

Functie dicteert implantologie

Samenvatting van de inaugurele rede uitgesproken door dr. D. Wismeijer bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Implantologie en Prothetische Tandheelkunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam op vrijdag 30 maart 2007.

Wismeijer D. Functie dicteert implantologie

Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 384-385

Veel patiënten zijn gebaat bij een behandeling met orale implantaten. Onderzoek heeft aangetoond dat tandeloze patiënten na behandeling een duidelijke verbetering ervaren in de levenskwaliteit. Ook bij patiënten met gedeeltelijk betande kaken groeit de vraag naar implantaten. Opvallend in de hele ontwikkeling is dat patiënten steeds hogere eisen stellen. Tegenwoordig verwachten patiënten dat er geen verschil meer is te zien tussen een kroon op een implantaat en een natuurlijk gebitselment. Dit stelt hoge eisen aan de deskundigheid van de behandelaar en de tandtechnicus, maar ook aan de beschikbare implantaatonderdelen.

Zorgen baart het feit dat de opleiding van tandartsen in de orale implantologie vaak in handen is van implantaatproducenten. De eerlijkheid gebiedt echter wel te zeggen dat de opleidingen tandheelkunde op dit gebied geen cursusaanbod hebben. Collega's worden nu na enige oefening op fantoom nog een aantal keren bij de patiëntenbehandeling bijgestaan door een productmanager en dan kunnen de implantaten worden besteld. De commercie dreigt dus een te grote invloed te krijgen. Bovendien wordt het aanbieden van de door deze bedrijven ontwikkelde nieuwe producten gedreven door marketing en niet door de markt. Gedegen onderzoek vooraf ontbreekt maar al te vaak. Het op de markt brengen van nieuwe producten biedt dus niet automatisch een gedegen basis, laat staan garantie voor een behandeling van goede kwaliteit. Daarvoor is een degelijke basis aan onderzoek en behandelervaring een vereiste. Mede door het op de markt brengen van onvoldoende onderzochte implantaten is een tweetal ontwikkelingen te signaleren.

Op korte termijn is een dramatisch grotere mislukking van implantaten te verwachten dan de 2 tot 3% die nu in onderzoek wordt genoemd. In de eerste plaats omdat onderzoek vaak plaatsvindt in een gecontroleerde omgeving van een universiteitskliniek. De resultaten hiervan mogen niet direct worden overgezet naar de gemiddelde tandartspraktijk. Ook zijn de zorgverleners nog vaak onvoldoende geschoold of werken ze buiten hun competentiegebied. Bovendien beïnvloedt het sneller op de markt brengen van nog onvoldoende onderzochte producten de betrouwbaarheid van deze producten negatief.

Een tweede verwachte ontwikkeling is de esthetische mislukking. Dit kan voor een patiënt dramatisch zijn en is vaak terug te voeren op de ervaring van de behandelaar. De commercie creëert in de media verwachtingen dat alles mogelijk is en de beroepsgroep wordt geacht hieraan te voldoen. De beroepsgroep moet deze verwachtingen bijstellen tot een reëel en voor de individuele patiënt bereikbaar niveau en dient bovendien kritisch te blijven bij de keuze van de producten.

In de orale implantologie gaat het – los van de techniek die noodzakelijkerwijs moet worden beheerst om implantaten op een goede en juiste wijze in de kaak aan te brengen – vooral om de functie die na de osseo-integratie aan het implantaat moet worden toebedacht. De planning van de prothetische behandeling voor het herstel van de functie is cruciaal in de diagnostiek, de indicatiestelling en de behandeling van de patiënt die in aanmerking komt voor implantaten. De implantaten hebben immers een pijlerfunctie voor de prothetische constructie die er in de volgende fase op moet worden vervaardigd. De functie dicteert de implantologie. Als voor verkeerde implantaten is gekozen of als implantaten op de verkeerde plaats in de kaak zijn geplaatst, wordt de prothetische behandeling een compromis of mislukt deze zelfs. Chirurgische training zonder prothetische training leidt dan ook op tot implantologen die een 'trucje' kunnen, maar het is zeker geen garantie voor prothetisch inzicht, optimale patiëntenbehandeling en functieherstel.

In het 'tandheelkundig zorggebouw' in Nederland is een aantal verdiepingen te onderscheiden. Op de begane grond bevinden zich de klinische prothesetechnicus, de tandprotheticus en de preventieassistent. Soms werkt een klinische prothesetechnicus of een tandprotheticus in opdracht van een tandarts, maar te vaak is men ook vrij gevestigd met een eigen cliëntenkring. Inmiddels zijn ook de eerste mondzorgkundigen afgestudeerd. Zij zijn opgeleid als basismondhygiënist, maar ook bevoegd om restauratieve verrichtingen uit te voeren. Het ligt dus in de lijn der verwachtingen dat mondzorgkundigen zich ook de kunst van de endodontie eigen zal gaan maken. De tandarts, die straks mondarts zal



Prof. dr. D. Wismeijer.

heten, ziet door deze ontwikkelingen zijn vakgebied afkalven. Hij of zij zal zich dus moeten profileren als deskundig of meer deskundig dan de vrij gevestigde mondzorgkundige om zich te kunnen handhaven als zorgverlener.

Boven in het tandheelkundig zorggebouw bevinden zich de al of niet officieel erkende specialisaties. Orthodontisten en kaakchirurgen zijn erkend als tandarts-specialisten. Verder zijn er endodontologen, gerodontologen, implantologen, parodontologen, gnathologen en pedodontologen, en daarnaast hebben we dan nog de zorgverleners die werken in centra voor bijzondere tandheelkunde. Ze nemen dat deel van de behandeling op zich waarin ze zijn gespecialiseerd, maar vaak ook de vervolghandelingen. Zo wordt het vakgebied van de algemeen practicus aan 2 kanten uitgehold. In dit tandheelkundig zorggebouw moet de mondarts nog ergens een plaats zien te veroveren. Voor de opleiders geldt dat zij de verantwoordelijkheid hebben om in een 6-jarig curriculum de tandarts of mondarts als generalist een stevige positie te laten krijgen. Het einddoel van de masteropleiding tandarts of mondarts zal moeten zijn dat de nieuwe tandarts een 'helikopterview' van de tandheelkunde krijgt, waarbij men inzicht verwerft in alle specialisaties. De specialisaties die boven op de opleiding tot mondarts/tandarts staan, zullen voor een groter deel moeten worden geïntegreerd in deze opleiding. Daarmee krijgt de tandarts meer inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van deze speci-

alisaties. Hiermee differentieert de tandarts /mondarts zich dan duidelijk van de mondzorgkundige.

In het licht van de geschetste ontwikkelingen is het duidelijk dat de masteropleiding moet worden aangepast. De student moet worden geconfronteerd met veel meer patiënten die verschillende vormen van zorg nodig hebben. Gezien de beperkte opleidingstijd kunnen niet alle typen gebitsmutaties en de problemen die daaruit voortvloeien, in de kliniek worden behandeld. Er zal in de opleiding nog meer aandacht moeten worden besteed aan diagnostiek, indicatiestelling en behandelplanning. Er moet meer tijd worden ingeruimd voor zorgplanbesprekingen met een verplichte aanwezigheid, gekoppeld aan een beoordeling van alle deelnemers, zodat meedenken niet facultatief is. Er moet ook een virtuele planningsomgeving worden geïntroduceerd voor tandheelkundestudenten, en misschien ook wel voor tandartsen. In deze e-learningomgeving moeten studenten typen gebitsmutaties leren vergelijken, het denkproces en het plannen van behandelingen oefenen. Daarbij moet de moeilijkheidsgraad van de behandeling groter worden naarmate de student zich verder bekwaamt.

Op 1 september 2006 is een postinitiële opleiding Orale Implantologie gestart. De doelstelling van deze opleiding is om tandartsen-in-opleiding van alle aspecten van de orale implantologie kennis te laten nemen en zich te trainen in vaardigheden en het benodigde functionele denken. De opleiding duurt 3 jaar en omvat 4.000 studie-uren. In de initiële tandartsopleiding zullen de studenten vanaf het eerste jaar dat ze patiënten restauratief behandelen een aantal implantaten ter beschikking krijgen die ze tijdens hun studie bij patiënten moeten indiceren. Ze moeten zorgen dat de implantaten worden geplaatst, waarbij ze assisteren en de implantaten ook van een prothetische restauratie voorzien. Deze confrontatie met de orale implantologie als integraal deel van de tandheelkundige zorg zal bijdragen aan een meer integraal denken van de student. In de zorggerichte theoretische blokken van de opleiding zal van docenten worden verwacht dat ze – naast de indicaties die specifiek horen bij hun eigen vakgebied – de student wijzen op mogelijke alternatieven. Alle betrokkenen moeten bereid zijn die beperkingen van de vakgebieden aan te geven en over de grenzen heen te kijken.