

Bijzonder onderwerp

Orale Functieleer

Een spanningsveld tussen functie en comfort

Een redactionele bewerking van de rede uitgesproken door dr. M.A.J. van Waas bij de de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Orale Functieleer aan ACTA, Faculteit der Tandheelkunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam op donderdag 9 mei 1996.

1 Inleiding

In het jaar waarin ik in Utrecht tandheelkunde ging studeren, 1968, maakte tandheelkundig Nederland een woelige tijd door. Door de toegenomen welvaart – en vooral de nadelige gevolgen daarvan voor het gebit – bestond er een enorme behoefte aan tandheelkundige behandeling. Onderzoek liet zien dat 90% van de eerst blijvende kiezen binnen één jaar na doorbraak – op zesjarige leeftijd dus – door tandbederf was aangetast en dringend behandeling nodig had omdat deze anders onherroepelijk verloren zouden gaan.

Na de academische erkenning van de tandheelkundige opleiding in 1947 en het oprichten van vier nieuwe faculteiten naast de Utrechtse, deed ieder vakgebied binnen de tandheelkunde zijn uiterste best zich te profileren en de student de meest geavanceerde opleiding aan te bieden. Kenmerkend was het hoge niveau van technische vakbekwaamheid die de tandheelkundige student werd voorgeschoteld; soms tot in het extreme. Het technische niveau van de opleiding is in de jaren daarna hoog gebleven. Ook in de Prothetische Tandheelkunde bleef de aandacht lange tijd primair gericht op het vervaardigen van technisch hoogstaande producten.

Maatschappelijk veranderde er in de jaren zeventig veel. Patiënten werden mondiger. Zij eisten in toenemende mate een adequate tandheelkundige behandeling en accepteerden steeds minder om tandoel te worden. Dankzij de toepassing van fluoride, een gezonder voedingsgedrag en het toegenomen inzicht in de behandelingsmogelijkheden verbeterde ook de gebitstoestand van de bevolking in sterke mate.

2 Rationele behandelstrategieën

In de afgelopen twintig jaar zijn er binnen de tandheelkunde belangrijke ontwikkelingen in gang gezet. Ik doel hierbij met name op de ideeën van Arnd Käyser, tot 1993 hoogleraar in de Occlusieopbouw in Nijmegen. Hij was de man die hardop zei – wat velen misschien wel dachten, maar niet durfden uit te spreken – dat het voor een verantwoorde behandeling van het gebit niet per se nodig is alle gebitselementen te behouden. Hij sprak dus over de relativiteit van het behouden van de gehele tandboog voor de primaire functies van het gebit. Dit heeft alles te maken met het begrip 'Orale Functie'. Nieuw daarbij was dat niet de kauwfunctie voorop stond, maar het comfort dat het gebit de patiënt biedt, in termen van 'vrij van pijn', 'esthetisch acceptabel' en 'voldoende mandibulaire stabiliteit'. Hiermee heb ik de twee begrippen in de titel van mijn rede geïntroduceerd: de orale functie en het oraal comfort.

3 Behandeling op maat

Sedert de jaren zeventig worden in toenemende mate implantaten in de mond toegepast. Vaktechnisch zijn we op dit moment in staat ieder gebitselement dat verloren gaat te vervangen door een implantaat. Maar moet dat nu betekenen dat we het gebit altijd aanvullen, los van de daarmee gepaard gaande kosten? Ik vind van niet. Juist nu alle mogelijkheden tot behoud of herstel van een volledige dentitie beschikbaar zijn, past een pas op de plaats. Wat ik zou willen noemen: *een behandeling op maat*. Het betekent afwegen wat in een bepaalde situatie de beste oplossing is. Soms betekent dat maximale, soms optimale, soms 'suboptimale' behandeling. Fraai kroon- en brugwerk is geen doel meer, maar middel. Implantaten zijn geen panacee voor ieder probleem, maar een mogelijkheid om in een gegeven situatie een verantwoorde oplossing te kiezen.

In mijn visie moet de student worden geleerd verantwoord te afwegingen te maken bij het opstellen van een behandelingsplan voor iedere patiënt die hij behandelt. De student dient niet primair alle tandheelkundige hoogstandjes te leren, maar hem dient kritisch denken te worden bijgebracht. Hij moet leren wat in het ene en wat in het andere geval moet worden gedaan. Behandeling op maat dus. Dat past ook perfect in een wetenschappelijke opleiding: bij de tandheelkundige besluitvorming op basis van wetenschappelijke argumenten de pro's en contra's afwegen. Het behoeft geen betoog dat een dergelijke aanpak alleen succesvol is als het praktijk- en theoretisch onderwijs hand in hand gaan.

4 Beroepsdifferentiatie

Orale Implantologie is een onderdeel van de tandheelkunde dat niet zomaar door iedere tandarts kan worden uitgevoerd. Het vijfjarig opleidingscurriculum voorziet daar niet in; het vereist een differentiatie in de beroepsuitoefening die een tandarts, die affiniteit heeft met de chirurgische en de prothetische tandheelkunde, na enige jaren praktijkvoering zich eigen kan maken. Men kan niet verwachten dat iedere tandarts alle onderdelen in optima forma beheerst. Beroepsdifferentiatie is in mijn optiek een 'must' voor de verdere ontwikkeling van de tandheelkunde. De student wordt via bovengenoemd model van behandeling op maat in staat gesteld een verantwoord behandelingsplan op te stellen. In hoeverre hij of zij daarbij de behandeling volledig zelf uitvoert of geheel of gedeeltelijk uitbesteedt aan een gedifferentieerde collega, past in een gedegen plan.

5 Klinisch onderzoek

Het onderwijs in 'patiëntenbehandeling op maat' vraagt om het uitvoeren van klinisch onderzoek. Direct klinisch gericht onderzoek is nodig om de kennis en het inzicht te verwerven die van belang zijn bij het maken van verantwoorde keuzen; denkt u daarbij aan onderzoek naar de levensduur van tandheelkundige voorzieningen en evaluaties van behandelstrategieën. Voornoemd onderzoek zal, zeker wanneer de vijfjaars resultaten beschikbaar komen, 'harde' wetenschappelijke uitspraken mogelijk maken.

Bovengenoemde onderzoeken moeten gebaseerd zijn op randomized controlled clinical trials; dat wil zeggen dat patiënten via loting worden ingedeeld voor de behandelingen die worden vergeleken. Alleen dan is een verantwoorde vergelijking mogelijk. De opzet en de uitvoering van dit soort onderzoek vergen een lange aanloop en slechts een deel ervan is in de in wetenschappelijke kring hoog scorende tijdschriften publiceerbaar. Hierdoor is dit type onderzoek weliswaar minder aantrekkelijk voor de Interuniversitaire Onderzoeksschool Tandheelkunde, maar daarom niet minder relevant voor de praktijkvoering van tandartsen.

Het klinische onderzoek zal binnen de vakgroep op twee gebieden worden gericht: de motoriek en de functie van het kaakstelsel en de Orale Implantologie. Het laatste zal zich vooral afspelen op het terrein van het behouden en het verbeteren van het kaakbot ten behoeve van implantaten. In samenwerking met andere vakgroepen, met name de Parodontologie en de Orale Celbiologie, wordt nader gekeken naar het verbeteren van de botingroei rond implantaten door het gebruik van botgroeistimulators. In een klinisch onderzoek zullen verschillende technieken van geleide botregeneratie met elkaar vergeleken worden. Waar bot ontbreekt of verloren is gegaan, wordt met deze technieken beoogd nieuw bot te creëren.

6 Esthetische Tandheelkunde

De noodzaak voor behandeling op maat en de implantologie zijn reeds genoemd, maar er is nog een ontwikkeling waaraan niet valt te ontkomen. Ik doel hierbij op de Esthetische Tandheelkunde. Patiënten vragen hun tandarts steeds vaker andere materialen dan amalgaam als restauratiemateriaal te gebruiken, omdat deze fraaier zijn en vanwege de vermeende schadelijke gevolgen van het gebruik van amalgaam. Op dit moment zijn vele materialen beschikbaar. Vanwege de beperking van de composietvullingen in het premolaar-molaargebied ligt het in de rede ook de alternatieven, zoals porseleinen inlays en kronen, te bekijken en te onderzoeken. Nieuwe porseleintechnieken bieden wat dat betreft veel perspectief. In het bijzonder met CAD-CAM-methoden kunnen nieuwe wegen worden ingeslagen (CAD-CAM staat voor Computer Aided Design en Computer Aided Manufacturing). Inlays en kronen kunnen op deze wijze met behulp van een computerprogramma worden ontworpen en gefreesd.

7 Enkele maatschappelijke aspecten

7.1 De stelselwijziging

Door de stelselwijziging in het kader van de ziekenfondswetgeving die op 1 januari 1995 is ingegaan, moet het merendeel van de tandheelkundige hulp in het vervolg door de patiënt zelf worden betaald. Samen met enkele collegae heb ik bij het van kracht worden van deze wijziging mijn zorgen geuit over

de gevolgen hiervan voor de behandeling van prothesedragers. Dat zijn op dit moment 2,5 miljoen patiënten. Het merendeel daarvan bevindt zich in de laagste sociale klassen. Het gevaar is groot dat zij de dupe worden van het systeem, omdat voor hen bijverzekeren financieel onaantrekkelijk is. Op het moment dat hun gebitsprothese aan vernieuwing toe is, hebben zij niet de financiële middelen voor normale gezondheidszorg. Dat deze vrees niet ongegrond is, blijkt uit het feit dat in het eerste jaar van de nieuwe regeling patiënten die een prothese nodig hadden, massaal zijn thuis gebleven. Ik hoop dat de overheid een vangnet voor deze patiënten weet te regelen.

7.2 De tandprotheticus

Een andere maatschappelijke ontwikkeling betreft de uitbreiding van het aantal tandheelkundige beroepen naast dat van de tandarts. Door de wet BIG zijn er in dit opzicht meer mogelijkheden dan vroeger. Naast de tandarts en de mondhygiënist is op dit moment de tandprotheticus werkzaam. Deze maakt gebitsprothesen bij de patiënt. Onlangs heeft minister Borst verstrekkende voorstellen geformuleerd met betrekking tot de bevoegdheden van de tandprotheticus. Zij stelt voor om niet alleen de behandeling van edentaten tot hun competentie te rekenen, maar ook de partiële prothese en de overkappingsprothese op implantaten. Mij baart deze ontwikkeling zorgen. Ik ondersteun een ontwikkeling waarbij verschillende beroepskrachten binnen het werkterrein van de tandarts actief zijn. De garantie voor optimale behandeling van patiënten heeft voor mij echter de hoogste prioriteit. Of deze gebaat is bij de behandeling van patiënten met nog eigen tanden en kiezen door tandprotheticici is de vraag. Het restgebit staat hierbij centraal en niet de vervaardiging van een partiële prothese. De behandeling van patiënten met implantaten hoort mijns inziens niet bij de tandprotheticus thuis. De Orale Implantologie is momenteel nog zo in ontwikkeling dat men dit aan een gedifferentieerde tandarts moet overlaten. Kortom, wel ruimte voor de tandprotheticus, maar binnen een beperkt kader.

8 Slotwoord

Het moet de lezer duidelijk zijn geworden dat ik in het onderwijs bijzondere aandacht wil schenken aan behandelstrategieën bij patiënten met een gemutileerde dentitie, en in het verlengde daarvan grote waarde hecht aan de interactie tussen het theoretisch en het praktijk-onderwijs. Wat onderzoek betreft, wil ik aandacht geven aan klinische projecten vanwege de directe relatie met het onderwijs, en om te kunnen anticiperen op nieuwe ontwikkelingen in de Orale Implantologie en Restauratieve Tandheelkunde. Daarbij schroom ik niet mijn maatschappelijke verantwoordelijkheid onder ogen te zien. Als klinische hoogleraar voel ik me verplicht mijn stem in dezen te laten horen en bij te dragen aan ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Alles draait hierbij om de zorg voor de patiënt, zijn gebitsfuncties en zijn gebitsbeleving; om functie en comfort dus. In dat spanningsveld wil ik in mijn nieuwe functie opereren.