Dental Tribune

The World's Dental Newspaper

Nederlandse editie | nl.dental-tribune.com | Jaargang 13, nr. 4

PODCAST

Hoe excelleer je als mondzorgpraktijk?

Pagina 3

CONGRES

VMTI: Angstaanjagend. Wie is bang voor wie...

Pagina 8

NASCHOLING

Intercongress nieuwe stijl: Explore & Learn

Pagina 12

INTERVIEW

Bijzonder hoogleraar Parodontologie Mark Timmerman: "Mijn vakgebied werd niet verdedigd"

Pagina 14

Vapen verhoogt risico op cariës

TEKST: IVETA RAMONAITE, DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

BOSTON, VS **Onderzoekers van de *Tufts University School of Dental Medicine* hebben onlangs het verband onderzocht tussen het gebruik van e-sigaretten ('vapen') en het risico op cariës. Dit is een toevoeging aan bestaand bewijs over het verband tussen vapen en verslechtering van de mondgezondheid. De onderzoekers constateerden dat vapen het risico op cariës bij patiënten verhoogt. Gezien de bevindingen raden de onderzoekers aan om het gebruik van e-sigaretten niet alleen op te nemen in vragenlijsten over de tandheelkundige en medische voorgeschiedenis, maar ook te beschouwen als een van de risicofactoren voor cariës.**

FOTO: 123RF

Volgens de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) gebruiken ongeveer 9,1 miljoen Amerikaanse volwassenen en twee miljoen tieners tabaksproducten. Maar ondanks toenemend bewijs dat er een verband is tussen vapen en een verslechtering van de gezondheid, is er weinig algemeen bewustzijn voor dit probleem. Eerder onderzoek toonde aan dat e-sigaretten het risico op parodontale aandoeningen kunnen verhogen en het tandglazuur kunnen beschadigen.

Er was echter meer onderzoek nodig om het verband tussen het gebruik van e-sigaretten en mondgezondheid te begrijpen. Deze studie is de eerste die het verband tussen vapen en een verhoogd risico op cariës onderzocht.

In het onderzoek analyseerden de onderzoekers de gegevens van meer dan 13.000 patiënten ouder dan 16 jaar, die van 2019 tot 2022 zijn behandeld in Tufts tandheelkundige klinieken. Ze ontdekten dat ongeveer 79 procent van de patiënten die vapeten een hoger risico hadden om cariës te ontwikkelen, vergeleken met slechts 60 procent in de controlegroep. De onderzoekers merkten op dat ze niet hebben onderzocht of de gebruikte apparaten nicotine of tetrahydrocannabinol – de belangrijkste psychoactieve verbinding in cannabis – bevatten.

"Het is belangrijk te beseffen dat dit voorlopige onderzoeksgegevens zijn," zegt hoofdauteur Dr. Karina Irusa, universitair docent Uitgebreide zorg aan de Tufts University, in een persbericht. "Dit is niet 100 procent bewijs, maar mensen moeten zich bewust zijn van wat we zien."

ADVERTENTIE

Gebruik e-sigaretten in Nederland

In 2018 gebruikte 3,1 procent van de Nederlandse volwassenen de e-sigaret wel eens. Van de scholieren tussen de 12 en 16 jaar in 2017 heeft 27,5 procent ooit een e-sigaret gebruikt en van de mbo- en hbo-studenten tussen de 16 en 18 jaar 44 procent.

Per 1 oktober 2023 worden alle smaken e-sigaretten uit de handel genomen in Nederland. Alleen de smaak 'tabak' blijft toegestaan. Vooral voor jongeren worden e-sigaretten aantrekkelijk door de zoete smaakjes, zoals mango, hazelnootpasta of mojito.

Bron: Trimbos Instituut

Volgens de onderzoekers kan het gebruik van e-sigaretten bijdragen aan de ontwikkeling van cariës door het hoge suikergehalte en de viscositeit van de vape-vloeistof. Wanneer de vloeistof vernevelt en je dit inhaleert, kleeft het aan de tanden en veranderen de vape-aerosolen het microbioom in de mond. Daardoor kunnen bacteriën die zorgen voor cariës de mondholte binnendringen. Het onderzoek toont ook aan dat vapen cariës kan veroorzaken op plekken waar ze normaliter niet voorkomen, zoals aan de onderkant van het front.

Door deze bevindingen raden de onderzoekers tandartsen aan om patiënten te vragen naar e-sigaretgebruik, als onderdeel van het uitvragen van de medische voorgeschiedenis. Dit geldt ook voor kindertandartsen, aangezien het aantal middelbare scholieren en studenten dat e-sigaretten gebruikt hoog is in de VS. In 2021 gebruikte 7,6 procent van de Amerikaanse scholieren en studenten e-sigaretten, aldus de CDC.

Daarnaast zijn de onderzoekers van mening dat patiënten die e-sigaretten gebruiken een strenger cariësprotocol moeten volgen. Met bijvoorbeeld fluoridetandpasta en fluoridespoeling op recept, fluoridetoepassingen in de praktijk en meer tandartscontoles.

"Het kost veel tijd en geld om cariës onder controle te krijgen, afhankelijk van de ernst ervan," aldus Dr. Irusa. "Het is een vicieuze cirkel die niet stopt."

Het onderzoek, getiteld 'A comparison of the caries risk between patients who use vapes or electronic cigarettes and those who do not: A cross-sectional study', werd in december 2022 gepubliceerd in het tijdschrift van de American Dental Association. ■

INTERVIEW

Parodontoloog NVvP Alexander Verhelst:

"Je kunt parodontale chirurgie er niet een beetje bij doen"

Pagina 6-7

Cursus Uitblinkers in verrijkte vorm verder

Prijswinnende interventie voor verbeteren mondverzorging kinderen

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

De opvoeding en het gezinsfunctioneren hebben grote invloed op het poetsgedrag van kinderen en het ontstaan van cariës op jonge leeftijd. Mede op basis van hun promotieonderzoeken bij ACTA ontwikkelden Maddelon de Jong-Lenters en Denise Duijster een veelbelovende methodiek waarmee zij door de jaren heen verschillende prijzen wonnen: de Uitblinkers-interventie. In 2018 richtten ze Stichting Blinkers op en startten een cursus om te leren werken met de Uitblinkers-interventie. Nu, vijf jaar later, gaan zij een samenwerking aan met uitgeverij Prelum, die de cursus in blended vorm gaat organiseren en verder professionaliseren.

In hun promotieonderzoeken bij ACTA ontdekten De Jong-Lenters en Duijster dat ouders van goede wil zijn en over voldoende kennis en motivatie beschikken, maar dat het toch vaak niet lukt om de mondhygiëneadviezen thuis toe te passen. Daarbij lopen ze tegen te veel barrières op in het gezin.

BEELD: NORA VRBA

De Jong-Lenters en Duijster deden onder meer onderzoek naar het gezinsfunctioneren en het opvoedgedrag van ouders, en hoe dit invloed heeft op poetsgedrag en het ontstaan van cariës bij kinderen. Zo kwam er inzicht in welke barrières in gezinnen een goede mondgezondheid belemmeren. Met die interessante kennis wilden ze graag verdergaan.

De centrale vraag was hoe ze mondzorgverleners konden helpen om deze barrières weg te nemen. De Jong-Lenters en Duijster ontwikkelden daarvoor de interventie Uitblinkers, een laagdrempelige gespreksmethodiek om ouders te helpen bij de uitdaging die tandenpoetsen bij hun kind is.

In 2017 trainden ze in een pilot 22 mondzorgverleners om de Uitblinkers-interventie toe te passen.

Lees verder op pagina 13 ▶

HALEON

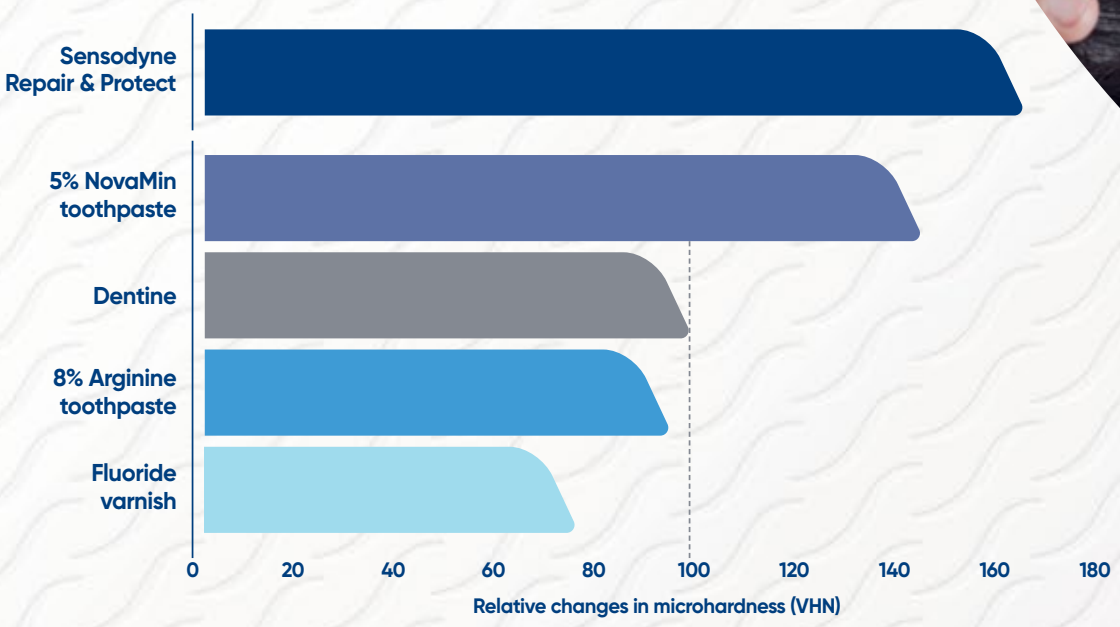
SENSODYNE

N°1 TANDPASTA VAN NEDERLAND***

HERSTELT GEVOELIGE TANDEN

DIEP VAN BINNEN*

- Novamin dringt diep in de dentinekanalen voor **diepe repair en bescherming**
- herstellende hydroxyapatite laag is harder dan dentine en bestand tegen voedingszuren en tandenpoetsen
- bewezen **effectieve verlichting en langdurige bescherming** tegen gevoelige tanden**



Bestel Sensodyne samples nu via:
www.dentalintouch.nl

Parkinson et al. 2011 and GSK data on file in vitro studies showing surface hardness following 4 days of twice-daily treatment. *Forms a protective layer over the sensitive areas of the teeth. **2xdaags poetsen. Parkinson et al. 2011 and GSK data on file in vitro studies showing surface hardness following 4 days of twice-daily treatment.
***Nielsen, P1 2023. Trademarks are owned by or licensed to the Haleon group of companies.
©2023 Haleon group of companies or its licensor. PM-NL-SENO-23-00009.

Hoe excelleer je als mondzorgpraktijk?

TEKST: HEDWIG FOSSEN

Waarin onderscheidt een excellente mondzorgpraktijk zich van andere praktijken? Dat is de vraag waarover de sprekers in de nieuwe aflevering van Mondzaken zich buigen. Vanaf augustus kunnen mondzorgpraktijken zich weer inschrijven voor de verkiezing 'Mondzorgpraktijk van het jaar', waaraan dit jaar ook mondhygiënepraktijken kunnen deelnemen.

Op Dental Expo 2024 zal de jury de prijzen uitreiken, waarvan één voor de beste tandartspraktijk en één voor de beste mondhygiënepraktijk van het jaar. "Het zijn twee verschillende velden die elkaar goed aanvullen, maar we willen ze wel met een aparte blik bekijken. Daarom hebben we er dit jaar voor gekozen om één verkiezing te organiseren met twee doelgroepen. Dan zetten we de mondzorg in zijn volle breedte in de schijnwerpers," vertelt Pieter Schram van Vertimart, medeorganisator van de verkiezing.
In de podcastaflevering zijn naast Schram tandartsen Hein de Bont en Eric Kroese aanwezig. De Bont is jurylid voor de verkiezing 'Mondzorgpraktijk van het jaar' en visiteur namens de KNMT bij tandartspraktijken. Kroese is praktijkeigenaar van de winnende praktijk van vorig jaar, het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) Midden-Brabant. Kroese: "We helpen kleine kinderen en mensen met een beperking en onderscheiden ons doordat we geen wachtlijst hebben. Kinderen horen niet met pijn op een wachtlijst, maar moeten snel geholpen worden. Dankzij een goed bedrijfsplan lukt het ons nog steeds om zonder wachtlijst te werken."
Volgens De Bont is het belangrijkste kenmerk van een goede praktijk – naast inhoudelijk kwaliteit leveren – dat je klantgericht bent. "Het servicepakket moet optimaal zijn, zodat patiënten nergens misgrijpen. Geen wachttijden en geen problemen bij een belletje naar de praktijk. Klantonvriendelijkheid nekt uiteindelijk iedere ondernemer. Ik merk nog weleens dat niet alle praktijken even klantgericht zijn. Dat vind ik verbazingwekkend. Het zou goed zijn als iedere tandheelkundestudent een paar maanden in de horeca zou werken om te leren vriendelijk gedag te zeggen en daarbij de patiënt goed aan te kijken."
Daarnaast zijn de gasten bij Mondzaken het erover eens dat focus essentieel is voor een toppraktijk. Schram: "Als organisatie kijken we of alle facetten van de praktijk op orde zijn: hygiëne, administratie en nascholing bijvoorbeeld." De Bont: "Je wordt mondzorgpraktijk van het jaar als die facetten een geheel vormen en het hele team hier focus op heeft. Als je het met z'n allen zo goed mogelijk wil doen voor de patiënt, ben je een heel eind om een toppraktijk te worden." ■

Mondzorgpraktijk van het jaar: praktische informatie
Binnenkort start de inschrijving via de website www.tandartspraktijkvanhetjaar.nl. Op Dental Expo 2024 zal de jury de uitslag van de verkiezing bekendmaken.

FOTO: IMELDA VAN DER WARDT

Vlnr: Hein de Bont, Reinier van de Vrie, Eric Kroese en Pieter Schram.

Beluister de nieuwe aflevering van Mondzaken via Apple Podcasts, Google Podcasts of Spotify.

MAX meldpunt: rekening mondhygiënisten te hoog

UTRECHT **Volgens een peiling van het MAX Opinie Panel is 73 procent van de respondenten tevreden over de behandeling van mondhygiënisten. 57 procent vindt de tarieven van mondhygiënisten echter te hoog.**

De leden van het panel werd gevraagd naar hun mening over mondhygiënisten. Panelleden raakten vooral geïrriteerd door de vijfminutenbehandelingen om het gebit te reinigen. Voor elke driehonderd seconden kost dat € 14,91. De patiënt heeft vaak de indruk dat de mondhygiënist eerder te veel dan te weinig minuten in rekening brengt en kan niet controleren hoelang de behandeling duurt, aldus het MAX-meldpunt.
Alleen als de behandelaar verwacht dat de behandeling meer dan € 250 gaat kosten, moet hij dit vooraf aan de patiënt vermelden. Volgens zowel de NZa als de Patiëntenfederatie moeten mondhygiënisten vooraf duidelijkheid geven over de kosten van de behandeling, ook als die minder bedragen dan € 250. De NZa bepaalt de tarieven voor de mondhygiënist aan de hand van de hoeveelheid tijd en de kosten van de verrichtingen.
Door hoge tarieven mijden vooral mensen met een kleine portemonnee de mondhygiënist en de tandarts. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie blijkt dat zeker 1 miljoen mensen hun gebit verwaarlozen omdat ze om financiële redenen mondzorg mijden. Dat kan tot gezondheidsschade leiden, aldus directeur Dianda Veldman van de Patiëntenfederatie. De Patiëntenfederatie is voorstander van een oplossing in de vorm van basiszorgcontrole in het basispakket. Daaronder vallen het verzorgen van het gebit en de behandeling van cariës. ■

Bron: MAX meldpunt

FOTO: 123RF

ADVERTENTIE

Column
Reinier van de Vrie

Geen gebak

Traditiegetrouw zorgt het ontvangende tennisteam bij de voorjaarscompetitie voor gebak bij de koffie of thee. Als je pech hebt mag je je kilometers verder al om 9 uur melden voor dit ochtendritueel. Koffie om wakker te worden is een weldaad, maar gebak op dat tijdstip, zeker in de wetenschap dat je vier uur de baan om moet om een paar zware wedstrijden te spelen? Nee, daar kan ik niet echt warm voor lopen. Ik hoor steeds meer spelers die daar ook niet zo'n behoefte aan hebben. Die slaan beleefd de gebaksronde over.
De thuisspelers mogen eerst uitvechten wie er die week voor 'iets bij de koffie' gaat zorgen. Daar heeft natuurlijk niemand zin in, maar uiteindelijk offert iemand zich dan wel op. Zelf weet je natuurlijk best wanneer je aan de beurt bent. Weigeren is geen optie. Je wilt niet als asociaal te boek staan. Nog geluk dat mijn team niet vindt dat het 'iets' zelf gebakken moet zijn.

Weigeren is geen optie

Kortom, een ritueel waar weinig mensen op zitten te wachten dat we met z'n allen toch in stand houden. Hoe doet uw praktijk dat trouwens met verjaardagen? Zitten jullie ook met lange tanden om de dag gebak weg te werken? Of wordt het door een paar mensen wel toegejuicht? Zijn dat dan de mensen met een snelle stofwisseling of juist de mensen met een zeker maatje?
En hoort er bij verjaardagen ook een origineel cadeau of zelfs een speech? Wie wil er nog uitbreiding van zijn boekenkast, een hogere cd-toren of wat flauwe clichés van een leidinggevende? Hoe raken we af van rituelen en gewoontes die van niemand eigenlijk hoeven? Wie gooit de knuppel in het hoenderhok in de wetenschap dat er altijd wel een hartstochtelijke cakeeter is die zal beginnen over oude waarden en tradities. Dat kan alleen maar leiden tot onsmakelijke discussies.

Nu moet ik eerlijk bekennen dat toen we de eerste tenniswedstrijd 50 kilometer van de thuisbasis om 11 uur 's ochtends moesten spelen, ik wel toe was aan een bakkie en het wel vreemd vond dat er niets bij gepresenteerd werd. Wat een kale boel! Wat ik toen nog niet wist, was dat in plaats daarvan als lunch broodjes geserveerd zouden worden en dat de eigen meegebrachte bammetjes in de tennistas konden blijven. Tot slot viel op de borrelhap niets aan te merken.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en vanaf 2020 hoofdredacteur van Dental Tribune Nederland. Contact: vrie@dental-tribune.nl.

Column
Richard Mastwijk

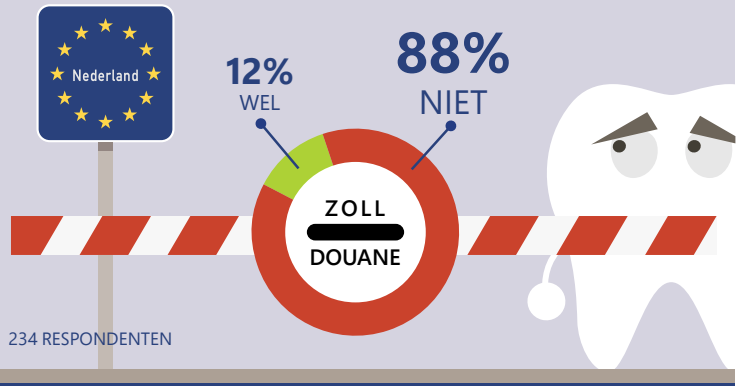
Bommetjes in contracten

In ieder beroep zijn er onderdelen van het werk die tot meer of minder enthousiasme leiden. Ook de laatste categorie hoort erbij en daar valt in de regel niet aan te ontkomen. Voor u is dat misschien een gecompliceerde endo of een apex, voor mij is dat het juridische deel van mijn werk. Ik doel daarbij in het bijzonder op de overeenkomsten die worden opgesteld binnen een maatschap of samenwerking of bij een praktijkoverdracht. Het opstellen van dergelijke overeenkomsten was vroeger vrij eenvoudig. Hier of daar een kleine aanpassing op de door de verschillende beroepsorganisaties beschikbaar gestelde modellen en klaar. Met de komst van private equity in de zorg lijkt dit juridisch overzichtelijke tijdperk definitief te zijn verlaten. Veel van de u welbekende marktpartijen maken gebruik van advocatenkantoren in de M&A-praktijk, veelal het clubje Zuidas-kantoren. De aldaar werkzame dames en heren hebben het opstellen van dergelijke overeenkomsten verheven tot een zekere kunst. Dikke contracten met de meest bijzondere vrijwaringen en garanties en een voor deze kantoren aantrekkelijk verdienmodel. Een goed voorbeeld hiervan is de MAC-clausule, wat staat voor Material Adverse Change. Deze verschaft de koper de mogelijkheid de koop te annuleren. Mijn speurwerk op Google leverde voorbeelden op als de aanval op de Twin Towers op 9/11 en gebeurtenissen met eenzelfde impact. Zonder deze gebeurtenissen te willen bagatelliseren, is het mij niet duidelijk wat de gevolgen zijn voor een mondzorgpraktijk. De vraag naar mondzorg zal daardoor niet stagneren en derhalve geen gegronde reden zijn om de koop te cancelen. Met dit soort bepalingen bekruipt mij dan ook de gedachte dat er de nodige juridische valkuilen aanwezig zijn. De gedachte zou misschien kunnen leven dat uitgebreide contracten bijdragen aan minder discussie of verkeerde interpretaties. Maar helaas! Uit een artikel in *Het Financieele Dagblad* van 6 maart 2023 blijkt dat de contracten onnodig dik, complex en duur zijn geworden. Deze veramerikanisering is met name te danken aan private-equityfondsen die de Nederlandse zorg tot hun jachtgebied zijn gaan rekenen. Dit staat haaks op het doel om het aantal conflicten te verminderen. De dikkere contracten vormen juist een voedingsbron voor conflicten. Advocaat en hoogleraar Marcel Ruygvoorn gaf in zijn oratie 'Less is more; voldoet ons contractrecht nog?' aan dat de praktijk is doorgeschoten en dat ook 85 procent van alle bedrijfsjuristen vindt dat daardoor onnodige complexiteit is ontstaan. Ik pleit er dan ook voor om tot volledige en inhoudelijk juiste modelovereenkomsten te komen waarmee de alledaagse praktijk uit de voeten kan. Een model dat ook u als zorgverlener kunt lezen en begrijpen. ■

Richard Mastwijk
van helder consultancy

De stemming

Tandartsen uit buitenland oplossing voor tandartsentekort?



Een van de oplossingen voor het oplopende tandartsentekort in Nederland is het werven van tandartsen uit het buitenland. Zeker voor tandartsen met een Belgisch, Spaans of Grieks diploma (en een BIG-registratie) is dat best eenvoudig. We vroegen tandartsen in Nederland of ze dit een goede oplossing vonden tegen het schrijnende tandartsentekort. In totaal zijn er 234 stemmen uitgebracht, waarvan 88,1% (192 stemmen) vond dat dit geen goede oplossing is.

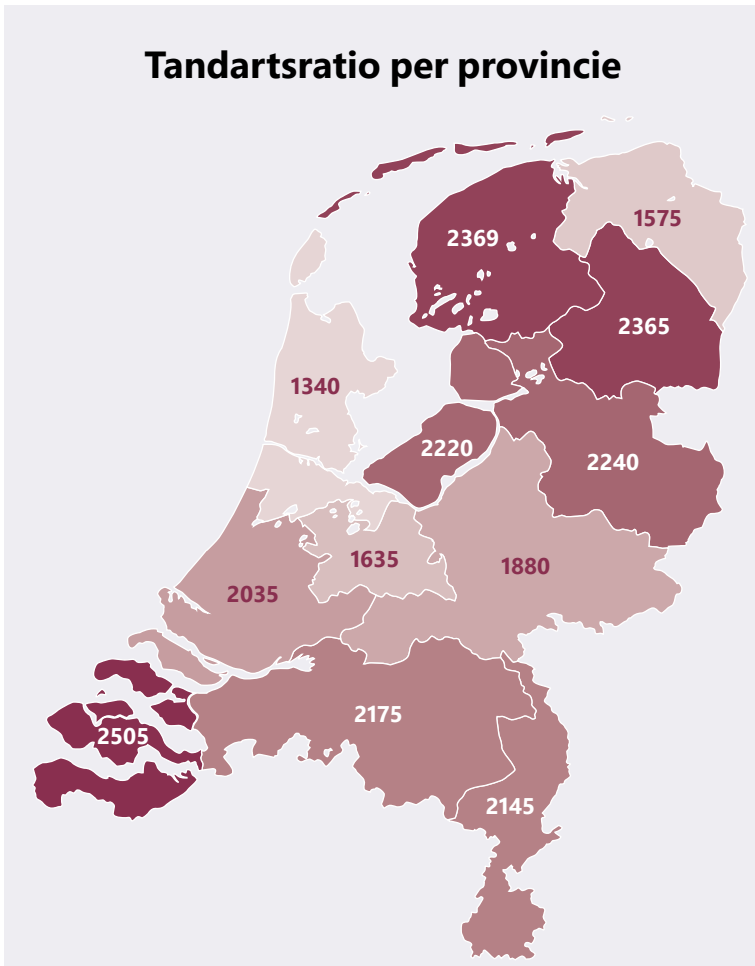
Interessant is hierbij dat uit een recent onderzoek van de KNMT blijkt dat nu 22% van de tandartsen in ons land niet uit Nederland komt. In de provincie Zeeland is dat percentage zelfs 49%. Een veelgehoord argument tegen buitenlandse tandartsen is dat ze maar voor korte duur in Nederland blijven, ook aldus de KNMT. Een andere oplossing voor het tandartsentekort die genoemd wordt is het overnemen van taken door de mondhygiënist, maar ook daar zijn veel negatieve reacties op. Vooralsnog is het dus nog zoeken naar een goede oplossing.
Op positief af te sluiten: volgens een patiënttevredenheidsonderzoek van de KNMT scoren tandartsen tussen 2019 en 2022 gemiddeld een 9, buitenlands of niet. Bron: KNMT ■

Feiten & Cijfers

Tandartstekort uitgesplitst per provincie en gemeente

TEKST: HEDWIG FOSSEN

Steeds meer media maken melding van het tandartstekort in Nederland, dat vooral nijpend is in bepaalde gebieden, zoals Friesland en Zeeland. Om dit tekort op te lossen, adviseert het Capaciteitsorgaan al jaren om meer tandartsen op te leiden. Waar is het probleem het grootst? En hoeveel tandartsen komen er jaarlijks bij?



Gemeente	Tandartsratio
Nijmegen	780
Amsterdam	940
Groningen	990
Utrecht	1285
Den Bosch	1350
Arnhem	1400
Zwolle	1510
Amersfoort	1560
Den Haag	1560
Haarlem	1640
Eindhoven	1735
Leiden	1775
Breda	1815
Haarlemmermeer	1815
Enschede	1855
Landelijk gemiddelde	1865
Maastricht	1880
Almere	1900
Rotterdam	1935
Zoetermeer	2200
Zaanstad	2210
Leeuwarden	2230
Tilburg	2310
Apeldoorn	2320

De KNMT onderzoekt regelmatig het aantal inwoners per (actieve) tandarts, ofwel de tandartsratio. Onder actieve tandartsen verstaat men de beroepsgroep van 67 jaar of jonger met een bij de KNMT bekend praktijk- of woonadres. De hier genoemde cijfers gaan over het aantal tandartsen per januari 2022 en het aantal inwoners per januari 2021.

Tandartsratio per provincie

De provincies Noord-Holland, Groningen en Utrecht zijn het best voorzien van tandartsen. Alle andere provincies zitten net of ruim onder het landelijk gemiddelde van 1865 inwoners per tandarts. In Drenthe, Friesland en Zeeland is het tandartstekort het meest nijpend, met meer dan 2300 inwoners per tandarts.

Tandartsratio in grootste gemeenten

Ook in de 24 grootste gemeenten in Nederland is de tandartsratio bepaald. Het valt op dat Nijmegen, Amsterdam en Groningen het best bediend zijn. Veel afgestudeerde tandartsen blijven wonen en werken waar ze opgeleid zijn, wat het grote aantal tandartsen in deze steden kan verklaren. Maar ook in veel andere steden zijn er meer tandartsen dan het landelijk gemiddelde. Vooral in Apeldoorn, Tilburg, Leeuwarden, Zaanstad en Zoetermeer zijn er weinig tandartsen per inwoner. Daar is er één tandarts per 2200 inwoners.

Instroom en uitstroom

Per jaar leveren de drie opleidingen Tandheelkunde in Nederland zo'n 220 afgestudeerde tandartsen af. Het Capaciteitsorgaan adviseert de 240 opleidingsplekken te verhogen naar 375, maar dit is tot op heden nog niet gerealiseerd. De betrokken ministers gaven in een kamerbrief van november jl. aan dat de tekorten zorgelijk zijn, maar dat 100 extra opleidingsplekken 26 miljoen euro kosten. 'Deze middelen zijn niet beschikbaar zonder te moeten bezuinigen', is te lezen in de Kamerbrief. De ministeries van OCW en VWS zijn in overleg over de verschillende oplossingsmogelijkheden om het tekort op te lossen. Voor de zomer wordt een beleidsreactie verwacht op het advies van het Capaciteitsorgaan.
Over 10 jaar zal 42 procent van de werkzame tandartsen (nu naar schatting 10.240) met pensioen zijn. Over 15 jaar gaat het om 52 procent van de huidige beroepsgroep. Dit blijkt uit een enquête die in 2021 onder ruim 500 tandartsen is afgenomen in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Deze pensioencijfers zijn gestegen ten opzichte van 2019, toen 37 procent van de tandartsen aangaf over 10 jaar met pensioen te zijn en 48 procent over 15 jaar.

Buitenlandse tandartsen

De afgelopen 20 jaar was er sprake van een grote instroom van buitenlandse tandartsen, vooral uit België, Spanje en Duitsland. Dat aantal is in 20 jaar gestegen van 100 naar 200 per jaar. Nu is 22 procent van de 10.240 tandartsen in Nederland afkomstig uit het buitenland. Deze gediplomeerde tandartsen komen vooral terecht in de regio's met tekorten en kunnen het tekort aan tandartsen deels opvangen, hoewel het onzeker is hoelang ze blijven. In de provincie Zeeland is het percentage buitenlandse tandartsen het hoogst met 49 procent. Het beeld van de afgelopen 20 jaar is dat ongeveer 60 procent van de buitenlandse tandartsen permanent in Nederland blijft.

Bronnen: KNMT, CBS en het Capaciteitsorgaan

Quiz

1. Een chronisch paro-endoprobleem heeft een slechte prognose.
◯ juist
◯ onjuist

2. De mesiale furcatie van een bovenmolaar kun je het best meten vanaf de palatinale zijde.
◯ juist
◯ onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 23.

Samenwerken aan levenskwaliteit met de Selectlijn van Excent

Juist nu is het goed om te weten dat we aantrekkelijk geprijsde tandtechnische oplossingen bieden. Onze Excent Selectlijn is kwalitatief goede tandtechniek uit ons internationale partnerlaboratorium met een zeer scherpe prijsstelling, mét de kwaliteit en nazorg van uw lokale Excent-laboratorium. Zo kunnen we samen blijven werken aan levenskwaliteit en patiënten een duurzame oplossing bieden voor een gunstige prijs.

Neem voor interesse contact op met uw Excent-contactpersoon of onderstaande collega's:

Marco Booms

Nederland regio noord

M +31 (0)6 2134 6203
E m.booms@excent.eu

Pieter Abbas

Nederland regio midden

M +31 (0)6 5263 1081
E p.abbas@excent.eu

Jean-François Brusselle

Nederland regio zuid & België

M +32 488 40 10 75
E jf.brusselle@excent.eu

Excent Tandtechniek

Be the reason someone smiles today!

Parodontoloog NVvP Alexander Verhelst:

“Je kunt parodontale chirurgie er niet een beetje bij doen”

Alexander Verhelst verzorgde de nascholing Parodontale chirurgie, bestaande uit e-learning en een naslagwerk (AccreDidact, 2022).

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Autorijden is niet moeilijk, tenminste niet als je het vaak doet. Dan kun je ook de moeilijke en onverwachte situaties aan. Hetzelfde geldt voor parodontale chirurgie, zegt Alexander Verhelst. Voor AccreDidact schreef hij er een nascholing over. Voor de tandarts die zich in de materie wil verdiepen, beter wil kunnen verwijzen of er zelf mee aan de slag wil gaan.

Waarom moest dit programma er komen?

Het gaat om de basics van de parodontale chirurgie: van voorbereiding, uitvoering tot kortdurende en langdurige nazorg. Met deze nascholing willen we de tandarts algemeen practicus meer inzicht geven in het wel en wee van de parodontale chirurgie: wat is het indicatiegebied, wat zijn de chirurgische mogelijkheden en wat kan er wel en niet in de algemene praktijk. Het biedt een eerste handvat voor mensen die zich in de parodontale chirurgie willen verdiepen. Het kan een opstap zijn om er zelf mee bezig te gaan, maar met de kennis uit de nascholing weet je beter wat de mogelijkheden zijn en kun je gerichter verwijzen naar een parodontoloog of een gespecialiseerd collega. Met het programma hoop ik tandartsen ook te enthousiasmeren voor parodontale chirurgie.

Is het programma (e-learning en naslagwerk) ook bestemd voor mondhygiënisten?

Veel onderdelen kunnen zeker interessant voor hen zijn. We krijgen ook steeds meer verwijzingen van mondhygiënisten die zelfstandig werken. Het is de bedoeling dat we nog een aparte versie voor hen gaan maken. Dan zullen we wat minder op de technische aspecten focussen en wat meer op de nazorg.

Zijn net afgestudeerde tandartsen en algemeen practici voldoende geschoold op het gebied van parodontale chirurgie?

Voor de hele tandheelkunde geldt dat je als afgestudeerde van alles wel kennis hebt, maar dat je eerst gewoon meters moet maken. Dat is ook zo voor parodontologie, en zeker voor parodontale chirurgie, want dat is natuurlijk vrij specifiek. Om dat uit te gaan oefenen heb je een goede setting nodig, heb je scholing nodig en moet je ervaring opdoen. Een afgestudeerd tandarts heeft waarschijnlijk slechts één keer een parodontale chirurgische behandeling bijgewoond, maar zelf nog nooit zo’n behandeling gedaan. Dat vereist dus scholing.

Is er voldoende aandacht bij algemeen practici voor parodontologie en parodontale chirurgie?

Daar heb ik gewoon geen goed zicht op. Ik werk in twee verwijspraktijken. Doordat een tandarts patiënten instuurt, besteedt hij er vanzelf al aandacht aan. Maar ik zie het natuurlijk niet als patiënten niet verwezen worden.

Hoe groot is de parodontale problematiek in Nederland?

De matige en de mildere vorm van parodontitis komt bij ongeveer 40-50 procent van de volwassen bevolking voor, de ernstige vorm bij 10 procent. Maar dat wil niet zeggen dat iedereen met parodontitis verwezen moet worden naar de parodontoloog. Een praktijk met een goed paroprotocol en met tandartsen en mondhygiënisten met voldoende kennis, kunde en ervaring kan patiënten prima parodontaal succesvol behandelen. Lastiger wordt het als een parotraject ingezet wordt en men er halverwege achter komt dat het niet voldoende werkt. Dan had de patiënt beter eerder ingestuurd kunnen worden.

> Verdiep je in parodontologie en het wordt steeds uitdagender

Wat is dan het moment om in te sturen?

Sommige patiënten komen bij me met pockets van 7-8 mm, terwijl ze al langer in een nazorgtraject van een algemeen practicus waren. Wanneer ik weinig verbetering verwacht met een nieuw initieel traject, is een chirurgische benadering vaak de beste manier om verdiepte pockets te reduceren. Hoe langer je daarmee wacht, hoe lastiger het wordt om een goed resultaat te krijgen. Als men verwacht dat er na een initiële therapie toch nog verdiepte pockets overblijven die niet binnen de praktijk behandeld kunnen worden, is het vaak beter om al direct te verwijzen. Verder vind ik dat als een een behandeling met antibiotica wordt overwogen beter kan worden verwezen naar de parodontoloog, zeker omdat we vandaag de dag zeer terughoudend zijn met het voorschrijven van antibiotica. Vanuit de praktijken waar ik werk krijgen we patiënten meestal op tijd ingestuurd. Waarschijnlijk mede omdat we goed contact hebben met verwijzers en regelmatig verwijsavonden organiseren. Laatst had ik een patiënt die beter eerder had kunnen komen. Toen ik de tandarts belde vertelde die dat hij de patiënt vijf jaar geleden al had willen verwijzen maar dat de patiënt daar geen oren naar had.

Is parodontale chirurgie iets voor de algemeen practicus of moet deze er vooral kennis van nemen en de behandeling overlaten aan parodontologen of daarin gespecialiseerde tandartsen?

De tandarts die er voldoende in is opgeleid en er in principe bekwaam in is, kan ermee beginnen. Maar er zijn enkele randvoorwaarden. Een praktijk moet er de uitrusting en relatief veel materialen voor hebben. Je hebt bijvoorbeeld een operatietafel en operatietrays nodig. Ook al het materiaal moet aanwezig zijn. En het personeel moet er in geschoold zijn, bijvoorbeeld in steriel werken. De organisatie en de workflow moeten ook kloppen. Je moet niet alleen weten wat je bij een nabloeding moet doen, maar ook de opvang moet geregeld zijn ook als je op vakantie bent. Dan moet een collega kunnen waarnemen. Het succes van een chirurgische behandeling wordt in belangrijke mate ook bepaald door een heel strikt nazorgprotocol. Ik heb ervaren dat dat gemakkelijker gaat in een paropraktijk dan in een algemene praktijk. Daar vragen nog zoveel andere dingen de aandacht.

Alexander Verhelst.

Ik wil nog een nuance aanbrengen. Tot de parodontale chirurgie behoren relatief eenvoudige behandelingen als de kroonverlenging van een premolaar tot aan moeilijke als een recessiebedekking. Dat laatste is meer iets voor de *advanced* behandelaar.

Ik merk dat veel algemene praktijken er van afzien om parodontale chirurgie zelf te doen, vanwege de aparte setting en organisatie die het vergt. Er moet ook voldoende werk voor zijn en je moet het vaak genoeg doen om er bekwaam in te blijven. Ik zie wel dat er steeds grotere praktijken ontstaan die meer disciplines willen aanbieden. Vaak is er dan ook wel iemand die zich op parodontale chirurgie wil toeleggen.

Parodontale chirurgie in een algemene praktijk is dus eigenlijk niet mogelijk als je er niet flink in investeert?

Dat klopt. Met investering bedoel ik dan niet enkel in materiële zaken, maar ook investering in kennis en kunde. Je kunt het niet half of een beetje erbij doen. Je kunt wel eerst beginnen met relatief eenvoudige behandelingen als een kroonverlenging. Als je met parodontale chirurgie wil beginnen adviseer ik hierin een goede cursus of opleiding te volgen en bij gespecialiseerde collega’s mee te kijken.

Biografie Alexander Verhelst

Alexander R.E. Verhelst (1986) studeerde in 2013 af als tandarts aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA). Na drieënhalf jaar in de algemene praktijk te hebben gewerkt, startte hij met de door de European Federation of Periodontology erkende postinitiële masteropleiding Oral Health Sciences, met het profiel Periodontics and Implant dentistry. In 2019 rondde hij deze opleiding cum laude af. Tegenwoordig werkt Verhelst als NVvP-erkend parodontoloog bij Proclin Rotterdam en in de Parodontologiepraktijk Haarlem. Hij zit in het bestuur van de Sectie Parodontologen van de NVvP en in het bestuur van de NVTS. Hij is (co)auteur van diverse (inter)nationale publicaties en geeft regelmatig lezingen.

Hoe heeft u het zelf geleerd?

Ook door het op te bouwen. Ik begon in de algemene praktijk waar een collega zat die al kroonverlengingen deed. Die heeft mij het geleerd door het eerst samen te doen. Er was ook een parodontoloog waar ik mee kon sparren. Vervolgens heb ik drie jaar lang de paro-opleiding gevolgd waar ik alleen maar met parodontologie bezig was. Dan bouw je het in moeilijkheid op.

Waarom heeft u deze richting gekozen? Ontstoken tandvlees is meestal toch niet de grootste hobby van tandartsen?

Ik kan mij voorstellen dat parodontologie niet voor iedereen de ‘wow-factor’ heeft. Echter, hoe meer je met de parodontologie bezig bent, hoe uitdagender het wordt. Bovendien, hobby of niet, het parodontium blijft toch het fundament van ons gebit. Ik vind andere disciplines ook nog steeds heel gaaf. Als algemeen practicus vond ik dat ik niet het beste kon aanbieden aan een patiënt als ik alles bleef doen. Als je uiteindelijk ergens echt goed in wilt worden dan moet je focussen. Wat mij betreft is parodontologie biologie op z’n best. Daarnaast trok chirurgie me en vind ik het prettig om langere relaties met patiënten op te bouwen.

Maar hoe ga je om met patiënten die niet zo heel therapietrouw zijn?

Die zien we dus niet zo heel veel, omdat de verwijzend tandarts al een soort voorselectie heeft gemaakt. Patiënten die bij ons komen zijn over het algemeen best gemotiveerd om hun tanden en kiezen te behouden. Soms twijfelen ze wel wat, maar weet de tandarts ze zover te krijgen dat ze bij ons voor een intake komen. Op basis daarvan en een behandelvoorstel met begroting beslissen ze dan wat ze doen. Het is natuurlijk onze uitdaging om mensen mee te krijgen en ze bijvoorbeeld zover te krijgen dat ze gaan stoppen met roken. We nemen daarom een uur voor een intake. Dan lukt het bijna altijd om ze mee te krijgen in een behandeltraject. De mondzorg moet echt wel op orde komen. Zeker de mondhygiënist wordt op dit gebied steeds meer een soort van lifestyle coach.

Krijg je hiermee niet een bepaalde populatie, zeg maar de bovenkant van de samenleving die het kan betalen?

Dat klopt slechts gedeeltelijk. Het is natuurlijk een heel intensieve behandeling waar uiteraard ook een prijskaartje aan hangt. Maar als mensen doordrongen zijn van de noodzaak, zijn ze over het algemeen ook wel bereid om ervoor te gaan en eventuele prioriteiten te verleggen, ook als ze het wat minder breed hebben. Het is wel heel schrijnend als mensen echt het geld niet hebben en een behandeling niet gestart kan worden.

Wat zijn de grootste moeilijkheden of problemen die kunnen ontstaan bij parodontale chirurgie?

Soms kom je verrassingen tegen. Bijvoorbeeld een afwijkende anatomie met een vervelende wortelgroeve, of een diepere furcatie. Dat zijn wel factoren die een prognose van een element negatief kunnen beïnvloeden. Maar hoe meer ervaring, hoe beter de inschatting.

Aan hechten wordt een uitgebreid hoofdstuk besteed in het programma. Waarom is dat?

Tijdens lezingen krijg ik vaak vragen over hechten, bijvoorbeeld over welke knopen en technieken gebruikt moeten worden. Meestal geneest het wel, maar de manier waarop kan verschillen. Zeker na regeneratieve chirurgie wil je graag dat de wond primair gesloten wordt. Dan is het van belang wat voor techniek je gebruikt, en of het weefsel meer naar coronaal geplaatst wordt of juist meer naar apicaal. Je moet de kans op littekenweefsel zo klein mogelijk houden. Op het moment dat ik

Lees verder op pagina 7

Vervolg van pagina 6

mijn eerste incisie zet heb ik al nagedacht over hoe ik de wond ga sluiten.

Is hechten moeilijk?

Is autorijden moeilijk? Het is afhankelijk van hoe vaak je het gedaan hebt en om wat voor parodontale chirurgie het gaat. Het heeft dus vooral met ervaring en techniek te maken. Het hechten van een recessiebedekking is bijvoorbeeld veel moeilijker dan het hechten van een extractie-alveole.

De meeste tandartsen zijn heel handvaardig, maar moet je dat voor parodontale chirurgie nog extra zijn?

Het is wel een mooie bijkomstigheid. Ik denk dat je vooral gevoel voor weefsel moet ontwikkelen. Als je bijvoorbeeld gaat afschuiven en er sprake is van een angulair defect, dan loop je in het begin steeds vast in dat defect. Terwijl, als je het een aantal keer gedaan hebt, weet je dat je er langs moet afschuiven en weet je dat het weefsel er omheen vanzelf mee kunt nemen. Met botcorrecties ben je in het begin heel lang bezig, maar als je het vaak genoeg gedaan hebt gaat het vrij vlot. Bovendien zit er veel verschil in type chirurgie. Met mucogingivale chirurgie opereer je veelal met micro-instrumentarium. Daar zijn wat meer skills voor nodig dan voor een resectieve ingreep.

Wat zijn de belangrijkste dingen die mis kunnen gaan bij parodontale chirurgie?

Het belangrijkste zijn de nabloedingen. Die moet je natuurlijk proberen te voorkomen, maar die kunnen ontstaan doordat er niet of onvoldoende is gehecht of omdat de patiënt bloedverdunnende medicatie gebruikt. Soms houdt de patiënt zich niet goed aan de instructies. Er wordt dan bijvoorbeeld te heftig gespoeld waardoor een stolsel wordt weggespoeld. Of iemand gaat tegen het advies in toch intensief sporten. We geven altijd mondelinge instructie wat patiënten na een operatie wel en niet moeten doen. Dat krijgen ze ook op papier mee. Evenals paracetamol en een cool pack. Complicaties willen we natuurlijk zoveel mogelijk voorkomen. Deze komen dan ook gelukkig nauwelijks voor. ■

Parodontale chirurgie

Dit is een fragment uit het nascholingsprogramma *Parodontale chirurgie* (AccreDidact, 2022). Auteur: Alexander Verhelst.

Angulaire defecten

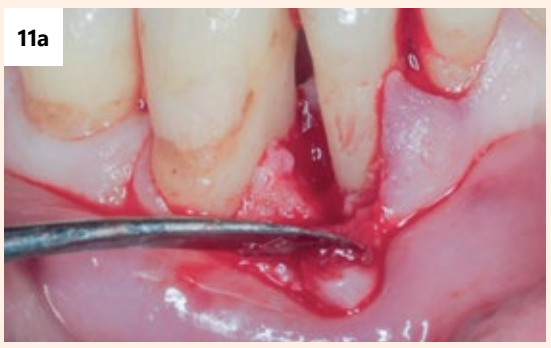
Bij angulaire defecten is het weefsel vanwege verkleefd granulatieweefsel lastig af te schuiven. Idealiter worden angulaire defecten volledig geëlimineerd, om zodoende een horizontale botconfiguratie te verkrijgen. In veel gevallen leidt dit ertoe dat er bij het aangrenzende gebitselement veel ondersteunend bot moet worden verwijderd. Dan wordt vaak besloten om (een gedeelte van) het angulaire defect ongecorrigeerd te laten. Bij zo'n compromis is de situatie na chirurgie suboptimaal en zal dit gebied bij de nazorg extra aandacht moeten krijgen. In specifieke gevallen kunnen angulaire defecten hersteld worden door middel van regeneratie.

Furcaties en wortelgroeven

Furcaties en wortelgroeven zijn vaak lastig toegankelijk voor reiniging. Hierdoor kunnen ze het behandelresultaat negatief beïnvloeden. Wortelgroeven komen voornamelijk voor bij bovenpremolaren en bij gefuseerde wortels van (pre)molaren. Furcaties kunnen ingedeeld worden op basis van de hoeveelheid horizontaal botverlies. Bij graad I is de furcatie ≤ 3 mm toegankelijk. Als de furcatie > 3 mm toegankelijk is, spreken we van graad II. Bij graad III is de furcatie volledig doorgankelijk. Bij furcatiegraad I is er geen reden om chirurgisch in te grijpen, tenzij er een verdiepte pocket zit. Bij een furcatiegraad II of III kan het nodig zijn om chirurgisch in te grijpen als er sprake is van een verdiepte pocket of wanneer de furcatie niet reinigbaar is. Verschillende artikelen laten zien dat ondermolaren over het algemeen beter op chirurgie reageren dan bovenmolaren. Dit valt te verklaren door de verschillen in anatomie.[12] Wanneer een furcatie volledig doorgankelijk is (graad III), kan ondertunnelen een goede optie zijn. De wortels moeten voldoende gespreid staan om een rager onder het furcatiedak door te krijgen.

Het is van belang op *keyhole defects* bedacht te zijn: als er bij een furcatie in verticale zin veel bot verwijderd is, maar er approximaal nog veel bot aanwezig is, zullen de zachte weefsels door het bot coronaal van het furcatiedefect gehouden worden. Dit heeft tot gevolg dat de zachte weefsels ter plekke van de doorgankelijke furcatie toch weer coronaalwaarts groeien waardoor de furcatie zijn doorgankelijkheid (bijna) geheel verliest en reiniging niet meer mogelijk is. ■

[12] Graziani F, Gennai S, Karapetsa D, Rosini S, Filice N, Gabriele M, Tonetti M. Clinical performance of access flap in the treatment of class II furcation defects. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of clinical periodontology* 2015;42(2):169-181 (https://doi.org/10.1111/jcpe.12327).



Afbeelding 11a-b. Een eenwandig botdefect dat in verband wordt gebracht met diepe pockets (7 mm). Om dit defect te elimineren, werd bij het buurelement enig ondersteunend bot verwijderd. Tijdens de postoperatieve evaluatie blijkt dat de pockets gereduceerd zijn naar 2 en 3 mm. Er is een situatie ontstaan die bij de nazorg gezond gehouden kan worden.

Afbeelding 12a-b. Als de furcatie het toelaat en de patiënt handig is met rageren, kan ervoor worden gekozen om een bovenmolaar te ondertunnelen.

Afbeelding 13a-b. De radices van 36 staan voldoende ver uit elkaar. Door 36 te ondertunnelen wordt de furcatie doorgankelijk, zodat deze met een rager te reinigen is. De furcatie van 37 is doorgankelijk voor een (dunne) furcatiesonde. Door de beperkte spreidstand van de wortels kan een rager er niet doorheen, wat adequate reiniging verhindert.

ADVERTENTIE

AccreDidact Tandarts

Parodontale chirurgie

van auteur: Alexander Verhelst

- Wanneer parodontale chirurgie?
- Hoe voer je deze procedure optimaal uit?
- Welke hechttechnieken zijn er en hoe pas je ze toe?
- 4 KRT-punten
- Geaccrediteerd met Q-Keurmerk

Word abonnee of koop dit programma!

www.accredidact.nl

VMTI-congres: Tandarts-angstbegeleiding Caroline van Houtem

“Diagnostiek is extreem belangrijk”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Zoals bekend zijn veel mensen bang voor een tandheelkundige behandeling, zo’n 10 tot 15 procent is zelfs extreem bang. Maar sommige behandelaars zijn zelf ook bang, namelijk of ze behandelingen met deze patiënten wel tot een goed einde te brengen. Dat stelt de VMTI, die vrijdag 6 oktober een congres over dit thema organiseert. Tandarts-angstbegeleiding dr. Caroline van Houtem is een van de sprekers op dit congres. *Dental Tribune* blikt met haar vooruit.

Het congres van de Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie (VMTI) heeft de titel ‘Angstaanjagend. Wie is bang voor wie…’ meegekregen. Daarmee komt tot uitdrukking dat veel patiënten bang zijn voor een tandheelkundige behandeling, maar tegelijkertijd dat dit bij veel behandelaars ook de nodige angst en stress oplevert.

Gevreesde ramp

Eerst over de angst van patiënten. Die kunnen bijvoorbeeld bang zijn voor de boor, en naalden en voor de pijn die deze kunnen veroorzaken. Aan die angst kan een eerdere tandheelkundige ervaring ten grondslag liggen, maar ook een stressvolle of traumatische gebeurtenis daarbuiten. “Als behandelaar moet je precies weten waar een patiënt bang voor is. Met een beetje handigheid kun je daar in de diagnostiek in enkele minuten achter komen,” zegt Van Houtem, die veel ervaring heeft met de behandeling van angstige patiënten bij Stichting Bijzondere Tandheelkunde in Amsterdam. Haar promotieonderzoek richtte zich ook op patiënten met traumatische tandheelkundige ervaringen en de rol hiervan bij het ontstaan en in stand houden van behandelangst.

FOTO: JOOST HOVING/NTVT

Caroline van Houtem.

Als een patiënt aangeeft bang te zijn voor de boor, kan dat betekenen dat hij bang is voor pijn. Dan moet je inzetten op een zeer goed verdovingsbeleid. Maar misschien is de patiënt juist bang dat de boor zal uitschieten of afbreken. In dat geval moet je je als behandelaar daarop richten. “Je moet je interventie dus aanpassen aan de ramp die de patiënt vreest bij blootstelling aan de boor,” zegt Van Houtem.

Maar bij mensen met extreem traumatische ervaringen in het verleden is er meer nodig om angst voor de behandeling weg te nemen of te verminderen. Van Houtem heeft bijvoorbeeld nu een 64-jarige man in behandeling bij wie als kind kiezen zonder verdoving zijn getrokken. Dat was zo traumatisch voor hem dat hij daarna nooit meer naar de tandarts is geweest. Dan is een EMDR-behandeling of een vorm van cognitieve gedragstherapie noodzakelijk. Daarmee wordt geprobeerd de ervaring zodanig te verwerken dat die een tandheelkundige behandeling niet meer in de weg staat. Op het congres houdt prof. dr. Ad de Jongh een lezing over dit onderwerp. Bij zo’n behandeling worden vaak psychologen ingeschakeld.

Een goede intake en diagnostiek zijn dus belangrijk voor het starten van een behandeling. Van Houtem: “Je moet vooral goed weten hoe je moet doorvragen. Angstpatiënten praten vaak heel veel over wat ze allemaal hebben meegemaakt. Ze blijven erg hangen in allerlei nare ervaringen in het verleden. Eigenlijk heb je daar als behandelaar niets aan. Het enige wat je wilt weten, is waar iemand nu echt bang voor is en waarvan hij of zij nu nog last heeft. Maar als iemand iets heel traumatisch heeft meegemaakt, moet je dat natuurlijk wel uitvragen.”

Frustrerend en demotiverend

Hoe staat het met angst van de tandarts zelf? Niet alle behandelaren weten even goed om te gaan met angstige patiënten. Die patiënten kunnen soms heel emotioneel reageren en in paniek raken. Voor een behandelaar kan dat vervelend zijn, zeker als hij of zij niet goed de vinger op de diagnostiek weet te leggen. Van Houtem: “Dan willen ze met de beste intenties een angstpatiënt behandelen, maar lukt het gewoon niet. Ik kan me voorstellen dat dat vrij frustrerend en demotiverend kan zijn.”

Van Houtem geeft aan dat de ‘Dental Anxiety Scale (DAS)’ en de ‘korte vragenlijst Angst voor de tandheelkundige behandeling (k-ATB)’ goede screeningsinstrumenten zijn om de hoogte van tandartsangst te meten. Daarnaast zijn er vragenlijsten over akelige en traumatische gebeurtenissen, zoals mishandeling, misbruik of oorlog. Van Houtem: “Mensen hebben zich in die situaties heel machteloos gevoeld. In de tandartsstoel kunnen ze last hebben van het gevoel niet weg te kunnen en geen controle te hebben. Je moet er dus alert op zijn dat er meer aan de hand kan zijn dan alleen maar angst voor de tandarts.” Wat dat betreft is ze erg benieuwd naar de lezing die gz-psycholoog Marloes Kok op het congres gaat geven over gevluchte kinderen in de tandartsstoel.

Medisch tandheelkundige interactie

Waarin zit in dit congres de medisch tandheelkundige interactie? Voor Van Houtem is dat de angst die kan voortkomen uit een medisch trauma en doorwerkt in de tandartsstoel. Ze noemt daarbij patiënten die uitgebreide behandelingen hebben meegemaakt in het ziekenhuis, bijvoorbeeld een levertransplantatie op jonge leeftijd of nierdialyse. “Door ziekenhuisopnames, medische ellende en vele naalden zijn die patiënten behoorlijk getraumatiseerd en hebben ze een angst voor witte jassen ontwikkeld. In mijn lezing ga ik het hebben over de gevolgen van de medische geschiedenis op behandelbaarheid in de stoel. Ik heb nu bijvoorbeeld een vrouw in de stoel die behandeld is voor kanker en zoveel akelige medische behandelingen heeft ondergaan dat ze getraumatiseerd is, terwijl ze voorheen altijd goed naar de tandarts kon.”

Stigma aanstellen

Van Houtem wil tot slot benadrukken dat voor een deel van de behandelaren aan tandartsangst toch een beetje het stigma van aanstellen kleeft. “Maar het is echt een serieuze aandoening als het extreme vormen aanneemt. Dat is niet zomaar een beetje bang zijn, maar iets waar mensen tientallen jaren van hun leven onder kunnen lijden. Het leidt vaak tot het uitstellen van tandheelkundige en medische ingrepen. Neem het daarom vooral serieus. En als je geen tijd hebt, het te ingewikkeld vindt of er geen affiniteit mee hebt: verwijs dan tijdig. Als mensen te lang goede mondzorg ontberen, heb je later tandheelkundig heel veel te herstellen. De wachtlijsten zijn overal lang, maar binnen een halfjaar komt iemand wel aan de beurt. Dat kan een hoop tandheelkundige ellende voor de toekomst besparen.” ■

Andere sprekers op het congres zijn prof. dr. Damiaan Denys met de lezing ‘De angstparadox: van angst naar vrijheid en terug’, dr. Erik Vermaire met de lezing ‘Medicamenteuze behandeling bij angst’ en Chantal Bosjé met de lezing ‘Behandeling van angst middels VR bril’.

Meer info: www.vmti.nl

ADVERTENTIE

CYTOPLAST®

Voorspelbare GBR met Cytoplast

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

Klinische Avond Utrecht, 5 juli 2023 Vernieuwde inhoud!

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

Voor botaugmentatie, gebied 2-3 mm

Vijf maanden na botaugmentatie

Na membraan- verwijdering

Referent: Melle Vroom, Parodontologie Praktijk Friesland

Spreker: Melle Vroom
Interessant voor ervaren gebruikers en collega's die kennis willen maken met Cytoplast dPTFE membranen!

Scan QR-Code voor cursusprogramma

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

Memodent
Toegewijd aan zekerheid

E X P A N D

the power behind your
restorative practice

Structureer uw restauratieprocessen en verbeter de patiëntervaring.

iTero-scanners tillen de workflow van uw digitale restauraties naar een hoger niveau.

Snel, nauwkeurig[1] en open systeem
voor een naadloze integratie van workflows in het lab en aan de stoel.

Innovatieve iTero NIRI-technologie (Near Infra-Red Imaging) voor het opsporen van interproximale cariës boven het tandvlees, zonder schadelijke straling.

Een betere patiëntervaring
door digitalisatie en visualisatie van diagnoses en behandelplannen.

Ervaring waarop u kunt vertrouwen
met 20 jaar innovatie en meer dan 10 miljoen restauraties[2].

Ontdek meer

it starts with iTero

align

© 2021 Align Technology, Inc. Alle rechten voorbehouden. Align, het Align logo, iTero, iTero Element, zijn onder andere handelsmerken en/of dienstmerken van Align Technology, Inc. of een van haar dochterondernemingen of aangesloten bedrijven en kunnen geregistreerd zijn in de VS en/of andere landen. **1** Nauwkeurigheid wordt gedefinieerd als een combinatie van getrouwheid en precisie, getest op verschillende substraten, onder verschillende lichtomstandigheden, voor het prepareren van kronen en het maken van full-arch scans. Gebaseerd op de resultaten van 12 door vakgenoten beoordeelde publicaties, tussen 2018-2020. Gegevens van Align Technology, per 20 november 2020. **2** Gegevens van Align Technology, per 1 juli 2021.®