27-04-2021

*Voorblad concept ‘Manifest orthodontische zorg in Nederland 2021’*

Beste collega’s en leden van de VTvO voor u ligt een belangrijk stuk dat ik heb geschreven om het domein van de orthodontie voor de algemene praktijk te behouden.

Dit naar aanleiding van de visienota orthodontist die dit najaar is gepubliceerd en die op alle fronten probeert de tandarts orthodontische behandelingen te ontzeggen.

Het is de bedoeling dat dit ‘manifest’ aangeboden wordt als ingezonden stuk aan de KNMT waarbij het, denk ik, uiterlijk twee weken voor de komende ledenraadsvergadering van 2 juli naar de KNMT gezonden moet worden. Er is dus haast geboden.

Mijn verzoek aan het bestuur is dan ook om het concept van dit manifest met voorblad, z.s.m. naar alle VTvO-leden te mailen.

Het is een concept, dus iedereen kan correcties indienen of suggesties doen voor aanpassing. De bedoeling is dat op een speciale ALV van de VTvO gestemd wordt over een definitieve versie.

Hieronder mijn andere verzoeken aan het bestuur van de VTvO;

-mee te werken aan mijn aanwezigheid bij het volgende overleg met de STS over de visienota orthodontist en mij de notulen van het overleg met de STS over de visienota te verschaffen en daarin volledige openheid van zaken te geven.

-een bijzondere ALV van de VTvO bijeen te roepen met als onderwerp de visienota orthodontist en het manifest. De ALV moet uiterlijk half juni plaatsvinden, teneinde een volledig standpunt te kunnen formuleren op de ALV van de KNMT. Anders kan het stuk niet meer meegenomen worden, als gemeenschappelijk standpunt van de VTvO-leden, bij de ingezonden stukken naar de ledenraadsleden van de KNMT.

-ook wil ik het bestuur er nogmaals op wijzen dat er geen beleid goedgekeurd is door de ALV en dat er daarom ook geen mandaat verleend is voor onderhandelingen of toezeggingen van welke aard dan ook. Het bestuur kan alleen iets ondernemen met last en ruggespraak van de ALV.

Met vriendelijke groeten, Wijnand de Vries.

*Concept*

‘**Manifest orthodontische zorg in Nederland 2021’**

Voorblad pag. 1

Inhoudsopgave pag. 2

1. Inleiding pag. 3
2. Wat kan men zien als kwalitatief goede orthodontische zorg? pag. 4

Vijf stellingen voor kwalitatief goede orthodontische zorg in Nederland

1. Opleidingen en titelgebruik pag. 5

1. De rol van de verzekeraars en de overheid pag. 6
2. Internationaal pag. 7
3. Reactie op de visienota orthodontist 2025 pag. 7-8
4. Missie en visie pag. 8
5. Oproep en actielijst pag. 8

Inleiding

Dit manifest is opgesteld naar aanleiding van, en als reactie op, de visienota orthodontist 2025 die in het najaar 2020 is gepubliceerd. Als de visienota orthodontist werkelijkheid zou worden zouden bijna alle orthodontische behandelingen uit de algemene praktijk verdwijnen. Dit is niet goed voor de orthodontische zorg en is een verdere uitholling van het vak van de tandarts algemeen practicus.

Dit manifest heeft als doel een betere invulling en organisatie van de orthodontische zorg in Nederland, nu en in de toekomst en is geschreven door tandartsen, voor alle tandartsen en tandheelkundig specialisten met interesse in orthodontie.

Om het heden te kunnen begrijpen en de toekomst te bepalen is het vaak nuttig om de geschiedenis te kennen.

In 1953 werd het specialisme orthodontie erkend in Nederland en in 1956 het specialisme kaakchirurgie. Dit voortvloeiend uit een steeds groter wordende behoefte uit de samenleving. Sindsdien is er veel veranderd. Kaakchirurgie heeft zichzelf als specialisme bewezen en doorontwikkeld, niet alleen door de opleiding tot basisarts te incorporeren maar ook door veelal in een multidisciplinaire setting vanuit klinieken te werken. Kennisdeling, samenwerking en communicatie met de tandarts algemeen practicus en andere disciplines in de zorg, is een vanzelfsprekendheid. Heden ten dage is het specialisme kaakchirurgie ongenaakbaar en boven elke twijfel verheven.

Orthodontische behandeling is van uitzondering in het verleden verworden tot gemeengoed tegenwoordig. Ongeveer de helft van de bevolking ondergaat op enig moment een orthodontische behandeling. De theoretische basis is in de loop der tijd nauwelijks veranderd. De praktijk wel. De industrie, globalisering en digitalisatie heeft de praktische informatie en het praktische werk makkelijker en toegankelijker gemaakt. De industrie faciliteert steeds meer de praktijkvoeringen en levert tegenwoordig prefab werk direct aan de behandelaar en zelfs aan de ‘consument’.

Orthodontische verrichtigen zijn geen voorbehouden handelingen. Dit gegeven en de reeds genoemde vereenvoudiging van de praktische handelingen, maakt verregaande delegatie mogelijk, hetgeen inmiddels de standaard is in orthodontiepraktijken. De uitkomst van de behandeling wordt niet enkel bepaald door de kennis en kunde van de behandelaar maar daarnaast in grote mate door de wensen en coöperatie van de patiënt zelf.

Orthodontisten, tandartsen en de industrie vechten om de gunst en de behandeling van de patiënt. Wat specialistisch werk is en wat in de algemene praktijk thuishoort wordt steeds meer een grijs gebied.

Wat kan men zien als kwalitatief goede orthodontische zorg?

Er zijn meerdere manieren om kwalitatief goede zorg te omschrijven en evt. te meten. Men kan bijv. refereren aan de professionele standaard, de wetenschappelijke standaard, de tevredenheid van de patiënt, andere indicatoren of een combinatie daarvan.

Met de omschrijving van ‘kwalitatief goede zorg’ wordt in dit manifest bedoeld;

‘ ***doelmatige*** *en* ***goed bereikbare*** *zorg waarvan zowel het traject als de* ***uitkomst*** *vooraf vaststaat en waar de patiënt tevreden mee is.’*

**De uitkomst**

De uitkomst waar een patiënt tevreden mee is wordt normaliter vastgelegd in een informed consent. Dit wordt steeds meer gemeengoed, mede omdat kostenbegrotingen boven de 250,- verplicht zijn. De meeste orthodontische behandelingen zijn duurder, dus moet er tegenwoordig sowieso een schriftelijke kostenbegroting verstrekt worden. Een uitleg over het behandelplan, de duur en beoogde uitkomst daarvan is eenvoudig daaraan toegevoegd. Hier valt in de praktijk overigens nog wel vaak winst te behalen.

Het informed consent en de daarmee gepaard gaande transparantie appelleert aan de professionele autonomie van de behandelaar die daardoor geen behandelingen uitvoert waartoe hij/zij zich niet in staat acht en geeft daardoor inzicht en zekerheid aan de patiënt over de bekwaamheid, zoals dat feitelijk met alle behandelingen in de tandheelkunde gebruikelijk is. Bij twijfel moet altijd een second opinion aangeboden kunnen worden. De patiënt is immers een leek, moet de zorgverlener kunnen vertrouwen en kan zelf moeilijk een oordeel vormen over het voorgestelde plan.

**De bereikbaarheid**

De bereikbaarheid heeft met het aantal aanbieders te maken en de geografische spreiding. Het aantal aanbieders is direct afhankelijk van de markt, de opleidingen en tegenwoordig ook de industrie.

De geografische spreiding van orthodontische zorg is niet overal in Nederland optimaal. Hoe meer gespecialiseerde centra des te lastiger een goede spreiding en bereikbaarheid.

**De doelmatigheid**

De doelmatigheid van het zorgtraject wordt voor een deel bepaald door de prijs/kwaliteit van de ingekochte materialen en grotendeels door de kennis en vaardigheid van de behandelaar en de manier waarop deze kennis en vaardigheden opgedaan worden. Het is bijvoorbeeld erg doelmatig in de opleiding tot tandarts goed onderwijs te geven en daarna de kennis te blijven updaten. Correct gebruik van kennis zou weer moeten leiden tot doelmatiger behandelingen.

Het is niet doelmatig om kennis achter te houden voor de algemeen practicus en specialisten op te leiden voor algemene zorg.

**Vijf stellingen voor kwalitatief goede orthodontische zorg in Nederland**

-1 algemene orthodontie hoort thuis in de algemene praktijk. Waarbij met algemene orthodontie de orthodontie bedoeld wordt die +/- 50% van de bevolking ondergaat en die niet thuishoort in gespecialiseerde multidisciplinaire centra.

-2 scholing in de opleiding tot tandarts moet meer gericht zijn op diagnose en behandeling i.p.v. alleen diagnose en verwijzing.

-3) de orthodontist, en de opleiding tot orthodontist, moet gericht zijn op het verlenen van specialistische zorg, het doen van onderzoek en het geven van onderwijs, waarbij specialistische zorg gekenmerkt wordt door zorg die zo incidenteel voorkomt dat doelmatige behandeling moet plaatsvinden in daarvoor ingerichte multidisciplinaire centra.

-4)professionele autonomie van de behandelaar moet gerespecteerd worden.

In de tandheelkundige zorg geldt behalve, de BIG-registratie; bekwaam maakt bevoegd. Het is niet wenselijk dat andere gremia, zoals verzekeraars of keurmerkinstanties hier beperkingen opleggen. Dit maakt de kwaliteit van de zorg onnodig onoverzichtelijk voor de patiënten en werpt drempels op voor doorstroming van zorgverleners en kennisoverdracht.

-5)kwaliteitsborging vindt in belangrijke mate plaats door informed consent, ongeacht de titelatuur. Vrije artsenkeuze en de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar monden uit in een informed consent. Een behandelovereenkomst waar beide partijen zich op kunnen beroepen. Volledige transparantie moet er voor zorgen dat het vertrouwen behouden blijft. Voor kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering gelden natuurlijk ook gangbare kwaliteitsinstrumenten zoals nascholing, KRT-register, reviews, visitatie, tuchtrecht, IGJ etc.

De opleiding(en) voor orthodontische zorg en titelgebruik

Opleidingen

Door beter orthodontisch onderwijs in de opleiding tot tandarts zouden er minder opleidingsplaatsen voor specialisten in de orthodontie nodig zijn.

De specialisten kunnen zich dan focussen op de echte specialistische zorg, zoals de syndroomgerelateerde multidisciplinaire zorg, onderzoek en onderwijs. Dit is een logischer benadering van de huidige status quo en een doelmatiger besteding van de publieke middelen.

In het curriculum van de tandarts hoort de kennis van de anatomie en de groei en ontwikkeling. Dit was al onderdeel van het curriculum en het vakgebied is in de loop der jaren nauwelijks veranderd.

De praktische vaardigheden die nodig zijn voor orthodontische behandeling zijn in loop der jaren wel minder geworden. Door de technologische ontwikkelingen behoeft uitgebreid buigen, puntlassen, materiaalkennis, afdrukken en met de hand tracen, niet of in veel mindere mate beheerst te worden door de behandelaar. De moderne technieken zouden ook in het curriculum minder studielasturen in beslag hoeven te nemen. Door aanpassing van het curriculum kunnen daardoor moderne behandelmethodieken mogelijk in de opleiding tot tandarts worden aangeboden.

Natuurlijk is het zo dat, hoe meer behandelingen men verricht hoe meer expertise men opbouwt. Deze ervaring zal men moeten opbouwen in de praktijk. Helaas is dat in de opleiding maar beperkt mogelijk en zal dat in de opleiding ook niet het verschil maken tussen de algemeen practicus en de orthodontist.

Door orthodontisten wordt kennisdeling, die kan uitmonden in het zelfstandig behandelen van patienten, vrijwel structureel afgeschermd van de algemeen practicus. Dit gebeurt zowel in de opleiding tot tandarts als daarna. Er is daardoor een grote parallelle private cursusmarkt ontstaan voor tandartsen, die kennelijk in een behoefte voorziet en waardoor de algemeen practicus toch volop aan orthodontie doet. Ook de industrie eist een steeds grotere rol voor zich op met alle gevaren voor de patiënt van dien, waarbij te denken valt aan gekleurde en/of niet voldoende evidence based informatie en reclamecampagnes gericht op zowel behandelaar als patiënt. Dat dit niet voldoende kritisch beoordeeld kan worden en daardoor vaker onterecht succes heeft wordt mede mogelijk gemaakt door gebrek aan relevante scholing in de basisopleiding.

Titelgebruik en registratie

Op dit moment bestaat alleen de specialisatie orthodontie met de beschermde titel orthodontist. Er is geen differentiatie voor orthodontie. Wel kan iedere tandarts zich, vreemd genoeg, ‘tandarts voor orthodontie’ noemen. Dit draagt niet bij aan de helderheid in de beroepskolom.

De tandarts die voor een groot deel of volledig orthodontie bedrijft kan zich geen gedifferentieerd tandarts noemen maar moet zich tandarts algemeen practicus blijven noemen of ‘tandarts voor orthodontie’. Deze tandarts kan zich in feite niet legaal herregistreren voor het BIG-register omdat hij/zij te weinig uren algemene tandheelkunde bedrijft voor herregistratie als algemeen practicus en er geen optie van gedifferentieerde tandarts of ‘tandarts voor orthodontie’ is bij de herregistratie.

Waar helderheid de doelstelling was is verwarring het resultaat. De titel tandarts of orthodontist zou voldoende duidelijk moeten zijn. Voor de herregistratie moeten de deelgebieden in de tandheelkunde erkenning kunnen krijgen.

De rol van de verzekeraars

De verzekeraars spelen een cruciale rol in de toegankelijkheid van de orthodontische zorg.

In de aanvullende verzekering kunnen zij besluiten te gaan sturen, bijv. op IOTN-scores en type zorgverlener. Ook al is dat maar kortdurend, het verstoort enorm de markt. Men moet zich voorstellen dat patiënten dan vrij plotseling behandelingen niet meer, of maar deels, vergoed krijgen bij bepaalde zorgverleners. Dit is disruptief en daardoor onwenselijk voor praktijken en behandelingen. Dit is reeds eerder kortdurend gebeurd eind jaren ‘90 en in 2016. Voor verzekeraars zijn er andere, betere en individuelere mogelijkheden voor controle op kwalitatief goede zorg.

De zorgpremie die patiënten tegenwoordig moeten betalen om zich te verzekeren voor orthodontische zorg, incl. de recent ingevoerde wachttijd, evenaart vaak de kosten van de behandeling. Men moet zich dan ook afvragen of de regulering van de tarieven in de toekomst niet losgelaten moet worden en de algemene orthodontie meegenomen moet worden in het experiment van de cosmetische mondzorg.

Voor de basisverzekering geldt dat ‘de indicatieve lijst voor orthodontie in bijzondere gevallen’ van de verzekeraars een lijst met afwijkingen zou moeten zijn die in ernst vergelijkbaar is met schisis en daarom voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt. De vrijblijvendheid die met de term ‘indicatief’ gepaard gaat geeft vaker verwarring. Verzekeraars zijn niet verplicht een machtiging te verlenen voor vergoeding uit de basiszorg als de afwijking van de patiënt voorkomt op de indicatieve lijst. Het zou meer duidelijkheid geven als de vrijblijvendheid verdwijnt en daarmee hopelijk het verschil tussen medisch noodzakelijke en cosmetisch/esthetische zorg duidelijker wordt. Tevens is de lijst geen maat voor de zorgzwaarte of moeilijkheidsgraad van de behandeling. Iedereen is het er inmiddels over eens dat deze lijst aan vernieuwing toe is.

De overheid

De tandarts die orthodontie bedrijft wordt door de orthodontisch specialisten i.h.a. niet alleen structureel uitgesloten van kennis die tot behandeling zou kunnen leiden maar ook zeer regelmatig geweerd van commissies en overleggen over de organisatie van de orthodontische zorg. Dit leidt niet alleen tot een parallelle private cursusmarkt waar gretig op ingesprongen wordt door de industrie, maar ook tot een eenzijdig en scheef beeld van de werkelijke situatie en doelstellingen voor de toekomst van de orthodontie met dito gevolgen voor het te voeren beleid.

De overheid zou met haar beleid en controlemechanismen de doelstellingen geformuleerd in dit manifest moeten kunnen omarmen. Tandartsen horen onderdeel te zijn van de adviescommissies.

Internationaal

Internationaal is er veel verschil in opleidingen die het recht geven op het gebruik van de titel orthodontist. Als we ons beperken tot de westerse landen varieert dat van twee tot vier jaar, al dan niet parttime en al dan niet met een praktijkstage. In Nederland is de opleiding zoals men weet vier jaar. Alle westers landen propageren natuurlijk een kwalitatief goede opleiding. In Nederland beslist het College tandheelkundige specialismen (CTS) over de regelgeving en de Registratiecommisie Tandheelkundig Specialismen(RTS) over de uitvoering van de toelating in het specialistenregister in Nederland. Ook voor opleidingen binnen Europa. Soms is het vereist een examen te doen.

Er is dus internationaal veel verschil in het inrichten van ‘goede’ orthodontische zorg.

Er is internationaal ook veel verschil in kennisdeling en animositeit tussen tandartsen en specialisten in de orthodontie. In Nederland draagt de animositeit niet bij aan de collegialiteit, het patiëntenvertrouwen en het verbeteren van de zorg

Door de grote internationale verschillen is er ook een kans om onze orthodontische zorg op een andere en betere manier in te richten.

De visienota orthodontist 2025

De visienota orthodontist soms ook visienota orthodontie genoemd, is een klap in het gezicht van de tandarts en gaat geheel voorbij aan de realiteit van de dagelijkse praktijk.

De visienota houdt zich niet bezig met een overkoepelende visie voor de orthodontische zorg vanuit het perspectief van de patiënt maar vooral vanuit de specialist. De nota is puur gericht om zoveel mogelijk patiënten naar de praktijk te krijgen van de orthodontist.

De dagelijkse praktijk is dat ongeveer 27% van de verzekerde orthodontische zorg geleverd wordt door tandartsen. De totale orthodontische zorg gedaan door tandartsen is moeilijk te meten maar er circuleren al langer schattingen van ongeveer 40% van de verleende zorg en 2000-3000 tandartsen die incidenteel of regelmatig orthodontische codes declareren.

Deze groep collega’s zet je niet zo maar opzij met een visienota.

Met de in de visienota veel genoemde ‘samenwerking met de tandarts’ wordt bedoeld de rol van tandarts als verwijzer. De rol van tandarts als behandelaar wordt vrijwel volledig genihileerd.

Bovendien bevat de visienota een aantal pertinente onjuistheden, die voor iemand die niet volledig in de orthodontie is ingevoerd moeilijk te destilleren zijn. Deze zaken wil ik graag benoemen.

Zo is de IOTN-score een internationaal geaccepteerde score voor behandelnoodzaak(Index of Orthodontic Treatment Need) en niet van moeilijkheidsgraad van de behandeling.

De score van IOTN 1 en 2 die in de visie van de orthodontist nog door de tandarts behandeld zouden mogen worden kennen ‘geen, of zeer geringe behandelnoodzaak’ en beslaan wellicht 10% van de patiënten. Ook hier kunnen technisch moeilijke patiënten tussen zitten. Grofweg 90% van de patiëntengroep valt dus in de IOTN-scores 3, 4 en 5. Met de redenatie van de visienota orthodontist kun je ook stellen dat de specialist de groep van 10 % moet behandelen omdat die zeer weinig voorkomt en de algemeen practicus de groep die het meest voorkomt.

De visienota claimt dat de specialisten kwalitatief betere zorg leveren dan niet specialisten.

Onderbouwing van deze claim is niet aantoonbaar en nooit bewezen. Integendeel. Diverse onderzoeken laten hierin verschillende uitkomsten zien. In het algemeen zijn de uitkomsten over de kwaliteit van de behandelingen gelijkwaardig.

‘Kwaliteit’ is bovendien nog steeds een opnieuw te definiëren begrip.

Als we het hebben over de gewenste uitkomst van de behandeling is dat iets tussen patiënt en zorgverlener. Als men het heeft over kwaliteit is het al lang niet meer zo dat de perfecte occlusie de norm is. De wens van de patiënt, het profiel, de lachlijn, ‘dental display’, de kosten, somatische impact zoals extracties of chirurgie en behandelduur spelen hierin onder meer allemaal een belangrijke rol. Natuurlijk is voor de kwaliteit ook de ervaring, kundigheid, gedrevenheid en aanwezigheid van de orthodontist of tandarts van belang.

Last but not least, is het de medewerking en motivatie van de patiënt zelf die enorme invloed kan hebben op het behaalde resultaat. Communicatie en coaching speelt in het, veelal lange, behandeltraject een belangrijke rol. Vandaar ook de bekende quote:”orthodontics is not a science but an art”.

Dat de specialist standaard kwalitatief betere zorg levert hangt van zoveel factoren af die niet te beïnvloeden zijn door de opleiding tot specialist, dat deze claim niet gemaakt kan worden.

De visienota orthodontist is goed toepasbaar op de echte specialistische zorg. De claim op de algemene orthodontie is volkomen misplaatst. Realisatie van de visienota maakt orthodontische behandelingen voor de algemeen practicus onbereikbaar. Specialistische zorg kan door een fractie van de huidige specialisten geleverd worden. Iets waar het capaciteitsorgaan en de overheid zich nog eens intensief over zouden moeten buigen.

Visie en missie

Visie

De visie van de algemeen practicus is dat de algemene orthodontie behandeld moet kunnen worden door de tandarts, al dan niet in de algemene praktijk.

Missie

De missie voor de komende vijf jaar die bij deze visie hoort is dat de universitaire opleidingen een curriculum aanbieden die deze visie mogelijk maakt. Het informed consent de aandacht en de rol krijgt die het verdient in de behandelrelatie. De industrie kritisch beoordeeld wordt en indien nodig stappen ondernomen worden om de patiënt te beschermen. En dat gewerkt wordt aan een goede en toekomstbestendige collegiale relatie met de specialist, gericht op de best mogelijke patiëntenzorg.

Oproep en actielijst

De tandartsen algemeen practici, leden van de KNMT, roepen het bestuur van de KNMT op zich in te zetten om de orthodontie voor de algemeen practicus te behouden en dit manifest te omarmen.

Op deze manier hopen we de werkzaamheden die horen bij de algemeen practicus en de werkzaamheden die horen bij de specialist op hun waarde te beoordelen en de zorg zo in te richten dat er een samenwerking ontstaat die niet geforceerd is, recht doet aan de doelmatigheid van de zorg en tevens toekomstbestendig is.

Uit dit manifest kunnen desgewenst de actiepunten, die nodig zijn om goede orthodontische zorg doelmatiger in te richten, worden gedestilleerd.

*Geschreven op 27 april 2021, door Wijnand de Vries, algemeen practicus, ‘tandarts voor orthodontie’.*

[w.devries@orthoteam.nl](mailto:w.devries@orthoteam.nl)

06-21416900