

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition —

NOVEMBER 2014

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 4 | NUMMER 9



Interview Wismeijer
"Verdeling verantwoordelijkheden moet duidelijk zijn"

Pagina 6-9



Ondersteuning op maat
Mondentis "neemt sores tandarts weg"

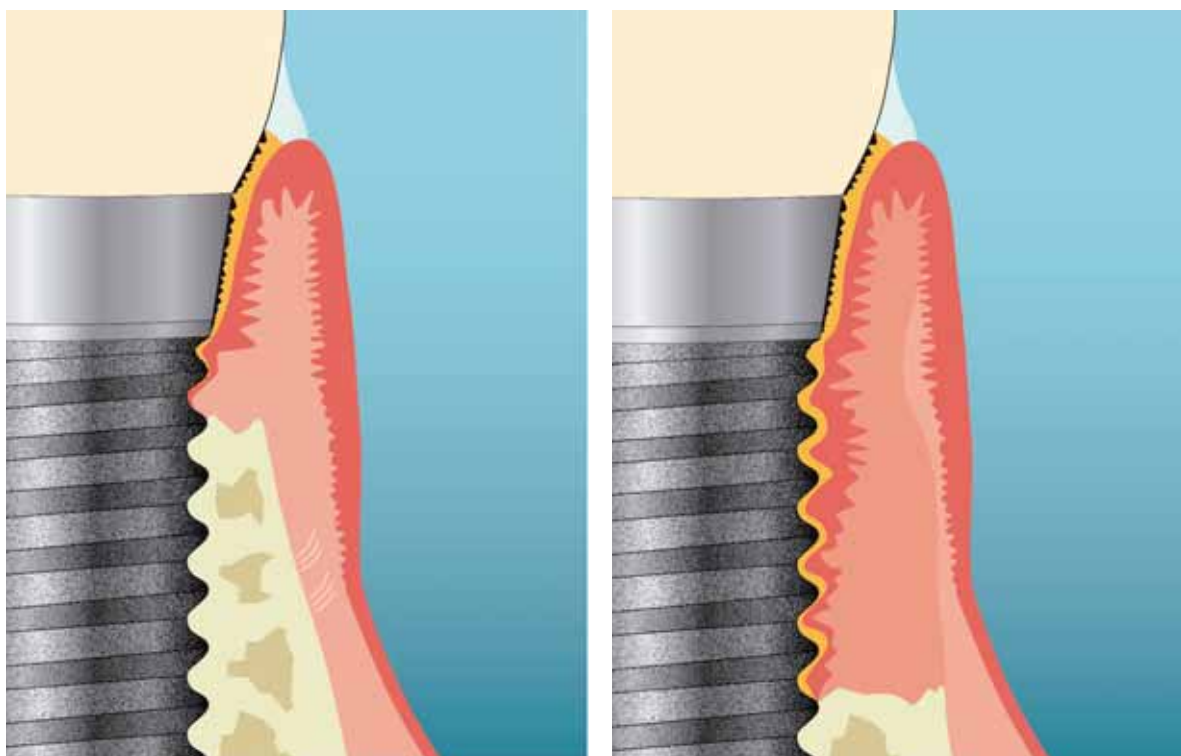
Pagina 21



Afscheid sales manager DMG
"Nederlandse tandartsen tikje conservatief"

Pagina 23

Implantologie zucht onder tariefddaling van 19%



Stadia van onbehandelde peri-implantitis. Links: lichte botafbraak. Rechts: angulaire en horizontale botafbraak. (foto: AccreDidact)

VAN DE REDACTIE

AMSTERDAM - De aangekondigde tariefddaling van maar liefst 19% zal stevige consequenties hebben voor de implantologie. De pleitbezorgers van digitalisering zullen vrezen dat tandarts-implantologen door de lagere marges de kostbare investeringen voor zich uitschuiven. Tegelijkertijd lijkt de prijzenslag in de markt voor dentale implantaatmaterialen relevanter dan ooit. Zullen behandelaars zich gedwongen zien concessies te doen, waardoor de patiënt - ondanks de zo enthousiast ontvangen lagere prijs - uiteindelijk de dupe is?

In dit themanummer komen verschillende internationaal prominente tandarts-implantologen aan het woord. Mauro Labanca vindt zich op over de popularisering van de implantologie en een schrijnend gebrek aan patiëntgericht denken, terwijl prof. dr. Hugo de Bruyn pleit voor meer nadruk op kosteneffectiviteit en *evidence-based* argumenten bij het opstellen van een behandelplan.

Bij een kosteneffectieve implantologie hoort ook een laag faalpercentage. Daarbij moet het belang van een goede nazorg niet onderschat worden, stelt prof. dr. Daniël Wismeijer (pagina 6-9). Als het implantaat verloren gaat, krijgt niet zelden de patiënt de zwarte piet toegespeeld vanwege ontoereikende zelfzorg. Maar ook de rol van de tandarts is cruciaal: die dient toe te zien op een goede mondhygiëne en in te grijpen als daar aanleiding toe is. "Beoordeel bij periodieke controle telkens de situatie ten opzichte van het moment waarop de suprastructuur net was geplaatst. Elke afwijking van deze 'nulmeting' verdient de afweging of er actie nodig is," aldus Wismeijer.

De gevolgen van een verwaarloosde nazorg kunnen ernstig zijn, blijkt uit het fragment over peri-implantaire ontstekingen (pagina 10-11), afkomstig uit het nieuwe AccreDidactprogramma *Nazorg bij implantaten*. Hierin wordt beschreven hoe een uitbraak van mucositis of zelfs peri-implantitis het implantaat kan bedreigen. ■

Angstcultuur bij Tandheelkunde Groningen, leiding stapt op

GRONINGEN - Er heerste jarenlang een angstcultuur binnen de opleiding Tandheelkunde in Groningen. Sommige docenten vertoonden grensoverschrijdend onprofessioneel gedrag en studenten durfden niet te klagen,

uit angst voor studievertraging. Dat blijkt uit het rapport van een commissie die na een brandbrief van studenten door het UMCG was ingesteld. Een paar bestuurlijke kopstukken van de opleiding zijn naar aanleiding van het rap-

port opgestapt, bericht de UniversiteitsKrant.

De commissie werd aangesteld nadat in april dit jaar 23 masterstudenten een brandbrief stuurden naar de opleidingshoofden. Volgens de briefschrijvers heerst op de opleiding een gevoel van angst, durven studenten niet met eigen initiatieven te komen en is er geen adequate, daadkrachtige leiding. Er wordt kleinerend en denigrerend met de studenten omgegaan, maar studenten durven niet hun beklag te doen uit angst voor represailles in de vorm van slechte beoordelingen of zelfs studievertraging. De studenten vrezen voor de kwaliteit van het onderwijs door deze negatieve werk- en studiecultuur.

De onderzoekscommissie bevestigt in haar rapport deze observaties. Zelfs in anonieme evaluaties bleken studenten niet openlijk te durven spreken, uit angst voor studievertraging. Volgens de commissie bestaat onder veel van de medewerkers en studenten een gevoel van onveiligheid. "Binnen de opleiding heerst een crisissituatie. Mede hierdoor

> lees verder op pagina 5

straight. dental equipment

Eindejaarsaanbieding



actieprijs
€ 2.300

Klasse B autoclaaf, 18 liter, incl. procesregistratie via USB of printer
Actie tot 31 december 2014, prijs incl. BTW: € 2.783,-

Voor meer informatie en voorwaarden: www.straightdental.com
Amsterdam - Haaksbergen, telefoon: 053 2600 002

dental units | thermodesinfectoren | autoclaven

Typisch minilu:

mini prijzen - MAXI-kwaliteit - in turbotempo

- super easy online bestellen
- tegen mega sterke mini prijzen
- binnen 24 uur geleverd
- reeds meer dan 6.000 contente klanten

minilu.nl
...voor miniprijzen

Een streling voor tanden en kiezen



PerioChip®

- Gouden standaard in parodontitis behandeling = SRP + chloorhexidine
- 36 % chloorhexidine
- Geen antibiotica resistentie
- Eenvoudig en snel geapliceerd



Voor uitgebreide informatie: Free Call: 0800 - 022 73 21

marjolein.stam@dexcel.com Free Fax: 0800 - 022 74 68

Dexcel® Pharma GmbH • Carl-Zeiss-Strasse 2 • D-63755 Alzenau

PerioChip 2,5 mg dentaal insert voor parodontale pockets

2,5 mg chloorhexidine digluconaat (CHX), CHX is een breed spectrum antimicrobiële stof. Indicatie: samen met tandsteen verwijderen en tandwortel schoonmaken, geïndiceerd voor een aanvullende, antimicrobiële behandeling van matig ernstige tot ernstige chronische periodontale ziekten bij volwassenen met pocketvorming. PerioChip kan gebruikt worden als onderdeel v.e. periodontaal behandelprogramma. Contra-indicaties: overgevoeligheid voor CHX of één v.d. hulpstoffen. Waarschuwingen: gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen die nystatine bevatten moet vermeden worden. Gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding: zie vak- en gebruikersinformatie. Bijwerkingen: circa één derde v.d. patiënten ondervindt bijwerkingen, meestal voorbijgaand, tijdens de eerste paar dagen na inbrengen v.d. chip. Dit kan ook een gevolg zijn v.d. mechanische plaatsing v.h. dentaal insert in de periodontale pocket of een gevolg van het verwijderen van tandsteen. De meest frequent gerapporteerde bijwerkingen zijn aandoeningen v.h. gastro-intestinaal stelsel: dentaal, gingival of orale zachte weefsel reacties die ook worden beschreven als toepassingsnevenreacties. Verdere informatie: zie vak- en gebruikersinformatie UR-geneesmiddel. Stand: 21 December 2011

Vergunningshouder:

Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Strasse 2, 63755 Alzenau, Duitsland, Tel.: +49/6023/9480-0, Fax: +49/6023/9480-50



“Zorgverzekeraar ontkent verband diabetes en parodontitis”

TEKST: MARIEKE EPPING

GOES – “Een van de grootste zorgverzekeraars in Nederland ontkent de relatie tussen diabetes en parodontitis.” Dat meldde Friso Voerman van Parodontologie Goes eind vorige week op Twitter. Hij plaatste een brief, waarin een zorgverzekeraar stelde een parobehandeling niet te hoeven vergoeden, omdat “diabetes geen paroproblematiek veroorzaakt”. CZ, de verzekeraar in kwestie, werpt tegen dat het om een ongelukkige formulering gaat.

Voerman leidt een praktijk van erkende parodontologen met vestigingen in Goes, Bergen op Zoom en Vlissingen. Een relatief groot deel van zijn patiënten is medisch gecompromitteerd; vaak is de onderliggende ziekte debet aan de parodontale problematiek. Voerman doet voor deze patiënten een aanvraag voor ‘verrichtingen bijzondere tandheelkunde’ om de

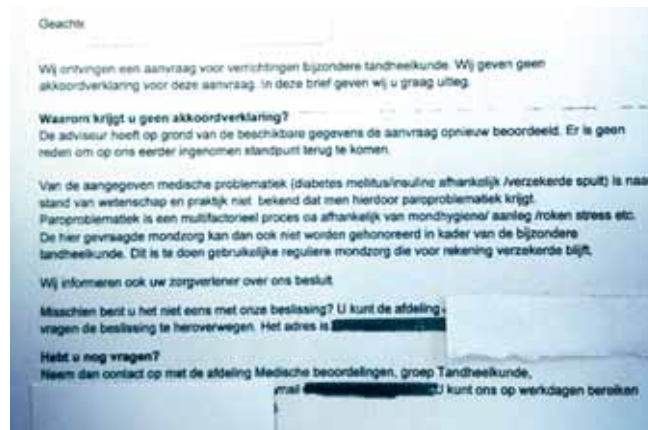
medische aandoening die leidt tot parodontitis, mensen die vanwege medicatiegebruik paroproblemen hebben of mensen die een behandeling moeten ondergaan die bij paroproblemen niet of minder effectief is. In het CVZ-besluit ‘Tandheelkundige zorg voor medisch gecompromitteerden’ uit 2010 is het artikel verder uitgewerkt tot een indicatieve lijst met aandoeningen en behandelingen. Daarop staan behalve diabetes bijvoorbeeld ook hartaandoeningen en multiple sclerose.

Toch merkt Voerman de laatste tijd dat zorgverzekeraars geen gehoor geven aan aanvragen van patiënten met deze aandoeningen. Op onjuiste gronden, aldus de praktijkeigenaar en zoon van tandarts-parodontoloog Gerard Voerman, die in de praktijk werkzaam is. “Wij doen bijvoorbeeld een aanvraag op grond van artikel 2.7 subartikel b – een niet-tandheelkundige lichamelijke aan-

onderzoeksresultaten mee.” Voerman plaatste de bewuste brief op Facebook en Twitter en kreeg veel bijval van vakgenoten. Ook het Diabetesfonds mengt zich in de discussie en laat weten voor de desbetreffende patiënt de verzekeraar aan te spreken.

Voerman ziet de toename in afwijzingen bij alle zorgverzekeraars. “Ik heb patiënten die al tien jaar die vergoeding krijgen en ineens niet meer, zonder dat hun situatie is veranderd.” Hij vindt het kwalijk dat juist deze groep patiënten getroffen wordt. “Chronisch zieke patiënten, want daar gaat het vaak om, hebben die vergoeding in veel gevallen hard nodig. Als de zorgverzekeraar stopt met vergoeden, zullen zij zich soms niet langer (kunnen) laten behandelen, met veel ernstigere mondproblemen op de lange termijn. Kun je als zorgverzekeraar dan wel van een besparing spreken?”

Zorgverzekeraar CZ bevestigde desgevraagd de brief te hebben verstuurd, maar erkent on-



De brief die een patiënt van tandarts-parodontoloog Friso Voerman ontving, waarin het verzoek tot vergoeding van parodontologische zorg wordt afgewezen, omdat er volgens de verzekeraar geen relatie bestaat tussen paroproblematiek en de diabetes van de patiënt. (foto: Friso Voerman)

middelrijk de dubieuze inhoud. “Het is een te scherpe formulering, dus ik begrijp dat mensen hierover vallen. Wij ontkennen niet dat er een verband kan zijn tussen diabetes en paroproblematiek, hoewel deze zin wel die indruk wekt,” vertelde woordvoester Els Potma aan Dental Tribune. Wel noemt zij de afwij-

zing terecht, aangezien het een verzoek tot vergoeding van parozorg uit de basisverzekering betrof. Deze is aan strikte regels gebonden, legt Potma uit. “Om een vergoeding te kunnen toekennen, is een causaal verband

> lees verder op pagina 4

“Sommige patiënten krijgen ineens de vergoeding niet meer”

behandeling uit de basisverzekering vergoed te krijgen. Sinds mei 2013 merkt Voerman echter een omslag in het beleid van zorgverzekeraars: in toenemende mate worden verzoeken om de vergoeding van parodontale zorg voor medisch gecompromitteerde patiënten afgewezen.

Voerman doet deze aanvragen op grond van artikel 2.7, lid 1 van de Zorgverzekeringswet. Daarvan staan, in drie subartikelen, de medische gronden omschreven op basis waarvan iemand recht heeft op vergoeding van mondzorg of parodontale zorg. Kortweg gaat het om mensen met een

doening die de tandheelkundige functie vermindert – en krijgen vervolgens een afwijzing omdat de patiënt niet voldoet aan subartikel c: dat de mondzorg noodzakelijk is voor een behandeling. Dat is krom,” vertelt hij verontwaardigd aan Dental Tribune. De afwijzingsbrief die een patiënt hem afgelopen vrijdag toonde (zie afbeelding), was de druppel. “Volgens deze verzekeraar is ‘van de aangegeven medische problematiek (diabetes mellitus) naar de stand van de wetenschap en praktijk niet bekend dat deze leidt tot paroproblematiek.’ Dat is klinkklare onzin, je ontkent er ruim veertig jaar aan

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

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.

HOI
KEURMERK

Aanmelden

De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënist, orthodontisten, kaakchirurgen, 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

© 2014 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.

De slimste keuze!

de beste prijs

de hoogste service

het grootste assortiment

eTouch

Het eerste GRATIS online dentale magazine

Alles wat u interesseert in video, tekst en beeld! Overal beschikbaar op pc, laptop of tablet.

Wat u zoal kunt verwachten in de eTouch:

- Praktijkcases
- Productintroducties
- Unboxing video's
- De geschiedenis van...
- En nog veel meer!

De eTouch is geoptimaliseerd voor de iPad en gratis beschikbaar in de App Store. Maar het magazine is ook online te lezen via etouch.dentalunion.nl.

Download in de App Store

Made for iPad

Download nu de Dental Union App in de App Store

Kijk op: etouch.dentalunion.nl

Nieuwegein 030 - 288 88 88 Groningen 050 - 313 33 33

www.dentalunion.nl

> vervolg van pagina 3

nodig tussen de aandoening en de paroproblematiek. Dat is in dit specifieke geval onvoldoende aannemelijk gemaakt.” De dubieuze zin doet volgens Potma geen recht aan waar het om draait, namelijk het ontbreken van een aannemelijk causaal verband. “De brief had anders geformuleerd moeten worden.”

Potma is verbaasd dat Voerman zich richtte tot Dental Tribune, maar niet tot CZ. “Terwijl wij vorige week meerdere malen contact met de praktijk hebben gezocht. We gaan graag in gesprek met meneer Voerman.” Dat er sinds 2013 steeds meer verzoeken worden afgewezen op onjuiste grond, kan Potma niet bevestigen. “Als er al sprake van is, dan zou iets in de regelgeving moeten zijn veranderd waardoor we bepaalde verzoeken niet langer inwilligen. Maar ik kan niet zeggen of die afname ook door onze cijfers wordt ondersteund.”

Voerman legt zich niet zomaar neer bij de afwijzingen. Onlangs bepleitte hij de onjuistheid van een beslissing voor de geschillencommissie van het CVZ, samen met een afvaardiging van de KNMT. Helaas is een dergelijke aanvechting een langdurig proces, zegt Voerman. “Al die tijd krijgt de patiënt geen vergoeding en dus geen zorg. Hoe graag ik het zou willen, het zijn inmiddels te veel patiënten om mensen te blijven behandelen in afwachting van uitsluitel.” Voerman hoopt dat het plaatsen van de brief dit probleem onder de aandacht brengt. “Ik weet natuurlijk niet of andere praktijken deze trend ook zien, maar ik vermoed van wel. Wellicht kunnen we gezamenlijk een sterk signaal afgeven.” ■

“Taaltoets voor buitenlandse tandarts verplicht stellen”

TEKST: BEN ADRIAANSE

AMSTERDAM – Buitenlandse tandartsen die in Nederland aan het werk willen, dienen eerst verplicht een taaltoets af te leggen. Daarvoor pleiten KNMT en ANT in diverse media. “Met een verplichte taaltoets moet een tandarts zich meer committeren aan het land. Daardoor kun je de ergste uitwassen verminderen,” stelt ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes in het Radio 1-programma *De Ochtend*.

De pleidooien van de tandartsverenigingen volgen op groeiende zorgen over de omvangrijke toestroom van buitenlandse tandartsen naar Nederland. Door het tandartsentekort in Nederland is het voor hen aantrekkelijk zich in ons land te vestigen. De laatste jaren is het percentage buitenlandse tandartsen dat in Nederland aan het werk gaat ongeveer even groot als het aantal studenten dat hier het tandartsdiploma haalt.

Als buitenlandse tandartsen bij hun vestiging in Nederland goed worden gescreend, is er in principe weinig mis met deze toestroom. In de praktijk blijkt echter dat bij de registratie van tandartsen uit andere EU-landen in het BIG-register alleen de vereiste diploma's worden opgevraagd. Van taaleisen of een praktijkexamen is geen sprake. Ook voor tijdens de carrière van de tandarts opgelegde sancties of berispingen is nauwelijks aandacht.

Het tv-programma *Altijd Wat Monitor* presenteerde afgelopen maandag meerdere gevallen van tandartsen die ondanks ernstig disfunctioneren of zelfs schraping uit het register in hun land van herkomst zonder problemen in Nederland konden werken,

met soms ernstige gevolgen. Nadat sommigen van hen alsnog waren geschrapt, konden zij in andere EU-landen ongehinderd een praktijk starten. Onder hen is de beruchte Albanese tandarts Spyro Veizi, die inmiddels in Griekenland als tandarts werkt.

KNMT en ANT zien de ernst van de situatie in en pleiten daarom voor de verplichte taaltest. Tandartsen die zakken voor de test, dienen eerst goed Nederlands te leren voordat zij in het BIG-register geregistreerd kunnen worden. Volgens de tandartsverenigingen worden hiermee de motivatie, toewijding en daadwerkelijke wens om in Nederland te werken getoetst. Onder andere Duitsland kent al een dergelijke test. Volgens Vaartjes is kennis van de taal een essentieel onderdeel van het functioneren van een tandarts. “Wij zijn in Nederland erg gericht op preventie en we werken in teams. Als je de taal niet beheerst, kun je hier niet de tandheelkunde uitoefenen zoals je dat zou willen.”

Is het niet onlogisch dat de verenigingen de nadruk op taal-

“Tandartsen die Nederlands willen leren, nemen hun beroep blijkaar serieus”

beheersing leggen, terwijl het merendeel van de klachten over buitenlandse tandartsen verband houdt met professionele onkunde? VVD-kamerlid Jeroen van Wijngaarden wierp in een reactie tegen dat ook een niet-Nederlandssprekende tandarts goede behandelingen kan uitvoeren. Vaartjes benadrukt echter dat de taaltest een indicatie geeft van de kwaliteit van een behandelaar. “Met een taaltoets trek



Beroemd schilderij (Marten van Valckenborch, 1595) van de toren van Babel, die in het Bijbelverhaal instortte vanwege taalverschillen tussen de bouwers. Tjimen Hiep, vice-voorzitter KNMT: “Als tandarts en patiënt de zorgvraag en het behandelplan door een taalbarrière niet aan elkaar uit kunnen leggen, gaan er onherroepelijk dingen verkeerd.”

je misschien de betere tandartsen aan, die werken in Nederland in elk geval serieus nemen.” Tjimen Hiep, vice-voorzitter van de KNMT, vult aan dat als tandarts en patiënt de zorgvraag en het behandelplan niet aan elkaar uit kunnen leggen, “er onherroepelijk dingen verkeerd gaan.”

Toch lijkt er vooral voor de CIBG (die de registratie in het BIG-register coördineert) en de IGZ werk aan de winkel om de screening respectievelijk controle op buitenlandse tandartsen te verscherpen, ook al functioneert het overgrote deel van hen naar behoren. Verder pleiten zowel KNMT als ANT voor meer opleidingsplaatsen voor tandheelkunde in Nederland, zodat de vraag naar buitenlandse tandartsen in de toekomst kan afnemen.

Hanke Bruins Slot (CDA) stelt in *Altijd Wat Monitor* dat minister Schippers tot nu toe een te afwachtende houding aanneemt bij het optreden tegen buitenlandse artsen en tandartsen met een twijfelachtige voorgeschiedenis. Zo liet de minister in een eerdere

brief aan de Kamer weten dat het vanwege de tienduizenden aanvragen voor BIG-registratie niet mogelijk is om elke arts nauwgezet te screenen. “Simpelweg de naam van de arts googelen moet toch mogelijk zijn,” aldus Bruins Slot. Een taaltoets is in haar ogen een stap in de goede richting, al denkt het kamerlid niet dat deze maatregel alle problemen zal oplossen.

Inmiddels heeft een Kamermeerderheid van PvdA, CDA, PVV en SP zich uitgesproken voor een verplichte taaltoets, meldt *Altijd Wat Monitor*. De maatregel zou kunnen stuiten op juridische bezwaren vanuit Europa, maar Vaartjes verwijst in *De Ochtend* naar eerdere correspondentie met de Europese Commissie waaruit bleek dat deze beheersing van de plaatselijke taal essentieel acht voor het beoefenen van het tandartsvak. Het is dan ook aannemelijk dat de taaltoets binnen afzienbare tijd in Nederland ingevoerd wordt.

(bronnen: *Altijd Wat Monitor*, *De Ochtend*, ANT, KNMT) ■

QualityPractice

Mondhygiëne

De norm
in professionele
nascholing

BEKIJK
HET NIEUWE
PROGRAMMA
EN WORD LID

www.qualitypractice.nl

Tandartsen massaal gezakt voor verplichte taaltoets



Verscherpt toezicht voor Amsterdamse tandarts

AMSTERDAM - De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de Amsterdamse tandarts C.F. Leithuijser voor drie maanden onder verscherpt toezicht gesteld. De IGZ constateerde ernstige tekortkomingen en heeft weinig vertrouwen in verbetering. De tandarts bleek al eerder moeite te hebben met zijn werk: in 2012 kreeg hij een 'bevel BIG' opgelegd.

In oktober 2012 voerde de IGZ een onverwachte inspectie uit bij de tandarts, naar aanleiding van een klacht over een onhygiënische situatie. De IGZ trof dusdanige tekortkomingen aan, vooral op het gebied van infectiepreventie en radiologie, dat Leithuijser een zogeheten BIG-maatregel kreeg opgelegd. Tot nader order mocht hij geen patiënten ontvangen. Het bevel werd na een herinspectie in december van hetzelfde jaar opgeheven, maar de tandarts bleef op de radar van de IGZ.

Tijdens bezoeken in 2013 en 2014 kwamen onvoldoende verbeteringen naar voren, aldus de inspectie in haar rapport. "De

“De tandarts hield zich aan geen enkele tandheelkundige richtlijn”

tandarts heeft herhaaldelijk kansen gekregen om zelf de vereiste verbetermaatregelen te treffen. Dit leidt ertoe dat de inspectie er onvoldoende vertrouwen in heeft dat door de tandarts proactief voldoende verbetermaatregelen getroffen worden,” zo valt te lezen.

De inspectie concludeert dat Leithuijser qua infectiepreventie zijn zaken op orde heeft, maar op alle andere gebieden niet. Zo constateren zij dat er geen enkele sprake was van een kwaliteitscyclus, bijvoorbeeld door intercollegiale toetsing of certificering. Bovendien bleek de tandarts zich aan geen enkele zorginhoudelijke richtlijn voor de tandheelkunde te houden, waardoor de inspectie het risico op onverantwoorde zorg bestempelde als 'hoog'.

Volgens de IGZ heeft Leithuijser tot nu toe enkel reactief gehandeld op de geconstateerde tekortkomingen en heeft hij deze, ondanks een langdurig voltraject, nog steeds niet verbeterd. Hierdoor heeft de inspectie onvoldoende vertrouwen dat de tandarts nu wel zelf de problemen op gaat lossen en zijn werkwijze gaat verbeteren. Daarom stelt de IGZ de tandarts voor drie maanden onder verscherpt toezicht. De inspectie blijft de tandarts volgen met onverwachte bezoeken tot de noodzakelijke verbeteringen binnen de gestelde termijn zijn gerealiseerd en er weer sprake is van verantwoorde zorg. (bron: IGZ) ■

> vervolg van pagina 1

is bij veel medewerkers een defaitistische houding ontstaan, waardoor een aantal goede docenten is vertrokken en het momenteel onmogelijk is om goede docenten aan te trekken,” zo staat in het rapport.

Er wordt al jaren geklaagd door studenten en medewerkers van Tandheelkunde. Volgens de commissie zijn eerdere rapporten met klachten en aanbevelingen genegeerd. De commissie concludeert

dan ook dat niet alleen de opleiding, maar ook de organisatie van de opleiding “op vele punten niet voldoet aan de kenmerken van een goede leeromgeving” en er flinke verbetermaatregelen nodig zijn.

Rob Hiemstra, directielid van de faculteit Medische Wetenschappen, erkent in een reactie dat de opleiding Tandheelkunde flink op de schop moet. 'Het moet weer een veilige leeromgeving worden, waar studenten fouten durven maken. Hiervoor zijn drastische maatregelen en een

cultuurverandering nodig.' Reden voor Frank Abbas, hoofd van het Centrum Tandheelkunde en Mondzorgkunde (CTM), en bachelorcoördinator Nynke Blanksma om hun functie neer te leggen.

Eén van de maatregelen dat het hoofd van het CTM voortaan verantwoordelijk is voor zowel onderwijs als onderzoek en patiëntenzorg, waar deze drie taken eerder gescheiden waren. De nieuw aangestelde interim-manager Lina van der Ploeg gaat deze nieuwe taakopzet vormge-

ven. Ook met de overige aanbevelingen van de commissie gaat zij aan de slag. Zo moet het gezaghebbend leiderschap worden hersteld, een 'zero-tolerance'-beleid voor onprofessioneel gedrag door docenten worden ingevoerd, het vertrouwen worden hersteld en de communicatie verbeterd. Daarnaast moeten docenten verplicht worden geschoold en wordt het aantal deeltijdaanstellingen verminderd om voor meer stabiliteit te zorgen.

(bron: UniversiteitsKrant) ■

Verhoogde levenskwaliteit

Patiënten willen vol vertrouwen kunnen lachen, spreken en eten. Het tandheelkundige behandelteam levert dagelijks een belangrijke bijdrage aan een verhoogde levenskwaliteit van de patiënt. Daarnaast draagt de keuze voor kwalitatief hoogwaardige en wetenschappelijk gedocumenteerde producten bij aan een betrouwbaar en duurzaam eindresultaat. DENTSPLY Implants levert deze hoogwaardige en zorgvuldig onderbouwde producten voor alle fasen van de tandheelkundige behandeling met implantaten.

We hechten grote waarde aan een langdurige relatie met onze klanten en bieden naast een uitgebreid assortiment aan tandheelkundige producten een uitstekende service, een uitgebreid bij- en nascholingsprogramma en ondersteuning in de praktijk.

DENTSPLY Implants biedt betrouwbare oplossingen en partnerschap om de kwaliteit van leven te verhogen, because it matters.



Scan de QR code met uw gsm voor meer informatie



www.dentsplyimplants.nl

ANKYLOS®

**ASTRA TECH
IMPLANT SYSTEM**

XiVE®

SYMBIOS®

SIMPLANT®

ATLANTIS™

**DENTSPLY
IMPLANTS**

“Verdeling van verantwoordelijkheden moet duidelijk zijn”

Interview met prof. dr. Daniël Wismeijer, tandarts-implantoloog

TEKST EN FOTO'S: BEN ADRIAANSE

Prof. dr. Daniël Wismeijer is een bekend gezicht in de Nederlandse tandheelkunde, vooral in de implantologie. De Amsterdamse hoogleraar (ACTA), die tevens een verwijspraktijk in het Gelderse Dieren heeft, treedt regelmatig op als spreker op cursussen en congressen. Ook is hij internationaal actief als bestuurslid van het International Team of Implantology (ITI). Voor de microfoon van Dental Tribune vertelt Wismeijer over een aantal hete hangijzers in de implantologie en

over een niet te onderschatten onderdeel van een implantaatbehandeling: de nazorg.

Om met de deur in huis te vallen: hoe is het gesteld met de implantologie in Nederland?

In het algemeen staat de implantologie in Nederland op een hoog niveau. Natuurlijk zijn er wel dingen die beter kunnen. Zo worden implantologische behandelingen door sommige aanbieders – ik noem het bewust geen zorgverleners – benaderd als een manier

om vooral veel geld te verdienen. Zij verstoren de markt. Wat je bijvoorbeeld tegenkomt is dat behandelaars worden ingevlogen, of patiënten vliegen naar hen toe, om een voorziening te plaatsen, maar voor nazorg is vervolgens geen aandacht. De dienst is geleverd en klaar, en naar de patiënt wordt niet meer omgekeken. Dat vind ik ergerlijk. Wie gaat de patiënt daarna onder controle houden? En als er iets misgaat, wie gaat de problemen oplossen?

Hoe zou dit beter geregeld kunnen worden?

Krijgt de patiënt met meerdere behandelaars te maken, dan moet je duidelijke afspraken maken over wie de verantwoordelijkheid heeft en moet nemen voor de patiënt. Meestal is dit de algemeen practicus die de patiënt heeft doorverwezen. Je kunt je patiënt wel

lerlei taken in de nazorg zelf op zich nemen, maar dan moet hij wel zorgen dat de parate kennis op die terreinen van voldoende niveau is. Het alternatief is om een ander te betrekken bij een bepaald aspect van de nazorg. Een implantoloog, parodontoloog of mondhygiënist zou inderdaad die rol kunnen vervullen, of wellicht een andere algemeen practicus die wel affiniteit heeft met de zorgvraag van de patiënt. Maar dan nog houdt de huistandarts de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt; die kun je nooit afschuiven op bijvoorbeeld een mondhygiënist.

Gaat het bij het verwijzen soms al mis? Er wordt weleens geklaagd dat de doorverwijzing te summier is en er patiënten 'over de schutting worden gegooid'.

De doorverwijzing is op zichzelf cruciaal: er moet duidelijk aangegeven worden wat gewenst en verwacht wordt. Als tussen de behandelaars verder goed wordt gecommuniceerd en afgestemd en er onderling vertrouwen is, kan de implantoloog makkelijker met de verwijzer communiceren en discussiëren over mogelijke problemen. Ook is het dan eenvoudiger de behandeling te finetunen. Het kan wat dat betreft al misgaan de intake. Als de tandarts een risicoprofiel maakt, moet hij kunnen inschatten of een patiënt wel in aanmerking komt voor een implantaatbehandeling. Zo heeft een patiënt met een verleden van parodontale afwijkingen in de toekomst een grotere kans op peri-implantaire problemen, ook al zijn de aangedane elementen al verloren gegaan. Heeft de tandarts onvoldoende oog voor de risicofactoren, of heeft hij niet duidelijk gecommuniceerd met de tandarts-implantoloog waarom hij een bepaalde behandeling voor de betreffende patiënt voor-

stelt, dan kan het zijn dat de laatste de patiënt onverrichter zake naar de huistandarts terugstuurt.

Ontoereikende nazorg na implantaatbehandelingen kan tot ontstekingen en andere problemen leiden, blijkt uit het recente AccreDidactprogramma Nazorg bij implantaten. Wordt het belang van nazorg weleens onderschat?

Ik weet niet of we van onderschatting moeten spreken. Ook hier kan het probleem van verantwoordelijkheid om de hoek kijken: een huistandarts die zich niet verantwoordelijk voelt voor het gedane werk van een tandarts-implantoloog, besteedt wellicht geen aandacht aan de nazorg. Hij denkt dan: ik heb de patiënt niet voor niets doorverwezen. Maar het is daarna wel degelijk aan de huistandarts om de patiënt verder te begeleiden; dit kan hij ook doen door de patiënt naar een collega te verwijzen. Overigens kan het probleem ook zijn dat hij te weinig kennis over de nazorg bij implantaten heeft.

Is hier vaak een gebrek aan kennis over?

Zeker. Ook wij als tandarts-implantologen weten over peri-implantitis nog niet alles, dus ik kan mij niet voorstellen dat de algemeen practicus van alles op de hoogte is. Implantaten hebben andere eigenschappen en finesse dan natuurlijke elementen, en we zijn nog steeds zoekende naar de meest geschikte oplossingen voor peri-implantaire problemen. Specifieke literatuur over de nazorg bij implantaten is dan ook geen overbodige luxe voor de tandheelkundige professie, juist omdat men er in de praktijk steeds meer mee te maken krijgt.

> lees verder op pagina 8

SybronEndo



TF Adaptive -

Roterend als u dat wilt.

Reciprocerend als u dat nodig hebt.

Kerr Benelux
D'Artagnanstraat 28/2, B-4600 Wezet
@ info.benelux@kerrhawe.com
0032 4 374 08 10

www.tf-adaptive.eu/nl



To etch or not to etch?

This is no longer the question.

NEW!

xeno[®] *Select*

Self-Etch and Etch&Rinse Adhesive

- Applicable in all etching techniques
- High application security on over wet and over dried dentin¹
- Virtually no post-operative sensitivities¹
- 30 minutes working time in closed CliXdish™



For better dentistry

DENTSPLY

> vervolg van pagina 6

Waaruit dient de nazorg aan patiënten met een net geplaatst implantaat te bestaan?

Op het moment dat de supra-structuur is geplaatst, moet de situatie goed in beeld worden gebracht: dat is je nulmeting. Daarvoor zijn röntgenopnamen nodig van de regio rondom het implantaat, de sonderingsdiepte moet worden vastgesteld, enzovoort. Bij periodieke controle – na een implantaatbehandeling elke zes maanden of vaker – bekijk je telkens de situatie ten opzichte van de nulmeting. Blijft de situatie hetzelfde, wordt het beter, wordt het slechter? Hoe is het met het botniveau en de sonderingsdiepte, zie ik bloedingen? Elke afwijking van de nulmeting verdient de afweging of er actie nodig is.

Als er botverlies rond implantaten ontstaat, al dan niet door ontsteking, zijn er allerlei manieren om problemen te lijf te gaan. Aan de oppervlakte van een implantaat zal een biofilm zitten waar bacteriën zich graag ophouden. Deze zal weggehaald moeten worden. Dit kun je eerst non-chirurgisch proberen, maar als

“Verschroef waar het kan, cementeer waar het moet”

dat geen resultaat biedt dan zul je naar een chirurgische benadering moeten uitwijken. Je klapt het tandvlees op en kan dan bijvoorbeeld met *airflow*, zuur of waterstofperoxide werken om de biofilm te verwijderen.

Als er niet wordt ingegrepen, kan het snel gaan. Er kan mucositis ontstaan, en die

kan zelfs uitmonden in peri-implantitis...

Zodra ik de mucositis zie, zal ik als tandarts iets moeten doen. En dan moet je niet alleen gaan reinigen, maar ook de patiënt vragen om over drie of vier weken terug te komen, zodat je kunt kijken of de ontsteking onder controle is. Of en wanneer de mucositis tot peri-implantitis zal leiden is moeilijk te zeggen, maar het is in elk geval verstandig er snel bij te zijn.

Liggen de oorzaken van dit soort problemen vaak in een slechte mondverzorging?

Zover wil ik niet gaan; er kunnen allerlei andere factoren een rol spelen bij problemen met implantaten. Denk maar aan overbelasting, tandenknarsen, of simpelweg een lichaam dat eerder geneigd is implantaten af te stoten. Feit blijft wel dat je de patiënt maar eens per halfjaar ziet en de patiënt ook een verantwoordelijkheid heeft. Zo mogen we van patiënten verwachten dat zij zich aan het nazorgprotocol conformeren.

Welke fout tijdens een implantologische behandeling vergroot bij uitstek de kans op peri-implantitis?

Een bekend verschijnsel is dat als je de kroon op een implantaat cementeert in plaats van verschroeft en er cement achterblijft, er sneller een ontsteking met botverlies ontstaat. Het valt niet altijd mee om al het cement weg te krijgen, maar je moet er wel op gefocust zijn. Ook is het te adviseren om een cement te gebruiken dat minder agressief is voor het tandvlees, zoals een zinkfosfaatcement in plaats van een composietcement voor het cementeren van een implantaatgedragen kroon. Zinkfosfaatcement lost uit zichzelf wat

makkelijker op, dus daarmee verklein je de kans op problemen. Al met al pleit ik ervoor om te verschroeven waar het kan, en te cementeren als het moet.

Als een implantaat faalt, kan dit aan de behandeling of aan onvoldoende nazorg liggen, maar soms behoort een patiënt simpelweg tot een risicogroep. Hoogleraar implantologie Gerry Raghoobar (UMCG) verkondigde eerder dit jaar dat hij bij rokers steeds vaker weigert een implantaatbehandeling uit te voeren. Overweegt u ook dergelijke maatregelen?

Het dient gezegd: roken en sommige andere leefstijlkenmerken zijn slecht voor mijn statistieken. Maar vergeet niet dat implantaten vaak de laatste oplossing zijn om een diasteem op te vullen. Kun je een patiënt die optie weigeren, hem een stukje levenskwaliteit ontfangen omdat hij rookt? Kun je zeggen: ga naar een andere implantoloog? Dan ben je vooral met je eigen succespercentages bezig. Bovendien zijn er net zo goed rokers bij wie het implantaat prima blijft zitten. Het is dan ook de vraag of het roken of de roker de problemen veroorzaakt. Voor andere patiëntgroepen, zoals diabetici en gebruikers van bisfosfonaten, zou ik hetzelfde verhaal kunnen vertellen.

Het past wel in deze tijd van zorgbezuinigingen om risicogroepen niet zonder meer een kostbare behandeling aan te bieden.

Het is je verantwoordelijkheid als tandarts om patiënten over hun leefstijl te adviseren, zodat je de kans op mislukkingen verkleint. We mogen ons bij sommige patiënten die een uitgebreide implantaatbehandeling willen best



afvragen: bent u dat wel waard? Moeten we bij u wel deze behandeling doen? Maar dan nog is het aan de patiënt om uiteindelijk een besluit te nemen.

De vraag zal echter steeds vaker zijn of de zorgverzekeraar de behandeling wel vergoedt. Er komt een punt waarop wij als keten van behandelaars en zorgverzekeraars niet meer accepteren dat patiënten herhaaldelijk een beroep doen op de gemeenschap, zonder dat zij zelf hun verantwoordelijkheid nemen. Ik

heb wat dat betreft weleens gepleit voor de ouderwetse saneringskaart. Komt iemand die een implantaat krijgt, het vervolgens niet schoonhoudt en niet op de nazorgafspraken komt, wel in aanmerking voor een nieuw implantaat als het huidige faalt?

We hebben allerlei aanleidingen voor implantaatfalen besproken, maar nog niet het aspect dat tegenwoordig zoveel aandacht krijgt: het gebruikte materiaal. Is ook het gebruikte merk en type implantaten cruciaal voor het slagen van een behandeling?

Helaas hebben we onvoldoende onderzoeksgegevens die ons duidelijk maken of er daadwerkelijk een groot verschil in prestaties is. Wel kun je bepaalde vermoedens hebben. Zo kan bij bepaalde goedkope legeringen voor bijvoorbeeld abutments een potentieel verschil ontstaan tussen het abutment en het implantaat. Of je ziet dat onderdelen van kwalitatief mindere implantaten net niet perfect op elkaar passen, waardoor er een spleet kan ontstaan met alle gevolgen van dien. Vergeet ook niet dat het 'titanium' van implantaten verschillende graderingen van edelheid kan hebben. Er zijn dus allerlei manieren waarop het ene materiaal deugdelijker kan zijn dan het andere, ook al lijken ze hetzelfde.

Het blijft dus een dilemma: moet de tandarts-implantoloog vasthouden aan de traditionele A-merken, of zijn de nieuwe spelers met hun soms zeer scherp geprijsde systemen het proberen waard?

Vanwege het ontbreken van vergelijkend onderzoek blijft het koffiedik kijken, maar maak in elk geval een keuze op basis van vertrouwen. Van materialen die langdurig onderzocht en gevolgd

Heraeus Kulzer
Mitsui Chemicals Group

SOPIRA®

Alles voor lokale anesthesie.

SOPIRA®

SOPIRA® – Geleid door uw behoeften.

- **Zekerheid:** Een passende oplossing voor alle relevante indicaties. Altijd de juiste spuit en naald; daar kunt u op vertrouwen.
- **Comfort:** SOPIRA injectiespuiten zijn de standaard in precisie, functionaliteit en design.
- **Patiënt:** Speciaal geslepen en vormgegeven naalden voor een vriendelijke injectie. Oog voor het comfort van uw patiënten.

Giving a hand to oral health.

heraeus-kulzer.com

zijn, weet je dat je een betrouwbaar product in handen hebt.

Bij ACTA gebruiken we alleen A-merken, omdat we de behandeling ook op lange termijn willen garanderen. Als je in de toekomst nieuwe onderdelen van hetzelfde implantaat nodig hebt, wil je er zeker van zijn dat je die over tien jaar nog kunt bestellen. Het zou niet voor het eerst zijn dat ik patiënten in de stoel krijg met implantaten waarmee ik niets meer kan. Bij de gevestigde aanbieders heb je die onzekerheid veel minder; je krijgt dan vaak levenslange garantie.

Vertrouwen is dus het sleutelwoord?

Voor de meeste tandarts-implantologen zal dat zo zijn, maar er zijn er ook die het aandurven 'compatibele' implantaten te plaatsen, of beter gezegd: *look-alikes*. Je neemt dan net zo'n gok als wanneer je een look-alike van een iPhone 5 bestelt voor 150 euro, met dit verschil dat je de keuze voor je patiënt maakt en de verantwoordelijkheid daarvoor moet durven dragen.

Als je werkt met bewezen systemen, kun je aan de patiënt je keuze goed verantwoorden. Ik

geeft wel aan dat er een niet geringe marge op de A-merken zit. Of de patiënt er uiteindelijk iets van merkt als de materiaalprijzen dalen, is natuurlijk afwachten. Maar het belangrijkste is dat we goed blijven definiëren waar 'kwaliteit' voor staat.

U heeft veel onderzoek gedaan naar digitale innovatie in de implantologie. Vindt u dat de nieuwe mogelijkheden – zoals CAD/CAM – snel genoeg tot de Nederlandse tandartspraktijken doordringen?

Digitalisering is iets waarmee je als tandarts gevoel moet hebben. Het is geen vereiste om tot een goed resultaat te komen, maar het is wel handig gereedschap in ingewikkelde gevallen. Met *guided surgery* kun je heel gericht bepalen waar het implantaat moet komen.

Als je als implantoloog nog steeds hetzelfde behandelt als tien jaar geleden, ben je niet per se achterhaald bezig, maar je kunt ook niet zeggen dat je state-of-the-art werkt.

Op dit moment zien we desondanks dat veel praktijken nog

geen planningsoftware in huis hebben. Dat is hen niet per se te verwijten: als je alle digitale mogelijkheden benut, moet je behalve het aanschaffen van de software ook bijvoorbeeld een boormal en CT-scans maken. De cumulatieve kosten en de belasting voor de patiënt die daaruit voortkomen, moet je niet onderschatten.

Welk type indicaties leent zich nu bij uitstek voor behandeling met de nieuwste digitale technologie?

Denk dan vooral aan gecompromitteerde gevallen, zoals patiënten met weinig bot of een nervus die op een onhandige plek loopt. Dat zijn gevallen waarin het lastig is als je geen driedimensionale beelden kunt bekijken. Verder kun je bij patiënten die geen sinuslift willen de implantaten zo plannen dat je eromheen kunt werken. Als er onduidelijkheid is over de botvolumes of de vorm van het bot, dan maken de digitale mogelijkheden het leven voor de behandelaar én de patiënt een stuk makkelijker. ■

“Maak je materiaalkeuze op basis van vertrouwen”

zag laatst een praktijk die vijf verschillende implantaatsystemen aanbiedt voor vijf verschillende prijzen. Een instapimplantaat met kroon kost bijvoorbeeld 950 euro en een constructie van een A-merk 1400 euro. Welk kwaliteitsbesef wil je als praktijk dan uitstralen naar de patiënt toe?

Toch is dat een vorm van marktwerking: de patiënt krijgt waar hij om vraagt.

Vraagt hij erom? Je stelt als patiënt je vertrouwen in de behandelaar om te zorgen voor een deugdelijke behandeling. De implantoloog moet daarom alleen de producten gebruiken waarin hij gelooft. Maar als je in een goedkoop implantaat gelooft, waarom bied je dan ook een duurder variant aan? Je geeft daarmee impliciet toch toe dat je als zorgverlener willens en wetens een minderwaardig product aanbiedt.

Hoe dan ook hebben de prijsvechters onder de implantaatleveranciers iets bereikt: ook de prijzen van de A-merken gaan geleidelijk omlaag.

Ik heb weleens in een niet nader te noemen land een verbouwde garagebox bezocht, waar iemand met een draaibank implantaten stond te maken. Als ik er 100 afnam, dan kostten ze per stuk maar 7,50 euro. Hij kon ze in allerlei vormen maken, 'die er min of meer zo uitzien als merk A, B of C'.

Min of meer.

Precies! Je weet het niet. Ik zeg dan ook niet dat je dit soort implantaten moet kopen, maar het


Dent-Med Materials
Specialists in Bone and Tissue Regeneration

www.dent-medmaterials.nl, Tel. 0226 - 360 150

Geistlich
Mucograft® Seal

Geistlich
Bio-Oss® Collagen

Minimaal invasief, maximaal soft tissue resultaat



Pre operatief voor extractie



Socket opgevuld met Geistlich Bio-Oss® Collagen en afgedekt met Geistlich Mucograft® Seal



Excellente wondgenezing en gereed voor implantaatplaatsing, 10 weken na extractie

Foto's: Dr. Cavalcanti

De voordelen op een rij:

- > minimaal invasief^{1,2}
- > minder morbiditeit²
- > uitstekende wondheling¹⁻³
- > eenvoudig in gebruik²
- > ongelimiteerde voorraad²
- > excellente tissue integratie^{2,3}
- > constante kwaliteit²
- > natuurlijke kleuring en textuur^{2,3}
- > verkort de behandeltijd²

Hogere patiënt tevredenheid

¹ Jung R. E. et al., JCP 2013

² Geistlich Mucograft® Seal Advisory Board Report, 2013. Data on file, Geistlich Pharma AG, Wolhusen, Switzerland

³ Thoma D. et al., JCP 2012



www.dent-medmaterials.nl