

Visienota Orthodontist 2025

september 2020

Opgesteld door:

knmt

In samenwerking met:

·NVvO·
NEDERLANDSE VERENIGING
VAN ORTHODONTISTEN

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Context en aanleiding	5
1.2 Over deze visie	5
2 Achtergronden	7
2.1 De patiënt en de ontwikkeling van de zorgvraag	7
2.2 De orthodontist en het vakgebied	8
2.3 Hoe orthodontische zorg wordt betaald	9
2.4 Tijd voor een duidelijke koers	10
3 Een nieuw perspectief voor 2025	12
3.1 Drie hoofddoelen	12
3.2 De beste zorg, snel gevonden	12
3.3 De juiste zorg, door samenwerking	13
3.4 De patiënt kiest, bewust	13
4 Op weg naar 2025	15
4.1 Orthodontist herkenbaar als specialist	15
4.2 Heldere route naar de beste zorg	16
4.3 De patiënt beslist mee	18
4.4 Sterke basis in de opleiding	18
4.5 Maatschappelijke context in balans	19
5 10-puntenplan	21
Bijlage 1: Begrippenlijst	24
Bijlage 2: Index of Orthodontic Treatment Need	25
Colofon	26

Orthodontische zorg is het deelgebied van de mondzorg dat te maken heeft met het optimaliseren van de functie en stand van tanden en kaken. Orthodontische zorg wordt geleverd door orthodontisten en daartoe bekwame tandartsen. De meeste orthodontische zorg is specialistisch van aard. Dit specialistische deel van de orthodontische zorg wordt Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) genoemd.

DMO is het domein van de tandarts-specialist: de orthodontist. De patiënt bezoekt de orthodontist veelal op verwijzing. Het specialisme DMO is sinds 1953 officieel erkend als specialisme binnen de tandheelkunde. De fulltime specialistenopleiding duurt vier jaar, na de zes jaar tandheelkundestudie. Het andere specialisme binnen de mondzorg is het specialisme Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (MKA-chirurgie).

Orthodontisten staan ingeschreven in het Specialistenregister DMO. Kenmerkend voor de zorg die zij leveren zijn de hoogwaardige diagnostiek die integrale mondzorg mogelijk maakt, en de aandacht voor de totale gezondheid van de persoon. De orthodontist betreft de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren in diagnostiek en behandeling. Hij creëert optimale condities voor de mondgezondheid en mondzorg, in samenwerking met de rest van het tandheelkundige team. De orthodontist bevordert de integrale mondgezondheid van het individu en in het verlengde daarvan diens psychosociale welbevinden.

Orthodontisten staan voor een intensievere kennisuitwisseling en samenwerking met tandartsen en kaakchirurgen. Dat is in het belang van de patiënt. Een heldere inrichting van de orthodontische zorg en duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek.

De beste zorg, snel gevonden

De patiënt en zijn verwijzer weten de orthodontist te vinden, zodat de patiënt de juiste specialistische zorg krijgt als dat nodig is.

De juiste zorg, door samenwerking

Een goede samenwerking tussen tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten en een heldere taakverdeling in de mondzorgkolom zorgen dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

De patiënt kiest, bewust

De patiënt is toegerust om het gesprek over orthodontie te voeren en om (in samenspraak met de verwijzer) zijn eigen afweging te maken over de beste behandeling.

Orthodontist herkenbaar als specialist

Om alle vormen van mondzorg met optimale kwaliteit te kunnen aanbieden, moeten de specialismen voldoende tot hun recht komen. Voor de orthodontische zorg betekent dit dat een heldere inrichting en een duidelijke taakverdeling nodig zijn. Intensieve samenwerking en kennisuitwisseling tussen tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten zijn daarbij onmisbaar.

Heldere route naar de beste zorg

Het is belangrijk dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste diagnose krijgt en de zorg die het beste aansluit bij zijn zorgvraag. De patiënt moet bij de juiste zorgverlener terecht komen. Dat kan alleen als tandartsen en orthodontisten in de regio samenwerken. De patiënt die niet direct op de juiste plek in de mondzorgkolom binnenkomt, moet worden doorverwezen.

Patiënt beslist mee

Een patiënt heeft recht op een passende behandeling. Hij moet voldoende informatie hebben om te kunnen (mee)beslissen over wat voor hem in het behandelaanbod de beste optie is. De patiënt moet ook weten wat de verschillende behandelingen doen, en waar die te vinden zijn. Orthodontisten faciliteren dat, zodat iedere patiënt de juiste behandeling krijgt, op de juiste plek.

Sterke basis in de opleiding

Om complexe behandelingen uit te kunnen voeren, zijn vaardigheden en ervaring nodig. De orthodontist doet die vaardigheden op tijdens de 4-jarige opleiding tot specialist. En ervaring door zich dagelijks bezig te houden met orthodontische behandelingen. Om deze krachtige basis te behouden, is een sterke opleiding onmisbaar. Dit vraagt om blijvende investeringen in de kwaliteit van het onderwijs en een goede aansluiting tussen onderwijs en praktijk.

Maatschappelijke context in balans

Orthodontisten willen de maatschappelijke context, waar dat kan, positief beïnvloeden, zodat deze de gestelde doelen beter gaat ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een slimme organisatie van de orthodontische zorg, passende vergoedingen, een ondersteunend verzekeringsklimaat en een veilig gebruik van nieuwe technieken.

1. Orthodontisten brengen gestructureerd een heldere en consistente boodschap over aan publiek, zorgverleners en stakeholders, met een heldere afbakening van het specialisme en duidelijke aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg.
2. Orthodontisten gebruiken een uniform verwijzingschema om vast te stellen door wie een patiënt gezien moet worden. In 2025 doen ook andere betrokken verwijzers dat.
3. Er komt publieksvoorlichting met één landelijke boodschap. Orthodontisten profileren zich daarin als specialist.
4. Het wordt makkelijker gemaakt een orthodontist te vinden. De openbare database met orthodontisten wordt verbeterd en gepromoot.
5. Orthodontisten bevorderen de samenwerking met en tussen wetenschappelijke vereniging en opleidingen. De ontwikkeling van richtlijnen en klinisch en vergelijkend onderzoek worden gestimuleerd. De bekendheid ervan binnen het vakgebied wordt vergroot.
6. Orthodontisten bevorderen de wetenschappelijke ontwikkeling van hun vakgebied. Ze streven naar volledige bezetting van de beschikbare leerstoelen en een grotere betrokkenheid tussen de praktijk en de opleiding.
7. Orthodontisten zorgen ervoor dat dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit doen zij door meer samen te werken met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio.
8. Orthodontisten vinden dat de specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. Ze dragen dit standpunt actief uit.
9. Orthodontisten bespreken met zorgverzekeraars hoe inhoud en kwaliteit van zorg onderdeel kunnen worden van de verzekeringsvoorwaarden.
10. Orthodontisten zorgen er door voorlichting en kennisdeling voor dat patiënten zijn toegerust om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen. Zij treden collectief op tegen onjuiste informatie.

1.1 ■ Context en aanleiding

In de voorbije jaren heeft de visie op mondgezondheid zich ontwikkeld van een vooral technische oriëntatie naar een breder en integraal perspectief, waarin ook aandacht is voor het (psychosociale) welbevinden van de patiënt. In 2016 heeft de FDI World Dental Federation een (nieuwe) definitie van mondgezondheid vastgesteld:

Mondgezondheid is een veelzijdig begrip en omvat het vermogen om met vertrouwen en zonder pijn, ongemak en ziekte van het craniofaciale complex te spreken, te lachen, te ruiken, te proeven, aan te raken, te kauwen, te slikken en een scala aan emoties over te brengen via gelaatsuitdrukkingen. Mondgezondheid weerspiegelt de fysiologische, sociale en psychologische kenmerken die essentieel zijn voor de kwaliteit van leven.

Tegelijkertijd realiseerden de orthodontisten zich dat hun eigen positie en zichtbaarheid meer met deze ontwikkelingen in lijn zouden moeten worden gebracht. De ontwikkelingen bieden immers een unieke gelegenheid om op een meer patiëntgerichte manier samen te werken en de interactie met het bredere veld aan te gaan.

Een vergelijkbare conclusie trok eerder al de toonaangevende beroepsorganisatie van Amerikaanse orthodontisten, de AAO. Deze heeft een visie voor de jaren 2018-2022 vastgesteld, waarin de positie van het specialisme en het aansluiten bij de patiëntbehoefte centraal staan.

Voor de mondzorgkolom als geheel heeft de KNMT de ontwikkelingen besproken in het meerjarenplan 2020 – 2025 met als titel 'Het begint bij goede mondzorg'. Goede mondzorg is volgens de KNMT gericht op voorkomen, door deskundig handelen in samenwerking én is bereikbaar.

Om het nieuwe perspectief toe te spitsen op de eigen Nederlandse situatie hebben orthodontisten vanuit het perspectief van hun beroepsgroep, een visie opgesteld over hoe hun specialisme er in 2025 uit zou moeten zien. Een belangrijk uitgangspunt is de definitie voor orthodontische zorg.

Definitie orthodontische zorg

Orthodontische zorg vormt een integraal onderdeel van de mondzorg en houdt zich bezig met het optimaliseren van de stand van tanden en kiezen en van de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren en levert een essentiële bijdrage aan de gezondheid van een individu door het bevorderen van diens psychosociale welbevinden en door het creëren van optimale condities voor andere facetten van mondgezondheid en mondzorg.

1.2 ■ Over deze visie

De orthodontisten hebben als opstap naar een eigen visie op de toekomst van het specialisme eerst de huidige stand ervan in kaart gebracht. Hoe ziet het werkveld eruit? Is onze positie daarin duidelijk? Zijn de juiste condities voor optimale patiëntenzorg aanwezig? Dragen alle stakeholders voldoende bij aan het nieuwe, integrale perspectief? De uitkomsten zijn verwerkt in het rapport 'De stand van het specialisme Dento-Maxillaire Orthopedie', opgesteld in opdracht van de KNMT en in samenwerking met de NVvO (Zorgmarkten, januari 2019).

Vervolgens hebben de orthodontisten nagedacht over de betekenis van de internationale ontwikkelingen voor de Nederlandse situatie. De in dit document beschreven visie is daarvan het eindresultaat.

De nieuwe visie kan worden samengevat in drie zinnen:

- De patiënt en zijn verwijzer weten de orthodontist te vinden, zodat de patiënt de juiste specialistische zorg krijgt als dat nodig is (pijler 1: de beste zorg, snel gevonden).
- Een goede samenwerking tussen tandartsen en kaakchirurgen en orthodontisten en een heldere taakverdeling in de mondzorgkolom zorgen dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt (pijler 2: de juiste zorg, door samenwerking).
- De patiënt is toegerust om het gesprek over orthodontie te voeren en om (in samenspraak met de verwijzer) zijn eigen afweging te maken over de beste behandeling (pijler 3: de patiënt kiest, bewust).

Het is duidelijk dat de huidige stand van het specialisme op onderdelen nog niet aansluit bij deze situatie. Daarom benoemen de orthodontisten in dit document ook de stappen die nodig zijn om van de huidige naar de gewenste situatie te komen. Waar in dit document hij of hem staat, kan ook zij of haar worden gelezen.

Visie 'Orthodontist 2025' in relatie tot andere mondzorgprofessionals

Dit rapport is opgesteld door en voor orthodontisten en gaat over het specialisme DMO. Integrale mondzorg kan niet zonder een goede samenwerking tussen alle betrokken professionals. Orthodontisten willen die samenwerking bevorderen. De orthodontisten gaan graag het gesprek aan over ieders rol in de mondzorg, zowel met tandartsen, tandartsen voor orthodontie als kaakchirurgen. Samen met hen willen de orthodontisten stappen zetten op weg naar een nog betere mondzorg.

2.1 ■ De patiënt en de ontwikkeling van de zorgvraag

Demografie

Naast jongeren in de groeifase, maken ook steeds meer volwassenen gebruik van orthodontische zorg. Orthodontische zorg wordt geleverd door orthodontisten en tandartsen. In omzet gemeten nemen orthodontisten ongeveer 73% voor hun rekening, en tandartsen ongeveer 27%¹. Er zijn in Nederland zo'n 325 orthodontisten werkzaam.

Ramingen van het Capaciteitsorgaan² gaan ervan uit dat de vraag naar orthodontische zorg stabiel blijft. De komende tien jaar zal weliswaar het aantal 12-jarigen afnemen, maar sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals het toenemend aantal volwassenen dat een orthodontische behandeling wil, compenseren deze afname. Er zijn volgens het Capaciteitsorgaan geen signalen dat er een onvervulde zorgvraag is. De orthodontische zorg is conjunctuurgevoelig. De zorg valt meestal niet onder de basisverzekering, dus de patiënten betalen de zorg zelf, of via de premie van de aanvullende verzekering.

De aandacht die mensen hebben voor een goed en mooi gebit wordt groter. Uit het Signalement Mondzorg 2018 van Zorginstituut Nederland blijkt tegelijkertijd dat de algemene mondgezondheid onder jongeren nog steeds beter kan, en dat de sociaaleconomische status nog een belangrijke rol speelt.

Zorgvraag

De patiënt heeft een centrale (en soms onderbelichte) rol in de ontwikkeling van de orthodontische zorg. De patiënt besluit zelf of hij wel of geen orthodontische zorg wil. Tegelijkertijd hebben patiënten vaak niet alle informatie die nodig is om weloverwogen keuzes te maken. Bijvoorbeeld doordat zij het verschil tussen tandarts en orthodontist niet kennen, of geen inzicht hebben in de lange-termijn opbrengst van behandelingen.

De patiënt kan zelf besluiten of hij voor orthodontie naar de tandarts gaat, of naar de orthodontist. In de praktijk heeft de tandarts echter een relatief grote en sturende rol als de patiënt die afweging maakt. Nagenoeg iedereen met een orthodontische zorgvraag heeft al een (vaak langdurige) behandelrelatie met de tandarts. Die tandarts heeft in de beleving van de meeste patiënten zijn deskundigheid al bewezen.

Andere factoren

Ook leveranciers van materiaal en techniek beïnvloeden de zorgvraag. Zij kunnen bepaalde behandelmethodes en producten 'pushen' en brengen die soms rechtstreeks bij patiënten onder de aandacht. De doe-het-zelf beugel is in opkomst. Een toenemende vraag naar deze behandelmethodes of producten kan tandartsen over de streep trekken die vorm van orthodontie 'erbij te gaan doen'. Digitalisering en nieuwe technieken voor beeldvorming kunnen een vergelijkbaar effect hebben. Het gevaar bestaat dat de patiënt en diens afwijken zo worden gereduceerd tot een geautomatiseerde beslissing, terwijl doorgaans maatwerk op zijn plaats is.

1 Bron: NZa Monitor mondzorg 2018. De verhouding is gebaseerd op in 2016 via de zorgverzekeraars gedeclareerde zorgkosten. Het Capaciteitsorgaan houdt een vergelijkbare verhouding (70-30) aan.

2 Het Capaciteitsorgaan onderzoekt en rapporteert over de benodigde opleidingscapaciteit voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.
Zie <https://capaciteitsorgaan.nl/publicatie-categorie/publicaties-mondzorg/>

Zowel in de algemene tandheelkunde als bij orthodontische zorg groeit het aantal ketens die onder één naam in meerdere vestigingen mondzorg aanbieden. Het verwijsgedrag binnen een keten kan anders zijn dan tussen zelfstandige praktijken. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop de patiënt door het mondzorgveld beweegt en voor de informatie die patiënten bereikt. De patiënt die orthodontische zorg nodig heeft zal vanuit een keten waarschijnlijk niet extern worden verwezen.

2.2 ■ De orthodontist en het vakgebied

De tandarts en de tandarts-specialist

De wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt met het oog op de bescherming van patiënten, wie welke (beschermde) titel mag voeren, en wie bepaalde zorghandelingen mag uitvoeren. Voor beroepsbeoefenaren die een bijzondere deskundigheid hebben verworven, kan de minister op grond van artikel 14 een specialisten-titel erkennen. Bij de beschermde titel van tandarts is als een van twee specialismen de Dento-Maxillaire Orthopaedie (DMO) erkend. Deze tandarts-specialist voert de beschermde titel orthodontist. Het andere specialisme is Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Deze tandarts-specialist voert de beschermde titel kaakchirurg.

Intensieve samenwerking met kaakchirurgen

De samenwerking tussen de tandarts-specialisten kaakchirurg en orthodontist heeft zowel in de opleiding als in de praktijk een lange historie. Met name in de laatste twee decennia is de samenwerking steeds intensiever geworden. Het gaat om veel meer dan alleen onderling verwijzen. Zo werken de specialisten bijvoorbeeld samen in multidisciplinaire teams bij de behandeling van de complexere patiënt. Beide specialismen versterken elkaar op deze manier.

De zesjarige universitaire opleiding Tandheelkunde in Amsterdam, Groningen en Nijmegen leidt op tot het (basis)beroep van tandarts. Voor het studiejaar 2019-2020 waren landelijk 259 plaatsen beschikbaar³. Een tandarts die daarin bekwaam is, mag orthodontische behandelingen uitvoeren. Het landelijke opleidingsplan ('Raamplan Tandheelkunde') van de vereniging van universiteiten VSNU noemt als minimaal vereiste om de Masteropleiding tandheelkunde te kunnen afronden 'het met eenvoudige orthodontische apparatuur behandelen van stoornissen in groei en ontwikkeling van het kaakstelsel'. Deze basisvaardigheden kan de afgestudeerde tandarts uitbouwen via opleidingen en cursussen. Het toenemende aanbod van gestandaardiseerde 'oplossingen' maakt het voor tandartsen (ogenschijnlijk) steeds makkelijker om orthodontische behandelingen uit te voeren.

De Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (VTvO; voorheen OVAP, Orthodontische Vereniging van Algemeen Practici) houdt het zogenoemde OK-register in stand. Tandartsen die orthodontische behandelingen uitvoeren en die aan door de vereniging bepaalde kwaliteitseisen voldoen, kunnen zich in dat register laten inschrijven. Dit is geen register in de zin van de wet BIG. Het is dus een ander soort register dan het specialistenregister voor orthodontisten, dat vanuit een wettelijk voorgeschreven formele structuur werkt en extern toetsbaar is.

³ Bron: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

De orthodontist

Het specialisme DMO is sinds 1953 officieel erkend als specialisme binnen de tandheelkunde. De fulltime specialistenopleiding duurt vier jaar, na de zes jaar tandheelkundestudie. Orthodontisten staan ingeschreven in het Specialistenregister DMO. Formeel zijn per vier jaar landelijk 38 opleidingsplaatsen beschikbaar. De drie opleidingen hebben elk om het jaar nieuwe instroom, Amsterdam in de even jaren en Nijmegen en Groningen in oneven jaren. Er zijn zowel studenten die al tijdens de opleiding tot tandarts besluiten zich aansluitend te gaan specialiseren, als tandartsen die eerst praktijkervaring opdoen en zich daarna gaan specialiseren. Uit evaluaties van het onderwijs blijkt dat met name het verdiepende en wetenschappelijke karakter ervan hoog scoort. Na of naast de specialistenopleiding is er nog de mogelijkheid tot promoveren. De meeste gepromoveerde orthodontisten gaan niet door in een academische carrière.

Tandartsen die orthodontische zorg verlenen maar geen orthodontist zijn, kunnen zich 'tandarts voor orthodontie' noemen.⁴ Het is niet toegestaan om als tandarts bijvoorbeeld de titel 'orthodontist' of 'specialist voor orthodontie' te voeren. De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) moet hierop toezien. De tandarts-specialist DMO voert als gezegd de titel orthodontist. De tandarts (en dus ook de orthodontist) valt op grond van de wet BIG onder het tuchtrecht.

Registratie als specialist

Het College Tandheelkundige Specialismen, CTS, stelt het Specialistenregister in en stelt regels over opleiding, opleiders, opleidingsinstellingen en registratie. De Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen, RTS, voert de registratie uit, beheert het Specialistenregister en houdt toezicht op de uitvoering van de regels. De taken en werkwijze van CTS en RTS zijn vastgelegd in de Regeling Specialismen Tandheelkunde. Een inschrijving in het Specialistenregister geldt voor een periode van hoogstens vijf jaar. Aan het einde van die periode moet de geregistreerde specialist om herregistratie vragen, en aantonen dat hij voldoet aan de eisen voor herregistratie. Die eisen gaan over daadwerkelijk uitoefenen van het specialisme (minimaal 16 uur per week), deelname aan bij- en nascholing en deelname aan kwaliteitsvisitatie en certificering volgens door de NVvO opgestelde normen.

2.3 ■ Hoe orthodontische zorg wordt betaald

Tarifiering

Het verschil in achtergrond van behandelaren komt niet tot uiting in het tarief: voor tandarts en orthodontist gelden dezelfde maximumtarieven. Het zou voor de hand liggen dat, als dat voor de kosten niet uitmaakt, patiënten dan eerder kiezen voor een specialist. In de praktijk blijkt dit niet zo te zijn.

De NZa constateert in de Monitor mondzorg 2018 dat de op papier gelijke tarieven in de praktijk soms anders uitwerken. Voor de twee meest voorkomende soorten beugels betalen patiënten uiteindelijk heel verschillende prijzen, doordat de (niet gemaximeerde) materiaal- en techniekkosten per praktijk verschillen. Die variatie is bij tandartsen groter dan bij orthodontisten volgens de NZa. De prijs van een beugel is onderdeel van de totale kosten van een zorgtraject. Daarover geeft de NZa geen cijfers. De NZa roept brancheverenigingen op om richtlijnen te ontwikkelen voor wat goede zorg is, om de gesignaleerde verschillen daaraan te kunnen toetsen.

⁴ Bron: Convenant titelgebruik orthodontie

Hoe de zorg wordt betaald

De zorgverzekeraar treedt op als uitvoerder van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en vergoedt orthodontie bij ernstige aandoeningen. Dit gaat om enkele procenten van de totale orthodontische zorg. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is vooraf een machtiging vereist. De aandoeningen waarbij orthodontische zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering, staan op de zogenoemde 'Indicatieve lijst voor Orthodontie in Bijzondere Gevallen', die stamt uit 1995. De NVvO en KNMT werken samen met stakeholders aan het actualiseren van de lijst.

De zorgverzekeraar kan ook optreden als aanbieder van aanvullende verzekeringen. Zeker 40% van de Nederlanders heeft mondzorg niet aanvullend verzekerd. En wie de zorg wel heeft verzekerd, zal doordat de vergoedingen gemaximeerd zijn, vaak toch een deel zelf moeten betalen. De steeds lagere vergoedingen spelen een belangrijke rol bij de besluitvorming van de patiënt om al dan niet een aanvullende verzekering af te sluiten.

Het valt op dat er geen relatie is tussen de vergoeding en de ernst van de afwijking. Zorgverzekeraars maken ook geen verschil tussen tandarts en orthodontist, en kijken niet naar kwaliteitsindicatoren. De zorgverzekeraar kán het verschil in totale behandelkosten tussen orthodontist en tandarts berekenen, maar cijfers hierover zijn niet openbaar.

2.4 ■ Tijd voor een duidelijke koers

Het is voor patiënten moeilijk om een geïnformeerde keuze te maken over wat voor hen de beste zorg is, en wie de beste zorgverlener. De verschillende aspecten waarop de patiënt die keuze zou kunnen baseren, zijn daarvoor niet voldoende gedifferentieerd. De tandarts (voor orthodontie) en de orthodontist lijken hetzelfde te doen – een beugel plaatsen – ook al verschillen hun opleiding en ervaring. De tarieven voor beiden zijn gelijk. Een zorginhoudelijke vergelijking tussen alternatieven is nauwelijks mogelijk, doordat de patiënt maar één keer een zorgtraject meemaakt.

Waar de patiënt wel verschillen kan zien, zijn die niet bij voorbaat in het voordeel van de specialist. Het is aannemelijk dat esthetisch resultaat in eerste instantie voor de patiënt vaak minstens zo belangrijk is als lange-termijnresultaat en gezondheidswinst. De orthodontist stippelt, na uitgebreide en zorgvuldige diagnostiek, een systematisch behandelplan uit vanuit het gehele craniofaciale systeem en neemt daarin factoren als groei en functie mee, wat het langetermijnresultaat ten goede komt. Deze integrale aanpak kan soms ten koste gaan van de snelheid waarmee esthetisch resultaat wordt geboekt.

De informatie waarop de patiënt een keuze zal moeten baseren is veelal niet objectief. Vooral doordat bijna alle patiënten al een behandelrelatie met een tandarts hebben, en willen houden. Als de tandarts ook orthodontische zorg aanbiedt, zal de patiënt geneigd zijn die daar af te nemen. Vaak weet een patiënt niet dat de tandarts die orthodontie aanbiedt, geen orthodontist is en wat de consequenties hiervan kunnen zijn.

Verder spelen fabrikanten een rol bij de informatievoorziening aan patiënten. Zij richten zich via internet steeds vaker rechtstreeks tot de eindgebruiker met informatie die niet bij voorbaat objectief is en die het esthetisch resultaat vooropstelt.

De markt is niet transparant

Er zijn dus verschillende aanwijzingen dat de meerwaarde van het specialisme niet door iedereen wordt herkend. Een belangrijke oorzaak daarvan is dat orthodontische zorg voor veel patiënten en zelfs voor stakeholders een ongedifferentieerd vakgebied lijkt, al is het dat niet. De kaders waarbinnen orthodontische zorg wordt geleverd dragen ook niet bij aan een heldere marktordening. De overheid gaat er in de tarifiering vanuit dat tandartsen en orthodontisten vergelijkbare zorg leveren, terwijl dat in de praktijk niet zo is. De orthodontist heeft immers een specialistische opleiding, en moet door het regime van de wet BIG ook bij de beroepsuitoefening aan veel meer eisen voldoen dan een tandarts die orthodontische zorg levert. Er zijn op dit moment geen richtlijnen die aangeven voor welke patiënten en bij welke aandoeningen behandeling voorbehouden zou moeten zijn aan de orthodontist. Verder is er weinig aandacht voor de gezondheidswinst die zorg van de orthodontist kan opleveren.

3.1 ■ Drie hoofddoelen

Het vorige hoofdstuk beschreef de huidige werkelijkheid. Dit hoofdstuk 3 beschrijft de beoogde werkelijkheid per 2025, vanuit drie hoofddoelen:

- De beste zorg, snel gevonden
- De juiste zorg, door samenwerking
- De patiënt kiest, bewust

Orthodontisten staan voor een intensievere samenwerking en kennisuitwisseling met tandartsen en kaakchirurgen. Dat is in het belang van de patiënt. Een heldere inrichting van de orthodontische zorg en duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek.

3.2 ■ De beste zorg, snel gevonden

Volgens het meerjarenplan 2020 – 2025 van de KNMT is goede mondzorg bereikbaar en gericht op voorkomen in plaats van genezen. Deskundig handelen en samenwerking tussen mondzorgverleners staan centraal. Samen met de patiënt werken tandartsen en tandarts-specialisten aan het bevorderen en behouden van een gezonde mond.

Om de mondzorgkolom optimaal te laten functioneren zijn krachtige specialismen onmisbaar. De specialisten leveren de beste (specialistische) zorg aan de patiënt en dragen bij aan behoud en ontwikkeling van specialistische kennis. Kaakchirurgen doen dit op het gebied van mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie. Orthodontisten op het gebied van de Dento-Maxillaire Orthopaedie. Kaakchirurgen en orthodontisten hebben bovendien een vangnetfunctie voor de complexe patiënt binnen de mondzorgkolom.

Dento-Maxillaire Orthopaedie omvat de diagnostiek, preventie, interceptie en correctie van malocclusies, alsmede van neuromusculaire, functionele en skeletale afwijkingen van de zich ontwikkelende en volgroeide orofaciale structuren, inclusief die van aangeboren en verworven pathologische condities.

Bron: Opleidingsplan Orthodontie – januari 2012

Orthodontische zorg is het deelgebied van de mondzorg dat te maken heeft met het optimaliseren van de functie en stand van tanden en kaken. De orthodontist heeft een bijzondere deskundigheid in dit vakgebied, en is daarom op grond van artikel 14 van de wet BIG aangewezen als specialist Dento-Maxillaire Orthopaedie. In de visie van de orthodontist is Dento-Maxillaire Orthopaedie daarom het deel van de orthodontische zorg dat wordt uitgevoerd door de orthodontist. Orthodontische zorg kan ook geleverd worden door daartoe bekwame tandartsen. De tandartsen die zich richten op het leveren van orthodontische zorg mogen zich 'tandartsen voor orthodontie' noemen.

Er is een belangrijk verschil tussen tandartsen en orthodontisten. Een afgestudeerde tandarts studeert nog eens vier jaar extra om orthodontist te worden. De orthodontist is dan een specialist met een brede basis in de mondzorg en met specialistische kennis van de orthodontie. Hij is ervaren in specialistische diagnostiek en bij uitstek bekwaam

om de orthodontische zorg optimaal te laten aansluiten bij de specifieke kenmerken en behoeften van de patiënt. De orthodontist is elke dag met het vak bezig, en moet aan strenge eisen voldoen om als specialist in het specialistenregister opgenomen te blijven. Hierdoor is de orthodontist in staat zowel eenvoudige als complexe orthodontische behandelingen het beste uit te voeren.

Van belang is dat de patiënt deze hooggekwalificeerde zorg goed en op tijd weet te vinden. Zichtbaarheid en vindbaarheid van de orthodontist als specialist zijn daarom essentieel.

3.3 ■ De juiste zorg, door samenwerking

Het is uniek dat de specialistische zorg kan worden verkregen zonder verwijzing. Dit zou aan de andere kant wel kunnen verklaren waarom deze zorg onvoldoende onderscheidend is ten opzichte van de orthodontische zorg geleverd door een tandarts. De meeste patiënten die bij de orthodontist komen hebben wel een verwijzing van de tandarts. Het is vaak de tandarts die als eerste een orthodontische afwijking constateert en de patiënt adviseert.

Orthodontisten streven naar het gebruik van uniforme criteria die duidelijk maken welke patiënten een specialistische diagnose nodig hebben, en/of behandeld moeten worden door de orthodontist. Een heldere taakverdeling draagt bij aan versterking van de mondzorgkolom. Dit vraagt om een goede samenwerking in de mondzorgkolom, zodat de tandarts op het juiste moment een patiënt doorverwijst naar de orthodontist. De tandarts heeft daarin een sleutelrol als poortwachter en verwijzer.

Omgekeerd moeten orthodontisten kennis delen over orthodontische zorg en het goed toepassen van de kaders die in het volgende hoofdstuk worden beschreven. Het is belangrijk dat die kaders goed toepasbaar zijn voor alle betrokkenen.

3.4 ■ De patiënt kiest, bewust

Om voor orthodontische zorg de juiste behandelaar te kunnen kiezen, moet de patiënt over de goede informatie beschikken. De bestaande vertrouwensband met de tandarts die mogelijk zelf ook orthodontische zorg levert, kan van invloed zijn op de keuze van een behandelaar. Belangrijk is daarom dat de patiënt zelf objectieve informatie heeft over de verschillen tussen behandelaren én dat de patiënt weet dat hij zonder tussenkomst van de tandarts naar een orthodontist kan gaan.

Orthodontisten willen deze informatie in samenwerking met de andere mondzorgverleners beschikbaar maken. Dit begint met uniforme toepassing van de kaders en gezamenlijke voorlichting aan patiënten. Het ligt voor de hand deze samenwerking in de buurt van de patiënt, dus per regio, te organiseren. Zo kan ook transparant gemaakt worden welk aanbod er in een regio is. Door de kennisdeling die daar het gevolg van is, wordt het niveau van de zorg in de hele mondzorgkolom vergroot.

Ook zorgverzekeraars kunnen patiënten (hun verzekerden) helpen de keuze voor de juiste zorgverlener te maken. Patiënten maken bij de keuze voor een zorgverlener of een bepaalde behandeling ook financiële afwegingen. De financiële afweging bepaalt ook of de zorg überhaupt toegankelijk is. Zorgverzekeraars zijn daardoor een belangrijke beïnvloeder. Zij hebben zelf belang bij een goede invulling van die rol. De patiënt die in één keer goed terecht kan, zal een beter resultaat hebben van zijn (verzekerde) investering en dus meer tevreden zijn over zijn zorgverzekering. Kortom; het is belangrijk dat alle betrokkenen de patiënt/verzekerde bewust maken van de vrijheid die hij of zij heeft om te kiezen voor een orthodontische behandeling door de orthodontist.

Om het hiervoor geschetste perspectief daadwerkelijk te bereiken moeten orthodontisten en tandartsen in samenwerking actief zijn. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke stappen genomen moeten worden om het geschetste perspectief in 2025 werkelijkheid te laten zijn.

Deze stappen ingedeeld in vijf thema's:

- **Orthodontist herkenbaar als specialist**
- **Heldere route naar de beste zorg**
- **Patiënt beslist mee**
- **Sterke basis in de opleiding**
- **Maatschappelijke context in balans**

4.1 ■ **Orthodontist herkenbaar als specialist**

Voor een sterke mondzorgkolom moet er een duidelijk onderscheid bestaan tussen de algemeen practicus en de specialist; tussen tandartsen en orthodontisten. Een heldere inrichting van en een duidelijke taakverdeling binnen de orthodontische zorg zijn noodzakelijk. Duidelijkheid over de positie van het specialisme DMO en inzicht in de toegevoegde waarde van het specialisme maken dat de patiënt de beste behandeling kan krijgen, op de juiste plek. Daarom willen orthodontisten de volgende kernboodschap overbrengen.

De kernboodschap

De orthodontist kenmerkt zich door zijn opleiding tot specialist en zijn ervaring in specialistische diagnostiek en behandeling. Hij kan voor elke patiënt de orthodontische zorg optimaal laten aansluiten bij diens specifieke kenmerken en behoeften.

- *De orthodontist is opgeleid in het systematisch denken vanuit het gehele craniofaciale systeem en betreft daarbij de factor tijd. Hij betreft bovendien de groei van het kaakcomplex en omliggende structuren alsmede functionele aspecten in diagnostiek en behandeling. Dit komt de kwaliteit van de behandeling ten goede.*
- *Een orthodontist kan voor diagnostiek en behandeling een breed palet aan instrumenten inzetten. Hij is niet gebonden aan één oplossing. Een orthodontist is bekwaam in de traditionele en nieuwe behandelmethoden en maakt daaruit, in samenspraak met de patiënt, een passende keuze.*
- *De orthodontist heeft in de behandeling nadrukkelijk aandacht voor het functionele aspect. Dit bevordert het behoud van een gezond gebit en voorkomt (mond)gezondheidsproblemen (preventie). De zorg bevordert het psychosociale welbevinden van patiënten.*
- *De orthodontist creëert optimale condities voor de mondgezondheid en overige mondzorg, in samenwerking met de rest van het tandheelkundige team. De orthodontist heeft een coördinerende rol bij complexe mondzorg waarvan orthodontische zorg onderdeel is.*

De orthodontisten willen de kernboodschap consistent en gestructureerd overbrengen aan burgers, zorgverleners en stakeholders. Hiervoor zal een communicatiestrategie worden opgesteld met een gedeeld begrippenkader, zoals herkenbare beroepstitels, een heldere afbakening van het specialisme en met aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg. (Actie 1)

4.2 ■ Heldere route naar de beste zorg

De patiënt heeft recht op doelmatige zorg. Dit betekent dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste diagnose krijgt, en de zorg die het beste aansluit bij zijn zorgvraag. Dit vraagt om coördinatie binnen de mondzorgkolom. De patiënt moet bij de juiste zorgverlener terecht komen. Dat kan alleen als tandartsen en orthodontisten in de regio samenwerken. De patiënt die op de verkeerde plek in de kolom binnenkomt, moet worden doorverwezen.

Om die samenwerking te ondersteunen hebben de orthodontisten uniforme verwijzingscriteria opgesteld, die zij samen met de tandartsen in de praktijk willen brengen. Deze criteria zijn gebaseerd op de IOTN, de 'Index for Orthodontic Treatment Need'. Deze index is praktisch, relatief eenvoudig toe te passen (ook door de tandarts) en maakt ook de zwaarte van de zorgvraag op een objectieve manier inzichtelijk. De index wordt ook al breed toegepast, niet alleen door zorgprofessionals maar bijvoorbeeld ook door beleidsmakers.

In 2025 moeten alle betrokkenen met het afwegingskader orthodontische zorg bekend zijn en dit gebruiken. De orthodontisten zullen dit kader in hun praktijken gaan gebruiken en in hun netwerk verspreiden. Er komt ook een implementatieplan om de betrokkenen bewust te maken van de noodzaak om dit afwegingskader te gebruiken en ze te helpen deze aanpak in de praktijk te brengen. (Actie 2)

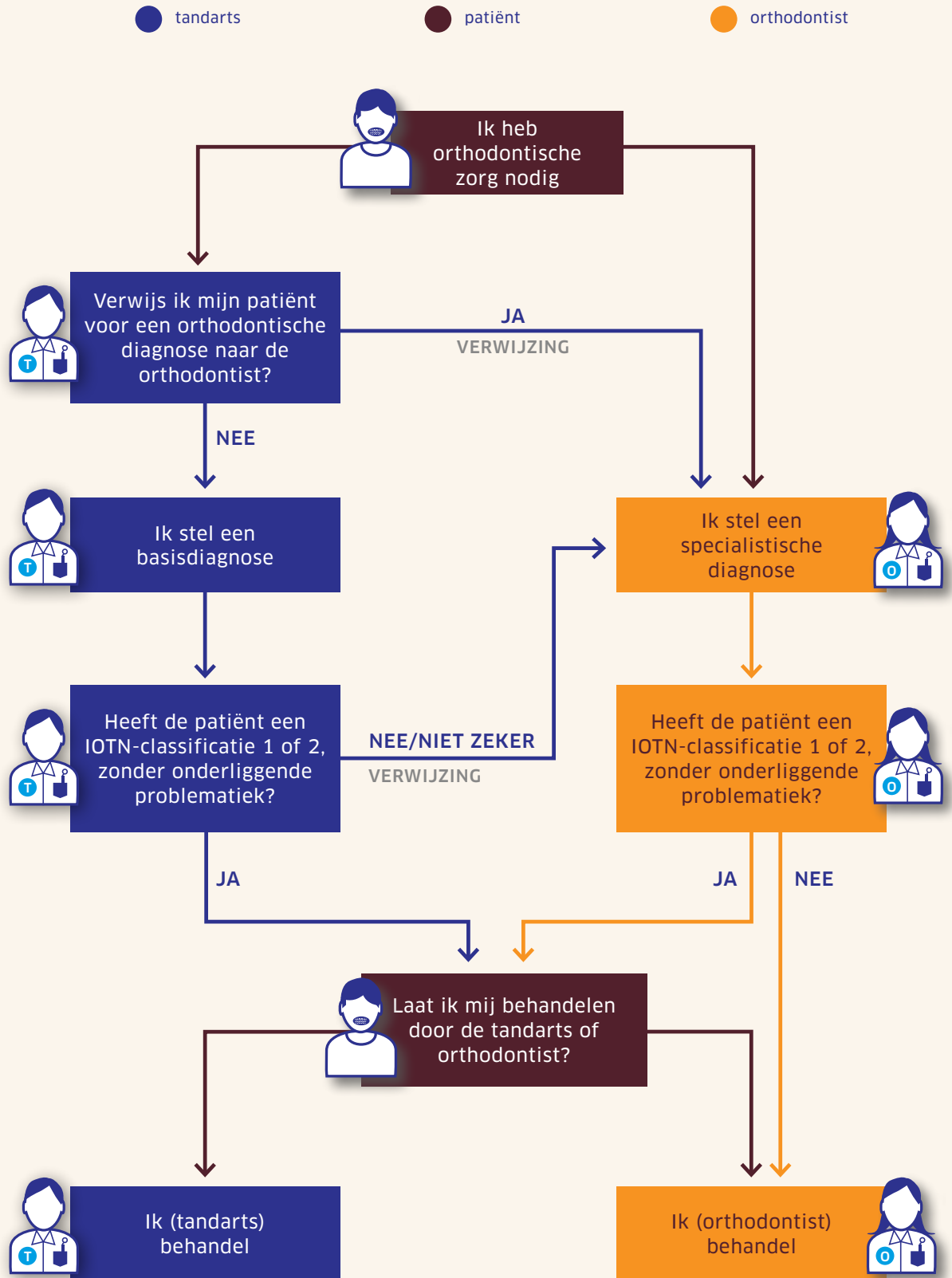
Toelichting bij afwegingskader

De orthodontist moet volgens de beroepsgroep in ieder geval de diagnose stellen als een tandarts niet met zekerheid kan vaststellen dat een patiënt een IOTN-classificatie 1 of 2 heeft, en ook bij (een vermoeden van) onderliggende problematiek die de behandeling raakt.

Indien behandeling geïndiceerd is, vallen onder het expertisegebied van de orthodontist in ieder geval:

- 1. Patiënten met een IOTN-classificatie 3, 4 of 5.*
- 2. Patiënten (ongeacht IOTN-classificatie) met problemen op het gebied van de groei van het kaakcomplex, problemen in de omliggende structuren en/of met tandheelkundige, lichamelijke of psychische problemen die de orthodontische behandeling raken.*
- 3. Patiënten die vanwege een aangeboren of verworven craniofaciale afwijking behandeld moeten worden in een medisch-specialistische setting. Zo'n afwijking is bijvoorbeeld schisis. De orthodontist is dan hoofd- of medebehandelaar binnen het behandelteam.*

Afwegingskader orthodontische zorg



4.3 ■ Patiënt beslist mee

Om te zorgen dat iedere patiënt de juiste behandeling krijgt, op de juiste plek, moeten patiënten kunnen (mee)beslissen over wat voor hen de beste optie is in het behandelaanbod. Ze moeten weten wat de verschillende behandelaars doen, en waar die te vinden zijn. Dat betekent dat hiervoor ook de juiste randvoorwaarden moeten worden gecreëerd.

Randvoorwaarden voor ‘patiënt beslist mee’

De patiënt:

- weet dat goede orthodontische zorg meer is dan alleen esthetiek
- weet wat de consequenties zijn van de keuze om niet te behandelen
- kent signalen dat een orthodontische behandeling nodig is
- weet dat de orthodontist vrij toegankelijk is
- is toegerust om een keuze te maken voor de juiste behandelaar
- kan de orthodontist als specialist herkennen
- weet dat een specialist niet duurder is
- kan makkelijk een orthodontist vinden
- voelt zich niet belemmerd door verzekeringsvoorwaarden
- is toegerust om zelf mee te beslissen over de juiste behandeling

Om randvoorwaarden voor het meebeslissen te creëren, wordt publieksvoorlichting structureel opgezet, met centrale en decentrale uitingen. Centraal betekent één landelijke boodschap over de verschillende aspecten uit deze visie. Decentrale uitingen zijn bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal dat in de wachtkamer of behandelruimte kan worden gebruikt. Orthodontisten uniformeren hun boodschap en conformeren zich deze aan de landelijke lijn. Orthodontisten spreken in ieder geval met elkaar af zich als specialist te profileren. (Actie 3)

Het wordt makkelijker gemaakt een orthodontist te vinden. De toegankelijkheid en de zoekfuncties van de openbare database van orthodontisten worden verbeterd. (Actie 4)

4.4 ■ Sterke basis in de opleiding

Om complexe behandelingen uit te kunnen voeren zijn vaardigheden en ervaring nodig. De orthodontist doet die vaardigheden op tijdens de 4-jarige opleiding tot specialist. En ervaring door zich dagelijks alleen bezig te houden met orthodontische behandelingen. Voor niet-complexe behandelingen heeft die ervaring ook een meerwaarde. Een orthodontist kan bijvoorbeeld herkennen of een behandeling die niet-complex lijkt, dat ook werkelijk is. En ook een niet-complexe patiënt heeft baat bij een doelgerichte en efficiënte aanpak.

Een sterk specialisme kan niet bestaan zonder sterke opleiding. Om te zorgen dat er voldoende specialisten zijn, moeten er voldoende opleidingsplaatsen zijn, en moet het aantrekkelijk zijn om orthodontist te worden. Orthodontisten vinden het daarom belangrijk dat de opleidingen, binnen hun eigen verantwoordelijkheid, de drie hoofddoelen uit hoofdstuk 3 en de vijf thema's uit hoofdstuk 4 ondersteunen.

De drie opleidingen zal worden gevraagd de hoofddoelen en thema's van de visie in hun curriculum te verwerken. Dit kan zo nodig in het Opleidingsplan verankerd worden. De orthodontisten streven ernaar dat opleidingen en wetenschappelijke vereniging meer gaan samenwerken. Samen kunnen zij dan de wetenschappelijke basis van het vakgebied consolideren en verbreden, onder meer door het intensiveren van de ontwikkeling van richtlijnen, het stimuleren van klinisch onderzoek en van vergelijkend onderzoek tussen soorten behandelingen en type behandelaren. De bekendheid met wetenschappelijke publicaties (ook die van de eigen opleidingen) wordt binnen de beroepsgroep vergroot. (Actie 5)

Om de wetenschappelijke basis van het vakgebied in stand te houden en te verbreden zijn voldoende capaciteit en middelen nodig vanuit de drie universiteiten. Verder moeten bestaande leerstoelen daadwerkelijk worden bezet. Er is in Nederland op dit moment maar één hoogleraar orthodontie. Dat betekent dat er twee opleidingen zijn waar de leerstoel niet is ingevuld. Er zouden minimaal drie hoogleraren in Nederland moeten zijn. De betrokkenheid tussen opleidingen en praktijk moet over en weer worden vergroot. Belemmeringen hiervoor worden onderzocht en opgelost. (Actie 6)

Orthodontisten realiseren zich dat dit ook een kwestie is van beschikbaarheid, en mede een zaak van de opleidende instellingen. Een krachtig standpunt van de beroepsgroep zelf kan hiervoor hierbij een positieve stimulans zijn.

4.5 ■ Maatschappelijke context in balans

Orthodontisten willen ervoor zorgen dat de maatschappelijke context waarin zij actief zijn de drie hoofddoelen van hoofdstuk 3 zoveel mogelijk ondersteunt. Orthodontisten willen actief met deze context aan de slag gaan langs drie assen:

- **Organisatie van zorg**
- **Aanspraak en vergoeding**
- **Marktontwikkelingen**

Organisatie van zorg

Er is op dit moment nauwelijks sprake van een bewuste organisatie van de DMO. Zowel het aanbod als de mate van samenwerking zijn sterk lokaal bepaald. Patiënten kijken vooral naar een goed bereikbare behandelaar in de buurt. Dat betekent dat 'de beste zorg' niet altijd voorhanden en bereikbaar is. Bij wie een patiënt terecht komt, kan zelfs toeval zijn.

Orthodontisten willen de zorg zo organiseren, dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit willen zij doen door nauwere samenwerking met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio. (Actie 7)

Aanspraak en vergoeding

Orthodontie wordt meestal niet vergoed vanuit de basisverzekering. Dit belemmert de toegang voor patiënten die geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten. De orthodontisten vinden dat het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. Hierdoor kunnen patiënten een betere afweging maken ten aanzien van orthodontische behandeling. Dit verbetert de toegang tot orthodontische zorg.

Orthodontisten zullen actief het standpunt uitdragen, dat in ieder geval het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering. (Actie 8)

De patiënten die zich wel aanvullend verzekeren, krijgen te maken met een steeds verdere verschraving van de dekking. Doordat de vergoedingen in bedrag en tijd beperkt zijn, en verzekeraars niet differentiëren naar behandelaar, moeten patiënten soms suboptimale keuzes maken. De zorgverzekeraar heeft dus een belangrijke invloed op de keuze van de patiënt.

Aandacht voor zorginhoud en kwaliteit heeft ook voor zorgverzekeraars voordelen. De patiënt die in één keer de juiste behandeling krijgt, zal een beter resultaat hebben van zijn (verzekerde) investering en dus ook tevredener zijn over zijn zorgverzekering.

Orthodontisten gaan in overleg met zorgverzekeraars over hoe meer aandacht besteed kan worden aan zorginhoud en kwaliteit in de verzekeringsvoorwaarden. Zo zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of een koppeling tussen de ernst van de afwijking en de hoogte van de vergoeding wenselijk is. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren kan ook behulpzaam zijn. (Actie 9)

Marktontwikkelingen

De toenemende directe invloed van leveranciers op de orthodontische zorg baart de orthodontisten zorgen. Patiënten krijgen eenzijdige informatie aangereikt. Niet het product, maar de patiënt en de zorgvraag moeten leidend zijn in de keus voor een behandeling.

Orthodontisten willen gezamenlijk misverstanden tegengaan door onjuiste informatie te weerleggen en een collectief tegengeluid te organiseren. Door voorlichting en kennisdeling zorgen orthodontisten ervoor dat patiënten zijn toegerust om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen. (Actie 10)

In deze Visienota 'Orthodontist 2025' zijn tien acties beschreven die nodig zijn de visie werkelijkheid te laten worden. Voor elke actie is een actiehouder aangewezen. Orthodontisten vragen deze actiehouder om als eerstverantwoordelijke op te treden en om in afstemming met de andere betrokkenen de actie uit te voeren.

ACTIE	ACTIEHOUDER	I.S.M.
<p>1 ■ De orthodontist is een specialist. Hij levert hoogwaardige diagnostiek en orthodontische zorg die aansluit bij de specifieke kenmerken en behoefte van de patiënt.</p> <p>Deze kernboodschap willen orthodontisten consistent en gestructureerd overbrengen aan burgers, zorgverleners en stakeholders. Orthodontisten zullen hiervoor een communicatiestrategie opstellen met een gedeeld begrippenkader, zoals herkenbare beroepstitels, een heldere afbakening van het specialisme en met aandacht voor de onderscheidende eigenschappen van hun zorg.</p>	NVvO	Opleidingen
<p>2 ■ Orthodontisten hebben een afwegingskader opgesteld om per patiënt te bepalen welke zorgverlener bij voorkeur diagnostiek en behandeling uitvoert. Soms moet dat de orthodontist zijn. In 2025 moeten alle betrokkenen met het afwegingskader orthodontische zorg bekend zijn en dit gebruiken. De orthodontisten zullen dit kader in hun praktijken gaan gebruiken en in hun netwerk verspreiden. Er komt ook een implementatieplan om de betrokkenen bewust te maken van de noodzaak om dit afwegingskader te gebruiken en ze te helpen deze aanpak in de praktijk te brengen.</p>	NVvO	KNMT
<p>3 ■ Een patiënt moet kunnen (mee)beslissen over wat voor hem de beste optie is in het behandelaanbod.</p> <p>Om randvoorwaarden voor het meebeslissen te creëren, zullen orthodontisten publieksvoorlichting opzetten, met één landelijke boodschap over de verschillende aspecten van deze visie. Daarbij hoort ook voorlichtingsmateriaal dat decentraal in bijvoorbeeld de wachtkamer of behandelruimte kan worden gebruikt. Orthodontisten conformeren zich aan de landelijke lijn en spreken in ieder geval met elkaar af zich als specialist te profileren.</p>	NVvO	KNMT
<p>4 ■ Patiënten moeten makkelijk een orthodontist kunnen vinden. Daarom worden de toegankelijkheid en de zoekfuncties van de openbare database van orthodontisten verbeterd.</p>	NVvO	KNMT

ACTIE	ACTIEHOUDER	I.S.M.
<p>5 ■ De drie opleidingen zal worden gevraagd de hoofdoelen en thema's van de visie in hun curriculum te verwerken. Dit kan zo nodig in het Opleidingsplan verankerd worden. De orthodontisten streven ernaar dat opleidingen en wetenschappelijke vereniging meer gaan samenwerken. Samen kunnen zij dan de wetenschappelijke basis van het vakgebied consolideren en verbreden, onder meer door het intensiveren van de ontwikkeling van richtlijnen, het stimuleren van klinisch en van vergelijkend onderzoek tussen soorten behandelingen en type behandelaren. De bekendheid met wetenschappelijke publicaties (ook die van de eigen opleidingen) wordt binnen de beroepsgroep vergroot.</p>	Opleidingen	NVvO
<p>6 ■ Om de wetenschappelijke basis van het vakgebied in stand te houden en te verbreden zijn voldoende capaciteit en middelen nodig vanuit de drie universiteiten. Verder moeten bestaande leerstoelen daadwerkelijk worden bezet. Er is in Nederland op dit moment maar één hoogleraar orthodontie. Dat betekent dat er twee opleidingen zijn waar de leerstoel niet is ingevuld. Er zouden minimaal drie hoogleraren in Nederland moeten zijn. De betrokkenheid tussen opleidingen en praktijk moet over en weer worden vergroot. Belemmeringen hiervoor worden onderzocht en opgelost.</p>	NVvO	KNMT
<p>7 ■ Orthodontisten willen de zorg zo organiseren, dat de beste zorg voor iedereen eenvoudig toegankelijk is. Dit doen zij door nauwere samenwerking met tandartsen en door het organiseren van kennisdeling in de regio.</p>	KNMT	NVvO
<p>8 ■ De basisverzekering vergoedt orthodontische zorg alleen in bijzondere gevallen. De zorg is daardoor niet voor iedereen toegankelijk. Orthodontisten zullen actief het standpunt uitdragen, dat in ieder geval het stellen van een specialistische diagnose vergoed moet worden uit de basisverzekering.</p>	KNMT	NVvO
<p>9 ■ Orthodontisten gaan in overleg met zorgverzekeraars over hoe meer aandacht besteed kan worden aan zorginhoud en kwaliteit in de verzekeringsvoorwaarden. Zo zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of een koppeling tussen ernst van de afwijking en de hoogte van de vergoeding wenselijk is. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren kan ook behulpzaam zijn.</p>	KNMT	NVvO
<p>10 ■ Leveranciers van orthodontische oplossingen krijgen steeds meer invloed op de zorg, en richten zich vaker rechtstreeks tot consumenten. Dit kan tot misverstanden leiden, Orthodontisten willen die gezamenlijk tegengaan door onjuiste informatie te weerleggen en een collectief tegengeluid te organiseren. Orthodontisten zorgen er door voorlichting en kennisdeling voor dat patiënten zijn toegerust om samen met de zorgverlener de juiste beslissing te kunnen nemen.</p>	NVvO	KNMT

Bijlagen

Bijlage 1 Begrippenlijst

Bijlage 2 Index of Orthodontic Treatment Need

Bijlage 1

Begrippenlijst

BCO	Beleidscommissie Orthodontie
CTS	College Tandheelkundige Specialismen
DMO	Dento-Maxillaire Orthopaedie
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IOTN	Index for Orthodontic Treatment Need
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthodontisten
NVMKA	Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RTS	Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen
STS	Sectie Tandarts-Specialisten
VTvO	Vereniging Tandartsen voor Orthodontie
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2

Index of Orthodontic Treatment Need (Brook and Shaw, 1989)

SCORE 1 GEEN BEHANDELINGSBEHOEFTE

1. zeer geringe malocclusies inclusief contactpuntdiscrepanties van minder dan 1 mm



SCORE 2 GERINGE BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 2.a Overjet groter dan 3,5 mm maar minder dan/ gelijk aan 6 mm met competente lipsluiting
- 2.b Omgekeerde overjet groter dan 0 mm maar minder dan/gelijk aan 1 mm
- 2.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van minder dan/gelijk aan 1 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 2.d Contactpuntdiscrepanties van meer dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm
- 2.e Laterale of frontale open beet groter dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm
- 2.f Verticale overbeet groter dan/gelijk aan 3,5 mm zonder gingivaal contact
- 2.g Disto-occlusie of mesio-occlusie zonder andere afwijkingen (tot 1/2 premolaarbreedte)



SCORE 3 GRENSGEVAL

- 3.a Overjet groter dan 3,5 mm maar kleiner dan/ gelijk aan 6 mm met incompetente lipsluiting
- 3.b Omgekeerde overjet groter dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 3,5 mm
- 3.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van meer dan 1 mm maar minder dan/gelijk aan 2 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 3.d Contactpuntdiscrepanties van meer dan 2 mm maar minder dan/gelijk aan 4 mm
- 3.e Laterale of frontale open beet groter dan 2 mm maar minder dan/gelijk aan 4 mm
- 3.f Diepe beet met gingivaal of palatinaal contact maar zonder trauma



SCORE 4 BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 4.h Minder uitgebreide hypodontie met noodzaak tot preresauratieve orthodontie of orthodontisch sluiten van diastemen ter preventie van prothetisch werk
- 4.a Overjet tussen 6 mm en 9 mm
- 4.b Omgekeerde overbeet groter dan 3,5 mm zonder kauw- en spraakproblemen
- 4.m Omgekeerde overbeet tussen 1 mm en 3,5 mm met aanwezigheid van kauw- en spraakproblemen
- 4.c Kruisbeet in het front of de zijdelingse delen met een discrepantie van meer dan 2 mm tussen centrale relatie en maximale occlusie
- 4.l Kruisbeet in de zijdelingse delen links en/of rechts zonder functioneel contact
- 4.d Ernstige contactpuntdiscrepanties van meer dan 4 mm
- 4.e Extreme frontale of laterale open beten groter dan 4 mm
- 4.f Vergrote of totale verticale overbeet met gingivaal of palatinaal trauma
- 4.t Gedeeltelijk geërupteerde gebits-elementen, getipped en geïmpacteerd tegen aangrenzende gebits-elementen
- 4.x Aanwezigheid van boventallige gebits-elementen



SCORE 5 GROTE BEHANDELINGSBEHOEFTE

- 5.l Gestoorde eruptie van gebits-elementen (m.u.v. derde molaren) t.g.v. van crowding, dislocatie, aanwezigheid boventallige gebits-elementen, gereteneerde melkelementen en andere pathologische oorzaken
- 5.h Uitgebreide hypodontie (meer dan 1 gebits-element per kwadrant) met restauratieve behandelingsbehoefte waarvoor preresauratieve orthodontie nodig is
- 5.a Overjet groter dan 9 mm
- 5.m Omgekeerde overbeet groter dan 3,5 mm met aanwezigheid van kauw- en spraakproblemen
- 5.p Schisis en andere craniofaciale afwijkingen
- 5.s Ankylose en infraocclusie van melkelementen



Colofon

Dit rapport is opgesteld door en voor orthodontisten, in opdracht van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO), beide vertegenwoordigd in de 'begeleidingscommissie orthodontist 2025'. Eerder verscheen al de 'Visienota MKA-chirurgie 2018-2022', opgesteld in opdracht van de KNMT en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA).

De inhoud is samengesteld door de 'begeleidingscommissie Orthodontist 2025'. Deze bestaat uit de volgende leden van de Sectie Tandarts-Specialisten (STS) van de KNMT, de Beleidscommissie Orthodontie (BCO) van de KNMT en bestuursleden van de NVvO.

- drs. S.C. Boxum (orthodontist, STS, BCO)
- dr. G.J. Dicker (kaakchirurg, STS)
- drs. D.P. Dvortsin (orthodontist, NVvO)
- dr. S. Henneman (orthodontist, NVvO)
- drs. J.M. van Ingen (kaakchirurg, STS)
- drs. B. Jacobs (orthodontist, STS, BCO)
- dr. R.E.G. Jonkman (orthodontist, BCO)
- drs. M. van Loenen (orthodontist, NVvO)
- drs. R.R.M. Noverraz (orthodontist, BCO)
- drs. G.P. Steenvoorden (orthodontist, BCO)

Dit rapport is opgesteld met medewerking van het College Tandheelkundige Specialismen (CTS), de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS), de opleidingen van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), UMC Groningen (UMCG), Radboud UMC Nijmegen (Radboud UMC).

- drs. W.J.D.M. van Beers (orthodontist, CTS)
- drs. M.A. Disse (orthodontist, RTS)
- dr. A.C. Jongsma (orthodontist, RTS, UMCG)
- dr. R.E.G. Jonkman (orthodontist, CTS, ACTA)
- prof. em. dr. A.M. Kuijpers-Jagtman (orthodontist niet praktiserend, UMCG)
- prof. dr. J. de Lange (kaakchirurg, CTS, ACTA)
- drs. R.R.M. Noverraz (orthodontist, Radboud UMC)
- prof. dr. Y. Ren (orthodontist, CTS, UMCG)
- mr. M.C.J. Rozijn (CTS)
- dr. J. Schols (orthodontist, Radboud UMC)
- mr. A.E.L. van der Voort van Zyp (RTS)

Begeleiding van het proces en redactie van het rapport zijn uitgevoerd door C.J. Diepeveen MSc en mr. F. Landwaart van Zorgmarkten.

