

Bijlage 1

TANDHEELKUNDIGE ZORG IN AWBZ-VERBAND

Rapportage van de Projectgroep AWBZ-tandheelkunde (PATH)

Samenvatting

De projectgroep AWBZ-tandheelkunde (PATH) van het CVZ heeft de toegankelijkheid en uitvoering onderzocht van de tandheelkundige zorg voor verzekerden in AWBZ-verband. Niet in alle instellingen bestaat aanspraak op tandheelkundige hulp krachtens de AWBZ. Vanaf 1 april 2003 is de aanspraak functiegericht. Onder de functie 'persoonlijke verzorging' valt de (preventieve) mondverzorging, onder de functie 'behandeling' in combinatie met de functie 'verblijf' de (curatieve) tandheelkundige hulp.

De afgelopen jaren is een aantal rapporten verschenen waarin tekortkomingen werden gesignaleerd bij de mondzorg aan geïnstitutionaliseerden en andere bijzondere zorggroepen. Voor nadere onderbouwing is eigen onderzoek verricht. Uit dit onderzoek kwam een aantal tekortkomingen naar voren op het gebied van de faciliteiten voor tandheelkundige zorg, de tandheelkundige zelfzorg, de professionele tandheelkundige zorgverlening en de mondgezondheid bij bewoners van AWBZ-instellingen.

De PATH signaleert de volgende problemen:

- Mensen in de AWBZ zonder aanspraak op tandheelkundige hulp zijn aangewezen op hun ziekenfonds- of particuliere verzekering, die in het algemeen weinig dekking geeft.
- Voor gehandicapten, die als gevolg van deconcentratie hun aanspraak op AWBZ tandheelkunde verliezen, wordt het moeilijker adequate tandheelkundige hulp te verkrijgen.
- Door huisvesting van geïnstitutionaliseerden in kleinere wooneenheden wordt het voor een AWBZ instelling moeilijker om adequate tandheelkundige hulp te bieden.
- Als er al een tandarts in een instelling komt, is dat voor (te) weinig uren per week.
- Als er al een behandelkamer in de instelling is, laten de voorzieningen vaak slechts de meest elementaire (prothetische) handelingen toe.
- De communicatie tussen de (instellings)tandarts en de medische en verzorgende afdelingen verloopt vaak gebrekkig.
- De mondverzorging door het verzorgende personeel is gebrekkig, zeker bij bewoners met eigen tanden en kiezen. De gebitstoestand van mensen met eigen tanden en kiezen gaat dan ook na opname vaak snel achteruit.
- Er is voor het personeel nauwelijks bij- en nascholing in de mondzorg.
- In de toekomst zullen er meer ouderen komen met de eigen tanden en kiezen.
- De orale conditie van de bewoners is in het algemeen matig tot slecht, met vooral veel prothetische problemen.
- De in het budget opgenomen financiële middelen voor mondzorg berusten op historische gronden. De middelen zijn niet toereikend voor moderne mondzorg bij de actuele populatie.

De PATH komt tot de volgende aanbevelingen:

- De PATH stelt voor te komen tot de ontwikkeling van een systeem van richtlijnen. De PATH is van mening dat er duidelijke en heldere richtlijnen moeten worden opgesteld. Deze richtlijnen dienen uitsluitend te geven over de tandheelkundige- en mondzorg zoals die door de verschillende instellingen geboden dient te worden.
- De PATH stelt voor te komen tot de ontwikkeling van protocollen. De protocollen geven een nadere invulling van de landelijke richtlijnen. In de protocollen moet duidelijk worden op welke wijze, gezien de lokale omstandigheden, de tandheelkundige- en mondzorg het best gerealiseerd kan worden.
- De PATH stelt voor de betrokkenheid van mondhygiënist en andere mondzorgmedewerkers te bevorderen en intensiveren. De PATH is van mening dat mondhygiënist en andere mondzorgmedewerkers een belangrijke rol kunnen en moeten gaan spelen bij de te verlenen mondzorg.
- De PATH stelt maatregelen voor om het kennisniveau van alle bij de mondzorg betrokken zorgverleners te verhogen. De PATH stelt voor in de opleiding van tandartsen, mondhygiënist en anderen (mond)zorgmedewerkers

meer en gestructureerd aandacht te besteden aan de tandheelkundige hulp voor ouderen, geestelijk en verstandelijk gehandicapten.

- De PATH stelt voor de financieringsstructuur van de mondzorg in AWBZ-verband nader te onderzoeken.
De PATH is van mening dat de inzet van de financiële middelen onvoldoende is om een gewenst niveau van mondzorg te kunnen realiseren. Ook bevordert de huidige wijze van financiering niet dat AWBZ tandheelkunde op een goede manier wordt vormgegeven.
- De PATH stelt voor de gevolgen voor de tandheelkundige hulp van de functiegerichte aanspraken in het kader van de modernisering van de AWBZ te monitoren.
De PATH is van mening dat uit het aantal indicatiestellingen zal blijken of de omvang van de doelgroep die aanspraak kan maken op tandheelkundige hulp gelijk blijft.

De PATH adviseert het College voor zorgverzekeringen een werkgroep in te stellen met als doel de aanbevelingen in concrete zorgprojecten om te zetten en een gecoördineerde en samenhangende uitvoering van de aanbevelingen te bevorderen.

De PATH is van mening dat concrete maatregelen om te komen tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg in AWBZ-verband niet mogen en kunnen uitblijven. Veel problemen en knelpunten zijn al geruime tijd bekend. Oplossingen worden aangedragen maar problemen en knelpunten blijven bestaan. De PATH is van mening dat als gevolg van de complexiteit van de materie en de geïsoleerde aanpak van de problemen en knelpunten, de initiatieven die op verschillende niveaus zijn genomen om tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg te komen, niet altijd tot het gewenste resultaat hebben geleid. De PATH adviseert het College voor zorgverzekeringen daarom een werkgroep in te stellen waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd die betrokken zijn bij de tandheelkundige hulp /mondzorg in AWBZ-verband. Deze werkgroep heeft tot doel de aanbevelingen in concrete zorgprojecten om te zetten en een gecoördineerde en samenhangende uitvoering van de aanbevelingen te bevorderen.

1. Inleiding

In toenemende mate worden vanuit het veld vragen gesteld naar de toegankelijkheid en kwaliteit van de tandheelkundige zorg in het kader van de AWBZ. De discussie over vernieuwing van de zorg, verleend in AWBZ-verband speelt daarbij ook een rol. Er bestaat twijfel, of de voorzieningen en organisatie van de tandheelkundige zorg in instellingen adequaat zijn, en of de ontwikkeling daarvan positief zal kunnen verlopen. Er wordt gewezen op de trend tot kleinschaliger opzet van instellingen voor met name gehandicapten, waardoor het aanbod van tandheelkundige hulp binnen de instelling problemen gaat opleveren (spreiding van locaties). Ook wordt gewezen op de situatie van gehandicapten, die als gevolg van deconcentratie hun aanspraak verliezen in het kader van de AWBZ wanneer zij naar een gezinsvervangend tehuis (GVT) of een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) gaan.

Wanneer geen aanspraak (meer) bestaat op tandheelkundige hulp krachtens de AWBZ valt men terug op de ziekenfonds- of particuliere verzekering. Gezien de beperkte pakketten en vergoedingen leidt dit tot problemen in de continuïteit en kwaliteit van de zorg.

Verder wordt aandacht gevraagd voor de grotere zorgzwaarte en complexere medische, psychosociale en gedragsmatige problematiek bij bewoners, die wel worden/blijven opgenomen in een AWBZ instelling. De behandeling van deze bewoners vereist in toenemende mate meer professionele vaardigheden van behandelaars, een multidisciplinaire benadering van de zorgvraag en aangepaste voorzieningen.

Andere punten die naar voren komen zijn onder andere de mogelijkheid tot dagelijkse zelfzorg van de mond op een functioneel effectief niveau, de continuïteit en kwaliteit van de begeleiding bij deze zelfzorg, de beperkte beschikbaarheid van specifiek deskundige tandartsen en mondhygiënist, en de beperking van tandheelkundige voorzieningen in kleinere instellingen. Ook het beleid van instellingen wordt daarbij betrokken. Verder wordt gewezen op de vaak moeizame administratieve afwikkeling van de verleende zorg.

In verband met de toename van de signalen uit het veld heeft het secretariaat van de toenmalige Ziekenfondsraad in 1999 de projectgroep AWBZ-tandheelkunde (PATH) ingesteld. Op 9 maart 1999 heeft de toenmalige Commissie Zorg ingestemd met de instelling van deze projectgroep. Aan de hand van de aanspraak op tandheelkundige zorg heeft het secretariaat met de projectgroep de effectuering van de tandheelkundige zorg in de verschillende instellingen onderzocht. De taakstelling van de projectgroep is het onderzoeken van de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg voor verzekerden in AWBZ-verband. Het gaat hierbij in hoofdlijn om punten als de zorgvraag van de doelgroepen, het aanbod van zorg- en hulpverleners, de omvang van de aanspraken en de uitgevoerde behandelingen, en de omstandigheden van de zorgverlening in instellingen. De samenstelling van de projectgroep staat in bijlage 1.

In de rapportage van de projectgroep wordt eerst aandacht geschonken aan de aanspraak op tandheelkundige hulp in de AWBZ. In dat kader wordt een overzicht gegeven van recente studies en inventarisaties op het gebied van de AWBZ-tandheelkunde. Daarna volgt een beschrijving van de resultaten van een, op verzoek van de PATH, in opdracht van het CVZ uitgevoerd onderzoek naar de stand van zaken in de AWBZ-tandheelkunde. De PATH plaatst op basis van de verkregen inzichten een aantal kanttekeningen en komt tot aanbevelingen.

2. Aanspraak op tandheelkundige hulp in de AWBZ

Vanaf 1976 is tandheelkundige hulp voor verzekerden die zijn opgenomen in een bepaalde instelling geregeld krachtens de AWBZ. Op grond van artikel 3, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten (BZA) omvat de zorg, voor zover gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal, in bepaalde instellingen tandheelkundige hulp. Deze hulp is, anders dan in het kader van de Ziekenfondswet, niet beperkt. Het gaat om tandheelkundige hulp aan verzekerden die ten laste van de AWBZ verblijven in:

- een ziekenhuis (na een periode van verblijf van 365 dagen is dit verblijf ten laste van de AWBZ)
- een revalidatie-instelling (na een periode van verblijf van 365 dagen is dit verblijf ten laste van de AWBZ)
- een psychiatrisch ziekenhuis na een periode van verblijf van 52 weken
- een verpleeginrichting
- instelling voor verstandelijk gehandicapten
- Het Dorp.

Vanaf de invoering van de aanspraak op tandheelkundige hulp in AWBZ-instellingen heeft de aanspraak niet gegolden voor alle instellingen. Verzekerden verblijvend in een gezinsvervangend tehuis (GVT) hebben geen aanspraak op tandheelkundige hulp in het kader van de AWBZ. Ook bij de invoering van de verstrekking zorg door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) in 1989 is deze zorg niet overwogen. Ook al is sprake van verblijf in een instelling dan dient dit niet zonder meer te leiden tot de aanspraak op tandheelkundige hulp. Verzekerden, die in deze instellingen verblijven dienen bijvoorbeeld ook huisartsenhulp en farmaceutische hulp op reguliere wijze, dat wil zeggen ten laste van Ziekenfondswet of particuliere verzekering, te realiseren.

Het vorenstaande betekent dat verzekerden die verblijven in een andere AWBZ-instelling dan hiervoor vermeld geen aanspraak hebben op tandheelkundige hulp krachtens de AWBZ. Deze andere AWBZ-instellingen zijn:

- een verzorgingshuis
- een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)
- een gezinsvervangend tehuis (GVT) voor lichamelijk gehandicapten, voor verstandelijk gehandicapten, voor blinden en slechtzienden, voor doven en slechthorenden
- een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW)
- een instelling voor blinden en slechtzienden
- een instelling voor doven en slechthorenden.

Wel kunnen deze verzekerden, evenals verzekerden die in de thuissituatie verblijven als ziekenfondsverzekerde aanspraak maken op de ziekenfondsverstrekking tandheelkundige hulp of als particulier verzekerde op vergoeding uit de particuliere polis. Curatieve tandheelkundige hulp maakt evenwel geen deel uit van het verstrekkingenpakket voor achttienjarigen en ouder. Voor ziekenfondsverzekerden bestaat soms de mogelijkheid om aanspraak op tandheelkundige hulp te baseren op de regeling voor bijzondere tandheelkundige hulp. Voor particulier verzekerden bestaat die mogelijkheid niet of zeer beperkt, tenzij onderdelen van de bepalingen conform art. 8 van de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering geheel of gedeeltelijk van toepassing zijn verklaard. Er bestaan dus verschillen in aanspraak op tandheelkundige hulp krachtens enerzijds de AWBZ en anderzijds de ziekenfonds- of particuliere verzekering.

Alle kosten van de tandheelkundige zorgverlening (ruimtelijke voorzieningen, investeringen in apparatuur en instrumentarium, assistentie, mondhygiënist, ondersteuning en materiaalkosten) zijn opgenomen in het budget van de instelling, behalve het honorarium van de tandarts en de kosten van tandtechnische werkzaamheden. Deze kosten worden extrabudgettair gedeclareerd door de tandarts. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van de ontwikkeling van een aantal tandheelkundige verrichtingen in AWBZ-instellingen, alsmede van de kosten van de extrabudgettaire tandheelkundige hulp in AWBZ-verband. Om te bevorderen dat voldoende tandartsen beschikbaar komen voor de AWBZ-zorg is ervoor gekozen om in het honorarium van de tandarts een vergoeding op te nemen voor zgn. "doorlopende praktijkkosten". Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de tandarts zijn eigen assistente niet meeneemt naar de inrichting. De tandarts heeft uitsluitend recht op dit hogere uurtarief wanneer hij tenminste vier halve dagen per week in de eigen huispraktijk werkzaam is. In de regeling voor AWBZ tandheerkunde is vanaf het begin de mogelijkheid opgenomen tot samenwerking tussen instellingen, het geven van ondersteuning bij de mondverzorging binnen de instelling door voorlichting en deelname van verzorgenden aan scholing. Naderhand is nog toegevoegd het behoud van de aanspraak op AWBZ

tandheelkunde bij een kortdurend verblijf in een ziekenhuis ten behoeve van een tandheelkundige behandeling in narcose of behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Tevens bestond de mogelijkheid om vanuit de instelling diensten aan "extramuralen" te verlenen op verwijzing van een tandarts. Sinds kort is daaraan in de vorm van een neventarief voor de instelling ook inhoud gegeven.

In de oorspronkelijke regeling verviel de aanspraak op AWBZ tandheelkunde bij behandeling buiten de AWBZ instelling, tenzij de bewoner redelijkerwijs daarop was aangewezen dan wel de instelling (nog) niet over een voorziening beschikte. Tegenwoordig kan iedere tandarts, waarmee een instelling een overeenkomst heeft gesloten, deze zorg ook vanuit de eigen praktijk leveren.

In bijlage 3 wordt dieper ingegaan op de ontwikkeling van de aanspraak op tandheelkundige zorg in de AWBZ.

Nieuwe functiegerichte aanspraken per 1 april 2003

Met de flexibilisering is een stap gezet op weg naar de modernisering AWBZ. Doelen van de modernisering zijn het realiseren van meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap door de verzekerde. Essentieel voor het bereiken van deze doelen is de omzetting van het aanbodgerichte systeem van de AWBZ in een vraaggericht systeem. De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt gerealiseerd door het invoeren van aanspraken op zorg die in termen van functies zijn omschreven. Deze functiegerichte aanspraken zijn AWBZ-breed geformuleerd. Onder deze aanspraken valt alle zorg die nu als aanspraak in het kader van de AWBZ-sectoren, verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg, is geregeld.

Per 1 april 2003 vervallen de huidige per sector omschreven aanspraken en worden de volgende functiegerichte aanspraken ingevoerd (Stb. 2002, 527):

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

Gelijktijdig met de invoering van deze functiegerichte aanspraken wordt geregeld dat verzekerden slechts aanspraak kunnen doen gelden als zij daartoe een indicatiebesluit hebben van het regionaal indicatieorgaan (RIO). Verzekerden kunnen afhankelijk van hun zorgbehoefte voor één of meer aanspraken/functies geïndiceerd worden. Bij de aanspraak op persoonlijke verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Als voorbeeld wordt genoemd tandenpoetsen.

Evenals in het huidige besluit zorgaanspraken is in het nieuwe besluit een bepaling opgenomen die regelt dat verzekerden in bepaalde omstandigheden aanspraak hebben op tandheelkundige zorg (artikel 15 nieuw besluit). Verzekerden die in een instelling verblijven en behandeling ontvangen in deze instelling hebben ook aanspraak op tandheelkundige zorg. Deze verzekerden dienen derhalve (door het RIO) geïndiceerd te zijn voor verblijf en behandeling. Hiermee is de huidige situatie gehandhaafd. Voor de overige verzekerden die verblijven in een AWBZ-instelling geldt dat zij, evenals verzekerden in de thuissituatie, aanspraak kunnen maken op tandheelkundige zorg volgens het normale/reguliere kader. Het is de bedoeling dat de functiegerichte aanspraken geen wezenlijke verandering brengen in de doelgroep die aanspraak kan maken op tandheelkundige zorg bij verblijf in een AWBZ-instelling.

3. Recente rapportages

De laatste jaren is een aantal rapporten verschenen over de tandheelkundige verzorging van ouderen in het algemeen, en die van geïnstitutionaliseerde ouderen in het bijzonder. Schuil (1992)¹ komt op basis van een literatuurstudie tot de conclusie dat:

- De mondgezondheid van ouderen over het algemeen slecht is;
- Het aantal ouderen met een (gedeeltelijke) natuurlijke dentitie toeneemt;
- Veel ouderen tandeloos zijn en kampen met de problematiek van alveolaire kaakbotreductie (sterk geslonken kaken);
- Het onderwijs in de gerodontologie tekort schiet;
- Er een tekort is aan (collectieve) preventieprogramma's voor ouderen;
- Kennis ontbreekt over onder andere de epidemiologie van de mondgezondheid van ouderen, effectieve behandelingsmogelijkheden en de relatie tussen de objectieve en de subjectieve behandelingsnoodzaak;
- De tandheelkundige zorgverlening aan ouderen onvoldoende is geïncorporeerd in het totale systeem van gezondheidszorgverlening.

Op deze punten wordt actie aanbevolen. Op bescheiden schaal is hieraan gevolg gegeven. Zo is door een samenwerkingsverband van diverse organisaties een interventieprogramma 'Mondgezondheid en mondhygiëne voor verzorgenden' ontwikkeld in enkele verpleeghuizen (Bonnema en De Jong, 1997)². Hieruit komen signalen naar voren dat veel verpleeghuisbewoners edentaat zijn, waarbij het kunstgebit in een laagje verdwijnt. Anderen dragen de prothese dag en nacht. Verzorgenden herkennen de problemen, maar missen vaak kennis en vaardigheden om er daadwerkelijk wat aan te doen, nog afgezien van de benodigde tijdsinvestering. De regelmatige aanwezigheid van een tandarts lijkt overigens een positieve invloed te hebben op de organisatie van de mondverzorging.

Van der Voort (1996)³ onderzocht de tandheelkundige hulp voor de verpleeghuispatiënt. Hij wijst erop dat bij deze groep, bijvoorbeeld ten gevolge van een neurologisch lijden als het cerebro-vasculaire accident (cva; een veel voorkomende reden tot opname in een verpleeghuis), vaak kauw- en slikproblemen voorkomen die aanleiding kunnen geven tot een slechtere mondgezondheid. Voorts zijn veel patiënten voor opname al jarenlang niet meer bij een tandarts geweest. Hij constateert dat het onvoorspelbaar is welke instelling een AWBZ-voorziening voor tandheelkundige hulp heeft. Er zijn nu al onvoldoende verpleeghuistandartsen beschikbaar; dit tekort wordt groter als screening en controle systematisch zouden worden opgezet. Bijscholing van tandartsen, verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, verpleeghuisartsen en mondhygiënist is gewenst.

Klüter (1997)⁴ wijst erop, dat inmiddels 10 tot 20% van de verpleeghuisbewoners een (gedeeltelijk) natuurlijke dentitie bezit. Zelfstandig wonende bejaarden en bewoners van verzorgingshuizen moeten voor hun tandheelkundige verzorging een beroep doen op de tandarts-algemeen practicus. De indruk bestaat dat deze zorg problemen kent die vergelijkbaar zijn met die in verpleeghuizen. Voorts is in verpleeghuizen de tandheelkundige verzorging veelal niet opgenomen in het integrale zorgplan.

Verpleeghuistandartsen zien als belangrijkste knelpunten:

- De uitermate slechte mond- en protheseverzorging;
- De lage prioriteit hiervan bij de verzorgenden;
- Het niet structureel ingepast zijn van de tandheelkundige zorgverlening in het verpleeghuis.

¹ Schuil GRE. Inventarisatie tandheelkundige zorgverlening aan ouderen. Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie/TRIKON. Nijmegen, 1992.

² Bonnema DS, Jong MA de. Mondverzorging verpleeghuisbewoners pure noodzaak. Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne 1997;2:201-203.

³ Voort HPG van der. Inventariserend onderzoek tandheelkundige hulpverlening binnen verpleeghuizen. Scriptie NSPH. Utrecht, 1996.

⁴ Klüter WJ. De tandheelkundige verzorging van verpleeghuisbewoners. Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie. Nijmegen, 1997.

Kalsbeek e.a. (1999)⁵ verrichten onderzoek bij thuiswonende ouderen van 60- tot 80-jarige leeftijd. Sinds 1986 blijkt de mondgezondheid in deze groep te zijn verbeterd. Ongeveer de helft van hen is geheel tandeloos. De gebitsstatus hangt sterk samen met het niveau van opleiding en beroep. Van de laagst opgeleiden is twee derde edentat. De auteurs wijzen op het gevaar dat bij een schaarste aan tandheelkundige menskracht en financiële drempels de mogelijkheid voor personen met een lage sociaal-economische status om adequate tandheelkundige hulp te verkrijgen wordt beperkt.

Uit een onderzoek naar de mondzorg in verzorgings- en verpleeghuizen (SIGRA,1999)⁶ komt naar voren dat de zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie in deze instellingen toeneemt. Daardoor wordt het steeds moeilijker bewoners passende mondzorg te verlenen, te meer daar verwacht wordt dat de groep niet-edentaten de komende jaren zal groeien. Middelen ten behoeve van mondzorg zitten in het verpleeghuisbudget en zijn op historische gronden vastgesteld. Onduidelijk is op welke wijze ze worden ingezet. Verzorgingshuizen hebben binnen hun budget helemaal geen middelen voor mondzorg. Verder ontbreken kwaliteitscriteria voor mondzorg, zijn er niet of nauwelijks voorzieningen voor mondzorg aanwezig, en vindt communicatie tussen tandarts en instelling vaak op ad hoc-basis plaats. Integrale mondzorg moet worden vastgelegd in een protocol, en opgenomen in het zorgplan. Het kennisniveau van het personeel moet worden verhoogd en de financiering moet worden aangepast.

Uit een screening van Amsterdamse verpleeghuisbewoners (2000)⁷ blijkt dat ruim 27% van hen eigen tanden en kiezen heeft. In de leeftijdsgroep onder 65 jaar heeft minder dan 50% een volledige gebitsprothese. Er werd een groot aantal wortelresten en caviteiten gevonden. Door de te verwachten stijging van het aantal dentaten zal de zorgvraag waarschijnlijk flink toenemen. Bij ongeveer tweederde van de bewoners wordt door de verzorger een actieve bijdrage tot de gebitsverzorging geleverd; het betreft hier vooral de psychogeriatrische patiënten. De kwaliteit van de tandheelkundige zorg wordt als onvoldoende beoordeeld. Gelet op de actuele situatie zal een verbetertraject langere tijd vergen. Randvoorwaarden dienen aanwezig te zijn zoals financiering, voorzieningen, professionele menskracht en de daarbij behorende personele kosten.

4. Andere signalen

In 1999 heeft de werkgroep bijzondere zorggroepen van de NMT een inventarisatie gemaakt van de problemen en knelpunten die tandartsen en mondhygiënisten tijdens hun werkzaamheden ten behoeve van AWBZ-patiënten binnen een AWBZ-instelling ervaren. Hieruit kwam het volgende naar voren:

- Tandheelkundige verzorging van de bewoners heeft weinig prioriteit voor de instelling. Er is geen geld beschikbaar voor outillage, het aantrekken van een mondhygiënist en/of assistente.
- In het kader van de zorgvernieuwing komt de medische zorg mogelijk los te staan van de instelling. Onduidelijk is hoe de tandheelkundige zorg moet worden geregeld in de nieuwe structuur.
- Vacatures zijn moeilijk te vervullen omdat er weinig animo is om in een AWBZ-instelling te werken (gebrekkige voorzieningen in combinatie met krapte op de arbeidsmarkt), en omdat onervaren tandartsen en mondhygiënisten niet voldoen aan de specifieke deskundigheidseisen die in dit zorgveld noodzakelijk zijn.
- Betaling van declaraties door tandartsen ten behoeve van AWBZ-patiënten verloopt vaak traag en moeizaam.

⁵ Kalsbeek H, Verrips GH, Kleijn-de Vrankrijker MW de. Mondgezondheid ouderen. TNO-rapport PG/VGZ/99.055. Leiden, 1999.

⁶ SIGRA (Samenwerkende instellingen gezondheidszorg regio Amsterdam). De tand des tijds. Een onderzoek naar de mondzorg aan bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen in de regio Amsterdam, Amsterdam, 1999.

⁷ Acquest. 'Bij monde van'. Onderzoeksverslag. Koudekerk aan den Rijn, 2000.

Ook bij het CVZ komen regelmatig signalen binnen van moeilijkheden op dit terrein; bijvoorbeeld wanneer een bewoner van een AWBZ-instelling wordt behandeld in een instelling voor bijzondere tandheelkunde. Uitvoeringsregels blijken vaak onvoldoende bekend bij instellingen, zorgkantoren en tandartsen. In een rapportage aan het CVZ heeft de NMT voorts genoemd:

- Het lijkt erop dat sommige instellingen het opheffen van de beddennorm hebben opgevat als een sein dat de verplichting om tandheelkundige zorg binnen de inrichting te verlenen is komen te vervallen.
- Tekorten in exploitatiebudgetten lijken te leiden tot uitstel/afstel van vervangingsinvesteringen en zelfs tot het inkrimpen of opheffen van tandheelkundige voorzieningen op niet zorginhoudelijke gronden.
- Vervoer en begeleiding van bewoners is vaak onvoldoende beschikbaar.
- Begeleidende personen zijn vaak niet of onvoldoende op de hoogte van de zorgvraag.
- Medische en gedragsmatige informatie voor de tandarts ontbreekt vaak.

In 1999 heeft ook het College van Adviserend Tandartsen (CAT) een nota opgesteld over de AWBZ-tandheelkunde. Het CAT inventariseerde een groot aantal knelpunten en concludeerde met bezorgdheid dat de inhoud, omvang en toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg voor bepaalde AWBZ-geïndiceerde patiënten onder druk staat. Waar nieuwe (zelfstandige) woonvormen een steeds grotere rol gaan spelen bij het maatschappelijk functioneren van de gehandicapte is onvoldoende duidelijk waar de rechten van deze groep liggen en hoe die gefinancierd moeten worden. Er is behoefte aan een eenduidige omschrijving van de zorgplicht van de instelling.

Door financiële beperkingen worden behandelkamers in instellingen slechts minimaal ingericht, en schiet ook de dagelijkse mondzorg tekort. Dit terwijl de behoefte daaraan zal stijgen met de toename van het aantal niet edentaten. Het CAT wijst ook op de menskrachtproblemen in het zorgaanbod. Het college pleit voor het opstellen van praktijkrichtlijnen, die het draagvlak kunnen leveren om een verbeterde zorgverlening te realiseren. Ook wordt het belang van een gestructureerde bijdrage in het zorgplan door de tandarts en de mondhygiënist genoemd.

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat er mogelijke problemen en/of knelpunten bestaan ten aanzien van de volgende aspecten:

- De orale conditie van in AWBZ-instellingen verblijvenden, en in het bijzonder de niet-edentaten onder hen.
- De tandheelkundige behandelbehoefte bij deze groep.
- De positie (en aanspraak) van extramuraal verblijvende mensen met een verpleeghuis-indicatie.
- De tandheelkundige infrastructuur, in het bijzonder de menskracht, tandheelkundige installaties en voorzieningen.
- De toegankelijkheid van de zorg.

Er lijkt een samenhang te bestaan in de problematiek. Wanneer mondzorg niet goed is geïntegreerd in de instelling, nauwelijks outillage aanwezig is en de administratie onduidelijk, wordt het weinig aantrekkelijk om als tandarts werkzaamheden in dit verband te verrichten. Vooralsnog lijken de zorgkantoren weinig prioriteit te verlenen aan de geschetste problematiek.

5. Nadere onderbouwing door eigen onderzoek

De in de literatuur gerapporteerde gegevens zijn indicatief. De gegevens zijn onvoldoende onderbouwd om er een valide probleemanalyse aan te ontleen, die kan leiden tot verantwoorde aanbevelingen. Overeenkomstig het plan van aanpak van de PATH moeten de aard, omvang en inhoud van knelpunten en problemen bij de tandheelkundige zorgverlening in AWBZ-verband in kaart worden gebracht. Door de PATH is vastgesteld dat het gewenst is om een onderzoek te doen uitvoeren dat leidt tot

wel voldoende onderbouwde, valide gegevens, waarop eventuele voorstellen en aanbevelingen kunnen worden gebaseerd.

Met dit doel is, op verzoek van het CVZ, door TNO-PG en het UMC Utrecht in de periode 2000-2001 onderzoek uitgevoerd naar de mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De vraagstelling luidde:

1. Wat is de omvang van de populatie 'geïstitutionaliseerde' ouderen?
2. Welke infrastructurele voorzieningen zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten beschikbaar om tegemoet te komen aan de behoefte aan tandheelkundige zorg?
3. Welke (subjectieve) behoefte aan tandheelkundige zorg bestaat er bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen?
4. Wat is de orale conditie van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen?

Ten behoeve van de uitvoering van het onderzoek is door TNO voor elk van de drie categorieën instellingen een representatieve steekproef getrokken van 15; in totaal dus 45 instellingen. Om informatie te krijgen over de tandheelkundige voorzieningen voor de bewoners van de instelling werd een vraaggesprek gehouden met een stafid, een medewerker van een van de afdelingen en, indien een vaste tandarts binnen de instelling werkzaam was, de tandarts van de instelling.

Het onderzoek onder de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen bestond uit (1) een bepaling van het percentage dentaten en edentaten in deze populatie, (2) een interview waarbij aan de orde kwam de subjectieve beleving van de mondgezondheid, de verkregen tandheelkundige zorg en de mondhygiëne, en (3) een onderzoek naar de fysieke toestand van het gebit en de mond.

6. Resultaten van het onderzoek

6.1. Omvang van de populatie

In totaal zijn er naar schatting ongeveer 285.000 mensen in Nederland die in een AWBZ-instelling verblijven of dat zouden moeten. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen instellingen waarbinnen al dan niet aanspraak op tandheelkundige hulp bestaat.

Instellingen met aanspraak op tandheelkundige hulp

Dit betreft circa 340 verpleeghuizen met 55.000 bewoners, van wie meer dan 92% ouder is dan 65 jaar. Bovendien staan ruim 11.000 mensen op een wachtlijst voor een verpleeghuis. Daarnaast zijn er 150 instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarin 35.000 mensen verblijven; minder dan 5% van hen is ouder dan 65 jaar.

Instellingen zonder aanspraak op tandheelkundige hulp

Hier gaat het in de eerste plaats om 1380 verzorgingshuizen, met 110.000 bewoners. Meer dan 99% van hen is ouder dan 65 jaar. Er is een wachtlijst van 36.000 mensen. Verder zijn er instellingen als gezinsvervangende tehuizen en beschermde woongroepen. Dit zijn er ongeveer 1100, en ruim 37.000 mensen maken er gebruik van.

6.2. Faciliteiten voor tandheelkundige zorg

Van de 15 verpleeghuizen hadden er 14 een vaste tandarts, van de 15 verzorgingshuizen waren dit er 3 en van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten 13. Men moet bedenken dat verzekerden die ten laste van de AWBZ verblijven in een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten aanspraak hebben op tandheelkundige hulp, maar verzekerden in een verzorgingshuis niet (zie par. 2).

Een 'vaste tandarts' hoeft niet te betekenen dat de tandarts in de instelling komt. Het kan ook een tandarts betreffen die de patiënten uit de instelling in de eigen praktijk behandelt. Aan bewoners van 2 verpleeghuizen en 8 instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd mondhygiënische zorg verleend door een mondhygiënist. Al met al werd in 11 verpleeghuizen, 3 verzorgingshuizen en 11 instellingen voor verstandelijk gehandicapten professionele tandheelkundige hulp binnen de instelling geboden.

Het aantal uren dat de tandarts werkzaam was binnen de instelling was in de verpleeg- en verzorgingshuizen in het algemeen lager dan in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De tandartsen vonden de beschikbare werktijd lang niet altijd voldoende; dit standpunt werd in veel gevallen door de afdelingsmedewerker gedeeld.

Het kwam in verpleeg- en verzorgingshuizen weinig voor dat prothetische verrichtingen en extracties worden uitgevoerd op de kamer van de bewoner. Meestal was hiervoor een speciale ruimte beschikbaar. Restauratieve verrichtingen vonden vaak buiten de instelling plaats. Van de 11 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten hadden er 9 ter plaatse de beschikking over een beweegbare stoel. In 6 van deze gevallen was geen instrumentarium beschikbaar om restauratieve verrichtingen uit te voeren en in 4 geen extractie-instrumentarium. In de behandelruimten in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren instrumenten voor alle soorten verrichtingen beschikbaar.

In 2 van de 12 verpleeg- en verzorgingshuizen die voorzieningen hadden voor professionele tandheelkundige hulp binnen de instelling, werd de tandarts geassisteerd door een medewerker van het huis. Sommige tandartsen namen een assistente uit de eigen praktijk mee, anderen werkten zonder assistente. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd de tandarts in alle gevallen door een medewerker van de instelling geassisteerd. Indien een bewoner buiten de instelling behandeld moest worden werd het vervoer, als het een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten betrof, meestal door een medewerker van de instelling geregeld. In verzorgingshuizen was het vaak de bewoner zelf of een familielid die daarvoor zorgde.

6.3. Professionele tandheelkundige zorgverlening

De wijze waarop de tandartsen zich binnen de instellingen presenteerden, verschilde sterk. Sommige tandartsen gaven aan dat alle activiteiten zich in de behandelkamer afspeelden. Andere tandartsen bezochten naar eigen zeggen de afdelingen periodiek voor overleg met verpleegkundigen en verzorgenden, afdelingshoofden en artsen. Indien er naar aanleiding van een tandheelkundige behandeling patiëntspecifieke informatie moest worden overgebracht, nam de tandarts in de meeste gevallen contact op met de verzorger of verpleger van de bewoner. Opmerkelijk was dat de informatieoverdracht vaak alleen mondeling plaatsvond.

Bewoners met acute tandheelkundige klachten konden meestal binnen een termijn van 0 tot 2 dagen bij de tandarts terecht. Voor niet-acute klachten kon men vaak binnen een week bij de tandarts terecht. Verzorgenden en verpleegkundigen in een verpleeghuis die merkten dat een bewoner last had van de mond of het (kunst)gebit rapporteerden dit meestal aan de medische dienst. In verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd vaker direct met de tandarts contact opgenomen. De afdelingsmedewerkers gaven aan weinig met klachten van bewoners over de mond of het (kunst)gebit te worden geconfronteerd. Meestal gebeurde dit minder dan eenmaal per maand.

In 13 van de 15 verpleeghuizen en in 7 van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd bij de opname van nieuwe bewoners de mond geïnspecteerd. In geen van de verzorgingshuizen gebeurde dit. In de verpleeghuizen was het meestal de instellingsarts die de mond tijdens het intake-onderzoek inspecteerde, in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten soms de arts en soms de tandarts. In verpleeg- en verzorgingshuizen werden tandheelkundige verrichtingen meestal en in instellingen voor

verstandelijk gehandicapten altijd geregistreerd. In veel gevallen gebeurde dit alleen in het kaartsysteem van de tandarts, soms ook in het medisch dossier of het zorgdossier van de bewoner.

Naar de mening van de tandartsen was de kwaliteit van de zorg die zij, gezien de omstandigheden, konden leveren in het algemeen matig tot goed. Een aantal behandelingen kostte veel moeite, hetzij door technische problemen, hetzij door de beperkte behandelbaarheid van vooral psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. Als andere factoren die de behandeling extra bemoeilijkten werden onder meer genoemd de moeizame communicatie met bewoners, het behandelen van patiënten in een rolstoel, en het gebrek aan belangstelling vanuit de instelling voor de tandheelkundige problematiek.

6.4. Tandheelkundige zelfzorg

Het meest gegeven antwoord op de vraag naar de mondhygiëne van de bewoners luidde 'matig schoon'. In alle categorieën instellingen oordeelden de afdelingsmedewerkers positiever dan de tandartsen. De stafleden namen hier een middenpositie in. Zowel de stafleden als de medewerkers achtten een ruime meerderheid van de bewoners niet in staat om zelf de tanden te poetsen of het kunstgebit te reinigen. Volgens de staf gaf het verzorgend personeel wel voldoende aandacht aan de reiniging van het kunstgebit, maar vaak onvoldoende aandacht aan het poetsen van het eigen gebit van bewoners. Bij het poetsen van het natuurlijk gebit spelen volgens de stafleden vooral tekorten aan motivatie, kennis en vaardigheden en tijdgebrek een rol. De afdelingsmedewerkers noemden naast een gebrek aan kennis en vaardigheden vooral het gebrek aan medewerking van de bewoner als belangrijke belemmering.

In ongeveer de helft van de instellingen was de afdelingsmedewerker van mening dat er bij medewerkers behoefte bestond aan bijscholing over mondverzorging bij ouderen. Van de 12 tandartsen in verpleeg- en verzorgingshuizen hadden er 3 wel eens bijscholing verzorgd voor het verzorgend personeel. Van de 12 tandartsen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten gaven er 9 wel eens bijscholing. De tandartsen deden dit meestal op eigen initiatief.

Negen van de 15 stafleden van een verpleeghuis meldden dat de professionele tandheelkundige zorg deel uitmaakte van het zorgplan van de bewoner. In de verzorgingshuizen gaf één en in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten gaven vijf stafleden een bevestigend antwoord. De mondverzorging door medewerkers van de instelling was volgens de staf in 7 verpleeghuizen, 12 verzorgingshuizen en 4 instellingen voor verstandelijk gehandicapten in het zorgplan opgenomen.

In tenminste 10 van de 15 verpleeghuizen werd de gebitsprothese van nieuwe bewoners van een merkteken voorzien. In de verzorgingshuizen werden de prothesen vrijwel nooit gemerkt.

6.5. Mondgezondheid in verpleeg- en verzorgingshuizen

In 12 verpleeghuizen en 12 verzorgingshuizen is onderzoek gedaan naar de mondgezondheid van de bewoners. Van deze groep bleek ruim 20% nog eigen tanden en kiezen te bezitten. De helft van hen droeg daarnaast een partiële prothese. In de verpleeghuizen was circa 30% (partieel) dentaat, variërend tussen 8 en 53%. In de verzorgingshuizen bezat ongeveer 11% nog natuurlijke gebitselementen, variërend van 6 tot 28%.

Interviews

In interviews met 372 bewoners of hun verzorgers is gevraagd of de toestand van de mond of het (kunst)gebit wel eens leidde tot moeilijkheden met kauwen. Op deze vraag

antwoordde 36% van de dentaten en 34% van de edentaten bevestigend. Met afbijten had 43% van de dentaten en 56% van de edentaten wel eens moeite. Het percentage bewoners zonder disfuncties was bij de dentaten significant hoger dan bij de edentaten. Binnen de categorieën dentaten en edentaten bestonden tussen bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen geen significante verschillen. Wanneer de bewoners van 60 tot 79 jaar worden vergeleken met een groep thuiswonenden van dezelfde leeftijd blijken er geen significante verschillen te bestaan qua functiestoornissen.

Bij de edentaten was de huidige prothese in 62% van de gevallen meer dan 10 jaar oud en in 42% meer dan 20 jaar oud. Van de edentate verpleeghuisbewoners heeft een hoger percentage recent de tandarts bezocht dan de edentate verzorgingshuisbewoners. Daarbij moet worden bedacht dat aan vrijwel alle verpleeghuizen een tandarts is verbonden. Van de dentaten ging 17% en van de edentaten 76% alleen naar de tandarts als men (pijn)klachten had.

Mondonderzoek

Bij 365 personen is de mond onderzocht. Van de 111 (partieel) dentaten had 40% gebitselementen met een kroon, 35% elementen met een caviteit en 33% wortelresten. Het hoge percentage bewoners met kronen wijst op aandacht voor een goede gebitsverzorging in het verleden. Bij de dentaten in de leeftijdscategorie tot 80 jaar waren per persoon gemiddeld 16 gebitselementen aanwezig, bij de categorie boven 80 jaar 13 elementen (een volledig gebit zonder verstandskiezen telt 28 elementen). Ook voor wat betreft het aantal gave gebitselementen, het aantal wortelresten en het aantal mobiele elementen was de situatie in de oudste leeftijdsgroep ongunstiger.

In de verpleeghuizen of instellingen met een tandarts ontbraken bij de dentate bewoners minder gebitselementen, waren meer elementen voorzien van een kroon en vertoonden minder elementen mobiliteit dan in verzorgingshuizen of instellingen zonder tandarts. Vergelijking van de dentaten in de leeftijd van 60 tot 80 jaar met thuiswonende Nederlandse dentaten in dezelfde leeftijdsgroep leert dat bij de thuiswonenden significant meer gebitselementen aanwezig zijn, meer gevulde elementen en minder wortelresten.

Een maat voor de kauwfunctie is het aantal 'functionele contacten'; dat zijn contacten tussen natuurlijke molaren en premolaren van de boven- en onderkaak als deze op elkaar worden gezet. Het maximum aantal is 12. Van de dentaten had 57% geen enkel functioneel contact. Het gemiddelde aantal functionele contacten bedroeg 2,1. Bewoners tot 80 jaar hebben meer functionele contacten dan 80-plussers, en bewoners van verpleeghuizen meer dan bewoners van verzorgingshuizen.

Bij 13% van de dentaten ontbraken één of meer snijtanden zonder dat er een prothetische voorziening was aangebracht; 12% had afgebroken snijtanden. Bij 2% van de edentaten ontbrak één of meer kunstelementen in het front; bij 17% van de edentaten waren er kunsttanden afgebroken. De retentie van de bovenprothese werd in 44% van de gevallen en van de onderprothese in 71% als matig of slecht beoordeeld. Van de edentaten vertoonde de bovenkaak bij 55% en de onderkaak bij 85% een sterke of zeer sterke reductie. Bij 19% van de dentaten en 51% van de edentaten werden afwijkingen in het mondslijmvlies gezien.

7. Aanbevelingen van de onderzoekers

De onderzoekers komen tot een aantal aanbevelingen, gericht op koepelorganisaties, instellingen en individuele zorgverleners. Zo wordt aanbevolen om in de opleiding tot tandarts en mondhygiënist, en in het bij- en nascholingstraject van deze beroepsgroepen, meer aandacht te besteden aan de tandheelkundige zorg voor ouderen en verstandelijk gehandicapten. Voorts dient aan opleiding en bijscholing van het verzorgend en verplegend personeel structureel aandacht te worden besteed. Instructie

en bijscholing van het personeel dient onderdeel uit te maken van het takenpakket van de tandarts of mondhygiënist die werkzaam is in een verpleeghuis, verzorgingshuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Het verdient aanbeveling de rol van het verzorgend en verplegend personeel bij de mondhygiënische zorg voor bewoners in een protocol vast te leggen. Dit protocol zou deel moeten uitmaken van een algemeen zorgplan.

Er zou een landelijke richtlijn moeten worden opgesteld waarin wordt aangegeven aan welke eisen de inrichting van behandelruimten voor professionele mondzorg in de diverse typen instellingen moet voldoen. Verpleeg- en verzorgingshuizen wordt aanbevolen de beschikbare faciliteiten voor professionele mondzorg zodanig aan te passen dat ook aan de zorgbehoefte van personen met een natuurlijk gebit kan worden voldaan. Tandartsen en mondhygiënisten die in instellingen werken dienen regelmatig contact te hebben met de staf van de instelling en met medewerkers op de afdelingen. En er zou onderzoek moeten worden geëntameerd naar de inzetbaarheid van mondhygiënisten en andere mondzorgmedewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen, en naar de effectiviteit daarvan.

8. Kanttekeningen van de PATH

Aanspraak op mondzorg in de AWBZ

De PATH meent dat de aanspraak op tandheelkundige hulp in AWBZ-verband aanvankelijk formeel goed was geregeld, maar dat de uitvoering om diverse redenen vooral de afgelopen tien jaar is achtergebleven. Zo heeft bijvoorbeeld het afschaffen van de beddennorm als maat voor noodzakelijke tandheelkundige voorzieningen geen voldoende invulling door het veld tot gevolg gehad.

Er bestaan grote verschillen tussen de aanspraken op tandheelkundige hulp in de AWBZ (functie behandeling) en de ziekenfonds- respectievelijk particuliere ziektekostenverzekering. In de AWBZ kan alle geïndiceerde tandheelkundige zorg worden verstrekt. De ziektekostenverzekeringen voorzien niet in curatieve tandheelkundige hulp. Binnen het ziekenfonds kan soms een uitweg worden gevonden bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp; in de particuliere sector is dit niet mogelijk. Dit onderscheid in aanspraken en vergoedingen kan de continuïteit van zorg in gevaar brengen, bijvoorbeeld bij uitstroom uit de instelling. Een terugval moet hier worden voorkomen. De speciale positie die de tandheelkundige zorg in dit opzicht inneemt wordt soms over het hoofd gezien.

De PATH vraagt zich af op welke wijze de zorgkantoren in de praktijk invulling geven aan hun verantwoordelijkheid. Welke activiteiten vinden plaats ten behoeve van inkoop van verantwoorde mondzorg? In hoeverre wordt verantwoording afgelegd over de levering van zorg waarop aanspraak bestaat?

Organisatie van de zorg

Er blijken zowel binnen als tussen de drie instellingstypen (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten) grote verschillen te bestaan. De omvang van de instellingen, uitgedrukt in het aantal bewoners, varieerde van minder dan 50 tot meer dan 500. Het aantal bewoners in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten is relatief hoog. Er is echter een tendens gehandicapten in kleinere wooneenheden te huisvesten. Als die trend doorzet, zal het aanbieden van adequate tandheelkundige hulp in die instellingen moeilijker worden. Er zal een verschuiving in de zorgvraag optreden, wanneer de 'zwaarste gevallen' achterblijven. Het regelen van vervoer en begeleiding naar plaatsen waar tandheelkundige hulp wordt geboden legt een extra beslag op de organisatie van de instelling, nog afgezien van het ongemak en de kosten.

Slechts 3 van de 15 verzorgingshuizen hadden contact met een vaste tandarts, tegen 14 van de 15 verpleeghuizen. Dit is begrijpelijk gezien het verschil aanspraak op tandheelkundige hulp in beide typen instellingen. Lang niet alle bewoners van verzorgingshuizen zijn echter in staat om desgewenst de 'eigen' tandarts te bezoeken. Ook afdelingsmedewerkers hebben behoefte aan een vaste tandarts, die zich verantwoordelijk voelt voor de mondzorg in de instelling. Zonder zo'n functionaris blijkt het moeilijk te zijn om de bewoners voldoende professionele hulp te bieden. Daarnaast blijkt het aantal uren dat de instellingstandartsen kunnen besteden aan tandheelkundige zorg vaak als onvoldoende te worden ervaren. Het feit dat er een tandarts in de instelling komt geeft nog geen garantie voor verantwoorde zorg.

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

In instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren de behandelkamers in het algemeen goed geëquipeerd. De betere organisatie blijkt ook uit de aanwezigheid van assisterend personeel vanuit de instelling, en uit het periodiek mondonderzoek van de bewoners, ook als er geen klachten zijn. In verpleeghuizen worden bewoners meestal alleen voor behandeling naar de tandarts verwezen als er duidelijke problemen met de mond zijn. Dit betekent dat de instellingstandarts geen overzicht heeft van de mondgezondheid van de totale populatie bewoners.

De PATH wijst op het belang van geïntegreerde medische zorg. Een goede organisatie hiervan vormt een waarborg dat ook aan mondzorg voldoende aandacht wordt geschonken.

Uitvoering van de zorg

De voorzieningen voor curatieve mondzorg voldoen, voor zover aanwezig, in het algemeen niet aan de algemeen aanvaarde norm voor de tandheelkundige praktijk en aan de in redelijkheid te stellen normen voor de specifieke doelgroep, bijvoorbeeld op het terrein van de infectiepreventie, veiligheid en arbonormen. Bij de uitvoering van zorg valt op dat de tandarts patiëntspecifieke informatie in ongeveer de helft van de gevallen alleen mondeling overdraagt. Aangezien meerdere personen bij de verzorging van een bewoner betrokken zijn, loopt men de kans dat informatie niet bij alle verzorgers overkomt en adviezen niet consequent worden opgevolgd als ze niet duidelijk op papier zijn gezet. In een aantal instellingen houdt de tandarts geen kaartsysteem bij en worden tandheelkundige verrichtingen evenmin in een medisch dossier of het zorgdossier genoteerd. Soms heeft een tandarts niet de beschikking over het medisch dossier, en wordt ook hier de informatie mondeling overgedragen. De wisselwerking tussen de bij de zorg betrokkenen is vaak verre van optimaal. Deze situatie kan niet als verantwoorde zorgverlening worden beschouwd, en is voorts strijdig met de WGBO.

Uit het in paragraaf zes beschreven onderzoek bleek voorts de mondhygiënische zorg voor dentate bewoners die zelf niet kunnen tandenpoetsen problematisch te zijn. Dit komt mede door het gebrek aan tijd, kennis, vaardigheden en motivatie bij het verzorgend personeel. Het is daarom opvallend dat aan bijscholing weinig aandacht werd besteed. Slechts in een beperkt aantal instellingen bestond een protocol mondzorg, hoewel ook elders daaraan wel behoefte bestaat. Het opstellen van zo'n protocol zou de aandacht voor mondzorg kunnen verhogen. Het zou onderdeel moeten uitmaken van een algemeen zorgplan.

De professionele ondersteuning op het gebied van de mondverzorging door medewerkers van de instellingen staat nog in de kinderschoenen. Hier is professionalisering en structurering gewenst.

Mondgezondheid

Onder de bewoners van verpleeghuizen kwamen meer dentaten voor in de relatief jongere leeftijdsgroepen. Verwacht mag worden dat in de toekomst steeds meer ouderen hun natuurlijke gebitselementen zullen behouden, en dat bijgevolg de behoefte aan tandheelkundige zorg ook intramuraal zal toenemen. Een investering in mensen en infrastructuur zal onontkoombaar zijn wil adequate tandheelkundige zorg veiliggesteld kunnen worden.

In de verzorgingshuizen bleken meer bewoners edentaat te zijn dan in de verpleeghuizen. De gemiddelde leeftijd van bewoners in de verpleeghuizen was lager en het opleidings- en beroepsniveau hoger dan bij de bewoners van de verzorgingshuizen. Aangezien het al dan niet dentaat zijn gerelateerd is aan leeftijd en opleiding, zouden deze verschillen het verschil in gebitsstatus kunnen verklaren.

De mondgezondheid van met name dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen liet in een aantal gevallen te wensen over. De snelle achteruitgang van de gebitstoestand bij sommige dentate ouderen na opname in een verpleeghuis, gemeld door diverse instellingstandartsen, wijst erop dat er bij ouderen bijzondere omstandigheden kunnen bestaan die bedreigend zijn voor het gebit. Een belangrijke factor lijkt te zijn het voorkomen van plaque. Als de speekselvorming op oudere leeftijd is afgenomen, bijvoorbeeld als gevolg van diabetes of door het gebruik van medicijnen, kan de hoeveelheid tandplaque zich gemakkelijk uitbreiden. Ook het gebruik van zachte voeding kan een rol spelen.

Zorgvraag

Wanneer puur tandheelkundig wordt gekeken blijkt bijna driekwart van de verpleeghuisbewoners een orale conditie te hebben die een tandheelkundige behandeling zou rechtvaardigen. Vooral prothetische problematiek komt hier naar voren. Een matige tot slechte orale conditie bestaat vaak al bij binnenkomst in het verpleeghuis. Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische patiënten lijken de laatstgenoemden relatief minder te profiteren van de tandheelkundige zorg in het verpleeghuis. Mogelijk speelt hier een rol dat instellingstandartsen bij deze groep meer moeite hebben met het de communicatie.

De subjectieve zorgvraag van de in AWBZ-instellingen verblijvende mensen is gering. Dit is kenmerkend voor deze populatie. Men bevindt zich hier niet voor niets. De in het kader van de AWBZ geïnstitutionaliseerden vormen een in het algemeen zeer zorgbehoefte, ernstig verzwakte of invalide groep die veelal niet tot adequate zelfzorg voor de mond in staat is. De mondzorg vormt een onderdeel van de zorg dat voortvloeit uit hun algemene problematiek, die tot gevolg heeft dat de zorg van hen moet worden overgenomen.

Overigens moet men bedenken dat sommige problemen waar ouderen mee kampen niet of alleen met veel moeite oplosbaar zijn. Een voorbeeld is de situatie bij edentaten met een slechte kauwfunctie door een loszittende onderprothese als gevolg van sterke reductie van de onderkaak. Behandeling die uit zuiver tandheelkundig oogpunt wenselijk is, is in veel gevallen niet geïndiceerd. Niet de maximaal haalbare maar de onder de gegeven omstandigheden optimale mondgezondheid zal het doel van de zorg moeten zijn. Optimaal is hier de mondgezondheid die zoveel mogelijk bijdraagt aan de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënt.

Financiering van de zorg

Middelen ten behoeve van mondzorg zitten in het budget van de instelling en zijn op historische gronden vastgesteld. De wijze van financiering bevordert echter niet dat AWBZ tandheelkunde op een goede manier wordt vormgegeven. In het algemeen zal, met het toenemen van de zorgzwaarte en de groei van het aantal niet-edentaten in zowel verzorgings- als verpleeghuizen het, bij ongewijzigde financiering, steeds moeilijker worden de bewoners passende mondzorg te verlenen.

Thans kan een instelling alleen de kosten van een tandheelkundige behandeling in een ziekenhuis of een centrum bijzondere tandheelkunde extrabudgettair declareren bij het CAK. Dit geldt ook voor eventuele vervoerskosten naar een praktijk van een tandarts. De tandarts zelf declareert extrabudgettair zijn honorarium, eventuele reiskosten en de techniekkosten bij het CAK.

De hoogte van het uurtarief is afhankelijk van het aantal dagdelen dat de tandarts wekelijks in de eigen huispraktijk werkzaam is. In de praktijk leidt dit tot belemmeringen bij het inzetten van mondhygiënist en tandprothetici in de curatieve mondzorg. Een dergelijke regeling bevordert de integratie van de mondzorg in het zorgsysteem van de instelling niet. Bovendien wordt de afhandeling van de declaraties als traag ervaren en is soms veel discussie nodig over de financiële afwikkeling van de patiënten die buiten de routine vallen.

Dergelijke problemen werken belemmerend op een doelmatige zorgverlening en verhogen de aantrekkelijkheid van het werken in een instelling voor de tandarts niet. Er bestaat behoefte aan een eigentijds, transparant systeem van financiering van de mondzorg in AWBZ-verband.

Verbetering

De PATH meent dat het traject van verbetering moet beginnen bij de ontwikkeling van een systeem van richtlijnen en protocollen door de bij de zorg betrokken partijen. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt naar de te leveren AWBZ-functie. Voor de functie persoonlijke verzorging bestaat bijvoorbeeld behoefte aan een protocol in de instelling, maar ook voor de thuiszorg. Richtlijnen voor de functie behandeling, gepaard gaande met de functie verblijf, zullen niet alleen van toepassing moeten zijn op instellingen voor gehandicapten en verpleeghuizen, maar ook voor psychiatrische en psychogeriatrische ziekenhuizen. Deze instellingen zijn buiten het onderzoek gebleven, maar de situatie is volgens recente signalen niet beter, dan bij de onderzochte categorieën instellingen.

Het is van essentieel belang dat per betrokkene (overheid, zorgkantoor, zorgverzekeraar, instelling, zorgverlener) duidelijk is welke taak er ligt, wat het verband is met het totale verbetertraject, en welke criteria worden gehanteerd voor de financiering van dit traject.

9. Conclusie en aanbevelingen PATH

De PATH is haar werkzaamheden begonnen met het maken van een inventarisatie van de problemen en knelpunten die er bestaan bij de tandheelkundige hulp in AWBZ-verband. Hierbij moet voor alle duidelijkheid worden opgemerkt dat de inventarisatie zich niet heeft beperkt tot de tandheelkundige hulp zoals die door de tandarts wordt verleend maar ook is betrokken op de mondzorg in bredere zin zoals die door andere disciplines wordt verleend en de omstandigheden waaronder de hulp wordt verleend.

Bij deze inventarisatie is onder andere gebruik gemaakt van de op dat moment beschikbare rapporten en nota's. In hoofdstuk drie en vier zijn deze rapporten en nota's uitgebreid besproken. Problemen en knelpunten die in daarin naar voren komen zijn:

- mondgezondheid van ouderen is over het algemeen slecht;
- aantal ouderen met natuurlijke detentie neemt toe;
- onderwijs van alle categorieën zorgverleners laat te wensen over;

- tandheelkundige zorgverlening maakt onvoldoende deel uit van de totale zorgverlening;
- beschikbaarheid van voorzieningen om tandheelkundige hulp te verlenen is beperkt;
- tekort aan (verpleeghuis)tandartsen;
- lage prioriteit voor mondzorg bij verzorgenden;
- toenemen van de zorgzwaarte van de in de instellingen verblijvende patiënten populatie;
- onduidelijkheid over de beschikbare financiële middelen ten behoeve van de mondzorg;
- tandheelkundige verzorging heeft weinig prioriteit voor de instellingen;
- nieuwe woonvormen maken het verlenen van mondzorg moeilijker.

Na deze inventarisatie achtte de PATH het wenselijk nader onderzoek uit te voeren naar de problemen en knelpunten bij de tandheelkundige hulp in AWBZ-verband. Dit onderzoek is uitgevoerd door TNO-PG en het UMC Utrecht.

In hoofdstuk zes zijn de resultaten van deze onderzoeken uitgebreid weergegeven. In met name het onderzoek uitgevoerd door TNO-PG komt naar voren dat problemen en knelpunten zoals die door de PATH waren geïnventariseerd nog steeds actueel en aan de orde zijn. De PATH spreekt hierover haar ernstige bezorgdheid uit.

De PATH constateert dat in de loop der jaren problemen en knelpunten in beeld worden gebracht, oplossingen worden aangedragen maar dat de problemen en knelpunten blijven bestaan.

Voorts stelt de PATH vast dat de tandheelkundige hulp, de mondverzorging, en de mondgezondheid zeker in verpleeghuizen te wensen overlaat.

Ook in verzorgingshuizen, bewoners hebben weliswaar geen aanspraak op tandheelkundige hulp in het kader van de AWBZ, is de situatie zorgelijk.

De PATH realiseert zich dat er in den lande op verschillende niveaus initiatieven zijn genomen om tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg te komen. De complexiteit van de materie en de geïsoleerde aanpak van de problemen en knelpunten zijn er naar het oordeel van de PATH de oorzaak van dat de initiatieven niet altijd tot het gewenste resultaat leiden.

De PATH is van mening dat mede als gevolg van de veranderende populatie in instellingen de ernst van de situatie alleen maar toeneemt en dat concrete maatregelen om te komen tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg in AWBZ-verband niet mogen en kunnen uitblijven.

De PATH komt daartoe met de volgende aanbevelingen.

Inrichting van de mondzorg

➤ De PATH stelt voor te komen tot de ontwikkeling van een systeem van richtlijnen.

De PATH is van mening dat er duidelijke en heldere richtlijnen moeten worden opgesteld. Deze richtlijnen dienen uitsluitsel te geven over de tandheelkundige- en mondzorg zoals die door de verschillende instellingen geboden dient te worden.

Middels deze richtlijnen moet ook duidelijk worden aan welke eisen van deskundigheid de verschillende zorgverleners moeten voldoen. Voorts moeten de te bereiken zorginhoudelijke resultaten worden vastgelegd. Verder moet in deze landelijke richtlijnen worden aangegeven aan welke eisen de inrichting van behandelruimten moet voldoen.

Het is de verantwoordelijkheid van koepelorganisaties van instellingen die verblijf en behandeling bieden, koepelorganisaties van bij de tandheelkundige- en mondzorg betrokken beroepen en zorgkantoren om tot het opstellen van deze richtlijnen te komen.

- **De PATH stelt voor te komen tot de ontwikkeling van protocollen**
De protocollen geven een nadere invulling van de landelijke richtlijnen. In de protocollen moet duidelijk worden op welke wijze, gezien de lokale omstandigheden, de tandheelkundige- en mondzorg het best gerealiseerd kan worden. Het is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de instellingen om te komen tot dergelijke protocollen, in samenspraak met de (mond)zorgverleners in de regio.
- **De PATH stelt voor de betrokkenheid van mondhygiënist en andere mondzorgmedewerkers te bevorderen en intensiveren.**
Uit de onderzoeken blijkt dat verwacht mag worden dat in de toekomst steeds meer ouderen hun natuurlijke gebitselementen zullen behouden. Deze ontwikkeling zal gevolgen hebben voor de omvang van de te verlenen tandheelkundige hulp en mondzorg. De PATH is van mening dat mondhygiënist en andere mondzorgmedewerkers een belangrijke rol kunnen en moeten gaan spelen bij de te verlenen mondzorg.

Onderwijs

- **De PATH stelt maatregelen voor om het kennisniveau van alle bij de mondzorg betrokken zorgverleners te verhogen.**
De PATH stelt voor in de opleiding van tandartsen en mondhygiënist meer en gestructureerd aandacht te besteden aan de tandheelkundige hulp voor ouderen, geestelijk en verstandelijk gehandicapten. Ook verzorgenden dienen tijdens hun opleiding aandacht te besteden aan de mondzorg. Opleidingsinstituten dienen er zorg voor te dragen dat er tijdens de opleiding voldoende aandacht wordt besteed aan de tandheelkundige hulp voor ouderen en verstandelijk gehandicapten.

Financiering van de mondzorg

- **De PATH stelt voor de financieringsstructuur van de mondzorg in AWBZ-verband nader te onderzoeken.**
De PATH is van mening dat de inzet van de financiële middelen onvoldoende is om een gewenst niveau van mondzorg te kunnen realiseren. Zoals al eerder is aangegeven zijn de middelen voor de mondzorg opgenomen in het budget van de instellingen. De situatie op het vlak van de mondzorg ten tijde van de vaststelling van het aandeel mondzorg in het budget van de instelling is sterk gewijzigd. De zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie neemt toe en het aantal edentaten neemt steeds verder af. De financiering van de mondzorg zal bij een ongewijzigde situatie steeds problematischer worden. Ook bevordert de huidige wijze van financiering niet dat AWBZ tandheelkunde op een goede manier wordt vormgegeven. De PATH stelt daarom voor in beeld te brengen welke financiële middelen nu beschikbaar mogen worden geacht voor de mondzorg om vervolgens, mede aan de hand van ontwikkelde richtlijnen en protocollen, vast te stellen welke financiële middelen en wijze van financiering nodig zijn om de gewenste mondzorg te kunnen leveren.

Overig

- **De PATH stelt voor de gevolgen voor de tandheelkundige hulp van de functiegerichte aanspraken in het kader van de modernisering van de AWBZ te monitoren.**

Sinds 1 april 2003 zijn de per sector omschreven aanspraken vervallen en vervangen door functiegerichte aanspraken. Bij de indicatie *Behandeling* en *Verblijf* bestaat er

aanspraak op tandheelkundige hulp. Hiermee is de situatie van voor 1 april 2003 gehandhaafd. De PATH is van mening dat uit het aantal indicatiestellingen zal blijken of de omvang van de doelgroep die aanspraak kan maken op tandheelkundige hulp gelijk blijft. De PATH stelt daarom voor de gevolgen van de invoering van de modernisering AWBZ voor de tandheelkundige zorg bij de monitor CARE te betrekken.

Daarnaast kan erop worden gewezen dat zorgkantoren zowel bij het contracteren met instellingen (die behandeling en verblijf bieden) als bij het bewaken van de levering van aanspraken met het aspect van de tandheelkundige zorg rekening dienen te houden.

De PATH adviseert het College voor zorgverzekeringen een werkgroep in te stellen met als doel de aanbevelingen in concrete zorgprojecten om te zetten en een gecoördineerde en samenhangende uitvoering van de aanbevelingen te bevorderen.

De PATH is van mening dat concrete maatregelen om te komen tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg in AWBZ-verband niet mogen en kunnen uitblijven. Veel problemen en knelpunten zijn al geruime tijd bekend. Oplossingen worden aangedragen maar problemen en knelpunten blijven bestaan. De PATH is van mening dat de complexiteit van de materie en de geïsoleerde aanpak van de problemen en knelpunten, de initiatieven die op verschillende niveaus zijn genomen om tot een verbetering van de tandheelkundige hulp en mondzorg te komen, niet altijd tot het gewenste resultaat hebben geleid. De PATH adviseert het College voor zorgverzekeringen daarom een werkgroep in te stellen waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd die betrokken zijn bij de tandheelkundige hulp /mondzorg in AWBZ-verband. Deze werkgroep heeft tot doel de aanbevelingen in concrete zorgprojecten om te zetten en een gecoördineerde en samenhangende uitvoering van de aanbevelingen te bevorderen.

Bijlage 1. Personele samenstelling van de projectgroep AWBZ-tandheelkunde (PATH).

Voorzitter: dr. J. den Dekker, tandarts (CVZ)

Secretaris: mr. J.F.H. Voogt (CVZ) tot 1 maart 2001; drs. E.J.A.A. Abbink (CVZ) vanaf 1 maart 2001.

Leden:

- de heer A.A.F.M. Breukers, arts (ASVZ)
- mevr. mr. J.M. van Diggelen (CVZ)
- de heer drs. Th. Van Hemert (ZN)
- mevr. B. de Jong, mondhygiënist (VGZ)
- mevr. A.L.M. Keijzer (NMT)
- de heer E.C. Koel, tandarts (NMT)
- de heer G. Koopmans, tandarts (ZN)
- de heer E.A.E.M. Lockfeer, tandarts (ZN)
- mevr. drs. H. van der Neut-Gunsing (NPCF)
- mevr. T.F.M. Quant, mondhygiënist (NVM)
- de heer A.J. Schoolderman, tandarts (COBIJT)

Waarnemers:

- jhr. J.D. van Foreest, tandarts (IGZ)
- de heer mr. H.J. van Kasteel (VWS)

Bijlage 2. De ontwikkeling van de frequentie van toepassing van een aantal tandheelkundige verrichtingen in AWBZ-instellingen, alsmede de kosten van de extrabudgettaire tandheelkundige hulp in AWBZ-verband (in miljoenen Euro's)*.

Verrichting	1985	1988	1990	1992	1995	1997	1999	2001
Periodieke controle	40922	45540	46892	48370	52767	56077	58006	55520
Tandsteen verwijderen	14101	16697	20728	21866	25954	27097	28777	27452
Vullingen	14159	16980	16575	17546	17090	15203	15074	12558
Volledige prothesen	3099	3268	3411	3659	3635	3599	3402	3207
Kronen/bruggen/inlay's	493	561	535	615	589	571	520	543
Narcose	276	342	347	447	514	503	678	670
Extrabudgettaire kosten	3,6	4,2	4,5	5,2	6,2	6,8	8,3	9,6

*bron: Jaaroverzichten Centraal Administratie Kantoor

Bijlage 3. Ontwikkeling van de aanspraak op tandheelkundige zorg in de AWBZ.

In 1970 heeft de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid de Ziekenfondsraad om advies gevraagd over de mogelijkheid van voorzieningen voor de tandheelkundige verzorging van patiënten die in AWBZ-instellingen verblijven. De vraagstellingen luiden:

- Onder welke omstandigheden kan tandheelkundige hulp als AWBZ-verstrekking worden verleend?
- Op welke wijze dient daaraan vorm te worden gegeven?

In het in 1971 uitgebrachte advies (nummer 9b) stelt de Ziekenfondsraad dat voor deze patiënten, die vrijwel alle een langdurige verzorging voor rekening van de AWBZ behoeven, de tandheelkundige verzorging veelal niet los kan worden gezien van de totale geneeskundige verzorging, en dat met name rekening zal moeten worden gehouden met de toestand waarin de patiënt verkeert. Vervolgens wordt het patiëntenbestand onderscheiden in patiënten, die kunnen volstaan met normale tandheelkundige hulp (dat overeen komt met het toenmalige tandheelkundige verstrekkingenpakket ziekenfondsverzekering) en in patiënten die daaraan niet voldoende hebben. Voor deze laatste categorie wordt de verdergaande tandheelkundige hulp onderscheiden in:

- Extra verstrekkingen
- Afwijkende behandelwijze.

De Ziekenfondsraad adviseerde tot integrale tandheelkundige zorg voor rekening van de AWBZ. Daarbij zou geen onderscheid moeten worden gemaakt tussen patiëntencategorieën, zodat alle AWBZ-patiënten in instellingen dezelfde aanspraak op tandheelkundige hulp krijgen. Met betrekking tot de vormgeving werd geadviseerd de verstrekking tandheelkunde in te voeren door opnemingsbesluit in het Verstrekkingsbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968, waarbij de voorkeur uitging naar het zoveel mogelijk opnemen van de kosten van deze verstrekking in het tarief van de inrichting (all-in tarief).

Bij Besluit d.d. 29 september 1975 wordt de tandheelkundige zorg opgenomen in het Verstrekkingsbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968. In de toelichting wordt gesteld dat degenen die in inrichtingen zijn opgenomen veelal niet op normale wijze, als ziekenfonds- of particuliere patiënt, een tandarts kunnen consulteren. Daarnaast kunnen zij op grond van hun geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand een afwijkende behandeling dan wel extra verstrekkingen nodig zijn. Vervolgens treedt op 5 januari 1976 het Besluit tandheelkundige hulp Bijzondere Ziektekostenverzekering in werking.

Hierin wordt een beddennorm ingevoerd. Alleen inrichtingen met een minimum aantal bedden (afhankelijk van de soort inrichting) mogen deze hulp binnen de inrichting verlenen. Dit om grote investeringen bij kleine inrichtingen te voorkomen. Beschikt de inrichting niet over de juiste outillage, dan dient behandeling plaats te vinden in een andere AWBZ-inrichting, binnen het kader van een Nederlandse universiteit of elders, doch uitsluitend voor zover de verzekerde gezien zijn omstandigheden redelijkerwijs op aldaar te verlenen hulp is aangewezen. Inmiddels is de beddennorm opgeheven. Over de gevolgen voor de uitrusting van de instelling zijn geen gegevens bekend. Er zijn signalen ontvangen dat het voorzieningenniveau hier en daar zou zijn gedaald. In elk geval is de ruimte voor instellingen om binnen de budgetsystematiek andere prioriteiten te stellen groter geworden.

Bij het formuleren van de aanspraak op tandheelkundige hulp bij verblijf in een AWBZ-instelling destijds hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld: "...dat voor deze patiënten, die vrijwel alle een langdurige verzorging voor rekening van de AWBZ behoeven, de tandheelkundige verzorging veelal niet los kan worden gezien van de totale geneeskundige verzorging; en dat met name rekening zal moeten worden gehouden met de toestand, waarin de patiënt verkeert."(uit advies Ziekenfondsraad 1971). Een onderscheid tussen normale en extra tandheelkundige hulp werd praktisch niet uitvoerbaar geacht. Ook een onderscheid naar patiëntencategorieën is niet voorgesteld. Vanaf 1976 hebben alle AWBZ-patiënten in instellingen dezelfde aanspraak

op tandheelkundige hulp gekregen. Een en ander is geformaliseerd in het Besluit tandheelkundige hulp Bijzondere Ziektekostenverzekering en later, met intrekking van dit besluit, in artikel 3 BZA.

De modernisering van de AWBZ is enkele jaren geleden ingezet met de invoering van de verbindingkantoren nieuwe stijl (zorgkantoren) en de flexibilisering van de aanspraken. De flexibele omschrijving van zorgaanspraken is per sector gerealiseerd. Voor de ggz-sector is dit per 1 januari 1998 ingevoerd, voor de verstandelijk gehandicaptensector per 1 januari 1999 en voor de sector verpleging en verzorging en de overige gehandicaptensector per 1 januari 2002. De flexibele omschrijving houdt in dat zorg-op-maat, dat wil zeggen het kunnen bieden van één of meer zorgonderdelen van een zorgaanspraak, wettelijk is geregeld.

Ter toelichting de omschrijvingen vóór en na 1 januari 1998 van de aanspraak psychiatrische ziekenhuisverpleging:

Oud: "opneming en verder verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis omvat onderzoek en behandeling, waaronder begrepen observatie en begeleiding, de daarmee verband houdende verpleging en verzorging, gedurende het etmaal". Dit is een voorzieninggerichte omschrijving, uitgaande van het totaalpakket aan zorgonderdelen dat een psychiatrisch ziekenhuis biedt.

Nieuw: "psychiatrische zorg te verlenen door een psychiatrisch ziekenhuis omvat onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verpleging of verzorging (gericht op ...), al dan niet gepaard gaande met verblijf gedurende het etmaal". Met deze omschrijving kan een psychiatrisch ziekenhuis bij voorbeeld alleen begeleiding (zonder verblijf) bieden.

Consequentie van de flexibele omschrijving van een zorgaanspraak, die voorheen slechts intramurale zorg omvatte, is dat de instelling zorg kan bieden aan verzekerden buiten de instelling. Het zijn juist die verzekerden die hiertoe in staat zijn die extramurale zorg krijgen. Deze verzekerden hebben, net als op andersoortige hulp als huisartsenhulp en farmaceutische hulp, aanspraak op tandheelkundige hulp in het reguliere kader.