

Prof. dr. Fridus van der Weijden, tandarts-parodontoloog:

# “Ga weloverwogen te werk en evalueer regelmatig”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

**“Ik ben ook algemeen practicus geweest en weet dus hoe lastig het is om het tandvles van patiënten goed in de gaten te houden.” Fridus van der Weijden weet waarover hij praat. Vanuit die ervaring, zijn werk als tandarts-parodontoloog en zijn wetenschappelijk onderzoek bij ACTA heeft hij inbreng gegeven om het congres Paro2019 vorm te geven. Alles weer even op een rij voor de parodontologie in de algemene praktijk.**

## Waarom komt er zo'n groot Parocongres?

Het idee voor dit congres is om te beschrijven hoe je parodontologie tegenwoordig in de praktijk toepast. Bij het geven van cursussen krijg ik veel vragen van tandartsen en mondhygiënist, bijvoorbeeld over hoe je precies screent en de juiste diagnose stelt. We hebben voor het congres sprekers gezocht die over de verschillende 'gewone'

aspecten van parodontologie kunnen vertellen. Een van de sprekers, Wijnand Teeuw, gaat bijvoorbeeld in op screenen en de DPSI-score. Er is nogal wat onduidelijkheid over wat deze score betekent en hoe de behandeling er dan uit zou moeten zien.

## Zijn er zoveel ontwikkelingen dat die een hele congresdag rechtvaardigen?

Het gaat niet zozeer over nieuwe ontwikkelingen, maar om alles weer eens op een rijtje te zetten. Ook over microbiologie leven er veel vragen in het werkveld. Arie Jan van Winkelhoff gaat vertellen hoe je dat kunt toepassen en hoe je uitslagen van microbiologisch onderzoek kunt interpreteren.

## De ondertitel van het congres is: 'Succesvol behandelen van parodontitis in de algemene praktijk'. Wat is in dit verband succesvol?

Dat is eigenlijk een te ingewikkelde vraag, waar de professor geen antwoord op kan geven. Ik zal proberen uit te leggen waarom. Succes kun je namelijk op verschillende manieren definiëren. Wat hanteert je bijvoorbeeld als uitkomstmaat voor succes?

Mag een patiënt geen verdiepte pockets meer hebben, mogen ze nog een beetje verdiept zijn of mogen een paar gebitselementen nog verdiepte pockets hebben? Dat levert geen bruikbare definitie op, en er volgt direct heel veel discussie. Een andere uitkomstmaat is of door de behandeling het verlies van tanden en kiezen wordt voorkomen. Maar dat is niet een makkelijke uitkomstmaat omdat je dit alleen op lange termijn kunt beoordelen. Mijn belangrijkste boodschap is structuur aan te brengen in de parodontale zorg en op de juiste momenten opnieuw te beoordelen. Vraag je af of de behandeling succesvol genoeg was. Als je er als behandelaar niet uitkomt, verwijst je de patiënt naar de juiste plek.

ADVERTENTIE



Fridus van der Weijden.  
FOTO: ROSALIEN DERKINDEREN

schülke

European leader in infection control

**gigasept® pearls**  
Manuele reiniging en desinfectie van instrumenten ...  
... gebaseerd op actief zuurstof en multi enzymen

- volledige microbiologische werkzaamheid
- voortreffelijke reinigingskracht
- uitmuntende materiaalverdraagzaamheid
- aangename geur en zeer voordelig in gebruik

Zelfs geschikt voor desinfecterende voorreiniging en virucide einddesinfectie van gevoelig instrumentarium zoals flexibele endoscopen

Kwaliteit. Zekerheid. schülke.

Informatie via [www.schuelke.nl](http://www.schuelke.nl); [salesbenelux@schuelke.com](mailto:salesbenelux@schuelke.com)  
of telefonisch via +31-(0)23-535.26.34. Volg ons nu ook op [twitter@schulke\\_nl](https://twitter.com/schulke_nl)

the plus of pure performance

## Wat hanteert u zelf als uitkomstmaat voor 'succes'?

In mijn paropraktijk in Utrecht hadden we als uitkomstmaat voor succes pockets die niet dieper zouden zijn dan 5 mm. Op basis van gegevens die we over een periode van vier jaar hebben verzameld, bleek dat maar in 38 procent van de gevallen gelukt te zijn. Dat is niet hoog. Met een strikte parameter kom je dus een beetje in de knoei. Toch vind ik dat we over het algemeen succesvol zijn. We streven nu zo veel mogelijk naar ondiepe pockets en het stabiel houden van de verkregen situatie. Als de patiënt stabiel blijft, kun je die met professionele zorg blijven ondersteunen. Dan ben je, denk ik, succesvol.

## Zijn er veel praktijken die waarschijnlijk niet succesvol zijn?

Parodontologie wordt tegenwoordig vooral in handen gegeven van de mondhygiënist. Heel veel tandartsen hebben er geen affiniteit mee of zijn onvoldoende in behandelingen geschoold of erbij betrokken. Toch is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen mondhygiënist en tandarts. De tandarts doet goede diagnostiek en maakt in overleg met de mondhygiënist behandelplannen. Samen evalueren ze steeds weer het resultaat op het beoogde doel. Ik denk dat de samenspraak te weinig gebeurt. Mijn ervaring is dat het herbeoordelen in de algemene praktijk ook te weinig plaatsvindt. Ik krijg hier namelijk best veel patiënten verwezen die al uitgebreid behandeld zijn en waar maar één parodontiumstatus gemaakt is. Dat is wel heel weinig om te weten of de behandeling succesvol was.

## Hoe wordt waargemaakt dat het congres voor het hele team is, zoals de folder aangeeft?

Er zit een deel preventie in. Dat is zeker interessant voor de tandarts-assistent en mondhygiënist. Maar de achterliggende kennis is natuur-

lijk ook interessant. Assistenten die geïnteresseerd zijn in dit vakgebied, weten vaak goed waar ze het over hebben. Sommigen zijn dagelijks met paropatiënten bezig. Bepaalde stof gaat misschien wat boven hun pet, maar dat is niet erg. Toen ik voor het eerst naar een congres ging, vond ik het ook moeilijk. Het congres is op wetenschappelijk niveau, maar we willen in heldere en duidelijke taal communiceren. Ik denk dat iedereen prima aan zijn trekken komt. Parodontale behandeling gebeurt bij uitstek in teamverband. Bij de cursussen die ik geef, krijg ik van algemeen practici vaak te horen dat het hun achteraf verstandig bleek om met alle betrokken partijen van het team postacademisch onderwijs te volgen. Dan kun je terug in de praktijk met elkaar bespreken hoe je veranderingen op het gebied van de parodontale zorg vorm en structuur wilt geven.

## Wat is het probleem met de DPSI-score?

De DPSI is ongeveer twintig jaar oud. Het grote probleem met de DPSI is dat je tegelijk probeert te screenen, een diagnose te stellen

en een behandeling te indiceren. Met hooguit zes getalletjes probeer je de parodontale situatie van een patiënt te beschrijven. Dat kan niet. Vergelijk het met screening op borstkanker. Als op een foto iets wordt geconstateerd, wordt niet gezegd dat er borstkanker is, maar dat er vervolgonderzoek moet komen. De DPSI-score zegt dat er iets aan de hand is. Verder onderzoek is dan nodig voordat we een diagnose kunnen stellen. Nu gebeurt het dat bijvoorbeeld iemand met score 3- naar de preventieassistent gaat en met 3+ naar de mondhygiënist. Maar daarvoor is een screeningscore niet geschikt.

**De EFP, European Federation of Periodontology, parodontologen en de American Academy of Periodontology hebben een nieuwe paroclassificatie gemaakt. Wat is daarvan de waarde en wat is de relatie met DPSI?**

De DPSI heeft een screeningsdoel en vindt zijn oorsprong in een screeningsmethode waarmee gekeken werd naar de behandelbehoefte van een populatie. Het scheelt niet veel of de DPSI is achter een bureau bedacht. Dat geldt voor mij ook voor het nieuwe classificatiesysteem dat bedoeld is om een diagnose mee te stellen. Op het congres EuroPerio9 in juni jl. werd uitgelegd hoe je het ongeveer moet interpreteren. Het kwam erop neer dat iemand geen, een beetje of veel paro heeft. Daar kun je dan de verschillende factoren aan koppelen. Ik vraag me af of het classificatiesysteem niet veel te ingewikkeld is om in de algemene praktijk te introduceren. Met de vakgroep Parodontologie van ACTA gaan we eerst eens voorzichtig aftasten in hoeverre we ermee uit de voeten kunnen. Het is van belang dat we in de algemene praktijk onderscheid maken tussen patiënten zonder parodontitis – waar eenvoudige preventieve maatregelen voldoende voor zijn –, patiënten met een zekere mate van parodontale ontsteking – waar het effect van preventieve maatregelen zorgvuldig moet worden geëvalueerd en zo nodig meer doortastend moet worden behandeld – en patiënten met ernstigere parodontitis – bij wie een uitgebreider traject van verdere diagnostiek en intensievere behandeling noodzakelijk is. Meer hoeft er eigenlijk niet te gebeuren. Het classificatiesysteem schiet in die zin zijn doel voorbij, maar is wel erg geschikt om wetenschap mee te bedrijven. Het helpt om proefpersonen in je onderzoek te beschrijven. Wat ik in de afgelopen vier jaar, toen we bezig waren met het ontwikkelen van de richtlijn 'Parodontologie in de algemene praktijk' geleerd heb, is dat je heel goed naar algemeen practici moet luisteren als je iets maakt. Zij staan met de voeten in de klei. Dat is volgens mij niet voldoende gebeurd met het nieuwe classificatiesysteem.

**Is ACTA er niet bij betrokken geweest?**

Mijn collega Bruno Loos heeft deel uitgemaakt van de mensen die betrokken waren bij de workshop die het nieuwe classificatiesysteem hebben ontwikkeld. Ik ben er zelf niet bij betrokken geweest. Ik ben wel voorzitter van de NVvP-commissie die de conceptrichtlijn voor parodontologie in de algemene

praktijk heeft opgesteld. In die commissie zitten ook algemeen practici. Ik merk dat je in een verwijsp praktijk een ietwat vertekend beeld krijgt, want bijna alle patiënten hebben hier parodontitis. In de algemene praktijk heeft gemiddeld tachtig procent gingivitis en twintig procent parodontitis. Die tachtig procent moet ook op de juiste manier behandeld worden. De grote vraag is hoe je dat aanpakt en screent. Welke patiënt moet in een paroproject en voor wie zijn preventieve maatregelen voldoende? Daar worstelt een algemeen practicus mee. Die heeft behoefte aan eenvoudige categorieën. Die kan weinig met bijvoorbeeld een diagnose als 'semi-gegeneraliseerd adulte parodontitis gecompliceerd door diabetes en erfelijke factoren'.

**Wie heeft het initiatief genomen voor deze richtlijn?**

Die gaat uit van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP). In de commissie zitten vertegenwoordigers van ANT, de KNMT en NVM-mondhygiënist, een algemeen practicus en een mondhygiënist. Dus breed gedragen. Het is geen KIMO-richtlijn, daarvoor is deze richtlijn eigenlijk te omvangrijk en is veel van de richtlijn wetenschappelijk niet te vatten. Er is geen onderzoek gedaan of je een röntgenfoto of parodontiumstatus moet maken, terwijl dat voor de behandeling wel relevant is. Misschien dat later delen uit deze richtlijn bij het KIMO ondergebracht kunnen worden. De vraag over succesvol behandelen lijkt dan een mooie vraag. Dan ga je kijken wat de literatuur daarover zegt.

**Heeft u enig idee welk percentage van de praktijken het patiëntenbestand gescreend heeft op paro?**

Een niet zo recent onderzoek zegt

**Prof. dr. Fridus van der Weijden**

Fridus van der Weijden studeerde in 1984 in Utrecht als tandarts af. In 1990 kreeg hij zijn erkenning tot tandarts-parodontoloog NVvP en in 2006 als tandarts-implantoloog NVOI. In 1993 promoveerde hij met zijn proefschrift *The use of models and indices in plaque and gingivitis trials*. Sinds 1989 combineert hij zijn werk in zijn verwijsp praktijk voor parodontologie in Utrecht met zijn wetenschappelijke werk bij de vakgroep Parodontologie van ACTA. Begin 2010 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar Preventie en Therapie van Parodontale Aandoeningen aan ACTA. In september 2016 werd dit een reguliere leerstoel.

dat 25% van de praktijken het gestructureerd doet. Ik hoop dat het inmiddels wat meer is. Bij de nieuwe generatie tandartsen is er wel ingeramd dat ze moeten screenen. Ook ketens als Dental Clinics en DentConnect vinden het belangrijk, mede vanwege de aansprakelijkheid.

**Hoe ziet de ideale verwijzing van de algemene praktijk naar de parodontoloog eruit?**

'Geachte collega, dit is een patiënt met de volgende problemen, ik heb dit eraan gedaan en hierbij de röntgenfoto's, de parodontiumstatus en andere documentatie.' Die documentatie op zich zou al helpen. Maar zo gaat het zelden. Meestal is het: 'gaarne parodontale behandeling'. Dan mag ik zelf uitzoeken wat er al is gebeurd. Er zijn twee

ideale manieren van verwijzen. Ten eerste de patiënt bij wie de behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd en die voor advies wordt verwezen. En ten tweede de heel gecompliceerde patiënt die na het constateren van de problemen direct wordt doorgestuurd. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid kun je beter direct verwijzen als je denkt het niet te gaan redden. Dan hoeft een patiënt ook niet twee keer te betalen. Ken je grenzen.

**Zijn patiënten de afgelopen tien jaar veranderd of komen er andere patiënten?**

Toen ik in de parodontologie praktijk begon, waren er nog veel minder mondhygiënisten werkzaam. Nu krijgen we veel complexere casussen, waarbij een mondhygiënist vaak al uitgebreid aan de slag is geweest. Tegenwoordig maken we uitgebreide behandelplannen en spreken we over zorgdoelen. Waar zou je over vijf of tien jaar met een gebit willen zijn? Wat is er voor nodig om dat doel te bereiken? Daar moet je je behandelingen en adviezen op afstemmen.

**Welke spreker biedt inhoudelijk het meeste spektakel?**

Daar durf ik niks op te zeggen, maar ik ben wel blij dat Miranda Belder een lezing geeft over nazorg. Ik denk dat ze mondhygiënist en preventieassistenten erg zal aanspreken. Spectaculair is een groot woord; het gaat erom hoe je een heldere structuur krijgt voor parodontologie in je praktijk.

**Waarom zijn andere disciplines niet betrokken bij dit congres, bijvoorbeeld een diabetesspecialist?**

Ook een lastige vraag. Misschien is het congres een afspiegeling van hoe ik in de parodontologie sta. Op het gebied van de 'systemic link'

en de parodontitis behoor ik tot de sceptici. Er zal best iets van een relatie zijn, maar die is vaak helemaal niet zo duidelijk als beweerd wordt. Er is bijvoorbeeld onderzoek waaruit blijkt dat door parodontale behandelingen vroeggeboortes niet te voorkomen zijn. Het wordt soms veel te complex gemaakt. Die systemic link is heel leuk om onderzoek naar te doen, maar of die nou zo belangrijk is in de praktijk? Het heeft niet echt behandelconsequenties. In de NHG-Richtlijn Diabetes staat dat de patiënt goed onderzocht moet worden op zijn tandvlees. Ja, maar dat moet bij iedere patiënt. Het enige wat je als tandarts kunt zeggen, is dat een patiënt naar de diabetesverpleegkundige moet om zich goed te laten reguleren. Verder gewoon naar de mondhygiënist en elke dag tandenpoetsen en interdentaal reinigen.

**Op het gebied van de 'systemic link' behoor ik tot de sceptici**

**Hebben we parodontitis over tien jaar beter onder controle?**

We weten dat roken een heel belangrijke invloed heeft op parodontitis. Het aantal rokers neemt misschien nog verder af. In Amerika zijn er signalen dat er daardoor veel minder werk is voor parodontologen. Ik hoop dat we over tien jaar met z'n allen een heel goed geoliede machine hebben om te screenen en dat we vroegtijdig actie kunnen ondernemen om een heleboel problemen te voorkomen. Ik hoop ook dat de nieuwe richtlijn daaraan zal bijdragen en dat we nog meer nadruk gaan leggen op preventie.

Alle informatie over het congres PARO2019 vindt u op [www.paro2019.nl](http://www.paro2019.nl). ■

ADVERTENTIE

RAI CONGRESCENTRUM AMSTERDAM VRIJDAG 1 FEBRUARI 2019

# PARO 2019

Succesvol behandelen van parodontitis in de algemene praktijk



Interessant voor het hele tandheelkundige team:  
Tandarts - Mondhygiënist - Tandarts(preventie)assistent

Dr. Wijnand Teeuw  
Prof. dr. Fridus van der Weijden  
Prof. dr. Arie Jan van Winkelhoff

Dr. Schelte Fokkema  
Dr. Mark Timmerman  
Miranda Belder

Schrijf u nu in voor deze praktische congresdag  
[www.paro2019.nl](http://www.paro2019.nl)

BUREAUKALKER