Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

straight. dental
quicksleeper.nl
info@straightdental.com

intraossale anesthesie met **de QuickSleeper**

- bij een **acute pulpitis** van de 46
- bij **deepscaling** van het front
- bij **extracties** van molaren
- bij **kroon/brugwerk** in het front
- bij **angstpatiënten**
- bij **kinderen:** zonder risico op bijttrauma's
- bij werken in **2 kwadranten** in de onderkaak
- **voor een pijnloze verdoving die altijd zit**

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL JAARGANG 8 - NUMMER 5 - JUNI 2018

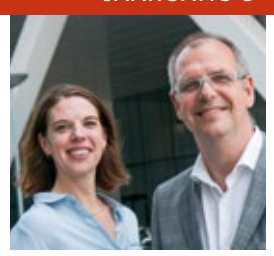
Negatieve berichtgeving
Mondzorgprofessionals voortaan minder snel aan schandpaal genageld
Pagina 3

50+ bewust
Hoe als tandarts uw financiële situatie te regelen?
Pagina 4-5

Mondzorg kwetsbare groepen
"Geen spectaculair gedoe, maar vooral preventie en verzorging"
Pagina 6-7

Instrumentarium
Scherpe instrumenten werken beter en sneller
Pagina 14-16

Nieuwe directie
Veel frisse ideeën bij ACTA Dental Education en Quality Practice
Pagina 17



Blokplanning
Zin, onzin en een goede start
Pagina 22

"Meer bewustwording van medisch-tandheelkundige interactie"

Pagina 10-13

"Forse stijging preventieve behandelingen"

AMERSFOORT Het aantal preventieve behandelingen in de mondzorg is in 2017 met 41% gestegen ten opzichte van 2014. Dat concludeert financieel dienstverlener in de zorg Famed op basis van eigen inzichten en onderzoek, gebaseerd op data uit de Famed Benchmark voor mondzorgprofessionals.

De trend van preventie is zowel onder jongeren als volwassenen zichtbaar. Onder jongeren stijgt de preventie zelfs sneller dan onder volwassenen. Naast de stijging van preventieve behandelingen ziet Famed een daling in het aantal vullingen dat wordt gedeclareerd. Zo zijn er in 2015 bijvoorbeeld 35% minder vullingen gedeclareerd dan in 2014.

De financieel dienstverlener constateert dat verrichting M03 ('Gebitsreiniging, per 5 minuten') veruit de meest toegepaste preventieve behandeling is: M03 vormt zelfs 87% van de preventieve behandelingen. Daarna volgt M01 ('Preventieve voorlichting en/of instructie, per

Lees verder op pagina 3

NVM-mondhygiënisten: "AMvB biedt allerlei kansen"

Nu de AMvB, die de veelbesproken 'taakherschikking' in de mondzorg mogelijk moet maken, in 2020 van kracht lijkt te worden, neemt de spanning tussen de betrokken partijen toe. NVM-mondhygiënisten is een van die partijen, maar roert zich relatief weinig in het openbare debat. Een bewuste keuze, aldus voorzitter Manon van Splunter-Schneider. "Op het moment dat je overal op gaat reageren, wordt het al gauw zo'n welles-nietesspelletje." In deze Dental Tribune spreekt Van Splunter-Schneider zich uit over de stand van zaken. Zij benadrukt dat haar vereniging koers houdt en ervan overtuigd is dat de ruimere zelfstandige bevoegdheden voor de mondhygiënist allerlei kansen bieden voor de mondzorg. "Het kan leiden tot meer focus op preventie en het efficiënter inzetten van mondhygiënisten."

Lees het volledige interview op pagina 8-9. ■

Miele

De norm in reiniging en desinfectie!
Betere hygiëne, meer capaciteit, meer zekerheid.

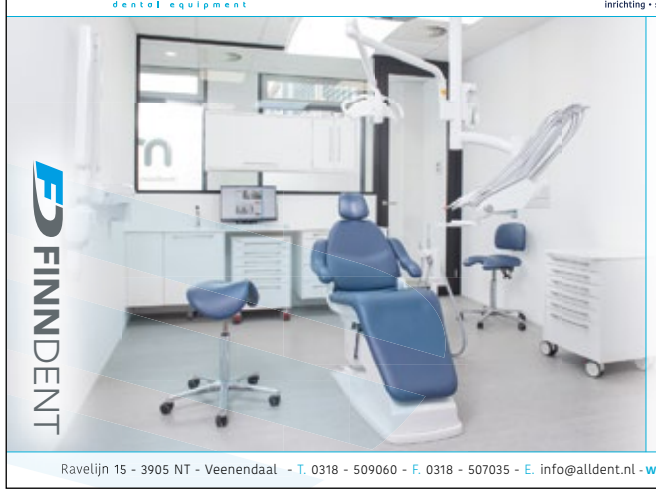
Miele Professional. Immer Besser.

GRATIS starterskit Miele ProCare Dent*

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.

Info: (0347) 37 88 84 | www.miele-professional.nl

All Dent
dental equipment
inrichting • service • apparatuur



ACTEON · Carestream · DKL · FINNDENT · KAVO · MELAG · Miele · NewTom

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

MEDDENT.NL
QUALITY PRODUCTS

KaVo vervangbonus tot € 8.000,-

0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl

ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent

Protilab

Knowhow van onze vakmensen & precisie van technologie

Bij Protilab combineren we de mogelijkheden van onze tandtechnici met de nieuwste technologische mogelijkheden om uw werk perfect te vervaardigen (CAD / CAM-ontwerp, digitale indruk, laseren, ...).

contact@protilab.nl

Bel gratis! **0800-0525**

www.protilab.nl

Vervolg van pagina 1

5 minuten') met 7% en M10 ('Fluoridebehandeling, methode 1') met 3%. Famed noemt de daling van het aantal vullingen – net als de stijging van preventieve behandelingen – 'hoopgevend', maar maakt wel een kanttekening. Omdat op 1 januari 2015 een stelstelwijziging is doorgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), is het aantal declaraties voor vullingen afgenomen, maar niet het aantal daadwerkelijk geplaatste vullingen. Of preventie ook echt succesvol is, is op basis van de cijfers dus nog niet vast te stellen. De financieel dienstverlener hoopt hier in de komende jaren een duidelijkere uitspraak in doen. "De voortekenen zijn in ieder geval bemoedigend," aldus Famed. (bron: Famed Benchmark) ■

"Nog te vaak onjuist titelgebruik, ook door student"

AMSTERDAM De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ) constateert nog te vaak dat in de gezondheidszorg onjuiste titels worden gebruikt. Opvallend daarbij is dat studenten die al tijdens hun studie in een praktijk werken, zich uitgeven met een titel waarvoor ze in opleiding zijn. Ze voegen dan 'i.o.' toe, maar ook dat is volgens de inspectie onjuist.
Dat schrijft de inspectie in een brief aan beroepsvereniging ANT. "Ondanks eerdere aandacht voor dit probleem constateren we nog steeds onjuist titelgebruik," aldus de IGJ. Gevraagd wordt het onderwerp onder de aandacht te brengen bij de leden.
Er staat een boete op misbruik van een beschermde titel. De afgelopen jaren heeft de inspectie diverse waarschuwingen en boetes opgelegd voor titelmisbruik. De inspectie ziet toe op correct gebruik van beschermde titels in de gezondheidszorg. Patiënten moeten op de juiste manier geïnformeerd worden over de professionele status van een zorgverlener, verklaart de inspectie. Zo kunnen patiënten erop vertrouwen dat voldaan wordt aan de minimale kwaliteitseisen van een opleiding met bijbehorende titel. (bron: ANT/IGJ) ■

Mondzorgprofessionals voortaan minder snel aan schandpaal genageld

UTRECHT Tuchtcolleges zijn niet langer verplicht alle berispingen en boetes die zij opleggen aan medische beroepsbeoefenaren te publiceren. Een ruime Kamermeerderheid stemde onlangs in met een concrete aanpassing van de Wet BIG die dit mogelijk maakt. Beroepsvereniging KNMT toont zich verheugd over de instemming. "Deze *naming and shaming* diende geen enkel doel," aldus KNMT-voorzitter Wolter Brands.
Een ruime meerderheid van de Tweede Kamer nam begin mei een amendement aan waarin werd bepaald dat tuchtrechters voortaan zelf mogen beoordelen of zij publicatie van berispingen en boetes wenselijk achten. Voor schorsing en schrappen (maatregelen die een beroepsbeperking inhouden), blijft de publicatieplicht wel bestaan. Ook werd besloten dat voortaan bij publicatie van een maatregel meer contextinformatie moet worden opgenomen. Zo moet duidelijk worden waarom een maatregel is opgelegd. Minister Bruno Bruins van Medische Zorg heeft toegezegd dat hij in overleg met beroeps- en patiëntenorganisaties gaat bepalen welke informatie dat zal zijn. De KNMT heeft zich in Den Haag altijd sterk gemaakt voor aanpassing van de Wet BIG als het gaat om de publicatie van tuchtuitspraken. Volgens de beroepsorganisatie leverde publicatie van uitspraken in zaken waar de patiëntveiligheid niet in het geding was, onevenredige schade voor de betreffende tandarts op.
Regelmatig zijn zorgen geuit over de mogelijk buitenproportionele gevolgen van de verplichte openbaarmaking van naam en toenaam van berispte of bestrafte mondzorgprofessionals in het publieke domein. Deze bracht de betreffende personen vaak schade toe in hun carrière, maar ook in hun privéleven. Enkelen van hen spanden zelfs rechtszaken aan om de negatieve berichtgeving van het web te laten verwijderen. (bron: KNMT) ■

Column
Reinier van de Vrie

Geschiedenis beïnvloeden

Dankzij u weten we nu echt dat Adolf Hitler dood is, al zullen de echte complotdiehards ook dat in twijfel blijven trekken. En met 'dankzij u', bedoel ik een of meerdere van uw voorgangers. In de nadagen van de oorlog pleegde de Führer, zoals algemeen bekend wordt verondersteld, zelfmoord met een aantal getrouwen. Daarna werd zijn lijk en dat van zijn geliefde Eva Braun verbrand. De Russen verzamelden daarvan de resten en sloegen die lange tijd in het KGB-archief op. Pas recent mochten westerse wetenschappers er onderzoek naar doen. Die toonden onomstotelijk aan dat de schedel- en gebitsresten van de heer H. te B. zijn. Zijn gebitsstatus was nogal specifiek. De man had een niet al te best gebit en nog maar een paar eigen tanden. Daarmee kon hij dus moeilijk kauwen. Misschien dat hij mede daarom vegetariër is geworden.
Er moest het nodige prothetische werk bij hem verricht worden. Dat heeft hem weer aardig op weg geholpen, getuige zijn vlammende speeches waarin hij de grootst mogelijke onzin wist uit te kramen. Enfin, de rest is de geschiedenis die we maar al te goed kennen.
Waar ik naar toe wil? Vrijwel iedere crimineel komt weleens bij de tandarts. U weet of vermoedt in uw praktijk natuurlijk best wie dat zijn. Nu pleit ik er niet voor om – goed gebit of niet –direct uitgebreid prothetisch werk op die figuren los te laten, tenzij het behandelplan daar aanleiding toe geeft en ze daarvoor toestemming hebben gegeven.
Maar zou u bij dit soort types niet ergens een klein merkteken op een tand of kies kunnen achterlaten, zodat ze eventueel later gemakkelijker te traceren zijn als ze bij een criminele activiteit gepakt worden of slachtoffer worden van een liquidatie? Een beetje speeksel afnemen voor het juiste DNA moet natuurlijk ook niet zo moeilijk zijn. Of is dat lastig in tijden van de AVG? U moet het zelf maar beslissen. Bedenk dat u natuurlijk wel een belangrijke rol kunt spelen in de geschiedenis. Alleen weet je dat nooit vooraf. De tandarts of tandprotheticus van Adolf H. had indertijd ook niet kunnen bevroeden dat zijn werk meer dan zeventig jaar later onderwerp van onderzoek zou zijn en wereldnieuws zou worden. Had hij maar wat minder zijn best gedaan, waardoor Hitler slecht had kunnen articuleren. Dat had een hoop gebral, en waarschijnlijk een hoop ellende, gescheeld.

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

PerioChip®
insert voor dentaal gebruik 2,5 mg

SRP + PerioChip®: de betrouwbare oplossing bij parodontitis-therapie

Samen eersteklas: SRP in combinatie met PerioChip® leidt tot het best mogelijke therapiesucces bij chronische parodontitis.
De gecombineerde langetermijntherapie bereikt aanzienlijk betere resultaten in pocketdieptereductie dan SRP alleen.[1]

› Doeltreffend - elimineert tot 99% van de ziekteverwekkende kiemen
› Snel - aanbrengen in slechts 1 minuut
› Duurzaam - houdt ziektekiemen tot 11 weken
› Consistent - essentieel deel van een parodontale behandeling

Bestel nu op www.**periochip**.nl
of FreeCall **0800-022 73 21** (Nederland)

PerioChip, insert voor dentaal gebruik 2,5 mg
2,5 mg chloorhexidine digluconaat (CHX), Hulpstoffen: gehydroliseerde gelatine, glycerol, gedistilleerd water. CHX is een breed spectrum antimicrobiële stof. **Indicatie:** samen met tandsteen verwijderen en tandwortel schoonmaken, geïndiceerd voor een aanvullende, antimicrobiële behandeling van matig ernstige tot ernstige chronische periodontaal ziekten bij volwassenen met pocket-vorming. PerioChip kan gebruikt worden als onderdeel v.e. periodontaal behandelprogramma. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor CHX of één v.d. hulpstoffen. **Waarschuwingen:** Gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen die nystatine bevatten moet vermeden worden. Gebruik tijdens zwangerschap en borstvoeding: zie vak- en gebruikersinformatie. Periochip bevat chloorhexidine. Van chloorhexidine is bekend dat het overgevoeligheid veroorzaakt, waaronder generaliseerde allergische reacties en anafylactische shock zie vak- en gebruikersinformatie. **Bijwerkingen:** Circa één derde v.d. patiënten ondervindt bijwerkingen, meestal voorbijgaand, tijdens de eerste paar dagen na inbrengen v.d. chip. Dit kan ook een gevolg zijn v.d. mechanische plaatsing v.h. dentaal insert in de periodontaal pocket of een gevolg van het verwijderen van tandsteen. De meest frequent gerapporteerde bijwerkingen zijn aandoeningen v.h. gastro-intestinaal stelsel: dentaal, gingival of orale zachte weefsel reacties die ook worden beschreven als toepassingsnevenreacties. Verdere informatie: zie vak- en gebruikersinformatie. UR-geneesmiddel. Stand: 10/2014. **Vergunningshouder:** Dexcel® Pharma Ltd., 7 Sopwith Way, Drayton Fields, Daventry Northamptonshire NN11 8PB, Verenigd Koninkrijk. **Fabrikant:** Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Str. 2, 63755 Alzenau, Duitsland Tel.: +49/6023/9480-0, Fax: +49/6023/9480-50.
[1]Soskolne, W.A. et al. (2003): Probing Depth Changes Following 2 Years of Periodontal Maintenance Therapy Including Adjunctive Controlled Release of Chlorhexidine. J Periodontol, Vol. 74, Nr. 4, p. 420 – 427.

Dexcel® pharma **Dexcel® Pharma GmbH | Dental** • Carl-Zeiss-Straße 2 • D-63755 Alzenau

Feiten & cijfers

64.000

keer maakten patiënten in 2016 gebruik van mondzorg buiten kantoortijden.

In totaal werd in 2016 ruim 64.000 keer gebruikgemaakt van avond-, nacht- en weekenddiensten buiten kantoortijden. 47.156 patiënten maakten gebruik van weekenddiensten, 16.456 patiënten van avonddiensten. Een nachtbehandeling was er voor in totaal 414 mensen. Wanneer een patient in de avond, nacht of in het weekend naar de tandarts gaat buiten de reguliere openingstijden, meestal in het geval van spoed, mogen tandartsen een toeslag in rekening brengen. Dit is een avond-, nacht of weekendbehandeling. Er zijn echter ook praktijken die de zaterdag open zijn voor normale (niet spoedeisende) tandheelkundige zorg. Deze tandartsen mogen uiteraard geen extra toeslag in rekening brengen. Daarnaast zien we in Nederland steeds meer reguliere spoeddiensten, waarbij een praktijk regulier open is voor spoedgevallen. Omdat het dan reguliere tijden zijn – de tandarts hoeft niet speciaal naar de praktijk af te reizen wanneer er een spoedgeval is – zijn de toeslagen hier ook niet van toepassing. Kortom, niet voor elke behandeling in de avond, nacht en het weekend is een toeslag van toepassing.
(bron: Vektis)

In memoriam

Gerrit van Dijk, tandtechnicus

Na een aanvankelijk geslaagd herstel is op 2 juni na een kort ziekbed plotseling overleden Gerrit van Dijk. Vooral oudere tandartsen zullen hem herinneren als een buitengewoon vriendelijke en deskundige tandtechnicus, aanvankelijk in dienst van Tholen, later van Dental Union. Vanaf zijn pensioen ging hij als vrijwilliger aan de slag bij Dental Health International Nederland (DHIN), waar hij niet alleen aangeboden apparatuur voor ontwikkelingslanden reviseerde, maar ook ter plekke installeerde en de lokale mensen instrueerde in het gebruik en het onderhoud van de tandartsapparatuur. Een creatieve en begaafde monteur is heengegaan.

James J.W. Huddleston Slater sr., adviseur DHIN

Gerrit van Dijk aan het werk als vrijwilliger voor DHIN. FOTO: CO MOCKING

50+ bewust voor tandartsen

U bent tandarts en passeert de 'magische' grens van 50 jaar. Hoe regelt u dan het beste uw financiële situatie? In dit artikel bespreekt *Maarten den Heijer*, o.a. branchespecialist mondzorg bij ABN AMRO, onderwerpen als eerder stoppen met werken en een gezonde portemonnee na uw carrière.

Het bereiken van de 50-jarige leeftijd brengt de nodige emoties met zich mee. Of het nu komt door de 'Abraham' of de 'Sarah' die bij u op de stoep wordt geplaatst, of dat uw zoon of dochter u inhaalt tijdens het hardlopen, het bereiken van deze leeftijd zal iets met u doen. De 'pijn' is minder als u beseft dat de helft van de volwassenen bestaat uit 'lotgenoten' in de leeftijd van 50+.

Los van de emotie brengt het bereiken van deze leeftijd ook allerlei vraagstukken met zich mee die betrekking hebben op de nabije toekomst:
Hoe lang wilt u eigenlijk nog blijven werken?
Hoe zal uw inkomen eruitzien als u besluit eerder te stoppen?
Hoe komt u aan een opvolger?
Wat betekent dit voor uw eigen financiële situatie?
Wat wilt u eigenlijk zelf?
Wat is uw strategie voor de nabije toekomst?

Dit zijn belangrijke vragen waarop u duidelijke, heldere en begrijpelijke antwoorden nodig heeft. Daardoor kunt u tot de juiste keuzes komen.

Hoe ziet uw inkomen eruit als u besluit eerder te stoppen?
Deze belangrijke vraag zal niet iedereen direct kunnen beantwoorden. U wellicht ook niet. Al sinds 1996 zijn tandartsen niet meer verplicht pensioen op te bouwen bij een pensioenfonds. U bent vanaf dat jaar vrij zelf te bepalen of en zo ja op welke manier u pensioen opbouwt. Er zijn drie pijlers. De eerste pijler komt van de overheid en betreft

Lees verder op pagina 5

Quiz

Vraag 1. De kans op pulpaherstel is groter bij een onvolgroeid gebitselement dan bij een element met een geheel afgevormde wortel.

a. Juist
b. Onjuist

Vraag 2. De wortel van een onvolgroeid gebitselement kun je het beste versterken door middel van een stevige gegoten stiftopbouw.

a. Juist
b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Vervolg van pagina 4

de AOW. De tweede pijler betreft het pensioen dat opgebouwd is bij een werkgever. Mensen die zelf hun pensioen moeten regelen, zijn aangewezen op de derde pijler van ons pensioenstelsel: lijfrente en/of gewoon sparen en beleggen. Bij een lijfrente wordt periodiek een bedrag ingelegd. Met het opgebouwde vermogen kunt u later een inkomen laten uitkeren. Een voordeel van het zelf sparen en beleggen is dat dit vermogen ieder moment vrij gebruikt kan worden. U zult als tandarts dus aangewezen zijn op de eerste pijler, namelijk AOW en voornamelijk de derde pijler, lijfrente en/of het spaargeld of beleggingsvermogen.
De AOW-leeftijd gaat in stappen omhoog naar 66 jaar in 2018 en 67 jaar in 2021. Vanaf 2022 is de

Maarten den Heijer.

AOW-leeftijd gekoppeld aan de levensverwachting. In 2022 wordt de AOW-leeftijd 67 jaar en drie maanden. Dit betekent dat afhankelijk van uw leeftijd u deze overheidsuitkering later krijgt uitgekeerd. De derde pijler is dus voor u als vrij gevestigde tandarts erg belangrijk. Economische omstandigheden kunnen van invloed zijn op de ontwikkeling van uw lijfrente kapitaal, spaargeld en dus ook op het inkomen wanneer u gestopt bent. Overleg daarom tijdig én regelmatig met uw financieel adviseur. Betrek daarbij ook alternatieve manieren om uw financiën voor later te regelen. Uw hypotheek aflossen, de fiscale oudedagsreserve of op een bepaald moment de praktijk verkopen bijvoorbeeld.

Wat betekent eerder stoppen voor uw eigen financiële situatie?
Als u gestopt bent met werken, zal ook uw dagindeling er anders uitzien. U beschikt ineens over veel vrije tijd. Het is waarschijnlijk dat u niet achter de geraniums zult blijven zitten. Uw gezinssituatie zal veranderd zijn. U wilt meer tijd hebben voor een hobby, kinderen, kleinkinderen, vrijwilligerswerk of misschien wilt u een wereldreis maken. De kans bestaat dat uw wensen niet aansluiten bij uw financiële inkomens- en vermogenspositie. Er zijn mogelijkheden om dit op te lossen. U kunt besluiten om niet volledig te stoppen met werken, maar bijvoorbeeld minder te gaan werken. Het zorgt ervoor dat u er nog niet volledig 'uitligt' en toch tijd hebt voor andere dingen dan werken. Een andere mogelijkheid ligt verscholen in uw eigen woning. De eigen woning vormt een essentieel onderdeel in de opbouw van uw toekomstvoorzieningen. Op een 50+-leeftijd zal de hoogte van de hypotheek door aflossingen lager liggen en de waarde zal in de loop van de jaren zijn toegenomen. Een kleinere en goedkopere (huur) woning is misschien een reële optie en geeft u de mogelijkheid om de overwaarde vrij te ontvangen en uw wensen te realiseren. Overleg met uw financieel adviseur welke optie het best bij u past én verkrijg daarmee inzicht in de financiële consequenties.

Wat is uw strategie voor de nabije toekomst?
Er zijn veel vraagstukken waar u als 50-plusser mee in aanraking komt. Niet op alle vragen krijgt u direct de gewenste en volledige antwoorden. U doet er verstandig aan een strategie te hebben waarmee u de antwoorden verkrijgt ruim voor het (gedeeltelijk) stoppen met werken. Ik adviseer een strategie waarbij minimaal zeven jaar voor het stoppen met werken door een adviseur een financieel behandelplan voor u wordt opgesteld, waarin plaats is voor periodieke controles. U bent dan ook op tijd om bij te sturen en eventueel aanvullende maatregelen te treffen. Wet- en regelgeving veranderen vaak en snel en zijn van invloed op uw keuze. Neem zelf de regie in handen en vraag regelmatig om advies. Dit geeft u rust en inzicht om tijdig een keuze te maken die niet alleen weloverwogen is, maar vooral ook bij u past.

> Denk na over uw financiële strategie ruim voordat u stopt met werken

Maarten den Heijer is sectorspecialist Medische en Vrije Beroepen bij ABN AMRO. Hij adviseert en begeleidt zorgverleners in de mondzorg bij diverse ondernemersvraagstukken. Maarten den Heijer, Thera Evers en Arjan Wijnands zijn Branchespecialist Mondzorg binnen ABN AMRO. ■

Prof. dr. Cees de Baat en Ilonka Armstorff over mondzorg aan kwetsbare groepen

“Geen spectaculair gedoe, maar vooral preventie en verzorging”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Hebben we in Nederland te maken met een ‘vergeten’ groep in de mondzorg? Mensen die zelf niet (meer) goed hun mond kunnen onderhouden en jaren niet naar een mondzorgpraktijk gaan. Met mobiele mondzorg heeft Fresh Unieke Mondzorg alle aandacht voor deze groepen in woonzorgcentra en – in beperktere mate – ook thuis. Vanuit de gedachte dat ieder mens uniek is, maar wel gewoon goede zorg verdient.

Waar hebben we het over bij unieke mondzorg?

Ilonka Armstorff: Dan hebben we het vooral over alle mensen die permanent in woonzorgcentra wonen: ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking, psychiatrische patiënten, verslaafden of ex-verslaafden. Mensen die in een woonzorgcentrum opgenomen worden hebben tandheelkundig gezien een gat in de tijd. Die zijn soms al tien jaar niet naar een tandarts geweest. Ze gingen niet meer zelf en werden niet gebracht. En aan huis kwam er ook geen tandarts. Dan komen ze op een gegeven moment met een enorme tandheelkundige achterstand in een woonzorgcentrum. Daar verzorgt Fresh Unieke Mondzorg mobiele zorg. We doen ook wel aan thuiszorg, maar dat zit nog in de pilotfase.

Cees de Baat: Het beleid van de overheid is om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten blijven. Ouderen die tegenwoordig in de woonzorgcentra worden opgenomen zijn al in zo’n slechte conditie dat het eigenlijk alleen maar het wachtkantoor is voor de dood. De focus zou veel meer moeten komen te liggen op de thuiszorg. Daar zit het grootste probleem. Mensen kunnen op een gegeven moment zichzelf niet meer goed verzorgen. Mondzorg komt als een van de eerste dingen in de knel. De aandacht daarvoor wordt veel minder dan ze in hun actieve leven gewend waren. Als ze dan in een woonzorgcentrum komen, is het eigenlijk te laat.

Over welke aantallen spreken we?

De Baat: Er zijn ongeveer driehonderd woonzorgcentra voor ouderen. Het aantal kwetsbare ouderen ligt rond de 300.000.

Armstorff: De rol van woonzorgcentra is veranderd. Mensen bleven vroeger een aantal jaar in een woonzorgcentrum, de familie was betrokken en het was veel gezelliger. Nu komt een cliënt eigenlijk verwaarloosd binnen en is er geen familie meer of is die gefrustreerd. Mensen blijven ook vaak maar een heel korte periode.

Kunnen we spreken van een ‘vergeten’ groep?

De Baat: Voor de mondzorg zijn mensen in de thuissituatie echt een vergeten groep geworden.

Armstorff: Gelukkig komt er wel veel meer focus op die groep vanuit diverse organisaties. Maar de meeste tandartsen hebben weinig aandacht voor oudere patiënten die ze al een paar jaar niet meer in de praktijk zien. Die groep verdwijnt gewoon. Tandartsen zoeken niet uit waarom mensen niet meer komen.

Is financiering van de mondzorg een van de grootste knelpunten voor die groep in de thuissituatie?

Armstorff: Dat is inderdaad een probleem. Men is met wetgeving wel bezig om een Wlz-indicatie ook toe te kennen aan mensen thuis. Vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen mensen terecht in een verpleeghuis, een instelling voor mensen met een handicap of een ggz-instelling, maar soms ook thuis zorg krijgen.

De Baat: Het is natuurlijk van de gekke dat tandartsen mondzorg voor kwetsbare mensen thuis laten lopen met het argument dat er geen financiering voor is. Schei uit. Gedraag je een beetje.

Armstorff: Tandartsen hebben eigenlijk ook de zorgplicht voor hun patiënten als ze niet meer naar de praktijk kunnen komen. Ze zouden dan mensen thuis moeten bezoeken. Maar dat doen ze niet, omdat ze dan misschien wel twee uur weg zijn met een assistent voor één controle. Het helpt ook niet dat ze zelfs geen kilometers mogen rekenen.

Wat houdt de mobiele mondzorg van Fresh Unieke Mondzorg in?

Armstorff: We komen niet met een bus voorrijden. Nog steeds zijn heel veel mensen bang voor de vroegere bus van de schooltandarts. Onze tandartsen en mondhygiënisten gaan naar woonzorgcentra toe met mobiele apparatuur die wordt opgebouwd in een aparte ruimte. We kiezen voor een persoonlijke aanpak en passen ons aan de situatie van de patiënt aan. We stellen ons voor, stellen patiënten gerust, gaan door de knieën en gaan het gesprek aan.

Prof. dr. Cees de Baat.

De Baat: Bij het leveren van mondzorg aan dit soort mensen wordt heel vaak de gedachtefout gemaakt dat het gaat om behandelingen. Dat is bijna nooit zo. Het is voor het merendeel zorgen dat de mond goed verzorgd wordt. Er worden weleens behandelingen gedaan, maar dat is niet de primaire focus.

Wat zijn de specifieke problemen van deze groepen?

De Baat: Dat de mond niet goed wordt verzorgd en dat die te weinig aandacht krijgt. Mensen kunnen het niet meer zelf en zijn afhankelijk van anderen. En bij die anderen heeft het geen prioriteit. Sterker nog, die besteden er nauwelijks aandacht aan. Een van onze doelen is om de dagelijkse mondzorg te verbeteren in woonzorgcentra. Verplegenden en verzorgenden moeten beter geïnstrueerd en opgeleid worden. Dat is veel belangrijker dan een kroon maken bij iemand van 93 jaar die voor de poort van de dood staat. Geen spectaculair gedoe met allerlei ingewikkelde behandelingen, maar vooral preventie en verzorging.

Armstorff: Echte pijnklachten zijn er veel minder dan in een gewone praktijk. Bij de start in een woonzorgcentrum lossen we de meeste pijnklachten op. En als de mondsituatie stabiel is, is het vervolgens preventie, preventie…

De Baat: Pijn is niet zozeer het item. Ontstekingen wel. Daarom doen we qua behandelingen nog het meest extracties.

Wat is een specifieke casus?

De Baat: Een vrouw van rond de 85 die duidelijk wel pijn had. Ze had een niet goed te duiden slijmvliesafwijking in een edentate mond. Na verloop van tijd kwamen er kleine korreltjes in de slijmvliesafwijking. Dat bleken kunststof korrels te zijn die ooit gebruikt waren om haar kaakbot op te hogen. Die mevrouw heeft maanden pijn en klachten gehad vanwege die korrels die eruit kwamen en gingen rotten. De les daarvan is dat tandartsen die dat soort dingen aanbrengen hun patiënten moeten volgen om te kijken of het op den duur goed gaat. We konden nu zelfs niet meer achterhalen wie die korrels heeft aangebracht. Daar kan zomaar vijftien jaar overheen zijn gegaan.

Kunnen meer behandelingen of restauraties uit het verleden problemen geven?

De Baat: Implantaten, als ze niet gevolgd zijn door de tandarts. Als iemand na een half jaar geen gehoor geeft aan een oproep voor controle moet je zo’n patiënt bellen. Implantaten moeten goed schoongehouden worden. Anders heb je kans dat het fout gaat en ze er op latere leeftijd uit moeten.

Armstorff: Daarom is voorlichting ook zo belangrijk. Sommige verzorgenden weten niet eens wat implantaten zijn of dat mensen ze hebben. Dan krijgen ze een klikprothese op implantaten er niet uit en wordt die dus niet schoongemaakt. Ook weten ze vaak niet dat een steg – met ragers – schoongehouden moet worden.

De Baat: Het komt ook voor dat ze een kunstgebit er niet uit krijgen en dan maar veronderstellen dat het natuurlijke tanden zijn. Na een maand of drie, vier gaat dat natuurlijk toch problemen geven.

Armstorff: Mensen weten vaak zelf niet wat ze in hun mond hebben of kunnen het niet meer zeggen. Familie heeft vaak ook geen idee.

Waar kan Fresh Unieke Mondzorg het verschil in maken?

Armstorff: Bij mensen die weerstand hebben of die moeilijk te behandelen zijn, gaan we vaker terug. Daar hebben we bepaalde trucjes voor. We weten eigenlijk ook altijd wel draagvlak te creëren om personeel uit het woonzorgcentrum mee te krijgen. We proberen altijd eerst de directie warm te maken. Vervolgens gaan we naar de werkvloer. Verzorgenden krijgen cursussen en gaan beter poetsen. We gaan met de familie in gesprek en die gaat dan vaak ook participeren. Maar we praten ook met de logopedist en de artsen. Daarmee vorm je dan een front en krijg je de mondzorg op de kaart. Waar ik wel heel blij mee ben, is dat er nu al verandering is ten opzichte van drie jaar geleden. Toen kwam mondzorg in de opleiding nauwelijks aan bod.

Hoe kunnen tandartspraktijken dit probleem aanpakken?

De Baat: Als tandartsen allemaal de verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen patiënten en die in de gaten houden, zijn we al een heel eind. Het is heel simpel. Je moet gewoon in je patiëntenbestand kijken op een bepaald moment en nagaan wie je

Lees verder op pagina 7

Biografie

Ilonka Armstorff is operationeel directeur van Fresh Unieke Mondzorg. Ze werkt inmiddels 12 jaar in de tandheelkunde. In 2017 is ze gestart met Fresh Unieke Mondzorg dat zich met mobiele mondzorg richt op kwetsbare groepen. Bij Fresh Unieke Mondzorg werken per februari 38 mensen.

Prof. dr. Cees de Baat was het laatste deel van zijn actieve loopbaan hoogleraar Gerodontologie bij het Radboudumc in Nijmegen. Hij is sinds een jaar wetenschappelijk en zorginhoudelijk adviseur bij Fresh Unieke Mondzorg.

Vervolg van pagina 6

het laatste jaar niet meer hebt gezien. Als ze gemotiveerd zijn komen initiatieven vanuit tandartsen zelf. Dan bel je de patiënt of een contactpersoon op. Als je dan te horen krijgt dat moeder thuis is en dement aan het worden is, moet je actie ondernemen en een kijkje gaan nemen. Als praktijk moet je natuurlijk wel anticiperen en zorgen dat je een contactpersoon hebt.

Armstorff: In de praktijk waar ik twee jaar geleden werkte, heb ik meegedaan met een landelijke actie van het project 'Houd je mond gezond!'. In dat kader kregen we allerlei tools. Zo konden we kaartjes sturen aan familie met de leus 'Bent u met uw vader of moeder nog weleens naar de tandarts geweest?'. Dat was een heel goede actie, alhoewel mensen er soms ook niet van gediend waren, omdat hun vader of moeder inmiddels was overleden.

De Baat: In dorpspraktijken kent men de mensen en weet men wel wat er aan de hand is. Dan lossen de problemen zich wel op. Maar het gaat vooral om praktijken waar mensen meer anoniem zijn, met vandaag tandarts x en morgen tandarts y.

Ilonka Armstorff.

Waarom organiseren jullie het congres 'Gewoon unieke mondzorg'?

Armstorff: Omdat er nog te weinig mensen in de mondzorg bezig zijn met de kwetsbare mens. Terwijl dat ook de toekomst is. Zeker bij ouderen, maar ook bij mensen met een beperking is de mondzorg niet op orde. In de psychiatrie is de mondzorg ook een ondergeschoven kindje. Juist aan kwetsbare mensen mag wel wat meer aandacht geschonken worden.

De Baat: We vragen aandacht voor de kwetsbare mens en zijn problemen. Op het congres geven we adviezen hoe je dat concreet kan aanpakken. Fresh Unieke Mondzorg is natuurlijk een heel bewuste naam. Elk mens is uniek. Je kunt niet standaardzorg aan iedereen geven. Je moet voor iedereen een uniek mondzorgplan maken. Op basis van de omstandigheden, de persoon en de gezondheid lever je zorg. Dat is dus niet zo heel bijzonder, maar gewoon heel erg doodgewoon.

Armstorff: Het zou voor iedereen gewoon moeten zijn. Het congres geeft handvatten voor alle disciplines. Hoe ga je met cliënten om? Hoe moet je in bepaalde situaties handelen? Hoe maak je beleid? Hoe stuur je?

Waarom zijn opmerkelijke sprekers als Heleen van Royen en Cornel Vader van het Leger des Heils uitgekozen?

Armstorff: Ik denk dat Heleen van Royen heel goed kan verwoorden en vertellen wat het is om te zorgen voor een kwetsbaar mens, omdat haar moeder dement is. Ze heeft daar ook de documentaire *Het doet zo zeer* over gemaakt. En het Leger des Heils heeft woonzorgcentra voor ouderen, en helpt allerlei andere kwetsbare mensen. Met sponsoring van het Leger des Heils kunnen we mensen helpen die al heel lang niet meer bij de tandarts zijn geweest. We houden het congres op een mooie locatie van het Leger de Heils, tussen Lunteren en Ede. Cornel Vader, directeur Zorg en Welzijn, komt vertellen hoe zijn organisatie mondzorg voor kwetsbare mensen aanpakt.

Wat willen jullie vooral bereiken met dit congres?

Armstorff: Mijn motto is 'mondzorg voor iedereen'. Op het congres willen we aan tandartsen, mondhygienisten en zorgverleners van andere disciplines laten zien dat dat zo belangrijk is. Het komt ten gunste van je algehele gezondheid. Het gaat ook om het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten. Ik hoop dat meer mensen handvatten krijgen om of dit te gaan doen of, als ze het al doen, nog beter te gaan doen. ■

Congres 'Gewoon Unieke Mondzorg'

Voor bestuurders, managers en begeleiders van woonzorgcentra, en zorgverleners als verzorgenden, verpleegkundigen, tandartsen, mondhygiënisten, tandprothetici en anderen die verantwoordelijk zijn voor mondzorg aan kwetsbare groepen organiseert Fresh Unieke Mondzorg op vrijdag 21 september het congres 'Gewoon Unieke Mondzorg' in 50/50 Hotel Belmont in Ede. Het congres richt zich op de mondzorg aan kwetsbare groepen. Meer informatie: www.gewoonuniekemondzorg.nl, 085-0434806 of info@freshuniekemondzorg.nl.

De Stemming

Het extra belasten van suikerhoudende frisdranken in Groot-Brittannië lijkt succes te hebben. Nog voor de invoering begin april besloten veel frisdrankproducenten de hoeveelheid suiker in hun product te verlagen. De maatregel gaat niet alleen obesitas tegen, maar draagt ook bij aan een betere mondgezondheid. Dental Tribune vroeg het ***Ivoren Kruis*** *om een reactie.*

Niet eerder waren de stemmers van de Dental Tribune-Facebookpoll zo eensgezind: 94% van hen gaf aan voorstander te zijn van de invoering van een suikertaks in Nederland. Slechts één persoon stemde tegen. In haar argumenten waren wij zeker geïnteresseerd, maar helaas liet deze stemmer geen toelichting achter in de comments. Tandarts Ravin Raktoe deed dat wel. Hoewel hij het duurder maken van gesuikerde levensmiddelen wenselijk noemt, vraagt hij zich af of het heffen van een suikertaks de beste maatregel is. Als alternatief noemt hij het (verder) verlagen van de subsidie op suikerproductie door de Europese Unie.

Meer dan de helft van de frisdrankproducenten besloot nog voor de invoering van de Britse maatregel op 6 april 2018 de hoeveelheid suiker in hun product te verlagen. Zo bevatten Fanta en Sprite vorig jaar nog meer dan 8 gram suiker per 100 milliliter, nu zit er minder dan 5 gram per 100 milliliter in, zodat de prijs hetzelfde blijft. Ook Nederland heeft de ambitie om de hoeveelheid suiker in frisdranken drastisch te verminderen, meldde de NOS eerder. Het ministerie van Volksgezondheid sluit eenzelfde suikertaks als in Groot-Brittannië niet uit. “De staatssecretaris staat open voor alle maatregelen die effectief en uitvoerbaar zijn, dat zou dus ook de frisdranktaks kunnen zijn.”

Het Ivoren Kruis laat weten de effecten van de invoering van de suikertaks in Groot-Brittannië op de algemene en mondgezondheid met belangstelling te volgen. In welk kamp de vereniging zich dan schaart? Dat wordt open gelaten totdat de effecten duidelijk zijn. Als het om de relatie tussen suiker en de algemene gezondheid gaat, dan volgt het Ivoren Kruis de richtlijnen van de Gezondheidsraad en het Voedingscentrum. Voor de relatie suiker en mondgezondheid vormen drie vuistregels de kern. Niet de hoeveelheid suiker per inname is bepalend voor cariogeniteit, maar de frequentie van inname. Verruil dat glas frisdrank dus wat vaker voor een glas water. Ten tweede geldt voor het ontstaan van tandcariës geen onderscheid tussen toegevoegde suikers of natuurlijke suikers in producten. Als verhoging van de taks op toegevoegde suikers leidt tot een hogere consumptie van natuurlijke suikers dan valt een gedeelte van het effect weg.

Tot slot waarschuwt het Ivoren Kruis voor frisdranken die onder de noemer ‘light’ of ‘minder suiker’ worden verkocht. De grensconcentratie waaronder suiker in een product minder schadelijk is, ligt laag. Bij suikerhoudende producten die claimen geen toegevoegde suiker of minder suiker te bevatten, dan wel light te zijn (30% minder suiker), zal in het algemeen de suikerconcentratie niet onder deze grenswaarde dalen. Aangeraden wordt het etiket goed te bestuderen om te zien of de suikerclaim inderdaad inhoudt dat het product suikervrij is. Lightfrisdranken bevatten geen suikers en zijn dus niet cariogeen, maar nog wel altijd erosief. ■

Manon van Splunter-Schneider (NVM-mondhygiënisten) over naderend taakherschikking-experiment

“AMvB biedt allerlei kansen voor gehele mondzorg”

TEKST: TESSA VOGELAAR | FOTO: BEN ADRIAANSE

Nog voor de zomer gaat minister van Medische Zorg Bruno Bruins de AMvB voorhangen in de Kamer. Dat betekent het officiële startschot voor het langverwachte wettelijke kader voor taakherschikking in de mondzorg. De afgelopen maanden brachten beroepsverenigingen ANT en KNMT veelvuldig hun mening over het experiment naar buiten, gesteund door ACTA en het Radboudumc. NVM-mondhygiënisten roerde zich echter relatief weinig; opzettelijk, licht de vereniging toe, om niet in moddergooien verzeild te raken dat de gehele sector schade toebrengt. Reden voor *Dental Tribune* om in gesprek te gaan met voorzitter Manon van Splunter-Schneider. “Op het moment dat je overal op gaat reageren, wordt het al gauw een welles-nietesspelletje.”

Manon van Splunter-Schneider.

Wat is de actuele stand van zaken rond het experiment om de mondhygiënist grotere zelfstandige bevoegdheid te geven?

De Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) die het mogelijk maakt dat mondhygiënisten met de 4-jarige opleiding zelfstandig bevoegd worden voor de behandeling van primaire caviteiten, anesthesie en het maken van röntgenfoto’s, wordt vóór 6 juli voorgehangen bij de Tweede Kamer. Wij wachten dit proces af en daarna worden procedureel de vervolgstappen genomen.

Is het standpunt van NVM-mondhygiënisten over het experiment nog hetzelfde als enkele jaren geleden?

Ja, dat is ongewijzigd. Dit is een traject dat al ruim 18 jaar in voorbereiding is. Wij zijn blij met de recente ontwikkelingen rondom het experiment, omdat het bijdraagt aan alles waar wij in geloven. Het kan leiden tot meer focus op preventie en het efficiënter inzetten van mondhygiënisten. Voor patiënten betekent het meer gemak wanneer de mondhygiënist bijvoorbeeld alvast de verdoving kan geven wanneer de tandarts even te druk is om daartoe opdracht te geven of niet aanwezig is. Een uitbreiding van de zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist is voor ons geen doel op zich, maar door de AMvB zien wij heel veel mogelijkheden voor de mondzorg.

De voordelen van de voorgenomen taakherschikking voor de mondhygiënist zijn duidelijk. Maar wat zijn in uw ogen de voordelen voor de mondzorg als geheel?

Het doelmatig en efficiënt inzetten van mondzorgverleners is de basis geweest van de taakherschikking in de mondzorg. Tandartsen krijgen door het experiment meer ruimte voor het gespecialiseerde werk waarvoor ze opgeleid worden. Verder is de mondhygiënist binnen het mondzorgteam in de praktijk beter inzetbaar; als de tandarts op vrijdag op cursus is en de mondhygiënist alleen in de praktijk werkt, heeft het ook voordelen voor de tandarts en zijn of haar praktijkvoering dat het werk gewoon door kan gaan. De nadruk wordt nu vaak gelegd op gevolgen voor het werk van de mondhygiënist in de vrijgevestigde praktijk, maar de uitbreiding van de zelfstandige bevoegdheden heeft ook absoluut voordelen voor mondhygiënisten in loondienst of zzp’ers.

Welke reacties heeft u van uw leden gehad naar aanleiding van de verruiming van de bevoegdheden van de mondhygiënist? Er zouden ook geluiden zijn dat mondhygienisten het zelf geen prettig idee vinden om zelfstandig te boren.

We hebben een zeer breed draagvlak ervaren. Er was in januari (*toen minister Bruins de AMvB aankondigde, red.*) echt een jolijtstemming: eindelijk wordt er doorgepakt! Elke vorm van verandering roept echter vragen op. Er wordt steeds gesproken over boren, maar het gaat om drie voorbehouden handelingen. Wellicht dat mondhygiënisten die überhaupt nooit boren vraagtekens zetten bij de functionaliteit van de zelfstandigheid op dat gebied, maar dan is de verruiming op dit specifieke vlak simpelweg niet zo interessant voor hen. Zij zullen veel meer profijt hebben van de verruiming op het gebied van röntgen en anesthesie, zodat zij een betere diagnose kunnen stellen en professioneler kunnen werken. Voor mondhygiënisten die zich richten op preventie bij kinderen is juist het zelfstandig boren zonder opdracht een ontzettende aanwinst. Ik vind het niet vreemd dat wanneer je een individuele mondhygiënist vergelijkt met een complete beroepsgroep, de geluiden uiteen kunnen lopen. Als je ruimer kijkt, naar de ontwikkeling van ons vak, denk ik niet dat iemand erop tegen kan zijn.

Lees verder op pagina 9 ▸

8e editie van het Nobel Biocare Najaarssymposium
Vrijdag 9 november 2018
In de nieuwe Cinemec van Utrecht
highlights
9:00 - Ontvangst
17:30 - Afsluiting met borrel

Nobel Biocare
Sprekers:
- Dr. Wadhwani BDS, MSD
- Mw. Edith Groenendijk MSc, Implantoloog
- Dhr. Mic Demanet, Parodontoloog

Moderatoren:
- Dr. Wouter Kalk, MKA chirurg, Implantoloog
- Dhr. Frank Andriessen, Implantoloog

Inschrijven via
marketing.netherlands@nobelbiocare.com
of 030/635 49 49.

Surf naar onze website nobelbiocare.com/courses
voor het volledige programma en aanmelding!

Vervolg van pagina 8

Mondhygiënisten hebben zich tot nu toe geprofileerd als 'de preventiespecialist'. Zal het werk van de mondhygiënist een andere focus krijgen, zodra de AMvB ingaat?
Preventie blijft onze *core business*. Boren en preventie hoeven elkaar ook helemaal niet tegen te spreken, zoals vaak wordt gesuggereerd. Het boren van primaire caviteiten kan vallen onder de noemer tertiaire preventie. Zo zien we dit al jaren binnen de parodontologie: daar zijn het de mondhygiënisten die de professionele tandsteenbehandelingen verzorgen die ook onder de tertaire preventie vallen. Daar is die discussie echter nooit opgelaaid. Ik denk dat het boren van primaire caviteiten gevoeliger ligt, omdat dit onderdeel meer overlapt met het deskundigheidsgebied van de tandarts. Het is echter een gemiste kans wanneer je als mondhygiënist een sterke focus hebt op tandvleesproblematiek, die door plaque wordt veroorzaakt, maar het traject van de cariës niet meeneemt.

Vooral de ANT zoekt de afgelopen tijd veelvuldig de media met pleidooien tegen taakherschikking. NVM-mondhygiënisten roert zich relatief weinig. Kunt u dit toelichten?
Binnen de discussie die nu gevoerd wordt, ontbreekt de nuance en wordt er heel negatief gesproken over elkaar, en uiteindelijk ook over de mondzorg. Wij willen dat niet voeden. Wij vinden het heel belangrijk om te benadrukken dat we met elkaar veel mooie kansen en uitdagingen hebben waar we mee aan de slag kunnen. Op het moment dat je overal op gaat reageren, wordt het algauw een welles-nietesspelletje. Dat zorgt alleen maar voor verdere polarisatie. Het doet zo'n afbreuk aan de goede samenwerking die we in het werkveld doorgaans met elkaar hebben. Iedereen heeft zijn eigen boodschap en strategie om te bereiken wat ze willen. Wij kiezen de constructieve weg.

Voor het publiek lijkt het alsof er veel met modder wordt gegooid, maar in hoeverre zijn jullie in werkelijkheid *on speaking terms* met de andere beroepsverenigingen?
In veel dossiers verloopt de samenwerking gewoon goed. Gisteren nog had ik overleg met de ANT over een regionaal preventieproject voor jeugd. Vanavond vergaderen we met de KNMT over de Stichting Geschilleninstantie Mondzorg. Met name het verhaal rondom het experiment krijgt nu veel aandacht in de media, maar zolang we niet over de AMvB praten, gaat het heel goed (*lacht*). De minister heeft de beroepsverenigingen de ruimte geboden om voor 20 april met een gezamenlijk voorstel te komen rondom de implementatie en de monitoring van het experiment. Voorwaarde daarbij was dat er in gezamenlijkheid tot iets gekomen zou worden. Die gezamenlijkheid ontbrak op het moment dat de ANT afhaakte. Wij hebben toen geconcludeerd dat er niet meer aan de voorwaarden zou worden voldaan, dus leek het ons niet zinvol alleen met de KNMT om tafel te gaan.

Over de taakherschikking wordt dus niet meer gepraat?
Tussen januari en nu (*halverwege mei, red.*) hebben wij niet meer met de KNMT en ANT over het onderwerp gesproken. Momenteel zijn we in een fase beland waarin we het proces blijven volgen in de politiek. Soms ben je het over een aantal zaken gewoon niet eens. Maar ik denk dat we allemaal beseffen dat we moeten samenwerken om hetzelfde doel te dienen, namelijk optimale zorg voor onze patiënten.

Wat is uw reactie op tegenargumenten van KNMT en ANT tegen het doorzetten van het taakherschikkingsexperiment, zoals een verwachte stijging in totale zorgkosten?
Ik denk dat het goed is dat we het experiment met elkaar aangaan om te zien wat voor moois het kan brengen. Er worden veel aannames gedaan, maar we missen de feitelijke onderbouwing. Dit is een goed moment om met elkaar te bezien hoe we mondzorg leveren. Laten we met z'n allen kritisch kijken hoe we omgaan met het maken van bijvoorbeeld röntgenfoto's. Het biedt juist een kans om hierover als tandarts en mondhygiënist goed te communiceren. Dat je elkaar even belt om te vragen: "Heb jij deze foto's nog liggen? En wil je meteen even meekijken om te zien of dit buurelement goed genoeg is om een brug te plaatsen?" Wij kijken liever naar de mogelijkheden die het experiment biedt.

Als de AMvB van kracht wordt in 2020, kan het experiment in 2024 worden afgerond. Hoe denkt u dat het mondzorgveld er tegen die tijd uitziet?
Hetzelfde als nu, alleen met een betere en efficiëntere afstemming tussen mondzorgverleners. De AMvB zal echt niet een dusdanige impact hebben dat het veld er ineens heel anders uitziet. We krijgen als mondhygiënist geen volledig ander takenpakket wanneer de grotere zelfstandige bevoegdheid geldt. Wat er wel verandert, is dat we een stuk efficiënter en doelmatiger kunnen functioneren. Het proces wordt eenvoudiger en dat heeft absoluut meerwaarde. ■