Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

AUGUSTUS 2015 | WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL | JAARGANG 5 | NUMMER 6

Tandartstekort neemt toe
Veel tandartsen zwaaien af of werken in deeltijd

Pagina 3

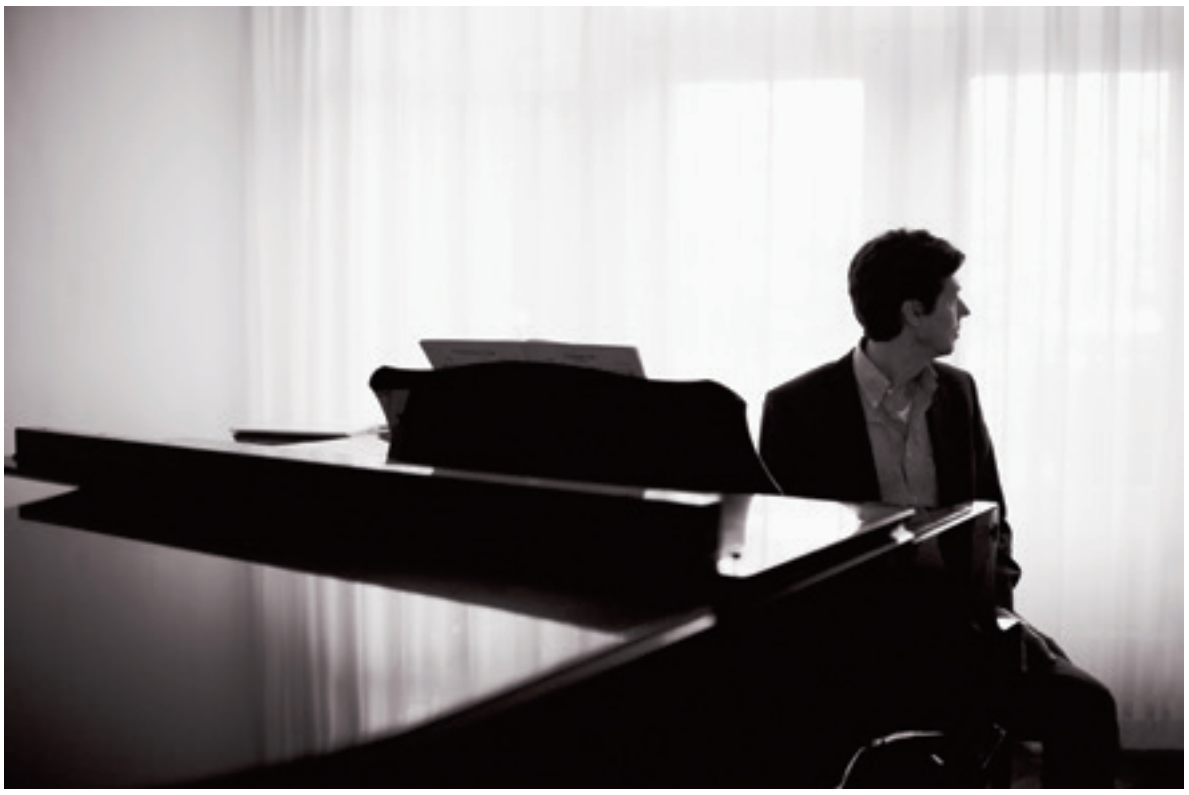
Beoordeling gebitsslijtage
Overzicht van de basisdiagnostiek

Pagina 10-11

Startende tandartsen
"Behandel je loopbaan evidence-based!"

Pagina 18-19

"Marktwerking is waar het in de mondzorg wringt"



Tandarts-parodontoloog Jeroen Craandijk, tevens jurist en wijsgeer, stelt zich graag kritische vragen bij de uitoefening van zijn vak. "Met het opstellen van richtlijnen doe je de tandarts tekort." (foto: Job Schlingemann)

VAN DE REDACTIE

UTRECHT – De vakantiemaanden zijn voor veel mensen een ideaal moment om afstand te nemen en de dagelijkse praktijk vanuit een ander perspectief te bekijken. Onthaastend in een zonnig oord vroeg u zich als mondzorgprofessional wellicht af: wat heb ik het afgelopen jaar in mijn praktijk bereikt? Wat zijn mijn doelen voor de lange termijn? En zijn we in de mondzorg eigenlijk wel goed bezig?

Jeroen Craandijk is iemand die zich dagelijks dit soort vragen stelt. Behalve tandheelkunde studeerde deze tandarts-parodontoloog ook rechten en wijsbegeerte. Het heeft hem een interessante invalshoek gegeven om ons mondzorgsysteem te analyseren. "In de filosofie leer je analyseren hoe je zelf met kennis omgaat. In de natuurwetenschappen ligt dat anders. Daar wordt simpelweg de huidige kennis onderwezen, met een zekere stelligheid," vertelt Craandijk in een interview in deze Dental Tribune (zie pagina 5-7). Dit kan het maken van generalisaties of een wat vooringenomen houding in de hand werken.

De Leidenaar ziet een aantal zaken die in zijn ogen absoluut beter kunnen. Zo verbaast hij zich over de vele aandacht die er momenteel is voor het ontwikkelen van richtlijnen. "Je kunt een complexe behandeling waarvoor je vele jaren hebt geleerd, niet terugbrengen tot een stappenplan. Daarmee doe je de tandarts tekort. Een dergelijke reductie van de werkelijkheid is gevaarlijk, omdat ook bij de financiering en rechtvaardiging van een behandeling naar richtlijnen zal worden verwezen." Visitatie door vakgenoten is in zijn ogen een veel beter instrument om te controleren op de zorgkwaliteit.

Ook de marktwerking baart Craandijk zorgen. "Zorg is nooit 'standaard' en leent zich dus niet voor een soort productielijn. Daarnaast is ons huidige systeem niet goed ingericht op de verwevenheid van mondgezondheid met de algemene gezondheid." Juist in de parodontologie staat die relatie vaak op de voorgrond. Ook de politiek mag best wat meer visie uitstralen, vindt Craandijk. "De huidige beleidsmakers spreken veelvuldig over hoeveel de mondzorg mag kosten, terwijl ik nauwelijks iets hoor over collectieve gezondheidsdoelen."

Aandacht voor de parodontologie is er ook in een betoog van Mark Bartold (zie pagina 8). De hoogleraar Parodontologie aan de Universiteit van Adelaide bespreekt de belangrijkste ontwikkelingen binnen zijn aandachtsgebied in de afgelopen decennia. Bartold zet vraagtekens bij het wijdverbreide 'misbruik' van bottransplantatie voor de behandeling van intraossale pockets, maar vindt dat de toekomst er, met de nieuwe mogelijkheden voor weefselgeneratie, veelbelovend uitziet. ■

"Tariefverlaging niet in patiëntbelang"

TEKST: MARIEKE EPPING

NIEUWEGEIN – Per 1 juli is de tariefverlaging voor tandarts- en orthodontiebehandelingen van kracht. Zo mogen tandartsen sinds vorige maand voor het plaatsen van een implantaat nog maar 80% van het oude tarief in rekening brengen. Dat lijkt gunstig voor de patiënt, maar volgens beroepsorganisatie KNMT is het dat allerminst.

De tariefverlaging werd in november 2014 aangekondigd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die de maximumtarieven voor de mondzorg vaststelt. De NZa kort orthodontiebehandelingen met 1,48%, tandheelkundige behandelingen (behalve implantologische) met 5,15% en implantologische behandelingen met 19,14%. De nieuwe tarieven baseerde de NZa op het veelbesproken kostenonderzoek in de mondzorg en een aangepaste arbeidskostencomponent, hoewel critici het kostenonderzoek als een vooringenomen opmaat tot stevige bezuinigingen beschouwden.

Veel patiënten zijn verheugd over de tariefdaling, omdat (niet bijzondere) mondzorg voor volwassenen niet in de basisverzekering zit en steeds minder mensen een aanvullende tandartsverzekering hebben. Vergelijkingswebsite Independer.nl wijst patiënten erop dat de nieuwe tarieven tientallen euro's besparing kunnen opleveren bij het plaatsen van een implantaat. Bart Koenraadt van Zorgwijzer.nl, een vergelijkbare website, stipt aan dat de lagere tarieven ook volgend jaar nog kunnen doorwerken: de kans bestaat dat de premies van aanvullende tandartsverzekeringen ook omlaag gaan.

> lees verder op pagina 2

KNMT: “Tandarts terug op consultatiebureau”

> vervolg van pagina 1

TEKST: MARIEKE EPPING

HILVERSUM – Op consultatiebureaus moet standaard weer een tandarts of tandheelkundig medewerker aanwezig zijn. Deze kan de gebitten van kinderen in een zo vroeg mogelijk stadium controleren en ouders wijzen op het belang van goede mondzorg op jonge leeftijd. Daarvoor pleit de KNMT, nadat RTL Nieuws half juli naar buiten bracht dat circa 40.000 jonge kinderen in Nederland een ernstig verwaarloosd melkgebit hebben.

De researchredactie van RTL Nieuws ondervroeg 66 tandartsen, die samen bijna 10.000 gevallen meldden van ernstige verwaarlozing van het gebit bij kinderen tussen twee en zeven jaar oud. Op basis hiervan berekende de KNMT dat in totaal ongeveer 40.000 kinderen Nederland een ernstig verwaarloosd gebit hebben.

Tot 2008 was op elk consultatiebureau een tandarts of tandheelkundig medewerker aanwezig. Herinvoering hiervan zal volgens de KNMT een gunstig effect hebben op de staat van de gebitten van jonge kinderen. Veel ouders gaan niet vroeg genoeg naar de tandarts met hun kind: het advies luidt om dit vanaf twee jaar te doen, maar uit cijfers blijkt dat slechts de helft van de kinderen voor het derde jaar naar de tandarts is geweest. Aangezien alle jonge ouders naar het consultatiebureau gaan, is dit volgens de tandartsorganisatie de ideale plek om ook mondzorg onder de aandacht te brengen. De huidige aandacht voor het gebit op het consultatiebureau is niet voldoende, aldus de KNMT.

Steeds vaker naar de kaakchirurg

De door RTL ondervraagde tandartsen zagen geregeld dikke lagen plak en etensresten in het hele gebit, en afgebrokkelde of tot stompjes afgesleten tanden. Daarnaast constateren ze gereld ernstige ontstekingen en abcessen in de mond, die soms zo vergevorderd zijn dat ze het kaakbeen aantasten of zelfs een levensgevaarlijke systemische infectie veroorzaken. Met regelmaat zijn elementen niet meer te redden en moeten ze worden geëxtraheerd. Een kwart van de tandartsen moet kinderen doorverwijzen naar een gespecialiseerde kindertandarts of kaakchirurg.

Uit cijfers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat kaakchirurgen in ziekenhuizen steeds meer jonge kinderen op de operatietafel krijgen, bij wie onder algehele narcose meerdere tanden en kiezen moeten worden getrokken. In 2012 ging het om 626 operaties. Dat aantal is dit jaar al gehaald, terwijl de helft van de ziekenhuizen nog geen cijfers heeft ingeleverd. De verwachting is dat in 2015 meer dan duizend kinderen bij de kaakchirurg zullen worden behandeld.

Hele dag zoetigheid

Over de oorzaak van de verwaarlozing zijn de ondervraagde tandartsen stellig: de ouders. Ouders die hun kinderen de hele dag door zoetigheid geven en ook ‘s avonds en ‘s nachts nog een flesje sap of ‘pyjama-papje’ geven. Maar ook ouders die de tanden van hun kinderen niet napoetsen, of geen tijd en aandacht besteden aan het poetsen van de kinderen. Ook mijden ze de tandarts voor reguliere controle en gaan ze pas als de pijn bij hun kind ondraaglijk is. Dan is het echter vaak al te laat.

Volgens de tandartsen reageren de meeste ouders geschrokken en schamen ze zich voor de situatie. Toch geeft ruim een kwart van de tandartsen aan soms ouders te treffen die onverschillig, ontkennend of zelfs boos reageren. Soms krijgt zelfs het kind de schuld van de situatie: over de schouder van de tandarts wordt het kind verweten niet goed te

poetsen. Van de ondervraagde tandartsen zegt er één een paar keer per jaar meldingen te doen van kindermishandeling.

Gerichte samenwerking

De KNMT ziet een mogelijke oplossing voor het probleem in een structurele samenwerking met consultatiebureaus. Kinderen tot vier jaar zouden dan op gezette tijden gescreend worden door een zorgverlener uit de tandartspraktijk die op het consultatiebureau aanwezig is. Ook krijgen de ouders voorlichting over een goede mondhygiëne bij hun kind. Op die manier wordt ook de drempel naar de tandartspraktijk voor reguliere controle lager.

Op dit moment zijn er al verschillende samenwerkingsprojecten, bijvoorbeeld in de kop van Noord-Holland. Daar krijgen kinderen met een verwaarloosd gebit bij het consultatiebureau een kaartje, waarmee ze bij de tandarts een cadeautje kunnen afhalen. Die kan dan direct het gebit bekijken. ■

De KNMT is echter veel minder positief over de tariefdaling. Voorzitter Aad van der Helm stelt in een persbericht dat deze ongunstig uitpakt voor de ontwikkeling in de mondzorg en daardoor juist niet in het belang van de patiënt is. “De nieuwe tarieven versimpelen het tandheelkundige aanbod: een iets duurdere oplossing voor een tandheelkundig probleem zal vaker genegeerd worden omdat deze niet wordt vergoed. Bovendien zijn inspanningen en investeringen gemoeid met innovatie steeds moeilijker op te brengen,” aldus de KNMT-voorzitter.

Van der Helm benadrukt dat de KNMT met de NZa in gesprek wil blijven over het waarborgen van de kwaliteit én betaalbaarheid van de mondzorg in de basisverzekering. “Patiënten moeten de volledige vrijheid hebben om te kiezen uit alle behandelmogelijkheden, ook de meest innovatieve,” zegt Van der Helm. “Die kunnen alleen worden aangeboden als de tarieven niet zo strak worden gereguleerd. Daarvoor zullen we ons hard blijven maken.” ■

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofdredacteur/uitgever
Ben Adriaanse, MSc

Redactie
Marieke Epping, MSc
Joann Hebben, MA
Gerrit Jan Logt, MA

Cartoons
Emily van Someren, MA

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl.
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het mondzorgvak.

Aanmelden
De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeen-practici, tandartsen-specialisten, mondhygiënisten, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop
Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl.
Laura Bogaers, medewerker mediaorder.
Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

© 2015 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

Omzet mondzorg blijft stabiel, tandartstekort neemt toe

UTRECHT - De traditionele tandarts – man en vrije beroeper – maakt plaats voor de zzp'er, vaak een vrouw en in deeltijd werkzaam. De omzet van de tandarts staat onder druk, maar de verlaagde tarieven kunnen de consumentenuitgaven aan mondzorg juist een impuls geven. Dat zijn een aantal trends die de Rabobank voor de mondzorg in 2015 verwacht, volgens de jaarlijkse branche-informatie van de bank.

De Rabobank presenteert jaarlijks van verschillende branches een rapport over de cijfers en trends voor het komende jaar. Als grootste bank in het MKB beschikt Rabobank over veel gegevens over de mondzorg, die gecombineerd met cijfers van onder andere het Centraal Bureau voor de Statistiek, beroepsorganisaties en het NIVEL tot een brancherapport worden gemaakt.

Feminisering en internationalisering

In het brancherapport voor de mondzorg signaleert de bank dat er sprake is van een feminisering van het vak: circa 56% van de tandartsen jonger dan 40 jaar is vrouw. Niet geheel onverwacht wordt er ook meer in deeltijd gewerkt. Het aantal werkzame tandartsen neemt sinds 2011 af, het aantal ketens neemt toe. Ongeveer 5% van de tandartspraktijken behoort inmiddels tot een keten. Ook storten steeds meer nieuwe partijen, zoals *private equity* ondernemingen, zich op de tandheelkunde.

Er zijn veel praktijken van oudere tandartsen beschikbaar voor overname, maar er is slechts beperkte vraag van starters. Ook dit lijkt ketengroei in de markt te bevorderen. Daarnaast 'internationaliseert' de mondzorg: enerzijds is tandheelkundig toerisme in opkomst (naar onder andere Hongarije en Turkije), anderzijds doordat tandartsen uit andere Europese landen, vooral Spanje, het Nederlandse tekort aan tandartsen opvullen.

Omzet stabiel, prognose positief

De bank rapporteert dat in 2015 het volume aan mondzorgbehandelingen onder druk staat vanwege de afgenomen bestedingskracht van consumenten. Die zijn momenteel zorgvuldig in hun zorgconsumptie en stellen vooral 'grote' behandelingen uit, zoals het plaatsen van kronen en bruggen. Ook de omzet van tandartsen staat onder druk vanwege de verlaging van de tarieven door de Nederlandse Zorgautoriteit. Echter, de tariefverlaging zou de terughoudendheid van consumenten kunnen doorbreken. De Rabobank verwacht dan ook dat de omzet dit jaar stabiel zal blijven.

De vraag naar mondzorg zal de komende jaren naar verwachting stijgen: de bevolking vergrijst, maar houdt in toenemende mate grote delen van het eigen gebit. Bijna 80% van de Nederlanders gaat minstens eenmaal per jaar naar de tandarts. Daarnaast signaleert het rapport dat door de populariteit van make-overprogramma's steeds meer mensen er ook op latere leeftijd voor kiezen iets aan het gebit te laten doen. Het aantal tandartsen neemt echter af, doordat de komende tien jaar circa 40% van de huidige tandartsen met pensioen zal gaan, maar ook doordat er meer in deeltijd wordt gewerkt of gekozen wordt voor (wetenschappelijke) specialisaties. Zelfs de toestroom van buitenlandse tandartsen en de opmars van mondzorgtoerisme kunnen dit tekort niet geheel opvangen. Hierdoor voorziet de Rabobank een gematigd positieve toekomstprognose voor de tandarts(praktijk): er zal meer vraag dan aanbod zijn.

Het gehele rapport van de Rabobank over de mondzorgbranche is in te zien op www.rabobankcijfersentrends.nl. ■

ANT en Schippers botsen over implantaatgedragen prothesen

VAN DE REDACTIE

HEEMSTEDE – Tandartsenorganisatie ANT heeft fel gereageerd op een Kamerbrief van minister Edith Schippers, waarin de bewindsvrouw aangeeft een kwaliteitsstandaard en richtlijn voor implantaatgedragen prothesen te gaan opleggen. De kosten voor dit type prothese moeten omlaag, aldus de minister, en daarom moet de indicatie worden aangescherpt. Volgens de ANT negeert de minister hiermee de huidige wetenschappelijke consensus dat deze prothese *standard of care* is.

In januari rapporteerde de minister aan de Kamer dat zij de eigen bijdrage voor implantaatgedragen protheses wilde verhogen, zodat deze in de pas loopt met de normale gebitsprothese. Dit voorstel volgde op onderzoek van het Zorginstituut, dat concludeerde dat de kosten voor implantaatgedragen prothesen steeds meer oplopen. Bij dit type prothese betaalt de patiënt een kleinere eigen bijdrage, waardoor veel minder vaak voor een normale (minder kostbare) gebitsprothese wordt gekozen. Daarnaast zou de mondzorgsector zelf aan de slag gaan met implantaatgedragen prothesen door richtlijnen te ontwikkelen en strakker te indiceren.

In een tussentijdse evaluatie in juni heeft de minister geconcludeerd dat het ontwikkelen en uitvoeren van deze maatregelen door de sector niet voldoende vordert. Schippers zegt dat het hierdoor nog niet mogelijk is de eigen-bijdragestructuur aan te passen. De bewindsvrouw spreekt in de brief haar ongenoegen hierover jegens de mondzorgsector uit. "Het vermoeden van oneigenlijk gebruik van de regeling bijzondere tandheelkunde bestaat immers al langer en de sector heeft ruim gelegenheid gehad om hierin stappen te ondernemen," schrijft Schippers. Daarom neemt Schippers nu het heft in 'eigen' handen: zij geeft het Kwaliteitsinstituut van haar ministerie de opdracht een kwaliteitsstandaard en richtlijn te ontwikkelen.

Tandartsenorganisatie ANT vindt dit een zeer onwenselijke situatie. Volgens voorzitter Jan-Willem Vaartjes stuurt de minister erop aan dat tandartsen de indicatie voor een implantaatgedragen prothese moeten aanscherpen, enkel omdat de kosten zijn gestegen. Dit terwijl toonaangevend Nederlands wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat deze prothese (in de onderkaak) als *standard of care* moet worden beschouwd, zo schrijft Vaartjes in een reactie aan Schippers.

De minister refereert aan vermoedens van oneigenlijk gebruik en het ontbreken van behandelrichtlijnen alsmede een strakke indicatiestelling, aldus Vaartjes. "De ontwikkeling van de richtlijn voor de behandelindicatie bevindt zich momenteel in de afrondende fase. Het veld heeft het afgelopen jaar voorstellen uitgewerkt rond gedragsregels, de hoogte van het honorarium, de materiaal- en techniekkosten en ook de eerder genoemde richtlijn. Deze maatregelen alleen al zullen een aanzienlijke besparing gaan opleveren." Vaartjes noemt het dan ook onnodig en een verspilling van tijd en gemeenschapsgeld dat het Kwaliteitsinstituut nu ook een richtlijn gaat ontwikkelen.

Vaartjes sluit af met de mededeling dat de ANT zich niet herkent in het geschetste beeld en dat de voorstellen van Schippers contraproductief zijn om het probleem in het beste belang van de patiënt aan te pakken.

De minister heeft (nog) niet gereageerd op de ANT-brief. ■

Anne Bonn ontvangt NTvT-Debuutprijs 2015

Anne Bonn krijgt de NTvT Debuutprijs 2015 uitgereikt uit handen van prof. dr. Paul van der Stelt, directeur van het NTvT. (foto: Kees Wollenstein)

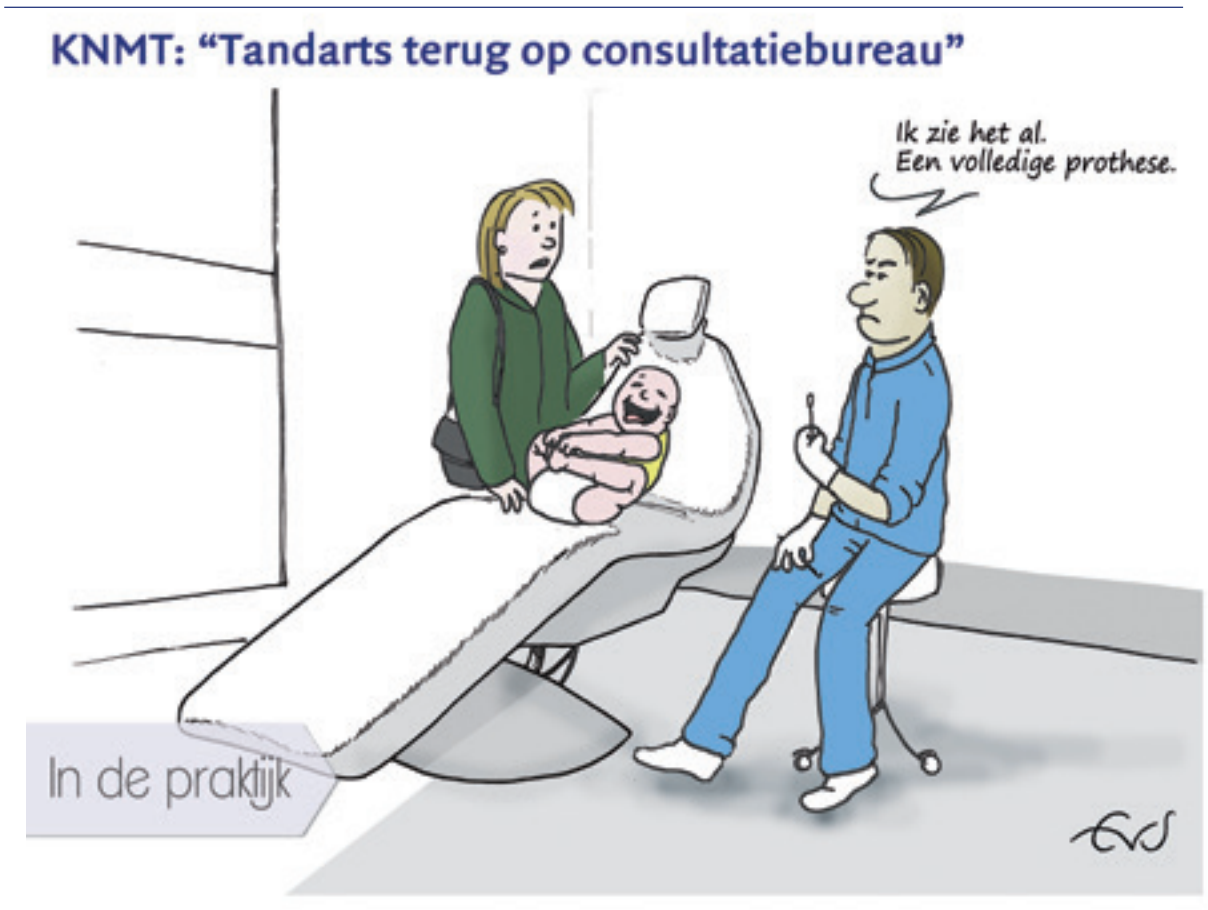
UTRECHT – Tandheelkundestudent Anne Bonn heeft de Debuutprijs 2015 van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde gewonnen. Bonn kreeg de prijs op vrijdag 5 juni uitgereikt tijdens de eerste editie van de NTvT Auteursdag. In het Spoorwegmuseum overhandigde NTvT-directeur prof. dr. Paul van der Stelt de debutante de prijs, bestaande uit een oorkonde, een judicium en een cheque van 1.500 euro.

Het winnende artikel, getiteld 'Onderscheid tussen temporomandibulaire pijn en andere vormen van orofaciale pijn op basis van een vragenlijst', verscheen in januari 2013 in het NTvT. Bonn schreef het artikel vanuit de sectie Orale Kinesiologie (afdeling Mondgezondheidswetenschappen) van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA). Ook deze afdeling ontving een cheque ter waarde van 1500 euro. Deze werd uitgereikt aan dr. M.K.A. Van Selms, die samen met F. te Poel, C.M. Visscher, F. Lobbezoo en M. Naeije als co-auteurs meewerkte aan het artikel.

De Debuutprijs wordt elke twee jaar uitgereikt aan een auteur die voor het eerst publiceert in het NTvT. Voor dit jaar werd gekozen uit artikelen die verschenen in de jaargangen 2013 en 2014. De jury, bestaande uit dr. Erwin Berkhout (voorzitter), prof. dr. Marie-Charlotte Huysmans en prof. dr. Yijin Ren, koos unaniem het artikel van Bonn tot winnaar.

Het commentaar van de jury luidde: "*Het onderscheid tussen pijn van temporomandibulaire oorsprong en andere orofaciale pijnen is complex. Dit artikel geeft een nieuwe mogelijkheid, op basis van een vernieuwende digitale 'Diagnostische Vragenlijst', om de pijndiagnostiek te verfijnen. De jury vindt het artikel een uitstekend voorbeeld van een methodologisch goed opgezet en beschreven onderzoek, met voor de lezer van het NTvT begrijpelijke en direct in de patiëntenzorg toepasbare resultaten. Daarnaast geeft het in de discussie ook zeer goed de beperkingen, maar ook de mogelijkheden van retrospectief klinisch onderzoek weer, alsmede de waarde van het goed vastleggen van gegevens. Het artikel is uitzonderlijk goed geschreven, waarbij de zeer toegankelijke manier waarop de ingewikkelde statistiek begrijpelijk wordt gemaakt in het bijzonder opvalt. Dit maakt het artikel volgens de jury een voorbeeld van hoe onderzoek voor de klinische praktijk toegankelijk wordt.*"

Anne Bonn is als zij-instromer in 2013 de studie Tandheelkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen begonnen. Daarvoor behaalde zij in 2013 haar bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Van 2011 tot en met 2013 heeft Bonn als tandartsassistent gewerkt in een algemene tandartspraktijk en in verschillende penitentiaire inrichtingen. ■



Enthousiaste reacties op 3D-geprinte prothese

NIJMEGEN – De eerste resultaten van patiënten die een volledig 3D-geprinte prothese hebben gekregen, zijn spectaculair. Dat meldt het Radboudumc, dat sinds eind vorig jaar met de printtechniek werkt. Niet alleen is de patiënt zes maanden eerder 'klaar' dan voorheen, ook is de kwaliteit van de implantaatplaatsing dankzij de 3D-print aanzienlijk verbeterd.

De door het Radboudumc ontwikkelde 3D-methode wordt sinds november 2014 gebruikt voor patiënten die een implantaatgedragen prothese voor de bovenkaak nodig hebben. Het begin van de behandeling voor het 3D-gebit is hetzelfde als voorheen: eerst wordt met bot uit de bekkenkam van de patiënt het versleten kaakbot weer opgebouwd, zodat er na zes maanden voldoende botvolume is. Tijdens de tweede operatie worden zes implantaten in de opgebouwde bovenkaak geplaatst, waarop direct de 3D-geprinte prothese wordt vastgeklikt.

Deze directe plaatsing is mogelijk doordat in het nieuwe 3D-lab tot op de tiende millimeter nauwkeurig een implantaatplanning

> *De implantaatplanning is tot op de tiende millimeter nauwkeurig*

kan worden gemaakt. Hierdoor is de plaatsing van de implantaten zekerder dan bij de 'standaard'-planning. De 3D-printer kan de prothese vervolgens exact op maat printen, zodat deze in dezelfde sessie als de implantaten geplaatst worden.

Het resultaat: zes maanden tijdswinst en een veel grotere precisie en kwaliteit in de implantaatplaatsing. Uit de feedback van patiënten blijkt dat zij over de geprinte prothese zeer te spreken zijn. Naast de kortere behandeling ervaren zij ook meer zekerheid over het vastzitten van de prothese. (bron: Radboutumc) ■

"Tandartsen gestigmatiseerd door tendentieus NZa-bericht"

TEKST: JOANN HEBBEN

UTRECHT – De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de tandartsen in Nederland "onterecht beschuldigd" en ervoor gezorgd dat "tandartsen in een negatief daglicht komen te staan." Dat stellen tandartsenorganisaties KNMT en ANT na de oproep van de NZa aan patiënten hun tandartsrekening goed te controleren.

De Zorgautoriteit verspreidde in juli een persbericht met daarin het advies "alert te zijn als uw tandarts een toeslag vraagt". Aanleiding is volgens de NZa een stijgend aantal klachten van patiënten over tandartsen, orthodontisten en tandprothetici die een extra toeslag in rekening brengen. Hierdoor overschrijdt de rekening het maximale tarief. De NZa startte een onderzoek bij een praktijk in Zuid-Holland, die zich aan onnodige toeslagen schuldig zou maken. Het bericht werd uitgebreid overgenomen in publieksmedia.

Zowel de ANT als de KNMT spreken in een reactie hun ongenoegen uit. De ANT vindt het bericht "onnodig schadelijk voor het imago van de beroepsgroep" en een onterechte beschuldiging van alle mondzorgverleners op basis van een drietal onderzoeken c.q. mondzorgverleners. Ook de KNMT ageert tegen het op zijn minst beperkt te noemen fundament onder de oproep van de NZa. "De NZa suggereert dat er op grote schaal iets mis is met de tandartsrekening, maar toont dat niet aan door te zeggen om hoeveel klachten het gaat. Ook de KNMT heeft geen aanwijzingen voor structurele misstanden," aldus vice-voorzitter Tijmen Hiep.

Het bericht van de NZa is dusdanig geformuleerd dat het lijkt alsof een toeslag op een tandartsrekening nooit terecht is, terwijl er wel degelijk toegestane toeslagen zijn (bijvoorbeeld in tariefbeschikking TB/CU -7103-03-01-07-15). Tevens wordt de suggestie gewekt dat de patiënt door het direct contant afrekenen van (een deel van) de rekening zijn recht op vergoeding door de verzekeraar verspeelt. Hierdoor worden tandartsen overspoeld door telefoontjes van ongeruste patiënten, aldus de ANT. Voor de vergoeding is echter niet de betalingswijze, maar een correct gespecificeerde factuur een voorwaarde.

Hiep (KNMT): "E is niets mis mee om patiënten op regels en rechten rondom facturen van tandartsen te wijzen. Maar niet op deze manier, door de hele beroepsgeroep in een negatief daglicht te zetten." De KNMT en ANT benadrukken dat frauduleuze mondzorgprofessionals uiteraard moeten worden aangepakt. Het grote publiek waarschuwen voor alle 15.000 mondzorgverleners op basis van drie gevallen omschrijft de ANT echter als "onredelijk, ongepast en NZa-onwaardig." Beide organisaties hebben de Zorgautoriteit per brief hun onvrede overgebracht. ■

“Met opstellen van richtlijnen doe je de tandarts tekort”

Jeroen Craandijk over het mondzorgsysteem

TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO’S: JOB SCHLINGEMANN

Een doorsnee tandarts is Jeroen Craandijk bepaald niet: behalve tandheelkunde studeerde hij rechten en wijsbegeerte. Geen vooropgezet studieplan, maar inmiddels zijn deze drie interesses verweven geraakt. Het heeft de Leidse tandarts-parodontoloog een niet alledaagse blik op zijn werk en de mondzorg als geheel opgeleverd. “Filosofen stellen vooral heel veel vragen. Daarmee probeer ik op te merken waar het mondzorgsysteem wringt.” Dental Tribune stelde de vragensteller vragen en ontdekte de pijnpunten.

Wat is het grootste verschil tussen de tandheelkunde en de filosofie?

De natuurwetenschappen onderwijzen in de huidige kennis en met een zekere stelligheid. In de filosofie komen ook alle misluk-kingen, de achterhaalde kennis aan bod. Dat helpt om in te zien hoe iemand tot bepaalde kennis komt, en te leren analyseren hoe je zelf met je kennis omgaat. Je ziet dat je bijvoorbeeld generalisaties maakt, of een zekere vooringenomenheid hebt. Overigens stellen filosofen vooral veel vragen en komen ze niet per se met oplossingen, daar ben ik geen uitzondering in (lacht, red.). Door vragen te stellen probeer ik zo onbevooroordeeld mogelijk te observeren en analyseren, te ontdekken waar een systeem vastloopt. Waar wringt het, dat wil ik vinden.

Hoe past u die filosofische kennis toe in uw dagelijks werk als tandarts?

Ik realiseer me altijd dat niet iedereen hetzelfde verstaat onder een term, doordat iemand een ander begrippenkader kan hebben. Als ik ‘pocket’ zeg, dan denk ik daarbij aan het weefsel, aan de onderliggende anatomie, aan de mogelijke behandelingen en aan de statistieken over de kans van slagen. Terwijl een ander bij ‘pocket’ denkt aan een diepte en een categorie. Ik vind het belangrijk me te blijven afvragen: wat betekent een term voor mijn collega? Dat is complexer dan je op het eerste gezicht zou denken.

Een ander filosofisch aspect dat ik in mijn dagelijks werk tegenkom, is reductionistisch denken. Die denkwijze is ontstaan bij Newton, die zijn natuurwetten opschreef als formules. In de wetenschap proberen we eigenlijk sinds Newton alles terug te brengen tot formules, wetten en statistieken. Maar daarmee verlies je een deel van de werkelijkheid. Het praktijkvoorbeeld hiervan zijn richtlijnen: het terugbrengen van een complexe behandeling, met allerlei afwegingen, tot een stappenplan.

Het is toch logisch om de kennis die we hebben, vast te leggen en te delen middels een richtlijn? Wetenschappelijke verenigingen maken zich hier al tijden hard voor.

Dat lijkt heel logisch, maar daar hebben we de opleidingen voor. Alles bij elkaar is een tandartsspecialist bijna tien jaar bezig om kennis te vergaren en dan zouden we al die kennis en vaardigheden kunnen samenvatten in een paar velletjes met stappenplannen? Het schoolvoorbeeld van een reductie van de werkelijkheid. Wat gebeurt er met patiënten die niet in het stappenplan passen? Wanneer er iemand in de beroepsgroep, maar met een andere opleiding met de richtlijn gaat werken? Of als een zorgverzekeraar de stappenplannen erop naslaat? Anderen hebben geen inzicht in het deel van de werkelijkheid, van de complexiteit van een behandeling, dat buiten de richtlijn is gelaten. Hun werkelijkheid ís die richtlijn, die vervolgens gebruikt gaat worden voor zaken als financiering en rechtvaardiging van een behandeling.

> *De marktwerking is waar het wringt*

Verbazingwekkend vond ik het Advies van de Gezondheidsraad uit 2012 (getiteld ‘De mondzorg van morgen’, red.). Die concludeerde dat er in de tandheelkunde “te weinig richtlijnen zijn.” Dus moest de beroepsgroep meer richtlijnen gaan opstellen. Sinds wanneer meten we kwaliteit aan het aantal richtlijnen? Dat is volgens mij niet hoe het vak moet worden ingericht.

Als er geen richtlijnen zijn in de tandheelkunde, hoe pakken we dan de kwaliteitszorg aan? Dat is toch ook een belangrijke reden om richtlijnen op te stellen?

Kwaliteitszorg is absoluut belangrijk. Ik denk dat het systeem van visitatie door vakgenoten, dat parodontologen als eerste tandheelkundige differentiatie hebben opgezet, het sterkste instrument is in het controleren van de zorgkwaliteit. Dat moet dan wel een degelijk systeem zijn, met consequenties – het verliezen van je accreditatie bijvoorbeeld. Eigenlijk kan alleen de beroepsgroep zelf controleren of je goed werk hebt geleverd. Een vakgenoot kan kijken of je je aan de richtlijn houdt, maar ook waarom je bent afgeweken. Hij of zij kan je beoordelen op je techniek en vaardigheden, maar kijkt ook op procesniveau naar je manier van werken. Zo’n visitatiegesprek is een groot leermoment, het is een kruisbestuiving tussen twee professionals. Beiden steken er iets van op en het komt zeker de kwaliteit van de zorg ten goede. Ik vind het daarom goed om te zien dat zowel de ANT als de KNMT ook met het opzetten van visitatie bezig zijn.

Stelt u zich weleens kritische vragen over de tariefcodes voor verrichtingen?

Zeker! Je kunt zorg niet terugbrengen tot een economische handeling. Zorg is nooit ‘standaard’ en leent zich dus niet voor een soort productielijn. Zeker parodontitis niet: daar zit zo vaak meer achter dan alleen een probleem met het tandvlees. Dat merk ik vaak bij een eerste bezoek van een patiënt met een paro-probleem dat maar niet verholpen kan worden. Na onderzoek blijkt daar dan bijvoorbeeld een aandoening aan het wortelkanaal achter te zitten. In het eerste bezoek heb ik dan al het grootste probleem opgelost, namelijk de oorzaak achterhaald. Maar ik heb niet mijn ‘product’ verkocht, want met deze oorzaak hoef ik als parodontoloog niet veel meer te doen. Ik heb wel zorg geleverd, maar geen economische handeling verricht.

Daarnaast is ons huidige systeem niet goed ingericht op de verwevenheid van mondgezondheid, vooral parodontitis, met de algemene gezondheid. Als een patiënt een systemische ziekte heeft, dan valt de behandeling daarvan in de basisverzekering. Maar als de patiënt door leukemie, radiotherapie, of een behandeling voor hiv een lastige parodontitis heeft, komt die behandeling voor eigen rekening. Helaas loopt de mondzorgverlening hierdoor vaak spaak: de patiënt moet continu behandeld worden, aangezien het mondprobleem onderdeel is van zijn aandoening, maar hij kan die doorlopende – en daardoor hoge – kosten niet opbrengen.

Helpt het dat steeds meer wetenschappelijk onderzoek wijst op een relatie tussen mondgezondheid en systemische gezondheid en aandoeningen? Zoals de koppeling tussen parodontitis en hart- en vaatziekten?

Inhoudelijk gezien zeg ik ja. Maar op meta-niveau zie ik die positieve invloed nog niet, want tandartsen handelen naar wat zij geleerd hebben. Het duurt een generatie (of twee) voordat nieuwe

> lees verder op pagina 7

LISTERINE® ZERO™

Minder intense smaak, sterke werking

Listerine® Zero™ efficiënte preventie voor nieuwe patiëntgroepen

Door de innovatieve ZERO™ formule zonder alcohol, met minder intense smaak en optimaal fluoridegehalte, kunnen ook patiëntgroepen die tot nu toe nog geen mondspoeling van Listerine® konden of mochten gebruiken van de preventieve voordelen van Listerine® genieten:

- Minder intense smaak
- Zonder alcohol
- Met hoog fluoride gehalte (220 ppm)

Specifieke voordelen voor de dagelijkse mondhygiëne:

- Listerine® ZERO™ vermindert tandplak[1]
- Listerine® ZERO™ houdt het tandvlees gezond
- Listerine® ZERO™ zorgt voor sterkere tanden en beschermt tegen cariës
- Listerine® ZERO™ zorgt voor een langdurig frisse adem[2]

Ontwikkeld voor smaakgevoelige patiënten

Voor vragen kunt u contact opnemen met de professional informatielijn:
00800 260 260 00 (gratis- enkel via vast toestel)
www.listerine.nl

1. Data on file D, microbiology dossier, McNEIL-PPC, Inc.
2. Pitts, G., et al., Mechanism of Action of an Antiseptic, Anti-odor Mouth rinse. Journal of Dental Research 62: 738-742, 1983.

ivoren kruis

LISTERINE®
VOOR EEN **TOTALE** MONDHYGIËNE

> vervolg van pagina 5

ideeën of ontdekkingen hun weg vinden naar de praktijk. Dat is niet alleen bij tandartsen zo, maar bij alle artsen. Men handelt voor het grootste deel naar hoe men is opgeleid. Medewerkers van tandheelkundige groothandels hebben me verteld dat ze aan de hand van wat een tandarts bestelt kunnen zien wanneer hij is opgeleid. Simpelweg studies stapelen is dus niet het meest effectief, je moet zorgen dat die kennis in de praktijk komt.

Zelf zit u al flink wat jaren in het vak. Is er veel veranderd?

In de afgelopen tien jaar is de patiëntpopulatie van parodontologiepraktijken sterk veranderd, vooral door het succes van de vrijgevestigde mondhygiënisten. Tien jaar geleden zag ik bij een eerste bezoek patiënten met pockets van oor tot oor, bij wijze van spreken, die wij vrij geroutineerd van hun probleem af konden helpen. Nu gaan veel van dit soort patiënten naar de mondhygiënist en iedereen die van het probleem wordt afgeholpen, komt niet meer bij ons. Het gevolg is dat de paroproblemen in onze praktijk complexer worden. Ik zie de patiënten die bij de mondhygiënist een aantal behandelingen hebben doorlopen, maar zonder of met onvoldoende effect. Dat zijn de patiënten waar meer achter zit, een andere aandoening bijvoorbeeld. Daarnaast zijn sommige van deze patiënten 'behandelmoe', waardoor ik tegen een zekere weerstand in moet werken.

De toegenomen complexiteit hoort bij onze opleiding en ons kennisniveau, dus in die zin is dit geenszins een achteruitgang. Maar ik zie in mijn patiëntenpopulatie overduidelijk een toename van patiënten met wie 'iets aan de hand is'. Het positieve hiervan is natuurlijk dat dit betekent dat de tandarts en mondhygiënist alerter zijn en meer screenen op paroproblematiek.

Verwijzen tandartsen patiënten snel genoeg door naar de parodontoloog?

Wat me opvalt is dat de jongere generatie tandartsen meer geneigd is de samenwerking met gedifferentieerde vakgenoten op te zoeken. Ik denk dat dit een gevolg van de huidige opleiding is. De tandarts wordt minder solistisch: pas afgestudeerde tandartsen bellen bijvoorbeeld veel vaker voor een overleg of consult. Daar kan ik hele dagen mee vullen! Helaas is dat bedrijfseconomisch niet gunstig, want de NZa laat wel patiëntbehandelingen betalen, maar niet het adviseren van een andere tandarts...

Hindert die marktwerking uw werk als parodontoloog?

Ik merk overduidelijk dat die vermarkting is waar het wringt. Tandartsen vragen me vaak naar slechts één specifiek probleem te kijken, omdat het anders zo duur wordt. Dan vraag ik mij af: wat is duur? Is een minder kostbare, maar tijdelijke oplossing – omdat het echte probleem voortduurt – uiteindelijk niet veel duurder dan meteen de oorzaak aanpakken? Dat verwijt leg ik niet bij de tandarts, die denkt enkel mee met zijn patiënt.

Opnieuw iets waar ik vragen over stel: wat zijn onze doelen met de mondzorg? Ik heb wel doelen voor mijn patiënten, maar wat willen we met de (mond)gezondheid op een hoger niveau, als we naar de populatie kijken? Vanuit de huidige beleidsmakers lijkt het doel 'er mag maar zoveel worden uitgegeven aan mondzorg', in plaats van dat er gestuurd wordt op collectieve doelen over de mondgezondheid. Welke status van het gebit accepteren we op welke leeftijd, hoeveel cariës accepteren we bij jeugdigen, hoeveel slijtage? Ik mis in de beleidsvoering de gezondheidsdoelen, zoals 'wij willen in 2020 zoveel procent minder cariës', waar we met de hele sector aan gaan werken.

> *Niet de kosten, maar de gezondheidsdoelen moeten de mondzorg vormgeven*

Spreek eerst op metaniveau over dit soort doelstellingen, voordat je het gaat hebben over financieringssystemen en kostenbeperking. Die doelen moeten we opstellen met alle betrokken groepen in een gelijkwaardig overleg. In 2003 is daarvoor door de WHO en FDI een internationale voorzet gedaan, maar nationaal is daar nog niets van terecht gekomen. Hoe kan het toch dat we de *output*-maat hebben laten veranderen in 'hoe vaak doen we iets' in plaats van 'hoeveel beter wordt het'?

De huidige staat van de mondzorg in Nederland is dus niet zo best?

Op patiëntniveau doen we veel moois, maar op metaniveau kijk ik soms met verbazing naar 'het mondzorgsysteem'. Ik zie waar het niet goed gaat, maar de heilige graal heb ik ook niet. Zo dacht ik eerst dat we de gehele mondzorg collectief moesten regelen: alle behandelingen in de basisverzekering. Dan kan iedereen overal voor behandeld worden en is de gezondheidswinst het grootst. Inmiddels weet ik dat ook dat niet optimaal is, want mondgezondheid is sterk afhankelijk van gedrag en zonder eigen pijn gaat de mens zijn gedrag niet veranderen.

Ik houd van systeemdenkers, zoals de filosofen Heidegger en Aristoteles: ik probeer net als zij het geheel te bevatten. Ik merk echter dat er steeds meer fragmentarisch wordt nagedacht, alleen over dit probleem binnen dat kader. De kijk op metaniveau staat onder druk en dat merk je aan alle pijnpunten in het zorgstelsel. Gelukkig past systeemdenken heel goed bij mijn vakgebied: parodontitis gaat zelden alleen maar over het tandvlees, het is veel vaker onderdeel van een groter geheel.

Welke filosoof zou elke tandarts moeten kennen?

Het belangrijkste is dat elke tandarts, of elke academicus eigenlijk, een beetje filosofie krijgt in zijn opleiding. Maar als ik specifieker moet zijn, zou een tandarts als bèta zeker de grote namen in de wetenschapsfilosofie moeten kennen: Kuhn, Feyerabend, Popper. Met hun zienswijzen leer je hoe onze wetenschap werkt, hoe de kennis die je leert is ontstaan of aan zijn waarde komt. Dan kun je beseffen dat je in een specifiek paradigma van je docenten zit. Ik heb dat zelf aan den lijve ondervonden toen wij vanuit de studievereniging in Groningen een docent uit Amsterdam voor een lezing uitnodigden. Hij vertelde over een techniek die wij nooit hadden geleerd. Zo kun je kritisch naar je eigen denken blijven kijken, naar wat jij als 'waar' beschouwt. Een levenslange kritische houding tegenover jezelf is bij uitstek iets wat je van de filosofie kunt leren. ■

De vooruitgang van de parodontologie

In juni vond in Londen EuroPerio8 plaats, het toonaangevende driejaarlijkse congres van de European Federation of Periodontology. Exclusief voor Dental Tribune schreef ***prof. dr. Mark Bartold****, hoogleraar Parodontologie aan de Universiteit van Adelaide, Australië en een van de hoofdsprekers op EuroPerio8, een korte geschiedenis van de parodontologie. Een reis langs de ontelbare stappen voorwaarts die al zijn gezet en die het vakgebied in de toekomst staan te wachten.*

In de afgelopen twintig jaar is er aanzienlijke vooruitgang geboekt in de parodontologie. Veel nieuwe ontdekkingen hebben geleid tot verandering in onze denkwijze over en aanpak van parodontale therapie. In 1999 ontwierp de American Academy of Periodontology een classificatiesysteem voor parodontitis, waarin ongeveer vijftig verschillende typen parodontale aandoeningen waren vastgelegd. Het was overduidelijk dat dit een onhandelbaar systeem was en in werkelijkheid werd het teruggebracht naar slechts drie typen plakgeassocieerde parodontale aandoeningen: gingivitis, chronische en agressieve parodontitis.

Hoewel de correctheid van de termen 'chronisch' en 'agressief' veel is bediscussieerd, hebben ze dienst gedaan als raamwerk voor zowel wetenschappers als clinici om de verschillende typen parodontitis van meetbare klinische parameters te voorzien. Ook vormden ze de basis voor het begrijpen van behandelingsprotocollen en -uitkomsten. Desondanks werd langzaam duidelijk dat het classificeren op basis van alleen deze twee termen te simpel is vanwege de heterogeniteit van parodontitis. Het is wellicht hoog tijd om dit classificatiesysteem eens te herzien en te bepalen of onze huidige kennis van de epidemiologie en pathologie van de aandoening gebruikt kan worden om betere definities op te stellen.

In de afgelopen 25 jaar zijn minstens tien verschillende classificatiesystemen geopperd, waarvan er geen enkele volledig is overgenomen. Het is duidelijk dat hierin nog grote uitdagingen liggen. Bijvoorbeeld dat door de heterogeniteit van zowel chronische als agressieve parodontitis beide groepen een veelheid aan subcategorieën omvatten, op basis van onder andere microbiële eigenschappen en omgevingsfactoren.

Bacteriën zijn nodig, maar niet voldoende voor ontstaan

In de jaren negentig van de vorige eeuw trad een zeer belangrijk conceptuele omslag op in ons denken over tandplak en zijn interactie met de subgingivale omgeving. De erkenning dat subgingivale plak bestond in de vorm van een biofilm met zijn eigen microregulatoire en -communicatieve eigenschappen, veranderde ons denken over hoe het subgingivale microbioom interacteerde met zichzelf en met de patiënt. Hiervan uitgaande werd wetenschappelijk onderzoek in de daaropvolgende twee decennia gericht op de rol van biofilm en de microbiële inwoners daarvan bij parodontitis. Hoewel het duidelijk was dat parodontitis niet kan ontstaan in afwezigheid van bacteriën, werd steeds meer klinisch bewijs gevonden dat hun aanwezigheid niet als enige veroorzaker kon worden aangewezen. Dit bleek uit de beschrijving van patiënten die een aanzienlijke hoeveelheid tandplak hadden, maar geen parodontitis ontwikkelden, en van patiënten die een forse parodontitis hadden, maar amper tandplak.

Deze observaties leidden tot een ingrijpende paradigmawisseling in de parodontologie: de overtuiging dat bacteriën nodig, maar niet voldoende waren voor de ontwikkeling van parodontitis. Het werd duidelijk dat naast tandplak ook omgevingsfactoren en de eigenschappen van de 'gastheer', oftewel de patiënt, een belangrijke rol speelden in de klinische manifestatie van parodontitis. Met dit idee ontstond een nieuwe, betere onderlegde aanpak van onze patiënten, waarbij naast de mondhygiëne ook deze andere factoren in kaart werden gebracht en waar nodig aangepakt. Inmiddels wordt gesteld dat tandplak (en de gevolgen ervan) slechts 20% vormen van het risico op het ontwikkelen van parodontitis. De overige 80% van de risicofactoren moet in de diagnose en behandeling dus niet vergeten worden.

Ontwikkeling van parodontale geneeskunde als subdiscipline

De term 'parodontale geneeskunde' werd voor het eerst gebruikt door Offenbacher in 1997, als 'een brede term voor een snel groeiende tak binnen de parodontologie, die zich richt op de relatie tussen parodontale gezondheid of ziekte en de systemische gezondheid'. In 2000 had het bewijs dat mondgezondheid en algehele gezondheid niet apart van elkaar moeten worden beschouwd, zich opgestapeld. Geleidelijk kreeg het concept parodontale geneeskunde meer grip, met als centrale hypothese dat een parodontale infectie of ontsteking een significante chronische ontstekingslast leggen op de algehele gezondheid.

Hoewel er nog voldoende werk te doen is, heeft het afgelopen decennium significante vooruitgang gebracht. Diabetes is onweerlegbaar vastgesteld als een risicofactor voor parodontitis en vice versa wordt parodontitis gezien als een belangrijke factor die de glykemische balans van diabetici kan beïnvloeden. Andere aandoeningen waarbij duidelijk bewijs is voor een (wederzijdse) relatie met parodontitis zijn cardiovasculaire aandoeningen, reumatoïde artritis, obesitas en verschillende renale aandoeningen.

Het moet nog worden bewezen dat de behandeling van parodontitis ook een (positieve) impact heeft op de systemische gezondheid, maar in ieder geval voor diabetes, reumatoïde artritis en cardiovasculaire aandoeningen stapelen de aanwijzingen zich op. Helaas is met de toegenomen aandacht ook de 'ruis' in het veld toegenomen: op dit moment wordt van een kleine zestig aandoeningen geclaimd dat zij in de categorie ziekten vallen waarbij mondgezondheid en systemische gezondheid aan elkaar gekoppeld zijn, terwijl dit van de meesten geenszins biologisch of klinisch plausibel is.

De mogelijkheid van parodontale regeneratie

De regeneratie van door parodontitis beschadigd weefsel wordt gezien als het ultieme doel in parodontale behandelingen. In de afgelopen decennia zijn verschillende procedures beschreven, waarvan de meeste gebruikmaakten van het stimuleren van het worteloppervlak en het implanteren van botsubstituten om het parodontale weefsel te laten teruggroeien.

Helaas waren deze vroege ideeën niet succesvol, doordat de vereisten voor parodontale regeneratie nog onvoldoende bekend waren. Inmiddels weten we dat het nodig is om nieuw cementum, bot en parodontaal ligament te bevorderen. Het vullen van een parodontaal defect met een substantie die niet relevant is voor het volgende functionele stadium van de reconstructie is niet logisch. Desondanks waren wij, als beroepsgroep, geobsedeerd geraakt met het vullen van gaten in bot, in plaats van onderzoek te doen naar het natuurlijke helingsproces om het onderliggende, verankerende deel van het parodontale weefsel te herstellen. Het negeren van de bijdrage van de verschillende weefselcomponenten aan de parodontale wondgenezing verklaart het wijdverbreide 'misbruik' van bottransplantatie voor de behandeling van intraossale pockets, wat helaas nog steeds voorkomt in sommige onderdelen van de parodontologie.

Het is nu bekend dat een regeneratieve behandeling van een parodontaal defect met een middel of procedure vraagt dat elk functioneel stadium van die reconstructie terugkomt in een biologisch gestuurd proces. Met dit concept in het achterhoofd werkten Karrin en Nyman aan de Universiteit van Göteborg (Zweden) aan de mogelijkheid om patiënten te behandelen met *guided tissue regeneration* (GTR). Hoewel de techniek op zichzelf een extreme vooruitgang was en het dus biologisch mogelijk bleek parodontale weefselregeneratie te sturen, was de praktijk weerbarstiger. Door de grote verschillen tussen zowel patiënten als operateurs blijkt het lastig dit in een klinische setting op een voorspelbare wijze te realiseren.

Meer recent zijn verschillende biologische preparaten ontwikkeld, die na aanbrengen op het worteloppervlak significante regeneratie van het bovenliggende weefsel laten zien. Dit biedt een gemakkelijker aanpak van parodontale regeneratie met een gelijk of soms zelfs groter effect dan de GTR-aanpak. Hoewel ook bij deze techniek de klinische uitkomst variabel is, wat vraagt om aanvullend onderzoek naar de klinische inzetbaarheid van deze middelen. Daarnaast worden nu de eerste voorzichtige stappen gezet met het inzetten van mesenchymale stamcellen om beschadigd parodontaal weefsel te laten teruggroeien.

De toekomst ziet er veelbelovend uit, maar er ligt zonder twijfel nog veel werk in het verschiet voordat betrouwbare en voorspelbare parodontale regeneratie een feit is. ■

Miele PROFESSIONAL

De nieuwe norm in reiniging en desinfectie!

Betere hygiëne,
meer capaciteit,
meer zekerheid

Miele thermodesinfectoren overtuigen met perfecte reinigingsresultaten en een grote capaciteit. De nieuwe generatie staat garant voor maximale hygiëne en veiligheid tijdens de verwerking van uw kostbare instrumenten.

- **Krachtige gepatenteerde spoeltechniek** door een frequentiegestuurde circulatiepomp met geïntegreerde verwarming
- **Optimale reiniging** door verbeterde rekken en inzetten
- **Minder verbruik** van water, energie en chemie door toepassing van specifieke programma's en EcoDry
- **Hoge betrouwbaarheid** van het proces door nieuwe uitgebreide controlefuncties

Voordelen waar u dagelijks plezier van heeft!

Info: (0347) 37 88 84
www.miele-professional.nl

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.

QualityPractice

Tandheelkunde

De zekerheid van topklinische nascholing

Programma 2015/2016

De edentate patiënt
Moderator: prof. dr. Jan de Lange
Zaterdag 28 november 2015 (Amsterdam)
Zaterdag 12 december 2015 (Amsterdam)

Slaap in de tandheelkunde
Moderatoren: dr. Ghizlane Aarab
en dr. Nico de Vries
Zaterdag 30 januari 2016 (Amsterdam)

Endodontologie – wat is *echt* nieuw?
Moderatoren: dr. Hagay Shemesh
en dr. Luc van der Sluis
Zaterdag 12 maart 2016 (Amsterdam)
Zaterdag 19 maart 2016 (Amsterdam)

Tandheelkunde over grenzen
Moderator: dr. Casper Bots
Zaterdag 9 april 2016 (Utecht)

Diagnostiek in de radiologie
Moderator: dr. Jan Poorterman
Zaterdag 21 mei 2016 (Utecht)
Zaterdag 28 mei 2016 (Utecht)

Herstel van esthetiek en functie
Moderator: Joerd van der Meer
Zaterdag 4 juni 2016 (Amsterdam)
Zaterdag 18 juni 2016 (Amsterdam)

Word nu lid en ontvang een compleet nascholingspakket voor € 1.120,-, bestaande uit:

- Keuze van 3 van de 6 themadagen
- 6 nascholingstijdschriften
- 6 kennistoetsen
- 2 uur nascholing via webtv/e-learning
- Totaal: 35 KRT-punten per jaar

Schrijf u in via www.qualitypractice.nl

Heeft u nog vragen? Bel dan met Marrit Hooghiemster op 020-5980 449 of stuur een e-mail naar qp@acta.nl.

Quality Practice is onderdeel van ACTA Dental Education B.V.,
Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam.

ACTA Dental Education bv

PRELUM MEDISCHE MEDIA | NASCHOLING

De algemene voorwaarden staan vermeld op WWW.QUALITYPRACTICE.NL.

www.qualitypractice.nl