

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Vlaamse editie



Versijnt 6x per jaar | P924893 | afgiftekantoor Turnhout

WWW.DENTAL-TRIBUNE.BE

JAARGANG 1 - NUMMER 1 - NOVEMBER 2019

Studenten tandheelkunde

Vlaamse regering wil eigen quota

Pagina 3

Rechtstreeks vergoed

Voorschot voor tandzorg kankerpatiënten verleden tijd

Pagina 3

Tijdvreters

Hoe ze te voorkomen in de tandartspraktijk

Pagina 6-7

Parodiagnostiek

Onderzoek van het mondslijmvlies

Pagina 10-11



Poster voor uw praktijk

Steun de campagne over mondgezondheid

Pagina 14

Nieuwsflits

Hamsters, diamanten en slagstanden

Pagina 15

VBT-voorzitter Frank Herrebout:

“Citroen binnen onze sector te lang uitgeperst”

Pagina 4-6



1 op de 5 Belgen vindt tandzorg onbetaalbaar

ANTWERPEN Een op de vijf Belgen zegt tandzorg en mentale zorg niet te kunnen betalen. Dat schrijft *Dokters van de Wereld* in *Het Nieuwsblad*. Samen met *Netwerk tegen Armoede* start de armoedeorganisatie een campagne om de zorgkloof en het zorguitstel onder de aandacht te brengen.

In 2008 gaf 1,4% van de Belgen met de laagste inkomens aan niet aan de nodige zorg te geraken. In 2016 was dat al 7,9%. Dat blijkt uit een rapport van de Europese Commissie dat dit jaar verscheen. “Wat opvalt is dat terwijl het zorguitstel bij ons toeneemt, we in de rest van Europa een omgekeerde trend zien,” vertelt voorzitter van *Dokters van de Wereld* Ri De Ridder. “600.000 Belgen leven momenteel in armoede. Zij doen te vaak noodgedwongen aan zorguitstel om financiële redenen,” zegt David de Vaal, coördinator van

het Vlaams Netwerk tegen Armoede. Naast geneesmiddelen en geestelijke gezondheidszorg wordt ook tandzorg door huishoudens in armoede als financiële last bestempeld. De Vaal benadrukt dat 32% van deze gezinnen een bezoek aan de tandarts moest uitstellen. Ook de rest van de bevolking breekt zich regelmatig het hoofd over zorgkosten. Een op de vijf Belgen geeft aan dat tandzorg voor hen niet betaalbaar is, stelt *Dokters van de Wereld*. Het feit dat tandzorg kan oplopen tot in de honderden of

zelfs duizenden euro's en dat 40% van de tandartsen zich niet aan de vastgelegde tarieven moet houden, verklaart dit probleem.

“Alles samen zien we dat de Belg veel zorg uit eigen zak betaalt,” concludeert De Ridder. “De jaarlijkse niet terugbetaalde gezinsuitgaven voor zorg in België zijn met gemiddeld 1.000 euro per jaar per gezin aanzienlijk hoger dan het Europees gemiddelde van 600 euro, en zelfs de hoogste van heel Europa.” (bron: *Het Nieuwsblad*) ■

Onze tweewekelijkse nieuwsbrief ontvangen met het laatste nieuws uit de tandzorg? Meld u aan via www.dental-tribune.be.

Ziekteverzekering 2020 onzeker door verwerpen voorstel

BRUSSEL Er is grote onzekerheid over de terugbetaling van medische kosten vanaf 1 januari 2020. Eind oktober weigerde de federale overheid het gezondheidsbudget voor volgend jaar goed te keuren. Hierdoor komen tariefafspraken met onder andere tandartsen in het gedrang.

Over het gezondheidsbudget was een akkoord binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV. Het ging om een begrotingsvoorstel ter waarde van 27,6 miljard euro. Minister van Sociale Zaken Maggie De Block (Open VLD) verwierp het voorstel echter omdat er, volgens haar, te weinig aandacht was voor de patiënten. “Bijna alle nieuwe investeringen zouden naar structuren en zorginstellingen gaan, en bijna geen enkele naar de patiënt zelf,” motiveerde de minister. De regering is nu aan zet, maar de vervolgstappen zijn onduidelijk. Volgens de onderhandelaars uit het Verzekeringscomité voorzag het voorstel wel degelijk in maatregelen die de patiënten ten goede zouden komen, zoals een betere

terugbetaling van tandzorg. De overheid zorgt voor extreme onzekerheid, vrezen de betrokken partijen. Ze betreuren dat de overheid niet met een concreet tegenvoorstel kwam. “Ze zijn aan het poken op de kap van de gezondheid van de patiënt,” klaagde Paul Callewaert van het socialistisch ziekenfonds. “Doordat er geen budget afgesproken is, kunnen we geen nieuwe tariefafspraken maken.” De VVT had zich overigens bij de stemming over het begrotingsvoorstel onthouden, omdat het met het voorgestelde budget voor mondzorg wellicht niet mogelijk zou zijn om voor 2020 een tarievenakkoord af te sluiten dat 60% van de Vlaamse tandartsen kan aanvaarden. (bronnen: VRT, VVT) ■

ADVERTENTIE

Kwaliteits reparatie en revisie van:
Hoekstukken, Scalers en Micromotoren
tegen aannemelijke prijzen.



BEL OF MAIL ONS!



Dental Equipment Per Direct

Tel. +31 (0)455248235 - info@depd.eu

www.depd.eu

Even voorstellen...

Aangenaam! Hierbij ontvangt u de eerste editie van een volledig vernieuwd *Dental Tribune Vlaanderen*. Vanaf heden verschijnt deze uitgave onder de vleugels van Albion Press, onderdeel van een grote medisch-tandheelkundige uitgeverij voor Nederland en Vlaanderen.

Onze onafhankelijke redactie zal u elke twee maanden bijpraten over tandzorg in de breedste zin van het woord. Met nieuws, interviews en reportages over politiek, wetenschap en de klinische praktijk. Eventuele gesponsorde

inhoud vindt u duidelijk gemarkeerd binnen de rubriek 'Industrie' achter in deze krant. Daarnaast wijzen wij u graag op onze website www.dental-tribune.be en onze tweewekelijkse nieuwsbrief met het laatste nieuws, waarvoor u zich

via onze website kunt aanmelden. Wij stellen *Dental Tribune* samen voor u als lezer. Daarom zijn wij erg benieuwd naar uw feedback. Mail ons gerust op redactie@dental-tribune.nl, ook als u in enige vorm een bijdrage wilt leveren aan onze publicaties.

Veel leesplezier gewenst!
Redactie Dental Tribune Vlaanderen

Passie voor uw praktijk

Utrecht Dental is gespecialiseerd in turn-key totaalinrichting, installatie van dentale apparatuur en biedt een ruim assortiment A-Merken. Wij staan klaar om u te helpen met financiering, praktijkontwerp, bouwbegeleiding, installatie en instructie aan u en uw medewerkers. Gratis. Ook onze Benelux servicedienst staat altijd voor u klaar en is binnen 4 tot 8 uur ter plekke.

Daarnaast beschikken onze 20 service technici over veel technische kennis van röntgen, sterilisatie en behandel eenheden van Eurodent, Mikrona, Airl Quetin, Swident en nog vele andere mooie merken. Wij doen u graag een passend onderhoudsvoorstel. Zo zorgen we samen voor optimale bedrijfscontinuïteit en willen wij u waar mogelijk ontzorgen. Graag tot ziens!

➤ **Bel ons voor een onderhoudsvoorstel!**

EURODENT
60
Anniversary

swident
WE SUPPORT YOUR PROFESSION

MIKRONA
Swiss Dental Technology

Complete tandartspraktijk inclusief 5 jaar garantie op behandel eenheid

Prijsvoorbeeld

Eurodent Isoplus	€ 14.950,-
Operatielamp Faro Maia	€ 1.495,-
Cattani compressor	€ 1.995,-
Cattani afzuigmotor	€ 1.495,-
Acteon DC röntgensysteem	€ 2.495,-
Faro autoclaaf	€ 3.695,-
UDENT kastenset	€ 2.815,-
Financiering en leasing	€ 0,-
Praktijktekening 2D	€ 0,-
Projectmanagement	€ 0,-
Turn-key installatie	€ 0,-
Training en instructie	€ 0,-

Totaal

€ 28.940,-

€ 537,50 per maand (60 maanden)
€ 26,88 per werkdag (60 maanden)

**DE EERSTE 6
MAANDEN GEEN
LEASEKOSTEN!**

P.s. bezoek ook de Utrecht Dental Outlet Shop via www.utrechtdental.be voor gebruikte, demo- en showroommodellen.

Eurodent Isoplus

Eigentijds tijdloos design met 5 jaar fabrieksgarantie door bewezen productkwaliteit. Ook als plafondunit, split unit of als cart met hangende slangen verkrijgbaar.



NU COMPLEET VANAF **€ 14.950,-**

Eurodent Absolute

Gracieus design en solide ontwerp. Uw ideale verlengstuk: intuïtieve bediening en informatief display. Geïntegreerde waterhygiëne oplossing.



NU COMPLEET VANAF **€ 18.750,-**

Airl K2 One

Fraai en compact design met maximale beenvrijheid. Een eenvoudige in- en uitstap en ingebouwd hygiënesysteem.



NU COMPLEET VANAF **€ 13.950,-**

Acteon X-Mind Prime 2D en 3D

X-Mind Prime is de nieuwste innovatie van ACTEON. Het combineert moderne technologie met gebruiksgemak in een compact ontwerp.



2D röntgensysteem

NU VANAF **€ 15.900,-**

3D röntgensysteem

NU VOOR **€ 39.900,-**

EURODENT

MIKRONA

swident

de dental ergonomics

Ritter

Airl Quetin

Miele

MELAG

3M

EMS

ACTEON

W&H

Bien Air

DÜRR

DENTAL

dentalart



Siggy De Maere
Accountmanager België (NL)
T 0489 531 740
E siggy@utrechtdental.be



Tom Deleuze
Accountmanager België (NL)
T 0467 008 200
E tom@utrechtdental.be

**Bel ons voor meer
informatie of referenties!**

Nieuwe Vlaamse regering wil eigen quota voor studenten tandheelkunde

BRUSSEL De nieuwe Vlaamse regering wil zelf beslissen hoeveel studenten mogen beginnen aan de opleidingen tandheelkunde en geneeskunde, maar de toelatingsexamens voor de richtingen blijven wel bestaan. Dat staat in het Vlaams regeerakkoord en werd bevestigd door de nieuwe minister van Onderwijs Ben Weyts (N-VA). Nu bepalen federale quota hoeveel leerlingen na de examens tot de richtingen worden toegelaten.

In 2019 mochten enkel de 147 studenten die het best scoorden op het toelatingsexamen in Vlaanderen beginnen aan een studie tandheel-

kunde, in lijn met de federale quota. Die bepalen hoeveel tandartsen er elk jaar mogen bijkomen in Vlaanderen en Franstalig België.

Maar volgens minister van Onderwijs Ben Weyts leeft alleen de Vlaamse Gemeenschap deze quota strikt na, terwijl de Franstalige Gemeenschap ze elk jaar overschrijdt. De quota zorgen al lang voor communautaire discussie. In 2017 voerde de Franstalige Gemeenschap in navolging van Vlaanderen een toelatingsexamen in, maar nog altijd worden meer studenten tot de opleiding toegelaten dan afgesproken. Vlaanderen zal nu zelf een planingscommissie oprichten om na te gaan hoeveel studenten na het examen mogen beginnen aan de opleiding. Dat aantal zal normaal gezien hoger liggen dan nu het geval is. Weyts wil de maatregel zo snel mogelijk doorvoeren, maar het is nog niet duidelijk of dat volgend academiejaar al kan. Federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block benadrukte dat de toekenning van de RIVIZ-nummers aan tandartsen een federale bevoegdheid is. De kwestie zal dus deel uitmaken van de federale onderhandelingen. (bron: De Tijd, Belga, VRT NWS) ■

Quiz

1. Pijn bij parodontale overbelasting wordt vaak veroorzaakt door een te hoge restauratie die recent vervaardigd is.

a. Juist

b. Fout

2. Persistierende dentoalveolaire pijn (pdap) is een continue neuropathische pijn, waarbij sprake is van pijn in een duidelijk omschreven deel van het dentoalveolaire gebied.

a. Juist

b. Fout

De antwoorden vindt u op pagina 14.

Kankerpatiënten moeten niet meer betalen voor tandzorg

BRUSSEL Kanker- en anodontiepatiënten moeten in de toekomst niet meer betalen voor restauratieve tandzorg. Dat heeft minister van Volksgezondheid Maggie De Block beslist. Ook een voorschot betalen behoort tot het verleden.

Minister De Block (Open VLD) heeft beslist dat kanker- en anodontiepatiënten dure tandzorg niet meer uit eigen zak moeten voorschieten. De overheid zal het bedrag rechtstreeks aan de tandarts betalen via de derdebetalersregeling. Bovendien zullen alle tandartsen de RIZIV-tarieven voor deze behandelingen moeten respecteren. Patiënten kunnen dus geen ereloonsupplementen meer aangerekend krijgen. Eerder besloot de minister al om dure tandzorg voor kanker- en anodontiepatiënten volledig terug te betalen. “Kwetsbare patiënten moeten we extra beschermen tegen hoogoplopende kosten voor gezondheidszorg, en dat is exact wat we doen met deze maatregel,” schrijft De Block op haar website. In totaal komen ruim 200 patiënten per jaar in aanmerking voor de volledige terugbetaling, waar De Block

jaarlijks drie miljoen euro voor uittrekt. Naast anodontiepatiënten gaat het onder andere over patiënten met een hoofd- of halstumor van wie de onder- of bovenkaak zwaar beschadigd is geraakt bij een operatieve verwijdering van de tumor of na bestralingen ter hoogte van de mond. Ook kankerpatiënten van wie het afweersysteem negatief reageert op stamceltherapie, met tandverlies tot gevolg, komen in aanmerking. Het Vlaams Patiëntenplatform reageert tevreden op de maatregel, maar pleit ervoor de volledige terugbetaling uit te breiden naar alle mensen met een chronische aandoening. De organisatie wijst erop dat veel mensen met een chronische ziekte kampen met tandproblemen, bijvoorbeeld patiënten met diabetes, epilepsie of een bindweefselaandoening. (bron: De Standaard) ■

Feiten & cijfers

33%

van de Vlaamse 70-plussers gaat niet naar de tandarts.

Een jaarlijks tandartsbezoek is een van de sleutelfactoren voor een gezonde mond. Maar hoe regelmatig gaan ouderen nog naar de tandarts? En hoe groot is het verschil tussen thuiswonende ouderen en ouderen in een woonzorgcentrum? De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten het tandartsbezoek van 213.000 70-plussers tussen 2015 en 2017. Uit de resultaten blijkt dat bijna de helft van de 70-plussers tussen 2015 en 2017 regelmatig naar de tandarts ging. Tegelijk bezocht een op de drie tijdens die-

zelfde periode helemaal geen tandarts. Opmerkelijk is dat ouderen die nog zelfstandig thuis wonen zonder thuiszorg vaker naar de tandarts gaan (7 op 10) dan ouderen in woonzorgcentra of met thuiszorg (4 à 5 op 10). Vooral de preventieve tandzorg baart zorgen. Amper een op de tien ouderen in een woonzorgcentrum en minder dan twee op de tien thuiswonende ouderen met thuiszorg kregen tussen 2015 en 2017 preventieve verzorging. (bron: Vlaamse Ouderenraad)

Aantal jaren met minstens één contact met de tandarts, volgens leeftijdsgroep en per woonsituatie

Leeftijdsgroep	Woonsituatie	geen enkel jaar	1 jaar	2 of meer jaren
70 - 79 jaar	RVT	59,5	23,5	17,0
	ROB	56,3	22,2	21,5
	thuiszorg	45,6	20,3	34,1
	thuis zonder zorg	27,3	16,3	56,4
	alle woonsituaties	28,3	16,5	55,2
80 - 89 jaar	RVT	60,2	23,0	16,8
	ROB	52,9	22,7	24,4
	thuiszorg	50,2	20,4	29,4
	thuis zonder zorg	35,8	18,2	46,0
	alle woonsituaties	39,2	18,8	42,0
90+ jaar	RVT	66,3	21,5	12,2
	ROB	58,8	21,9	19,3
	thuiszorg	58,4	19,9	21,7
	thuis zonder zorg	48,4	18,7	32,9
	alle woonsituaties	55,6	20,0	24,4
Alle ouderen (70+ jaar)	RVT	59,5	22,4	14,9
	ROB	56,3	22,3	22,0
	thuiszorg	45,6	20,3	28,9
	thuis zonder zorg	27,3	17,1	51,8
	alle woonsituaties	28,3	17,6	47,9

(bron: Onafhankelijke Ziekenfondsen)

ADVERTENTIE

De Zilveren Golf

De in omvang toenemende oudere generatie zal de komende jaren een golf aan dentale problemen met zich meebrengen.

Barbara Janssens en Wim Klüter nemen u mee, tijdens een duo-presentatie, in de wereld van de geriatrische tandheelkunde. Aan het einde van dit event beschikt u over de volgende kennis:

Etiologie en behandeling van de meest voorkomende verouderingsprocessen, somatische aandoeningen en cognitieve stoornissen bij ouderen

Het herkennen van de orale manifestaties daarvan

De medisch-tandheelkundige interacties bij de behandelingen:

bij veroudering

ziekten en aandoeningen

effect van medicatie

Best-practice preventieve en curatieve behandelstrategieën voor de meest voorkomende aandoeningen waarbij invulling wordt gegeven aan eenvoud, voorspelbaarheid en levensloopbestendigheid

Casuïstiek: Preventieve en restauratieve maatregelen rekening houdend met de invloed van dementie, zorgafhankelijkheid, polyfarmacie en xerogene medicatie op het ontstaan of verergeren van orale problemen.

‘De Zilveren Golf’

Aandacht voor ouderen

7 februari 2020

Utrecht - Van der Valk Hotel

13 februari 2020

Antwerpen - Salons van Edel

De Zilveren Golf vindt plaats op 7 februari in Utrecht en op 13 februari in Antwerpen, steeds van 13u30 tot 18u.

Kostprijs is € 179,- excl. BTW, inclusief hapjes en drankjes.

Voor meer informatie en inschrijven kan u contact opnemen via education.benelux@gc.dental of 016 74 16 60.

Schrijf je in vóór 1/12/2019 en krijg het boek van Wim Klüter ‘Inventarisatie (mond)gezondheidsproblemen van ouderen’ cadeau (twv € 39,95) of je inschrijvingsgeld aan € 150,- excl BTW ipv € 179,- excl. BTW

Georganiseerd door GC Europe - Benelux Sales Department • Interleuvenlaan 33 • 3001 Leuven • België • info.benelux@gc.dental • +32 16 74 18 60 • www.benelux.gceurope.com

VBT-voorzitter kritisch over stand van de tandzorg

“Citroen is binnen onze sector te lang uitgeperst”

TEKST: ANDY FURNIERE

De tandzorg in Vlaanderen staat voor zware uitdagingen: lange wachtlijsten bij tandartsen in bepaalde regio's, onvrede over honoraria, dure aanvullende verzekeringen, de populariteit van tandtoerisme, enz. Het nieuwe beroep van mondhygiënisten is een positieve evolutie, maar daar ontbreekt dan weer een financieel kader. Dental Tribune sprak in zijn praktijk in Evergem met Frank Herrebout, voorzitter van de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT), over de huidige situatie en wat er nodig moet veranderen. En dat is heel wat. “We werken al veel te lang binnen een te krap budget.”

Een groeiend aantal tandartsen is niet-geconventioneerd, in Vlaanderen zowat 45%. Hoe verklaart u dat?

Die officiële cijfers zijn waarschijnlijk zelfs nog een onderschatting, ik denk dat het over 55% gaat. En ik begrijp dat heel goed. De modernisering van de tandzorg heeft in de laatste decennia voor heel wat extra kosten gezorgd voor tandartsen. Denk aan duurdere technieken en materialen, hogere personeelskosten en nieuwe digitale methodes. Patiënten vragen ook zelf naar specifieke ingrepen. Het overheidsbudget voor terugbetalingen vanuit de ziekteverzekering is sinds de jaren negentig niet mee geëvolueerd, waardoor tandartsen voelen dat ze niet meer billijk vergoed worden voor hun prestaties en kosten. Ik besef dat de perceptie leeft dat tandartsen steeds meer gewoon vragen wat ze willen, maar dat klopt niet.

Een bijkomend probleem lijkt het gebrek aan transparantie te zijn. Weten veel patiënten niet precies waarvoor ze betalen als ze de rekening gepresenteerd krijgen?

Er zullen zeker collega's zijn die op voorhand onvoldoende duidelijk zijn over de kosten van bijvoorbeeld implantaten of kronen, maar dat is een kleine minderheid die de meerderheid in een slecht daglicht stelt. De meeste tandartsen informeren hun patiënten over welke rekening ze mogen verwachten en wat ze daarvoor krijgen. Als ze dat niet willen doen, zelfs als de patiënt het vraagt, is dat onaanvaardbaar. Je aanvaardt ook niet dat je garagist weigert een prijsraming te geven voor het onderhoud van je wagen. Nu is het wel zo dat je niet altijd precies weet welke bijkomende problemen je kan tegenkomen als je begint met een ingreep, en dat extra kosten gerelateerd aan bijvoorbeeld microscooponderzoek ook niet altijd volledig in te schatten zijn. Maar ik denk dat de ergernis bij patiënten vooral voortkomt uit de vaststelling dat minder dan de helft van de tandartskosten wordt terugbetaald, veel minder dan na een bezoek aan de huisarts. Die ergernis is terecht. De overheid moet dringend een inhaalbeweging uitvoeren en meer budget vrijmaken.

De Socialistische Mutualiteiten vroegen de regering eerder dit jaar het budget voor tandzorg met 500 miljoen te verhogen, de helft van het

huidige budget. Sluit u zich daarbij aan?

Wij pleiten in de eerste plaats voor het uitvoeren van een algemene kostprijsanalyse, om objectief te bepalen wat op dit moment de kost is van bijvoorbeeld het plaatsen van een vulling. Eens we die cijfers hebben, kan de budgettering eraan aangepast worden. Onze voorstellen daarover zijn tot nu toe geweigerd door de regering, omdat zo'n onderzoek het onomstotelijke bewijs zou leveren dat er een fikse financiële inspanning gedaan moet worden. Waarschijnlijk zou de noodzakelijke verhoging in de richting van de 500 miljoen gaan, inderdaad.

Minister van Volksgezondheid De Block wuifde dat bedrag weg als onrealistisch. Zij wees erop dat tandartsen maar eens moesten bekijken hoe het huidige budget efficiënter ingezet kan worden.

Het is niet meer mogelijk om te schuiven binnen dat budget. De waarheid is dat de citroen al te lang uitgeperst is wat onze sector betreft. Wij werken al veel te lang braafjes binnen een te krap budget terwijl er steeds meer geld gaat naar de farmaceutische industrie (*het geneesmiddelenbudget, red.*). Het is tijd dat er meer wordt geïnvesteerd in de toegankelijkheid van de basiszorg geleverd door huisartsen en tandartsen, in plaats van altijd andere putjes te dempen met het beschikbare geld.

De modernisering van de tandzorg heeft voor veel extra kosten gezorgd

Ondertussen zien steeds meer mensen zich genooddaakt een dure aanvullende verzekering aan te schaffen om tandingrepen betaalbaar te houden. Wat vindt u van die trend?

Dat is een spijtige evolutie, want die verzekeringen zijn enkel voorbehouden aan degene die ze kunnen betalen, waardoor je een tandzorg met twee snelheden krijgt. Het zorgt er ook voor dat de overheid de nood aan bijkomende investeringen minder sterk voelt, zodat



Frank Herrebout, voorzitter van de VBT.

het politiek debat erover minder leeft. Bovendien komt er zo steeds meer beslissingsrecht bij privéverzekeraars te liggen. Die vragen de patiënt eerst een overzicht van de staat van hun gebit en passen hun premies aan naargelang het risico op ingrepen in de nabije toekomst.

Daarnaast zoeken patiënten ook hun heil in het buitenland, bijvoorbeeld Hongarije, waar een tandartsbezoek stukken goedkoper is.

Het probleem met tandtoerisme is dat je nooit precies weet waar je terecht komt en wat je zal krijgen. Wat doe je als er iets misgaat? Veel van die kliniekjes die zich op buitenlanders richten, wisselen nogal vaak van locatie, dus dan vind je de verantwoordelijken misschien achteraf niet eens meer terug. Vaak moeten Belgische tandartsen de problemen oplossen die door deze buitenlandse behandelingen zijn ontstaan. Wij adviseren sterk om in de buurt te blijven, waar je in je eigen taal kan geholpen worden en waar alles moet verlopen conform de Belgische wetgeving.

Iets anders dan. Er is al heel lang sprake van een tandartsentekort, met lange wachtlijsten als gevolg. Klopt die perceptie?

Niet helemaal, het is een veralgemening. Er zijn in België zo'n 6,5 tandartsen per 10.000 inwoners, waarmee we in de Europese middenmoot zitten en bijvoorbeeld beter doen dan Nederland. Het aantal tandartsen groeide ook met 4,9% tussen 2007 en 2016. Maar er is wel een probleem met de spreiding. In

steden zoals Gent en Antwerpen zal je waarschijnlijk binnen een paar dagen een afspraak kunnen regelen, maar in landelijke gebieden in bijvoorbeeld de Noorderkempen en Limburg zal je meer geduld moeten oefenen. Misschien moeten we eens nadenken over een systeem met premies, om tandartsen te stimuleren aan de slag te gaan in gebieden met een tekort.

We vragen de regering in ieder geval om zo snel mogelijk werk te maken van een kadaster, dat een duidelijk overzicht maakt van de activiteit van tandartsen in heel Vlaanderen. Dat moet helder in kaart brengen hoeveel tandartsen waar werken, met aandacht voor wat hun activiteiten specifiek inhouden, want sommige tandartsen werken bijvoorbeeld deeltijds in verschillende praktijken. Zo'n instrument is op relatief korte termijn nodig, om het beleid op af te kunnen stemmen.

Moeten de quota voor Vlaamse tandartsstudenten niet versoepeld worden? Bijna een kwart van de Belgische tandartsen is ouder dan 60, dus er komt een grotere uitstroom aan.

Een sterke versoepeling is niet nodig, denk ik. We volgen de situatie op met de planningscommissie en er zijn voorlopig geen grote veranderingen nodig om een voldoende instroom te garanderen. Maar opnieuw, met een kadaster zouden we alle aspecten beter kunnen inschatten.

Wordt de instroom vanuit Franstalig België goed

geregeld nu er daar ook een toelatingsproef en quota zijn?

Tussen 2007 en 2016 is het aantal tandartsen in Franstalig België met 11,2% gestegen, een groei die meer dan dubbel zo groot was dan in Vlaanderen. Daardoor zijn de verhoudingen tussen de gemeenschappen scheefgetrokken, maar die situatie wordt nu rechtgezet. Het zal natuurlijk wel nog een paar jaar vergen vooraleer er een goed evenwicht is.

Tandartsen uit het buitenland kunnen anderzijds nog altijd behoorlijk gemakkelijk instromen in Vlaanderen.

Dat is inderdaad een rare situatie. Je remt langs de ene kant af maar laat aan de andere kant de deur open. Volgens de Europese regelgeving kunnen tandartsen uit andere EU-landen hier komen werken als hun diploma evenwaardig is aan het onze. Terwijl er in vele landen geen toelatingsproeven en quota zijn om de kwaliteit van het tandartsberoep te optimaliseren. Wij krijgen soms klachten over enkele tandartsen die geen van de landstalen en zelfs het Engels niet machtig zijn. Een taaltest zou daar verandering in kunnen brengen. Sommige buitenlandse tandartsen zijn ook onvoldoende op de hoogte van de Belgische wetgeving. Wij organiseren als VBT bijscholingen, maar die zijn natuurlijk niet verplicht. Er is wel verandering op komst. Tandartsen afgestudeerd aan een buitenlandse universiteit zullen binnenkort ook onderworpen worden aan quota en zullen niet langer

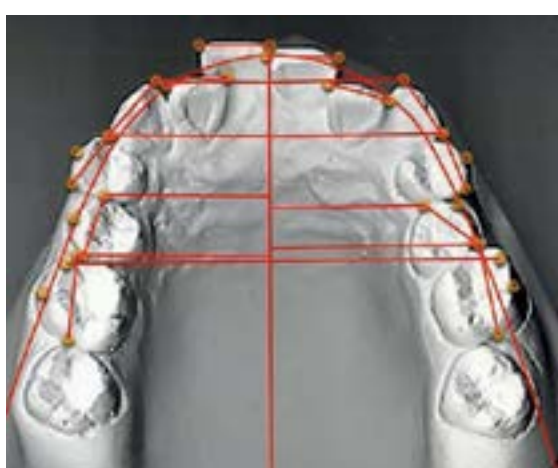
Lees verder op pagina 6 ►

PROGRESSIVE
ORTHODONTIC SEMINARS



WE DENTISTS **CAN** DO GREAT ORTHODONTICS

Thousands of dentists prove we all can



A generation ago, dentists were often pressured to limit their care and heard, "Orthodontics is too difficult for you".

Donald McGann, DDS, felt that our profession could (and should) do better. He thought that all dentists should be able to get the knowledge they desired to best help their patients. 40 years later, he's reinvented what dentists worldwide can do. By sharing everything he learned with no shortcuts, he's helped thousands of dentists provide high-level orthodontic care.

Last year these dentists gave 31,000 patients straighter, healthier smiles. These doctors have proven that dentists can do great orthodontics.

FREE INTRO CLASS!

Amsterdam

March 14th

JOIN OUR NEW SERIES IN 2020:

Amsterdam

April 3-6th

**RSVP
TODAY!**



posholland@posortho.net
www.smilestream.com/pos-ortho
0800 022 3359 (NL)
0800 767 220 (BE)
+31 (0) 6-829 85 149

NOW ALSO
CLEAR
ALIGNERS

4 Additional Modules

LEARN TO HELP YOUR PATIENTS WITH ORTHODONTIC CARE

- **Comprehensive 2-Year Orthodontic Program**
- **2 formats offered: Live Series | Internet Assisted Training**
- **Over 7,000 graduates from 40 worldwide locations**
- **Full support for the rest of your career**
- **Lifetime Free Retake Policy**

Progressive's full orthodontic system will provide you all the tools you need to offer quality orthodontics in your practice. With the most comprehensive training in the industry and step-by-step treatment planning, you can always feel confident your cases will finish with the results your patients deserve. Designed with lifetime support and a Lifetime Free Retake Policy, we will help you succeed throughout your orthodontic career.



Up to 276 KRT points

► Vervolg van pagina 4

automatisch en onbeperkt toegang krijgen om het beroep in België uit te oefenen.

Eerder dit jaar studeerde de eerste lichting mondhygiënisten af. Bent u blij met dit nieuwe beroep?

Zeker, het is een mooie aanvulling op ons aanbod van tandzorg. Het past ook goed in de evolutie van het beroep van tandarts: van een solist naar een soort zorgmanager die aan het hoofd staat van een team. Mondhygiënisten kunnen het preventieve luik overnemen door onder andere het geven van voedingsadvies, het informeren over de schadelijke effecten van roken en het geven van poetstips. Op die manier heeft de tandarts meer tijd voor de meer technische en curatieve behandelingen.

Ons vrije beroep moet vrij blijven

Het financiële kader rond het beroep ligt nog niet vast. Wat betekent dit voor de groep inmiddels afgestudeerde mondhygiënisten?

Dat is inderdaad een moeilijke situatie, het beleid heeft te weinig op voorhand over de budgettering voor terugbetalingen van prestaties nagedacht. Er wordt volgend jaar een studie opgestart, maar het uitwerken van het kader zal wel nog de nodige tijd vergen. Zeker in Franstalig België had men geen haast, aangezien de studies voor dit beroep daar dit jaar pas van start gaan, en misschien heeft dat de zaken op het federale niveau vertraagd. De Vlaamse hogescholen moeten ook wel in eigen boezem kijken. Ze hebben enthousiast die richting opgestart met gebruik van de nodige subsidies, zonder zich voldoende af te vragen in hoeverre de arbeidsmarkt er klaar voor was.

Nu, het is wel zo dat alle afgestudeerde mondhygiënisten werk hebben gevonden. Ze hebben een regeling getroffen met een tandarts of zijn als loontrekkende aan de slag in bijvoorbeeld wooncentra voor bejaarden. In wooncentra kunnen ze een zeer belangrijke rol vervullen, want daar zijn de noden bijzonder groot.

Een van de strijdpunten van de VBT is het tegengaan van de ‘ver-McDonaldisering’ van de tandheelkundige zorg. Wat bedoelt u daar precies mee?

Bij bepaalde praktijken is vooral aandacht voor het aantal prestaties en minder voor de kwaliteit van de zorg, omdat men gefocust is op de winsten die geboekt worden. Ik heb het dan in het bijzonder over sommige grote groepspraktijken die deel zijn van commerciële ketens en waar er misschien geen tandarts aan het hoofd staat, maar een management dat op de cijfers focust om de investeerders tevreden te houden. Wij hebben al klachten gekregen over praktijken waar een tandarts niet vrij is om zijn materiaal of technieken te kiezen,

maar moet doen en gebruiken wat de keten voorschrijft omdat dat kostenefficiënter is. Wij zijn daar tegen. Een tandarts moet vrij zijn om te kunnen doen wat hij het beste acht voor de patiënt. Het vrije beroep moet vrij blijven. Het is misschien tijd dat er werk wordt gemaakt van een Orde der tandartsen naar het voorbeeld van de Orde der artsen, die een duidelijk regulerend kader kan scheppen, want onze sector is wat deze materie betreft nu te vogelvrij.

De VBT wil ook inzetten op de ‘responsabilisering’ van patiënten. Moet de patiënt meer verantwoordelijkheid dragen?

We merken toch wel een achteruitgang in de mentaliteit van mensen. Als we bijvoorbeeld ouders aanspreken op de schadelijke effecten van frisdrank, krijgen we dikwijls nul op het rekest. De redenering is dan vaak: vul jij nu maar het gaatje, dan krijgen wij de terugbetaling en daarmee is de kous af. Met het gevolg dat het dramatisch gesteld is met het gebit van veel kinderen, en er is niets dat het hart van een tandarts meer doet bloeden dan dat. Er is ook nog te weinig besef over het belang van de mondgezondheid voor de algemene gezondheid van het lichaam. We worden door de ziekenfondsen jammer genoeg niet altijd bijgetreden in ons standpunt omtrent responsabilisering van de patiënten, terwijl ze altijd benadrukken dat de gezondheid van hun leden hun hoogste goed is.

Wat stelt u concreet voor om daar verandering in te brengen?

Het VBT stelt de opmaak voor van een Digitaal Mondzorg Paspoort. Daarin verzamel je alle informatie om de evolutie van het gebit van een patiënt op te volgen doorheen de tijd, door middel van onder andere röntgenfoto's. Dan kan iedere tandarts meteen zien in hoeverre een patiënt zorgt draagt voor zijn gebit en verantwoordelijk is voor problemen.

Wilt u daar dan financiële straffen aan koppelen? Zou de financieel zwakkere groep in onze samenleving daar de dupe van kunnen zijn?

Wij zien het eerder positief, niet met straffen maar met financiële beloningen om mensen te motiveren. Iemand die zijn gebit goed verzorgt, zou dan in aanmerking kunnen komen voor een licht verhoogde terugbetaling. De zwakkere groep heeft op dit moment al een beschermd statuut met verschillende vangnetten en als je dat behoudt, zal zij daar geen hinder van ondervinden.

Zijn er al stappen genomen in de ontwikkeling van zo'n Digitaal Mondzorg Paspoort?

Nee, dat heeft nog tijd nodig. Dat was ook het geval bij het mondzorgtraject, waarbij mensen worden bestraft als ze niet regelmatig naar de tandarts gaan, maar we zien er nu de laatste jaren de gunstige invloed van. De VBT heeft trouwens altijd gepleit voor een mondzorgtraject met positieve aanmoedigingen, maar het beleid is ons daar niet in gevolgd. Hopelijk pikt de nieuwe regering het thema van het Digitaal Mondzorg Paspoort snel op, want het is een logisch vervolg. ■

Tijdvreters in uw praktijk

En hoe u ze kan aanpakken door 'lean' te leren denken

TEKST: ALEXANDER TOLMEIJER, TANDARTS EN MEDEOPRICHTER DENTIVA

In de tandartspraktijk wordt hard gewerkt. De dagelijkse stroom van patiënten, telefoontjes en spoedgevallen vraagt veel energie. Langzaamaan kunnen er dan onhandige systemen of werkwijzen insluipen die veel onnodige tijd kosten. Een tandarts geeft zijn vakanties bijvoorbeeld te laat door en veroorzaakt zo veel werk en stress aan de receptie. Een assistent die een reeks afspraken niet goed in de agenda zet, draagt bij aan veel stress in de behandelkamer, bij de patiënt en de receptie. Zelf heb je niet altijd door hoeveel tijd die dingen eigenlijk kosten, of je hebt niet de energie en tools om het op een andere manier te doen. Wat zijn de verborgen factoren die zoveel onnodige tijd kosten in het tandartskabinet en wat kun je eraan doen?

Lean is een management-denkwijze met verschillende principes en beproefde methodes om te zorgen dat je alles wat je doet zo slim mogelijk aanpakt. Het besteedt veel aandacht aan de workflow en tools om foutloos te kunnen werken. Lean toepassen op de tandartspraktijk, betekent eenvoudigweg kijken naar wat van waarde is voor de patiënt en hoe je dat zo efficiënt en eenvoudig mogelijk voor elkaar kan krijgen. Om verbeterpunten inzichtelijk te maken, bekijk je met de lean-denkwijze eerst waar tijd verspild wordt. Er worden zeven verspillingsoorten gedefinieerd: fouten, overproductie, wachten, talenten niet gebruiken, transport, voorraad, beweging en te veel bewerken. Voor de tandheelkunde zijn 'beweging', 'voorraad' en 'fouten maken' meestal de belangrijkste verspillingsfactoren.

Breng in kaart waar in uw praktijk tijd verspild wordt

De verborgen fabriek

De fouten die in de praktijk worden gemaakt, vormen vaak een 'verborgen fabriek'. Er gaat daarbij veel tijd verloren aan het herstellen van eigen fouten of die van anderen. Vaak wordt dit werk gedaan door receptionisten en administratief

medewerkers. Een praktijkvoorbeeld: in één tandartspraktijk bleek in totaal 23 dagen per jaar te worden besteed aan het verplaatsen van afspraken van patiënten, omdat de tandarts niet aanwezig kon zijn. Patiënten verplaatsen, zeker op korte termijn, is werk dat de receptionist irriteert. Bovendien lokt het verplaatsgedrag van de patiënt uit. Het principe 'als jij een keer afbelt, dan mag ik dat ook', zit stevig verankerd in ons brein. Waarom noemen we dit een 'verborgen fabriek'? Deze taken kunnen in stilte enorme energie- en tijdvreters zijn, omdat we het werk normaal gaan vinden. 'Het hoort erbij.' Vaak wordt het niet bijgehouden en is er geen besef dat het zoveel tijd of geld kost. Het zichtbaar en voelbaar maken van de taken kan aanzienlijk helpen. Een eenvoudig turflijstje waarop de receptie bijhoudt welke tandarts niet kan komen, wat de reden daarvan is en hoeveel patiënten zij daarvoor moeten verplaatsen, kost niet zoveel tijd. Het geeft wel heel veel inzicht. Doe dit ook met afspraken die afgezegd worden door patiënten. Na drie maanden monitoren kan je redelijk betrouwbaar zien hoe vaak dit voorkomt, hoe ver van tevoren en om welke reden. In het eerder genoemde voorbeeld, waarbij medewerkers veel tijd kwijt waren aan het verplaatsen van afspraken, werden wijzigingen voor afspraken van drie maanden en verder vooruit niet meegeteld in het lijstje. Verassend genoeg bleek dat de hoofd-



Alexander Tolmeijer

reden voor het verplaatsen van patiënten het nemen van vakantie door de tandarts was. Het is een vrij beroep. Toch moet je je in teamverband als tandarts op zijn minst realiseren hoeveel werk je genereert door je vakantie laat door te geven. Een ander voorbeeld, waarvan de oplossing wat hardnekkiger kan zijn, is het opnieuw indienen van nota's. Dentiva, dat onder andere praktijkmanagementtrainingen verzorgt, ziet dat het aantal retrocessies – de gevallen waarin een oninbare vordering wordt teruggegeven – in praktijken enorm verschilt. Dit heeft onder meer te maken met de relatie van de patiënt met de praktijk, de grootte van de praktijk en de locatie. In veel gevallen blijkt de oorzaak van retrocessies echter te liggen bij onjuiste codes. Het kost veel tijd en moeite om dit te corrigeren. Per retrocessie kun je zomaar een kwartier bezig zijn.

Dieper onderzoek

Mensen hebben van nature moeite om goed in te schatten wat veel of weinig tijd kost. Soms maken we ons grote zorgen over dingen die weinig of niet voorkomen en weinig impact hebben. Daarentegen worden we door de alledaagse

Lees verder op pagina 7 ►

NIEUW PANAVIA™ SA CEMENT Universal: zelfhechtend composietcement

Cementeren in één stap aan alle materialen

- zelfs glaskeramiek - met de technologie van Kuraray.

Kuraray Noritake Dental, dé innovator op het gebied van adhesieve en silaantechnologie, introduceert een doorbraak in zelfhechtend composietcement: PANAVIA™ SA CEMENT Universal.

Het unieke silaan - LCSi-monomeer - in PANAVIA™ SA CEMENT Universal zorgt voor een directe, sterke en duurzame chemische hechting aan vrijwel alle materialen: porselein, lithiumdisilicaat, composiet en zelfs glaskeramiek. Een afzonderlijke primer of voorbehandeling is niet meer nodig.



PANAVIA™ SA Cement Universal is verkrijgbaar in drie kleuren en breng je moeiteloos aan, zonder gebruik van een dispenser. Het product heeft een breed toepassingsgebied: kronen, bruggen, inlays, onlays, stiften en zelfs adhesiefbruggen. Een unieke combinatie van polymerisatietechnologieën garandeert bovendien een

probleemloze uitharding en een duurzame hechting. Het resultaat: een sterkere verbinding, met een product dat veelzijdiger en gemakkelijker in gebruik is dan ooit.

Ga voor meer informatie naar kuraraynoritake.eu/nl/panavia-sa-cement-universal. Kuraray Europe Benelux, infobenelux@kuraray.com ■

Geen verband tussen zwangerschapsdiabetes en slechte mondgezondheid

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

HELSINKI, FINLAND Sommige wetenschappers geloven dat chronische orale en tandheelkundige infecties een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling van zwangerschapsdiabetes. Onderzoekers hebben onlangs bestudeerd of een slechte mondgezondheid geassocieerd kan worden met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes bij vrouwen met een hoog risico op de aandoening. In tegenstelling tot hun hypothese ontdekten onderzoekers dat zwangerschapsdiabetes geen negatieve invloed heeft op de mondgezondheid van vrouwen.

De onderzoekers beoordeelden de mondgezondheid van 115 vrouwen met en zonder een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes. De onderzoekers voerden vijf jaar na de bevalling een volledig mondonderzoek uit en noteerden het aantal elementen, de totale tand-index en het aantal rotte, ontbrekende en gevulde elementen.

Bijna de helft van de onderzochte vrouwen (45%) had een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes. Tijdens het onderzoek bleek het merendeel van de deelnemers milde parodontitis (62%) te hebben en bloedingen na sondering (46%) te krijgen. Uit de resultaten bleek dat de zichtbare plaque-index en PIBI-scores lager waren bij vrouwen met een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes. Volgens de onderzoekers hadden alle vrouwen een goede subjectieve mondgezondheid. Vrouwen met

een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes vertoonden echter iets betere mondgezondheidsparameters in vergelijking met vrouwen zonder een voorgeschiedenis van zwangerschapsdiabetes.

“We moeten het belang van mondhygiëne benadrukken, vooral voor patiënten met een hoog risico, en hen geschikte mondzorg bieden,” stelt Hanna Poulsen, co-auteur en onderzoeker aan de Universiteit van Helsinki. “We zijn van plan om de metabolische gezondheidsstatus van deelnemers vijf jaar na de bevalling te bestuderen, evenals hun orale microbiologie en speeksel-biomarkers. In de toekomst is het ook belangrijk om te focussen op de mondhygiëne van vrouwen met een risico op zwangerschapsdiabetes voor, tijdens en na de zwangerschap,” concludeerde ze. Het onderzoek, getiteld ‘Oral health in women with a history of high gestational diabetes risk’, werd op 3 september 2019 online gepubliceerd in Dentistry Journal. ■

► Vervolg van pagina 6

drukte in het kabinet soms misleid en hebben we niet door dat we onnodig veel tijd besteden aan taken of activiteiten. Als je met de lean-methode het werk eenvoudiger wil maken, is het natuurlijk het handigst om eerst te kijken naar taken die eigenlijk niet nodig zijn. Soms is daar wat dieper onderzoek voor nodig. Als je bijvoorbeeld meer dan 30 minuten spoedtijd nodig hebt per dag, is het goed om te kijken wat de dringende afspraken inhouden. Gaat het om een patiënt die zich na een dag zorgen maakt over de napijn, te hoge restauraties of los gekomen tijdelijke kronen? Zulke afspraken kosten relatief veel tijd en kunnen vaak met een simpele controle of informatiebrief voorkomen worden.

Verbeterkansen voor de praktijk

Lean is een handige, beproefde methode om bedrijfsprocessen eenvoudiger en efficiënter te organiseren. Door gestructureerd en op verschillende manieren de processen in jouw kabinet helder te maken, kun je tijd- en energievreters uit het systeem halen. Een veel voorkomende, maar niet direct zichtbare, tijdvreter is de verborgen administratiefabriek waar de receptionist mee te maken krijgt. Die bestaat vaak uit het herstellen van fouten. ‘Voorraadbeheer’ en ‘beweging’, waarin bijvoorbeeld onnodig verplaatsingen worden gedaan of wordt gezocht naar documenten, zijn andere bekende ‘verspillingsfactoren’ in het tandartskabinet. Ook kan gekeken worden of spoedingrepen relatief veel tijd kosten. Dit kan teruggedrongen worden met het inplannen van controles en informatiebrieven. Door tijdverspillers inzichtelijk te maken kom je op een spoor van grote verbeterkansen voor het kabinet.

In het volgende nummer van Dental Tribune Vlaanderen gaan we verder in op nog meer manieren om met lean-denken de tijdvreters in uw praktijk de baas te worden.

Meer weten over lean-trainingen voor uw praktijk? Neem contact op met Dentiva voor de mogelijkheden. ■

Moeiteloos presteren

Optimaal cementeren van zirkonium

Vraag een vrijblijvend **consult** aan en wees verzekerd van een testkit!

www.ivoclarvivadent.com/zc2020

Ideaal op elkaar afgestemde producten, die u in staat stellen om kwalitatief hoogwaardige en esthetische zirkoniumoxide restauraties met enorme efficiëntie te cementeren.

www.ivoclarvivadent.com

Manufacturer, Sales & Distribution:

Ivoclar Vivadent AG

Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein | Tel. +423 235 35 35 | Fax +423 235 33 60

www.ivoclarvivadent.nl

Representative Office Benelux:

Ivoclar Vivadent B.V.

De Fruittuinen 32 | 2132 NZ Hoofddorp | The Netherlands | Tel. +31 23 529 37 91 | Fax +31 23 555 45 04

ivoclar vivadent
passion vision innovation

Tandarts-parodontologen Fridus van der Weijden en Leo Kroon over parodontale diagnostiek

“Het nieuwe screenen is makkelijker in gebruik”

TEKST: ANNE DOELEMAN

Het is zaterdagmiddag, de zon schijnt en Leo Kroon en Fridus van der Weijden hebben net een dag lang hun cursus De Rode Draad gepresenteerd. Het belemmert hen niet *Dental Tribune* te woord te staan. Aanleiding voor het gesprek? Het nieuwe AccreDidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen - waar ze beiden aan schreven - en de nieuwe richtlijn 'Parodontologie in de algemene praktijk' voor de Lage Landen. Van der Weijden was voorzitter van de commissie achter deze richtlijn; daarnaast was onder meer Danielle Van Strydonck (tandarts-parodontoloog te Brasschaat) onderdeel van deze commissie. “Ik zou graag willen dat er minder negatief over het maken van röntgenfoto's wordt gesproken.”

Is het nodig, zo'n AccreDidact-programma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen?

Kroon: Ik had het er net nog over met een van de cursisten van De Rode Draad. Het ophalen, structureren en updaten van al aanwezige kennis vinden velen van hen waardevol en leerzaam. Degenen die wat langer geleden zijn afgestudeerd, kunnen zo'n cursus en het AccreDidact-programma bovendien als opfriscursus van de parodontologie zien. Zij hebben vaak ook nog niet alle aspecten van de parodontologie in hun opleiding mee gekregen. **Van der Weijden:** Eigenlijk is het teleurstellend dat dit AccreDidact-programma nodig is en dat er nog zo'n vraag is naar de cursus De Rode Draad. Dat geeft aan dat we met het reguliere onderwijs onvoldoende in staat zijn om onze boodschap en liefde voor de parodontologie over te brengen. Leo geeft de cursus al sinds 1984,

eerst samen met Hans Rodenburg. Toen Hans overleed in 1992, heb ik zijn plaats overgenomen. De basis van het AccreDidactprogramma is de handleiding van de cursus, die Hans Rodenburg heeft geschreven en Leo de laatste jaren regelmatig heeft geüpdatet. Los hiervan is ook René Huffels met het onderwerp aan de slag gegaan. Die twee handleidingen heb ik voor het AccreDidactprogramma in elkaar geschoven en gemoderniseerd naar de huidige inzichten. We trekken nog steeds veel enthousiaste deelnemers naar de cursus en ik verwacht dat het boekje veel leesplezier geeft en hopelijk ook een plaats krijgt in het tandheelkundig onderwijs.

Was er veel modernisatie nodig? Is er veel veranderd in de parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Om te beginnen hebben we klinische plaatjes als voorbeelden toegevoegd en hebben we alle bestaande illustraties verbeterd en netjes gemaakt. AccreDidactredacteur Joep Laverman heeft prachtige, anatomisch correcte tekeningen gemaakt. Er is een stuk toegevoegd over zorgplan en zorgdoel, wat voor de tandheeldkunde redelijk nieuwe termen zijn. En er is een stuk bijgekomen over microbiologie: wat kun en moet je daarmee?

Moet de algemeen practicus iets met microbiologie doen op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Dat is een heikel punt. Je hebt in de wetenschap momenteel twee verschillende kampen. Het ene kamp legt meer de nadruk op de ontsteking en ikzelf zou de microbiologie niet uit het oog willen verliezen. Als algemeen practici het interessant vinden, kunnen ze dat stuk diagnostiek ook meenemen. Een moderne term in de parodontologie is 'dysbiose', waarbij er een omslag plaatsvindt van voornamelijk onschadelijke naar schadelijke micro-organismen. Ik denk dat de uitkomst van microbiologisch onderzoek kan helpen om de parodontale aandoening beter te begrijpen en bij de keuze om antibiotica te geven. Ik ben me ervan bewust dat we met de huidige microbiologische analyses nog niet het complete beeld krijgen, maar bepaalde micro-organismen

kun je beter niet onder je tandvlees hebben.

Inhoudelijk is er de afgelopen decennia niet veel veranderd op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Op zich niet. Honderd jaar geleden gebruikte men al een sonde om de pockets te meten en dat doen we eigenlijk nog steeds. **Kroon:** Wat wel veranderd is, is dat je tegenwoordig gedurende de behandeling het zorgdoel en het zorgplan in overleg met de patiënt op basis van je herbeoordelingen kunt aanpassen. Met het oude paro-protocol was dit iets meer rigide. Met de vernieuwde richtlijn kun je, als je goede redenen hebt, binnen het paro-protocol toch een andere route bewandelen.

Van der Weijden: Ruim vier jaar geleden heeft de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) een commissie ingesteld om naar het paro-protocol te kijken. Ik ben voorzitter geweest van de commissie die zich bezig heeft gehouden met de richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk. Het bestuur van de NVvP was zich door opmerkingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en juristen bewust geworden van het feit dat het paro-protocol, zoals dat op een A4'tje als flowchart stond, juridisch een gevaarlijk document kon zijn voor de tandarts. Als deze zich niet aan dat A4'tje houdt, en een patiënt zou hem later aanklagen, dan zou hij altijd verliezen. Het paro-protocol gaf weinig ruimte om af te wijken, terwijl je dat in de praktijk best wel eens doet. Dat is nu veel genuanceerder beschreven.

We hebben een vereenvoudigde manier van screenen ontwikkeld

Kunnen jullie uitleggen hoe de DPSI en de PPS elkaar raken?

Van der Weijden: De Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) is de screening zoals we deze jaren hebben gebruikt in het paro-protocol. Tijdens het vernieuwen van de richtlijn kwam er veel discussie over de DPSI. We hebben daarop in nauw overleg met collega's uit de algemene praktijk een nieuwe, vereenvoudigde manier van screenen ontwikkeld. Die is vooralsnog Periodiek Parodontaal Screenen (PPS) gedoopt.

Wat voor discussies waren er vooral over de DPSI?

Van der Weijden: Een van de dingen was dat je op basis van de DPSI een soort diagnose aan de patiënt hing.



Fridus van der Weijden. FOTO: DIRK GILLISSEN

Dat is een gedachtecronkel waar ik mijzelf ook schuldig aan heb gemaakt. Neem bijvoorbeeld iemand met één pocket van 6 mm. Die kreeg een DPSI-score van 4, terwijl iemand met 32 gebitselementen met rondom pockets van 4-5 mm een DPSI-score van 3 kreeg. Dat suggereert dat de eerste casus ernstiger is dan de tweede, maar als je er als clinicus naar kijkt, vraagt de casus met meerdere pockets van 4-5 mm veel meer zorg en aandacht. Je kunt dus niet een parodontale diagnose aan één indexgetal ophangen. Daar is verder onderzoek voor nodig. Met screenen probeer je vooral asymptomatische gevallen van een ziekte of aandoening op het spoor te komen. Het is de bedoeling de mensen tijdig te herkennen die aan een bepaalde ziekte lijden om deze in een vroeg stadium beter te kunnen behandelen.

Hoe is de DPSI vereenvoudigd?

Van der Weijden: Er zijn nog maar drie scorecategorieën over, die als een soort stoplicht werken. Bij pockets van 1-3 mm valt iemand in het groene gebied. Daarin hoeft je over het parodontium weinig zorgen te maken en kun je meer aan preventie denken. Pockets van 4-5 mm geven een oranje licht, wat betekent 'let op, het gaat misschien de verkeerde kant op'. Bij rood – pockets van 6 mm of meer – moet je verder onderzoek doen. De oude score o hebben we weggelaten. Dit suggereert dat er mensen zijn bij wie je helemaal geen enkele bloeding na sonderen constateert. Zo'n patiënt heb ik in mijn hele carrière nog niet gezien.

Kroon: De PPS is makkelijker in gebruik. Waar eerst ook bloedingsneiging, tandsteen en dergelijke moesten worden gescoord, meet je nu enkel de pocketdiepte. Bovendien

zijn de scores teruggebracht naar 1, 2 en 3 in plaats van 0, 1, 2, 3-, 3+ en 4. Veel algemeen practici vonden het lastig om daarmee om te gaan. Het is nu veel makkelijker.

Van der Weijden: Maar moeilijker is het feit dat je na de screening moet gaan nadenken. De oude DPSI suggereerde dat je zonder veel na te denken een patiënt een traject van het paro-protocol kon laten doorlopen. Iedere patiënt met een score 4 kwam bijvoorbeeld automatisch in het paro-protocol terecht. In de nieuwe versie zeggen we dat je bij een bepaalde score eerst moet kijken of er geen andere problemen meespelen – zoals een endodontisch probleem, een fractuur – en of de patiënt wel gemotiveerd is om de behandeling te ondergaan.

Verandert er nog meer in de vernieuwde richtlijn, behalve de DPSI?

Van der Weijden: De begrippen 'evaluatie' en 'herbeoordeling' zijn omgewisseld. Vroeger deed je na de behandeling een herbeoordeling en een jaarlijkse evaluatie. Taalkundig klopt dat niet. Op de opleiding in Utrecht werd het dan ook precies andersom benoemd. Dat correspondeert ook met het Engels: eerst een 'evaluation' en daarna een 're-evaluation'. Ik heb al gehoord dat de Nederlandse Zorgautoriteit dit al had geconstateerd in de concept-richtlijn en daar hun medewerking aan willen verlenen in het tarievenboekje.

Leverde de vernieuwde richtlijn veel discussie op?

Van der Weijden: In de commentaar-ronde was er veel discussie over de vraag of de preventieassistent wel of niet een rol heeft in het paro-protocol. We hebben er uiteindelijk voor gekozen dat de tandarts of mond-

Biografie

Prof.dr. Fridus van der Weijden studeerde in 1984 in Utrecht als tandarts af. Hij is tandarts-parodontoloog NVvP en tandarts-implantoloog, erkend door de NVOI. In 1993 promoveerde hij. Sinds 1989 verdeelt hij zijn tijd tussen de Paro Praktijk Utrecht en de vakgroep Parodontologie van ACTA. In 2010 werd hij benoemd als hoogleraar 'Preventie en Therapie van Parodontale Infecties' aan ACTA. In september 2016 is dit overgegaan in een reguliere aanstelling als hoogleraar bij de afdeling Parodontologie. Leo Kroon studeerde in 1977 af als tandarts aan de Universiteit van Amsterdam. In 1988 werd hij erkend als tandarts-parodontoloog (NVvP). Hij was betrokken bij de oprichting van en was hoofd van de afdeling parodontologie van de Militair Tandheelkundige Dienst in Utrecht en leidde die vele jaren. Hij werkte tevens in parodontologiepraktijken in Alphen aan den Rijn, Amsterdam (KvPA) en Alkmaar. Sinds 1984 verzorgt hij cursussen en lezingen.

hygiënist zelf kan kiezen om aan de preventieassistent taken te delegeren volgens de verlengde-armconstructie, mits de assistent bevoegd en bekwaam is die handelingen uit te voeren. Volgens de wet mag de preventieassistent bij wijze van spreken een flapoperatie uitvoeren als deze daartoe bevoegd en bekwaam is en de tandarts in de buurt is. Als je daar goed over nadenkt, kan dat nooit de bedoeling van deze wet zijn geweest.

Kroon: Zo zijn er ook preventieassistenten die in praktijken als mondhygiënist worden gepresenteerd. Dat is niet goed te praten.

Zou je dit dan niet beter moeten vastleggen, bijvoorbeeld in zo'n nieuwe richtlijn parodontologie?

Van der Weijden: Ik heb zelf die behoefte wel. Maar er spelen meerdere belangen in een brede commissie. Wij hebben uiteindelijk de easy way out gekozen. De inspectie beaamt zich momenteel wel over het kaderen van taken van de assistent. De Nederlandse beroepsvereniging ANT kiest met de tandartsassistent ABC ook voor meer duidelijkheid en een betere opleiding, dus er wordt van twee kanten aan gewerkt. Het is jammer dat de samenwerking om dit goed te structureren tussen de beroepsgroepen nog ontbreekt. Al

met al ben ik heel blij dat het gelukt is een richtlijn te maken waar zowel mondhygiënisten, tandartsen als parodontologen zich achter kunnen scharen. Die partijen hebben zoals gezegd allemaal verschillende belangen. Ik denk dat we geschiedenis hebben geschreven met deze richtlijn.

Even terug naar de praktijk: zou je bij ieder periodiek mondonderzoek parodontaal moeten screenen?

Van der Weijden: Ik denk dat het goed zou zijn om het standaard elk periodiek mondonderzoek te doen. Ik vond dat een van de commissieleden het tijdens onze vergaderingen mooi beschreef. Hij zei: 'ik loop met mijn pocketsonde langs het tandvlees, controleer tandvlees op pockets en kijk meteen of er cariës zit'. **Kroon:** Je kunt erover filosoferen of je standaard elk periodiek mondonderzoek bij een patiënt van 80 met pockets tot 3 mm ook de DPSI moet scoren. Hoe groot is de kans dat iemand op die leeftijd ineens nog ernstige parodontitis gaat ontwikkelen? Ik denk niet groot, in tegenstelling tot bij heel jonge patiënten. Parodontitis kan zich al op jonge leeftijd ontwikkelen, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen. Je zou dan kunnen screenen vanaf een jaar of acht. Dat

is iets waar in de praktijk te weinig naar gekeken wordt.

Van der Weijden: We hebben pas een kind van tien binnengekeken waarbij is er sprake van vergevorderd botverlies bij de melkelementen en waar blijvende gebitselementen ook al zijn aangetast. De prevalentie van wat tot voor kort pre-puberele of juveniele parodontitis heette, is met 1 à 2% laag. Maar ernstige schade moet op deze jonge leeftijd worden voorkomen door op tijd te beginnen met screenen.

Aan de buitenkant is meestal niet te zien of er problemen zijn met het tandvlees

Voor welke aspecten van parodontale diagnostiek wilt u aandacht vragen?

Van der Weijden: Wat te weinig aandacht krijgt, is dat je de ontsteking vaststelt met de pocketsonde, maar dat je parodontale afbraak vaststelt op basis van röntgenfoto's. Vanuit de Inspectie en vanuit de professie is er veel terughoudendheid met het maken van röntgenfoto's. Ik vind het onterecht om daar zoveel nadruk op te leggen als het gaat om parodontale diagnostiek. Je hebt namelijk goede informatie nodig om een risico-inschatting te maken en om te kijken of er geen andere dingen meespelen, zoals een endodontisch probleem of een furcatieprobleem. Röntgenfoto's zijn een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. In het geval van parodontologie weegt de informatie uit röntgenfoto's zonder meer op tegen de stralingsbelasting.

Kroon: Een praktijkvoorbeeld. Ik had laatst een patiënt bij wie ik niet of



Leo Kroon.

nauwelijks kon meten tussen de frontelementen omdat die erg dicht tegen elkaar aanstonden. Ik heb toen van zes elementen aparte foto's gemaakt met ruime overlapping. Dan heb je namelijk de grootste kans de interdental ruimtes goed te kunnen beoordelen. Daar kreeg ik commentaar op van een collega-tandarts. Maar ik heb uitgelegd dat ik onvoldoende informatie zou hebben voor mijn diagnostiek als ik dat in dit specifieke geval niet zou hebben gedaan. Het lijkt wel of het As Low As Reasonably Achievable (ALARA)-principe van de stralingsbelasting zo sterk gaat spelen dat je onvoldoende informatie krijgt.

Van der Weijden: Als er iets verkeerd gebruikt wordt, dan is het wel het ALARA-principe. Dat gaat pas in op het moment dat je besloten hebt een foto te maken. Na dat beslismoment moet je zorgen voor zo min mogelijk stralingsbelasting. ALARA

moet niet gebruikt worden in de beslissing om een foto wel of niet te nemen. Dat is een enorm misverstand.

De ondertitel van het Accredidactprogramma is 'Meten is weten, missen is gissen' – wat wordt er vaak gemist in de parodontale diagnostiek?

Kroon: Je ziet aan de buitenkant meestal niet of er problemen zijn met het tandvlees. Tandvlees kan er roze, gezond, niet gezwollen en niet teruggetrokken uitzien en toch ontstoken zijn. Meten met de pocketsonde is daarom essentieel. Daarnaast: als je verdiepte pockets meet, is er niet per definitie ook botafbraak aanwezig. Om dat te constateren heb je een of meerdere röntgenfoto's nodig. En als er géén verdiepte pockets worden gemeten, kan er toch sprake zijn van afbraak! Je hebt dus beide onderzoeksmethodes nodig om een goed beeld te krijgen van ontsteking en afbraak.

ADVERTENTIE

CYTOPLAST®

Cytoplast cursussen 2020

Extractiegebieden met ontoreikende structurele ondersteuning, alsook horizontale en verticale botaugmentaties dienen vaak ondersteund te worden om de gewonnen ruimte te handhaven. Cytoplast® titanium-reinforced membranen bieden de modernste technologie in GBR. Belangrijke eigenschappen zijn: het sterkere titanium frame en het zeer verdichte Regentex® oppervlak, welke kan worden blootgesteld aan de mondholte. Bovendien zijn de membranen simpel te verwijderen.

Gebruik Cytoplast® titanium-reinforced membranen om uw opbouwtechniek en de voorspelbaarheid naar nieuwe hoogten te brengen.



Voor botaugmentatie, gebied 2-3 mm



Vijf maanden na botaugmentatie



Na membraanverwijdering

Referent: Melle Vroom, Parodontologie Praktijk Friesland

Klinische
Avond
4 juni 2020
te Brussel*

Hands-on
Workshop
17 en 18 april 2020
bij ParoPraktijk
Friesland (NL)**

* Kosten: gratis

** Incl. Live Surgery! Kosten € 1400,- (incl. BTW), cursUSDuur 1,5 dag, incl. lunch en diner, excl. overnachtingkosten.

MEMODENT B.V. | T +31 (0) 53 430 66 63 | E info@memodent.nl | W www.memodent.nl

Memodent
Toegewijd aan zekerheid

Hebben jullie wensen voor de toekomst op het gebied van diagnostiek, zoals technologieën die de diagnostiek zouden vergemakkelijken?

Kroon: Meer betrouwbare diagnostiek op het gebied van furcaties zou welkom zijn. De diepte van pockets meten is niet zo moeilijk, maar het meten van furcaties blijft erg lastig en voor een deel inschatten. Dat zou je nauwkeuriger willen kunnen meten, omdat furcatieproblemen veel invloed kunnen hebben op de prognose van elementen.

Van der Weijden: Wat tot nu toe ook ontbreekt, is het kunnen vaststellen of er sprake is van actieve afbraak. Met het meten van de pocketdiepte kun je niet vaststellen of er op dat moment sprake is van progressie. Het zou mooi zijn als je dit met een technologische ontwikkeling zou kunnen vaststellen. Er zijn drie parameters die redelijk voorspellen of pockets stabiel zijn: informatie uit speekselwitten, de aanwezigheid van bepaalde micro-organismen en informatie uit het bloed. Ik kan me voorstellen dat je in de toekomst een wattenstaafje over de tong haalt en met een apparaat de mate van ontstekingsactiviteit kunt meten. Je moet toch een beetje dromen over de toekomst. ■