

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition —

APRIL 2015

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 5 | NUMMER 3



“Tandarts hoort in basisverzekering”

ACTA-decaan spreekt zich uit

Pagina 3



Tandartstekort in Vlaanderen

Beroepsvereniging luidt noodklok

Pagina 15



“Hoogste tijd voor verplichte nascholing”

Ambitieuze doelen voor nieuwe NVT-voorzitter

Pagina 20-21

“Bruxisme eigenlijk nooit behandelen”



“Niet de occlusie, maar psychosociale factoren zijn meestal de boosdoener bij temporomandibulaire disfunctie,” benadrukt prof. dr. Frank Lobbezoo. (foto: Kees Wollenstein)

VAN DE REDACTIE

AMSTERDAM - Hoewel esthetische overwegingen door de jaren heen steeds meer op de voorgrond zijn getreden, blijft occlusie, ofwel ‘de beet’, de basis van de tandheelkunde. In elk deelgebied zijn occlusie en articulatie een factor van betekenis.

Van een van de Nederlandse autoriteiten in de gnathologie, prof. dr. Frank Lobbezoo, zou je een vurig pleidooi voor een grotere focus op occlusie verwachten. Niets is echter minder waar. “We zijn tot het inzicht gekomen dat occlusie helemaal niet zo belangrijk is,” vertelt de hoogleraar bij ACTA in een opmerkelijk interview met *Dental Tribune* (zie pagina 6-8). Uit recent onderzoek is namelijk gebleken dat niet de occlusie, maar psychosociale factoren vaak de oorzaak zijn van temporomandibulaire disfunctie.

Even verrassend is dat Lobbe-

zoo vindt dat bruxisme eigenlijk nooit behandeld moet worden. Een merkwaardige uitspraak, want het afslijten van de tanden moet toch voorkomen worden? “Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat klemmen of knarsen een natuurlijk beschermingsmechanisme is tegen slaapapneu. Apneu is in potentie dodelijk, bruxisme niet,” verklaart de hoogleraar.

Lobbezoo publiceert volgende maand samen met prof. dr. Cees de Baat een boek over occlusie en articulatie. In dit nummer vindt u een voorpublicatie uit het boek (pagina 10-11), waarin wordt ingegaan op de bewegingsmogelijkheden van de mandibula en de grondbeginselen van occlusie en articulatie. Verder gaat tandarts André Keet in op het gebruik van mini-implants in de orthodontie (pagina 13-14), een deelgebied waarin occlusie uiteraard ook een grote rol speelt. ■

Minister gaat zelf beleid bepalen in bekostiging mondzorg

TEKST: MARIEKE EPPING, BEN ADRIAANSE

DEN HAAG - De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal niet langer het beleid over de bekostiging van de zorg bepalen; dit wordt een taak van het ministerie van VWS. De NZa zal het beleid al-

leen nog uitvoeren en toezien op de naleving ervan. Dat heeft minister Edith Schippers begin april besloten, volgend op een negatief rapport over het functioneren van de zorgautoriteit. De nieuwe taakverdeling zal uiterlijk per 1 januari 2017 ingaan. In het rapport werd tevens geadviseerd

te stoppen met het reguleren van tarieven voor niet-verzekerde zorg. Krijgen tandartsen hun vrije tarieven terug?

Nadat NZa-medewerker en klokkenluider Arthur Gotlieb in 2014 een omvangrijk document over de misstanden bij de zorgautoriteit naar buiten bracht, stelde minister Schippers een onderzoek in. De commissie-Borstlap onderzocht het intern functioneren van de NZa en adviesbureau Andersson Elfers Felix (AEF) evalueerde de Wet Marktordening Gezondheidszorg en de rol van de NZa daarin. Beide onderzoeksgroepen hebben inmiddels aanbevelingen opgesteld, hetgeen leidde tot de serie maatregelen van minister Schippers.

Door het ministerie de bekostiging van de zorg te laten vormgeven, wordt duidelijker welke instantie waarvoor verantwoordelijk is, aldus de minister in een brief aan de Tweede Kamer. Het tegengaan van fouten en fraude in de zorg blijft dus een taak van de zorgautoriteit, evenals het toezien op het nakomen van de zorgplicht door zorgverzekeraars en op de uitvoering van de Wet Langdurige Zorg.

> lees verder op pagina 4

Veel aandacht voor ‘digitale workflow’ op IDS

Op de Internationale Dental-Schau van vorige maand werd duidelijk dat de vraag of een tandartspraktijk al dan niet moet digitaliseren een gepasseerd station is. Tegenwoordig is het de vraag hoe de digitale middelen effectief en efficiënt in te passen in de workflow binnen de tandartspraktijk. Tijdens deze editie van de IDS, de grootste in de geschiedenis, presenteerde een recordaantal exposanten talloze nieuwe, innovatieve producten. Dental Tribune was uiteraard present en zet de hoogtepunten voor u op een rij.

> lees verder op pagina 24

Alles nieuw bij minilu



Nog leuker winkelen

- Super voordeelaanbiedingen
- Individuele favorietenlijst
- Intelligent zoeken
- Het grootste tandheelkundige assortiment online
- 24 uur levertijd

minilu.nl
...voor miniprijzen

straight.dental equipment

nieuwe praktijk beginnen?



✓ **Straight Dental bellen**

053-260 00 02 - www.straightdental.com

[autoclaven](#) | [thermodesinfectoren](#) | [hoekstukken](#) | [instrumenten](#)

Opgebakken zirkonium brug

Prijs per element

~~€145,-~~

€72,50

incl. ophalen en leveren



Nu 50% korting*
op uw eerste 10 werkstukken

Wij zijn Protilab

Europees marktleider

Graag leren wij u kennen

Protilab tandtechniek is een gerenommeerd Europees tandtechnisch laboratorium met meer dan 5.000 klanten. Onze werkstukken zijn ISO 13485:2003 gecertificeerd en wij maken uitsluitend gebruik van de hoogste kwaliteit, gecertificeerde materialen en de nieuwste technieken.

Test onze kwaliteit en bel ons kosteloos op **0800-0525** voor meer informatie.



Uitstekende
kwaliteit



5 Jaar
garantie



All inclusive
prijzen



8 Werkdagen
levertijd

* Deze 50% kortingsactie is geldig tot 90 dagen na de eerste bestelling

contact@protilab.nl

bel gratis! 0800-0525

www.protilab.com

Tandartsbezoek vaak gebruikt voor ontsnappingspoging

DEN HAAG – Een bezoek aan de tandarts of het ziekenhuis is voor gedetineerden niet altijd onprettig: in de afgelopen twee jaar waren juist die bezoeken aanleiding voor ontsnappingspogingen. Dat blijkt uit cijfers van de Dienst Vervoer en Ondersteuning (DV&O), gepubliceerd in De Telegraaf.

Medewerkers van het gevangenvervoer van justitie hebben in 2013 vier keer en in 2014 twee keer geschoten bij ontsnappingspogingen van gedetineerden. Dat gebeurde elke keer bij een bezoek aan een tandarts of ziekenhuis. Bij de in totaal zes incidenten bleef het vier keer bij waarschuwingsschoten, twee keer schoten medewerkers van de dienst een vluchtende gevangene daadwerkelijk neer. Slechts één keer lukte het een gevangene te ontsnappen, ondanks een waarschuwingsschot. Dat was op 11 juli 2013 toen een gevangene naar het Diakonessenhuis in

Utrecht werd begeleid. Bij aankomst ging de gedetineerde ervandoor. Door een bejaardenhuis in te vluchten verdween hij uit het zicht.

In 2013 werd het rustige Hardenberg ook opgeschrikt door schoten. Een gedetineerde was onder begeleiding bij een tandarts en probeerde te ontsnappen. De begeleider loste een waarschuwingsschot bij de achtervolging. Uiteindelijk kon de gedetineerde worden ingerekend.

Volgens justitie is het niet vreemd dat ontsnappingspogingen en schietincidenten telkens plaatsvinden bij vervoer van en naar het ziekenhuis of de tandarts. “Zo vaak kom je als gevangene niet buiten de poort. Vaak gaat het dan om een bezoek aan het ziekenhuis,” aldus een woordvoerder. Hij wijst erop dat er iedere dag “heel veel ritjes zijn” van de DV&O en het aantal incidenten dus relatief klein is. (bron: De Telegraaf) ■

Decaan ACTA: “Tandzorg hoort in basisverzekering”

AMSTERDAM – Een kroon kan een betere behandeling zijn dan het plaatsen van een grote vulling, maar is ook kostbaar. Wat als de patiënt de kroon niet kan betalen, moet dan de tand worden getrokken? Om dit soort onmogelijke afwegingen te voorkomen, moet tandheelkundige zorg terug in de basisverzekering. Dat stelt prof. dr. Albert Feilzer, decaan van ACTA, in een interview met tandarts.nl.

“Een vulling is weliswaar goedkoper, maar de kwaliteit van deze oplossing is minder,” vervolgt Feilzer tegen tandarts.nl. “Er volgt dan een discussie tussen patiënt en tandarts over de kwaliteit die de patiënt zich kan permitteren. Die discussie moet gevoerd worden in de Tweede Kamer en niet in de behandelkamer.”

De opvallend uitgesproken ACTA-decaan trekt tijdens het interview een parallel met andere vakgebieden in de gezondheidszorg. “Stel dat iemand een kunstnie nodig heeft, waar-

bij de behandeling € 3.000 kost. Als de orthopedisch chirurg dan vraagt of de patiënt dat kan betalen en het antwoord luidt negatief, dan zal de orthopedisch chirurg niet zeggen: dan amputeren we je heen!” Feilzer is van

100% in de basisverzekering.” Het beroep dat nu op de patiënt wordt gedaan om tandartsbehandelingen zelf te betalen, is te groot, aldus Feilzer. “Een groot deel van de bevolking kan een dergelijk risico niet dragen.

“Veel mensen kunnen dit risico niet dragen”

mening dat het grootste deel van de mondzorg niet afhankelijk mag zijn van de financiële mogelijkheden van de patiënt en daarom in de basisverzekering hoort. Hij vindt de discussie daarover onbehoorlijk. “De patiënt kan een behandeling van € 800 bij de tandarts niet betalen, maar een dag later krijgt dezelfde patiënt een harttransplantatie van € 20.000 voor niets. Tandheelkunde is net zo duur als huisartsgeneeskunde en kan prima voor

Een ander deel houdt überhaupt geen rekening met een dergelijk risico.” Zo krijgt Feilzer regelmatig de vraag of men zich aanvullend moet verzekeren voor de tandarts en of men er dan de kosten uithaalt. Zijn tegenvraag is dan of men de kosten van de brandverzekering er al uit heeft gehaald. “Een verzekering beoogt het risico weg te nemen voor schade waarvan je wenst dat die je nooit overkomt.” (bron: tandarts.nl) ■

Vrouwen beoordelen partner op gebit

NIEUWEGEIN – Meer dan de helft van de Nederlanders heeft wel eens een slechte adem. Vrouwen besteden meer aandacht aan een stralende lach en een frisse adem dan mannen. Bovendien beoordelen zij een potentiële partner op zijn (of haar) mondgezondheid. Dat blijkt uit een recent onderzoek door mondhygiënist Yvonne en Bram Buunk.

Aan het onderzoek, dat werd gepresenteerd op het FDI Wereldcongres in India, werkten 1677 personen vanaf 18 jaar mee. Vrouwen bleken alerter te zijn op een slechte adem dan mannen. Angst voor sociale afwijzing speelt daarbij een grote rol. Hoewel mannen en vrouwen even vaak de mondzorgpraktijk bezoeken, lijkt de laatste groep

zich meer bewust van het belang van goed poetsen en het schoonmaken tussen de tanden en kiezen. Vrouwen verzorgen hun mond beter én beoordelen anderen op hun mondverzorging. Zo gaven vrouwen vaker aan een potentiële partner af te wijzen wanneer deze een slechte adem heeft.

Het onderzoek “Fear of social rejection and oral self-care in men versus women” is verschenen in *International Dental Journal*, editie februari 2015. (bron: NVM). ■



Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofredacteur/uitgever
Ben Adriaanse, MSc

Redactie
Marieke Epping, MSc
Joann Hebben, MA

Cartoons
Emily van Someren, MA

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het mondzorgvak.

Aanmelden
De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënist, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop
Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl
Laura Bogaers, medewerker mediaorder.
Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

© 2015 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

**All indications
All dental materials
Multi-technique capable
Easy Handling
Drop Control
Unique Moisture Control
Instant bonding
Success**

Freshtandartsen legt nadruk op arts-patiëntrelatie



De Freshtandartsen Marcel Spek (links) en Ad Merkx staan aan het hoofd van de eerste praktijk in de keten. (foto: Freshtandartsen)

ROTTERDAM - In de vertrouwensrelatie tussen tandarts en patiënt ligt de kern van optimale mondzorg. Met deze visie betrad Freshtandartsen eind vorig jaar de Nederlandse dentale markt. Vertrouwen en loyaliteit groeien naarmate de tandarts de patiënt langer aan zich weet te binden, aldus de nieuwe keten. Fresh-tandartsen wil behandelaars zo veel mogelijk faciliteren, bijvoorbeeld met financiële administratie en inkoop op centraal niveau, zodat zij zich vooral op de zorg voor en band met hun patiënten kunnen richten.

De tandarts die goed weet te luisteren naar de patiënt en rekening houdt met diens wensen en financiële mogelijkheden kan de beste zorg bieden, volgens oprichter Koen Clement, eerder de mede-oprichter en directeur van Elysee Dental. Hij heeft twintig jaar ervaring in de dentale branche. Met de nieuwe keten wil Clement zorgvuldig een reeks praktijken opbouwen waar optimale mondzorg wordt geboden, patiënten tevreden zijn en tandartsen en personeel geïnspireerd worden en in een plezierige sfeer werken.

Freshtandartsen wil dat tandartsen en mondhygiënist zich vooral op de zorg aan patiënten kunnen richten en wil daarom veel ondersteunend werk voor de tandarts overnemen. Op centraal niveau wordt de financiële administratie, de patiëntenadministratie, de inkoop en het contact met verzekeraars geregeld. Ook wordt ondersteuning geboden bij de werving en selectie van personeel. Daarnaast wil Freshtand-

artsen veel aandacht besteden aan monitoring en analyse van de praktijkresultaten, bijvoorbeeld soorten behandelingen of gebruik van materialen. De keten ziet dat als middel om (spiegel)informatie te leveren, op basis waarvan de aangesloten praktijken zo nodig bijstellingen kunnen doen en de efficiency kunnen vergroten.

De formule is van start gegaan met de samenvoeging van vijf tandartspraktijken en een mondhygiënepraktijk in Haarlem. Tandartsen Marcel Spek en Ad Merkx staan aan de leiding van die nieuwe, grote praktijk. Freshtandartsen wil over drie jaar met een twintigtal praktijken in het hele land zo'n 150.000 patiënten aan zich binden. Idealiter heeft iedere praktijk dan minimaal 6500 patiënten. Met die grootte kunnen alle disciplines en orthodontie op efficiënte wijze worden aangeboden.

"De keten gaat de afzonderlijke praktijken geen keurslijf opdringen," aldus Clement. "Het is juist gewenst dat ze hun eigen toon en uitstraling behouden. Daarmee hebben ze immers bewezen een relatie met de patiënt op te kunnen bouwen." Bovendien kiezen patiënten een praktijk over het algemeen niet omdat die er gelikt uitziet, maar in de eerste plaats

"We gaan de praktijken geen keurslijf opdringen"

omdat ze een goede band hebben met hun tandarts, zo redeneert de oprichter. In veel gevallen zullen de praktijken die worden overgenomen door Freshtandartsen hun eigen, bekende naam blijven voeren.

Freshtandartsen zoekt tandarts- en mondhygiënistpraktijken die zich in deze aanpak kunnen vinden en zich vooral op de zorg willen richten. Daarnaast is de keten op zoek naar praktijken die stoppen of dat binnen enkele jaren willen gaan doen. ■

> vervolg van pagina 1

De toetsing van fusies en controle op aanmerkelijke marktmacht binnen de zorg komt bij de Autoriteit Consument en Markt te liggen, de instantie die deze zaken ook in andere sectoren controleert.

Tandartsen zullen de maatregelen van VWS als een steun in de rug beschouwen. De afgelopen jaren voerden zij, met de KNMT en ANT voorop, een felle strijd tegen de "vooringenomen" zorgautoriteit die, in de woorden van veel tandartsen, met het Kostenonderzoek Mondzorg "een tarief-daling erdoor wilde drukken." Inderdaad besloot de NZa op basis van het kostenonderzoek vorig

jaar tot een tarief-daling, die in de implantologie en orthodontie het sterkst wordt gevoeld. Of het samenwerken met een ministerie beter zal gaan dan met de NZa, is natuurlijk nog de vraag. In ieder geval liggen het vaststellen van tarieven en de controle op de na-

"Voor tandartsen is de maatregel een steun in de rug"

leving/uitvoering ervan niet langer bij dezelfde organisatie.

Adviesbureau AEF concludeerde in zijn rapport dat 'tarief- en prestatieregulering van de niet-verzekerde zorg niet noodzakelijk is.' Ook adviseerde AEF het

verbod op vrije prestaties uit de Wet Marktordening Gezondheidszorg te heroverwegen om vrije prestaties en vrije tarieven mogelijk te maken. Hierdoor kunnen innovaties en maatwerk beter van de grond komen, menen de onderzoekers; dezelfde redenering die onder meer beroepsverenigingen KNMT en ANT al tijdens maken. Hoewel AE de voordelen van vrije tarieven ziet, is minister Schippers nog niet overtuigd. Zij zegt toe deze aanbeveling 'fasegewijs en aan de hand van deelmarktanalyses' verder te gaan verkennen. Ongetwijfeld zullen de verschillende belangenorganisaties voor tandartsen proberen een actieve en sturende rol in deze verkenning te spelen om de weg naar vrije tarieven te versnellen. ■

NVM: "Inzetten nauwelijks geschoolde preventieassistent zorgelijk"



"toch niet geheel ongevaarlijke voorbehouden handeling 'het geven van anesthesie middels een injectie'" aan de assistent over kan laten, met als voorwaarde dat de assistent dit enkel in opdracht van de tandarts mag doen en de tandarts toezicht dient te houden op de ingreep. "Een en ander gebeurt dan onder supervisie, wat niet inhoudt dat de tandarts daadwerkelijk over de schouder mee moet kijken," benadrukt de mondhygiënistvereniging.

De NVM zegt het te betreuren dat de Wet BIG dergelijke praktijken toelaat. "Nergens binnen de gezondheidszorg wordt de wet zo opgerekt als door tandartsen. Economische belangen wegen kennelijk zwaarder dan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de mondzorg." De NVM is al sinds het ontstaan van de functie van preventie-assistent gekant tegen deze nieuwe groep medewerkers aan de tandartsstoel. De beroepsorganisatie wil dat preventie-assistenten een erkende MBO-opleiding moeten volgen. (bron: NVM) ■

NIEUWEGEIN - De Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM) is ernstig bezorgd over de toenemende mate waarin tandartsen hun werk overlaten aan niet of nauwelijks geschoolde preventie-assistenten. Tandartsenblad Dentista publiceerde recent een onderzoek naar de inzet van preventie-assistenten, waaruit bleek dat 30% van hen geen cursus heeft gevolgd.

Uit de cijfers blijkt dat een derde van de preventie-assistenten is opgeleid door de tandarts en

geen aanvullende cursus heeft gevolgd. Verder is 40% van hen niet op de hoogte van de ontwikkelingen in de mondzorg en volgt 36% geen bij- en of nascholing.

De NVM geeft aan zich "ernstig zorgen te maken over dit gebrek aan scholing." Ook reageert de NVM afkeurend op uitspraken van cursusleider Jacques Baart van ACTA in het maartnummer van Dental Tribune. In het artikel suggereerde Baart dat de tandarts de volgens de NVM

Omstreden tandarts eist miljoen euro schadevergoeding

ASSEN - Voormalig tandarts Laas van der Meulen uit Assen eist een miljoen euro schadevergoeding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat meldt RTV Drenthe. Daarnaast wil hij twee jaar lang patiënten gratis behandelen op kosten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Van der Meulen deed de eis recentelijk bij de Raad van State in Den Haag, waar hij de gedwongen sluiting van zijn praktijk in 2011 aanvocht. De IGZ besloot tot de sluiting omdat Van der Meulen onder andere boorde in gezonde elementen, hij een zeer slechte dossiervoering had en medewerkers behandelingen liet uitvoeren waarvoor zij niet bevoegd waren. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Groningen schrapte hem in 2013 zelfs

uit het BIG-register, de zwaarste straf die een individuele arts kan worden opgelegd. "Deze tandarts heeft geen zelfinzicht. In zijn beleving is hij erg bekwaam," aldus het Tuchtcollege destijds. De Assenaar mag nooit meer aan het werk als tandarts.

Van der Meulen heeft altijd ontkend de fouten daadwerkelijk te hebben gemaakt en heeft elk besluit van IGZ en Tuchtcollege aangevochten. Zijn gang naar de Raad van State laat eens te meer zien dat Van der Meulen zich weigert neer te leggen bij de opgelegde maatregelen. Bij de rechtbank sprak hij in maart van 'terreur' en weersprak hij alle beschuldigingen. "Ik ben een voor-naam iemand geweest. Die kun je niet zomaar de grond intrappen," zei hij in Den Haag. (bron: RTV Drenthe) ■

Minister haalt tariefstelling mondzorg weg bij NZa



In de praktijk

Orthodontisten onder vuur: tarieven gedaald, omzet stijgt

TEKST: MARIEKE EPPING

HILVERSUM – Ondanks een tarief-daling van ongeveer 30% in de afgelopen jaren blijken de kosten voor orthodontie niet af te nemen. Sterker nog: de omzet van orthodontisten stijgt, zo blijkt uit een nieuw rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Televisieprogramma De Monitor besteedde eind maart aandacht aan de kostenstijging na anonieme tips van orthodontisten, patiënten én het NZa-rapport. Daarin kwam de beroepsgroep niet gunstig voor het voetlicht.

De NZa presenteerde op 20 maart een nieuwe Monitor Orthodontie. Daaruit blijkt dat orthodontisten de afgelopen jaren meer mensen behandelden en duurdere beugels plaatsten. Hoewel de door de NZa vastgestelde tarieven voor orthodontie tussen 2011 en 2013 met 32% daalden, bleek de omzet sinds 2011 licht gestegen. Dat komt door een lichte toename van het aantal patiënten (2,6%), maar vooral doordat er andere, duurdere beugels worden geplaatst. Ook de overige kosten voor materiaal en techniek zijn toegenomen.

Orthodontisten geven als verklaring dat patiënten zelf kiezen voor innovatievere en mooiere beugels, waarvoor de kosten hoger uitvallen. De NZa betwijfelt echter of die keuze door patiënten bewust wordt gemaakt, of dat de orthodontist bepaalt welke beugel er wordt geplaatst.

Die twijfels kwamen naar voren in de uitzending van het onderzoeksprogramma De Monitor van KRO/NCRV afgelopen zondag. Journalist Teun van de Keuken sprak met de NZa over het rapport, maar ontving eerder al anonieme tips van zowel patiënten als orthodontisten dat de materiaalkosten binnen de orthodontie de afgelopen jaren onnodig hoog worden gemaakt. In de uitzending bevestigden de zorgverzekeraars VGZ, CZ en Zilveren Kruis Achmea de gestegen kosten voor orthodontie. Zo merkt VGZ onder meer op dat een beugel steeds vaker in twee zittingen geplaatst wordt in plaats van in één. Achmea observeert dat verzekerden een beugel langer dragen: van gemiddeld 2 jaar en 3 maanden in 2011 naar 2 jaar en 7 maanden in 2014.

Woordvoerder René Noverraz van de KNMT had voor de camera's van De Monitor zichtbaar moeite zich tegen de verdachtmakingen te verweren. Als verklaring geeft hij vooral de keuze van de patiënten: zij zouden zelf vragen om de duurdere beugels. Noverraz ontkent verbazingwekkend genoeg stellig dat er nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn die aangeven dat de nieuwe beugels beter zijn. Maar: "Als er nieuwe technieken op de markt zijn waarvan klinisch is bewezen dat ze goed werken en patiënten willen die beugels, dan ga je die gebruiken. Een orthodontist is daarin niet anders dan elke andere arts." Als reden voor het steeds

minder in één zitting plaatsen van de beugel gaf Noverraz aan dat "in een goede planning van een moderne beugel dit niet handig is." Het langer dragen van de beugel herkent de woordvoerder niet: volgens cijfers afkomstig van de orthodontisten is de draagtijd juist verkort. Het zou een van de voordelen van de nieuwe beugels zijn.

De NZa en De Monitor zijn er niet gerust op dat de keuze voor een duurdere beugel bewust door de patiënt (of de ouders van de patiënt) wordt gemaakt. Ook bij patiëntenfederatie NPCF komen veel klachten binnen over de rekening die patiënten van de orthodontist krijgen. Samen met de Consumentenbond zijn de

NZa en De Monitor daarom een onderzoek gestart naar de mate waarin orthodontisten met hun patiënten overleggen over het type beugel, en de kosten versus de baten laten afwegen door de patiënt. Op het online Meldpunt Orthokosten kunnen patiënten hun ervaring achterlaten.

De kwestie heeft inmiddels aandacht gekregen in verschillende landelijke nieuwsmedia. Orthodontisten moeten er rekening mee houden dat patiënten de komende tijd met extra vragen komen. Het volledige NZa-



rapport is te lezen op de website van de Zorgautoriteit. Op www.demonitor.ncrv.nl is de aflevering over orthodontie (uitzenddatum 22 maart, tweede deel van de aflevering) terug te kijken. ■

De ware revolutie



HET EERSTE KERAMISCH VULMATERIAAL

- Wereldwijd het eerste op puur keramiek gebaseerde vulmateriaal
- Met afstand de laagste polymerisatiekrimp (1,25 vol-%) en bijzonder lage krimpspanning*
- Inert, dus hoog biocompatibel en uiterst kleurvast
- Voldoet aan de hoogste eisen voor zowel posterior als anterior gebruik
- Uitstekend te verwerken. Eenvoudige hoogglans polijstbaarheid en hoge oppervlaktehardheid garanderen eerste klas lange termijn resultaat
- Te gebruiken in combinatie met alle conventionele bondingsystemen

*in vergelijking met alle conventionele composieten

Admira Fusion



VOCO
THE DENTALISTS

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Duitsland · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.com

“Occlusie zelden boosdoener bij TMD”

TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO'S: KEES WOLLENSTEIN

Prof. dr. Frank Lobbezoo is een van de twee redacteurs van het boek Occlusie en Articulatie dat binnenkort verschijnt, maar heeft nogal een verrassende boodschap voor zijn lezers: “Zo belangrijk is occlusie helemaal niet!” Althans, niet voor de problematiek waar de hoogleraar Orale Kinesiologie aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) zich in heeft gespecialiseerd: temporomandibulaire disfunctie en bruxisme. Dental Tribune sprak met Lobbezoo over nieuwe inzichten en wat deze betekenen voor tandarts én patiënt. “Eigenlijk is onze focus volledig verschoven.”

Binnenkort verschijnt het boek Occlusie en articulatie dat u samen met Cees de Baat heeft geredigeerd. Welke rol speelt occlusie in uw vakgebied, de gnathologie?

Een bijzondere rol op dit moment. De occlusie heeft een plaats in elk vakgebied: de beet is immers de basis van de tandheelkunde. Ook in de gnathologie, waar we ons

Dat zijn factoren die de weerbaarheid verlagen, ook van het kauwstelsel, waardoor een normale functie van de kaak overbelasting wordt. Bovendien zijn het factoren die een bestaande pijn langer in stand houden. Zij dragen voor tientallen procenten bij aan het ontstaan van TMD-klachten, occlusie slechts voor een paar procent. Daarnaast spelen andere gedragsfactoren mee, zoals nagelbijten of kauwgum kauwen. De belasting door dat laatste wordt door patiënten vaak onderschat. Verder weten we dat roken een heleboel slechte gevolgen voor de gezondheid heeft, maar veel patiënten weten niet dat je er ook meer van gaat klemmen en knarsen.

Het inzicht dat occlusie een verwaarloosbare rol speelt in het veroorzaken van TMD-klachten is niet meer gloednieuw, maar wel dat we het zo intensief uitdragen. Daarmee is in ongeveer honderd jaar tijd de focus volledig verschoven van occlusie naar psyche en gedrag als veroorzaker van TMD. Een echte paradigma-wisseling dus.

Wat betekent die paradigma-wisseling voor de behandeling?

Wat veel gebeurde en nog steeds wordt gedaan, is het selectief inslijpen om de occlusie te verbeteren. Als de beet maar goed is, dan zouden die klachten wel verdwijnen. Dat idee hebben we achter ons gelaten. Nu schakelen we een psycholoog in die met de patiënt de achterliggende problematiek probeert te achterhalen en behandelen. De patiënt krijgt gespecialiseerde fysiotherapie om het kauwstelsel weer sterker te maken. In ons behandelteam hebben we gedifferentieerde tandartsen die een opbeetplaat kunnen maken om de elementen en de kauwspieren te ontlasten. Ook kunnen zij pijnmedicatie voorschrijven om de patiënt door de acute pijn heen te helpen.

Dat is nogal een nieuwe aanpak bij klachten waar de oplossing zo in het technische werd gezocht. Is het belang van psychosociale factoren in de gehele tandheelkunde ingedaald?

De paradigmawisseling gaat natuurlijk niet op stel en sprong. Het incorporeren van een wetenschappelijke bevinding kan enkele jaren duren, maar een paradigmawisseling soms wel meerdere decennia. Tijdens cursussen of lezingen zie ik wel steeds meer begrip voor de nieuwe opvattingen, al blijft het gebeuren dat iemand in het publiek opstaat en zegt: “Maar ik had een patiënt...” Casuïstiek heeft natuurlijk niet

dezelfde zeggingskracht als wetenschappelijk onderzoek, maar het is wel wat tandartsen in hun praktijk zien. Uit hun klinische ervaring concluderen ze dat het oude paradigma nog klopt, ook al beweren ‘de heren professoren’ anders.

In welk kamp zit de patiënt?

Bij veel van hen heerst zeker nog het idee dat er een technische oplossing moet zijn. Ze komen bij de tandarts met een kaakprobleem en trekken zelf al de vergelijking: als er in mijn auto een wiel scheef staat, rijdt hij ook niet meer goed. Daar zijn wij als tandartsen natuurlijk debet aan, met onze jarenlange focus op occlusie. Dan kun je het de patiënt niet kwalijk nemen dat hij verwacht een ‘echte’ behandeling te krijgen, niet een gesprek.

Heeft de tandarts hier wel tijd en ruimte voor?

Eigenlijk niet, er is nu geen fatsoenlijk tarief voor een dergelijk gesprek. Ik was wat dat betreft absoluut voorstander van vrije tarieven. Niet alleen omdat het een meer vrije markt laat ontstaan, maar vooral omdat het de ruimte biedt om dit soort gesprekstijd te verrekenen. Nu is uitleg een sluitpost. Er zijn wel wat mogelijkheden, maar die zijn zeer beperkt. Los daarvan heeft de tandarts voor de complexe gevallen ook niet alle expertise in huis. Het is een multidisciplinair probleem, dus in die gevallen kan hij beter doorverwijzen naar een kliniek als de onze.

Hoe herkent de algemeen practicus welke patiënten hij moet doorverwijzen?

Allereerst moet hij de TMD-klachten kunnen herkennen: pijn in de kauwspieren of in het kaakgebied, of geluiden die uit de kaak komen. Wat mij betreft moet de algemeen practicus zich dan beperken tot het behandelen van acute TMD-klachten, dus de pas kort bestaande ‘spierpijn’ in de kaak of een kaak die niet meer dicht wil na een lange tandartsbehandeling. Gaat het om een chronische klacht, dan kan de tandarts het beste doorverwijzen.

Waaruit bestaat die behandeling van acute TMD-klachten?

Je kunt na een tandartsbehandeling de patiënt goede oefenstructies geven om de spier weer soepel te krijgen. Ook kan je adviseren om pijnstilling te nemen, paracetamol, aangezien acute pijn wat heftiger kan zijn. Met pijnstilling is het gemakkelijker voor de patiënt om de kaak in beweging te houden. Plus ont-



zien natuurlijk: net zoals een gekneusde enkel rust nodig heeft, moet ook een overbelaste kaak worden ontzien. Adviseer daarom de patiënt om juist aan de pijnlijke kant te kauwen: de kauwbeweging zorgt dat het gewricht aan die kant minder uitwijkt. Overigens ontdekken patiënten vaak zelf al dat het minder zeer doet door juist aan de pijnlijke kant te kauwen.

Een ander veelvoorkomend probleem is bruxisme. Hoe kan het dat er zoveel mensen in Nederland bruxeren, maar slechts een enkeling ertegen behandeld wordt?

Ongeveer 8% van de Nederlandse bevolking knarst en ruim 20% klemt met de kaken, dus het komt zeker veel voor. Maar men gaat pas naar de tandarts als er daadwerkelijke klachten zijn: als men pijn in de kaakspieren heeft of de tanden zover zijn afgesleten dat ze pijnlijk worden. Ook esthetiek kan een reden zijn, wanneer de frontelementen even kort zijn geworden als de naastgelegen elementen. Als een patiënt dat zelf al niet merkt, hoeft hij maar één keer te horen “Wat heb jij korte tanden zeg!” en hij durft amper nog te lachen. Dat is

“Er is een paradigmawisseling gaande”

natuurlijk maar een fractie van de mensen die bruxeren. Gelukkig maar, want we zouden niet eens genoeg capaciteit hebben om iedereen ertegen te behandelen!

Bovendien ben ik van mening dat bruxisme eigenlijk nooit behandeld zou moeten worden,

tenzij er sprake is van zeer ernstige gevolgen. Daar durf ik best stellig in te zijn.

Het afslijten van de tanden moet toch voorkomen worden?

Bruxisme blijkt causaal gelinkt aan slaapapneu. Slaapapneu, ook wel OSA genoemd, is een aandoening waarbij tijdens de slaap de tong in de mond naar achteren zakt en daarmee de ademweg afsluit. Hierdoor stopt de ademhaling tijdens de slaap. Slaapapneu komt in veel verschillende gradaties voor, maar is in potentie natuurlijk zeer gevaarlijk. Er komt steeds meer wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat klemmen of knarsen een natuurlijk beschermingsmechanisme is tegen apneu. Door het aanspannen van de spieren in en om de mond tijdens het bruxeren, wordt extra tonus in het mondgebied opgebouwd, waardoor de tong niet langer naar achteren zakt.

Dit is een vrij nieuwe bevinding, maar wel één met verstrekkende gevolgen voor ons als tandartsen. Ga je de bruxisme-klachten verhelpen, dan haal je in feite het beschermingsmechanisme weg en heb je kans dat je de slaapapneu verergert. Ook hebben we in onderzoek bij ACTA ontdekt dat de opbeetplaat die vaak wordt ingezet als behandeling tegen bruxisme de apneu kan verergeren. Dan denk ik: slaapapneu is in potentie dodelijk, bruxisme niet. Laten we zeer terughoudend zijn met behandelingen. Dus voordat je iets gaat doen tegen bruxisme, moet je absoluut zeker zijn dat de patiënt geen slaapapneu heeft.

> lees verder op pagina 8

richten op alles wat er mis kan gaan in het kauwgebied. Veel van mijn patiënten hebben klachten door temporomandibulaire disfunctie (TMD) en/of bruxisme. Historisch speelt occlusie hierin een grote rol: er werd altijd gedacht dat als de beet maar goed is, de patiënt dan geen pijn heeft. Dat idee kwam deels voort uit de zoektocht naar een behandeling. Wat is er fijner dan de oplossing te vinden in iets wat de tandarts zeer goed kan aanpassen?

Nu zijn we tot het inzicht gekomen dat die occlusie helemaal niet zo belangrijk is. De ideale occlusie blijkt namelijk niet te bestaan. Er zijn mensen die een enorm afwijkende occlusie hebben, maar nooit TMD-klachten hebben of krijgen. Omgekeerd zijn er mensen met flinke TMD die eigenlijk een ‘beet volgens het boekje’ hebben. Dat waren de eerste aanwijzingen. Inmiddels heeft wetenschappelijk onderzoek uitgewezen dat de rol van occlusie in het veroorzaken van TMD-klachten marginaal is.

Waardoor worden TMD-klachten dan veroorzaakt?

Het overgrote deel moet gezocht worden in psychosociale factoren als stress, angsten en depressie.

“Bruxisme moet je eigenlijk nooit behandelen”

FREE CHOICE

Arseus Dental Nederland is al vele jaren de Certified Partner van XO CARE op de Nederlandse markt.

Vanaf maart 2015 verwelkomen we Utrecht Dental, Croonen Dental Service en H&E Dentaal Buro als nieuwe partners voor verkoop en service van onze XO behandeleenheden.

U kunt beslissen waar uw behandeleenheid wordt aangekocht en wie de installatie en service zal uitvoeren.

Bezoek onze nieuwe website www.xo-care.com of neem contact op met onze partners voor meer informatie.



XO CERTIFIED PARTNERS:

Arseus Dental Nederland B.V. • 0416-675000 • info@arseus-dental.nl

Utrecht Dental B.V. • 030-2410130 • info@utrechtdental.nl

Croonen Dental Service V.o.f. • 06-14565055 • info@croonendentalservice.nl

H&E Dentaal Buro B.V. • 06-13020898 • he@dentaalburo.nl

XO[®]
xo-care.com

> vervolg van pagina 6

In dat geval kan er dus wel behandeld worden met een opbeetplaat?

Dan zou dat een optie zijn, hoewel ook voor bruxisme geldt dat de oorzaak vaak ligt in de psychosociale factoren of in het gedrag. De opbeetplaat wordt ingezet ter bescherming van de tanden, niet om de occlusie te veranderen. (lachend) We zijn eigenlijk een beetje een anti-occlusieafdeling geworden!

U schreef mee aan een boek over occlusie, maar als ik u zo hoor, komt er weinig 'occlusie' in het verhaal voor...

Mijn pleidooi gaat uiteraard op voor mijn eigen vakgebied, de gnathologie. Het eerste deel van het boek gaat over de rol van occlusie bij TMD en bruxisme. Daarin komt inderdaad die paradigma-wisseling naar voren ten gunste van psychosociale factoren en wordt de rol van occlusie als veroorzaker zo marginaal geacht dat erop ingrijpen niet zinvol is. In die zin kun je het boek beschouwen als een afscheid van de occlusie.

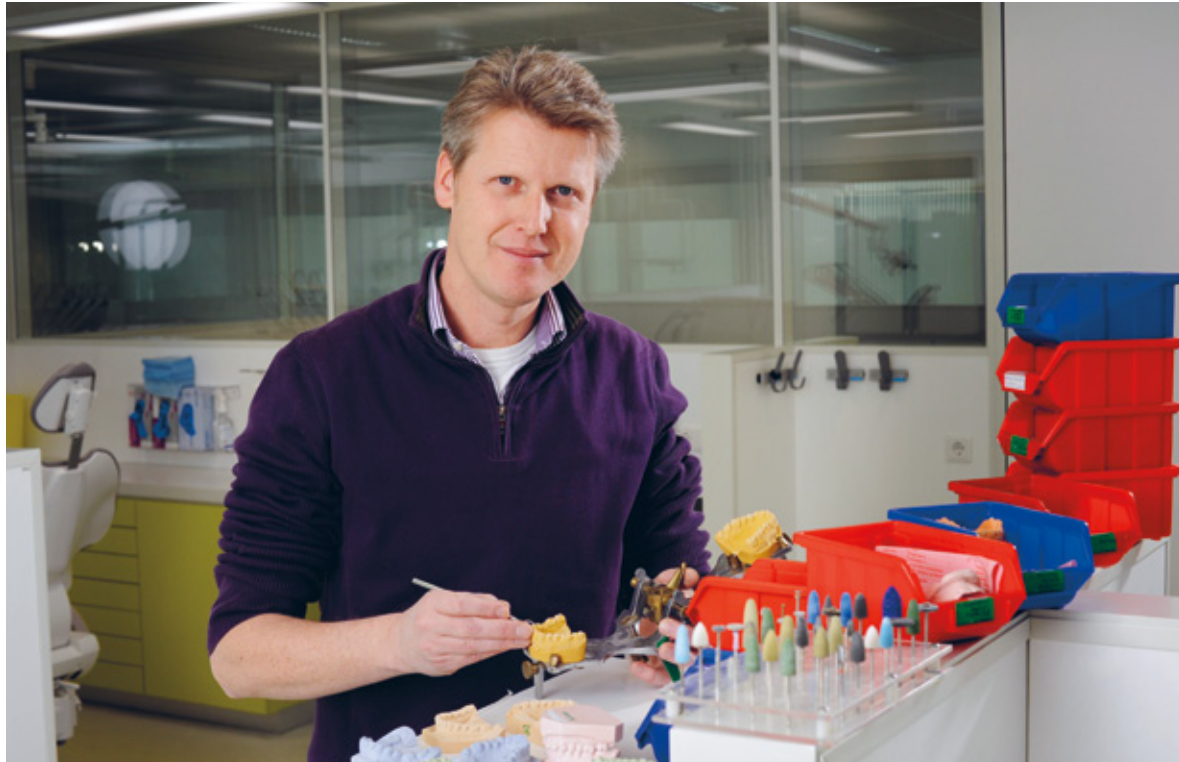
Het tweede deel van het boek

beschouwt echter de prothetiek. In dat vakgebied speelt occlusie een zeer belangrijke rol, want als je wél ingrijpt in de beet, moet je zorgen dat je dit op de juiste manier doet. Bij prothetiek wordt de beet uiteraard veranderd: er komt een prothese waar eerst geen element(en) zaten, of er worden aangedane elementen verwijderd en een prothese geplaatst. Zeker bij een volledige prothese moet de beet goed zijn, zodat bij het kauwen de twee prothesen op de kaakwallen blijven rusten. Ook bij het herstellen van slijtage, ontstaan door bijvoorbeeld bruxisme of erosie, is occlusie een belangrijk aspect in hoe de restauratie wordt vormgegeven. Bij restauraties, prothesen of andere restauratieve ingrepen is occlusie dus nog zeer belangrijk en dat zal altijd zo blijven.

Is er op dit gebied een rol weggelegd voor de orthodontie?

Voor het verbeteren van de occlusie wordt soms samengewerkt met orthodontisten. Met orthodontie is extra ruimte te creëren voor de elementen, waardoor sommige aanpassingen beter uitgevoerd kunnen worden.

Een belangrijke 'rol' die ortho-



dontie in de ogen van vooral patiënten speelt, is die van veroorzaker van TMD-klachten: veel patiënten wijzen hun beugel aan als boosdoener. Dat komt omdat bij veel patiënten de TMD-klachten zich openbaren rond het 17^e of 18^e levensjaar. Laat dat net de periode zijn dat ze van hun beu-

gel af zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat orthodontie geen link heeft met het ontstaan van TMD-klachten. Het blijken parallelle processen, want wij zien inderdaad wel een piek in onze TMD-patiëntengroep in de leeftijd van 18 tot 45 jaar.

Hoe is de hoge prevalentie in dat leeftijdssegment te verklaren?

We zien dat relatief veel vrouwen last hebben van TMD-klachten, dus het zou kunnen dat er een hormonale factor meespeelt. Aangezien stress een belangrijke veroorzaker kan zijn, kan ook de start van een nieuwe levensfase rond het 18^e levensjaar meespelen: jongeren worden volwassen, gaan op eigen benen staan, op zichzelf wonen etc. Rond de 45 jaar komt er wellicht meer rust of berusting in het leven. Een andere theorie is dat rond het 45^e levensjaar ook andere of ernstiger gezondheidsproblemen optreden, die de vaak milde pijn van TMD naar de achtergrond verdringen. Alle verklaringen klinken aannemelijk, er is nog geen uitsluitend over.

Zitten er in uw vakgebied nog interessante ontwikkelingen in de pijplijn?

Ik heb hoge verwachtingen van het onderzoek naar chronische aangezichtspijn. Jarenlang was die diagnose een - als ik het oneerbiedig zeg - vuilnisbakdiagnose: dan wisten we niet goed wat we met de patiënt moesten. Nu krijgen we steeds meer inzicht in het ontstaan van en de mechanismen achter orofaciale pijn. Deze pijn ontstaat door zenuw schade in het aangezicht, schade waar wij als tandartsen vaak debet aan zijn. We voeren immers behandelingen uit in een zeer sterk geïmmuniseerd gebied. Bij de meeste mensen geeft dit geen problemen, maar bij sommige mensen treedt na de behandeling sensitiviteit van de zenuw op, wat zich kan uitbreiden naar een chronisch pijnprobleem.

Het onderzoek naar deze patiëntengroep richt zich nu op twee vragen: hoe kan worden bepaald dat er sprake is van dit type neuropathische pijn, en hoe kan deze behandeld worden? We weten nu dat dit een combinatie zal zijn

van psychosociale zorg, zoals het aanleren van *copingmechanismen* om met de pijn om te gaan, en medicamenteuze zorg. Naar de behandeling met medicijnen wordt op ACTA heel interessant onderzoek gedaan: er wordt een protocol ontwikkeld om deze patiënten te behandelen met antidepressiva, die een gunstig effect blijken te hebben tegen chronische pijn. Naar die resultaten kijk ik erg uit, want we missen voor deze patiënten een goed medicatieprotocol.

Zullen patiënten in uw vakgebied in de toekomst anders behandeld worden?

Er zullen steeds meer raakvlakken met de geneeskunde komen, we zullen bepaalde aandoeningen steeds vaker in multidisciplinaire teams behandelen. De tandheelkunde wordt medischer, ook in de gnathologie. Naast het samenwerken met psychologen voor de TMD- en bruxismeklachten kunnen we bij patiënten met chronische aangezichtspijn niet buiten neurologen en anesthesiologen.

Zelf ben ik actief betrokken bij een onderzoekstak naar de gezondheid en mentale fitheid van ouderen in relatie tot hun mondgezondheid. Dat begon met een verzoek van professor Erik Scherder van de afdeling Neuropsychologie van de Vrije Universiteit, die een manier zocht om de kauwfunctie te kwantificeren. Hij wilde het verband tussen de kauwfunctie en de cognitieve vaardigheden van ouderen onderzoeken. Dat idee hebben we steeds meer uitgebreid, bijvoorbeeld naar de invloed van de status van het gebit op dementie. Inmiddels hebben we vier promovendi op het onderwerp zitten.

In mijn eigen werk zal ik in de toekomst steeds minder simpele casussen zien. De nieuwe inzichten over TMD en bruxisme zitten in het onderwijs, dus studenten van nu zijn veel beter opgeleid om de simpele TMD-gevallen te behandelen. Dat vind ik prima: geef mij de complexe zaken maar, de vakoverstijgende medische problematiek. Daar word ik heel enthousiast van. Bovendien zal het mooi zijn om te zien dat het nieuwe paradigma over occlusie in de professie zijn plek vindt. ■

Miele
PROFESSIONAL

De nieuwe norm in reiniging en desinfectie!

Betere hygiëne,
meer capaciteit,
meer zekerheid

GRATIS
starterskit
Miele
ProCare Dent*



Miele thermodesinflectoren overtuigen met perfecte reinigingsresultaten en een grote capaciteit. De nieuwe generatie staat garant voor maximale hygiëne en veiligheid tijdens de verwerking van uw kostbare instrumenten.

- **Krachtige gepatenteerde spoeltechniek** door een frequentiegestuurde circulatiepomp met geïntegreerde verwarming
- **Optimale reiniging** door verbeterde rekken en inzetten
- **Minder verbruik** van water, energie en chemie door toepassing van specifieke programma's en EcoDry
- **Hoge betrouwbaarheid** van het proces door nieuwe uitgebreide controlefuncties

Voordelen waar u dagelijks plezier van heeft!

Info: (0347) 37 88 84
www.miele-professional.nl

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.



All indications
All dental materials
Multi-technique capable
Easy Handling
Drop Control
Unique Moisture Control
Instant bonding
SUCCESS

iBond® Universal

Hecht. Eenvoudig. Alles.

Dé definitie van een echte universele bonding!

-  Eén flacon voor alle indicaties
-  Eén flacon voor alle technieken (total-etch, self-etch of selective-etch)
-  Eén flacon voor alle tandheekkundige materialen



Spatzuiver!

Giving a hand to oral health.