

nvoibulletin

0 | 03 2017

nederlandse vereniging voor orale implantologie

NSOI ROADSHOWS 2017

**Mondzorg voor ouderen:
een grijs gebied?**

7 juni Eindhoven

29 juni Haarlem

13 juli Assen

**L-PRF FLOW CHARTS
door Prof. Dr. M. Quirynen**



DentMerk organiseert regelmatig studieclubbijeenkomsten.
Eén keer paar jaar een evenement met alle studieclubs tezamen...

Heeft u zich al ingeschreven voor het Hop On Hop Off DentMerk Event?

Vrijdag 12 mei 2017 in Amsterdam!

Bij DentMerk houden wij van kleur en vooruit gaan... van leren blijf je in beweging...
Onze aanpak is anders, omdat wij de behandelaars en de technici samen als doelgroep zien.

Voor het eerst in Nederland een Hop on Hop off Event op prachtige locaties in Amsterdam.
Inspirerende sprekers zoals Paul de Kok, Richard van Hooijdonk, Johan Cossé en Prof. Dr. Jan Jonker.

www.dentmerk.nl/inschrijven



DentMerk, uw implantologiespecialist
met een Totaalconcept.
www.dentmerk.nl



DentMerk is exclusief distributeur van BEGO Implants
en BEGO Medical in de Benelux.



Ontworpen door de natuur, ontwikkeld voor klinici



NIEUW!



creos xenogain
botssubstituut



creos xenoprotect
collageen membraan

creos™
regenerative solutions



Naast het resorbeerbaar collageen membraan creos xenoprotect, lanceert Nobel Biocare nu ook creos xenogain bovine botssubstituut!

- Unieke macro- en microstructuur voor een optimale regeneratie.
- Keuze uit twee korrelgroottes en verschillende volumes.
- Uitstekende hanteerbaarheid en groot gebruiksgemak.
- Vier handige verpakkingsvormen, waaronder de unieke creos bowl.

Meer informatie op nobelbiocare.com/creos
of vraag de brochure aan via het nummer 030/635 49 49.



Succesvol samenwerken

Vooruit kijken met de ervaringen uit het verleden. De schattige Mini uit 1959 is heden een wereldsucces door de combinatie van de kennis van nu met de vormen van toen. Zo is het ook met de presentatie van het eerste bulletin van het jaar.

Koud buiten, maar toch sneeuwkllokjes in de parken die de aankondiging zijn van een nieuw jaargetijde. In dit bulletin gaan we verder in op de gedragsregels zoals die zijn aangenomen in 2015, en laten we u een voorbeeld zien van hoe we er in 2017 in de praktijk mee om kunnen gaan.

Wij als NVOI bestuur willen graag met u in contact komen en blijven. In deze wens is het goed om achterom te kijken, en met de uitspraak van Henry Ford 'Bij elkaar komen is een begin, bij elkaar blijven is vooruitgang, met elkaar samenwerken is succes' in gedachten samen vooruit te kijken om met elkaar te bepalen waar we met de NVOI naar toe willen. De NVOI is echt van ons allemaal. In juni en juli komt

de vereniging in ieder geval naar u toe met een roadshow. Een geheel nieuw concept, op drie locaties in Nederland, te weten Eindhoven, Haarlem en Assen. Het thema van deze korte en intensieve lezing is 'Mondzorg voor ouderen' en zal worden gepresenteerd door Dr. Arie Hoeksema, Dr. Anita Visser en neuroloog Drs. Jeroen de Vries. Arie Hoeksema is in 2016 gepromoveerd op dit onderwerp. Een samenvatting van zijn proefschrift treft u aan in dit bulletin.

De NVOI wil dicht bij u zijn. Schrijf u in en laat uw gezicht zien en uw stem horen, kom ook naar ons toe, ik hoop dat we een 'date' hebben!

Het is mij een eer om u een interview te presenteren met een van mijn voorgangers, Dr. M. Kaptein. De eerste voorzitter van de NVOI en tevens een van de oprichters van onze vereniging. Een schat aan (levens) ervaring en een implantologie connaisseur van het eerste uur. Een goed begin van het jaar dus. Historie, toekomst en ambitie... Zal t ooit beter worden?

Inez van de Poll voorzitter NVOI

Bulletin 2017 01

Proefschrift Arie Hoeksema	04
Nieuwe rubriek: Memorabilia met Maarten Kaptein	10
Even voorstellen - nieuw in het bestuur	13
Nieuws in het kort	15
Gedragsregels in de praktijk	16
Berichten van het Consilium Implantologicum	21

22 Nieuwe NSOI Roadshows:	
Mondzorg voor Ouderen - een grijs gebied?	
24 L-PRF Dream or Future	
Flowcharts door Prof. dr. Marc Quirynen	
31 Herziening Algemene Richtlijn Tandheelkundige Implantaten	
32 Abstracts	
34 Agenda	



proefschrift

Oral health in frail elderly

Arie Hoeksema promoveerde op 14 december 2016 aan het UMCG

Promotores: Prof. dr. A. Vissink, Prof. dr. G.M. Raghoobar, Prof. dr. H.J.A. Meijer
co-promotor: Dr. A. Visser. Ondersteuning voor dit onderzoek werd verkregen door een beurs van de Stichting Bevordering Tandheelkundige Kennis

Motivatie De overheid heeft voor ouderen het beleid rondom zorg en welzijn veranderd. Het beleid is dusdanig ingericht dat de groep kwetsbare en complex gezonde ouderen, momenteel 40% van de 75 plussers, zo lang mogelijk thuis verzorgd kunnen gaan worden. Dat vergt een andere inrichting van eerstelijns zorgverlening. Bij tandartsen zal de verantwoordelijkheid voor deze cliënten blijven bestaan, ook wanneer deze thuiswonende oudere niet meer in staat zal zijn om naar de tandartspraktijk te komen. Algemeen practici dienen zich daar in te gaan verdiepen en moeten nieuwe zorgmodellen gaan ontwikkelen om ook deze grote groepen ouderen, veelal met eigen dentitie en protheses ondersteund door implantaten, te gaan bedienen vanuit de reguliere eerstelijns zorgverlening. Dit proefschrift geeft inzichten in de huidige status quo van ouderen en de huidige problemen.

Inleiding

De toegenomen levensverwachting en het afnemen van het geboortecijfer, met name in de geïndustrialiseerde landen, heeft geresulteerd in een progressief veranderende samenleving waarin het aandeel ouderen zal toenemen. In Europa zal het aantal ouderen vanaf nu tot 2050 gaan verdubbelen naar 30% van de populatie, en met name het aantal ouderen boven de 80 jaar zal toenemen tot ongeveer 10% van de populatie. Directe aanleiding van het opstarten van dit promotie-onderzoek was de zeer slechte mondgezondheid van ouderen boven de 75 jaar bij binnenkomst in het verpleeghuis, een schril contrast qua mondgezondheid bij de hoogbejaarde cliënten die dagelijks gezien en behandeld worden in de algemene tandartspraktijk.

Vergrijzing zal een enorme groei van gezondheidsproblemen en daarmee samenhangende kosten voor de samenleving tot gevolg hebben. Eén van deze gezondheidsproblemen is een afnemende mondgezondheid in zorgafhankelijke ouderen.

De noodzakelijke mondverzorging staat bij ouderen op gespannen voet met andere dagelijks noodzakelijke activiteiten zoals: eten, medicatie, aankleden, douchen/baden, algemene gezondheidszorg en fysiotherapie. Als gevolg hiervan moeten we constateren dat ouderen geen prioriteit geven aan zaken die minder belangrijk lijken voor hun bestaan, wat tot gevolg heeft dat mondzorg uit beeld raakt. Het gebrek aan aandacht voor de mondzorg dient als een verborgen gezondheidsrisico te worden gezien. Helaas wordt dit risico en de daarmee samenhangende teloorgang van een gezonde mond veelal nog niet herkend door medewerkers en de meeste artsen in diverse disciplines van de gezondheidszorg, veelal door een gebrek aan kennis. Er wordt aangenomen dat een slechte mondgezondheid van invloed is op de mate van algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Derhalve is het vergaren van kennis rondom de orale status en mondgezondheid bij kwetsbare ouderen, zowel thuiswonende als ook bij verpleeghuis- en verzorgingshuisbewoners, in relatie tot hun algemene gezondheid, kwetsbaarheid en de kwaliteit van leven gewenst.

Verpleeghuisstudie

Wanneer ouderen zorgafhankelijk worden, wordt de mondgezondheid veelal slechter en krijgt deze veelal minder urgentie van de ouderen zelf. Er is weinig bekend over de mondgezondheid bij opname van ouderen in het verpleeghuis. Ook is niet bekend of er zorgbehoefte is, en wat de behandel noodzaak is bij ouderen in het verpleeghuis gedurende de opnameperiode. Om dat te onderzoeken, zijn alle nieuwe langdurig opgenomen patiënten (n=725) van 2009 tot en met 2013 onderzocht op mondgezondheid, orale



status, coöperatie in de behandeling en alle uitgevoerde verrichtingen door twee ervaren geriatrische tandartsen. Alle patiënten werden gevolgd van opname tot aan de dood, of tot het vertrek uit het verpleeghuis. Uit de resultaten kwam naar voren dat de patiënten opgenomen met dementie significant ouder waren dan de somatisch opgenomen patiënten, leeftijd mediaan [IQR], respectievelijk 85 [79-89] versus 81 [76-87] jaar ($p=0.001$). Daarnaast bleek tevens dat edentate patiënten significant ouder waren dan patiënten met eigen tanden en kiezen: 83 [79-89] versus 80 [74-86] ($p=0.001$) jaar. Dertig procent van alle nieuwe patiënten zijn in de eerste twaalf maanden na opname overleden. In de gehele groep was de groep met eigen tanden en kiezen relatief klein (20%). In deze groep met eigen tanden en kiezen was de mondhygiëne bij 72% matig tot slecht. Bij 70% was er sprake van cariës en afgebroken tanden en kiezen. De coöperativiteit van edentaten was significant beter dan van de mensen met eigen tanden en kiezen (64% versus 27%). Deze studie heeft aangetoond dat in vergelijking tot edentaten de patiënten met eigen tanden en kiezen jonger waren bij opname, in grotere mate niet-coöperatief waren, en een slechtere mondgezondheid hadden met een grotere behandel noodzaak.

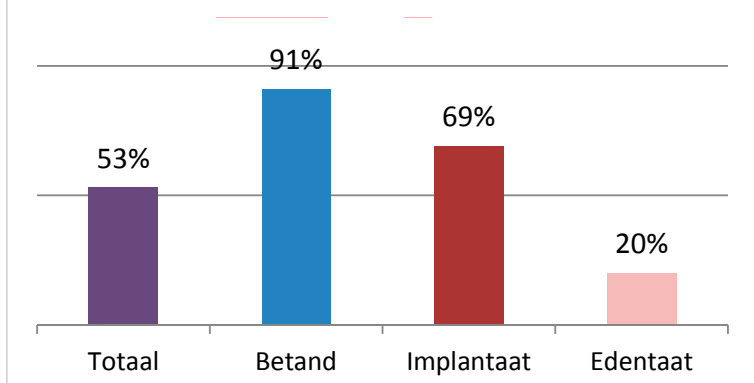
Thuiszorgstudie en de Populatie studie 'SamenOud'

Het benoemen van alleen de chronische ziekten, leeftijd en algemene gezondheid bij ouderen die kwetsbaar zijn is niet voldoende om een juiste inschatting te maken van het individu. Daarom is er het concept van kwetsbaarheid geïntroduceerd rondom ouderen. Kwetsbaarheid geeft maat aan de mogelijkheid om op een bepaald moment in de toekomst in een staat van zorgafhankelijkheid terecht

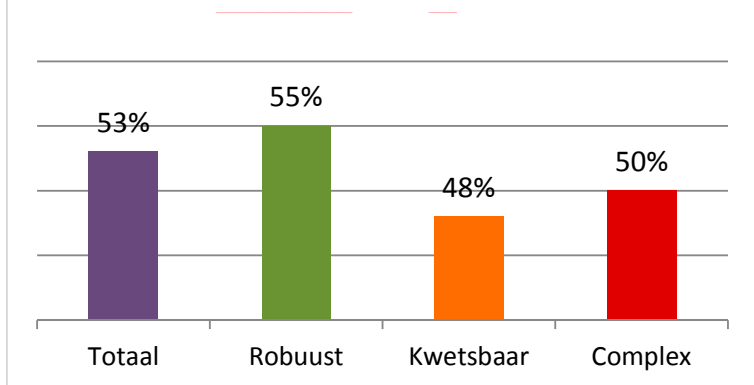
te komen. Het doel is om met name de negatieve uitkomst van gezondheid, zoals overlijden, hospitalisatie, chronische ziekten en verpleeghuisopname te voorspellen. Men doet dit aan de hand van het analyseren van de kwetsbaarheid op verschillende domeinen (zoals lichamelijke kracht, psychologisch, cognitief en sociaal). Diverse studies uit het verleden hebben aangetoond dat bepaalde individuele kenmerken, zoals sociaal-economische klasse, morbiditeit (lichamelijk en psychologisch), overgewicht en het hebben van thuiszorg een verhoogde mate van kwetsbaarheid tot gevolg hebben. Eerder genoemde studies, inclusief de studie met thuiszorg relaties hebben nog nooit de relaties onderzocht naar de orale status en de daarmee gemoeide mondgezondheid voor zover bekend bij thuiswonende ouderen. Zodoende is onduidelijk in hoeverre de orale status en de daarmee samenhangende mondgezondheid relaties heeft met de algemene gezondheid, kwetsbaarheid, kwaliteit van leven en het disfunctioneren van de cognitie in deze groep kwetsbare ouderen.

Vanuit dit perspectief is er onderzoek opgezet onder zorgafhankelijke thuiswonende ouderen die recent in aanmerking zijn gekomen voor het ontvangen van formele thuiszorg (< zes maanden na indicatie). Onderzoek is gedaan naar de relaties tussen orale status en mondgezondheid op kwetsbaarheid, algemene gezondheid en kwaliteit van leven. In de provincie Groningen is tussen januari 2015 en januari 2016 onder thuiswonende ouderen (≥ 65 jaar) die minder dan zes maanden geleden zijn geïndiceerd voor het krijgen van thuiszorg een cross-sectioneel observatief onderzoek uitgevoerd. De deelnemers zijn geïnccludeerd wanneer zij fysiek en cognitief in staat waren deel te nemen aan de studie. ►

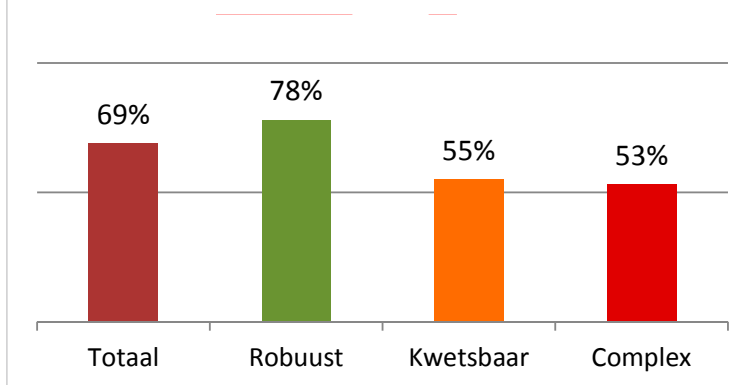
Figuur 1 - Samen Oud*: Tandartsbezoek de afgelopen 2 jaar naar orale status



Figuur 2 - Samen Oud*: Tandartsbezoek de afgelopen 2 jaar naar kwetsbaarheid totaal



Figuur 3 - Samen Oud*: Tandartsbezoek de afgelopen 2 jaar naar kwetsbaarheid implantaat

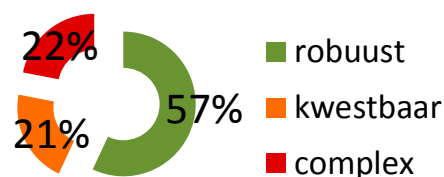


tussen de twee groepen (edentaat versus dentaat). De mondgezondheid was in de gehele groep matig tot slecht, en bij 69% van de ouderen in deze studie is geen sprake meer van regulier tandartsbezoek (>2 jr).

Daarnaast is er onderzoek gedaan naar orale status en zelf gerapporteerde mondgezondheid bij een groep thuiswonende ouderen waarbij de relaties zijn onderzocht met kwetsbaarheid, algemene gezondheid en de kwaliteit van leven binnen het NPO ouderen project SamenOud in de Drenthe groep.

1325 Nederlandse thuiswonende ouderen (≥ 75 jaar) is gevraagd een vragenlijst in te vullen met betrekking tot orale status, mondgezondheid en tandartsbezoek (Figuren 1 - 3). Deze gegevens zijn gekoppeld aan gegevens over kwetsbaarheid (GFI, Katz 15), algemene gezondheid, risicoprofilering (IM-E-SA) en kwaliteit van leven (EQ5D). 1026 van de 1325 thuiswonende geïncludeerde ouderen hebben de vragenlijst teruggestuurd, mediane leeftijd 80 [77-84] waarvan er 39% eigen tanden en kiezen hadden, 51% was edentaat en 10% was edentaat met een overkappingsprothese op implantaten. Op basis van de risico profilering zijn alle ouderen ingedeeld in drie groepen (Figuur 4); robuuste oudere, kwetsbare ouderen en complexe ouderen met een gecompliceerd zorgbehoefte. In de groep complexe ouderen zijn significant meer edentate ouderen aanwezig en deze hadden ook meer mondgezondheid problemen dan robuuste ouderen. Ouderen met eigen tanden en kiezen waren significant minder kwetsbaar, gebruikten minder medicatie en scoorden hoger op de kwaliteit van leven. De uitkomsten van ouderen met

Figuur 4 - Samen Oud*: populatie (n=1026)



Van alle deelnemers is de orale status, mondgezondheid, kwetsbaarheid (Groningen Frailty Indicator), cognitieve (Minimal Mental State Examination) en de op de mond gerichte kwaliteit van leven (RAND 36 en Oral Health Impact Profile-14) vastgelegd.

Van de 275 geselecteerde deelnemers in de steekproef hebben 103 geschikte ouderen - leeftijd mediaan 79 [72-85] - deelgenomen aan de studie. Van deze deelnemers waren er 39 met eigen tanden en kiezen en 64 waren edentaat. Verrassend resultaat was dat vergeleken met de edentate groep, de ouderen met eigen tanden en kiezen significant beter scoorden op kwetsbaarheid, QoL, fysieke mogelijkheden en algemene gezondheid. Er werden geen significante verschillen geconstateerd in de cognitieve

implantaten gecombineerd met een overkappingsprothese waren niet vergelijkbaar met edentate deelnemers. De resultaten lagen, opmerkelijk genoeg, op een vergelijkbaar niveau met de dentate deelnemers.

Deze studie laat zien dat de kwaliteit van leven hoger is, de algemene gezondheid beter en de kwetsbaarheid lager ligt bij de groep ouderen met eigen tanden en kiezen en de ouderen met een overkappingsprothese op implantaten. Tevens is duidelijk dat de complexe gezonde en kwetsbare ouderen meer mondgezondheid problemen hebben dan de robuuste ouderen. Derhalve kan kennelijk gesteld worden dat ouderen met eigen tanden en kiezen of met een overkappingsprothese op implantaten minder kwetsbaarheid vertonen en over het algemeen een betere

algemene en ook een betere mondgezondheid hebben. Aangezien de mondgezondheid problemen nadrukkelijk het meest voorkomen in de groep ouderen met een complexe gezondheidssituatie (Figuur 5-6), zou het borgen van de mondgezondheid een doel moeten zijn in de gezondheidszorg programma's rondom ouderen die kans hebben op het ontwikkelen van een toenemende mate van kwetsbaarheid.

Ouderen (>75 jaar) met implantaten

Aangezien mensen steeds langer leven zal het aantal edentate ouderen dat geïmplanteerd wenst te worden met tandheelkundige implantaten, om houvast te geven aan de onderprothese, de komende decennia enorm toenemen. Men neemt aan dat de overlevingskansen van implantaten voor ouderen vergelijkbaar zijn met adolescenten in het algemeen, echter men twijfelt wel of bot regeneratie en weke delen genezing op hogere leeftijden problematisch zou kunnen zijn. Tevens is het mogelijk dat de veranderde botsamenstelling en het vermogen van het bot om bijkrachten op te kunnen vangen minder goed functioneert bij ouderen dan bij een volwassene van middelbare leeftijd. Tenslotte is er nog de vraag in hoeverre ouderen in staat geacht kunnen worden de relatief kleine onderdelen van de implantaat gedragen constructies goed te kunnen blijven onderhouden in de mond. Om deze vragen te beantwoorden is een prospectieve vergelijkende studie uitgevoerd om te bekijken of leeftijd invloed heeft op de peri-implantaire gezondheid in patiënten die zijn behandeld met twee

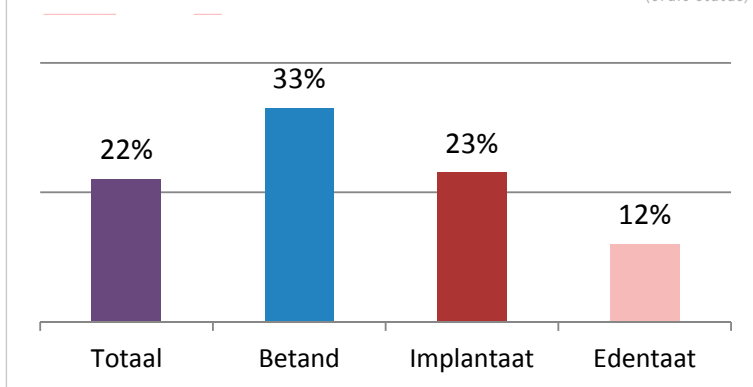
implantaten in de onderkaak gecombineerd met een overkappingsprothese; de resultaten over een periode van tien jaar zijn in de studie geëvalueerd.

In de 'jong versus oud' studie werden edentate patiënten verdeeld in twee groepen, een jonge groep patiënten (n=52; gemiddelde leeftijd 45 jaar (35-50)) versus een groep oudere patiënten (n=53; gemiddeld 68 jaar (60-80)). Bij alle patiënten waren een tweetal enossaal geplaatste implantaten aanwezig. Klinische en röntgenologische parameters werden vastgelegd bij het moment van het plaatsen van de prothese (3 maanden), en vervolgens na 1, 5 en 10 jaar. Als klinische parameters werden implantaatverlies, plaque-index, gingiva-index, bloeding-index en pocketdiepte vastgelegd. Röntgenologisch is er beoordeeld op peri-implantair botverlies middels een long-cone techniek met reproduceerbare instelapparatuur. Uit de resultaten blijkt dat de implantaten in 97,1% van de jonge groep hadden overleefd versus 93,4% in de groep oudere patiënten. Er werden verder geen significante verschillen aangetoond in de plaque-, bloeding- en gingiva-indexen. Deze studie toont aan dat er geen verschil is in de overleving van twee implantaten gecombineerd met een overkappingsprothese in de onderkaak tussen oudere en jongere patiënten. Met ander woorden een mandibulaire overkappingsprothese op twee implantaten is ook een verantwoorde keuze bij ouderen met retentieproblemen van de onderprothese, zelfs op hoge leeftijd.

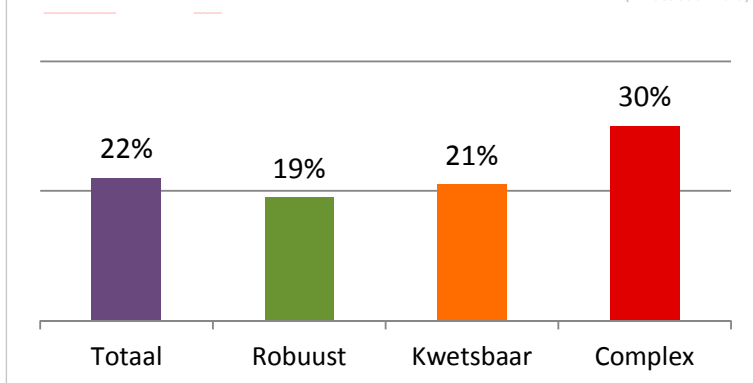
Er is weinig bekend over hoe ouderen (>75 jaar) functioneren met deze voorziening en hoe de peri-implantaire gezondheid is. Derhalve is er een studie gedaan onder een groep van 75-plussers die een overkappingsprothese op enossaal geplaatste implantaten, die meer dan 10 jaar in functie zijn geweest, hebben gekregen in een algemene praktijk. In hoeverre deze mensen nog onafhankelijk zijn van mantel- en thuiszorg, hun algemene gezondheid en peri-implantaire gezondheid werd onderzocht. De resultaten laten zien dat de bezoekers van de algemene praktijk zeer zelfredzaam zijn, ondanks de vanzelfsprekend aan de leeftijd gekoppelde gezondheidsproblemen. Plaque rondom implantaten (73%) en bloeding bij sonderen (68%) waren eerder regel dan uitzondering. Echter, progressief peri-implantair botverlies werd nauwelijks gemeten. Er is geen relatie gevonden tussen de plaque-score en mate van zelfredzaamheid. Naast het geven van her-instructie voor mondhygiëne en professionele reiniging waren geen interventies nodig bij deze geselecteerde patiënten. Samengevat kan worden gesteld dat ouderen met een overkappingsprothese op implantaten, die regulier de tandarts bezoeken, goed functioneren. Plaque rondom de implantaten en bloeding bij sonderen wordt veel gezien, echter progressief botverlies rondom implantaten is bij deze groep ouderen (>75 jaar) zeldzaam.

Het is echter wel mogelijk dat overkappingsprothesen op implantaten of partiële implantaat constructies problemen gaan geven bij toenemende zorgafhankelijkheid bij ouderen. Tandartsen, mondhygiënist en andere ►

Figuur 5 - Samen Oud*: Zelf gerapporteerde pijn gerelateerd aan de mond de afgelopen 2 jaar (orale status)



Figuur 6 - Samen Oud*: Zelf gerapporteerde pijn gerelateerd aan de mond de afgelopen 2 jaar (kwetsbaarheid)





zorgverleners, waaronder ook mantelzorgers en zorgverzekeraars, moeten zich bewust worden van de noodzaak van specifieke mondzorg voor ouderen met implantaten.

In twee case report studies werden vijf zorgafhankelijke ouderen met protheseproblemen rondom implantaten beschreven en bediscussieerd. Analyse van deze vijf patiënten leverde de volgende inzichten op bij de afweging wel of niet te implanteren bij zorgafhankelijke ouderen:

- Men dient zich voorafgaand aan de behandeling af te vragen of de behandeling bijdraagt aan het welzijn of aan de kwaliteit van leven van de patiënt.
- Daarnaast dient men zich af te vragen of deze behandeling de best passende keuze is op dit moment.
- Vervolgens moet worden bekeken of de voorziening past in het (mond)zorgplan van de patiënt.
- De coöperativiteit van de patiënt tijdens de behandeling dient te worden afgewogen.
- Vervolgens dient er te worden afgewogen of de noodzakelijke mondzorg na de behandeling geleverd kan worden door de patiënt zelf, of door het netwerk rondom de patiënt.
- En tenslotte dient geborgd te worden dat professionele mondzorg eenvoudig beschikbaar blijft voor de patiënt, met name bij calamiteiten.

De conclusie is dat implantaten inderdaad een goede oplossing zijn voor het oplossen van de retentieproblemen van een onderprothese, ook in kwetsbare ouderen wanneer aan de voorwaarden wordt voldaan die hierboven zijn gesteld. Kanttekening is dat dit betrekking heeft op de huidige nieuw toegepaste implantaatsystemen. In de beginjaren van de orale implantologie zijn er ook transmandibulaire implantaatsystemen ontwikkeld en gebruikt om de retentie problemen in de onderkaak op te lossen. Deze systemen vergen een zeer gedegen nazorg, vooral wanneer ouderen kwetsbaar worden en zorg afhankelijk zijn geworden. In deze laatste twee studies is te zien wat de gevolgen zijn wanneer mondzorg minder aandacht krijgt bij transmandibulaire implantaten met name bij kwetsbare ouderen. In dat geval kunnen ernstige complicaties optreden, inclusief chronische pijn en zelfs fracturen van de onderkaak. Dit falen van zelfzorg en goede nazorg moet gezien worden als een risico in de dagelijkse praktijk voor met name kwetsbare ouderen.

Tenslotte

Wanneer mensen ouder en zorgafhankelijk worden,

is het gewoonlijk in toenemende mate moeilijk om de mondgezondheid op peil te houden. De verwachting is dat deze problematiek, als gevolg van een toenemend aantal zorgafhankelijke ouderen met een eigen (rest)dentitie met een matige of slechte mondgezondheid, verder zal toenemen. De vraag naar tandheelkundige zorg voor deze groeiende groep dentate zorgafhankelijke ouderen in verpleeghuizen en in thuissituaties zal enorm gaan toenemen in de komende jaren. In Nederland is de overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak een veel toegepaste voorziening om de retentie van de onderprothese te verbeteren. Met name in de groep ouderen is het een veel voorkomende voorziening (>10%). Tandartsen en implantologen dienen deze groep goed te blijven monitoren ook wanneer tandartsbezoek niet meer vanzelfsprekend is voor kwetsbare of complex gezonde ouderen in de thuis- of verpleeghuissituatie. Kortom een uitdaging voor de beroepsgroep voor de komende decennia. ■

*Bronvermelding m.b.t. figuren: Arie R. Hoeksema, Sophie L. Spoorenberg, Lilian L. Peters, Henny J.A. Meijer, Gerry M. Raghoobar, Arjan Vissink, Klaske Wynia and Anita Visser. Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly, Oral Diseases (accepted 19.01.2017)



Curriculum Vitae

Arie Hoeksema (1965) studeerde af als tandarts aan de RUG in 1991. Hij heeft zich in 1993 gevestigd in het Mondzorg Centrum Winschoten. Hij is sinds 1991 werkzaam in de tandheelkundige zorg aan kwetsbare ouderen in multiple verpleeghuizen. In 2012 werd hij als onderzoeker aangesteld aan de afdeling MKA-chirurgie van het UMCG, wat resulteerde in dit proefschrift. Hij verzorgt post-doctorale nascholing voor tandartsen, huisartsen en andere zorgverleners in de mondzorg voor ouderen vanuit de afdeling MKA en CBT van het UMCG. Daarnaast is hij gastdocent en scriptie begeleider aan de RUG en Hanze Hoogeschool. Hij is geregistreerd als TSVI-p bij de NVOI. In november 2014 werd hij door de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie erkend als tandarts Geriatrie en in 2016 door de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde als Tandheelkundig Slaapgeneeskundige NVTs.



Masterclass in het oogsten van en reconstrueren met autoloog bot, sinusbodemelevatie en immediaat implanteren

implantologie 2017

de hoofdzaak 2-DAYS HANDS-ON HUMAN CADAVER COURSE

29-30 JUNI 2017 en 30 NOVEMBER-1 DECEMBER 2017 - UMCG GRONINGEN IMPLANTOLOGIEDEHOOFDZAAK.NL NSOICURSUSSEN.NL

Memorabilia

Dit is de eerste aflevering van Memorabilia, een nieuwe rubriek in het Bulletin. De NVOI kent vele bijzondere vakgenoten die zich in de loop der jaren hebben ingezet om ons vakgebied naar een hoger niveau te tillen. Wat waren hun drijfveren, welke obstakels kwamen zij tegen en op welke bijzondere hoogtepunten kijken zij terug? Aan collega's die hun sporen in ons vak ruimschoots hebben verdiend wordt gevraagd een inkijkje te geven in hun ervaringen en hun persoonlijke visie te delen.

door Sacha Eikenboom

'Een obsoleete en onbetrouwbare techniek': zo werd implantologie eind jaren zeventig nog afgedaan. Onder adviserend tandartsen bestond over implantologie absolute onwetendheid, gestructureerde aandacht ervoor in de universitaire wereld ontbrak. In dit Umfeld streed Maarten Kaptein met de NVOI voor acceptatie van implantologie. 'We startten echt op braakliggend terrein. Diplomatie en volhardendheid hebben ons veel gebracht'.



Naam Maarten Kaptein

NVOI Gouden Spelddrager sinds 1992

Studeerde tandheelkunde

in Groningen (1963-1970)

Opleiding tot implantoloog In 1986 ontving ik in Groningen op de afdeling kaakchirurgie - hoofd: Prof. dr. G. Boering - een groot aantal maanden uitvoerig dento-alveolair chirurgisch onderwijs

Werkzaam in praktijk In Hilversum van 1971 tot nu, ik werk wekelijks nog tien uur bij mijn zoon en zijn compagnon die de verwijs- en algemene praktijk hebben overgenomen

Gepromoveerd UMC Utrecht in 1998 ('Dental implants in augmented sinus floors'), promotor Prof. dr. C. de Putter

Lid van NVOI-bestuur 1986 - 1992

Nevenfuncties Talloze, ik ben o.a. actief voor de Rotary (40 jaar), het Scheepvaartmuseum en recent nog voor het Hilversumse muziekconcours voor jonge dirigenten

Wordt thans vooral in beslag genomen door Het geven van voordrachten op cultureel-historisch gebied

Werkt nog parttime in de praktijk omdat Een 'education permanente' keeps you rolling!

Levensmotto Rust roest

mia

implantaten en enkele bestuursleden, die onder luid geraas opstapten. Ik begon met een schone lei en veel uitdagingen,' aldus Maarten Kaptein, die vol verve zijn verhaal vertelt. De eerste doelstelling van 'zijn' NVOI-bestuur? 'Het oliën van alle mechanismen rondom implantologie.'

Onontgonnen terrein

'Je moet je voorstellen: we bevonden ons in een periode waarin implantologie binnen de vaderlandse tandheelkunde een onontgonnen terrein was. In de praktijk werd veelal gewerkt volgens het 'trial and error'-principe. Dit gaf inspiratie en leidde tot innovatie. Maar acceptatie van de implantologie, als volwaardig aandachtsgebied binnen de tandheelkunde, ontbrak. Dat gold tevens voor structuur in, en financiering van ons vakgebied. Daarmee zijn wij, het bestuur en de ons omringende adviseurs, aan de slag gegaan.'

Werken aan vertrouwen

Zo bewerkstelligde het NVOI-bestuur een vereniging, van alle importeurs van implantaten tot sponsors, die samen met enkele tandtechnische laboratoria een financiële basis voor het verenigingswerk leverden. 'Dat stelde ons in staat om de vereniging educatief te ontwikkelen. Bij universiteiten, waar ooit gestructureerde aandacht voor implantologie ontbrak, hebben we veel PR voor ons vakgebied bedreven. Kaakchirurgen hadden destijds de implantologie expliciet uitgesloten als betrouwbare therapie, dus zijn we ook met hen dikwijls om tafel gegaan. Met Theo Vriezen, de toenmalige voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Kaakchirurgie, hebben wij de scheidslijnen tussen onze beider vakgebieden zó gemarkeerd dat dit inhoudelijk geen problemen opleverde. Met tandarts-parodontologen werd in latere perioden tot de huidige symbiose besloten. Zo werkten we op meerdere fronten aan een langzaam groeiend breed vertrouwen in de orale implantologie. Dit kostte, ook na mijn tijd, volhardendheid en veel diplomatie.'

Complimenten uit het buitenland

Ondertussen moest ook in het vakgebied zelf structuur worden aangebracht. Een curriculum, leidend tot tandarts-implantoloog, bestond nog niet. Maarten stelde het in een kerstvakantie op, samen met zijn vice-voorzitter, mka-chirurg Chris ten Bruggenkate. 'We hebben onze nieuw verworven know-how gebundeld en de fase 1, 2 en 3-structuur

'Bij mijn aantreden als voorzitter van het NVOI-bestuur in 1986 was het vorig bestuur net uit elkaar geklapt. Er waren vermeende connecties tussen de importfirma's van

geformuleerd. Gert de Lange en Cees de Putter hebben hierbij ook hun sporen verdiend, evenals Ab Grevers, die vanuit de Scandinavische gebieden aan de ontluikende wetenschappelijke onderbouwing bijdroeg.

Financiering van behandelingen was een ander aandachtspunt. Als hoofd van de tweekoppige adviesonderhandelings-commissie werkte ik er samen met Gert de Lange aan om de overkappingsprothese in het ziekenfondspakket te krijgen. In die tijd hadden Cune en De Putter diepgaand wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de overkappingsprothese, een onderzoek dat door het 'ziekenfonds gefinancierd' was. Met behulp daarvan lukte het ons om de vergoeding in het pakket te krijgen, een resultaat waarvoor we uit België en Duitsland complimenten ontvingen. Het is een verstrekking die al jaren tot zeer grote tevredenheid stemt.'

Ik ben wel eens na vijf minuten van de onderhandelingstafel weggelopen

Irritatie

Alle vooruitgang kwam niet zonder slag of stoot tot stand, en leidde regelmatig tot irritatie. 'De counterparts aan de onderhandelingstafel, zoals vertegenwoordigende gesprekspartners namens de 'overheid', NMT en adviserend tandartsen, beschikten bijvoorbeeld over de onhebbelijkheid om de NVOI 's morgens een afspraak voor 's middags te sturen, met de opdracht om onderbouwingen voor ons betoog mee te nemen. Terwijl men dan zelf geen enkele contra-onderbouwing presenteerde. Het is voorgekomen dat ik, vijf minuten na binnenkomst, opstond om de vergadering met enig theater te verlaten.

We stuitten vaak ook op onbegrip. Op één moment hebben we Carl Misch naar Nederland gehaald, de bekende Amerikaanse implantoloog met heroïsche operaties, om aan onze adviserend tandartsen en andere geïnteresseerden uit te leggen wat tandheelkundige implantologie inhield. Een meegebrachte demonstratiepatiënte, bij wie één van de adviserende tandartsen op een implantaat mocht tikken, kreeg van deze



tandarts de vraag gesteld of dit pijn deed. Het antwoord van de vrouw was ontnuchterend: 'Dat moet ú toch weten?'. De man moest het antwoord schuldig blijven; deze collegae moesten dus beslissen over het verlenen van toestemming tot behandelen. Heel frustrerend. Uit de voordrachten van Misch vloeide overigens later een boeiend congres in het Huis van de Toekomst voort, waar Carl en ik samen in het Autotron poseerden voor een foto met 'de blik op de toekomst'.'

De wereld rond

Met die toekomst in het vizier hielden de pioniers vol, ze gingen letterlijk de wereld rond om hun gedachten goed te verspreiden. ►





Foto
Carl Misch in
Nederland!

'Onze Dutch Decision, het opleidingsplan met de vereiste kennisdriehoek om te kunnen excelleren als implantoloog, was toen wereldwijd een nieuw concept. De bestaande buitenlandse kennis werd naar Nederland gehaald, de vele nieuwe relaties brachten in korte tijd de benodigde ondersteuning op wetenschappelijk gebied. Het eerste implantologie-congres in Amsterdam 'See you in Amsterdam', in 1987, was hier een voorbeeld van. Die internationale samenwerking was erg inspirerend. De blades-implantaten van Linkov wisten we omzichtig ten

grave te dragen, langzamerhand lukte het ons om een begin van het concept te ontwikkelen dat heden ten dage veel uitgebreider wordt gehanteerd.'

Ongekende saamhorigheid

'Ik benijd de huidige vakbroeders niet,' stelt Maarten tot slot vast, 'die zich in hun werk gegijzeld zien door de vanuit de regering/politiek aangestuurde NZa of door ambtenaren opgestelde voorschriften en reglementen. Vanachter hun bureau en in hun praktijk-onwetendheid beknotten zij de noodzakelijke geestelijke vrijheid van werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg. Zo'n klimaat leidt tot stilstand in wetenschappelijke ontwikkeling, en komt de patiënt niet ten goede. In de tachtiger jaren werkten wij gelukkig onder andere omstandigheden, die innovatieve ontwikkelingen in en vanuit de praktijk mogelijk maakten. Door het ontstaan van vele landelijk georganiseerde studie- en overlegclubjes ontstond een ongekende saamhorigheid onder de implantologen, die ik bij de huidige generatie minder herken. Wij hadden een kameraadschap waarbij we onze mis- en gelukkingen aan elkaar durfden te tonen. Sinds de beginperiode is een stroom van uitmuntende wetenschappelijke onderbouwing op gang gekomen, die in ons vakgebied ongekend is. Ik kijk er met plezier op terug.'

iCADEMY™ 2017

Botvermeerderingstechnieken bij partieel betande patiënten



Dr. Matteo Chiapasco

20 juni 2017 - Kasteel de Wittenburg, Wassenaar iCademy2017.nl



Nieuwe gezichten in het bestuur - even voorstellen...

Tijdens de afgelopen algemene ledenvergadering van 13 december 2016 werden collegae Pim Ruijpers en Arie Booij binnen het NVOI bestuur geïnstalleerd. Graag stellen de twee nieuwe bestuursleden van uw vereniging zich hier even kort aan u voor.

Mijn naam is Pim Ruijpers...

In 1998 rondde ik mijn tandheelkundige opleiding af aan de KUN. Veel aandacht voor de implantologie was er nog niet tijdens de studie, de interesse werd later geprikkeld. Samen met Elza Tindemans en Dennis Pasmans heb ik in 2003 een grote algemene en verwijspraktijk opgezet in Maastricht.

Een nieuwe uitdaging werd gevonden in de implantologie. In binnen- en buitenland volgde ik interessante cursussen en congressen. Zeer waardevol bleek een tweejarig programma dat destijds voor het eerst startte (Edin): twee weken opleiding/cursus in Nederland met daarnaast vier weken masterclass aan de NYU in New York. Doordat dit programma langdurig en intensief was, maar ook in een kleine groep gehouden werd, met een aantal 'ervaren rotten' in het vak, was dit een vliegende start. Begin 2007 kon dan ook de aantekening implantoloog NVOI toegevoegd worden aan het naambordje.

De implantologie is inmiddels voor iedere tandarts onderdeel geworden van de dagelijkse praktijk. De leden van de NVOI zijn een afspiegeling van onze beroepsgroep: implantologen, mka-chirurgen, algemeen practici en ook de bijzondere leden mondhygiënisten, tandtechnici en prothetici zijn vertegenwoordigd. Het bestuur zou in mijn ogen hiervan een afspiegeling moeten zijn om o.a. het stukje belangenbehartiging op een juiste wijze invulling te kunnen geven. Juist de combinatie van tandarts-implantologen, mka-chirurgen, universitair verbonden collegae en algemeen practici geeft een bestuur een sterk karakter.

Het afgelopen jaar heb ik al kunnen ervaren dat bestuurstaken veel werk en tijd vergen; hiervoor zijn mensen nodig die bereid zijn tijd vrij te maken van hun overige bezigheden om

aan de NVOI te besteden. Ik hoop mijn steentje bij te kunnen dragen, en gezien het groot aantal mooie voordrachten dat ik de afgelopen jaren heb kunnen volgen, hoop ik een aantal (internationale) toppers de komende jaren te kunnen strikken voor de NVOI congressen.

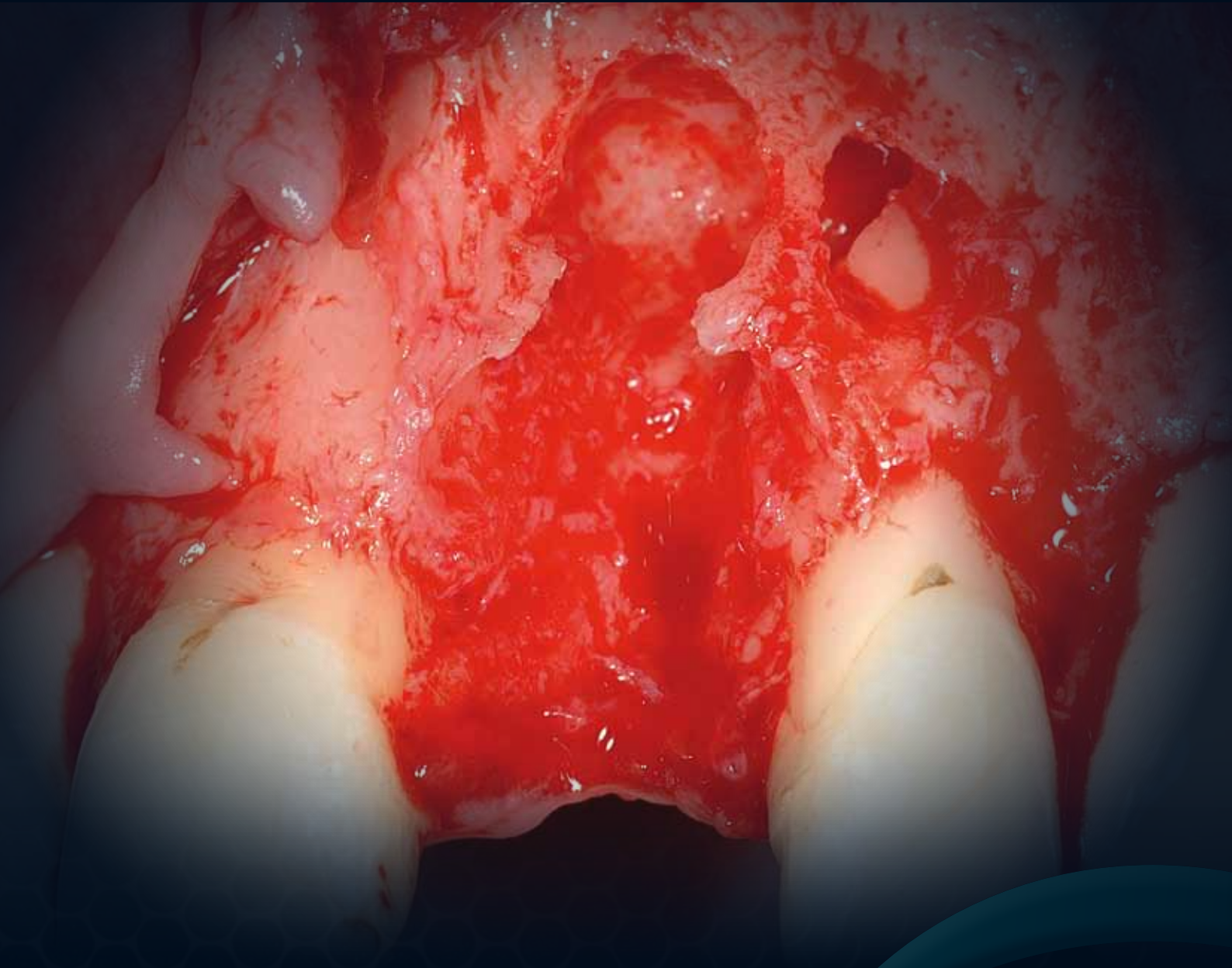
Mijn naam is Arie Booij...

Na een jaar snuffelen bij het NVOI-bestuur ben ik in december 2016 toegetreden. Sinds 2006 ben ik als MKA-chirurg werkzaam in de ISALA klinieken in Zwolle, het Bethesda ziekenhuis in Hoogeveen en in een implantologie-praktijk in Hattem. Binnen onze praktijk vormt de implantologie een belangrijk deel van de invulling van ons vak. Mijn collega's, Jan de Lange, Johan van Ingen, Erik Baas, Bas van Eggermont, Frank Bierenbroodspot en Jeroen van der Sleen, zijn dan ook allen erkend implantoloog NVOI.

Het is van groot belang dat de orale implantologie in het huidige maatschappelijke en politieke speelveld vanuit de volle breedte eensgezind vertegenwoordigd wordt, omdat ik ervan overtuigd ben dat het de enige manier is om de belangen van de patiënten en de zorgverleners uiteindelijk goed te kunnen waarborgen. Daarnaast denk ik dat kwaliteitsverbetering en de bewaking daarvan het beste vanuit de NVOI-geledingen zelf kan komen, omdat externe kwaliteitsontwikkeling en controle door niet inhoudsdeskundigen veelal over afgeleide parameters zal gaan, en het de vraag is of de werkelijke kwaliteit daarmee gediend is.

Met het bovenstaande in gedachte zie ik dan ook een uitdagende maar leuke taak als bestuurslid voor me en verwacht met de samenstelling van het huidige bestuur een dynamische en daarnaast een gezellige tijd te hebben. ■

Foto
Nieuw in het
bestuur:
Pim Ruijpers (L)
en Arie Booij (R)



Een goede basis is meer dan het halve werk

implantologie 2017

het fundament OVER BOT, BOTSUBSTITUTEN EN AUGMENTATIES

29 SEPTEMBER 2017 - KASTEEL DE VANENBURG, PUTTEN IMPLANTOLOGIEHETFUNDAMENT.NL NSOICURSUSSEN.NL



Resultaten Enquête bij- en nascholing NVOI/NSOI

Het afgelopen najaar werd een enquête uitgevoerd onder de leden van de NVOI om de wensen van de leden op het gebied van bij- en nascholing beter in beeld te krijgen. In deze enquête kwamen diverse aspecten van bij- en nascholing ter sprake zoals onder andere het aanbod, de prijsstelling en de kwaliteit.

In eerste instantie werd de enquête alleen onder de leden van de NVOI verspreid, later via het Bulletin ook onder niet-leden. De respons op de laatste enquête was echter zo laag dat we de resultaten hiervan buiten beschouwing hebben moeten laten.

Bij de online enquête onder NVOI-leden werden zestig ingevulde reacties genoteerd. Van de respondenten was meer dan 50% ouder dan 50 jaar en meer dan 90% tandarts. Hiervan gaf 90% aan de afgelopen drie jaar bij- en nascholing bij de NSOI te hebben gevolgd. De respondenten waren gemiddeld 'tevreden' over het aanbod, de prijsstelling, de kwaliteit, en de aankondiging van cursussen en congressen via flyers, website, NVOI Bulletin en Nieuwsbrief.

Meer dan 85% van de respondenten geeft de voorkeur aan een congres over één onderwerp en meer dan 70% heeft graag diverse programma-onderdelen over indicatie, chirurgie, prothetiek en nazorg binnen één onderwerp.

Er bestaat weinig voorkeur voor sprekers uit binnen- of buitenland. Bij de organisatie gaat de voorkeur uit naar een goede bereikbaarheid en centrale ligging en meer dan 60% heeft voorkeur voor een congres op vrijdag.

Het lustrumcongres dient bij voorkeur met de auto bereikbaar te zijn, twee dagen te duren en mogelijkheden te bieden de partner mee te nemen.

Uit de open vragen zijn diverse tips voor cursussen, sprekers en onderwerpen naar voren gekomen waar we dankbaar gebruik van zullen maken.

Graag wil het bestuur alle respondenten hartelijk danken voor hun waardevolle bijdrage aan deze enquête. ■

NVOI Stipendium 2017 Aanvraagprocedure weer geopend!

De NVOI is een wetenschappelijke vereniging en het stimuleren van onderzoek is één van haar kernactiviteiten. Graag maken wij u attent op het NVOI Stipendium. Dit is een beurs die jaarlijks door de vereniging ter beschikking wordt gesteld voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de orale implantologie. De beurs kan worden toegekend aan een persoon of instelling en bedraagt maximaal € 15.000,- per jaar.

Om in aanmerking te komen voor het NVOI Stipendium, kunt u een onderzoeksaanvraag indienen via het Aanvraagformulier NVOI Stipendium. Dit formulier is, net als ook het Reglement NVOI Stipendium met de criteria waaraan uw aanvraag moet voldoen, te downloaden via de link op de NVOI website onder het kopje 'Nieuws', of maak gebruik van deze QR-code.



Aanvragen worden onder meer beoordeeld op relevantie, uitvoerbaarheid, originaliteit en duidelijkheid.

Uw aanvraag dient uiterlijk 1 juli 2017 per post of per mail (secretariaat@nvoi.nl) op het secretariaat van de NVOI aanwezig te zijn.

Het NVOI Stipendium 2016 werd vorig jaar uitgereikt aan Ronnie Goené. Tijdens het komende NSOI najaarscongres in december zal bekend worden gemaakt aan wie en welk bijzonder project de beurs zal worden toegekend. ■

Wisseling van de wacht binnen de IOC

Recent heeft er een wisseling in de bezetting van de NVOI Implantologie Overleg Commissie (IOC) plaatsgevonden.

Ronnie Goené en Jeroen Fennis zijn teruggetreden, en is oud-voorzitter Eelco Bergsma bereid gevonden zitting te nemen. Het bestuur dankt de heren voor al hun inzet de afgelopen en komende tijd. ■



NVOI gedragsregels: Een vertaling van de theorie naar de praktijk

In het op 30 juni 2014 verschenen rapport 'Implantaatgedragen gebitsprothesen' van het Zorginstituut Nederland werd onder andere de noodzaak tot het opstellen van richtlijnen benadrukt. Het maken van richtlijnen voor de overkappingsprothese op implantaten in de edentate onder- en bovenkaak is vervolgens, onder leiding van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) en de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA), voortvarend ter hand genomen. Deze richtlijnen zijn sinds december 2015 van kracht. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van bijbehorende kwaliteitsindicatoren. Het doel van deze kwaliteitsindicatoren is gericht op zowel het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van zorg op het gebied van de implantologie in de edentate kaak in Nederland, als op het stimuleren van projecten tot kwaliteitsverbetering binnen de beroepsgroep.

door Pieter Schoen en Inez van de Poll, namens het bestuur

Naast het ontwikkelen van richtlijnen was één van de andere maatregelen uit het genoemde rapport dat de regiefunctie bij implantaatbehandelingen duidelijker dient te worden vormgegeven.

In de algemene ledenvergadering van de NVOI d.d. 3 juni 2014 is daarvoor door het NVOI-bestuur aan Prof. dr. D. Wismeijer, tandarts-implantoloog en Prof. dr. G.J. Meijer, MKA-chirurg-implantoloog gevraagd een voorstel te formuleren voor gedragsregels ten aanzien van de behandeling van patiënten met tandheelkundige implantaten.

Kern van de vervolgens opgestelde NVOI gedragsregels is, dat na het bereiken van consensus over het behandelplan door behandelaars en patiënt een zorgplan dient te worden opgesteld. Dit zorgplan beschrijft stapsgewijs het behandelplan, en benoemt de verantwoordelijkheden van de behandelaars. Hierin worden ook de plichten van de patiënt genoemd. Voorts wordt duidelijk vermeld wie van de behandelaars de regie voert en dus het aanspreekpunt is.

Tijdens de extra algemene ledenvergadering op 26 maart 2015 zijn de gedragsregels aangenomen. Tijdens de algemene ledenvergadering van juni 2016 is er een kleine aanpassing aan de alinea betreffende prothetiek doorgevoerd.

De gedragsregels zijn aanvullend aan de Gedragscode Tandarts, zoals deze is opgesteld door de KNMT.

Het doel van de gedragsregels is het maken van een kwaliteitsslag voor het gehele behandelteam. Het moet hiermee duidelijk zijn voor alle partijen, en vooral ook voor

de patiënt, wie wat doet en wie voor wat verantwoordelijk is. Daar horen ook de rechten en plichten van de patiënt zelf bij.

Het is belangrijk deze zaken duidelijk op schrift te stellen. Een contract tussen de behandelaars onderling (of een verwijzing naar een contract) en tussen de behandelaar(s) en de patiënt (informed consent) horen in het patiëntendossier aanwezig te zijn.

In de praktijk

Wat betekenen deze NVOI gedragsregels nu voor de behandelaars?

Hoofdbehandelaarschap

Voor het gehele behandeltraject bij een behandeling met implantaten is één persoon de hoofdbehandelaar, dit kan een tandarts(-implantoloog) of een MKA-chirurg zijn. Deze persoon stelt het zorgplan op en is aanspreekpunt voor het gehele behandeltraject. Het behandeltraject omvat het geheel van onderzoek, diagnostiek, indicatiestelling, therapie van zowel het plaatsen van implantaten als ook het vervaardigen van de mesostructuur en/of prothetische voorziening. Gedeelten van de behandeling in het behandeltraject kunnen door anderen worden uitgevoerd op verwijzing van de hoofdbehandelaar. Het zorgplan omvat het behandelplan en de nazorgfase, en vermeldt de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken behandelaars. In het zorgplan worden ook de plichten van de patiënt genoemd.

Het behandelteam, zijnde de tandarts(-implantoloog) en/of MKA-chirurg en/of tandprotheticus en/of een

mondhygiënist, komen in een behandelprotocol overeen hoe de taken en verantwoordelijkheden onderling zijn verdeeld. Hierin staat ook opgesteld wie voor welk deel van de behandeling verantwoordelijk is, en op welke wijze gecontroleerd wordt of de uitvoering ook volgens planning verloopt. De hoofdbehandelaar is uiteindelijk degene die er voor dient te zorgen dat in een voorkomend geval elk teamlid zijn verantwoordelijkheid erkent en op zich neemt.

Het is dus niet zo dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle aspecten van de uitgevoerde behandeling, dat blijft de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener. De hoofdbehandelaar is wel het aanspreekpunt.

Behandelprotocol

In situaties waarbij samengewerkt wordt door tandarts (-implantoloog) en/of MKA-chirurg en/of tandprotheticus en/of mondhygiënist bij de behandeling van een patiënt dient er dus een behandelprotocol opgesteld te worden waarin de taken en verantwoordelijkheden van een ieder zijn beschreven. Dit dient in het patiëntendossier aanwezig te zijn. Indien vaker wordt samengewerkt kan naar een dergelijk protocol worden verwezen in het zorgplan van een individuele patiënt.

Met de patiënt dient ook het financiële aspect te worden besproken, evenals de fysieke belasting, de duur van de behandeling, de risico's van de behandeling en het belang van de nazorg. Al deze besproken aspecten van het zorgplan worden schriftelijk aan de patiënt meegegeven.

Voordat met de daadwerkelijke behandeling gestart kan worden, moet worden geverifieerd of de patiënt het zorgplan heeft gelezen en begrepen en of hij/zij ermee akkoord is. Op deze wijze wordt door de patiënt informed consent gegeven, die vervolgens in het dossier wordt vastgelegd. Dit kan door middel van een notitie door de behandelaar of door middel van een door de patiënt ondertekend document.

Klachten na een behandeling

Patiënten die zich melden met een klacht met betrekking tot een recent uitgevoerde behandeling bij een zorgverlener, worden terugverwezen naar de hoofdbehandelaar van de betreffende behandeling. Bij problemen of klachten in de nazorgfase is de reguliere tandarts van de patiënt het eerste aanspreekpunt, die bij problemen terugverwijst naar de hoofdbehandelaar.

Voorbeelden

Zie de pagina's 18 en 19 voor tekstvoorbeelden ten behoeve van een SAMENWERKINGSOVEREENKOMST BEHANDELAARS en een OVEREENKOMST TUSSEN BEHANDELAAR EN PATIËNT.

Vóór publicatie in het NVOI Bulletin is dit stuk aangeboden aan IGZ en ONT voor een reactie. Vanuit de zijde van de IGZ is helaas geen officiële reactie ontvangen. ■

Reactie ONT

Hierbij onze reactie vanuit de praktijk ingegeven.

De Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici is blij met elke kwaliteitsverbetering binnen de mondzorg. De NVOI-gedragsregel kan dat - zij het na een 'valse start' door de onbedoelde inperking van het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus die in juni 2016 is hersteld - zeker bewerkstelligen. De samenwerking tussen verschillende mondzorgverleners is immers beter vastgelegd, net als de afspraken met de patiënt en het heldere behandelprotocol. De ONT beschouwt dit als een waardevolle stap vooruit in het werken binnen teamverband.

De introductie van het hoofdbehandelaarschap wordt echter naar de mening van de ONT in de praktijk te stellig vertaald naar het hoofdaannemerschap van de zorgketen. Immers het regie voeren over de behandeling is niet hetzelfde als het goed inrichten van de daar aan gekoppelde bedrijfsprocessen. Samenwerking zou niet moeten leiden tot het inperken van het deskundigheidsgebied van een van de betrokken zorgverleners, noch het declareren van de zorg die daarbinnen valt, als de zelfstandigheid in het algemeen van één van de zorgaanbieders.

Het feit dat sommige zorgverzekeraars alleen hoofdbehandelaren contracteren voor de orale implantologie vindt de ONT te ver gaan en een oneigenlijk gebruik van de gedragsregel. Bijvoorbeeld zorgverzekeraar VGZ contracteert deze zorg zo selectief dat het wat de ONT betreft de vraag is of zij wel aan hun zorgplicht kunnen voldoen. De mooie eerste stap die nu binnen de orale implantologie is gezet, verdient dus enerzijds een kritische beschouwing over de manier waarop zorgverzekeraars hier mee omgaan, als anderzijds navolging binnen andere delen van de mondzorg. Maar is ook een mooi startpunt voor een verdere discussie over de rol van iedere zorgverlener binnen deze zorgketen.

Met vriendelijke groet en mede namens Bart Kerdijk, voorzitter van de ONT,

*M.H.C. (Marnix) de Romph MA
Directeur*

SAMENWERKINGSOVEREENKOMST BEHANDELAARS

Gesloten op dag / maand / 20XX

Tussen en

De samenwerkingsovereenkomst heeft betrekking op: **implantologische behandelingen**.

De verantwoordelijkheid voor het chirurgische gedeelte ligt bij en wordt uitgevoerd door:

De verantwoordelijkheid voor het prothetische gedeelte ligt bij en wordt uitgevoerd door:

De verantwoordelijkheid voor de nazorg ligt bij en wordt uitgevoerd door:

De hoofdbehandelaar is:

De verwijzing van een patiënt geschiedt te allen tijde schriftelijk.

Terugrapportage over de patiënt geschiedt te allen tijde schriftelijk.

De samenwerking blijft in principe van kracht voor onbepaalde tijd. Beide partijen hebben echter het recht de overeenkomst op te zeggen op ieder gewenst moment. De aangegane verplichtingen betreffende gezamenlijke patiënten blijven ook na opzeggen van deze overeenkomst van kracht.

Deze overeenkomst is in tweevoud door daartoe bevoegde personen ondertekend door:

.....	MKA-chirurg
en/of	
.....	Tandarts(-implantoloog)
en	
.....	Tandprotheticus
en	
.....	Mondhygiënist

OVEREENKOMST TUSSEN BEHANDELAAR EN PATIËNT

Hierbij verleen ik toestemming aan om een implantaatbehandeling uit te voeren onder plaatselijke verdoving of algehele narcose.

Ik ben geïnformeerd over het voorgenomen behandelplan en ben op de hoogte van

- de diagnose die mijn behandelaar heeft gesteld;
- het doel van mijn behandeling;
- het feit dat ik ervoor kan kiezen om mij niet te laten behandelen;
- de gevolgen van niet-behandelen;
- de verschillende behandelmogelijkheden;
- de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden;

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat in de onderkaak 98-99 % van de implantaten vastgroeit. Voor de bovenkaak geldt een succespercentage van 94-95 %. Het goed vastgroeien van implantaten is afhankelijk van een aantal factoren zoals:

- kwantiteit en kwaliteit van het kaakbot;
- de mondhygiëne en bacterieflora in de mond van de patiënt;
- kwaliteit van parodontium / tandvles en omringende weefsels;
- ziekten, zoals bv. suikerziekte, en medicijn-, alcohol- en/of drugsgebruik;
- overbelasting door tegenoverliggende tanden en kiezen;
- parafuncties, zoals persen, klemmen of knarsen;
- bestraling in hoofd- en/of halsgebied;
- roken;
- het zich al dan niet houden aan geadviseerde therapie en nazorg;

Ik heb mijn behandelaar op de hoogte gesteld van bovenstaande factoren indien deze van toepassing zijn op mij.

Toch kan het in uitzonderingsgevallen voorkomen dat een behandeling niet volgens verwachting verloopt. Voorkomende tegenvallers en/of complicaties zijn:

- 1 Het kan voorkomen dat een implantaat niet vastgroeit. Het implantaat moet dan verwijderd worden en na genezing van het bot kan, en wordt, bijna altijd opnieuw een ander implantaat geplaatst.
- 2 In uitzonderlijke situaties kan bij implanteren in de zijdelingse delen van de onderkaak een gevoelszenuw worden beschadigd. Dit geneest in de meeste gevallen na enige tijd.
- 3 Bij uitzonderlijke overbelasting kan het implantaat breken. Het restant dient chirurgisch te worden verwijderd.
- 4 Bij combinaties van een prothese op implantaten of kroon- en brugwerk op implantaten tegenover natuurlijke gebitselementen ontstaat een situatie die eerder kans geeft op overbelasting.
- 5 Peri-implantitis, een aandoening van het tandvles en het bot rondom implantaten, komt vaker voor dan men aanvankelijk dacht. Optimale mondhygiëne en regelmatig professioneel laten reinigen van het gebit en de implantaten met goede bacterie controle blijft zeer belangrijk om de kans op het optreden van deze problematiek te minimaliseren.

Ik ben op de hoogte gesteld van het feit dat:

- het voor kan komen dat voor extra behandelingen en materialen extra kosten in rekening gebracht moeten worden voor honorarium en techniekkosten. Het implantaat wordt bij herplaatsen als garantie vergoed wanneer het implantaat na plaatsing niet is vastgegroeid.
- tijdens de ingreep de omstandigheden anders kunnen zijn, bijvoorbeeld minder bot of andere ongunstige voorwaarden. Soms is gelijktijdig, of in een andere behandelsessie, extra aanvulling nodig. Er moet dan rekening worden gehouden met meerkosten (tot 25 %) en op een langere behandeltime.
- regelmatige controle en optimale mondhygiëne zeer belangrijk zijn. Na de eindcontrole bij de behandelaar wordt de controle van het implantaat, het bot, het tandvles en de prothetische voorziening uitgevoerd door de tandarts (-implantoloog) en eventueel mondhygiënist. Afhankelijk van eventueel aanwezige risicofactoren wordt bepaald hoe vaak controle dient plaats te vinden en op welk moment een röntgenfoto moet worden gemaakt.
- bij het optreden van een niet te stelpen nabloeding of hevige pijn ik contact dien op te nemen met mijn behandelaar.
- er kosten in rekening worden gebracht wanneer ik een afspraak niet 24 uur van te voren afmeld. Afhankelijk van de duur van de geplande behandeling wordt het verschuldigde bedrag vastgesteld.

Voorts heeft mijn behandelaar mij gewezen op de op deze toestemmingsverklaring van toepassing zijnde 'Modelregeling arts en patiënt' (Modelregeling) waarin de rechten en verplichtingen van arts en patiënt zijn opgenomen. Ik ben ervan op de hoogte dat een exemplaar van de Modelregeling kosteloos kan worden opgevraagd bij en dat de Modelregeling tevens ter inzage ligt in het praktijkpand van

Ik heb bovenstaande gelezen en heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen over de voorgenomen behandeling en dit toestemmingsformulier. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp de betekenis en de inhoud van het voorafgaande in dit toestemmingsformulier en ga hiermee akkoord.

A hand in a white glove is pulling a red curtain to the left, revealing a dark background. The hand is wearing a dark sleeve with gold embroidery. The curtain is a vibrant red with deep folds.

SAVE THE DATE

15 december 2017
NSOI Najaarscongres

**Het belooft een zeer interessante dag te worden
met befaamde internationale sprekers.
Hierbij alvast een eerste tipje van de sluier...**

Dr. Istvan Urban

Houdt de website en het Bulletin in de gaten
voor meer informatie en de mogelijkheid tot inschrijven!

Berichten van het Consilium Implantologicum



Nieuwe reglementen

Eén van de taken van het Consilium Implantologicum is het ontwikkelen en bewaken van de criteria waaraan een (kandidaat-) implantoloog dient te voldoen, en deze te toetsen en beoordelen aan de hand van de voorwaarden gesteld in het Reglement Implantoloog. Het is een permanente zorg van het Consilium dat niet alleen het kwaliteitsniveau van een implantoloog NVOI op een hoog peil blijft, maar ook dat er uniformiteit wordt bereikt bij het toetsen van een (kandidaat-)implantoloog aan de hand van het Reglement Implantoloog.

door Dick Bossers, secretaris Consilium Implantologicum

Vanuit de leden kwamen er signalen dat er op bepaalde punten onduidelijkheden waren. Door regelmatig een artikel in het Bulletin te schrijven over deze knelpunten, probeert het Consilium duidelijkheid te scheppen. Het is echter wel van belang dat deze punten in de reglementen worden vastgelegd.

De kwantitatieve voorwaarden zijn uitgebreid met de mogelijkheid chirurgische behandeling van peri-implantitis mee te tellen in het aantal behandelingen. Voor een eerste registratie tot een maximum van 12, voor een herregistratie tot een maximum van 25 behandelingen.

De criteria voor basisdocumentatie zijn duidelijker omschreven. Dat geldt ook voor de voorwaarden waaraan de gedocumenteerde casus moeten voldoen. Voor een behandeling in de cosmetische zone zijn lichtfoto's belangrijk. Niet zozeer voor het Consilium maar met name voor de behandelaar. Wanneer lichtfoto's in de diverse stadia van de behandeling zijn gemaakt, is het beter te achterhalen waar verbeteringen/veranderingen in de behandeling aangebracht dienen te worden wanneer het resultaat niet volgens verwachting is.

Nieuw is, dat de gedocumenteerde casus tegelijkertijd met de overige formulieren ingediend moeten worden vóór de aanvraag in behandeling wordt genomen. Het kwam helaas regelmatig voor dat een geplande visitatie op het laatste moment niet door kon gaan, omdat de gewenste casus te laat werden ingeleverd, terwijl ze niet aan de voorwaarden voldeden. Nu worden alle kwantitatieve voorwaarden beoordeeld vóór er groen licht wordt gegeven voor een visitatie.

In de nieuwe reglementen is meer aandacht besteed aan de wettelijke kaders waar een aanvraag aan dient te voldoen. In het vorige Bulletin heeft collega Hoppenreijns hierover het artikel **(Her-)registratie binnen de wettelijke kaders** gepubliceerd. De verzamelstaat implantologische

verrichtingen (Excel-bestand) is al zodanig aangepast dat deze volledig geanonimiseerd kan worden verzonden.

Ook de financiële bijdragen zijn veranderd. Aan het in stand houden van het instituut implantoloog zijn hoge kosten verbonden. Deze worden gedeeltelijk betaald uit de bijdragen van de (kandidaat-) implantologen, en gedeeltelijk door de vereniging. De aanvraag voor een eerste registratie is iets verhoogd. Van een erkende implantoloog NVOI wordt nu een jaarlijkse contributie verlangd, maar de kosten voor een aanvraag tot verlenging van de erkenning als implantoloog NVOI zijn verlaagd.

Er is nu een duidelijk tijdspad voor de registratie dan wel herregistratie opgenomen. Een belangrijk verschil is dat een traject binnen een bepaalde termijn afgerond moet zijn. Eerder was het zo, dat wanneer een herregistratie door allerlei factoren vertraging ondervond, daarmee ook de datum waarop de nieuwe registratie in ging werd verlengd.

In het nieuwe reglement is vastgelegd dat de datum van de eerste registratie bepalend is. Iedere termijn van herregistratie gaat in op de dag en de maand van de eerste registratie, en bij de reeds langer erkende implantologen de dag en de maand van de laatste herregistratie.

Met deze veranderingen hoopt het Consilium meer duidelijkheid te geven over het proces van (her)registratie.

Door op tijd in te spelen op nieuwe ontwikkelingen zoals verandering in wetgeving, en te luisteren naar signalen van onze leden zoals het mee laten tellen van chirurgische behandelingen van peri-implantitis, probeert het Consilium de reglementen up-to-date te houden. Daarbij zijn de suggesties tot verbetering van onze leden onontbeerlijk. ■



NSOI ROADSHOWS 2017

mondzorg voor ouderen

EEN GRIJS GEBIED?

NSOI Roadshows 2017 - thematische avondlezingen

Demografen laten ons weten dat de grote grijze golf eraan komt. Dat dit maatschappelijk gezien veel gevolgen heeft is inmiddels door de vele berichten vanuit de media duidelijk, maar wat gaan wij daarvan merken in de tandheelkunde en in het bijzonder in de implantologie?

door Anita Visser, Arie Hoeksema en Jeroen de Vries / foto met dank aan Dr. A. Hoeksema

Veel ouderen hebben tot op hoge leeftijd een eigen dentitie, en vragen uitgebreide tandheelkundige en/of implantologische zorg om gebitsfunctie en esthetiek op peil te houden. Het hebben van een eigen dentitie wordt namelijk doorgaans als een zegen beschouwd, zeker als we gaan vergelijken met een volledige prothese. Recente onderzoeken (o.a. Hoeksema-Visser) bevestigen dit gedachtengoed. Zo blijkt het, dat ouderen met een eigen gebit en/of een gebitsprothese op implantaten minder gezondheidsproblemen lijken te hebben en overall een hogere kwaliteit van leven.

Maar ouderdom komt ook met gebreken, en veel ouderen kampen met gezondheidsproblemen waaronder met name neurodegeneratieve aandoeningen. Ze worden kwetsbaar en kunnen gaan dementeren, kampen met motorische of andere problemen die voor zorgverleners een barrière of onoverkomelijk probleem kunnen vormen om tot behandeling over te gaan of langdurige nazorg te kunnen leveren. Als zorg-verlener is het daarom belangrijk kennis te hebben van de geriatrie, de problemen rondom ouderen en hoe je daar mee moet omgaan om tot goede (na)zorg te kunnen komen.

In een twee en half uur durende lezing gaan Arie Hoeksema, Anita Visser en Jeroen de Vries in op de belangrijkste aspecten binnen het thema kwetsbare ouderen en implantologie. In een rijk geïllustreerde presentatie aangevuld met casuïstiek en literatuur zullen onder meer de volgende items aan bod komen:

- kwetsbaarheid
- oud worden oud zijn
- neurodegeneratieve aandoeningen (dementie, CVA en Parkinson)
- gedragsproblemen
- multidisciplinaire samenwerking

Dr. A. Visser

Anita Visser studeerde in 1996 af aan de KUN, en werkte daarna als tandarts Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg in het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde UMC Groningen. In 1998 rondde zij haar opleiding voor gedifferentieerd ziekenhuisstandarts af. In 2005 werd zij erkend als tandarts MFP. Daarnaast werkt zij sinds 1999 als verpleeghuisstandarts. In het UMCG is zij betrokken bij het oligodontie-team, de werkgroep ectodermale dysplasie UMCG, de masterclasses gerodontologie voor verpleeghuisstandartsen, bij- en nascholing aan tandartsen,

specialisten geneeskunde en (studenten) tandheelkunde, het multidisciplinaire implantologie-team en het hoofd hals oncologie team. In 2009 is zij gepromoveerd op een onderzoek m.b.t. zorg en nazorg voor patiënten met intra- of extra-oraal implantaat-gedragen protheses. Zij begeleidt meerdere onderzoekers op het terrein van oligodontie, digitale ontwikkelingen in de maxillofaciale prothetiek, gerodontologie, sedatie van ouderen, bijzondere tandheelkunde en implantologie. In 2014 werd zij door de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie geaccrediteerd als tandarts Geriatrie, en in 2015 als Tandarts Restauratieve tandarts door de NVVRT. De NVGPT heeft haar in 2013 benoemd als lid van het MFP consilium, en de KNMT in 2015 als voorzitter van de CBZ (commissie bijzondere zorggroepen).

Drs. J. J. de Vries

Jeroen de Vries is sinds 2000 werkzaam in het UMCG. Voor aanvang van zijn specialisatie tot neuroloog heeft hij wetenschappelijk en klinisch onderzoek gedaan naar de ziekte van Alzheimer aan het Penn-Ralston Center (Memory Disorders Clinic) van de University of Pennsylvania (VS). Tijdens zijn specialisatie was hij betrokken bij de multidisciplinaire overleggen op het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO). Na zijn specialisatie werd hij stafid Neurologie in het UMCG. Hij is gespecialiseerd in neurodegeneratieve aandoeningen en bewegingsstoornissen, en betrokken bij de opleiding Geneeskunde en de specialisatie tot neuroloog, internist-ouderengeneeskunde en ouderenpsychiatrie, en bij de opleiding Logopedie van de Hanze University. Hij is als medisch adviseur betrokken bij patiëntenverenigingen: de Ataxie van Friedreich en de Autosomaal Dominante Cerebellaire Ataxie (ADCA). Hij is betrokken bij wetenschappelijk onderzoek, zowel internationaal (ESMI) als eigen onderzoek bij ADCA patiënten (pathologie/obductie onderzoek, ophthalmologie).

Dr. Arie Hoeksema

Arie Hoeksema studeerde af aan de RUG in 1991. Hij heeft zijn zich in 1993 gevestigd als tandarts in Winschoten (Mondzorg Centrum Winschoten), en levert sinds 1991 tandheelkundige zorg aan kwetsbare ouderen in multiple verpleeghuizen. In 2012 werd hij als onderzoeker aangesteld aan de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het UMCG, en promoveerde eind 2016 op het proefschrift getiteld: 'Oral health in frail elderly'. Hij geeft post-doctorale nascholing voor tandartsen, huisartsen en andere zorgverleners over mondzorg voor ouderen. Daarnaast is hij gastdocent en scriptie begeleider aan de RUG en Hanze Hoogeschool bij mondzorgkunde en tandheelkunde. Hij heeft zich tevens geschoold in de slaapgeneeskunde (slaap apneu), geriatrie en orale implantologie, waarbinnen hij zich voornamelijk richt op prothetiek (NVOI geregistreerd als TSVI-p). In 2014 werd hij door de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie erkend als tandarts Geriatrie en in 2016 door de Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde als Tandheelkundige Slaapgeneeskundige NVTs.

We hopen u te mogen begroeten bij één van de NSOI Roadshows 2017 in Eindhoven, Haarlem of Assen. ■



NSOI ROADSHOWS 2017

mondzorg voor ouderen

EEN GRIJS GEBIED?

Drie boeiende thema avonden met

Dr. Anita Visser
Drs. Jeroen de Vries
Dr. Arie Hoeksema

woensdag 07 juni 2017

in Hotel Van der Valk Eindhoven

donderdag 29 juni 2017

in Hotel Van der Valk Exclusief Haarlem

donderdag 13 juli 2017

in Hotel Van der Valk Exclusief Assen

Cursustijden 18:00 - 22:30 uur

€ 85,00

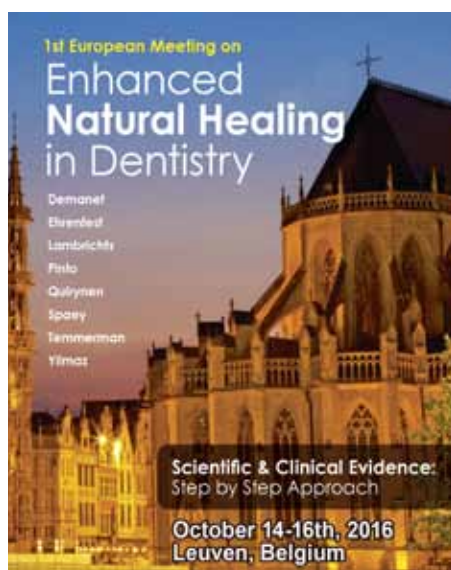
€ 95,00

voor leden NVOI, NVM en NVGd
voor niet-leden
inclusief lichte maaltijd vooraf



2 KRT/KRM punten

voor uitgebreide informatie
en direct online inschrijven
nsoiroadshows.nl



Tijdens het laatste NSOI najaarscongres in het Louwman Museum te Den Haag hield Prof. dr. Marc Quirynen een inspirerende voordracht over zijn grote liefde, L-PRF. Hij vertelde over de vele toepassingen van de techniek en de verschillende protocollen die hij gebruikt. Op verzoek van de redactie heeft professor Quirynen zijn belangrijkste protocollen willen aanleveren ten behoeve van publicatie in het NVOI Bulletin, zodat deze beschikbaar zijn voor de leden van onze vereniging.

foto Prof. dr. Marc Quirynen door Michiel Nijland

Flowchart 1

Step by step approach for the preparation of L-PRF (simple chair-side procedure)

Protocol for preparation of L-PRF clots:

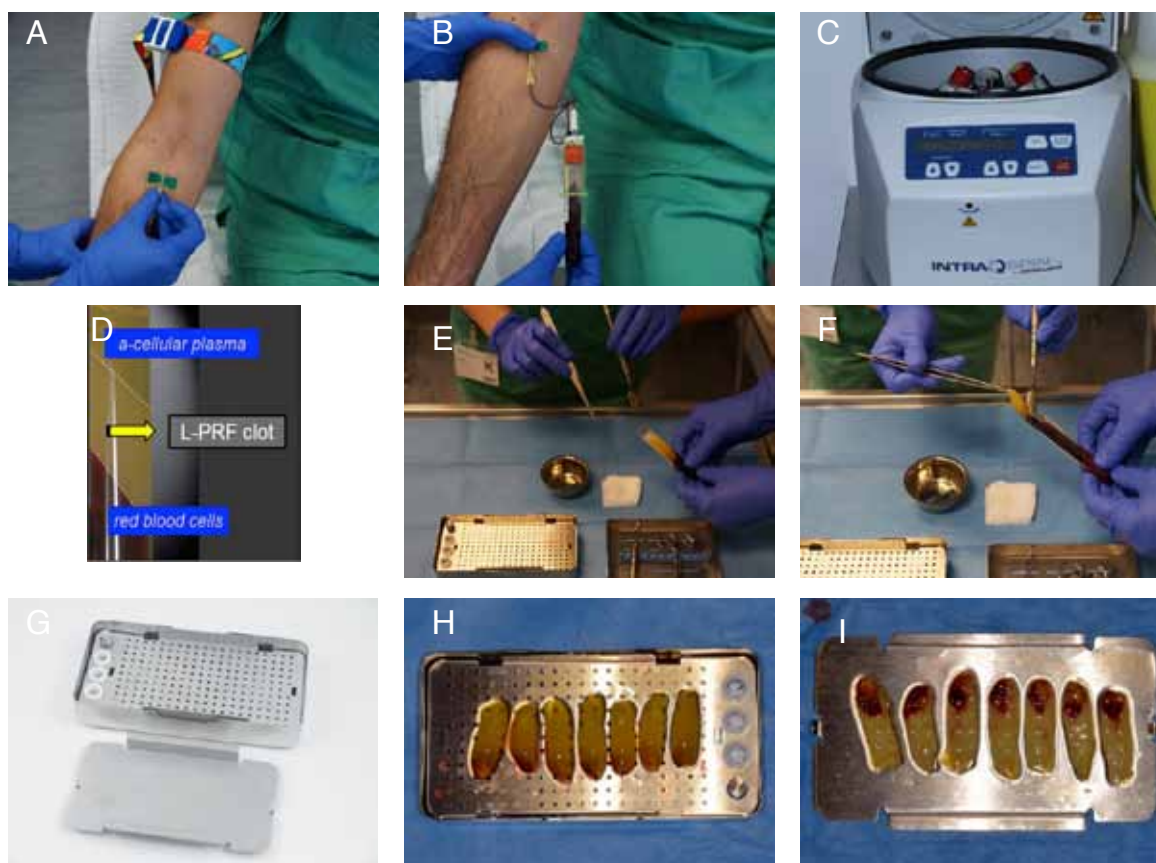
- Venepuncture: collect 4 to 8 9ml tubes of blood.
- Tubes have to be in centrifuge within 60 seconds (*centrifuge often loaded step wise with 2 tubes at the time and with centrifugation in between collection of new tubes*).
- Centrifugation at 400g RCF, (2700 rpm using the IntraSpin™ centrifuge, Intra-Lock, Boca Raton, FL, USA) for at least 12 minutes (*start timing after loading the centrifuge with last 2 tubes*).
- After ≥ 12 minutes centrifugation (for patient taking anti-coagulant medication 15 to 18 minutes are recommended) L-PRF clots are ready.
- Take the clots out of the tubes and separate them from the red blood cells.

Protocol for preparation of L-PRF membranes:

- Place clots in Xpression™ kit for gentle compression by gravity (e.g. with light metal, Figure 3).
- 5 minutes later the L-PRF membranes are ready for use.
- Membranes can be used during at least the next 2 hours, but should be prevented from drying out.

Protocol for preparation of L-PRF plugs:

- Place clots in the small cylinder of the metal box.
- Use the piston to carefully compress the clot.
- Plugs can be used during at least the next 2 hours, but prevent them from drying out.



Process of preparing L-PRF clots and membranes. A&B: Venepuncture and blood collection. C: Centrifugation at 400g RCF, (2700 rpm) with IntraSpin™ centrifuge. D: L-PRF clot in tube; clear separation: red blood corpuscles (RBCs) at the bottom, PPP (platelet poor plasma) on the top, and L-PRF fibrin clot in the middle. E&F: removal clot from tube and separation clot from red blood cells. G: Special designed kit (Xpression™ kit from Intra-Lock, Boca Raton, FL, USA) to compress L-PRF clots into L-PRF membranes with a consistent thickness of 1 mm. A piston and cylinder assembly (left site) can be used for the creation of L-PRF plugs, suitable for filling extraction sockets. H: L-PRF clots before compression. I: L-PRF membranes after gentle compression; the red area of the membrane represents the face side, where most leucocytes and platelets are concentrated.

Flowchart 2

Step by step approach for the use of L-PRF during open flap debridement

Protocol for L-PRF as sole biomaterial for intra-bony defect regeneration during open flap debridement

- Intra-sulcular incision with maximal preservation of gingival complex.
- Minimal flap elevation and degranulation of intra-bony defects.
- Optimal root planning.
- Rinse defect with L-PRF fluid (collect at the bottom of the Xpression™ kit (Intra-Lock, Boca Raton, FL, USA), after compressing the clots).
- Apply L-PRF membrane (or part of it) in the defect (preferably the face part of the membrane towards bone).
- Coverage of bony defect with ≥ 2 layers of L-PRF membranes, running ≥ 2 mm over the bony borders underneath the periosteum, in order to seal socket and to force the soft tissues to growth over, instead of, underneath the membranes.
- Suture flap and try to provide primary closure of the interdental papilla in the absence of tension.



Post-operative care

- Soft food intake, do not bite in treated area, no mechanical cleaning of the treated area.
- 0.12% Chlorhexidine 2 times per day for 1 min. for at least 3 weeks.
- Painkillers.

Graphic representation of an intra-bony defect filled with chopped L-PRF membrane parts (preferably the face part) and covered with L-PRF membranes (≥ 2 layers with face site towards bony defect, and running over the buccal and lingual bony borders. Primary closure is not mandatory.

Flowchart 3

Step by step approach for ridge preservation with L-PRF

Protocol for ridge preservation with L-PRF:

- A-traumatic tooth extraction with maximal preservation of alveolar bone.
- Accurate removal of inflammation and granulation tissue (if needed with bur).
- Preparation of envelope (circa 2 mm in width) between bony borders of socket and surrounding soft tissues, to allow to insert part of the L-PRF membranes between periosteum and flap, in order to seal socket and to force the soft tissues to growth over, instead of, underneath the membranes.
- If applicable use L-PRF exudate (aspirated in syringe), obtained after compression of clots, to irrigate and clean the socket.
- Place one by one the L-PRF plugs (± 3 -5 plugs) in the socket, compress vigorously with amalgam condenser and absorb superfluous serum with a gauze.
- Cover the socket with at least a double layer of L-PRF membranes and slide their margins between soft and hard tissues around the socket (envelope) to seal the socket and to prevent epithelial infiltration.
- Suture with, for example, a modified internal mattress or external mattress technique, not with the intention to close to wound, but to keep the membranes in place without traction.



Post-operative care

- No use of chlorhexidine during first 2 days, in order not to disturb initial soft tissue healing.

Graphic representation of an extraction socket filled with L-PRF. Several L-PRF plugs/membranes (≥ 3) are condensed at the bottom (face towards bone), the socket is sealed with at least 2 layers of L-PRF membranes. These membranes are slide under the periosteum at the bony socket borders (in the created envelope between periosteum and bony borders, 2mm coverage is sufficient). Suturing without any attempt to close the wound (healing by 2nd intention).

Flowchart 4

Step by step approach for sinus augmentation via window technique and L-PRF

Protocol for lateral-window technique and simultaneous implant placement using L-PRF as sole substitute

- Crestal incision (and one or two releasing incisions).

- Reflection of the flap far enough apical and distal to have a clear view.
- Preparation of lateral window with piezo-ultrasonic instruments (or with a ball drill) (look on CBCT for potential arteries in lateral sinus wall).
- Meticulous elevation of the Schneiderian membrane, pushing the bone window inside (prevent sharp edges).
- Once the membrane is elevated, the implant osteotomy site can be prepared.
- After careful preparation of the osteotomy but before implant placement, L-PRF membranes should be placed covering the Schneiderian membrane; make sure that at least 4 layers of L-PRF (preferably 2 double folded layers) are covering the Schneiderian membrane in the area where the apices of the future implants will be located.
- Place already some membranes against the palatal/mesial/distal walls of the uncovered sinus,
- Insert implant(s).
- Add extra L-PRF membranes around the implants in the sinus and buccally.
- Cover the window with at least 2 layers of L-PRF membranes (L-PRF face towards sinus).
- Close flap without moving the L-PRF membranes.
- Suture with monofilament non-resorbing sutures.

Post-operative care

- No flying, diving, air instruments for at least 6 weeks.
- Prevent forceful sneezing for at least 6 weeks.
- Prescribe sufficient painkillers, systemic antibiotics, and a nose spray and corticosteroids if needed.
- After 4-6 months of healing, the abutment can be placed and loaded if the implant is well integrated.



Graphic representation of the final situation after a lateral window approach with immediate implant placement using L-PRF as only substitute. Several L-PRF membrane layers (≥ 3) cover the Schneiderian membrane (face towards membrane) above the apex of the implant and to fill the implant site. Also the space between the implant and bony walls of the augmented sinus are filled with membranes (often ≥ 3). Finally the window is sealed with at least 2 layers of L-PRF membranes

Flowchart 5

Step by step approach for sinus augmentation via trans-alveolar approach and L-PRF

Protocol for trans-alveolar sinus floor augmentation simultaneous with implant placement using L-PRF as sole bone substitute

- Crestal incision (and one (or two) releasing incisions).
- Reflection of the flap to expose crestal bone.
- Osteotomy preparation up to 1mm away of the Schneiderian membrane (different techniques can be used including piezo).
- Placement of L-PRF membrane in osteotomy (act as a cushion for next step).
- Fracture carefully remaining floor of the sinus with osteotomes.
- Elevate Schneiderian membrane by carefully inserting several L-PRF membranes (one at the time) into sinus via osteotomy with the use of osteotomes.
- Make sure that at least 4 membranes of L-PRF are placed in the sinus.
- Insert implant(s).
- Suturing with monofilament non-resorbing sutures.

Post-operative care

- No flying, diving, air instruments for at least 6 weeks.
- Prevent forceful sneezing for at least 6 weeks.
- Prescribe sufficient painkillers, systemic antibiotics, and a nose spray and corticosteroids if needed.
- After 4-6 months of healing, the abutment can be placed and loaded if the implant is well integrated.



Graphic representation of the final situation after a trans-alveolar approach for sinus augmentation. Several L-PRF membranes (preferably ≥ 3 layers) separate the Schneiderian membrane from the apex of the implant, and fill the space between implant and augmented sinus and to fill the implant site (often ≥ 4 membranes are needed for a single implant).

Flowchart 6

Step by step approach for implant coating with L-PRF

Implant coating with L-PRF

- Prepare implant osteotomy following implant protocol.
- Use L-PRF exudate, obtained after compression of L-PRF clots, to irrigate and clean the osteotomy.
- Position the implant on the implant driver.

Option 1:

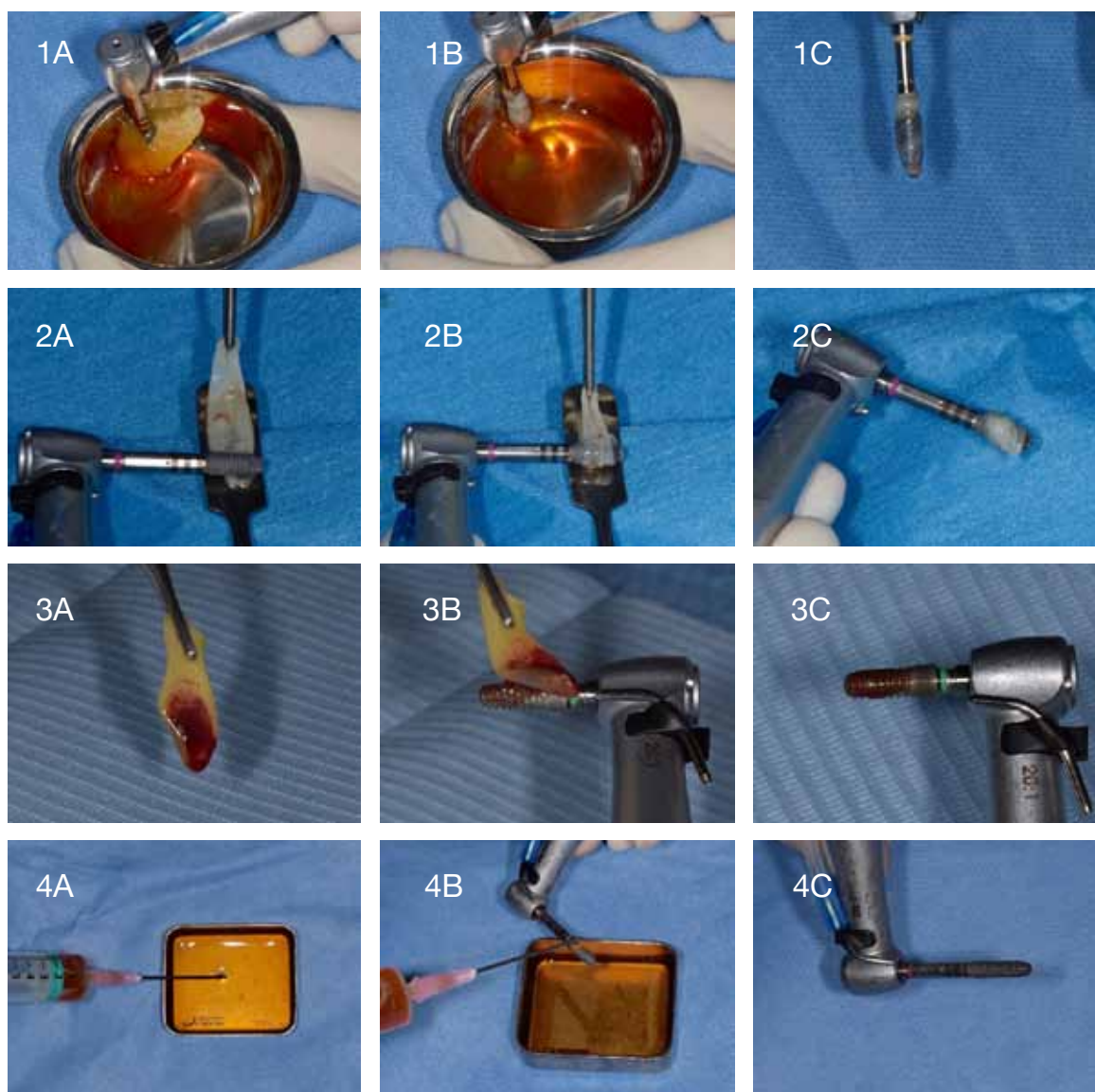
- Place a L-PRF clot in a small Ti dish.
- Let the implant slowly rotate in the clot while adding a little pressure against the wall of the Ti dish till the L-PRF is fully around the implant.
- Insert implant in osteotomy.

Option 2:

- Place the implant in contact with the L-PRF membrane.
- Let the implant slowly rotate and wrap the L-PRF membrane around it with the L-PRF face at the outside part.
- Insert implant in osteotomy.

Option 3:

- Place the L-PRF membrane in contact with the implant.
- Let the implant slowly rotate till the implant surface has been in contact with the membrane, remnants of the L-PRF membrane become visible on implant surface.
- Insert implant in osteotomy.
- or
- Collect the L-PRF exudate with a plastic Monoject after compression of the clots.
- Rinse the implant surface with the L-PRF exudate before insertion.
- Insert implant in osteotomy.



Different techniques to coat an implant with L-PRF before insertion.

1A: placement of implant against a L-PRF 'clot' in a small Ti-dish. **1B & 1C:** after slow rotation of implant in contact with the clot while adding a little pressure against the wall of the Ti-dish, the implant is wrapped in L-PRF. **2A:** placement of the L-PRF 'membrane' (carried by a Ti-spatula), in contact with the implant. **2B & 2C:** L-PRF membrane wrapped around the implant (via slow rotation) with the L-PRF face at the outside part. **3A:** placement of the L-PRF membrane in contact with the implant. **3B & 3C:** slow rotation of the implant in contact with the membrane. **4A:** collecting L-PRF exudate. **4B & 4C:** rinsing the implant surface with the L-PRF exudate just before insertion.

Flowchart 7

Step by step approach for the preparation of L-PRF block.

Protocol for preparation of PRF block™ using 0.5g of biomaterial (BioOss):

- Venepuncture: collect 6 tubes (red cap, glass coating) of blood following standard protocol and 2 tubes

- (white cap, plastic coating), the latter is drawn last and is placed last in centrifuge (2700 rpm/400g RCF).
- After 3 min interrupt centrifugation, remove both white cap tubes.
 - Restart immediately centrifuge with remaining red cap tubes for another 9 min.
 - Aspirate immediately the yellow fluid (= liquid fibrinogen) in white cap tube with a syringe, get as close as possible to the red cells, but do not aspirate them; use a plastic Monoject syringe and keep the liquid in that syringe.
 - After full centrifugation remaining tubes, remove L-PRF clots and compress gently to membranes in Xpression™ kit (Intra-Lock, Boca Raton, FL, USA).

Preparation of 'block'

- Chop 2 membrane(s) in very small pieces.
- Mix chopped membrane(s) and bone substitute in Ti-dish (ratio: $\pm$ 2 membranes / 0,5g biomaterial), if the mix is too dry, one can add some L-PRF exudate from the Xpression™ kit. Get a uniform mix.
- Spray 1cc of liquid fibrinogen over the homogeneous mix, and stir gently for $\pm$ 5 seconds while shaping it to the desired form.
- Fibrinogen will clot into fibrin within some minutes and trap the biomaterial to form a PRF block™.

A variation would consist of molding the mix biomaterial/L-PRF membranes into the surgical defect and squirt the fibrinogen rich liquid onto it, it will form the block in-situ, but the liquid can only penetrate $\pm$ 5 mm deep into the mix.



Graphic representation of LPRF block for horizontal bone augmentation. The small holes in cortical bone guaranty optimal blood supply. The L-PRF block is quite well adapted to the bony defect, and the liquid fibrinogen is slowly transformed into fibrin. At least 2 membranes (face towards bone defect) are used to cover the block; they are fixed via membrane tacks. Primary closure while suturing is preferred.





Clinical preparation of PRF block™ using 0.5g of biomaterial. **A:** collection of 6 tubes (red cap, glass coated) of blood following standard protocol, and at last 2 tubes for Liquid Fibrinogen (white cap, plastic coating). **B:** after 3 minutes of centrifugation, collect white cap tubes, close the centrifuge and restart for the remaining 9 minutes with the red cap tubes. Collect the liquid fibrinogen (yellow part at top of tubes) with a plastic Monoject syringe and keep it. **C:** gently compress the clots into membranes in the Xpression™ kit (Intra-Lock, Boca Raton, FL, USA). **D & E:** mix chopped membrane(s) and bone substitute in Ti dish. **F & G:** spray liquid fibrinogen over the homogeneous mix, and stir gently while shaping it to the desired form. **H:** L-PRF block ready to use (±5 minutes). **I:** placement of L-PRF block over implant with buccal dehiscence. ■



nvoi

Werkgroep herziening Algemene Richtlijn Tandheelkundige Implantaten - een update

Tijdens de algemene ledenvergadering van de NVOI op 14 juni 2016 is door het bestuur een werkgroep in het leven geroepen die tot taak heeft de Algemene Richtlijn Tandheelkundige Implantaten uit 2012, waarvan de geldigheid eind 2015 verstreek, te herzien zodat weer een up-to-date richtlijn beschikbaar zal zijn.

Als voorzitter van deze werkgroep geef ik graag een kort overzicht van de werkzaamheden van de werkgroep tot nu toe. De werkgroep, waarbij in de samenstelling o.a. is gekeken naar klinische ervaring, juridische achtergrond en wetenschappelijke betrokkenheid, bestaat uit de volgende personen:

- Drs. R.H.J. Eysink Smeets
tandarts, implantoog NVOI, voorzitter werkgroep
- Drs. A.J. Mosk *tandarts, implantoog NVOI*
- Drs. D.P. Dietvorst *tandarts, implantoog NVOI*
- Drs. M.F. Frank *MKA-chirurg-implantoloog NVOI, hoofd/hals oncologisch chirurg*

Daarnaast is op de achtergrond ondersteuning verleend door:

- Mw. Dr. D.E. van Diermen *arts, Orale Geneeskunde (MTI) Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam*
- Prof. dr. J.P.R. van Merkesteyn *arts, tandarts, MKA-chirurg,*

hoofd afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie Leids Universitair Medisch Centrum

- Prof. dr. M.S. Cune *Hoogleraar Restauratieve en Reconstructieve Tandheelkunde, co-voorzitter van de sectie Orale Functieleer Universitair Medisch Centrum Groningen*

Inmiddels zijn wij een viertal keer bijeengekomen waarbij allereerst een inventarisatie is gemaakt van de items die herziening behoeven, mede in samenhang met de sinds 2012 verschenen andere richtlijnen waaronder ook de richtlijnen die nadien door de NVOI zijn geaccordeerd. Wij streven ernaar een document op te stellen wat op een toegankelijke manier voor een ieder beschikbaar is zodat het in de praktijk een nuttig hulpmiddel is om te raadplegen. In het digitale tijdperk zijn daar goede mogelijkheden voor, waarbij dan ook de mogelijkheid bestaat om veranderde richtlijnen waarnaar wordt verwezen (en die zullen er op verschillende gebieden zonder meer komen) snel aan te passen zonder dat het gehele document gewijzigd hoeft te worden. Vooralsnog maken we goede vorderingen en we streven ernaar de richtlijn eind maart aan het bestuur in concept te kunnen voorleggen.

Robbert Eysink Smeets *voorzitter werkgroep* ■

Intra-surgical vs. radiographic bone level assessments in measuring peri-implant bone loss

Serino G, Sato H, Holmes P, Turri A

Clinical Oral Implants Research 2016, 1-5, doi: 10.1111/clr.12999

Inleiding Röntgenfoto's vormen een belangrijke diagnostische tool voor peri-implantitis. Het is echter gebleken dat er een discrepantie bestaat tussen het marginale peri-implantaire botniveau zoals waargenomen op een röntgenfoto en het werkelijke marginale botniveau. In deze studie werd dit verschil nader onderzocht.

Materiaal / methode 46 Bränemark implantaten met peri-implantitis werden geïncubeerd. Op solo-röntgenopnamen van de implantaten werd door drie onderzoekers (een parodontoloog en twee algemeen practici met veel implantologische ervaring) het botniveau gemeten mesiaal en distaal van het implantaat. Tijdens de chirurgische behandeling van de peri-implantitis werd na nettoyage het botniveau gemeten aan mesiale en distale zijde met behulp van een pocketsonde tot op één millimeter nauwkeurig. Vast referentiepunt bij de röntgenologische en klinische metingen was de implantaat-abutment overgang. De klinische waarden werden vervolgens vergeleken met de röntgenologische waarden.

Resultaten Het gemiddelde botniveau gemeten op de röntgenfoto's onderschatte het werkelijke niveau zoals klinisch gemeten tijdens de chirurgische behandeling. Dit verschil betrof gemiddeld 0.7 mm aan de mesiale zijde en 0.6 mm aan de distale zijde. In slechts 21% van de gevallen correspondeerde het radiologisch waargenomen botniveau met het klinisch waargenomen botniveau. Er bleek een positieve correlatie tussen de radiologische en klinische metingen. Hoewel bij alle drie de onderzoekers sprake was van een onderschatting van het werkelijke botniveau, bleek er een grote variatie in metingen. In 60% van de metingen betrof het verschil 1-2 mm.

Conclusie Het marginale peri-implantaire botniveau zoals waargenomen op röntgenfoto's is vaak een onderschatting van het klinische botniveau. Ook bestaat veel variatie in meetwaarden tussen verschillende waarnemers. Echter, met röntgenologisch onderzoek is het wel mogelijk de ernst van het botverlies waar te nemen. Ofwel, er bleek een positieve correlatie tussen het botniveau gemeten op de röntgenfoto en het werkelijke botniveau.

Abstract

Samenvatting door Laurens den Hartog

Immediate versus delayed implant placement after anterior single tooth extraction: the timing randomized controlled clinical trial

Tonetti MS, Cortellini P, Graziani F, Cairo F, Lang NP, Abundo R, Conforti GP, Marquardt S, Rasperini G, Silvestri M, Wallkamm B, Wetzel A

Journal of Clinical Periodontology (2016), doi:10.1111/jcpe.12666

Inleiding Doel van deze studie was het vergelijken van de noodzaak van botaugmentatie, het optreden van chirurgische complicaties en parodontale, röntgenologische, esthetische en patiënt-gerapporteerde uitkomsten bij patiënten bij wie een implantaat geplaatst wordt direct na extractie (immediate plaatsing, IP) of twaalf weken later (delayed plaatsing, DP).

Materiaal / methode Het onderzoek betreft een multi-center, praktijkgerichte, gerandomiseerde klinische studie. Patiënten met een extractierijpe incisie, cuspidaat of premolaar werden gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Direct na extractie van het element en nadat bepaald was dat directe plaatsing van een implantaat tot de mogelijkheden behoorde, werden patiënten gerandomiseerd toegewezen aan de IP of DP groep. Implantaatpositie en keuze voor implantaatplatform werden op basis van prothetiek bepaald. Metingen werden uitgevoerd door gekalibreerde, 'geblindeerde' onderzoekers.

Resultaten Bij 7,5% van de patiënten bleek na extractie dat het niet mogelijk was om direct een implantaat te plaatsen (aanwezigheid van infectie, pusafvoer of onvoldoende bot aanwezig voor voldoende primaire stabiliteit). 124 patiënten werden gerandomiseerd. Een implantaat ging verloren (IP-groep). Botaugmentatie bleek significant vaker nodig bij patiënten in de IP groep dan in de DP-groep (72% versus 43,9%, $p = 0.01$). Bij patiënten in de IP-groep was bovendien vaker sprake van gestoorde wondgenezing (26,1% versus 5,3%, $p = 0.02$). Gemiddelde pocketdiepte na één jaar was hoger in de IP-groep ($4,1 \pm 1,2$ mm versus $3,3 \pm 1,1$ mm, $p < 0.01$) en ook ging er gedurende de 3-jaars periode meer bot verloren in de IP groep ($p < 0.01$). De esthetiek van de mucosa (Pink Esthetic Score) was vaker ontoereikend in de IP-groep dan in de DP-groep (42% versus 19%, $p = 0.03$). Er waren geen verschillen in patiënt-gerapporteerde uitkomsten tussen beide groepen.

Conclusie Het immidieaat plaatsen van een implantaat is niet aan te bevelen voor situaties waarbij esthetiek een belangrijke rol speelt. Het immidieaat plaatsen van een implantaat dient voorbehouden te zijn aan zorgvuldig geselecteerde casus.

Abstract

Samenvatting door Dr. Yvonne de Waal, UMC Groningen

The influence of collagen membrane and autogenous bone chips on bone augmentation in the anterior maxilla: a preclinical study

Janner S, Bosshardt D, Cochran D, Chappuis V, Huynh-Ba G, Jones A, Buser D

Clinical Oral Implants Research 2016, 1-13, doi 10.1111/clr.12996

Inleiding Implantaatplaatsing in het front wordt vaak gecombineerd met een augmentatie vanwege onvoldoende breedte van de processus. Een bekende techniek is het plaatsen van autoloog bot op het implantaatoppervlak, met hierover een botssubstituut en een membraan. De vraag is echter of autoloog bot en een membraan per se nodig zijn voor botvorming buccaal van het implantaat. In deze dierexperimentele studie wordt dit nader onderzocht.

Materiaal / methode De laterale incisieven en eerste premolaren in de bovenkaak van acht honden werden geëxtraheerd. Na vijf weken werd opgeklapt en een implantaatbed geprepareerd. Buccaal hiervan werd een defect van 3.5 mm in breedte en 5.5 mm in lengte gecreëerd. Een 3.3 mm breed en 8 mm lang Bone Level implantaat werd geplaatst, waarna de dehiscentie op vier manieren werd bedekt: 1. botssubstituut (Bio-Oss) met een resorbeerbaar collageenmembraan (Bio-Gide); 2. autoloog bot, botssubstituut en membraan; 3. alleen botssubstituut; 4. autoloog bot en botssubstituut. Het autologe bot werd geoogst uit de directe omgeving. De diastemen werden na hechten beschermd met een splint van glasvezel en composiet. Vier dieren werden opgeofferd 3 weken na chirurgie en vier na 12 weken. Coupes werden verkregen in oro-faciale richting, en met behulp van histologisch en histomorphometrisch onderzoek werd de botgenezing geanalyseerd.

Resultaten Na twee dagen was meer dan de helft van de splints afwezig of los. De histomorphometrische analyse van de proefdieren die na 3 weken werden opgeofferd liet een positief effect zien van het gebruik van autoloog bot op zowel osseointegratie als botvorming. Na 12 weken bleek een positieve relatie tussen het gebruik van een collageenmembraan en de vorming van bot rond de botssubstituutpartikels. De breedte van het geaugmenteerde gebied was significant gereduceerd bij proefdieren waarbij de splint na twee dagen afwezig was of los zat.

Conclusie Uit deze preklinische studie blijkt dat bij een dehiscentie buccaal van het implantaat toevoeging van autoloog bot en een collageen membraan de mate van botvorming rond een botssubstituut positief beïnvloeden. De auteurs stellen dat een ongestoorde wondgenezing van belang is voor een succesvolle augmentatie. Zij adviseren een tijdelijke voorziening die geen druk op de wond geeft.

Abstract

Samenvatting door Laurens den Hartog

Biomechanical, biologic and clinical outcomes of undersized implant surgical preparation: a systematic review

Stocchero M, Toia M, Cecchinato D, Becktor JP, Coelho PG, Jimbo R

International Journal of Oral and Maxillofacial Implants (2016); 31:1247-1263

Inleiding Doel van deze systematische literatuurstudie was het evalueren van de biomechanische, biologische en klinische uitkomsten van ondermaatse preparatie van het implantaatbed.

Materiaal / methode Drie databases (PubMed, Web of Science en Cochrane Library) werden doorzocht op in-vitro studies, dierstudies en klinische studies waarin ondermaatse preparatie van het implantaatbed werd vergeleken met 'normale' preparatie.

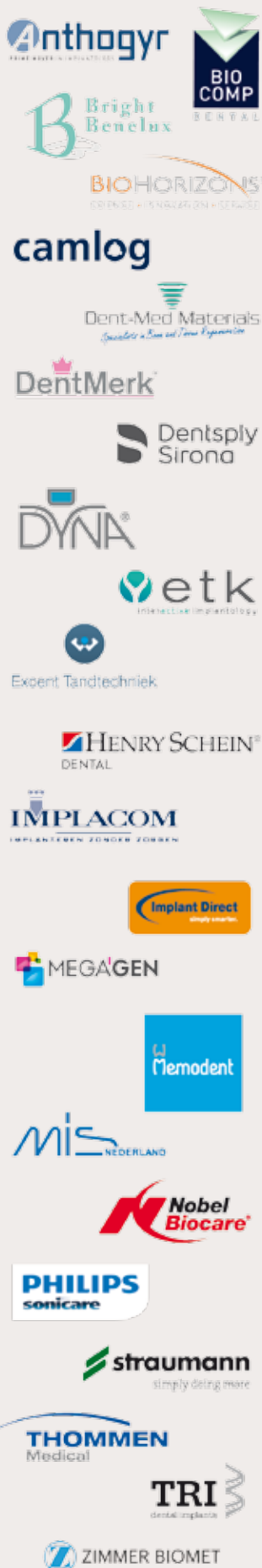
Resultaten Uit een initiële selectie van 1655 titels bleven 29 studies over die voldeden aan de inclusiecriteria. Deze studies behandelden biomechanische aspecten (14), biologische aspecten (7), biologische en biomechanische aspecten (6) en klinische aspecten (2). Vanwege methodologische variatie bleek het niet mogelijk om een meta-analyse uit te voeren. Meerdere studies hebben aangetoond dat, in geval van een lage botdichtheid, implantaten geplaatst in een ondermaats implantaatbed een significant hogere insertie torque hebben dan implantaten geplaatst in een passend implantaatbed. Dit effect is minder duidelijk wanneer er sprake is van een hoge botdichtheid en een dikke corticale botlaag. Op de lange termijn zijn er geen verschillen in bot-implantaat-contact tussen implantaten geplaatst na ondermaatse preparatie of conventionele preparatie. Over de effecten op korte termijn is te weinig bekend. Klinische studies lieten geen negatieve effecten zien voor ondermaatse preparatie, hoewel het klinische bewijs schaars is. Er zijn geen gegevens bekend over het effect van ondermaatse preparatie op marginaal botverlies.

Conclusie Het plaatsen van implantaten in een ondermaats implantaatbed lijkt een veilige procedure te zijn, waarbij, met name in bot met een lage dichtheid, een hogere insertie torque behaald kan worden. Opgemerkt dient te worden dat het onderliggende bewijs beperkt is.

Abstract

Samenvatting door Dr. Yvonne de Waal, UMC Groningen

NSOI partners 2017



Agenda / Colofon

NSOI workshop max. 32 deelnemers Implantologie De Bovenbouw compacte workshops op wisselende locaties

data	dinsdag 28 maart 2017 - Oostzaan-Amsterdam donderdag 26 oktober 2017 - Zwolle
tijden	13:45 - 21:00 uur
locaties	Hotel Van der Valk Exclusief - Oostzaan-Amsterdam Hotel Van der Valk Exclusief - Zwolle
docenten	Ronnie Goené, Henny Meijer en Alwin van Daelen
kosten	€ 295,00 incl. koffie, thee en broodjes
KRT	6 punten
informatie	implantologiedebovenbouw.nl

Greatness in your hands

Get Started with All-on-4®

datum	donderdag en vrijdag 11 en 12 mei 2017
locatie	Parijs
tijd	João Borges
informatie	030-635 4949 nobelbiocare.com/courses

NSOI Roadshows 2017

Mondzorg voor ouderen - een grijs gebied?

data	donderdag 7 juni 2017 - Eindhoven donderdag 29 juni 2017 - Haarlem donderdag 13 juli 2017 - Assen
tijden	18:00 - 22:30 uur
locaties	Hotel Van der Valk, Eindhoven Hotel Van der Valk Exclusief, Haarlem Hotel Van der Valk Exclusief, Assen
docenten	Dr. Arie Hoeksema, Dr. Anita Visser en Drs. Jeroen de Vries
kosten	€ 85,00 voor leden NVOI, NVM en NVGd € 95,00 voor niet-leden incl. lichte maaltijd bij ontvangst
KRT	2 punten
informatie	nsoiroadshows.nl

Algemene Ledenvergadering NVOI

datum	dinsdag 13 juni 2017
tijd	20:00 uur precies
locatie	Hotel Van der Valk Exclusief, Houten
KRT/KRM	2 punten

iCademy 2017

exclusieve masterclass voor de implantoloog NVOI

datum	dinsdag 20 juni 2017
locatie	Kasteel de Wittenburg, Wassenaar
docenten	Matteo Chiapasco
kosten	€ 375,00
KRT	4 punten
informatie	icademy2017.nl

NSOI masterclass max. 20 deelnemers Implantologie De Hoofdzaak

tweedaagse cursus met hotelarrangement

data	donderdag en vrijdag 29/30 juni 2017 donderdag 30 november en vrijdag 1 december 2017
locatie	Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Groningen NH Hotel, Groningen (t.o. UMCG)
docenten	Rutger Batenburg, Ronnie Goené, Henny Meijer en Gerry Raghoobar.
kosten	€ 1.695,00
KRT	12 punten
informatie	implantologiedehoofdzaak.nl

NSOI masterclass max. 20 deelnemers Implantologie Het Fundament

ééndaagse cursus met hands-on training

data	vrijdag 29 september 2017
locatie	Kasteel De Vanenburg, Putten
docenten	Chris ten Bruggenkate, Ronnie Goené, Henny Meijer en Gerry Raghoobar
kosten	€ 695,00
KRT	6 punten
informatie	implantologiehethetfundament.nl

nvoi om op te bouwen
nederlandse vereniging voor orale implantologie

NVOI Bulletin | jaargang 22 | nummer 1
een uitgave van de NSOI - ISSN 1569 7118

Postbus 34, 1633 ZG Avenhorn
t +31 (0)229 54 03 29 f +31 (0)229 54 34 67
e bulletin@nvoi.nl

Redactie Sophie Kuijpers
Vormgeving Jan Willem Vis@ArtDirected.nl
Druk LibertasPascal.nl

De NSOI Tariefkaart 2017 kunt u aanvragen via
het secretariaat of direct downloaden via
nvoi.nl/vereniging/redacties/

© Het overnemen van welk deel dan ook van de inhoud
van dit bulletin is slechts toegestaan na schriftelijke
toestemming vooraf van het bestuur van de NVOI.

Samenstelling van het bestuur van de NVOI

Inez van de Poll voorzitter
voorzitter@nvoi.nl
Pieter Schoen vice-voorzitter
vicevoorzitter@nvoi.nl
Eric Santing penningmeester
penningmeester@nvoi.nl
David Rijkens secretaris
secretaris@nvoi.nl
Sophie Kuijpers lid
secretariaat@nvoi.nl
Arie Booij lid
secretariaat@nvoi.nl
Pim Ruijpers lid
secretariaat@nvoi.nl

implantologie 2017

Cursusprogramma

De Nederlandse Stichting Orale Implantologie (NSOI) houdt zich als wetenschappelijke organisatie van tandheelkundige zorgverleners bezig met het bevorderen en verbreiden van de kennis der orale implantologie, het dienstbaar maken van deze kennis aan de praktijk, de volksgezondheid en het onderwijs. Onder kundige leiding van de Commissie Post Academisch Onderwijs Implantologie (PAOI) biedt de stichting een uitgebreid en up-to-date trainings- en opleidingsprogramma aan. Naast dit uitgebreide programma organiseert de NSOI tevens het jaarlijkse Najaarscongres en de tweejaarlijkse Landelijke Studiedag Implantologie. Voor uitgebreide cursus- en congresinformatie, kosten en direct online inschrijven kunt u terecht op nsoicursussen.nl en de onderstaande individuele cursuswebsites.

Implantologie De Essentie

wat alle medewerkers moeten leren zien en weten in de dagelijkse praktijk
praktijkgerichte cursus met simulatiepatiënten

implantologiedeessentie.nl

Implantologie De Bovenbouw

alle facetten van kronen op implantaten
compacte, praktijkgerichte workshop met hands-on training

implantologiedebovenbouw.nl

Implantologie De Verdieping

principes voor implantologisch handelen
2-daagse verdiepingscursus voor tandartsen en mka-chirurgen

implantologiedevertieping.nl

Implantologie Het Vervolg

voorkomen en behandelen van complicaties
themacursus voor tandartsen, mka-chirurgen en mondhygiënist met focus op zorg in het vervolgtraject

implantologiehetvervolg.nl

Implantologie Het Fundament

over bot, botsubstituten en augmentaties
masterclass voor tandartsen en mka-chirurgen, inclusief hands-on training op kadavers

implantologiehetfundament.nl

Implantologie De Hoofdzaak

2-days hands-on human cadaver course
masterclass voor tandartsen en mka-chirurgen met ervaring in de implantologie

implantologiedehoofdzaak.nl

iCademy

implantologisch denken en handelen op het hoogste niveau
exclusief voor erkende implantologen NVOI

icademy2017.nl



Voor overige inlichtingen
Congresbureau NSOI · Jolanda Exalto
Postbus 34, 1633 ZG Avenhorn
congresbureau@nsoi.nl

nsoicursussen.nl



NSOI om van te leren



NEDERLANDSE STICHTING ORALE IMPLANTOLOGIE

NSOI.NL

IMPLANTOLOOGNVOI.NL



Dhr / Mevr	BIG nummer
naam praktijk	
factuuradres	
postcode	plaats
telefoon	email

Kosten iCademy 2017

€ 375,00

Bij inschrijving vóór de incassodatum geldt een korting van € 50,00 per deelnemer!

Ondergetekende, erkend implantoloog NVOI, machtigt hierbij Congresbureau NSOI om éénmalig de kosten inzake bovenstaande inschrijving af te schrijven van zijn/haar bankrekening en gaat met deze inschrijving tevens akkoord met de Algemene Voorwaarden NSOI. De incasso voor deze masterclass zal 6 weken voorafgaand aan de cursusdatum worden uitgevoerd ten gunste van IBAN nummer NL46 ABNA 0459 4732 12 ten name van de Nederlandse Stichting Orale Implantologie (NSOI).

IBAN nummer	t.n.v.
datum	handtekening

Inschrijving geschiedt op volgorde van aanmelding. Na ontvangst van dit formulier ontvangt u binnen 2 weken een bevestiging van uw definitieve inschrijving. Annulering van de inschrijving dient schriftelijk te geschieden bij het Congresbureau NSOI. Bij annulering tot 6 weken voorafgaand aan de cursusdatum wordt € 30,00 administratiekosten in rekening gebracht, daarna wordt 50% van uw inschrijvingskosten in rekening gebracht. Bij annulering binnen de periode van 2 weken voorafgaand aan de cursusdatum vindt geen restitutie meer plaats. De masterclass iCademy2017 is aangevraagd bij het Kwaliteits Register Tandartsen (KRT) voor 4 punten. Datum, prijswijzigingen, programma, tijden en spreker(s) onder voorbehoud.



INSCHRIJFFORMULIER IMPLANTOLOGIE DE HOOFDZAAK 2017

Wij verzoeken u vriendelijk dit formulier graag duidelijk, met een zwarte pen en in blokletters, in te vullen. U kunt dit formulier faxen of versturen naar: Congresbureau NSOI, Postbus 34, 1633 ZG Avenhorn.

Dhr / Mevr	BIG nummer
naam praktijk	
factuuradres	
postcode	plaats
telefoon	email

NSOI masterclass Implantologie De Hoofdzaak 2017

kosten per deelnemer € 1.695,00

Graag de door u gewenste data aankruisen

- ☐ donderdag 29 en vrijdag 30 juni 2017
- ☐ donderdag 30 november en vrijdag 1 december 2017
- ☐ in Universitair Medisch Centrum Groningen
- ☐ inclusief
- ☒ diner in De Prinsenhof ☒ NH hotelarrangement met ontbijt

Ondergetekende gaat met deze inschrijving akkoord met de Algemene Voorwaarden NSOI. De nota voor deze cursussen zal 8 weken voorafgaand aan de betreffende cursusdata aan u worden toegestuurd met het verzoek deze binnen 14 dagen te voldoen op IBAN-nummer NL46 ABNA 0459 4732 12 t.n.v. de Nederlandse Stichting Orale Implantologie (NSOI).

datum	handtekening
-------------	--------------------

Alle aangeboden cursussen, congressen, studiedagen en workshops vallen onder het beheer van de NSOI. Na ontvangst van dit formulier ontvangt u een bevestiging. Annulering van de inschrijving dient schriftelijk te geschieden bij het Congresbureau NSOI. Bij annulering tot 6 weken voorafgaand aan de cursusdata wordt € 30,00 administratiekosten in rekening gebracht, daarna wordt 50% van uw inschrijvingskosten in rekening gebracht. Bij annulering binnen de periode van 2 weken voorafgaand aan de cursusdata vindt geen restitutie meer plaats. De NSOI masterclass Implantologie De Hoofdzaak 2017 is aangemeld bij het Kwaliteits Register Tandartsen (KRT) voor 12 punten. Data, prijzen, programma, tijden en sprekers onder voorbehoud.

*Botvermeerderingstechnieken
bij partieel betande patiënten*

Matteo Chiapasco



HIER
POSTZEGEL
PLAKKEN

CONGRESBUREAU NSOI
POSTBUS 34
1633 ZG AVENHORN

nsoi · post academisch onderwijs implantologie

implantologie 2017
de hoofdzaak

2-DAYS HANDS-ON HUMAN CADAVER COURSE



data
donderdag 29 en vrijdag 30 juni 2017
donderdag 30 november en vrijdag 1 december 2017

locatie
Universitair Medisch Centrum Groningen

Implantologie De Hoofdzaak wordt ondersteund door:



HIER
POSTZEGEL
PLAKKEN

CONGRESBUREAU NSOI
POSTBUS 34
1633 ZG AVENHORN

Ga voor lange termijn succes en voorkom agressieve Peri-implantitis

1. LegacyP implant

- Internal Hex connection, proven since 1986

Fixturemount

- Usable as **abutment**
- Concave shaped
- Prevents cortical bone interference

Machined Surface, proven since 1952

- **Smooth** surface with SA $\pm 0.2 \mu\text{m}$ RA $\pm 0.4 \mu\text{m}$
- Less need for **bonegrafting**, can be placed supracrestally
- Minimizes risk of inflammation of the mucosa
- Less crater-like aggressive **peri-implantitis** bone loss



- Less plaque accumulation on machined surfaces



- Aggressive crater-like bone loss on rough surfaces

SBM surface, proven since 2005

- Fast osseointegration
- **Medium-rough** texture SA $\pm 0.8 \mu\text{m}$ RA $\pm 1.5 \mu\text{m}$

Progressive V-Thread Design

- **Proven V-threads** since 1952
- Contemporary sharp cutting apical design
- For reinforced primary stability

2. Photofunctionalization

- **Super wettability** of the implant surface
- 3 times improvement in **osseointegration speed**
- Increases the bone to implant contact (BIC)
- Improved implant anchorage by greater than 25%



As received



Photofunctionalized

3. Concave Prosthetics

- Better **soft tissue** management
- Option for subcrestal placement
- Prosthetics can be placed easier



4. Cad-Cam SMARTbase

- 0° to 25° off axis capability
- Seamless blend for a natural look
- Concave profile
- Ideal for **screw retained** restorations
- Full digital workflow



5. SilverPlug

- Antibacterial effect
- Prevents mucositis
- Solid and easy to manipulate
- The perfect filling material for the screw channel

