

DE CENTRUMINDICATIE

Indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp
in een instelling/centrum (CBT).

Inhoud

Inleiding

- 1 Centrum voor bijzondere tandheelkunde, verwijzing en indicatie voor hulp in een centrum**
 - 1.1 Huistandarts als poortfunctionaris
 - 1.2 Centrumindicatie
 - 1.3 Instelling (centrum) voor bijzondere tandheelkundige hulp
 - 1.4 De verwijfsbrief
 - 1.5 Kosten centrumbehandeling
 - 1.6 Digitalisering

- 2 Consultatie en diagnostiek in het centrum**

Het eerste consult, vaststellen van centrumindicatie

- 3 De aanvraag/toestemmingsprocedure centrumbehandeling**
 - 3.1 De aanvraag
 - 3.2 De toestemming

- 4 Verloop centrumbehandeling**
 - 4.1 Aanvullende aanvraag
 - 4.2 Onvoldoende medewerking patiënt

- 5 Einde centrumbehandeling en terug verwijzing**

- 6 Kosten centrumbehandeling**
 - 6.1 Jeugdige verzekerden
 - 6.2 Volwassen verzekerden

- 7 Declaratie centrumbehandeling**
 - 7.1 Consultatie en diagnostiek
 - 7.2 Behandeling

- 8 Afbakening centrumbehandeling bijzondere zorggroepen**
 - 8.1 Patiënten met zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornis of verworven aandoening in het orofaciale gebied**
 - 8.1.1 Criteria centrumindicatie
 - 8.1.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd
 - 8.1.2.1 Eerste fase behandeling
 - 8.1.2.2 Tweede fase behandeling

 - 8.2 Patiënten met ernstige gebitsprothese problemen**
 - 8.2.1 Criteria centrumindicatie
 - 8.2.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd
 - 8.2.3 Complicaties

8.3 Patiënten met ernstige cranio- of temporomandibulaire dysfunctie (CMD/TMD) of orofaciale pijn

- 8.3.1 Criteria centrumindicatie
- 8.3.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd
 - 8.3.2.1 Eerste fase behandeling
 - 8.3.2.2 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure eerste fase
 - 8.3.2.3 Tweede fase behandeling

8.4-8.10 Patiënten met een slechte behandelbaarheid en/of een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening

8.4 Extreem angstige volwassen patiënten

- 8.4.1 Inleiding
- 8.4.2 Criteria centrumindicatie
- 8.4.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure
- 8.4.4 Doelstelling van de behandeling

8.5 Kinderen met een slechte behandelbaarheid

- 8.5.1 Inleiding
- 8.5.2 Criteria centrumindicatie
- 8.5.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure
- 8.5.4 Doelstelling van de behandeling

8.6 Patiënten met een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke niet-tandheelkundige beperking (handicap)

- 8.6.1 Inleiding
- 8.6.2 Criteria centrumindicatie
- 8.6.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure
- 8.6.4 Doelstelling van de behandeling

8.7 Psychiatrische patiënten

- 8.7.1 Inleiding
- 8.7.2 Criteria centrumindicatie
- 8.7.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure
- 8.7.4 Doelstelling van de behandeling

8.8 Geriatrische patiënten

- 8.8.1 Inleiding
- 8.8.2 Criteria centrumindicatie
- 8.8.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure
- 8.8.4 Doelstelling van de behandeling

8.9 Patiënten met een medisch - tandheelkundig gerelateerde aandoening

- 8.9.1 Inleiding en criteria centrumindicatie
- 8.9.2 Categorieën patiënten
- 8.9.3 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure

8.9.4 Doelstelling van de behandeling

8.10 Patiënten met een extreme kokhalsneiging

8.10.1 Inleiding

8.10.2 Analyse van de problematiek

8.10.3 Criteria centrumindicatie

8.10.4 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure

8.10.5 Doelstelling van de behandeling

Literatuur

Inleiding

In de volgende tekst zijn de indicaties beschreven voor behandeling in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT's), waarover partijen van mening zijn dat er sprake is van een centrumindicatie. Het betreft nadrukkelijk géén limitatieve opsomming.

De tekst is gebaseerd op de uitvoeringsrichtlijnen, die in overleg met het College van Adviserend Tandartsen (CAT), de vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) en de Commissie Bijzondere Zorggroepen van de NMT (CBZ) in het verleden zijn ontwikkeld voor de tandheelkundige hulp, die op grond van de Regeling Tandheelkundige Hulp Ziekenfondsverzekering (RTHZ) werd verleend in instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

De uitvoeringsrichtlijnen zijn een protocollaire benadering van de centrumindicatie op grond van consultatie, diagnostiek en de daaruit voortvloeiende behandeling in CBT's. In deze richtlijnen zijn intake-criteria geëxpliciteerd en administratieve procedures nader uitgewerkt. Inmiddels vigeert sinds 2006 de Zorgverzekeringswet en is in 2009 het Vademecum Tandheelkunde op een nieuwe leest geschoeid. In 2011 is de tekst opnieuw doorgenomen en is er in samenspraak met alle eerder genoemde partijen voor gezorgd dat de richtlijn Centrumindicatie en het Vademecum Tandheelkunde met elkaar in overeenstemming zijn.

Voor de betekenis van deze uitvoeringsrichtlijnen is van belang het standpunt van ZN verwoord in de brief d.d. 24 oktober 2006 van de heer drs. M.A.J.M. Bos, directeur Zorg van ZN:

“Voor de afbakening van de zorg, zoals bedoeld in artikel 2.7 Zorgverzekeringswet, golden in het verleden afspraken tussen partijen die zijn neergelegd in de Uitvoeringsrichtlijnen bijzondere tandheelkunde. Omdat het de intentie van Onze Minister was dat de aanspraak van de voormalige ziekenfondsverzekerde één op één werd overgenomen in de Zorgverzekeringswet, ligt het in de rede deze uitvoeringsrichtlijnen bijzondere tandheelkunde nog steeds onverkort te hanteren.”

1. Centrum voor bijzondere tandheelkunde, verwijzing en indicatie voor hulp in een centrum.

1.1 Huistandarts als poortfunctionaris

De bijzondere tandheelkundige hulp wordt zoveel mogelijk verleend door de huistandarts. Het centrum ziet uitsluitend patiënten, die verwezen zijn, waarbij de huistandarts de poortwachter is. In uitzonderingsgevallen kan verwezen worden door een (medisch) specialist of een huisarts.

1.2 Centrumindicatie

Onder het begrip ‘centrumindicatie’ wordt verstaan een zodanig ernstige aandoening, afwijking, handicap en/of moeilijkheidsgraad van de behandeling, dat in verband met de benodigde specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning deze redelijkerwijs niet kan geschieden in de huispraktijk, al dan niet na horizontale verwijzing. In paragraaf 8 zijn de criteria voor de verschillende centrumindicaties

opgenomen. Tevens kan bij vergelijkbare afwijkingen/aandoeningen sprake zijn van een centrumindicatie.

1.3 Instelling (centrum) voor bijzondere tandheelkundige hulp

Een instelling (centrum) voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, kortweg centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT), kenmerkt zich door een samenwerkingsverband van tandartsen met aantoonbare specifieke deskundigheden en vaardigheden, alsmede specifieke faciliteiten resp. ondersteuning door andere disciplines (psychologie, anesthesiologie, fysiotherapie, logopedie, etc.). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met een bijzondere (tandheelkundige) problematiek, zonodig in multidisciplinair verband.

1.4 De verwijsbrief

Volledigheid van informatie bij de verwijzing is in het belang van zowel de patiënt, het CBT, als de verwijzer.

De verwijzend tandarts brengt de verwijzing naar een CBT in principe schriftelijk tot stand via verzending van een verwijsbrief, tenzij spoedeisende omstandigheden zich hiertegen verzetten. Op deze verwijsbrief wordt aangegeven of het gaat om een adviesvraag, een verzoek tot het geven van een tweede mening, begeleiding, of gedeeltelijke dan wel volledige overname van de tandheelkundige behandeling. Uit de door de verwijzer verstrekte informatie moet aannemelijk zijn gemaakt dat de patiënt niet of niet zonder meer in de huispraktijk of via horizontale verwijzing kan worden behandeld.

De verwijsbrief bevat de volgende elementen:

- de concrete vraagstelling
- de relevante historie van de patiënt
- de eigen bevindingen
- de eigen inspanningen ter zake van het geconstateerde probleem
- de eventuele voorstellen terzake van het verdere beleid
- de eigen mogelijkheden en bereidheid tot (gedeeltelijke) participatie in het verdere beleid

Voorzover aanwezig dienen relevante röntgendocumentatie en (kopieën van) andere gegevens te worden meegezonden.

1.5 Kosten centrumbehandeling

CBT's hanteren een (individueel) tandarts-stoeluurtarief op basis van de daadwerkelijke bestede stoeluurtijd (patiënt-aanwezigheid). De kosten van consultatie, diagnostiek, behandeling en nazorg in een CBT zijn daardoor - en mede vanwege het met de bijzondere problematiek gepaard gaande tijdsbeslag doorgaans (aanzienlijk) hoger dan in de huispraktijk.

Deze (meer)kosten voor behandeling in een centrum worden vergoed door de zorgverzekeraar voor zover er aanspraak is en voorafgaand toestemming is verleend, met uitzondering van de eigen bijdrage van de verzekerde.

1.6 Digitalisering

In een aantal paragrafen is sprake van administratieve handelingen en administratief verkeer (verwijsbrief/verwijsformulier, aanvraag en verlening machtiging en declaratie). In toenemende mate zal dit in de komende jaren worden gedigitaliseerd. Voor de eenvoud van de onderhavige tekst is de "papier-"situatie beschreven.

2. Consultatie en diagnostiek in het centrum

Wanneer conform de richtlijn in paragraaf 1.4 wordt verwezen, beschikt de CBT-tandarts redelijkerwijs over voldoende informatie om vooraf te kunnen inschatten of de problematiek van de verwezen patiënt inderdaad een centrumindicatie heeft. Voor de consultatie en diagnostiek in een CBT op verwijzing door de huistandarts om definitief te kunnen vaststellen of er sprake is van een centrumindicatie is geen toestemming vereist tot een maximum van anderhalf stoeluur, de kosten komen dan voor rekening van de zorgverzekeraar. Bij overschrijding van dit maximum wordt een aanvraag/toestemmingsprocedure gevolgd.

Indien er sprake is van een centrumindicatie, volgt terugrapportage met het voorgestelde advies c.q. beleid aan de huistandarts/verwijzer en wordt bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor behandeling.

Wanneer geen sprake is van een centrumindicatie volgt terugverwijzing met rapportage aan de huistandarts/verwijzer.

Indien het niet zeker is of er sprake is van een centrumindicatie, volgt nader overleg met de huistandarts/verwijzer en/of adviserend tandarts van de zorgverzekeraar over het verdere beleid. Daarbij kan ook horizontale verwijzing naar een andere huistandarts worden overwogen.

3. De aanvraag/toestemmingsprocedure centrumbehandeling

Indien sprake is van een centrumindicatie wordt bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor behandeling.

3.1 De aanvraag

Aanvraag vindt plaats met gebruikmaking van het tussen het CBT en de zorgverzekeraar overeengekomen, door de CBT-tandarts en patiënt ondertekende aanvraagformulier.

De aanvraag bevat ten minste de volgende elementen:

- conclusies op basis van de consultatie en diagnostiek alsmede het voorgestelde beleid,
- het behandelplan, incl. vermelding eventuele medeparticipatie huistandarts
- het geschatte aantal voor de behandeling benodigde stoeluren,
- de geschatte laboratoriumkosten tandtechniek,
- de geschatte materiaalkosten (o.a. bij implantaten),

Indien relevant, worden tevens meegezonden:

- een kopie van de terugrapportage van de CBT-tandarts aan de verwijzer/huistandarts,
- status praesens,
- röntgendocumentatie (ter inzage).

NB. zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen lokaal afspraken maken voor vereenvoudiging van het machtigingenverkeer.

3.2 De toestemming

De zorgverzekeraar verstrekt het CBT en de verzekerde schriftelijk toestemming, waarop ten minste aangegeven het voor de behandeling toegestane aantal stoeluren en een

specificatie van de voor rekening van de patiënt komende kosten, alsook de geldigheidsduur van de toestemming.

De adviserend tandarts neemt contact op met de aanvragende CBT-tandarts wanneer voor een adequate beoordeling van de aanvraag essentiële informatie ontbreekt, bij twijfel over de centrumindicatie en bij vragen over de kosten, complexiteit en/of doelmatigheid van de voorgestelde behandeling.

De zorgverzekeraar stelt een eventuele afwijzing van de aanvraag, met redenen omkleed, op schrift. Van een toestemming of afwijzing ontvangt zowel de aanvragende CBT-tandarts als de patiënt van de zorgverzekeraar bericht.

4. Verloop centrumbehandeling

Indien of zodra duidelijk wordt dat een behandeling niet verloopt conform het aangevraagde en gemachtigde behandelplan, neemt de behandelend CBT-tandarts contact op met (de adviserend tandarts van) de zorgverzekeraar.

4.1 Aanvullende aanvraag

Bij dreigende overschrijding (groter dan 20%) van het toegestane aantal stoeluren, alsook wanneer zich feiten of omstandigheden voordoen, die leiden tot inhoudelijke wijzigingen of aanpassingen in het behandelplan, neemt de behandelend CBT-tandarts contact op met (de adviserend tandarts van) de zorgverzekeraar. Vervolgens wordt een aanvullende aanvraag ingediend, met redenen omkleed, waarop de zorgverzekeraar een aanvullende toestemming kan verlenen.

4.2 Onvoldoende medewerking patiënt

Wanneer de coöperatie van de patiënt bij herhaling onvoldoende blijkt in termen van de mondhygiëne, andere in verband met de behandeling noodzakelijke maatregelen of zonder (tijdige) berichtgeving bij niet-nagekomen afspraken, neemt de behandelend CBT-tandarts contact op met (de adviserend tandarts van) de zorgverzekeraar. Uit oogpunt van doelmatigheid van de verleende zorg kan de centrum-behandeling worden opgeschort of beëindigd, vooral in die gevallen waarin de patiënt zelf verantwoordelijk kan worden gesteld voor zijn medewerking. De patiënt ontvangt van het CBT hieromtrent een schriftelijke mededeling, welke in kopie naar de zorgverzekeraar en de huistandarts wordt verzonden. Als het CBT de patiënt niet meer wil behandelen, verwijst het CBT de patiënt terug.

5. Einde centrumbehandeling en terugverwijzing

Uitgangspunt bij centrumbehandeling is dat de patiënt zowel tijdens als na de centrum-behandeling deel blijft uitmaken van het patiëntenbestand van de huistandarts, door wie hij verwezen is.

De CBT-tandarts houdt de patiënt niet langer dan strikt noodzakelijk in behandeling c.q. onder controle: in beginsel wordt de patiënt na te zijn afbehandeld geacht zich voor verdere tandheelkundige hulp te wenden tot de huistandarts, tenzij bij aanvraag van de behandeling een ander beleid is vastgesteld.

Indien een adequate opvang in de huispraktijk niet mogelijk is of op problemen stuit (bijvoorbeeld persisterende of recidiverende klachten van de patiënt), volgt overleg

tussen de CBT-tandarts, huistandarts en (de adviserend tandarts van) de zorgverzekeraar over het verdere beleid, waarbij ook horizontale verwijzing kan worden overwogen.

Na behandeling eindigt de centrumindicatie en zal het CBT zorgdragen voor terugverwijzing met rapportage (inclusief eventuele beleidsadviezen) naar de huistandarts voor de reguliere controles, nazorg en eventuele onderhoud- en herstelverrichtingen. Deze terugverwijzing gaat altijd vergezeld van een schriftelijk verslag van de uitgevoerde behandeling, het behandelingsverloop, eventuele relevante röntgenopnamen en bijzonderheden en specificaties van de gebruikte materialen en voorzieningen (merknamen, maatvoering, etc.).

Het kan voorkomen dat de patiënt gedurende langere tijd of zelfs permanent op centrumbehandeling blijft aangewezen; het CBT zal dan een gemotiveerde aanvraag bij de zorgverzekeraar indienen.

Indien zich na terugverwijzing complicaties voordoen, klachten persisteren of zich opnieuw klachten of problemen voordoen, waarop het begrip 'centrumindicatie' (mogelijk) van toepassing is, wordt het protocol opnieuw doorlopen, te beginnen met paragraaf 2.

6. Kosten centrumbehandeling en de eigen bijdrage

6.1 Jeugdige verzekerden

Voor jeugdige verzekerden is in het kader van de bijzondere tandheelkundige hulp geen eigen bijdrage verschuldigd.

6.2 Volwassen verzekerden

De eigen bijdrage is geregeld in artikel 2.4 Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook voor prothetische voorzieningen. De herziene tekst van deze regeling per 1-1-2012 betekent dat tandheelkundig gehandicapten slechts een eigen bijdrage betalen als er verrichtingen plaatsvinden die niet rechtstreeks in verband kunnen worden gebracht met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is dan even groot als de behandelaar bij de verzekerde in rekening zou hebben gebracht als deze verzekerde geen aanspraak zou hebben gemaakt op bijzondere tandheelkundige hulp.

Voor een volledig uitneembare prothetische voorziening in het kader van bijzondere tandheelkundige en voor en voor een volledige uitneembare prothetische voorziening op implantaten betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 125,- per kaak.

(Voor een volledige uitneembare prothetische voorziening buiten de bijzondere tandheelkunde betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten (dus inclusief techniek- en materiaalkosten)

7. Declaratie centrumbehandeling

7.1 Consultatie en diagnostiek

Het CBT brengt in geval van centrumindicatie de voor de consultatie en diagnostiek werkelijk bestede stoeluurttijd (patiënt-aanwezigheid) volgens het individuele centrumuurtarief in rekening bij de zorgverzekeraar, vermeerderd met - indien van toepassing - de gemaakte kosten voor extra-orale röntgenopnamen en de gemaakte

laboratoriumkosten tandtechniek (bijv. voor studiemodellen). Indien een deel van de kosten voor rekening van de patiënt komt, wordt dit in mindering gebracht op de declaratie aan de zorgverzekeraar.

7.2 Behandeling

Het CBT brengt voor de gemachtigde behandeling de werkelijk bestede stoeluurttijd (patiënt- aanwezigheid) volgens het individuele centrumtarief in rekening bij de zorgverzekeraar. Indien van toepassing vermeerderd met bijkomende kosten conform tarief beschikking, bijvoorbeeld de gemaakte kosten voor extra-orale röntgenopnamen (zie hierboven), de kosten tandtechniek volgens de nota en de materiaalkosten op basis van de kostprijs. En indien van toepassing onder aftrek van de voor rekening van de patiënt komende kosten met vermelding van de relevante wettelijke eigen bijdragen dan wel de relevante codes uit de tarievenlijst tandartsen.

Het CBT vermeldt de betreffende toestemmingsnummers en voegt de technieknota's bij de declaratie.

8. Afbakening centrumbehandeling bijzondere zorggroepen

Patiënten komen voor behandeling in een CBT in aanmerking wanneer zij een zodanige afwijking en/of aandoening hebben dat ondersteuning van andere noodzakelijke disciplines onontbeerlijk is en/of wanneer de behandeling in een huispraktijk niet mogelijk is wegens het ontbreken van specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten.

Met betrekking tot de centrumindicatie zijn:

- a. criteria geformuleerd voor het vaststellen van een 'onbetwiste' centrumindicatie en
- b. richtlijnen vastgesteld voor het afbakenen van de bijzondere tandheelkundige hulp door het centrum, naar aard en tijd.

De lijst van criteria beoogt aan te geven dat tussen centra en zorgverzekeraars volledige consensus bestaat, dat in deze gevallen en bij een juiste verwijzing sprake is van een centrumindicatie.

De lijst is niet limitatief, dat wil zeggen dat ook bij vergelijkbare zeer ernstige aandoeningen/afwijkingen sprake kan zijn van een centrumindicatie.

De specifieke richtlijnen hebben uitsluitend betrekking op de behandeling in een CBT.

Het betreft:

- 8.1 Patiënten met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel.
- 8.2 Patiënten met zeer ernstige gebitsprothese problemen.
- 8.3 Patiënten met zeer ernstige cranio- of temporomandibulaire dysfunctie of orofaciale pijn.
- 8.4 Patiënten met extreme angst.
- 8.5 Kinderen met een slechte behandelbaarheid.
- 8.6 Patiënten met een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke beperking (handicap).
- 8.7 Psychiatrische patiënten.
- 8.8 Geriatrie patiënten.
- 8.9 Patiënten met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening.

8.10 Patiënten met een extreme kokhalsneiging.

8.1 Patiënten met een ernstige ontwikkeling- of groeistoornis of verworven aandoening in het orofaciale gebied.

8.1.1 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Bij de zeer ernstige aangeboren of verworven tandheelkundige afwijkingen waarvoor volledige tandheelkundige hulp aangewezen kan zijn, gaat het in beginsel doch niet limitatief om de volgende afwijkingen:

- a. Een oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functiestoornis.
- b. Een ernstige functiestoornis op basis van een ontwikkelingsstoornis van het tandglazuur, en/of een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard. Een ernstige functiestoornis op basis van een dysgnathie, doch uitsluitend indien deze
- c. behoudens medische contra-indicatie – door middel van een osteotomie al dan niet in combinatie met orthodontische voor- en/of nabehandeling gecorrigeerd behoort te worden en daarbij een prothetische voor- en nabehandeling noodzakelijk is.
- d. een dento-alveolair en/of maxillo-faciaal trauma;
- e. een cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis;
- f. een oro-maxillo-faciaal defect.

Het begrip “ernstige functiestoornis” mag geen aanleiding geven tot verwarring. Zo wordt de mate van ernst van de functiestoornis bij oligodontie¹ indicatief omschreven in de lijst van Kuijpers-Jagtman² en bestaat hierover consensus enerzijds binnen het College van Adviserend Tandartsen (CAT) en anderzijds tussen CAT en de vertegenwoordigers van de centra voor bijzondere tandheelkunde (COBIJT). Deze indicatieve lijst is door de voormalige Ziekenfondsraad geaccordeerd. Bij afwezigheid van objectieve criteria wordt aangeraden in voorkomende gevallen tussen de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar en het centrum afstemming daarover plaats te laten vinden en dit vast te leggen. CAT en COBIJT streven ernaar om eenduidige criteria hiervoor te ontwikkelen en deze als addendum aan de uitvoeringsrichtlijnen te voegen.

8.1.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd

8.1.2.1 Eerste fase behandeling

De eerste fase van de behandeling heeft geen definitief karakter en bestaat uit geprotocolleerde multidisciplinaire diagnostiek, behandelplanning of –afstemming en initiële (voor)behandeling.

Bijzondere tandheelkundige hulp omvat:

¹Definitie uit Schalk - van der Weijde Y: Oligodontia, a clinical radiographic and genetic evaluation. Thesis Universiteit van Utrecht, 1992.

²Tabel 3.1 uit Kuijpers-Jagtman AM: Orthodontie, sociaal en op maat. Een toekomstvisie op een nieuw zorgstelsel voor de orthodontie, Nieuwegein, maart 2004.

- 1 Multidisciplinaire diagnostiek en opstellen behandelplan gericht op het herstel van de normale functie van het oro-faciale complex;
- 2 Initieel occlusie- en functieherstel door middel van adhesieve technieken of tijdelijke voorzieningen;
- 3 Proefopstellingen, wafers, röntgen- of operatiesjablonen of tijdelijke prothetische voorzieningen ten behoeve van het orthodontische, chirurgische of restauratieve deel van de therapie.

8.1.2.2 Tweede fase behandeling

De tweede fase van de behandeling dient ter bestendiging van het in de eerste fase van de behandeling verkregen resultaat of van het orthodontisch/operatieve resultaat. Daarnaast kan er sprake zijn van hernieuwde behandel noodzaak bij een in het verleden behandelde patiënt met bovengenoemde ernstige tandheelkundige handicap. Bij aangeboren aandoeningen zal in de regel het tijdstip van deze tweede fase worden bepaald door de groeifase waarin de patiënt zich bevindt.

Voor het uit de eerste fase voortvloeiende behandelplan dient een afzonderlijke aanvraag- / toestemmingsprocedure te worden gevolgd met vermelding van de behandelresultaten van de eerste fase en/of de orthodontisch/operatieve voorbehandeling.

8.2 Patiënten met ernstige gebitsprothese problemen

8.2.1 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Volledig edentate patiënten met ernstige gebitsprothese problemen dienen - om voor centrumbehandeling in aanmerking te komen – ten minste te voldoen aan de criteria 1 + 2 of 1 + 3 uit onderstaande lijst van criteria.

Deze lijst beoogt aan te geven dat tussen verzekeraars en centra onbetwist vaststaat dat in deze gevallen en bij de juiste verwijzing sprake is van een centrumindicatie. De lijst is niet limitatief. Ook bij vergelijkbare afwijkingen/aandoeningen kan sprake zijn van een centrumindicatie.

1. Objectiveerbaar ernstig oraal functieverlies:
 - a bovenprothese zit reeds bij normale mondbewegingen volkomen los en verliest bij geringe mondopening retentie bij enkelzijdige belasting in de (pre)molaarstreek,
 - b bovenprothese en/of onderprothese geeft voortdurend aantoonbaar ernstige pijnklachten,
 - c bovenprothese en/of onderprothese kan evident niet worden gedragen,
 - d onderprothese beweegt bij normale mondbewegingen oncontroleerbaar en is bij geringe opening instabiel bij enkelzijdige belasting in de (pre)molaarstreek,
 - e aantoonbaar ernstig verlies van kauwfunctie voor wat betreft alledaagse voeding.
2. Maximale atrofie:
 - a mandibula Cawood/de Koomen klasse VII en VIII; en/of,
 - b maxilla Cawood klasse VI; extreem geresorbeerd met vlak palatum; geen implantaten mogelijk zonder botvermeerderingsprocedure.
3. Complicerende factoren en omstandigheden, daaronder begrepen:

- a ernstige afwijkingen in kaakvorm en -resiliëntie, zoals tori, exostosen, syndroom van Kelly, kritische a-lijn, knife-edge ridge, zeer geringe marge aangehechte gingiva, zeer dunne kwetsbare mucosa,
- b afwijkingen in kaakrelatie, zoals klasse II, klasse III, laterognathie, grote intermaxillaire afstand,
- c historie van uitgebreide preprothetische chirurgie (iatrogene schade),
- d noodzaak van uitgebreide preprothetische/preïmplantologische chirurgie, zoals mondbodemvestibulumplastieken, osteotomieën, bone grafting procedures,
- e betande tegenoverliggende kaak met complexe occlusale verhoudingen,
- f extreme kokhalsneiging (zie 8.9),
- g ernstige craniomandibulaire of temporomandibulaire dysfunctie problematiek,
- h (senso)motorische stoornissen, zoals CVA, epilepsie, spasticiteit, facialisparese, morbus Parkinson,
- i causaal verband tussen ernstig psychisch dysfunctioneren en gebitsprothese problemen, zulks op uitdrukkelijk voorschrift van klinisch psycholoog/psychotherapeut of psychiater,
- j objectieveerbare gastro-intestinale afwijkingen, waarvan de symptomen verergeren door aantoonbaar slechte kauwfunctie (bijv. morbus Crohn), zulks op uitdrukkelijk voorschrift van internist of gastro-enteroloog,
- k uitgebreide historie van zeer ernstige adaptatieproblemen,
- l mondbranden,
- m xerostomie als gevolg van door een medisch specialist gediagnosticeerde morbus Sjögren, bestraling of chronisch geneesmiddelengebruik,
- n hypersialie,
- o objectieveerbare spraakproblemen.

8.2.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd

De toepassing van implantaten.

De toepassing van implantaten komt in beeld bij objectiveerbaar ernstig oraal functieverlies en wanneer de edentate mondsituatie naar het oordeel van de behandelend tandarts zo ongunstig is dat met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid geen uitzicht bestaat op een succesvolle behandeling met een conventionele prothese.

De nazorg.

De ernst van de tandheelkundige handicap brengt bij behandeling van patiënten met zeer ernstige prothese problemen met zich mee, dat veelal meer verrichtingen nodig zijn en een langer dan het gebruikelijk traject van 2 maanden van nazorg om een bevredigend en stabiel eindresultaat te bereiken. Om die reden is een nazorg- en onderhoudstraject van 6 maanden gerechtvaardigd, langer durende nazorg dient gemotiveerd te worden aangevraagd en gemachtigd door de betreffende zorgverzekeraar.

Gedurende de periode van nazorg worden onderhoud- en herstelverrichtingen van vervaardigde prothetische voorzieningen geacht deel uit te maken van de centrumbehandeling.

Tenzij een langere periode van nazorg is geïndiceerd, eindigt de centrumindicatie na 6 maanden na plaatsing van de gebitsprothese en volgt terugverwijzing naar de huispraktijk.

Onder nazorg na plaatsing van een gebitsprothese wordt verstaan: begeleiding en instructie mondhygiëne, het ontlasten van drukplaatsen, eenvoudig correctief inslijpen ter

perfectionering van de occlusie en articulatie, (dé)activeren van retentieve elementen en eenvoudige correcties van protheseranden.

Onderhouds- en herstelverrichtingen tot 6 maanden.

Onder onderhouds- en herstelverrichtingen na plaatsing van een gebitsprothese wordt verstaan: het uitvoeren van een relining, rebasing, reparatie, het aanbrengen van wijzigingen in de opstelling der prothese-elementen en occlusieherstel.

8.2.3 Complicaties

Bij complicaties of een hernieuwde zorgvraag na 6 maanden dient opnieuw de centrumindicatie op grond van bovenvermelde criteria te worden vastgesteld.

8.3 Patiënten met ernstige cranio- of temporomandibulaire dysfunctie (CMD/TMD) of orofaciale pijn.

8.3.1 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak), uitgaande van de richtlijnen van de NVGPT

Patiënten met zeer ernstige klachten/problemen, passend in het beeld van een TMD, of ernstige orofaciale pijn dienen - om voor centrumbehandeling in aanmerking te komen - ten minste te voldoen aan één van de criteria uit onderstaande lijst.

Deze lijst beoogt aan te geven dat tussen centra en verzekeraars onbetwist vaststaat dat in deze gevallen en bij een juiste verwijzing sprake is van een centrumindicatie. De lijst is niet limitatief dat wil zeggen bij vergelijkbare afwijkingen/aandoeningen kunnen patiënten eveneens in aanmerking komen voor centrumbehandeling.

1 ernstige, acute temporomandibulaire gewrichtsaandoeningen (bijvoorbeeld in geval van hevige pijn, discusverplaatsingen, arthritis) en ernstige, acute myogene aandoeningen (trismus), of ernstige acute orofaciale pijn waarvoor in 1^o of 2^o lijn (huis-, tandarts of specialist) géén diagnose kon worden vastgesteld en/of de etiologische c.q. causale factoren niet zijn opgespoord

2 ernstige persisterende of recidiverende myogene, arthrogene of gecombineerd arthrogene/myogene (pijn)klachten en/of bewegingsbeperking in het kauworgaan en/of aangrenzende regio's

3 ernstige chronische pijnklachten (> 3 maanden) in het kauworgaan en aangrenzende regio's waarvoor in de 1^o of 2^o lijn géén diagnose kon worden vastgesteld en/of de etiologische c.q. causale factoren niet zijn opgespoord

4 ernstige TMD op basis van een andere achtergrond of aandoening, bijvoorbeeld

a ernstige groeistoornissen, malocclusie en/of dysgnathie

b trauma, chirurgische interventie of radiotherapie

c ernstige parafunctionele activiteit

d neoplasmata

e neurologische afwijkingen

f psychosociale factoren

5 ernstige TMD als onderdeel van uitgebreide (pijn-)syndromen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld ontstekingen, whiplash, fibromyalgie, systemische gewrichtsaandoeningen).

8.3.2 Afbakening behandeling naar aard en tijd

8.3.2.1 Eerste fase behandeling

De eerste fase van de behandeling behoort veelal nog - althans deels - tot het diagnostisch proces: de behandeling heeft initieel een reversibel karakter (A) en op basis van evaluatie van het klachtenpatroon volgt - indien nodig - nader onderzoek en besluitvorming over irreversibele therapie (B).

De therapie omvat:

- A 1 Voortgezette diagnostiek en behandelingen gericht op de bestrijding van pijn en herstel van de normale beweeglijkheid van het tand-kaak-mondstelsel, waaronder instructie bewegingsoefeningen, evaluatie van het resultaat van fysiotherapeutische behandeling en/of psychologische begeleiding;
- A 2 Stabilisatie van de occlusie en beïnvloeding van de articulatie door middel van reversibele occlusale therapie (o.a. occlusale splint, duplicaat- of interim-prothese);
- B 1 Occlusie- en articulatie-analyse, alsmede het maken van een proefopstelling/inslijpplan op modellen in de articulator
- B 2 Duurzame stabilisatie van occlusie en articulatie door middel van het ten uitvoer brengen van een inslijpplan dan wel het aanbrengen van hoektand- en/of frontgeleiding en stabilisatie van de zijdelingse delen door middel van adhesieve technieken, en waar geïndiceerd een duurzame restauratieve voorziening, die doelmatig en niet onnodig kostbaar is;

8.3.2.2 Specifieke aanvraag/toestemmingsprocedure eerste fase

Uit de bij de aanvraag voor behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat een uitgebreid functie-onderzoek heeft plaatsgehad en dat de problematiek van de patiënt beantwoordt aan bovenvermelde criteria om voor centrumbehandeling in aanmerking te komen. Voor vermelding van de voor TMD- specifieke bevindingen wordt gebruik gemaakt van het formulier Uitgebreid Functie Onderzoek (NVG-bulletin 12 (4), 9-15 (1994)).

8.3.2.3 Tweede fase behandeling

De tweede fase van de behandeling vloeit voort uit de eerste fase, maar heeft vaak minder direct met de problematiek van de TMD of chronische pijn zelf te maken dan met de bestending van het in de eerste fase van de behandeling verkregen resultaat. Indien bij TMD prothetisch/restauratief herstel of orthodontie noodzakelijk is of de normale tandheelkundige behandeling ernstig wordt bemoeilijkt vanwege een persisterende beperking van de mondopening, dan moet opnieuw worden afgewogen of nog steeds sprake is van een centrum indicatie, zo nodig in overleg met de adviserend tandarts, en wordt een afzonderlijke aanvraag/ toestemmingsprocedure gevolgd met vermelding van de behandelresultaten van de eerste fase, in termen van de voor TMD- specifieke bevindingen.

8.4 - 8.10 Patiënten met een slechte behandelbaarheid en/of een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening.

Een centrumindicatie kan ook ontstaan wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige belemmering voor de huistandarts om de tandheelkundige behandeling uit te voeren (een slechte behandelbaarheid). Om deze belemmering op te heffen kunnen bij een centrumbehandeling bijzondere expertise, extra hulpmiddelen en/of de inzet van andere disciplines ingezet worden,
- b. een complexe medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening (medisch-tandheelkundige interactie). Om met deze complexe interactie op de juiste wijze om te kunnen gaan, zijn bijzondere expertise en de inzet van andere disciplines noodzakelijk.

Het gaat hierbij om de volgende categorieën patiënten:

- extreem angstige volwassen patiënten,
- kinderen met een slechte behandelbaarheid,
- patiënten met de verstandelijke en/of lichamelijke beperking (handicap),
- psychiatrische patiënten,
- geriatrische patiënten,
- patiënten met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening,
- patiënten met een extreme kokhalsneiging.

8.4 Extreem angstige volwassen patiënten.

8.4.1 Inleiding

Er zijn patiënten, die dusdanig angstig zijn voor een tandheelkundige behandeling, dat zij het bezoek aan een tandarts voortdurend trachten te vermijden. Meestal heeft dit tot gevolg dat de angst verder toeneemt en dat er een steeds grotere behandelachterstand ontstaat. Hierdoor treden regelmatig pijnklachten en ontstekingen op in het orale gebied. De angst, die pathologische vormen kan aannemen, en de tandheelkundige gevolgen ervan kunnen psychosociaal gezien invaliderende gevolgen, maar ook medische gevolgen, hebben voor deze patiënten. Intensieve angstbegeleiding gecombineerd met een tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen dan ook meestal geïndiceerd. *De mate van behandelbaarheid en een aantal noodzakelijke faciliteiten zijn doorslaggevend voor het vaststellen van een centrumindicatie. Onder deze faciliteiten wordt verstaan de mogelijkheid van multidisciplinaire behandelingen (psycholoog, anesthesioloog). In het kader van de behandelbaarheid wordt als uitgangspunt gehanteerd, dat de patiënt in de huispraktijk niet behandelbaar is, wanneer de redelijk bekwame tandarts volgens de geldende stand van de wetenschap en techniek niet in staat is de behandeling in de huispraktijk uit te voeren.*

8.4.2 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Er is sprake van een extreme (pathologische) vorm van angst, wanneer de angst:

- excessief en moeilijk beheersbaar is,
- een irrationeel karakter heeft,
- voorts gepaard gaat met slechte behandelbaarheid en in veel gevallen met langdurige vermijding van de tandheelkundige zorgverlening.

Voor volwassenen geldt, dat de angst kwalitatief en kwantitatief -vooraf- is vast te stellen door middel van gevalideerde angstlijsten en voorts tijdens het eerste consult waarin de angstanamnese wordt afgenomen.

De in dit verband relevante lijsten zijn:

- de Anxiety Scale (AS): scoreverloop van 1-10;

- de Dental Anxiety Scale (DAS): scoreverloop van 4-20;
- de Korte vragenlijst over Angst voor de Tandheelkundige Behandeling (K-ATB): scoreverloop van 9-45;
- de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (DPFR): scoreverloop van 1-7.

Vermijding is vast te stellen tijdens het eerste consult: hoe lang niet (regelmatig) geweest, grote behandelachterstand en tandheelkundig lijden. Dit beeld wordt bevestigd tijdens de anamnese gedurende het eerste consult in het centrum. Slechte behandelbaarheid kan worden gehanteerd als een afsluitend criterium. Bijvoorbeeld, wanneer een patiënt zijn angstlijsten terecht hoog heeft ingevuld kan het toch zijn dat hij - ondanks zijn grote angst - redelijk goed te behandelen is en dus niet in een centrum behandeld hoeft te worden. Aan de andere kant kan het zijn dat iemand onterecht zijn angstlijsten te hoog invult. Bij deze persoon kan dan gemakkelijk door middel van een aantal oefeningen tijdens het eerste consult worden vastgesteld dat de behandelbaarheid geen aanleiding geeft tot een centrumindicatie. Voorbeelden van deze oefeningen zijn: plaats nemen in de behandelstoel, stoel achterover zetten, mondonderzoek met spiegel (en sonde), gebitsreiniging en polijsten, kleine restauratie met lokale anesthesie.

Volwassen patiënten met extreme angst dienen - om voor een centrumbehandeling in aanmerking te komen - voldoen aan de volgende criteria:

Vermijding en slechte behandelbaarheid zijn vastgesteld door de huistandarts en/of tijdens het eerste consult door de centrumtandarts, bij voorkeur een tandarts angstbegeleiding.

Scores op ten minste drie van de vier angstlijsten: AS, DAS, K-ATB en DPFR op de grenswaarden of hoger.

In cijfers: AS= 8 - 10; DAS= 15 - 20; K-ATB= 28 - 45; en DPFR= 5 - 7.

8.4.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure.

Uit de bij de aanvraag voor behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden volgens een screeningsprotocol, waarvan de gevalideerde angstlijsten en hun grenswaarden een belangrijk onderdeel zijn (zie 8.4.2). De scores op de angstlijsten dienen bij de aanvraag mede te worden vermeld.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk. De aanvraag wordt volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatiefase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag ingediend.

8.4.4 Doelstelling van de behandeling

De angstbehandeling is er op gericht om de angst bij de patiënt gedragsmatig zodanig te beïnvloeden, dat de patiënt volgende behandelingen in de huispraktijk aankan. De beïnvloeding kan bijvoorbeeld geschieden met cognitief herstructureren, exposure-oefeningen, en indien nodig met de hulp van een psycholoog. Het toedekken van de angst door een krachtige farmacologische aanpak, zoals algehele anesthesie, waarbij de patiënt afhankelijk wordt van het tandheelkundig team, is in het algemeen ongewenst. Sanering dient geen einddoel te zijn.

(Zie voor de indicatie van algehele anesthesie in de tandheelkunde ook het werkdocument "Tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie op locatie" van de VBTGG, NVvK en COBIJT.)

De totale behandeling zal geen langere tijdsperiode in beslag nemen dan nodig. Wanneer de patiënt de hulp in het centrum niet meer nodig heeft, vervalt de centrumindicatie en wordt de patiënt terugverwezen naar de (een) huistandarts.

Uitzonderingen kunnen zich voordoen bij verandering van indicatiestelling ten gevolge van ernstige (onderliggende) diepe psychologische problematiek. Overleg met de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar is in deze gevallen aangewezen. In voorkomende gevallen kan dit overleg ook achteraf plaats vinden.

8.5 Kinderen met een slechte behandelbaarheid

8.5.1 Inleiding

Het betreft meestal hele jonge kinderen (<4 jaar) en zeer angstige kinderen.

Hele jonge kinderen zijn nog niet in staat te begrijpen wat de tandheeskundige behandeling inhoudt, ze zijn moeilijk te beïnvloeden en kunnen daardoor angstig en onbehandelbaar zijn in de huispraktijk. Angstige kinderen hebben vaak een traumatische behandeling meegemaakt wat hun belemmert om met de behandeling mee te werken.

Angst zal zich bij kinderen uiten in sterke afweer en onbehandelbaarheid in de huispraktijk en bij kinderen vanaf een wat oudere leeftijd (bijvoorbeeld de pubertijd) door vermijding.

Een tandarts pedodontoloog, indien nodig in samenwerking met andere disciplines, zoals ontwikkelingspsycholoog of anesthesioloog kan nodig zijn om in een centrum een verantwoorde diagnostiek en behandeling mogelijk te maken.

8.5.2 Criteria centrumindicatie

De criteria zijn:

- onbehandelbaarheid in de huispraktijk, vastgesteld door de huistandarts, waarbij geen vooruitgang (meer) kan worden bewerkstelligd in de behandelbaarheid van het kind,
- de noodzaak tot multidisciplinair behandelen (tandheeskundig en/of psychologisch en/of farmacologisch) is vastgesteld door de centrumtandarts.

8.5.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Uit de bij de aanvraag voor de behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden op basis van de criteria voor centrumindicatie.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk. De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatiefase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag tot behandeling ingediend.

8.5.4 Doelstelling van de behandeling

De behandeling is er in het algemeen op gericht het kind gedragsmatig zodanig te beïnvloeden dat vervolghandelingen in de huispraktijk mogelijk worden. De totale behandeling zal geen langere tijdsperiode in beslag nemen dan nodig. Wanneer het kind de hulp in het centrum dus niet meer nodig heeft, vervalt de centrumindicatie en wordt het kind terugverwezen naar de (een) huistandarts.

8.6 Patiënten met een verstandelijke, psychische en/of lichamelijke niet-tandheeskundige beperking (handicap)

8.6.1 Inleiding

De behandeling van patiënten met een niet-tandheelkundige, verstandelijke, psychische en/of lichamelijke beperking (handicap) is geïndiceerd binnen een centrum, indien zij zonder die hulp geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven gelijkwaardig aan die, welke zij zouden hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Niet de beperking (handicap) op zich maar de mate van behandelbaarheid en/of de extra noodzakelijke faciliteiten zijn doorslaggevend voor een centrumindicatie. Onder faciliteiten wordt verstaan de mogelijkheid van multidisciplinaire behandeling, (intraveneuze) sedatie en/of algehele anesthesie. In het kader van de behandelbaarheid wordt ook als uitgangspunt gehanteerd dat patiënten in de huispraktijk niet behandelbaar zijn wanneer de redelijk bekwame tandarts volgens de geldende stand van de wetenschap en techniek niet in staat is de behandeling in de huispraktijk uit te voeren.

8.6.2 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Er is altijd sprake van een centrumindicatie wanneer de verzekerde een verstandelijke/psychische beperking (handicap) heeft (al dan niet in combinatie met een lichamelijke beperking (handicap)) of een lichamelijke, niet-tandheelkundige beperking (handicap), die vanwege de ernst en aard van de beperking (handicap) en/of aandoening behandeling in een huispraktijk onmogelijk maakt.

Criteria hiervoor zijn:

- onbehandelbaarheid in de huispraktijk, vastgesteld door de huis- of instellingstandarts, waarbij geen vooruitgang (meer) kan worden bewerkstelligd in de behandelbaarheid van de patiënt én/of
- de noodzaak tot (tandheelkundig, medisch en/of psychologisch) multidisciplinair behandelen, vastgesteld door de centrumtandarts.

8.6.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Uit de bij de aanvraag voor de behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden op basis van de criteria voor centrum-indicatie. In twijfelgevallen wordt overleg gepleegd met de behandelend geneeskundige of de adviserend tandarts van de zorgverzekeraar.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk. De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatie-fase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag tot behandeling ingediend.

Wanneer blijkt dat een patiënt gedurende langere tijd of zelfs permanent op een centrum behandeling is aangewezen, zal het centrum een gemotiveerde aanvraag daartoe bij de zorgverzekeraar indienen. Dit kan zich voordoen bij een ernstige onderliggende diepe psychologische en/of medische problematiek.

Overleg met de adviserend tandarts is in dergelijke gevallen aangewezen. In voorkomende gevallen kan dit overleg ook achteraf plaats vinden. De zorgverzekeraar kan dan een doorlopende machtiging afgeven.

8.6.4 Doelstelling van de behandeling

De behandeling is er op gericht om de patiënt gedragsmatig zodanig te beïnvloeden (bij een verstandelijke/psychische beperking) en/of tandheelkundig zodanig te saneren (bij een verstandelijke/lichamelijke beperking) dat vervolgbehandelingen in de huispraktijk of in de praktijk van de instelling waar de patiënt verblijft, mogelijk worden.

8.7 Psychiatrische patiënten

8.7.1 Inleiding

Met de term 'psychiatrische patiënt' wordt bedoeld op een persoon met een afwijkend, slecht aangepast of 'abnormaal' gedrag, waardoor gesproken kan worden van een psychische of psychiatrische stoornis of psychopathologie. In de tandheelkunde kan dit leiden tot schade aan de mondgezondheid ten gevolge van langdurige vermijding en slechte behandelbaarheid (zie ook 8.8), uiteenlopende aandoeningen of ziekten en het gebruik van voor de mondgezondheid schadelijke medicatie.

Tandheelkundig gezien kunnen psychiatrische patiënten problemen hebben met het verzorgen van hun mond, die (ook met hulp) niet of onvoldoende is, hetgeen kan leiden tot uitgebreide cariës en parodontopathieën. Ook kan er sprake zijn van uitgebreide schade aan het gebit ten gevolge van een schadelijke aandoening of gewoonte (voorbeelden zijn boulimia nervosa, anorexia nervosa en zelfmutilatie) met als gevolg uitgebreid verlies van gebitselementen of uitgebreid verlies van gebitsmateriaal (erosie). Medicijnen van een psychiatrische patiënt kunnen aanleiding geven tot een droge mond (hyposalie) en uitgebreide cariës als gevolg.

8.7.2 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

De psychiatrische patiënt, die voor een centrumindicatie in aanmerking komt, kan één of verschillende van de volgende bijkomende kenmerken hebben:

- somatische problematiek,
- beperkte zelfredzaamheid (conform CIZ indicatiewijzer),
- sociale problematiek.

Criteria voor een centrumindicatie zijn:

- onbehandelbaarheid in de huispraktijk, vastgesteld door de huistandarts. In het kader van de behandelbaarheid wordt als uitgangspunt gehanteerd dat een psychiatrische patiënt in de huispraktijk niet behandelbaar is wanneer een redelijk bekwame tandarts volgens de geldende stand van de wetenschap en techniek niet in staat is de behandeling in de huispraktijk uit te voeren.
- de noodzaak tot (tandheelkundig en/of psychologisch en/of medisch) multidisciplinair behandelen, vastgesteld door de centrumtandarts.

8.7.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Uit de bij de aanvraag voor de behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden op basis van de criteria voor centrumindicatie.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk.

De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatiefase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag tot behandeling ingediend.

Wanneer blijkt dat een patiënt gedurende langere tijd of zelfs permanent op een centrum behandeling is aangewezen, zal het centrum een gemotiveerde aanvraag daartoe bij de zorgverzekeraar indienen.

Overleg met de adviserend tandarts is in dergelijke gevallen aangewezen. In voorkomende gevallen kan dit overleg ook achteraf plaats vinden. De zorgverzekeraar kan dan een doorlopende machtiging afgeven.

8.7.4 Doelstelling van de behandeling

Het doel van de tandheelkundige behandeling is het bieden van een orale functie die zo gezond en fysiologische mogelijk is, waarbij zowel in functioneel als in esthetisch opzicht voldoende oraal comfort wordt geboden. Dit in overeenstemming met de wensen/verwachtingen van de patiënt (begeleider of familie). Bij iedere patiënt zal dus een afweging moeten worden gemaakt die zal leiden tot een individueel zorgplan.

8.8 Geriatrische patiënten

8.8.1 Inleiding

Met de term 'geriatrische patiënt' wordt bedoeld op een oudere persoon, die een complex ziektebeeld toont als gevolg van een veelvoud aan stoornissen in lichamelijke en geestelijke functies, uiteenlopende ziekten en/of een ontregelde sociale situatie.

De geriatrische patiënt is in het algemeen ouder dan 65 jaar, maar ook patiënten jonger dan 65 jaar kunnen vanwege andere (bijzondere) factoren binnen de categorie 'geriatrische patiënt' vallen.

Tandheelkundig gezien kunnen de geriatrische patiënten worden onderscheiden in:

- tandoelbaar met of zonder gebitsprothese,
- (gedeeltelijk) betand met een goede, matige of slechte conditie van het (rest)gebit, verder te onderscheiden in:

- a). mondverzorging is zonder hulp goed of voldoende,
- b). mondverzorging is met hulp goed of voldoende,
- c). mondverzorging is ook met hulp niet of onvoldoende mogelijk.

8.8.2 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

De geriatrische patiënt, die voor een centrumindicatie in aanmerking komt, zal meestal één of verschillende van de volgende bijkomende kenmerken hebben:

- een complex ziektebeeld, somatische problematiek,
- aanzienlijke afname van de zelfredzaamheid (conform CIZ indicatiewijzer),
- geestelijke/verstandelijke/psychiatrische problematiek,
- sociale problematiek.

Criteria voor een centrumindicatie zijn:

- onbehandelbaarheid in de huispraktijk, vastgesteld door de huistandarts, waarbij een voordurende achteruitgang is geconstateerd in de behandelbaarheid van de patiënt. In het kader van de behandelbaarheid wordt als uitgangspunt gehanteerd dat een geriatrische patiënt in de huispraktijk niet behandelbaar is wanneer een redelijk bekwame tandarts volgens de geldende stand van de wetenschap en techniek niet in staat is de behandeling in de huispraktijk uit te voeren.

- de noodzaak tot (tandheelkundig en/of psychologisch en/of medisch) multidisciplinair behandelen, vastgesteld door de centrumtandarts.

8.8.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Uit de bij de aanvraag voor de behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden op basis van de criteria voor centrumindicatie.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk.

De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatiefase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag tot behandeling ingediend.

8.8.4 Doelstelling van de behandeling

Het doel van de geriatrische tandheelkunde is het bieden van een orale functie die zo gezond en fysiologische mogelijk is, waarbij zowel in functioneel als in esthetisch opzicht voldoende oraal comfort wordt geboden. Dit in overeenstemming met de wensen/verwachtingen van de patiënt (of familie). Bij iedere patiënt zal dus een afweging moeten worden gemaakt die zal leiden tot een individueel zorgplan.

8.9 Patiënten met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening

8.9.1 Inleiding en criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Een patiënt met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening kan in een centrum behandeld worden, wanneer er sprake is van een ernstige aandoening, afwijking en/of hoge moeilijkheidsgraad van de behandeling, waarbij multidisciplinaire diagnostiek en zonodig ook behandeling aangewezen zijn en geconcentreerde (medische en tandheelkundige) ervaring en kennis nodig zijn, welke niet of onvoldoende beschikbaar zijn in de huispraktijk.

8.9.2 Categorieën patiënten

De volgende categorieën patiënten met een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening zijn te onderscheiden.

1. Patiënten waarbij bijzondere tandheelkundige zorg nodig is om een ernstige medische situatie te verbeteren.
2. Patiënten waarbij bijzondere tandheelkundige zorg nodig is, omdat een medisch probleem de tandheelkundige behandeling ernstig bemoeilijkt.
3. Patiënten waarbij bijzondere tandheelkundige zorg nodig is, omdat er sprake is van een afwijking in het tand-kaak-mondstelsel, die het gevolg is van een medische aandoening of de behandeling daarvan.

Toelichting categorieën patiënten

Ad 1.

Patiënten waarbij bijzondere tandheelkundige zorg nodig is om een ernstige medische situatie te verbeteren vallen onder artikel 2.7.1, punt c van de Zorgverzekeringswet, besluit Zorgverzekering, juni 2005.

In maart 2010 bracht het CVZ het rapport ‘Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden’ uit. Dit rapport moet beschouwd worden als een duidingsrapport. In het rapport wordt een opsomming gegeven van mensen met de aandoeningen waar het om gaat als er sprake is van medisch gecompromitteerde patiënten, die binnen de bijzondere tandheelkundige zorg vallen en in ernstige gevallen een centrumindicatie hebben.

De opsomming in het rapport luidt:

“Op basis van de stand van wetenschap en praktijk concludeert het CVZ dat het bij medisch gecompromitteerden in de zin van het Besluit zorgverzekering kan gaan om mensen met de volgende aandoeningen:

- *hartaandoeningen*
- *diabetes mellitus*
- *lichen planus*
- *multipele sclerose*

- longontsteking,
- en mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:
- radiotherapie in het hoofd-halsgebied
- chemotherapie
- intraveneuze bisfosfonaten
- calciumantagonisten
- difantoïne-achtige preparaten.

Voorts is ontstekingsvrij maken van de mond geïndiceerd:

- *Bij oncologische patiënten bij wie de algemene weerstand gevaar loopt.*
 - *Bij parodontitis als complicatie van een immuun-, bloed- of stofwisselingsziekte.*
 - *In het kader van de preventie van systematische complicaties bij endocarditisch, hartklepaandoeningen, stamceltransplantatie, nierinsufficiëntie en orgaantransplantatie.*
- Gezien de aard van de gevonden evidence kan deze opsomming slechts indicatief zijn, en niet limitatief voor de te verzekeren prestatie.”*

Ad 2.

Patiënten met een medisch probleem, dat de tandheelkundige behandeling ernstig bemoeilijkt en die daardoor een centrumindicatie kunnen hebben, zijn bijvoorbeeld patiënten met de ziekte van Sjögren, de ziekte van Parkinson, een ernstig CVA, spierdystrofieën, multiple sclerose, epidermolysis bullosa, fibrodysplasia ossificans progressiva. Patiënten met deze medische problemen vallen niet onder artikel 2.7.1, punt c, maar kunnen beschouwd worden als mensen met een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening, zoals beschreven in artikel 2.7.1, punt b van de Zorgverzekeringswet, besluit Zorgverzekering, juni 2005.

Ad 3.

Wanneer de medische aandoening of de behandeling ervan schadelijke gevolgen heeft voor de mondgezondheid van de patiënt, kan een bijzondere tandheelkundige behandeling noodzakelijk zijn en in ernstige gevallen leiden tot een centrumindicatie. Een dergelijke tandheelkundige aandoening of afwijking kan beschouwd worden als een verworven aandoening/afwijking en valt dan onder artikel 2.7.1, punt a van de Zorgverzekeringswet, besluit Zorgverzekering, juni 2005.

Voorbeelden zijn: uitgebreide prothetische en preventieve behandeling na een oncologische behandeling in het hoofd-halsgebied, uitgebreide tandheelkundige behandeling als gevolg van bestraling in het hoofd-halsgebied.

Het Rapport ‘Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden’ van het CVZ blijkt deze gedachte te ondersteunen en meldt hierover op pagina 6:

“Schade aan het gebit die is ontstaan door de aandoening of de behandeling kan in het kader van de bijzondere tandheelkunde worden hersteld. Zo heeft de verzekerde na een totale extractie recht op een prothetische voorziening. Schade die al vóór de aandoening of behandeling aanwezig was kan niet in dit kader worden hersteld.”

8.9.3 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Bij de aanvraag moet voldoende duidelijk blijken, dat er sprake is van een medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening (interactie) en om welk type behandeling het gaat:

- een tandheelkundige behandeling ter verbetering van een ernstige medisch-tandheelkundige gerelateerde aandoening,

- een tandheelkundige behandeling, die ernstig bemoeilijkt wordt door een (ernstige) medische aandoening,
 - een tandheelkundige behandeling, die noodzakelijk is als gevolg van een ernstige medische aandoening en/of als gevolg van de behandeling daarvan.
- De verwijzer heeft aan de hand van relevante correspondentie aangegeven dat de medisch-tandheelkundige interactie bestaat, en de centrum-tandarts onderschrijft de interactie. Wanneer bij een acute medische behandeling een tandheelkundige spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk. De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

8.9.4 Doelstelling van de behandeling

De behandeling is er op gericht:

1. de gevolgen van de medisch-tandheelkundig gerelateerde aandoening te compenseren. Deze patiënten worden pas terugverwezen naar de huispraktijk wanneer een functioneel behandelresultaat is behaald.
2. de tandheelkundige problemen te verhelpen. Het kan voorkomen dat de voorbereidende behandeling in het centrum plaats vindt maar dat de nazorg eenvoudig is, waardoor terugverwijzing naar de huispraktijk dient plaats te vinden.

8.10 Patiënten met een extreme kokhalsneiging

8.10.1 Inleiding

Tandheelkundig gezien kan een ‘extreme kokhalsneiging’ een groot probleem zijn voor de patiënt zelf en voor het behandelteam.

Het verschijnsel van een gemakkelijk optredende kokhalsneiging kan vele oorzaken hebben en is vrijwel nooit met het geven van een simpel advies of het uitvoeren van een simpele handeling te verhelpen of te beïnvloeden.

8.10.2 Analyse van de problematiek.

De verhoogde kokhalsneiging kan op elke leeftijd optreden, maar kan zich ook pas op latere leeftijd ontwikkelen. Spanning (stress) kan de verhoogde kokhalsneiging opwekken en versterken, de verhoogde kokhalsneiging kan een ernstige belemmering betekenen voor de patiënt om een goede mondhygiëne te onderhouden, het voor het behandelteam zeer moeilijk maken om de behandeling uit te voeren, en het dragen van een uitneembare prothese (ernstig) bemoeilijken. De verhoogde kokhalsneiging kan regionaal aangestuurd zijn en is dan alleen actief bij een prikkel in de mond (spiegel, afzuiger, röntgenfoto, boor, afdruklepel, wattenrol), maar kan ook centraal aangestuurd zijn en heeft dan vaak een psychologische en/of familiale component en is in dat geval ook actief als de prikkel (nog) niet in de mond is (zien, ruiken, horen, denken aan).

De verhoogde kokhalsneiging kan ook gecombineerd zijn met (extreme) angst. Deze (extreme) angst kan gericht zijn op de tandheelkundige behandeling, echter de angst kan ook gericht zijn op de verhoogde kokhalsneiging zelf. Met andere woorden de patiënt is bang om over te geven (braakfobie), dit kan leiden tot een zichzelf versterkende reactie. Er kunnen ook combinaties van deze angsten bestaan.

8.10.3 Criteria centrumindicatie (niet te verwarren met aanspraak)

Criteria voor een centrumindicatie zijn:

- a. onbehandelbaarheid in de huispraktijk, vastgesteld door de huistandarts, waarbij geen vooruitgang (meer) kan worden bewerkstelligd in de behandelbaarheid van de patiënt,
- b. de noodzaak tot (tandheelkundig en/of psychologisch en/of farmacologisch) multidisciplinair behandelen, vastgesteld door de centrumtandarts.

8.10.4 Specifieke aanvraag- en toestemmingsprocedure

Uit de bij de aanvraag voor de behandeling verstrekte informatie moet blijken, dat selectie heeft plaats gevonden op basis van de criteria voor centrumindicatie.

Wanneer een spoedbehandeling noodzakelijk blijkt, is toestemming vooraf niet mogelijk.

De aanvraag wordt dan volgend op de spoedbehandeling alsnog ingediend.

Wanneer na de consultatiefase een behandeling wordt geïndiceerd, wordt een aanvraag tot behandeling ingediend.

8.10.5 Doelstelling van de behandeling

De behandeling van patiënten met een extreme kokhalsneiging is gericht op deze specifieke problematiek, dat wil zeggen dat getracht wordt de patiënt gedragsmatig zodanig te beïnvloeden, dat hij de volgende behandelingen in de huispraktijk aankan. De behandeling kan, naast een psychologische aanpak, ook bestaan uit het toepassen van lichte farmacologische hulpmiddelen (orale sedatie). In ernstige gevallen zal gekozen moeten kunnen worden voor zwaardere middelen als diepe sedatie of algehele anesthesie. Bij een deel van de edentate patiënten is het kokhalsprobleem terug te brengen tot een retentie-probleem, namelijk als alle interventies geleid hebben tot het kunnen inhouden van een prothese, maar met zo'n kleine basis dat implantologie onvermijdelijk is. Een belangrijke factor in het kader van de beschrijving van de problematiek is de motivatie van de patiënt om zelf iets aan zijn probleem te doen. De mate van eigen inzet is zeer bepalend voor het verloop van de problematiek en het succes van de aanpak ervan, en daardoor voor de inhoud en omvang van de tandheelkundige behandeling.

Literatuur

1. Zorgverzekeringswet, besluit Zorgverzekering, artikel 2.7.1, juni 2005.
2. Consensusprotocol “De behandeling van extreem angstige volwassenen”, september 2003, COBIJT.
3. Standpunt “Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden”, maart 2010, CVZ.
4. Werkdocument “Tandheelkundige Behandeling onder Algehele Anesthesie op Locatie”, december 2010, VBTGG, NVvK, COBIJT.
5. CIZ Indicatiewijzer versie 4.1, mei 2011.