

Orthodontietarieven 6

De NZa heeft een beweging gemaakt: de korting voor O-tarieven wordt gehalveerd. En dat is eigenlijk alles. Polderen dus. Dat de NZa de D-tarieven (nog) met rust laat, komt omdat er geen onderzoek bestaat op grond waarvan de NZa ze zou kunnen korten. De rechter zou een nu door de NZa opgelegde korting op de D-tarieven net zo niet onderbouwd verklaren, als de eerdere korting op de O-tarieven. Dat heeft de NZa toen als een blamage ervaren, dus kijkt ze nu wel uit om hetzelfde te doen. Wat heeft onze beroepsgroep hieraan? Gewoon helemaal niks. Een echte beweging van de NZa zou zijn: binnen de gezondheidszorg opnieuw de tandheeskunde gebruiken om positieve veranderingen in kwaliteit, innovatie en transparantie te bereiken, waarbij onze beroepsgroep al tientallen jaren bewezen heeft dat 'onze' tandheeskunde zeer goed en zeer betaalbaar is. Het schijnt de NZa te ontbreken aan fantasie en intelligentie om deze koers uit te zetten. De patiënt en wij blijven met een verouderd systeem zitten waarin tandartsen proberen te functioneren. Met deze NZa lijkt er geen win-winsituatie te bestaan. Daarvan is de patiënt uiteindelijk de dupe.

Ruud Sigterman, Putten

Orthodontietarieven 7

In NT 21/2010 p. 11 verbaast tandarts-endodontoloog in opleiding Sander Loos zich over de verontwaardiging rond de aanpassing van de tarieven orthodontie. Hij geeft aan dat hij de post-graduate opleiding tot tandarts-endodontoloog volgt zonder dat hij dat voor de centjes hoeft te doen. De tarieven van tandarts-endodontologen zijn volgens hem namelijk identiek aan die van de 'gewone' tandarts. Ook zegt hij de discussie graag helder te willen houden. In dit verband kan het voor collega Loos wel eens heel verhelderend werken als de NZa besluit om de tarieven van tandarts-endodontologen, net zoals dat nu voor orthodontisten dreigt te gebeuren, met zo'n 21 procent ten opzichte van de 'gewone' tandarts te verlagen.

Hayé Remmelink, orthodontist, Almelo

Orthodontietarieven 8

Eindelijk de juiste opmerkingen van Sander Loos, in NT 21/2010 p. 11. Ik raad het NMT-bestuur en de orthodontisten aan om zijn brief bijzonder aandachtig te lezen, om daarna de zinnen met vraagtekens heel eerlijk te beantwoorden. Ik heb er verder niets aan het standpunt van collega Loos toe te voegen.

Bert Wieggers, Kockengen

Zygoma-implantaten

In NT 20/2010, p. 24 wordt beschreven hoe zygoma-implantaten een uitkomst kunnen bieden voor patiënten met een sterk geslonken bovenkaak. Collega Rutger Batenburg heeft deze methode sinds 2008 bij twintig

patiënten toegepast. In het artikel wordt gesteld dat het een minder belastende en goedkopere methode is dan het aanbrengen van implantaten in een eerst opgebouwde kaak. Tevens komt peri-implantitis haast niet voor. Dat zygoma-implantaten zich hebben bewezen en dat het een relatief eenvoudige, beperkt belastende methode is, willen wij niet ontkennen. Echter, bij het nog prille enthousiasme past een aantal kanttekeningen. Zo willen wij nuanceren dat deze methode goedkoper zou zijn. Dit is namelijk sterk afhankelijk van waarmee wordt vergeleken. Het plaatsen van implantaten in de dorsale bovenkaak wordt door implantologen in Nederland al veelvuldig toegepast. Hiervoor wordt met een laterale opening de sinusbodem opgebouwd met een botssubstituut vermengd met een deel autoloog bot, voor zover dat in de omgeving is te oogsten. Met voldoende botdikte kunnen veelal ook meteen de implantaten worden geplaatst. Uitgevoerd in de implantologiepraktijk of als dagbehandeling in het ziekenhuis geniet deze beproefde methode qua kosten de voorkeur. Deze kosten liggen in de implantologiepraktijk in ieder geval beduidend lager dan de dertienduizend euro voor een behandeling met zygoma-implantaten.

Verder worden zygoma-implantaten onder een hoek geplaatst. De reinigbaarheid wordt door de hoek die het abutment met het implantaat maakt, ernstig gecompromitteerd. Een evaluatietermijn van twee jaar is nog veel te kort om de kans op peri-implantaire infecties goed te kunnen beoordelen. Peri-implantitis is veelal pas vijf tot tien jaar na implantatie aan de orde. Omdat niemand eigenlijk weet hoe peri-implantitis adequaat moet worden behandeld, voorzien wij grote problemen. Daar komt nog bij dat de implantaten een TiUnite oppervlak hebben, waarvan de literatuur aangeeft dat dit het zeer lastig maakt weer controle te krijgen als het misgaat. Ook kan het zijn dat er resorptie van bot optreedt wanneer de cresta dun is en het implantaat er onder druk wordt ingedraaid. En als botafbraak en een peri-implantaire ontsteking in het orale deel rondom het zygoma-implantaat blijven aanhouden, wordt het noodzakelijk het implantaat te verwijderen. Als dan het deel dat in het zygoma zit nog goed ge-osseointegreerd is, kan het verwijderen van het implantaat wel eens tot een ravage leiden. Een langere evaluatietermijn lijkt dan ook nodig alvorens over zygoma-implantaten in een juichstemming te geraken.

Daarom roepen wij op om vooraleerst de langetermijnresultaten van een groter klinisch onderzoek af te wachten. Tot die tijd kunnen in specifieke gevallen zygoma-implantaten worden toegepast door hen die tevens capabel zijn om eventuele complicatie adequaat te behandelen. Totdat er meer duidelijkheid is, zijn er 'goedkopere' alternatieven met zeer goede klinische resultaten.

*Jaap Hutter, Heemstede; Peet van Gils, Amstelveen
en Fridus van der Weijden, Utrecht*

Leiderschap gevraagd

Alle collega's, ook het NMT-hoofdbestuur, is in verwarring en boos op de overheid vanwege de voorgestelde korting