

Behandeling van temporomandibulaire dysfunctie in de algemene praktijk

Een inventarisatie aan de hand van declaratiecodes

Ongeveer 3,5% van de Nederlandse mannen en ruim 6% van de vrouwen rapporteerde in de tachtiger jaren van de vorige eeuw matige tot ernstige kaakgewrichtsklachten. Klinisch kon bij 5% van de Nederlanders matige tot ernstige temporomandibulaire dysfunctie worden vastgesteld. In welke mate mensen met kaakgewrichtsklachten hulp zoeken is onbekend. Het doel van dit onderzoek was te bepalen hoe vaak en op welke leeftijd van de patiënten bij het Instituut Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren in de periode 1994-2000 verrichtingen voor temporomandibulaire dysfunctie door tandartsen-algemeen practici waren gedeclareerd. Op basis van het aantal declaratiecodes is globaal geschat hoe groot het aantal verrichtingen voor temporomandibulaire dysfunctie voor de totale Nederlandse bevolking zou zijn. Deze schatting kwam uit op 0,87 declaratiecodes per duizend inwoners per jaar, een aanmerkelijk lager aantal dan men zou verwachten op basis van de uitkomsten van epidemiologische onderzoeken. Rekening houdend met alle beperkingen van dit explorerende onderzoek zou een voorzichtige conclusie kunnen zijn dat door tandartsen-algemeen practici weinig verrichtingen voor de behandeling van temporomandibulaire dysfunctie worden gedeclareerd. Kennelijk beperken zij zich veelal tot de consultatie en de diagnostiek en voeren zij maar weinig behandelingen zelf uit.

Huddleston Slater JJW, Huddleston Slater JJR, Naeije M. Behandeling van temporomandibulaire dysfunctie in de algemene praktijk. Een inventarisatie aan de hand van declaratiecodes.

Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 10-13.

Inleiding

Belangrijke kenmerken van temporomandibulaire dysfunctie zijn pijn in en om het kaakgewricht en de kauw- en aangezichtsspieren, bewegingsbeperking van de mandibula en geluiden in het kaakgewricht. In de tachtiger jaren van de vorige eeuw rapporteerde in Nederland ongeveer 3,5% van de mannen en ruim 6% van de vrouwen matige tot ernstige kaakgewrichtsklachten. Klinisch kon bij 5% van de Nederlanders matige tot ernstige temporomandibulaire dysfunctie worden vastgesteld. Van de 15- tot 74-jarige Nederlanders met symptomen van temporomandibulaire

laire dysfunctie was 4% van plan zich hiervoor te laten behandelen (De Kanter, 1990). In 1995 hadden tussen de 6,5% en 9% van de 25- tot 54-jarigen klachten over het kaakgewricht en/of de kauwspieren en in 2002 was dit tussen de 6,2 en 7,3% (Kalsbeek et al, 2003). In welke mate mensen met kaakgewrichtsklachten daadwerkelijk hulp zoeken, is onbekend.

Voorheen werden van ziekenfondsverzekerden door de Commissie Tandheelkundige Statistiek, een paritair samengestelde commissie van de Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars en de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tand-

Jaar	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Aantal verzekerden	662.640	661.232	656.453	641.444	601.442	594.595	589.583
Aantal gedeclareerde G-codes	164	256	791	752	775	812	213
Aantal gedeclareerde G-codes per 1.000 verzekerden	0,25	0,39	1,2	1,2	1,3	1,4	0,36

Tabel 1. Aantal verzekerden, aantal gedeclareerde G-codes en aantal gedeclareerde G-codes per 1.000 verzekerden per jaar in de periode 1994-2000.

heelkunde, de aantallen gedeclareerde verrichtingen opgeslagen. Omdat de commissie met de stelselwijziging van 1 januari 1995 is opgeheven, hebben de laatst bekende cijfers betrekking op 1993. Ook uit de gegevens van zorgverzekeraars kunnen declaraties worden geregistreerd. Helaas is het niet eenvoudig om inzicht te krijgen in deze gegevens omdat de particuliere zorgverzekeraars de door hen uitgekeerde vergoedingen aan volwassenen niet volledig onder de codes van het Uniform Particulier Tarief (UPT) opslaan. De codes van het UPT zijn ingedeeld in groepen. Een van de groepen bevat de zogenaamde G-codes die kunnen worden gebruikt voor verrichtingen op het terrein van de gnathologie of temporomandibulaire dysfunctie. Alleen het Instituut Ziektekostenverzekering voor Ambtenaren (IZA) slaat alle door deze zorgverzekeraar uitgekeerde en niet-uitgekeerde vergoedingen op onder de UPT-codes.

Bijna alle Nederlandse gemeenteambtenaren en hun gezinsleden zijn - in het kader van de arbeidsvoorwaardenregeling - collectief tegen ziektekosten verzekerd bij het IZA. Slechts enkele groepen ambtenaren zijn niet verzekerd bij het IZA. Voorbeelden zijn de ambtenaren van de gemeenten Amsterdam en Den Haag. De IZA-regeling berust op solidariteit in vele vormen: tussen hogere en lagere inkomens, gezonde en zieke mensen, alleenstaanden en gezinnen, jongeren en ouderen, werkenden en niet-werkenden. Er vindt geen medische of tandheelkundige keuring plaats bij de toelating. Bovendien kan men na beëindiging van de actieve loopbaan zonder extra keuring bij het IZA verzekerd blijven. In tegenstelling tot veel andere zorgverzekeraars die meerdere vergoedingenpakketten aanbieden, heeft het IZA één vergoedingenpakket. Het IZA werkt volgens het zogenaamde restitutiesysteem. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar (gedeeltelijk) afrekent met de verzekerden.

De door het IZA geregistreerde G-codes geven alleen inzicht in de declaraties van tandartsen en tandartsen-gnathologen werkzaam in de algemene praktijk. De verrichtingen van centra voor bijzondere tandheelkunde en de verrichtingen zoals die zijn gedeclareerd door tandartsen-specialisten en andere (para)medici kunnen niet worden achterhaald.

Het doel van dit onderzoek was te bepalen hoe vaak en op welke leeftijd van de patiënten bij het IZA in de periode 1994-2000 door tandartsen-algemeen practici G-codes zijn gedeclareerd. Op basis van deze IZA-gegevens kon daarna globaal worden geschat hoe groot het aantal gedeclareerde verrichtingen voor temporomandibulaire dysfunctie voor de totale Nederlandse bevolking is geweest.

Materiaal en methode

De verzekerden van het IZA zijn ambtenaren in vaste of tijdelijke dienst van een aan deze regeling deelnemend lichaam die een

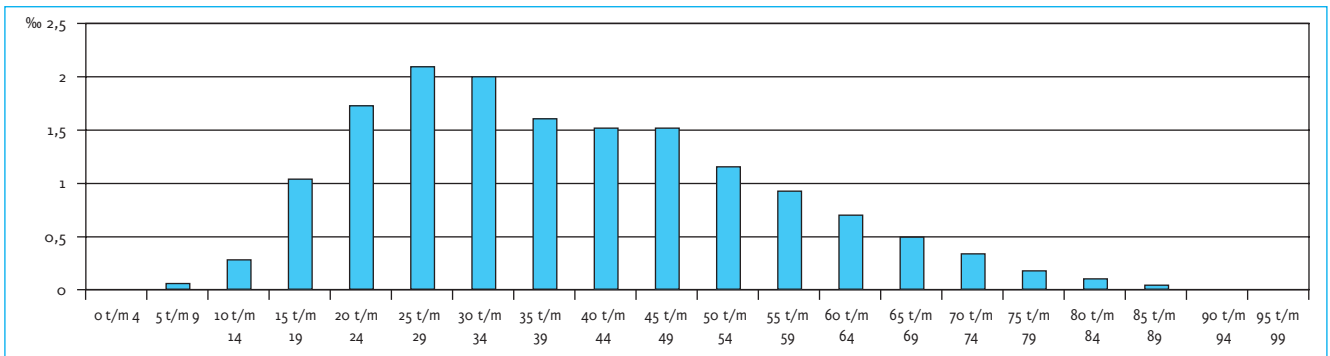
G01:	Uitgebreid functie-onderzoek (UFO) (tot 1995 G17)
G02:	Myografie (tot 1995 G21)
G03:	Gedocumenteerde verwijzing gnathologie (sinds 1995)
G61:	Instructie spieroefeningen (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G39)
G62:	Occlusale spalk (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G41)
G63:	Repositiespalk (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G42)
G64:	Controlebezoek spalk (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G45)
G65:	Indirect planmatig inslijpen (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G30)
G66:	Biofeedbacktherapie (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G32)
G67:	Behandeling triggerpoint (na uitgebreid functieonderzoek) (tot 1995 G50)
G33:	Aanbrengen front-/hoektaandgeleiding (na uitgebreid functieonderzoek)
G69:	Occlusale opbeetplaat (zonder uitgebreid functieonderzoek) (sinds 1995)

Tabel 2. De geïnventariseerde G-codes.

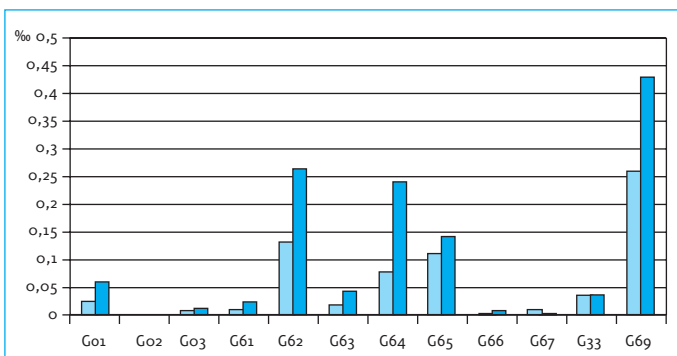
betrekking bekleden waaraan een pensioen is verbonden, alsmede hun meeverzekerde gezinsleden. Ook zijn verzekerden degenen die een pensioen, uitkering of wachtgeld van het IZA genieten, alsmede hun weduwnaars, weduwen en wezen. Voorts is nog een zeer kleine groep mensen toegelaten door het algemeen bestuur van het IZA.

Uit de door het IZA geregistreerde gegevens is een inventarisatie gedaan van de in de periode 1994-2000 gedeclareerde G-codes. Bij het IZA waren in deze periode variërend van ongeveer 590.000 tot ongeveer 660.000 mensen verzekerd (tab. 1). Van niet alle G-codes zijn de gedeclareerde aantallen geïnventariseerd omdat sommige G-codes een sterk prothetisch karakter hebben. Met de stelselwijziging van 1 januari 1995 is een aantal G-codes gewijzigd. Er zijn twee codes toegevoegd en drie codes vervallen. De in het onderzoek geïnventariseerde G-codes staan vermeld in tabel 2.

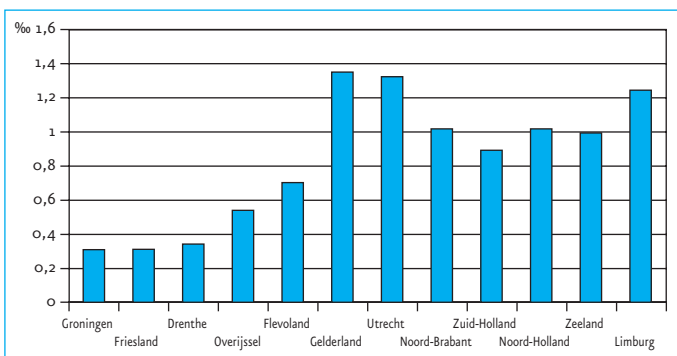
In Nederland zijn ongeveer 37,5 per duizend inwoners verzekerd bij het IZA. Hoewel het twijfelachtig is of de IZA-verzekerden als groep representatief zijn voor de totale bevolking is toch een globale schatting gedaan van de onderhavige problematiek onder de totale Nederlandse bevolking door de gegevens van het IZA te vermenigvuldigen met 1.000 : 37,5 = 26,67. Gezien het explorerende karakter van dit onderzoek is afgezien van enige statistische analyse van de gegevens.



Afb. 1. Stafdiagram van de per leeftijdsgroep in de gehele periode 1994-2000 gemiddeld per verzekerde gedeclareerde G-codes.



Afb. 2. Stafdiagram van het gemiddelde aantal gedeclareerde G-codes per jaar per 1.000 verzekerden in de periode 1994-2000, apart voor mannen en vrouwen. De lichtblauwe kolommen vertegenwoordigen mannen, en de donkerblauwe vertegenwoordigen vrouwen.



Afb. 3. Stafdiagram van het per provincie gemiddelde aantal gedeclareerde G-codes per 1.000 verzekerden per jaar in de periode 1994-2000.

Resultaten

Tabel 1 geeft in de eerste plaats een overzicht van het aantal ingeschreven verzekerden en van het aantal gedeclareerde G-codes in de periode 1994-2000. De meeste declaraties vonden plaats in 1999, namelijk 812. In de jaren 1994, 1995 en 2000 is veel minder gedeclareerd in vergelijking met de andere jaren. In de tweede plaats toont tabel 1 het aantal gedeclareerde G-codes per 1000 verzekerden per jaar. Deze laatste cijfers vertonen ongeveer hetzelfde verloop over de periode 1994-2000 als de absolute aantallen gedeclareerde G-codes.

Afbeelding 1 geeft per leeftijdsgroep het in de gehele periode 1994-2000 gemiddelde aantal gedeclareerde G-codes per verzekerde. De meeste G-codes zijn gedeclareerd voor patiënten in de

leeftijd van 20 tot en met 34 jaar en iets minder voor de groep 35- tot 49-jarigen.

Afbeelding 2 geeft per G-code het aantal in de periode 1994-2000 gemiddeld per jaar per 1.000 verzekerden gedeclareerde G-codes, apart voor mannen en vrouwen. Over het algemeen werden voor vrouwen ongeveer twee maal zoveel G-codes gedeclareerd als voor mannen. Vooral code G69 en in mindere mate de codes G62 en G64 zijn de zowel voor mannen als voor vrouwen meest gedeclareerde codes.

In afbeelding 3 is per provincie het gemiddelde aantal gedeclareerde G-codes per 1.000 verzekerden per jaar in de periode 1994-2000 weergegeven. In de noordelijke provincies zijn duidelijk minder G-codes gedeclareerd dan in de overige provincies.

Gemiddeld zijn in de periode 1994-2000 bij het IZA 538 G-codes per jaar gedeclareerd (tab. 1). Vermenigvuldigd met de factor 26,67 komt dit neer op een schatting van 14.348 G-codes voor de totale Nederlandse bevolking per jaar. Op 16,5 miljoen inwoners betekent dit 0,87 G-codes per duizend.

Discussie

Hoewel de verzekerden van het IZA een grote groep personen in Nederland vertegenwoordigen, kan deze groep niet als representatief voor de Nederlandse bevolking worden beschouwd. De laatste jaren zijn er, als gevolg van een bezuinigingsbeleid, minder ambtenaren bij de gemeenten in dienst genomen. Het is in dit kader denkbaar dat bijvoorbeeld jongeren binnen het IZA ondervertegenwoordigd zijn. Dit heeft invloed op de resultaten van dit onderzoek omdat de meeste G-codes worden gedeclareerd bij patiënten in de leeftijd van 20 tot en met 34 jaar. Ondanks de twijfels over de representativiteit kunnen de gegevens over een dergelijke grote groep mensen interessant zijn.

De Kanter (1990) rapporteerde dat bij 5% van de Nederlanders matige tot ernstige kaakgewrichtsklachten konden worden vastgesteld. Uit de op basis van de IZA-gegevens gedane schatting van het aantal gedeclareerde verrichtingen voor temporomandibulaire dysfunctie voor de totale Nederlandse bevolking bleek het aantal gedeclareerde G-codes aanzienlijk kleiner, namelijk 0,87 per 1.000. Hier zijn meerdere verklaringen voor te geven. Ten eerste komen veel patiënten met kaakgewrichtsklachten in eerste instantie voor consult bij hun huistandarts. Deze kan in de meeste gevallen volstaan met het geven van advies. De adviezen worden vaak gedeclareerd als een consult (geen G-code). Een vervolgbehandeling is meestal niet noodzakelijk, zoals het geval is bij een kaakgewrichtsknap zonder pijn. Slechts in een beperkt aantal gevallen besluit de huistandarts tot het zelf behandelen van

de klachten (G-codes) of tot verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde, een kaakchirurg of in sommige gevallen naar een fysiotherapeut. De hier gepresenteerde cijfers hebben alleen betrekking op de door huistandartsen gehanteerde G-codes, hetgeen betekent dat er geen inzicht te verkrijgen is in de consultatie en in een deel van de initiële diagnostiek. De cijfers geven ook geen inzicht in de prevalentie van kaakgewrichtsklachten, maar laten wel zien hoe vaak daadwerkelijk temporomandibulaire dysfunctie in de algemene praktijk wordt behandeld, althans wordt gedeclareerd. Een tweede verklaring ligt in het feit dat meerdere patiënten met kaakgewrichtsklachten in eerste instantie hun huisarts consulteren. De huisarts verwijst vervolgens naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde, een kaakchirurg of een fysiotherapeut. Helaas zijn ook hierover geen gegevens bekend. Een derde verklaring zou kunnen zijn dat de verzekeringsvoorwaarden van het IZA een remmende rol spelen in het aantal declaraties. Het IZA vergoedt de ingediende declaraties meestal voor 80%, de eigen bijdragen werken als een soort 'remgeld'. Als vierde dient nog rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat patiënten hun klachten niet uit zichzelf bij hun tandarts uiten, maar dit wel melden als zij in een epidemiologisch onderzoek gerichte vragen krijgen. Tot slot kan het ook nog zijn dat er wel is behandeld, maar dat daarmee de klachten niet zijn afgenomen.

De in tabel 1 gepresenteerde gegevens over gedeclareerde G-codes tonen grote verschillen tussen enerzijds de periode 1996-1999 en anderzijds de twee daaraan voorafgaande jaren en het jaar 2000. Hiervoor is geen enkele plausibele verklaring te geven.

Dat code G69 het meest wordt gedeclareerd, kan worden verklaard door het feit dat de bij deze code behorende behandeling kan worden uitgevoerd zonder het vereiste van een voorafgaand uitgebreid functieonderzoek. Deze behandeling, een occlusale opbeetplaat, kan worden uitgevoerd bij gebitsslijtage door bruxisme in afwezigheid van pijnklachten door temporomandibulaire dysfunctie. Waarom de code G65 zo vaak is gedeclareerd, is op basis van deze onderzoeksgegevens niet te verklaren. Mogelijk heeft deze code - bij nader inzien - ook een meer prothetisch karakter en wordt deze code waarschijnlijk niet op grond van een temporomandibulaire dysfunctie gebruikt.

Een opvallend gegeven is dat er geen evenwichtige geografische spreiding is in het aantal ingediende declaraties. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat het grootste aantal geregistreerde tandartsen-gnathologen in de provincies Noord- en Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland is gevestigd (Tandartsengids, 2002). Aangenomen mag worden dat temporomandibulaire dysfunctie overall evenveel voorkomt. Er zijn geen aanwijzingen dat deze afwijking specifiek of meer voorkomt in de genoemde provincies. De regionale verschillen zijn te verklaren door aan te nemen dat het aanbod invloed heeft op de verleende hulp.

Ondanks het feit dat de IZA-gegevens een beperkt beeld geven en eigenlijk alleen maar een aantal declaraties weergeven, zijn er enkele interessante waarnemingen. Uit de gegevens blijkt dat de meeste declaraties werden gedaan bij patiënten in de leeftijd van 20 tot en met 34 jaar en dat het aantal declaraties steeds kleiner werd in de hogere leeftijdscategorieën. Dit is in overeenstemming met onderzoeken naar de epidemiologie van temporomandibulaire dysfunctie die aangeven dat het probleem het meest voorkomt in de jongvolwassen leeftijdscategorie (LeResche, 1997). Verder

blijkt uit de gegevens dat voor vrouwen ongeveer twee keer zo vaak is gedeclareerd als voor mannen. Dit gegeven komt overeen met de literatuur waarin wordt gesteld dat temporomandibulaire dysfunctie bij vrouwen vaker voorkomt dan bij mannen (De Kanter, 1990; LeResche, 1997).

Rekening houdend met alle beperkingen van dit explorerende onderzoek zou een voorzichtige conclusie kunnen zijn dat door tandartsen-algemeen practici weinig verrichtingen voor de behandeling van temporomandibulaire dysfunctie worden gedeclareerd. Kennelijk beperken zij zich veelal tot de consultatie en de diagnostiek en voeren zij maar weinig behandelingen zelf uit.

Literatuur

- › Kalsbeek H, Poorterman JHG, Kivit MM. Tandheelkundige verzorging volwassen ziekenfondsverzekerden 1995-2002. Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag na de stelselwijziging van 1995. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003.
- › Kanter RJAM de. Prevalence and etiology of craniomandibular dysfunction: an epidemiological study of the Dutch adult population. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1990.
- › LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral Biol Med 1997; 8: 291-305.
- › Tandartsengids 2002. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde, 2002.

Summary

Treatment of temporomandibular disorders in general practice A survey in view of insurance claims

In the eighth decade of the last century, about 3.5% of Dutch men and about 6% of Dutch women reported temporomandibular disorders. In 5% of the Dutch population temporomandibular disorders were diagnosed. It is unknown how many persons are seeking treatment for temporomandibular complaints. The aim of the present study was determining for how many persons and at which age of these persons treatments of temporomandibular disorders in general practices were reimbursed by an insurance company. On the basis of the yearly number of reimbursements by this insurance company, the yearly number of treatments of the Dutch population as a whole was estimated. The estimation was 0.87 treatments per 1.000 inhabitants, which figure was substantial lower as could be expected on the basis of the outcome of epidemiologic research projects. Within the limitations of this explorative study, a careful conclusion could be that only few treatments for temporomandibular disorders are charged by general practitioners. Probably, they are focussing on consultation and diagnosing, and not on treating the disease themselves.

Bron

Uit 'de IZA/IZR-zorgverzekeringen en 'de afdeling Orale Functieleer van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)

Datum van acceptatie: 28 oktober 2005

Adres: J.J.W. Huddlestone Slater, Koningslaan 92, 3583 AS Utrecht
huddle@planet.nl