veel meer praten dan normaal. Dat geeft stress en vraagt veel van de tandarts. Regelmatig worden afspraken niet nagekomen. Overigens laat ook de communicatie met de adviserend-tandarts over de behandeling van deze patiënten veel te wensen over."

De belemmeringen die huistandartsen verwoordden ten aanzien van de behandeling van **tandheelkundig gehandicapte** patiënten lagen op het vlak van de tijd en financiën, het tandheelkundig-technische kunnen en de relatie met het ziekenfonds.

Tijd en financiën - Zes tandartsen constateerden dat de behandeling van deze patiënten onder tijdsdruk geschiedt en vaak zeer lang duurt. Zo zou het maken van een behandelplan veel tijd kosten en dat zou niet worden vergoed. Je komt dan in de financiële problemen, aldus 14 tandartsen, want het ziekenfondspakket is wel zeer karig; alleen bij particulier verzekerden zou de tandarts zijn werk vergoed krijgen; bij fondspatiënten moet er vaak voor een minder gunstige oplossing worden gekozen. Eén huistandarts wees erop, dat als de algemeen-practicus evenveel vergoed zou krijgen als de instellingen voor bijzondere tandheelkunde, er geen patiënten doorverwezen zouden hoeven worden.

Tandheelkundig technisch kunnen - De benodigde behandelingen zijn volgens 26 huistandartsen zeer moeilijk, daartoe ontbreekt het de huistandarts soms aan vaardigheden, kennis of ervaring. Vaak zou de huistandarts niet beschikken over de juiste apparatuur. Drie tandartsen wezen erop, dat kennis over niet-tandheelkundige aspecten van de behandeling onontbeerlijk is en de universitaire opleiding niet voldoende is om deze patiënten te behandelen. Zo zou bij ernstige afwijkingen het opstellen van een behandelplan een obstakel vormen. Nog eens drie tandartsen waren van mening dat er feitelijk een behandelteam noodzakelijk is om deze patiënten adequaat te kunnen behandelen.

Relatie met het ziekenfonds - 15 Tandartsen vonden de administratieve rompslomp en het overleg met de adviserend-tandarts zeer belemmerend. Het vragen van toestemming en het invullen van de formulieren zou veel tijd kosten en de aanvraagprocedure zou vaak zeer langdurig zijn. Eén tandarts wees erop, dat de afhankelijkheid van de beslissingen van de adviserend-tandarts leidt tot willekeur en rechtsongelijkheid; als de huistandarts geen goedkeuring krijgt voor een behandelplan, moet de patiënt achteraf toch nog zelf betalen. De patiënt is volgens hem vaak veel beter af met een verwijzing, dat is financieel gunstiger.

Belemmeringen bij de behandeling van **medisch gecompromitteerde** patiënten werden ervaren met betrekking tot de tijd en financiën, de kenmerken van de patiënt, de behandelend specialist, de medische kennis en de relatie met het ziekenfonds.

Tijd en financiën - Zeven tandartsen achtten de honorering voor de behandeling van deze patiënten zwaar onder de maat; het ziekenfonds zou niet alles willen vergoeden dat nodig is. Dergelijke behandelingen zijn pure service, want het vragen van toestemming is te veel werk en men verdient er dus nauwelijks wat aan, aldus één tandarts; een huistandarts zou dus niet teveel van deze patiënten kunnen behandelen. Naar de mening van 16 tandartsen kost de behandeling zeer veel tijd,

met name wegens tandheelkundig-technische problemen; ook de behandeling van bijvoorbeeld aidspatiënten is volgens hen zeer tijdrovend en kost veel energie.

Kenmerken van de patiënt - Twee tandartsen waren van mening dat de medisch gecompromitteerde patiënt vaak niet of niet goed is geïnformeerd over zijn ziekte; voorts zouden deze patiënten slecht gemotiveerd zijn zich te laten behandelen en een slechte mondhygiëne hebben. Veel patiënten zouden volgens twee tandartsen bang zijn, bijvoorbeeld omdat ze denken het risico te lopen dood te bloeden. Acht tandartsen constateerden een verhoogd risico op complicaties, zowel voor tandarts als voor patiënt, vooral als het spoedgevallen betreft; het zou hier de moeilijkste categorie patiënten betreffen die eigenlijk in de algemene praktijk onbehandelbaar zijn. De volgende belemmeringen werden éénmaal genoemd: "De patiënten werken niet altijd mee bij premedicatie, waardoor de meeste afspraken weer uitgesteld moeten worden. Het behandelmoment moet vaak aangepast worden aan de wensen van de patiënt. Verder is de reactie van de patiënt moeilijk voorspelbaar, zeker na chemotherapie of bestraling. De communicatie met de patiënt is vaak moeilijk en de patiënten zijn weinig coöperatief".

Behandelend specialist - Zes tandartsen ervoeren het als belemmerend dat de behandelende medici zich weinig coöperatief opstellen; zij zouden meestal zeer slecht te bereiken zijn. Met name in acute situaties vonden deze tandartsen dat een probleem.

Medische kennis - Volgens 11 huistandartsen is de behandeling zeer complex door medische oorzaken en zij vreesden als huistandarts over onvoldoende medische kennis te beschikken. Daardoor zou de behandeling van medisch gecompromitteerde patiënten huistandartsen afschrikken. De moeilijkheidsgraad van de behandeling is zeer hoog, aldus zes huistandartsen.

Relatie met het ziekenfonds - Zeven tandartsen deelden de ervaring dat zij moeizaam of in het geheel geen toestemming voor de behandeling krijgen; zo zou het ziekenfonds moeilijk doen over extra röntgenfoto's en noodprothesen. Er is veel administratieve rompslomp, zo vonden deze tandartsen.

Naast belemmeringen bij de behandeling die de huistandartsen desgevraagd spontaan noemden, gaven zij hun oordeel over een aantal stellingen die hun werden voorgelegd. Indien zij het eens waren met een stelling, werd hen gevraagd aan te geven of datgene dat in de stelling geformuleerd was, voor hen een bezwaar vormde. De resultaten van deze procedure staan weergegeven in tabel 3.3.3.

Tabel 3.3.3 Aantallen huistandartsen die knelpunten ervoeren en dat al dan niet bezwaarlijk vonden, per categorie patiënt

	verstandelijk		lichamelijk		tandheelkundig		medisch gecompromitteerden	
	eens + bezwaar	eens geen bezwaar	eens + bezwaar	eens geen bezwaar	eens + bezwaar	eens geen bezwaar	eens + bezwaar	eens geen bezwaar
a. de behandeling van deze patiënten is tijdrovend	29	65	12	62	10	51	8	51
b. een tandarts verdient weinig aan de behandeling van deze patiënten	31	39	23	24	11	9	18	17
c. je moet affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben	11	79	4	72	4	60	4	60
d. de behandeling van deze patiënten vergt veel van je communicatieve vaardigheden	6	81	5	47	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
e. de behandeling van deze patiënten verstoort het afsprakenschema	9	11	7	7	1	4	6	10
f. de behandeling van deze patiënten is stressverwekkend	21	17	9	11	5	9	13	24
g. de praktijk moet voor deze patiënten adequate bouwkundige voorzieningen hebben	n.v.t.	n.v.t.	31	61	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
h. de behandeling van deze patiënten vergt veel van je technische vaardigheden	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	10	71	n.v.t.	n.v.t.
i. de behandeling van deze patiënten vergt veel van je medische kennis	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	20	59

Over het algemeen komen de resultaten uit tabel 3.3.3 overeen met het beeld dat uit de beschrijving van de belemmeringen naar voren kwam. De huistandartsen ervoeren problemen met de tijdsdruk, de financiën, hun affiniteit tot de behandeling van de onderscheiden categorieën patiënten, de veel vergende communicatie en de stress die de behandeling met zich meebrengt. Ook uit het VBTGG-onderzoek bleek de vele huistandartsen van mening waren dat de behandeling van gehandicapte patiënten op dergelijke problemen stuit (Mensink en Tunissen, 1991).

Omstandigheden die de behandeling van deze patiënten vergemakkelijken

De huistandartsen werd gevraagd welke omstandigheden de behandeling van de onderscheiden categorieën patiënten zouden vergemakkelijken.

Omstandigheden die de behandeling van **verstandelijk gehandicapte** patiënten zouden vergemakkelijken werden door de huistandartsen gezocht op het gebied van tijd en financiën, begeleiding van de patiënt en de vaardigheid van de huistandarts.

Tijd en financiën - Indien er meer tijd beschikbaar was, zou dat de behandeling aanzienlijk vergemakkelijken, aldus 29 tandartsen. Zo zouden deze patiënten buiten de normale afspraken om behandeld moeten worden, bijvoorbeeld slechts 1 of 2 patiënten per dagdeel; er zouden korte afspraken gemaakt moeten worden. Zonder de administratieve handelingen zou je veel tijd winnen, merkten vier tandartsen op. Je zou volgens een tandarts slechts een gering aantal van deze patiënten moeten behandelen, bijvoorbeeld door ze beter te verdelen over de algemeen-practici. Van de geïnterviewde huistandartsen wezen 32 erop, dat dit werk beter betaald moet worden; 13 van hen noemden het instellen van een uurtarief als oplossing. De bestaande financiële regelingen dienen volgens twee tandartsen veel ruimer te worden; ook de instructie van de hulpkracht zou gehonoreerd moeten worden.

Begeleiding van de patiënt - Deze patiënten zouden naar het oordeel van 29 huistandartsen begeleid moeten worden door hulpkrachten, die goed met hen kunnen communiceren; ook zou het helpen als iemand van de familie of een goede kennis mee zou komen, waardoor de tandarts minder stress ervaart. Voorts meenden enkele tandartsen, dat de patiënt van tevoren goed geïnstrueerd en voorbereid moet worden; er zou meer aandacht moeten komen voor preventief gedrag thuis, en overleg met de begeleider voorafgaand aan de behandeling zou gewenst zijn. Goed geschoolde en ervaren assistenten zouden de behandeling van deze patiënten kunnen vergemakkelijken, zo meenden 26 tandartsen; dergelijke assistenten zouden affiniteit tot de behandeling van deze patiënten moeten hebben. Het beschikbaar zijn van apparatuur voor inhalatie-sedatie of narcose tenslotte zou volgens een zestal huistandartsen de behandeling tevens kunnen vergemakkelijken.

Vaardigheid van de huistandarts - Zes huistandartsen vonden dat je als huistandarts meer training en ervaring moet hebben; er zou goed onderwijs gegeven moeten worden, waardoor je veel meer kennis over deze patiënten hebt. Eén tandarts pleitte voor het instellen van kwalitatieve controle en een mogelijkheid tot overleg met collegae. Ook een goede ondersteuning door artsen, in verband met contra-indicaties en medicatie, en een relatie van wederzijds vertrouwen met de adviserend-tandarts zouden stimulerend werken.

Omstandigheden die de behandeling van **lichamelijk gehandicapte** patiënten vergemakkelijken, lagen volgens de huistandartsen op het gebied van tijd en financiën, praktijkinrichting en assistentie.

Tijd en financiën - Je zou voldoende tijd moeten hebben om deze patiënten te behandelen, zodat je de behandelingen ruim kunt plannen. Dat vinden 19 huistandartsen. Voorts zou een betere honorering op zijn plaats zijn, aldus 22 tandartsen. Zo is het behandelen van lichamelijke gehandicapte patiënten op uurtarief naar de mening van zeven tandartsen ideaal, al achten zij het bestaande uurtarief veel te laag, hetgeen in het algemeen voor de ziekenfondstarieven zou gelden. Daarbij zou het volgens een tandarts mogelijk moeten zijn extra tijd te declareren, bijvoorbeeld voor de instructie van ouders en verzorgers; ook de noodzakelijke aanpassingen van de praktijkruimte zouden moeten worden vergoed. Voorts waren twee tandartsen van mening dat de administratieve procedures van het ziekenfonds veel eenvoudiger kunnen.

Praktijkinrichting - In totaal 48 huistandartsen waren van oordeel dat een adequaat ingerichte praktijkruimte de behandeling van lichamelijke gehandicapte patiënten aanzienlijk zou vergemakkelijken. Zo zou een praktijk op de begane grond ideaal zijn en zou je een brede entree willen hebben en verder geen drempels, trapjes of stoepjes in de praktijk. Voorts werd opgemerkt dat er in het algemeen veel ruimte vereist is en dat er in de praktijk voorzieningen als een lift, aangepaste toiletten en een aangepaste behandelstoel moeten worden aangebracht. Ook een tillift, om de patiënten in de stoel te krijgen, zou volgens 11 tandartsen de behandeling van deze patiënten ten goede komen en eigenlijk is een speciale behandelunit nodig, in een aparte ruimte die vriendelijk oogt, met een zodanige praktijkopstelling dat het instrumentarium goed bereikbaar is. Ook dachten acht tandartsen aan aangepaste rolstoelen, bijvoorbeeld met hoofdsteen, of een rolstoel die achterovergeklapt kan worden; een vacuüm te zuigen kussen om de patiënten vaster in de behandelstoel te laten zitten zou eveneens handig zijn. Eén tandarts opperde de mogelijkheid patiënten op de stoel vast te binden, al vermoedde hij dat een dergelijke aanpak voor weinig algemeen-practici acceptabel is. Twee tandartsen kwamen tot de conclusie dat deze patiënten het beste in een inrichting of thuis behandeld kunnen worden.

Assistentie - Tien tandartsen zagen graag dat elke lichamelijke gehandicapte een begeleider meebrengt, bijvoorbeeld een groepsleider of een familielid, en bij voorkeur zou dat steeds dezelfde persoon moeten zijn, zodat de tandarts niet alles steeds opnieuw hoeft uit te leggen. Assistenten zouden een speciale opleiding moeten volgen, zodat zij deskundiger met deze patiënten kunnen omgaan, aldus 12 tandartsen.

Omstandigheden die de behandeling van **tandheelkundig gehandicapte** patiënten zouden vergemakkelijken, werden door de huistandartsen gezocht in de tijd en financiën, overleg met collegae en de relatie met het ziekenfonds.

Tijd en financiën - Naar de mening van 13 huistandartsen dienen de vergoedingen voor de behandeling van deze patiënten veel ruimer te zijn. Zij suggereerden dat de verdiensten sterk onder het particulier tarief liggen en dat zij graag op de TJZ-norm zouden willen declareren, of op basis van een uurtarief. Er zou dan volgens negen tandartsen meer tijd beschikbaar komen, zodat de behandelingen beter kunnen worden gepland.

Overleg met collegae - 24 Huistandartsen pleitten voor enigerlei vorm van samenwerking met collegae en voor begeleiding vanuit een instelling voor bijzondere tandheelkunde of voor regelmatig contact met de universiteit, zodat de huistandarts meer kennis en ervaring opdoet. Vier tandartsen suggereerden dat de huistandarts deel moet uitmaken van een team van ervaren collegae, tand-technici, artsen en tandarts-specialisten, zodat de huistandarts altijd op iemand kan terugvallen voor advies; ook zouden terzake deskundigen dan een behandelplan kunnen vaststellen, zodat de uitvoering verder geen problemen hoeft op te leveren. Eén tandarts vond dat er een vorm van kwalitatieve controle moet komen, en dat huistandartsen moeten worden bijgeschoold. Voorts was een tandarts van mening dat een systeem van horizontale verwijzing de behandeling van deze patiënten ten goede zou komen, evenals goed geschoold personeel.

Relatie met het ziekenfonds - De administratieve rompslomp zou volgens 17 tandartsen moeten worden vereenvoudigd, zodat zij "zonder al die formulieren" de behandelingen kunnen uitvoeren, die voor de patiënt optimaal zijn. De huistandarts moet individueel vrij zijn in de behandeling en carte blanche krijgen; daarvoor is een soepeler houding van de adviserend-tandarts onontbeerlijk, zo vonden deze tandartsen.

Omstandigheden die de behandeling van **medisch gecompromitteerde** patiënten zouden vergemakkelijken, lagen volgens de huistandartsen op het vlak van de tijd en financiën, de rol van medici en de relatie met het ziekenfonds.

Tijd en financiën - Volgens 11 tandartsen zou er meer tijd beschikbaar moeten zijn voor de behandeling van deze patiënten, zodat de behandeling beter gepland kan worden; tevens zou niet-gehonoreerde tijd voortaan wel uitbetaald moeten worden, en zou die honorering veel beter moeten zijn. Zo zou extra honorering noodzakelijk zijn in verband met investeringen, zoals de aanschaf van OPG-apparatuur, het goed schoonhouden van de behandelruimten en het steriliseren van apparatuur. Twee tandartsen vonden dat er een uurtarief moet worden ingesteld.

De rol van medici - Een aantal huistandartsen (19) was slecht te spreken over de informatievoorziening door de medici: "De medisch specialisten zouden hun patiënten beter moeten voorlichten, zodat de patiënt exact weet wat hem mankeert. Het zou helpen als de patiënt in het bezit was van een medicijnkaart, of van een bericht van de specialist met informatie voor de tandarts. Er moet een goede anamnese beschikbaar zijn. Wellicht moeten deze patiënten een pasje dragen waarop aangegeven staat dat profylaxe noodzakelijk is. De medische geschiedenis van de patiënt zou beter toegankelijk moeten zijn, bijvoorbeeld door deze op te slaan in een databank die toegankelijk is voor behandelend artsen en tandartsen." Voorts stelden 16 tandartsen, dat specialisten en huisartsen beter bereikbaar en beschikbaar voor overleg moeten zijn. Ook overleg met collegae werd belangrijk genoemd, waardoor advisering en doorverwijzing mogelijk zou worden. Enkele tandartsen vonden dat de behandeling eigenlijk het beste in een ziekenhuis in teamverband kan plaatsvinden, met goede stoelassistentie. Negen tandartsen pleitten voor bijscholing.

Relatie met het ziekenfonds - Volgens 13 tandartsen zou het ziekenfonds beter mee moeten werken en de aanvraagprocedure door middel van formulieren moeten worden afgeschaft. Voor aidspatiënten zou een speciaal preventiepakket moeten worden ingesteld, zo suggereerde een tandarts, en de verrichtingen bij medisch gecompromitteerden zouden standaard in het ziekenfondspakket opgenomen moeten zijn; het ziekenfonds zou tevens voorwaarden moeten scheppen om patiënten thuis te behandelen.

Doorverwijzing

In tabel 3.3.4 staat per categorie patiënten weergegeven hoeveel tandartsen patiënten doorverwezen naar collegae of instellingen voor bijzondere tandheelkunde en hoeveel tandartsen patiënten doorverwezen kregen in de afgelopen vijf jaar.

Tabel 3.3.4 Aantallen tandartsen die patiënten doorverwezen dan wel doorverwezen kregen per categorie patiënt

	verstandelijk	lichamelijk	tandheelkundig	medisch gecompromiteerd
tandarts verwees door	38	10	42	25
tandarts kreeg doorverwezen	9	13	9	9

Slechts tien tandartsen hadden de afgelopen vijf jaar lichamelijk gehandicapte patiënten doorverwezen. De aantallen huistandartsen die verstandelijk of tandheelkundig gehandicapte patiënten doorverwezen, waren hoger. Weinig tandartsen hadden de afgelopen vijf jaar patiënten doorverwezen gekregen.

De informatievoorziening rond de herziene regeling

Van de geïnterviewde huistandartsen waren er 59 niet op de hoogte van het feit dat er in 1990 een herziene regeling ten aanzien van de behandeling van gehandicapte patiënten van kracht was geworden. De huistandartsen die wel op de hoogte waren van dat feit, wisten veelal niet wat de herziening inhoudt. Het uurtarief dat voortaan in rekening gebracht kan worden, werd het meest frequent genoemd als inhoud van de nieuwe regeling (n=13). Vijf tandartsen waren van mening dat de zorgverlening aan gehandicapte patiënten voortaan in eerste instantie door de huistandarts verleend dient te worden. Eén tandarts wist dat die zorg onder de herziene regeling gekoppeld is aan de specifieke deskundigheid van de zorgverlener; drie tandartsen wisten dat er hulp op maat verleend dient te worden. Verder meenden nog enkele tandartsen, dat het declareren van verrichtingen uitgevoerd bij gehandicapte patiënten voortaan afhankelijk is van onderhandelingen met de adviserend-tandarts, en dat daardoor de behandelmogelijkheden verruimd zouden zijn. Een andere tandarts dacht dat de instellingen voor bijzondere tandheelkunde meer verrichtingen mochten uitvoeren dan voorheen, maar zag geen consequenties voor algemeen-practici.

Gevraagd naar de bron van hun kennis over de herziene regeling, antwoordden 14 tandartsen dat zij via het 'Nederlands Tandartsenblad' op de hoogte waren gebracht. Twee tandartsen waren door een medewerker van het ziekenfonds ingelicht en nog eens twee door collegae. Het 'Vademecum' van de VNZ en de NMT tenslotte werd door twaalf tandartsen genoemd als kennisbron.

Van de huistandartsen vonden er 17 de informatie die zij over de regeling hadden ontvangen begrijpelijk; 14 tandartsen vonden die informatie ook voldoende. Vier huistandartsen hadden hun patiënten tijdens een consult over de herziene regeling geïnformeerd.

Veranderingen in het aantal verzekerden

Slechts tandartsen die op de hoogte waren van het feit dat er sinds 1990 een herziene regeling ten aanzien van de behandeling van gehandicapte patiënten geldt (n=42), werd gevraagd naar veranderingen in het aantal patiënten uit de vier onderscheiden categorieën die zij behandelden. Eén tandarts verklaarde sinds de invoering van de herziene regeling meer tandheelkundig gehandicapte of medisch gecompromitteerde patiënten te behandelen. Gevraagd naar de redenen daarvoor antwoordde hij, dat het appèl van dergelijke patiënten op tandheelkundige zorg groter was geworden. Bij de overigen was het aantal gehandicapte patiënten dat zij behandelden gelijk gebleven. Geen enkele tandarts was sinds de invoering van de herziene regeling meer verstandelijk of lichamelijk gehandicapte patiënten gaan behandelen.

Veranderingen in het aantal verrichtingen

Twee tandartsen waren van mening dat zij na de invoering van de herziene regeling meer verrichtingen waren gaan uitvoeren bij tandheelkundig of verstandelijk gehandicapte patiënten. Eén tandarts had meer verrichtingen uitgevoerd bij lichamelijke gehandicapten of medisch gecompromitteerden dan voorheen. Als reden daarvoor noemde hij de invoering van het uurtarief.

Initiatieven ter verbetering van de toegankelijkheid van de bijzondere tandheelkundige zorg

Vijf huistandartsen maakten melding van dergelijke initiatieven, die bestonden uit het doorverwijzen van patiënten naar collegae die de beschikking hebben over apparatuur voor het toepassen van inhalatie-sedatie, het doorverwijzen van patiënten voor behandeling onder narcose door een algemeen-practicus in het ziekenhuis en het doorverwijzen naar een universitaire kliniek.

Ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling

De huistandartsen werd gevraagd naar hun ervaringen met de uitvoering van de herziene regeling. Vier tandartsen beklagden zich erover, dat de huistandarts te weinig van het ziekenfonds te horen krijgt hoe de regelingen zijn: de communicatie naar de patiënt zou daardoor gebrekkig zijn. Een tandarts noemde als voorbeeld dat hij een patiënt toezegde dat deze zijn kroon vergoed zou krijgen en dat achteraf bleek dat er bijbetaald moest worden. De regeling krijgt volgens een andere tandarts te weinig bekendheid, er is meer mogelijk dan de huistandarts denkt; overigens zou het slechts weinig patiënten betreffen, zodat de huistandarts weinig van de regeling gebruik maakt. Tien tandartsen waren van oordeel dat het vragen van toestemming zoveel rompslomp met zich medebrengt, dat veel collegae er maar van afzien; de behandeling zou niet veel extra tijd kosten en een tandarts zou opzien tegen het invullen van formulieren. Collegae houden zich volgens een tandarts alleen met tandheelkunde bezig, niet met de randvoorwaarden. De volgende ervaringen konden éénmaal genoteerd worden: "Het ziekenfondstarief is te laag; moeilijk te behandelen patiënten vallen buiten de boot, bijvoorbeeld angstige patiënten, die veel tijd en geduld vergen. Huistandartsen moeten gedegen getraind worden in het behandelen van gehandicapte patiënten. De adviserend-tandarts stimuleert de behandeling van gehandicapte patiënten door de huistandarts niet. Het is geen goede zaak dat de adviserend-tandartsen in dienst zijn van het ziekenfonds; het zijn nu tegenstanders. Er bestaan grote verschillen in de toestemming voor behandelingen van de twee ziekenfondsen ter plaatse, hetgeen bijzonder ergerlijk is. De mogelijkheid tot communicatie met de adviserend-tandartsen verschilt. De regeling is te ruim; bij budgettering worden de patiënten de dupe. Gehandicapte patiënten dienen altijd behandeld te worden. Als elke huistandarts een gemiddeld aantal gehandicapte patiënten behandelt, kan dat toch geen problemen opleveren."

4. DISCUSSIE, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Met ingang van 1 januari 1990 werd een herziening in het 'Besluit Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering' van kracht. De herziening van dit besluit betrof de bijzondere tandheelkundige zorg. Zo wordt onder de herziene regeling de bijzondere tandheelkundige hulp zo mogelijk verleend door de huistandarts in de nabije omgeving van de verzekerde. Is deskundige zorg in de huispraktijk niet mogelijk, dan dient deze te worden verleend in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Een andere belangrijke verandering bestond uit het vervangen van de limitatieve opsomming van tandheelkundige afwijkingen die aanspraak geven op bijzondere hulp door een algemene omschrijving.

De Ziekenfondsraad gaf het NIPG-TNO opdracht te onderzoeken op welke manier de herziene regeling in de praktijk wordt uitgevoerd en welke knelpunten zorgverzekeraars (adviserend-tandartsen) en zorgverleners (instellings-tandartsen en huistandartsen) bij de uitvoering van de regeling ondervinden. Het onderzoek werd uit praktische overwegingen beperkt tot de westelijke en oostelijke regio van ons land. Strikt genomen gelden de resultaten dan ook slechts die regio, al is er weinig reden om aan te nemen dat de tandheelkundige zorg voor gehandicapten in het noorden en zuiden van het land anders functioneert dan in de onderzochte regio.

Het onderzoek diende vooral kwalitatieve gegevens op te leveren over de herziene regeling, zo was de wens van de Ziekenfondsraad. Er werd derhalve gekozen voor het persoonlijk interview als bevragsingsmethode, aan de hand van gestructureerde vragenlijsten die in een pilotstudie werden uitgetest. Deze aanpak kan geslaagd genoemd worden, gezien de serieuze participatie van de bevragden en grote verscheidenheid aan informatie die het onderzoek genereerde.

In het onderstaande worden de resultaten van het onderzoek bediscussieerd, gevolgd door een opsomming van conclusies en aanbevelingen.

Uit onderzoek naar de mondgezondheid van gehandicapten, uitgevoerd in Nederland, maar vooral in het Verenigd Koninkrijk en in Scandinavië, bleek dat deze patiënten een grote behandelachterstand hadden, zowel jeugdigen als volwassenen (zie hoofdstuk I). Dat gold met name voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten.

De meeste adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen gaven pessimistische schattingen van het percentage verstandelijk of lichamelijk gehandicapten dat regelmatig ter controle en behandeling de tandarts bezoekt. De schattingen, aarzeland gegeven wegens het ontbreken van landelijke epidemiologische gegevens, varieerden van 5% tot 60%. Een aantal instellings-tandartsen tekende daarbij

aan, dat vooral oudere patiënten met een zware verstandelijke of lichamelijke handicap waarschijnlijk in het geheel geen tandheelkundige zorg genieten. Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd, dat er wellicht bij een groot deel van de Nederlandse populatie verstandelijk of lichamelijk gehandicapten een tandheelkundige behandelachterstand bestaat.

Een belangrijk doel van de regelherziening was de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg voor gehandicapten te vergroten door deze zorg in eerste instantie te doen verlenen door de huistandarts in de nabije omgeving van de verzekerde. Het effect van de regeling kan derhalve onder meer worden afgemeten aan het aantal gehandicapte patiënten dat door de huistandarts wordt behandeld en tevens aan het aantal en soort verrichtingen dat de huistandarts bij deze groep verzekerden uitvoert, sinds de invoering van de regeling.

Geen enkele adviserend-tandarts had de indruk dat huistandartsen nu meer lichamelijk of verstandelijk gehandicapte patiënten behandelen dan vóór de regelherziening. Vijf 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. Een andere huistandarts was van oordeel dat hij nu meer verrichtingen uitvoerde bij gehandicapte patiënten dan voorheen. Afgemeten aan deze resultaten moet worden geconcludeerd, dat de herziene regeling tot nu toe niet aan zijn doel beantwoordt: er is nauwelijks sprake van een toename van het aantal gehandicapte patiënten dat bij een huistandarts in de nabije omgeving tandheelkundige zorg vindt.

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

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 kennen, evenals de meeste tandartsen werkzaam in instellingen. 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 juist hen aangaat. De huistandartsen die er wél van op de hoogte

waren, wisten nauwelijks welke wijzingen er in de regeling waren aangebracht. Zo verwoordden vele huistandartsen 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. De conclusie is onvermijdelijk, dat de voorlichting aan de huistandartsen niet toereikend is geweest. Mogelijk leidt een intensievere voorlichting over de herziene regeling ertoe, dat huistandartsen hun aanbod van tandheelkundige zorg voor gehandicapten vergroten.

Ondanks het feit dat de verzekerden niet bij het onderzoek werden betrokken, om redenen vermeld in hoofdstuk I, zijn enkele woorden over de voorlichting aan hen op zijn plaats. Slechts één adviserend-tandarts had de verzekerden ingelicht over de herziene regeling, door middel van een folder; 12 instellings-tandartsen en vier huistandartsen hadden 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. Van de kant van de instellings-tandartsen en de huistandartsen valt deze vrees wellicht te verklaren vanuit de voor hen onprettige ervaring, dat zij soms patiënten volledige vergoeding van verrichtingen hadden toegezegd, hetgeen vervolgens niet door de adviserend-tandarts werd geaccordeerd. De adviserend-tandartsen zijn er mogelijk huiverig voor de verzekerden op de hoogte te stellen van de herziene regeling, omdat de limitatieve lijst is afgeschaft en de interpretatie van de regeling nu gemakkelijker door patiënten kan worden aangevochten. Hoe het ook zij, geconcludeerd kan worden dat er onder een deel van de geïnterviewde tandartsen weinig animo bestond de verzekerden over de regeling te informeren. Indien gehandicapten door middel van voorlichting gewezen worden op de mogelijkheden die de herziene regeling hen biedt, neemt wellicht de vraag naar bijzondere tandheelkundige zorg, verleend door de huistandarts, toe.

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 instellings-tandartsen was, dat de hoogte van het tarief niet was vastgesteld op het moment dat de herziene regeling van kracht werd. Op het moment dat de interviews plaatsvonden, was dat tarief wel vastgesteld. Een deel van de instellings-tandartsen 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. Geconcludeerd kan worden dat het instellen van een uurtarief de groei van het aanbod aan bijzondere tandheelkundige zorg waarschijnlijk bevordert; uiteraard dient het principe en de hoogte van het uurtarief wel bij de zorgverleners bekend te zijn.

Bijzondere tandheelkundige hulp dient onder de herziene regeling in eerste instantie door de huistandarts te worden verleend, op voorwaarde echter dat deze voldoende deskundig is de hulp te verlenen. Is de deskundigheid van de huistandarts in het behandelen van gehandicapte patiënten mogelijk een factor die de uitvoering van de herziene regeling frustreert? Volgens eenderde 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 tot dergelijke patiënten gevoelen. Eenderde van de instellings-tandartsen 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 behandelteam, 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 tien gehandicapte patiënten uit één van de onderscheiden categorieën behandelde, was dan ook laag (9%-20%). Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd dat het merendeel van de huistandartsen knelpunten ervoer, in termen van opleiding, kennis, ervaring of affiniteit die hen belemmerden hun aanbod van bijzondere tandheelkundige zorg uit te breiden. Wellicht zou meer scholing op het terrein van de bijzondere tandheelkunde kunnen leiden tot een groei van dit aanbod. Het 'Ivoren Kruis' heeft in deze reeds een initiatief ontwikkeld.

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 instellings-tandartsen.

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% van de huistandartsen. Eenderde van de instellings-tandartsen 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 doorverwijzing tot de mogelijkheden; ongeveer 10% van de huistandartsen kreeg wel eens gehandicapte patiënten van collegae doorverwezen. De meeste adviserend-tandartsen poogden een netwerk van doorverwijzingsmogelijkheden te creëren. Geconcludeerd kan worden dat er nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de verwijzingsmogelijkheden die de herziene regeling biedt. Het verdient aanbeveling regionaal overleg in deze te stimuleren.

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, met name op het administratieve vlak. Daarin werden zij van harte bijgevallen door veel instellings-tandartsen en huistandartsen, die de aanvraagprocedure veel te tijdrovend en te ingewikkeld noemden. De conclusie is dat de huidige aanvraagprocedure voor huistandartsen zeker geen stimulans vormt hun aanbod aan bijzondere tandheelkundige hulp uit te breiden. Het verdient derhalve aanbeveling te onderzoeken op welke wijze de aanvraagprocedure kan worden vereenvoudigd. Overigens zij er op gewezen, dat de procedure mogelijk niet in werkelijkheid, maar zeker naar de beleving van veel huistandartsen ingewikkeld is. In elk geval verdient de al dan niet aangepaste procedure meer aandacht in de voorlichting aan huistandartsen over de herziene regeling.

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 instellings-tandartsen zag dat probleem eveneens; de betreffende instellings-tandartsen klaagden over een te grote afhankelijkheid van een willekeurig adviserend-tandarts. Een gering aantal huistandartsen deelde die mening. De conclusie lijkt gerechtvaardigd, dat de algemene omschrijving nogal eens leidt tot onenigheid over de interpretatie ervan, met name tussen adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen. Mogelijk kan geregeld overleg uitkomst bieden; naarmate de partijen meer ervaring opdoen met de herziene regeling, doen zich wellicht minder verschillen in interpretatie voor.

Conclusies

De discussie over de onderzoeksresultaten leidde tot de volgende conclusies:

- 1 Wellicht bestaat er bij een groot deel van de Nederlandse populatie verstandelijk of lichamelijk gehandicapten een tandheelkundige behandelachterstand;
- 2 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;
- 3 De voorlichting over de herziene regeling aan de huistandartsen is niet toereikend geweest;
- 4 Onder een deel van geïnterviewde adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen bestaat er weinig animo de verzekerden over de regeling te informeren;
- 5 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;
- 6 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;
- 7 Er wordt nog onvoldoende gebruik gemaakt van de verwijzingsmogelijkheden die de herziene regeling biedt;
- 8 De instellings-tandartsen en de huistandartsen ervaren de huidige aanvraagprocedure als een belemmering bij het verlenen van bijzondere tandheelkundige hulp;
- 9 De algemene omschrijving van bijzondere tandheelkundige hulp die voor vergoeding in aanmerking komt, leidt tussen adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen nogal eens tot onenigheid over de interpretatie ervan.

Als algemeen beeld kwam uit de onderzoeksgegevens naar voren, 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.

Aanbevelingen

De conclusies leiden tot de volgende aanbevelingen:

- 1 Mogelijk leidt een intensievere voorlichting aan huistandartsen over de herziene regeling, met name over de honorering, ertoe dat zij hun aanbod van tandheelkundige zorg voor gehandicapten vergroten;
- 2 Indien gehandicapten door middel van voorlichting gewezen worden op de mogelijkheden die de herziene regeling hun biedt, groeit wellicht de vraag naar bijzondere tandheelkundige zorg, verleend door de huistandarts;
- 3 Wellicht zou meer scholing op het terrein van de bijzondere tandheelkunde, zowel in het universitaire als in het postacademisch onderwijs, kunnen leiden tot een groei van het aanbod van bijzondere tandheelkundige hulp door huistandartsen;
- 4 Het verdient aanbeveling regionaal overleg tussen adviserend-tandartsen, instellings-tandartsen en huistandartsen over het creëren van een verwijzings- en consultatie-netwerk ten behoeve van de bijzondere tandheelkundige hulp te stimuleren;
- 5 Het verdient aanbeveling te onderzoeken op welke wijze de aanvraagprocedure administratief kan worden vereenvoudigd;
- 6 Geregeld overleg tussen adviserend-tandartsen en instellings-tandartsen is aangewezen teneinde te voorkomen dat er onenigheid optreedt over de interpretatie van de algemene omschrijving van aandoeningen die aanspraak geven op vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp.

Al met al verdient het aanbeveling na te gaan op welke wijzen de herziene regeling van de bijzondere tandheelkundige zorg alsnog zorgvuldig bij de betrokkenen kan worden geïntroduceerd.

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, gehouden op 24 november 1989. Amsterdam: ACTA, 1991.
2. BURGERSDIJK RCW, FRANKENMOLEN FWA. Cariës frequentie bij geïnstitutionaliseerde geestelijk gehandicapten. Ned Tijdschr Tandheelk 1976;83:151-9.
3. BURGERSDIJK RCW, FRANKENMOLEN FWA. Parodontologische bevindingen bij 672 geïnstitutionaliseerde geestelijk gehandicapten. Ned Tijdschr Tandheelk 1976;83:480-7.
4. FRANCIS JR, STEVENSON DR, PALMER JD. Dental health and dental care requirements for young handicapped adults in Wessex. Community Dent Health 1991;8:131-7.
5. HOBSON P, SLATTERY GR. Treatment needs of medically handicapped children in the north district of Manchester. Community Dent Health 1984;1:173-80.
6. MACLAURIN ET, SHAW L, FOSTER TD. Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham. Community Dent Health 1985;2:249-57.
7. MENSINK J, TUNISSEN C. De behoefte aan scholing op het gebied van de tandheelkundige zorg voor gehandicapten. Nijmegen: ITS, 1991.
8. PALIN T, HAUSEN H, ALVESALO L, HEINONEN OP. Dental health of 9-10-year-old mentally retarded children in Eastern Finland. Community Dent Oral Epidemiol 1982;10: 86-90.
9. PIEPER K, DIRKS B, KESSLER P. Caries, oral hygiene and periodontal disease in handicapped adults. Community Dent Oral Epidemiol 1986;14:28-30.

10. SHAW L, MACLAURIN ET, FOSTER TD. Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986;14: 24-7.
11. SHAW MJ, SHAW L, FOSTER TD. The oral health in different groups of adults with mental handicaps attending Birmingham (UK) adult training centres. *Community Dent Health* 1990;7:135-41.
12. SVATUN B, HELOE LA. Dental status and treatment needs among institutionalized mentally subnormal persons in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975;3:208-13.
13. VAN DEN HEUVEL J. Bijzondere tandheelkundige hulp in de ziekenfondsverzekering. *Ned Tijdschr Tandheelk* 1990;97:494-5.
14. VAN GRUNSVEN MF. Tandheelkundige zorg voor dieper-zwakzinnigen. Leiden: Stafleu & Tholen, 1977.
15. VAN GRUNSVEN MF, KOELEN MA. Psychosociale aspecten van tandheelkundige zorg voor volwassenen. Onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van thuisverblijvende gehandicapte kinderen. *Ned Tijdschr Tandheelk* 1990;97:448-51.
16. VERHEIJEN-ADLER N, RADERSMA-TOLEDO van E. Onderzoek naar de mondhygiëne en de tandheelkundige verzorging bij geestelijk gehandicapten, die gebruik maken van extra- en semimurale voorzieningen in de regio Midden-Brabant. Moergestel: ROZ. Midden-Brabant, 1983.
17. VERRIPS GH. Evaluatie herziene regeling bijzondere tandheelkunde; pilotstudie. Leiden: NIPG-TNO, 1991.

BIJLAGE

BIJLAGE 1 Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp vragenlijst bestemd voor adviserende tandartsen	45
BIJLAGE 2 Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp vragenlijst bestemd voor tandartsen in instellingen	55
BIJLAGE 3 Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp vragenlijst bestemd voor huistandartsen	67

BIJLAGE 1

Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp

Vragenlijst bestemd voor adviserende tandartsen



Vragenlijst

TNO-Gezondheidsonderzoek

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 124
2300 AC Leiden

Fax 071 - 17 63 82
Telefoon 071 - 18 11 81

■■■ **HERZIENING REGELING
BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE HULP**

**Vragenlijst bestemd voor
adviserend tandartsen**

november 1991



Op 1 januari 1990 is de herziene regeling ten aanzien van de behandeling van mensen met een handicap van kracht geworden. Ik stel u nu een tweetal vragen over de informatie die u daarover kreeg.

1. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg begrijpelijk?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

2. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg voldoende?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

3. Zijn de huistandartsen van de herziene regeling op de hoogte gebracht?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
weet niet	☐ 3

Zo ja, door wie?

ziekenfonds	☐ 1
NMT	☐ 2
anderen, nl.	☐ 3

Zo ja, op welke wijze(n)?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

per telefoon

☐ 1

per brief

☐ 1

per folder

☐ 1

mondeling, via speciaal voor dit doel georganiseerde bijeenkomsten

☐ 1

mondeling, tijdens kringvergadering

☐ 1

anders, nl

☐ 1

Zo nee, om welke redenen niet?

.....

.....

4. Zijn de verzekerden van de herziene regeling op de hoogte gebracht?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
weet niet	☐ 3

Zo ja, door wie?

ziekenfonds	☐ 1
NMT	☐ 2
anderen, nl.	☐ 3

Zo ja, op welke wijze(n)?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

per telefoon

☐ 1

per brief

☐ 1

per folder

☐ 1mondeling, via speciaal voor dit doel georganiseerde
bijeenkomsten, bijvoorbeeld in samenwerking met ouder-
vereniging☐ 1

anders, nl

☐ 1

Zo nee, om welke redenen niet?

.....

.....

5. Zijn de tandartsen in zwakzinnigeninstellingen en (universitaire) centra voor bijzonder tandheelkunde van de herziene regeling op de hoogte gebracht?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
weet niet	☐ 3

Zo ja, door wie?

ziekenfonds	☐ 1
NMT	☐ 2
anderen, nl.	☐ 3

Zo ja, op welke wijze(n)?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

per telefoon

☐ 1

per brief

☐ 1

per folder

☐ 1

mondeling, via speciaal voor dit doel georganiseerde
bijeenkomsten

☐ 1

mondeling, via adviserend tandarts

☐ 1

anders, nl

☐ 1

Zo nee, om welke redenen niet?

.....

.....

(Instructie: lees woordelijk voor)

In vergelijking met de daarvóór geldende regeling is in de herziene regeling een aantal wijzigingen aangebracht waaronder de volgende:

- het ziekenfonds heeft door de voorafgaande schriftelijke toestemmingsprocedure de mogelijkheid via zijn adviserend tandarts en/of geneeskundige te bezien waar de bijzondere hulp het beste kan worden verleend;
- de toegankelijkheid van de bijzondere hulp zal zoveel mogelijk in de nabije omgeving van de verzekerde moeten worden gewaarborgd.

6. Vindt u dat de huidige toestemmingsprocedure een geschikt instrument is om de behandeling van mensen met een handicap in eerste instantie door de huistandarts te laten plaatsvinden?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

7. Vindt u dat de herziene regeling resulteert in een tandheelkundige zorgverlening die meer in de nabijheid van mensen met een handicap wordt verleend?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

8. Zijn er initiatieven van individuele huistandartsen of van afdelingen van de NMT om de toegankelijkheid van de tandheelkundige hulp voor mensen met een handicap te verbeteren?

ja	☐ 1
nee	☐ 2

Zo ja, om welke initiatieven gaat het hierbij?

.....
.....
.....

In welk jaar is het belangrijkste initiatief ingevoerd?

9. Kunt u een interval schatting geven van het percentage verstandelijk gehandicapten in Nederland dat regelmatig ter controle en behandeling tandheelkundig hulp zoekt?

Voorbeeld minimaal 0% en maximaal 100%

min.

--	--	--	--

 %

max.

--	--	--	--

 %

Waar baseert u dit percentage op?

.....
.....
.....

10. Welke knelpunten ervaart u bij de uitvoering van de herziene regeling?

11. Welke positieve ervaringen kunt u melden over de uitvoering van de herziene regeling?

12. Hebt u verder nog andere opmerkingen over de invoering van de herziene regeling?

De volgende twee vragen hebben betrekking op tandheelkundig, verstandelijk, lichamelijk gehandicapten en medisch gecompromitteerden.

13. Is volgens uw administratie het aantal mensen uit de zojuist genoemde categorieën, dat door de huistandarts wordt behandeld na invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- tandheelkundig gehandicapten	☐	☐	☐
- verstandelijk gehandicapten	☐	☐	☐
- lichamelijk gehandicapten	☐	☐	☐
- medisch gecompromitteerden	☐	☐	☐

14. Is volgens uw administratie het aantal mensen uit de zojuist genoemde categorieën, dat door de instelling voor zwakzinnigen of centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt behandeld na invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- tandheelkundig gehandicapten	☐	☐	☐
- verstandelijk gehandicapten	☐	☐	☐
- lichamelijk gehandicapten	☐	☐	☐
- medisch gecompromitteerden	☐	☐	☐

15. Wordt er wel eens tandheelkundige hulp ten huize van verzekerden verleend op advies van huisarts of behandelend specialist?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
weet niet	☐ 3

Zo ja, om hoeveel verzekerden gaat het?

%

BIJLAGE 2

Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp

Vragenlijst bestemd voor tandartsen in instellingen



Vragenlijst

TNO-Gezondheidsonderzoek

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 124
2300 AC Leiden

Fax 071 - 17 63 82
Telefoon 071 - 18 11 81

◆ ◆ ◆ **HERZIENING REGELING**
BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE HULP

Vragenlijst bestemd voor tandartsen
in instellingen

november 1991



1. Per 1 januari 1990 geldt er een herziene regeling ten aanzien van de tandheelkundige behandeling van mensen met een handicap.

Heeft u daarvan gehoord? ja ☐₁
 nee (→ vraag 14) ☐₂

Zo ja, wat houdt deze herziene regeling volgens u in?

- de tandheelkundige hulp is voortaan gekoppeld aan de deskundigheid van de tandarts. ☐₁
- de huistandartsen kunnen voortaan voor het verlenen van de hulp een speciaal tarief declareren. ☐₁
- het uitgangspunt voor de herziene regeling is de gedachte dat de hulp op maat gegeven moet worden. ☐₁
- de tandheelkundige hulp moet zo veel mogelijk in de nabijheid van de woning van de verzekerde worden verleend. ☐₁
- de tandheelkundige hulp wordt voortaan zoveel mogelijk door de huistandarts verleend. ☐₁
- de verzekerde krijgt de hulp die hij nodig heeft. ☐₁
- anders, nl..... ☐₁

2. Door wie bent u over de herziene regeling op de hoogte gesteld?
 (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- door een andere huistandarts ☐₁
- door de huisarts ☐₁
- door een medewerker van een ziekenfonds ☐₁
- door een medewerker van een instelling/centrum voor bijzondere tandheelkunde ☐₁
- door een medewerker van een zwakzinnigeninstelling ☐₁
- door een medewerker van een universiteitskliniek ☐₁
- via het ziekenfondsblad ☐₁
- via radio/TV of een tijdschriftartikel ☐₁
- door NMT ☐₁
- door anderen, nl. ☐₁
- ☐₁

3. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg begrijpelijk?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

4. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg voldoende?

ja	☐ 1
nee	☐ 2
geen mening	☐ 3

5. Hebt u uw extra-murale patiënten over deze regeling geïnformeerd?

ja	☐ 1
nee	☐ 2

Zo ja, op welke wijze(n)?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

per folder	☐ 1
per brief	☐ 1
per telefoon	☐ 1
mondeling, tijdens consult	☐ 1
anders, nl	
.....	☐ 1

6. Behandelt u patiënten met een tandheelkundige handicap?ja ☐ 1nee (→ vraag 7) ☐ 2

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- Is het aantal patiënten die u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐
- Is het aantal verrichtingen die u bij deze patiënten uitvoert sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐

Welke tandheelkundige verrichtingen kunt u uitvoeren bij deze patiënten?

	meestal wel (1)	meestal niet (2)
a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde	☐	☐
b. gedeeltelijk verwijderen van plaque	☐	☐
c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	☐	☐
d. handmatig tandsteen verwijderen	☐	☐
e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken	☐	☐
f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken	☐	☐
g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten	☐	☐
h. toedienen van lokale anesthesie	☐	☐
i. extractie onder lokale anesthesie	☐	☐
j. rootplaning	☐	☐
k. endodontische behandeling	☐	☐
l. uitgebreid kroon- en brugwerk	☐	☐
m. totale rehabilitatie	☐	☐
n. frameprothese	☐	☐
o. volledige prothese	☐	☐

7. Behandelt u patiënten met een verstandelijke handicap?ja ☐ 1nee (→ vraag 8) ☐ 2

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- Is het aantal patiënten die u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐
- Is het aantal verrichtingen die u bij deze patiënten uitvoert sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐

Welke tandheelkundige verrichtingen kunt u meestal uitvoeren bij deze patiënten?

	meestal wel (1)	meestal niet (2)
a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde	☐	☐
b. gedeeltelijk verwijderen van plaque	☐	☐
c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	☐	☐
d. handmatig tandsteen verwijderen	☐	☐
e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken	☐	☐
f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken	☐	☐
g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten	☐	☐
h. toedienen van lokale anesthesie	☐	☐
i. extractie onder lokale anesthesie	☐	☐
j. rootplaning	☐	☐
k. endodontische behandeling	☐	☐
l. uitgebreid kroon- en brugwerk	☐	☐
m. totale rehabilitatie	☐	☐
n. frameprothese	☐	☐
o. volledige prothese	☐	☐

8. Behandelt u patiënten met een lichamelijke handicap?ja ☐ 1nee (→ vraag 9) ☐ 2

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- Is het patiënten die u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐
- Is het aantal verrichtingen die u bij deze patiënten uitvoert sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐

Welke tandheelkundige verrichtingen kunt u meestal uitvoeren bij deze patiënten?

	meestal wel (1)	meestal niet (2)
a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde	☐	☐
b. gedeeltelijk verwijderen van plaque	☐	☐
c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	☐	☐
d. handmatig tandsteen verwijderen	☐	☐
e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken	☐	☐
f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken	☐	☐
g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten	☐	☐
h. toedienen van lokale anesthesie	☐	☐
i. extractie onder lokale anesthesie	☐	☐
j. rootplaning	☐	☐
k. endodontische behandeling	☐	☐
l. uitgebreid kroon- en brugwerk	☐	☐
m. totale rehabilitatie	☐	☐
n. frameprothese	☐	☐
o. volledige prothese	☐	☐

9. Behandelt u medisch gecompromiteerden?ja ☐ 1nee (→ vraag 10) ☐ 2

	toegenomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)
- Is het aantal patiënten die u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐
- Is het aantal verrichtingen die u bij deze patiënten uitvoert sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?	☐	☐	☐

Welke tandheelkundige verrichtingen kunt u meestal uitvoeren bij deze patiënten?

	meestal wel (1)	meestal niet (2)
a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde	☐	☐
b. gedeeltelijk verwijderen van plaque	☐	☐
c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium	☐	☐
d. handmatig tandsteen verwijderen	☐	☐
e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken	☐	☐
f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken	☐	☐
g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten	☐	☐
h. toedienen van lokale anesthesie	☐	☐
i. extractie onder lokale anesthesie	☐	☐
j. rootplaning	☐	☐
k. endodontische behandeling	☐	☐
l. uitgebreid kroon- en brugwerk	☐	☐
m. totale rehabilitatie	☐	☐
n. frameprothese	☐	☐
o. volledige prothese	☐	☐

10. Kunt u een intervalschatting geven van het percentage verstandelijk gehandicapten in Nederland dat regelmatig ter controle en behandeling tandheelkundige hulp zoekt?

Voorbeeld minimaal 0% en maximaal 100%

min. %

max. %

11. Welke knelpunten ervaart u bij de uitvoering van de herziene regeling?

☐ 1

12. Welke positieve ervaringen heeft u met over de uitvoering van de herziene regeling?

☐ 1

13. Heeft u verder nog andere opmerkingen over de invoering van de herziene regeling?

☐ 1

Tenslotte volgen nog enkele algemene vragen.

14. U bent een

man

☐ 1

vrouw

☐ 2

15. In welk jaar bent u afgestudeerd?

19

16. Aan welke universiteit bent u afgestudeerd?

RUU

☐ 1

UVA

☐ 2

RUG

☐ 3

KUN

☐ 4

VUA

☐ 5

ACTA

☐ 6

elders

☐ 7

17. In welk type instelling werkt u?

- zwakzinnigeninstelling

☐ 1

- instelling/centrum bijzondere tandheelkunde

☐ 2

- universiteitskliniek

☐ 3

18. Hoeveel jaar werkt u in een instelling/centum/kliniek?

19. Hoeveel dagdelen bent u in de huidige instelling/
centrum/kliniek werkzaam

dagdelen

20. Hebt u na- of bijscholing gevolgd m.b.t. de behandeling van tandheelkundig dan wel verstandelijk of lichamelijk gehandicapten of medisch gecompromitteerden?

ja

☐ 1

nee

☐ 2

Zo ja, welke?

.....

21. Bent u lid van de VBTGG?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

22. Bent u lid van Cobijt?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

23. Ik noem u drie aspecten die aan de patiëntenbehandeling in het algemeen onderscheiden kunnen worden. Wilt u aangeven met welk aspect u het meest affiniteit heeft?

- het tandheelkundig technisch aspect ☐ 1
- het communicatief emotioneel aspect,
met andere woorden het omgaan met de
patiënten ☐ 2
- het management aspect ☐ 3

BIJLAGE 3

Herziening regeling bijzondere tandheelkundige hulp

Vragenlijst bestemd voor huistandartsen



Vragenlijst

TNO-Gezondheidsonderzoek

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 124
2300 AC Leiden

Fax 071 - 17 63 82
Telefoon 071 - 18 11 81

■ ■ ■ **HERZIENING REGELING
BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE HULP**

Vragenlijst bestemd voor huistandartsen

november 1991



Huistandartsen

Ik wil graag met u praten over de tandheelkundige zorgverlening aan ziekenfondsverzekerden met een handicap. Het gaat om vier categorieën patiënten: verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, tandheelkundig gehandicapten en medisch gecompromiteerden. Over elke categorie wil ik u graag een aantal vragen stellen.

VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Ik heb om te beginnen een aantal vragen over de behandeling van verstandelijk gehandicapte patiënten. Het gaat hierbij alleen om patiënten, bij wie de behandelbaarheid problemen oplevert. Verstandelijk gehandicapte patiënten die normaal behandeld kunnen worden, vallen hier dus niet onder.

1. Heeft u de afgelopen vijf jaar dergelijke verstandelijk gehandicapte patiënten in uw praktijk behandeld?

Zo ja, hoeveel patiënten zijn dat?

1-5	☐	1
5-10	☐	2
> 10	☐	3

Zo ja, kunt u wat meer vertellen over deze patiënten?

Zo nee (→ vraag 3)

2. Ik noem u een aantal verrichtingen. Wilt u telkens aangeven of u de verrichting bij verstandelijk gehandicapte patiënten meestal wel uitvoert?

meestal
wel

- | | |
|---|----------------------------|
| a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde | ☐ 1 |
| b. gedeeltelijk verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| d. handmatig tandsteen verwijderen | ☐ 1 |
| e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken | ☐ 1 |
| f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken | ☐ 1 |
| g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten | ☐ 1 |
| h. toedienen van lokale anesthesie | ☐ 1 |
| i. extractie onder lokale anesthesie | ☐ 1 |
| j. rootplaning | ☐ 1 |
| k. endodontische behandeling | ☐ 1 |
| l. uitgebreid kroon- en brugwerk | ☐ 1 |
| m. totale rehabilitatie | ☐ 1 |
| n. frameprothese | ☐ 1 |
| o. volledige prothese | ☐ 1 |

3. Zijn er belemmeringen die u ervaart (zou ervaren) bij de behandeling van deze verstandelijk gehandicapte patiënten?

☐ 1

4. Ik noem u een aantal stellingen over de behandeling van verstandelijk gehandicapte patiënten. Kunt u aangeven of u het eens, of oneens bent met de stelling?

	eens	oneens	geen mening	Indien eens, vormt dat voor u een bezwaar?	
	(1)	(2)	(3)	ja (1)	nee (2)
a. De behandeling van deze patiënten is tijdrovend.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Een tandarts verdient weinig aan de behandeling van deze patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je moet affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben	☐	☐	☐	☐	☐
d. De behandeling van deze patiënten vergt veel van je communicatieve vaardigheden	☐	☐	☐	☐	☐
e. De behandeling van deze patiënten verstoort het afsprakenschema	☐	☐	☐	☐	☐
f. De behandeling van deze patiënten is stressverwekkend	☐	☐	☐	☐	☐

5. Welke omstandigheden zouden het u makkelijker maken verstandelijk gehandicapte patiënten te behandelen?

☐ 1

6. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens verstandelijk gehandicapte patiënten naar collegae doorverwezen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

7. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens verstandelijk gehandicapte patiënten van collegae doorverwezen gekregen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

LICHAMELIJK GEHANDICAPTEN

Dan heb ik nu een aantal vragen over de behandeling van lichamelijk gehandicapte patiënten. U kunt hierbij denken aan de volgende patiënten: spastici, patiënten met multiple sclerose of de ziekte van Parkinson. Ook dove of blinde patiënten kunnen onder deze categorie vallen, evenals rolstoelpatiënten. Het gaat hierbij echter alleen om die patiënten, bij wie de behandeling extra tijd of inspanning vergt. Lichamelijk gehandicapte patiënten die normaal behandeld kunnen worden, vallen hier dus niet onder.

8. Heeft u de afgelopen vijf jaar dergelijk lichamelijk gehandicapte patiënten in uw praktijk behandeld?

Zo ja, hoeveel patiënten zijn dat?

1-5

☐1

5-10

☐2

> 10

☐3

Zo ja, kunt u wat meer vertellen over deze patiënten?

Zo nee (→ vraag 10)

9. Ik noem u een aantal verrichtingen. Wilt u telkens aangeven of u de verrichting bij lichamelijk gehandicapte patiënten meestal wel uitvoert?

meestal
wel

- | | |
|---|----------------------------|
| a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde | ☐ 1 |
| b. gedeeltelijk verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| d. handmatig tandsteen verwijderen | ☐ 1 |
| e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken | ☐ 1 |
| f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken | ☐ 1 |
| g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten | ☐ 1 |
| h. toedienen van lokale anesthesie | ☐ 1 |
| i. extractie onder lokale anesthesie | ☐ 1 |
| j. rootplaning | ☐ 1 |
| k. endodontische behandeling | ☐ 1 |
| l. uitgebreid kroon- en brugwerk | ☐ 1 |
| m. totale rehabilitatie | ☐ 1 |
| n. frameprothese | ☐ 1 |
| o. volledige prothese | ☐ 1 |

10. Zijn er belemmeringen die u ervaart (zou ervaren) bij de behandeling van lichamelijk gehandicapte patiënten?

☐ 1

11. Ik noem u een aantal stellingen over de behandeling van lichamelijk gehandicapte patiënten. Kunt u aangeven of u het eens of oneens bent met de stelling?

	eens	oneens	geen mening	Indien eens, vormt dat voor u een bezwaar?	
	(1)	(2)	(3)	ja (1)	nee (2)
a. De behandeling van deze patiënten is tijdrovend.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Een tandarts verdient weinig aan de behandeling van deze patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je moet affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben	☐	☐	☐	☐	☐
d. De behandeling van deze patiënten vergt veel van je communicatieve vaardigheden	☐	☐	☐	☐	☐
e. De behandeling van deze patiënten verstoort het afsprakenschema	☐	☐	☐	☐	☐
f. De behandeling van deze patiënten is stressverwekkend	☐	☐	☐	☐	☐
g. De praktijk moet voor deze patiënten adequate bouwkundige voorzieningen hebben	☐	☐	☐	☐	☐

12. Welke omstandigheden zouden het u makkelijker maken om lichamelijk gehandicapte patiënten te behandelen?

☐ 1

13. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens lichamelijk gehandicapte patiënten naar collegae doorverwezen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

14. Heeft u de afgelopen vijf jaar lichamelijk gehandicapte patiënten van collegae doorverwezen gekregen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

TANDHEELKUNDIG GEHANDICAPTEN

Dan heb ik nu een aantal vragen over de behandeling van tandheelkundig gehandicapte patiënten. U kunt hierbij denken aan patiënten met een oligodontie, een amelogenesis imperfecta, een kaakorthopedische afwijking, een artropathie, een dento-alveolair defect tengevolge van een ongeval, of een schisis. Het gaat hierbij alleen om patiënten, die behandelingen behoeven, die normaliter niet door het ziekenfonds vergoed zouden worden.

15. Heeft u de afgelopen vijf jaar dergelijk tandheelkundig gehandicapte patiënten in uw praktijk behandeld?

Zo ja, hoeveel patiënten zijn dat?

1-5

☐ 1

5-10

☐ 2

> 10

☐ 3

Zo ja, kunt u wat meer vertellen over deze patiënten?

Zo nee (→ vraag 17)

16. Ik noem u een aantal verrichtingen. Wilt u telkens aangeven of u de verrichting bij tandheelkundig gehandicapte patiënten meestal wel uitvoert?

meestal
wel

- | | |
|---|----------------------------|
| a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde | ☐ 1 |
| b. gedeeltelijk verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| d. handmatig tandsteen verwijderen | ☐ 1 |
| e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken | ☐ 1 |
| f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken | ☐ 1 |
| g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten | ☐ 1 |
| h. toedienen van lokale anesthesie | ☐ 1 |
| i. extractie onder lokale anesthesie | ☐ 1 |
| j. rootplaning | ☐ 1 |
| k. endodontische behandeling | ☐ 1 |
| l. uitgebreid kroon- en brugwerk | ☐ 1 |
| m. totale rehabilitatie | ☐ 1 |
| n. frameprothese | ☐ 1 |
| o. volledige prothese | ☐ 1 |

17. Zijn er belemmeringen die u ervaart bij de behandeling van tandheelkundig gehandicapte patiënten?

☐ 1

18. Ik noem u een aantal stellingen over de behandeling van tandheelkundig gehandicapte patiënten. Kunt u aangeven of u het eens of oneens bent met de stelling?

	eens	oneens	geen mening	Indien eens, vormt dat voor u een bezwaar?	
	(1)	(2)	(3)	ja (1)	nee (2)
a. De behandeling van deze patiënten is tijdrovend.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Een tandarts verdient weinig aan de behandeling van deze patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je moet affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben	☐	☐	☐	☐	☐
d. De behandeling van deze patiënten vergt veel van je technische vaardigheden	☐	☐	☐	☐	☐
e. De behandeling van deze patiënten verstoort het afsprakenschema	☐	☐	☐	☐	☐
f. De behandeling van deze patiënten is stressverwekkend	☐	☐	☐	☐	☐

19. Welke omstandigheden zouden het u makkelijker maken om tandheelkundig gehandicapte patiënten te behandelen?

☐ 1

20. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens tandheelkundig gehandicapte patiënten naar collegae doorverwezen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

21. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens tandheelkundig gehandicapte patiënten van collegae doorverwezen gekregen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

MEDISCH GECompromITEERDEN

Dan heb ik nu een aantal vragen over de behandeling van medisch gecompromiteerde patiënten. U kunt hierbij denken aan patiënten waarbij een focusonderzoek dient te gebeuren. Ook patiënten die een radio- of chemotherapie hebben ondergaan, vallen onder deze categorie. Het gaat hierbij alleen om patiënten, die behandelingen behoeven, die normaliter niet door het ziekenfonds vergoed zouden worden.

22. Heeft u de afgelopen vijf jaar dergelijke medisch gecompromiteerde patiënten in uw praktijk behandeld?

Zo ja, hoeveel patiënten zijn dat?

1-5

☐ 1

5-10

☐ 2

> 10

☐ 3

Zo ja, kunt u wat meer vertellen over deze patiënten?

Zo nee (→ vraag 23)

23. Ik noem u een aantal verrichtingen. Wilt u telkens aangeven of u de verrichting bij medisch gecompromiteerde patiënten meestal wel uitvoert?

meestal wel

- | | |
|---|----------------------------|
| a. diagnose d.m.v. spiegel en sonde | ☐ 1 |
| b. gedeeltelijk verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| c. volledig verwijderen van plaque met roterend instrumentarium | ☐ 1 |
| d. handmatig tandsteen verwijderen | ☐ 1 |
| e. restaureren van eenvlaks caviteiten op gladde vlakken | ☐ 1 |
| f. restaureren van eenvlaks caviteiten op occlusale vlakken | ☐ 1 |
| g. restaureren van twee/drievlaks caviteiten | ☐ 1 |
| h. toedienen van lokale anesthesie | ☐ 1 |
| i. extractie onder lokale anesthesie | ☐ 1 |
| j. rootplaning | ☐ 1 |
| k. endodontische behandeling | ☐ 1 |
| l. uitgebreid kroon- en brugwerk | ☐ 1 |
| m. totale rehabilitatie | ☐ 1 |
| n. frameprothese | ☐ 1 |
| o. volledige prothese | ☐ 1 |

24. Zijn er belemmeringen die u ervaart bij de behandeling van medisch gecompromiteerde patiënten?

☐ 1

25. Ik noem u een aantal stellingen over de behandeling van medisch gecompromiteerde patiënten. Kunt u aangeven of u het eens of oneens bent met de stelling?

	eens	oneens	geen mening	Indien eens, vormt dat voor u een knelpunt?	
	(1)	(2)	(3)	ja (1)	nee (2)
a. De behandeling van deze patiënten is tijdrovend.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Een tandarts verdient weinig aan de behandeling van deze patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je moet affiniteit met de behandeling van deze patiënten hebben	☐	☐	☐	☐	☐
d. De behandeling van deze patiënten vergt veel van je medische kennis	☐	☐	☐	☐	☐
e. De behandeling van deze patiënten verstoort het afsprakenschema	☐	☐	☐	☐	☐
f. De behandeling van deze patiënten is stressverwekkend	☐	☐	☐	☐	☐

26. Welke omstandigheden zouden het u makkelijker maken om medisch gecompromiteerde patiënten te behandelen?

☐ 1

27. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens medisch gecompromiteerde patiënten naar collegae doorverwezen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

28. Heeft u de afgelopen vijf jaar wel eens medisch gecompromiteerde patiënten van collegae doorverwezen gekregen?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

29. Per 1 januari 1990 geldt er een herziene regeling ten aanzien van de behandeling van mensen met een handicap. Heeft u daarvan gehoord?

Ja:

☐1

Nee: ga door met vraag 40

☐2

Zo ja, wat houdt de herziene regeling volgens u in?

- de tandheelkundige hulp is voortaan gekoppeld aan de deskundigheid van de tandarts.
- de huistandartsen kunnen voortaan voor het verlenen van de hulp een speciaal tarief declareren.
- het uitgangspunt voor de herziene regeling is de gedachte dat de hulp op maat gegeven moet worden.
- de tandheelkundige hulp moet zo veel mogelijk in de nabijheid van de woning van de verzekerde worden verleend.
- de tandheelkundige hulp wordt voortaan zoveel mogelijk door de huistandarts verleend.
- de verzekerde krijgt de hulp die hij nodig heeft.
- anders, nl.....

☐1☐1☐1☐1☐1☐1☐1

30. Hoe bent u over de herziene regeling geïnformeerd?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- door een andere huistandarts ☐ 1
- door de huisarts ☐ 1
- door een medewerker van een ziekenfonds ☐ 1
- door een medewerker van een instelling/centrum voor
bijzondere tandheelkunde ☐ 1
- door een medewerker van een zwakzinnigeninstelling ☐ 1
- door een medewerker van een universiteitskliniek ☐ 1
- via het ziekenfondsblad ☐ 1
- via radio/TV of een tijdschriftartikel ☐ 1
- door NMT ☐ 1
- door anderen, nl. ☐ 1
- ☐ 1

31. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg begrijpelijk?

- ja ☐ 1
- nee ☐ 2
- geen mening ☐ 3

32. Vindt u de informatie die u over de herziene regeling kreeg voldoende?

- ja ☐ 1
- nee ☐ 2
- geen mening ☐ 3

33. Hebt u patiënten over deze regeling geïnformeerd?

ja

☐ 1

nee

☐ 2

Zo ja, op welke wijzen?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

per folder

☐ 1

per brief

☐ 1

per telefoon

☐ 1

mondeling, tijdens consult

☐ 1

anders, nl

.....

☐ 1

34. Is het aantal patiënten uit de genoemde categorieën gehandicapt dat u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?

	toe- genomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)	n.v.t. (4)
- tandheelkundig gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- verstandelijk gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- lichamelijk gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- medisch gecompromitteerden	☐	☐	☐	☐

35. Is het aantal verrichtingen bij patiënten uit de genoemde categorieën gehandicapt dat u behandelt sinds de invoering van de herziene regeling toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?

	toe- genomen (1)	gelijk gebleven (2)	afgenomen (3)	n.v.t. (4)
- tandheelkundig gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- verstandelijk gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- lichamelijk gehandicapt	☐	☐	☐	☐
- medisch gecompromitteerden	☐	☐	☐	☐

36. Indien u na de invoering van de herziene regeling meer patiënten met een handicap bent gaan behandelen, wat waren daarvoor de redenen?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- meer kennis gekregen, door het lezen van vakliteratuur ☐ 1
- meer kennis gekregen, door het volgen van een gerichte PAOT-cursus ☐ 1
- door de invoering van het speciale tarief m.b.t. de herziene regeling ☐ 1
- meer behandel tijd gekregen ☐ 1
- anders, nl ☐ 1
- ☐ 1
- ☐ 1

37. Beschikt u over apparatuur voor het toepassen van inhalatie sedatie?

ja ☐ 1
nee ☐ 2

38. Zijn er door u en de collegae in de omgeving afspraken gemaakt ten aanzien van de behandeling van mensen met een tandheelkundige, dan wel verstandelijk of lichamelijke handicap en/of medisch gecompromiteerden, na de invoering van de herziene regeling?

ja ☐ 1
nee ☐ 2
weet niet ☐ 3

Zo ja, wat houden de afspraken in?

.....

39. Hebt u verder nog andere opmerkingen over de uitvoering van de herziene regeling?

☐ 1

Tenslotte volgen nog enkele algemene vragen.

40. In welk jaar bent u afgestudeerd?

19

41. Aan welke universiteit bent u afgestudeerd?

- | | |
|--------|----------------------------|
| RUU | ☐ 1 |
| UVA | ☐ 2 |
| RUG | ☐ 3 |
| KUN | ☐ 4 |
| VUA | ☐ 5 |
| ACTA | ☐ 6 |
| elders | ☐ 7 |

42. In welk soort praktijk bent u het grootst aantal uren per week werkzaam?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| - solopraktijk | ☐ 1 |
| - groepspraktijk | ☐ 2 |
| - gezondheidscentrum | ☐ 3 |
| - anders, nl | ☐ 4 |

43. Hebt u na- of bijscholing gevolgd m.b.t. de behandeling van tandheelkundig dan wel verstandelijk of lichamelijk gehandicapten en/of medisch gecompromiteerden?

- | | |
|-----|----------------------------|
| ja | ☐ 1 |
| nee | ☐ 2 |

Zo ja, welke?

.....

.....

44. Bent u lid van de VBTGG

ja ☐ 1
nee ☐ 2

45. Hoe hoog is het percentage ziekenfondsverzekerden in uw praktijk?

%

46. De geïnterviewde is

man ☐ 1
vrouw ☐ 2

47. Ik noem u drie aspecten die aan de patiëntenbehandeling in het algemeen onderscheiden kunnen worden. Wilt u aangeven met welk aspect u de meeste affiniteit heeft?

- het tandheelkundig technisch aspect ☐ 1
- het communicatief emotioneel aspect,
met andere woorden het omgaan met de
patiënten ☐ 2
- het management aspect ☐ 3

Reprografie: NIPG-TNO
Projectnummer: 5197