



B. Prahl-Andersen¹
A.M. Kuijpers-Jagtman²

De mondarts en de orthodontist

Een toekomstvisie

Samenvatting

Trefwoorden:

- Orthodontie
- Sociale tandheelkunde
- Kwaliteit van zorg

Uit de 'afdeling Orthodontie van het Academische Centrum voor Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de 'afdeling Orthodontie en Orale Biologie van het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud te Nijmegen.

Datum van acceptatie:
3 oktober 2002.

Adres:
Mw. prof.dr. A.M. Kuijpers-Jagtman
UMC St. Radboud
Huispost 117
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
a.kuijpers-
jagtman@dent.umcn.nl

In het rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg wordt aanbevolen de tandheelkundige zorg te verlenen binnen een tandheelkundig team door middel van taakdelegatie en differentiatie met een breed georiënteerde mondarts als regisseur. Voor de patiënt is het van belang dat de zorg efficiënt, effectief en van hoge kwaliteit is en dat de taakverdeling tussen de zorgverleners binnen en buiten zo'n team inzichtelijk is.

Ook het vakgebied orthodontie is sterk veranderd: van een typische monodiscipline ontwikkelde het zich tot een veel meer interdisciplinair vakgebied, dat aan veel deelgebieden van de tandheelkunde raakt. In dit beeld past een gestructureerde samenwerking tussen het tandheelkundig team c.q. de mondarts en de orthodontist. De solowerkende orthodontist sterft uit. In de zorgverlening zal de orthodontische professie gebruik gaan maken van een kwaliteitssysteem (is reeds beschikbaar) waarvan certificering onderdeel is, en van managementinformatiesystemen, terwijl meer aandacht voor 'evidence based' orthodontie noodzakelijk is. Al deze ontwikkelingen zullen in Europees verband afgestemd moeten worden.

PRAHL-ANDERSEN B, KUIJPERS-JAGTMAN AM. De mondarts en de orthodontist. Een toekomstvisie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 46-49.

Inleiding

Maatschappelijke en vaktechnische ontwikkelingen, met als katalysator het capaciteitsprobleem, hebben veranderingen in de mondzorg in Nederland in een stroomversnelling gebracht. In het rapport van de Adviesgroep 'Capaciteit Mondzorg', in dit tijdschrift samengevat door Boom (2001), wordt aanbevolen de tandheelkundige zorg in de toekomst te verlenen binnen tandheelkundige teams door middel van taakdelegatie en differentiatie met een breed georiënteerde mondarts als regisseur. Voor de patiënt is daarbij van belang dat de zorg effectief en efficiënt is en dat de taakverdeling tussen de zorgverleners binnen en buiten zo'n team inzichtelijk is (Burgersdijk en Kersten, 2001).

Met betrekking tot het werkveld van de orthodontist kan geconstateerd worden dat de orthodontie zich de afgelopen 25 jaar van een typische monodiscipline ontwikkelde tot een veel meer interdisciplinair vakgebied dat aan vele deelgebieden van de tandheelkunde raakt. Tegelijkertijd speelde zich in de orthodontische praktijk een proces van verregaande taakdelegatie af, lang voordat dit begrip in de algemene tandheelkunde gemeengoed begon te worden.

Voor de toekomstige orthodontische zorgverlening ligt de uitdaging in het bereiken van een goede synthese tussen bovengenoemde ontwikkelingen. In het navolgende zal eerst ingegaan worden op de kaders die medebepalend zijn voor de veranderingen in het tandheelkundige veld. Daarna zal ingegaan worden op de opleiding en de zorgverlening meer specifiek gericht op de orthodontie.

Kaders

Europa moet volgens politiek en bedrijfsleven een kennis- of informatiemaatschappij worden. Het is wense-

lijk dat de medische wereld zich gaat bezinnen op deze nieuwe situatie. De vraag is waar de macht ligt om veranderingen te verwezenlijken, het beeld van chaos dringt zich op. Desalniettemin zijn er drie dimensies te onderscheiden: de geografische, de vakmatige en de institutionele dimensie.

Wat de geografische dimensie aangaat zal men de ontwikkeling op drie niveaus moeten proberen te beïnvloeden: op lokaal, nationaal en Europees niveau. De krantenkop 'De gezondheidszorg in Europa wordt langzaam grenzeloos' uit de Volkskrant van 22 juni 2002 voorspelt veranderingen. De lidstaten van de Europese Unie (EU) hebben vastgelegd dat de gezondheidszorg een nationale aangelegenheid is. Dit wordt nu noodzakelijkerwijs herzien omdat Nederlandse en Engelse patiënten zich in het buitenland laten behandelen om wachttijsten te omzeilen. Verzekeraars zijn gedwongen behandelingen in het buitenland te vergoeden.

Op vakmatig gebied spelen een aantal ontwikkelingen. In de eerste plaats beginnen verschillende disciplines steeds meer in elkaar over te vloeien. Vroeger was het begrip gezondheid duidelijk gedefinieerd, nu loopt het over in milieu en levenskwaliteit. Dit wordt onder meer duidelijk in de thema's die ten grondslag liggen aan de EU-onderzoeksprogramma's, in het bijzonder het zesde kaderprogramma. Thema's die prioriteit hebben, zoals 'genomica en biotechnologie voor de gezondheid' of 'voedselkwaliteit en veiligheid', spreken boekdelen. Onderzoeksprojecten worden in Europa multidisciplinaire en internationale activiteiten met Europese financiering. In de tweede plaats zal de vraag naar meer complexe tandheelkundige en orthodontische behandelingen toenemen. Er zal meer zorgvuldigheid en overleg in de fase van de behandelingsplanning worden gevegd, evenals extra vaardigheden van de tandarts en de orthodontist. In Nederland is bij de opleiding tot tandarts en orthodontist een nieuwe visie ontstaan die pleit voor het ontwikkelen van een houding tot 'life long learning'.

ning', dat wil zeggen het intensiveren van het wetenschappelijk denken en handelen, en het werken in teamverband. Een verplichting tot levenslang leren en herregistratie zijn dan ook geen toekomstmuziek meer.

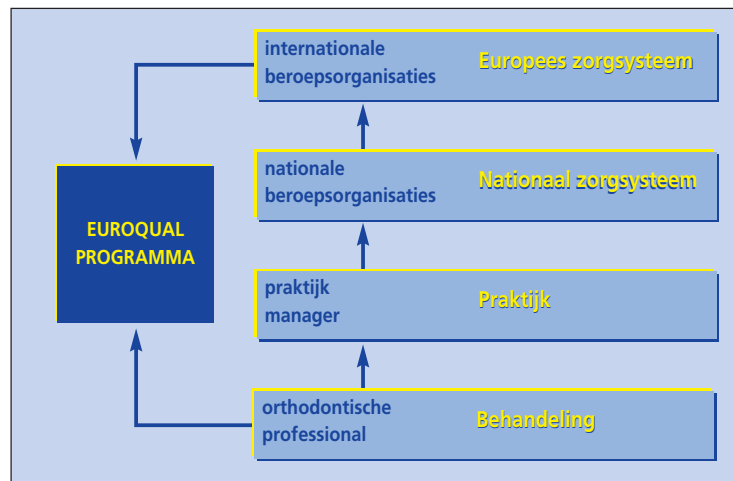
De derde dimensie, de institutionele, is in de huidige situatie gecompliceerd. Waar vroeger parlement, ministeries en politieke partijen de bekende instanties en machthebbers waren, dient men nu ook rekening te houden met consumentenbelangen, de media en de invloed van extraparlamentaire protestgroepen en lobbyisten. Dit draagt toe aan de onoverzichtelijkheid en maakt de uitkomsten onzeker. Deze onduidelijke machtsstructuur onttrekt zich aan invloed en controle. Het organisatieniveau van de tandheelkundige beroepsgroep lijkt niet toereikend om optimaal op deze ontwikkelingen in te spelen.

De invloed van de bovengenoemde veranderende geografische, vakmatige en institutionele kaders voor het functioneren van de orthodontie in Nederland zal groot zijn.

Opleiding

In het 'Raamplan 2000' zijn de eindtermen voor de tandartsopleiding beschreven (Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten - VSNU, 2000; Schaub, 2001), terwijl in het rapport 'Capaciteit Mondzorg' voor het eerst gepleit wordt voor een zesjarig opleidingstraject (Boom, 2001), waarbij de term 'mondarts' geïntroduceerd wordt en het principe van het 'teamconcept' een revival beleeft. De gedachte is dat één of meerdere mondartsen met verschillende interessegebieden (differentiaties) in een samenwerkingsverband met mondverzorgenden op hbo-niveau en mondzorg-assistenten op mbo-niveau de tandheelkundige zorg verlenen (Burgersdijk en Kersten, 2001). Verder hebben de Europese ministers van onderwijs in 1999 reeds besloten te komen tot een Europese Hogeronderwijsruimte. Als resultaat hiervan is de invoering van de bachelor-masterstructuur voor Nederland een feit. Deze ontwikkelingen hebben grote consequenties voor de opleiding tot tandarts en orthodontist.

Of er een zesjarig curriculum komt en hoe dat eruit moet gaan zien, is nog niet duidelijk. Evenmin bestaat er op dit moment consensus over eventuele afstudeerprofielen. Ervan uitgaande dat iedere tandarts (mondarts) een zich ontwikkelende malocclusie moet kunnen herkennen, betekent dit dat het onderwijs in de groei en ontwikkeling van hoofd en gelaat, en de tand- en gebitsontwikkeling alsmede de orthodontische diagnose- en indicatiestelling in het bachelorsdeel van de opleiding moeten worden onderwezen. In de fase van de masteropleiding zullen er waarschijnlijk profielen worden geconstrueerd die tegemoetkomen aan de wens tot differentiatie in de tandheelkunde. Er kan dan een profiel gecreëerd worden waarin ook de klinische orthodontie en dan vooral in een multidisciplinaire setting aan bod komt. Deze opleiding zal dan toegang kunnen geven tot de specialistenopleiding, waarbij het denkbaar is dat hiermee een opleidingsconti-



nuüm gecreëerd wordt door het laatste jaar van de zesjarige opleiding te laten samenvallen met het eerste jaar van de specialisatie, waardoor het totale opleidingstraject wordt bekort. In het onderwijs wordt zo de kiem gelegd voor het toekomstige functioneren van de orthodontische zorgverlening. Orthodontist en mondarts(en) zijn partners in een nieuwe opzet van het teamconcept.

In verband met de veranderende tandartsopleiding en beroepsuitoefening in de toekomst is het voor de capaciteitsplanning van menskracht van belang dat bepaald wordt welke orthodontische afwijkingen door de tandarts-algemeen practicus of de nieuwe mondarts behandeld kunnen worden en welke tot het terrein van de specialist behoren. Als dit gegeven bekend is, kan het onderwijs daaraan worden aangepast.

Zorgverlening

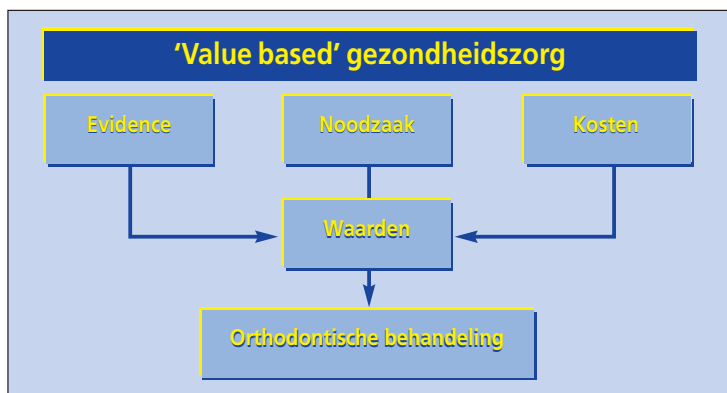
In de zorgverlening zal de orthodontische professie meer en meer gebruik kunnen en moeten gaan maken van kwaliteitssystemen, managementinformatiesystemen ter verbetering van de efficiëntie van het behandelingsproces en het behandelingsresultaat, 'evidence based' orthodontie en de macht van eigendunk.

Kwaliteitssysteem

Kennis, handvaardigheid en gedrag zullen optimaal geïntegreerd moeten zijn in de praktijkvoering om de patiënt te allen tijde een verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Dit zal betekenen dat er aandacht moet worden geschonken aan de wensen van de patiënt, het personeel, de verzekeraar en de industrie. De professionele kwaliteit is in dit verband ook van belang. Herregistratie is een onderdeel van dit proces.

Het implementeren van een kwaliteitssysteem voor orthodontie zoals dit in het EURO-QUAL-project is ontwikkeld, zou in Nederland geen probleem moeten zijn (Ter Heege, 1997; Njio *et al*, 2002). De handleiding voor implementatie in Nederland is immers gepubliceerd en kan door iedere orthodontist in Nederland worden geïmplementeerd (Nederlandse Maatschappij tot

Afb. 1. Het EURO-QUAL-kwaliteitsprogramma van praktijkniveau tot Europees niveau.



Afb. 2. Schematische weergave van 'value based' orthodontische zorg, waarin de noodzaak tot behandeling, de wetenschappelijke onderbouwing ervan en de kosten afgewogen zijn.

bevordering der Tandheelkunde - NMT, 2000). De kwaliteitscriteria zoals in het EURO-QUAL-project zijn verwoord, dienen in het herregistratieproces te worden opgenomen. De bestaande visitatie zal dan worden vervangen door een externe 'audit' door gespecialiseerde certificeringsinstanties. Europese richtlijnen met betrekking tot kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg eisen doorzichtigheid van het toegepaste kwaliteitssysteem en externe toetsing op basis van door de beroepsgroep geformuleerde kwaliteitscriteria. Veel Europese landen hebben een aanzet gemaakt om gehoor te geven aan deze richtlijnen. In 1999 hebben alle orthodontische verenigingen in Europa het EURO-QUAL-kwaliteitshandboek goedgekeurd (afb. 1).

Managementsystemen

In de Verenigde Staten is er in de orthodontische zorgverlening reeds een verandering in een bepaalde richting opgetreden, bijvoorbeeld door het samenvoegen van hulpverleners in 'Management Service Organisations' (MSO's) en de inkoop van behandelingen door grote verzekeraars 'Health Maintenance Organisations' (HMO's). In plaats van de patiënt als inkoper van de zorg is het nu de verzekeraar die achter de 'managed care industry' staat.

MSO's zijn organisaties die het management voor een aantal orthodontisten verzorgen. De orthodontisten worden aandeelhouders in een reeks praktijken. De efficiëntie en de effectiviteit van de praktijkvoering worden gewaarborgd door deze serviceorganisatie. Deze vorm van zorgverlening is gebaseerd op het principe van kostenbeheersing. Er wordt naar gestreefd om spoedbehandelingen, het afzeggen van afspraken en het aantal visites per behandeling te verminderen. Bij een terugtrekkende overheid zal de beroepsgroep zelf richtlijnen moeten opstellen over hoe er met de grotere groepspraktijken (MSO'S) moet worden omgegaan. Dit kan een ontwikkeling zijn die een stap in de goede richting zet naar verdere kwaliteitsverbetering van de orthodontische zorg. Maar het is de vraag of dit de oplossing zal zijn voor de orthodontische zorgverlening in Europa. In Nederland wordt thans nog veel vaker in solo- dan in groepspraktijken gewerkt en de tendens bestaat om kortere werktijden aan te houden en meer in deeltijd te werken. Het werken in teamverband vergt bovendien grotere sociale vaardigheden en managementkwaliteiten van alle betrokkenen.

Evidence based orthodontie

Wetenschap speelt een grote rol in het verlenen van optimale tandheelkundige en orthodontische zorg. Het is de vraag of de wetenschappelijke basis voor orthodontie stevig genoeg is. Praktijkrichtlijnen voor orthodontische zorg, zoals er in de medische wereld worden ontwikkeld, moeten op wetenschappelijk bewijs gebaseerd zijn. Indien dit niet aanwezig is, zullen deze op 'expert opinio' gebaseerd moeten zijn. Het nadeel hiervan is dat experts hun eigen individuele interesses hebben, hun eigen mening en geloof en eigen sociale en culturele waarden. Verder hebben ze een eigen mening over de waarde van de behandeling in relatie tot de kosten en het beschikbare budget. Voor de orthodontie is er nog een lange weg te bewandelen voordat evidence based orthodontie kan worden toegepast (Kuijpers-Jagtman, 2003). Systematische dataverzameling en evaluatie van zorg zijn nodig om de wetenschappelijke basis van de orthodontie te versterken. Daarbij moet worden bedacht dat alleen gerandomiseerd klinisch onderzoek een antwoord zal kunnen geven op de vraag welke behandelingsmodaliteit de meest effectieve en efficiënte is – ook wel 'value based' gezondheidszorg genoemd – (afb. 2).

Kritische instelling

Een kritische instelling is een noodzakelijke eigenschap om veranderingen en uitdagingen tegemoet te treden op een verantwoorde en integere wijze. In besluitvormingsprocessen zal een zorgverlener met een kritische instelling zoeken naar informatie om een verantwoorde beslissing te kunnen nemen. Dat vraagt om een kritische houding van de orthodontist ten opzichte van zijn werk en meer aandacht voor evidence based orthodontie.

In dit verband dringt de vraag naar competentie zich op. Wie zal in de toekomst de orthodontische zorg verlenen, wie zal in staat zijn om kennis, inzichten, vaardigheden en attitude effectief te hanteren in de orthodontische praktijk. In een tijd van wachtlijsten ligt het voor de hand dat moeilijke behandelingen verwezen worden naar de specialist, terwijl minder moeilijke gevallen worden behandeld door de tandarts-algemeen practicus met interesse voor de orthodontie. De patiënt dient te weten of hij zich door een specialist of door een niet-specialist zal laten behandelen: competentie zou de grondslag moeten zijn voor de orthodontische zorgverlening. De kwaliteitseisen voor orthodontische behandelingen, waarover in het voorgaande gesproken werd, zullen uiteraard voor orthodontisten en algemeen practici dezelfde zijn. Taakdelegatie naar hulp personeel voor onderdelen van behandelingen waar geen specialistische competentie voor nodig is, is geen probleem in Nederland. Het spreekt voor zich dat de behandelaar aanwezig moet zijn om toe te zien wanneer handelingen gedelegeerd worden naar hulp personeel. In andere Europese landen wordt deze gang van zaken niet geaccepteerd. Hoe lang dit zo zal blijven valt

moeilijk te zeggen, maar harmonisering op dit punt zal zeker plaatsvinden en nieuwe eisen voor een specifieke opleiding voor tandartsassistenten in de orthodontie zullen worden geformuleerd.

Discussie

De taakverdeling tussen specialist en tandarts-algemeen practicus met betrekking tot de patiëntenzorg en de objectieve indicatie voor een orthodontische behandeling zijn twee problemen waarover geen consensus bestaat in Europa en in Nederland. Is het verantwoord gezien de risico's verbonden aan orthodontische behandelingen, dat nu bijna 40% van alle 17-jarige (ziekenfondsverzekerde) kinderen orthodontisch behandeld zijn (Kalsbeek *et al*, 2002)? Het is de vraag of hiervoor een aanwijsbare tandheelkundige noodzaak bestaat. In de literatuur varieert het percentage 12-jarigen dat orthodontisch behandeld wordt tussen de 20 en 70% (voor een overzicht zie Ter Heege, 1997). Maatschappelijke ontwikkelingen spelen hierin een belangrijke rol. Het huidige vergoedingensysteem is niet aangepast aan deze situatie en bevoordeelt juist de verzekerden van wie de behandeling relatief eenvoudig en van korte duur is. Het is daarom aan te bevelen het vergoedingensysteem af te stemmen op de ernst van de afwijking, zoals in een aantal Europese landen het geval is (zie bijdrage van Van der Linden *et al* elders in dit themanummer).

In Nederland zou de orthodontische zorgverlening gebaat zijn bij meer keuzevrijheid. Nu leveren de patiënt en de zorgverzekeraar hun portemonnee in bij de regering. Het College Tarieven Gezondheidszorg bepaalt de hoogte van de tarieven voor de orthodontie. In een tijd met wachtlijsten doet de patiënt terecht een appèl op zijn zorgverzekeraar om de gevraagde verzekerde zorg te leveren. Er zou meer ruimte en vrijheid in de capaciteitsplanning en het tariefensysteem moeten komen ten einde hierin verandering te brengen.

Taakdelegatie, differentiatie en gestructureerd samenwerken zijn de sleutelwoorden in de nieuwe mond-zorg. Het is verbazingwekkend te constateren dat in de gedachtebepaling tot op heden de inbedding van de orthodontist in een gestructureerd samenwerkingsverband met meerdere mondartsen niet of nauwelijks ter

sprake is geweest. De moderne orthodontie is juist interdisciplinair van karakter en patiënt en zorgverlener zijn gebaat bij goede samenwerking tussen mondarts en orthodontist. In deze visie zal de solowerkende orthodontist uitsterven. In de in dit artikel geschetste wenselijke toekomstige orthodontische zorgverlening ontstaat een win-winsituatie voor alle partijen. Voor de patiënten: consistente voorspelbare behandelingsresultaten, optimale informatie voor en tijdens de behandeling, minimale pijn en ongemak, een prettige sfeer in de kliniek en een betaalbare behandeling. Voor de orthodontische zorgverlener: een beloning voor competentie, het gebruik kunnen maken van nieuwe en goed gevalideerde methoden, het werken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en behoud van de professie als specialisme. Voor de maatschappij: toegankelijke en verantwoorde zorg en kostenbesparing door de zorg af te stemmen op de noodzaak tot behandeling.

Literatuur

- BOOM PSB. Capaciteit mond-zorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 25-26.
- BURGERSDIJK RCW, KERSTEN HW. De tandheelkundige opleiding en het teamconcept. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 319-322.
- HEEGE G TER (RED.). EURO-QUAL. Towards a quality system for European orthodontic professionals. Biomedical and Health Research, volume 14. Amsterdam: IOS Press, 1997.
- KALSBEEK H, POORTERMAN JHG, KIEFT JA, VERRIPS GH. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden 2. Prevalentie en behandeling van orthodontische afwijkingen tussen 1987 en 1999. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 293-298.
- KUIJPERS-JAGTMAN AM. Evidence based orthodontie, nog een lange weg te gaan. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 20-24.
- LINDEN FPGM VAN DER, SCHMIEDEL WJ, BIJLSTRA RJ. Het specialisme orthodontie in Europees perspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd 2003; 110: 14-19.
- NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE - NMT. Kwaliteitshandboek voor de orthodontische praktijk. Nieuwegein: NMT, 2000.
- NJIO BJ, PRAHL-ANDERSEN B, HEEGE G TER, STENVIK A, IRELAND RS. Quality of orthodontic care. A concept for collaboration and responsibilities. Biomedical and Health Research, volume 32. Amsterdam: IOS Press, 2002.
- SCHAUB RMG. Raamplan 2000 Tandartsopleiding. Eindtermen van de tandartsopleiding. Een overzicht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 65-69.
- VERENIGING SAMENWERKENDE NEDERLANDSE UNIVERSITEITEN - VSNU. Raamplan 2000 Tandartsopleiding. Eindtermen van de tandartsopleiding. Utrecht: VSNU, 2000.

The dentist and the orthodontist. A perspective

The Advisory Committee on the future of dentistry in the Netherlands recommends to deliver dental care through oral health care teams consisting of dental hygienists, dental assistants and other oral health care workers with extended qualifications with a new dental professional, the oral physician, as the director of those teams. What does this mean for the orthodontist?

As modern orthodontics is far more multidisciplinary than in the past a structured collaboration between the orthodontist and the oral physician under one roof will be the future, probably supported by a management service organisation. Furthermore a quality system for orthodontic professionals such as the one that was developed through the EURO-QUAL-network needs to be established. And finally, orthodontists should change their clinical behaviour by applying evidence-based treatment strategies. It is clear that these developments need to be tailored in a European context.

Summary

Key words:

- Orthodontics
- Public health dentistry
- Quality of care