

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition



HENRY SCHEIN®
**OPEN
HUIS
DAGEN**
2019

12&13 APRIL 2019
www.openhuis2019.nl

Gratis lezingen & workshops

Muntenactie

Unieke promoties

Live demonstraties

Ruim 100 exposanten

... en nog veel meer

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 9 - NUMMER 2 - MAART 2019

Arjen Robben
"Traag herstel door
ontstoken molaren"

Pagina 3

Root cause
Netflix verwijdt
omstreden
documentaire

Pagina 5

Casus
Botregeneratie bij
rokers

Pagina 10-11



Stemming
Tandarts hernoemen
tot mondarts?

Pagina 12

MTI
Mogelijk verband
tussen parodontitis en
erectiestoornissen

Pagina 16

Van die plaque af!
Recente inzichten in
cariës

Pagina 18-19



René Gruythuysen over zijn strijd
voor 'kindvriendelijke mondzorg'

**"Kinderbelang blijft
ondergeschoven thema"**

Pagina 6-9

Verplichte nascholing: waar staan we?

Eén ding is zeker: het volgen van
bij- en nascholing wordt voor
tandartsen een voorwaarde voor

herregistratie in het BIG-register.
Maar vanaf wanneer, en hoe streng
worden de eisen? Dental Tribune

ging op onderzoek uit en sprak
de hoofdrolspelers van KNMT,
ANT, KRT en FTWV. "Het is een
schande dat er nog geen ver-
plichte bij- en nascholing is."

Lees het artikel op
pagina 13-14

KaVo RELAXline
met zachte bekleding.
Stijl en zachtheid.



Neem nu contact met ons op en maak een afspraak
om het uit te proberen: www.kavo.com/relaxline

KaVo Kerr BeNeLux | D'Artagnanstraat 28 bus 2 | 4600 Wezet | België
www.kavo.com

KAVO


MEDDENT.NL
QUALITY PRODUCTS

Steeds meer bezoekers voor mondhygiënist

DEN HAAG Het aantal bezoekers
aan de tandartsen en orthodontist
is stabiel, maar de mondhygiënist
kan op steeds meer klandizie rekenen.
Dat blijkt uit de jaarlijkse Ge-
zondheidsenquête van het Centraal
Bureau voor de Statistiek (CBS).

36% van de 12-plussers bracht in 2018
een bezoek aan de mondhygiënist.
In 2014 was dit nog 28%. Het per-
centage is het hoogst bij de leeftijds-
groep tussen 40 en 65 jaar: 42% van
hen ging vorig jaar bij de mondhy-

giënist langs. Daarnaast bezoeken
vrouwen de mondhygiënist vaker
dan mannen, en hogere inkomens
vaker dan lagere inkomens; het-
zelfde geldt overigens voor tand-
artsbezoek. Met de verruiming van
de zelfstandige bevoegdheden voor
mondhygiënisten in 2020 is de ko-
mende jaren een verdere verhoging
van de bezoekcijfers te verwachten.

Zie ook pagina 4: Minder tandarts-
bezoeken voor mensen met lage
inkomens ▶

ADVERTENTIE

All Dent
dental equipment

B I N N E N K O R T

DE NIEUWSTE
FINNDENT
MODELLEN
Q2 | Q5 | Q8

**Maak een
AFSPRAAK
in onze
SHOWROOM**

FINNDENT

Ravelijn 15 - 3905 NT - Veenendaal - T. 0318 - 509060 - F. 0318 - 507035 - E. info@alldent.nl - www.alldent.nl

ADVERTENTIE

**KaVo Scan
eXam One**
vervangbonus
tot € 2.500,-



0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl

ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent



**OVERSTAPPEN OP DIGITAAL
AFDRUKKEN?**

**PROTILAB ONDERSTEUNT U
MET UITSTEKENDE KWALITEIT
VOOR EEN SCHERPE PRIJS!**

ALTIJD
-10%
KORTING OP UW
DIGITALE WERK



Bij Protalab profiteert u, naast onze gebruikelijke voordelige prijzen,
van een extra korting van 10% op al uw prothetische voorzieningen
die worden uitgevoerd met een digitale scan.

contact@protilab.nl

Bel gratis! **0800-0525**

3shape  product : 3Shape Trios Move

www.protilab.nl

Protalab is niet aansprakelijk voor typfouten en a kant hier geen rechten aan verbinden

Europees Geneesmiddelen Agentschap verhuist naar Amsterdam

TEKST: DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

AMSTERDAM Het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) heeft haar hoofdkantoor als gevolg van de aanstaande Brexit verplaatst van Londen naar Amsterdam. Het agentschap van de Europese Unie, dat verantwoordelijk is voor het toezicht op geneesmiddelen in de tandheelkundige en medische sector, wil de onderhandelingen over het vertrek van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie op 29 maart niet afwachten.

Het EMA heeft besloten haar activiteiten te verplaatsen naar een van de overige 27 EU-lidstaten en sloot daarom op vrijdag 25 januari 2019 haar vestiging in Londen. “De medewerkers van het agentschap hebben de 28 EU-vlaggen naar beneden gehaald en symbolisch afscheid genomen van het kantoor in Londen,” aldus Guido Rasi, directeur van het EMA. Eind 2017 werd Amsterdam als nieuwe locatie aangedragen. Het EMA is nu tijdelijk gehuisvest in Amsterdam-West en zal later dit jaar definitief haar intrek nemen in het nieuwe gebouw aan de Amsterdamse Zuidas, dat werkplekken voor 900 medewerkers biedt. Dankzij het EMA hebben tandheelkundige en medische patiënten in de EU regelmatig meer dan zes maanden sneller toegang gekregen tot geneesmiddelen dan patiënten in bijvoorbeeld Australië en Canada, die beide op nationaal niveau geneesmiddelen reguleren. Als de uitspraken en richtlijnen van het EMA in Engeland na de Brexit niet van toepassing zijn, moeten farmaceutische bedrijven voor geneesmiddelen mogelijk afzonderlijk een vraag indienen bij de Britse Regulatory Agency. Dit heeft tot gevolg dat de toegang tot geneesmiddelen langer op zich laat wachten. Momenteel is meer dan de helft van de geneesmiddelen die worden voorgeschreven aan patiënten in

Engeland, afkomstig uit EU-landen. Gevreesd wordt dat een ‘no-deal’-Brexit ertoe zou leiden dat Britse burgers geen toegang meer zullen hebben tot deze geneesmiddelen. “De focus van farmaceutische bedrijven ligt op het zorgen dat medicijnen en vaccins bij patiënten terechtkomen, ongeacht de uitkomst van de Brexit,” verklaart Mike Thompson, directeur van de Association of the British Pharmaceutical Industry. “Dit omvat het opslaan en dupliceren van productieprocessen hier en in Europa. We blijven met de overheid werken aan ‘no-deal’-planning. Maar we herhalen dat een ‘no-deal’ een buitengewone uitdaging zou zijn. Na verloop van tijd hopen we dat het parlement bij elkaar zal komen en snel een oplossing voor de impasse zal vinden en de patiënten gerust zal stellen dat de toevoer van medicijnen niet verstoord zal worden na maart 2019.” Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Sociale Zorg, Matt Hancock, heeft maandag zijn zorgen onder de aandacht gebracht tijdens een hoorzitting over de toekomst van de Britse gezondheidsdienst: “We hebben een gedetailleerde analyse gemaakt van de 12.000 geneesmiddelen die in het Verenigd Koninkrijk zijn toegelaten, om ervoor te zorgen dat er een plan is voor de continuïteit van de levering van alle geneesmiddelen in het geval van een ‘no-deal’ Brexit.” ■

ADVERTENTIE

Mr.Dental
SUPPLIES

vanaf
€1,86
Norm. €2,95

Code: D3NTB192

30% korting op
alle Wattenrollen

1.000 stuks per verpakking

www.Mr-Dentalsupplies.nl

Kortingscode per klant eenmalig te verzilveren en geldig t/m 20-04-2019

“Traag herstel Robben door ontstoken molaren”

MÜNCHEN Twee ontstoken molaren zijn mogelijk de oorzaak van het langzame herstel van Arjen Robben. Dat suggereert het Duitse boulevardblad *Bild*. De aanvaller van Bayern München kampt al maanden met een dijbeenblessure en een geïrriteerde zenuw in het heupgewricht.

Op 27 november 2018 kwam Robben voor het laatst in actie tegen Benfica. De aanvaller scoorde twee keer, waarna Bayern München zegevierde met 5-1. “Ik had voor de wedstrijd al wat last. Tijdens de wedstrijd niet en heb ik heerlijk kunnen spelen, maar daarna begon ik weer meer klachten te krijgen. Tot op heden is dit nog niet verbeterd,” aldus Robben in een interview met de NOS afgelopen december. Artsen konden tot op heden geen duidelijke oorzaak voor de klachten aanwijzen. Volgens *Bild* zijn ontstekingen in de mond, die het immuunsysteem



Robben is bezig aan zijn tiende seizoen voor Bayern München. FOTO: FLICKR/RAYAND

kunnen beïnvloeden, van invloed op het trage herstel van Robbens andere blessures. KNMT-voorzitter Wolter Brands plaatst hier vraagtekens bij. “Het is wel zo dat mensen die een hartoperatie moeten ondergaan, eerst door de tandarts worden gecontroleerd. Maar in het geval van Robben zou ik pas aannemen dat een symptoomloze rotte kies direct een slechte genezing van de blessure veroorzaakt, als ik eerst alle andere oorzaken uitgesloten heb.” Aan de krant verklaarde de voetballer moeite te hebben met de lange revalidatie. De ontstekingen zijn inmiddels verholpen. Mogelijk zal de terugkeer van de aanvaller nu niet lang meer op zich laten wachten. Zelf hoopt Robben op 13 maart in de Champions League-wedstrijd tegen Liverpool weer in actie te komen. Eerder had Robin van Persie, aanvaller van Feyenoord en voormalig international van Oranje, te maken met een soortgelijke situatie. Op aanraden van coach Arsène Wenger bezocht de destijds aanvaller van Arsenal een tandarts. De coach vermoedde een verband tussen de verstandskiezen en de vele spierblessures waar Van Persie mee kampte. ■

Capaciteitsorgaan adviseert meer opleidingsplaatsen Tandheelkunde

TEKST: BEN ADRIAANSE

Zoals verwacht erkent ook het Capaciteitsorgaan het bestaande en groeiende tekort aan tandartsen in Nederland. In een tussentijds advies wordt de minister geadviseerd het aantal opleidingsplaatsen met 71 te verhogen naar 311 studenten per jaar. Het aantal opleidingsplaatsen voor Mondzorgkunde (nu 300) hoeft niet omhoog. Zowel KNMT als ANT roepen de minister op snel in actie te komen.

Het Capaciteitsorgaan onderzoekt in opdracht van de beide zorgministers de benodigde opleidingscapaciteit voor tandartsen en mondhygiënisten. Het tussentijdse advies is gebaseerd op deelgegevens zoals demografische ontwikkelingen en de in- en uitstroom van tandartsen en mondhygiënisten. Het uiteindelijke en volledig onderbouwde advies van het Capaciteitsorgaan wordt eind 2019 verwacht. Het orgaan noemt het echter “op basis van de voortekenen niet waarschijnlijk dat de volledige raming een lager instroomadvies zal opleveren.” Beroepsverenigingen KNMT en ANT zijn tevreden met het advies. KNMT-voorzitter Wolter Brands hoopt dat het advies snel wordt omgezet in actie. “Het water staat ons aan de lippen. Er zijn steeds meer signalen die duiden op een tekort aan tandartsen.” Enkele van deze signalen komen in de landelijke en mondzorgmedia regelmatig voorbij. Zo wordt in verschillende regio's een alarmerend tekort aan tandartsen verwacht, en stijgt het aantal uit het buitenland afkomstige tandartsen in Nederland sterk. De ANT vindt dat met dit advies “er niet langer kan worden weggekeken naar de groeiende urgentie om

op te schalen in het aantal tandartsen en daarmee het benodigde aantal opleidingsplaatsen.” In het belang van de kwaliteit van de mondzorg pleit de vereniging voor een spoedige verruiming. “Treuzel niet langer, maar houd het uitstekende niveau van tandheelkunde in Nederland op peil, zodat ook de volgende generatie naar de tandarts kan.” Beide verenigingen benadrukken dat het Capaciteitsorgaan taakherstelling kennelijk niet beschouwt als oplossing voor het tandartsentekort, hoewel minister Bruno Bruins tot nu toe wel in deze richting rede-nerde. ■

ADVERTENTIE

Utrecht Dental

LAAGSTE PRIJS GARANTIE

Turn-key totaalinrichting

www.utrechtdental.nl

Column Reinier van de Vrie



Fake news

‘Trauma... Oh nee! Wat nu?’ Met deze alarmerende kreet en een poster waar een ijshockeypuck op de lezer af komt suizen, probeert de NVvE tandartsen te verleiden om naar haar voorjaarscongres (30 maart in Amsterdam) te komen. Een beetje gewaagde en wilde poster. Maar ook leuk. Je moet tussen al het cursusgeweld immers opvallen. Maar wat als patiënten met een endo achter de kiezen die poster zien en nieuwsgierig geworden eens gaan kijken wat het inhoudt? Die komen dan tot de ontdekking dat het gewoon een congres voor tandartsen is. Een beetje verveeld googelen ze verder op wortelkanaalbehandeling of root canal... Dan is het echt alarm als ze stuiten op de Netflix-documentaire *Root Cause*, waar op internet het nodige over te vinden is. In de documentaire brengt de Australiër Frazer Bailey allerlei van zijn nare ziektes in verband met een wortelkanaalbehandeling van jaren daarvoor. Met een aantal tandartsen denkt hij daarvoor ook bewijs aan te kunnen dragen. Amerikaanse dentale organisaties hebben het met zoveel woorden als quatsch bestempeld. Gebaseerd op foutieve onderzoeken van honderd jaar geleden. Ook de Nederlandse beroepsverenigingen scharen zich daarachter. En op YouTube doen bijvoorbeeld Dr. Ashley en Dr. Sami (San Diego Dentistry) verwoede pogingen om de documentaire te weerleggen. Wat bijvoorbeeld te denken van de bewering dat 98% van de vrouwen met borstkanker aan dezelfde lichaamszijde een wortelkanaalbehandeling heeft ondergaan? Maar dat moet opboksen tegen een filmpje als ‘Say NO to Root Canals - Damaging to your Health’. Zo heeft het fake news ook zijn intrede gedaan in de tandheelkunde. U zit daar mooi mee opgescheept als u aan een patiënt na zorgvuldig onderzoek een endo moet voorstellen. Zeker in een acute situatie wordt het interessant wat er gaat gebeuren als de patiënt net de bewuste documentaire heeft gezien. Daar zit u met al uw klinische en wetenschappelijke bagage en de meest recente nieuwe inzichten. Veel succes dan aan de stoel. Misschien dat de NVvE nog een lezing kan toevoegen van een expert die vertelt hoe je fake news te lijf moet gaan? Het heeft wel als voordeel dat we mensen die in dit soort fabeltjes geloven, makkelijk kunnen herkennen. Die lopen namelijk met gaten in hun mond. Want als je niet gelooft in een endo, laat je toch zeker ook geen implantaat zetten?

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver. Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

17% van de tandartsen in Nederland is buitenlands

Het tandartsentekort in Nederland zorgt voor een toename van buitenlandse tandartsen. Dit blijkt uit cijfers van de KNMT. Per jaar gaan ongeveer 300 tandartsen met pensioen, terwijl er 240 afstuderen.



Het aantal buitenlandse tandartsen in Nederland is de afgelopen jaren sterk toegenomen. FOTO: PIXABAY

Volgens cijfers van de KNMT is het aantal buitenlandse tandartsen in Nederland gegroeid. In 2001 waren dit er in Nederland nog 366. In 2009 groeide het aantal naar 732 en inmiddels telt Nederland 1462 buitenlandse tandartsen. Dit betekent dat 17% van alle 8670 tandartsen in Nederland in het buitenland is opgeleid. In 2001 ging het om ‘slechts’ 5%. In een recente reportage in *Dental Tribune* werd zelfs gesuggereerd dat bij ongewijzigd beleid in 2025 mogelijk bijna de helft van de Nederlandse tandartsen uit het buitenland afkomstig zal zijn. Voorzitter van de KNMT Wolter Brands vindt deze toename onvoorstelbaar. “Idioot dat de overheid zo’n gat laat vallen dat moet worden aangevuld door buitenlanders. Een groot deel van hen zal binnen vijf jaar weer verdwijnen, terwijl patiënten een lange relatie willen met hun tandarts. Het is een te onzeker lapmiddel.” Het tekort aan tandartsen verschilt

aanzienlijk per provincie. Zeeland, Overijssel en Zuid-Holland voeren de boventoon met respectievelijk 35%, 23% en 21% buitenlandse tandartsen. In Friesland heeft 18% van de tandartsen een buitenlands diploma en in Noord-Brabant gaat het om 17%. Het ministerie van Volksgezondheid stelt dat kwaliteit leidend is en buitenlandse tandartsen aan dezelfde eisen moeten voldoen als Nederlandse tandartsen. ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes vindt de komst van buitenlandse tandartsen aanvaardbaar, maar plaatst hier ook vraagtekens bij. “Wij moeten niet afhankelijk worden. Nederland moet de eigen beroepsbevolking op peil houden.” Ook stelt hij dat cultuurverschillen lastig kunnen zijn. “Zuid- en Oost-Europeanen gaan naar de tandarts als ze pijn hebben. Er wordt daar ook meer antibiotica voorgeschreven. Hier werken we aan preventie en is collegiaal overleg gebruikelijk.” (bron: Trouw) ■

Minder tandartsbezoeken door mensen met lage inkomens

DEN HAAG Mensen met een laag inkomen gaan minder vaak naar de tandarts. Dat blijkt uit nieuwe cijfers van het CBS, gepubliceerd in de Gezondheidsenquête.

In 2018 bezocht 71% van de mensen in een huishouden met een laag gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen de tandarts. Het gaat hier over het besteedbaar inkomen van een huishouden gecorrigeerd met verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Van de mensen met een hoog inkomen bezocht 88% de tandarts. Mensen met lagere inkomens bezoeken ook minder vaak de mondhygiënist.

Het bezoek aan de orthodontist verschilt niet per inkomensgroep.

Minderjarigen
De meeste tandartskosten voor minderjarigen worden vergoed binnen het basispakket van de zorgverzekering. Desondanks gaan 4- tot 18-jarigen uit de laagste inkomensgroep minder vaak naar de tandarts dan hun leeftijdsgenoten uit de hoogste inkomensgroep. Respectievelijk is dit 92% tegen 98%. Opvallend is dat het bezoek aan de orthodontist en mondhygiënist geen verschillen kent, ondanks dat kosten voor orthodontie meestal niet vergoed worden in het basispakket. De mondhy-

giënist wordt voor minderjarigen daarentegen vaak wel vergoed. In 2018 bracht 36% van de 12-plussers een bezoek aan de mondhygiënist, tegen 28% in 2014.

Vrouwen vaker dan mannen
Uit de enquête bleek ook dat 40- tot 65-jarigen met 42% in de voorafgaande 12 maanden het vaakst een bezoek brachten aan de mondhygiënist. De orthodontist werd het meest bezocht door 8- tot 18-jarigen (36%). Van de kinderen tussen 0 en 4 jaar gaat ‘slechts’ 34% naar de tandarts. Vanaf 4 jaar gaan bijna alle kinderen naar de tandarts. Ook blijkt uit de Gezondheidsenquête dat vrouwen iets vaker de tandarts of mondhygiënist bezoeken dan mannen.

(bron: CBS) ■

VGZ contracteert te weinig tandartsen-implantologen, vindt ANT

AMSTERDAM Zorgverzekeraar VGZ heeft te weinig tandartsen-implantologen gecontracteerd. Dat stelt beroepsvereniging ANT. Patiënten die een implantaat of klikgebit nodig hebben, kunnen daardoor niet altijd in hun eigen provincie terecht.

De ANT stelt dat VGZ niet aan zijn zorgplicht voldoet en heeft een brandbrief gestuurd naar de zorgverzekeraar. “Als patiënten naar een niet-gecontracteerde implantoloog gaan, kunnen ze achteraf geconfronteerd worden met een niet-betaalde rekening die kan oplopen tot honderden euro’s, ondanks dat de behandeling onder de basisverzekering valt,” aldus de ANT. Voornamelijk ouderen die een klikgebit nodig hebben of dat moeten vervangen, zijn de dupe. VGZ laat in een reactie aan *De Telegraaf* weten zich niet te herkennen in de beschuldigingen. “De ANT maakt een onderscheid in geaccrediteerde en niet-geaccrediteerde implantologen, maar dat onder-

scheid maakt VGZ niet. Daarnaast kunnen mensen ook bij een kaakchirurg in een ziekenhuis terecht. Deze groep heeft de ANT niet meegerekend, waardoor er een scheef beeld is ontstaan. Wij voldoen dan ook aan de zorgplicht.”

De ANT plaatst vraagtekens bij de reactie van de zorgverzekeraar. “Naast het feit dat de zorg die kaakchirurgen in ziekenhuizen bieden gemiddeld duurder is dan de zorg die tandartsen-implantologen in de eerste lijn bieden, is de kaakchirurg uitsluitend op verwijzing te bezoeken. De patiënt kan dus niet rechtstreeks naar de kaakchirurg, maar zal toch eerst een tandarts dienen te bezoeken.” De Nationale Zorgautoriteit (Nza) zal de komende tijd onderzoeken of deze kwestie inderdaad tot problemen zal leiden rond de basiszorg. (bronnen: Telegraaf, ANT) ■

Feiten & cijfers

80%... ..van de 23-jarigen krijgt te maken met cariës tot in het tandbeen.

Dat blijkt uit onderzoek van TNO in opdracht van Zorginstituut Nederland, waar de mondgezondheid van 5-, 11-, 17- en 23-jarigen werd bestudeerd. Cariës tot in het tandbeen komt bij 25% van de 5-jarigen, 40% van de 11-jarigen en 66% van de 17-jarigen voor. Ook werd geconcludeerd dat de mondgezondheid van 5-jarigen ten opzichte van 2005 en 2011 is verbeterd. Bij 11-, 17-, en 23-jarigen is deze daarentegen stabiel gebleven of zelfs verslechterd. Een goede mondzorg begint met goede zelfzorg. Met deze insteek werden gegevens over mondgewoonten van jongeren verzameld. Opvallend is dat 5-, 11- en 17-jarigen met een hoge sociaaleconomische status (SES) over het algemeen beter aan preventieve zelfzorg doen. ■

	SES-groep	5-jarigen	11-jarigen	17-jarigen	23-jarigen
Tanden poetsen, minimaal 2x per dag	Laag Hoog	67%* 77%	78%* 86%	68%* 80%	60% 70%
Eet- en drinkmomenten, maximaal 7x per dag	Laag Hoog	84%* 94%	85%* 93%	67%* 80%	78% 78%
Ontbijten, elke ochtend	Laag Hoog	89% 97%	88%* 94%	66%* 80%	64% 70%
Tandartsbezoek (controle), 2x per jaar	Laag Hoog	71%* 80%	91% 91%	86% 89%	70% 60%

* Verschil tussen de SES laag en SES hoog is statistisch significant.

(bron: Signalement Mondzorg 2018)

ACTA bemachtigt tweede plaats in internationale ranking

AMSTERDAM Het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam heeft een tweede plaats bemachtigd in de QS World University Rankings by Subject. Vorig jaar stond ACTA op de vierde plek.

QS stelt haar lijst op aan de hand van meningen van wetenschappers en werkgevers gecombineerd met de hoeveelheid wetenschappelijke artikelen die geciteerd worden door collega's. Vier criteria staan centraal: reputatie onder werkgevers, reputatie onder vakgenoten, citaties en H-index. Bij dit laatste wordt het aantal citaties gekoppeld aan het aantal publicaties. ACTA scoort

hoog op ‘research impact’ (96,8/100 for Citations per Paper) en ‘research productivity’ (95,6/100 for H-Index). Met een algehele score van 91 staat ACTA net onder het Karolinska Instituut (KI) in Zweden, dat 91,7 punten behaalde. De faculteit Tandheelkunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen staat op plaats 44. De faculteit in Groningen komt niet voor in de top 50. ■

Quiz

1. Een minder goede aansluiting van de suprastructuur op het abutment is geen risicofactor voor botverlies omdat deze aansluiting altijd supramucosaal ligt.

a. Juist

b. Onjuist

2. Het ontstekingsinfiltraat bij peri-implantitis is uitgebreider dan bij parodontitis en leidt tot snellere en progressieve botafbraak.

a. Juist

b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Netflix schrapt documentaire over wortelkanaalbehandelingen

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT

Netflix heeft de omstreden documentaire *Root Cause* uit het aanbod verwijderd. De streamingsdienst staat bekend om haar kwaliteitsdocumentaires. *Root Cause* ontmoette echter veel weerstand vanuit de internationale mondzorg, aangezien de documentaire volgens specialisten desinformatie zou verspreiden.

In de documentaire van regisseur Frazer Bailey worden levensbedreigende aandoeningen waaronder kanker en hartaandoeningen direct in verband gebracht met wortelkanaalbehandelingen. Ook wordt er uitgehaald naar de conventionele tandheelkunde. De 72 minuten durende film suggereert dat mensen beter elementen kunnen laten extraheren dan een wortelkanaalbehandeling ondergaan, hetgeen volledig indruist tegen de huidige inzichten.

Tandartsen adviseren 18% van de rokers te stoppen

UTRECHT Tandartsen adviseren bijna één op de vijf rokers om te stoppen. Dat blijkt uit het onlangs gepubliceerde jaarbericht *Nationale Drug Monitor (NDM)* van het Trimbos-instituut. Dagelijks zien tandartsen de gevolgen van roken in de praktijk. Roken kan leiden tot aanslag op het tandvlees, verkleuring van het element, een slechte adem en schade aan implantaten. Op langere termijn kan roken parodontitis en zelfs mondkanker tot gevolg hebben.

De NDM geeft een overzicht van de laatste trends en cijfers over het gebruik van drugs, alcohol en tabak in Nederland. Uit het jaarbericht blijkt dat 73,7% van de rokers in de afgelopen 12 maanden een tandarts heeft bezocht. Hiervan kreeg 18% een advies om te stoppen.

In 2017 rookte 23,1% van de Nederlanders ouder dan 18 jaar, waarvan 17,2% dagelijks. Deze percentages illustreren een geleidelijke daling sinds 2014. Nederland telt relatief weinig rokers in vergelijking met andere landen en zit onder het Europees gemiddelde van 26%. Wel is roken nog steeds de belangrijkste oorzaak van morbiditeit in Nederland. Volgens het vierjaarlijkse rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 valt 9,4% van de totale ziektelast te relateren aan roken.

Beroepsvereniging KNMT zet zich in voor een rookvrije generatie en is partner in de Alliantie Nederland Rookvrij! Volgens de vereniging kan de tandarts een belangrijke rol spelen bij het stoppen met roken. Ook de ANT neemt dit standpunt in en stelt "dat het afgelopen moet zijn met de kwalijke invloed van deze gezondheid-ondermijnende sector." (bronnen: Trimbos-instituut, ANT, KNMT) ■

De American Association of Endodontists (AAE), American Dental Association (ADA) en de American Association for Dental Research (AADR) hebben eerder hun ongenoegen geuit in een brief aan Netflix, Apple, Amazon en Vimeo. Ze stelden dat de documentaire leidt

"Aantoonbaar onjuiste informatie wordt als feit weergegeven"

tot angst en onrust over de veiligheid van een wortelkanaalbehandeling. "De film is gebaseerd op onderzoek uit de jaren '20 dat later is weerlegd, omdat experimenten toen niet altijd even strikt werden gecontroleerd en vaak uitgevoerd werden in niet-steriele omgevingen. Andere onderzoekers hebben de resultaten van het oorspronkelijke experiment nooit kunnen dupliceren. Waarom wordt deze informatie die aantoonbaar onjuist is, nu als feit weergegeven?"

Ook de KNMT en ANT hebben hun zorgen over *Root Cause* kenbaar gemaakt. In een brief aan Netflix schreef de ANT: "Het verspreiden van potentieel schadelijke informatie gebaseerd op aantoonbaar onjuiste wetenschappelijke informatie is iets wat wij ten sterkste afkeuren." De internationale streamingdienst, die nog geen officiële reactie heeft gegeven, lijkt met het verwijderen van de documentaire al met al te zijn gezwich voor de bezwaren uit professionele hoek. ■

ADVERTENTIE



Dynamische 3D navigatie voor uw chirurgie

- Plaats uw implantaten free-handed met real-time 3D ondersteuning tijdens het boorprotocol en het implanteren.
- Evalueer uw implantaatplanning ook tijdens de ingreep en pas meteen aan waar nodig.
- Diagnose en computer gestuurde behandeling op dezelfde dag? DTX Studio suite en X-Guide maken dit mogelijk.

nobelbiocare.com/xguide

GMT 60898 © Nobel Biocare Nederland B.V., 2019. All rights reserved. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare. Disclaimer: Some products may not be regulatory cleared/released for sale in all markets. Please contact the local Nobel Biocare sales office for current product assortment and availability.

Innovation Roadshow 2019
Ervaar zelf deze GPS voor uw implantaatplaatsing en meer!

nobelbiocare.com/InnovationUTR



René Gruythuysen over zijn strijd voor 'kindvriendelijke mondzorg'

“Kinderbelang blijft ondergeschoven thema”

TEKST EN FOTO'S: BEN ADRIAANSE

Bij sommige tandartsen gaan de nekharen overeind staan zodra hij het woord neemt. Op congressen deinst hij er niet voor terug zijn felle commentaar te geven, ook al heeft hij ogenschijnlijk de hele zaal tegen zich. Hij is de koning van de kritische ingezonden reactie in tandheelkundige vakbladen. Toch geeft wetenschappelijk onderzoek hem vaak gelijk en vinden zijn ideeën over terughoudend behandelen bij kinderen vanuit een preventieve basisgedachte steeds meer navolging. We hebben het natuurlijk over René Gruythuysen. *Dental Tribune* vroeg de gepensioneerd tandarts, PAOT-docent en publicist naar zijn drijfveren, en over zijn visie op 'kindvriendelijke mondzorg'. Een openhartig gesprek volgde. “Stop met zinloos repareren. Gedragsverandering bij kinderen en hun ouders, dáár gaat het om.”

Zo onverzettelijk als zijn reputatie wellicht is, zo kalm en hartelijk is de ontvangst in zijn appartement in Den Haag. René Gruythuysen wil dan ook benadrukken dat hij helemaal niet uit is op persoonlijke aanvallen op mensen. “Het gaat mij altijd om de inhoud. Soms voelen vakgenoten zich aangevallen, maar dat is vaak omdat zij te hoogmoedig zijn om een inhoudelijk weerwoord te geven.” Eigenlijk vindt hij aandacht voor zijn eigen persoon helemaal niet nodig, en wil hij bij voorkeur niet op de foto. Zet er maar een casus van een met NRC behandeld kind bij, zegt hij, dat is veel zinniger. Na enig aandringen gaat Gruythuysen overstag. “Het is niet dat ik mijn strijd voer omdat ik zo nodig vooraan moet staan. Het is omdat ik vind dat de strijd nodig is.”

Hoe ontstond uw affiniteit voor de preventieve mondzorg?

Mijn vader was ook tandarts en had een grote praktijk in het zuiden van het land. Aangezien er destijds een tekort was aan schooltandartsen, werd hij daarvoor gevraagd. Hij had er geen tijd voor, maar zei: “Als de maatschappij een beroep op je doet, dan moet je daar iets mee doen.” Dus deed hij schooltandheelkunde op woensdag.

Zelf koos ik voor de mondzorg omdat ik zo met mensen kon werken en er tegelijkertijd een technisch aspect was. Die combinatie vond ik vanaf het begin prachtig. Tijdens mijn studie kwam ik in aanraking met prof. dr. Klaus König en zijn afdeling. Daar ging een wereld voor mij open. Waar de sfeer op de opleiding doorgaans heel autoritair was, stelde König zich naast zijn studenten op, hij inspireerde ons. Als

persoon, en ook in zijn preventieve filosofie. In Nijmegen richtten we de eerste landelijke actiegroep voor de mondzorg op, genaamd ‘Kies-keurig’. Met een groep studenten gingen we voorlichting over mondverzorging geven in een Nijmeegse wijk. Tot op de dag van vandaag ondersteunt de 88-jarige professor König de missie voor kindvriendelijke mondzorg.

Uw vader deed in feite zijn plicht door de schooltandheelkunde in te gaan. Zelf ziet u het als een roeping om uw gedachtegoed te verbreiden, vaak tegen de stroom in. Heeft u dat van hem?

Ook ik zie het inderdaad als een verplichting. Maar mijn vader was niet iemand die de barricaden opzocht, integendeel. Mijn moeder, met haar zuidelijk temperament, deed dat wel. Zij kon met veel pathos voor een zaak opkomen, ook al kreeg ze er problemen mee. “Een persoonlijke visie,” zo hield ze ons voor, “levert altijd gedonder op. Maar is dat een reden om geen persoonlijke visie te hebben?” Dat is me altijd bijgebleven.

U heeft dus in feite de karaktertrekken van uw beide ouders gecombineerd.

Zo zou je het kunnen zeggen, ja.

“De reparatieve cultuur zit helaas diep in de genen van de kindertandheelkunde”

Kindvriendelijke mondzorg volgens René Gruythuysen

Kindvriendelijke mondzorg is de behandeling die voor kinderen het minst belastend is in fysiek en mentaal opzicht en die stimuleert tot verbetering van het monddrag. Deze benadering is in overeenstemming met de ethiek, de Jeugdwet en het profiel van de tandarts. In de praktijk komt dit neer op het aanpakken van de oorzaak. De kern bij de

oorzakelijke behandeling van cariës is het remmen of stoppen van cariësactiviteit door adequate reiniging met fluoridetandpasta. Uiteraard is aandacht voor een juiste balans in het voedingspatroon medebepalend voor een gezonde mond.

(uit: Gruythuysen RJM. *Kindvriendelijke mondzorg*. AccreDidact, 2018-4: Houten, p. 10)



René Gruythuysen.

Hoe kwam u in de kindertandheelkunde terecht?

Dat gebeurde vrij toevallig. Omdat ik onder andere bij de schooltandverzorging werkte, had ik al specifieke aandacht voor kinderen. Ik kwam te werken op de afdeling Cariologie bij de VU, en door de universitaire taakverdeling belandde ik in de kindertandheelkunde, uiteindelijk als coördinator onderwijs, en gaf ik cariologie-onderwijs op de opleiding tot tandarts-pedodontoloog.

U had het al even over uw ‘strijd’. Waar vecht u tegen?

Tegen ondoelmatige zorg. De kindertandheelkunde in Nederland heeft in mijn ogen veel weg van een gesloten sekte, waarop een kleine groep al vele jaren een grote invloed uitoefent. Een kleine groep die het belang van jonge patiënten ondergeschikt lijkt te maken aan dat van zorgverleners en soms van ouders. Als iemand denkbeelden heeft die buiten de belangen van de dominante groep vallen, wordt dat niet op prijs gesteld.

Het moet dan in je zitten om alsnog te volharden in je eigen visie. Dat heb ik altijd gedaan, ook op school en tijdens de opleiding. Zeker toen ik merkte dat de ‘kindvriendelijke’ denkbeelden die bij aanvang van de opleiding tot tandarts-pedodontoloog werden aangeleerd, er later in de opleiding botweg werden uitgeramd. Er kwam nauwelijks verzet tegen dat je al in de kindertandheelkunde in de reparatiecyclus komt en blijft.

Ieder heeft zijn eigen manier van werken, waarschijnlijk met een eigen onderbouwing. U zou ook kunnen denken: *agree to disagree*, ik werk op

mijn eigen manier en anderen moeten dat ook maar doen.

Dat zou een vergissing zijn. “Vele wegen leiden naar Rome,” wordt mij vaak gezegd. Maar dat geldt niet in de zorg voor kinderen. Het is niet dat je als behandelaar kunt kiezen. Nee, het belang van het kind moet volgens de wet altijd voorop staan. Verschillende opinieleiders hebben aangegeven dat het de andere kant op moet met de kindertandheelkunde. En gelukkig laat de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK), in het interview dat de nieuwe voorzitter Marieke Schorer-Jensma gaf aan het *Nederlands Tandartsenblad*, voor het eerst een ander geluid horen. Zij het te vrijblijvend betreffende de behandelkeuze. Een kindertandarts wordt in het huidige systeem niet berispt, maar juist fors gehonoreerd als hij tot een ingrijpende sanering van een kindergebit inclusief keramische frontkroontjes overgaat, onder algehele anesthesie met alle risico's en bijverschijnselen van dien. Als zulke behandelingen overbodig zijn, noem ik dat iatrogene kindermishandeling. Dat zal men me niet in dank afnemen, maar hoe moet ik het anders noemen?

“Eigenbelang en hoogmoed staan verandering in de weg”

Dus u vindt dat u iets moet doen.

Ja! Ik uit mijn zorgen en onvrede waar ik kan. Ik krijg daarbij vaak als reactie dat ik te persoonlijk ben bij wijze van morele chantage. Want

het gaat mij niet om personen, het gaat mij om de inhoud. Ik laat mij niet leiden door rancune. In tegendeel, er wordt weleens vergeten dat ik altijd bereid ben in gesprek te gaan en liever complimenten geef.

Tot de vakgenoten die u bekritiseert, behoren prominente kindertandartsen met een uitgebreide staat van dienst. Hoe kan het dat uw visies zo fundamenteel uit elkaar liggen?

Als je verzet pleegt, stuit je op twee fundamentele zaken: eigenbelang en hoogmoed. Ik zie bij sommige vakgenoten dat deze boven het belang van het kind uit lijken te gaan. We kennen ook in de zorg en het onderwijs op bestuurlijk en leidinggevend vlak veel zonnekoningen, die zich onaantastbaar wanen. Door vriendjespolitiek en het dwarsbomen van critici worden onwelgevallige meningen weggehouden. Gelukkig heb ik ook ervaring met bestuurders die kritiek juist op prijs stellen. Rob Barnasconi bijvoorbeeld, de oud-voorzitter van de KNMT die mij bij de richtlijn van 2012 betrof, en het huidige bestuur van het Ivoren Kruis.

Het is op zich niet vreemd dat de invasieve methode zo verleidelijk is. Want die doet het op korte termijn vaak goed bij ouders. Die komen met hun kind in de praktijk en vragen de tandarts het probleem op te lossen. Als de tandarts dan onder narcose alles saneert en vervolgens het kind met een mooi gebit mee naar huis teruggeeft, vergezeld van drie afspraken voor poetscontrole, dan lijkt dat prachtig. Maar de

Lees verder op pagina 8 ►

DATA:

8 mei 2019,
Zwolle

14 mei 2019,
Eindhoven

5 juni 2019,
Amsterdam

EEN LEVEN LANG JE EIGEN GEBIT!

VAN FLUORIDEBEHANDELING TOT RESTAURATIE

NASCHOLINGSAVOND MET GEHONOREERDE GASTSPREKERS



DE VOORSPELBAAR- HEID VAN CARIËS EN MONDZORGPROBLEMEN BIJ KWETSBARE OUDEREN

Dr. Arie Hoeksema

Tandarts-onderzoeker aan de
afdeling MKA en Bijzondere
Tandheelkunde van het UMCG,
tandarts-geriatrie algemene
praktijk.



DE RESTAURATIEVE CYCLUS

Drs. Maurits de Kuijper

Promovendus – restauratie van
uitgebreide endodontisch behan-
delde elementen – aan de RUG
en begeleider studenten binnen
het FIXED-programma, tandarts
algemene praktijk.

SAVE THE DATE: WAAR & WANNEER?

8 mei 2019, Zwolle

14 mei 2019, Eindhoven

5 juni 2019, Amsterdam

- Inclusief catering/borrel na afloop.
- Accreditatie KRM/KRT is aangevraagd voor 2 punten.

MEER INFORMATIE & INSCHRIJVEN?

Ga naar www.colgatedental.nl voor meer infor-
matie over de gastsprekers, de inhoud van de
lezingen en schrijf u direct in!

www.colgatedental.nl

INTERESSANT VOOR HET HELE TEAM!

Tarief € 79,- p.p. Schrijf nu in met
2 personen of meer en ontvang
€ 10,- korting p.p.



Ga naar www.colgatedental.nl voor meer informatie

► Vervolg van pagina 6

boodschap blijft zo niet hangen. Alle vormen van eigenbelang bij de behandelaar spelen hier een rol: je kunt de ouders tevreden stellen, je kunt een mooi werkstuk maken, je doet ogenschijnlijk aan preventie, je kunt veel omzet draaien...

Samen met een aantal anderen denk ik dat narcose bij kinderen voor tandheelkundige behandelingen voor een groot deel teruggedrongen kunnen worden. Maar helaas stijgt het aantal juist, in enkele jaren tijd zelfs met meer dan 30%.

Wat is er zo verkeerd aan narcosebehandelingen bij kinderen? Bij hevige angst is het soms de enige manier om de problemen te verhelpen.
Narcose geeft bij jonge kinderen kans op (co-)morbiditeit postoperatief, maar er zijn ook belangrijke aanwijzingen voor ontwikkelingsstoornissen in de hersenen, die tot gedrags- en leerproblemen kunnen leiden. Weliswaar bevestigt recent klinisch onderzoek het laatste niet bij eenmalige behandeling met een behandelduur van één uur of korter, maar je moet geen enkel risico als behandelaar onnodig willen nemen. Behalve gezondheidsbezwaren is een groot nadeel van behandelen onder narcose dat er niets structureels verandert. Als de tandarts het probleem kan oplossen, motiveert dat niet om de mondverzorging te verbeteren. Beter is om terughoudend te behandelen en kind én ouders te coachen om verdere verslechtering te voorkomen. Als je op die laatste manier te werk gaat, zal je (angst veroorzakende) restauratieve agenda steeds leger worden, is bijvoorbeeld de ervaring van tandarts-pedodontoloog Lina Jasulaityte bij JTZ in Den Haag. Maar helaas betekent dat in het huidige tariefsysteem ook dat je inkomsten teruglopen.

Er lijkt de afgelopen jaren wel iets veranderd. Waar gedachten over terughoudend behandelen, en meer specifiek de niet-restauratieve caviteitsbehandeling (NRC, zie kader) eerst nog minderheidsmeningen leken, worden deze steeds breder geaccepteerd als de norm.
Dat zie ik lang niet overal. Het Non-Operative Caries Treatment Programme (NOCTP) kan op steeds meer acceptatie rekenen, maar bij NRC ligt dat moeilijker. Door bijvoorbeeld de NVvK ben ik hierover nooit benaderd. Sterker nog, toen

“Het moet gaan over kwetsbare individuen, niet zozeer over tanden en kiezen”

ik zware kritiek uitte op de misleidende presentatie van de richtlijn kindertandheelkunde in 2012, werd mijn lezing over NRC van een halfjaar later door een bestuurslid van de vereniging geannuleerd. Gelukkig heb ik met mijn kritische uitlatingen ook goede ervaringen opgedaan, zoals in contacten met het UMCG.

Welke rol hebben de tandheelkundige opleidingen gespeeld?
Vanuit de opleiding tot tandarts-pedodontoloog zijn er jarenlang dubbele boodschappen afgegeven. Meer aan preventie doen, maar tegelijkertijd veel ruimte voor de restauratieve agenda. In de richtlijn uit 2012 stond dat er meer wetenschappelijke onderbouwing van NRC moet komen. Een belangrijk advies aan universiteiten, maar alleen Jo Frencken heeft over iets vergelijkbaars gepubliceerd over ultraconservative treatment (UCT) in Brazilië. Wel is er veel aandacht geweest voor een ‘old school’-onderwerp als kaasmolaren.

Ook in de endodontologie was overbodig invasief behandelen de norm. Zo is daar veel te lang de directe overkapping gepropageerd; vaak een onnodige behandeling. Gelukkig vermeldt de nieuwe richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Endodontologie (NVvE) dat partiële cariësverwijdering de voorkeur heeft. Er moet een cultuuromslag in de kindertandheelkunde komen en dat is ingewikkeld. Want de reparatieve cultuur zit heel diep in de genen van dat deelgebied. Iedereen moet met elkaar samenwerken om met duidelijke inzichten en een duidelijk verhaal naar buiten te komen: overheid, universiteiten, verenigingen, zorgverzekeraars, zorgverleners. Bij ACTA is organisatorisch een start gemaakt richting causale therapie, maar men moet de tegenkrachten van de old-school niet onderschatten.

In hoeverre richten uw bezwaren zich op het huidige tariefstelsel, aangezien behandelen volgens uw geadachtegoed voor een terugloop in inkomsten zorgt?
Er bestaat helaas een discrepantie tussen wat vergoed wordt en wat nodig is voor het kind. Old-school restauratief ingrijpen wordt het beste beloond. Ik ben blij dat de NZa hier oog voor heeft en een project gestart is voor een beter financieeringsmodel. Liever zou ik zien dat de mondzorg voor kinderen op tijdsbasis wordt gehonoreerd, met separaat een specificatie van de materiaalkosten, wat in de bijzondere mondzorg al ongeveer zo werkt. Dat zou grote gevolgen kunnen hebben. NRC is via Code Mo5 momenteel in rekening te brengen voor ruim 25 euro per element. Men is het gaan honoreren alsof het een restauratieve behandeling is. Dat werkt niet goed. Als je zes elementen hebt die al openliggen en waaraan je niets hoeft te beslijpen, ben je in pakweg een kwartier klaar en kun je 150 euro factureren. Op die manier is er nogal wat gefraudeerd.

Binnen uw carrière lijkt het onderwerp van uw promotie-onderzoek, over de positie van de mondhygiënist, een zijstap. Wat vindt u van de positie van de mondhygiënist anno 2019 en de discussie over taakherschikking?
Er is in de preventie ontzettend veel werk te doen, zeker bij kinderen. Ik zou dan ook niet weten waar mondhygiënist de tijd vandaan moeten halen om allerlei extra taken uit te voeren. Mijn advies zou zijn: laat je niet afleiden van je hoofdtaak, de preventie. Steek daar alle energie in. Naar tandartsen toe, maar ook naar bijvoorbeeld de GGD en consultatiebureaus, die hebben een grote verantwoordelijkheid op dit vlak. Ik voorzie problemen bij de AMvB (waardoor mondhygiënist extra zelfstandige bevoegdheden krijgen per medio 2020, red.) wegens een andere invulling van het teamwerk. In mijn ogen is het belangrijk dat de tandarts de regie houdt binnen de invasieve mondzorg. Maar dan moeten wel veel meer kinderen naar de mondhygiënist worden verwezen.

Uw recente nascholingsprogramma is getiteld Kindvriendelijke mondzorg. Uiteraard zal elke tandarts kindvriendelijk willen

behandelen. Welke van uw cruciale adviezen worden in de praktijk toch te weinig gevolgd, vindt u?
In de eerste plaats moet je de cariësactiviteit lokaal opsporen, niet alleen de plaque scoren zoals vaak nog wordt gedaan in onderzoek en praktijk. De plaque-index is namelijk een momentopname, en je zult zien dat een kind dat nooit poetst, dat voor het bezoek aan de tandarts net wél gedaan heeft. Als je altijd gerestaureerd hebt, kun je jezelf aanleren om terughoudend te werk te gaan en niet direct de caries dichtplakken. In plaats daarvan kun je foto's maken en samen met de patiënt gaan kijken hoe je de cariësactiviteit kunt terugdringen. Op de eerste plaats door mondhygiëne, en zo nodig ook met aandacht voor het voedingspatroon en door fluoride toe te dienen. Bij een volgend consult kun je dan met elkaar kijken of er verbetering is opgetreden.

We moeten in de mondzorg voor kinderen kortom naar causale zorg waar het enigszins mogelijk is. Probeer daarbij zo weinig mogelijk symptomatisch te werken. Beschouw zilverdiaminefluoride niet als een gereedschap, maar kader het in binnen de etiologische benadering (NRC) als steun op weg naar gezond gedrag. Hall-kronen zijn prachtig, maar je moet ze alleen toepassen als het echt nodig is. Hetzelfde geldt voor algehele anesthesie. Rob Burgersdijk heeft narcosebeperking al bepleit in Dental Tribune, en in het NTVt met anesthesioloog Leo Booij, evenals arts en neurobioloog Dick Swaab en kaakchirurgen waaronder wijlen Jacques Baart.

Zijn er behalve steun voor beperking van narcose nog meer lichtpuntes?
Vakblad *TandartsPraktijk* heeft van meet af aan alle ruimte gegeven voor mijn denkbeelden, ook toen er nog onvoldoende bewijs was, waarvoor petje af. Van geestverwanten krijg ik geregeld pittige kritiek, wat prima is. Wat moet je met meelopers? Tegenspraak brengt ons verder en die krijg ik gelukkig genoeg. Veel steun heb ik van Els Tijskens en Thierry Boulanger, gedreven tandarts-pedodontologen in België. Cursussen die ik in België geef, lopen allemaal vol. De bekende carioloog Edwina Kidd heeft mij gevraagd een vervolg te schrijven op haar artikel

“Er zijn vast mensen die mij graag van het toneel zien verdwijnen”

over NRC in 2012 in *Dental Update*. Het verschijnt deze maand. Belangrijk is dat het KIMO met de mondzorg voor kinderen aan de slag is gegaan. Maar de richtlijn voor NRC laat nog even op zich wachten. Daarom hoop ik dat de zorgverzekeraars eerder onderzoek naar de bewijskracht laten doen en de code Mo5 in het basispakket opnemen.

Volgens u wordt er nog veel te veel symptomatisch behandeld bij kinderen. Hoe kan dat?
Over de voorkeur voor NRC als causale therapie zijn sinds 2015 drie

NRC in het kort

Niet-restauratieve caviteitsbehandeling is een vorm van tertiaire preventie die bestaat uit een samenhangend pakket van weinig belastende niet-restauratieve handelingen met als doel de geconstateerde cariësactiviteit bij cavitatie van een of meer gebitselementen af te remmen of te stoppen. NRC omvat:

1. Een informed consent.
2. Het toegankelijk maken van cariëslaesies die anders niet bereikbaar zijn voor reiniging.
3. Het aanbrengen van middelen die hypersensitiviteit voorkomen of bijdragen aan de remineralisatie van het dentine.
4. Het monitoren van de cariës-laesies.
5. Effectieve communicatie en verslaggeving.

(uit: Gruythuysen RJM. *Kindvriendelijke mondzorg. AccreDidact*, 2018-4: Houten, p. 20-2)

uitgebreide artikelen in het NTVt verschenen, maar dit praktiseren is kennelijk het probleem. De ‘populistische’ en makkelijke oplossing is om meteen in te grijpen en ouders en kind een blinkend resultaat te tonen. Een zorgzame kindertandarts maakt ouders mededkundigen in het begeleiden van de mondgezondheid van hun kind, hoe complex dat ook is. Vaardigheid met motiverende gespreksvoering is daarbij van belang. Er is belangrijk en uitstekend onderzoek gedaan door Denise Duijster en Maddelon de Jong-Lenters naar hoe je moet communiceren met ouders. Lina Jasulaityte heeft ervaren dat de niet-restauratieve therapie de meest effectieve methode is om dit succesvol naar ouders te communiceren.

Beoefenaars van NRC worden door critici weleens als ‘zorgvermijders’ omschreven.
Er wordt in feite neergekeken op tandartsen die de voorkeur geven aan de etiologische benadering. Wie denkt dat goede zorg af te meten is aan het aantal gemaakte restauraties, zit echt op het verkeerde spoor. Een prachtig voorbeeld van de misplaatste arrogantie die we zoveel zien in de kindertandheelkunde. Problemen maskeren noem ik geen ‘succesvolle mondzorg’, het enige succes zou zijn als je de mondgezondheid verbetert, en dat doe je niet.

De tijdelijke dentitie verdwijnt later toch. Wat is er dan mis met ingrijpen als het gebit daardoor beter oogt en aanvoelt?
Wanneer een kind zijn tijdelijke dentitie heeft, is dat net de periode waarin het gedrag verbeterd kan worden vóórdat het blijvende gebit doorkomt. Dat ben ik eens met Rob Burgersdijk. Dus het is juist

Lees verder op pagina 9 ►

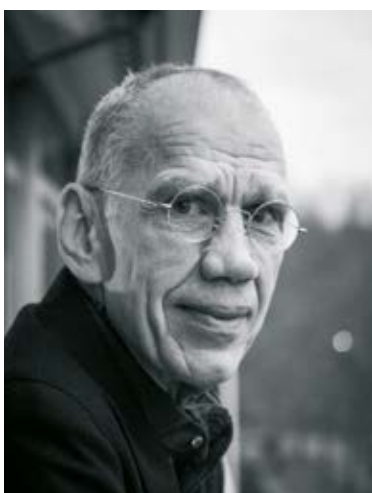


► Vervolg van pagina 8

een heel belangrijke periode om bij patiëntjes het monddrag aan te pakken.

Wat is uw bezwaar tegen pulpotomie bij elementen bij diepe cariëslaesies?

Er is aangetoond dat deze ingreep slechts bij 5% van de diepe cariëslaesies nodig is. Behandelaars doen de pulpotomie vaak 'voor de zekerheid', maar dat is flauwekul, want een pulpotomie gaat ook niet altijd goed. Een indirecte overkapping gaat in 95% van de gevallen goed. Maar ja, een pulpotomie levert financieel meer op...



In hoeverre zijn uw denkbeelden ook op volwassenen toepasbaar?

Daar gaat ons volgende boekje over: dat bespreekt orale verwaarlozing (verwacht in najaar 2019 bij *Accredidact, red.*) en ga ik schrijven met Cees de Baat en Lina Jasulaityte. Wij zijn het erover eens dat je de mondzorg bij kwetsbare individuen bij voorkeur, geïntegreerd in ketenzorg, causaal moet behandelen, en terughoudend moet zijn met restauratief ingrijpen ten gunste van bijvoorbeeld zilverdiaminefluoride als hulpmiddel. Want ook daar moet gedragsverandering bereikt worden bij patiënten of hun begeleiders en naasten.

“De invasieve prioritering is een valkuil en leidt niet tot gezondheidswinst”

Uw punt is duidelijk. Ook voor anderen, lijkt het soms. Op congressen waar u zich als bezoeker vaak roert, klinkt geregeld: “Ach, daar heb je Gruythuysen weer.”

Dat krijg ik nog regelmatig te horen. En dat er negativiteit aan kleef, bijvoorbeeld. Ik word vaak genoeg uitgescholden en beledigd, en dat mag allemaal, ik weet tegenwoordig ook dat het gaat gebeuren. Het is *all in the game*. Soms kom ik terug van een bijeenkomst en denk ik: het is deze keer meegevallen.

Ik volg de strategie van gezondheidseconoom Guus Schrijvers: het schandaliseren van ernstige misstanden. Als je een houding aanneemt zoals ik, moet je goed weten waar je mee bezig bent en wat je over je heen kunt krijgen. Je moet je nooit slachtoffer voelen. Laat ze maar schelden en rattengedrag ver-

tonen, ik heb mijn eigen agenda. Er zijn vast mensen die mij graag van het toneel zien verdwijnen, het zij zo.

Denkt u weleens: vandaag heb ik geen zin in die confrontatie, ik houd mijn mond maar?

Nee. Halverwege de 19^e eeuw hadden we Ignaz Semmelweis, die benadrukte dat artsen hun handen moesten wassen om de kraamvrouwenkoorts te bestrijden waar destijds tienduizenden vrouwen

aan stierven. Hij werd voor gek versleten, verweten dat hij het artsengilde belachelijk maakte, ontslagen. Maar hij hield stug vol en bereikte zijn doel na veertig jaar, waarna de gevallen van kraamvrouwenkoorts al snel terugliepen. Ik wil mijzelf totaal niet vergelijken met Semmelweis, hij heeft vele mensenlevens gered, maar ik zie voor mijn ogen wel dezelfde processen plaatsvinden. Tegenwoordig kunnen wij ons niet meer voorstellen dat artsen anderhalve eeuw geleden hun handen

niet wassen. En straks, daar ben ik heilig van overtuigd, komt er een moment dat niemand zich nog kan voorstellen hoe het kan dat wij kinderen zo konden behandelen als tot nu toe is gedaan.

Mist u het vak van praktiserend tandarts nog weleens?

(lange stilte) Echt missen, nee. Het schrijven en publiceren en het begeleiden van anderen vind ik ook geweldig. Grote weemoed voel ik niet, want ik ben nog steeds druk

bezig en het geeft me energie om zorgzame collega's te ondersteunen. Ik word dit jaar 75 en er komt een moment dat het menselijk noodlot toeslaat of dat ik zeg: het is genoeg geweest. Men mag mij vergeten, als het aantal jonge geestverwanten maar toeneemt. Want het is belangrijk dat zij de discussie blijven voeren, in het belang van het kind.

Reageren op dit artikel? Stuur een e-mail naar redactie@dental-tribune.nl. ■

ADVERTENTIE

Premium Partner:

14–15 June 2019
Maritim Hotel Berlin

9th CONSEURO Berlin

Beautiful teeth for life—The challenges of an ageing society

Key topics:

- | Caries management and tooth preservation for elderly people and high risk patients
- | Minimally invasive aesthetic dentistry
- | Post-endodontic restorations and adhesive techniques

Joint conference organised by the EFCD (European Federation of Conservative Dentistry) and the DGZ (German Association of Dentistry), in cooperation with the DGÄZ (German Association of Aesthetic Dentistry).

WWW.CONSEURO.BERLIN

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Germany · Phone: +49 341 48474-308 · Fax: +49 341 48474-290 · event@oemus-media.de