

ONDERZOEK TANDHEELKUNDIGE ZORG WLZ RAPPORTAGE

**KENMERK
AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE**

LvdC/bv/002933
Lieve van de Camp, Inge Clemens en Anouk van den Eeckhout
3 mei 2022
Definitief

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doel onderzoek	3
1.3	Aanpak	4
1.4	Leeswijzer	4
2	Uitvoeringspraktijk	5
2.1	Verschillende leveringsvormen voor tandheelkundige zorg in de Wlz	5
2.2	Financiering van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten	5
2.3	Verantwoordelijkheid bij Wlz-aanbieders voor tandheelkundige zorg	7
2.4	Organisatie van tandheelkundige zorg in de Wlz	8
2.4.1	Organisatie tandheelkundige zorg bij Wlz-aanbieders inclusief behandeling	8
2.4.2	Organisatie tandheelkundige zorg Wlz-aanbieder exclusief behandeling	9
2.5	Samenwerking rondom tandheelkundige zorg	9
2.6	Keuzevrijheid	10
2.7	Toegankelijkheid	11
2.7.1	Betaalbaarheid	11
2.7.2	Praktische organiseerbaarheid	12
2.8	Kwaliteit	13
3	Duiding	15
3.1	Gevoelde verantwoordelijkheid bij Wlz-aanbieders voor tandheelkundige zorg	15
3.2	Doelmatigheid	16
3.3	Kwaliteit	17
3.3.1	Stand van het gebit	17
3.3.2	Kwaliteit van de tandheelkundige zorg	17
4	Conclusies en aanbevelingen	19
4.1	Er bestaat in de praktijk onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor tandheelkundig zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling	19
4.2	De leveringsvorm heeft invloed op de wijze waarop Wlz-aanbieders de tandheelkundige zorg organiseren	19
4.3	De mate waarin onderscheid in aanspraak als onwenselijk wordt ervaren verschilt per doelgroep en is vooral gebaseerd op specifieke kenmerken van de doelgroep	19
4.4	Op basis van dit onderzoek geen duidelijke conclusie over doelmatigheid van tandheelkundige zorg	20
4.5	Aanbevelingen	20
4.5.1	Maak duidelijk wie verantwoordelijk is voor tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling	20
4.5.2	Ontwikkel een professionele standaard voor tandheelkundige zorg aan kwetsbare doelgroep	20
4.5.3	Overweeg om financiële prikkels te herijken bij de ontwikkeling van een professionele standaard	20
A.	Bijlage Overzicht respondenten	21
B.	Bijlage Definities	22

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Mondzorg is een belangrijk onderdeel van de zorg voor cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz). Een slechte mondgezondheid heeft invloed op de algehele gezondheid en kan de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Een slecht gebit kan immers zorgen voor pijn en problemen met eten, met als gevolg daarvan verminderde voedselinname en daarmee een verslechterde gezondheid en welbevinden. Daarnaast kunnen mondproblemen leiden tot schaamte, een sociaal isolement en verminderde capaciteit tot het verrichten van dagelijkse activiteiten. Een slechte mondgezondheid kan ook het risico op lichamelijke aandoeningen vergroten, zoals chronische ziekten, longaandoeningen, hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. De mondzorg bestaat grofweg uit twee onderdelen. Het bestaat enerzijds uit de dagelijkse verzorging (hulp bij poetsen of reinigen van tanden en gebit) en anderzijds uit tandheelkundige zorg. Voor alle Wlz-cliënten is de aanspraak op de dagelijkse verzorging van de mond inbegrepen in de aanspraak op persoonlijke verzorging.

Op dit moment wordt voor circa de helft van de Wlz-cliënten vrijwel alle tandheelkundige zorg volledig vergoed op basis van de Wlz. Dit zijn cliënten die *verblijf inclusief behandeling* door deze instelling ontvangen. De andere helft zijn cliënten die geen vergoeding van tandheelkundige zorg op grond van de Wlz krijgen, maar zijn aangewezen op de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit zijn Wlz-cliënten met extramurale leveringsvormen (*volledig pakket thuis*, *modulair pakket thuis* of *het persoonsgebonden budget*) of *verblijf exclusief behandeling* door dezelfde instelling. Deze groep cliënten betaalt op dit moment de kosten voor tandheelkundige zorg zelf of ontvangt een vergoeding in de kosten via een aanvullende verzekering. Een deel van deze cliënten maakt voor vergoeding van de kosten voor tandheelkundige zorg (deels) aanspraak op de bijzondere tandheelkundige zorg op basis van de Zvw. Kortom, er is in de Wlz voor cliënten een belangrijk verschil in aanspraak op tandheelkundige zorg. Deze is afhankelijk van de leveringsvorm van de zorg.

1.2 Doel onderzoek

De afgelopen jaren is de positionering van de specifieke behandeling en algemeen medische zorg (ook wel *aanvullende zorgvormen* genoemd) in de Wlz onderwerp van discussie geweest. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Significant Public gevraagd om inzicht te geven in de effecten die de leveringsvorm van tandheelkundige zorg in de Wlz heeft op de betaalbaarheid, organiseerbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de mondzorg bij Wlz-cliënten op de volgende onderzoeksvragen:

Betaalbaarheid

- i. Wat zijn de kosten voor cliënt en maatschappij bij de verschillende leveringsvormen?

Organiseerbaarheid

- i. Is er verschil in organiseerbaarheid van goede mondzorg?
- ii. Kan de zorginstelling die Wlz-zorg biedt zonder behandeling de tandheelkundige zorg op een vergelijkbare manier organiseren als een instelling die Wlz-zorg biedt met behandeling? Zo nee, wat zijn de verschillen?
- iii. Is de samenwerking tussen mondzorgverleners en de dagelijkse verpleging en/of verzorging verschillend tussen beide leveringsvormen?

Toegankelijkheid

- i. Vormen de kosten van de tandheelkundige zorg die niet vanuit de Zvw worden vergoed een belemmering voor de cliënt om zijn gebit te laten controleren/onderhouden door de tandarts of mondhygiënist?
- ii. Welke rol speelt keuzevrijheid voor een behandelaar van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten?

-
- iii. Zijn er verschillen in (gevoelde) verantwoordelijkheid bij Wlz-behandelaars tussen beide leveringsvormen (voelt/is de instelling even verantwoordelijk voor de tandheelkundige zorg indien dit niet vanuit de Wlz geleverd wordt?)?

Kwaliteit

- i. Is er een risico op en zijn er signalen van over- dan wel onderbehandeling bij beide leveringsvormen?
- ii. Is er een verschil in de wijze waarop de IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) de mondzorg/tandheelkundige zorg beoordeelt bij inspectiebezoeken?
- iii. Is de kwaliteit van de stand van het gebit vergelijkbaar in instellingen met en zonder behandeling? Is de kwaliteit van de tandheelkundige zorg vergelijkbaar in instellingen met en zonder behandeling?

Het onderzoek richtte zich op drie verschillende sectoren: de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en ggz en beschermd wonen. Binnen deze sectoren zijn de volgende cliëntengroepen betrokken: Wlz-cliënten die verblijf inclusief behandeling door de zorginstelling ontvangen en cliënten met extramurale leveringsvormen (volledig pakket thuis (vpt, modulair pakket thuis (mpt) of het persoonsgebonden budget (pgb) of verblijf exclusief behandeling door dezelfde instelling. Deze inzichten kan het ministerie gebruiken om de positionering van de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten in de toekomst af te wegen.

1.3 Aanpak

In de eerste fase van dit onderzoek hebben wij een documentstudie uitgevoerd om een eerste beeld te krijgen van de verschillende effecten die de leveringsvorm van tandheelkundige zorg hebben. Deze documenten hebben wij geordend met behulp van een analysekader. Tegelijkertijd hebben wij op basis van beschikbare gegevens van Vektis een kwantitatieve analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de gemiddelde uitgaven per Wlz-cliënt aan tandheelkundige zorg in de verschillende leveringsvormen. Aan de hand van het analysekader hebben wij vervolgens 10 (digitale) groeps gesprekken georganiseerd met stakeholders vanuit verschillende perspectieven (financier, toezichthouders, vertegenwoordigers van instellingen/beroepsgroepen per sector, vertegenwoordigers van tandartsen/mondhygiënist, cliëntvertegenwoordigers en kennisinstituten). Het doel hiervan was om een beeld op te halen over de verschillen die de leveringsvormen hebben op betaalbaarheid, organiseerbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de tandheelkundige zorg in de praktijk. Tot slot hebben we zes werkbezoeken afgelegd om tot een beschrijving te komen van de verschillende uitvoeringsvarianten per leveringsvorm. Op basis van input van de groepsbijeenkomsten met stakeholders hebben wij een evenredige selectie gemaakt van type leveringsvorm vanuit de verschillende sectoren (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz en beschermd wonen). De werkbezoeken hebben zowel digitaal als fysiek plaatsgevonden. Tijdens de werkbezoeken hebben wij gesprekken gevoerd met deelnemers vanuit verschillende perspectieven (mondzorgprofessionals, kwaliteitsmanager, beleidsmedewerkers). Het doel van deze werkbezoeken was om inzicht te krijgen in de verschillende uitvoeringsvarianten en de voordelen, nadelen en overwegingen bij de gemaakte keuzes voor de uitvoeringsvariant. We baseren de bevindingen in deze rapportage op documenten en ervaringen van stakeholders en direct betrokkenen uit het veld. We hebben zelf geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van tandheelkundige zorg: we geven in het onderzoek weer wat stakeholders en direct betrokkenen en andere onderzoeken daar over weergeven. In bijlage A is een (geanonimiseerd) overzicht weergegeven van de gesproken stakeholders en bezochte zorgaanbieders.

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage start met een beschrijving van de uitvoeringsvarianten per leveringsvorm (hoofdstuk 2). Hier zoomen wij in op de bekostiging, organisatie, samenwerking, toegankelijkheid en kwaliteit van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met behandeling en Wlz-cliënten zonder behandeling. In hoofdstuk 3 geven we op basis van opgehaalde informatie uit de groeps gesprekken en werkbezoeken meer duiding aan de onderzoeksvragen. Vanuit dit oogpunt bekijken we de doelmatigheid, kwaliteit en wat de afwegingen zijn voor de zorgaanbieder in de wijze van het organiseren van tandheelkundige zorg. We sluiten in hoofdstuk 4 af met een samenvatting en conclusie.

2 Uitvoeringspraktijk

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de verschillende leveringsvormen voor tandheelkundige zorg in de Wlz. Daarnaast gaan we dieper in op de uitvoeringspraktijk. We beschrijven de financiering van tandheelkundige zorg, de verantwoordelijkheid voor Wlz-aanbieders voor tandheelkundige zorg, de samenwerking rondom tandheelkundige zorg, de keuzevrijheid, de toegankelijk en de kwaliteit van tandheelkundige zorg in de Wlz.

2.1 Verschillende leveringsvormen voor tandheelkundige zorg in de Wlz

De Wlz kent verschillende leveringsvormen. Dit zijn verblijf met of zonder behandeling in een instelling, en extramurale leveringsvormen (mpt, vpt, pgb) voor zorg in de thuissituatie en betreft de sectoren ouderenzorg, gehandicaptensector en ggz en beschermd wonen. Wlz-aanbieders kunnen verblijf met en zonder behandeling aanbieden aan de bewoners. In het ene geval is de instelling integraal verantwoordelijk voor het verblijf en alle daarbij voorkomende zorg bekostigd uit de Wlz. In het andere geval is de instelling verantwoordelijk voor verblijf en bijkomende verzorging, maar is de cliënt verantwoordelijk voor het organiseren van de aanvullende zorg als dan niet bekostigd uit de Zvw. Deze twee leveringsvormen zijn als volgt gedefinieerd door het Zorginstituut Nederland¹.

Verblijf met behandeling - “Als een cliënt verblijft in een instelling die hem ook Wlz-behandeling biedt, is die instelling verantwoordelijk voor de totale, integrale zorg. Die omvat naast het verblijf en de Wlz-behandeling ook de aanvullende zorgvormen. Het gaat om de huisartsenzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, speciale kleding en (als er geen grondslag psychische stoornis is) de psychiatrische zorg die integraal deel uitmaakt van de specifieke Wlz-behandeling. Het is aan de instelling om de zorg te organiseren. Zij kan die zelf bieden of daarvoor zorgverleners inhuren. Maar de instelling blijft altijd verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de zorg.”

Verblijf zonder behandeling - “De cliënt verblijft in een instelling, maar ontvangt zijn Wlz-behandeling van een andere zorginstelling of zorgverlener die daarvoor door het zorgkantoor is gecontracteerd. De cliënt heeft een eigen huisarts en apotheek. De huisartsenzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en specifieke kleding komen ten laste van de Zvw met de beperkingen die daarin gelden. (...). De instelling is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en ervoor verantwoordelijk dat de instructies van behandelaars adequaat worden uitgevoerd.”

Bij extramurale leveringsvormen (vpt, mpt, pgb) ontvangen Wlz-cliënten de aanvullende zorgvormen op vergelijkbare wijze als bij verblijf zonder behandeling. De leveringsvorm die een Wlz-cliënt ontvangt bepaalt uit welke financieringsstroom de tandheelkundige zorg wordt vergoed en wie verantwoordelijk is voor het organiseren van de tandheelkundige zorg. In de volgende twee paragrafen lichten we deze twee aspecten - financiering van en verantwoordelijkheid voor tandheelkundige zorg - nader toe voor de twee leveringsvormen.

2.2 Financiering van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten

Onderzoeksvraag: wat zijn de kosten voor cliënt en maatschappij bij de verschillende leveringsvormen?

Verblijf met behandeling

De uitgaven aan tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met de leveringsvorm verblijf met behandeling worden boven budgettair vergoed vanuit de Wlz. Dit houdt in dat de uitgaven aan tandheelkundige zorg worden betaald vanuit de Wlz maar dat deze niet afgaan van het integrale budget dat de Wlz-aanbieder ontvangt van het zorgkantoor. Vergoedingen in de Wlz zijn, met uitzondering van orthodontie, op basis van bestede tijd. Zowel de directe patiëntenzorg als indirecte patiëntenzorgtijd (bijvoorbeeld tijd voor overleg) van alle mondzorgverleners wordt gedeclareerd onder het zogenaamde

¹ Zorginstituut Nederland (2019). Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021.

U25 tarief². Daarnaast mogen materiaalkosten in rekening worden gebracht. Niet alle tandheelkundige zorg wordt (geheel) vergoed in de Wlz; voor bepaalde (grote en daarmee kostbare) ingrepen moet de zorgaanbieder of tandarts toestemming (een machtiging) vragen aan het zorgkantoor (zoals een beugel, kroon, brug et cetera).

Wanneer een tandarts behandelt in een aparte praktijkruimte op de locatie van de Wlz-aanbieder, is de instelling financieel verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van een praktijkruimte, het onderhoud en de schoonmaak van materialen. De vergoeding van de kosten die verbonden zijn aan het hebben van een eigen praktijkruimte is versleuteld in het budget van de Wlz-zorgaanbieder (kapitaallasten en inventaris) en in het zzp van de cliënt(en) met een indicatie inclusief behandeling (verbruiksmaterialen en ondersteuning)³.

Verblijf zonder behandeling

De tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten met de leveringsvorm verblijf zonder behandeling komt ten laste van de Zvw. In de praktijk betekent dit dat deze cliënten de uitgaven aan de tandarts/mondhygiënist zelf betalen of ervoor kiezen om zich aanvullend te verzekeren voor tandheelkundige zorg en een gedeelte van de kosten in dat geval vergoed te kunnen krijgen. Vergoeding van tandheelkundige zorg voor cliënten met de leveringsvorm verblijf zonder behandeling is op basis van geleverde prestaties. De prestaties en tariefbeschikking zijn beschreven in de beleidsregel Tandheelkundige Zorg 2022⁴. Materiaal- en/of techniekkosten mogen separaat tegen (maximaal) de netto kosten voor inkoop in rekening worden gebracht. De indirecte patiëntenzorgtijd voor bijvoorbeeld overleg mag niet in rekening worden gebracht. Er zijn enkele uitzonderingen waarbij tandheelkundige zorg wel uit het basispakket wordt vergoed, zoals een volledig kunstgebit en chirurgische tandheelkundige hulp.

Daarnaast kunnen bepaalde Wlz-cliënten exclusief behandeling aanspraak maken op een vergoeding voor bijzondere tandheelkunde (artikel 2.7, lid 1 van het Besluit zorgverzekering). Een Wlz-cliënt kan aanspraak maken op een vergoeding voor bijzondere tandheelkunde bij een ernstige aandoening waardoor hij zijn tanden en kiezen niet voldoende zou kunnen gebruiken in het geval dat hij deze zorg niet ontvangt. De lichamelijke of geestelijke aandoening, die ervoor zorgt dat de verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. Het uitgangspunt ten aanzien van deze groep cliënten met een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is dat deze verzekerden een bijdrage betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg⁵. De zorgverzekeraar beoordeelt of de verzekerde recht heeft op bijzondere tandheelkunde en op welke zorg of vergoeding hij recht heeft⁶.

Gemiddelde tandheelkundige zorg uitgaven per Wlz-cliënt

In figuur 1 zijn de gemiddelde publiek gefinancierde uitgaven per Wlz-cliënt per jaar weergegeven voor cliënten inclusief en exclusief behandeling. Belangrijk hierbij te vermelden is dat particuliere uitgaven, inclusief de vergoedingen uit een aanvullende verzekering, niet zijn opgenomen in dit overzicht. Er bestaan namelijk geen landelijke gegevens over de particuliere uitgaven van Wlz-cliënten aan tandheelkundige zorg. Hierdoor geeft het figuur geen inzicht in de totale uitgaven aan tandheelkundige zorg per Wlz-client.

Uit dit figuur blijkt dat de gemiddelde tandheelkundige zorgkosten die worden gefinancierd uit publieke middelen voor Wlz-verblijf inclusief behandeling hoger zijn dan voor Wlz-verblijf exclusief behandeling. Een mogelijke verklaring voor het verschil in de gemiddelde uitgaven voor tandheelkundige zorg per cliënt per jaar is dat voor Wlz-cliënten met

² U25: tandheelkundige hulp aan patiënten binnen de Wlz-instelling (per 5 min) bedraagt 14,06 euro (uurtarief bedraagt 168,72 euro NZa, 2022).

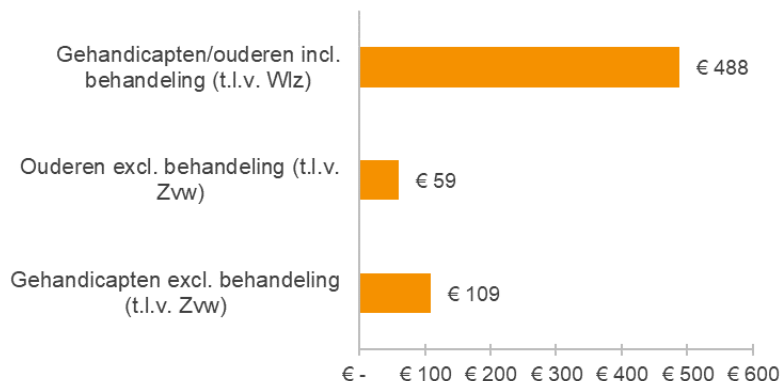
³ Wlz zorgaanbieders met tandartspraktijk - BR/REG-17129 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

⁴ Beleidsregel Tandheelkundige Zorg - BR/REG-22111a - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁵ Vadamecum Basispakket Mondzorg en Wlz 2022, College van Adviserend Tandartsen en Zorgverzekeraars Nederland.

⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/tandarts-en-mondzorg-zvw>.

behandeling de directe patiëntenzorg als indirecte patiëntenzorgtijd (bijvoorbeeld tijd voor overleg) van alle mondzorgverleners gedeclareerd kan worden onder het U25-tarief. De vergoeding van tandheelkundige zorg voor cliënten met de leveringsvorm verblijf zonder behandeling is op basis van geleverde prestaties, waarbij geen indirecte patiëntenzorgtijd gedeclareerd kan worden.



Figuur 1. Gemiddelde publiek gefinancierde uitgaven aan tandheelkundige zorg per Wlz-cliënt per jaar (gebaseerd op gegevens van 2018)⁷

Deze cijfers kunnen in perspectief worden geplaatst door ze te vergelijken met de gemiddelde uitgaven aan tandheelkundige zorg in Nederland. In 2020 kwamen de totale uitgaven aan tandheelkundige zorg in Nederland neer op 3.214 miljoen euro⁸. Dit is gelijk aan een gemiddeld bedrag van 187 euro per Nederlander per jaar. Van de totale uitgave aan tandheelkundige zorg werd 27% publiek gefinancierd uit de Zvw en Wlz. Het grootste deel van de publiek gefinancierde tandheelkundige zorg kwam uit de Zvw, namelijk 92 procent. Dit omvat de mondzorg tot 18 jaar, chirurgische zorg, uitneembare kunstgebitten en de bijzondere tandheelkundige zorg.

In 2018 was 56% van de volwassenen aanvullend verzekerd voor tandheelkundige zorgkosten.⁹ De gemiddelde vergoeding per verzekerde bedroeg in dit jaar 125 euro.¹⁰

2.3 Verantwoordelijkheid bij Wlz-aanbieders voor tandheelkundige zorg

Onderzoeksvraag: Zijn er verschillen in (gevoelde) verantwoordelijkheid bij Wlz-behandelaars tussen beide modellen (voelt/is de instelling even verantwoordelijk voor de tandheelkundige zorg indien dit niet vanuit de Wlz geleverd wordt?)

Wlz-aanbieders die verblijf met behandeling aanbieden zijn verantwoordelijk voor de organisatie van kwalitatief goede tandheelkundige zorg aan hun bewoners. Deze verantwoordelijkheden zijn voor de ouderenzorg opgenomen in het toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen (zie paragraaf 2.8). Uit de interviews blijkt dat Wlz-aanbieders deze verantwoordelijkheid ook als dusdanig ervaren voor Wlz-cliënten die bij hen verblijven inclusief behandeling.

⁷ Door ontbrekende data kunnen de kosten voor Wlz inclusief behandeling niet worden uitgesplitst naar sector.

⁸ Zorguitgaven internationaal vergelijkbaar; aanbieders en financiering, CBS Statline.

⁹ Verzekerden in Beeld 2018 – Vektis.

¹⁰ Zorgkeuzes in Kaart. Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg – Centraal Plan Bureau, Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën.

De verantwoordelijkheid voor het organiseren van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling in de thuissituatie ligt bij de cliënt en zijn of haar omgeving. Voor cliënten die wonen bij Wlz-aanbieders ligt dit ingewikkelder. Cliënten met Wlz exclusief behandeling hebben vaak ook cognitieve beperkingen en kunnen tandheelkundige zorg niet zelf regelen. Familie doet dit ook niet altijd. In die gevallen legt de IGJ de verantwoordelijkheid bij de Wlz-aanbieder. Het faciliteren van tandheelkundige zorg voor deze groep cliënten wordt door het IGJ gezien als onderdeel van de totale dagelijkse zorg voor de cliënt.



ouderen

Meerdere deelnemers geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor de mondzorg binnen de zorginstelling, zowel voor cliënten met verblijf inclusief behandeling als exclusief behandeling. Echter benoemen deelnemers ook het belang van een betrokken tandarts voor tandheelkundige zorg aan thuiswonenden Wlz-cliënten: "Tandartsen zouden een actievere rol moeten spelen in het benaderen van oudere patiënten die uit beeld raken, alvorens zij worden opgenomen in een verpleeghuis".

2.4 Organisatie van tandheelkundige zorg in de Wlz

Onderzoeksvraag: Kan de zorginstelling zonder behandeling de tandheelkundige zorg op een vergelijkbare manier organiseren als een instelling met behandeling? Zo nee, wat zijn de verschillen?

2.4.1 Organisatie tandheelkundige zorg bij Wlz-aanbieders inclusief behandeling

Wlz-aanbieders die verblijf met behandeling leveren kiezen meestal voor een samenwerking met een vaste tandarts. Dit kan een (lokale) tandarts met affiniteit voor de doelgroep zijn of een tandartsketen. Deze twee varianten lichten we hieronder nader toe. Indien nodig verwijst de tandarts cliënten door naar het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT), voor meer specialistische tandheelkundige ingrepen.

Een tandartsketen is een organisatie met verschillende mondzorgprofessionals in dienst waaronder tandartsen, mondhygiënist, tandartsassistenten, preventie-assistenten en tandprothetici. Deze tandartsketen levert ambulante mondzorg en werkt op de locatie(s) van de Wlz-aanbieder. De tandartsketen zorgt voor de continuïteit van de tandheelkundige zorg op locatie, de planning, het materiaal, verslaglegging en (financiële) administratie. De tandartsketen ontzorgt hiermee de zorgaanbieder. Zowel de preventieve gebitscontroles als curatieve behandelingen worden op de kamer van de cliënt of in een mobiele tandartsenbus uitgevoerd. Tandartsen(ketens) bieden bij (de start van) een vaste samenwerking vaak gratis scholing aan het personeel van de Wlz-aanbieder over dagelijkse mondverzorging. De scholing van medewerkers van de Wlz-aanbieder wordt niet vergoed uit de Wlz. Deze extra inzet lijkt volgens geïnterviewden alleen financieel rendabel bij de tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten inclusief behandeling.

Het is ook mogelijk dat een Wlz-aanbieder een behandelovereenkomst aangaat met een reguliere tandarts uit de regio. Het verschilt per situatie of de tandarts behandelt in de eigen praktijk of op de locatie van de Wlz-aanbieder. De tandarts en de Wlz-aanbieder maken onderling afspraken over de dagelijkse mondverzorging, de wijze van communicatie tussen de tandarts en Wlz-aanbieder en geeft de Wlz-aanbieder eventuele wijzigingen door aan de tandarts over de situatie of het verblijf van de cliënt.

In enkele gevallen kiest de cliënt voor de eigen tandarts in plaats van door de instelling georganiseerde tandarts. Bijvoorbeeld omdat de eigen tandarts vertrouwd is en de cliënt een jarenlange band heeft opgebouwd met deze tandarts (zie paragraaf 2.4). Voor 'reguliere' tandartsen die niet gespecialiseerd zijn in het behandelen van Wlz-cliënten is het declareren bij een zorgkantoor vaak extra werk omdat hun reguliere declaratieprocessen hierin niet voorzien.



Mensen met
een beperking

“Een tandarts die ontzorgt, de administratieve lasten wegneemt en zorgt voor continuïteit van de tandheelkundige zorg op locatie”. Zo beschrijft een gehandicaptenzorgaanbieder de samenwerking met een vaste ketenpartij. Doordat de tandarts op locatie komt is de tandzorg toegankelijker voor rolstoel gebonden cliënten. Daarnaast hoeven begeleiders niet mee naar de tandarts, waardoor er ook geen spanningsveld ontstaat in het beschikbaar maken van uren van zorgmedewerkers hiervoor.

2.4.2 Organisatie tandheelkundige zorg Wlz-aanbieder exclusief behandeling

De tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling, wonend bij een Wlz-aanbieder of zelfstandig thuis, is op een vergelijkbare manier georganiseerd als voor thuiswonende cliënten zonder Wlz-indicatie. De cliënt (of naaste) is zelf verantwoordelijk voor het regelen van de tandheelkundige zorg. In de praktijk 'liften' Wlz-cliënten exclusief behandeling die bij Wlz-cliënten inclusief behandeling wonen soms mee op de tandheelkundige zorg aan deze laatste genoemde groep cliënten. Dit betreft dan tandheelkundige zorg die voornamelijk wordt verzorgd door tandartsketens waar de Wlz-aanbieder een behandelovereenkomst mee heeft. Het declaratieproces voor Wlz-cliënten zonder behandeling verloopt echter ingewikkelder dan bij Wlz-cliënten met behandeling. De rekening wordt opgestuurd naar de cliënt zelf. Middels de code 'U05' kan de tandarts de hele behandeling of extra behandelijd aanvragen bij mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en extreem angstige cliënten (bijzondere tandheelkunde, zie paragraaf 2.2). Vertegenwoordigers van mensen met een verstandelijke beperking geven aan dat het niet altijd duidelijk is waar Wlz-cliënten aanspraak op maken, zo is er verwarring over het wel of niet moeten afsluiten van een aanvullende verzekering voor tandartskosten.



Ouderen

Eén van de gesproken tandartsen benoemt de complexiteit van het declareren van behandelingen van Wlz-cliënten exclusief behandeling: “Het merendeel van de reguliere tandartsen is niet geïnteresseerd in deze doelgroep. Het administratieve deel van de behandeling is te complex”. Dit maakt dat reguliere tandartsen minder snel kiezen voor het behandelen van Wlz-cliënten exclusief behandeling.

De hogere administratielasten die het behandelen van Wlz-cliënten exclusief behandeling met zich meebrengen maakt het voor tandartsen volgens geïnterviewden minder aantrekkelijk om deze groep te behandelen. De tandartsketens die tandheelkundige zorg verlenen aan Wlz-cliënten exclusief behandeling doen dit vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel naar de cliënt toe.

In de praktijk blijkt ook dat niet altijd duidelijk is wie verantwoordelijk is voor tandheelkundige zorg bij Wlz-aanbieders waar zowel Wlz-cliënten inclusief als exclusief behandeling wonen. Zo geven vertegenwoordigers van de gehandicaptenzorg aan dat er bijvoorbeeld verwarring is over het wel of niet moeten afsluiten van een aanvullende verzekering voor tandartskosten.

2.5 Samenwerking rondom tandheelkundige zorg

Onderzoeksvraag: Is de samenwerking tussen de mondzorgverleners en de dagelijkse verpleging en/of verzorging verschillend tussen beide leveringsvormen?

Het aangaan van een samenwerking met een ketentandarts of vaste, lokale tandarts maakt de tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten inclusief behandeling voor Wlz-aanbieders makkelijker te realiseren in vergelijking met tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten exclusief behandeling. Uit de interviews en werkbezoeken blijkt dat ketentandartsen uitsluitend behandelen op locatie van de Wlz-aanbieder, voor lokale tandartsen kan dit variëren.

Doordat de meeste Wlz-cliënten behandeld worden door dezelfde tandarts/mondhygiënist en zij aanwezig zijn op locatie vereenvoudigt dit de communicatie tussen de tandarts en de dagelijkse verpleging en/of verzorging. De zichtbaarheid van de tandarts op de afdeling zorgt ervoor dat de communicatie laagdrempelig is. Daarnaast bevordert een vaste samenwerking met een tandarts de multidisciplinaire samenwerking binnen de Wlz-aanbieder. De tandarts sluit, wanneer noodzakelijk, aan bij multidisciplinaire overleggen.

Binnen de Wlz-aanbieder neemt de aandacht voor dagelijkse mondverzorging onder verzorgend personeel toe, maar is volgens geïnterviewden vaak nog onderbelicht. Scholing van verzorgenden door mondzorgprofessionals is daarom waardevol. Het geven van voorlichting, trainingen en scholing komt vaker tot stand bij een vaste samenwerking tussen de Wlz-aanbieder en de tandarts(keten). Dit draagt bij aan de kwaliteit van de mondzorg.

Het organiseren van scholing aan de verpleging en verzorging, informatie-uitwisseling over de dagelijkse mondverzorging en multidisciplinair overleg is vrijwel afwezig wanneer een cliënt zijn/haar eigen tandarts houdt, zoals meestal het geval is voor Wlz-cliënten exclusief behandeling. Daarnaast zien we dat vaste samenwerkingen tussen tandarts(ketens) en Wlz-aanbieders meestal alleen financieel rendabel zijn voor de behandeling van Wlz-cliënten inclusief behandeling.



Mensen met
psychische
problemen

Ggz en/of beschermd wonen aanbieders zoeken vaker creatieve samenwerkingen op met mondzorg-aanbieders in de regio of opleidingen tandheelkundige zorg middels pilots en projecten. Een voorbeeld hiervan is een samenwerking met een ACTA en InHolland, waarbij binnen Wlz afdelingen door studenten preventie-lessen worden gegeven aan zorgmedewerkers. Het doel hiervan is om mondzorg meer onder de aandacht te brengen onder zorgmedewerkers.



Mensen met
een beperking

Een gehandicaptenzorgaanbieder met een samenwerkingsverband met een vaste tandarts vertelt: "De tandarts kan rapporteren in een gezamenlijk dossier dat het zorgteam kan inzien. Dit bevordert multidisciplinaire samenwerking". Indien de cliënt voor een eigen tandarts kiest is er weinig tot geen gegevensuitwisseling tussen behandelaar en tandarts.

2.6 Keuzevrijheid

Onderzoeksvraag: Welke rol speelt keuzevrijheid van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten? Bij tandheelkundige zorg uit de Wlz heeft de cliënt geen keuzevrijheid. Binnen de Zvw (in theorie) wel.

Wlz-cliënten exclusief behandeling zijn zelf verantwoordelijk voor de organisatie van tandheelkundige zorg en hebben daardoor volledige keuzevrijheid. Wlz-cliënten inclusief behandeling worden vaak gestimuleerd om aan te sluiten bij de tandarts van de Wlz-aanbieder. De vraag die hierbij opkomt is of de keuzevrijheid voor deze laatste doelgroep in het gedrang komt. Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd blijkt dat dit niet als een probleem wordt ervaren. Wlz-aanbieders die een vaste samenwerking hebben met een tandarts geven hun cliënten meestal de mogelijkheid om bij de eigen tandarts te blijven wanneer zij dit graag willen. Hierdoor komt de keuzevrijheid niet in het gedrang. In de praktijk merken Wlz-aanbieders dat cliënten die oorspronkelijk de eigen tandarts wilden behouden na verloop van tijd zich toch aansluiten bij de tandarts van de Wlz-aanbieder. Redenen hiervoor zijn vaak van praktische aard. Dit speelt met name bij oudere cliënten die cognitief steeds verder achteruit gaan.

Bij cliënten met psychische problemen is de laatste jaren veel meer focus op eigen regie en minder bevoogden. Met name bij zorgaanbieders van beschermd wonen ligt de focus op zelfstandigheid en participeren in de maatschappij. Het zelf kunnen kiezen en organiseren van tandheelkundige zorg is hier een onderdeel van. Anderzijds hebben niet alle cliënten de behoefte om hier zelf een keuze in te maken en zijn zij blij dat tandheelkundige zorg voor hen geregeld wordt door de Wlz-aanbieder.



Mensen met psychische problemen

“Het uitgangspunt is altijd zoveel mogelijk regie bij de eigen cliënt houden” benoemt een beschermd wonen aanbieder. Met name bij zorgaanbieders van beschermd wonen ligt de focus op zelfstandigheid en participeren in de maatschappij, keuzevrijheid voor de tandarts en dit zelf organiseren kan hier een onderdeel van zijn. Tegelijkertijd kan de door Wlz-aanbieder georganiseerde tandheelkundige zorg bij cliënten op locatie de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg vergroten. Niet alle cliënten hebben behoefte om hier zelf een keuze in te kunnen maken en zijn blij als dit voor hen geregeld wordt.

Vertegenwoordigers van de gehandicaptensector geven aan dat keuzevrijheid verschilt voor mensen met een verstandelijke beperking, afhankelijk van de ernst van hun aandoening. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking is keuzevrijheid een groot goed. Het is dan ook prettig dat cliënten de eigen tandarts mogen behouden wanneer zij dit willen. Voor deze doelgroep zou georganiseerde tandheelkundige zorg (in de vorm van bijvoorbeeld een tandartsenbus) stigmatiserend kunnen werken. Tegelijkertijd wordt de keuzevrijheid gelimiteerd door een beperkt aantal tandartsen met affiniteit voor deze doelgroep. Voor mensen met (complexe) verstandelijke en/of lichamelijke handicap speelt keuzevrijheid een minder grote rol. Deze mensen zijn voor de zorg volledig afhankelijk van de Wlz-aanbieder, die ook de tandheelkundige zorg organiseert. Voor ouderen speelt keuzevrijheid volgens respondenten geen grote rol. In deze levensfase wordt de toegankelijkheid van de tandarts van groter belang geacht dan de keuzevrijheid.

2.7 Toegankelijkheid

Onderzoeksvraag: Vormen de kosten van de tandheelkundige zorg die niet vanuit de Zvw worden vergoed een belemmering voor de cliënt om zijn gebit te laten controleren/onderhouden door de tandarts/mondhygiënist?

2.7.1 Betaalbaarheid

Wlz-clients exclusief behandeling betalen de kosten van de tandarts en mondhygiënist zelf of kunnen ervoor kiezen om zich aanvullend te verzekeren. In de praktijk kunnen de kosten van een tandheelkundige behandeling voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling een reden zijn om geen tandheelkundige zorg af te nemen.

In de praktijk maken cliënten met een Wlz-indicatie exclusief behandeling met een verstandelijke, psychische of psychiatrische aandoening en lichamelijke aandoening waarbij extra tijd nodig is voor tandheelkundige verrichtingen aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg, maar dit is vaak onvoldoende bekend¹¹. Daarnaast wordt de aanvraag van bijzondere tandheelkunde als administratief belastend ervaren door de tandarts (in de praktijk vraagt de tandarts de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde namens de cliënt aan) omdat de procedure per zorgverzekeraar verschilt en alleen extra verrichtingen/benodigde tijd onder de bijzondere tandheelkunde gedeclareerd kunnen worden. Voor mensen die de tandartsenkosten niet kunnen betalen hebben gemeenten in het kader van het sociaal domein en armoedebelief diverse regelingen. Die worden ook wel bijzondere bijstand, minimaregelingen of Regelingen Meedoen genoemd. Ze kunnen bij de gemeente worden aangevraagd of bijvoorbeeld bij een sociaal wijkteam. Vaak zijn deze

¹¹ Vademecum Basispakket Mondzorg en Wlz, 2022, College van Adviserend Tandartsen en Zorgverzekeraars Nederland.

regelingen in beperkte mate bekend of ervaren mensen een drempel om ze aan te vragen. Daarnaast zijn er voor mensen met psychische problemen initiatieven zoals 'de vrienden van'.

2.7.2 Praktische organiseerbaarheid

De toegankelijkheid van tandheelkundige zorg voor cliënten exclusief behandeling is slechter dan voor Wlz-cliënten inclusief behandeling. Cliënten exclusief behandeling zijn zelf verantwoordelijk voor het organiseren van tandheelkundige zorg. In de praktijk zien tandartsen dat naarmate cliënten meer zorgbehoevend worden, de reguliere controles afnemen. Er zijn verschillende redenen waarom zij - ten opzichte van eerdere levensfasen - niet meer op controle gaan. Bijvoorbeeld omdat zij niet in staat zijn de tandheelkundige zorg zelf te regelen en afhankelijk zijn van anderen om dat voor hen te doen, doordat zij niet mobiel genoeg zijn om zelf bij de tandarts langs te gaan of doordat andere zorgbehoeften grotere prioriteit hebben. Volgens het CBS heeft in 2021 in totaal 79% van de Nederlandse bevolking naar eigen zeggen ten minste één keer de tandarts bezocht. Vanaf de leeftijd van 65 jaar is een daling zichtbaar. Van de mensen in de leeftijdsgroep van 65-75 jaar bezoekt gemiddeld 74,6% minimaal één keer de tandarts, voor de mensen van 75 jaar of ouder ligt dit percentage op 62,4%. Van de mensen van 75+ heeft 69,8% een kunstgebit¹², mogelijk heeft dit ook invloed op het tandartsenbezoek.

Wanneer de cliënt en zijn omgeving het tandartsbezoek vergeet, is er geen vangnet dat hen hierop wijst. Vooral bij ouderen neemt de reguliere controle door de tandarts naarmate zij kwetsbaarder worden volgens geïnterviewden af, waardoor het risico op achteruitgang van het gebit toeneemt. In de dagelijkse praktijk benaderen tandartsen cliënten die de tandarts niet (meer) bezoeken beperkt. Het landelijk tekort aan tandartsen versterkt dit mogelijk. Zo blijkt uit 'de stand van zakenbrief mondzorg' aan de Tweede Kamer in juni 2021 dat van de tandartspraktijken op dit moment nog maar 87% nieuwe patiënten aanneemt¹³. Tandartsen hebben geen prikkel om uit beeld geraakte cliënten uit hun eigen cliëntenbestand proactief te benaderen. Daarnaast letten zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen niet of nauwelijks op de stand van het gebit van Wlz-cliënten en is er daardoor weinig doorverwijzing naar een tandarts of mondhygiënist.

Deze bovengenoemde financiële en praktische drempels spelen niet voor cliënten inclusief behandeling. De Wlz-aanbieder is verantwoordelijk voor de organisatie van tandheelkundige zorg voor de cliënten inclusief behandeling. De Wlz-aanbieder haalt mogelijke drempels zoals mobiliteitsproblemen en belasting van de mantelzorg weg. Daarnaast vormen ook de kosten geen barrière voor tandartsbezoek door de boven budgettaire bekostiging van tandheelkundige zorg in de Wlz. Doordat de tandheelkundige zorg georganiseerd is en het gebit van cliënten regelmatig gecontroleerd wordt, neemt het risico op (snelle) achteruitgang van de staat van het gebit - en mogelijk daarmee gemoeide hoge herstelkosten - af.



Ouderen

Meerdere geïnterviewden geven aan dat zij verwachten dat voor Wlz-cliënten zonder behandeling dezelfde problematiek speelt als voor thuiswonende kwetsbare ouderen zoals is omschreven in het rapport van Nivel¹ over mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen (zie paragraaf 3.1). Zo wordt in de interviews benoemd dat tandartslocaties niet altijd goed bereikbaar en toegankelijk zijn en gespecialiseerde tandartsen gericht op mensen met een beperking vaak ver verspreid zijn over het land. Ook onwetendheid onder ouderen over de mogelijkheid voor financiële bijstand en angst voor hoge kosten zijn vaak genoemde drempels om de tandarts te bezoeken: "Mondzorg wordt vaak als eerste (en met grote bedragen) in de portemonnee gevoeld."

¹² Gezondheidszorg en zorggebruik, contact met tandarts uitgesplitst naar leeftijd - CBS, Statline 2021.

¹³ Stand van zakenbrief mondzorg, 25 juni 2021, Tweede Kamer.



Mensen met psychische problemen

Uit de interviews komt naar voren dat ggz-cliënten niet snel zelf tandheelkundige zorg regelen. Dit betekent dat de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg in de praktijk laag is voor ggz-cliënten zonder behandeling. Er is weinig aandacht voor leefstijl in het algemeen (verzorging van het gebit komt op de laatste plaats) en daarnaast kan angst voor de tandarts een rol kan spelen voor mensen met psychische problemen. Aan de andere kant is een gezond en representatief gebit van groot belang voor ggz-cliënten en kan dit het zelfvertrouwen vergroten. Op deze manier speelt een gezond gebit een grote rol in het herstel van deze cliënten en eventuele terugkeer in de maatschappij.



Mensen met een beperking

Vertegenwoordigers vanuit de gehandicaptensector geven aan dat het lastig is voor Wlz-cliënten zonder behandeling om een gespecialiseerde tandarts te vinden en te bezoeken. Dit komt zowel door de beperkte capaciteit van gespecialiseerde tandartsen als door de relatief grote afstand en het gebrek aan vervoerscapaciteit.

2.8 Kwaliteit

Onderzoeksvraag: Is er een verschil in de wijze waarop de IGJ de mondzorg/tandheelkundige zorg beoordeelt bij inspectiebezoeken?

De IGJ ziet toe op de kwaliteit van de mondzorg. Het gaat om zorg door bijvoorbeeld mondhygiënist, tandartsen en orthodontisten. De kwaliteit van de tandheelkundige zorg, zowel intramuraal als extramuraal, valt onder de afdeling eerstelijnszorg. Hierbij gaat het over de kwaliteit van de tandheelkundige zorg, geboden door tandartsen en mondhygiënist. Tot 2018 had de IGJ een aparte afdeling voor mondzorg en tandheelkundige zorg. Voornamelijk voor tandartsen(praktijken), maar ook mondzorg in andere sectoren. Op dit moment wordt de mondzorg en tandheelkundige zorg als integraal onderdeel van de zorg gezien. Hierbij wordt gekeken naar of er methodisch wordt gewerkt en of er risico's zijn voor cliënten. Het toetsingskader specifiek voor mondzorg in verpleeghuizen¹⁴ werd gebruikt voor thematisch toezicht. In het reguliere toezicht van de IGJ wordt dit niet stelselmatig langsgelopen, alleen als er signalen of meldingen over de mondzorg/tandheelkundige zorg zijn.

In 2014 werd geconcludeerd dat de mondzorg in verpleeghuizen niet voldoet aan de opgestelde richtlijn van beroepsorganisaties¹⁵. Uit het onderzoek bleek dat er tekortkomingen waren voor een goede mondzorg. Meer dan de helft van de medewerkers had onvoldoende kennis en kunde op dit gebied en boden zorgdossiers geen goede informatie voor de dagelijkse mondzorg. Naar aanleiding daarvan is er thematisch aandacht geweest voor de mondzorg¹⁶. De bevindingen bij de verpleeghuizen waren, in combinatie met meldingen die de inspectie over tekortschietende mondzorg in de gehandicaptenzorg had gekregen, aanleiding voor de IGJ om eind 2014 ook een eerste inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de mondzorg in de gehandicaptenzorg te starten. De conclusie was dat mondzorg niet bij alle bezochte zorgaanbieders op orde was¹⁷.

Mondzorg is volgens de IGJ vaak onderbelicht, waardoor er weinig meldingen over mondzorg worden gedaan. Het Landelijk Meldpunt Zorg is onderdeel van de IGJ en heeft ook een signalerende functie. Als er aanleiding toe is kunnen signalen van burgers doorgezet worden naar de IGJ ter beoordeling. De inspecteurs beoordelen dan of een signaal,

¹⁴ <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/toetsingskaders/2018/10/17/toetsingskader-mondzorg-in-verpleeghuizen/20181017+IGJ+Toetsingskader+mondzorg+in+verpleeghuizen.pdf>.

¹⁵ <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/mondzorg>.

¹⁶ <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2018/10/15/inspectie-neemt-mondzorg-verpleeghuizen-onder-de-loep>.

¹⁷ <https://www.vgn.nl/system/files/article/file/IGZ%2BFactsheet%2BMondzorg%2BGehandicaptenzorg-3e.pdf>.

samen met het dossier van een zorgaanbieder, aanleiding geeft tot actie. De signalen worden bijgehouden in een register en er is gezocht naar signalen die in de beschrijving verwijzen naar mondzorg of vergelijkbare termen. Met deze kanttekening zijn de volgende aantallen doorgegeven. Sinds 1 januari 2020 heeft het Landelijk Meldpunt Zorg 33 signalen ontvangen waarvan mondzorg binnen de verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg of ggz een onderdeel van het signaal is. 5 signalen zijn ter beoordeling voorgelegd, 3 signalen zijn in behandeling genomen, 1 signaal moet nog worden besproken.

In het toezicht op de ouderenzorg en gehandicaptenzorg kijkt de IGJ naar de kwaliteit van de mondzorg bij cliënten die Wlz-zorg nodig hebben (24-uurs zorg). Deze mondzorg wordt geleverd door de Wlz-aanbieder. Op het moment dat er risico's zijn in de mondverzorging, omdat een cliënt bijvoorbeeld niet meer zelfstandig kan poetsen, moet de zorgorganisatie dit risico inventariseren en passend handelen (bijvoorbeeld door het poetsen van de tanden over te nemen). De IGJ maakt bij het toezicht op de mondzorg in organisaties waar cliënten wonen, in principe geen onderscheid tussen cliënten inclusief en exclusief behandeling. IGJ kijkt hierbij naar dezelfde normen. Voor de kwaliteit van de mondzorg spreekt de IGJ de Wlz-aanbieders aan. De IGJ ziet dat de zorg beter geregeld is bij Wlz-aanbieders die zowel Wlz-cliënten inclusief behandeling als exclusief behandeling hebben (gemixte Wlz aanbieders). De Wlz-cliënten exclusief behandeling liften hier vaak mee op de tandheelkundige zorg van Wlz-cliënten inclusief behandeling.

3 Duiding

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen ten aanzien van de gevoelde verantwoordelijkheid bij de Wlz-aanbieder voor de doelmatigheid van en de kwaliteit van tandheelkundige zorg. Gezien de verschillende signalen die over deze onderwerpen uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, beschrijven we de antwoorden op de onderzoeksvragen meer duidelijk waarin de verschillende perspectieven benoemd worden.

3.1 Gevoelde verantwoordelijkheid bij Wlz-aanbieders voor tandheelkundige zorg

Onderzoeksvraag: Zijn er verschillen in (gevoelde) verantwoordelijkheid bij Wlz-behandelaars tussen beide modellen (voelt/is de instelling even verantwoordelijk voor de tandheelkundige zorg indien dit niet vanuit de Wlz geleverd wordt?)

Uit de interviews blijkt dat Wlz-aanbieders zich verantwoordelijk voelen voor de organisatie van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten die bij hen verblijven inclusief behandeling. De gevoelde verantwoordelijkheid voor Wlz-cliënten exclusief behandeling verschilt per individuele Wlz-aanbieder. Het merendeel van de Wlz-aanbieders geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor het organiseren van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling bij de cliënt en zijn of haar omgeving ligt. Uit de interviews en werkbezoeken blijkt dat er voorbeelden zijn waarbij de tandartsenzorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling wel wordt georganiseerd door de Wlz-aanbieder, de Wlz-cliënten zonder behandeling liften mee op de organisatie van de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten inclusief behandeling of de Wlz-aanbieder faciliteert dat Wlz-cliënten zonder behandeling naar de tandarts gaan.



Mensen met
psychische
problemen

Uit gesprekken met zorgaanbieders blijken er voorbeelden te zijn waarbij de tandartsenzorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling wordt georganiseerd door de Wlz-aanbieder: "De begeleider voelt zich niet meer of minder verantwoordelijk voor de cliënt en zijn mondzorg, ongeacht uit welke leveringsvorm deze komt". De begeleider vraagt aan cliënten of en hoe zij verzekerd zijn en/of ze een tandarts bezoeken. Als dat niet het geval is, worden cliënten doorverwezen naar een tandarts in de buurt. In geval van een noodsituatie, zijn er een aantal samenwerkende praktijken die cliënten makkelijk en snel toegang geven. De betaling van tandheelkundige zorg vindt plaats met aparte gelden vanuit beschermd wonen en/of speciale regelingen.



Mensen met
een beperking

Vertegenwoordigers van de gehandicaptenzorg geven aan dat het voor Wlz-zorgaanbieders waar zowel Wlz-cliënten inclusief als exclusief behandeling wonen onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor tandheelkundige zorg: "Wie neemt het voortouw in verantwoording over de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling? Zijn het proactieve begeleiders in dienst van de Wlz-zorgaanbieder die deze rol innemen, of ligt deze verantwoordelijkheid bij naasten?"

3.2 Doelmatigheid

Onderzoeksvraag: Is er een risico op en zijn er signalen van over- dan wel onderbehandeling bij beide leveringsvormen?

Voor Wlz-cliënten inclusief behandeling wordt de tandheelkundige zorg grotendeels vergoed. De wijze van bekostiging biedt meer ruimte voor preventie dan wanneer de tandheelkundige zorg uit de Zvw wordt betaald. Tandartsketens focussen sterk op preventie en hebben hiervoor preventie-assistenten en mondhygiënist in dienst. De ketenpartijen onderzoeken het gebit van de cliënt binnen een korte tijd na opname bij de Wlz-aanbieder en stellen op basis hiervan een behandelplan op. Als het gebit in slechte staat is, komt het voor dat de cliënt direct na opname tweewekelijks behandeld wordt door een preventie assistent. Hierbij kan de vraag worden gesteld of dit een doelmatige besteding van Wlz-geld is en of hiermee een deel van de dagelijkse mondverzorging wordt overgenomen. Aan de andere kant blijkt uit onderzoek dat goede mondzorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven en gezondheidsproblemen (en daarmee andere uitgaven) kan voorkomen¹⁸. Door het ontbreken van professionele standaarden voor tandheelkundige zorg aan kwetsbare groepen (zie paragraaf 4.3), kan er geen uitspraak worden gedaan over mogelijke overbehandeling. Naast de frequentie van behandeling is er vanuit het veld kritiek op de hoogte van de vergoedingen binnen de Wlz. Binnen de huidige regelgeving kunnen preventie-assistenten onder hetzelfde U25 tarief gedeclareerd worden als (hoger opgeleide) tandartsen. Een aantal respondenten heeft zorgen over de doelmatige uitvoering van tandheelkundige zorg binnen de Wlz en mogelijke gevolgen daarvan voor de betaalbaarheid van tandheelkundige zorg in de toekomst.



Ouderen

Een gesproken ketenpartij illustreert door middel van een casus het verschil in de mondgezondheid tussen twee vergelijkbare cliënten (zussen met dezelfde gezondheidssituatie, wonend in hetzelfde verpleeghuis) die wel en niet aanspraak kunnen maken op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz: "Bij de ene zus, die geen aanspraak heeft op Wlz-zorg inclusief behandeling, hebben minder mondzorgcontroles plaatsgevonden en geen preventieve behandelingen. Dit heeft geresulteerd in ingrijpende ingrepen, die voor iemand met zo'n hoge leeftijd niet wenselijk zijn. Daarentegen heeft de andere zus, die wél aanspraak heeft op Wlz-zorg inclusief behandeling, een goede mondgezondheid".

De Wlz-aanbieder heeft er belang bij dat de tandheelkundige zorg goed is georganiseerd, maar heeft vanwege de boven budgettaire bekostiging geen prikkel die bijdraagt aan doelmatige zorg. Dit geldt ook voor zorgkantoren; er is geen budgettair plafond. De Gezondheidsraad stelt dat het toenemende aantal samenwerkingsverbanden tussen tandartsen op verschillende manieren invloed kan hebben op de kwaliteit van de mondzorg: deze kan toenemen omdat er meer sociale controle en professionele input is. Tegelijk stelt de Gezondheidsraad dat het denkbaar is dat de zorgverlening beïnvloed kan worden door de (commerciële) visie van het management op een manier die de kwaliteit niet ten goede komt¹⁹. Geïnterviewden noemen het ontbreken van doelmatigheidsprikkel en duidelijk kwaliteitskader waardoor risico's bestaan van overbehandeling.

Voor Wlz-cliënten zonder behandeling is er risico op onderbehandeling door de drempels die zij kunnen ervaren bij de organisatie van de tandheelkundige zorg (zie paragraaf 2.5). De gevolgen hiervoor op de kwaliteit van het gebit zijn vergelijkbaar als voor kwetsbare ouderen thuis zoals beschreven in het rapport 'Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen' van Nivel²⁰. Volgens het onderzoek van Nivel is het gebit van thuiswonende ouderen vaak in slechte staat. Uit het onderzoek kwamen vergelijkbare signalen over mogelijke onderbehandeling van Wlz-cliënten met

¹⁸ G.J. van der Putten (6-13-2019). De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen.

¹⁹ Radboud UMC, RAAMPLAN MONDZORG 2020. Opleiding Tandheelkunde & Opleiding Mondzorgkunde. Samen kijken, samen leren, samen doen.

²⁰ Rapport Nivel (2021). Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

psychische problemen. Zij hebben vaak een lange ziekteperiode achter de rug met weinig oog voor (mond)hygiëne. Het gevolg hiervan is dat cliënten geen gebruik maken van tandheelkundige zorg. We hebben geen signalen ontvangen over mogelijke onderbehandeling van Wlz-cliënten met een verstandelijke beperking, mogelijk spelen ouders, het netwerk of de Wlz-aanbieder daar een grotere rol in de organisatie van tandheelkundige zorg.

3.3 Kwaliteit

3.3.1 Stand van het gebit

Onderzoeksvraag: Is de kwaliteit van de stand van het gebit vergelijkbaar in instellingen met en zonder behandeling?

De staat van de mond is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van de tandheelkundige zorg, maar juist ook van de kwaliteit van de dagelijkse, preventieve mondzorg. Hiervoor is dagelijkse mondverzorging door verzorgend personeel van groot belang. In de opleiding voor verpleging en verzorging is de mondzorg volgens respondenten nog onderbelicht, om die reden is scholing van verzorgenden door mondzorgprofessionals waardevol. Bij Wlz-aanbieders die zorg leveren aan Wlz-cliënten met behandeling wordt deze informatieoverdracht vaak gefaciliteerd doordat er sprake is van een vaste samenwerking tussen Wlz-aanbieders en tandarts(keten). Respondenten geven aan dat de aandacht voor preventie en de organisatie van tandheelkundige zorg door de Wlz-aanbieder de kwaliteit van het gebit ten goede komt. Bij Wlz-aanbieders met behandeling zijn de zaken vaak structureel georganiseerd, waardoor de verwachting is dat de kwaliteit van de stand van het gebit beter is bij Wlz-cliënten met behandeling dan Wlz-cliënten zonder behandeling.

3.3.2 Kwaliteit van de tandheelkundige zorg

Onderzoeksvraag: Is de kwaliteit van de tandheelkundige zorg vergelijkbaar in instellingen met en zonder behandeling?

Er is geen speciale professionele standaard voor de tandheelkundige zorg aan bijvoorbeeld ouderen waardoor hier op basis van het onderzoek lastig uitspraak kan worden gedaan over de kwaliteit van tandheelkundige zorg. Respondenten geven aan dat kwaliteit van zorg voor deze doelgroepen op een andere manier moet worden gezien dan voor reguliere patiënten. Het draait hierbij niet alleen om de 'kwaliteit van de vulling'. De bejegening van de Wlz-cliënt door de tandarts/mondhygiënist speelt een belangrijke rol in de ervaren kwaliteit. De ervaren kwaliteit is dus sterk afhankelijk van de interactie tussen de individuele cliënt en professional. Tandartsen(ketens) die Wlz-cliënten inclusief behandeling behandelen, kiezen vaak bewust voor deze doelgroep omdat zij daar een bepaalde affiniteit mee hebben. Doordat ze veel cliënten uit deze doelgroep behandelen, hebben ze veel ervaring in de omgang met en (tandheelkundige) problematiek van Wlz-cliënten. Volgens respondenten wisselt de mate waarin reguliere tandartsen affiniteit hebben met de doelgroep sterk. Dit heeft naar verwachting gevolgen voor de bejegening (en daarmee de ervaren kwaliteit) van Wlz-cliënten zonder behandeling die naar een reguliere tandarts gaan.

Kwaliteitsaspecten waarin de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met en zonder behandeling volgens respondenten verschilt zijn; *multidisciplinair overleg en de plek van de behandeling*.

Multidisciplinair overleg vindt niet of nauwelijks plaats voor Wlz-cliënten exclusief behandeling, doordat de Wlz-aanbieder niet verantwoordelijk is voor de tandheelkundige zorg. Bij Wlz-cliënten inclusief behandeling is vaak sprake van een vaste samenwerking tussen Wlz-aanbieder en tandarts(keten). Dit bevordert de multidisciplinaire samenwerking doordat de lijntjes met andere behandelaren korter zijn en er sprake is van gegevensuitwisseling doordat tandartsen(ketens) in hetzelfde dossier werken als de andere behandelaren.

Tandartsenketens behandelen Wlz-cliënten inclusief behandeling vaak op de eigen kamer. Vanuit de brancheverenigingen van tandartsen komt kritiek op deze werkwijze. In hun optiek is de kwaliteit van dergelijke

behandelingen lager door gebrek aan apparatuur en beperkte hygiënemaatregelen. Ook zijn zij van mening dat behandeling op de kamer inbreuk maakt op de veilige en vertrouwde omgeving van de cliënt. Dit kan met name problematisch zijn voor cliënten met angsten voor de tandarts. Aan de andere kant horen wij van Wlz-aanbieders die op deze manier de tandheelkundige zorg voor cliënten hebben georganiseerd positieve geluiden over behandeling op de kamer. Zij ervaren het juist als prettig dat de cliënt niet wordt belast door het reizen naar de tandarts en in de vertrouwde omgeving wordt behandeld.

4 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste conclusies die we op basis van dit onderzoek kunnen trekken. Naar aanleiding van de bevindingen in dit onderzoek hebben we ook een drietal aanbevelingen geformuleerd, deze beschrijven we in paragraaf 4.5 van dit afsluitende hoofdstuk.

4.1 Er bestaat in de praktijk onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor tandheelkundig zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling

Bij Wlz-cliënten zonder behandeling is het onduidelijk wie (feitelijk) verantwoordelijk is voor de organisatie van de tandheelkundige zorg. Wlz-aanbieders hebben hier verschillende beelden bij en vullen de rol die zij spelen in de organisatie van de tandheelkundige in de praktijk verschillend in. Het merendeel van de Wlz-aanbieders geeft aan dat de verantwoordelijkheid voor het organiseren van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten exclusief behandeling bij de cliënt en zijn of haar omgeving ligt.

4.2 De leveringsvorm heeft invloed op de wijze waarop Wlz-aanbieders de tandheelkundige zorg organiseren

De leveringsvorm/aanspraak op tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten heeft grote invloed op de wijze waarop Wlz-aanbieders de tandheelkundige zorg in de praktijk organiseren. Bij Wlz-cliënten inclusief behandeling is (en voelt) de Wlz-aanbieder zich verantwoordelijk voor de organisatie van tandheelkundige zorg. De Wlz biedt voldoende ruimte voor tandartsen en tandartsenketens om op locatie tandheelkundige zorg te bieden aan kwetsbare cliënten. Het aangaan van een samenwerking met een ketentandarts of vaste, lokale tandarts maakt de tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten inclusief behandeling voor Wlz-aanbieders makkelijker te realiseren in vergelijking met tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten exclusief behandeling. Daarnaast bevordert een vaste samenwerking met een tandarts de multidisciplinaire samenwerking binnen de Wlz-aanbieder. Hiermee is de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met behandeling toegankelijker en daardoor beter georganiseerd dan de tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten zonder behandeling.

4.3 De mate waarin onderscheid in aanspraak als onwenselijk wordt ervaren verschilt per doelgroep en is vooral gebaseerd op specifieke kenmerken van de doelgroep

Het verschil in aanspraak op tandheelkundige zorg, afhankelijk van de leveringsvorm (en het verschil tussen verblijf met en zonder behandeling), voor tandheelkundige zorg wordt met name in de ouderenzorg als onwenselijk ervaren. In de ouderenzorg wonen Wlz-cliënten met en zonder behandeling vaak bij elkaar (op een locatie of gang) en zorgt het verschil in aanspraak voor vrij veel onduidelijkheid en verwarring. Het scenario waarin alle Wlz-cliënten aanspraak kunnen maken op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz wordt vanuit het perspectief van goede zorg voor kwetsbare ouderen in de ouderenzorg als wenselijk ervaren, omdat het kwetsbare mensen betreft waarbij vaak sprake is van cognitieve achteruitgang. De regie en organisatie van tandheelkundige zorg door de Wlz-aanbieder wordt bij deze cliënten van groot belang geacht. Dit prevaleert boven de keuzevrijheid, ook omdat uit de praktijk blijkt dat kwetsbare ouderen in beperkte mate gebruik (blijven) maken van hun eigen tandarts.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychische problemen wordt het verschil in aanspraak tussen doelgroepen met specifieke kenmerken juist als wenselijk ervaren. Voor deze doelgroepen die (vaak) op verschillende plekken in verschillende woonsettingen wonen, wordt het niet wenselijk geacht om dit onderscheid op te heffen. Enerzijds gezien de woonsituatie van (bijvoorbeeld) cliënten (met een licht verstandelijke beperking) waarin een zo 'normaal mogelijk leven' centraal staat. Anderzijds kan het zelf organiseren van de tandheelkundige zorg een behandeldoel zijn om de zelfredzaamheid van de cliënt (met psychische problematiek in een beschermd wonen

voorziening) te bevorderen. In de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking spelen ouders of naasten vaak ook nog een rol in de organisatie van tandheelkundige zorg.

4.4 Op basis van dit onderzoek geen duidelijke conclusie over doelmatigheid van tandheelkundige zorg

Op basis van dit onderzoek is geen duidelijke conclusie te trekken over (verschillen in) doelmatigheid van tandheelkundige zorg voor Wlz-cliënten met en zonder behandeling. Uit de interviews volgt geen eenduidig beeld, een helder toetsingskader over wanneer de zorg doelmatig is ontbreekt en er zijn geen andere bronnen beschikbaar om dat inzichtelijk te maken.

Er is geen specifieke professionele standaard voor de tandheelkundige zorg aan kwetsbare groepen (waaronder Wlz-cliënten) over de kwaliteit van tandheelkundige zorg. Hierdoor kunnen we op basis van dit onderzoek geen uitspraak doen over kwaliteit en mogelijke verschillen tussen Wlz-cliënten met een verschillende aanspraak op tandheelkundige zorg. De wijze van bekostiging binnen de Wlz biedt meer ruimte voor preventie, waardoor er meer aandacht is voor preventie. Aan de ene kant wordt dit als doelmatige en kwalitatief goede tandheelkundige zorg gezien omdat hiermee problemen en daarmee (kostbare) behandelingen worden voorkomen. Aan de andere kant wordt gesuggereerd dat mondzorgaanbieders hiermee mogelijk een deel van de dagelijkse mondzorg overnemen, wat tot het risico van minder doelmatige besteding van Wlz-gelden leidt. Ook vormt het ontbreken van financiële prikkels een risico op minder doelmatige zorg.

4.5 Aanbevelingen

4.5.1 *Maak duidelijk wie verantwoordelijk is voor tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling*

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek bevelen wij aan om de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor tandheelkundig zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling weg te nemen, zodat duidelijk wordt wie feitelijk verantwoordelijk is voor de organisatie van tandheelkundig zorg aan Wlz-cliënten zonder behandeling in de praktijk.

4.5.2 *Ontwikkel een professionele standaard voor tandheelkundige zorg aan kwetsbare doelgroep*

Er bestaat behoefte aan een professionele standaard voor tandheelkundige zorg aan kwetsbare doelgroepen. De ontwikkeling van professionele standaarden kan bijdragen aan meer duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden en een eenduidiger beeld over kwalitatieve en doelmatige tandheelkundige zorg aan kwetsbare doelgroepen.

4.5.3 *Overweeg om financiële prikkels te herijken bij de ontwikkeling van een professionele standaard*

Een professionele standaard kan - in samenhang met financiële prikkels zoals differentiatie in tarieven voor verschillende mondzorgprofessionals - bijdragen aan doelmatige tandheelkundige zorg. Een combinatie van een eenduidige professionele standaard met (enige) financiële prikkels in een stelsel geeft verdere sturing aan het voorkomen van het risico op niet-doelmatige zorg. Te overwegen valt om bij verdere uitwerking van een professionele standaard ook de financiële prikkels in het stelsel te herijken.

A. Bijlage Overzicht respondenten

Groepsgesprek	Organisatie	Perspectief
1	- Zorgverzekeraars Nederland - VGZ - Zilveren Kruis - Achmea	Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgkantoren en zorgverzekeraars
2	- Zorginstituut Nederland - Nederlandse Zorgautoriteit	Toezichthouder
3	- ActiZ - Beroepsvereniging Verzorgende en Verpleegkundigen (V&VN)	Vertegenwoordigers van ouderenzorg
4	- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) - Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicaptten - Gehandicaptenzorgaanbieder	Vertegenwoordigers van de gehandicaptenzorg
5	- Nederlandse GGZ - Valente	GGZ/beschermd wonen
6	- Cobijt - Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGD) - De Federatie Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen (FTWV)	Tandheelkundige zorg
7	- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) - Organisatie van Nederlandse Tandprotheticci (ONT) - Nederlandse vereniging van mondhygiënistten (NVM)	Branche- en beroepsverenigingen van tandartsen en mondhygiënistten
8	- LOC - Ieder(in) - Patiëntenfederatie	Clientvertegenwoordigers
9	- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	Toezichthouder
10	- De Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)	Bijzondere Tandheelkunde

B. Bijlage Definities

Bijzondere tandheerkunde: tandheerkunde die een verzekerde kan krijgen bij een ernstige aandoening waardoor deze zonder die zorg zijn tanden en kiezen niet voldoende kan gebruiken.

Leveringsvorm: mensen met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen ervoor kiezen in een instelling te gaan wonen om de zorg te krijgen. Zij kunnen er ook voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen met een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt), of om de zorg zelf te regelen met een persoonsgebonden budget (pgb). Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd²¹.

Mondverzorging: zijn de dagelijkse én preventieve handelingen die ervoor zorgen dat de mond gezond is en blijft. Mondverzorging is een onderdeel van de mondzorg.

Mondzorg: de preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg van ziekten en problemen in de mond en het gelaat.

Mondzorgteam: de tandarts, de mondhygiënist, de tandartsassistent, de preventie-assistent en tandprotheticus.

Tandartsketenpartij: Een organisatie die verschillende professionals in dienst heeft en ambulante zorg op verschillende locaties biedt. In ketens wordt steeds meer gewerkt vanuit tandheelkundige differentiaties, bijvoorbeeld gericht op kinderen, ouderen, endodontologie of implantologie.

Tandheelkundige zorg: dit betreft behandeling van het gebit conform de prestatie- en tariefbeschikking Tandheelkundige zorg en aanverwante mondzorg-regelgeving én wordt geleverd door een mondzorgprofessional, of in verlengde arm door een preventie-assistent.

Uitvoeringsvariant: zorginstellingen hebben tandheelkundige zorg op verschillende manieren georganiseerd en dit leidt tot verschillende uitvoeringsvarianten.

Verblijf met behandeling: Als iemand in een Wlz-instelling woont en van dezelfde instelling behandeling krijgt. In dit geval moet de instelling een aantal vormen van aanvullende zorg bieden, het gaat om de huisartsenzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, speciale kleding en (als er geen grondslag psychische stoornis is) de psychiatrische zorg die integraal deel uitmaakt van de specifieke Wlz-behandeling. Deze aanvullende zorg wordt - net als het verblijf en de behandeling zelf - betaald vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De instelling waar iemand woont, regelt dat de cliënt deze aanvullende zorg in natura krijgt.

Verblijf zonder behandeling: De cliënt verblijft in een instelling, maar ontvangt zijn Wlz-behandeling van een andere zorginstelling of zorgverlener die daarvoor door het zorgkantoor is gecontracteerd. De cliënt heeft een eigen huisarts en apotheek. De huisartsenzorg, farmacie, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en specifieke kleding komen ten laste van de Zvw met de beperkingen die daarin gelden²².

Wlz: De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht.

²¹ <https://www.ciz.nl/client/veelgestelde-vragen-clienten/begrippenlijst/leveringsvormen>.

²² https://www.regelhulp.nl/binaries/regelhulp/documenten/publicaties/2020/ggz-naar-wlz/publicaties/handreiking-behandeling-in-de-wlz-per-1-januari-2021/Handreiking_behandeling_in_de_Wlz_per_1_januari_2021.pdf.

Wlz-aanbieder: een zorgaanbieder die zorg of dienst levert als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijn toegelaten voor één of meer van de zorgvormen persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling als omschreven in de Wlz²³.

²³https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21600_22/2/#:~:text=Zorgaanbieders%20die%20verblijf%20leveren%20aan,toegelaten%20voor%20de%20zorgvorm%20behandeling.