

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition —

MEI 2012

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 2 | NUMMER 4



Bas Njio

Interview over actuele kwesties in de orthodontie

Pagina 4-7



Humor tegen tandartsangst

Effectief middel om stress bij patiënten te reduceren

Pagina 14



Afspraakalerts per sms

Herinnerings-sms verhoogt opkomstpercentage

Pagina 23

Vrije tarieven bevrijden orthodontische markt



Hoewel de tarieven van orthodontisten dit jaar zijn gestegen, zijn orthodontische behandelingen vrijwel nergens in Europa goedkoper dan in Nederland.

VAN DE REDACTIE

HOUTEN - De orthodontie stond het afgelopen jaar flink in de be-

langstelling. Eerst was daar in 2011 de tariefverlaging van 16% door de NZa. Dat zij als specialisten plotseling minder verdienden

aan een beugelbehandeling dan algemeen practici, schoot bij veel orthodontisten in het verkeerde keelgat. Zo ook bij Bas Njio, die

voorheen als orthodontist werkte. Dat de tarieven aanvankelijk hetzelfde waren, daarmee kon hij nog leven. "Maar niet met een verschil van 20% de verkeerde kant op," stelt hij in een interview met *Dental Tribune*. Als vorm van protest liet Njio zich uit het BIG-register schrijven en ging hij verder als algemeen practicus, ook al voert hij alleen orthodontische behandelingen uit. Hij was daarmee zeker niet de enige. In een jaar tijd nam het aantal orthodontisten met een derde af.

De invoering van de vrije tarieven veranderde de situatie aanmerkelijk. Veel orthodontisten maakten van de gelegenheid gebruik de prijsverlaging van 2011 te compenseren. De tarieven stegen met soms wel 12%. Daar staat tegenover dat veel orthodontisten hierdoor mogelijkheden zagen om hun service te verbeteren. Toch is Njio niet onverdeeld tevreden met de nieuwe situatie. "Orthodontisten moeten nog steeds per item een prijs vaststellen en alle items

doorlopen. Anders loopt de patiënt de vergoeding van de verzekering mis." Pas als er eenheidsprijzen voor de hele behandeling zijn, is echte innovatie mogelijk, vindt Njio. De Amsterdamse tandarts pleit voor een indicatiesysteem dat de hoogte van de vergoeding bepaalt.

De politieke kwesties hebben de aandacht afgeleid van de inhoud. Dat is jammer, want de orthodontie is en blijft een uitdagend vak. "Wie nu afstudeert in de tandheelkunde, weet bijna niets van orthodontie, mede doordat de orthodontie erg verbreed is," aldus Njio. In het interview is ook aandacht voor ondermeer de noodzaak van rententie, de opmars van onzichtbare beugels en de veranderende eisen van de patiënt. Verderop in dit nummer schrijft dezelfde Bas Njio over de ideale leeftijd om met de orthodontische behandeling te starten. Hij betoogt dat het achterhaald is om te wachten 'tot alles is gewisseld'. ■

Grootschalige fraude door Amsterdamse tandarts

AMSTERDAM - De fiscale opsporingsdienst FIOD heeft beslag gelegd op twee woningen en verschillende bankrekeningen van een tandarts uit Amsterdam. "De 29-jarige man wordt ervan verdacht op grote schaal behandelingen bij zorgverzekeraars te hebben gedeclareerd die hij he-

lemaal niet uitvoerde," aldus het ministerie van Financiën. Het onderzoek staat onder leiding van het Functioneel Parket.

Bij de frauduleuze declaraties zou het gaan om een bedrag van maar liefst 400.000 euro. Met de beslagleggingen wil de FIOD ervoor zorgen dat eventuele boetes

en schadevergoedingen gemakkelijker geïnd kunnen worden. Vooral zorgverzekeringen zijn in deze zaak gedupeerd.

De tandarts wordt op een later moment gehoord. Hem wordt het declareren van niet-geleverde zorg, oplichting en valsheid in geschrifte ten laste gelegd. ■

Grip op Innovatie

optimale veiligheid en comfort

www.mpxx.com

de nieuwe generatie handschoenen

Vul de lezersenquête in

In maart 2011 ging de Dental Tribune Netherlands Edition van start. Sindsdien probeert de redactie u tienmaal per jaar een interessante, leerzame en aantrekkelijke krant voor te schotelen.

Omdat wij optimaal rekening willen houden met de wensen van onze lezers, zouden wij het zeer op prijs stellen als u de lezersenquête in wilt vullen. In

deze enquête vragen wij naar uw mening over diverse onderdelen van de krant en onze online activiteiten. Het invullen kost maximaal tien minuten van uw tijd en de reacties worden anoniem verwerkt. Ga naar **www.dental-tribune.nl** en alles wijst zich vanzelf.

Als u uw gegevens achterlaat, komt u ook in aanmerking voor

de vijf exemplaren van het boek *De partiële prothese in theorie en praktijk* (Prelum Uitgevers; winkelprijs € 59,50) die onder de inzenders worden verloot.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Redactie Dental Tribune

Dure tandarts-verzekering onnodig

AMSTERDAM - Een aanvullende verzekering voor tandartskosten is overbodig. Dat vertelde Rob Barnasconi, voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), in een interview in *De Telegraaf* van 7 april. Hij pleit voor

systeem dat in Engeland wordt gebruikt. "De tandarts brengt in kaart wat de komende jaren moet gebeuren, hij schat in wat dat moet kosten en stelt een spaarplan op," aldus Barnasconi. "Het geld wordt op een spaarrekening gezet en op het moment dat het

Consumenten betalen soms 800 euro voor een verzekering, terwijl ze gemiddeld 180 euro aan mondzorg nodig hebben

andere manieren van verzekeren, zoals zorgabonnementen.

"Consumenten betalen soms 800 euro voor een aanvullende tandartsverzekering, terwijl volwassenen per jaar gemiddeld maar 180 euro aan mondzorg nodig hebben," verklaarde hij tegen het dagblad. Veel tandartsverzekeringen zijn onbetaalbaar voor mensen met weinig geld. Dit komt volgens Barnasconi doordat verzekeraars de premies voor mondzorg de laatste jaren met ruim 10% hebben verhoogd.

Als alternatief voor verzekeren noemt hij het abonnementen-

nodig is, kan het worden gebruikt om een dure ingreep te betalen. Het geld blijft van de patiënt. In Nederland heeft zorgverzekeraar Menzis een vergelijkbaar spaarplan.

Barnasconi geeft in het interview ook aan dat tandartsen behoefte hebben aan een echte tandheelkundige schadeverzekering. "Stel je valt en je vier bovenanden slaan stuk op de stenen. Die kosten moeten verzekeren nu vrijwel altijd zelf betalen, terwijl ze juist baat hebben bij een verzekering voor dat soort calamiteiten." (bron: De Telegraaf) ■



Stichting Garantiefonds Mondzorg wordt sectorbreed

HEEMSTEDE - De Stichting Garantiefonds Mondzorg bestrijkt bijna de gehele tandheelkundige sector nu ook de leden van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) zich hebben aangesloten. "Met deze uitbreiding wint het Garantiefonds voor de patiënt enorm aan waarde," stelt SGM-voorzitter Marnix de Romph. "Voor een patiënt geldt straks: met welke mondzorgprofessional hij ook



van Nederlandse Tandprothetici (ONT) hebben zich in 2009 al aangesloten bij het fonds. De Romph, tevens directeur van de ONT: "Iedereen ziet het belang van het fonds voor de patiënt. Maar het is ook een positieve impuls voor het imago van de hele mondzorgsector. De overheid heeft de SGM immers omarmd als een goede kwaliteitsindicator."

Bij herstelbehandelingen tot tienduizend euro zorgt het Garantiefonds dat het bedrag direct beschikbaar is. Achteraf verhaalt het die kosten op de verantwoordelijke mondzorger. Voor bedragen boven de tienduizend euro is

de SGM verzekerd.

De leden van de NMT en de NVM krijgen binnenkort een collectief gefinancierd lidmaatschap aangeboden. "Mét een uitslag van de eventuele juridische implicaties en de mogelijkheid om van lidmaatschap af te zien," stelt De Romph. "Zo blijft aansluiting dus een individuele keuze van de mondzorger. Wij voorzien echter niet dat velen zullen afhaken." Met hun lidmaatschap geven beroepsbeoefenaars aan dat zij de uitspraak van de klachtencommissie over een eventuele herstelbehandeling accepteren. (bron: www.dentalinfo.nl) ■

Het is een positieve impuls voor het imago van de hele mondzorgsector

een probleem krijgt, het wordt in verreweg de meeste gevallen opgelost."

De SGM telt met de uitbreiding ruim 7000 leden. De leden van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) en van de Organisatie

NMT heeft buik vol van kritiek op vrije tarieven

AMSTERDAM - Rob Barnasconi betreurt de rol van de media sinds de invoering van de vrije tarieven. Keer op keer wordt de suggestie herhaald dat tandartsen het experiment misbruiken om hun prijzen te verhogen. Dat stelt de voorzitter van de NMT in een interview met *Arts & Auto*. "We hebben als NMT alle media over de vloer gehad die we konden bedenken. Ik vind het erg jammer dat er zo eenzijdig werd

me. Op zo'n moment kun je het niet maken om verstek te laten gaan, maar als je dan wel naar de studio gaat, dan weet je dat je het zwaar krijgt." De manier waarop het item werd ingeleid, noemt Barnasconi "pure stemmingmakerij." Desondanks vindt hij niet dat hij in het mediageweld steken heeft laten vallen.

Barnasconi is niet bang voor patiënten die hem aan de tand voelen over de nieuwe situatie.

Zo'n mediaoorlog waar je in terecht komt, is heftig

ingezoomd op de kosten en tarieven in de mondzorg."

Barnasconi benadrukt in het interview dat hij nog steeds vierkant achter het experiment staat. "Het oude stelsel was een dempend systeem dat uitgang van eenheidsworsten en gemiddelden. Het nieuwe systeem biedt ruimte voor zaken als preventie, zorgwaarde en innovaties, waardoor het aanbod van tandartsen naar patiënten veel gevarieerder wordt." Als voorbeeld uit zijn eigen praktijk noemt Barnasconi dat het vroeger lastig was om extra tijd te besteden aan bijvoorbeeld angstige patiënten. "Dat kan nu wel. En zo kan ik wel even doorgaan. Geef me de kans en ik praat een uur vol over de voordelen."

De voorzitter van het NMT maakt een turbulent jaar door. "Zo'n mediaoorlog waar je in terecht komt, is heftig. In de studio bij tv-programma *Kassa* zaten zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties als vijanden tegenover

Bestuurswisseling KRT

NIEUWEGEIN - Met ingang van maart 2012 is tandarts Nelleke Menzel-de Groot de nieuwe voorzitter van het bestuur Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT). Zij neemt het stokje over van tandarts Van Bennekom, die deze functie sinds 2008 heeft bekleed. Van Bennekom heeft zich in deze periode ingezet voor meer draagvlak van vrijwillige kwaliteitsregistratie. Hij heeft zich verdienstelijk gemaakt als voorvechter van zwaardere kwaliteitsnormen en in het bijzonder van verplichte visitatie. Met de invoering van de nieuwe KRT-normen voor (her)registratie - inclusief een vorm van digitale 'visitatie' - kan Van Bennekom met een gerust hart terugtreden, aldus het KRT.

Nelleke Menzel-de Groot heeft jarenlange ervaring in diverse commissies van beroepsorganisatie NMT en als voorzitter van de accreditatie- en registratiecommissie van het KRT. (bron: Bureau KRT) ■

rdv Dental
Donatusstr. 157b
D-50259 Pulheim
(Keulen)
info@rdv-dental.de
+49 (0) 2234.40640

Wie hier niets vindt, heeft ook niets gezocht!
www.rdv-dental.de

Gereviseerde tandheelkundige apparatuur! Van behandelingsunit tot complete praktijkinrichting. Montage in heel Nederland! In onze showrooms vindt u doorlopend meer dan 250 gebruikte behandelingsunits! Inclusief garantie! Advisering? Financiering? Leasing? Geen probleem! Wij staan met al onze kennis en deskundigheid tot uw beschikking!

rdv
Passie voor perfectie

Colofon

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

Hoofdredacteur/uitgever

drs. Ben Adriaanse

Redactie

drs. Laura van Dee
drs. Joann Hebben

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 tandheelkundige vakgebied.



© 2012 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.

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.
Linda Schriekenberg, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

Kaakchirurg krijgt waarschuwing

ZWOLLE - Het Zwolse tuchtcollege heeft een kaakchirurg een waarschuwing gegeven voor "onzorgvuldig, ongewenst handtastelijk en daarmee onprofessioneel gedrag." Een patiënte had de behandelaar aangeklaagd omdat

De chirurg heeft ongewenst handtastelijk en daarmee onprofessioneel gehandeld

hij haar aan een arm had getrokken en met zijn hand op tafel zou hebben geslagen.

De Russische vrouw had een wortelpuntoperatie ondergaan en kreeg na vijf dagen een infectie. De patiënte vroeg de kaakchirurg via haar dochter, die als tolk fungeerde, om het antibioticum amoxicilline. De chirurg sloeg volgens de dochter met de hand op tafel en imiteerde haar verzoek: "oké, amoxicilline." Volgens de chirurg was zijn gebaar een verzuchting waarbij één hand op tafel neerkwam. De patiënte en de dochter verlieten de behandelkamer, maar besloten op de gang dat ze de chirurg opnieuw wilden spreken. Ze vroegen hem hoe de infectie kon ontstaan en waarom hij na de behandeling niet pre-

ventief antibiotica had voorgeschreven.

Er ontstond een ruzie, waarbij de chirurg tegen de dochter zei dat ze hem niet moest beschuldigen en de dochter hem verzocht niet te schreeuwen. In de schermutseling die volgde, pakte de chirurg de patiënte bij de arm en trok hij deze weg om met de dochter te kunnen praten. De dochter en de patiënte wilden de behandelkamer verlaten, maar de praktijkassistente verhinderde dat.

Het tuchtcollege vond het schreeuwen van de chirurg onnodig en onprofessioneel. Hij had de vragen van de patiënte kort moeten beantwoorden en het stel moeten verzoeken weg te gaan. Daarnaast is het trekken aan de arm een "ongewenste, hardhandige handtastelijkheid bij een patiënt." Ten slotte hadden de chirurg en de praktijkassistente niet mogen verhinderen dat de patiënte de behandelkamer kon verlaten. De chirurg heeft "ongewenst handtastelijk en daarmee onprofessioneel" gehandeld. Hij erkent zijn eigen aandeel in het dispuut niet, maar omdat de klagers zich vermoedelijk "dwingend en emotioneel" hebben gedragen, volstond het tuchtcollege met een waarschuwing. (bron: www.volkskrant.nl) ■

Taakstraf na poging tot mishandeling tandartsassistente

ALBLASSERDAM - De 28-jarige L.J. uit Sliedrecht heeft een taakstraf van honderd uur opgelegd gekregen. De man werd door de rechtbank Dordrecht schuldig bevonden aan bedreiging en poging tot zware mishandeling van een tandartsassistente.

L.J. bezocht op zondag 27 februari een tandartsenpraktijk op de Dam in Alblasserdam. Hier kreeg hij te horen dat de tandarts pas later dan afgesproken tijd zou hebben en werd hij gevraagd met zijn kiespijn buiten te wachten. Eenmaal aan de beurt bleek J. de verzekeringspas niet bij zich te hebben, waardoor hij contant

diende te betalen. Hierop sloegen bij de patiënt de stoppen door. Hij schold het personeel uit en dreigde de tandartsassistente te slaan als hij niet onmiddellijk geholpen werd. Vervolgens verliet J. het pand en kwam hij terug met een bureaumolen, die hij naar het hoofd van de tandartsassistente gooide.

De officier van justitie eiste tevens een voorwaardelijke gevangenisstraf voor de man, maar hiertoe zag de rechter geen aanleiding. J. was niet aanwezig bij de uitspraak. (bron: Alblasserdamsnieuws.nl) ■

Tandartspraktijk Citadel moet sluiten

HEEMSKERK - Tandartspraktijk Citadel in Heemskerk moet sluiten. Tijdens een bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is gebleken dat de kwaliteit van de zorg tekort schiet. Er is vooral te weinig aandacht voor infectiepreventie.

De IGZ bracht in april een onverwacht bezoek aan de praktijk, nadat er onlangs een nieuwe eigenaar is gekomen. Geconstateerd werd dat er in de sterilisatiekamer geen scheiding tussen schoon en vuil is, dat instrumenten niet op de juiste wijze gesteriliseerd worden en dat van

niet alle medewerkers duidelijk is of ze ingeënt zijn tegen hepatitis B. Daarnaast trof de IGZ in de praktijk ampullen aan van een geneesmiddel dat niet in Nederland geregistreerd staat en die bovendien over de datum waren. Ten slotte heeft de praktijk geen klachtenregeling en zijn de patiëntendossiers niet bijgewerkt.

Het bevel tot sluiting van Tandartspraktijk Citadel is ingegaan op 24 april 2012. De praktijk mag pas weer open als de inspectie heeft kunnen vaststellen dat er verantwoorde zorg geleverd kan worden. (bron: IGZ) ■

Patiënt minder naar tandarts bij hogere prijzen

AMSTERDAM - Sinds de invoering van vrije tarieven buitelen de onderzoeken naar het consumentengedrag over elkaar heen. Recente gegevens van ING en tandpastamerk Sensodyne laten interessante cijfers zien.

Uit een peiling over tandartskosten van het ING Economisch Bureau blijkt dat slechts 4% van de tandartspatiënten de prijs het belangrijkste vindt bij de keuze voor een tandarts. Voor de helft geeft de kwaliteit de doorslag. Pas bij een kostenverschil van 200 euro stapt 56% van de ondervraagden over. Ook overweegt 44% bij een dergelijke kostenstijging helemaal niet meer naar de tandarts te gaan. Behalve aan kwaliteit hechten patiënten bij de keuze voor een tandarts waarde aan 'prettig contact' en 'bekendheid met de tandarts'.

De meerderheid (56%) van de Nederlanders kan niet zeggen of de tandartstarieven dit jaar gewijzigd zijn en slechts 8% kent



Foto: Dana Rothstein/Dreamstime.com.

Inkomen en leeftijd zijn van invloed op tandartsbezoek. De tandarts wordt vaker dan gemiddeld overgeslagen door huishoudens met een benedenmodaal inkomen (33.000 euro): van hen gaat 25% nooit. Daarnaast gaat 28% van de 65-plussers niet naar

heeft dit niets te maken met de verwachte tariefstijgingen. "We zien elk jaar een terugval in de eerste maanden van het jaar. Het is afwachten wat de maanden maart en april laten zien," aldus de woordvoerder. De angst voor een te hoge tandartsrekening is volgens het NMT vooralsnog onnodig: "Tariefstijgingen blijken nog nergens uit."

Bijna de helft van de ondervraagden in het onderzoek van Sensodyne zegt alleen extra zorg aan het gebit te besteden vlak voor een bezoek aan de tandarts. Als ze hun tanden moeten beoor-

Pas bij een kostenverschil van 200 euro stapt 56% van de ondervraagden over

precies de hoogte van de nieuwe tarieven van hun tandarts. 2% heeft een vergelijkbare gemaakt van de kwaliteit en kosten van verschillende tandartsen. Een op de zes (17%) wil dat nog gaan doen, maar de overgrote meerderheid (76%) is dat niet van plan. De geringe belangstelling voor de tarieven heeft mogelijk te maken met het feit dat drie kwart van de ondervraagden aanvullend verzekerd is tegen tandartskosten. De kosten komen dan niet (helemaal) voor rekening van de patiënt, waardoor zij er mogelijk minder rekening mee houden.

de tandarts, terwijl dit cijfer voor de gehele Nederlandse bevolking 14% bedraagt.

Het onderzoek dat Sensodyne liet doen naar het tandartsbezoek van Nederlanders wijst uit dat een derde deel van de ondervraagden minder naar de tandarts zegt te gaan als de kosten zullen stijgen. Zij willen het controlebezoek vervangen door beter te poetsen.

Volgens de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT) hebben in januari en februari minder mensen de tandarts bezocht dan in de laatste maanden van 2011, maar

Kwaliteit geeft bij keuze voor tandarts de doorslag

delen, geven Nederlanders hun gebit een rapportcijfer van 6,7. Een op de vijf geeft het eigen gebit een onvoldoende. "Dat betekent dat er voldoende werk aan de winkel is voor de tandartsen," stelt het NMT. (bronnen: ING, Spits) ■

In de praktijk

Humor nieuw middel tegen tandartsangst



“Tandartsen en orthodontisten moeten meer samenwerken”

Interview met Bas Njio, ‘officieus’ orthodontist



TEKST: LAURA VAN DEE
FOTO'S: KEES WOLLENSTEIN

Bas Njio schreef zich in 2006 uit als orthodontist en staat nu geregistreerd als algemeen practicus, ook al voert hij uitsluitend orthodontische behandelingen uit. Hij werkt in twee orthodontiepraktijken in Leiden en Voorschoten die zich speciaal richten op volwassenen. Daarnaast geeft hij regelmatig onderwijs en lezingen en adviseert hij tandartspraktijken over de implementatie van orthodontie in hun praktijk. Dental Tribune vroeg Njio naar zijn beslissing om zich uit te schrijven als orthodontist en sprak met hem over een aantal actuele kwesties in het roerige veld van de orthodontie.

Waarom heeft u zich destijds gespecialiseerd in de orthodontie?

Orthodontie is positief werk. In de reguliere tandheelkunde worden problemen vaak achteraf opgelost, terwijl een orthodontist altijd vooruit denkt en een plan maakt. Bovendien houd ik van contact met patiënten en een orthodontist heeft veel interactie met de patiënt. De patiënt bepaalt bij mij zelfs mee hoe het eindresultaat wordt.

Wat is de interessantste recente ontwikkeling op het gebied van de orthodontie?

Eigenlijk gebeurt er niet veel meer op het gebied van de orthodontie. De belangrijkste technische innovaties zijn al gedaan. Ik denk dan aan witte slotjes en draden, en aan digitale fotografie en röntgenapparatuur. Ik denk dat de grootste ontwikkeling is dat patiënten steeds meer waarde hechten aan esthetiek. Meer en meer volwassenen nemen een beugel omdat ze een mooi gebit

willen. Onzichtbare beugels worden almaar populairder, terwijl het ontwerp van bijvoorbeeld de onzichtbare Invisalignbeugel al jaren bestaat.

Daarnaast wordt de informatiestroom naar de patiënt steeds groter. In onze praktijk proberen we patiënten zo goed mogelijk in te lichten via onze website. Vooraf sturen we de patiënt een consult PDF-bestand met informatie over de behandeling.

Waarom had de politiek het de afgelopen jaren op de orthodontisten gemunt, denkt u? In 2011 werden de orthodontistentarieven op last van de NZa met 16% verlaagd.

De overheid wilde dat de beugel goedkoper werd, maar ik weet niet waar dat op gebaseerd is. Zaken als ‘norminkomen’ en ‘praktijkomzet’ werden aangehaald, maar de essentie is dat de overheid orthodontisten het licht in de ogen niet gunt. Als een jurist of een ondernemer veel verdient, hoor je daar niemand over. Natuurlijk moet erop gelet worden dat de kosten niet exponentieel stijgen, maar de laatste jaren is de regulering doorgeslagen. Uit enquêtes blijkt bovendien dat patiënten over het algemeen heel positief zijn over hun orthodontist. Als ze niet tevreden zijn, gaan ze wel naar een ander. Wachtlijsten zijn er niet meer en reisafstanden zijn in Nederland altijd beperkt.

Bent u blij met de invoering van de vrije tarieven? Orthodontisten hebben er dankbaar gebruik van gemaakt om hun prijzen te verhogen.

De vrije tarieven zijn zeker een goede ontwikkeling, maar de ma-

nier waarom ze ingevoerd zijn kan beter. Nu wordt nog vastgehouden aan de itemprijzen, waardoor de ruimte voor innovatie even beperkt is als voorheen. Orthodontisten moeten nog steeds per item een prijs vaststellen en alle items doorlopen. Anders loopt de patiënt de vergoeding van de verzekering mis.

“De tarieven mogen hetzelfde zijn, maar geen 20% verschil de verkeerde kant op”

De meeste orthodontisten doen dit dan ook, maar ik niet altijd. Het gevolg van het weglaten van items is dat ik andere items duurder moet maken om toch op hetzelfde eindbedrag uit te komen. Het zou beter zijn als er gewerkt wordt met eenheidsprijzen voor een hele behandeling, zodat er echte innovatie kan plaatsvinden. Verder is een ernstige beperking dat het een kortdurend experiment is dat opeens afgelopen kan zijn. Je kunt als ondernemend tandarts niet te veel veranderen, omdat je misschien ineens teruggefloten wordt.

Vrije tarieven of niet, de prijs van een beugel is nog steeds veel lager dan een jaar of tien geleden. Hoe verklaart u de prijsdaling?

De orthodontietarieven zijn de afgelopen jaren op last van de overheid sterk verlaagd. Na de invoering van de vrije tarieven zijn ze weer iets gestegen, maar nog lang niet naar het oude niveau. Zelfs nu de prijs 10% gestegen is ten opzichte van december vorig jaar, ligt hij nog steeds 20% onder het tarief van drie jaar geleden. Toen kostte een beugeltraject van anderhalf tot twee jaar 2800 euro, nu 2200 euro. Het moeilijke aan

het vergelijken van orthodontietarieven is dat ze complex zijn. Ze bestaan uit meerdere componenten en herhalingsbezoeken. Een eenmalige intake lijkt prijzig, maar als een andere orthodontist meerdere intakes doet voor een lagere prijs per keer, ben je misschien zelfs duurder uit.

U liet zich in 2006 met een flink aantal collega's uit het BIG-register schrijven omdat de tandartstarieven hoger lagen dan die van orthodontisten. Sinds de invoering van de vrije tarieven kunt u als orthodontist hetzelfde tarief rekenen. Gaat u zich opnieuw inschrijven?

De essentie van mijn uitschrijving was niet de hoogte van de tarieven, maar dat orthodontisten als minder beschouwd werden dan tandartsen. Ik heb mij dat persoonlijk erg aangetrokken. Tandartsen kregen destijds 20% meer betaald voor kwalitatief minder goed werk. Dat laatste is wetenschappelijk bewezen. Bovendien hadden zij de keuze om moeilijke, complexe behandelingen door te schuiven naar de specialist. De tarieven van tandartsen en orthodontisten mogen wat mij betreft hetzelfde zijn, maar er mag geen 20% verschil zijn de verkeerde kant op. Mijn praktijk is gelegen in het westen van het land vlakbij een station, heeft ruime openingstijden en wil goede materialen gebruiken. Onze uitschrijving uit het BIG-register was een signaal aan de beroepsorganisaties en de overheid: wat er nu gebeurt is niet

goed voor het vakgebied. Door onze uitschrijving nam het aantal orthodontisten in één klap met een derde af. Helaas kwam er geen enkele reactie vanuit de beroepsgroep. Overigens werkten wij na de uitschrijving nog steeds volgens het lagere orthodontistentarief. Het ging ons dus niet om het geld, maar om het principe.

Krijgt u er weleens vragen over dat u niet als orthodontist in het BIG-register staat?

Nee, nooit. Vorig jaar heb ik samen met de Consumentenbond onderzoek gedaan naar de bekendheid van het begrip ‘orthodontist’. Een derde van de ondervraagden dacht dat hij door een orthodontist behandeld was, terwijl de behandelaar een tandarts was. Bij mij is het juist andersom. Orthodontisten doen niet genoeg aan hun bekendheid. Zij zijn nauwelijks actief op social media als Twitter en Facebook. Zelf twitter ik wel, maar ik ben zowat de enige. Ik vind het fijn om als tandarts bekend te zijn, want met orthodontisten heb ik niets meer. Ze zoeken te weinig aansluiting bij de tandartsen. Zelf werk ik wel veel samen met tandartsen. Ik krijg regelmatig een patiëntstatus en foto's doorgestuurd, waar ik dan advies over geef.

Als u het in de politiek voor het zeggen zou hebben, hoe zou u de wetgeving voor tandheelkundige – en specifiek orthodontische – zorg dan aanpassen?

De overheid, verzekeringen en orthodontisten moeten in actie komen en een indicatiesysteem



GEGARANDEERDE **PRECISIE***, ÉN **FLEXIBILITEIT!**

Geen compromissen meer – de CAD/CAM-oplossing van het **Straumann® CARES® System 7.0** biedt u zowel consistente, esthetisch hoogwaardige restauraties via de Straumann® gevalideerde workflow als de keuze voor het werken met een open platform voor het versturen van STL-files.

STRAUMANN® CARES® SYSTEM 7.0: IT'S TIME GO DIGITAL!

A composite image featuring a smiling man in a light grey shirt on the left, holding a large green power button icon. The background is a modern dental laboratory with white curved workstations, a computer monitor displaying a 3D dental model, and a dental chair. Green wavy lines and a trail of small yellow squares connect the man's icon to the digital workflow in the lab.

Neem contact op met Straumann: 030-600 8900 verkoop@straumann.com www.straumann.nl

* Uitsluitend voor een gevalideerde workflow. Onder precisie wordt verstaan dat de restauratie in overeenstemming is met de ontwerpdata die door de tandtechnicus zijn aangeleverd.



COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

> vervolg van pagina 4

voor noodzaak van behandeling ontwikkelen. Concepten voor dergelijke indicatorsystemen bestaan al. Het is achterhaald dat een persoon met één scheve tand dezelfde beugel en dezelfde vergoeding krijgt als iemands wiens hele gebit schots en scheef staat. Ik ben een voorstander van het Noorse verzekeringsmodel, dat uitgaat van een gevalideerd meet-systeem. In dit systeem wordt de patiënt ingedeeld in groepen. Een vanwege medische noodzaak geplaatste beugel wordt voor 100% vergoed en een deels noodzakelijke beugel voor 50%. Bij een cosmetische aanleiding betaalt de patiënt de beugel zelf. De orthodontist rubriceert zijn patiënten in groepen en een overheidsorgaan controleert dat af en toe.

Op die manier worden ook de kosten voor de verzekeraars gereduceerd en dat is van belang, want het huidige systeem is onbetaalbaar. Mensen verzekeren zich als ze een beugel krijgen en stoppen na de behandeling de verzekering weer. Een orthodontieverzekering levert meer op dan erin gestopt wordt. Deze situatie zal binnen vijf jaar verleden tijd zijn.

Mijns inziens is het verzekeren van je gebit sowieso achterhaald. Voor ongelukken met tandshade krijgen mensen een vergoeding uit de basisverzekering. De rest van de kosten komt voornamelijk door verwaarlozing van het gebit. Het lijkt me niet meer dan logisch dat de patiënt dit soort schade zelf betaalt.

Is er tijdens de opleiding tandheelkunde genoeg aandacht voor orthodontie, zodat de tandarts ermee overweg kan?

Ik vind van niet. Wie nu afstudeert in de tandheelkunde, weet bijna niets van orthodontie, mede doordat de orthodontie erg verbreid is. Dat moet zeker veranderen, want het is uitgesloten dat orthodontisten iedereen kunnen behandelen. 30-50% van de orthodontie in Nederland wordt momenteel door algemeen prac-

dat ze allemaal met een perfect gebit op de eindfoto van groep acht willen. In Nederland is het streven naar perfectie heel hoog. In bijvoorbeeld Spanje, Italië en Frankrijk zie je veel meer gebitten die niet helemaal recht staan.

Heeft u er iets op tegen dat er zo veel orthodontie plaatsvindt?

Ja, want de patiënt wordt opgezaald met de illusie van een perfect gebit. Een perfect gebit is biologisch niet houdbaar. Tandartsen en orthodontisten moeten daar wel over nadenken. Collega-tandartsen vragen mij regelmatig om advies over hun patiënten en de helft van de keren raad ik orthodontie af. Veel patiënten hebben eigenlijk geen beugel nodig. Maar 'nodig' is een moeilijk begrip. In de orthodontie gaat het voor een groot gedeelte om esthetiek.

Is het niveauverschil groot tussen orthodontisten en tandartsen die orthodontische handelingen verrichten?

In mijn regio zie ik geen grote niveauverschillen tussen orthodontisten en tandartsen die orthodontie beoefenen, onder andere omdat de onderlinge lijnen kort zijn. Veel tandartsen hebben nascholing bij onze praktijk gevolgd en vragen orthodontisten regelmatig om advies. Als tandartsen vastlopen, neem ik soms de behandeling over. Het gaat dan om de patiënt, die geholpen moet worden. In onze regio is dat normaal, maar ik weet dat in andere regio's orthodontisten helemaal niet met tandartsen communiceren, omdat ze elkaar als concurrenten zien. De patiënt is hiervan de dupe.

Het is belangrijk dat tandartsen die orthodontie beoefenen, regelmatig nascholing volgen en actieve orthodontische coaching hebben in hun praktijk. Dat gebeurt lang niet altijd. Tegenwoordig werken er bij grote tandartspraktijken vaak wel een paar mensen die veel van orthodontie weten. Tandartsen vragen dan eerst hun collega om hulp en consulteren dan pas een orthodontist.

heden van orthodontie? Wanneer moet een behandeling starten? De volgende stap is het volgen van praktijkgerichte cursussen waarin de tandarts orthodontische behandelingen leert. Het duurt zeker drie tot vijf jaar tot de tandarts zelfstandig orthodontie kan beoefenen.

Een tandarts moet vervolgens twintig tot veertig orthodontische patiënten per jaar hebben om het werk aantrekkelijk te houden en genoeg ervaring op te doen. Daarnaast zijn er praktische zaken die geregeld moeten worden: de tandarts moet twee dagdelen per week voor orthodontie vrijhouden, er moet speciale apparatuur gekocht worden, et cetera. Als je dat niet doet, blijft het hobbyisme en dat moet je de patiënt vooraf vertellen.

Zijn er tandartsen die de orthodontie niet aankunnen?

Zeker. Een behoorlijk aantal tandartsen proeft ervan, doet het een tijdje en ziet dan toch te veel beperkingen. Het kost een jaar om de orthodontiehandelingen af te bouwen. Soms dragen ze het werk, als ze in de buurt wonen, ook over aan ons. Orthodontie kost veel meer tijd, energie en regelwerk dan tandartsen van tevoren vaak denken.

Wat is de ideale leeftijd om een beugel aan te brengen?

Het ideale moment om een beugelbehandeling te overwegen is in het algemeen midden in de wisseling. Het is per kind verschillend wanneer dit is: bij sommige kinderen op hun achtste, bij andere kinderen pas op hun dertiende. Als er functionele problemen zijn, zoals een scheve beet of een verkeerde kaakgroei, moeten die natuurlijk eerder worden opgelost.

Wat is volgens u de beste retentiemethode?

Dat verschilt per persoon. Als ik van tevoren weet dat een kind geen losse retentie gaat dragen, is vaste retentie de beste methode. Als iemand moeite heeft met poetsen, geef ik diegene geen vaste retentie. Bij volwassenen combineer ik vaak retentiemethodes, omdat het kostenaspect minder speelt. Ik maak dan bijvoorbeeld in de bovenkaak een spalk en ik geef een nachtbeugel. Na een jaar kunnen ze er dan voor kiezen om of de spalk te laten weghalen of geen nachtbeugel meer te dragen.

Is retentie altijd nodig?

Ook al blijven gebitten na een beugelbehandeling soms heel stabiel, retentie is altijd nodig. Patiënten willen tegenwoordig immers graag hun perfecte tanden behouden, misschien wel te graag. Ik vind dat de tandarts er rekening mee moet houden dat ook perfecte gebitten zullen veranderen. Een tandarts moet iemand die op zijn twintigste een volmaakt gebit heeft, aanraden om retentie te gaan dragen. Als een tandarts zulke mensen een retainer geeft die ze een keer in de maand moeten dragen, kan hij er achterkomen of hun gebit verandert en op tijd ingrijpen. Over vijf jaar is dat gewoon geworden.

Ik voorspel dat de onderhoud van retentie een groeiend pro-



bleem wordt. Er zijn steeds meer mensen met een beugel en daarom steeds meer mensen met retentieapparatuur. Spalkjes worden vies en laten soms los: wie doet het onderhoud? Ik denk dat er speciale mondhygiënist komen die retentieapparatuur onderhouden. Ook met hen moet de orthodontist veel meer samenwerken dan nu het geval is.

Ruim 45% van uw patiënten is volwassen. Wat vindt u leuk aan het behandelen van volwassenen?

Met volwassenen is meer interactie mogelijk dan met kinderen. De patiënten hebben zich meestal al goed ingelezen, waardoor we interessante gesprekken kunnen voeren over de behandeling. De ergste gebitsproblemen zijn bij volwassenen meestal al opgelost en ze willen vaak een beugel om esthetische redenen. In een jaar kun je veel bereiken met een beugel en ik zie regelmatig dat een patiënt compleet veranderd, ook mentaal, de deur uitgaat.

Ook de techniek is bij volwassenen complexer, dus uitdagender. Bij de behandeling van volwassenen kan een orthodontist echt laten zien dat hij snapt hoe beugelmechanica werkt.

Hoe komen patiënten bij u terecht?

De meeste patiënten in de praktijk waar ik werk worden doorverwezen door hun tandarts. Ruim een derde komt tegenwoordig op eigen initiatief. Het komt voor dat zij een patiënt van mij met een beugel tegenkomen op straat en vragen waar die beugel vandaan komt. Een deel van mijn patiënten komt uit de regio, maar ik heb ook een aanzienlijk aantal patiënten uit de rest van het land en zelfs uit bijvoorbeeld België en Duitsland. In heel Europa, behalve in Engeland, is orthodontie duurder dan hier. De goedkope orthodontie in Engeland betreft overigens alleen de orthodontie van de National Health Service – het Engelse Ziekenfonds – en die

gebruikt door hoge kostendruk vaak verouderde technieken. Privéklinieken zijn daar juist veel duurder dan in Nederland. Door onze ligging vlakbij Schiphol krijgen we regelmatig patiënten uit Engeland over de vloer, die voor ons in het vliegtuig zijn gestapt.

In Nederland moeten we accepteren dat als je meer geld betaalt, je ook in een nettere kliniek behandeld kan worden. Ik denk dat dat goed is. Er is goede basale zorg voor mensen die er niet veel geld voor over hebben. Mensen die meer willen, moeten meer betalen. Wij bieden ondermeer service in de vorm van volwassenenuren tussen 07.00 en 09.00 uur. 's Avonds is onze praktijk tot 19.00 open.

Onzichtbare beugels zijn tegenwoordig erg populair. Een nadeel van dergelijke beugels is dat ze duur zijn en niet altijd het gewenste resultaat geven. Hoe denkt u hierover?

Ik gebruik niet de Invisalign, de bekendste onzichtbare beugel, maar een onzichtbare vacuüm gevormde beugel die daarop lijkt. Dat doe ik omdat Invisalign zich in mijn optiek met haar marketing te veel op de patiënt richt. Soms willen patiënten graag een vacuüm gevormde en wil ik dat verzoek in, maar ik gebruik zelf liever witte slotjes en draden. Die zijn ook nauwelijks zichtbaar. Bovendien zijn ze veel goedkoper, werken ze efficiënter en is het resultaat beter.

Als patiënten echt een onzichtbare beugel willen, gebruik ik de linguale beugel. Die is even duur als een vacuüm gevormde beugel, zit aan de binnenkant van de tanden en kan een beter resultaat behalen op kortere termijn. Ik heb nu zelfs drie kinderen als patiënt die een linguale beugel hebben. Eén van hen speelt in een televisieserie en een ander doet een acteeropleiding. Daarom is de onzichtbaarheid van de beugel voor hen belangrijk. Bij de derde is de beet heel diep, dus dan is

“Het huidige verzekeringssysteem voor orthodontie is onbetaalbaar”

tici gedaan. Tandartsen moeten daarom weten wat orthodontie kan doen en wanneer het nodig is. Daar hebben ze, zeker recent afgestudeerde tandartsen, vaak moeite mee. Oudere tandartsen kennen dikwijls de nieuwste technieken niet meer. Daarom is overleg belangrijk.

Nederland kent 260 orthodontisten. Zijn dat er voldoende?

Als alle orthodontie door orthodontisten moet worden gedaan, zijn dat er veel te weinig. Maar ik heb het idee dat er een goede balans is tussen orthodontisten en tandartsen. Er zijn nauwelijks wachtlijsten en er is een goede doorstroom. Je kunt je afvragen of er niet te veel aan orthodontie wordt gedaan in Nederland. Veel kinderen hebben een beugel, om-

Hebben consumenten tegenwoordig andere eisen dan vroeger?

Patiënten zijn kritischer geworden over hun gebit en hechten veel waarde aan esthetiek. In het verleden waren patiënten al tevreden als de behandeling afgelopen was en hun beugel eruit mocht. Nu vragen ze me na afloop van de behandeling om hun tanden te bleken of oude vullingen te vervangen.

Wat zijn de belangrijkste punten waar een tandarts rekening mee moet houden als hij orthodontische handelingen wil gaan verrichten?

Om te beginnen moet een tandarts nascholing volgen om kennis op te doen. Wat zijn de mogelijk-

de linguale beugel technisch een handige oplossing voor in de onderkaak.

Prof. dr. Anne Marie Kuijpers-Jagtman, hoogleraar Orthodontie aan de RU Nijmegen, stelt dat er binnen orthodontie te weinig aan evidence based werken wordt gedaan. Bent u het hiermee eens?

Evidence based werken is het stokpaardje van haar generatie hoogleraren. Zowel binnen de economie, de rechtsgeleerdheid als de tandheelkunde. Inderdaad moet er meer evidence based gewerkt worden. Kuijpers-Jagtman vindt dat mensen zich er meer van bewust moeten zijn dat een gebit niet eeuwig perfect blijft. De wetenschap leert ons dat tanden niet altijd recht blijven staan.

Kuijpers-Jagtman heeft ook gepubliceerd over systemen voor behandelingsnoodzaak en bijwerkingen van orthodontie. Het beste is om eerst te kijken of de natuur het probleem niet oplost. Niet elke scheve tand hoeft rechtgezet te worden.

U heeft zich in het verleden regelmatig ingezet voor kwaliteitsverbeteringsprojecten. Doet u dit nog steeds?

Nee. Er is geen animo meer voor dergelijke projecten. De projecten waar ik me voor heb ingezet, werden meestal gefinancierd door individuele orthodontiepraktijken, maar die kunnen dat geld niet meer missen na de tariefverlagingen. Eind jaren negentig werkte ik vanuit de afdeling Orthodontie van ACTA mee aan het Europees Orthodontisch Kwaliteitsproject - EURO-QUAL - dat een internationaal kwaliteitssysteem ontwikkelde. Tijdens dat project werden bijvoorbeeld patiëntenquêtes en klinische kwaliteitsindicatoren opgesteld. Een aantal van de elementen die wij toen bedacht hebben, zijn opgenomen in kwaliteitssystemen in verschillende Europese landen. De vragenlijsten voor patiënten en andere onderdelen in de visitatiesystematiek van orthodontisten komen voort uit het EURO-QUAL project.

“Een tandarts moet er rekening mee houden dat ook perfecte gebitten zullen veranderen”

Houdt u zich op een andere manier bezig met kwaliteitsverbetering?

Ik werk nog wel aan interne kwaliteitsverbetering. In onze praktijk draait een kwaliteitssysteem dat is gebaseerd op het EURO-QUAL project. Op regelmatige basis bezoek ik zes tandartspraktijken waar ook aan orthodontie gedaan wordt. Ik begeleid tandartsen bij moeilijkere orthodontische behandelingen en ik kijk ook naar praktische verbeterpunten. Als een tandarts bijvoorbeeld op een middag veel orthodontiepatiënten krijgt, is het praktischer als hij zijn assistente de patiënten uit de wachtkamer laat halen, in plaats van dat hij zelf elke keer op

en neer loopt. In deze extra tijd kan hij met mij dan de behandeling evalueren.

Zulke bezoeken inspireren mij ook. Tandartsen zijn bijvoorbeeld verder op het gebied van infectiepreventie dan orthodontisten en ik probeer hun niveau te evenaren. Soms kom ik ideeën tegen die ik zelf ook in mijn hoofd had en dat bevestigt dan dat ik op de goede weg ben.

Ook op internationaal niveau werk ik nog aan kwaliteitsverbe-

tering. Buitenlandse praktijken willen graag weten hoe wij zo efficiënt werken. Efficiëntie is bij ons meer een noodzaak dan bij hen. De tarieven liggen in ande-

“In heel Europa, behalve in Engeland, is orthodontie duurder dan hier”

re landen vaak twee keer zo hoog, waardoor mondprofessionals met de helft van het aantal behandelingen evenveel geld verdienen. Aan de andere kant bewonder ik de individuele aanpak van buitenlandse orthodontisten. In onze praktijk proberen we ook zo individueel mogelijk te werken.

Wat hoopt u dat er in de toekomst gaat veranderen op het gebied van de orthodontie?

Op technisch gebied ontbreekt er nagenoeg niets - misschien zal er een lijm zijn die wat sneller droogt, beugels kunnen door scans op maat gemaakt worden - maar er zullen geen wezenlijke veranderingen optreden. Het belangrijkste is dat orthodontisten, tandartsen en mondhygienisten meer over de grens van hun vakgebied gaan kijken en moeilijke vraagstukken samen oplossen. Maar daar moet dan wel ruimte voor gecreëerd worden. ■



Heraeus

Venus® Pearl	Venus® Diamond	Venus® Diamond Flow	Venus® Bulk Fill	Venus® Supra
--------------	----------------	---------------------	------------------	--------------

Venus® Pearl composiet

Meer dan alleen esthetisch





Heraeus presenteert een nieuwe standaard: Venus® Pearl universeel nanohybride composiet.
Voor duurzame restauraties van ware schoonheid.

- Soepele, niet plakkende consistentie - buitengewoon precies te modelleren
- Superieure fysieke eigenschappen waaronder lage krimpspanning en hoge buigsterkte
- Geraffineerde kleuradaptatie

Venus® Pearl - uw keuze voor duurzame esthetiek.

Heraeus Kulzer Benelux B.V. • T +31 (0)23 543 42 50 • info-benelux@heraeus.com • www.heraeus-venus.com

Venus®

De nieuwe esthetiek.

Orthodontische behandeling – Soms is vroeg beslissen handig!

TEKST EN FOTO'S: BAS NJIO

INLEIDING

In de laatste decennia is de mondgezondheid geoptimaliseerd door betere voorlichting. Omdat de gebitsbewustheid van de Nederlandse bevolking groeit, is behoud van het eigen gebit gewoon geworden. In de dagelijkse praktijk is duidelijk te merken dat de acceptatie van biologische imperfecties daalt. Door al deze invloeden is de vraag naar orthodontie in twintig jaar sterk gestegen. Orthodontische inzichten en behandelingstechnieken groeien met gelijke tred. Er is dus heel veel mogelijk, behandelingen zijn kostentechnisch zeer bereikbaar en de wens van de patiënt – rechte tanden – is hooggespannen.

Als voordelen van een vroege orthodontische behandeling worden in de literatuur en op professionele websites beschreven:

- Verbeterd zelfbeeld
- Beter en stabiel resultaat
- Minder uitgebreide resterende behandeling
- Minder kans op trauma, wortelresorptie en decalcificatie

Aan de deskundige professional (tandarts, orthodontist, mondhygiënist/mondzorgkundige) is de belangrijke taak af te wegen in hoeverre deze positieve aspecten van orthodontie voor de individuele cliënt gelden. Deze afweging is een complex proces. Daarbij moeten vóór- én nadelen van orthodontische behandeling wor-

den uitgelegd en in het individuele perspectief worden gebracht door de betreffende professional. Er zijn steeds meer spelers in het werkveld die de patiënt van informatie voorzien. Wie daarin het voortouw neemt, is sterk afhankelijk van de lokale, en zelfs individuele omstandigheden.

ORTHODONTISCHE BEHANDELINGSNOODZAAK

Als we willen (be)handelen op basis van evidence based principes, zijn er verschillende aspecten in een ontwikkelend kindergebit die bepalen of een orthodontische behandeling overwogen moet worden. Als gedegen wetenschappelijk ondersteund instrument is de systematiek van de IOTN (later ICON) klinisch prima bruikbaar.^{1,2} Er is zelfs een Nederlandse vertaling gemaakt.³ Hierbij wordt uitgegaan van (het ontstaan van) problematiek in verschillende dimensies:

- Mist er een element? (impactie of agenesie?)
- Hoe is de verticale overbeet? (open / diep met gingivaal trauma?)
- Is er een kruisbeet? (is er een dwangbeet?)
- Hoe is de ruimteverdeling? (is er tekort / teveel?)
- Hoe is de horizontale overbeet? (is de lipsluiting goed?)

Als één van deze aspecten speelt, moet een ter zake deskundige behandelaar overleg plegen met de patiënt en diens ouders. Op basis

van deze professionele beoordeling wordt idealiter individueel afgewogen of een behandeling raadzaam is.

De deskundige zal dan rekening houden met:

- De probleemstelling ten opzichte van de normale ontwikkeling;
- De verwachte herstelbaarheid van de natuur zelf;
- De risico's van de behandeling;
- Een 'efficiënt' behandelingsproces;
- De kosten / baten van behandeling (of wachten);
- Eventuele bijwerkingen van een behandeling;
- De te verwachten stabiliteit van het resultaat.

'SECULAR TREND'

Door optimalisatie van voeding en vermindering van ziekten neemt de lengte van de bevolking toe. Ook start de puberteit iets vroeger. Dit verschijnsel wordt 'secular trend' genoemd.⁴ Het is niet ondenkbaar dat ook de gebitswisseling 'vervroegt'. De secundaire invloed op groei en ontwikkeling kan zodoende een vervroegend effect op orthodontische behandelingen hebben. Ook kan het zijn dat patiënten hierdoor eerder mee willen praten in het beslisproces, omdat zij op jongere leeftijd lichamelijk en mentaal volwassen worden.

WANNEER IN TE GRIJPEN?

Een orthodontische behandeling moet, gebaseerd op de beschikbare literatuur,^{1,2} direct worden overwogen bij constatering van de in tabel 1 genoemde afwijkingen.

Vroeg orthodontisch – interceptief – ingrijpen is dus onder andere te overwegen bij constatering van een geïmpacteerd element, een kruisbeet (in front of molaarstreek) en een grote overbeet met incompetente lipsluiting. Bij elke patiënt met deze afwijkingen moet evenwel een individuele afweging gemaakt worden van alle 'kosten en baten'. Protocollaire aanpak van dit soort afwijkingen gaat per definitie voorbij aan de individuele voorwaarden die per patiënt kunnen verschillen. Dat de patiënt duidelijk profijt moet hebben van een behandeling, alsmede dat de bijwerkingen beperkt dienen te

zijn, moet niet worden vergeten bij de informed consent-strategie.

WELKE BEHANDELINGSTECHNIEK?

Uitneembare apparatuur wordt steeds minder vaak toegepast. Dat komt ondermeer door technische vooruitgang in de vaste apparatuur. Daarmee is nauwkeuriger en selectiever de tandverplaatsing te besturen. Juist bij interceptieve behandelingen is dat kosten- en tijdsbesparend. Ook de beugelkrachten zijn zeer precies af te meten en driedimensionaal te richten, zodat de gewenste tandverplaatsing optimaal verloopt. Bijwerkingen zijn daardoor te minimaliseren. Voornoemde voordelen zijn er alleen als de behandelaar een breed biomechanisch inzicht heeft en toepast.

Een aantal voordelen van vaste apparatuur:

- De draagbaarheid (comfort) van vaste apparatuur;
- Beperkte behandelijd door efficiënte (3D) verplaatsing;
- Uitsluiten van co-operatie in het dragen van apparatuur;
- Uiterst nauwkeurige detaillering mogelijk in de eindfase.

VOORBEELDEN VAN BEHANDELINGEN

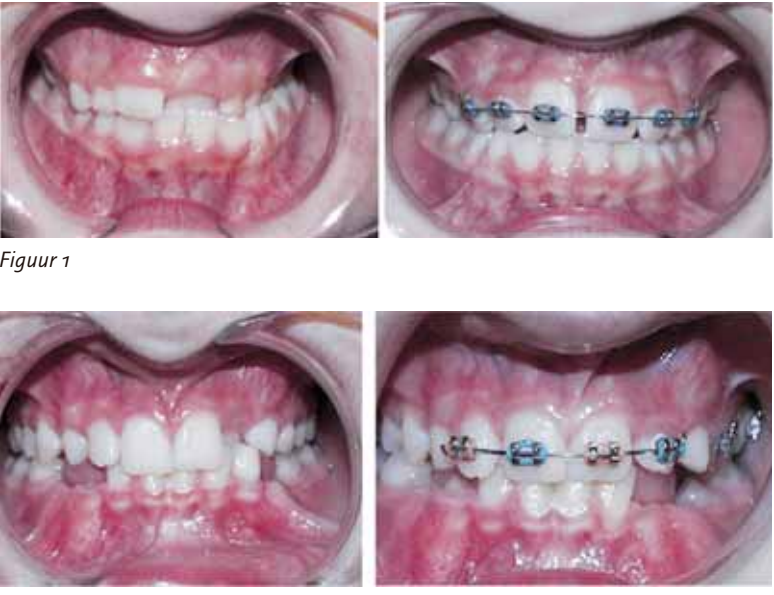
Voorbeeld 1:
Drie maanden met vaste apparatuur (geen beetverhoging nodig, geen transversale expansie). De frontocclusie is goed. Tevens is de transversale dwangbeet opgeheven met zes brackets en drie draden in vier maanden (figuur 1).

Voorbeeld 2:
Vier maanden met vaste apparatuur (zonder beetverhoging) – De kruisbeet 22 is opgelost met vier brackets en drie draden in drie maanden (figuur 2).

ZIJN EXTRACTIES TE VOORKOMEN?

Door voortschrijdend inzicht en de technische vooruitgang zijn extracties vanwege ruimtegebrek tegenwoordig in de meeste gevallen te voorkomen.

Een belangrijk aspect is dat een beugelbehandeling volledig is geaccepteerd. Het dragen van een buitenbeugel of vaste apparatuur wordt al lang niet meer als stigmatiserend beleefd. Zeker als de buitenbeugel gebruikt wordt in de leeftijd van de basisschool, in de periode van eruptie van de premolaren.



Figuur 1

Afwijking	Gevolg	Oplossing overwegen
Ontbrekend element in de boog	Foutieve doorbraak van omliggende elementen, impactie van het betreffende element	Openen van de ruimte ten behoeve van doorbraak bij impactie. Sluiten of openen van de ruimte bij agenesie
Diepe beet groter dan 80% van het onderfront bedekt	Kans op toekomstige beschadiging van palatinaal weefsel. Beperkte bewegingsvrijheid in articulatie	Correctie door uitgroei van (pre-)molaren faciliteren
Kruisbeet in het front, of bij de molaren	Dwangbeet, scheve groei, ruimtegebrek, slijtage. Soms gingivarecessie onderfront door ongunstige belasting	Correctie van de scheefstand (front), of expansie bij de molaren, zeker in geval van een dwangbeet
Ruimtetekort	Impactie, of scheefstand waardoor beperking van doorbrekende elementen	(Her)Winnen van ruimte met expansie, headgear, herstel van de boogvorm. Of extractie
Vergrote overbeet	Beperkte lipsluiting, mondademhaling, vergrote kans op trauma	Correctie tand en/of kaakstand

Tabel 1

Rekening houden met - MOCDO:

1. Missing teeth – Missen van elementen
Elementen die (nog) niet in de mondholtte zichtbaar zijn, als deze er volgens het normale ontwikkelingspatroon wel hadden moeten zijn.
Is er ruimte? Agenesie?

2. Overbite – Diepe beet en openbeet
Vaak dentaal en skeletaal, de groei en de musculatuur spelen een grote rol bij het ontstaan.
Is er bijtrauma? Tongpersen?

3. Crossbite – Kruisbeet
Veroorzaakt ruimtegebrek, beïnvloed groei (sagitaal/lateraal/verticaal), en slijtage.
Kunnen vaak in een vroeg stadium nog gemakkelijk worden opgelost.
Is er een dwangbeet? Slijtage?

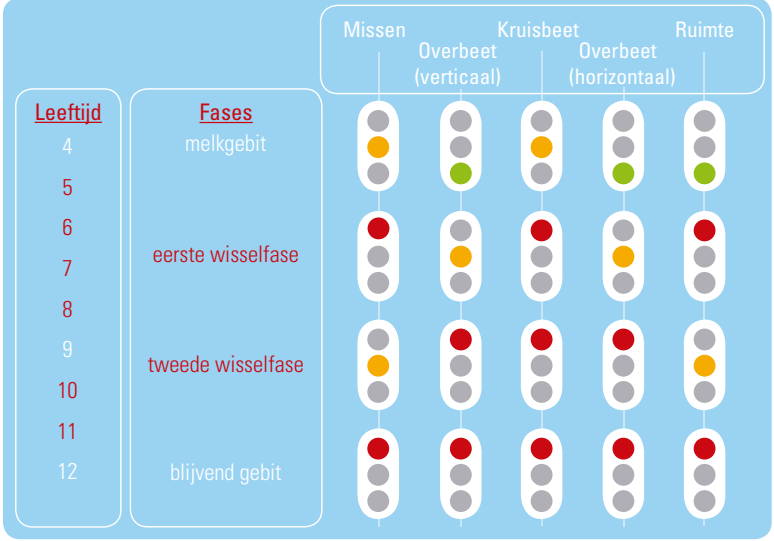
4. Displacement – Contactpunten
Geeft problemen bij doorbraak en esthetiek. Ook de reiniging wordt bemoeilijkt.
Kan het vanzelf verbeteren? Leeway space?

5. Overjet – Horizontale overbeet
Door het uitsteken van de bovenfront is er een kans op trauma en mondademhaling.
Kunnen de lippen sluiten? Ademhaling?

Het blijvende gebit

	Bovenkaak	Doorbreek
Centraal incisor	7-8 jaar	7-8 jaar
Laterale incisor	8-9 jaar	8-9 jaar
Hoekaars	10-11 jaar	10-11 jaar
Enkele kleine kies (premolair)	10-11 jaar	10-11 jaar
Tweede kleine kies (premolair)	10-11 jaar	10-11 jaar
Enkele grote kies (molaar)	11-12 jaar	11-12 jaar
Tweede grote kies (molaar)	11-12 jaar	11-12 jaar
Veranderende (derde molaar)	12-14 jaar	12-14 jaar
Onderkaak		
Centraal incisor	7-8 jaar	7-8 jaar
Laterale incisor	8-9 jaar	8-9 jaar
Hoekaars	10-11 jaar	10-11 jaar
Enkele kleine kies (premolair)	10-11 jaar	10-11 jaar
Tweede kleine kies (premolair)	10-11 jaar	10-11 jaar
Enkele grote kies (molaar)	11-12 jaar	11-12 jaar
Tweede grote kies (molaar)	11-12 jaar	11-12 jaar
Veranderende (derde molaar)	12-14 jaar	12-14 jaar

Altijd actie (= onderzoek, plannen, overleg) bij: Agenesie, doorbraakstoornis, kruisbeet met ruimtetekort, mesio-occlusie, open beet, crowding en impactie hoektanden, overjet >8mm.



Figuur 3 Orthodontie: waarom en wanneer?

Met optimale ondersteuning van de behandelaar is er in korte tijd (drie à vier maanden) veel ruimte te (her)winnen. Voorwaarden zijn wel dat de tweede molaren nog niet doorgebroken zijn en dat de apparatuur veel gedragen wordt.

Deze behandeling wordt in het algemeen vervolgd met vaste apparatuur. Daarbij geldt dat een juist gebruik van de mechanica veel belangrijker is dan het type apparatuur.

DISCUSSIE

Naast de sterk gegroeide technische mogelijkheden en de 'secular trend' is de sterk groeiende gebitsbewustheid een belangrijke drijfveer voor behandeling van gebitsproblemen. Orthodontie is daar geen uitzondering op.

Als een vroege – interceptieve – inzet van een orthodontische behandeling een vervolgbehandeling voorkomt of versimpelt, is dit waardevol en effectief. Zo is er bijvoorbeeld vaak de mogelijkheid extracties te voorkomen door een behandeling met een buitenbeugel (headgear). Die moet dan gestart zijn voordat de tweede molaren doorbreken. Een ander belangrijk aspect is het uitvoeren van de behandeling op een, voor optimale samenwerking, gunstige leeftijd. De ervaring leert dat de laatste klassen van de basisschool hiervoor uitermate geschikt zijn. Gewoonweg omdat de overstap naar de middelbare school tegenwoordig soms best een hectische tijd is. Op basis van deze uitgangspunten is altijd wachten 'tot-alles-is-gewisseld' achterhaald!

Er zijn diverse redenen die vroeg – interceptief – orthodontisch ingrijpen vanzelfsprekend maken.⁵ Het blijft echter essentieel voor elke individuele casus een afweging te maken. Daarbij moeten het gebit en de patiënt (en ouders) als geheel worden beoordeeld. Alleen een uiterst deskundig en ervaren behandelaar kan alle aspecten overzien. De orthodontist heeft de opleiding en daarmee het volledige overzicht om een goede kosten-batenafweging te kunnen maken.

Omdat een orthodontische – interceptieve – behandeling een behandeling op latere leeftijd kan voorkomen of vereenvoudigen, is nauwkeurige overweging bij de beschreven afwijkingen (tabel 1) altijd geïndiceerd. Als klinisch hulpmiddel is de Orthodontische Indicatiekaart ontwikkeld (figuur 3). Daarmee zijn de wetenschappelijk belangrijke probleemdimensies (onder acronym MOCDO (1-2)) op de horizontale as in relatie gebracht met de longitudinale ontwikkeling van een kindergebitt op de verticale as. Op die manier is zichtbaar gemaakt dat elke probleemdimensie in het gebit gedurende de jaren van gebitsontwikkeling een verschillende behandelingsnoodzaak kan hebben.

CONCLUSIE

Behalve de gebitsafwijking zijn diverse individuele aspecten bepalend voor de timing van een orthodontische behandeling. De uitvoering van de behandeling kan simpel zijn, maar de afweging over de behandelings-

noodzaak en timing kan alleen worden gemaakt door een professional met uitgebreide scholing en ervaring.

Door gebruik te maken van moderne communicatietechnologie is zeer efficiënte samenwerking tussen de tandarts, mondhygiënist/mondzorgkundige en orthodontist te bereiken. Het uitwisselen van beeld (Röntgen en fotografisch) alsmede andere informatie over de patiënt is tegenwoordig zeer eenvoudig. Zelfs zonder directe tussenkomst van

de patiënt zijn 'op afstand' behandelingsbeslissingen goed te ondersteunen. De orthodontische indicatiekaart kan daarbij behulpzaam zijn.

DANKWOORD

Met dank aan em. prof. dr. B. Prahlandersen voor de gedachteswisselingen die hebben geleid tot de ontwikkeling van deze publicatie. En aan prof. dr. Stephen Richmond voor de adviezen over de Orthodontische Indicatiekaart. ■

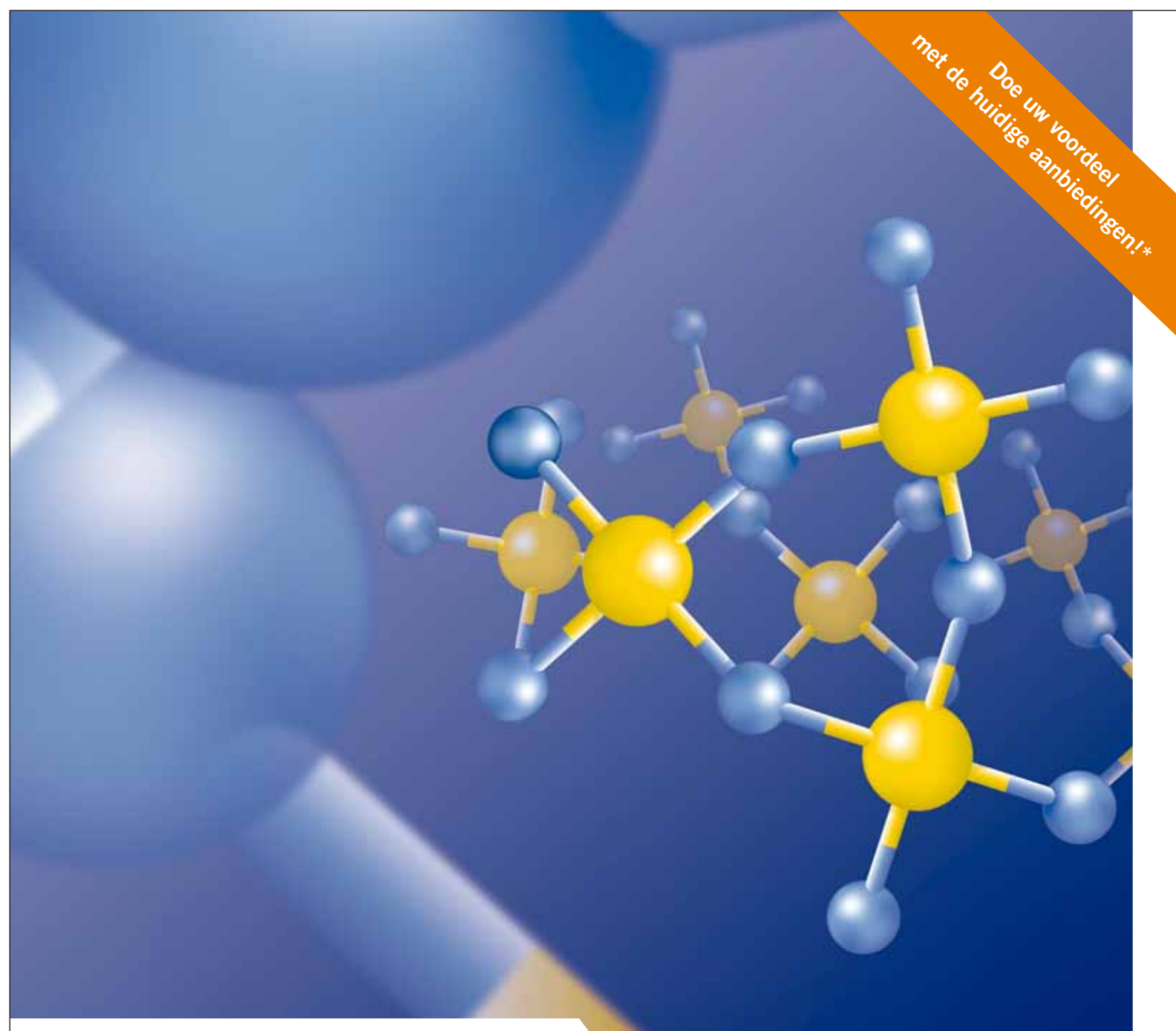
REFERENTIES

1. Brook PH, Shaw WC. The development of an index of orthodontic treatment priority (IOTN). Eur J Orthod 1989; 11: 309-320.
2. Daniels C, Richmond S. The development of the Index of Complexity, Outcome and Need (ICON). J Orthod 2000; 27: 149-162.
3. Kuijpers MAR, Kiekens RMA. Onderzoeksmethoden in de tandheelkunde 10. Het bepalen van de orthodontische behandelingsbehoefte. Ned Tijdschr Tandheelkd 2005; 112: 206-210.

4. Prahlandersen B, Kowalski CJ, Heyendaal PHJM, editors. A mixed-longitudinal interdisciplinary study of growth and development. London: Academic Press; 1979.
5. Kluemper GT, Beeman CS, Hicks EP. Early orthodontic treatment: What are the imperatives? JADA 2000, Vol 131:613-620.

AANBEVOLEN WEBSITES

www.beugel.nl, www.bos.org.uk, www.braces.org, www.aso.org.au, www.angle.org.



DUAAL. UNIVERSEEL. BETROUWBAAR.

Futurabond® DC

Het eerste dualhardende zelf-etsende bondingsysteem in *Single Dose*

- „All-in-one” universeel adhesief
- Met alle licht-, dual- en zelfhardende composieten te gebruiken
- Vocht tolerant
- Duurzame randaansluiting
- Vermindert postoperatieve gevoeligheid



* Alle actuele aanbiedingen vindt u onder www.voco.com



Bezoek ons op DentalVak 2012
Schrijf u in op:
www.dentalvak.nl



VOCO
THE DENTALISTS

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