

NVOI Roadshows 2023
**Digitale prothese
sterk in opkomst
'Misfit or benefit?'**

01 | april 2023

Bulletin

Tuchtrecht special
**Een aanklacht heeft
grote impact**

Top-notch influencers
**Hoogleraren geven hun visie op
onze dagelijkse dilemma's**

Human Specimen Course hands-on: pre implantological surgery

Donderdag 15 juni 2023 in Rotterdam



Learn,
Interact,
Grow!

Cursus gericht op de pre- implantologische chirurgie:

- reconstructies van botdefecten in de boven- en onderkaak;
- Guided Bone Regeneration (GBR);
- sinusbodemelevaties en reconstructies met autoloog bot.

Een unieke kans om uw vaardigheden
te oefenen in de snijzaal.

Meer informatie

De cursus wordt gegeven in samenwerking met het ITI.
De organisatie is in handen van Straumann.
Telefoon: (030) 600 89 12
E-mail: education.nl@straumann.com

Registratie

skill.straumann.nl





06

Inhoud

06. PROEFSCHRIFT

Luc van Doorne

14. EXPERT OPINIONS

Onze hoogleraren bekenen kleur

19. AANKONDIGING RONNIE GOENÉ SYMPOSIUM

Heading for the future

20. AANKONDIGING ROADSHOWS 2023

Digitale prothese: 'Misfit or Benefit?'

22. VERSLAG MKA RONDINI'S

Bijeenkomst Schiermonnikoog

29. SPECIAL

Alles over het tuchtrecht

30. VERWEERDER

Tuchtzaak: schrik van je leven!

33. TUCHTCOLLEGE

Hoe is dit georganiseerd in Nederland

37. NVOI

De rol van een wetenschappelijke vereniging bij tuchtzaken

38. JURIDISCH PERSPECTIEF

Beïnvloeding van- en door uitspraken van tuchtcolleges

40. AANKONDIGING LUSTRUMCONGRES

Last minute kriebels?

43. VOORUITBLIK

43. NVOI LEDENBESTAND

44. ABSTRACTS

46. AGENDA

47. COLUMN



20

29



icx-implants.nl



€79 per implantaat | Premium kwaliteit

implantaten | prothetiek | chirurgische instrumenten | biomaterialen



**Bespreek wat je kan
besparen met een
dentale expert**

100% vrijblijvend

085 - 024 0114

eric@icx-implants.nl

icx-implants.nl

ICX



Dit jaar staat vanzelfsprekend in het kader van het 40-jarige bestaan van de NVOI. De vereniging is 11 maart 1983 opgericht in Amsterdam. Onze missie was en is nog steeds:

- het bevorderen en verbreiden van de kennis van de orale implantologie
- het dienstbaar maken van deze kennis aan de praktijk, de volksgezondheid en het onderwijs
- het onderhouden van contacten met hen die zich in het binnen- en buitenland met gelijke of aanverwante doelstellingen hebben verenigd.

We mogen trots zijn wat er na 40 jaar allemaal is bereikt: de vereniging staat als een huis en is één van de meest vooraanstaande wetenschappelijke verenigingen in tandheelkundig Nederland.

Het bevorderen en ondersteunen van de werkzaamheden van onze leden op het gebied van de orale implantologie is ook altijd een belangrijk aspect van ons beleid geweest.

Jaarlijks plaatsens we in Nederland bijna 200.000 implantaten. In verreweg de meeste gevallen is zowel patiënt (cliënt) als behandelaar

tevreden over het eindresultaat. Echter, niet altijd verlopen alle behandelingen volgens plan. Vrijwel altijd kan dit, in goed overleg, naar tevredenheid worden opgelost.

NVOI 40 jaar

In een heel enkel geval kan het helaas escaleren en moet een tuchtcollege zich buigen over een implantologie-casus, gemiddeld 5 keer per jaar. In dit bulletin besteden we extra aandacht aan het tuchtrecht vanuit uiteenlopende invalshoeken.

Verder in dit Bulletin o.a. :

- Promotieverslag van Luc van Doorne
- Onze hoogleraren bekenen kleur
- Verslag MKA Rondini Studieclub
- Aankondiging van de roadshows (3x), waarin ditmaal de edentate patiënt centraal staat
- Abstracts en uiteraard de vertrouwde column van onze redacteur

Natuurlijk vindt u ook weer een overzicht van het prachtige aanbod aan bijeenkomsten, cursussen, congressen en roadshows. Van startende implantoloog tot en met de meest ervaren behandelaar: voor elk wat wils.

Ik kijk vooral uit naar onze lustrumreis 'The Ikaros Games' in Athene over enkele weken. Ik hoop daar met u het glas te mogen heffen op ons 40 jarig bestaan!

Bart Polder, voorzitter NVOI

Overdenture rehabilitation with mini dental implants in atrophic jaws

■ Door Luc van Doorne



Luc van Doorne promoveerde op 3 februari 2023 aan de Universiteit Gent

Promotoren: Prof. dr. Hugo De Bruyn, Prof. dr. Hubert Vermeersch, Prof. dr. Gert Meijer

Sinds de introductie van methylmethacrylaat in 1937, is de uitneembare mucosaal gedragen kunsthars gebitsprothese een standaard behandeling voor de tandenloze patiënt. Het langdurig dragen van een klassiek uitneembaar kunstgebit leidt echter tot kaakresorptie en atrofie. Dentale implantaten als verankering voor een overkappingsprothese of fixatie van vaste brugconstructies, zorgen in deze patiëntengroep voor een duidelijke toevoeging van mondgezondheid-gerelateerde levenskwaliteit. Succesvolle osseointegratie is afhankelijk van voldoende botvolume. Standaard diameter implantaten in geresorbeerde kaken vereisen vaak additionele chirurgische botreconstructies. Deze procedures geven aanleiding tot een toename in behandelduur, verhoogde morbiditeit en extra kosten. Het zijn daarnaast extra barrières voor de patiënt om voor een dergelijke levenskwaliteit verhogende behandeling met implantaten te kiezen. Het gebruik van smallere mini-dentale implantaten (MDIs) kunnen hiervoor een oplossing bieden. Ze worden sinds de ITI Consensus Conference statement 2018 gedefinieerd als implantaten met diameter <2.5mm. De combinatie van deze budgetvriendelijke implantaten, geplaatst onder lokale anesthesie met een minimaal invasieve chirurgische techniek, maakt het mogelijk om deze procedure toe te passen bij medisch gecompromitteerde, kwetsbare en geriatrische patiënten.

In de onderkaak werden MDIs als verankering voor een overkappingsprothese al vaker onderzocht. Onderzoek in de bovenkaak is schaars. Dit proefschrift beoogt hier een aanvulling op te zijn.

Studie opzet en resultaten

Het prospectief klinisch onderzoek betreft een case control cohort van 31 patiënten (14 vrouwen, 17 mannen), edentaat in de bovenkaak met retentieproblemen van de bovenste gebitsprothese en een vaste gebitsrehabilitatie of natuurlijke dentitie in de onderkaak. Er werden 5 tot 6 maxillaire MDIs geplaatst door eenzelfde maxillofaciale chirurg (LVD), met implantologische ervaring.

De MDI karakteristieken kunnen we beschrijven als eendelige high-strength pure grade 4 titanium implantaten met een diameter van 2.4 mm en lengtes 10 of 11.5mm [ILZ, Southern Implants, Irene, South Africa]. Een bolattachement van 1.8mm in diameter bevindt zich coronaal met daaronder een glad oppervlakkig gedeelte (Sa-value: $0,4 \mu\text{m}$) van 4.8 mm lengte gevolgd door het conisch opgeruwd oppervlak (Sa-value: $1,5 \mu\text{m}$) apicaal. Het implanteren werd uitgevoerd onder lokale anesthesie zonder

Foto Verdediging
dissertatie in Gent





Curriculum Vitae

Luc Van Doorne (01-07-1964) behaalde zijn diploma in de genees-, heel- en verloskunde aan de RUG Gent in 1989 en aansluitend zijn Licentiaat in de tandheelkunde aan de VUB Brussel in 1992. Hij specialiseerde zich nadien in de mond-, kaak- en aangezichts chirurgie met een Fellowship in Nancy (Frankrijk) voor craniofaciale heelkunde. Hij kreeg zijn erkenning als MKA-chirurg in 1996.

In 2010 behaalde Luc Van Doorne zijn Europees diploma mond-, kaak- en aangezichts chirurgie en werd zo Fellow van de European Board of Oral-Maxillo-Facial Surgery.

Momenteel is hij als medewerker verbonden aan de afdeling Orale and Maxillo-Faciale Chirurgie/ Hoofd-Hals Chirurgie/ Plastische Chirurgie van het Universitair Ziekenhuis Gent. Daarnaast werkt hij in zijn private verwijfspraktijk 'Het Tandplein' in Brugge.

Hij is getrouwd met Carla Vanderstraeten en is vader van twee dochters, Helena en Pauline.

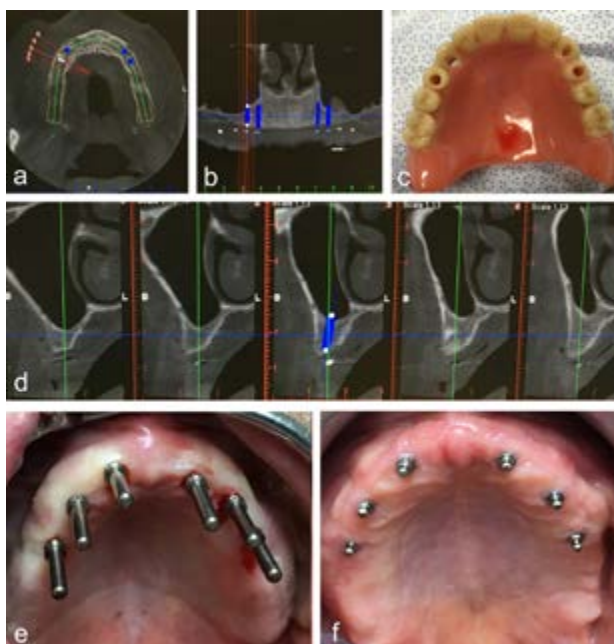
het maken van een muco-periostale flap [flapless surgery]. Aan de hand van een voorafgenomen 3D-conebeam CT (3D-CBCT) met radio-opake markeringen aangebracht coronaal in de bestaande uitneembare gebitsprothese (regio snijtanden, hoektand en premolaren), werden de meest ideale implantaatposities bepaald. Nadien werd de gebitsprothese omgevormd tot een richtplaat met het doorboren van occlusaal naar mucosaal op de plaats van de markeringen. Zo werden de implantaatplaatsen in de mond teruggevonden. Een strikt boorprotocol met een 2.0 mm eindboor werd gehanteerd. Eén week na de plaatsing werd de prothese aangepast en gerelined waardoor een niet-functionele belasting werd geïnitieerd. Na 4 tot 6 maanden werd de nieuwe hoefijzervormige verstevigde prothese gemaakt met de definitieve retentieve verankering.

De volgende uitkomstvariabelen werden onderzocht en internationaal gepubliceerd [Research papers].

1. De klinische uitkomst, overleving en botveranderingen van de MDIs op korte en lange termijn (2 en 5 jaar). **[Research paper 1, 5]**
2. Patiënt-gerelateerde uitkomst en tevredenheid aan de hand van de OHIP-14 enquête met evaluatie van de mondgezondheids-gerelateerde levenskwaliteit en met inbegrip van objectieve en subjectieve kauwfunctie evaluatie. **[Research paper 3, 4]**
3. De radiografische evaluatie van het rond de implantaten en de klinische reactie bij niet-intentionele perforaties van de cortex en de maxillaire sinusbodem bij het flapless implanteren. **[Research paper 2, 6]**
4. Humane histomorphometrische evaluatie van de botgenezing rond vroegtijdig belaste MDIs in onder en bovenkaak. **[Research paper 7]**

Research paper 1 en 5

De eerste paper beschrijft de klinische uitkomst, 2 jaar na het implanteren. Bij 31 patiënten werden 185 implantaten geplaatst. Bij 16 patiënten gingen 32 MDIs (17,3%) verloren waarvan 22/81 (26,5%) bij vrouwen en 10/102 (9,8%) bij mannen



Foto's

Links: dimensies gebruikte mini-implantaten

- a. CBCT pre-chirurgische planning
- b. CBCT pre-chirurgische planning
- c. prothese als boormal
- d. CBCT pre-chirurgische planning
- e. parallelle richtstaven
- f. implantaten in situ

[$p=0,003$]. De totale overleving van de MDIs was 82,3%. Door het verlies van 5/6 MDIs bij 2 vrouwen, was het prothetische succes na 2 jaar 93,5% [29/31]. Verlies van MDIs was significant geassocieerd met geslacht, insertie torque, antagonistische kaak maar niet met roken of implantaat locatie. Er gingen meer MDIs verloren bij een insertie torque boven 25Ncm [$p=0,004$]. De combinatie van natuurlijke tanden met een partiële prothese als antagonist vertoonde significant minder verlies van MDIs ($p=0,006$). De gemiddelde postoperatieve pijn op een schaal van 10 was de 1e dag na de ingreep 4,0 [SD 2,8] en na 1 week 1,1 [SD 1,7]. De waardering van de patiënt voor de behandeling was hoog, waarbij 96% van de patiënten de behandeling aan anderen zouden aanbevelen.

Na 5 jaar was de cumulatieve MDI overleving 73.8%. Prothetisch falen werd vastgesteld bij 4 patiënten als gevolg van implantaatverlies en bij 2 patiënten door overmatige slijtage van het bolattachement van het implantaat met inadequate gebitsretentie tot gevolg. Het 5-jarige prothetische succes komt zo op 80,0%. De gemiddelde pocketdiepte (PPD) en bloeding bij sonderen (BOP) voor 149 onderzochte implantaten was respectievelijk 4,3 mm en 19%. Het gemiddeld mesiaal-distaal-vestibulair en palataal botverlies geanalyseerd met CBCT over een tijdspanne van 2 tot 5 jaar was 0,076mm. Er werd geen

statistisch significant verschil vastgesteld in marginaal botverlies tussen mannen of vrouwen [$p=0,835$] en tussen rokers of niet-rokers [$p=0,666$]. Het totaal gemeten CBCT interdentale botniveau [mesiaal en distaal] correleert met de 5-jarige PPD (Pearson 0,434; $p=0,01$).

Research paper 3 en 4

Mondgezondheid-gerelateerde levenskwaliteit (OHRQoL) werd onderzocht aan de hand van de gevalideerde Oral Health Impact Profile (OHIP-14) enquête. Scores van de OHIP-14 variëren van 0 tot 56. Hogere scores op de OHIP geven een lagere levenskwaliteit aan.

De enquête werd afgenomen preoperatief, postoperatief, na prothetische connectie en na 3 jaar functie. De totale OHIP-14-scores evoluerden van 21,3 [SD 13.1] preoperatief naar 15,6 [SD 12,8] postoperatief wat wijst op een onmiddellijke postoperatieve verbetering. Bij de definitieve connectie met de prothese verbeterde de OHRQoL significant naar 7,3 [SD 6.7] [$p=0,006$]. De OHIP-14 reductie was geringer ($p=0,011$) bij het verlies van 1 of meerdere MDIs [9,5 reductie; SD: 9,85] in vergelijking met de patiënten zonder MDI verlies [20,7 reductie; SD: 13,97]. Het verlies van één MDI had geen invloed op de OHIP-14-score ($p=0,658$), maar meerdere verliezen wel ($p=0,007$). Postoperatieve pijn en ongemak werden beoordeeld met behulp

Foto's Hoefijzer-
vormige definitieve
overkappingsprothese



van een vragenlijst met visuele analoge 0-10 scoring [VAS]. De pijnscore was op de dag na de ingreep 4,1/10 (SD 2,8) en 1,1/10 (SD 1,7) na 7 dagen.

Als bijkomende patiënt-gerelateerde uitkomst werd de objectieve en subjectieve kauwfunctie onderzocht in verschillende groepen betande, onbetande volledige gebitsprothese dragers en de MDI-overdenture groep. De objectieve kauwfunctie werd geëvalueerd met de Hue-check View Gum® Test, waarbij de vermengingsgraad van tweekleurige kauwgum door een scanner werd geanalyseerd. De subjectieve kauwfunctie analyse gebeurde aan de hand van een VAS-score bij het kauwen van voedsel met verschillende consistenties. Als uitkomst werd vastgesteld dat MDI-overdentures geen duidelijke objectieve en subjectieve kauwfunctie verbetering aantonen ten opzichte van de uitneembare prothese dragers. Betere retentie van een gebitsprothese geeft bij onderzoek geen aanleiding tot een verbeterde kauwfunctie. Met de OHIP-14 enquête werd daarentegen wel door de onderzoeksgroep een toename in gerapporteerde levenskwaliteit [OHRQoL] en functie aangegeven.

Research paper 2 en 6

Het accidenteel perforeren van de alveolaire cortex of de maxillaire sinusbodem

tijdens het flapless plaatsen van MDIs werd na 2 en 5 jaar geanalyseerd.

Na 2 jaar gebeurde een eerste 3D-CBCT MDI evaluatie. Elk implantaat werd individueel beoordeeld op 8 gestandaardiseerde locaties. Van 170 actief belaste MDIs werden 1360 zones geëvalueerd. Perforaties werden in 231 zones (16,9%) vastgesteld. In totaal vertoonden 98/170 MDIs geen perforatie. De meest perforaties werden waargenomen aan de MDI apex (25%) met 21% ter hoogte van de sinus of neusholte. Klinisch werden er geen sinusale klachten geobserveerd.

Een gelijkmatige verdeling van de implantaten over de atrofische bovenkaak is belangrijk voor een goede verdeling van de krachten maar impliceert een hoger risico op sinusperforatie en dit voornamelijk in het meest distale gedeelte van de maxilla. Daarom werd in een 2e onderzoek voor het implanteren, na 2 en 5 jaar, de dikte van het sinusmembraan [membraan van Schneider] gemeten met 3D-CBCT op het diepste punt van de sinus. Klinische klachten van rhinosinusitis werden opgetekend en de invloed van roken en het geslacht onderzocht. De volgende bevindingen werden vastgesteld. De gemiddelde dikte van de membraan van Schneider was 2,87 mm preoperatief [baseline], 3,15 mm na 2 jaar en 4,30 mm na 5 jaar, gemeten bij 27/31 patiënten. MDI-perforatie

werd gedetecteerd in 21/54 sinussen. Na 2 jaar bemerkten we dat de perforatielengte geen invloed had op de membraandikte, terwijl de vastgestelde zwelling van de membraan bij het begin van de procedure dat wel deed. Bij rokers veroorzaakte elke mm perforatie, 0,867 mm extra zwelling. Na 5 jaar wordt het effect van de baseline zwelling kleiner, terwijl de invloed van perforatielengte dat wel en statistisch significant doet, met een toename van 0,534 mm voor elke geperforeerde mm. Het effect van roken is er niet meer na 5 jaar. Er werd geen verband gevonden tussen geslacht en membraandikte veranderingen, noch tussen subjectieve klinische sinusklachten en MDI-perforatie.

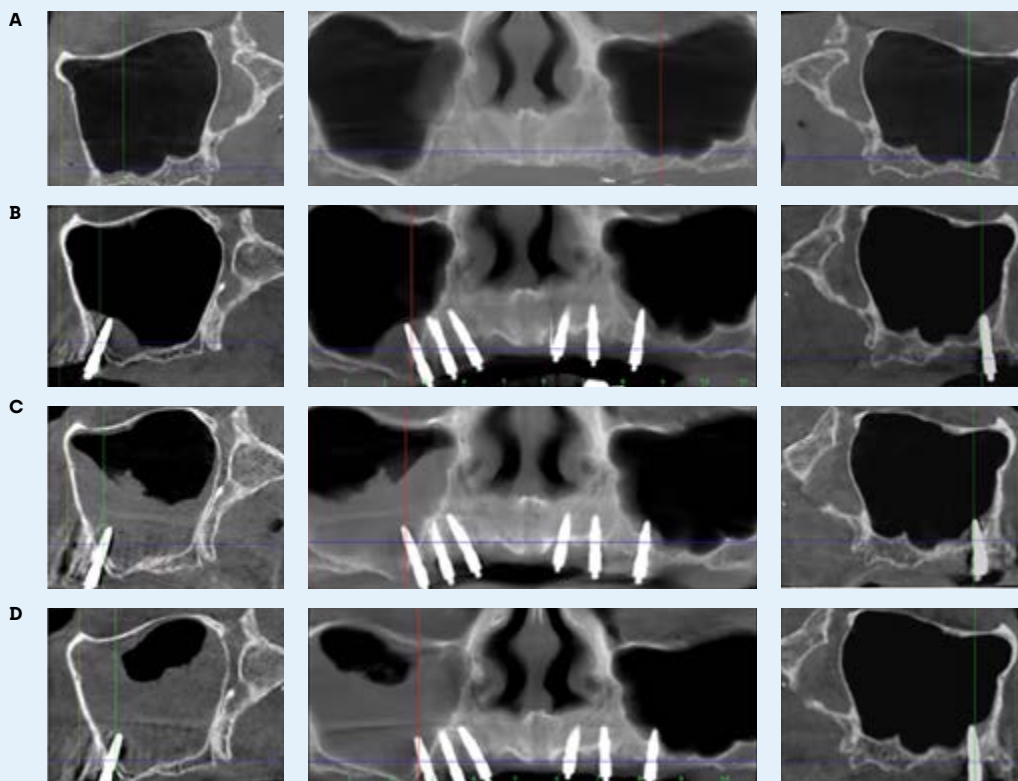
Research paper 7

De histomorphometrische analyse van flapless geplaatste MDIs voor een overkapingsprothese werden geanalyseerd en dit zowel in de onder als in de bovenkaak. Bij het preleveren van de MDIs waren deze 7 tot 11 maanden in functie, klinisch gezond, vertoonden voldoende stabiliteit en werden er gemiddelde pocketdieptes gemeten van

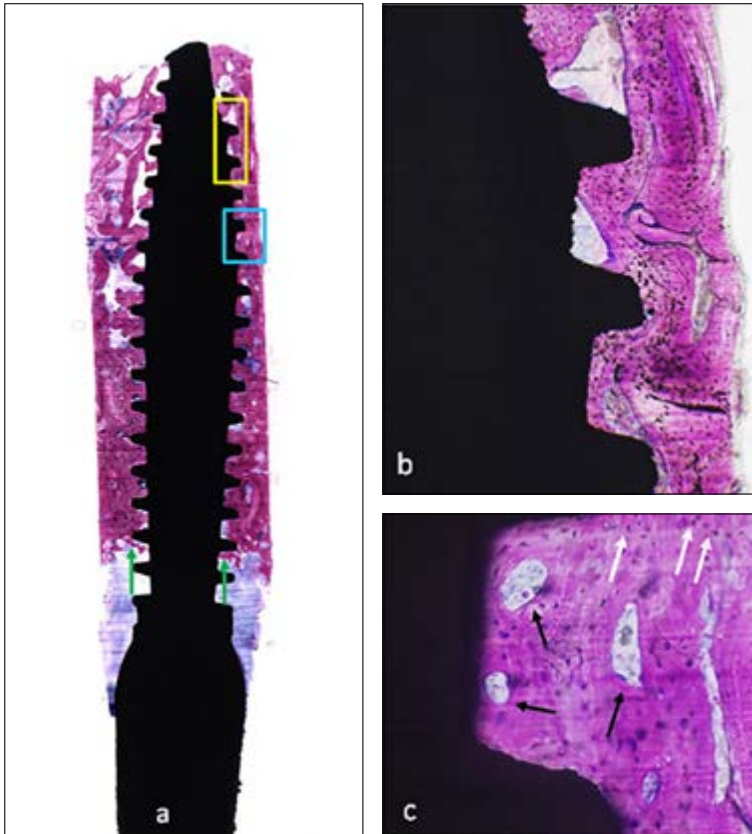
respectievelijk 1,4 mm in de bovenkaak en 1,6 mm in de onderkaak. Histologische secties van 4 mandibulaire en 3 maxillaire MDIs werden onderzocht en de procentuele verhouding van het bot in contact met het implantaatoppervlak (BIC%) werd berekend. In beide kaken was de gemiddelde BIC 68,5 %. Grote osteocyten konden worden geïdentificeerd in het verkalkte weefsel, wat wijst op matuur peri-implantair bot.

Conclusies en klinische richtlijnen

1. Afhankelijk van het botvolume kunnen niet alle patiënten behandeld worden met dit behandelingsconcept. De botbreedte en bothoogte van de atrofische tandkam moet aanvaardbaar zijn voor het symmetrisch plaatsen van ten minste 4 tot 6 MDIs om zo een gelijkmatige prothetische ondersteuning te bekomen. Dit is sterk afhankelijk van het resorptiepatroon van de bovenkaak. De keuze voor deze behandelingsoptie wordt ook beïnvloed door patiëntgerelateerde factoren; wanneer de wens bestaat tot een vaste brug rehabilitatie op implantaten is een behandeling met MDIs niet aan de orde.



Foto's Sinus evaluatie, baseline, postop 2 jaar, 5 jaar



Foto's Histomorfo-
metrische analyse

2. Vergelijken met standaard diameter implantaten is het succespercentage van flapless geplaatste MDIs voor een overkappingsprothese in de bovenkaak, volgens het voorgestelde protocol lager. Dit heeft te maken met de specifieke patiëntenpopulatie, de implantaatkarakteristieken, de chirurgische techniek en het prothetisch belasting protocol.
3. Er kan geconcludeerd worden dat roken geen contra-indicatie betekent voor de behandeling met MDIs in de bovenkaak.
4. Flapless geplaatste maxillaire MDIs vertonen tijdens de ingroeifase meer falingen bij leeftijd 50+ vrouwen dan bij mannen. Er wordt echter geen genderverschil in MDI overleving vastgesteld zodra de MDIs zijn geïntegreerd.
5. Insertie torque beïnvloedt MDI overleving, waarschijnlijk ten gevolge van botcompressie. Het manueel aanschroeven van de MDIs of het gebruik van chirurgische handstukken die de insertie torque meten wordt daarom aangeraden.
6. Ongestuurd flapless plaatsen van MDIs verhoogt het risico op perforatie van de atrofische alveolaire kam, maar dit leidt niet noodzakelijk tot ernstige of lange termijn complicaties.
7. Adequate training met beheersing van de chirurgische techniek is aan te bevelen. 3D-planning, geleide chirurgie of navigatie chirurgie kunnen behulpzaam zijn, doch verhogen de kostprijs, waardoor dit protocol minder toegankelijk wordt. Enkele chirurgische tips zijn:
 - a. Gebruik "duim-wijsvinger" palpatie van de atrofische tandkam tijdens de boorpreparatie
 - b. Verander de boorricting gedurende het boren wanneer de richting verkeerd is of een perforatie door de mucosa wordt aanvoeld.
 - c. Traag boren onder veelvuldige koeling, met het gebruik van de boor als een osteotoom.
 - d. Gebruik de parallelindicatoren in de boorgaten om het dichtklappen van de geperforeerde mucosa te voorkomen, om overvloedig bloeden te vermijden en een optimale paralleliteit van de implantaten te verkrijgen.
8. Accidentele perforatie van de sinusbodem in de posterieure sectoren van de bovenkaak is niet altijd te vermijden bij dit behandelingsprotocol. Op termijn geeft dit toename in zwelling van het sinusslijmvlies, voornamelijk als er bij het begin van de behandeling reeds sinusslijmvlies zwelling aanwezig was en afhankelijk van de perforatielengte. Dit leidt na 5 jaar niet tot een verhoogd risico op chronische sinusitis of een verhoogd MDI verlies.
9. De orale levenskwaliteit wordt niet beïnvloed door het verlies van 1 of 2 MDIs, zolang er voldoende retentie blijft behouden voor de overkappingsprothese. Aanvullend implanteren is dus niet altijd noodzakelijk.
10. Betere houvast van een maxillaire overkappingsprothese heeft bij kauwfunctietesten geen aanleiding tot significante objectieve en subjectieve kauwfunctieverbetering. Er wordt wel een verhoogde levenskwaliteit bij de kauwfunctie door de patiënten gerapporteerd.
11. In beperkte gevallen werd slijtage van de prothetische onderdelen en de MDI bol ankers opgemerkt tijdens de 5 jaar controle. Regelmatig routine nazicht is aangewezen.



12. Na de chirurgie wordt aangeraden om de gebitsprothese gedurende 1 week niet te dragen. Wondgenezing wordt hierdoor bevorderd en infectie door de biofilm van de gebitsprothese vermeden. De antimicrobiële werking van het speeksel wordt maximaal benut. Gedurende die periode wordt de patiënt aangeleerd de coronale delen van de MDIs in de mond te reinigen.
13. Histologische analyse van humane MDI bot biopsies in boven en onderkaak wijzen op hoge bot-implantaat contact zones (BIC). MDIs kunnen dus nog moeilijk als tijdelijke implantaten worden beschouwd

Algemene conclusie

In dit proefschrift wordt na 5 jaar opvolging, 17,8% verlies van maxillaire MDIs bij een betande onderkaak vastgesteld. Het prothetische succes is 80,0%. Een uitgesproken toegenomen orale levenskwaliteit wordt gerapporteerd. MDIs voor een overkappingsprothese in de bovenkaak zijn een betaalbare, toegankelijke en aanvaardbare behandelingsoptie.

Academici op de foto (van links naar rechts):

Prof dr. Miche De Meyer (slaap apnoë; TMJ - VUB Brussel)
 Prof.dr. Mark Timmerman (Parodontologie - Radboud UMC Nijmegen)
 Prof. dr. Stefaan Bergé (MKA - Radboud UMC Nijmegen)
 Prof. dr. Hubert Vermeersch (Plastische Heelkunde - UZ Gent)
 Prof. dr. Patrick Calders (Revalidatiewetenschappen - UGent)
 Prof. dr. Veronique Christiaens (Parodontologie - UZ Gent)
 Prof. dr. Wouter Huvenne (Hoofd- en Halschirurgie - UZ Gent)
 Dr. Luc Van Doorne (MKA)
 Prof. dr. Gert Meijer (MKA - Radboud UMC Nijmegen)
 Prof. dr. Hugo De Bruyn (Parodontologie/Orale Implantologie - Radboud UMC Nijmegen)
 Dr. Renaat Coopman (MKA - UZ Gent)

Onze hoogleraren bekennen kleur

■ Door Wouter Kalk

Implantologie bestaat voor een heel groot deel uit het maken van keuzes: welke lengte, diameter, immediaat of staged, één-fase of twee-fase, kort implantaat of sinuslifting, zirconia of titanium implantaat, etc. Met het toenemen van kennis en routine, zijn de meer basale vragen geen issue meer. Sommige complexe klinische vragen worden uitgediept in wetenschappelijke publicaties, dus uiteindelijk komen we er wel uit.

Maar als we allemaal dezelfde afwegingen maken en dezelfde congressen bezoeken en ook nog dezelfde vakbladen lezen, waarom verschilt de aanpak tussen verschillende implantologen dan toch vaak aanmerkelijk?

Misschien doordat onze keuzes en afwegingen worden beïnvloed door persoonlijke ervaring. Of doordat we een ander gewicht toekennen aan bepaalde risico's of voordelen, of soms door onwetendheid? Sommige keuzes zijn zo evident dat we hiervoor richtlijnen hebben opgesteld, veel keuzes zijn echter voor discussie vatbaar. Dat komt wellicht doordat slechts een klein deel van ons handelen berust op evidence based informatie en een groot deel op praktijkervaring, opleiding en expert-opinions uit presentaties of vakbladen.

Influencers

Deze ruimte om specifieke keuzes te maken en een eigen unieke aanpak erop na te houden maakt ons vak misschien juist wel zo boeiend. Daarom hebben we de (soms onhebbelijke) neiging om erg vaak over ons vak te praten tijdens sociale gelegenheden. Vast staat dat we ons laten beïnvloeden, niet alleen door wetenschap, maar ook door elkaar en zeker ook door 'leading professionals'.

Bulletin interviews

Tijdens de afgelopen drie jaar zijn de Nederlandse hoogleraren in de implantologie in het Bulletin verschenen met een diepte-interview door onze journalist Sacha Eikenboom. Echter, aan het eind van elk interview werd een serie dichotome vragen voorgelegd aan de betreffende prof, die hij onvoorbereid tijdens het interview moest beantwoorden. Bij slechts één van de vragen was het toegestaan om een 'wildcard' in te zetten en geen kleur te hoeven bekennen. 'Weg met die eeuwige nuancering, lang leve de duidelijkheid' was hierbij het motto. Aangezien inmiddels de zes Nederlandse hoogleraren met een leerstoel in de implantologie of nauw verwant aan de implantologie hun visie hebben gegeven op alledaagse alsook controversiële issues, is het tijd om eens op een rij te zetten welke keuzes ons cortège der implantologie eigenlijk maakt. Want de mening van deze 'top-notch influencers' kan ons vast verder helpen bij het maken van onze eigen keuzes in de implantologie.

Tweekeuzevragen

Er werden 18 vakinhoudelijke vragen aan de hoogleraren gesteld, waarbij elke hoogleraar een selectie van gemiddeld 10-14 vragen kreeg, passend bij zijn expertise. Hierdoor kregen niet alle ondervraagde hoogleraren dezelfde set vragen. Vier vragen werden aan allen gesteld, de overige vragen aan een subgroep. Zo werd een prothetisch gestoelde hoogleraar niet gevraagd of hij voorkeur had voor bekkenkam- of voor schedeldakbot, etc.

Geïnterviewd werden:

G. Meijer (Nijmegen),
M. Cune (Groningen),
H. De Bruyn (Nijmegen),
D. Wismeijer (Amsterdam),
H. Meijer (Groningen),
G. Raghoobar (Groningen).

In het kader onderaan deze en de volgende pagina's vindt u van elke hoogleraar een beknopte achtergrond.



“De behoefte aan implantaatgedragen suprastructuren zal een keer afnemen”

Gert Meijer, werkte ruim 10 jaar als hoogleraar MKA met de leerstoel 'orale implantologie' aan het Radboud UMC, na een start als tandarts op het CBT. Hij is onlangs met pensioen gegaan.



“Over de biologie van de permucosale doorgang kunnen we nog wel wat leren”

Marco Cune, werkt sinds 2010 als hoogleraar met als leerstoel restauratieve en prothetische tandheelkunde aan de rijksuniversiteit Groningen, hij is bijna 30 jaar geleden gepromoveerd op overkappingsprotheses op implantaten en heeft eveneens een 'CBT signatuur'. Hij is na zijn benoeming in Groningen een dag in de week op het CBT in Nieuwegein blijven werken.

Zou het typisch Nederlands zijn om overwegend functie boven esthetiek te plaatsen?

Warmdraaien

Als opwarmer werd de vraag gesteld: 'functie of esthetiek?' Het zal weinigen verbazen dat hierover geen discussie lijkt te zijn, 5 van de 6 kozen resoluut voor functie, waaraan de esthetiek ondergeschikt is of waarvan het deel uitmaakt. Bij één Groningse hoogleraar (H. Meijer) veroorzaakte deze vraag echter keuze stress: hij zette hier al direct zijn enige 'wildcart' in en liet de vraag onbeantwoord. Zou het typisch Nederlands zijn om overwegend functie boven esthetiek te plaatsen? Hoe zouden collega's in de VS of onze omringende landen op deze vraag antwoorden? Zo blijkt maar dat er geen 'open deuren' zijn. Ook op een eenvoudige vraag 'her-endo of implantaat?' werd geen unanimiteit bereikt. Twee opteerden voor een implantaat (Henny Meijer en Gert Meijer, bravo), drie kozen voor een her-endo. De vraag bij peri-implantitis explanteren of regenereren werd aan twee hoogleraren voorgelegd. Beide kozen voor explanteren, de meest voorspelbare behandeling.

Vast of uitneembaar, full-arch?

Aan drie prothetisch georiënteerde hoogleraren werd de vraag gesteld of zij in een edentate kaak de voorkeur geven aan 'vast of uitneembaar'. Twee Groningers opteerden voor uitneembaar, waar hun Nijmeegse collega vast prefereerde. In het verlengde van dit laatste werd aan drie gevraagd of zij bij een full-arch rehabilitatie opteerden voor een All-On-Four constructie of voor gesegmenteerde bruggen. Groningen (H. Meijer) en Amsterdam (Wismeijer) hielden het bij gesegmenteerde bruggen, waar Nijmegen (De Bruyn) als enige aan een All-On-Four de voorkeur gaf. Hierbij werd wel de kanttekening geplaatst dat de implantaten daarbij niet geanguleerd maar recht op werden geprefereerd. Tja, het is ook wel lastig werken met die minuscule schroefjes en gehoekte abutments helemaal achter in de mond, dat moet natuurlijk worden toegegeven. Of zou hij nog andere motieven hebben bij deze specifieke voorkeur?

Aan vijf werd de vraag gesteld of zij bij een betand-onbetand situatie voor een overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak zouden kiezen voor 4 of 6 implantaten. Onderzoek uit Groningen (Wim Slot) heeft uitgewezen dat 4 implantaten voor een bovenprothese volstaan, hetgeen sindsdien (bij verzekeraars althans) de standaard is. Maar gelden zijn conclusies ook bij een betande tegenbeet? Dit werd namelijk niet door Slot onderzocht. Van de vijf hoogleraren kozen twee voor 6 implantaten (Cune

"Peri-implantitis is een man-made disease"



Hugo De Bruyn, werkt sinds 5 jaar als hoogleraar parodontologie en als afdelingshoofd van de opleiding tandheelkunde aan het Radboud UMC. Daarvoor was hij als part-time hoogleraar 'parodontologie en orale implantologie' verbonden aan de universiteit van Gent.

"Als je niet regelmatig kijkt naar ontwikkelingen in andere, niet aanpalende disciplines, kom je niet vooruit"



Daniël Wismeijer, is de derde hoogleraar met duidelijke roots in het CBT. Hij promoveerde op overkappingsprothesen op 2 of 4 implantaten op drukknoppen versus steggen. Hij is al decennia actief binnen de ITI-groep, in 2005 werd hij hoofd van de afdeling 'orale implantologie en prothetische tandheelkunde' aan de ACTA, waar hij de driejarige opleiding implantologie heeft vormgegeven.

en Wismijer) en drie vonden 4 implantaten in deze situatie wel toereikend (H. Meijer, Raghoobar en De Bruyn). Hugo De Bruyn voegde aan zijn antwoord toe dat dit evidence based is. Nu is mij bekend dat hij een indrukwekkende encyclopedische kennis over de vakliteratuur bezit. Ik zal hem daarom snel vragen naar de betreffende studie.

Unaniem

Op meerdere vragen werd wel unanimiteit verkregen. De echte open deur was de vraag 'cementeren of verschroeven?' Alle zes kozen voor het schroefje en lieten het cement veilig in de lade.

Op de vraag één-fase of twee-fase antwoordden allen één-fase. De Bruyn lichtte toe dat hij dit zelf had uitgevonden, dus dat zijn antwoord eigenlijk voor de hand lag.

Wat ook een 'open deur' bleek was de vraag 'kort implantaat (<8mm) of botopbouw / sinuslift?' Hierop was het unanieme antwoord 'kort'!

Dat neemt bij ons implantologen weer een beetje keuze stress weg: voortaan gewoon één-fase (twee-fase stamt ook uit de begintijd van de implantologie toch?), de kroon of brug erop verschroeven en bij geringe bothoogte gewoon een kort implantaat. Collegae Felix Guljé en (al heel lang geleden) Frank Renouard hebben niet voor niets zeer positief hierover gerapporteerd in hun publicaties. Waarom dan toch die vraag nog stellen aan de hoogleraren? Misschien omdat zo'n kort schroefje soms zo klein en kwetsbaar oogt tussen al die malende ivoren wachters...?

Van kort naar dun

Als een kort implantaat een goede oplossing is voor een lage kaak, is een dun (<3 mm) implantaat dan ook geschikt als oplossing voor een smalle kaak? Deze vraag werd aan drie hoogleraren voorgelegd: 'mini-implantaat of verbreden bovenkaak met botopbouw?' Gerry Raghoobar en Daniël Wismijer waren het hierover eens en zouden de kaak verbreden met een (autoloog) bottransplantaat. Hugo De Bruyn, die onlangs zijn promovendus op het onderwerp mini-implantaten zijn proefschrift hoorde verdedigen, koos invoelbaar voor de a-traumatische oplossing met (zes) mini-implantaten. Zie elders in dit Bulletin het promotieverslag van Luc van Doorne over dit onderwerp. Misschien zal de algemene mening over deze toepassing na het publiceren van zijn onderzoek wel gaan veranderen.

De echte open deur was de vraag 'cementeren of verschroeven?'



**"Meer enkeltands-
vervanging zal
ons vakgebied
overzichtelijk
maken"**

Henny Meijer, is inmiddels 17 jaar hoogleraar met als leerstoel 'implantologie en prothetische tandheelkunde' in Groningen. Hij promoveerde al 35 jaar geleden op zijn onderzoek naar implantaten.



**"Wetenschappelijk
onderzoek is de
hoeksteen van
het academisch
denken"**

Gerry Raghoobar, werd in 2006 als MKA-chirurg benoemd als Groningse hoogleraar met als leerstoel 'implantologie en reconstructieve preprothetische chirurgie'. Hij promoveerde op ankylose van gebits-elementen, hetzelfde proces waarmee implantaten in bot vastgroeien.

Driewerf bot

Over bot blijven de hoogleraren enthousiast. Op de algemene vraag 'autoloog of kunstbot?' was het eenduidige antwoord 'autoloog'. Op de vraag 'bij een esthetisch contourdefect: bot of weke delen graft?' antwoordden beide ondervraagde MKA professoren 'bot'. Op de vraag 'bekkenkam- of schedeldakbot?' prefereert Gert Meijer de bekkenkam en Gerry Raghoobar het schedeldak.

IIIP of 'staged approach'

Naar aanleiding van de Nederlandse multicenter studie van Staas en Groenendijk naar immediate implant & immediate provisional (IIIP, ook bekend als een 'Meteen door!' procedure) werd aan vijf hoogleraren de vraag gesteld 'in de esthetische zone: immediate provisional of staged approach?' Professor Cune kiest hierbij traditioneel voor de 'staged approach', waar de andere vier toegevoegde waarde zien in een immediate provisional in de esthetische zone.

Zirconia implantaat

Geen van de hoogleraren verkiest zirconia boven de huidige standaard. Titanium zal dus voorlopig nog wel even blijven domineren.

Digitaal

Aan de helft van de hoogleraren werd de vraag gesteld 'digitaal of analoog?', waarop allen digitaal verkozen. Op de vraag 'intraorale scan of impregum' kozen er vijf inmiddels voor de scan en bleef één bij het vertrouwde impregum (Marco Cune). Op de vraag 'boormal of beeldnavigatie?' koos de helft vooruitstrevend voor beeldnavigatie (G. Meijer, De Bruyn en Raghoobar) en de andere helft voor de klassieke boormal. Er valt dus overall nog wel enige terreinwinst te boeken op het gebied van digitalisering.

Getracht werd om met de individuele digitale keuzes een statistische leeftijdscoëfficiënt te berekenen. Deze zinloze poging strandde echter bij voorbaat door een scheve leeftijdsverdeling van de ondervraagde groep.

Disclaimer

Door de opzet van de verplichte dichotome keuzeoptie moet beslist enige terughoudendheid worden betracht met het ontlenen van harde conclusies aan deze reprise, aangezien onvoldoende ruimte werd gelaten voor nuancering van de gemaakte keuzes. Doordat de interviews in de afgelopen drie jaar zijn afgenomen, weerspiegelen sommige antwoorden wellicht een terugblik op een tijdsbeeld, welke ontegenzeggelijk erg veranderlijk is in ons vak. Mogelijk dat sommige hoogleraren inmiddels anders zouden antwoorden op dezelfde vragen. Overwogen werd daarom dezelfde vragen nogmaals aan de hoogleraren voor te leggen. Dat zou echter het tijdsbeeld van de interviews verstoren. Bovendien, wie met glans slaagt voor een examen, doet toch geen herkansing?

	G. Meijer	M. Cune	H. De Bruyn	D. Wismeijer	H. Meijer	G. Raghoobar
Functie of esthetiek	functie	functie	functie	functie	geen keuze	functie
Her-endo of implantaat	implantaat	her-endo	nvt	her-endo	implantaat	her-endo
Peri-implantitis: explanteren of regenereren	nvt	nvt	explanteren	explanteren	nvt	nvt
Vast of uitneembaar	nvt	uitneembaar	vast	nvt	uitneembaar	nvt
Bij full-archrehabilitatie" All-On-Four of gesegmenteerd	nvt	nvt	AO4	gesegmenteerd	gesegmenteerd	nvt
Bij betand-onbetand: vier of zes implantaten voor een overkappingsprothese in de bovenkaak	nvt	zes	vier	zes	vier	vier
Cementeren of verschroeven	verschroeven	verschroeven	verschroeven	verschroeven	verschroeven	verschroeven
Een-fase of twee-fase	1-fase	nvt	1-fase	1-fase	1-fase	1-fase
Kort implantaat (<8 mm) of botopbouw	kort	nvt	kort	kort	kort	kort
Mini-implantaten of botopbouw (verbreden) bovenkaak	nvt	nvt	6 mini	botopbouw	nvt	botopbouw
Autoloog of kunstbot	autoloog	nvt	nvt	autoloog	nvt	autoloog
Bij een esthetisch contourdefect: bot of weke delen graft	bot	nvt	nvt	nvt	nvt	bot
Bekkenkam of schedeldakbot	bekken	nvt	nvt	nvt	nvt	schedel
In de esthetische zone: immediate provisional op het implantaat of staged approach	immediaat	staged	immediaat	nvt	immediaat	immediaat
Titanium of zirconia implantaten	titanium	titanium	nvt	titanium	titanium	titanium
Digitaal of analoog	nvt	nvt	digitaal	digitaal	nvt	digitaal
IO scan of impregum	IO-scan	impregum	IO-scan	IO-scan	IO-scan	IO-scan
Boormal of beeldnavigatie	beeldnavigatie	boormal	beeldnavigatie	boormal	boormal	beeldnavigatie

■ Unaniem
 ■ Verdeeld
 ■ Niet gevraagd

Vrijdag 15 september 2023
Het Gooiland, Hilversum



Ronnie Goené Symposium: Heading for the future



Ronnie Goené (1949-2022)

Doelgroep

Tandartsen, tandarts-
specialisten en
mondhygiënisten

Moderatoren

Inez van de Poll
Gerry Raghoebar
Henny Meijer

Sprekers

Rutger Batenburg
Eelco Bergsma
Chris ten Bruggenkate
Marco Cune
Alwin van Daelen
Gert Meijer
Bert Schulten
Patricia Sweet
Sandy van Teeseling
Fridus van der Weijden
Daniel Wismeijer

Symposiumprijs

425 Euro

KRT-, NVMKA-, KRM-punten

5 punten

De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie organiseert op vrijdag 15 september het symposium 'Heading for the future' ter ere en nagedachtenis van Ronnie Goené, het in 2022 overleden erelid van de NVOI. De organisatie heeft tal van gerenommeerde sprekers bereid gevonden invulling te geven aan de dag; sprekers die gemeen hebben dat ze met Ronnie op het podium hebben gestaan tijdens een NVOI-cursus. Natuurlijk zal de dag een korte terugblik geven op alles wat Ronnie voor de vereniging heeft gedaan, van penningmeester tot voorzitter, van organisator van de najaarscongressen, iCademy's en de beroemde buitenlandse lustrumcongressen tot docent bij verschillende NVOI-cursussen. Maar vooral zal het symposium in het teken staan van wat de huidige state-of-art is van de hedendaagse implantologie en nog meer waar we naar toe gaan met de implantologie.

De NVOI nodigt een ieder uit om dit unieke symposium bij te wonen en te ervaren wat de toekomst ons brengt.

**Meld u vandaag nog aan op nvoi.nl/cursussen/ronnie-goene
of scan eenvoudig de QR-code hieronder.**





Digitale prothese: 'misfit or benefit?'

■ Door Willem Thole
Afbeldingen met dank aan Germen Versteeg

In juni organiseert de NVOI weer Roadshows op verschillende locaties in het land. Dit jaar is gekozen voor een onderwerp, waar we allemaal in meer of mindere mate mee te maken hebben in de praktijk, namelijk Prothetiek. Sommigen kunnen prima uit de voeten met de conventionele methode voor het aanmeten van een gebitsprothese, terwijl anderen zich wellicht wat onzeker voelen bij de behandeling van een edentate patiënt, laat staan bij een implantaatgedragen gebitsprothese.

De digitale prothese is een voorspelbare, nieuwe, snelle en leuke manier om een volledige gebitsprothese aan te meten. De do's en dont's zullen uitgebreid aan bod komen, evenals de communicatie tussen de tandarts en het lab. Verschillende workflows worden met elkaar vergeleken, evenals de keuze tussen een conventionele of digitale aanpak.

communicatie. Enkele casussen zullen hierbij als voorbeeld worden gebruikt.

Verschillende workflows

De industrie heeft de afgelopen jaren nog niet genoeg ontwikkeling doorgemaakt op het gebied van digitale prothesen. Hierdoor zijn er op veel plekken pioniers werkzaamheden verricht om tot een goed



Do's en dont's

De keuze voor een conventionele of digitale prothese, valt of staat bij de beoordeling van de situatie. Je zult jezelf verschillende vragen moeten stellen om tot een goede keuze te komen. Ook bespreken we de voor- en nadelen van de digitale prothese, de keuze van printen of frezen van een prothese en de esthetiek van zowel de conventionele als de digitale prothese.

Communicatie tussen praktijk en lab

Bij het werken met digitale prothesen zal de werkwijze in de stoel anders zijn dan je gewend bent bij de conventionele methode. Dit geldt ook voor de communicatie tussen de tandarts en tandtechnicus. Er zal een leercurve zijn bij de eerste casussen om vertrouwd te raken met de nieuwe

werkende workflow te komen. Er zijn daardoor verschillende manieren om tot een goed resultaat te komen, variërend van workflows die starten met een intra-orale scan tot workflows die beginnen bij een oude situatie en alles daartussenin.

Op drie dinsdagavonden zullen Paul van Eekeren (implantoloog), Germen Versteeg (tandprothetischus) en Willem Thole (tandtechnicus) dieper ingaan op de wereld van de digitale prothese. Op 6 juni in Zwolle, 20 juni in Haarlem en 27 juni in Tilburg.

Ga naar www.nvoi.nl/cursussen/roadshows en schrijf je nu in voor één van de drie roadshows bij jou in de buurt en maak kennis met de wereld van de digitale gebitsprothese. Beoordeel zelf wat jou het beste fit.



Rondini's 2022

1099 dagen geleden was de laatste bijeenkomst van de MKA Rondini's als gevolg van de COVID crisis. En voor het eerst zijn we op Nederlandse bodem gebleven en wel in de kleinste gemeente van Nederland, Schiermonnikoog. Om 9.00 uur meldde iedereen zich bij de veerboot in Lauwersoog voor de overtocht, waarna iedereen incheckte in het hotel en de congreslocatie. Baucke van Minnen opende met een welkomstwoord namens de organisatie bestaande uit Marco Cune en Marjol Vos. Daarna volgde een welkomstwoord van Dentsply Sirona door Luit de Vries mede namens Judith Plooijer, Bob Jorna en Laurens Verweij.

De onderwerpen waren 'Wat kan er allemaal immediaat' en 'Doe eens gek...'

Theo Hoppenreijts trapte het wetenschappelijke gedeelte af. Immediaat is in de Dikke van Dale beschreven als: 'zonder tussenkomst van derden danwel onmiddellijk rechtstreeks'. Dit kan zowel in chirurgisch opzicht als prothetisch zijn. Er werden definities gegeven over de verschillende tijdstippen van behandeling van het implanteren waarbij onderscheid werd gemaakt tussen de botheling en de weke delen heling van de tijdstippen vroeg (na 1-2 maanden, of 3-4 maanden) en laat (6 maanden). Tevens werd besproken wat de tijdstippen zijn van restaureren waarbij immediaat als binnen 1 week werd beoordeeld, vroeg na 1-6 weken en conventioneel na 6 weken. Uit de ITI-consensus meeting zijn ook criteria opgesteld aan welke voorwaarden voldaan moet worden om tot de keuze voor een immediaat implantatie met directe voorziening te komen. Medische situatie (medicatie, roken, co-morbiditeit) patiënt factoren (botkwaliteit), mechanisch (voldoende primaire stabiliteit) en implantaat karakteristieken zijn daarbij doorslaggevend. Wel is er de

tendens, ook binnen de ITI, dat immersaast belasting van het implantaat in bepaalde gevallen wel mogelijk is, waar dit in het verleden werd afgeraden (ITI-consensus meeting van 2018 vs 2020). Alleen in het onderfront wordt immersaast implanteren en belasten nog afgeraden.

Eelco Bergsma ging in op het immersaast implanteren in het front waarbij de vergelijking werd gemaakt tussen immersaast restaureren en delayed restaureren. Posterieur is het merendeel delayed. Uit onderzoek van Esposito blijkt dat de uitkomst esthetisch gezien niet veel verschil maakt. De gepresenteerde casus was een immersaast frontvervanging met Azento. Er ontspon zich een discussie, welke zich toespitste op de toegevoegde waarde van een immersaast plaatsing ten aanzien van de esthetisch uitkomst. Vanuit de visie van het UMCG is er geen verschil tussen direct en getemporeerde restauraties. In de basis is het voor de patiënt makkelijk zonder een tijdelijke voorziening. En het patiëntenbelang staat voorop tijdens de behandeling.

Sofie Kuijpers liet 2 casussen zien van het immersaast implanteren. Zij stelde de vraag waarom niet vaker immersaast geïmplanteerd werd. De patiënt verwacht het vaak wel door de media. Maar is sneller altijd beter? De promotie van Wouter van Nimwegen liet zien dat implantaten in de esthetische zone resulteren in een gezonde peri-implantaire mucosa en hoge patiënttevredenheid met uitzondering van de gecompromitteerde gingiva papillen. Een interessante discussie was het feit dat de paradontaalvezels van de buccale botlamel verwijderd diende te worden bij immersaast implantatie. Maar hierover was toch onenigheid en er was geen consensus over deze handeling. Tevens werden vragen opgeworpen of een bindweefsel transplantaat standaard moet worden gedaan bij immersaast implantaten. Uitleg werd gegeven over de Trouser techniek van Gamborena. Dit is een bindweefselgraft van het tuber, welke gedeeltelijk wordt gespleten zodat het als een broek-vorm met twee pijpen om de cervicale outline wordt gedrapeerd. Erg belangrijk is dat de graft volledig

wordt bedekt door gingiva en niet bloot ligt in verband met de doorbloeding. De graft is vormstabiel dan de bindweefselgraft van het palatum, en kan zelfs hypertrofie geven. Echter een grote belemmering is de immersaast restauratie in een ziekenhuissetting zonder tandarts. De wil is er wel, maar uiteindelijk komt het er niet van.

Waar deze studiegroep in de afgelopen jaren op locatie een universiteit of implantoloog bezocht bleek dat op Schiermonnikoog niet mogelijk. Hélène Jonker en Nicoline v.d. Broek zijn beide klachtenfunctionarissen in het UMCG in Groningen. Zij kwamen voor een lezing over klachten en hoe hier mee om te gaan. Belangrijkste boodschap was: wees er op tijd bij!

Volgens de WKKGZ is een klacht een uiting van onvrede over het handelen jegens een patiënt in het kader van de zorgverlening. Binnen een ziekenhuissetting zijn er verschillende loketten waar een patiënt

Excuses staan los van schadeclaim of ander traject en is ook geen schuldbetekenis.

terecht kan met een klachten. Het begint bij de zorgverlener. Daarna komt de afdeling Patiënt en Informatie. Dan volgt de klachtenfunctionaris en tenslotte de klachtencommissie. Belangrijk te weten is dat de klachtenfunctionaris bemiddelt en geen uitspraak doet in tegenstelling tot de klachtencommissie welke wel een uitspraak doet. Buiten het ziekenhuis zijn nog externe geschillencommissies, het tuchtrecht en de Inspectie van de Gezondheidszorg, loketten waar een patiënt met klachten terecht kan.

Als een klacht wordt gedeponereerd bij een zorgverlener kan deze excuses maken. Excuses staan los van schadeclaim of ander traject. Het is ook geen schuldbetekenis. De frase; het is wel fout gegaan maar niet fout gedaan is dan hierop van toepassing.

Een klachtenfunctionaris belt de patiënt op om het verhaal te horen en wat ze willen bereiken. Vaak is dit slechts een topje van de ijsberg. Het merendeel van de klachten heeft te maken met de organisatie van het ziekenhuis, de communicatie met de artsen en overig personeel.

Klachten ontstaan vaak door een opeenstapeling van gebeurtenissen. Meerdere behandelaars met tegenstrijdige informatie, het ontbreken van een centraal aanspreekpunt, verwachtingen van een behandeling in een UMC [met het spanningsveld van consulten bij arts-assistenten in plaats van een medisch specialist in het kader van de opleiding] zijn reden voor ongenoegen bij de patiënt.

Klachten ontstaan vaak door een opeenstapeling van gebeurtenissen.

Doel van de klager is het onder de aandacht brengen wat hem/ haar is overkomen en zorgen dat het anderen niet overkomt. Daarbij willen ze graag excuses horen en erkenning van datgene wat is misgegaan.

Het doel van de klachtenfunctionaris is bemiddeling met herstel van de relatie en herstel van vertrouwen.

Hierna volgt een uitzetting van tips om een klacht te kunnen ontvangen.

Belangrijke signalen bij klachten zijn op te vangen. Denk hierbij aan: Ontevreden/ boos kijken, wegstijven in een gesprek, heel veel vragen stellen, reeds beantwoorde vragen herhalen, vragen wat is functie en BIG nummer, opvragen dossier.

Belangrijk is dat door goede communicatie een klacht is te voorkomen.

In het verlengde hiervan bracht Koos Timmenga een persoonlijk verhaal met als kernpunt een klacht van een patiënt na behandeling. Uiteindelijk is dit geëscaleerd tot aan de raad van bestuur. Achteraf bleek

hier geen klachtenfunctionaris bij betrokken te zijn geweest. Dit had mogelijk tot minder ellende geleid en was het proces mogelijk heel anders verlopen.

Simultaan implanteren en een augmentatie of sinusbodemelevatie is ons allen bekend. Marvick Muradin presenteerde een casus waarbij een OSAS-patiënt simultaan geïmplanteerd werd, de prothetiek werd gedaan en een osteotomie kreeg. De patiënt was reeds edentat met retentieproblematiek van de protheses wat de implantologie rechtvaardigde. Daarbij was er sprake van OSAS waardoor ook een MMA (maxillomandibular advancement) was geïndiceerd. De operatie volgorde was zo vastgesteld dat er eerst werd geïmplanteerd en de prothese werd gefixeerd op de implantaten voor de occlusie doeleinden. Hierna volgde de bi-maxillaire osteotomie. Het geheel was uiteraard digitaal gepland.

De discussie richtte zich met name op de haalbaarheid en het verwachtingspatroon van de patiënten waarbij ook goed de risico's van de operatie moeten worden bekeken.

Henk Sillevius Smit besprak een casus waarbij een implantaat verwijderd werd en weer opnieuw geïmplanteerd werd. Besproken werden de opties van explanteren. Gerry Raghoobar hanteert de volgende methode:

Met behulp van een Piezo-electroom verwijderen van de buccale botlamel en daarna het explanteren van het implantaat. Het ontstane defect wordt opgevuld met een mengsel van Bio-oss en autoloog bot. Belangrijk is om de palatale wand en de mesio-distale botranden intact te houden.

Lotte Beumer, een nieuw gezicht bij de Rondini's, schetst de problematiek van een ANIOS en een jonge klare MKA-chirurg. Moet je als ANIOS richtlijnen volgen of instructies van een begeleidend ervaren MKA-chirurg?

Zij presenteerde een systematische review over immediaat implanteren in de molaar regio van Ragucci et al. De survival rate is 99 % na 1 jaar waarbij het verschil tussen mandibulaire en maxillaire niet significant was. Dit betrof een review van 20 studies met 990 patiënten

waarbij 1109 implantaten waren geplaatst. De aanwezigheid van de buccale botlamel was wel van belang. Er was botverlies van 1,56 mm bij afwezigheid van een buccale cortex versus 0,56 mm bij aanwezigheid, dit was een significant verschil. Het verschil tussen immmediaat en delayed implanteren was er niet in survival, echter wel in het marginaal botverlies ten nadele van immmediaat casussen [Cosyn et al].

Echter er waren wel kritische opmerkingen te plaatsen bij deze studie. Een andere vraag was wat de meerwaarde is van immmediaat implanteren in de zijdelingse delen. Is het ontbreken van een element op die locatie voor patiënten zo vervelend dat immmediaat noodzakelijk is? Of is het beter om op safe te spelen en op een later tijdstip te implanteren. Vanuit het UMCG waren de aanvullingen dat er gestopt was met het immmediaat implanteren in de zijdelingse delen, omdat er meer verlies van implantaten was. De teneur was: 'waarom immmediaat implanteren in de zijdelingse delen. Moet je dit wel doen of kun je beter op safe spelen?'. Consensus was wel dat een systematische review toch op een bepaalde manier kan worden geïnterpreteerd. Immmediaat implanteren is niet beter of slechter, maar het scheelt wel behandelingen voor de patiënt.

Marco Cune ging in op klachtenprocedures in de mondzorg. Naast stafflid in Groningen geeft hij ook advies in beroepsaansprakelijkheidszaken bij de VVAA. Het aantal letselschade claims in de mondzorg is ongeveer 200 per jaar op 4500 verzekeringnemers bij VVAA. Dus ongeveer 1 op 20 tandartsen krijgt een klacht. Bij MediRisk is dit ongeveer 30 klachten per jaar. Opvallend is dat er vaak een klacht komt na wisseling van tandarts of specialist. Bij de VVAA wordt een dossier gevormd met een eventuele adviesaanvraag. Daarop wordt de positie bepaald: aansprakelijkheid erkennen, minnelijke regeling of het afwijzen van de claim.

Binnen de tandheelkunde zijn de top van de claims; 1. Endodontische behandelingen; 2. Extracties 3. Restauratief (kronen, restauraties); 4. Implantaten.

Er wordt gekeken of er sprake is van onzorgvuldig handelen (niet conform de

professionele standaard]. Dit is handelen als een redelijk bekwaam beroepsgenoot naar de stand van de wetenschap op dat moment en de destijds aanvaarde normen. [De maatman].

Dit omvat een aantal aspecten zoals een professionele standaard, organisatorisch aspecten [je moet de patiënt informeren over kosten] en zorginhoudelijk aspecten [voorbereiding, uitvoering en nazorg]. Er is ook verschil tussen een inspanningsverplichting en een resultaatsverplichting. De bewijslast bij resultaatsverplichting ligt bij aangeklaagde in tegenstelling tot een inspanningsverplichting waarbij deze bij de klager ligt.

Vaak wordt er gesproken over een complicatie of fout. Er moet dan stilgestaan worden bij het feit dat fout gegaan niet altijd fout gedaan is. Een complicatie is een onbedoelde of ongewenste uitkomst van een behandeling, zoals bijvoorbeeld wondinfectie, perforatie, afgebroken vijl, geen osseo-intergratie bij een implantaat, waarbij een fout [te late/ foutieve diagnose, verkeerde medicatie, te laat doorverwijzen, technische/ chirurgische fout, ondeugdelijk instrumentarium] een onjuiste beslissing of handeling is. Mocht het komen tot een letselschade dan wordt er gekeken naar een causaal verband tussen de fout en de opgelopen schade [gemiddeld € 7000]

'Ontwikkel voelsprietten, zoek zelf contact met de patiënt, toon betrokkenheid, neem altijd zelf verantwoordelijkheid en regie, maak afspraken over wie wat communiceert met de patiënt en schakel hulp in', zijn de adviezen.

Opvallend is dat er vaak een klacht komt na wisseling van tandarts of specialist.

Henny Meijer besprak wat te doen bij dubbele tandvervanging, immmediaat of beter van niet? Hij presenteerde de 10 jaar resultaten uit het UMCG van dubbelbandsvervanging conventioneel geplaatst in de

esthetische zone van eerste premolaar tot eerste premolaar. Het oordeel was na 10 jaar: acceptabele klinische resultaten, een gecompromitteerde papil tussen de implantaten, tevreden patiënten en een kritische professional. Het botverlies was groter tussen de implantaten dan aan de kant van het natuurlijk element. Dit gold ook voor de papil. De survival was 100%.

Discussie was er over wat te doen bij verlies van alle frontelementen; 2 implantaten centraal of 2 implantaten lateraal. En 2 aparte cantilever-bruggen of een 4-delige brug. Vanuit Groningen wordt meestal gekozen voor 2 centrale implantaten met 2 cantilever-bruggen

Felix Guljé ging verder in op een bekend onderwerp van hem en dat was de 10-jaars resultaten van korte implantaten. Het concept van dynamische botbelasting werd besproken. De grootse belasting zit in de bovenste 4 á 5 mm van het implantaat onafhankelijk van de lengte. Hoe korter het implantaat hoe meer beweging erin zit. Dit functioneert dan als een soort schokbreker. De dynamiek die dan ontstaat geeft nieuwe botvormig zoals ook aangetoond bij de studie bij ratten van Yagihara et al. Hij besprak ook zijn ervaringen met het Astra Primetaper implantaat waarbij de stabiliteit in de eerste 6 weken groter was als gevolg van de grotere windingen.

Het vervolg van het programma had als onderwerp: "Doe eens gek, maar waar ligt de grens"

Silke Nurmohamed trapt af met Oligodontie en de verticale dimensie. Ze presenteerde een casus van een patiënt met oligodontie en een verticaal defect. Nadeel van conventioneel zou zijn, lange klinische kronen. Alternatief zou distractie of augmentatie zijn. Gekozen werd echter voor een Le Fort I osteotomie in 4 delen nadat er een augmentatie was gedaan. Crista bot werd als interponaat gebruikt voor een sinusbodemelevatie en buccale augmentatie. Het betrof een knap staaltje vakmanschap.

'To immediacy and beyond' met een kleine knipoog naar Buzz Lightyear was de titel van Michael Frank's presentatie.

Het betrof een casus met een titanium mesh voor augmentatie, waarbij echter een dehiscentie optrad.

Dit soort defecten zijn ook op te lossen met het tunnelen naar distaal, dan een stukje bot vast te zetten. De overige holte werd gevuld met geogst bot met een safe schraper. Vergeet niet alleen om linguaal de mucosa te klieven om de rek in de mucosa te houden. Echter ook werd geopperd in de groep om aan conventioneel frame werk te denken in plaats van implantaten.



Erik Nout bracht de revival van het subperiostale implantaat voor de terminaal atrofische maxilla. Het is een oude techniek met wisselend succes. De verwachting is met 3D technieken om een beter adaptatie te krijgen wat waarschijnlijk vaak toch het manco is geweest in het verleden. De procedure werd besproken waarbij de voordelen (minimaal invasie in vergelijking met botaugmentatie, immediate loading, PSI implantaat) versus de nadelen (follow up, beperkte indicatie zijnde alleen een Cawood classificatie groter dan 5, geen vervanger van bot-augmentatie). De patiënt tevredenheid is goed. Het probleem is nog wel de lange termijn resultaten. Tot op heden is het botverlies minimaal.

Marjol Vos zocht misschien wel de ultieme grens op met het implanteren door geïmpacteerd elementen. In plaats van gehoekte implantaten als gevolg van een geïmpacteerd element wordt er dan door het element heen geprepareerd. Nadeel van het verwijderen van een geïmpacteerd element is het botdefect en de noodzaak tot augmenteren nadien. Wel zijn er een aantal criteria waaraan moet worden voldaan, zoals het geïmpacteerd element moet volledig door bot en weke delen zijn omgeven, het moet asymptomatisch zijn en bij voorkeur niet door de pulpa heen implanteren. Niet geheel verwonderlijk was de ervaring in de groep nagenoeg nul, maar het blijft een leuke en interessant manier om 'out of the box' te denken als een casus hierom vraagt.

De combinatie van implantaten en orthodontie is ook een mogelijkheid liet Steven Zijdeveld zien.

Er zijn 4 opties te bedenken namelijk: orthodontie ter preventie van implantaten, agenesie van elementen waarbij met behulp van botankers elementen gemesialiseerd worden, autotransplantatie in combinatie met botankers (Bollard) en orthodontie ten dienste van implantaten.

Orthodontie ten dienste van implantaten bij te smalle diastemen of inclinatie van radix waarbij met torque van de elementen latere implantaatplaatsing mogelijk is. Omgekeerd, met implantaten in dienst van de orthodontie, is er de over-eruptie van een

element als gevolg van het ontbreken van een antagonist of extrusie van elementen bij een afgebroken radix zodat restauratie nog mogelijk is. Met Bollard ankers of TAD's kan de orthodontie ondersteund worden. Opmerking vanuit de groep is dat eventuele verlaging van de mandibula en supra-positie accepteren ook een optie is waarbij de occlusie een articulatie wel in de gaten moet worden gehouden.

Voor grote defecten in de maxilla na bijvoorbeeld oncologie is het wenselijk om een reconstructie uit te voeren voor de esthetiek en functionaliteit. Gerry Raghoeber liet zien hoe dit in het UMCG wordt gedaan aan de hand van een aantal casussen. Wat hierbij naar voren kwam is dat na radiotherapie meer problemen zijn met implantaten. Tot 40 Gy is het risico op osteoradionecrose te overzien. Boven de 40 Gy is het onduidelijk. Wel is duidelijk dat hyperbare zuurstof therapie geen effect heeft op de botgenezing, wel op de weke delen.

Retrospectief je eigen werk beoordelen is altijd goed en geschikt om van te leren.

Joanneke Plooi gaf eigen grenzen aan middels een casus van een geïmpacteerd 13 welke moet worden geligeerd. Alternatief was verwijdering en een autotransplantatie geweest waarbij de palatale wand wel intact moet zijn. Alternatief is natuurlijk altijd conventioneel kroon en brug werk.

Retrospectief je eigen werk beoordelen is altijd goed en geschikt om van te leren. Marton Vidra presenteerde een casus waarbij een patiënt met een slecht gereguleerde diabetes mellitus werd geïmplanteerd in een edentate maxilla waarbij de implantaten verloren gingen. In de literatuur lijkt het succespercentage hetzelfde. Echter individuele factoren kunnen verschillen, waarbij dus op individuele basis beslissingen moeten worden gemaakt. Het HBA1c fluctueerde bij deze patiënt als gevolg van gebrek aan zelfzorg.

Retrospectief is de wens om de patiënt goed te helpen te groot geweest, waardoor je meer risico accepteert. Alternatieve prothetiek is dan soms een betere optie.

Ignaz van der Tol presenteerde een casus met een ankylotisch element in infrapositie waarbij ook onderontwikkeling van de processus alveolaris aanwezig was. Na de distractie van het element door middel van een box-osteotomie kon uiteindelijk een implantaat geplaatst worden. Beperkte literatuur is beschikbaar over soortgelijke behandelingen. Duidelijk informed consent en zorgvuldige multidisciplinaire afwegingen zijn noodzakelijk in deze. Theoretisch is dit ook mogelijk met een implantaat in infrapositie bij te vroeg plaatsing, maar dit lijkt niet voorspelbaar.

Als laatste spreker was Baucke van Minnen aan de beurt. Een hockeybal kan hard aankomen bleek uit zijn gepresenteerde casus. De impact had tot gevolg dat de radix diep was afgebroken. Gekozen werd voor een chirurgische extractie met een Benex-extractor, waarna het element werd gespalkt. De bot

ingroei bleek goed tijdens de controles. Orthodontische extractie is wenselijk bij een vitaal element waarbij reeds orthodontische apparatuur aanwezig is.

Discussiepunt is wat te doen bij kinderen en jongvolwassenen. De huidige situatie is nu dat voor het 21e jaar een aanvraag kan worden gedaan bij de verzekering voor de behandeling, welke voor het 23e jaar moet zijn afgerond. Is het een levenslang probleem (maxillo-faciaal defect) dan kan een eventuele dader aansprakelijk worden gesteld. Goed documenteren is essentieel voor de verzekering.

Luit de Vries liet de nieuwe mogelijkheden van Dentsply Sirona zien. Tevens werd er aandacht gevraagd voor de World Summit in Athene van 8 tot 10 juni 2023

Als afsluiting was er een dankwoord van de voorzitters [Baucke en Marjol] waarbij ook Dentsply Sirona werd bedankt voor de organisatie. Daarna met de boot terug naar het vasteland, waarna de verdere thuisreis kon aanvangen.

Basic Course 1

Hyatt Place Amsterdam Airport
The Netherlands

31 May 2023 (8h30-16h00)



Basic Course 2

Sheraton Brussels Airport Hotel
Belgium

1 June 2023 (8h30-16h00)



Salah Huwais, DDS



Osseodensification

Optimize the Site, Optimize the Outcome

Learning Objectives:

- Review biomechanical, histological, and long-term clinical evidence of Osseodensification
- Learn and practice the Clinical Versatility of Osseodensification:
 - Sub-Crestal Sinus Lift
 - Lateral Ridge Expansion
 - Immediate Implant Placement with OD
 - Guided Expansion Graft (2-Stage Approach)
 - Universal Guided Surgery Protocol
- How can we preserve bone, plastically expand it, and enhance its strength in a controlled method
- The effect of Osseodensification on implant total stability development for early and immediate loading
- Risk assessment and avoiding complications
- Hands-on practical training utilizing actual bone specimens and simulation models





Een conflict met een patiënt, wie heeft dat nu niet een keer? Maar wat gebeurt er wanneer een patiënt u aanklaagt bij het tuchtcollege? Hoe werkt dit en wat voor gevolgen kan dit voor u hebben? Hoelang duurt een procedure gemiddeld? Wat zijn de doelstellingen van het tuchtcollege, en hoe is het in Nederland georganiseerd?

Waarom is een tuchtzaak eigenlijk openbaar en hoe zit het dan met onze privacy? Als er een uitspraak is, kunt u dan daartegen in beroep gaan? En waarom is een uitspraak van het tuchtcollege in essentie voor de hele beroepsgroep relevant? En hoe zit het met voortschrijdend inzicht over een behandeling in het verleden, is dan het actuele inzicht of juist het oude inzicht doorslaggevend voor een uitspraak?

U snapt inmiddels vast dat het medisch tuchtrecht bepaald geen eenvoudige materie is en dat het vele facetten heeft. In dit Bulletin hebben we geprobeerd het tuchtrecht zo goed mogelijk te belichten vanuit vier heel verschillende invalshoeken. Vanuit de positie als verweerder (aangeklaagde), vanuit het tuchtcollege, vanuit de wetenschappelijke beroepsvereniging en vanuit een juridisch perspectief. Een Bulletin om goed te bewaren dus, want je weet maar nooit...

Alles over het Tuchtrecht

■ Door Wouter Kalk



Tuchtzaak: schrik van je leven!

Door: Lex Mosk, tandarts-implantoloog, partner van beklagde tandarts-adviseur

Ineens valt er een aankondiging in je brievenbus. Carien, mijn echtgenote, tandarts, jurist en tevens tandheelkundig adviseur, werd met dit schrijven tuchtrechtelijk aangeklaagd door een patiënte van een collega, voor wie zij een adviesrapport had geschreven vanwege een aanklacht bij het medisch tuchtcollege. Carien had in het rapport verweer voor hem gevoerd en betoogd waarom er geen sprake was van een onjuiste behandeling. Literatuur over dit onderwerp was uitvoerig bestudeerd, collega's met specifieke expertise waren om hun mening gevraagd.

Maar nu werd Carien als adviseur zelf aangeklaagd. Er werd advies ingewonnen en een advocaat in de arm genomen. Uiteraard veroorzaakt het opeens zelf betrokken raken bij een tuchtrechtelijke klacht veel stress en emotie. Aangezien dit iedereen kan overkomen en het veel impact heeft, deel ik mijn [onze] ervaring.

Casus in het kort

Collega Jensma, bevriend tandarts-implantoloog, had in mei 2014 bij een patiënte drie implantaten in het 1e kwadrant geplaatst. In de regio 13 werd door hem na het openen ontstekingsweefsel, gering geelgroen exsudaat en een sequester aangetroffen. Na het verwijderen van het sequester en curettage van de regio werd door hem op de positie 13 een implantaat aangebracht. Ook op de posities 14 en 16 werden implantaten geplaatst. Tijdens de osseoïntegratie periode gingen de implantaten regio 14 en 16 verloren. Het implantaat regio 13 integreerde op normale wijze en was opvallend genoeg ter zitting (8 jaar na plaatsen) nog in situ.

Aanklacht medisch tuchtcollege

De patiënte in kwestie was van mening dat haar behandelaar onjuist had gehandeld en ging met haar klacht naar het tuchtcollege. In de ogen van Carien, als adviseur ingeschakeld door DAS-Rechtsbijstand van patiënte, had Jensma gehandeld conform de huidige inzichten en protocollen en was er geen sprake van onjuist of verwijtbaar handelen. Klaagster bestreed dit en schakelde een andere adviseur in. Dit betrof een gepensioneerd hoogleraar MKA-chirurgie, met traumatologie als voormalig expertisegebied (geen NVOI erkend implantoloog,

geen implantologische expertise, niet meer BIG-geregistreerd). Zijn standpunt was dat je niet in ontstoken gebied mag implanteren of bot inbrengen en dat er in de beschreven situatie altijd een kweek moet worden afgenomen. Opvallend was dat het regionaal tuchtcollege (RTG) en later ook het centraal tuchtcollege (CTG) de deskundigheid van de nieuw ingeschakelde collega nimmer ter discussie heeft gesteld. In voornoemd RTG had geen enkele erkend implantoloog zitting.

Uitspraak RTG: een waarschuwing

Het advies van de nieuwe adviseur werd overgenomen. Jensma kreeg een officiële waarschuwing opgelegd door het RTG.

Precedentwerking door uitspraak tuchtcollege, hoger beroep

Aangezien ik mij realiseerde dat hier precedentwerking vanuit gaat en dat deze uitspraak dus consequenties heeft voor de wijze waarop we geacht worden voortaan om te gaan met aanwezigheid van ontsteking ten tijde van implanteren, nam ik contact op met collega's met specifieke expertise op dit gebied. Collega Staas, 'leading professional' in het immidiat implanteren, en NVOI-voorzitter Polder waren het oneens met de uitspraak van het RTG en met de conclusies van de oudhoogleraar, waarop de RTG uitspraak

was gebaseerd. Niet alleen naar hun professionele mening, maar ook volgens meerdere wetenschappelijke publicaties daterend uit de periode rond de aanklacht, is het verwijderen van ontstekingsweefsel en plaatsen van een implantaat direct na curettage 'good practice' en is dit in de esthetische zone juist noodzakelijk om een optimaal resultaat te behalen. Een 'staged approach' geeft meer verlies van alveolair bot en daardoor een slechter esthetisch eindresultaat. Deze uitspraak van het RTG stond daarom op gespannen voet met algemene wetenschappelijke inzichten en ook met de algemene trend om meer immediaat te implanteren in een al dan niet ontstoken situatie. Op LinkedIn werd een dialoog opgestart door Staas, met brede bijval voor zijn zienswijze. Door Jensma werd, ondersteund door Polder en ons, bezwaar aangetekend en een beroepsprocedure gestart.

Behandeling door RTG van tweede aanklacht, tegen adviseur

Klaagster richtte zich niet alleen met een klacht tot haar behandelaar, maar in tweede instantie ook tot de adviseur. Zij stelde dat het rapport van Carien als adviseur onzorgvuldig en ondeskundig was. Daarnaast was klaagster het niet eens met de conclusies in het rapport. Bij de behandeling van deze aanklacht werd door het RTG niet ingegaan op de inhoud van

het rapport, aangezien dit reeds uitvoerig aan bod was gekomen bij de afhandeling van de eerste klacht van klaagster (jegens Jensma). Er werd ad hoc aangezegd dat alleen de vormstelling van het rapport zou worden behandeld. In het RTG had geen tandheelkundig adviseur zitting. Niettemin formuleerde het College, tijdens de zitting en in het beraad erna, eisen waaraan een advies volgens het College zou moeten voldoen.

Advisering zou volgens het RTG moeten voldoen aan een aantal vormcriteria, waaronder vermelding van bronnen, literatuur en geraadpleegde personen, waarbij de adviseur binnen de grenzen van diens competenties moet blijven. Vanwege bovenstaande criteria werd de aanklacht door het RTG gegrond verklaard en werd een officiële waarschuwing opgelegd. Tegen deze uitspraak is door Carien in beroep gegaan, omdat de geformuleerde eisen inzake advisering niet gebruikelijk zijn.

Onveilig, ongelijkwaardig

Tijdens de behandeling van de aanklacht tegen Carien werd door één van de RTG leden – een tandarts - toch op de inhoud ingegaan en niet op de vorm zoals door de voorzitter was opgelegd. De zitting verliep daarnaast zeer onrustig. Klaagster ging erg tekeer en schreeuwde haar grieven en verwijten toe. De

Wat niet helpt in de beleving is dat je als beklagde niet op hetzelfde niveau zit als het tuchtcollege, maar dat je vanuit een lage positie steeds omhoog moet kijken.

voorzitter van het RTG lukte het niet om dit in goede banen te leiden (in hoger beroep evenmin). Hierdoor was geen sprake van een rustige of veilige omgeving voor beklagde en haar advocaat. Wat ook niet helpt in de beleving is dat je als beklagde niet op hetzelfde niveau zit als het tuchtcollege, maar dat je vanuit een lage positie steeds omhoog moet kijken tijdens de zitting. Dit ontnemt je het gevoel van een gelijkwaardige dialoog zoals feitelijk het doel is van een zitting.

Wanneer het proces en/of de uitspraak niet aan jouw verwachtingen voldoet, is dit zeer belastend en kan dit leiden tot onnodig leed.

Behandeling CTG hoger beroep behandelaar

Er vond een tweede zitting plaats voor de aanklacht tegen Jensma, ditmaal in hoger beroep bij het CTG. De vragen richtten zich met name op de kweekafname. Alhoewel door mij of de geraadpleegde collega's nog nergens een protocol is aangetroffen, waarin een bacteriekweek wordt aanbevolen voor- of tijdens een implantologische behandeling, bleek dit het essentiële punt waarop handhaving van de waarschuwing werd gebaseerd.

Met welke reden werd hier een exceptionele situatie nu als norm gehanteerd? Tuchtcolleges dienen immers te beoordelen hetgeen de norm c.q. gebruikelijk is binnen de beroepsgroep en wetenschappelijk aanvaard is. Naar mijn mening is dit hier niet gebeurd en heeft Jensma als beklagde ten onrechte een waarschuwing opgelegd gekregen.

Behandeling CTG hoger beroep adviseur

Er vond naar aanleiding van de bezwaarprocedure ook een tweede

zitting plaats voor de aanklacht tegen Carien als adviseur. Deze zitting werd behandeld door het CTG. Hier werd de eerdere uitspraak van het RTG gelukkig vernietigd en werd Carien vrijgesproken van de aanklacht inzake haar adviseringsvorm, deskundigheid en zorgvuldigheid als adviseur.

Terugblik

Tussen de regels door heb ik al diverse kritische kanttekeningen geplaatst bij de gang van zaken. Uiteraard is het sowieso al bijzonder vervelend wanneer je voor het medisch tuchtcollege moet komen vanwege een klacht aan jouw adres. Wanneer het proces en/of de uitspraak niet aan jouw verwachtingen voldoet, is dit zeer belastend en kan dit leiden tot onnodig leed. Dit zou elke collega bespaard moeten blijven.

Met het doel dit relaas zo persoonlijk mogelijk te maken zijn de namen van alle betrokkenen in nadrukkelijk overleg met - en met toestemming van hen vermeld.

Aanbevelingen door een ervaringsdeskundige

- Een tuchtcollege mag niet afwijken van een oorspronkelijke klacht. Dit is pertinent onredelijk en juridisch ongeoorloofd. Hierop kun je je immers niet voorbereiden.
- Voor een meer gelijkwaardige verhouding zou een zitting anders kunnen worden ingericht (het college niet op een podium plaatsen tegenover de beklagde in een lage positie). Voorzitters dienen daarbij een veilige en rustige omgeving van alle betrokkenen te waarborgen.
- Misschien zou het beter zijn als de klager verplicht wordt standaard een raadsman mee te brengen, zodat deze tijdens de zitting de rust en professionaliteit kan borgen eendrachtig met de voorzitter van het college. Tevens kan een raadsman een klacht beter formuleren.
- Binnen het tuchtcollege moet voldoende expertise aanwezig zijn en dienen de leden goed in de materie ingelezen te zijn. Inschakeling (na zorgvuldige selectie) van externe adviseurs kan hieraan bijdragen.



Medisch tuchtrecht & tuchtcolleges voor de gezondheidszorg – hoe is dit georganiseerd in Nederland

Door: Theo Hoppenreijns, voorzitter Consilium Implantologicum en lid regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg

Patiënten die klachten hebben over de geleverde zorg kunnen een klacht indienen. De wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKKGZ) kent verschillende portalen zoals een klachtenfunctionaris, geschillencommissie, klachtencommissie en tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Ook is het mogelijk een klacht neer te leggen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de civiele rechtbank.

Alle BIG-geregistreerde zorgverleners vallen onder het tuchtrecht. Er zijn in Nederland drie regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (RTG): in Zwolle, 's Hertogenbosch en Amsterdam. Daarnaast is er een centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (CTG) in Den Haag voor hoger beroepszaken.

Om de context te schetsen: er zijn ongeveer 400.000 BIG-geregistreerde zorgverleners waaronder 12.700 tandartsen en bijna 800 geregistreerde mondhygiënisten. Jaarlijks worden er ongeveer 9 klachten per 1000 tandartsen ingediend bij het tuchtcollege, waarvan een derde op een zitting behandeld worden. Na onderzoek wordt twee derde van de ingediende klachten in de raadkamer afgewezen als ongegrond, wordt niet ontvankelijk verklaard of wordt ingetrokken.

De meeste klachten die worden ingediend tegen BIG-geregistreerde beroepsgenoten bij het tuchtcollege hebben betrekking op communicatie en bejegening, een foute diagnose, foute behandeling en ontbreken van nazorg.

Er zijn landelijk gemiddeld vijf klachten per jaar met betrekking tot orale implantologie.

Het medisch tuchtrecht heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en verbeteren. Een patiënt of diens naaste, maar ook een zorginstelling, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), een (tand)arts en een zorgverzekeraar kunnen een klacht tegen u indienen. De kosten om een klacht in te dienen zijn 50 euro griffierecht.

Hoewel dit niet altijd door iedereen goed wordt begrepen, wil het tucht-

recht met een uitspraak niet zozeer met de vinger wijzen wat aangeklaagde niet goed heeft gedaan maar met name de beroepsgroep duidelijk maken welke aspecten van een behandeling anders hadden kunnen of moeten gebeuren. Het gaat bij het tuchtrecht niet primair om het individueel belang van de klager. Voor het verkrijgen van een (schade) vergoeding kan een patiënt terecht bij de civiele rechter. Dit gebeurt vaak bij aansprakelijkheidszaken.

De zittingen op het RTG zijn samengesteld uit twee juristen, waarvan één voorzitter en drie zogenaamde leden-beroepsgenoten. Als er een klacht tegen een tandarts, orthodontist, kaakchirurg of BIG-geregistreerde mondhygiënist wordt ingediend, worden drie leden-beroepsgenoten benaderd voor beoordeling van de klacht. Zij worden gevraagd of zij zich capabel voelen en of zij vrijstaan met betrekking tot de partijen. Indien beide vragen positief worden beantwoord, worden de stukken gedeeld ter beoordeling.

Nadat een klacht is ingediend wordt de aangeklaagde gevraagd te reageren op het klaagschrift. De reactie is het verweerschrift. Partijen worden vervolgens uitgenodigd voor een mondelinge vooronderzoek.

De voorzitter bepaalt of de klacht ontvankelijk is en laat de zaak door

Ook als er niets is fout gegaan kan een patiënt een klacht indienen als hij/zij ontevreden is of meent dat er wel iets fout is gegaan.

een van de beroepsgenoten meelezen om vervolgens te bepalen of het dossier compleet is en of de klacht in een raadkamer of op een zitting behandeld dient te worden. Soms wordt dan nog nadere informatie opgevraagd.

Bij een vooronderzoek krijgen partijen de kans het klaagschrift en het verweerschrift toe te lichten. Wederzijds begrip resulteert soms in het intrekken van de klacht maar kan ook de klacht of klachtonderdelen meer verduidelijken. De schriftelijke procedure, het mondelinge vooronderzoek, de raadkamerbehandeling en de zitting vullen elkaar aan.

Het kan gebeuren dat op een zitting de zaak toch anders blijkt te zijn dan op papier is gesteld.

De klager wordt meestal vergezeld door een partner of familielid terwijl aangeklaagde vaak wordt bijgestaan door een advocaat. Indien een klacht(onderdeel) gegrond verklaard wordt, kan het tuchtcollege verschillende maatregelen opleggen oplopend in ernst: waarschuwing, berisping, geldboete tot 4500,- euro, gedeeltelijke ontzegging, (voorwaardelijke) schorsing of in zeer uitzonderlijke gevallen doorhaling van het BIG register. Een procedure bij het RTG duurt gemiddeld 7 maanden.

Waar de civiele rechter gebruik maakt van externe deskundigen maakt het tuchtcollege gebruik van beroepsgenoten die lid zijn van het tuchtcollege. Dit is een groot voordeel. Hoewel de procedure zeer zorgvuldig wordt uitgevoerd, is niet altijd iedereen tevreden met het functioneren van het tuchtcollege.

Zo menen patiënten dat de beroepsgenoten de aangeklaagden de hand boven het hoofd houden en vinden aangeklaagden daarentegen dat ze te hard door beroepsgenoten worden behandeld. Beide is natuurlijk niet aan de orde, maar uitspraken kunnen zo worden ervaren als deze niet voldoen aan de verwachtingen.

Ook als er niets is fout gegaan kan een patiënt een klacht indienen als hij/zij ontevreden is of meent dat er wel iets fout is gegaan. Bijvoorbeeld in geval van een complicatie. Dat er iets fout is gegaan wil nog niet zeggen dat er iets fout is gedaan. Er wordt gekeken of de beroepsbeoefenaar beroepsmatig heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Er zijn in deze doelstelling een aantal belangrijke aspecten bijeengebracht. Zo is de vraag niet of het beter had gekund maar of het goed genoeg is. Uitgangspunt is wat een redelijk bekwame beroepsuitoefenaar had gedaan. Dus met betrekking tot de implantologie is niet de bekwaamheid en vaardigheid van de implantoloog NVOI leidend, maar de bekwaamheid van iedere tandarts die implanteert en zich daartoe bekwaam acht. Iedere tandarts-implantoloog, geregistreerd door de NVOI of niet, heeft echter wel te maken met de richtlijnen en protocollen die door de beroepsvereniging (KNMT) en wetenschappelijke vereniging (NVOI) zijn ontwikkeld. De randvoorwaarden

Het is mogelijk een klacht bij het tuchtcollege in te dienen tot 10 jaar na een behandeling of voorval.

zoals statusvoering, indicatie- en uitvoeren van radiologische diagnostiek en steriliteit zijn door de KNMT in richtlijnen beschreven. De NVOI heeft samen met de KNMT en de NVMKA richtlijnen ontwikkeld, die voor iedere tandarts gelden. Ook gedragscodes en leidraden kunnen door het tuchtcollege worden ingezien.

Het is mogelijk een klacht bij het tuchtcollege in te dienen tot 10 jaar na een behandeling of voorval. Het tuchtcollege probeert zich te verplaatsen in het moment van handelen zonder het uiteindelijke beloop te kennen. Het toetsingskader

heeft dan ook betrekking op de stand van de wetenschap op dat moment en niet het moment waarop een klacht is ingediend. Zo is een richtlijn geaccordeerd in 2015 niet van toepassing op een voorval in 2014. Als er geen protocollen of richtlijnen bestonden op het moment van een mogelijk klachtwaardig handelen, is hetgeen op dat moment algemeen gebruikelijk of geaccepteerd was door de beroepsgroep leidend. Met name dit laatste maakt een goede beoordeling in het tuchtrecht moeilijk. De juristen hechten op dit punt veel waarde aan de opvatting van de drie beroepsgenoten.



We moeten wel realistisch blijven en kunnen erkennen wanneer we niet altijd volgens de regels hebben gehandeld en een fout hebben gemaakt.

Het staat de klagende partij vrij een expertise rapport van een externe collega aan te leveren. Het tuchtcollege kan ook getuigen van buiten oproepen, maar maakt hier zeer zelden gebruik van. Het is aan de beroepsgenoten om aan te geven of ze zich voldoende capabel achten de klacht te beoordelen en daarover een standpunt in te nemen.

Verweerders kunnen ook expertise rapporten van externe collegae overleggen en het verweer nog sterker onderbouwen met wetenschappelijke artikelen. Deze publicaties moeten dan wel toegespitst zijn op de voorliggende casus en betrekking hebben op de periode waarin het zich voordeed. Voortschrijdend inzicht van de beroepsgroep en van de wetenschap zal niet worden meegenomen in de beoordeling.

Het tuchtcollege probeert in de uitspraak te omschrijven wat van de zorgverlener had mogen worden verwacht in de betreffende casus. Het is een combinatie van wet- en regelgeving, zelfregulering door de beroepsgroep en open normen met oog voor beroepsethiek en maatschappelijk belang.

Het tuchtrecht zal zich continu aanpassen en na analyse verbeteren in de tijd. Zo wordt gestreefd de motivering van de uitspraken te verbeteren. De klacht dient gericht te zijn tegen een BIG- geregistreerde persoon, terwijl de zorg steeds complexer wordt en meer in team verband wordt uitgevoerd.

Ook de behandelingen in een opleidingssetting en bij taakdelegatie maken een beoordeling niet eenvoudig.

De naam tuchtcollege staat ook al lang ter discussie. Misschien is 'BIG college' zoals een oud-voorzitter van het RTG opperde een minder beladen term. Het kwaliteitsbevorderende karakter kan altijd beter. Er dient ook meer oog te zijn voor de verweerder die terecht wordt gewezen door het tuchtcollege.

Aangezien een tuchtzaak een negatieve impact heeft op de betrokken verweerder, zou er na afronding van de zaak meer aandacht voor zijn persoonlijk welzijn wenselijk zijn, in de vorm van goede nazorg en peer support.

We moeten wel realistisch blijven en kunnen erkennen wanneer we niet altijd volgens de regels hebben gehandeld en een fout hebben gemaakt. Het is zeker niet verkeerd hiervoor uit te komen en er juist van te leren. Het is overigens verdedigbaar als niet volgens de richtlijn of algemene opvatting is gehandeld, mits gemotiveerd, met de patiënt duidelijk besproken en in het dossier genoteerd. Patiënten accepteren dat ook, maar wees open en eerlijk en blijf vooral in gesprek met de patiënt. Hiermee zijn heel veel klachten bij het tuchtcollege te voorkomen. Helaas niet alle.



Welke rol heeft een wetenschappelijke vereniging bij tuchtzaken?

Door: Bart Polder, voorzitter NVOI & bestuurslid NVDMFR

In dit Bulletin wordt uitgebreid stilgestaan bij het medisch tuchtrecht & tuchtcolleges.

Directe aanleiding om hier extra aandacht aan te besteden is de rol die uw bestuur in 2 recente uitspraken van het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (CTG) heeft gespeeld.

In de eerste casus werd zowel het bestuur van de NVOI als van de NVDMFR (uw voorzitter zit in beide besturen) door de raadsman van de verweerder gevraagd om te reageren op de uitspraak van een regionaal tuchtcollege (RTG).

Een collega was de maatregel van berisping opgelegd, omdat er geen CBCT-opname verricht was, voorafgaand aan het implanteren [interforaminaal] in een edentate onderkaak.

In de NVOI richtlijn "CB-CT implantologie" staat helder geformuleerd, dat er geen rechtvaardiging is om *standaard* een CBCT te vervaardigen voor het implanteren in het interforaminale gebied. Het RTG gaf in de argumentatie echter aan dat dit voor patiënten met een 'klasse 3-situatie' noodzakelijk zou zijn. Verdere onderbouwing of

uitleg van deze 'klasse 3-situatie' in relatie tot implantologie werd niet gegeven. Werd hierbij verwezen naar de Cawood-classificatie, naar de Bone-Quality Index van Lekholm en Zarb of de orthodontische klasse 3? Overigens is in geen van deze 'klasse 3 classificaties' het routinematig vervaardigen van een CBCT gerechtvaardigd. In het betreffende RTG had geen NVOI-erkend implantoloog zitting.

Vanuit de NVOI is door het bestuur op de uitspraak gereageerd. Het risico dat hier precedentwerking vanuit zou gaan en onnodige verruiming zou ontstaan voor de indicatie van CBCT's bij edentate patiënten was immers groot. Door het CTG is deze uitspraak gelukkig vernietigd.

Bij de tweede casus was een zinsnede opgenomen, dat het implanteren [5 maanden na extractie] niet voldeed aan de geldende beroepsnorm [in 2014], omdat er nog ontstekingsweefsel aanwezig was. Juist omdat deze zinsnede een ongewenste precedentwerking kan hebben, is de casus ook voorgelegd aan het CTG, waarna deze zinsnede werd geschrapt.

Deze laatste casus wordt door verweerders uitgebreid met u gedeeld: zeer illustratief voor de impact van een tuchtaak.

Het tuchtcollege moet over voldoende kennis en expertise beschikken om goed te kunnen oordelen over de algemene normen en inzichten van de professie ten tijde van de klacht. Bij een casus over implantaten, zou het derhalve waardevol zijn dat een NVOI-erkend implantoloog in het college zitting heeft. Dit kan eenvoudig worden gerealiseerd, het betreft immers slechts enkele zaken per jaar. Bij complexe tandheelkundige problematiek zouden de wetenschappelijke verenigingen ook kunnen worden geraadpleegd. Op dit moment wordt echter nog te weinig gebruikgemaakt van de expertise van wetenschappelijke verenigingen, waardoor enkele formele uitspraken van een tuchtcollege door het CTG achteraf moesten worden gecorrigeerd. Hierbij zijn enkel verliezers: de impact op zowel klager als verweerder moet niet worden onderschat.

De rol van een wetenschappelijke vereniging op het gebied van deze thematiek omvat:

- actief meewerken aan het tot stand komen en actualiseren van goede richtlijnen
- bewaken dat richtlijnen correct worden geïnterpreteerd
- aanbieden van onafhankelijke expertise bij tuchtzaken
- volgen & beoordelen van uitspraken vanwege eventuele precedentwerking



Beïnvloeding van- en door uitspraken van tuchtcolleges

Door: Wolter Brands, tandarts en jurist

Invloed van een uitspraak op andere uitspraken van tuchtcolleges

In veel procedures is de impact van een individuele zaak groter dan alleen voor partijen. Vooral in het civiele- en het strafrecht zijn met name uitspraken van de Hoge Raad richtinggevend. Het gaat dan vaak over een uitleg van termen uit de wet. De bepaling van bijvoorbeeld de hoogte van het smartengeld gebeurt voornamelijk aan de hand van eerdere uitspraken van civiele rechters (Verzameld in: Jansen, Smartengeld, uitgave Verkeersrecht ANWB). De verwijzing naar andere uitspraken gebeurt in het tuchtrecht ook wel, zeker wanneer het toetsingskader wordt beschreven. Soms lijkt ook het tegengestelde het geval en lijken tuchtcolleges elkaar tegen te spreken. Een van de oorzaken hiervan is dat de normen waaraan in het tuchtrecht getoetst wordt, erg ruim zijn en de feiten en omstandigheden nogal verschillend. Een voorbeeld is de volgende casus waarin binnen een jaar het Centraal Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (CTG) 2 uitspraken deed waarbij de ene keer aanvulling van een dossier werd gebillijkt en de andere keer werd verboden.

CTG 2008/299: "Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt de vraag of het is toegestaan om een patiëntendossier op een later moment te

complementeren met gegevens uit de persoonlijke werkaantekeningen aldus, dat dat in beginsel niet ongeoorloofd is mits de toegevoegde gegevens juist zijn".

Het gebeurt nog steeds dat klagers meerdere procedures over hetzelfde probleem tegelijk starten.

CTG 2008/066: "Voorts heeft de tandarts tuchtrechtelijk verwijtbaar onzorgvuldig ten opzichte van klaagster gehandeld door, naar hij ter zitting in hoger beroep heeft erkend, ten onrechte achteraf aanvullende aantekeningen op de patiëntenkaart te plaatsen. Dat

hij daarvan niet beter is geworden zoals het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen, doet aan de onzorgvuldigheid ter zake niet af."

Invloed van een tuchtuitspraak op het civiele- en het klachtrecht

Vaak wil een patiënt schadevergoeding. Daarvoor kan hij echter niet bij het wettelijk tuchtrecht terecht. In vroeger jaren werd de tuchtprocedure wel gebruikt om bewijs van aansprakelijkheid bij elkaar te brengen voor een claim in een civiele procedure. Zeker nu in het klachtrecht, waarbij ook beroepsgenoten betrokken zijn, ook een forse schadevergoeding gevraagd kan worden, is deze omweg niet meer nodig.

Niettemin gebeurt het nog steeds dat klagers meerdere procedures over hetzelfde probleem tegelijk starten. In dat geval kan de indruk opkomen dat het niet zozeer gaat om bewijs te vergaren, maar meer als een strafexpeditie tegen de bewuste tandarts. Verweerders hebben nogal eens aangevoerd dat dit in strijd is met het "ne bis in idem" beginsel. Tuchtcolleges geven dan aan dat bijvoorbeeld de klachtenprocedure en de tuchtprocedure hun eigen toetsingskader hebben en dat er dus niet sprake is van eenzelfde soort procedure over dezelfde zaak die voor verschillende rechters uitgevochten wordt.

Juist omdat er sprake is van een verschillend kader hoeft een civiele rechter ook niet het oordeel in een tuchtzaak te volgen. Wel zal hij er alleen gemotiveerd van afwijken.

Invloed van beroepsgenoten en beroepsvereniging op het tuchtrecht

Omdat een uitspraak ook gevolgen kan hebben voor partijen buiten de tuchtprocedure en zelfs voor andere beroepsgenoten die met eenzelfde klacht geconfronteerd worden, is het zaak dat de beroepsgroep kennis neemt van een uitspraak en daar, indien nodig, commentaar op levert. Dit kan leiden tot een nieuwe richtlijn, waardoor latere uitspraken beoordeeld worden aan de hand van de aangepaste richtlijn. Het kan ook zijn dat de beroepsvereniging meent dat een tuchtcollege een richtlijn verkeerd uitlegt. Een voorbeeld van een dergelijke casus is een veroordeling van een tandarts op basis van de Meldcode Kindermishandeling van de KNMT. Het tuchtcollege ging er namelijk ten onrechte van uit dat een tandarts altijd toestemming zou moeten hebben van een ouder voor een melding bij Veilig Thuis. [ECLI:NL:TGZRSGR:2017:73]. Waarop een publicatie van de KNMT volgde.

In een latere, soortgelijke casus besliste een ander tuchtcollege: *“Naar aanleiding van een uitspraak van het RTG Den Haag van 9 mei 2017 [ECLI:NL:TGZRSGR:2017:73, zaaknummer 2016-263] heeft de KNMT een ongedateerd standpunt ingenomen over toestemming in relatie tot haar eigen Meldcode. Dit standpunt luidt, voor zover hier van belang: Te enge interpretatie niet gewenst.”* [ECLI:NL:TGZRAMS:2017:146] Vervolgens ging het tuchtcollege er in navolging van de KNMT vanuit dat

er niet onder alle omstandigheden toestemming voor een Veilig Thuis melding nodig was.

In een enkel geval gold het omgekeerde. In een casus over de inzage van een patiëntendossier door een aangeklaagde arts besliste het Centrale Tuchtcollege gunstiger voor de verweerder dan de betreffende richtlijn, en overwoog de KNMG daarop de richtlijn aan te passen. [Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 13 april 2022, Eva Nyst, Arts mag in dossier kijken voor verweer tegen klacht, Medisch Contact 30 juni 2022]

Conclusie

Bovenstaande casus laten zien dat er een wisselwerking bestaat tussen het veld en de tuchtcolleges. Een recent voorbeeld van

een discussie tussen beroepsgenoten en het tuchtcollege betreft een uitspraak over het implanteren in een ontstoken gebied [ECLI:NL:TGZCTG:2022:166]. Overigens zal een tuchtcollege zich slechts zelden direct mengen in een discussie. Doorgaans wordt, zoals eerder geschetst, bij nieuwe inzichten in latere soortgelijke zaken wel gewezen op meningen van wetenschappelijke- of beroepsverenigingen. De moraal van het verhaal is dat het veld moet bepalen wat de kwaliteitsnormen zijn en de tuchtcolleges zorgen voor het handhaven van deze normen. Nieuwe ontwikkelingen binnen het veld zullen via wetenschappelijke en beroepsverenigingen alsmede door inbreng van beroepsgenoten resulteren in aangepaste nieuwe uitspraken van tuchtcolleges.





Balancing
between over- and
underachieving

The Ikaros Games



Lustrum congres

18 t/m 21 mei 2023 – Athene

Dit jaar vieren we ons 40-jarig bestaan in Athene. We kijken er enorm naar uit om u hier over minder dan drie weken te verwelkomen.

Last minute kriebels? Overleg snel wat er nog mogelijk is!

We hebben kosten nog moeite gespaard om u een fantastisch 'all-inclusive' ervaring aan te bieden:

- een eigen charter naar Athene
- bus transfers van en naar de luchthaven in Athene
- 3 nachten in 5* hotel Grand Hyatt Athene
- een unieke openingslezing
- 3x avondvullend programma inclusief diner
- een 2 daags congres met 4 internationale topsprekers; Stavros Pelekanos (Gri), Howard Gluckman (Z-Afr.), Oded Bahat (VS) & Dennis Tarnow (VS)
- en er zijn nog een paar verrassingen...



Voorwaarden en aanmelden vindt u op www.nvoilustrum.nl/inschrijven of scan eenvoudig de QR-code.

OSSIX®

Win volume met OSSIX® Volumax

OSSIX® Volumax is een dikke, ossificerende collageenmatrix welke botdefecten tot 4 mm kan opvullen. Zeer handig en efficiënt bij implantaties waarbij dehiscencies rond de implantaten moeten worden hersteld, verticale en/of laterale botopbouw is benodigd, of bijv. als er na een één fase implantaatplaatsing preventief kaakverbreding gewenst is. Het OSSIX® collageen wordt in 10 tot 12 maanden opgevormd tot patiënt eigen bot.*

Win eenvoudig tot 4 mm bot door het gebruik van de OSSIX® Volumax collageenmatrix*



Botdefect naast implantaat werd met een dubbelgevouwen OSSIX® Volumax matrix opgevuld, waarna de gingiva rond het healing abutment werd gesloten.



Na 4 maanden: mooie brede processus en dik gekeratiseerd weefsel.



CBCT scan na 6 maanden met de tot bot omgevormde OSSIX® Volumax.



CBCT scan na 3 jaar: volledig herstel van de processus



* Alveolar Ridge Augmentation and Ossification of Thick vs. Thin Sugar Cross-linked Collagen Membranes in a Canine L-shape Defect Model, Zubery et al, AAP Research Forum Poster Session, 2016.

MEMODENT B.V. | T +31 (0) 53 430 66 63 | E info@memodent.nl | W www.memodent.nl



Memodent
Toegewijd aan zekerheid

Wetenschappelijk onderzoek naar de implantaten van Dyna Helix:

- Hoge patiënttevredenheid
- Survival rate van 99% na 3 maanden osseointegratie
- Peri-implantair botverlies -0,53 mm

Tussen 2013 en 2019 zijn er bij dit onderzoek, met een follow up tot 6 jaar, 4389 implantaten geplaatst bij 1626 patiënten.

Lees het volledige onderzoek en onze andere interessante studies op onze website:

<https://dynadental.com/documentatie/studies/>

Of scan de QR-code:



DYNA®

combining the successful features in implantology
www.dynadental.com



Bulletin #1 verslonden?

Dan kunt u vast niet wachten tot het nieuwe nummer uitkomt. Bij deze alvast een voorproefje van de onderwerpen die u in het volgende Bulletin kunt verwachten:

- Met een jaar vertraging: de nieuwe KiMo-richtlijn antibiotica toegelicht
- DentalRules Update
- Boekverslag 'The Digital Revolution 2.0' van Agnini door Phillip van Rijn

Het volgende Bulletin verschijnt eind augustus 2023.



NVOI Ledenbestand - mutaties

Aantal NVOI leden

Per 12-04-2023: **1.429**

Aantal erkende implantologen

Per 12-04-2023: **286**

Nieuwe leden

Van 07-12-2022 t/m 12-04-2023

O. Hushyari, Purmerend
 JH Sikma, Leeuwarden
 T.A.J. van de Winkel, Nijmegen
 A.R.E. Verhelst, Halfweg
 D. Demirci, Elst
 J.T.R. Winters, Westerhoven
 D.R. Donkervoort, Nijmegen
 R. Rutgers, Rotterdam
 L.J. Baltink, Enschede
 E. Busoms Saltor, Amsterdam

N.N. Georgiev, Breda
 T. Janssen, Hoog-Keppel
 R.J.M. Dooper, Venlo
 R.L. Sens, Amsterdam
 G.A. Munoz Reinoso, Utrecht
 M. Talhi, Rotterdam
 T.L.G. Schreuder, Nijmegen
 J.R. Barissa, Amsterdam
 L.A. van Leeuwen, Den Haag
 Z. el Halabi, Amsterdam
 J.C.W. van Zeumeren, Amsterdam
 W. Teughels, Leuven
 J. Lahdo, Enschede

Nieuwe erkende implantologen

Van 07-12-2022 t/m 12-04-2023

T.J.G. Koster, Amsterdam
 J.W. van Bruchem, Leiden
 R.J. Koster, Lelystad
 S.R. van Beek, Tilburg
 K. Schipper, Amsterdam

Soft tissue contour changes at implant sites with or without soft tissue grafting in the esthetic zone: A retrospective case–control study with a 12-year follow-up

Bienz et al.

COIR, DOI: 10.1111/clr.14058

Inleiding Met een bindweefselgraft (BWG), geplaatst buccaal van een implantaat, wordt beoogd meer volume te creëren van de weke delen. Data ontbreekt over de stabiliteit van een BWG op de lange termijn en wat het effect is van zo'n graft op de conditie van de peri-implantaire mucosa. Deze retrospectieve studie met een 12-jaars follow-up onderzocht deze aspecten.

Materiaal en methode Bij 18 patiënten werden 18 implantaten geplaatst, regio 15-25, i.c.m. een botopbouw (xenograft en collageen membraan). Bij 8 patiënten werd na 3-4 maanden een subepitheliale BWG buccaal van het implantaat geplaatst. Follow-up bezoeken waren 1 week, 5 en 12 jaar na plaatsen van de blijvende kroon, waarbij intra-orale opnamen en afdrukken werden gemaakt en de conditie van de peri-implantaire mucosa werd vastgesteld (pocketdiepten, bloeding na sonderen). De verkregen gipsmodellen werden ingescand en over elkaar geprojecteerd, om volumeveranderingen mid-buccaal van het implantaat te meten.

Resultaten Het mediane verlies aan weefsel mid-buccaal was 0,81 mm in de groep zonder BWG en 0,56 mm in de groep met BWG. Dit verschil was niet significant. Geen van de implantaten werd gediagnosticeerd met peri-implantitis. Bij 6 implantaten uit de groep zonder BWG en 2 uit de groep met BWG was sprake van mucositis. Het marginale botniveau bleef stabiel met geen verschil tussen beide groepen.

Conclusie Hoewel een bindweefselgraft weinig resorbeerde in de tijd, bleek ook bij implantaten zonder bindweefselgraft slechts geringe afname van weefselvolume mid-buccaal. Een bindweefselgraft droeg niet bij aan een gezondere peri-implantaire mucosa. Een grotere patiëntpopulatie en prospectief onderzoek zijn nodig om deze conclusie kracht bij te zetten.

Samenvatting door Laurens den Hartog

Nonsurgical cleaning potential of deep-threaded implants and titanium particle release: A novel in vitro tissue model

Fischer et al.

COIR, DOI: 10.1111/clr.14045

Inleiding Deze studie onderzocht de effectiviteit van drie non-chirurgische reinigingstechnieken, bij twee soorten implantaatdesigns: één implantaat met diepe windingen geschikt voor immediate plaatsing en één met een meer regulier design. Daarnaast werd gekeken naar de hoeveelheid titaniumpartikels die vrijkwam na reiniging.

Materiaal en methode 30 implantaten met diepe (0,25-1 mm) windingen (Straumann BLX) en 30 implantaten met ondiepe (0,3 mm) windingen (Straumann BLT) werden apicaal verankerd in plastic mallen. Het coronale deel dat blootlag, werd ingekleurd met verf en ingebed in varkensmucosa. Submucosale reiniging vond plaats gedurende 150 seconden met de volgende instrumenten: een metalen curette (CUR), een ultrasone scaler met metalen tip (US) en een airflow met erythritol poeder (AIR). Middels fotografie en software werd de reinigingspotentie van de drie technieken beoordeeld. Beschadiging van het implantaatoppervlak werd geanalyseerd met elektronenmicroscopie. Vrijgekomen titanium werd gedistilleerd uit de varkensmucosa, door deze op te lossen in zoutzuur.

Resultaten Bij BLT en BLX implantaten bleek in de CUR groep resp. 26% en 17% van het blootliggende implantaatoppervlak schoon, in de US groep was dit resp. 34% en 28% en in de AIR groep resp. 46% en 25%. CUR en US veroorzaakten de grootste beschadigingen op het implantaatoppervlak. De hoeveelheid titanium dat vrijkwam na reiniging van BLX implantaten was 152µg voor CUR, 90µg voor US en 0,3µg voor AIR. Bij BLT implantaten was dit 130µg voor CUR, 59µg voor US en 0µg voor AIR.

Conclusie Airflow bleek de meest effectieve en minst agressieve methode voor non-chirurgische submucosale reiniging van een implantaatoppervlak. Echter, het oppervlak is ook met airflow slechts ten dele schoon te krijgen. Implantaten met diepere windingen zijn significant slechter reinigbaar dan gewone.

Samenvatting door Laurens den Hartog

Extra short (4-mm) implants placed after regenerative failures in the posterior atrophic mandible: A retrospective study

Baurausse C, Ravidà A, Bonifazi L, Pistilli R, Saleh MHA, Gasparro R, et al.

Int J Oral Implantol [Berl] 2023;16(1):31-38

Inleiding Het doel was om te onderzoeken of extreem korte (4 mm) implantaten kunnen worden gebruikt voor de rehabilitatie van kaakdelen waar regeneratieve procedures hebben gefaald, zodat een bottransplantatie kan worden vermeden.

Materiaal en methode Er werd een retrospectieve studie uitgevoerd bij patiënten die 4 mm korte implantaten hadden gekregen na mislukte regeneratieve procedures in de posterieure atrofische onderkaak. De uitkomstmaten betroffen complicaties, het falen van het implantaat en peri-implantair marginaal botverlies.

Resultaten De studiepopulatie bestond uit 35 patiënten met 103 4 mm implantaten. De gemiddelde follow-up duur was $41,3 \pm 21,4$ maanden na belasting van het implantaat. De failure rate betrof 1,94% [95%-CI 0,24%-6,84%] en een implantaatoverleving van 98,06%. De gemiddelde hoeveelheid marginaal botverlies na 5 jaar was $0,32 \pm 0,32$ mm. Het was significant lager bij extra korte implantaten die werden geplaatst op regeneratieve locaties waar eerder een belast lang implantaat was geplaatst ($p=0,004$). Het falen van *guided bone regeneration* vóór plaatsing van korte implantaten leidde tot het hoogste jaarlijkse percentage marginaal botverlies ($p=0,089$). Het totale percentage biologische en prothetische complicaties bedroeg respectievelijk 6,79% [95%-CI 1,94%-11,70%] en 3,88% [95%-CI 1,07%-9,65%]. Het succespercentage was 86,4% [95%-CI 65,10%-97,10%] na 5 jaar belasting.

Conclusie Binnen de beperkingen van deze studie lijken extreem korte implantaten een goede klinische overweging om reconstructief chirurgisch falen te beheren, waarbij de chirurgische morbiditeit en de behandelduur worden verminderd.

Samenvatting door Jarno Hakkers

Implant survival in the anterior mandible: A retrospective cohort study

Pedrinaci I, Sun TC, Sanz-Alonso M, Sanz-Esporrin J, Hamilton A, Gallucci GO.

Clin Oral Implants Res 2023; doi: 10.1111/clr.14052

Inleiding Deze studie heeft tot doel de overlevingskans van implantaten bij gedeeltelijk dentate patiënten in de anterieure mandibula en de potentiële risico-indicatoren voor implantaatfalen te rapporteren.

Materiaal en methode Patiënten met vaste, enkelvoudige of meervoudige, implantaatgedragen restauraties in de anterieure mandibula werden geëvalueerd. Demografische gegevens van de patiënt, timing van de implantaatplaatsing en belastingsprotocol, biologische en/ of technische complicaties ten tijde van het laatste klinische en röntgenologische follow-up bezoek werden geregistreerd. De overlevingsratio, de succesratio en potentiële risico-indicatoren voor implantaatfalen werden berekend.

Resultaten In totaal werden 108 patiënten en 186 implantaten met een gemiddelde follow-up periode van 5,48 jaar [0,1 - 11,34 jaar] geïnccludeerd. De cumulatieve overleving van 11,3 jaar bedroeg 90,9%. Het immmediaat plaatsen van het implantaat [OR=2,75] ($P=0,08$) en directe belasting van het implantaat [OR=8,8] ($P=0,02^*$) veroorzaakten een hoger risico op falen dan late plaatsing- of belasting van het implantaat. Bij combinatie van beide categorieën (type 1A) werd een OR = 10,59 ($p=0,04^*$) voor falen van het implantaat gevonden in vergelijking met categorie 4C. Implantaten geplaatst na statische - computerondersteunde implantaatchirurgie (S-CAIS) vertoonden minder risico op falen in vergelijking met implantatie uit de vrije hand [OR = 0,18; 95% CI: 0,02-1,37] ($P=0,09$).

Conclusie Het overlevingspercentage van in de anterieure mandibula geplaatste implantaten was relatief laag (90,9%). S-CAIS. Late plaatsing en conventionele belasting zijn beschermende factoren tegen implantaatfalen in de anterieure mandibula.

Samenvatting door Jarno Hakkers

AGENDA

18 t/m 21 mei 2023

NVOI Lustrum 2023 'The Ikaros Games'

locatie	Athene
spreker(s)	Dennis Tarnow, Stavros Pelekanos, Oded Bahat en Howie Gluckman
kosten	congresdeelnemer € 2695,00 partner € 1645,00 congresdeeln. gedeelde kamer € 2345,00
KRT	12 punten
NVMKA	10 punten

15 september 2023

'Ronnie Goené Symposium'

locatie	't Gooiland
sprekers	Diverse sprekers
kosten	€ 425,00
KRT	5 punten
NVMKA	5 punten
KRM	5 punten

6 juni Zwolle, 20 juni Haarlem en 27 juni Tilburg

Roadshow 'Digitale prothese: misfit or benefit?'

locatie(s):	Van der Valk
sprekers:	Germen Versteeg, Paul van Eekeren en Willem Thole
kosten	€ 100,00 voor leden en € 175,00 voor niet-leden
KRT	In aanvraag
NVMKA	In aanvraag

7 oktober 2023

De Startende Implantoloog

locatie	Kasteel de Wittenburg in Wassenaar
spreker(s)	Linde van Groningen, Jobine te Poel, Wouter Kalk en Erik Baas
kosten	€ 250,00
KRT	6 punten
NVMKA	4 punten

29/30 juni 2023

Implantologie De Hoofdzaak

locatie	UMC Groningen
sprekers	Prof. dr. Gerry Raghoobar, Drs. Bart Polder en Prof. dr. Henny Meijer
kosten	€ 1745
KRT	14 punten
NVMKA	12 punten

1 december 2023

iCademy

locatie	KIT Amsterdam
sprekers	Istvan Urban
kosten	€ 425,00
KRT	4,5
NVMKA	4

NVOI Bulletin | jaargang 28 | nummer 1
een uitgave van de NSOI - ISSN 1569 7118

Kreek 6 , 1654 JX Benningbroek
T. +31 (0)229 54 03 29 | E. bulletin@nvoi.nl

Redactie Wouter Kalk
Vormgeving Sander Schilders, Punt Grafisch Ontwerp
Druk LibertasPascal.nl

De NSOI Tariefkaart 2023 kunt u aanvragen via het
secretariaat: bulletin@nvoi.nl

NVOI partners 2023



Samenstelling van het bestuur van de NVOI:

Bart Polder, voorzitter
Pim Ruijpers, vice-voorzitter
Gijs Jaspers, secretaris
Jobine te Poel, penningmeester
Linde van Groningen, lid
Wouter Kalk, redacteur

© 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.

Als een mes door de wind

Om mijn vaste column te schrijven heb ik een scherpe geest nodig. En een beetje inspiratie.

Er zijn schaarse momenten dat de geest even verruimd is, even niet wordt afgeleid door prikkels of zorgen, een ultiem tijdstip voor reflectie en inspiratie.

Eén van die momenten is tijdens het slapen, ergens tussen de remslaap en het ontwaken. Het lijkt alsof, nadat de overdag opgedane indrukken tijdens de remslaap in een onsamenhangende droom zijn geordend en verwerkt, er een fase volgt waarin het opgeschoonde brein messcherp en kraakhelder is. Dan ontstaan ideeën en inzichten. Helaas zijn we deze tijdens het opstaan vaak alweer vergeten. Er zijn mensen die om deze reden een notitieboekje en een potlood naast hun bed hebben liggen. Zou de neurotransmitter melatonine, onze endogene slaap-drug, geestverruimend werken?

Mij overkomen momenten van helderheid en inspiratie soms tijdens het sporten. Alsof een intensieve monotone fysieke inspanning aanleiding geeft voor maximale mentale ontspanning. Zo suisde ik tijdens het afgelopen paasweekend vroeg in de ochtend, ineengevouwen op mijn aerobike, volkomen geruisloos over een geliefd dijkweggetje tussen Vollenhove en Blokzijl. Harder, steeds harder. Mijn benen malen autonoom op en neer, hart en longen draaien volle bak, ogen wijd open, alle zintuigen op scherp. Ze signaleren vochtige kou, ruisende wind, geur van akkers, vergezichten vanaf het dijkje over dampende velden, bundels bijeengebonden riet. Drie reeën grazen zorgeloos in het lage ochtendlicht, op de achtergrond een verstild meer.

Een heerlijke cocktail aan endorfinen raast door mijn bloedvaten, enkefaline – het endogene geluk hormoon – vloeit rijkelijk. En de geest maakt zich los, ongewis van de fysieke inspanning, even verlost van dagelijkse kwesties en wereldse crises.

Als een mes door de wind, een moment van scherpste. Dat is toch geweldig. Kent u dat?

In mijn hoofd speelt onaangekondigd de gedachte: vlieg niet te hoog, maar vlieg ook niet te laag. Vrij vertaald: waak voor overmoed, maar wees ook niet gemakzuchtig. De briljante Daedalus gaf zijn zoon Icarus deze tijdloze raad tijdens hun ontsnappingspoging uit hun ballingschap op een Grieks eilandje [De metamorfosen, Ovidius]. Hij vloog met louter spierkracht, bijenwas en veren, als een mes door de wind. Hoger, steeds hoger. Tot de zon zijn vleugels verschroeide...

Wouter Kalk, redacteur

De redactie van het Bulletin is op zoek naar gastcolumnisten.

Wilt u uw column in het volgend Bulletin? Inzendingen kunt u mailen naar wouterkalk@nvoi.nl

The Future of Implant Dentistry

November 10th 2023

Recent scientific developments that help to boost your total implant care to the next level.

“The concept of total implant care in the prevention of peri-implantitis”

Dr. Matteo Antonini



“Surgical, Prosthetic and Host-Related Factors in the Limitation of Peri-implant Marginal Bone Loss”

Dr. Sergio Spinato



“Plasma gas activation of implants and abutments”

Jan-Willem Vaartjes



“The role of galvanic electrolytic therapy in peri-implantitis surgical treatment.”

Dr. Pedro Pena



“Cross linked Hyaluronic Acid-the evidence base for its benefits in different dental/ surgical procedures”

Dr. Meizi Eliezer



Programma,
inschrijven
en meer info:

www.implanetic.com/symposium/

“The influence of implant surface characteristics on progression and treatment of peri-implantitis”

Dr. Olivier Carcuac

