DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 10 - NUMMER 4 - MEI 2020

Richtlijn 'Derde Molaar'
Eruit of niet?
Pagina 3

Mondzorg kinderen
Verzekeraars mogen ouders informeren over vergoeding
Pagina 3

Column
Veel verwarring over financiële regelingen rond coronavirus
Pagina 4

Nieuwe richtlijn antitrombotica
Gezond verstand en klinische ervaring moeten doorslag geven
Pagina 9

5.000ste KRT-lid
Nikki Boerstoel was altijd al leergierig
Pagina 12

Column
Erik Ranzijn gaat graag een visje halen
Pagina 14

Dr. Jo Frencken:

"ART kan ook bij coronavirus goed alternatief zijn"

Pagina 5-6

Laten testen bij milde klachten

Mondzorgverleners die directe zorg verlenen aan patiënten kunnen zich bij milde verkoudheidsklachten volgens het beleid van het RIVM nu laten testen op het coronavirus.

FOTO: 123RF/FABIO BALBI

Een test laten afnemen is mogelijk als een zorgmedewerker minimaal 24 uur symptomen heeft van covid-19 (hoesten en/of neusverkoudheid en/of koorts). Voor de test is een doorverwijzing van de regionale GGD, de eigen huisarts of de bedrijfsarts nodig. Iedere Nederlandse GGD-locatie heeft een testfaciliteit en heeft in principe voldoende testafname-capaciteit voor zorgmedewerkers. Bij een doorverwijzing is de test voor de zorgmedewerker gratis. Voor zorgmedewerkers die geen klachten hebben maar zich toch willen laten testen zijn de kosten voor eigen rekening.
Deze testmogelijkheid wordt vermeld in een gezamenlijk ledenbericht van de ANT, NVM-mondhygiënisten, ONT en KNMT. De beroepsorganisaties geven aan dat leden zich bij hen en de IGJ (meldpunt@igj.nl) kunnen melden als er problemen zijn rond de doorverwijzing of de facturering. Tevens verzoeken ze positieve testen – desgewenst anoniem – door te geven, zodat de beroepsorganisaties de capaciteit van mondzorgverleners gedurende de coronacrisis kunnen monitoren. (bronnen: RIVM, ANT, NVM-mondhygiënisten, ONT en KNMT) ■

Inhaalslag voor praktijken

Door sluiting van de mondzorgpraktijken voor reguliere zorg tijdens de coronacrisis zijn de agenda's van praktijken hopeloos overhoopgehaald en zijn er achterstanden opgelopen.

Misschien niet helemaal, maar zeker gedeeltelijk is het mogelijk om een inhaalslag te maken. Dat kan bijvoorbeeld door langere dagen te werken, anders met vakanties om te gaan en efficiënter te werken. Alexander Tolmeijer van Dentiva geeft in een artikel suggesties hoe dit aan te pakken. Doe het verstandig en implementeer het goed in de praktijk. En denk vooral ook na over oplossingen die het werk in de toekomst ook efficiënter kunnen maken. Covid-19 zal nog lang deel uit blijven maken van ons dagelijks leven, onze gedachten en werkwijzen. Denk nu na over hoe je de planning zo slim mogelijk kunt aanpassen.

Lees verder op pagina 11 ▶

Dental Expo 2020 naar oktober verplaatst

GORINCHEM De tiende editie van de vakbeurs Dental Expo wordt verplaatst naar 29, 30 en 31 oktober 2020 in Evenementenhal Gorinchem. Volgens Mathilde Koniuszek, Event Manager van Dental Expo, is het niet gelukt om nieuwe data te vinden voor dit najaar in Amsterdam en zal de tandheelkundige beurs daarom in Gorinchem plaatsvinden.

"De markt heeft aangegeven behoefte te hebben aan een breed mondzorgplatform dit najaar, vanwege het wegvallen van Dental Expo dit voorjaar en alle ontwikkelingen die er nu spelen. De mondzorgprofessional wil zijn informatie op Dental Expo halen om weer vooruit te kunnen. Wij zijn dan ook erg verheugd dat we dit kunnen realiseren in Evenementenhal Gorinchem," aldus Koniuszek.
De finale van de verkiezing Tandartspraktijk van het jaar 2020, die oorspronkelijk tijdens Dental Expo in maart was gepland, zal nu op vrijdag 30 oktober op de beursvloer plaatsvinden.

(bron: Dental Expo) ■

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

SWISS PREMIUM
ORAL CARE

Het KIMO stelt nieuwe richtlijn 'Derde Molaar' beschikbaar

UTRECHT Op 30 maart is de nieuwe klinische praktijkrichtlijn 'Derde Molaar' door het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) beschikbaar gesteld. Het doel van de richtlijn is een praktisch handvat te bieden voor de behandelaar van patiënten bij wie één of meer derde molaren aanwezig zijn.

De richtlijn is geschreven voor alle behandelaars die het verwijderen van een asymptomatische derde molaar overwegen: tandarts-algemeen practicus, MKA-chirurg, orthodontist, tandarts-parodontoloog en tandarts-endodontoloog. De richtlijn richt zich op indicatiestelling, beeldvormende diagnostiek, behandeling en nazorg met betrekking tot derde molaren.

De praktijkrichtlijn is een herziene versie van de richtlijn 'Derde Molaar' van de Nederlandse Vereniging voor Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) uit 2018 die volgens afspraak onderdeel is geworden van het meerjarenprogramma (2017-2020) van het KIMO. Het KIMO is daarmee eigenaar van de richtlijn en verantwoordelijk voor aanpassing en implementatie. Voor aanpassing van de richtlijn voor instroom in de KIMO-richtlijnendatabase is in 2019 een Richtlijn Ontwikkel Commissie (ROC) benoemd door het KIMO, onder voorzitterschap van MKA-chirurg dr. Hossein Ghaeminia.

De eisen van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) liggen ten grondslag aan deze richtlijn. Dit betekent dat het onderzoek is uitgevoerd volgens de hoogst mogelijke wetenschappelijke standaarden. De eerste versie van de richtlijn was reeds van commentaar voorzien door de betrokken wetenschappelijke en beroepsverenigingen en door overige aan dit onderwerp gelieerde organisaties. Beide versies zijn door de Richtlijn Autorisatie Raad (RAR) van het KIMO beoordeeld en goedgekeurd. De herziene versie is onderschreven door de Patiëntenfederatie en Zorgverzekeraars Nederland. Voor meer informatie over de richtlijn kunt u terecht op de website van het KIMO.

(bron: KIMO) ■

Zorgverzekeraars informeren ouders over mondzorgvergoeding

AMSTERDAM Zorgverzekeraars gaan verzekerden met kinderen die niet naar de tandarts gaan erop wijzen dat mondzorg bij minderjarigen kosteloos is. Dat maakte brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland bekend nadat de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) toestemming gaf om op basis van declaratiegegevens gericht te informeren.

FOTO: 123RF/FERLI

In september 2019 luidde de ANT de noodklok: zo'n 600.000 kinderen bezoeken geen tandarts. In een brandbrief aan minister voor Medische Zorg Bruno Bruins riep de ANT op om zorgverzekeraars aan te moedigen een brief te sturen naar de ouders van deze kinderen om hen te wijzen op het recht op vergoeding vanuit de basisverzekering. Een pilot van zorgverzekeraar DSW had namelijk aangetoond dat het informeren van ouders effect heeft: bijna de helft van de kinderen ging binnen een half jaar na het ontvangen van de brief naar de tandarts.

Andere zorgverzekeraars wezen op de privacywetgeving. Zij waren van mening dat declaratiegegevens niet gebruikt mogen worden om ouders persoonlijk aan te schrijven. Er bestond lange tijd onduidelijkheid, maar nu heeft de AP uitsluitsel gegeven: als er serieus aanleiding is om te veronderstellen dat veel verzekerden niet goed bekend zijn met de inhoud van de zorgovereenkomst, mogen zorgverzekeraars hun verzekerden (gericht) informeren. De ANT is blij met de uitspraak van AP en ziet dit als een grote stap voorwaarts op weg naar een mondgezonde generatie. Ook NVM-mondhygiënisten reageert positief: "Op naar meer gezonde kindermonden!"

Zorgverzekeraars CZ, Zilveren Kruis, Menzis en VGZ hebben aangegeven ouders daadwerkelijk gericht te gaan informeren. De KNMT is verheugd over deze stap. "Wij geloven dat het gericht aanschrijven van ouders een substantiële bijdrage zal leveren aan een hogere opkomst bij de tandarts – en daarmee betere kindergebitten," aldus KNMT-voorzitter Wolter Brands. "In het bijzonder hopen we dat kinderen in achterstandssituaties beter bereikt worden met de boodschap dat mondzorg voor kinderen tot 18 jaar wordt vergoed uit de basisverzekering. Vaker dan kinderen uit kansrijkere gezinnen komen ze nu niet regelmatig bij de tandarts, wat tot onnodige gebitsproblemen kan leiden."

(bronnen: ANT, KNMT, NVM-mondhygiënisten, nu.nl) ■

Column
Reinier van de Vrie

Een meesterstuk

De vertelster in het verhaal 'Dr. H.A. Moynihan' van Lucia Berlin uit de verhalenbundel 'Handleiding voor poetsvrouwen' werkt een hele zomer in de tandartspraktijk van haar opa. Behalve zijn vrouw en kleindochter lijkt iedereen een hekel aan hem te hebben. Niet alleen is hij smerig, knoeit hij met zijn eten, spuugt hij en laat hij overal natte sigaretten slingeren, hij is ook nog eens sadistisch, onverdraagzaam, zelfingenomen en wordt iedere avond dronken en vals.

Maar hij is (jaren vijftig-zestig) wel de beste tandarts van El Paso (Texas, Amerika). Zo maakt hij al neuriënd de prachtigste kunstgebitten, die niet fluiten, niet van hun plaats glijden en niet van echt te onderscheiden zijn. Dat doet hij in de goede kleur en soms zelfs met kleine beschadigingen, verkleuringen en vullingen.

Aan het einde van de zomer stopt hij met zijn praktijk. Op een zondag moet zijn kleindochter nog één keer helpen. In de praktijk ziet ze dat hij een kunstgebit van zijn eigen tanden heeft gemaakt, een perfecte kopie, zelfs het tandvlees heeft dezelfde lelijke, ziekelijke, lichtroze kleur. Op een voortand is zelfs een gouden kroon gezet. Ze moet alles klaarzetten, zodat hij zijn eigen tanden kan trekken.

Gewapend met een sigaret en een fles Jack Daniels gaat hij aan de slag. Zij houdt de spiegel vast. De eerste drie tanden gaan er gemakkelijk uit. Van een snijtand blijft de wortel in het tandvlees zitten, die zij met een schaar moet afknippen. Het trekken van de ondertanden klinkt als het geluid van bomen die uit winterse grond worden gerukt. Bloed druppelt op het blad. Zij moet de tanden verder trekken als hij dreigt flauw te vallen.

Bij de kiezen gaat hij inderdaad van zijn stokje en klappen zijn lippen als grijze oesterschelpen dicht. Van schrik drukt ze op het verkeerde voetpedaal, waardoor hij rondtolt en het bloed in het rond sproeit. Maar alles wordt getrokken. Met theezakjes stelpt hij het bloeden. Hij plast wel in zijn broek, geeft over en laat de bloedbelletjes uit zijn neus komen. Tot slot het nieuwe gebit in: 'Ik sta met mijn mond vol tanden!', lacht hij. 'Een meesterstuk opa!', zegt zijn kleindochter en geeft hem een zoen op het bezwete hoofd.

Een niet alledaagse manier om je praktijk te beëindigen.

Het verhaal is via de titel op internet te vinden.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en vanaf 2020 hoofdredacteur van Dental Tribune Nederland. Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

ADVERTENTIE

PERSLUCHT | AFZUIGING | BEELDVORMING | TANDVERZORGING | HYGIËNE

Virussen dood? Ja! Huid kapot? Nee!
Handendesinfectie moet ook verzorgend werken.

Zonder handendesinfectie kan niet – zonder agressief desinfectiemiddel wel HD-preparaten van Dürr Dental werken snel en uitgebreid. Tegelijkertijd verzorgen ze de huid, worden ontstekingen voorkomen en maken ze de huid soepel. Meer op www.duerrdental.com

DÜRR DENTAL
THE BEST, BY DESIGN

Gebruik biociden veilig. Lees vóór gebruik eerst het etiket en de productinformatie.

Column

Richard Mastwijk

Virus veroorzaakt ook veel verwarring

Op het moment dat ik deze column schrijf, zijn de wereld, Nederland en ook de mondzorg nog volledig in de ban van het coronavirus. Ik spreek daarbij de hoop uit dat de situatie aanzienlijk is verbeterd op het moment dat u deze column leest. Er is zoveel gebeurd rondom de uitbraak van covid-19, dat ik niet weet waar te beginnen, maar ik kan het onderwerp ook niet onbesproken laten. Ik wil een aantal zaken, die mij zijn opgevallen, aan u voorhouden.

Een van de daarbij in het oog springende zaken was wel het optreden van minister Eric Wiebes bij *WNL op Zondag*. Aan de vooravond van alle later afgekondigde regelingen, wist de heer Wiebes te vertellen dat zzp'ers zich bewust hadden moeten zijn van de risico's als zzp'er. Vanuit die gedachte moest deze zzp'er nu niet klagen dat er een ongedekt inkomensverlies dreigde te ontstaan. Kennelijk was de heer Wiebes vergeten wat destijds zijn motivatie was voor het *contre coeur* invoeren van de Wet DBA. Deze wet moest een einde maken aan de uitbuiting van vermeende zelfstandigen, die eigenlijk als werknemer moesten worden beschouwd. Deze tegen wil en dank tot zelfstandige gepromoveerde werknemer moest door de overheid worden beschermd. Aangezien de Wet DBA geen verandering heeft aangebracht in de feitelijke situatie en werkwijze, is de werknemer nog immer een prooi van uitbuiting. Door de zzp'er dan uit te sluiten van een compensatieregeling doet de overheid daar nog een schepje bovenop.

Inmiddels weten we dat de heer Wiebes wederom door het stof is gegaan en dat er een regeling tot stand is gekomen. Het realiseren van deze regelingen heeft ook weer voor de nodige onduidelijkheden gezorgd. Wel Tegemoetkoming Ondernemers Getroffen Sectoren covid-19 (TOGS), geen Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (Tozo) en misschien een Tijdelijke Noodmaatregel Overbrugging voor Werkgelegenheid (NOW). Later weer een compensatie vanuit de zorgverzekeraars, maar geen NOW. Verschillende definities van situaties die door

de verschillende ministeries weer anders worden geïnterpreteerd. Ik kan u als consultant verzekeren dat wij het daar als kantoor zeer druk mee hebben gehad.

En tot slot nog maar even de perikelen rondom de Hema. De sluiting van winkels in het buitenland, en een zeer gereduceerde omzet van de winkels in Nederland, heeft wederom gezorgd voor veel onrust binnen dit bedrijf. De huren van de winkelpanden en de salarissen van personeel staan weer ter discussie. Alles als een gevolg van te hoge overnamesommen in combinatie met hoge schulden en te hoge rente. Deze businessmodellen zijn niet coronabestendig en bieden geen enkele ruimte voor tegenslag. Ook binnen de mondzorg zijn deze zorgen nog steeds reëel aanwezig.

Richard Mastwijk
Consultant en partner bij van helder ■

ADVERTENTIE

Leverancier van onder andere

3M ESPE · Zhermack Dental · edenta · Dentsply Sirona · DiaDent · Hu-Friedy · VOCO THE DENTALISTS · MK-dent GERMANY · Euronda · Piksters · erskine oral care · DÜRR DENTAL · ULTRADENT PRODUCTS, INC.

Voor 16.00 besteld morgen in huis

Wij staan altijd voor u klaar

Uitgebreid assortiment

CORIM dental products

Feiten & cijfers

8.130

aantal inwoners zijn er per orthodontist in Friesland.

In januari 2019 telde Nederland 324 orthodontisten van 64 jaar of jonger met een bij de KNMT bekend woon- en/of werkadres. Volgens deze gegevens waren zij gevestigd in 130 van de 355 gemeenten die Nederland telde. Wanneer het aantal orthodontisten wordt gerelateerd aan het aantal inwoners (CBS-Statline), resulteert dat in een 'orthodontistratio', ofwel: het gemiddeld aantal inwoners per orthodontist (bron: Staat van de Mondzorg). Onderstaande tabel toont dat Friesland voor beide leeftijdscategorieën de hoogste orthodontieratio had. Opvallend is dat de naastgelegen provincie Groningen juist laag in de ranglijst scoort. Een verklaring zou kunnen zijn dat tandartsen zich wellicht vaker vestigen in de omgeving van hun opleidingsplaats. Zo hebben ook de provincies Gelderland (Radboudumc), Noord-Holland (ACTA) en Utrecht (in het verleden Universiteit Utrecht) een lagere ratio. (bron: NTVT) ■

Orthodontieratio in 2019 per provincie, verdeeld over twee leeftijdsgroepen

Inwoners van 12 t/m 19 jaar			Inwoners van 20 t/m 64 jaar		
1	Friesland	8.130	1	Friesland	45.585
2	Flevoland	6.480	2	Zuid-Holland	39.435
3	Drenthe	6.075	3	Flevoland	35.985
4	Zuid-Holland	6.075	4	Limburg	35.945
5	Overijssel	5.680	5	Noord-Brabant	35.580
6	Noord-Brabant	5.650	6	Drenthe	34.125
7	Limburg	5.260	7	Overijssel	31.645
8	Gelderland	5.015	8	Gelderland	29.145
9	Utrecht	4.675	9	Utrecht	27.885
10	Zeeland	4.425	10	Zeeland	26.540
11	Groningen	3.610	11	Noord-Holland	24.060
12	Noord-Holland	3.540	12	Groningen	23.390
Heel Nederland 1 op 5.035			**Heel Nederland 1 op 31.405**		

(bron: NTVT)

Subsidieaanvragen bij Eklund Stichting

Tot 31 mei 2020 kunnen er subsidieaanvragen worden ingediend via www.eklundfoundation.org voor tandheelkundig onderzoek en onderwijs. Er is een fonds van 200.000 euro beschikbaar voor 2020. Studies die gerelateerd zijn aan parodontologie, implantologie of cariologie krijgen voorrang. ■

Quiz

1. Bite-wingopnamen zijn geschikt om gebitsslijtage te diagnosticeren.
a. Juist
b. Onjuist

2. Mechanische gebitsslijtage kan fysiologisch zijn, chemische slijtage is altijd pathologisch.
a. Juist
b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 14.

Dr. Jo Frencken, internationaal bekend om het ART-concept

ART: oude techniek gecombineerd met moderne vulmaterialen

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Alweer meer dan 35 jaar geleden is Atraumatic Restorative Treatment, de ART-methode, uit nood geboren. Dr. Jo Frencken legde daarvoor de grondslag en ontwikkelde – samen met anderen – in de loop der jaren ART verder. Een methode volgens oude principes met nieuwe materialen die ook in de Nederlandse tandheelkunde goed van pas komt. Onverwacht zelfs ook tijdens de coronacrisis.

Hoe bent u tot de ART-methode gekomen?
De methode is eigenlijk een beetje uit nood geboren. Van 1982 tot 1986 werkte ik in Dar es Salaam, Tanzania, aan de opleiding voor tandartsen en verzorgde het vakgebied gemeenschapstandheelkunde. Studenten moesten epidemiologisch onderzoek doen en preventieve en restauratieve verrichtingen uitvoeren bij verschillende bevolkingsgroepen: van schoolkinderen tot werkers op plantages. Maar als je cariës vaststelt, moet je ook een plan voor herstel of restauratie hebben. Uit Europa hadden we degelijke gietijzeren behandelstoelen gedoneerd gekregen en een koffer met een borenset, een watercontainer en een afzuiger. Maar zonder elektriciteit werkte de apparatuur op het platteland niet. Er werden dus generatoren aangeschaft die bij gebrek aan voldoende benzine ook niet altijd hielpen. Na een jaar rommelen concludeerden we dat de toenmalige westerse manier van restaureren niet werkte. Noodgedwongen zijn we toen met handinstrumenten caviteiten bij mensen met kiespijn gaan schoonmaken. We vulden de gaatjes met – in eerste instantie – carboxylaatcement.

De ART-aanpak is minder bedreigend

Dat werkte. Ook na negen maanden hadden mensen geen pijn meer. Van de 28 kiezen die we hadden behandeld kon er slechts één niet behouden blijven. Tot dan toe was in Tanzania een extractie eigenlijk de standaardbehandeling als mensen kiespijn hadden. Ik besefte dat dit een belangrijk resultaat was, voor alle delen in de wereld waarin men niet over elektriciteit beschikt. In de meeste landen wordt de methode nu toegepast.

Klopt het dat het eigenlijk een heel oude methode is die vooral met het nieuwe vulmateriaal glasionomeer succesvol is geworden?
In feite grijpt de methode terug op hoe G.V. Black, een van de grondleggers van de tandheelkunde, begin twintigste eeuw werkte. Hij propageerde een handexcavator om dentine te verwijderen. Het carboxylaatcement is vervangen door moderne, hooggevulde glasionomeren die een volwaardig restauratief vulmiddel zijn. Die combinatie van methode en materiaal is het nieuwe.

Is het vooral een andere techniek of houdt het meer in?
Het schoonmaken van caviteiten met handinstrumenten is natuurlijk een ambachtelijke bezigheid die je moet beheersen, maar ART is eigenlijk ook een filosofie. Met de methode kun je veel meer mensen bereiken en, in combinatie met voorlichting, preventie, ART-sealants, tandenpoetsen en fluoride/zilverfluorideapplicatie, tot goede resultaten komen. De ART-aanpak is minder bedreigend dan de traditionele.

In welke situatie is deze methode ook toepasbaar in Nederland?
Deze methode wordt steeds meer in de ouderenzorg toegepast, omdat ART niet gebonden is aan een praktijkgebouw. Tandartsen bezoeken vaker mensen in tehuizen of thuis. Met de ART-methode hoeven ze veel minder te sjouwen met allerlei apparatuur. Een mobiele ligstoel en een koffer met instrumentarium en vulmaterialen zijn dan in principe voldoende. Maar ART wordt ook in de gangbare praktijk toegepast en het is aantoonbaar van toepassing bij een groot aantal mensen met een beperking.

En wat is de toepasbaarheid voor kindertandheelkunde?
Je kunt hiermee veel vaker de elektrische boor vermijden. Zeker bij kinderen op jonge leeftijd is dat veel prettiger. Het neemt veel angst weg. Angstige kinderen hoeven dan niet meer onder narcose te worden behandeld. Dat is duur en we weten ook dat kinderen erdoor kunnen overlijden, zoals in het buitenland wel is gebeurd. Dat risico wil je toch niet nemen? Je kunt caviteiten schoonmaken en vullen. Dan is de pijn weg. Dan is het verder voorlichting, voorlichting, preventie, preventie, poetsen, poetsen en begeleiden. En ook: zorgen dat er minder suiker naar binnen gaat.

ART is zelflimiterend en dus minder invasief

Wordt er met de ART-methode meer of minder invasief gewerkt?
Met de elektrische boor kun je een caviteit zo groot maken als je wilt. Dan kun je de hele buitenkant wegschillen. Met handinstrumenten kan dat niet. Dan haal je het weefsel weg dat al gedeeltelijk is opgelost. De ART-methode is minder invasief omdat die zelflimiterend is. Met de elektrische boor haal je over het algemeen meer weg.

Kost de ART-methode de behandelaar meer tijd?
Een aantal onderzoeken laat zien dat het niet het geval is. Het openen en schoonmaken van de caviteiten duurt natuurlijk langer dan met de elektrische boor, maar het vullen gaat sneller met ART, zeker als je glasionomeer met een capsule kunt aanbrengen.

Hoe zit het met de wetenschappelijke bewijslast van deze methode?
Als ART-restauraties gevuld met hooggevuld glasionomeercement vergeleken worden met vergelijkbare restauraties met amalgaam of composiet, blijkt er geen significant verschil te zijn voor eenvlaksrestauraties in (pre)molaren in de melk- en de blijvende dentitie en voor meervlaksrestauraties in melkmolaren. Voor meervlaksrestauraties in de (pre)molaren van de blijvende dentitie is dat nog niet voldoende onderzocht. Ik moet er wel bij zeggen dat er nog niet heel veel onderzoeken zijn gepubliceerd. Ook de lengte van de onderzoeksperiode is nog niet zo lang: de langste periode was zes jaar. De onderzoeken staan beschreven in hoofdstuk 7 van *De ART-aanpak in de mondzorg* (zie het excerpt op pagina 7-8, *red*).

Dr. Jo Frencken.

Kunnen tandartsen deze methode toepassen als ze afgestudeerd zijn of moeten ze zich er extra in verdiepen?
Uit een Nijmeegse masterscriptie uit 2015 is bekend dat 43% van de Nederlandse tandartsen ART weleens toepast, zij het niet dagelijks. Maar in Nederland krijgen niet alle studenten deze methode aangeboden, terwijl ik wel vind dat dat standaard zou moeten. Zelf geef ik cursussen voor de mondzorgkundigen bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en voor Nijmeegse tandartsstudenten die de afstudeerrichting ouderen kiezen. Voor tandartsen die zich verder in ART willen verdiepen is er de onlinecursus van AccreDidact. Als vervolg daarop ver-

Lees verder op pagina 6

Definitie Atraumatic Restorative Treatment (ART)

ART in 2020 kan het best worden omschreven als een behandelaanpak voor het voorkomen en beheersen van carieuze dentinelaesies door:

- verzegelen van carieuze laesiegevoelige putten en fissuren en glazuurlaesies door middel van een hooggevuld glasionomeer, handinstrumenten en de vingerdruktechniek (ART-verzegeling); en
- het vergroten van de opening van een dentinecaviteit (indien nodig), het verwijderen van zacht dentineweefsel met handinstrumenten, het restaureren ervan en verzegelen van de (aangrenzende) putten en fissuren met een adhesief vulmateriaal, meestal een hooggevuld glasionomeer, de zogenoemde verzegelingsrestauratie (ART-restauratie).

ADVERTENTIE

ICX implants

ICX, het **FAIRE** Duitse Premium Implantaatsysteem

WIJ OVERTUIGEN AL 16 JAAR MET STABIELE PRIJZEN VOOR EEN ORIGINEEL DUITS/ZWITSERS IMPLANTAATSYSTEEM

ICX implants
Boodtlaan 10 · 1796 BE De Koog · Tel.: 0222 - 76 90 11
E-mail: info@icx-implants.nl · Web: www.icx-implants.nl

Vervolg van pagina 5

zorg ik voor geïnteresseerden een hands-oncursus. Vorig jaar heb ik in acht steden een cursus gegeven over ART en weefselsparende tandheelkunde.

Hoe verklaart u de weerstand tegen deze methode?
Er wordt al 35 jaar met scepsis tegenaan gekeken, maar ook heel veel tandartsen hebben ART omarmd.

NTVT-artikel

Banerjee A, Frencken JE, Schwendicke F, Innes NPT. Hedendaagse behandeling van carieuze laesies: Aanbevelingen van een consensusbijeenkomst over weefselsparende manieren om carieus weefsel uit dentine te verwijderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2020; 127: *[wordt in de juli/augustus-uitgave gepubliceerd]*

Handinstrumenten veroorzaken geen aerosolen

Een aantal tandartsen vindt het inderdaad niet goed, vooral omdat ze denken dat het ouderwets is en slechte resultaten oplevert, en misschien ook wel om andere redenen. Maar met ART gaan we weer terug naar de basis die we combineren met ontwikkelingen uit de moderne cariologie die de handexcavator als leidend instrument aanbeveelt om zacht dentineweefsel uit de caviteit te verwijderen. In het juli/augustus-nummer van het NTVT wordt daar een artikel over gepubliceerd. Ik denk dat mijn criticasters daar dan niet goed van op de hoogte zijn. In deze tijd van corona moeten we ook goed nadenken wat al die snel draaiende boren doen. Die veroorzaken aerosolen en kunnen wellicht zorgen voor de overdracht van virussen dan wel micro-organismen. Met handinstrumenten bestaat dat probleem niet.

Biografie

Dr. Jo E. Frencken was voor zijn pensioen in 2015 universitair hoofddocent in Weefselsparende Tandheelkunde en hoofd van de afdeling Internationale Mondgezondheid. Frencken ontwikkelde het Atraumatic Restorative Treatment (ART)-concept. Hierover verscheen recent zijn boek 'The art and science of Minimal Intervention Dentistry and Atraumatic Restorative Treatment' (ISBN 978-0-9565668-5-0), verkrijgbaar bij www.stephenhancocks.com.
In 2016 benoemde de KNMT dr. Frencken als erelid, als waardering voor zijn grote verdiensten voor de nationale en internationale mondgezondheidszorg. Frencken ontving ook internationale, prestigieuze onderscheidingen, waaronder in 2016 de International Science and Technology Cooperation Award, de hoogste onderscheiding voor wetenschap en techniek voor buitenlanders in China en de 2017 H. Trendley Dean Memorial Award in epidemiologie en tandheelkundige volksgezondheid van de IADR.

Is er wetenschappelijk bewijs dat het coronavirus via aerosolen wordt overgedragen in de tandartspraktijk?
Dat weet ik niet. Ik weet ook niet of corona besmettelijker is dan hiv, maar hiv heeft ervoor gezorgd dat we in mondzorgpraktijken vanaf 1986-1987 handschoenen en mondkapjes gingen dragen en sommigen een oogmasker. Het infectieprotocol is daardoor ook flink aangescherpt. In vergelijking met roterend instrumentarium verminder je met ART beduidend de kans op besmetting via aerosolen, lijkt me.

Met ART kun je vaker de elektrische boor vermijden

Zou ART in bepaalde situaties nu een alternatief kunnen zijn?
Natuurlijk. Ik ben gasthoogleraar in Wuhan, China, waar het virus vandaan komt. Uit contact met collega's daar heb ik begrepen dat de ART-methode er nu ook zeer van pas komt, al is het niet bij alle cariësbehandelingen mogelijk.

Gelden dezelfde regels voor infectiepreventie en hygiëne bij ART?
De infectiepreventie is precies hetzelfde als je met methodes werkt waarbij de besmettingsbron van de een naar de ander kan gaan. ■

ADVERTENTIE

Doe meer van wat je graag doet, maar dan slimmer!

Produceer digitale protheses met 3Shape Dental System 2020

Dental Expo Amsterdam C150

Bezoek onze stand voor diverse lezingen!

3Shapes's Dental System 2020-prothesesoftware levert superprecisie en esthetiek bij de volledige en gedeeltelijke protheseproductie, met tot 20% KOSTENBESPARINGEN in vergelijking met conventionele protheseworkflows.

Ontdek meer www.3shape.com/indications/dentures

"Na bijna 1.000 digitale protheses te hebben gedaan, dalen onze kosten met 20% en is de kwaliteit veel hoger."
Germen Versteeg, tandarts en oprichter, DTL Mediaan, Holland.

Neem contact op met uw reseller voor de beschikbaarheid van 3Shape-producten in uw regio.

© 3Shape A/S, 2020. The 3Shape name and logo and/or other trademarks mentioned herein are trademarks of 3Shape A/S, registered in US and other countries. All rights reserved.

3shape

De ART-aanpak in de mondzorg

TEKST: JO FRENCKEN

Dit is een fragment uit het recent verschenen nascholingsprogramma *De ART-aanpak in de mondzorg* (AccreDidact Tandarts, maart 2020). Auteur: dr. J.E. (Jo) Frencken.

Restaureren van meervlakscaviteiten met ART

In principe wijkt het restaureren van meervlakscaviteiten niet af van dat van eenvlakscaviteiten (afbeelding 1a-h). Alleen mag de binnenkant van de matrijsband niet met een separatiemiddel worden ingesmeerd. Sommige fabrikanten suggereren het aanbrengen van een separatiemiddel, maar hooggevulde glasionomeren kleven niet meer aan de matrijsband zodra ze voldoende zijn verhard.

Hoe goed hebben ART-restauraties gepresteerd?

De resultaten van de meta-analyse van De Amorim e.a. die tot 1 juli 2019 is bijgewerkt, zijn gebruikt om tabel 1 samen te stellen.

Tijdelijke dentitie

Het gewogen gemiddelde jaarlijkse faalpercentage van een- en meervlaks ART/HVGIC-restauraties in tijdelijke molaren gedurende drie jaar was respectievelijk 5% en 17%. De resultaten voor de meervlaks ART-restauraties lijken op het eerste gezicht enigszins teleurstellend. Of deze bezorgdheid terecht is, kan alleen worden vastgesteld nadat de overlevingspercentages van dit type ART-restauratie zijn vergeleken met vergelijkbare restauraties die volgens de traditionele methode zijn geproduceerd (tabel 1). Voorbeelden van goede en mislukte ART-restauraties in tijdelijke molaren na vier jaar zijn in afbeelding 2 gepresenteerd.

Blijvende dentitie

Het gewogen gemiddelde jaarlijkse faalpercentages van eenvlaks en meervlaks ART/HVGIC-restauraties in blijvende (pre)molaren gedurende de eerste vijf jaar waren respectievelijk 4% en 3,4%. Het overlevingspercentage van eenvlaks ART-restauraties na 10 jaar was zeer hoog (87%). Het aantal onderzoeken in de eerste jaren was hoog maar nam aanzienlijk af voor de jaren daarna (tabel 1). Slechts een gering aantal onderzoeken is uitgevoerd bij anterieure gebitselementen. Bij volwassenen was het 6-jaar cumulatieve overlevingspercentage voor meervlaks ART/HVGIC-restauraties 68%. Afbeelding 3 toont goede en mislukte ART/HVGIC-restauraties in blijvende (pre)molaren.

Hoe verhouden de ART-restauraties zich ten opzichte van traditionele restauraties?

Het aantal eenvlaksrestauraties in de blijvende dentitie in jaar 1 en 2 is hoog maar was aanzienlijk lager in de daaropvolgende jaren (tabel 3).

Tijdelijke dentitie

De resultaten zijn gebaseerd op onderzoeken uit een aantal landen. Er was geen statistisch significant verschil tussen de gewogen gemiddelde overlevingspercentages van ART/HVGIC- en traditionele een- of meervlaksrestauraties in tijdelijke molaren (tabel 2).

Blijvende dentitie

Er was ook geen statistisch significant verschil tussen de gewogen gemiddelde overlevingspercentages van ART/HVGIC- en traditionele eenvlaksrestauraties in blijvende (pre)molaren in jaar 1, 2, 3 en 5 (tabel 3). Na 4 jaar en 3 maanden en na 6 jaar en 3 maanden was het verschil wel statistisch significant. ART/HVGIC-restauraties presteerden beter. Er was geen statistisch significant

Lees verder op pagina 8

type dentitie	overlevingsjaar	N eenvlaks	OV	SF	N meervlaks	OV	SF
tijdelijk	1	18	95	1,0	17	80	2,8
	2	17	93	1,2	12	65	3,9
	3	7	85	5,7	4	49	12,4
blijvend	1	18	96	0,9	9	96	1,3
	2	17	93	1,4	7	90	3,5
	3	7	87	3,2	2	96	1,6
	4	3	86	3,2	-	-	-
	5	4	84	7,5	2	83	6,8
	6	2	72	2,1	-	-	-
	10	1	87	5,7	1	58	11,4

Tabel 1. Gewogen gemiddelde overlevingspercentages (OV) en standaardfout (SF) van een- en meervlaks ART-restauraties van hooggevuld glasionomeer in de zijdelingse delen naar type restauratie en overlevingsjaar.
N = aantal datasets per overlevingsjaar

type restauratie	overlevingsjaar	Nst (Am:C)	ART/HVGIC			traditioneel			p-waarde
			N	OV	SF	N	OV	SF	
eenvlaks	1	4 (3:1)	477	99,1	0,6	258	98,5	0,4	0,40
	2	4 (3:1)	254	96,7	0,4	212	93,4	2,7	0,22
	3	3 (2:1)	522	92,2	4,9	416	86,6	5,0	0,42
meervlaks	1	3 (2:1)	351	83,1	0,4	325	86,6	3,7	0,35
	2	3 (2:1)	265	73,6	4,5	299	81,8	5,2	0,23
	3	3 (2:1)	686	59,9	6,9	548	56,4	8,9	0,75

Tabel 2. Gewogen gemiddelde overlevingspercentages (OV) en standaardfout (SF) van een- en meervlaks ART/HVGIC en traditionele (amalgaam en composiet) restauraties in tijdelijke molaren, per jaar van overleving.
Nst = aantal onderzoeken; Am = amalgaam; C = composiet; N = aantal geëvalueerde restauraties;
ART = atraumatic restorative treatment; HVGIC = hooggevuld glasionomeercement

type restauratie	overlevingsjaar	Nst (Am:C)	ART/HVGIC			traditioneel			p-waarde
			N	OV	SF	N	OV	SF	
eenvlaks	1	4 (4:0)	2993	94,2	2,2	2200	95,0	1,9	0,78
	2	6 (6:0)	2506	91,6	2,8	1775	92,0	3,2	0,93
	3	2 (1:1)	430	91,8	7,2	291	89,5	10,3	0,85
	4,3	1 (1:0)	288	80,4*	2,1	218	69,5*	2,9	0,003
	5	2 (1:1)	244	85,6	9,1	137	83,2	16,8	0,90
	6,3	1 (1:0)	153	68.9*	3,3	108	59,7*	3,3	0,049
meervlaks	1	1 (0:1)	77	94,8*	2,8	77	98,7*	1,8	0,24
	3	1 (0:1)	19	90,3*	5,5	6	66,7*	19,4	0,25
	5	1 (0:1)	19	85,5*	7,2	6	66,9*	19,0	0,37

Tabel 3. Gewogen gemiddelde overlevingspercentages (OV) en standaardfout (SF) van een- en meervlaks ART/HVGIC en traditionele (amalgaam en composiet) restauraties in blijvende (pre)molaren, per jaar van overleving.
Nst = aantal onderzoeken; Am = amalgaam; C = composiet; N = aantal geëvalueerde restauraties;
ART = atraumatic restorative treatment; HVGIC = hooggevuld glasionomeercement; * = geen gewogen gemiddelde

Afbeelding 1a-h. Restaureren van een meervlakscaviteit volgens ART.
a. Dentinecaviteit in de distale put van 65. Een blauwachtige glans is zichtbaar onder de distale-palatinale knobbel.
b. De röntgenfoto bevestigt de aanwezigheid van een grote caviteit.
c. De ART-opener wordt gebruikt.
d. De caviteitsopening wordt vergroot.
e. Verdere instrumentatie met behulp van glazuurmes en excavatoren resulteerde in het prepareren van een occlusale-distale caviteit.
f. De caviteitsrand wordt gladgemaakt met de scherpe opstaande kant van het glazuurmes.
g. Een voorgevormde metalen matrijsband is aangebracht. Een goed contact met het mesiale vlak van 26 wordt bereikt.
h. Occlusale-distale ART-restauratie. Let op: de centrale put en de palatinale fissuur zijn verzegeld (FOTO'S: S.C. LEAL).

Afbeelding 2a-d. Als intact en als defect beoordeelde ART-restauraties in tijdelijke molaren na vier jaar.
a. Intacte restauratie in het occlusale vlak van 55.
b. Intacte restauratie in het occlusale-mesiale vlak van 74 met een verzegeling in het occlusale vlak.
c. Intacte restauratie in het occlusale-mesiale vlak van 85 met een verzegeling in het occlusale vlak.
d. Een defecte restauratie in het occlusale-mesiale vlak van 85.

Vervolg van pagina 7

verschil tussen de gewogen gemiddelde overlevingspercentages van ART/HVGIC- en traditionele meervlaksrestauraties in blijvende (pre)molaren. De aantallen restauraties waren erg laag.
De bevindingen van de huidige meta-analysen komen overeen met de resultaten van systematisch uitgevoerde literatuuronderzoeken en meta-analysen die minder onderzoeken includeerden: voor tijdelijke molaren en voor blijvende (pre)molaren.

Afbeelding 3a-d. Als intact en als defect beoordeelde ART-restauraties in blijvende (pre)molaren.
a. Defecte occlusale-distale restauratie in 25 na 2 jaar.
b. Intacte meervlaksrestauratie in 36 na 3 jaar.
c. Intacte occlusale restauratie na 10 jaar (FOTO: F. DE LIMA NAVARRO).
d. Intacte meervlaksrestauratie in de eerste molaar en occlusale restauraties in de tweede molaar na 10 jaar (FOTO: F. DE LIMA NAVARRO).

Afbeelding 4a-g. Vrouw van 86 jaar. De caviteiten werden met de ART-aanpak behandeld.
a. Caviteit in het mesiale vlak en de wortel van 42.
b. De opening van de caviteit wordt groter gemaakt met het glazuurmes.
c. Het zachte dentine wordt met een kleine excavator verwijderd.
d. Schone caviteit.
e. De cervicale laesie en de mesiale caviteit worden geconditioneerd.
f. Glasionomeer wordt in de mesiale caviteit gespoten.
g. ART-restauratie mesiaal en in de wortel.

Conclusies met betrekking tot ART-restauraties

- Eenvlaks ART/HVGIC-restauraties in beide dentities bereiken hoge overlevingspercentages die niet significant verschillen van de percentages van vergelijkbare traditionele restauraties.
- Meervlaks ART/HVGIC-restauraties in tijdelijke molaren overleven korter dan eenvlaks ART/HVGIC-restauraties maar verschillen niet in overlevingspercentages van vergelijkbare traditionele restauraties.
- Het aantal onderzoeken naar de vergelijking tussen meervlaks ART/HVGIC en traditionele restauraties in blijvende (pre)molaren is te laag om een conclusie te trekken.
- De resultaten hebben betrekking op relatief kortlopende onderzoeken.

Faaloorzaken

De belangrijkste oorzaken voor het mislukken van een- en meervlaks ART/HVGIC-restauraties zijn zowel in het melk- als in het blijvende gebit breuk in de restauratie gevolgd door defect aan de restauratierand. Oppervlakslijtage was gering of werd niet waargenomen (na 10 jaar) en was nauwelijks een reden tot falen.

Verwijder carieus dentine met een handexcavator

Secundaire carieuze dentinelaesies naast eenvlaks ART/HVGIC-restauraties in tijdelijke en blijvende (pre)molaren werd zelden waargenomen. Het jaarlijkse faalpercentage dat aan secundaire carieuze dentinelaesies naast eenvlaks ART/HVGIC blijvende restauraties werd toegeschreven, was 0,5%. Ik verwacht dezelfde uitkomst voor meervlaks ART-restauraties.
Dit uitstekende resultaat is verkregen ondanks de bezorgdheid van critici van ART, die vreesden dat onvolledige verwijdering van zacht dentine met de handexcavator zou leiden tot secundaire cariës. Deze angst is dus ongegrond gebleken. Een systematisch uitgevoerd literatuuronderzoek laat juist zien dat glasionomeer als restauratiemateriaal een hoger cariëspreventief effect heeft dan amalgaam in het blijvende gebit, terwijl er geen verschil werd gevonden in het tijdelijke gebit.

ART en wortelcariës

In het begin van deze nascholing heb ik geschreven dat het bestrijden van wortelcariës, zowel preventief als restauratief, aan belang toeneemt. Mensen worden ouder en behouden hun gebitselementen langer. Ook heb ik geschreven dat de restauratieve behandeling van wortelcariës niet verschilt van die van coronale cariës en dat carieus dentine met een handexcavator moet worden verwijderd in navolging van de nieuwe cariologische principes. Dat laatste gebeurde al langer bij de ART-behandeling.
In principe verschilt de behandeling van wortelcariës volgens de ART-methode niet van die van coronale cariës. In veel gevallen zal het worteldentine blootliggen en hoeft de caviteit niet groter gemaakt te worden. Het is raadzaam om het zachte worteldentine te verwijderen met een scherpe excavator. Dat voorkomt uitglijden en een bloeding door beschadiging van het tandvlees.
Afbeelding 4 toont het gebruik van de ART-methode bij een vrouw van 86 jaar die verschillende dentinecaviteiten in het onderfront heeft en een prothese in de bovenkaak draagt. Dit was de eerste keer dat caviteiten niet met de boor werden behandeld. Na behandeling zei ze: 'Zitten de vullingen er nu al in? Ik heb geen pijn gevoeld. Waren al mijn vullingen maar op deze manier gedaan.' ■

ADVERTENTIE

Nieuwe klinische praktijkrichtlijn over antitrombotica

Nu meer verantwoordelijkheid bij de behandelaar

TEKST: REINIER VAN DE VRIE / FOTO: MIRLO

Eind december kwam het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) met de nieuwe klinische praktijkrichtlijn 'Bloedige ingrepen in de mondzorg, bij patiënten die antitrombotica gebruiken'. Deze richtlijn vervangt de ACTA-richtlijn voor antistolling in de mondzorg. De nieuwe richtlijn was nodig vanwege onduidelijkheden in de oude richtlijn en nieuwe antitrombotica. Belangrijkste verschil: er ligt nu meer verantwoordelijkheid bij de behandelaar.

Met de richtlijn kunnen tandartsen, mka-chirurgen en mondhygiënisten hun beleid bepalen bij een bloedige ingreep die ze willen doen bij patiënten die antitrombotica gebruiken. Deze patiënten lopen meer kans op (na)bloeding. In Nederland gebruiken meer dan één miljoen mensen antitrombotica. Iedere tandarts of mondhygiënist heeft dus patiënten die deze medicijnen gebruiken en moet daarom weten hoe te handelen.

De belangrijkste vraag daarbij is of de antitrombotica – tijdelijk – gestaakt moeten en kunnen worden.

"Bloedverdunners zijn voor onze beroepsgroep lastig," zegt Fred Rozema, hoogleraar Orale Geneeskunde aan ACTA en Amsterdam UMC. Als voorzitter van de commissie die de richtlijn ontwikkelde weet hij alles van deze materie. Rozema: "Na een ingreep wil je geen gedoe hebben met nabloedingen. Vanuit ons perspectief zouden we dus het liefst voor de behandeling alle bloedverdunners willen stoppen. Maar de patiënt slikt die bloedverdunners natuurlijk niet voor niets, maar vanwege een verhoogd risico op veneuze embolieën, bloedproppen in het hart, de hersenen, longen of elders. Onterecht stoppen met bloedverdunners kan dus tot heel ernstige problemen leiden. Dat vergeten we weleens. Je stopt in principe dus nooit met bloedverdunners, tenzij..."

Aanleiding

Volgens Rozema werd de ACTA-richtlijn voor antistolling uit 2012 jarenlang goed gebruikt door tandartsen en trombosediensten, maar waren er grijze gebieden. Het trekken van drie gebitselementen kon met bloedverdunners volgens de richtlijn, maar wat dan te doen bij vier? Over dit soort grensgevallen bestond onduidelijkheid en was veel discussie. Dat was een belangrijke reden om de richtlijn te herzien.

Een tweede reden daarvoor was dat de laatste jaren een aantal nieuwe – goed werkende –bloedverdunners op de markt is gekomen. Die middelen vervangen in toenemende mate de oude vitamine K-antagonisten (VKA's) zoals acenocoumarol en fenprocoumon. Het was nodig om de nieuwe middelen ook in de richtlijn op te nemen. De oprichting van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) bevorderde daarnaast het ontwikkelen van nieuwe evidence-based richtlijnen voor de mondzorg volgens de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO)-methode. Volgens Rozema gaf dat de mogelijkheid de nieuwe richtlijn een goed verantwoord formeel kader te geven.

Prof. dr. Fred Rozema.

Twee uitzonderingen

Volgens de richtlijn kunnen extracties, tandvleesoperaties, plaatsing van implantaten, het nemen van

Lees verder op pagina 10

ADVERTENTIE

Column
Stephan Tjiook

Nieuwe skill set

Werken is het leukst als je in een zogenaamde *flow state* zit. Iets wat je ook terugziet bij topsporters; als zij in vorm of flow zijn, zijn ze tijdelijk onverslaanbaar. Normaliter probeer ik tijdens het schrijven van m'n columns een zekere mate van flow state te vinden: maak je hoofd leeg, en kijk wat er boven komt drijven.

Het onderwerp zit daarbij soms al onbewust in je hoofd. Deze keer echter, wil ik heel bewust aandacht schenken aan een bepaald thema. Misschien wel het hoogste goed of de hoogste waarde van de mens. Iets waar ook zeker mannen erg gevoelig voor schijnen te zijn. Het thema? Vrijheid.

Juist nu we in een intelligente lockdown zitten, komt het besef naar boven hoe belangrijk vrijheid voor de mens eigenlijk is. Om te kunnen gaan en staan waar we willen, om onze eigen wil te kunnen uiten.

Als je in retrospectie terugkijkt op je leven, valt het ook op hoeveel van onze vaardigheden met dit thema te maken hebben. Toen we nog baby waren, hadden we op een bepaald moment één groot doel: kunnen lopen. Het verlangen om te kunnen lopen, was groter dan de pijn van het vallen en opstaan. Wat het ons bracht? De vrijheid om te kunnen gaan en staan waar we willen.

Vervolgens leerden we fietsen, zwemmen en autorijden. En telkens ging er weer een nieuwe wereld voor ons open. Een wereld van mobiliteit, maar nog groter dan dat, een wereld van vrijheid.

Alleen: in welke mate ervaren we vrijheid naarmate we volwassen zijn? Voel jij je vrij? Of voel je je misschien vastgeketend aan je baan of praktijk? Misschien wel vastgeketend aan je hypotheek...

Uit *State of the Global Workplace*, een onderzoek van Gallup uit 2017, bleek dat 85% van de mensen zich niet volledig gelukkig of voldaan voelt op het werk. Sterker nog, ze zien er tegenop wakker te worden, wetende dat ze iedere dag weer naar hun werk moeten om rond te komen, vaak tot hun pensioen.

En dat kunnen rondkomen is, zeker ten tijde van crisis, geen vanzelfsprekendheid meer. Want wist je überhaupt dat een op de vijf gezinnen in Nederland, wanneer hun koelkast kapotgaat, geen geld heeft om een nieuwe te kopen? En dat het gemiddelde Amerikaanse gezin nog geen duizend euro op zijn bankrekening heeft?

Dezer dagen blijkt maar weer eens dat lang niet alle banen crisisbestendig zijn. Tijd voor een wake-up call? Als we kijken naar hoe de rijken te werk gaan is het antwoord simpel: heb meerdere inkomensstromen. Dat klinkt misschien hoog gegrepen, terwijl het niet bijzonder moeilijk is een extra (passieve) inkomensstroom te creëren. Wanneer je eenmaal weet waar je moet zoeken, zal je merken dat de keuze ruim is.

Gebruik deze periode dan ook om een nieuwe *skill set* te leren, eentje die je (financiële) toekomst veilig zal stellen. Zodat klagen over je baas een keuze wordt. Hoewel we, als deze crisis eenmaal voorbij is, na het thuisblijven toch wel weer even blij zullen zijn de baas te kunnen zien. Hetgeen ons terugbrengt bij het centrale thema: vrijheid.

Stephan Tjiook is internationaal auteur, spreker, ondernemer, Forex trader & trainer en tandarts. Als founder van DNTSTRY & Celebrate Forex helpt hij mensen naar financiële vrijheid. Meer info? Neem dan een kijkje op celebrateforex.com. ■