

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition —

APRIL 2016

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 6 | NUMMER 3



“Afbraakpolitiek”
Zorgen over toegang tot mondzorg voor laagopgeleiden

Pagina 3-4



Cochrane-studie
“Kroon beter dan vulling bij melkkiezen”

Pagina 13



Taakdelegatie
“Tandartsassistent zonder opleiding niet meer van deze tijd”

Pagina 16

Diagnose mondziekten blijft lastige uitdaging



MKA-chirurg dr. Erik van der Meij (rechts) krijgt veel te maken met de behandeling van mondziekten. “Mijn advies aan tandartsen: bij twijfel, doorsturen!” (foto: Frank Nuiver)

VAN DE REDACTIE

LEEUWARDEN - Regelmatig ziet de tandarts een patiënt met een witte afwijking van het mondslijmvlies. De ene keer is deze wegveegbaar, de andere keer niet, en ook de vorm loopt uiteen. Wat vertel ik de patiënt? Is het iets ernstigs, of toch niet?

Dr. Erik van der Meij kan zich goed voorstellen dat tandartsen algemeen practici hiermee worstelen. “De tandarts wordt te weinig blootgesteld aan mond- en kaakziekten om deze goed te kunnen herkennen,” vertelt de MKA-chirurg, werkzaam bij Medisch Centrum Leeuwarden, in deze *Dental Tribune* (zie pagina 6-8). Veel tandartsen vermoeden dat er bij een witte vlek sprake is van leukoplakie, maar dit is meestal niet het geval. Hierbij bestaat het gevaar dat de patiënt onno-

dig bang wordt gemaakt. “Niet alles wat wit is, is leukoplakie.” Wat dan wel te doen? Van der Meij vindt dat de problematiek lastig genoeg is om deze voor te leggen aan een expert, meestal de MKA-chirurg. “Dat hoeft niet per se dezelfde dag nog, maar realiseer je wel dat het om een maligne aandoening kan gaan.”

Daarnaast kan de algemeen practicus ervoor kiezen zich nader te bekwamen in de wereld van de witte vlekken. Zo geeft het deze maand verschenen AccreDidactprogramma *Leukoplakie* de algemeen practicus handvatten voor het stellen van de juiste diagnose. Op pagina 10-11 vindt u een fragment uit dit programma, waarin u kunt lezen over een aantal andere verschijnselen behalve leukoplakie waarop een witte vlek kan duiden, zoals candidose en de ziekte van Darier-White. ■

“Tachtig procent tandartsen fraudeert”

LAREN - Tachtig procent van de Nederlandse tandartsen fraudeert om toch kwalitatieve behandelingen te kunnen bieden aan patiënten. Dat kwam althans naar voren uit een informele peiling door het nieuw opgerichte Keurmerk Onafhankelijke Mondzorg (KOM) onder honderd tandartsen.

Bij het oprichtingscongres van het KOM werd aan de aanwezige tandartsen gevraagd of en hoe vaak zij een andere behandeling declareerden dan de geleverde. Tachtig van de honderd tandartsen gaven aan dit weleens te doen, om er zorg voor te dragen dat de patiënt toch de noodza-

kelijke behandeling krijgt. Kersverse KOM-voorzitter Hans Beekmans, tandarts in Laren, maakt zich ook ‘schuldig’ aan deze vorm van creatief boekhouden. Volgens Beekmans komt de doorsnee tandarts die kwaliteit tracht te leveren in een spagaat terecht tussen wettelijk ontoelaatbaar handelen en de wens om toch kwaliteit en innovatief werk te leveren. Hij roept de politiek op tandartsen de mogelijkheid te geven om “echte verrichtingen” te mogen declareren en de patiënt de zeggenschap terug te geven over de eigen mondzorg.

Het keurmerk is een initiatief van de Stichting Onafhankelijke Hulpverlening (SOH), die pleit voor minder regels en invloed vanuit de overheid op de tandheelkunde. Zo wil men dat de huidige eenheidstarieven worden omgezet naar referentietarieven en dat er andere honoreringsvormen worden toegestaan.

De ANT distantieerde zich op haar website van het door KOM genoemde fraudecijfer en wijst op recent onderzoek van de NZa waaruit blijkt dat de fraude in de mondzorg minder dan 1% bedraagt. In hoeverre dit cijfer aangevuld dient te worden met ‘verborgen’ fraude, is onduidelijk. (bron: Skipr/Nt) ■

Stemrechten breekpunt voor richtlijninstellingen

Bij het eerder deze maand gehouden Oekraïne-referendum klonk vaak de klacht dat deze werd ‘gekaapt’ door de politieke agenda’s van anderen. Nee-stemmers zetten zich luidkeels af tegen het kabinet en de groeiende macht van de EU, maar over het feitelijke handelsverdrag met Oekraïne ging het nauwelijks, waardoor de waarde van de uitslag discutabel bleef.

Ook in de mondzorg lijkt een dergelijke situatie te zijn ontstaan. De oprichting van een richtlijninstituut, waarbij het eerst nog over het optimaal vormgeven van mondzorgrichtlijnen ging, is ontaard in getouwtrek over onderwerpen die nauwelijks iets met de richtlijnen van doen hebben: taakherschikking, en in hoeverre mondhygiënist en tandprothetici nu werkelijk een plaats naast de tandarts ‘verdienen’. De zo gewenste richtlijnen lopen hierdoor ernstige vertraging op. Hoe heeft het zo ver kunnen komen, en is het einde van de impasse nabij?

> lees verder op pagina 5

dentalman.com is een **smaakvolle manier om tandheelkundige producten te kopen**, waarbij esthetische kwaliteiten hand in hand gaan met technische vereisten. U vindt op dentalman.com zowel voor de praktijk als voor het laboratorium alles wat u elke dag nodig hebt. Maar dentalman.com is meer: namelijk de kunst om van het leven te genieten. Daarom combineert dentalman.com de verkoop van materialen met exclusieve ontdekkingen voor meer lifestyle.

DENTALMAN.COM

IT'S A PLEASURE - ALL DAY LONG.

SHOPPEN VOOR WIE MEER WIL.



DENTALMAN.COM

Miele
PROFESSIONAL

De nieuwe norm in reiniging en desinfectie!

Betere hygiëne, meer capaciteit, meer zekerheid



De nieuwe generatie staat garant voor maximale hygiëne en veiligheid tijdens de verwerking van uw kostbare instrumenten.

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

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.

ZORGT OOK VOOR EEN GLIMLACH BIJ DE TANDARTS



Protilab, ervaar het verschil :

- 7000 klanten in Europa
- All inclusive prijzen
- Gratis ophalen dezelfde dag
- Meer opdrachten, dat wordt beloond!
- Online persoonlijk account en vast contactpersoon
- Verwerken digitale afdrukken van gerenomeerde merken

Flinterdunne easyfit[®]
IPS e.max[®] facing

Normaal voor
~~€110,-~~
nu voor slechts



€55,-
incl. ophalen & leveren

Nu 50% korting
op uw eerste 5 werkstukken*

Onze flinterdunne easyfit[®] IPS e.max[®] facings waren nog nooit zo eenvoudig te plaatsen.



Uitstekende
kwaliteit



5 Jaar
garantie



All inclusive
prijzen



Snelle
levertijd

*Deze 50% kortingsactie is geldig tot 90 dagen na de eerste bestelling

contact@protilab.nl

Bel gratis! 0800-0525

www.protilab.com

Een op drie nieuwe tandartsen komt uit buitenland

HILVERSUM – Er stromen in Nederlands jaarlijks meer tandartsen uit dan er nieuwe beginnen te werken. Daarom gaan steeds meer tandartsen uit het buitenland hier aan de slag. Inmiddels is één op de drie startende tandartsen afkomstig uit het buitenland, meldt BNR Nieuwsradio.

Jaarlijks gaan in ons land ongeveer 300 tandartsen met pensioen, terwijl er iets meer dan 200 studenten per jaar afstuderen. Hierdoor neemt het tandartstekort toe: volgens KNMT-voorzitter Henrike van Drie is de jaarlijkse instroom ongeveer negentig tandartsen kleiner dan gewenst. In een reactie aan BNR

Nieuwsradio laat Van Drie weten de instroom van buitenlandse tandartsen een positieve ontwikkeling te vinden. “We zijn blij dat deze collega’s hier het tekort opvullen.”

Wel plaatst Van Drie een aantal kanttekeningen. “De buitenlandse tandartsen moeten natuurlijk wel goed Nederlands leren om te zorgen dat het contact met patiënten en collega’s goed verloopt.” Daarnaast blijkt dat veel van hen slechts tijdelijk naar Nederland komen. “Zeker 50 procent gaat op termijn weer naar huis. Dat komt omdat ze hun familie missen, of omdat ze na veel geleerd te hebben in Nederland in hun eigen

land een toekomst willen opbouwen. We hebben een hoge kwaliteit van mondzorg, dus velen van hen komen hierheen om ervaring op te doen.”

De KNMT pleit al jaren voor het opleiden van meer tandartsen. Niet alleen om het tekort op te vullen, maar ook omdat de vraag naar mondzorg de komende jaren alleen maar zal toenemen. “De kwaliteit van zorg is inmiddels zo goed, dat steeds meer mensen met hun eigen tanden oud worden,” aldus Van Drie. “De zorg wordt daardoor complexer en om de kwaliteit van de mondzorg op peil te houden, zijn opleidingsplaatsen nodig.” (bron: BNR) ■

ANT laakt ‘afbraakpolitiek’ mondzorg

TEKST: BEN ADRIAANSE

AMSTERDAM – De Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) maakt zich grote zorgen over een groeiende groep patiënten die nooit meer naar de tandarts gaat. Dat stelt de vereniging in een persbericht, in reactie op het eerder deze week gepubliceerde CBS-rapport. Hieruit bleek dat niet alleen mensen met een laag inkomen, maar ook kwetsbare ouderen en een groeiende groep jongeren de mondzorg links laat liggen.

Het mijden van de tandarts zal op lange termijn desastreus uitpakken voor de mondgezondheid, met veel hogere maatschappelijke kosten tot gevolg, aldus ANT-bestuurslid Ravin Raktoe. Daarbij gaat het niet alleen om tandartskosten. “Problemen in de mond zijn al erg genoeg, maar kunnen ook elders in het lichaam problemen veroorzaken of verer-

geren.” Volgens de ANT dienen zowel zorgverzekeraars als de politiek hun beleid onder de loop te nemen. “Het wordt tijd dat de afbraakpolitiek van de mondzorg stopt. Deze zet een grote rem op de toegankelijkheid van de tandarts. We kunnen qua innovatie en nieuwe mogelijkheden zoveel meer, voor alle lagen van de bevolking, maar overregulering en bezuinigingen staan dat in de weg.”

De ANT ziet met lede ogen aan hoe de tandartsverzekeringen en dekkingen onder het mom van ‘bezuiniging’ steeds verder versoberd worden, terwijl deze op lange termijn de totale kosten van mondzorg alleen maar vergroten. Zo komen tegenwoordig veel minder mensen in aanmerking voor een klikgebit, dat voor ouderen als vaak afdoende én betaalbare oplossing geldt. Raktoe benadrukt: “Een gaatje in je kindertijd blijft je de rest van je leven

achtervolgen. Alleen regelmatig bezoek aan de tandarts kan dat voorkomen. Voorkomen is over een langere periode verreweg de goedkoopste oplossing.”

Eind 2014 signaleerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de mondzorg bij kwetsbare ouderen sterk tekortschiet. Ook bij jongeren blijkt de situatie nu problematisch, ook al wordt mondzorg voor hen vergoed vanuit de basisverzekering. De ANT wil dan ook in gesprek met alle betrokken partijen om tot duurzame oplossingen te komen. Het volledig vergoeden van mondzorg vanuit de basisverze-

“Overregulering en bezuinigingen staan innovatie in de weg”

kering, zoals de SP in maart opnieuw bepleitte, zal die oplossing in elk geval niet zijn, stelt Raktoe. “Dat is veel te grofmazig en bovendien te kostbaar. We moeten zoeken naar intelligente oplossingen.” Hierbij zou een maatschappelijke taak zijn weggelegd voor de zorgverzekeringen. “We weten dat we met z’n allen meer premie betalen dan we aan zorg consumeren. Dat geld is winst voor de verzekeraars. Denk in dat kader bijvoorbeeld aan een fonds betaald door zorgverzekeraars voor kwetsbare groepen.”

De problematiek van kwetsbare groepen die mondzorg mijden leidde in maart tot veel reacties en publiciteit. Zo heeft de tandartskliniek Max Dental Center van Peter Feijen en Tom Huigen aangekondigd de behandelkosten voor een volledige prothese bij twintig arme Rotterdammers voor te schieten. Hiermee willen zij naar de politiek een signaal afgeven dat de bezuinigingen op de mondzorg te ver zijn doorgeschoten, waardoor deze voor kwetsbare groepen onbereikbaar wordt. ■

Tandartsafspraak asielzoeker voortaan per e-mail

RIJSWIJK – Het maken van een tandartsafspraak met asielzoekers wordt vereenvoudigd, meldt de KNMT. Het gebruik van het zogenaamde ‘Toegeleidsingsformulier’ wordt afgeschaft; voortaan worden afspraken voor in azc’s verblijvende asielzoekers per ‘gewone’ e-mail bevestigd.

Medische zorg voor asielzoekers wordt geregeld via het

alleen een ‘gewone’ e-mail om de afspraak te bevestigen, met enkel de persoonsgegevens van de asielzoeker erin. De e-mail aan de tandarts gaat tegelijk ook naar de receptie op de COA-locatie waar de asielzoeker verblijft. Bij de receptie kan deze de afspraak bevestiging ophalen.

De vereenvoudigde procedure is tot stand gekomen in samenwerking met de KNMT, die een aantal tandartsen benaderd heeft voor feedback op de nieuwe procedure. De nieuwe werkwijze heeft tot doel het verlichten van de werkdruk bij GC A Praktijklijn, vanwege het grote aantal asielzoekers momenteel, met behoud van die informatie die voor de tandarts nodig is voor het maken van een afspraak. (bron: KNMT) ■

“Deze nieuwe werkwijze vermindert de werkdruk”

Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A). Dit is het eerste aanspreekpunt voor asielzoekers die medische zorg, waaronder dus ook de mondzorg valt, nodig hebben. Via de GC A Praktijklijn wordt voor de desbetreffende patiënt een afspraak gemaakt bij een reguliere huisarts of tandarts.

Voorheen kreeg een tandarts bij de bevestiging van de afspraak het zogenaamde ‘Toegeleidsingsformulier’ mee. Hierop stonden uitgebreide gegevens over de patiënt: welke taal hij/zij sprak, een beschrijving van de klacht en antwoord op een aantal medische vragen. In de nieuwe procedure ontvangt een tandarts



De oude Koningin Wilhelminakazerne in Ossendrecht is nu in gebruik als asielzoekerscentrum. (foto: Thea van den Heuvel/Wikimedia Commons)

Tuchtcollege geeft tandarts-orthodontist tik op vingers

EINDHOVEN – Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Eindhoven heeft een 53-jarige tandarts-orthodontist uit Berkel-Enschot, werkzaam in praktijk Meermond in Veldhoven, berispt. De tandarts zou geen duidelijk eindresultaat voor ogen hebben gehad bij orthodontische behandelingen, die niet of slechts moeilijk te herstellen zijn. Ook zou ze onvoldoende informatie aan de ouders van twee patiënten hebben verstrekt.

De betrokken tandarts noemt de gang van zaken “schandalig.

De indruk wordt gewekt dat ik beide kinderen heb mishandeld.” Pieter Vorstermans, tandarts en mede-eigenaar van praktijk Meermond, zegt in een toelichting dat de praktijk drie jaar geleden besloten heeft de relatie met de tandarts-orthodontiste af te bouwen. “Ze handelt nu de laatste patiënten op maandagavond af,” zegt Vorstermans.

De tandarts in kwestie werkt intussen in een praktijk in Vlissingen. (bron: Eindhovens Dagblad) ■



Colofon	
Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International	Aanmelden De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, 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 .
Hoofredacteur/uitgever Ben Adriaanse, MSc	Advertentieverkoop Harry Velthuis, accountmanager. Postbus 545, 3990 GH Houten. Telefoon: 06-531 55 262. E-mail: velthuis@dental-tribune.nl . Laura Bogaers, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070. Fax: 030-63 55 069. E-mail: adverteren@dental-tribune.nl
Redactie Marieke Epping, MSc Joann Hebben, MA	
Medewerkers Anne Doeleman, MA Gerrit Jan Logt, MA	
Cartoons Mark van Eijk	
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 mondzorgvak.	
 © 2016 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.	

ANT vraagt Consumenten Keuzetarief aan

AMSTERDAM - De ANT heeft eind maart bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) officieel het Consumenten Keuzetarief (CKT) aangevraagd. Met het tarief wil de ANT maatwerk in de mondzorg weer mogelijk maken. Patiënten en tandartsen kunnen in het CKT zelf afspraken maken voor de meerprijs van bepaalde behandelingen.

Met het Consumenten Keuzetarief wil de ANT een structuur creëren die recht doet aan een doelmatige, goede en betaalbare mondzorg voor de samenleving, die past binnen de huidige wet- en regelgeving én ruimte biedt aan consumenten en tandartsen die elkaar willen vinden voor hoogwaardige, innovatieve en/of esthetische mondzorg. In het huidige bekostigingssysteem lopen patiënten met specifieke wensen tegen restricties aan. Wanneer zij een behandeling willen die niet in het tariefsysteem is gevat, of meer kost dan het vastgestelde tarief, lopen zij tegen restricties aan. Anderzijds zien tandartsen die maatwerk willen bieden of innovatieve materialen, - diagnostiek of speciale behandelmethoden willen toepassen, vaak geen mogelijkheid om hun inspanningen door te berekenen, waardoor ze noodgedwongen onder kostprijs werken.

Welk soort behandelingen?
Het Consumenten Keuzetarief geldt waarschijnlijk straks voor

een deel van de huidige prestatiecodes. De focus zal liggen op de restauratieve tandheelkunde en een tijdstarief. Zo valt er te denken aan patiënten met milde tandartsangst die graag langer de tijd willen nemen voor behandelingen. Maar ook het doorberekenen van meerkosten van bijzondere materialen bij esthetische behandelingen, of minimaal invasieve restauratieve en chirurgische technieken die minder belastend zijn voor de patiënt. “Als de patiënt die meerkosten - in goed overleg met de tandarts - zelf wil betalen, is er geen algemeen belang dit niet toe te staan,” aldus ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes over het plan in *Dentz*.

Volgens Vaartjes staan alle lichten nu op groen voor het realiseren van het CKT. De NZa zou positief op het plan hebben gereageerd en meedenken over hoe dit praktisch vorm te geven. Ook patiëntenorganisaties zoals NPCF en de Consumentenbond zien wel iets in het CKT. Zij stellen echter wel de voorwaarde dat de patiënt goed voorgelicht wordt wat het CKT inhoudt en dat invoering niet mag betekenen dat de kwaliteit van basismondzorg daalt. Vaartjes zegt dat dit geenszins de bedoeling is. “De standaardbehandeling moet uitstekend blijven. Maar er moeten niet langer kunstgrepen nodig zijn om maatwerk te leveren aan patiënten die daarom vragen.” (bron: ANT) ■

Mensen met laag inkomen mijden vaker tandarts

DEN HAAG - Hoe hoger het inkomen, hoe vaker mensen naar de tandarts of mondhygiënist gaan. Dat blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gemiddeld gaven acht op de tien Nederlanders aan ten minste één keer in het afgelopen jaar naar de tandarts te zijn geweest.

Van de laagste inkomensgroep in Nederland heeft ruim 70% ten minste één keer per jaar contact met de tandarts, meldt het CBS. Dat percentage stijgt naarmate het inkomen van een huishouden toeneemt: bij de hoogste inkomensgroep is het bijna 90%. Voor bezoeken aan de mondhygiënist zijn de verschillen vergelijkbaar.

“Slechts 70% bezoekt minimaal eens per jaar de tandarts”

Iets meer dan een vijfde van de Nederlanders in de laagste inkomensgroep ziet minstens eenmaal per jaar een mondhygiënist, terwijl dat bij de hoogste inkomens ruim een derde is.

Bij kinderen zijn er geen verschillen naar inkomensgroepen, vermoedelijk doordat deze zorg vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Tot hun zestiende gaan jongeren bijna allemaal minstens

één keer per jaar naar de tandarts (97 procent). Na hun twintigste daalt de mate van tandartsbezoek naar 80 procent. Van de 75-plussers gaat slechts de helft naar de tandarts; in 2013 had 70 procent van deze leeftijdsgroep een kunstgebit.

Opvallend is dat bij andere vormen van zorg een omgekeerde tendens geldt. Van de mensen met een lager inkomen bezoekt een hoger percentage de huisarts, specialist, of psycholoog dan van de mensen met een hoger inkomen. Een logische verklaring hiervoor is het feit dat deze zorgvormen vaak gedekt worden door de basisverzekering, maar ook de gemiddeld minder gezonde leefomstandigheden en de geringere levensverwachting van mensen met een laag inkomen zal een rol spelen. Armen sterven gemiddeld eerder dan hun leeftijdsgenoten uit de hoogste inkomensgroepen.

De mondhygiënist wint aan populariteit. Mensen in de leeftijdsgroep tussen 50 en 55 jaar gaan het meest naar de mondhygiënist: 38 procent van hen ging het afgelopen jaar minstens één keer. In de jongste en oudste leeftijdsgroepen is dit ongeveer de helft lager. De toenemende populariteit vertaalt zich ook in een groeiend aantal werknemers in die beroepsgroep: tussen 2006 en 2012 is het aantal mondhygiënisten verdubbeld. (bron: CBS/de Volkskrant) ■

Tandartsen schrijven vooral antibiotica voor

OSS - Apothekers verstrekten in 2015 ruim een miljoen keer een geneesmiddel op basis van een recept van een tandarts of een kaakchirurg. Tandartsen, die ongeveer 70% van de recepten voor hun rekening nemen, schrijven het meest een antibioticum voor. Kaakchirurgen bestrijden met hun recepten vooral pijn. Dat blijkt uit cijfers van de openbare apotheken over 2015.

Van de geneesmiddelen die tandartsen en kaakchirurgen voorschrijven zijn antibiotica voor systemisch gebruik een belangrijke groep. Op 41% van de tandartsenrecepten staat het

antibioticum amoxicilline vermeld. Bij ongeveer 15% daarvan gaat het om een vaste combinatie van dit breedspectrum-antibioticum met de penicillinasremmer clavulaanzuur. Andere antibiotica die tandartsen voorschrijven zijn metronidazol en clindamycine, die beide afzonderlijk goed zijn voor 2,5%. Bij de kaakchirurgen is ibuprofen met 39% van de recepten het meest voorgeschreven geneesmiddel. Andere veel voorgeschreven pijnstillers zijn naproxen (6%) en paracetamol/codeïne-combinaties (3,5%). Deze laatste groep wordt niet vergoed, maar is wel enkel ver-



krijgbaar op recept. Ook bij tandartsen is ibuprofen het meest voorgeschreven middel voor pijnstilling: 18% van de tandartsrecepten betreft de pijnstiller.

Na antibiotica en pijnstillers worden door mondzorgprofessionals uiteraard ook veel middelen met fluoride voorgeschreven, ter voorkoming van cariës. In de vorm van een gel met een hogere concentratie fluoride is dit een receptplichtig geneesmiddel dat wordt vergoed uit de basisverzekering. Als mondspoeling is fluoride zonder recept verkrijgbaar; toch betreft driekwart van de tandartsrecepten voor fluoride een mondspoeling. Ook voor chloorhexidine als antibacterieel spoelmiddel voor de mond geldt dat geen recept nodig is, maar ook dit wordt veelvuldig voorgeschreven door tandartsen. (bron: Medical Facts) ■

Geneesmiddel	Toepassing	aandeel receptuur
amoxicilline (incl. met enzymremmer)	Antibacterieel	41%
ibuprofen	Pijnbestrijding	18%
chloorhexidine	Desinfectie mondholt	9%
fluoride	Glazuurversterking	7,5%
metronidazol	Antibacterieel	2,5%
clindamycine	Antibacterieel	2,5%
paracetamol-codeïne	Pijnbestrijding	1%
naproxen	Pijnbestrijding	1%

Tabel: Door tandartsen voorgeschreven middelen met een aandeel van 1% of meer (2015).

ANT waarschuwt tandartsen voor uitvraag door NZa

AMSTERDAM - De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nodigt momenteel individuele tandartsen uit voor een gesprek over de vraag hoe men in het veld tegen de prestatielijst aankijkt. Tandartsorganisatie ANT waarschuwt tandartsen hier niet of zeer voorzichtig op in te gaan, omdat niet duidelijk is waar de gesprekken voor dienen en hoe de resultaten worden vastgelegd.

De ANT is niet betrokken bij deze actie van de zorgautoriteit, maar ontving van een aantal leden vragen over de uitnodiging en is niet gerust over de gang van zaken. In de uitnodiging voor een vraaggesprek, die de ANT heeft

kunnen inzien, geeft de NZa aan in de komende periode te willen inventariseren “welke knelpunten enerzijds en voordelen anderzijds door zorgaanbieders worden ervaren bij de huidige prestatielijst en/of welke toekomst zij zien voor de beleids- en prestatiestructuur in de mondzorg.” De gesprekken moeten de toezichthouder helpen bij “de vorming van het (toekomstig) beleid, om een antwoord te krijgen op de vraag of en eventueel welke aanpassingen aan de prestatielijst nodig zijn.”

Op het eerste oog lijkt er weinig aan de hand, zo laat de ANT in een persbericht weten, maar

het is niet duidelijk wat er met de resultaten van deze steekproef gebeurt. Iets wat in het verleden nooit in het voordeel van de beroepsgroep heeft gewerkt, zo meent de organisatie. Bovendien is er niets vastgelegd over de verslaglegging van de gesprekken, waardoor niet duidelijk is hoe de NZa de uitkomsten zal interpreteren. De ANT vindt deze wijze van onderzoek niet het geschikte middel voor het trekken van conclusies over het toekomstige tarievenbeleid dat een hele beroepsgroep aangaat. In een bericht naar haar leden verzoekt de ANT hen dan ook ‘op hun hoede’ te zijn. (bron: ANT) ■



“Stemrechten breekpunt voor richtlijninstellingen”

TEKST: BEN ADRIAANSE

AMSTERDAM - Hoe gaat het met de onderhandelingen tussen de beide richtlijninstellingen voor de mondzorg? Een kleine vier maanden na de veelbesproken oprichting van de ‘alternatieve’ Nederlandse Vereniging Praktijkstandaarden Mondzorg (NVPM) blijkt uit gesprekken met beide partijen dat de onderhandelingen zich toespitsen op één heikel punt: de (stem)rechten, ofwel gelijke statutaire status van tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticen. Dental Tribune beet zich vast in dit slepende dossier.

Tot vorig najaar leek er weinig aan de hand: alle bij de mondzorg betrokken partijen zaten om de tafel en onderhandelden over de oprichting van het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo), hét instituut dat breed gedragen richtlijnen voor de mondzorg zou ontwikkelen. Afgelopen najaar trokken KNMT en ANT zich echter terug uit de onderhandelingen en kwamen met een eigen instituut, dat volgens de beroepsverenigingen beter zou aansluiten bij de wensen van tandartsen: de

“Het KiMo wil een gelijke positie van de mondhygiënist forceren”

NVPM. KNMT en ANT kwamen tot hun stap uit onvrede over het feit dat de KiMo een stichtingsvorm kende en geen vereniging zou zijn waarvan tandartsen lid kunnen worden. Ook was er volgens hen onduidelijkheid over de financiering, waardoor afhankelijkheid en overheidsbemoeienis zou dreigen, en kregen andere beroepsgroepen in de mondzorg, zoals mondhygiënist en tandprotheticen, te veel inspraak.

Onder meer de wetenschappelijke verenigingen en universiteiten hielden echter vast aan de KiMo-opzet. Beide partijen probeerden vervolgens de tandartsen voor zich te winnen, totdat de beroepsgroep zich op 11 december, tijdens een Ledenvergadering van de KNMT, uitsprak vóór oprichting van de NVPM. De aanwezige KNMT-leden gaven hiermee een duidelijk signaal af, hoewel zij beide partijen tevens oproepen in gesprek te gaan en tot een fusie te komen.

Water bij de wijn

Deze gesprekken kwamen er inderdaad. In grote lijnen komen de momenteel belangrijkste verschillen in opvattingen hierop neer:

- Het KiMo heeft de vorm van een stichting. De NVPM is een vereniging waarvan tandartsen lid kunnen worden en stemrecht hebben.
- Het KiMo geeft behalve tandartsen ook andere beroepsgroepen in de mondzorg een plaats in de deelnemersraad.

De NVPM doet dit ook, maar brengt onderscheid aan door alleen tandartsen stemrecht te geven (in het compromisvoorstel van KNMT en ANT kunnen bijvoorbeeld mondhygiënist zich als buitengewoon lid aanmelden).

- De financiering van het KiMo is deels gebaseerd op overheids-subsidie, terwijl de NVPM door KNMT en ANT wordt bekostigd.

Beide partijen deden intussen veel water bij de wijn. Het KiMo heeft bijvoorbeeld geaccepteerd dat het gefuseerde instituut een vereniging wordt, terwijl in de aangepaste voorstellen van KNMT en ANT ook andere professionals in de mondzorg lid kunnen worden, hetzij als buitengewoon lid zonder stemrecht. Toch hebben de partijen, ook na het overleg van woensdag 23 maart, nog geen overeenstemming bereikt. Al met al wordt de deadline van Zorginstituut Nederland (ZiN), dat de partijen half februari nog een maand gaf om eruit te komen, bij lange na niet gehaald.

Gelijkwaardige positie tandarts en mondhygiënist

“Het draait nog om een paar kwesties,” vertelt prof. dr. Rob Burgersdijk aan *Dental Tribune*. De voorzitter van de Federatie Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen (FTWV) en directeur a.i. van het KiMo ziet het betrekken van onder andere mondhygiënist en tandprotheticen bij het KiMo veruit als grootste breekpunt. “In deze tijden van taakherschikking is het cruciaal dat de richtlijnen mondzorgbreed en vanuit integrale zorgverlening worden opgesteld en door alle beroepsgroepen gedragen worden. Niemand zit erop te wachten dat elk van deze groepen eigen richtlijnen gaat ontwikkelen.” Burgersdijk vervolgt: “De ANT en in mindere mate de KNMT vinden echter dat het een vereniging van tandartsen moet worden, hoewel het ministerie van VWS en ZiN op breed gedragen richtlijnen hameren.”

Eerder werd de vergelijking gemaakt met het Nederlands Huisartsen Genootschap, waar verpleegkundigen en dokters-assistenten geen inspraak krijgen in de richtlijnen. Waarom dan geen ‘eigen’ richtlijnen voor tandartsen? Burgersdijk vindt deze vergelijking mank gaan. “De

mondhygiënist en de tandprotheticus zijn zelfstandig opererende professionals, met eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en niet per definitie in loondienst bij de tandarts. Dat maakt de situatie totaal anders dan bij huisartsen.”

Daarnaast ziet de FTWV problemen in de nieuw voorgestelde statuten door het ‘NVPM-kamp’, waarin de besturen van de beroepsverenigingen “een te grote vinger in de pap krijgen. De eer-

“60% van de werkzaamheden van de tandarts ligt op hbo- of zelfs mbo-niveau”

ste drie jaar zouden leden alleen de status van aspirant-leden krijgen, waardoor de verenigingsbesturen het in feite voor het zeggen hebben. We zouden de op te richten richtlijnenvereniging liever zelfstandiger laten opereren, waardoor deze het karakter van een wetenschappelijke vereniging krijgt.” Burgersdijk verwacht echter dat op dit punt wel een akkoord bereikt gaat worden en dat het er vermoedelijk op uitdraait dat leden vanaf het begin ‘volwaardige’ leden worden. “De hamvraag blijft: van wie is de vereniging?”

Volgens Burgersdijk worden de wetenschappelijke verenigingen die hij vanuit de FTWV vertegenwoordigt onderhand “doodmoe” van het slepende dossier. “Zij vragen: is het nu nog niet opgelost? Het is een schande dat we al zo lang bezig zijn. Dat onze weg de goede is, wordt ondersteund door ZiN: dat liet ons weten zich te kunnen vinden in de statuten en het meerjarenplan van het KiMo en niet in dat van de NVPM. Desondanks steunen de wetenschappelijke verenigingen het water dat we bij de wijn hebben gedaan, want voor het noodzakelijke draagvlak erkennen zij het belang om de beroepsverenigingen aan boord te krijgen.”

Populisme

Voor het geluid vanuit het ‘NVPM-kamp’ belden we met Jan Willem Vaartjes, voorzitter van de ANT. Die constateert dat er door de bereidheid tot compromissen veel vooruitgang is

geboekt, maar kan zich, net als de KNMT, niet vinden in de gelijke positie van mondhygiënist en tandprotheticen waarop het ‘KiMo-kamp’ blijft hameren. “Dat gaat gewoon te ver en op dit punt gaan we dus ook niet toegeven. Het leidt echt tot een afbraak van onze positie als tandartsen en dat ook nog eens op kosten van tandartsen zelf.” Hierbij trekt Vaartjes ook de rol van onderhandelaar Burgersdijk in twijfel. “Burgersdijk was destijds één van de auteurs van het Rapport Linschoten, dat een verregaande taakherschikking in de mondzorg bepleitte. Het lijkt alsof hij een dubbele agenda heeft en het KiMo als instrument gebruikt om deze plannen door te voeren en een gelijke positie van de mondhygiënist te forceren.”

Zelf wijst Burgersdijk deze suggestie zeer stellig van de hand. “Vooral bij de ANT leeft sterk het idee dat richtlijnen tandartsen de taakdelegatie door de strot zouden duwen. Die zaken staan volledig los van elkaar, de richtlijnen gaan daar helemaal niet over. Het is zelfs zo dat ik persoonlijk tegenstander ben van een verdere verruiming van het takenpakket van de mondhygiënist. Het is jammer dat anderen hun toevlucht nemen tot onzinnige, populistische praat waarbij op de man gespeeld wordt om de beroepsgroep voor zich te winnen. Het is volstrekt uit de lucht gegrepen.”

Bovendien, stelt Burgersdijk, is de weerzin van tandartsen tegen taakdelegatie überhaupt merkwaardig. “Het doorvoeren van de taakherschikking moet voor de tandarts als academicus bijzonder aantrekkelijk zijn. Uit onderzoek is gebleken dat 60% van de werkzaamheden van de solistisch werkende tandarts op hbo- of zelfs mbo-niveau liggen. Het zou voor tandartsen prachtig zijn als zij hun handen vrijhouden voor uitdagende casus, waarin zij worden uitgedaagd op academisch niveau en op de toppen van hun kunnen te presteren. Of mondhygiënist vervolgens al dan niet een opdracht van de tandarts nodig hebben om bepaalde nu nog voorbehouden behandelingen uit te voeren, daar gaan de richtlijnen helemaal niet over.”

In reactie zegt Vaartjes: “Het is allereerst een belediging voor het tandartsenvak dat een groot deel van ons werk geen academisch niveau zou hebben. Daarnaast, als ik als tandarts drie implantaten heb geplaatst, vind ik het best prettig om tussendoor drie vullingen te vervaardigen. Je moet niet de hele dag op topniveau bezig willen zijn. Delegeren is ingewikkeld en gebeurt in de praktijk gewoon veel minder dan de 60% die de overheid, met lagere tarieven als doel, zou willen.”

Sluitstuk?

Beide partijen erkennen dat zij dicht bij overeenstemming zijn, maar vinden het tegelijkertijd frustrerend dat het ‘breekpunt’ van de gelijke stemrechten voor een impasse zorgt. Elk van hen



Prof. dr. Rob Burgersdijk, directeur a.i. van het KiMo.



Jan Willem Vaartjes, voorzitter van de ANT.

legt de oorzaak van de vertraging bij de ander. Vaartjes: “In dit dossier is onze samenwerking met de KNMT tot nu toe erg goed geweest. We hebben naar mijn gevoel in goed overleg ontzettend veel water bij de wijn gedaan, maar het KiMo wijst allerlei lijmpogingen af.”

Is door het slepende overleg de ontwikkeling van richtlijnen in de ijskast gezet? “Zeker niet,” beweert Burgersdijk. “Aan de eerste richtlijnen wordt gewerkt met helaas nog beperkte financiële middelen. Het wachten is op de eerder in het vooruitzicht gestelde startsubsidie van VWS (waarbij Vaartjes overigens aantekent dat deze startsubsidie nooit gegeven zou worden, omdat NVPM als tweede speler ook aan de wettelijke vereisten voldoet, red.). Inmiddels is KiMo een richtlijn over peri-implantitis aangeboden door de NVvP en NVOI en door ons beoordeeld aan de hand van de EBRO-procedure. Na enkele aanpassingen hopen we de definitieve versie later dit jaar voor te leggen aan de betrokken beroepsgroepen en vervolgens aan ZiN, zodat de eerste richtlijn een feit is.”

Of deze en volgende mondzorg-richtlijnen uiteindelijk ook door de beide beroepsverenigingen en hun leden wordt gedragen, is vooralsnog niet duidelijk. In april vindt het volgende overleg tussen de onderhandelende partijen plaats en wordt, zo wordt alom gehoopt, de impasse doorbroken. ■

Noot van de redactie:

Van de beroepsverenigingen van mondhygiënist en tandprotheticen (resp. NVM en ONT) ontvingen wij inhoudelijke reacties op dit artikel. U kunt deze raadplegen op onze website www.dentaltribune.nl, rubriek ‘Nieuws’, 1 april 2016.



“Niet alles wat wit is, is leukoplakie”

Interview met dr. Erik van der Meij, MKA-chirurg



TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO'S: FRANK NUIVER

Regelmatig ziet de tandarts een patiënt met een witte afwijking van het mondslijmvlies. Elke keer is het net even anders: wegveegbaar of toch niet, symmetrisch of enkelzijdig... Het is lastig als algemeen practicus om hier een weg in te vinden, vindt ook Erik van der Meij. “De tandarts wordt eigenlijk te weinig blootgesteld aan mond- en kaakziekten om deze goed te kunnen herkennen,” aldus de MKA-chirurg, werkzaam in het Medisch Centrum Leeuwarden. Dental Tribune sprak met deze expert op het gebied van mond- en kaakziekten naar aanleiding van het recent verschenen AccreDidactprogramma Leukoplakie. Over de gelijk-nis tussen leukoplakie en lichen planus, het belang van laagdrempelig naar de MKA-chirurg verwijzen en hoe zinvol een behandeling van leukoplakie eigenlijk is.

Waar komt uw interesse voor mond- en kaakziekten vandaan?

Mijn fascinatie voor het vak werd aangewakkerd toen ik in 1990 mijn eerste college kreeg van prof. dr. Isaäc van der Waal (tevens de auteur van het nascholingsprogramma van AccreDidact, red.), en vervolgens onderzoek bij hem ging doen. De diversiteit aan mond- en kaakziekten is enorm. Er zijn vele slijmvliesafwijkingen, waaronder leukoplakie, maar ook speekselklierpathologie en cysten en tumoren van mond en kaak be-

horen hiertoe. Het zijn ontzettend veel verschillende aandoeningen met elk hun eigen diagnostiek en behandeling. Dat maakt het een uitdagend en afwisselend vak, genoeg om een professioneel leven mee voort te kunnen.

Wat is leukoplakie en waarom moet de tandarts daar meer van weten?

Leukoplakie is een (overwegend) witte aandoening van het mondslijmvlies die niet direct als een andere goed gedefinieerde witte afwijking herkenbaar is. Het is in feite een restterm: het is wit en ik weet niet wat het is. Dat wil zeggen dat alle andere oorzaken van de witte afwijking zijn uitgesloten. Denk aan mechanische oorzaken, zoals wangbijten, irritatie door een amalgaamvulling, een candida-infectie of een huidafwijking als lichen planus. Leukoplakie is een premaligne aandoening. Op jaarbasis ontwikkelt ongeveer 2% van de patiënten met leukoplakie een plaveiselcelcarcinoom. We zien bij leukoplakie, wanneer we een biopsie nemen van het weefsel, een keratoselaag op het epitheel liggen. Het epitheel kan in meer of mindere mate dysplasie tonen – dat zijn onrustige veranderingen van het epitheel – dat mede de kans op onttaarding in een maligniteit bepaalt.

Wat zijn risicofactoren voor het ontstaan van leukoplakie?

De enige etiologische factor is roken. Leukoplakie komt onge-

veer vijfmaal vaker voor bij rokers dan bij niet-rokers. 80% van de leukoplakiepatiënten rookt en we zien een duidelijke dosis-responsrelatie: hoe meer men rookt, hoe groter de kans dat men een leukoplakie ontwikkelt. Heeft de witte laesie een andere aanwijsbare oorzaak dan roken? Dan is het geen leukoplakie, maar bijvoorbeeld een frictielaesie of morsicatio (wangbijten). Er is onderzoek gedaan naar de relatie tussen humaan papillomavirus, dat natuurlijk ook bekend staat als medeveroorzaker van onder

“Bij twijfel altijd doorsturen naar de MKA-chirurg”

andere keelkanker, maar dit lijkt vooralsnog geen rol te spelen bij het ontstaan van leukoplakie en daaruit voortkomende maligniteiten.

Heeft de gemiddelde tandarts voldoende kennis van leukoplakie?

De tandarts is tijdens de opleiding in principe uitgebreid geschoold in mond- en kaakziekten, maar het probleem is dat hij er in de praktijk relatief weinig mee te maken krijgt; hij heeft te weinig ‘exposure’. Het is voor de tandarts algemeen practicus dan ook lastig om daar goed zijn weg in te vinden. Een nascholingsprogramma als dat van AccreDidact helpt om de verscheidenheid aan aandoeningen van het

mondslijmvlies te ontdekken en op een adequate wijze met al deze witte afwijkingen om te gaan. Het belangrijkste advies hierbij aan tandartsen is dan ook: bij twijfel, doorsturen!

Zodra een tandarts leukoplakie vermoedt, of een witte vlek niet thuis kan brengen, moet hij de patiënt naar de MKA-chirurg doorsturen?

Het is allereerst van belang de patiënt neutraal te informeren en de term leukoplakie te vermijden. Zeg simpelweg: ik zie iets wat ik niet herken, en stuur u door naar iemand die daar meer van weet, te weten de MKA-chirurg. Want wat gebeurt er als de tandarts aangeeft: “U heeft misschien leukoplakie”? De patiënt gaat naar huis, gaat het internet doorzoeken, ziet dat leukoplakie kan leiden tot mondkanker en wordt ontzettend ongerust. Blijkt het bij de MKA-chirurg loos alarm, dan heb je iemand onnodig ongerust gemaakt.

Ook moet je een patiënt niet dezelfde dag nog insturen, of bijvoorbeeld meteen naar een specialistisch oncologisch centrum als het Antoni van Leeuwenhoek of Daniël den Hoed. Dan denkt een patiënt dat hij iets heel ernstigs heeft. Als je echt een maligniteit vermoedt, stuur je iemand binnen een week naar de MKA-chirurg. Is het een witte afwijking die je niet herkent, dan lijkt een verwijzing binnen twee weken heel reëel. Je moet een goede balans vinden: niet acuut, om

geen paniek bij de patiënt te veroorzaken, maar ook niet de normale wachttijd van soms zes tot acht weken in acht nemen, want het kan tenslotte wel om een maligne aandoening gaan.

Wat is de behandeling van leukoplakie?

De MKA-chirurg neemt, indien het inderdaad leukoplakie blijkt te zijn, bijna altijd een biopsie om vooral de mate van epitheeldysplasie te kunnen bepalen. Indien het een kleine plek betreft – de grens ligt praktisch gesproken bij ongeveer twee centimeter en is mede afhankelijk van de precieze plaats in de mond – kan dit een excisiebiopsie zijn waarbij de hele laesie in één keer wordt weggenomen. Bij grotere leukoplakieën zijn één of meerdere incisiebiopsies vereist om een betrouwbare beoordeling van de afwijking mogelijk te maken. Alhoewel er diverse mogelijkheden bestaan om leukoplakie te behandelen zijn chirurgische excisie en CO₂-laserexcisie dan wel -verdamping de meest toegepaste modaliteiten.

Belangrijk om te weten is dat nooit wetenschappelijk is bewezen dat het wegnemen van de leukoplakie de kans op het krijgen van mondkanker voorkomt. De kanker kan zich hierbij ontwikkelen in het gebied van de al of niet behandelde leukoplakie, maar deze kan ook elders in de

> lees verder op pagina 8

ZO SLIM. GENIUS!

ORAL-B PRO 9000: HET INTELLIGENTE POETSSYSTEEM
DAT UW PATIËNTEN LAAT POETSEN ZOALS U HET AANBEVEELT.



*vs een gewone handtandenborstel.



POETS
EFFECTIEVER *



VOORKOM
TE HARD POETSEN



POETS
OVERAL



POETS
LANGER



NIEUW: ORAL-B PRO 9000.
KIJK VOOR MEER INFORMATIE OP DENTALCARE.COM
OF NEEM CONTACT OP MET UW VERTEGENWOORDIGER.



> vervolg van pagina 6

mond ontstaan. Dat de ingreep toch wordt uitgevoerd, heeft een vrij defensieve reden. Denk je eens in dat je als tandarts of MKA-chirurg een patiënt hebt met leukoplakie, je laat de laesie zitten en het wordt maligne, zaait uit en uiteindelijk overlijdt de patiënt. Hoe ga je de familie uitleggen dat je jarenlang tijdens controles nooit actie hebt ondernomen? Dat is gevoelsmatig ontzettend moeilijk voor alle betrokken partijen. Ik leg daarom altijd aan mijn patiënten uit dat er geen enkel bewijs is dat het verwijderen van de leukoplakie de kans op het krijgen van mondkanker verkleint en vooral dat men hoe dan ook, behandeld of onbehandeld, op controle moet blijven komen. Dan kan de patiënt daarna goed geïnformeerd zijn keuze maken: niet ingrijpen want de effectiviteit is niet bewezen, of toch weghalen voor bijvoorbeeld gemoedsrust. Veel van de patiënten laten het beleid uiteindelijk aan de specialist over.

Speelt de algemeen tandarts nog een rol in het vervolgen van de patiënt na diagnose en/of behandeling?

Patiënten met leukoplakie worden behandeld of onbehandeld iedere drie tot zes maanden gecontroleerd. Deze controles worden in eerste instantie vaak uitgevoerd door de MKA-chirurg. Het is mogelijk dat na verloop van tijd, na een aantal jaren, de MKA-chirurg aan de tandarts vraagt de controles over te nemen. Als de tandarts zich daar niet zeker over voelt, wat te begrijpen is, kan de patiënt bij de MKA-chirurg blijven. Ook bij het controleren door de tandarts geldt dat er een laagdrempelige mogelijkheid moet zijn de patiënt bij twijfel toch

weer langs de MKA-chirurg te sturen.

De frequentie van de controles hangt af van een aantal factoren die van invloed zijn op de kans op ontaarden in een maligniteit. Zo weten we dat vrouwen met leukoplakie een hoger risico hebben, evenals niet-rokers. Ook de grootte en locatie van de leukoplakie (tongrand en mondbodem) en of de patiënt een eerdere tumor in het hoofd-halsgebied heeft gehad zijn van invloed. De belangrijkste en meest betrouwbare voorspeller die we nu hebben, is echter de mate van epitheeldysplasie. Hoe ernstiger de mate van dysplasie, hoe groter het risico en hoe vaker iemand gecontroleerd moet worden.

Wat gaat er vaak mis bij de diagnose en behandeling van leukoplakie?

Door zijn beperkte ervaring met mondziekten zal de tandarts sneller de term leukoplakie gebruiken doordat hij de witte afwijking niet herkent als een andere entiteit. Dit vermoeden moet dus niet naar de patiënt worden gecommuniceerd. De tandarts moet volstaan met: "Ik zie een witte afwijking en ik weet niet wat het is, dus ik stuur u naar de MKA-chirurg." Ik denk dat het in die communicatie nogal eens misgaat. Niet alles wat wit is, is leukoplakie.

Weten patiënten de tandarts goed te vinden, wanneer ze bij zichzelf een witte afwijking ontdekken?

Ongeveer 70% van deze patiënten wordt in de MKA-praktijk waarin ik werkzaam ben verwezen via de huisarts, een klein deel via de medisch specialist en het overige deel via de tandarts. De huisarts wordt ook wel bijgeschoold op dit gebied, maar is toch minder thuis in de mond dan de tandarts. In

het geneeskundecurriculum zit drie uur onderwijs over de mond. Bijzonder vind ik dat. Terwijl patiënten vaker de huisarts consulteren bij 'iets' met de mond. Ook voor huisartsen is het devies: de MKA-chirurg is de expert in het herkennen van mondaandoeningen, dus bij twijfel voorzichtig zijn met informeren en de patiënt doorsturen.

Welke grote uitdagingen liggen er nog in de diagnose en/of behandeling van leukoplakie?

We zouden graag meer zekerheid hebben in het kunnen voorspellen welke patiënt met leukoplakie een maligniteit zal ontwikkelen en welke niet. Behalve de mate van epitheeldysplasie hebben we eigenlijk geen goede voorspellende factoren. Er wordt daarom nu veel onderzoek gedaan naar moleculaire markers, die meer zekerheid over het ontstaan van een maligniteit kunnen geven.

U bent als MKA-chirurg ook betrokken bij het Speekselkliercentrum Friesland...

In Leeuwarden hebben we een expertisecentrum voor speekselklier-aandoeningen (Speekselkliercentrum Friesland), waarin wij als MKA-chirurgen nauw samenwerken met andere specialisten. Hier worden bijvoorbeeld patiënten gezien met goed- en kwaadaardige speekselkliertumoren en patiënten met verstopte speekselklieren door de aanwezigheid van speekselstenen of vernauwingen in de speekselklierafvoergangen. Het afvoergangensysteem van verstopte speekselklieren kunnen we tegenwoordig met sialendoscopie in beeld brengen. Eventueel aanwezige problemen kunnen direct scopisch worden verholpen; stenen kunnen worden verwijderd en vernauwingen worden opgerekt. Waar vroeger een verstopping van een van de speekselklieren leidde tot voortdurende ontstekingen en uiteindelijk verwijdering van de speekselklier, kunnen we dit nu minimaal-invasief verhelpen. Met een scoop van ongeveer 1 mm doorsnede kunnen we het afvoergangensysteem van de speekselklier bekijken en dan via de scoop ook nog een instrument opvoeren om een eventuele steen te verwijderen of vernauwen op te rekken. Zo blijft de klier behouden.

De sialendoscopie wordt slechts op een beperkt aantal plaatsen in Nederland, voornamelijk door MKA-chirurgen, uitgevoerd. Het is een ingreep die veel oefening en 'vlieguren' vraagt. Wij doen er in Leeuwarden ongeveer vijftig per jaar en veel minder moeten het er ook niet zijn. Concentratie van deze zorg op een beperkt aantal plekken is daarom goed.

Wat zijn, naast sialendoscopie, de afgelopen tien jaar andere belangrijke ontwikkelingen in uw vakgebied geweest?

In de reconstructieve chirurgie zijn grote stappen gezet: we kunnen nu veel beter en mooier een tong of kaak herstellen nadat een tumor is verwijderd. Grote vooruitgang is ook gemaakt in de



Dr. Erik van der Meij in actie.

3D-planning voorafgaand aan operaties. Zowel voor benige reconstructies als bijvoorbeeld voor kaakoperaties zoals osteotomieën. Hierbij kunnen we met 3D-modellen op basis van een CBCT-scan een gedetailleerd 3D-model van de patiënt maken en een secure preoperatieve planning van de ingreep maken. Hoe we de tumor zullen wegsnijden en op welke wijze we gaan reconstrueren is met dergelijke 3D-planning veel beter vooraf en daarmee voorspelbaarder te bedenken.

Een actueel thema is de link tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid. Hoe ziet u dat verband?

De mond is zeker de spiegel van de lichamelijke gezondheid. Recent mocht ik samen met mijn naaste collega dr. Jan de Visscher een tweetal lezingen (tijdens een

mers of gingivahyperplasie door onder andere calciumantagonisten en anti-epileptica. Ook het ontstaan van osteonecrose van het kaakbot door het gebruik van bisfosfonaten is een probleem dat de tandarts steeds vaker zal tegenkomen. Steeds meer mensen gebruiken bisfosfonaten tegen bijvoorbeeld osteoporose.

Daarnaast zijn er natuurlijk voorbeelden van lichamelijke ziekten die zich ook manifesteren in de mond. Denk aan verschillende lymforeticulaire aandoeningen zoals het non-Hodgkin-lymfoom en de ziekte van Kahler, ziekten van het immuunsysteem zoals hiv, Sjögren en de ziekte van Behcet. Ook de ziekte van Crohn en sarcoidose kunnen veranderingen in de mond geven.

Hoe denkt u over de relatie in omgekeerde richting: dat een probleem in de mond een lichamelijke of systemische aandoening kan veroorzaken?

Die leunt heel sterk op het - vooral vanuit de parodontologie afkomstige - idee dat ontstekingen van het parodontium elders in het lichaam aandoeningen kunnen veroorzaken. Dit idee krijgt steeds meer gevolg door allereerste nieuwe studies die groots voor het voetlicht worden gebracht. Parodontitis zou diabetes veroorzaken, hart- en vaatziekten, reuma en tegenwoordig zelfs erectiestoornissen. Ik sta hier zeer terughoudend tegenover en heb hierbij mijn twijfels, want het wetenschappelijke bewijs is flinterdun. Vaak betreft het slechts een associatie. De stellige overtuiging van veel parodontologen dat parodontitis een (mede-)veroorzaker kan zijn van tal van systemische aandoeningen, deel ik niet. ■

“Een mondaandoening kan veroorzaakt worden door medicatie”

Ideaal bij kinderen!

Fosforplaat houder
'The Clip'

- **Ideaal bij kinderen omdat scherpe randen van houders ontbreken**
- **Uiterst stabiele positionering**
- **Voorkomt krassen op de forforplaat**
- **Voldoet aan nieuwste radiologie-richtlijnen**

stap 1: steek de fosforplaat in het hoesje
stap 2: schuif clip op houder
stap 3: verwijder plakstrip
stap 4: plak houder op gewenste positie
stap 5: plaats ring op houder. klaar!

www.duphamed.com
Leverbaar via uw dentale depot

DuPhaMed

BETER

- ✓ Geen krimp en exceptionele pasvorm door digitale precisie
- ✓ Bio-hygiënisch: geen porositeit en vrijwel geen restmonomeer
- ✓ Voorspelbaar en consistent
- ✓ Sterker door de monolithische XCL Fully Milled prothese

EFFICIËNTER

- ✓ Minder stoeltijd per patiënt
- ✓ Minder menselijke fouten in het proces
- ✓ Permanente digitale back-up voor gebruik bij vervanging- en vervolgbehandeling
- ✓ Geen investering nodig

SNELLER

- ✓ Geen setup in was
- ✓ Volledige controle over de opstelling
- ✓ Articulatie met 3D simulatie en verificatie

MAKKELIJKER

- ✓ Gebruik uw eigen bekende klinische procedures
- ✓ Digitaal controleren en het wijzigen van de opstelling zonder wasmes.
- ✓ Perfecte occlusie
- ✓ Zowel functionele als esthetische pasprothese beschikbaar

SIGNATURE TEETH®

- ✓ Door traploos elementen te vergroten en verkleinen is slijpen overbodig
- ✓ Kopiëren van de natuurlijke dentitie
- ✓ Teeth Forever® door digitale back-up

NEW

AvaDent Digital Dental Solutions is marktleider in het aanbieden van de volledig digitale prothese. Het succes schuilt voornamelijk in de AvaDent Software doordat deze een vertaling maakt van de analoge- naar de digitale wereld.

Het AvaDent systeem accepteert diverse afdruk- en beetregistratietechnieken waardoor u uw werkwijze niet hoeft te veranderen om ermee te kunnen starten. Daarnaast is het systeem in staat om data van verschillende scanners te vertalen. Dankzij het gebruik van complexe algoritmen bent u in staat om individueel het design aan te passen en een perfecte occlusie te

genereren, zodat u een premium digitale prothese kunt aanbieden.

Door de unieke verwerking van materialen is AvaDent niet alleen in staat een perfecte fit te creëren, maar ook producent van 's werelds eerste monolithische prothese. Dit is mogelijk dankzij enkel-laags (XCL-1) en dubbel-laags elementen (XCL-2) voor een mooi esthetische resultaat. Een AvaDent is tot acht keer sterker dan conventionele prothesen en er is minder kans op breuken bij overkappingsprothesen en vaste constructies. Daarnaast worden implantaat-gedragen constructies met één complete digitale workflow vervaardigd.

U wordt niet beperkt tot slechts één tandfabrikant en kunt kiezen uit verschillende tandlijnen en modellen. Met Signature Teeth™ is het zelfs mogelijk om digitaal elementen te individualiseren en bestaande elementen te kopiëren om volledig na te frezen.

Blijf flexibel. Alles is mogelijk. Werk efficiënter en lever een perfecte prothese met AvaDent Digital Dental Solutions. Sla alles digitaal op en biedt uw patiënten hun eigen "Teeth Forever"!

BEETREGISTRATIE PATIËNT



SCANNEN BEETREGISTRATIE



DIGITAAL DESIGNEN



3D PREVIEW



FREZEN



PLAATSEN PROTHESE



HET 1^o AVADENT
INTERNATIONAAL
SYMPOSIUM

DIGITAL DENTURES:
HOW TO MAKE AN
EDUCATED DECISION!

21 t/m 26 September 2016 • Talking Stick Resort • Scottsdale Arizona, USA

SCHRIJF U NU IN VIA
WWW.AVADENT.NL

