

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

FEBRUARI 2015

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 5 | NUMMER 1



Screening implantaten faalt

Mandarijnenetje probleemloos door controletraject

Pagina 3



Bränemark overleden

Deense orthopeed legde basis voor dentale implantaat

Pagina 12



Zelden vrijgezel

Tandarts is beroep met hoogste percentage getrouwden

Pagina 23

Middel soms erger dan kwaal bij kroon- en brugwerk



Prof. dr. Nico Creugers, opleidingsdirecteur Tandheelkunde aan het Radboudumc, behoort tot het redactieteam van het volgende maand te verschijnen boek *Kronen en bruggen*. (foto: Job Schlingemann)

VAN DE REDACTIE

NIJMEGEN - Een kroon- of brugbehandeling geldt tegenwoordig als dé manier om op een esthetisch bevredigende manier een element te herstellen. Het zijn aantrekkelijke proeven van bekwaamheid voor de tandarts en tandtechnicus, die mede door nieuwe digitale technieken goedkoper en daardoor toegankelijker zijn geworden voor een groot publiek. Het aantal geplaatste kronen en bruggen is dan ook sterk toegenomen; soms worden zelfs gezonde elementen bijgeslepen om het gebit met een kroon een nog fraaier uiterlijk te geven.

In de populariteit van kroon- en brugwerk schuilt een gevaar. Was die technisch indrukwekkende kroon of brug in alle gevallen wel geïndiceerd? Was in plaats daarvan een eenvoudige composietrestauratie of het laten bestaan van een gat niet beter geweest? Prof. dr. Nico Creugers heeft de indruk dat lang niet alle tandartsen voldoende aandacht aan deze afweging besteden. "Je moet je afvragen of de interventie daadwerkelijk bijdraagt aan het behoud van het gebit, want je slijpt voor een kroon of brug een deel van het bestaande element weg," benadrukt de Nijmeegse hoogleraar in een interview met *Dental Tribune* (zie pagina 6-8). Volgens Creugers moet elke tandarts af-

wegen of het middel niet erger is dan de kwaal en wat de gevolgen van niet ingrijpen zouden zijn.

Vaak gaat het in de communicatie al mis: de tandarts deelt de patiënt mee hoe hij het probleem gaat oplossen, maar de oplossing blijkt achteraf niet aan het verwachtingspatroon te voldoen. Niet elke patiënt heeft in zijn dagelijks leven baat bij state-of-the-art-esthetiek. Zo dient de tandarts de leeftijd van zijn patiënt in overweging te nemen, aangezien bij kinderen en ouderen terughoudend handelen veelal de voorkeur verdient. "Het goed bespreken van het behandelplan en het verwachte resultaat is voor veel tandartsen een verbeterpunt," aldus Creugers.

Er wordt weleens gedacht dat de gebruikte techniek de kwaliteit van de behandeling bepaalt, maar als een weliswaar perfecte prothetische constructie onnodig is geplaatst met alle gevolgen en kosten van dien, is de behandeling in feite alsnog mislukt. Daarom heeft Creugers zich in het volgende maand te verschijnen boek *Kronen en bruggen*, samen met mede-redacteuren Witter en De Baat, voornamelijk op de diagnose en behandelafweging gericht en in mindere mate op de technische kant. Op pagina 10-11 vindt u een voorpublicatie over het prothetische behandeltraject uit dit nieuwe, lijvige boekwerk. ■

Tandkliniek CDC uit Best onder vuur

TEKST: BEN ADRIAANSE

BEST - Tandkliniek CDC uit Best maakt zich schuldig aan stelselmatige misleiding van patiën-

ten. Dat concludeerde het KRO-NCRV-programma *De Monitor* in een uitzending van 11 januari.

De *Monitor* zette zijn tanden in de kliniek nadat een anonieme

tipgever zich beklagde had over dubieuze praktijken die er zouden plaatsvinden. Volgens de tipgever hebben de twee eigenaren, de gebroeders Dral, geen tandheelkundige of tandtechnische opleiding, maar stellen zij desondanks zelfstandig diagnoses en geven zij behandeltrajecten vorm. Patiënten zijn daarbij in de veronderstelling met een tandarts te hebben gesproken.

Dat laatste werd bevestigd toen een redacteur van *De Monitor* zich undercover aanmeldde voor een intakegesprek. Hij vroeg meerdere malen aan de assistente of het intakegesprek met een tandarts zou plaatsvinden, waarop telkens een resoluut 'ja' volgde. Desondanks belandde hij bij een van de broers Dral in de stoel, die een simultane extractie van vier verstandskiezen onder narcose adviseerde. Een filmpje op de website van CDC, waarin de bekende stylist Roy Donders een behandeladvies krijgt van de heer Dral, wijst in dezelfde richting.

Alles nieuw bij minilu



Nog leuker winkelen

- Super voordeelaanbiedingen
- Individuele favorietenlijst
- Omvangrijke bestelhistorie
- Intelligent zoeken
- Het grootste assortiment aan materiaal in het internet
- 24 uur levertijd

minilu.nl
...voor miniprijzen

straight.dental equipment

betaalbare thermodesinfectoren



vanaf
€2.995

voor meer informatie: www.straightdental.com

dental units | autoclaven | hoekstukken | instrumenten

> lees verder op pagina 3

VMK brug

Prijs per element

Normaal voor

~~€110,-~~

nu voor slechts

€55,-

incl. ophalen & leveren



Nu 50% korting*
op uw eerste 10 werkstukken

Wij zijn Protilab

Europees marktleider

Graag leren wij u kennen

Protilab tandtechniek is een gerenommeerd Europees tandtechnisch laboratorium met meer dan 5.000 klanten. Onze werkstukken zijn ISO 13485:2003 gecertificeerd en wij maken uitsluitend gebruik van de hoogste kwaliteit, gecertificeerde materialen en de nieuwste technieken.

Test onze kwaliteit en bel ons kosteloos op **0800-0525** voor meer informatie.



Uitstekende
kwaliteit



5 Jaar
garantie



All inclusive
prijzen



8 Werkdagen
levertijd

* Deze 50% kortingsactie is geldig tot 90 dagen na de eerste bestelling

contact@protilab.nl

bel gratis! 0800-0525

www.protilab.nl

Screening implantaten faalt

TEKST: MARIEKE EPPING

HILVERSUM – Het Europese systeem voor de keuring van medische implantaten deugt niet. Dat concludeert Radar in de uitzendingen van 1 en 8 december. Het televisieprogramma toonde aan dat het CE-certificaat voor een implantaat of medisch hulpmiddel kan worden verkregen zonder enig bewijs voor de werkzaamheid of veiligheid van het product, of zelfs zonder het daadwerkelijke implantaat te tonen.

Het programma deed uitgebreid onderzoek naar de goedkeuringsprocedure voor implantaten. Journalisten van het programma deden zich voor als fabrikant van een nieuw soort bekkenbodemmatje, een hulpmiddel voor vrouwen die last hebben van een verzakking. In werkelijkheid was het een mandarijnnetje. Met slechts enkele bewerkte foto's en een pro-



Het mandarijnnetje dat moest doorgaan voor een implantaat voor vrouwen met een verzakking. (foto: Radar)

ceduretraject blijkt echter weinig voor te stellen. Een instantie zei alleen het papierwerk te controleren, een ander wilde pas in de fabriek komen kijken als het product al een jaar op de markt was. Alle drie de instanties schatten de kans op goedkeuring van het product op 90 tot 100 procent.

Het omschreven product was echter duidelijk ondeugdelijk. Behalve dat het een mandarijnnetje betrof, had Radar nog andere 'boobytraps' ingebouwd in de aanvraag. Zo is het product gebaseerd op een matje dat in de Verenigde Staten al van de markt is gehaald wegens ernstige bijwerkingen. Ook zou het zijn gemaakt van materiaal dat niet in contact mag komen met menselijk weefsel en stond letterlijk in de productomschrijving dat één op de drie vrouwen die het implantaat geplaatst kregen, ernstig verminkt zou raken. Geen van deze punten werd door de keuringsinstanties als problematisch aangemerkt.

In tegenstelling tot de uitgebreide test- en toetsingsprocedure voor een nieuw medicijn, blijkt uit de uitzendingen dat de pro-

cedure voor implantaten amper iets voorstelt. De fabrikant kan bijna alle aspecten van de procedure beïnvloeden, tot en met de lijst 'onafhankelijke' experts die het product moeten beoordelen aan toe. Als er vervolgens met het implantaat problemen optreden, is er geen officiële, openbare meldingsprocedure, laat staan een terugroep-verplichting zoals bij automerken gebeurt.

Minister Edith Schippers (VWS) liet een dag na de uitzending weten "geschokt" te zijn door wat Radar had aangetoond. Zij hamerde op het belang van implantaatregisters, zoals de pilot die nu loopt voor borstimplantaten. Mondjesmaat worden dit soort registers in de verschillende lidstaten ingevoerd, maar er bestaat nog geen verplichting.

Een probleem in de huidige situatie is dat artsen en patiënten het CE-certificaat als geruststellend keurmerk beschouwen, hoewel er geen gedegen toetsing aan ten grondslag ligt. Ook dentale implantaten moeten CE-gecertificeerd zijn voordat zij op de Europese markt mogen komen. Dat een implantaat uitgebreid en met succes is getest op patiëntveiligheid, is daarmee echter niet aangetoond. Radar heeft een lijst met vragen opgesteld die patiënten kunnen stellen bij de intake voor een implantaat. De Orde van Medisch Specialisten staat achter deze vragenlijst en roept haar leden op de vragen samen met de patiënt te beantwoorden. Het is dus goed mogelijk dat ook tandartsen binnenkort van patiënten deze vragenlijst krijgen voorgelegd. De lijst, evenals de twee afleveringen, zijn terug te vinden op de website van Radar. ■

> vervolg van pagina 1

Tandkliniek CDC zegt in een reactie zich van geen kwaad bewust te zijn. De kliniek erkent dat ongediplomeerde eigenaren een behandeladvies geven, maar werpt tegen dat de werkwijze "geheel volgens de regels" is. "We vinden het vervelend dat door het programma de indruk wordt gewekt dat het stellen van een diagnose uitsluitend voorbehouden is aan een tandarts, dit is zeer zeker niet het geval (zie bijlage Wet BIG). Ook in andere zorgsectoren zie je dat het advies niet door de behandelend arts wordt gegeven; hierdoor kunnen we meer tijd en aandacht geven aan de patiënt. [...] Het opgestelde behandelplan wordt altijd voorgelegd aan de behandelend tandarts," aldus CDC, dat in het programma liet weten dat het "geenszins de bedoeling is om patiënten te misleiden."

Formeel heeft de kliniek gelijk met de opmerking over de Wet BIG: er wordt al vele jaren gediscussieerd of de medische diagnose in deze wet een voorbehouden handeling moet worden, maar deze stap is tot op heden (nog) niet gezet. Afgezien van het feit dat patiënten duidelijkheid moeten krijgen over wie tandarts is en wie niet, is CDC daarom niet in overtreding. Desondanks is er binnen de beroepsgroep veel weerstand tegen niet-tandartsen die verstrekkingen diagnoses stellen. De KNMT pleit er al jaren voor dat alleen tandartsen mogen diagnosticeren. Dat is niet verwonderlijk, aangezien de diagnose alom als een cruciaal stadium van de behandeling wordt beschouwd.

Tandarts Tristan Staas vertelde voor de camera van De Monitor dat hij een ongediplomeerde diagnose niet alleen onwenselijk, maar ook gevaarlijk voor de pati-

ent vindt. "In een behandelplan worden belangrijke beslissingen genomen die patiënten levenslang kunnen beschadigen," benadrukt Staas. Een andere, anonieme tandarts stelt ernstige vraagte-

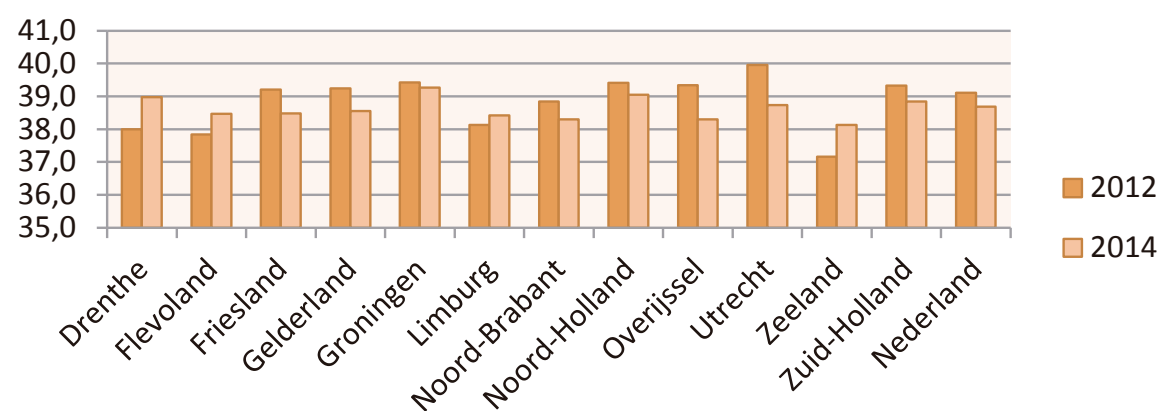
“De eigenaren doen zich voor als tandarts en stellen zelfstandig diagnoses”

kens bij de behandeling die Roy Donders in het filmpje op de website geadviseerd kreeg. "Het is bizar dat bij een jongen van 24 gezonde tanden worden afgeslepen om er kronen op te plaatsen. Je kunt er vergif op innemen dat hij ontstekingen krijgt."

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beperkte zich tot algemene bewoordingen en liet aan De Monitor weten dat "het zichzelf presenteren als tandarts zonder dat je daarvoor de juiste behandeling hebt gevolgd, een overtreding is en zodoende ook beboetbaar. Als de inspectie zoiets vaststelt, komt zij in actie." Onduidelijk is of de IGZ in dit concrete geval besloten heeft in actie te komen. Tandkliniek CDC meldt op haar website dat de IGZ bevestigd zou hebben dat er geen onderzoek tegen de praktijk loopt.

Tandkliniek CDC prijkte in 2013 op een VGZ-lijst van "buitensporig declarerende tandartspraktijken." CDC liet Omroep Brabant destijds in een reactie weten dat de hoge declaraties "alles te maken hebben met het feit dat wij ons richten op een specifiek segment, namelijk patiënten met een behandelachterstand en met uitgebreide tandheelkundige problemen." ■

Tandartspraktijken minder lang open



Het gemiddelde aantal uren dat tandartspraktijken open waren in 2012 en 2014, uitgesplitst per provincie. (beeld: 123tandarts.nl)

AMSTERDAM – Tandartspraktijken in Nederland waren in 2014 gemiddeld 38,7 uur per week open. In 2012 was dat nog 39,1 uur per week. Dat blijkt uit een vergelijking van ruim 5000 praktijken door vergelijkingssite 123tandarts.nl. Mogelijke verklaringen zijn een teruglopend tandartsbezoek vanwege de crisis en afgenomen vergoedingen door zorgverzekeraars.

123tandarts.nl bekeek per provincie de totale tijd dat tandartspraktijken gemiddeld open waren. Dit bleek in geen enkele provincie meer dan 40 uur te zijn. In Nederland is 26,8% van

de tandartsen op vrijdagmiddag dicht, in Overijssel zelfs 34,9%.

Ruime openingstijden worden in het algemeen beschouwd als blijk van service naar patiënten toe, omdat het voor veel van hen lastig is om tijdens kantooruren een afspraak te plannen: werkgevers geven meestal geen vrij om naar de tandarts te gaan. Daarnaast plannen zelfstandigen hun tandartsbezoek het liefst 's avonds, zodat hun klanten niet de dupe worden. Toch is slechts een klein percentage van de praktijken na zes uur 's avonds nog open. Landelijk gezien is slechts 8,3% van de praktijken één avond

in de week na zes uur nog geopend. Zeeland scoort op dat vlak het laagst met een avondopenstelling bij slechts 3,8% van de praktijken.

"Het onderzoek laat zien dat het voor veel mensen een probleem is om buiten werktijd met een tandarts af te spreken," constateert Kune Burgers van 123tandarts.nl. Nu patiënten steeds meer zelf moeten betalen voor hun tandartskosten, wordt verwacht dat patiënten kritischer zullen kijken naar hun tandartspraktijk. Ruime openingstijden kunnen een belangrijk criterium vormen op het gebied van service, aldus Burgers. ■

QualityPractice

Mondhygiëne

De norm in professionele nascholing



BEKIJK
HET NIEUWE
PROGRAMMA
EN WORD LID

www.qualitypractice.nl

Dr. Carl Witthaus Medaille voor dr. Huib Kalsbeek



Dr. Huib Kalsbeek (links) ontvangt de Dr. Carl Witthaus Medaille uit handen van Teun Rietmeijer, voorzitter van het Ivoren Kruis.

Op vrijdag 12 december jl. ontving dr. Huib Kalsbeek, oud-bestuur en adviescollegelid van het Ivoren Kruis, uit handen van voorzitter Teun Rietmeijer de Dr. Carl Witthaus Medaille. Dat gebeurde tijdens een speciaal georganiseerde lunchbijeenkomst in hotel-restaurant Karel V in Utrecht.

De bijeenkomst stond mede in het teken van het door Kalsbeek geschreven en recent verschenen jubileumboek *Een schoone tand bederft niet*, waarin de 100-jarige geschiedenis van het Ivoren Kruis is beschreven. Tijdens de plechtigheid werd het eerste exemplaar overhandigd aan eregast Els Backer Dirks. Haar man en schoonvader speelden in de geschiedenis van het Ivoren Kruis een hoofdrol. Bij de onderscheiding waren vele andere belanghebbenden aanwezig die op een of andere manier betrokken waren bij de totstandkoming van het jubileumboek.

Kalsbeek, die jarenlang aan het boek werkte, kreeg de onderscheiding in het bijzonder omdat hij zich heeft onderscheiden door zijn zorgvuldige onderzoek en zijn op feiten gebaseerde beschrijving van de activiteiten van de vereniging in haar maatschap-

pelijke context. Daarmee heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd aan de juiste beeldvorming over de vereniging in het heden en in de toekomst.

Witthaus

Dr. Carl Witthaus wordt beschouwd als de grondlegger van de sociale tandheelkunde in Nederland. De van oorsprong Duitse tandarts kwam al op jonge leeftijd naar Nederland en betoogde in 1896 dat levensgewoonten bij het optreden van cariës een grote rol spelen, met voeding en roken als belangrijke factoren. Roken zou volgens Witthaus het cariesproces remmen, maar mocht vanwege de schadelijke gevolgen voor de algemene gezondheid niet worden aangeraden. Cariës kon worden voorkomen door het gebit te reinigen met een borstel, tandenstokers en zijden of elastieken draadjes, betoogde Witthaus destijds al. Zijn wetenschappelijke verdiensten worden zo groot geacht dat het Ivoren Kruis zijn waardering voor personen die een zeer belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het werk van de vereniging, onderscheidt met de Dr. Carl Witthaus Medaille. ■

Tandarts vrijgesproken van diefstal behandelmaterialen

BALKBRUG - Een tandarts uit Balkbrug is vrijgesproken van verduistering van tandheelkundige materialen uit de praktijk van zijn werkgever. Volgens de politierechter in Zwolle was het onderzoek in de zaak te summier en ontbraken zowel motief als bewijs voor het vergrijp.

De directrice van de praktijk in Staphorst, waar de man werkzaam was, deed begin dit jaar aangifte omdat behandelmaterialen zoals polijstborsteltjes en wiggen met een waarde van 2000

euro waren verdwenen. Zij vermoedde dat de tandarts deze had achterovergedrukt voor de eigen praktijk die hij zou willen beginnen. Een tandartsassistent verklaarde meerdere keren te hebben gezien dat de arts praktijkspullen in zijn tas stopte.

De verdachte tandarts ontken- de en gaf bovendien aan geen ambitie te hebben om een eigen praktijk te beginnen. Hij verklaarde dat hij zijn eigen gereedschap gebruikte en dat in zijn tas stopte als hij de volgende dag aan

de slag moest in de andere tandartspraktijk waar hij werkzaam was. Eerder had de bewuste tandarts er een zaak van gemaakt dat hij een aantal salarissen niet uitbetaald zou hebben gekregen. Hij vermoedt dat de aangifte een gevolg van deze zaak was.

De rechter kwam tot vrijspraak omdat nooit is gezien dat spullen werden verduisterd. Ook bleef de reden van de diefstal onduidelijk. Hij volgde daarin het pleidooi van de officier van justitie. (bron: De Stentor) ■

Nieuwe werkkostenregeling: elke vergoeding is loon

DEN HAAG - Met ingang van 1 januari 2015 geldt de Werkkostenregeling (WKR) voor alle werkgevers. Dit heeft consequenties voor de (tandarts)praktijk. Het uitgangspunt is een vereenvoudiging van de huidige regelingen rond vergoedingen en verstrekkingen aan personeel. In feite betekent de vereenvoudiging dat alles wat een werknemer van zijn werkgever ontvangt, loon is.

De nieuwe WKR vervangt alle huidige regelingen omtrent vergoedingen en verstrekkingen aan personeel, zoals kerstpakketten, ententjes, een fiets of personeelsuitjes. Elke vergoeding die een werknemer krijgt, geldelijk of natura, wordt dan beschouwd als loon. Alleen onder bepaalde voorwaarden kan de tandarts-ondernemer beslissen welke vergoedingen en verstrekkingen hij onbelast wil geven.

Een aantal vergoedingen en verstrekkingen is bij wet uitgesloten (zoals verkeersboetes) of vrijgesteld van de mogelijkheid tot onbelast verstrekken (bijvoorbeeld reiskosten en werkkleding).

Voor andere zaken is besloten dat de waarde nihil is, zoals koffie of thee op de werkplek. Het restant kan onbelast worden vergoed in de vrije ruimte, waarbij de werkgever per medewerker bepaalt welke vergoedingen en verstrekkingen dat zijn. Alle andere kosten die de werkgever voor zijn personeel maakt, moeten bij de betreffende medewerker als belast loon worden verwerkt.

De vrije ruimte is het beschikbare bedrag voor onbelaste ver-

en verstrekkingen in de ruimte worden ondergebracht, hoeft niet apart bij de Belastingdienst worden gemeld, maar mag blijken uit de salarisadministratie. Het is echter niet mogelijk gedurende het jaar nog aanpassingen te doen aan eerder dat jaar verstrekte vergoedingen, alleen expliciete fouten mogen worden hersteld. Een eventueel restant van de vrije ruimte kan niet worden overgeheveld naar een volgend jaar.

Voor een goede implementatie van de WKR moeten praktijk eigenaren tijdig beginnen hun praktijk erop in te richten. Zo is het raadzaam te inventariseren welke vergoedingen op dit moment aan het personeel worden verstrekt en in de WKR moeten worden ondergebracht. Dit moet worden vergeleken met de arbeidsvoorwaarden van medewerkers; eventueel moeten arbeidscontracten worden aangepast. Ook is het zaak de financiële administratie en salarisadministratie aan de nieuwe situatie aan te passen. (bron: VvAA) ■

“Hiermee worden de huidige regelingen vereenvoudigd”

goedingen en verstrekkingen. In 2015 is dit 1,2% van het totale fiscale loon van het personeelsbestand over dat jaar. Wanneer het totaalbedrag van de vergoedingen en verstrekkingen gedurende het jaar de vrije ruimte overschrijdt, is de werkgever over de overschrijding 80% eindheffing verschuldigd. Welke vergoedingen

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.



Aanmelden

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

Screening implantaten faalt



In de praktijk

Nieuwe leerstoel ‘Kwaliteit van mondzorg’

AMSTERDAM – Josef Bruers is half december officieel aangesteld als bijzonder hoogleraar ‘Kwaliteit van mondzorg in de praktijk’. De leerstoel aan het Academisch Centrum voor Tandheelkunde Amsterdam wordt gefaciliteerd door tandartsorganisatie KNMT. Bruers beoogt met zijn leeropdracht het huidige onderzoek naar de dagelijkse praktijk van mondzorg in Nederland uit te breiden, zodat de kwaliteit ervan in kaart kan worden gebracht.

Over kwaliteit van zorg wordt veel gesproken. Toch is de onduidelijkheid over kwaliteit vaak groot, aldus Bruers in zijn oratie ter acceptatie van de leerstoel. “Een belangrijk uitgangspunt voor elke discussie over kwaliteit van zorg is de feitelijke zorg en de

omstandigheden waaronder die wordt verleend. Pas als daarover kennis beschikbaar is, kan iets worden gezegd over de kwaliteit van zorg. Ofwel: de kwaliteit van mondzorg begint met meten.”

Bruers zal zich richten op het beschikbaar maken van valide en betrouwbare informatie over de zorg in mondzorgpraktijken. Niet alleen voor mondzorgprofessionals, maar ook voor patiënten en andere betrokkenen. Deze

practice based research biedt ook nadrukkelijk ruimte voor het pa-

“Over het begrip ‘kwaliteit’ is vaak onduidelijkheid”

tiëntenperspectief. Bruers: “Door duidelijker te maken welke zorg

wordt verleend en ook waarom en hoe dat gebeurt, kunnen tandartsen laten zien dat de Nederlandse mondzorg van een meer dan goed niveau is. Dat daarbij ook zaken naar voren komen die beter kunnen, is alleen maar meegenomen.”

De kersverse bijzonder hoogleraar is al langer betrokken bij onderzoek naar de mondzorgkwaliteit. Hij is onder andere sinds 2001 onderzoekscoördinator bij

de KNMT en betrokken bij de werkgroep Clinical Quality Measures, een samenwerking van stakeholders op het gebied van Oral Care. Daarnaast zit Bruers in de stuurgroep Kwaliteitsinformatie Mondzorg. Een bijzonder hoogleraar is wel verbonden aan een universiteit, maar wordt betaald door een externe organisatie of bedrijf. De aanstelling van Bruers werd eind 2013 bekendgemaakt; op vrijdag 11 december sprak hij zijn oratie ‘Kwaliteit begint met meten’ uit. (bron: KNMT/ACTA) ■

Verscherpt toezicht Dental Reizen verlengd

BERG EN TERBLIJT – De Limburgse tandartspraktijk Dental Reizen presteert nog steeds ondermaats. De aanbieder van goedkope tandheelkundige zorg, vooral in het buitenland, heeft in de afgelopen vier maanden van verscherpt toezicht onvoldoende verbetering laten zien. Dat stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Begin augustus 2014 stelde de inspectie verscherpt toezicht in op Dental Reizen wegens ernstig tekortschietende patiëntendossiers en organisatie. In de afgelopen periode bracht de inspectie regelmatig onaangekondigde bezoeken aan de praktijk om de voortgang te toetsen. Die bleek niet naar tevredenheid. “Ondanks herhaalde toezeggingen om verbeteringen te realiseren, constateert de inspectie nog steeds tekortkomingen. De inspectie heeft er onvoldoende vertrouwen in dat Dental Reizen proactief de nodige verbetermaatregelen op korte termijn kan doorvoeren,” schrijft de IGZ. Het

“Er is onvoldoende zicht op verbetering”

verscherpte toezicht wordt daarom nog niet opgeheven.

De onderneming uit het Limburgse Berg en Terblijt, die patiënten onder meer vluchten met hotel aanbiedt naar Turkije of Hongarije om daar een goedkope tandheelkundige behandeling te ondergaan, was al langer in beeld bij de IGZ. Er liep reeds een verbetertraject naar aanleiding van eerdere klachten. Dat dit traject na twee jaar nog niet tot een acceptabel zorgniveau had geleid, was de reden om in augustus het verscherpte toezicht in te stellen.

De inspectie beraadt zich op verdere maatregelen. Tot die tijd blijft het verscherpt toezicht van kracht.

(bron: Medical Facts) ■

Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde

Het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde wordt uitgegeven namens de Stichting Bevordering Tandheelkundige Kennis. Naast het uitgeven van een tijdschrift past het binnen haar doelstelling tandheelkundig onderzoek in Nederland te

bevorderen. De Stichting doet dit onder meer door de toekenning van **onderzoeksbeurzen**. Een onderzoeksbeurs is € 100.000 groot en wordt toegekend ter ondersteuning van afdelingen of vakgroepen voor het opstarten van promotietrajecten. De onderzoeksbeurs is dus bedoeld voor de aanstelling van een promovendus. In het verlengde van de doelstelling van het Stichting zal de bevordering van de tandheelkunde in het algemeen met de toekenning van de beurs gediend moeten zijn. **In 2015 kunnen twee beurzen worden toegekend.**

NTvT Onderzoeksbeurzen

Voorwaarden voor toekenning

Voor een periode van twee jaar is € 50.000 per jaar beschikbaar voor de aanstelling van een promovendus. De afdeling of vakgroep die de beurs ontvangt, verplicht zich om aan het einde deze periode van 2 jaar de bekostiging van de promovendus te continueren tot het promotietraject is afgerond (matchingsprincipe). Ter bevestiging van deze verplichting is een verklaring van de vakgroep, afdeling of faculteit bij het indienen van het verzoek om toekenning een absolute voorwaarde. Gedurende de looptijd van het promotietraject verplicht de promovendus zich tevens 2 artikelen* ter publicatie in het NTvT aan te bieden aan de hoofdredacteur van het NTvT.

De Onderzoeksbeurs

Aanvragen voor de onderzoeksbeurs worden eerst beoordeeld door een selectiecommissie bestaande uit de voorzitter van de Stichting Bevordering Tandheelkundige Kennis (StBTK), de hoofdredacteur van het NTvT en de voorzitter van de Raad van Toezicht StBTK. Van de vakgroep of de afdeling die mee wil dingen naar de onderzoeksbeurs wordt een globale projectbeschrijving van ongeveer 2 A4-pagina's verwacht. Dit voorstel moet worden gedragen door één of meer hoogleraren, werkzaam aan een van de Nederlandse Tandheelkundige Faculteiten. Ook zal deze globale projectbeschrijving duidelijk moeten maken wat het belang van het op te zetten onderzoek is voor de lezers van het tijdschrift.

Maximaal 5 aanvragen zullen hieruit worden geselecteerd. Hierna zal een verzoek om deze projectbeschrijvingen verder uit te werken volgen. De definitieve beoordeling om te komen tot toekenning van de onderzoeksbeurzen wordt door een commissie van 3 externe experts uitgevoerd. Op grond van het oordeel van deze commissie zal de Stichting tot de uiteindelijke toekenning overgaan.

Om in aanmerking te komen voor toekenning van de onderzoeksbeurs 2015 moet de **globale projectbeschrijving** voor **17 april 2015** worden toegezonden aan prof.dr. P.F. van der Stelt, Directeur NTvT BV, Keizer Karelweg 114, 1185 HZ Amstelveen of per e-mail naar p.vdstelt@acta.nl.

De volgende aspecten moeten in elk geval aan de orde komen bij het indienen van het eerste verzoek tot toekenning van de onderzoeksbeurs: titel van het project; vraagstelling van het onderzoek; afdeling of vakgroep van waaruit het onderzoek zal plaatsvinden; eerstverantwoordelijke hoogleraar voor de begeleiding van de promovendus; tijdpad; bevestiging van de continuïteit van het project door de afdeling na afloop van de twee jaar van de beurs; relevantie voor de lezers van het NTvT en een bevestiging van de verplichting tot het indienen bij het NTvT van tenminste twee artikelen* gedurende de looptijd van het promotie traject.

*Deze artikelen doorlopen de gebruikelijke procedure van beoordeling door de redactie van het NTvT.

De beslissing tot toekenning van de onderzoeksbeurzen 2015 zal plaatsvinden vóór 1 juli 2015.

Informatie over de onderzoeksbeurs is op te vragen bij de secretaris van de Directie van het NTvT, mw. A. Bittermann-ter Pelkwijk: alida.bittermann@gmail.com.

ntvt



“Kroon- of brugbehandeling ingrijpender dan vaak gedacht”

Interview met Nico Creugers, hoogleraar restauratieve tandheelkunde



TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO'S: JOB SCHLINGEMANN

Prof. dr. Nico Creugers richt zich aan het Radboudumc op aandoeningen aan de mond waarbij de functie in gevaar komt, met de nadruk op de prothetische behandeling daarvan. De Nijmeegse hoogleraar schreef daarom mee aan een geheel nieuw boek over kronen en bruggen, dat binnenkort verschijnt. Een mooi moment om Creugers aan de tand te voelen over een aantal hot topics rond kronen en bruggen.

Het voorgaande boek *Kroon- en Brugwerk* stamt uit 1995. Is de tekst alleen geactualiseerd of was er een compleet nieuwe inhoud nodig?

Sinds het verschijnen van het boek van Käyser en medewerkers twintig jaar geleden heeft het vakgebied te veel wetenschappelijke en praktische ontwikkelingen gezien om met een simpele herziening te verwerken. Daarom heb ik samen met mede-redacteuren dr. Dick Witter en prof. dr. Cees de Baat een geheel nieuw standaardwerk over dit onderwerp opgezet. Het bouwt wel voort op de uitgangspunten van Käyser. In deze nieuwe uitgave leggen we het accent op de wetenschappelijke achtergrond en theoretische uitgangspunten, toegespitst op de interactie tussen vaste prothetische constructies en de mond en daaraan gerelateerde functies.

Daarnaast besteden we veel minder aandacht aan de directe praktische werkwijze en attributen, zoals preparatiemethoden en verschillende materialen. De ontwikkelingen op dat gebied gaan zo snel dat het boek bij verschijnen alweer achterhaald zou zijn, of we moeten voortdurend herzieningen gaan uitbrengen. Bovendien heeft elk opleidingsinstituut eigen voorkeuren voor technieken of behandelingen: in Groningen doen ze iets links-

om, terwijl ze het in Amsterdam rechtsom doen. Daarom schrijven we slechts beperkt over de techniek en meer over de overwegingen daaromheen en aspecten die worden over- of onderschat.

Welke aspecten zijn dat?

Onderschat wordt hoe ingrijpend de behandeling is. Het woord ‘behandeling’ heeft een zeer positieve connotatie, maar feitelijk is een behandeling een interventie. Niet iedereen realiseert zich dat. Je moet je afvragen of de interventie daadwerkelijk bijdraagt aan het behoud van het gebit, want je slijpt voor een kroon of brug een deel van het bestaande element weg. Is het middel niet erger dan de kwaal? Moet je echt wel ingrijpen? Uit onderzoek weten we inmiddels dat lang niet elk verloren gebitselement vervangen hoeft te worden. We weten beter wanneer we wel en wanneer we niet moeten ingrijpen, dus die afweging wordt de laatste jaren steeds belangrijker. Ik heb de indruk dat lang niet alle tandartsen voldoende aandacht aan die afweging besteden, vandaar dat wij in het boek daar de nadruk op hebben gelegd.

Het uiteindelijke doel van restauratieve tandheelkunde is te zorgen dat een patiënt zo lang mogelijk een zo natuurlijk mo-

“Lang niet elk verloren gebitselement hoeft vervangen te worden”

gelijk functioneel gebit heeft. Bij een keuze voor een behandeling moet je daarom een visie hebben op de status van de patiënt en zijn mond over een jaar of twintig. Hoe draagt mijn ingrijpen daaraan bij? Die vraag hoort elke tandarts zich te stellen.

Wat wordt overschat, is dat de

gebruikte techniek de kwaliteit van de behandeling bepaalt. Voor een deel is dat waar, maar een prothetische constructie kan nog zo state-of-the-art zijn, als hij er eigenlijk niet hoeft te zitten, dan heeft de patiënt niet de voor hem beste behandeling gekregen. Hopelijk zal ons boek eraan bijdragen dat patiënten zo veel mogelijk de juiste behandeling krijgen, en niet alleen de technisch meest indrukwekkende.

Wat is naast de beslissing om al dan niet te behandelen verder belangrijk bij kroon- en brugwerk?

Het goed informeren van de patiënt over de behandeling. Een kroon of brug is behalve fysiek ingrijpend ook kostbaar. Alleen dat is al een reden om goed met de patiënt te praten over de behandeling en de verwachtingen ervan. Kronen en bruggen worden al ruim honderd jaar geplaatst, dus we hebben er veel verschillende vormen van gezien. Vroeger werden ze van goud gemaakt, en was het in trek om met goud in je mond je rijkdom te laten zien. Later veranderde dat: de kroon moet er nu juist zo natuurlijk mogelijk uitzien, hoewel er in sommige (sub)culturen weer een uitdrukkelijke voorkeur voor goud is. De wensen van de patiënt zijn dus cruciaal voor hoe je een behandeling uitvoert.

Zou het gunstig zijn om tandarts en tandtechnicus onder één dak te laten samenwerken, om de afstemming te verbeteren?

Over het algemeen denk ik dat de samenwerking tussen tandartsen en tandtechnici goed genoeg is. Ze hoeven niet per se onder één dak te werken, maar dit heeft wel voordelen. In een tandtechnisch laboratorium krijgt de technicus alleen een gipsen model te zien, terwijl daar eigenlijk een hele

patiënt omheen zit. Ik denk dat de kwaliteit van het werk van de technicus toeneemt als hij meer patiënten ziet. Zij zijn daarvoor natuurlijk niet opgeleid, maar in samenwerking met de tandarts kan dat patiëntencontact zeker nuttig zijn. Wij (Radboudumc, red.) bieden sinds kort cursussen voor tandtechnici aan waarbij ze betrokken worden bij het gehele behandelproces, bijvoorbeeld door het maken van een noodbrug. Dat kunnen ze prima, al moeten ze uiteraard wel zaken leren op het gebied van infectiepreventie. Door een dergelijke samenwerking kan wel degelijk winst worden behaald: de kwaliteit gaat erdoor omhoog.

Wat zijn de valkuilen bij kroon- of brugwerk?

Vaak gaat het mis in de communicatie met de patiënt. De tandarts constateert een probleem en vertelt de patiënt dat hij het kan oplossen, maar de oplossing blijkt achteraf niet aan het verwachtingspatroon van de patiënt te voldoen. Het kan best zijn dat die verwachting niet waar te maken is, maar vaak is deze niet of onvoldoende besproken. Dat kan voor een deel ook aan de patiënt liggen, maar die weet niet wat er wel of niet mogelijk is. Het goed bespreken van het behandelplan en het verwachte resultaat is een groot verbeterpunt voor veel tandartsen.

Op technisch gebied is het maken van de afdruk een zwak punt in het proces. Afdrukfouten werken door in het hele proces: als de tandtechnicus aan de slag gaat met een niet-perfecte afdruk, kan de gemaakte kroon of brug nooit voor 100% passen, zodat deze vaak terug of zelfs opnieuw moeten. Dat kost tijd en geld. Met een digitale scan heb je dit probleem veel minder, maar helaas is die alleen mogelijk wanneer de aangedane plaats goed zichtbaar is.

Het maken van fysieke afdrucken blijft dus in een aantal gevallen noodzakelijk.

Tegenwoordig ligt de nadruk bij kronen en bruggen steeds meer op de esthetiek. Krijgt ook het functionele aspect, zoals de kauwfunctie, nog voldoende aandacht?

Zeker, maar de kijk erop is veranderd. Vroeger had je de functionaliteit en daarnaast de esthetiek van een kroon of brug. Nu is

“Het gaat vaak al mis in de communicatie”

de esthetiek echter onderdeel geworden van de functionaliteit. De constructie moet vastzitten, geen pijn doen, je moet ermee kunnen kauwen en je moet het niet zien zitten, oftewel het moet er goed uitzien. Dat zijn nu allemaal gelijkwaardige eigenschappen geworden.

Wat is het meest gekozen type kroon en/of brug?

Dat zal een volledig keramisch product zijn, al weet ik geen exacte cijfers. Keramische kronen en bruggen zijn prijstechnisch aantrekkelijk; goud is ontzettend duur tegenwoordig. Het is ook een duurzaam materiaal, want de kern van zirkoniumoxide is zeer stevig. Bovendien kun je keramische kronen en bruggen goed middels CAD/CAM vervaardigen, met goud kan dat niet.

> lees verder op pagina 8

NEW

Oral-B® PRO 6000 SmartSeries met **Bluetooth™** en **CROSS ACTION®**



De **Oral-B® PRO 6000 SmartSeries** met **CrossAction®** is de allereerste interactieve elektrische tandenborstel uitgerust met Bluetooth 4.0 Connectivity, zodat hij verbinding kan maken met de Oral-B® applicatie. Deze applicatie geeft tijdens het poetsen tips 'in realtime' en registreert de activiteit in de vorm van gegevens die in grafieken worden omgezet en met tandheelkundigen gedeeld kunnen worden. De **CrossAction®** borstelharen staan in een dynamische hoek van 16 graden waardoor moeiteloos meer tandplaque wordt aangepakt en verwijderd dan met een manuele tandenborstel.

De verzorging voortzetten die begint in uw praktijk

Oral-B®

> vervolg van pagina 6

Wat ik wel zie, is dat we in Nederland minder kronen en bruggen plaatsen dan in landen als Duitsland en Zwitserland, waar nog veel technischer tegen het vakgebied wordt aangekeken. Bij ons is toch sprake van 'concurrentie' van directe restauratiematerialen. Die bieden een alternatief, waardoor een kroon of brug niet meer noodzakelijk is. Maar een kroon of brug is nog steeds dé manier om kwalitatief het beste een tand of kies te herstellen of vervangen: deze is beter passend te maken, waardoor er minder vuil tussen kroon en element kan komen, het materiaal is gladder waardoor er minder plaque aan kan hechten en een kroon of brug is mooier te vormen. Bovendien zijn ze heel stabiel. Allemaal eigenschappen die composietvullingen in mindere mate of niet hebben. Aan de andere kant is een composiet minder kostbaar, wat voor patiënten aantrekkelijk kan zijn. Ook ben je bij een composietvulling in één zitting klaar, waar er voor een kroon of brug minimaal twee nodig zijn, en hoeft je bij een com-

posietvulling veel minder van het gezonde deel van het element weg te slijpen om te kunnen behandelen.

Een afweging die waarschijnlijk per patiënt verschilt...

Ook hier geldt: overleg goed met de patiënt, bespreek de wensen en verwachtingen. De ene patiënt is de andere niet. Je moet denken in generaties van behandelingen. In het begin, op jonge leeftijd: behandel zo simpel mogelijk. Dan komt er een leeftijd waarop de mond stabiel is en de patiënt zich een duurdere behandeling kan veroorloven. De patiënt vindt

“In de restauratieve tandheelkunde staat Nederland aan de top”

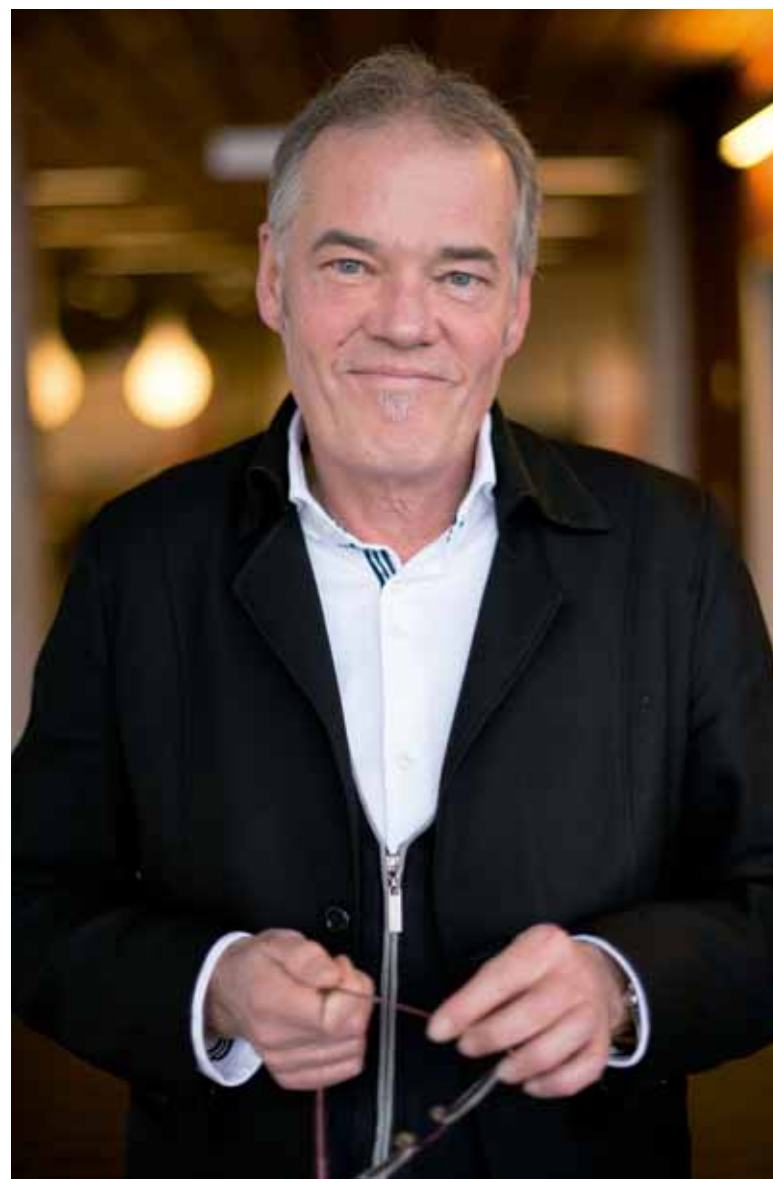
het belangrijk om een mooie, goede prothese te krijgen en kan deze goed verzorgen. Dat biedt weer andere behandelopties. Vervolgens komt er een leeftijd waarop je juist terughoudender moet zijn: weegt het ongemak van de behandeling nog wel op tegen de

kwaal? Het inzicht dat de patiënt zo belangrijk is in dat keuzeproces, dat is de afgelopen twintig jaar wel flink gegroeid.

De afgelopen tien jaar is de technische vooruitgang in de tandheelkunde enorm geweest. Zetten technieken als CAD/CAM een nieuwe standaard in kroon- en brugwerk?

De ontwikkeling van de CAD/CAM-techniek en het gebruik van keramische materialen hebben het vakgebied echt verrijkt. Daardoor zijn kronen en bruggen voor meer patiënten toegankelijk geworden: de prijs is omlaag gegaan, terwijl de kwaliteit is toegenomen.

Als we iets verder dan tien jaar in het verleden kijken, dan zou ik zonder twijfel dentale implantaten noemen. Het is een zegen dat we de mogelijkheid hebben om een tandwortel te vervangen door een implantaat en zo een ontbrekend element kunnen vervangen. Het enige 'probleem' is dat sommige tandartsen ook een implantaat indiceren wanneer er nog een gezonde tandwortel is. Zij vervangen een element door een implantaat; ik vind dat je enkel



moet implanteren bij een ontbrekend element. Is er nog een wortel, dan moet je het in mijn optiek bij voorkeur behandelen met een kroon of brug. Dit is al langer onderwerp van (wetenschappelijke) discussie, er zijn veel systematische reviews over dit dilemma. Daaruit blijkt dat implantaten het niet beter doen dan gebitselementen, ondanks dat je er geen gaatjes in kunt krijgen. Ik vraag me dan af, waarom zou je iets trekken wat er nog zit en goed bruikbaar is? Maar ook hier geldt dat de wensen van de patiënt een rol spelen.

“Ik hoop op een trend naar minder maar beter ingrijpen”

Hoe presteert Nederland op het gebied van de restauratieve tandheelkunde?

We doen mee met de top. Op technisch gebied zijn dat Zwitserland en de VS, maar als het gaat om diagnostiek, indicatie en het wel of juist niet behandelen, dan gaat Nederland samen met de Scandinavische landen aan de leiding. Zwitserland hikt daar tegenaan, maar de VS niet. In Amerika is maar één ding goed genoeg: het 'beste'. Niet ingrijpen wordt daar niet gezien als een goede optie.

Welke innovaties verwacht u de komende jaren?

Met de CAD/CAM-techniek heeft de robotisering een belangrijke plaats ingenomen in het vakgebied. Ik verwacht dat dat alleen nog maar zal toenemen. Er zal nog meer werk geautomatiseerd

of door een robot uitgevoerd worden. Denk maar aan 3D-printers, die al meer en meer ingezet kunnen worden voor het maken van kronen. We gaan naar een situatie waarbij je de voorbereiding op een model doet en slechts een kleine handeling in de mond van de patiënt, waarna de machine het werk doet.

Daarnaast verwacht ik veel op het gebied van regeneratietechnieken. Het is nu al redelijk goed mogelijk om zachte weefsels en bot terug te laten groeien. Ook met pulpa lijkt dat steeds beter te werken. Maar tandbeen laten regenereren wil nog niet lukken. Het probleem is dat tandbeen laagje voor laagje aangroeit, waardoor op een gegeven moment de verste laag niet meer bij de voeding kan. Daarop lopen de regeneratietechnieken nu vast, maar ik verwacht wel dat er de komende jaren vooruitgang wordt geboekt.

Hoe ziet u de toekomst van kronen en bruggen in de tandheelkunde?

Toen ik begon met studeren dacht ik: misschien help ik de noodzaak van kronen en bruggen wel de wereld uit. Dat idee heb ik inmiddels niet meer. Er zullen altijd kronen en bruggen nodig blijven, al worden het er steeds minder. Dat komt doordat er meer vanuit de patiënt wordt geredeneerd: niet elke patiënt dezelfde behandeling en altijd afwegen of de behandeling niet erger is dan de kwaal. Deze *personalized medicine* zien we in de hele geneeskunde ontstaan. Bij de huisarts krijgt ook niet meer elke patiënt met hetzelfde kuchje hetzelfde pilletje. Ik hoop dat die trend naar minder maar beter ingrijpen zich in de toekomst doorzet. ■

De Nr. 1*
voor prov. kronen & bruggen*

Ieder heeft zijn favorieten. Luxatemp.

Al ruim 20 jaar geleden zette Luxatemp de nieuwe standaard voor zeer nauwkeurig en esthetisch provisorisch K&B materiaal. Sindsdien heeft DMG haar productlijn voor tijdelijke voorzieningen verder uitgebouwd - met specifieke varianten voor de verschillende wensen in de praktijk. Of het nu Luxatemp-Plus, de betrouwbare klassieker,

Luxatemp-Fluorescence voor natuurgetrouwe esthetiek of Luxatemp-Star, het hightech materiaal met opnieuw de hoogste waarden voor buig- en breuksterkte is. Elk produkt van de Luxatemp familie biedt kwaliteit en unieke resultaten, waar Luxatemp al jaren wereldwijd voor staat. www.dmg-dental.com/luxatemp



Orderbeschikkingen voor Luxatemp Star. Luxatemp Star wordt in de USA onder de naam Luxatemp Ultra aangeboden.
*Marktaandeel USA in 2012 volgens Marktonderzoeksbureau Strategic Data Marketing.

DMG
Dental Milestones Guaranteed



PROGRESSIVE ORTHODONTICS
seminars • supply • software

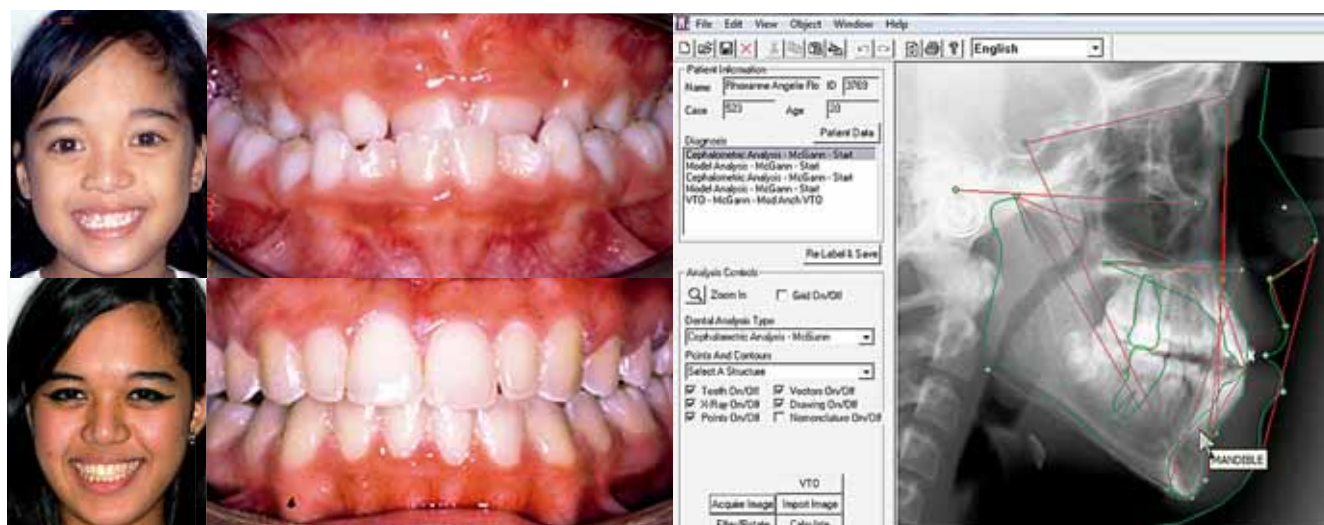
CURSUS ORTHODONTIE

2 JAAR- 12 SEMINARS VAN 4 DAGEN

- Wereldleider in het opleiden in orthodontie aan tandartsen
- 12 seminars van ieder 4 dagen
- Meer dan 5.000 afgestudeerden in 34 landen
- Ondersteuning voor de rest van uw carrière
- Mogelijkheid tot het gratis herhalen van seminars gedurende uw hele leven



De door POS ontwikkelde software voor orthodontie, IPSofT TMk, is in de cursusprijs inbegrepen



Nooit meer patiënten doorverwijzen!



Ik ben erg onder de indruk van de kwaliteitsimpuls die Progressive heeft toegevoegd aan haar opleiding. Tandartsen kunnen op een efficiëntere, effectievere en voorspelbaardere manier diagnosticeren en behandelen. Mijn patiënten zijn erg tevreden over de resultaten.

– Dr. Francisco Pedraza, Rute, Cordoba

Bel ons

0800 022 3359 vanuit NL

0800 767 220 vanuit BE

En schrijf u vandaag nog in.

AMSTERDAM

START APRIL 2015

TOTAALPRIJS VAN DE CURSUS

Zonder korting: €18.000,-

- Inschrijving : €1.500,-

Bij inschrijving voor 1 januari 2015

bedragen de inschrijfkosten €1.100

- 11 seminars van €1.500,-

Informeer naar de verschillende kortingen en betalingsmogelijkheden

MSC IN SPECIALIZED ORTHODONTICS

» Na voltooiing van onze cursus heeft u de mogelijkheid om de titel Master of Science in Specialized Orthodontics te behalen.

» Ons programma is erkend door IMC Joint Degree University Program, in samenwerking met zes andere prestigieuze faculteiten in medicijnen in Europa.

» Deze master voldoet aan alle eisen van Plan Bolonia.

» Mogelijkheid tot financiering van de betaling voor beide opleidingen. Vraag naar de voorwaarden.



0800 022 3359 / 0800767 220 | posholland@posortho.net