

- ing/plaque ratio – a possible prognostic indicator for periodontal breakdown. *J Clin Periodontol* 1985; 12: 861-6.
19. Blankenstein R, Murry JJ, Lind OP. Prevalence of chronic periodontitis in 13-15-year-old children. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 285-92.
 20. Hull PS, Hillman DG, Beal JF. A radiographic study of the prevalence of chronic periodontitis in 14-year-old English schoolchildren. *J Clin Periodontol* 1975; 2: 203-10.
 21. Gjermo P, Bellini HT, Santos VP, Martins JG, Ferracoli JR. Prevalence of bone loss in a group of Brazilian teenagers assessed on bite-wing radiographs. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 104-13.
 22. Hoover JN, Ellegaard B, Atström R. Radiographic and clinical examination of periodontal status of first molars in 15-16-year-old Danish schoolchildren. *Scand J Dent Res* 1981; 89: 260-3.
 23. Lennon MA, Davies RM. Prevalence and distribution of alveolar bone loss in a population of 15-year-old schoolchildren. *J Clin Periodontol* 1974; 1: 175-82.
 24. Slome BA, Rozier RG, Siedel JS. A survey of dental disease in children of Wuvulu Island, Papua New Guinea. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8: 146-50.
 25. Hansen BF, Gjermo P, Bergwitz-Larsen R. Periodontal breakdown in 15-year-old Norwegians. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 125-31.
 26. Barnett NL, Baker RL, Jancey JM. The prevalence of juvenile periodontitis in a dental school population. *J Dent Res* 1982; 61: 391-2.
 27. Saxby M. Prevalence of juvenile periodontitis in a British school population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12: 185-7.
 28. Kronauer E, Borsa G, Lang NP. Prevalence of incipient juvenile periodontitis at age 16 years in Switzerland. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 103-8.
 29. Burmeister JA, Best AM, Palcanis KG, Caine FA, Ranney RR. Localized juvenile periodontitis and generalized severe periodontitis: clinical findings. *J Clin Periodontol* 1984; 11: 181-92.

Oktober 1986. Adres: Dr. U. van der Velden,
Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.

DRIE JAAR PARODONTOLOGIE PRAKTIJK GRONINGEN

EEN GESLAAGDE TRY OUT

J. JANSEN
L. J. VAN DIJK

Uit de Parodontologie Praktijk Groningen te Groningen.

Trefwoorden: **Praktijkvoering** – Parodontologie Praktijk

Inleiding

De vestiging van een Tandarts-Parodontoloog is sedert vele jaren onderwerp van discussie. Aanvankelijk werd de behoefte aan een tandarts met speciale bekwaamheden op het gebied van de klinische parodontologie geuit door het Interfacultair Overleg Parodontologie op 23 april 1977. Op grond van ervaringen op poliklinieken parodontologie van de subfaculteiten en op grond van epidemiologische gegevens, stelde men dat er een behoefte was aan parodontale zorg die niet verleend kon worden door de tot dan toe opgeleide tandartsen, of de nog op te leiden tandartsen. De laatste categorie zou door een adequatere opleiding beter dan de eerste, toegerust worden om de meest voorkomende en minder ernstige parodontale afwijkingen te behandelen. Er zou een tandarts met een uitgebreide post-academische training moeten komen.

Dit idee is in latere jaren op verzoek van haar leden overgenomen en uitgewerkt door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie. Er is vanwege de N.V.v.P. vervolgens een drietal commissies werkzaam geweest. De eerste, de zgn. Commissie van Wijze Mannen stelde in 1981 o.a. het volgende:

- Er is behoefte aan gekwalificeerde deskundigen in de klinische parodontologie.
- De bijzondere deskundigheid is alleen door langdurige post-academische training te verkrijgen.
- Het aantal deskundigen moet in overeenstemming met de behoefte zijn.
- De deskundige beperkt zijn werkzaamheden niet tot de parodontologie.
- Wie Tandarts-Parodontoloog wil worden moet minimaal twee jaar ervaring als algemeen-practicus hebben.

De Commissie Eindtermen stelde vervolgens een aantal concrete eindtermen op, criteria waaraan een Tandarts-Parodontoloog moet voldoen wil hij voor erkenning als zodanig in aanmerking komen. Deze eindtermen hebben betrekking op de drie hoofdtaken van een Tandarts-Parodontoloog n.l. consultatie, behandeling en onderwijs en voorlichting.

De Commissie Voorbereiding Tandarts-Parodontoloog stelde vervolgens een concreet plan de campagne op om te komen tot erkenning van de Tandarts-Parodontoloog (T.P.). Het door haar opgestelde overgangsreglement zal gelden voor de aspirant-T.P. en voor zolang geen gestructureerde opleidingen tot T.P. bestaan. De 'Regeling voor de Tandarts-Parodontoloog' bevat een omschrijving van de ingangseisen, de gedragscode, regeling voor periodieke intercollegiale toetsing en de (h)erkenning van de T.P. als zodanig. Als meest saillante punten uit bovengenoemde stukken kunnen worden genoemd:

- De samenwerking tussen T.P. en verwijzend tandarts is gebaseerd op onderling vertrouwen. Het is van het grootste belang dat behandeling plaatsvindt op grond van duidelijke afspraken en overeenstemming tussen de patiënt, diens tandarts en de T.P.
- Een patiënt die naar de T.P. is verwezen door de 'eigen' tandarts mag door de T.P. nimmer worden opgenomen in zijn eigen patiëntenbestand voor andere dan parodontale behandelingen, anders dan op verzoek van die tandarts.
- De kwalificatie T.P. wordt verleend voor een periode van vijf jaar. Na het verstrijken van deze periode is verlenging mogelijk; telkens weer voor vijf jaar. Gedurende de kwalificatietermijn onderwerpt de T.P. zich aan intercollegiale kwa-

Samenvatting:

In dit artikel wordt allereerst een overzicht gegeven van de ontwikkelingen van de laatste tien jaar in Nederland met betrekking tot de Tandarts-Parodontoloog. Vervolgens wordt de vestiging van de Parodontologie Praktijk in Groningen besproken en haar werkwijze. Aan de hand van gegevens over de aard en omvang van de verwijzingen wordt een beeld geschetst van het functioneren van de eerste praktijk in Nederland die zich beperkt tot parodontale behandelingen. Tenslotte wordt aan de hand van de geschatte behoefte aan geavanceerde parodontale zorg het bestaansrecht van de Tandarts-Parodontoloog bevestigd.

litatieve toetsing. Deze toetsing vindt plaats aan de hand van 'onderhoudsbepalingen'.

– Bij onvoldoende prestaties, kwantitatief en kwalitatief, kan de kwalificatie T.P. vervallen worden verklaard.

Voor wat betreft de kwalificatie zal de N.V.v.P. jaarlijks onder haar leden een lijst verspreiden met de namen van de door haar erkende T.P.-en.

Om als T.P. te worden erkend zal aan een groot aantal criteria moeten worden voldaan. De aspirant-T.P. zal moeten aantonen reeds lange tijd voldoende patiënten met parodontale problemen adequaat te hebben behandeld. Voorts zal hij zijn actuele kennis en vaardigheden moeten demonstrenen op de drie relevante taakgebieden, consultatie, behandeling en onderwijs en voorlichting. De kennis, kunde en ervaring zullen moeten worden gedemonstreerd aan de toelatingscommissie, het zgn. Consilium Parodontologicum.

De huidige stand van zaken is dat naar verwachting dit jaar nog een Consilium geïnstalleerd zal worden, zodat in 1987 de eerste officieel door de N.V.v.P. erkende T.P. zal kunnen functioneren.

De vestiging van de Parodontologie Praktijk in Groningen

In Groningen is de in de inleiding geschetste ontwikkeling niet afgewacht en is op 1 juni 1983 gestart met de vestiging van een Parodontologie Praktijk.

De reden om een Parodontologie Praktijk te starten was dat er behoefte werd gevoeld aan een instituut waar met name patiënten met ernstige parodontale afwijkingen kunnen worden behandeld. Aan de Subfaculteit Tandheelkunde te Groningen bestond niet voldoende mogelijkheid tot opvang van deze categorie patiënten. Een en ander houdt onder meer verband met de beperkingen die gelden voor een instelling waar het onderwijs voorop staat en de patiëntenzorg daarvan een afgeleide is.

De daadwerkelijke vestiging werd bij praktisch alle tandartsen in de drie noordelijke provincies aangekondigd middels een vestigingskaart en een begeleidende intentieverklaring waarin als taken werden genoemd:

Consult: parodontologisch onderzoek en advies omtrent preventieve en curatieve behandelingsmogelijkheden van verwezen patiënten.

Behandeling: uitvoeren van het parodontologisch deel van een behandelplan, één en ander op verzoek van en in overleg met de verwijzende collega.

P.A.O.: bekendheid geven in de kring der verwijzende collegae aan het vakgebied der parodontologie en mogelijkheden tot diagnostiek, preventie en behandeling van parodontale afwijkingen.

Een patiënt kan slechts via een verwijzing door zijn tandarts een afspraak maken. Dit is gedaan om te voorkomen dat patiënten buiten medeweten van de tandarts tandheelkundige hulp zoeken. Bovendien is een goede samenwerking tussen verwijzende tandarts en T.P. onontbeerlijk voor de zogenaamde 'maintenance phase' en de restauratieve follow-up. Voor wat betreft deze uitgangspunten en de opzet van de vestiging heeft uitvoerig beraad plaatsgehad met het bestuur van de afdeling Groningen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Deze samenwerking is bijzonder stimulerend geweest en heeft ertoe bijgedragen dat de vestiging zonder noemenswaardige problemen door de professie is geaccepteerd.

Werkwijze in de Parodontologie Praktijk

Bij het eerste onderzoek van een nieuwe patiënt wordt de toestand van het gebit en parodontium uitgebreid gedocumenteerd (afb. 1). Op grond van alle gegevens wordt getracht een prognosebepaling te doen. De patiënt wordt uitgebreid geïnformeerd over het behandelplan en de bijbehorende kostenbegroting. Naar aanleiding van deze

ONDERZOEK GEBIT EN PARODONTIUM

N.V.O.

	bovengebijt														buitenzijde													
plaque	++++														++++													
bloeding	++++														++++													
recessie	1 2														2 2 1													
pocket	057 828 726 727 524 423 315 714 424 323 526 726 728 929																											
plaque	++++														++++													
bloeding	++++														++++													
recessie	768 868 946 867 734 423 227 625 432 247 755 647 748 948																											
pocket																												
	RECHTS														LINKS													
	ondergebijt														binnenzijde													
plaque	++++														++++													
bloeding	++++														++++													
recessie	656 868 624 545 424 323 323 313 322 233 457 757 878 868 733																											
pocket																												
plaque	++++														++++													
bloeding	++++														++++													
recessie	4 3 3 3 4 3																											
pocket	547 879 636 637 222 212 213 212 212 222 313 4 5 857 867 544																											
															buitenzijde													

x afwezig
 nvp niet vitaal
 o caviteit
 o overst. rest.

— kipping
 — rotatie
 — binnen/buiten bg
 — open contact
 — onjuist contact

Δ wortelsplitsing toegankelijk
 ▲ wortelsplitsing doorgankelijk
 I mobiliteit
 II mobiliteit verticaal
 III luxatiegevaar

□ mucoging. probleem

Bijzonderheden :
 Verzoek aan tandarts : **EXTRACTIE 30. NIEUWE REST. 25**
 DIAGNOSE : **RAPIDLY PROGRESSIVE PARODONTITIS**
 PROGNOSE : zonder behandeling < 5 jaar : **14. 17. 27. 46** < 15 jaar : **REST GEBIT**
 na behandeling > 15 jaar : **ALLE ELEMENTEN** onbekend : **17. 14. 27.**

BEHANDELPLAN en KOSTENBEGROTING

<input checked="" type="checkbox"/> 1e onderzoek: consult, plaque-status, bloedingsstatus/pocketstatus	1 zitting /
<input checked="" type="checkbox"/> mondhygiëne-instructie	.. f
<input checked="" type="checkbox"/> tandsteenverwijderen/polijsten gebit	3 .. f
<input checked="" type="checkbox"/> rootplaning en curettage 5 sextanten* + A.B. THERAPIE	.. f
<input checked="" type="checkbox"/> evaluatie onderzoek: consult, plaque-status, bloedingsstatus/pocketstatus	1 .. f
<input checked="" type="checkbox"/> chirurgie t.p.v. BESLISSEN NA EVALUATIE STATUS	
11-12 / 13-17 / 44-47 / (EXTR. 46)	flap met/zonder botcorr., 1 .. f
23-27 / 34-37	flap met/zonder botcorr., 1 .. f
<input checked="" type="checkbox"/> diversen	.. f
EVENTUEEL T.Z.T. TRANSPLANTAAT V. FRONT	.. f
<input checked="" type="checkbox"/> controlebehandeling mondhygiëniste na actieve behandeling	4 x jaar .. f
ron:genfoto's	O.P.G. .. f

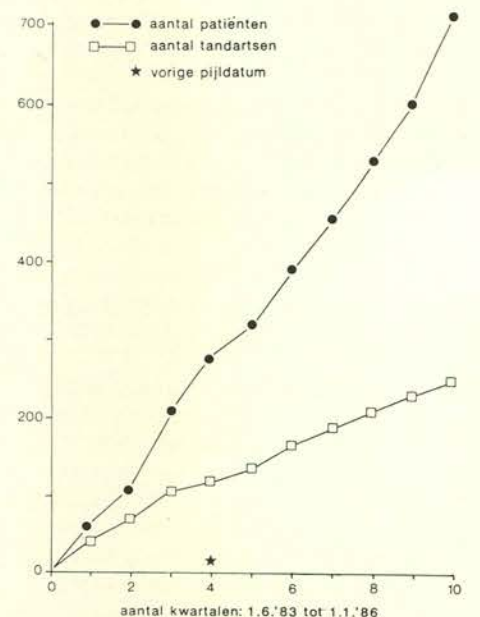
* Een sextant is een zesde gedeelte van het gebit

Afb. 1. Het onderzoeksformulier met diagnose, prognose en behandelplan. Een kopie hiervan wordt na uitwerking verzonden naar de verwijzend tandarts en naar de patiënt.

informatie die iedere patiënt (en zijn tandarts) schriftelijk ter hand wordt gesteld, kan hij of zij beslissen of behandeling gewenst is (kosten-batenanalyse). In praktisch alle gevallen worden afspraken gemaakt voor een vervolgbehandeling in de Parodontologie Praktijk. De meeste patiënten die voor een uitgebreide behandeling in aanmerking komen brengen na dit eerste onderzoek drie tot vier bezoeken aan de mondhygiëniste (totale duur gemiddeld drie uur) voor:

- begeleiding naar een optimaal niveau van plaquebeheersing,
- verwijderen van tandsteen en andere retentiefactoren en polijsten,
- rootplaning en curettage ofwel het grondig reinigen van het worteloppervlak en de aanwezige pockets.

Een evaluatiebezoek aan de T.P. (duur ongeveer een half uur) vindt plaats ongeveer twee tot drie maanden na het laatste bezoek aan de mondhygiëniste. Aan de hand van de ervaringen en wensen



Afb. 2. Grafische voorstelling van de groei van het aantal patiënten en verwijzende tandartsen (cumulatief) van 01-06-83 tot 01-01-86.

Tabel I. Aantal verwezen patiënten en aantal verwijzende tandartsen regio in de periode 01-07-84 tot 01-01-86.

regio	tandartsen	patiënten
Groningen en directe omgeving	58	136
afstand tot 35 km van Groningen	54	140
afstand tot Groningen is > 35 km	90	170
totaal	202	446

Tabel II. Aantal verwijzingen per tandarts in de periode 01-06-83 tot 01-01-86.

frequentie	aantal tandartsen
1 ×	116*
2 - 5 ×	98
6 - 10 ×	26
meer dan 10 ×	9

*) Tot deze categorie behoren 22 tandartsen die in het vierde kwartaal van 1985 voor het eerst verwezen en 47 tandartsen die in het eerste jaar 1 × verwezen en in de tweede periode niet.

Tabel III. Indeling naar geslacht en leeftijd van de verwezen patiënten in de periode 01-06-83 tot 01-01-86.

leeftijd	2%	vrouw	man
< 20 jr			
20 - 30 jr	11%		
30 - 50 jr	65%	69%	31%
> 55 jr	22%		

van de patiënt en de uitkomsten van een nieuw uitgebreid onderzoek wordt het eerste behandelplan waar nodig aangepast en worden afspraken gemaakt voor de eventuele vervolgbehandeling. Als het ontstekingsproces is geëlimineerd en de plaque-beheersing is adequaat, blijft de patiënt onder controle van de mondhygiëniste of de eigen tandarts.

Indien de initiële behandeling niet heeft geleid tot een voldoende verbetering van het parodontium, b.v. geen pocketreductie en een persisterende bloedingsneiging na sonderen en de plaquebeheersing is erg goed, wordt een chirurgische ingreep over-

wogen met als doel het ontstekingsproces (afbraakproces) te elimineren en een stabiele situatie te creëren.

Patiënten die een initiële behandeling of ook een chirurgische behandeling hebben ondergaan, komen hierna regelmatig bij de mondhygiëniste terug voor een zgn. controlebehandeling (recall-systeem). Daarbij wordt zowel aandacht besteed aan *controle* (plaquebeheersingsniveau mondhygiëne, bloedingsneiging en pocketdiepte) als ook aan *behandeling* (mondhygiëne-instructie (reinforcement), gebitsreiniging, polijsten en rootplaning van eventuele restpockets). In geval van twijfel of bij problemen wordt de patiënt weer door de T.P. onderzocht. Deze controlebehandelingen zijn gebleken essentieel te zijn voor het behoud op lange termijn van een behandelresultaat.¹⁻³ Patiënten die zich aan een dergelijk recall-systeem niet willen of kunnen onderwerpen, worden om deze reden niet chirurgisch behandeld.

Een recall-bezoek duurt ongeveer 3/4 uur en de frequentie is gemiddeld drie keer per jaar. Zeker in de periode direct na een operatieve behandeling komt de patiënt veelvuldig bij de mondhygiëniste voor polijsten van chloorhexidine-aanslag en voor het aanpassen van hulpmiddelen voor interdentale reiniging in de nieuw ontstane situatie, waarin de interdentale ruimtes vaak groter zijn geworden.

De kosten voor een behandeling als boven geschetst moeten door de meeste patiënten zelf gedragen worden omdat de ziekenfondsen en de meeste verzekeringmaatschappijen nog niet ingespeeld zijn op de ontwikkelingen in de tandheelkunde

van de laatste 20 jaar, met name op het gebied van de parodontologie.

De kosten van een behandeling zoals voorgesteld in het behandelplan van afbeelding 1 worden globaal geschat op f 2500,—. Dit plan kan gesplitst worden in een niet-chirurgische fase: 1e onderzoek tot en met het evaluatie-onderzoek (± f 800,—) en een chirurgische fase, indien nodig (± f 1700,—).

Resultaten

De Parodontologie Praktijk Groningen heeft het initiatief genomen om via jaarverslagen aan belanghebbenden en geïnteresseerden inzicht te verschaffen over het reilen en zeilen van de praktijk.^{4,5} In dit hoofdstuk zijn de meest recente gegevens uit het tweede jaarverslag opgenomen na tien kwartalen praktijkvoering.

In afbeelding 2 wordt de cumulatieve groei van de praktijk over tien kwartalen weergegeven. Aan het ongeveer lineaire verloop van beide lijnen kan worden afgelezen dat zowel het aantal nieuwe patiënten als het aantal tandartsen dat verwijst met een constant getal toeneemt. In totaal werden 721 patiënten verwezen door 249 tandartsen (tabel II). De praktijk bestrijkt een gebied waar ongeveer 600 tandartsen werken (drie noordelijke provincies). Het blijkt dus dat ongeveer 40% van alle tandartsen wel eens een patiënt verwezen heeft.

Uit tabel I valt te concluderen dat de actieradius van de praktijk ver reikt. Iets minder dan de helft van alle verwijzende tandartsen is op meer dan 35 km van Groningen gevestigd. Zij verwijzen ongeveer een derde van het totale aantal patiënten. Tabel II geeft de spreiding in het aantal verwijzingen per tandarts aan. Ongeveer de helft van de tandartsen verwees twee patiënten of meer.

In tabel III is een overzicht gegeven van de leeftijdsverdeling en geslacht van de verwezen patiënten. De categorie vrouwen van 30-50 jaar is het grootst. Voorts blijkt de verhouding vrouwelijke en manlijke patiënten 2:1 te zijn. Omdat de verhouding man/vrouw in onze samenleving ongeveer gelijk is en uit geen enkel epidemiologisch onderzoek blijkt dat ernstige parodontale ontstekingen bij vrouwen twee maal zo vaak voorkomen dan bij mannen, moet hieruit geconcludeerd worden dat vrouwen hetzij meer in de gelegenheid zijn om parodontale hulp te zoeken of gebitsbehoud meer op prijs stellen of beide. Dat vrouwen in het algemeen de tandarts meer bezoeken dan mannen wordt in de literatuur bevestigd.⁶

De leeftijdsindeling uit tabel III is bewust gekozen om te kunnen dienen als criterium bij de indeling naar ernst van de parodontale situatie bij het eerste onderzoek (tabel IV). Op het door ons gebruikte onder-

Tabel IV. Indeling naar ernst van de parodontale situatie bij het eerste onderzoek bij een steekproef van 300 verwezen patiënten.

omschrijving parodontale situatie	criteria	%
parodontitis, langzaam progressief		
a. gegeneraliseerd, licht, matig	- < 6 mm	22%
b. gegeneraliseerd, ernstig	> 30 jr > 6 mm	50%
c. lokaal	> 6 mm	10%
parodontitis, snel progressief		
d. rapidly progressive parodontitis	20-30 jr > 6 mm	5%
e. juveniele parodontitis	< 20jr I ₁ M ₁	1%
f. a.n.u.g.	-	2%
overige b.v. recessies/gingivitis/gezond		10%

zoeksformulier komt deze indeling niet voor, vandaar dat leeftijd en ernst van de parodontale afbraak achteraf gebruikt zijn om een tegenwoordig vaak gebruikte indeling te kunnen maken in snel progressieve en langzaam of niet-progressieve ontstekingen.⁷ Vanzelfsprekend is de grens van 30 jaar arbitrair en geeft geen indicatie over het gebitsbedreigend verloop van een ontsteking, immers ook een langzame progressie van een gegeneraliseerde ernstige ontsteking is gebitsbedreigend.

Tot de gebitsbedreigende ontstekingen kunnen derhalve gerekend worden b, d, e, f en een deel van c, te zamen ongeveer bij 60% van het patiëntenbestand. Zij vormen de categorie die de meest uitgebreide behandeling nodig heeft, dat wil zeggen initiële behandeling plus chirurgische behandeling plus een zeer stringent recall-systeem.

Bij de onder a genoemde en een klein deel van de onder b t/m f genoemde ontstekingen is een niet-chirurgische benadering toereikend (mondhygiënebegeleiding, rootplaning en curettage en recall).

Discussie

De ontwikkeling van het instituut Tandarts-Parodontoloog binnen de N.V.v.P. en de vestiging van de Parodontologie Praktijk Groningen is wederzijds bevruchtend geweest. Enerzijds heeft de Praktijk kunnen profiteren van de ideeën over de T.P. binnen de N.V.v.P., anderzijds heeft de Praktijk als nuttige proeftuin gefungeerd voor de gedachtenbepaling binnen de voorbereidingscommissie T.P.

De in dit artikel en in de beide jaarverslagen van de Praktijk gepresenteerde cijfers tonen aan dat er een duidelijke behoefte gevoeld wordt onder de Nederlandse tandartsen om patiënten met parodontale problemen te verwijzen naar een Tandarts-Parodontoloog. Overigens de eerste ervaringen van de Parodontologie Praktijk in Amsterdam wijzen in dezelfde richting. Men kan echter de wenselijkheid of noodzaak van een T.P. ook uit een geheel andere hoek benaderen n.l. de *geschatte behoefte*. Uit epidemiologisch onderzoek kan men concluderen dat van de westerse bevolking 99% gingivitis, 30% parodontitis (langzaam progressief), 5% hiervan snel progressieve parodontitis (R.P.P.) en 0.1% juveniele parodontitis heeft.⁸ Omge-

rekend voor een praktijk van 2000 patiënten die b.v. voor de helft uit kinderen tot 20 jaar bestaat, zou dit betekenen dat: 99% van 2000 = 1980 patiënten gingivitis hebben, 30% van 1000 = 300 patiënten parodontitis hebben, 5% van 300 = 15 patiënten een snel progressieve parodontitis hebben, 0.1% van 1000 = 1 patiënt juveniele parodontitis heeft.

Zeker de ontstekingen van de 16 patiënten van de laatste categorieën maar ook een gedeelte van de 300 patiënten met een langzaam progressieve parodontitis (b.v. 5%) zullen een gebitsbedreigend karakter hebben, zoals bij de verklaring van tabel IV is uiteengezet. Dit betekent dat per gemiddelde praktijk ongeveer 30 patiënten uitgebreide parodontale behandeling, inclusief chirurgische interventie en een zorgvuldig recall-systeem nodig hebben. Dit zou voor een patiëntenpopulatie van b.v. 1 miljoen in de drie noordelijke provincies een groep van 15.000 risicopatiënten betekenen.

Het is niet realistisch te veronderstellen dat alle tandartsen in staat zijn voor deze groep patiënten adequate parodontale zorg te verlenen. Voorts blijkt uit het verwijzingsgedrag naar onze praktijk dat een deel van de huidige tandartsenpopulatie zich eveneens deficiënt voelt ten aanzien van de initiële parodontale behandeling en ook dit deel wil delegeren.

Het is vanzelfsprekend dat de vraag van de patiënt (demand) om allerlei redenen, b.v. gebrek aan informatie, motivatie, financiële middelen of bereikbaarheid van hulp, kleiner is dan de berekende behandelingsbehoefte (need).⁹ Het is echter aannemelijk dat een aantal van bovengenoemde belemmerende factoren zal verminderen waardoor de *vraag* naar parodontale hulp, ook naar gedelegeerde hulp, zal toenemen. Ondanks de aantoonbare en aangetoonde behoefte aan een T.P. is er af en toe in publikaties een lichte aarzeling te bespeuren geweest.¹⁰⁻¹² Deze aarzeling is begrijpelijk, het heeft te maken met een stukje territoriumbewaking. Hierover zij nog eens met nadruk gesteld, dat het geenszins de bedoeling van een T.P. is om parodontale behandelingen op welk niveau ook, uit de algemene praktijk te luxeren. Als de algemeen-practicus een stukje territorium afstaat doet hij dat vrijwillig en in het belang van de patiënt en het zal uiteindelijk gaan om een kleine groep van 'risicopa-

tiënten', waarvoor de algemeen-practicus voor de behandeling de nodige kunde en ervaring mist.

Summary:

Title: Three years Periodontal Practice Groningen. A succesful try-out.

Keywords: Practice management – Periodontal Practice

This article reviews the development in The Netherlands of the last ten years with respect to 'de Tandarts-Parodontoloog', a dentist with special qualities in periodontology. Results of the first practice limited to periodontology are presented i.e. the number of referrals and referring dentists, and sex, age and periodontal condition of the referred patients. It appears that there is a need and a demand for periodontal care by dentists with special qualities in periodontology in The Netherlands.

Literatuur:

1. Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977; 4: 240-9.
2. Rosling B, Nyman S, Lindhe J, Jern B. The healing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. *J Clin Periodontol* 1976; 3: 233-55.
3. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 281-94.
4. Parodontologie Praktijk Groningen: Jaarverslag 1983-1984.
5. Parodontologie Praktijk Groningen: Jaarverslag 1984-1985.
6. Schuurs AHB, Van Duivenvoorden H, Thoden van Velzen SK, Verhage F. Factors associated with regularity of dental attendance. An empirical-psychological investigation. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1981.
7. Page RC, Schroeder HE. Periodontitis in man and other animals. A comparative review. Basel: Karger, 1982.
8. Ainamo J. Epidemiologie van parodontale aandoeningen. In: Lindhe J, ed. Parodontologie. Alphen a/d Rijn: Samson Stafleu, 1985.
9. Schaub RMH. Barriers to effective periodontal care. Groningen: rijksuniversiteit, 1984. Academisch proefschrift.
10. Van Schijndel LJA. T.P. Uit armoede geboren - de Tandarts-Parodontoloog. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1985; 92: 337-9.
11. N.M.T. jaarverslag 1985: 5.
12. Van Hoof RF. Parodontologie bij de kaakchirurg. *Tandartspraktijk* 1985; 6: 17-8.

September 1986.

Adres: Dr. J. Jansen,
Ubbo Emmiusingel 27,
9711 BC Groningen.