

Bijlage 9

Resultaten Commentaarronde: gerichte benadering



1 Opzet gerichte benadering

De KNMT en respectievelijk de NVM en de ONT hebben steekproeven getrokken van tandarts-algemeen praktici, tandarts-implantologen, tandarts-parodontologen, MKA-chirurgen, mondhygiënisten en tandprotheticci. In een korte webenquête kregen zij de vraag hoe zij de (voor hen van toepassing zijnde) aanbevelingen in de conceptrichtlijn beoordelen, zowel tandheelkundig klinisch als wat betreft de uitvoerbaarheid in de praktijk. Daarbij is onderscheid gemaakt in preventie van peri-implantaire infecties, diagnostiek van peri-implantaire infecties, behandeling van peri-implantaire mucositis en behandeling van peri-implantitis.

Het Centraal Administratiepunt Peilstations (CAP) in Nijmegen heeft de webenquête uitgevoerd. Daartoe ontvingen de mondzorgverleners in de voornoemde steekproeven op 14 december 2017 per e-mail een uitnodiging om de conceptrichtlijn te commentariëren. De e-mail bevatte een link naar de webenquête en naar de volledige tekst van de richtlijn, met de vermelding dat men voor de beantwoording van de vragen kennis moest nemen van de aanbevelingen.

2 Respons en verwerking resultaten

Uit onderstaande tabel 1 blijkt dat in totaal 67 (8,6%) van de uiteindelijk 779 (810 - 31) bereikte mondzorgverleners commentaar hebben geleverd op de richtlijn, uiteenlopend van 10 (3,3%) onder tandarts-algemeen praktici tot 16 (20%) bij de tandarts-implantologen.

2.1 Overzicht van aantallen benaderde en responderende mondzorgverleners in de gerichte commentaarronde voor de KPR-PII			
<i>zorgverlener</i>	<i>benaderd</i>	<i>respons (n)</i>	<i>respons (%)</i>
tandarts-algemeen praktici	300	10	3,3%
tandarts-implantologen	80	16	20,0%
tandarts-parodontologen	40	4	10,0%
MKA-chirurgen	40	4	10,0%
mondhygiënisten	250	16	6,4%
tandprotheticci	100	17	17,0%
totaal	#1 810	67	8,3%

#1 Van hen konden er 31 niet worden bereikt (e-mailadres onjuist, mailbox vol e.d.), netto responspercentage derhalve 67 / 779 = 8,6%.

Hierna volgt in vier korte paragrafen (3.1 tot en met 6) een overzicht van de beoordelingen en het commentaar via de gerichte commentaarronde. Achtereenvolgens van de aanbevelingen rond preventie van peri-implantaire infecties, diagnostiek van peri-implantaire infecties, behandeling van peri-implantaire mucositis en behandeling van peri-implantitis. Tot slot biedt paragraaf 7 een overzicht de algemene opmerkingen, gerangschikt naar de verschillende betrokken zorgverleners.

3.1 Preventie: tandheelkundig klinisch

Van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt 65,1% de aanbevelingen in de KPR-PII over preventie in tandheelkundig opzicht als 'goed'. Een minderheid van 4,7% noemt de aanbevelingen slecht.

3.1 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over preventie in tandheelkundig opzicht					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	7	2	1		10
tandarts IMP	9	6	1		16
tandarts PARO	2	2			4
MKA-chirurg					
mondhygiënist	12	2	1	1	16
tandprotheticus	11	2		4	17
	41	14	* 3	5	63
	65,1%	22,2%	4,7%	8,0%	100,0%
* Toelichtingen:					
a Veel te laat opgemerkt.					
b Een richtlijn moet kort en bondig zijn. Door zoveel zaken te benoemen die aanbevolen worden, wordt het voor de algemeen practicus onmogelijk daadwerkelijke zorg te verlenen. Zodra iets niet genoteerd wordt (we moeten dus alles noteren) kan je hangen omdat je niet aan de richtlijn voldoet. Te veel tijd gaat verloren met noteren. Daarom is het beter om tal van zaken alleen als checklist mee te geven. Aandachtspunten om de revue te laten passeren. Verder is het vreemd dat zaken die in de bewijskracht als zeer laag worden aangemerkt mee worden genomen in de aanbevelingen om op te nemen in de richtlijn.					

3.2 Preventie: uitvoerbaarheid in praktijk

Ruim zes van de tien (61,0%) van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt de aanbevelingen in de KPR-PII over preventie wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk als 'goed'. Een enkeling (1,7%) spreekt van 'slecht'.

3.2 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over preventie wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	4	3		1	8
tandarts IMP	10	3	1	1	15
tandarts PARO	4				4
MKA-chirurg					
mondhygiënist	11	4		1	16
tandprotheticus	7	7		2	16
	36	17	* 1	5	59
	61,0%	28,8%	1,7%	8,5%	100,0%
* Toelichting:					
a Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'					

4.1 Diagnostiek: tandheelkundig klinisch

Bijna acht van de tien (78,7%) ondervraagde mondzorgverleners vinden de aanbevelingen in de KPR-PII over diagnostiek in tandheelkundig opzicht goed. In enkele gevallen (3,3%) spreekt men van 'slecht'.

4.1 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over diagnostiek in tandheelkundig opzicht					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	5	2			7
tandarts IMP	11	3	1		15
tandarts PARO	4				4
MKA-chirurg	4				4
mondhygiënist	13	1	1	1	16
tandprotheticus	11	3		1	15
	48	9	* 2	2	61
	78,7%	14,7%	3,3%	3,3%	100,0%
* Toelichting:					
a Het is niet duidelijk voor een ieder.					
b Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'					

4.2 Diagnostiek: uitvoerbaarheid in praktijk

Van de ondervraagde mondzorgverleners vindt 70,0% de aanbevelingen in de KPR-PII over diagnostiek wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk goed. Een enkeling (1,7%) noemt die slecht.

4.2 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over diagnostiek wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	5	2			7
tandarts IMP	9	4	1		14
tandarts PARO	4				4
MKA-chirurg	4				4
mondhygiënist	11	4		1	16
tandprotheticus	9	5		1	15
	42	15	* 1	2	60
	70,0%	25,0%	1,7%	3,3%	100,0%
* Toelichting:					
a Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'					

5.1 Behandeling mucositis: tandheelkundig klinisch

Van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt 68,3% de aanbevelingen over de behandeling van peri-implantaire mucositis in de KPR-PII in tandheelkundig opzicht als 'goed'. Een minderheid van 9,8% noemt de aanbevelingen slecht.

5.1 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over de behandeling van peri-implantaire mucositis in tandheelkundig opzicht					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	4	3			7
tandarts IMP	8	1	4	1	14
tandarts PARO	3	1			1
MKA-chirurg					
mondhygiënist	13	1		2	16
tandprotheticus					
	28	6	* 4	3	41
	68,3%	14,6%	9,8%	7,3%	100,0%
* Toelichting:					
a	Er wordt wel gesproken over 0-meting en behandeling. Er is alleen geen eenduidig NZa tarief voor.				
b	Van veel methodes is de bewijskracht laag.				
c	Er zijn teveel aanbevelingen die een zeer slechte wetenschappelijke onderbouwing hebben.				
d	Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'.				

5.2 Behandeling mucositis: uitvoerbaarheid in praktijk

Om en nabij twee derde (65,8%) van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt de aanbevelingen over de behandeling van peri-implantaire mucositis in de KPR-PII wat betreft uitvoerbaarheid als 'goed'. Een minderheid van 9,8% noemt de aanbevelingen slecht.

5.2 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over de behandeling van peri-implantaire mucositis wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	4	2	1		7
tandarts IMP	9	2	3		14
tandarts PARO	4				4
MKA-chirurg					
mondhygiënist	10	3		3	16
tandprotheticus					
	27	7	4	3	41
	65,8%	17,1%	9,8%	7,3%	100,0%
* Toelichting:					
a	Frequentie van nazorg bij gele kolom (tandsteen en plak): 3-4 x per jaar is erg veel en niet haalbaar c.q. zinvol.				
b	De controle en begeleiding en monitoring zijn erg kostbaar en vragen naar mijn mening te veel van de mondhygiënisten en het team. De rekening komt uiteindelijk bij de patiënt, die er niet blij mee zal zijn.				
c	Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'.				

6.1 Behandeling peri-implantitis: tandheelkundig klinisch

Van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt 64,3% de aanbevelingen over de behandeling van peri-implantitis in de KPR-PII in tandheelkundig opzicht als 'goed'. Een minderheid van 10,7% noemt de aanbevelingen slecht.

6.1 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over de behandeling van peri-implantitis in tandheelkundig opzicht					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	4	2			6
tandarts IMP	7	4	3		14
tandarts PARO	3	1			4
MKA-chirurg	4				4
mondhygiënist					
tandprotheticus					
	18	7	* 3		28
	64,3%	25,0%	10,7%		100,0%
* Toelichting:					
a	Gezien de huidige literatuur is er geen behandeling van peri-implantitis 'evidence based'. Er zou geen richtlijn moeten zijn die dat wel pretendeert.				
b	Zie opmerking c bij 'Behandeling mucositis: tandheelkundig klinisch'				
c	Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'.				

6.2 Behandeling peri-implantitis: uitvoerbaarheid in praktijk

Ruim de helft (57,1%) van de ondervraagde mondzorgverleners beoordeelt de aanbevelingen over de behandeling van peri-implantitis in de KPR-PII wat betreft uitvoerbaarheid als 'goed'. Bijna twee van de tien (17,9%) noemt de aanbevelingen slecht.

6.2 Beoordeling van de aanbevelingen in de KPR-PII over de behandeling van peri-implantitis wat betreft uitvoerbaarheid in de praktijk					
	<i>goed</i>	<i>niet goed, niet slecht</i>	<i>slecht</i>	<i>geen mening</i>	<i>totaal</i>
tandarts AP	2	3	1		6
tandarts IMP	6	4	4		14
tandarts PARO	4				4
MKA-chirurg	4				4
mondhygiënist					
tandprotheticus					
	16	7	* 5		28
	57,1%	25,0%	17,9%		100,0%
* Toelichting:					
a	In algemene praktijk niet altijd de juiste vaardigheden aanwezig voor flap-chirurgie. Dit past meer in een gespecialiseerde kliniek.				
b	Ik denk dat dit een behandeling is die vooral in de verwijspraktijk/bij de implantoloog/parodontoloog dient uitgevoerd te worden. Vanwege de specifieke materialen als de airflow en de mogelijkheid tot het maken van een flap of beoordeling van regeneratie afhankelijk van de situatie.				
c	Ook weer weinig bewijskracht voor bepaalde methodieken.				
d	Zie opmerking b bij 'Preventie: tandheelkundig klinisch'.				
e	Zie opmerking a bij 'Behandeling: peri-implantitis: tandheelkundig klinisch'.				

7 Algemene opmerkingen

Een aantal ondervraagde mondzorgverleners heeft ook gebruik gemaakt van de gelegenheid om aanvullend commentaar te geven op de KPR-PII. Hieronder volgt een integraal overzicht daarvan, onderscheiden naar soort mondzorgverlener.

Tandarts-algemeen practici

- Wat logistiek betreft is het lastig om de 0-meting te doen. En hoe staat het met een patiënt die reeds implantaten heeft van elders? Hoe worden de gegevens t.a.v. de 0-meting overgedragen? Is het niet verstandig om de 0-meting altijd te laten verrichten door de persoon die geïmplanteerd heeft en dat deze gegevens bijgevoegd worden in het implantaat paspoort zodat deze terug te vinden zijn?

Tandarts-implantologen

- Mooi overzicht! Het is jammer dat we veel weten over hoe implantaten optimaal geplaatst dienen te worden, maar nog niet goed de peri implantaire problemen kunnen oplossen. Wellicht is een duidelijke verwijzing (link) of combinatie met wat de optimale plaatsing van een implantaat t.o.v. buurelementen, dimensie bot (breedte processus) versus dimensie implantaat (diameter), krachtvectoren ter plaatse op specifieke type of positionering implantaat etc. etc. een idee? Ik bedoel, preventie is de beste behandeling. Richtlijnen dienen elkaar hierin te ondersteunen.
- Ten aanzien van de preventie van peri-implantaire infecties na plaatsing van één of meer orale implantaten zijn twee uitgangsvragen opgesteld. Wat zijn effectieve methoden om (het heroptreden van) peri-implantaire infecties te voorkomen? In bovenstaande tekst verbaas ik mij erover dat de preventie pas begint NA plaatsing van één of meer implantaten. M.i. ligt de allerbelangrijkste preventie in het traject VOOR het plaatsen van implantaten waarbij de geschiktheid van het individu wordt beoordeeld door de aanwezige risicofactoren zoals ontoereikende mondhygiëne, ontoereikend behandelde parodontitis, roken, ongereguleerde diabetes, bruxisme vooraf in kaart te brengen, met de patiënt bespreken en te bestrijden.
- Ik denk dat de verantwoordelijkheid van de nazorg het best kan liggen bij de implantoloog. Deze heeft het implantaat geplaatst en is op de hoogte van de gekozen diepte/of botopbouw techniek die noodzakelijk was. Hierdoor kunnen in de praktijk bijvoorbeeld bij de mondhygiënist zorgen ontstaan over een diepe pocket die geen zorgen nodig heeft omdat het implantaat diep geplaatst is vanwege bijvoorbeeld esthetiek. Tevens kent deze de voor- en nadelen van het gebruikte implantaat systeem en dus wel of geen normale hoeveelheid botverlies. Tevens denk ik dat dit voor de patiënt een belangrijke en duidelijk motivatie is dat het implantaat goede nazorg nodig heeft om het implantaat op de lange termijn een succes te doen zijn. En dat dit in een controle bij de eigen tandarts wellicht niet de nadruk krijgt die het verdient.
- In een richtlijn hoort niet te staan materiaal BioOss, hooguit gebruik van xenoplastisch materiaal. Vraagtekens bij conclusies omdat je wel korrels ziet op de X-foto maar dat niet als bot mag interpreteren of herstel van aanhechting.
- Er zou voor de practicus die niet implanteert een eenduidiger aanbeveling moeten voorliggen die hem 'verplicht' daar ook aan mee te werken. De ervaring leert dat velen dat niet doen en bemoeienis van de implantoloog maar overdreven vinden. Daarnaast dienen richtlijnen zodanig wetenschappelijk te zijn onderbouwd dat deze ook niet in twijfel te trekken zijn. Als dat niet zo is dan moeten het geen aanbevelingen heten omdat die in zekere zin bindend zijn. Dan zou je moeten spreken in de trant van 'te overwegen valt'.

Tandarts-parodontologen

- Ik begrijp niet waarom er aanbevelingen worden gedaan die gebaseerd zijn op een zeer lage bewijskracht. Die hebben geen enkele waarde!
- Gezien het zeer beperkte wetenschappelijke bewijs m.b.t. Triclosan en het gebruik van Listerine lijkt me daar nu geen plaats voor in een dergelijke richtlijn.
- Eventueel aandacht bij wie de verantwoordelijkheid ligt bij het niet volgen van dit protocol en wat dan de gevolgen zijn.

MKA-chirurgen

- Wel erg veel aanbevelingen met zeer lage bewijskracht; Triclosan, Listerine, behandeling van peri-implantitis. Mogelijk beter deze aanbevelingen weglaten.

- 1) Het zou prettig zijn aan te geven welke pocketsonde gebruikt kan worden om de limiet van 0,25 Nm niet te overschrijden. Ik gebruik een plastic kniksonde die ooit op een cursus is aanbevolen (en ik verbaas me telkens hoe laag de kracht is die de sonde doet knikken. 2) Op pag. 14 begrijp ik de getabelde bewijskracht niet: een RCT heeft zeer lage en een klinische expertise een zeer hoge bewijskracht. Klopt dat wel? Of lees ik verkeerd?
- Het valt me op dat er soms wel merknamen worden genoemd in de aanbevelingen (bv BioOss, Listerine) en meestal generiek (bv tandpasta met Triclosan). Is dit bewust op basis van de specifieke onderzoeken?

Mondhygiënisten

- Bij het stroomdiagram mis ik de optie tot overwegen bacteriologisch onderzoek alvorens over te gaan op het (blind) geven van antibiotica. Dit om het vervolgtraject al beter in te kunnen schatten. Overweging is om bv. bij Pg en/ of Aa versnelt het chirurgische traject in te gaan in combi met AB, of explantatie. Bij de aanbevelingen van uitgangsvraag 3 wordt Listerine genoemd (merknaam). Wat zijn nog meer alternatieven? Zeker gezien de lage Ph, niet verstandig voor de verdere eigen dentitie, en daarnaast is Listerine geen optie voor onze islamitische medemens i.v.m. alcohol. Welke periode wordt spoelen voortgezet/ wanneer mag je verbetering verwachten/... Uitgangsvraag 4: Overweeg een leeftijdsgrens te noemen voor Tetracycline gezien niet verstandig bij gebit in ontwikkeling (verstandskiezen) en benoem contra-indicaties overwegen. Ik mis hoe om te gaan met als je op het schroefdraad kijkt i.v.m. 'een gat in de gingiva' bijvoorbeeld i.v.m. trauma/ zelfwonding, bij verder wel redelijk goede of wisselende dagelijkse mondzorg.
- In de richtlijn wordt beschreven dat het spoelen met Listerine een toevoeging is in het reduceren van plaque. Welk middel in Listerine zorgt daarvoor? Zit dat ook in andere mondspoelmiddelen? Ik raad nooit Listerine aan i.v.m. de toevoeging van alcohol in de meeste mondspoelmiddelen van dat merk en ik denk dat er in een richtlijn niet naar een merk verwezen moet worden.
- Er wordt benoemd dat spoelen met Listerine effectief is bij het terugdringen van bloeding. welke Listerine? Het riep bij ons vraag op of er verschil was tussen de variant met alcohol en zonder. Als dit geen verschil maakt, is het wellicht toch goed dit expliciet te benoemen. Met betrekking tot personeel (in vraagstelling deze enquête) ben ik erg weinig tegen gekomen. Maar dat is prima. Goed leesbaar, duidelijk geformuleerd en erg fijn dat mate van bewijskracht aangegeven is.
- Heel goede, maar wel een heel uitgebreide richtlijn. Veel tekst. Misschien is het een idee om het meer in een schema of tabel samen te vatten?
- In onze praktijk (Centrum Bijzondere Tandheelkunde) wordt dit reeds allemaal gedaan.
- Voor mij zijn de vragen niet duidelijk. Wat wilt u precies weten. De vragen die gesteld worden zijn erg breed te interpreteren. De gehele informatie is duidelijk en ook bruikbaar voor de praktijk.
- Zeer uitgebreide omschrijving, die voor iedereen nuttig is als naslagwerk.

Tandprotheticci

- Ik begrijp niet wat het belang van tandtechnici hier is, deze groep ziet en behandelt toch geen patiënten?