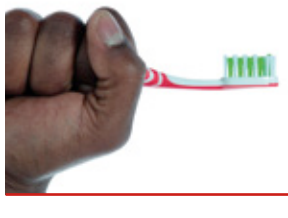
Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

APRIL 2013 | WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL | JAARGANG 3 | NUMMER 3



Nederlander poetst te weinig
Een derde poets minder dan twee keer per dag

Pagina 3

Nieuw op de IDS
Wat u zag óf miste op 's wereld grootste dentale beurs

Pagina 16

Camlog lanceert iSy
Nieuw implantaatsysteem opmerkelijk scherp geprijsd

Pagina 18-19

"Restauratief ingrijpen bij kinderen niet meer de norm"

Dr. Gert Stel, tandarts-pedodontoloog (UMCG): "Kinderen moeten mondzorg op maat krijgen."

VAN DE REDACTIE

UTRECHT – De Nederlandse kindertandheelkunde heeft jaren vol verhitte discussies achter de rug. Nadat de voor- en tegenstanders van restauratief ingrijpen vele malen de degens hebben gekruist, lijken de laatsten in 2012 hun zin te hebben gekregen met de publicatie van de *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen*. Hierin wordt gepleit voor een terughoudende aanpak van cariës bij kinderen volgens de beginselen van de Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling.

Pleitbezorger dr. René Gruythuysen gaf onlangs in het gelijknamige programma van nascholingsinstituut AccreDidact een nauwkeurige en onderbouwde beschrijving van deze methode. Een fragment hieruit is te lezen op pagina 8-9 van deze editie van Dental Tribune, die voor een grotendeels is aan de kindertandheelkunde.

Dr. Gert Stel (UMCG) behoort tot de experts die de afgelopen jaren 180 graden gedraaid zijn. Volgens deze prominente tandarts-pedodontoloog is restauratief ingrijpen bij kindercariës niet meer de norm. "Mondzorgprofessionals moeten bij iedere patiënt de oorzaak van cariës nagaan, zodat ze weten hoe deze in de toekomst voorkomen kan worden," oppert Stel. "Dat vergt 'omdenken' in de tandheelkunde. Cariës vraagt om behandeling, maar dat kan zowel restauratief als niet-restauratief. Kinderen moeten mondzorg op maat krijgen." Daarbij wordt in de Richtlijn een belangrijke plaats ingeruimd voor preventie.

Voorlichting van kinderen en hun ouders vindt plaats door de tandarts en via ideële media, maar komt soms ook uit andere hoeken. In een interessante reportage (zie pagina 11) leest u dat kinderboeken over de tandarts een belangrijke opvoedkundige functie kunnen hebben. Zo leert het kind over de gevaren van snoepen en de beginselen van een tandartsbehandeling. "Mijn boek heeft een voorlichtingscomponent die uiteraard ontbreekt in 'gewone' kinderboeken. Er zijn voor het kind én voor de ouders boodschappen in verwerkt," aldus Astrid Kuiper, preventieassistente en auteur van het recent verschenen *De Vrolijke Tandensalon*. Dit boek siert inmiddels de wachtkamer van menige mondzorgpraktijk. Kuiper ziet het verder als haar missie tandartsangst bij kinderen weg te nemen. "Ik wil de tandheelkunde een positief imago geven. Naar de tandarts gaan moet leuk en laagdrempelig zijn." ■

"Macht zorgverzekeraars buitensporig na wetswijziging"

TEKST: LAURA VAN DEE

NIEUWEGEIN – Diverse zorgaanbieders, waaronder de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), maken zich zorgen over het plan van minister Schippers om artikel 13 uit de Zorgverzekeringswet te schrappen. De wetswijziging zou betekenen dat zorgverzekeraars zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet meer hoeven te vergoeden. Nu krijgen verzekerden nog ongeveer 80% van die zorg vergoed. Tweede Kamerleden van SP, CDA en GroenLinks hebben al laten weten tegen het schrappen van artikel 13 te zullen stemmen.

In december heeft de NMT met enkele andere beroepsorganisaties een brief gestuurd naar de Kamercommissie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarin zij zich uitspreken tegen het schrappen van het artikel. "Patiënten kiezen hun zorgaanbieder in de eerste lijn doorgaans op basis van vertrouwen en nabijheid. Deze voorgenomen maatregel leidt dan ook tot een beperking van de keuzevrijheid van burgers," stellen de organisaties. Zij waarschuwen dat met het schrappen van artikel 13 de keuze voor een zorgaanbieder volledig bij de zorgverzekeraar komt te liggen. Daarmee neemt de kans toe dat een patiënt tegen zijn wil van zorgaanbieder moet veranderen. Op dit moment heeft 90% van de tandartsen geen contract met een zorgaanbieder afgesloten.

In een uitzending van BNR Nieuwsradio lichtte Rob Barnasconi, voorzitter van de NMT, het standpunt van de tandartsvereniging verder toe. "Tandartsen moeten goed nadenken voordat ze contracten afsluiten met zorgverzekeraars. Ze moeten alleen worden afgesloten als ze ook een toegevoegde waarde inhouden voor patiënt en zorgverlener." Voorzitter Corrie Jongbloed-Zoet van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) sloot zich hier in de BNR-uitzending bij aan. Ook zij vindt dat mondzorgprofessionals niet gedachteloos contracten met zorgverzekeraars moeten aangaan. "De patiënt en de zorgverlener hebben een vertrouwensrelatie. Er moet een klik zijn. Het moet niet zo zijn dat je naar een zorgverlener wordt gestuurd met wie je niets hebt."

Op de vraag van BNR of Barnasconi tandartsen niet zou willen oproepen geen contracten af te sluiten met zorgverzekeraars als artikel 13 daadwerkelijk geschrapt wordt, antwoordt hij: "U zegt het wel erg duidelijk." De NMT-voorzitter kan dit echter niet doen, vertelt hij, omdat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) hem dat niet in dank zou afnemen. De NMA houdt de NMT nauwlettend in de gaten en heeft gecontroleerd in hoeverre de NMT haar leden stuurt bij de beslissing om wel of niet contracten met verzekeraars af te sluiten.

Opvallend genoeg steunt zorgverzekeraar ONVZ de NMT in haar strijd tegen het schrappen van artikel 13.

> lees verder op pagina 2

straight. dental equipment

sterilisator aanbieding

Klasse B autoclaaf, 18 liter, inclusief procesregistratie via USB
Actie tot 19 mei 2013, prijs ex BTW.

Voor meer informatie en voorwaarden:
www.straightdental.com of mail info@straightdental.com

dental units | thermodesinfectoren | autoclaven

Korenmolenweg 5, Haaksbergen

"Vertrouwensrelatie arts en patiënt niet langer heilig"

> vervolg van pagina 1

Directeur Erno Kleijnenberg: "De relatie tussen arts en patiënt is heilig. De zorgverzekeraar moet dat respecteren en daar niet tussen willen komen." ONVZ biedt zelf een restitutiepolis aan en vindt het belangrijk dat er genoeg vrijekeuzepolissen overblijven. "Vaak wordt gezegd dat alles beter en goedkoper wordt als zorgverzekeraars meer sturen. Onze premie is echter vaak lager dan de sturende polis bij concurrenten," aldus Kleijnenberg.

Niet alleen tandartsen zouden de dupe zijn van het schrappen van artikel 13. Zo heeft ook de Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) een brief aan de Tweede Kamer geschreven. De vereniging vreest dat vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten zonder contract met verzekeraars hun praktijk wel kunnen sluiten. Volgens de NVVP krijgen de verzekeraars veel te veel macht: zorgaanbieders moeten wel akkoord gaan met de aangeboden contracten, omdat ze anders helemaal geen contract hebben.

Hanke Bruins Slot (CDA) denkt dat zorgverzekeraars door het schrappen van artikel 13 minder op kwaliteit zullen letten bij het afsluiten van contracten. Bovendien ziet zij de wijziging als een afschaffing van de keuzevrijheid van de patiënt. "De vertrouwensrelatie met de arts is niet langer heilig. Je kiest niet meer voor een goede arts of voor een goed ziekenhuis, maar je kiest voor een zorgverzekeraar," stelt het Tweede Kamerlid in een blog op Skipr. De Consumentenbond vindt dat het artikel (nog) niet geschrapt kan worden, omdat aan een aantal voorwaarden voor transparantie niet voldaan is. Er is volgens de bond geen transparantie van de zorgkwaliteit en het zorginkoopbeleid van verzekeraars. Die contracteren nu vaak te laat de zorg voor het komende jaar (nadat consumenten al een verzekering hebben moeten afsluiten) en communiceren daar niet duidelijk over.

Ook de Nederlandse Zorgautoriteit is deze mening toegedaan: "Het moet wettelijk geregeld worden dat zorgverzekeraars minimaal zes weken voor het einde van het jaar duidelijk maken met welke zorgaanbieders zij wel of geen contract hebben voor het komende jaar."

Illustratief voor de mogelijke gevolgen van het schrappen van artikel 13 noemt de Consumentenbond het conflict tussen verzekeraar Achmea en het Slotervaartziekenhuis. De twee partijen bereikten geen overeenstemming over gecontracteerde zorg en consumenten kregen daar pas in februari bericht over. Achmea heeft inmiddels in het tv-programma Radar laten weten in gesprek te gaan met de gedupeerden en sommigen de mogelijkheid te bieden over te stappen naar een andere verzekeraar. Bart Combée, directeur Consumentenbond: "Als gecontracteerde aanbieders in de toekomst pas bekend worden nadat is gekozen voor de zorgverzekeraar, en als straf een sterk uitgeklede vergoeding aanbieden, dan keldert de positie van consumenten naar een dieptepunt."

De directeur van het Slotervaartziekenhuis, Aysel Erbudak, heeft patiënten van het ziekenhuis opgeroepen een petitie vóór vrije artsenkeuze te tekenen. Zij schrijft: "Als de voorgenomen veranderingen doorgaan, krijgen verzekeraars heel veel macht. In de praktijk betekent het dat zij kunnen besluiten om een ziekenhuis bij u in de buurt niet te contracteren." De verzekeraars hoeven daarbij voor hun keuzes nauwelijks verantwoording af te leggen, verwacht Erbudak. (bronnen: NOS, NMT, Consumentenbond, Skipr) ■

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofdredacteur/uitgever
drs. Ben Adriaanse

Redactie
drs. Laura van Dee
drs. Joann Hebben

Cartoons
drs. Emily van Someren

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl.
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het tandheelkundige vakgebied.

Aanmelden
De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeen-practici, tandartsen-specialisten, mondhygiënisten, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprothetici en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop
Harry Velthuis, accountmanager.
Postbus 545, 3990 GH Houten.
Telefoon: 06-531 55 262.
E-mail: velthuis@dental-tribune.nl.
Linda Schriekenberg, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

© 2013 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

Plastisch chirurgen boos over botoxbehandelingen tandarts

HOUTEN – Plastisch chirurgen verzetten zich ertegen dat steeds meer tandartsen hun patiënten behandelingen met botox of injectables aanbieden. "We storen ons er buitengewoon aan dat iedereen er maar mee aan de slag kan gaan," zegt Hay Winters, vice-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), tegen *BN DeStem*.

Winters is bang dat de patiëntveiligheid in gevaar is. "De specialisatie voor plastisch chirurg duurt niet voor niets zes jaar. Iemand die een aantal dagen een cursus volgt, is niet bekwaam genoeg." Hij wil dat er een kwaliteitsdocument komt, waarmee gemeten kan worden of iemand in staat is botoxhandelingen uit te voeren.

Tandartsen mogen botoxbehandelingen aanbieden als ze zijn ingeschreven in het BIG-register. Uit een inventarisatie van het *Haarlems Dagblad* blijkt dat bijscholingscursussen op dat gebied erg gewild zijn. Tandartsen beschouwen botoxbehandelingen als extra service, maar het levert ze ook extra inkomsten op. De Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Tandheelkunde (NMT) heeft nog geen duidelijk beeld van de ontwikkelingen op dit gebied en weet nog niet goed wat zij aan moet met de ontwikkeling, schrijft de krant.

Omroep Gelderland meldt dat in de regio zeker drie tandartsen botoxbehandelingen aanbieden. Zo ook tandarts Jos Deurloo uit Uddel, die het logisch vindt dat tandartsen ook rondom de mond werken. In het BIG-register is volgens hem geen duidelijk juridisch onderscheid gemaakt tussen tandheelkunde en geneeskunde en bovendien kennen de tandartsen de anatomie van het gezicht heel goed, stelt hij.

Verzekeraar VvAA, waar veel tandartsen een aansprakelijkheidsverzekering hebben, heeft de cosmetische behandelingen begin dit jaar aan banden gelegd. Tandartsen zijn alleen nog verzekerd voor ingrepen in het gebied onder de neus. (bronnen: Haarlems Dagblad, BN DeStem, Omroep Gelderland) ■

1 op 70 tandartsen krijgt klacht via tuchtcollege

DEN HAAG – Bijna 8% (126) van de 1625 afgehandelde klachten van regionale tuchtcolleges in 2012 ging over tandartsen. Dit betekent dat 1 op de 70 Nederlandse tandartsen een klacht tegen zich ingediend kreeg, uitgaande van 8775 werkzame tandartsen, rekent Dental Info voor.

Twee derde van het totale aantal klachten via regionale tuchtcolleges werd tegen artsen ingediend. Tegen urologen (1 op 23), psychiaters en cardio-thoracaal chirurgen (meer dan 1 op 20) werd het vaakst een klacht ingediend, meldt *Medisch Contact*. Ook huisartsen (1 op 48) waren relatief vaak de klos. Hierbij bleven de tandartsen dus ruim achter. Begrijpelijkerwijs werd over artsen die minder persoonlijk contact met patiënten hebben, relatief weinig geklaagd: zo zagen nucleair geneeskundigen, medisch microbiologen en pathologen de tuchtcolleges in het geheel niet.

In 2012 waren meer klachten bij regionale tuchtcolleges (38) afkomstig van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dan in 2011 (13). Het totale aantal lag in 2012 lager (1572) dan in 2011 (1676). De doorlooptijd nam bij de regionale tuchtcolleges toe van 275 dagen in 2011 naar 287 in 2012. Bij het centraal tuchtcollege was er een toename te zien van 342 naar 351 dagen. (bronnen: Dental Info, Jaarverslag Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht 2012, Medisch Contact) ■

Tandarts uit Assen half jaar geschorst

ASSEN – Tandarts Van der Meulen is een half jaar onvoorwaardelijk geschorst door het Centraal Tuchtcollege in Den Haag. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de Assenaar zijn spoeddienst niet goed georganiseerd en heeft hij een tandarts in dienst die het Nederlands niet beheerst. De schorsing is ingegaan op 27 maart 2013.

De schorsing volgt op een voorwaardelijke schorsing van twee jaar die het Tuchtcollege op 8 mei 2012 had opgelegd. De aanleidingen hiervoor waren dat Van der Meulen een patiënte verkeerd behandeld had en zijn dossiers niet goed bijhield. Toen de vrouw daarover haar beklag deed, bezocht hij haar onaangekondigd bij haar thuis.

In juni 2012 kwam een 81-jarige vrouw naar de praktijk omdat ze gevallen was, waardoor haar tanden scheef stonden en ze last had van bloedingen in haar mond. De dienstdoende Spaanstalige tandarts kon haar alleen in het Engels te woord staan en vroeg haar de volgende dag terug te komen. De vrouw is daarop naar een huisartsenpost gegaan en diezelfde avond nog behandeld.

Het tuchtcollege vindt dat de vrouw met spoed behandeld had moeten worden door de tandarts. Het acht Van der Meulen als praktijkeigenaar verantwoordelijk voor het incident en heeft daarom tot de onvoorwaardelijke schorsing besloten. (bronnen: IGZ, De Telegraaf). ■

Geen sprake van dienstbetrekking in tandartsenpraktijk

AMSTERDAM – Tandartsen die werkzaam zijn in een tandartsenpraktijk zijn niet in dienstbetrekking. Dat heeft het gerechtshof Amsterdam geoordeeld. Eerder had de rechtbank van Haarlem verklaard dat de Belastingdienst de tandartsenpraktijk terecht een naheffingsaanslag voor loonheffingen had opgelegd. Voor een aantal praktijken kunnen de implicaties van de uitspraak groot zijn.

In de betreffende praktijk werkten de tandartsen als zelfstandigen. Zij hadden afgesproken dat 50% van de omzet voor de tandartsen was en 50% voor de praktijk. De tandartsen konden op die manier samen gebruikmaken van de praktijkruimte, administratie en tandartsassistenten.

Bij een controle oordeelde een inspecteur van de Belastingdienst dat sprake was van een privaatrechtelijke dan wel fictieve dienstbetrekking tussen de tandartsen en de tandartsenpraktijk. De Belastingdienst beschouwde daarom de volledige betaling aan de tandartsen als loon en legde hiervoor een naheffingsaanslag loonheffingen op. De rechtbank Haarlem verklaarde de bezwaren van de belanghebbenden tegen dit besluit ongegrond.

Het Hof van Amsterdam oordeelde echter dat het enkel scheppen van randvoorwaarden van onvoldoende gewicht is om te rechtvaardigen dat sprake is van een dienstbetrekking. De aanwezige werkafspraken beperken volgens het Hof op geen enkele wijze de vrijheid van de tandartsen bij de behandeling van patiënten. Hierdoor is van een gezagsverhouding, een essentiële voorwaarde voor een privaatrechtelijke dienstbetrekking, geen sprake. Ook is er geen sprake van fictieve dienstbetrekking, omdat niet is aangetoond dat de tandartsen verplicht waren de arbeid persoonlijk te verrichten.

Voor tandartsen die hun samenwerking op een soortgelijke manier hebben vormgegeven of dat wensen te doen, laat de uitspraak zien dat het van groot belang is dat zij en hun opdrachtgever vooraf duidelijkheid hebben over de fiscale kwalificatie van de rechtsverhouding. (bron: Pleinplus.nl) ■

Nederlandse 'horrortandarts' ruïneerde Franse gebitten

CHÂTEAU-CHINON, FRANKRIJK – De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzoekt de handelingen van een Nederlandse tandarts die in een Frans stadje wanpraktijken zou hebben verricht. Hij zou de gebitten van tachtig patiënten onherstelbaar beschadigd hebben, te hoge prijzen hebben gerekend en bovendien fraude met declaraties hebben gepleegd. Opvallend genoeg was de 'horrortandarts', ondanks dat hij ook in Nederland het nodige op zijn kerfstok had, niet eerder gestraft of geschorst.

Sinds 2011 zijn bij de Franse nationale tuchtraad ernstige klachten over tandarts Mark van N. binnengekomen. Nicole Martin, ex-patiënt van Van N., heeft een collectief opgericht waarbij zestig klagers zich hebben aangesloten. Van N. rekende bij Martin 280 euro voor de behandeling van een element dat in 2004 al verwijderd was, vertelt ze in het KRO-programma *Brandpunt*. "Van N. moet gestraft worden en voor altijd geschorst," aldus Martin. In het programma komt ook de Australische Angela Chippendale aan het woord, bij wie Van N. schijnbaar zonder reden zeven vullingen heeft verwijderd op een uiterst pijnlijke wijze. "Zijn behandeling veroorzaakte pijn, was wreed en traumatiserend. Het was mishandeling."

> *"Van N. moet gestraft worden en voor altijd geschorst"*

Van N. was in 2008 in Frankrijk een praktijk begonnen op uitnodiging van een Nederlandse headhunter die voor de Franse overheid Nederlandse artsen en tandartsen naar de regio haalde. De regio Morvan, waar veel Nederlanders een tweede huis hebben, kampte met een tandartsentekort. Onderzoek naar de gangen van Mark van N. leverde destijds geen belastende informatie op.

Desondanks waren er de voorgaande jaren in Nederland de nodige klachten ingediend tegen Van N., die een praktijk in Den Haag had. In 1997 kreeg Van N. voor het kwijtmaken van medische dossiers een waarschuwing die in hoger beroep werd ingetrokken. In 2009 legde het regionaal tuchtcollege hem een voorwaardelijke schorsing uit het BIG-register op voor het langdurig onzorgvuldig behandelen van een patiënt. Maar ook deze maatregel werd in hoger beroep vernietigd en Van N. kreeg alleen een berisping. Bij de patiënt in kwestie, Sandra de Niet, had Van N. onzorgvuldige wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd waardoor ontstekingen aan de kaak waren ontstaan en twee bruggen al na een paar maanden afbraken. In totaal hield De Niet 14.000 euro schade aan de behandeling over. Bij een andere, 17-jarige patiënt had Van N. zoveel schade aangericht dat de jongen er op 22-jarige leeftijd voor koos een volledige prothese te nemen.

Een berisping is voor Justitie echter geen reden om iemand een verklaring van goed gedrag te weigeren en zo overhandigde de Franse tuchtcommissie ONCD Van N. in 2008 een verklaring van goed gedrag.

Volgens de zakenpartner van Van N., die het pand van de praktijk voor Van N. gekocht had en 400.000 euro had geïnvesteerd in de aankleding van de praktijk, gingen de zaken erg goed en liep de jaarlijkse omzet van de praktijk uiteen van 400.000 tot zelfs 600.000 euro.

Tegen Brandpunt zegt ONCD-voorzitter Elisabeth Gaillard de gang van zaken te betreuren: "Wij zitten ermee in onze maag. We weten nog steeds niets over het verleden van Van N. in Nederland. Als we geweten hadden dat hij een berisping had gekregen, hadden we hem geen praktijk laten openen."

Van N. heeft zijn praktijk vorig jaar gesloten nadat hij van een ladder was gevallen. Inmiddels woont hij weer in Nederland en heeft zich opnieuw ingeschreven bij het BIG-register. Als Brandpunt hem bij een zitting van de Franse geschillencommissie vraagt naar een reactie op de aantijgingen, zegt hij geen onnodige behandelingen te hebben uitgevoerd, geen fraude te hebben gepleegd en verder niet op de zaak te willen ingaan. "Misschien voor iedereen een geruststelling, maar ik ben verlamd aan mijn rechterzijde en heb in november te horen gekregen dat ik het vak van tandarts nooit meer zal kunnen uitoefenen. Ik zal me daarom uitschrijven uit het BIG-register," aldus Van N.

De IGZ was eerder al een onderzoek gestart naar Van N., maar had dit afgebroken toen Van N. naar Frankijk vertrok. Het onderzoek zal nu hervat worden. (bronnen: Brandpunt, NRC Handelsblad) ■

Pensioenfonds SPT kort opnieuw

HEERLEN – Stichting Pensioenfonds Tandartsen (SPT) heeft per 1 april 2013 opnieuw de pensioenen verlaagd, ditmaal met 2,2%. Eerder werden de tandartsen bij SPT al met 10,1% (2011) en 3,2% (2012) gekort. De hogere levensverwachting, maar ook de lage rente wordt genoemd als oorzaak. Met de nieuwe korting is het leed niet geleden: voor april 2014 staat een volgende korting van 4% op stapel. De behaalde rendementen – zowel in 2011 als in 2012 ruim 10% - en de reserves die SPT daarvoor had opgebouwd, blijken niet voldoende te zijn, laat de stichting op haar website weten.

Stan Hoovers, voorzitter van SPT, legde aan het *Reformatorisch Dagblad* uit waarom de gestegen levensverwachting van invloed is op de liquiditeit: "Tandartsen hadden een pot pindakaas en een brood. Maar omdat ze allemaal ouder worden, is daar is nu een half brood bijgekomen. Dan moet je dus wat dunner smeren."

> *"Zo'n korting doet absoluut pijn"*

Eind 2012 bleek dat de levensverwachting verder is gestegen, vooral voor hoger opgeleide, welgestelde Nederlanders, waartoe tandartsen behoren. Hierdoor moest SPT 1,4% meer reserveren. Hoovers: "Binnen die groep blijken tandartsen ook nog extra gezond te zijn. Omdat ons fonds sinds 1997 gesloten is en er dus geen geld meer binnenkomt, zit een premieverhoging er voor ons niet in. Er zit geld in de pot en daar moeten we letterlijk mee door tot iedereen overleden is. En dat kan nog wel even duren: onze jongste deelnemer is 44 jaar."

Daarnaast is de rente op de aandelen en obligaties van pensioenfondsen al lange tijd erg laag. SPT moet meer geld opzij zetten om alle pensioenen nu en in de toekomst te kunnen betalen. "De Nederlandse pensioenfondsen zijn de rijkste ter wereld, maar als je veilig wilt opereren, zodat je over twintig, dertig, veertig jaar nog kunt blijven uitkeren, is de belangrijkste maatstaf de huidige rentestand," zei Hoovers in een eerder interview met Dental Tribune.

Het totaal aantal kortingen van SPT komt in drie jaar tijd op 18,3%. Dat is meer dan bij de meeste andere pensioenfondsen. De stichting houdt pas sinds een paar jaar rekening met sterftegrondslagen die specifiek aansluiten bij de eigen deelnemers. Daardoor is de invloed van de sterk gestegen levensverwachting op SPT relatief groot. Daarnaast wijst de stichting erop in de periode 1997-2002 ruim 17% meer pensioen te hebben uitgekeerd dan nodig was voor compensatie van de inflatie. Bij nog niet pensioensgerechtigde deelnemers werden de opgebouwde pensioenen verhoogd.

Volgens Hoovers valt het aantal bezorgde reacties van tandartsen mee, omdat voor een deel van de tandartsen het pensioen "een extraatje" is. "Maar uit onderzoek blijkt ook dat voor meer dan 40% van de tandartsen het pensioen ten minste 25% van het inkomen uitmaakt. Dan doet zo'n korting absoluut pijn," voegt Hoovers toe.

SPT rekent erop dat na de crisis de rente weer gaat stijgen. Hoewel er dan negatieve rendementen gehaald zullen worden, zal de dekkingsgraad stijgen en kan er misschien weer meer pensioen uitgekeerd worden. (bronnen: SPT, Reformatorisch Dagblad) ■

Nederlander poetst te weinig

ALMERE – Een derde van de Nederlanders poetst zijn tanden minder dan de aanbevolen twee keer per dag. Dat blijkt uit een onderzoek naar mondhygiëne dat mondwaterfabrikant Johnson & Johnson liet uitvoeren onder duizend Nederlandse respondenten. Op België na scoren alle andere Europese landen beter op poetsgedrag.

Nederlanders bezoeken wel vaker de tandarts dan andere Europeanen: 79% gaat een keer per jaar, in de rest van Europa is dat gemiddeld 61%. Het Nederlandse mondwatergebruik is het laagste van Europa. Slechts iets meer dan de helft van de Nederlanders heeft ooit mondwater gebruikt, tegen een Europees gemiddelde van 77%.

> *"Nederlanders bezoeken wel vaker de tandarts"*

"Het gebruik van mondwater lijkt samen te hangen met cultuur," verklaart Jurgen Reijn, Country manager Nederland van Johnson & Johnson. "In Zuid-Europese landen als Italië en Portugal, waar meer aandacht wordt besteed aan een verzorgd uiterlijk, poetst het hoogste percentage twee keer per dag hun tanden en gebruikt respectievelijk 77% en 84% mondwater." Wel gaan mensen in die landen het minst naar de tandarts, aldus Reijn. (bron: www.gezondheidsnet.nl) ■

“Kinderen moeten mondzorg op maat krijgen”

Interview met dr. Gert Stel, tandarts-pedodontoloog

TEKST: LAURA VAN DEE
FOTO’S: JOB SCHLINGEMANN

In de werkkamer van dr. Gert Stel liggen kinderboeken over de tandarts en aan de muur hangt een poster van ‘Tante Rosie’, een lespakket over tanderosie. Het is duidelijk dat we bij een tandarts-pedodontoloog op bezoek zijn. Stel is klinisch werkzaam bij en hoofd van de sectie Conserverende Tandheelkunde aan het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). In deze sectie komen de vakgebieden pedodontologie, endodontologie, (klinische) cariologie en preventieve tandheelkunde samen. Hij is onder meer lid van het Adviescollege Preventie Tand- en Mondziekten van het Ivoren Kruis en coauteur van het vorig jaar verschenen advies Preventie Fissuurcariës. Dental Tribune sprak met Stel over ‘het nieuwe (preventieve) denken’ en andere actuele kwesties in de kindertandheelkunde.

Er is de afgelopen jaren veel discussie geweest over de kindertandheelkunde. Hoe typeert u de recente ontwikkelingen?

Restauratief ingrijpen bij cariës is niet meer de norm. Toen ik in 1986 afstudeerde, werd ons geleerd altijd een vulling aan te brengen. Maar inmiddels ben ik 180 graden gedraaid en leer ik mijn studenten dat restauratief ingrijpen lang niet altijd dé oplossing is. We weten nu dat de ontwikkeling van cariës soms minder snel plaatsvindt dan we dachten. Ook weten we inmiddels hoe we dit proces kunnen beïnvloeden.

Mondzorgprofessionals moeten bij iedere patiënt de oorzaak van cariës nagaan, zodat ze weten hoe deze in te toekomst voorkomen kan worden. Dat vergt ‘omdenken’ in de tandheelkunde. Cariës vraagt om behandeling, maar dat kan zowel restauratief als niet-restauratief.

Veel tandartsen grijpen bij verkleurde fissuren in onder het mom van ‘je weet nooit wat eronder zit’. Dat is misschien gebaseerd op de wijze waarop zij praktijk voeren bij hun patiëntenpopulatie, maar is niet wetenschappelijk onderbouwd. Ook met (onderdelen uit) de Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling (NRC), de Atraumatic Restorative Treatment (ART) en Hall-kronen is cariës te benaderen. Mondzorgprofessionals moeten ernaar streven zorg op maat te bieden. Het gaat erom problemen in de eerste plaats te voorkomen, en als ze er toch zijn, ze op te lossen. NRC, ART en de Hall-techniek worden ook genoemd in de vorig jaar verschenen *Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen*.

Regelmatig wordt beweerd dat kinderen meer cariës hebben dan vroeger. Dat is opvallend.

Die beweringen zijn niet juist. Kinderen hebben niet in het algemeen meer cariës, maar een bepaalde, kleine, groep kinderen heeft significant meer cariës dan eerst. Het is belangrijk om erachter te komen welke kinderen dat zijn en hoe dat kan. Zijn dat misschien kinderen die niet bij de tandarts komen, omdat hun ouders ook niet gaan? Weten (sommige) ouders te weinig over mondgezondheid?

Mondzorgprofessionals hebben zich bij cariëspreventie lang op fluoridegebruik en mondhygiëne gericht en minder op een derde pijler: voeding. Het frequente fluoridegebruik van de afgelopen decennia heeft in zekere zin te goed gewerkt; jongvolwassenen weten niet meer waardoor (hun) cariës wordt veroorzaakt. Mondzorgprofessionals zouden de invloed van voeding op het ontstaan van cariës en tanderosie meer moeten benadrukken. “Snoep verstandig, eet een appel” is een leus die zijn glans inmiddels heeft verloren.

Welke kinderen zijn vatbaar voor *early childhood caries*?

Elk kind kan *early childhood caries* (ECC) krijgen als de randvoorwaarden ernaar zijn. De mondzorgprofessional moet dit voorkomen door adequate adviezen te geven over mondhygiene, fluoridegebruik en voeding. Een belangrijke oorzaak van ECC is onder meer het voortdurend drinken van zoete drank uit een zuigfles in combinatie met slecht mondzorggedrag. De tandarts en mondhygiënist hebben de taak ouders uit te leggen dat het voortdurend de beschikking hebben over een gevulde zuigfles erg slecht is voor het kindergebit. Tegenwoordig hebben alle baby’s flesjes van licht plastic die ze makkelijk zelf vast kunnen houden. Na negen maanden moeten baby’s uit een gewone beker leren drinken. Dan doel ik niet op een antilekbeker: dat is een zuigfles in vermomming.

> *Restauratief ingrijpen is niet meer de norm*

Hoe denkt u dat kinderen met cariës beter bereikt kunnen worden?

Het is belangrijk dat de verschillende eerstelijnsdisciplines – tandartsen, mondhygiënisten, huisartsen en consultatiebureaus/jeugdartsen – meer en beter samenwerken. Ze moeten allemaal hetzelfde preventieverhaal brengen. Kinderen zouden voordat ze hun eerste tandje krijgen naar de tandarts moeten gaan, want op tweejarige leeftijd kan er al veel mis zijn. Consultatiebureau-artsen kunnen bij erg jonge kinderen de mondgezondheid controleren en kinderen naar een mondzorgprofessional doorsturen.

Het eerste gaatje kan al ontstaan bij het eerste tandje. Als de caviteit groeit en niet behandeld wordt, kan dat leiden tot steeds meer problemen. Kindertandheelkunde heeft veel raakvlakken met bijvoorbeeld de cariologie en de endodontologie. Ik vind het erg goed dat bij het UMCG onder de sectie Conserverende tandheelkunde de vakgebieden endodontologie, pedodontologie, (klinische) cariologie én preventieve tandheelkunde vallen. Al die gerelateerde vakgebieden moeten een gezamenlijke boodschap uitdragen. Sinds ik in 2010 ben begonnen in Groningen werken we hard om dit te realiseren binnen ons onderwijs.

Ik pleit niet alleen voor samenwerking in de eerste lijn. Ook samenwerking met bijvoorbeeld kinderartsen is belangrijk. Binnen het UMCG is dit goed mogelijk, omdat de opleiding tandheelkunde een afdeling van het ziekenhuis is. Een van de kernthema’s van het ziekenhuis is *Healthy Ageing* en dat moet doorgetrokken worden naar de oudste ouderen en de jongste jongeren. Tandartsen kunnen hun krachten bundelen met (kinder)artsen en zo de jeugd optimaal bereiken.

Emeritus hoogleraar voedingsleer Martijn Katan van de Vrije Universiteit Amsterdam stelt dat overgewicht en cariës gezamenlijk aangepakt moeten worden. Hoe denkt u daarover?

Daar ben ik het mee eens. (Kinder)tandheelkunde scoort niet goed bij de politiek, omdat een slechte mondgezondheid van buiten meestal niet te zien is. Overgewicht en veel andere ziekten zijn direct zichtbaar. Gelukkig is tegenwoordig algemeen bekend dat tandvleesproblemen en andere problemen met de mondgezondheid kunnen leiden tot algehele gezondheidsproblemen. Bovendien heeft voeding behalve op het gewicht ook veel invloed op het ontstaan van cariës. Daarom is het belangrijk een verband te leggen tussen cariës en algehele gezondheid.

Hoe vertaalt de focus op preventie zich naar de benadering van cariës bij kinderen?

Mondzorgprofessionals moeten goede voorlichting geven aan ouders en kinderen over poetsen, voeding en fluoridegebruik. Bij het periodiek mondonderzoek moeten ze het gebit grondig controleren. Dat werkt, blijkt uit de op preventie gerichte benadering van mondzorg bij kinderen in Denemarken (in het dorpje Nexø op het eiland Bornholm). De gebitsgezondheid van de kinderen die meededen aan dit preventieprogramma was beduidend beter dan die van andere Deense kinderen. De preventie bestond uit een combinatie van voorlichting aan ouders en kinderen, het kleuren van de tandplaque, een training in plaque verwijderen en het terugkomen voor controle van de mondhygiëne. Afhankelijk van de motivatie van de ouders en de cariësactiviteit in het (melk) gebit moesten de kinderen vaker of minder vaak terugkomen.

> lees verder op pagina 6

The **Changing** face of **Contemporary Dentistry**

MEGA'GEN
European Scientific Meeting
MECC congrescentrum, Maastricht

CE 0434 FDA

Beleef het EUREKA moment van 2013

Ervaar zelf het "EUREKA" moment tijdens het geheel verzorgde Symposium met (inter)nationale gerenommeerde sprekers met als afsluiter de MegaGen Night. Maak kennis met de allerlaatste door MegaGen ontwikkelde, implantologische, prothetische en technologische concepten en vernieuwingen. En dit in een tussenjaar van wellicht grote toekomstige veranderingen op verzekeringstechnisch tariefmatig gebied en de daarmee gepaard gaande financiële middelen.

Wellicht vraagt u zich af hoe u nog effectiever kunt werken? Of wat dit laatste voor uw patiënt kan betekenen? Laat u dan meevoeren in het nieuwste MegaGen implantologie script. Met in de hoofdrollen de allernieuwste R2GATE digitale diagnose- en planningsoftware en DDX, de CAD/CAM innovatie voor zowel het boorsjabloon als het abutment én de (tijdelijke) kroon. Aangevuld met het AnyRidge implantaat en het nieuwe Xpeedoppervlak belooft een aantal baanbrekende Eureka momenten!

Wanneer u zich registreert krijgt u toegang tot het geheel verzorgde Symposium "The Changing face of Temporary Dentistry" op 8 juni in het MECC Maastricht met bijbehorende Megagen Exhibition. Tevens bent u 's avonds welkom, eventueel met partner, om te komen dineren en de avond goed af te sluiten tijdens de MegaGen Night in het Bonnefantenmuseum*. De kosten voor het ESM 2013 zijn €300,- (excl. BTW).

*U dient zich voor de MegaGen Night apart te registreren. First come, first serve

09:00~10:30	**Session 1**	**Mr. Piet van Abeelen**	Managing partner R&G Global Consultants. Previous: Chief Six Sigma Quality officer, Board member General Electric
		Prof. Dr. John Jansen	Chairman Department of Periodontology and Biomaterials & Dean of the Faculty of Dentistry Radboud University Nijmegen
11:00~12:30	**Session 2**	**Dr. Mauro Labanca**	Oral Surgeon, Consultant Professor & Deputy Regent of the ICD
		Dr. Enrico Conserva	Ass. prof. Dep. of Prosth. Univ. of Genoa & Expertise field of biomechanical and biological research, material science in dentistry
13:30~15:00	**Session 3**	**Dr. Jong Cheol Kim**	Director, MINEC education center. Adjunct professor, ChunNam University, Korea
		Dr. Dennis Smiler	Dental implantology of American Board of Oral and Maxillofacial Surgery and of the International Congress of Oral Implantologist
15:30~17:00	**Session 4**	**Dr. Kwang Bum Park**	CEO, MegaGen Co. Director, MINEC education center. President, MIR Dental Hospital, Daegu, Korea
		Dr. Tommie van de Velde	President, Belgian Society of Periodentology.
		Dr. Filiep Raes	Associate professor, University of Ghent, Belgium
17:00~17:30	**Aankondiging 10e MegaGen Symposium**		
17:30~18:00	**Loterij**		
18:00~22:00	**MegaGen Night** (alleen bij aparte registratie)		

Enjoy yourself with us!

Voor meer informatie en pre-registratie ga naar de website:
www.megagenbenelux.nl/esm2013

SAVE THE DATE
ZATERDAG 08 JUNI 2013

Incl. MegaGen Night

Registratie: **€ 300,-**

Prijzen zijn excl. BTW

> vervolg van pagina 4

Het programma stoelde op kennisvergroting, toegenomen zelfzorgvaardigheden van de patiënt en de motivatie van de ouders.

Recent onderzoek van Erik Vermaire (TNO) in Den Bosch heeft uitgewezen dat een Nexø-benadering ook succesvol kan zijn in Nederland; hij hoopt daar 24 mei aanstaande op te promoveren.

Wat adviseert u tandartsen bij jonge patiënten?

Bij elk periodiek mondonderzoek moet een mondzorgprofessional kijken of er veranderingen in het gebit zijn. Is er bijvoorbeeld cariesactiviteit, dan moet de mondzorgprofessional nagaan hoe dat komt. Is het kind misschien meer gaan snoepen? Heeft het zijn pols gebroken en kon het daardoor een tijd niet goed poetsen? Er moet gericht doorgevraagd worden. Het Ivoren Kruis heeft het Advies Cariëspreventie uitgebracht dat met de kleuren groen, geel, oranje en rood de zelfzorg van de patiënt in kaart brengt. Hiermee wordt de individuele preventie in het kader van de aanwezige cariesactiviteit van de patiënt inzichtelijk.

De preventieve behandeling van cariës werkt als basisfilosofie goed, maar vervolgens dient het effect van de behandeling wel goed opgevolgd en geëvalueerd te worden. Daar bestaan allerlei scoresystemen en schema's voor – het International Caries Detection and Assessment System (ICDAS), de Caries Assessment Tool (CAT), het Caries Management By Risk Assessment (CAMBRA) – maar het probleem is dat die moeilijk toepasbaar zijn in Nederlandse praktijksoftwarepakketten en daarom nog weinig gebruikt worden. Want hoe leg je alles vast? Een notitie als 'de fissuur occlusaal in de 36 in de gaten houden' werkt als je een eenmanspraktijk en een sterk visueel geheugen hebt en je je patiënt regelmatig ziet. Maar bij een grote praktijk met taakdelegatie en omvangrijke administratiepakketten is een eenvoudiger screenings- en registratie-instrument vereist.

Het is belangrijk dat er eenvoudiger hulpmiddelen komen om beginnende laesies te monitoren. De afdelingen cariologie van de drie opleidingen tandheelkunde zijn samen met de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVvK) en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënsten (NVM) bezig met de ontwikkeling van een in de praktijk makkelijk toepasbaar cariësrisico-inschattingsmodel.

> *Voeding is lang genegeerd bij cariëspreventie*

René Gruythuysen, tandarts-pedodontoloog, schreef recentelijk voor AccreDidact een nascholingsprogramma over NRC. Hij is voorstander van de methode, maar er zijn ook de nodige tegenstanders. Wat is er tegen NRC in te brengen?

NRC is gebaseerd op het regelmatig verstoren van de biofilm. Bij jonge en weinig coöperatieve kinderen met grote carieuze laesies kan het proces worden vertraagd of gestopt, waarbij tijd gewonnen kan worden voor verbetering van mondzorggedrag en behandelbaarheid. De mondzorgprofessional maakt een carieuze laesie toegankelijk, bijvoorbeeld door te slicen, zodat deze met de tandenborstel makkelijk gereinigd kan worden.

Sommige tandartsen zeggen: door NRC wordt het kind onnodig blootgesteld aan cariës. De ouders zijn verantwoordelijk, zij zorgen voor snoep en poetsen de tanden van het kind, dus het kind zal van NRC de dupe worden. Of ze vinden de methode een zwaktebod van tandartsen die niet restauratief durven in te grijpen bij de kinderen: zij noemen het *supervised neglect*.

Wat zijn valkuilen van NRC?

De methode staat of valt bij een juiste indicatie. Zo mag het gebitselement geen (klinische) tekenen van irreversibele pulpitis vertonen. Uiteraard gaat NRC verkeerd als de ouders niet goed worden geïnformeerd en de controles niet volgens strikte regels worden uitgevoerd. Ook luistert het slicen bij NRC heel nauw. Er moet meer horizontaal gesliced worden zonder cervicaal contactverlies, zodat voedselimpactie wordt voorkomen en de cariëslaesie makkelijk te reinigen is. Daarbij hoeft dus niet alle carieuze dentine verwijderd te worden. Het belangrijkste is dat de tandenborstel de biofilm kan verstoren.

Overigens is het idee achter NRC niet nieuw. Veel mondzorgprofessionals zullen zeggen dat ze al jaren een soortgelijke methode toepasten. Ze legden bijvoorbeeld niet direct een vulling in een kindergebit, maar brachten fluoride aan en grepen pas in bij pijn. Het gaat natuurlijk om een bewuste keuze, juiste indicatie en verslaglegging van deze benadering.

Bij welke kinderen kan NRC toegepast worden?

In principe bij alle kinderen, mits de laesie niet te vergevorderd is en afhankelijk van de oorzaak. Als een kind laesies heeft en daar pijn van ondervindt, moet worden ingegrepen. Maar dat ingrijpen moet wel onderdeel zijn van een behandelstrategie om de cariës in de toekomst te voorkomen. Anders zul je zien dat een kies waarin je eerder een vulling hebt aangebracht, op een ander moment alsnog getrokken moet worden.

Sommige tandartsen zeggen dat NRC alleen werkt bij gemotiveerde ouders, maar daar ben ik het niet mee eens. Juist niet-gemotiveerde ouders kun je laten zien waar en waarom de behandeling niet goed gaat. Als ouders hun verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid van het kind niet nemen, moet je als zorgverlener kijken of en hoe je dat kunt verbeteren. Is er bijvoorbeeld een moment te vinden in het dagritme van de ouders en kinderen waarop het beste aandacht aan mondhygiëne besteed kan worden? Als blijkt dat de methode niet goed werkt, zal dat bij de controles aan bod komen en kan de mondzorgprofessional alsnog kiezen voor een andere aanpak.

Wanneer zijn ART en de Hall-techniek een optie?

Net als NRC zijn deze methoden gebaseerd op een weefselbesparende aanpak, maar NRC is als enige gericht op plaquebeheersing zonder restauratief ingrijpen, wat bij ART en de Hall-techniek in zekere zin wel het geval is. Beide methoden worden onderwezen aan tandheelkundestudenten van het UMCG en ik weet zeker dat ze, hoewel soms gemodificeerd, ook al in de algemene praktijk worden toegepast.

ART is een atraumatische ingreep waarbij door gebruik van handinstrumenten zo min mogelijk gezond weefsel wordt aangetast. Met handinstrumenten wordt precies genoeg carieus dentine verwijderd om een vulling te kunnen plaatsen, zodat het overgebleven dentine zich min of meer kan herstellen.

Bij de Hall-techniek wordt een roestvrijstalen kroon over de cariëslaesie geplaatst zonder het carieuze dentine te excaveren en zonder de melkmolaar te prepareren. De kroon blijft vervolgens zitten tot het kind gaat wisselen. Een Hall-kroon kan niet worden geplaatst bij cariës waarbij de pulpa irreversibel betrokken is en pijnklachten geeft. Het idee achter Hall is dat een goede afsluiting van de carieuze laesie het cariësproces stopt.

In het kader van preventie wordt vaak routinematig fissuurlak aangebracht. Hoe denkt u hierover?

Vorig jaar is het Advies Preventie Fissuurcariës verschenen bij het Ivoren Kruis. Daarin valt te lezen dat er geen wetenschappelij-

Memodent

TRI®: Peak Performance at the right price

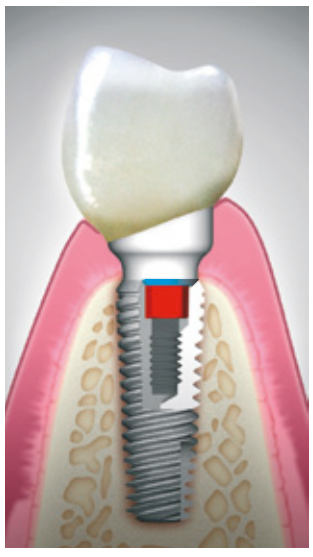
Het TRI® Dental Implant System is ontwikkeld om het leven van de behandelaar te **vereenvoudigen** en tegelijkertijd de **prestaties te maximaliseren** voor het bereiken van natuurlijke esthetiek. Het TRI®-Vent implantaat heeft **1 abutmentplatform voor de 3 implantaatdiameters**. Door dit enkelvoudige prothetische platform en de unieke vormgeving van de implantaatbody is TRI®-Vent het slimste en meest compacte implantaatsysteem ter wereld.

SWISS-MADE innovatie:

- Implantaat € **125,-**
- Pakketprijs € **155,-**
  - Implantaat
  - Afdrukstift
  - Definitief abutment

Prijzen excl. BTW

Performance concept



TRI® SOFT TISSUE CONCEPT
Ideal emergence for High-Aesthetic outcomes

TRI® FRICTION
Maxmium stability via a ConicalHex connection

TRI® BONE-ADAPT
Biomechanical fit to the bone

TRI® SBA SURFACE
Fast and reliable osseointegration

Belangrijke voordelen van het TRI®-VENT systeem:

- Esthetisch voorspelbaar door het TRI® Soft Tissue Concept: altijd een ideaal emergence profile.
- Eenvoudige prothetiek door 1 platform voor de 3 implantaatdiameters (3,75mm; 4,1mm; 4,7mm)
- Waarschijnlijk de sterkste abutment/ implantaatverbinding door TRI® - Friction (zelfklemmende abutments, door 1° conische hex)

TRI dental implants

Memodent B.V.
T +31 (0) 53 430 66 63 E info@memodent.nl I www.memodent.nl

ke onderbouwing is voor het *routinematig* sealen van fissuren die ook maar enige verkleuring hebben. Het Ivoren Kruis raadt aan alleen te sealen op indicatie.

Besteden de opleidingen Tandheelkunde genoeg aandacht aan kindertandheelkunde?

Nee. In totaal is er in de opleiding tot tandarts ongeveer honderd uur aandacht voor klinische kindertandheelkunde. Dat vind ik veel te weinig, omdat het een basisvak is dat ontzettend veel raakvlakken heeft met preventieve tandheelkunde, cariologie en endodontologie. Het aantal uren dat aan kindertandheelkunde wordt besteed is in verhouding tot alles wat studenten leren over restauratieve tandheelkunde veel te klein.

Er zijn in Nederland zo'n vijftig tandarts-pedodontologen, die voornamelijk in en rond de Randstad werken. ACTA is namelijk de enige aanbieder van de opleiding tot tandarts-pedodontoloog. Gelukkig krijgt de opleiding een meer landelijk karakter en wordt samengewerkt met de opleidingen tandheelkunde van het UMCG en waarschijnlijk binnenkort ook met het UMC St. Radboud. Een deel van de opleiding kan dan in en/of vanuit Groningen plaats gaan vinden.

Omdat er weinig tandarts-pedodontologen zijn, vinden de meeste kinderbehandelingen in de huispraktijk plaats en dat hoort ook zo. Ik vind dat elke tandarts moet weten wat hij bij een kind van een bepaalde leeftijd voor problemen kan verwachten en hoe die benaderd kunnen worden. Of hij die problemen vervolgens ook zelf behandelt is een tweede. Als hij vindt dat hij het probleem niet aankan, moet hij weten naar wie hij kan doorverwijzen. De meeste tandarts-pedodontologen zijn werkzaam op centra voor bijzondere tandheelkunde of bij de kindertandheelkundige afdelingen van de opleidingen Tandheelkunde. Het zou mooi zijn als er – geografisch gespreid over Nederland – meer zelfstandige verwijspraktijken zouden komen.

> *Vroegsignalering begint bij het eerste tandje*

Hoe kunnen we de preventie bij kindertandheelkunde naar een hoger plan tillen?

Om preventie te laten slagen moeten naast tandartsen ook zorgverzekeraars bereid zijn preventie als grondgedachte over te nemen. Het zorgsysteem is nu te veel gericht op het honoreren van verrichtingen en restauratief ingrijpen. Er moet een zorgsysteem komen waarin preventie meer centraal staat.

Op dit moment wordt alle tandheelkundige zorg tot 18 jaar vergoed, wat waarschijnlijk eerder leidt tot het turven van declarabele verrichtingen dan tot bij een individueel zorg- en preventieplan behorende preventieve handelingen. Wij tandartsen zijn een raar volkje: we zijn geneigd pas iets te doen als er een tarief tegenover staat.

Als bij een kind NRC wordt toegepast en het kind daardoor vaker moet terugkomen voor controles, zal elke keer een preventieve tariefcode worden gedeclareerd. De verzekeraar zal dan kunnen zeggen: als het kind zo vaak moet terugkomen, kan er dan niet beter restauratief worden ingegrepen?

Ik pleit voor een vorm van abonnementsysteem waarin bijvoorbeeld per jaar een bedrag per kind wordt gereserveerd voor alle soorten behandelingen, van preventief tot restauratief. Het is vervolgens aan de zorgverlener om de meest doelmatige zorg uit te zoeken. Elk kind valt binnen een bepaald abonnement en krijgt de aandacht die het nodig heeft. Bij de afdeling Kindertandheelkunde van het UMCG wil ik een pilot met dit systeem opzetten.

Natuurlijk willen zorgverzekeraars wel het resultaat van preventieve behandelingen kunnen zien. Dit kan alleen gemeten worden als de mondzorgprofessional goed registreert wat hij doet en er wordt afgesproken wat de uitkomstmaat van het klinisch handelen is. Mondzorgprofessional en zorgverzekeraars moeten daarbij op een lijn zitten over het begrip mondgezondheid. Lange tijd werd de verzorgingsgraad van een mond bepaald aan de hand van het aantal gaatjes dat wel of niet gevuld was. Als we het erover eens zijn dat een *arrested* cariëslaesie geen ongezonde situatie is (en een vulling daarbij onwenselijk) krijgen we een probleem bij de definitie van mondgezondheid als we de verzorgingsgraad op basis van dmfs/t en DMFS/T handhaven. De indicatoren voor mondgezondheid zijn veranderd en dat is lastig voor de zorgverzekeraar. Dat het effect van preventie pas op de lange termijn te zien is en consumenten vaak veranderen van zorgverzekeraar, maakt het nog moeilijker. Aandacht voor preventie vergt omdenken van de zorgverzekeraars. Ik wil die dialoog graag aangaan. ■

NIEUW in ons aanbod InCompany cursussen:

WORKSHOP:
HANDS-ON BLEKEN VOLGENS DE NIEUWE WETGEVING

Sinds 1 november 2012 is de wetgeving omtrent het tandenbleken veranderd. De behandeling mag uitsluitend in de tandartspraktijk uitgevoerd worden met een middel wat maximaal 6% waterstofperoxide bevat. Deze hands-on cursus biedt de mogelijkheid om te oefenen met de toegestane materialen en technieken. De nadruk van de cursus ligt op de technische aspecten van de behandeling. Verder wordt de theoretische en wettelijke achtergrond behandeld. Na deze cursus kan de tandarts de behandeling zelfstandig uitvoeren en mag de mondhygiënist en assistent onder toezicht en in opdracht van de tandarts bleken.

cursusleiding en docent: Karl Parisius (docent mondzorgkunde)
tijdsduur: 1 dagdeel
indicatie cursusprijs: € 315,- (p.p. bij 10 personen)
doelgroep: tandartsen, mondhygiënisten en tandartsassistenten werkzaam in een tandartspraktijk
max. aantal deelnemers: 15

MONDHYGIËNE BEHANDELING BIJ IMPLANTATEN

Volgens het ministerie van VWS hadden in 2012 1,1 miljoen Nederlanders één of meer gebitsimplanta(a)ten. En elk jaar worden in Nederland ongeveer 125.000 nieuwe gebitsimplantaten geplaatst (van Winkelhoff 2009). Dat mondhygiënisten steeds meer patiënten met gebitsimplantaten gaan zien voor nazorg is een feit. Met het groeien van het aantal patiënten met implantaten groeit het voorkomen van peri-implantaire ziekten mee. Tijdens deze cursus bespreken we verschillende behandelopties voor de verschillende peri-implantaire ziekten en de keuze voor instrumenten en de bijbehorende technieken.

cursusleiding en docent: Joyce van der Horst, MSc (mondhygiëniste)
docenten: medewerkers ACTA, sectie Orale Functieleer
tijdsduur: 0,5 - 1 dag (in overleg)
indicatie cursusprijs: € 275,- (p.p. bij 8 personen)
doelgroep: mondhygiënisten
max. aantal deelnemers: in overleg

WORKSHOP:
ESTHETISCHE BEHANDELPLANNING

In de esthetische zone zijn de 'white' en 'pink' esthetics erg belangrijk. Veel factoren zijn van invloed. Een analyse voor het opstellen van een behandel strategie is dan ook een 'must'. Bij het plannen van een behandeling is de positie van de incisale randen het startpunt. Als deze op de juiste positie geplaatst worden in het gezicht en de mond kan worden beoordeeld of de elementen de juiste lengte hebben.
Indien deze niet optimaal is wordt beoordeeld hoe dit aan te passen zodat de weke delen in de juiste positie staan. Dit is de sleutel van succes.

cursusleider en docent: Martijn Moolenaar (tandarts, prosthodontist/implantoloog)**
tijdsduur: 2 uur
indicatie cursusprijs: € 295,- (p.p. bij 10 personen)
doelgroep: tandartsen, mondhygiënisten
max. aantal deelnemers: 15

** *niet bij ACTA werkzaam*

ACTA
Dental Education bv

ACTA Dental Education is het nascholingsbureau van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. Van PAOT-cursussen tot symposia, van Quality Practice themadagen tot het QP-vaktijdschrift, u vindt het bij ACTA Dental Eduaction. Kijk op onze website voor meer informatie over onze producten en diensten.
Gustav Mahlerlaan 3004 • 1081 LA Amsterdam • T 020 - 5980 308
ade@acta.nl • www.acta-de.nl

Niet-Restauratieve Caviteits-behandeling: een vorm van tertiaire preventie

Dit is een fragment uit de recent verschenen eLearning *Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling* (Accredidact, ISBN 978 90 8976 099 9), geschreven door dr. R.J.M. Gruythuysen.

2.1 TERTIAIRE PREVENTIE

Er worden drie stadia van preventief handelen onderscheiden. Onder *primaire* preventie verstaat men het voorkomen van cariëslaesies. *Secundaire* preventie betreft het beperken van de schade tot een initiële vorm (glazuurcariës). Bij *tertiaire* preventie probeert men door in te grijpen te voorkomen dat het ziekteproces (dentinecaries) verergert. Er is bij tertiaire preventie dus sprake van een achterafbenadering.

Tertiaire preventie komt in de praktijk tot stand door:

- het aanpassen van de levensstijl;
- het verbeteren van de gezondheidstoestand;
- het limiteren dan wel stoppen van de ziekteprogressie;
- het voorkomen dat de ziekte zich opnieuw voordoet. In ieder geval moet worden voorkomen dat het kind in de reparatiecyclus belandt.

2.2 WAT HOUDT HET NRC-CONCEPT IN?

Niet-restauratieve caviteitsbehandeling is een vorm van tertiaire preventie, bestaande uit een samenhangend pakket van weinig belastende, niet-restauratieve handelingen. Het doel van NRC is de geconstateerde cariësactiviteit bij cavitatie van een of meer gebitselementen af te remmen of te stoppen.[1]

NRC omvat:

- Een informed consent. Daarin staat vermeld wat de behandeling inhoudt en hoe de behandelaar en de patiënt of zijn verzorger kunnen bijdragen aan het succes van de behandeling. Door de overeenkomst te ondertekenen wordt helderheid over de intenties van de behandeling verkregen.
- Het toegankelijk maken van cariëslaesies die op andere wijze niet bereikbaar zijn voor reiniging. Dit kan met eenvoudige middelen worden bereikt. De behandeling wordt meestal niet als pijnlijk ervaren. Het gaat hoofdzakelijk om het verwijderen van glazuur en een oppervlakkige laag carieus dentine. Indien de behandeling toch pijnsensaties veroorzaakt, kan worden overgegaan op het stapsgewijs toegankelijk maken van de cariëslaesie in meerdere zittingen. Door het appliceren van fluoridevernis op het beslepen dentine worden de tubuli afgesloten en neemt de gevoeligheid af. Op termijn zal de gevoeligheid ook afnemen door mineralen die in de tubuli worden afgezet.
- Het aanbrengen van middelen die bijdragen aan de remineralisatie van het dentine, zoals een fluoridevernis, of het aanbrengen van een beschermende laag, zoals een fluoride bevattend onderlaagcement.
- Het monitoren van de cariëslaesies. Dit is mogelijk door mondfoto's te maken, indien nodig aangevuld met röntgenfoto's. De cariëslaesie geeft optimale feedback over de cariesactiviteit in tegenstelling tot een restauratie die dit maskeert.
- Effectieve communicatie en verslaggeving. Het geven van instructies over de mondhygiene heeft maar weinig invloed op het mondgedrag.[12,13] De begeleiding vergt een geïndividualiseerde aanpak. Het is gebleken dat met motivational interviewing betere resultaten worden bereikt dan met traditionele (instructieve) voorlichting.[14,15] Adequate verslaggeving over het verloop van het cariësproces en de mondzorg vormen een essentieel onderdeel van het evaluatieproces met de patiënt.

2.3 WETENSCHAPPELIJKE BASIS

Het NRC-concept is gebaseerd op de resultaten van twee onderzoeken. Het eerste betrof een onderzoek naar wortelcariës. Hieruit bleek dat door stelselmatige reiniging met fluoridetandpasta het cariësproces in het dentine kan worden afgeremd of zelfs stopgezet.[16] Het tweede, gelijksoortige onderzoek is het Nexø-onderzoek: het Non Operative Caries Treatment Programme, oftewel NOCTP. Ook in dit onderzoek werd aangetoond dat het cariesproces in de initiële fase kan worden gestopt door het gebit dagelijks met fluoridetandpasta te reinigen.[17] Het blijkt dus mogelijk te zijn actieve cariëslaesies te inactiveren. Later werd dit onderzoek met succes herhaald in Moskou en Groenland.

Israëliërs publiceerden het volgende onderzoek: dertig peuters, geïndiceerd voor restauratieve behandeling onder algehele anesthesie, werden in een klinisch onderzoek geïncludeerd. De ouders werden voorgelicht over een niet-restauratief alternatief. De uiteindelijke keuze voor restauratief of niet-restauratief behandelen werd aan de ouders overgelaten. Alle ouders kozen voor de niet-restauratieve benadering. De ouders werden betrokken bij de zelfzorg van hun peuter. Ze kregen tweemaal per maand instructie van een professional hoe ze het gebit van hun kind moesten poetsen. Na een jaar bleek dat 90% van de kinderen op deze wijze succesvol kon worden behandeld. De meeste laesies waren inactief geworden, waardoor een restauratieve interventie overbodig werd. Bij drie kinderen (10%) werd cariësprogressie waargenomen.[18]

Een retrospectieve studie had tot doel na te gaan hoe de levensduur van gecaviteerde melkelementen door nrc kon worden verlengd.[19]

2.4 PLAATSBEPALING IN DE TERTIAIRE PREVENTIE

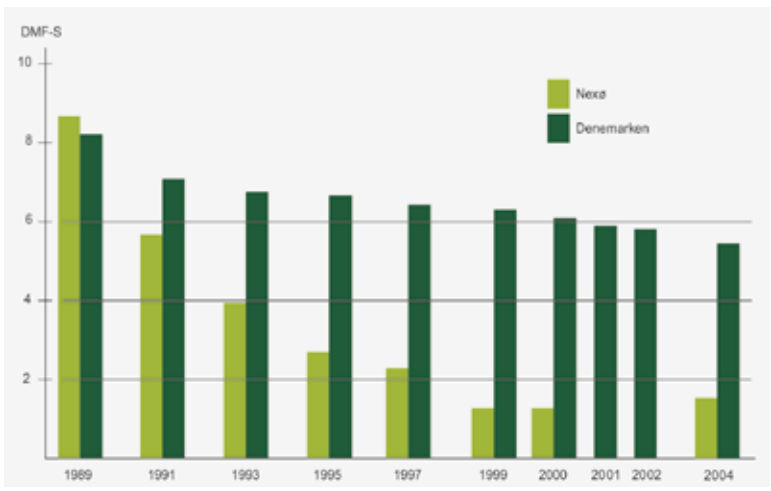
Tertiaire preventie bij het melkgebit kan op diverse manieren worden uitgevoerd. Iedere behandeling heeft haar eigen indicatiegebied. We kunnen onderscheid maken naar conventionele en biologisch georiënteerde behandelingen. Bij de laatstgenoemde aanpak wordt met meer terughoudendheid geëxcaveerd. Dit komt neer op een beperkte vorm van cariësmanagement (±).

De keuze voor symptoombestrijding (restauratief) of causale behandeling (non-invasief/non-restauratief) bepaalt in welke mate er sprake is van management van het cariësproces. NOCTP en NRC zijn activiteitgerelateerde benaderingen: cariësmanagement in optima forma, dus in uitgebreide vorm (+). Daarnaast zijn er behandelingen zoals atraumatic restorative treatment (ART) en de Hall-techniek (het plaatsen van voorgevormde kronen over carieuze tijdelijke elementen zonder enige vorm van preparatie),[20] waarbij geen lokale anesthesie is vereist. ART en de Hall-techniek zijn in doorsnee minder belastend en dus comfortabeler voor kinderen. Al deze behandelingen hebben de voorkeur boven de behandeling onder algehele anesthesie. Door bij minder belastende behandelingen niet van narcose maar van NRC, ART of de Halltechniek gebruik te maken, kan het gedeelte van het behandelplan dat wél onder algehele anesthesie moet worden uitgevoerd, worden bekort. Hierdoor neemt de morbiditeit af.[21]

Een belangrijke voorwaarde bij het bedrijven van tertiaire preventie is dat alles in het werk wordt gesteld om te voorkomen dat er opnieuw schade optreedt. Nog vaak wordt gedacht dat de conventionele behandeling van gecaviteerde cariëslaesies de enige manier is om cariës met succes te behandelen.[22] Veel evaluatieonderzoeken laten echter zien dat de resultaten van deze benadering teleurstellend zijn. Wereldwijd wordt gemiddeld een kwart van de kinderen die onder algehele anesthesie zijn behandeld, binnen twee jaar opnieuw onder algehele anesthesie behandeld.[1] Er wordt onvoldoende rekening gehouden met de invloed die de volledig restauratieve behandeling heeft op het gedrag. Dit komt doordat repareren de schijn wekt dat de zorgverlener het cariësprobleem heeft opgelost. Het gevolg is dat voorlichting over preventie van cariës na de traditionele behandeling onvoldoende doordringt tot de ouders en de kinderen. Verder veroorzaakt de traditionele behandeling bij kinderen meer angst. Aangetoond is

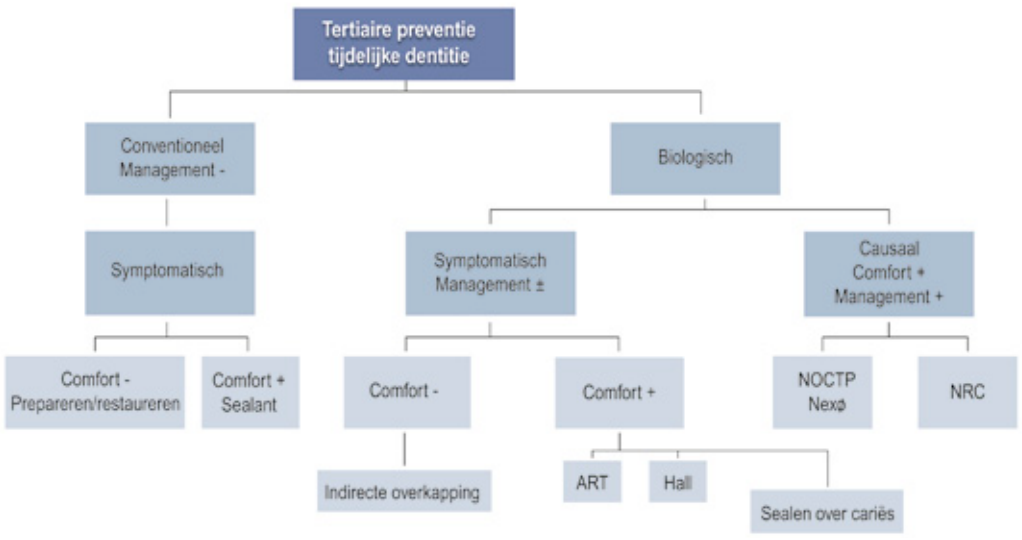
Afbeelding 5. Boven: Cariëslaesies in 64 en 65 vóór beslijping. Midden: Dezelfde gebitselementen na gedeeltelijke beslijping. Onder: Volledig beslepen na een half jaar; de laesies zijn arrested.

Afbeelding 6. Boven: Een diepe cariëslaesie in 75 waarbij een beschermende laag Vitrebond is geïndiceerd. Onder: De aangebrachte beschermlaag.



Afbeelding 7. Aantal vlakken ('surfaces'; S) aangetast door cariës ('decayed'; D) of verloren gegaan ('missing'; M) door cariës of gerestaureerd ('filling'; F) bij 18-jarigen uit het Nexø-project vergeleken met dezelfde leeftijdsgroep in de overige regio's van Denemarken. De gegevens uit 2001 en 2002 van Nexø ontbreken (bron: www.nexodent.com).

Afbeelding 8. Boven- en onderkaak met niet-gecaviteerde cariëslaesies. Het kind werd verwezen voor restauratieve behandeling. De behandeling werd beperkt tot preventieve begeleiding en applicatie van fluoridevernis.



Afbeelding 9. De behandelmogelijkheden. Indeling naar aard van de behandeling (Conventioneel/Biologisch), aanpak (Symptomatisch/Causaal), mate van cariësmanagement (Management) en mate van ongemak voor het kind (Comfort).

dat ervaringen van machteloosheid een kind predisponeren tot angstig vermijdingsgedrag op latere leeftijd.[23] Door steeds weer te beginnen met handelingen die voor het kind weinig bedreigend zijn, groeit bij het kind het vertrouwen in de zorgverlener,[24] een proces dat latente inhibitie wordt genoemd.[25] Wat oudere kinderen kunnen een meer ingrijpende behandeling gemakkelijker aan, als die dan nog is geïndiceerd.[26]

Het ongemak bij traditionele cariësbehandeling kan ook voor een deel worden ondervangen door ART[27,28] of de Hall-techniek toe te passen. Ook deze behandelingen stimuleren de ouders echter meestal onvoldoende om het cariësproces onder controle te brengen, doordat de restauratieve behandeling de cariësactiviteit maskeert. Daarin onderscheidt de conventionele behandeling zich van de causale behandeling. De conventionele behandeling beperkt zich tot symptoombestrijding.

Soms is die symptoombehandeling van wezenlijk belang. Als er een diepe carieuze laesie aanwezig is en het gevaar van pijn of ontsteking op de loer ligt, kan de patiënt zeer gediend zijn met een adequate restauratie. Hetzelfde geldt voor een patiënt met een goede mondverzorging die een verzoek om te restaureren doet vanwege bijvoorbeeld comfort of esthetiek. Dat laatste kan van belang zijn als een kind wordt gepest vanwege door cariës aangetaste frontelementen. In tabel 1 wordt een globale indicatie gegeven van de afweging tussen een wel- en niet-restauratieve behandeling.

Na verlies van een restauratie is het aanbrengen van een nieuwe niet altijd nodig. Van klasse-II-ART-restauraties is bekend dat ze minder overlevingskansen hebben. Ook na het achterwege laten van restauratieve herbehandeling blijken deze elementen echter nog goede overlevingskansen te hebben.[29] Soms bereikt het langzaam voortschrijdende cariësproces de pulpa. Doorgaans leidt dit niet tot klinische symptomen. Dat is mogelijk vanwege de veelal milde prikkels die uitgaan van een chronisch verlopend cariësproces. Een pulpapoliep kan hiervan het gevolg zijn. Dit betekent dat de pulpa in ten minste één kanaal nog vitaal is. Het is niet eenvoudig om een bestaande cultuur in de zorg die gericht is op reparatie en chirurgie om te buigen naar een causale benadering die recht doet aan de individuele context van het kind. Overtuigend is aangetoond dat werkelijke transformatie in de zorg niet wordt bereikt door 'sustaining innovation' (symptomatische therapie zoals ART en Hall-techniek), maar dat hiervoor 'disruptive innovation' (causale therapie zoals NOCTP en NRC) noodzakelijk is.[30] De patiënt zelf staat centraal bij 'disruptive innovation' in de zorg. ■

	indicatie	contra-indicatie
Restauratieve behandeling	pesten† pijn‡/dreigende irreversibele ontsteking	expliciete behandelangst expliciete cariësactiviteit
NRC	expliciete behandelangst expliciete cariësactiviteit	pesten† pijn‡/dreigende irreversibele ontsteking

Tabel 1. Globale indicaties en contra-indicaties voor restauratieve en niet-restauratieve caviteitsbehandeling.[9]

Casus 8: Restauratie vanwege tandplaque?

Bij de intake blijkt dat Yussi van 3 jaar zelf zijn tanden poetst. Zijn moeder geeft aan dat hij zijn tanden niet door anderen laat poetsen. Hij eet iedere dag een grote hoeveelheid snoep en drinkt veel frisdrank (appelsap). Yussi klaagde twee maanden geleden over kiespijn rechtsonder. Er wordt overgegaan tot NRC in de onderkaak. Omdat er een half jaar later nog te veel tandplaque zit, wordt er besloten tot het maken van voorgevormde kronen op 74 en 75. Het is de bedoeling dat er negen maanden na de intake ook op 84 en 85 kronen worden gemaakt. Door de volgende behandelaar wordt hier echter van afgezien. De mondhygiëne verbetert in de loop van de tijd door Yussi's familie bij de tandheelkundige behandeling te betrekken. Ruim twee jaar na de intake zijn de laesies in 84 en 85 nog stabiel.

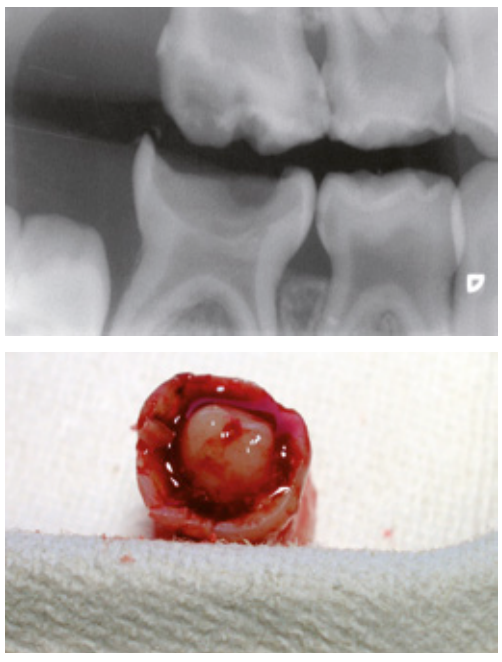
Conclusie
Onvoldoende zelfzorg is geen reden om te gaan restaureren. Integendeel, het is een reden om de ouders te ondersteunen bij een andere aanpak.

Praktische tip
Wees terughoudend met restauratieve behandelingen in cariësactieve monden.

Afbeelding 63. Indicatie voorgevormde kronen voor 84 en 85 gerechtvaardigd?

Afbeelding 64. Het klinisch beeld twee jaar later: geen progressie.

Afbeelding 11. Verloren ART-restauratie. Arrested cariëslaesie in mesiale caviteit van 85 na verlies van ART-restauratie. Reparatie overbodig (foto: Carolien Boon en Nanda Visser).



Afbeelding 12. Boven: Bitewing waarop 85 is te zien met een (klinisch symptoomloze) pulpapoliep. Onder: De geëxtraheerde 85; was deze extractie noodzakelijk?