Dental Tribune

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

Extra dik nummer!

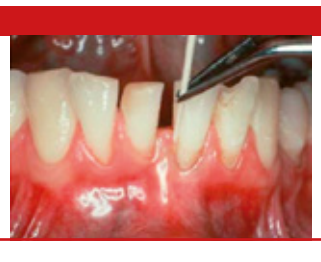
SEPTEMBER 2013 | WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL | JAARGANG 3 | NUMMER 7

Internationale benoeming
NVM-voorzitter verkozen tot vice-voorzitter IFDH

Pagina 2

NOCTP
Alles over nieuwe preventieve methode voor cariësreductie

Pagina 8-9



Parodontitis
Nieuwe behandelmethoden in conservatieve therapie

Pagina 17-19

"Bij veel ouderen holt mondgezondheid achteruit"

Ransom Altman (links) en Frans Nugteren, mede-organisatoren van het congres De tand in al zijn facetten II. "Neem zelf contact op met oudere patiënten die wegblijven." (foto: Job Schlingemann)

VAN DE REDACTIE

UTRECHT – Op 14 en 15 november a.s. stroomt de Doelen vol voor een uniek congres. Maar liefst acht tandheelkundige verenigingen hebben de handen ineengeslagen voor de organisatie van 'De tand in al zijn facetten II'. Naar verwachting zal een aanzienlijk deel van tandheelkundig Nederland naar Rotterdam afreizen om zich te laten bijpraten over de meest uiteenlopende onderwerpen.

Binnen het gevarieerde programma zijn twee thema's te onderscheiden: mondzorg voor de jeugd enerzijds en voor 55-plussers anderzijds. Deze zijn niet zomaar gekozen. "Het zijn thema's die voor de algemeen practicus 'hot' zijn," verklaart Ransom Altman, voorzitter van de co-organiserende NVVRT.

Steeds meer 55-plussers wensen hun eigen dentitie te behouden, stelt Altman in een interview met *Dental Tribune* (pagina 4-7). Bovendien worden patiënten steeds ouder en zal deze leeftijdsgroep steeds meer aandacht en capaciteit vergen in de algemene praktijk. "Ouderen gaan vaak minder goed poetsen en dan holt hun mondgezondheid achteruit. Soms moeten binnen een paar jaar alle elementen getrokken worden en rest als enige mogelijkheid een volledige prothese." Helaas constateert Altman dat veel ouderen minder vaak of helemaal niet meer de tandarts bezoeken.

Dat de situatie in onder meer verpleeghuizen beter kan, is deels een kwestie van mankracht, meent tandarts Frans Nugteren. "Het is behoorlijk zwaar en niet 'sexy' om in een verpleeghuis te werken. Bovendien zijn de verdiensten minder dan in je eigen praktijk. Alleen al in Den Haag zouden morgen zo tien tandartsen aan de slag kunnen in een verpleeghuis."

Nugteren en Altman geven verschillende adviezen voor een betere mondzorg voor ouderen. Zo zouden tandartsen vaker aan huis moeten komen en moet het vergoedingensysteem beter, zodat mondzorgverleners financieel worden aangemoedigd meer aandacht aan deze kwetsbare bevolkingsgroep te geven.

Ook in de mondverzorging van de jeugd gaat het nodige mis. De prevalentie van tanderosie bij kinderen is een groot probleem, stelt Nugteren. De sleutel tot verbetering ligt bij de ouders. "Zij moeten hun kinderen niet 'zoethouden'." Ook vindt Nugteren dat veel ouders hun kinderen te veel vrijheid geven in hun voedingspatroon.

De rol van de ouders staat ook centraal in de NOCTP-methode, die de nadruk legt op effectieve preventie. Erik Vermaire, die recent op deze kwestie promoveerde, legt samen met Mariëlle Nap (Ivoren Kruis) uit waar NOCTP voor staat en hoe mondzorgverleners deze in hun praktijk kunnen implementeren (pagina 8-9). ■

"Faillissementen door verplichte tariefverlaging 2014"

PURMEREND – De NZa scheert alle tandartsen over een kam en dreigt met de mogelijke tariefverlaging in 2014 een deel van de tandartsen onevenredig hard te raken. Faillisementen zijn daarbij niet ondenkbaar. Dat stelt tandarts Jan-Willem van Stuijvenberg, die in een persbericht zijn zorgen uitte over de recente ontwikkelingen.

De NZa gaat uit van een norminkomen en past dat toe op alle tandartsen in Nederland. Ook op degenen die het norminkomen bij lange na niet halen. Onterecht, vindt Van Stuijvenberg. De Purmerendse tandarts noemt als voorbeeld dat een praktijk in de Randstad soms ruim drie keer zoveel aan zijn bedrijfsruimte kwijt is als een collega daarbuiten. Voor deze extra kosten wordt hij niet gecompenseerd.

"Ik weiger om failliet te gaan vanwege een tariefdaling opgelegd door de NZa, op basis van een gestuurd onderzoek met hantering van een norminkomen dat ik nog nooit heb gehaald, ondanks een werkweek van 50 uur," laat Van Stuijvenberg optekenen. Omdat hij de afgelopen jaren flink in zijn praktijk geïnvesteerd heeft, verwacht hij grote financiële gevolgen van een tariefdaling.

Daarom dreigt de tandarts zich niet te conformeren aan de nieuwe voorschriften. "Bij een opgelegde tariefdaling zal ik de tarieven van dit jaar met inflatiecorrectie toepassen. Ze slaan me maar in de boeien. Dat liever dan dat mijn praktijk, die financieel gezond is en bij handhaving van de huidige tarieven gewoon kan voortbestaan, failliet gaat. Snoeien in de kosten leidt tot onwenselijke maatregelen als verhuizen van de praktijk, ontslaan van medewerkers, verouderde apparatuur blijven gebruiken of minder aandacht voor de klant."

Van Stuijvenberg hoopt een open gesprek aan te kunnen gaan met de NZa, NMT, ANT en zorgverzekeraars. De resultaten van het kostenonderzoek worden in het najaar verwacht. ■

straight. dental equipment

thermodesinfector

actieprijs € 2.999

Thermodesinfector: compact, efficiënt en eenvoudig te bedienen
Tot 30 september 2013, prijs excl. BTW

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

dental units | autoclaven | praktijkinrichting

IGZ inspecteert strenger op mondzorg voor ouderen

UTRECHT – De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaat in de tweede helft van 2013 tijdens inspectiebezoeken aan verpleeg- en verzorgingstehuizen extra aandacht besteden aan de mondzorg. De IGZ ontvangt signalen dat de kwaliteit van de mondzorg in de ouderenzorg tekortschiet.

Mondzorg is een belangrijk onderdeel van de zorg voor ouderen en beïnvloedt de kwaliteit van leven. Een slechte mondgezondheid kan ernstige gevolgen hebben, zoals ondervoeding, ontstekingen, pijn en smaakstoornissen.

> *Mondverzorging moet onderdeel worden van de routine in de ouderenzorg*

Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn voor bewoners met een AWBZ-indicatie verantwoordelijk voor het leveren van mondzorg. Om zorgverleners hier handvatten bij te geven is in 2007 de richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' opgesteld. Tijdens haar bezoeken zal de IGZ deze richtlijn als basis gebruiken.

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) vindt de extra aandacht van de IGZ erg belangrijk en pleit voor een goede mondverzorging als vast onderdeel van de routine in de ouderenzorg.

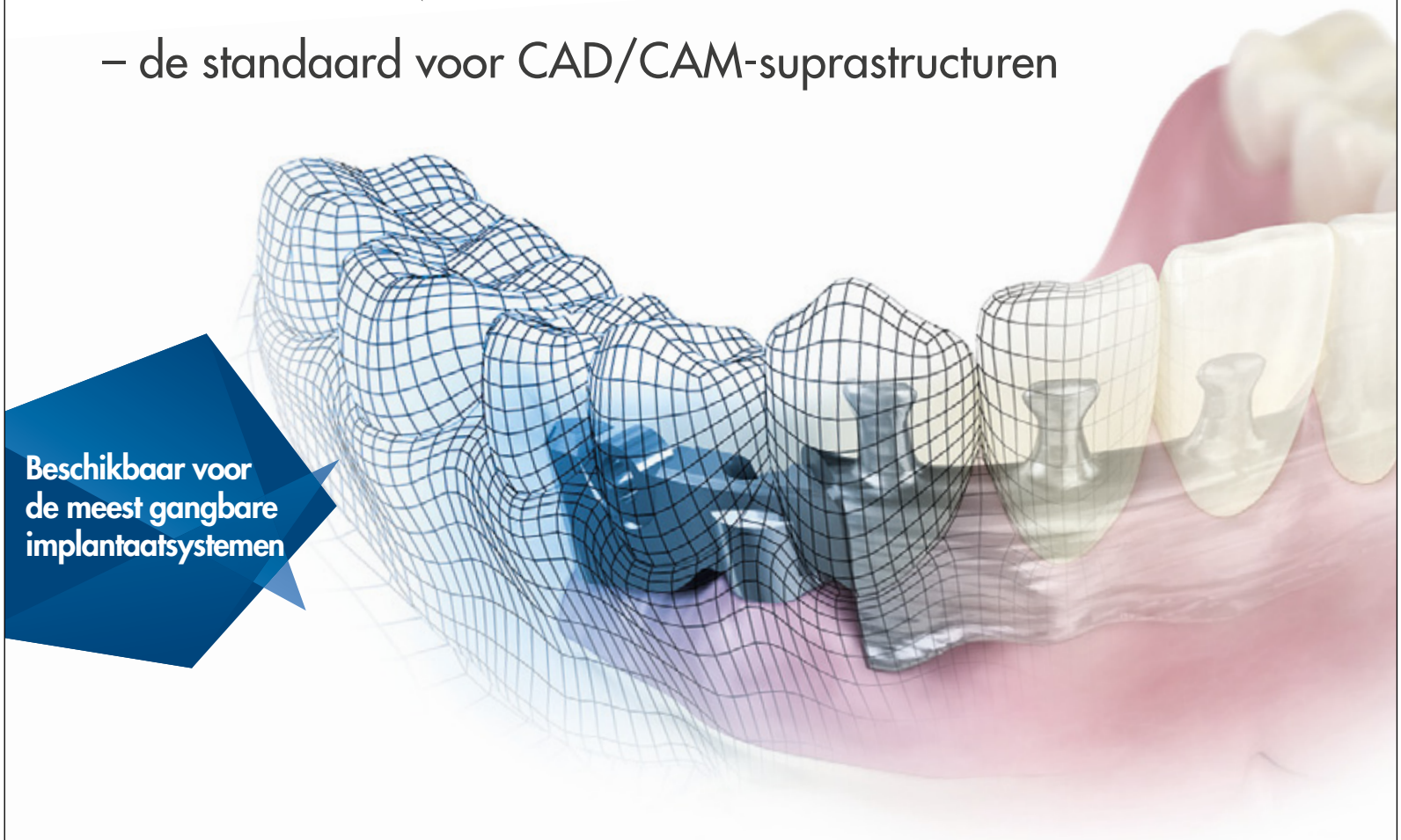
Van elk bezoek zal de inspectie zoals gebruikelijk een rapport opstellen waarin zij apart aandacht zal besteden aan mondzorg. De instellingsrapporten worden op de website van de IGZ gepubliceerd. In de eerste helft van 2014 zal een samenvattend rapport over mondzorg in de ouderenzorg verschijnen. (bron: IGZ) ■

ATLANTIS™

Scan de QR code met
uw gsm voor meer informatie

79647-NL-1302 © 2013 DENTSPLY IH

Ontdek
ATLANTIS™ ISUS
– de standaard voor CAD/CAM-suprastructuren



Beschikbaar voor
de meest gangbare
implantaatsystemen

DENTSPLY Implants levert met ATLANTIS™ toonaangevende, patiëntspecifieke CAD/CAM-oplossingen voor alle gangbare implantaatsystemen.

ATLANTIS™ abutments biedt tandtechnici en tandartsen abutments voor gecementeerde en verschroefde prothetiek die wordt ontworpen op basis van de tandvorm en anatomie van de individuele patiënt.

ATLANTIS™ISUS bestaat uit een compleet aanbod van implantaatsuprastructuren voor partieel en volledig edentate patiënten met vaste en uitneembare implantaatprothesen.

ATLANTIS™ISUS implantaatsuprastructuren worden vervaardigd met behulp van de nieuwste ontwikkelingen in CAD/CAM-technologie en op basis van deskundigheid in computergestuurde industriële én medische apparatuur.

ATLANTIS™ISUS biedt de volgende voordelen:

- **Precieze spanningsvrije pasvorm**
- **Beschikbaar voor alle gangbare implantaatsystemen**
- **Brede flexibiliteit in behandeling en design opties**
- **Eenvoudig en efficiënt online bestellen**

Meer weten over ATLANTIS™ abutments en ATLANTIS™ISUS?
Neem dan contact op met uw DENTSPLY Implants
area manager, of bezoek www.dentsplyimplants.nl.

DENTSPLY IMPLANTS

www.dentsplyimplants.nl

NVM-voorzitter verkozen tot vicevoorzitter IFDH

KAAPSTAD – Corrie Jongbloed-Zoet, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM), is tijdens een bijeenkomst van de International Federation of Dental Hygienists (IFDH) in Kaapstad gekozen tot vicevoorzitter van de IFDH voor de periode 2013-2016. De Ameri-

Corrie Jongbloed-Zoet, voorzitter van de NVM.

kaanse Maria Perno Goldie is tot voorzitter verkozen.

Tijdens de tweedaagse House of Delegates-bijeenkomst voorafgaand aan het International Symposium on Dental Hygiene (14 - 17 augustus) waren 19 aangesloten landen aanwezig. Onder andere Nieuw Zeeland, Israël, Canada, Korea, Japan, de VS en een groot aantal Europese landen waren vertegenwoordigd. Tijdens de vergadering werd dr. Yvonne Buunk-Werkhoven, mondhygiëniste en psycholoog, gekozen tot Chair van het Professional and Public Relations Committee van de IFDH.

> *Ook dr. Yvonne Buunk-Werkhoven kreeg een belangrijke positie*

De doelstellingen van de IFDH voor 2013-2016 zijn het verbeteren van de mondgezondheid wereldwijd, het versterken van de positie van de mondhygiënist, de samenwerking van mondhygiënisten wereldwijd en het verbeteren van de infrastructuur en het leiderschap van de IFDH.

De IFDH is opgericht in 1986 in Oslo. De voorloper van de IFDH, The International Liasion Committee on Dental Hygiene, is in 1973 gevormd door enkele Europese landen (waaronder Nederland), de Verenigde Staten, Canada en Japan. De IFDH wordt bestuurd door het House of Delegates, dat eens in de drie jaar bijeenkomt. Corrie Jongbloed was eerder de Nederlandse afgevaardigde voor de House of Delegates. (bron: NVM) ■

Tandarts Van der Laan mag weer open

AMSTERDAM – Tandarts Achilles van der Laan mag weer patiënten behandelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft het sluitingsbevel aan de Amsterdamse tandarts opgeheven, omdat de praktijk weer voldoet aan de voorwaarden om verantwoorde zorg volgens de Wet BIG te kunnen leveren.

"De inspectie is gisteren langs geweest en heeft alles bekeken en goed bevonden," liet Van der Laan aan *Het Parool* weten. Het dagblad meldt dat de inval van de inspectie op 1 juli een direct gevolg was van een klacht van patiente Marjo van Rooyen.

Tijdens de inspectie bleek dat Van der Laan op meerdere punten niet aan de regels voor de hygiëne voldeed. In een lade lagen vieze instrumenten en de sterilisator stond niet in een aparte ruimte. Van der Laan droeg openhangende werkkleding en tijdens de behandeling had hij geen handschoenen aan en geen spatbril op. Tussen de behandelingen werd de behandelkamer niet gereinigd of gedesinfecteerd.

Marjo van Rooyen was jarenlang patiënt bij Van der Laan, maar kreeg de laatste jaren steeds meer pijn aan haar gebit doordat vijf kronen en een brug loszaten, vertelde zij aan Het Parool. Toen ze in een weekend erg veel last kreeg van de loszittende brug, ging ze naar een spoeddienst, waar de tandarts aangaf dat de brug lekte en er sprake was van tandbederf. Op aanraden van die tandarts besloot Van Rooyen een klacht in te dienen bij de IGZ, waarop die op 1 juli een controlebezoek bracht. "Mijn gebit is helemaal kapot, terwijl ik hem in die tien jaar dertienduizend euro heb betaald voor de behandelingen," zegt Van Rooyen in Het Parool.

In een reactie liet Van der Laan aan Het Parool weten dat hij Van Rooyen met "alle egards" heeft behandeld en dat hij, omdat de vrouw problemen had met haar financiën, altijd zijn best heeft gedaan binnen haar budget te blijven. Hij gaf aan erg verbaasd te zijn over de lastercampagne, omdat hij altijd een goede verstandhouding met deze patiënte had gehad.

Binnen drie maanden zal de IGZ opnieuw een onaangekondigde herinspectie uitvoeren. Daarbij zal de inspectie nogmaals controleren of de doorgevoerde verbeteringen worden nageleefd en de praktijk nog steeds voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg. (bronnen: IGZ, Het Parool) ■

Nieuw seizoen ACTA Quality Practice van start

AMSTERDAM – Ook in het academische jaar 2013-2014 biedt ACTA Quality Practice haar succesvolle nascholingsprogramma's aan. Richtte het instituut zich tot het afgelopen jaar alleen op tandartsen en mondhygiënisten, vanaf eind 2013 zal ook een programma voor tandartsassistenten worden aangeboden.

De eerste themadag voor tandartsen vindt plaats op zaterdag 28 september en heeft als onderwerp 'tandletsel in de praktijk'. De mondhygiënisten trappen op 2 november af met een themadag over radiologie in de mondzorgpraktijk, terwijl de eerste bijeenkomst voor assistenten op 22 november plaatsvindt.

Net als andere jaren geeft een lidmaatschap van Quality Practice recht op het bezoeken van diverse themadagen, het periodiek verschijnende tijdschrift en de geaccrediteerde online kennistoetsen. Deelname levert tandartsen 35 KRT-punten en mondhygiënisten 22 KRM-punten op. Inschrijven voor het nieuwe programma is nog mogelijk op www.qualitypractice.nl. ■

Synthetische botvervanger maakt extra ingreep overbodig

NIJMEGEN – Bij veel patiënten die een tandheelkundig implantaat krijgen, moet het ondersteunende kaakbot eerst worden aangevuld om voldoende houvast te bieden. Dat gebeurt meestal met eigen botweefsel, bijvoorbeeld uit iemands bekkenkam. Die belastende ingreep vergroot het risico op complicaties. Het UMC St Radboud ontwikkelde een synthetische botvervanger die makkelijk injecteerbaar is en wordt omgezet in natuurlijk bot. Jan Willem Hoekstra paste het materiaal toe in diermodellen, met veelbelovende resultaten. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of het ook toepasbaar is bij mensen.

> *Botmateriaal uit een potje is een stuk goedkoper*

De promovendus gebruikte tijdens zijn promotieonderzoek synthetisch botmateriaal om het ondersteunende kaakbot op te vullen. Hij gebruikte calciumfosfaat dat gelijk is aan het mineraal in bot, maar veranderde daaraan twee belangrijke eigenschappen: de structuur en de oplosbaarheid. "Calciumfosfaat is verkrijgbaar in korrelvorm of als een soort vaste blokjes. Wij hebben er een tandpasta-achtige substantie van gemaakt, die je gemakkelijk kunt injecteren," legt hij uit.

Daarnaast heeft Hoekstra geprobeerd om calciumfosfaat, een hard materiaal, poreuzer te maken met een speciaal soort kunststof bolletjes. Die geven het materiaal een sponsachtige structuur die het lichaam beter kan afbreken.

Om het materiaal te testen, gebruikte Hoekstra verschillende diermodellen. In de experimenten werd een kunstmatig botdefect gecreëerd dat vergelijkbaar is met botdefecten bij mensen na extractie van een element. "Onze botvervangende materialen bleken in bijna alle studies gelijk te presteren aan eigen bot. Soms werd het materiaal bijna volledig omgezet in natuurlijk bot. De vraag was vooral hoe poreus het cement moest zijn, maar we hebben nu een formule gevonden die het beste werkt."

Het materiaal kampt echter nog met een paar nadelen. Het is moeilijk om het in grote hoeveelheden te maken en het is lastig steeds dezelfde dikte of injecteerbaarheid te creëren. "Toen we de hoeveelheden groter maakten, kregen we problemen met de mengverhoudingen. Je wilt de pasta bovendien kunnen gebruiken in de OK, maar er is nog geen kant-en-klare steriele verpakking. Vooraf bereiden kan niet, want eenmaal gemengd is het materiaal binnen een kwartier uitgehard."

Volgens Hoekstra duurt het zeker vijf tot tien jaar voordat de synthetische botvervanger commercieel toepasbaar is. Maar hij heeft vertrouwen in het materiaal. "Het belangrijkste voordeel is dat je geen tweede wond hoeft te maken. Veel patiënten houden na de verwijdering van botweefsel lange tijd chronische pijn bij het lopen. Daarnaast is het voor de zorgverzekeraar een stuk goedkoper als er botmateriaal uit een potje gebruikt wordt." (bron: UMC st Radboud) ■

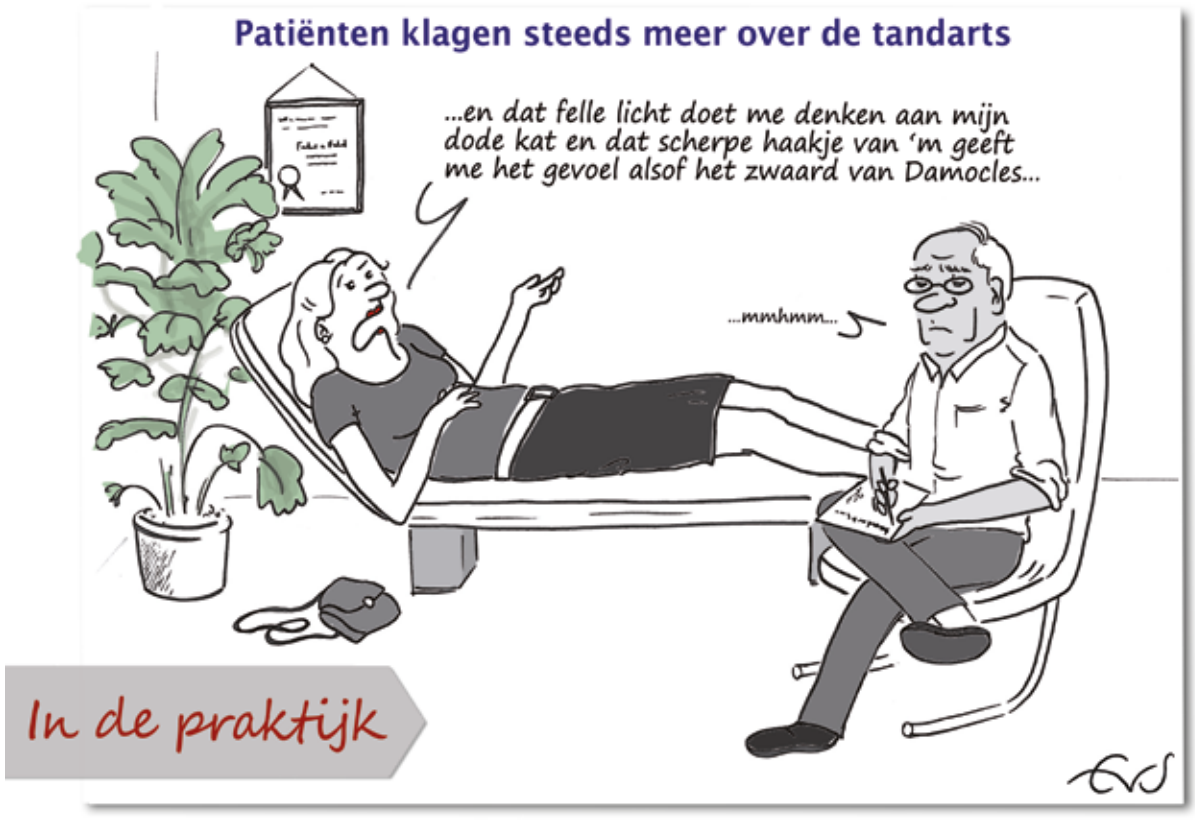
Patiënten klagen steeds meer over de tandarts

NIEUWEGEIN – Patiënten klagen in toenemende mate over de manier waarop hun tandarts hen bejegent. Dat schrijft *De Gelderlander*. Het aantal klachtbrieven is toegenomen en dat is volgens de NMT een "teken van toenemende transparantie omdat patiënten de klachtencommissie beter weten te vinden." Alle tandartspraktijken zijn verplicht aangesloten bij een klachtencommissie.

> *Het aantal gegronde klachten is zeer gering*

In 2012 kwamen bij de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) 891 klachtenbrieven binnen. 58 klachten zijn door de Centrale Klachtencommissie van de NMT behandeld. Twee klachten zijn gedeeltelijk gegrond verklaard en 9 klachten geheel gegrond verklaard. Op het totaal van 38 miljoen contactmomenten is dat een zeer gering aantal, schrijft de NMT op haar website.

Tussen 2008 en 2012 is het aantal tandartsen dat voor het medisch tuchtcollege is gedaagd met enkele tientallen gegroeid naar 126. Veel klachten hebben betrekking op de behandeling of de nota, maar patiënten blijken ook vaak ontevreden over de manier waarop ze over een behandeling worden geïnformeerd. Daarnaast is er steevast een aantal klachten over het gedrag van de tandarts, die ongeduldig is of grof in de mond. Onheuse bejegening werd vaak door de tandarts ontkend; meestal ontbreekt het aan getuigen. (bronnen: NMT, De Gelderlander) ■



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.

“Bij veel ouderen holt de mondgezondheid achteruit”

Interview met Ransom Altman en Frans Nugteren, mede-organisatoren ‘De tand in al zijn facetten II’

Frans Nugteren (links) en Ransom Altman.

TEKST: LAURA VAN DEE
FOTO’S: JOB SCHLINGEMANN

Op 14 en 15 november vindt het congres ‘De tand in al zijn facetten II’ plaats in De Doelen in Rotterdam. Centrale thema’s zijn de tandheelkundige zorg voor ouderen (55+) en mondzorg voor de jeugd tot 18 jaar. Aan het congres werken acht tandheelkundige verenigingen mee: de NVT, NVvE, NVVRT, NVvK, VvO, NVMKA, RTV en NVM. Dental Tribune *belicht samen met de Haagse tandartsen Ransom Altman (bestuurslid NVT en voorzitter NVVRT) en Frans Nugteren (oud-voorzitter NVvE en thans lid van de congrescommissie NVvE) het thema mondzorg voor ouderen. De tandheelkundige zorg voor ouderen schiet tekort, klinkt het de laatste tijd regelmatig. Waar gaat het mis en wat zijn de aandachtspunten bij de tandheelkundige zorg voor ouderen?*

Waarom is de mondzorg voor jongeren en ouderen als thema gekozen?

Ransom Altman (RA): Het is de tweede keer dat de NVT samen met een aantal wetenschappelijke verenigingen en de NVM een congres organiseert, dit keer met twee thema’s die voor de algemeen practicus ‘hot’ zijn. Het congres is ruim opgezet en vindt dan ook plaats in drie zalen. De organisatie heeft voor het thema ‘tandheelkundige zorg voor ouderen’ gekozen omdat steeds meer 55-plussers tegenwoordig hun eigen dentitie wensen te behouden. Dat vereist specifieke aandacht van de tandarts en zijn team. Patiënten worden bovendien steeds ouder en daarom zal de noodzakelijke mondzorg steeds meer aandacht en capaciteit vergen in de algemene praktijk.

> *Ook voor ouderen is een verzorgd gebit belangrijk*

Ook voor de meeste ouderen is het uiterlijk tegenwoordig belangrijk. Daar hoort een verzorgd gebit bij. Er zijn zelfs tachtigplussers die hun mond helemaal laten opknappen. Veel ouderen hebben er alles voor over om maar nooit aan een prothese te hoeven beginnen. Een van mijn patiënten is een vrouw van in de zeventig die een beugel wilde, omdat ze een nieuwe partner had. Er zijn helaas ook ouderen die nauwelijks aandacht aan hun gebit besteden, omdat ze daar geen financiële middelen voor hebben. De tandarts zal voor deze groep patiënten creatief moeten zijn om toch tot een bevredigende en passende oplossing te komen.

Frans Nugteren (FN): Over mondzorg voor jongeren worden al veel congressen en cursussen gegeven, maar tanderosie bij jongeren is dan ook een groot probleem. Op elke straathoek zijn eten en koolzuurhoudende dranken beschikbaar. Kinderen worden daar niet alleen te zwaar van, ook hun gebit lijdt er op den duur onder. Met de intrede van fluoride in tandpasta’s, applicaties in de praktijk en spoelen op lagere scholen is de strijd tegen de cariës redelijk overwonnen. Tanderosie is momenteel de meest voorkomende ziekte bij de jeugd. Deze aandoening vergt van de tandarts specifieke tandheelkundige vaardigheden als er curatief moet worden ingegrepen.

De overheid doet moeite om dat probleem onder de aandacht te brengen, maar naar mijn idee lang niet voldoende. Ouders moeten ervan doordrongen zijn dat kinderen niet zoveel zoetigheid moeten eten en hun kinderen dus niet ‘zoethouden’.

Ik denk dat het probleem deels veroorzaakt wordt doordat de meeste ouders tegenwoordig allebei werken, waardoor nauwelijks tijd overblijft om een gezonde boterham te smeren of een warme maaltijd te koken. Kinderen krijgen wat geld mee naar school en mogen zelf kijken wat ze daarvoor kopen, waarbij ze uiteraard lang niet altijd de juiste keuzes maken.

Wat is uw ervaring met tandheelkundige zorg voor zelfstandig wonende ouderen?

RA: Ik heb behoorlijk wat oudere patiënten en die laat ik regelmatig, soms zelfs één keer in de maand, ter controle komen. Ouderen gaan vaak minder goed poetsen en dan holt hun mondgezondheid achteruit. Soms moet binnen een paar jaar alle elementen getrokken worden en rest als enige mogelijkheid een volledige prothese. Ik hamer bij elke afspraak op het belang van zorgvuldig poetsen en breng ook regelmatig fluoridelak aan. Een groep waar ik me zorgen over maak zijn dementerende ouderen. Soms herinneren hun kinderen of mantelzorgers hen aan de afspraken, maar als die afhaken komen ze vaak helemaal niet meer.

> *Je moet contact opnemen met ouderen patiënten die wegblijven*

FN: De groep ouderen die niet meer naar de tandarts gaat vormt inderdaad een groot probleem. Ik maak deel uit van de Commissie Bijzondere Zorggroepen van de NMT. Wij hebben het idee geopperd om alle mondzorgprofessionals te vragen na te gaan waar hun oudere patiënten, als ze een tijd niet meer in de praktijk zijn geweest, gebleven zijn. Dat kan in de praktijkcomputer eenvoudig worden nagegaan. Soms komt een patiënt jaren niet meer en blijkt achteraf dat hij ziek is geworden en thuis verpleegd wordt. Dan gaat een gebit snel achteruit. Tandartspraktijken zouden contact moeten opnemen met hun oudere patiënten die wegblijven en vragen of ze iets voor hun kunnen betekenen.

Mondzorgprofessionals hebben de morele plicht om iemand ook in de laatste fase van zijn leven passende mondzorg te verstrekken. Je hebt, om het vieze woord te gebruiken, immers jarenlang aan iemand ‘verdiend’. Het laatste stukje tandheelkundige zorg hoort er ook bij.

U (Frans Nugteren, red.) werkt ook als tandarts in een verpleeghuis. De animo om daar te werken is al jaren niet hoog onder mondzorgprofessionals. Hoe verklaart u dat?

FN: Het is behoorlijk zwaar en niet ‘sexy’ om in een verpleeghuis te werken. Bovendien zijn de verdiensten minder dan in je eigen praktijk. Alleen in Den Haag al zouden morgen zo tien tandartsen aan de slag kunnen in een verpleeghuis.

Verpleeghuizen zijn verplicht mondzorg aan hun bewoners te faciliteren en kunnen via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)-indicatie een vast bedrag per patiënt aan mondzorg besteden. Ze moeten echter wel iemand kunnen vinden die de tandheelkundige behandeling wil uitvoeren.

De patiënten in een verpleeghuis zijn vanwege hun leeftijd of aandoening(en) veel moeilijker te behandelen dan de patiënt in je eigen praktijk. Soms zul je patiënten in bed moeten behandelen. Ook krijg je regelmatig te maken met dementerende ouderen met wie je geen woord kunt wisselen. Mondzorg in verpleeghuizen is een apart type tandheelkundige zorg, maar wel een onderdeel van mijn vak dat ik al meer dan dertig jaar met veel plezier beoefen.

Welke mondproblemen komen bij ouderen vaak voor?

RA: Een groot probleem is wortelcariës. Ouderen, zeker in verpleeghuizen, eten vaak zoet voedsel als pap en vla. Daarnaast wordt er niet (voldoende) gepoetst. Wortelcariës is helaas lastig te behandelen.

Een andere aandoening is xerostomie, die veroorzaakt kan worden door het ouder worden, als bijwerking van medicijnen of als gevolg van bestraling bij kanker. Ook kan het een symptoom van een ziekte zijn. Een gebrek aan speeksel is een groot probleem, omdat speeksel als buffer tegen cariës werkt. Ook kan bij iemand met een droge mond geen prothese geplaatst worden; er is immers geen speeksel om de prothese te laten hechten.

FN: Iemand met een slecht gebit kan niet goed kauwen en zal daardoor minder speeksel produceren. Je bent wat je eet en hoe je eet. Bij patiënten met een droge mond is het verder belangrijk regelmatig bitjes met fluoride aan te brengen om wortelcariës zo veel mogelijk tegen te gaan.

Hoe kunnen we de mondzorg voor ouderen verbeteren?

RA: Er zouden meer tandartsen aan huis moeten komen bij ouderen die nog zelfstandig wonen. Bij de mondzorg in verpleeghuizen is het grootste knelpunt het gebrek aan personeel. Dit is voor een groot deel te verhelpen door de mondzorg in verpleeghuizen beter te vergoeden. De vergoeding voor mondzorg in verpleeghuizen zou meer naar het reguliere niveau moeten. De kans dat dat daadwerkelijk gebeurt is klein, omdat er alleen maar meer bezuinigd wordt in de zorg.

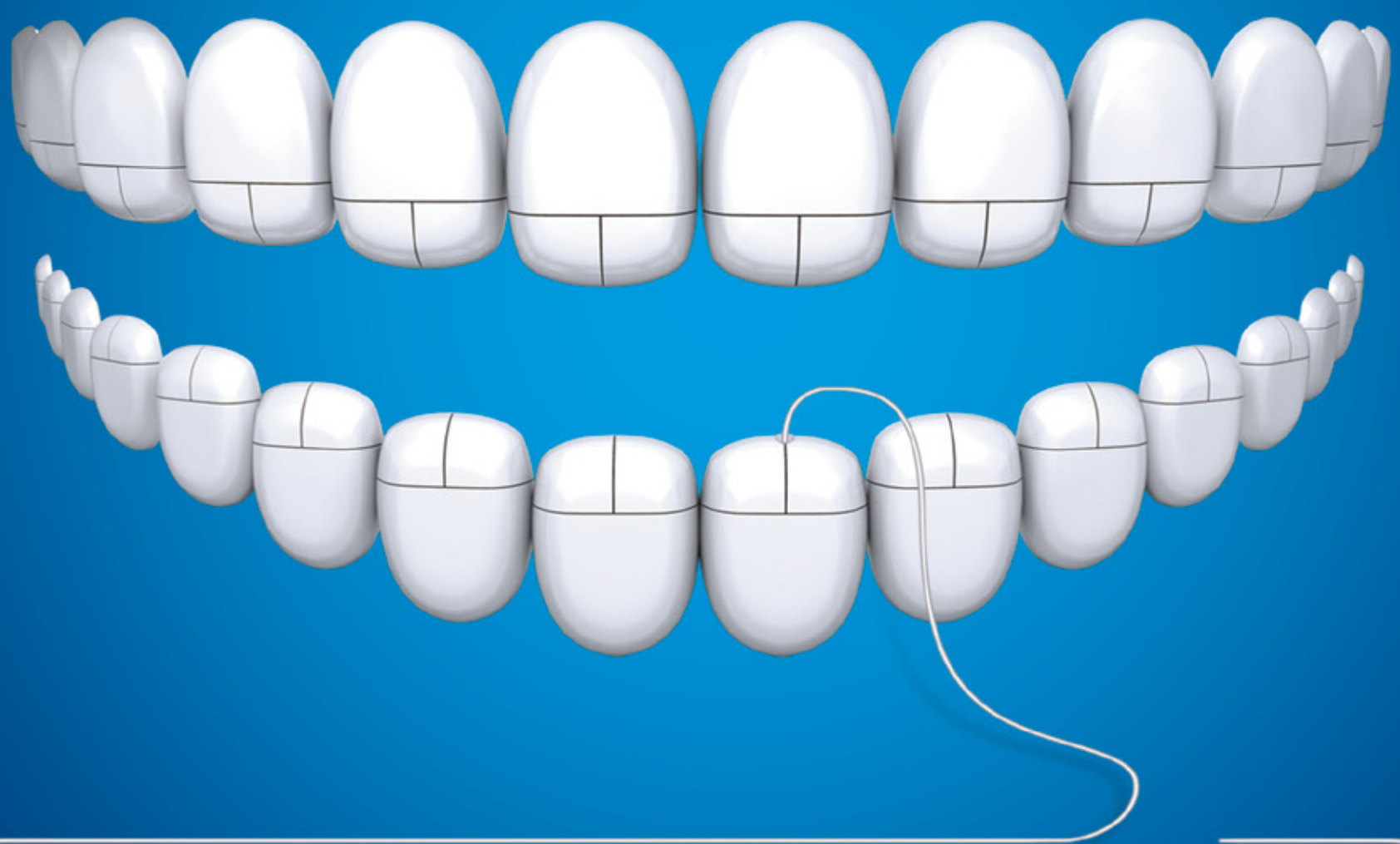
FN: De mondhygiëne van ouderen in verzorgings- en verpleegtehuizen is bijna altijd onder de maat. Daarom moet een mondzorgprofessional de afdelingshoofden coachen en uitleggen hoe de mondverzorging uit te voeren. Hoe poets je met een vingertandenborstel bij dementerende ouderen? Welke tandpasta moet gebruikt worden? Hoe reinig je een prothese? Ook erg be-

> lees verder op pagina 6

NIEUW

De ideale website
voor uw professionele behoeften

UW WEBSITE IN 1 KLIK



- **Informatie voor uw patiënten**
- **Kwalitatieve opleidingen**
- **Nieuws en evenementen**
- **Gratis proefmonsters**

www.**dental**care.nl

De verzorging voortzetten die begint in uw praktijk

Oral-B®

> vervolg van pagina 4

langrijk is de vraag welke voeding het best past bij de gebitssituatie. Ouderen zijn helaas vaak ondervoed. Dat komt meestal vanwege de slechte conditie van hun gebit of gebitsprothese, waardoor ze niet goed kunnen kauwen en pijn hebben bij het eten.

Wat zijn specifieke aandachtspunten en valkuilen voor implantologie bij ouderen?

RA: Implanteren bij ouderen brengt geen extra problemen met zich mee. Risicofactoren zijn voor alle implantaatdragers roken en diabetes. Het faalpercentage bij jongeren en bij ouderen is min of meer hetzelfde. Voorheen vormde een geslonken kaak soms een belemmering, maar tegenwoordig bestaan er zelfs implantaten van slechts 6 mm lang. Voorwaarden om aan een behandeling bij iemand op leeftijd te beginnen zijn wel dat iemand niet te zwak is om de behandeling te ondergaan en er een goede mondhygiëne op na houdt. Ook moet de patiënt na de behandeling regelmatig op controle komen, ter controle van het implantaat en de suprastructuur.

FN: Sommige ouderen vinden het eng om aan een behandeling te beginnen. Maar als ze eenmaal een klikprothese hebben, of van hun partiële prothese bevrijd zijn, begrijpen ze vaak niet dat ze er niet eerder aan begonnen zijn. Ze kunnen met een klikprothese weer volledig aan het sociale leven deelnemen.

Heeft de uitneembare prothese nog toekomst of zou elke patiënt een klikprothese moeten krijgen?

RA: Er zullen altijd patiënten blijven die voor een uitneembare prothese kiezen. Dat kan zijn omdat dat goedkoper is, of omdat ze geen zin hebben in een uitgebreid implantaattraject. Soms hebben mensen al tientallen jaar problemen met hun gebit en hebben ze toch geen behoefte aan allerlei tandheelkundige behandelingen in hun mond.

De vergrijzing, in combinatie met een steeds groter percentage ouderen dat de eigen dentitie behoudt, zorgt voor een sterke groei van de mondzorgkosten. Hoe kunnen deze beperkt worden?

FN: Het sleutelwoord is preventie. Preventie hoeft niet kostbaar te zijn, maar vraagt wel tijd en mankracht. Een tandarts hoeft de uitvoering van preventie maatregelen niet zelf uit te voeren, maar kan die taak aan zijn medewerkers delegeren. De mondhygiënist(e) speelt hier natuurlijk een cruciale rol in.

> *Het is niet sexy om in een verpleeghuis te werken*

RA: In mijn praktijk werken, naast vijf mondhygiënistes, drie preventieassistentes. Elke woensdagmiddag hebben we een speciaal preventieblok voor kinderen. De preventieassistentes geven de kinderen poetsles en fluoridebehandelingen. Zij betrekken daarbij, heel belangrijk, ook de ouders van het kind.

Wat zou er moeten veranderen in de organisatie van mondzorg voor ouderen?

RA: De student tandheelkunde moet er tijdens de opleiding meer van bewust worden gemaakt dat een grote groep ouderen in de samenleving óók tandheelkundige, vaak behoorlijk gecompliceerde, zorg nodig heeft. Het zou goed zijn als tandartsen hun praktijken zo zouden inrichten dat ouderen, vaak slecht ter been of rolstoelafhankelijk, gemakkelijk tandheelkundige zorg kunnen krijgen. Dit zal voor veel praktijken betekenen dat er aanpassingen gedaan moeten worden. Als die onmogelijk blijken, zal de tandarts voor de patiënt een oplossing moeten zoeken bij een collega die hem of haar wel kan behandelen.

U bent beiden betrokken bij de mondzorg voor dak- en thuislozen. Net als in sommige verpleeghuizen komt u daar veel verwaarloosde gebitten tegen. Zijn er meer parallellen?

FN: Dak- en thuislozen kunnen, net als veel ouderen, vaak niet naar een reguliere algemene praktijk. Vanwege hun vaak verwaarloosde uiterlijk, eventuele ziekten, bijvoorbeeld hiv, en frequente psychische aandoeningen zijn weinig collega's bereid deze groep te behandelen. Wij behandelen dak- en thuislozen dan ook niet in onze eigen praktijk, maar in het MCH Westeinde Ziekenhuis te Den Haag. Je moet met hen directer en informeler communiceren dan met je eigen patiënten. De assistentes die ons bijstaan zijn dan ook dames met een pittig Haags accent. Ik vind het werk in het ziekenhuis een van de leukste dagen van de week.

We zijn de mondzorg voor dak- en thuislozen elf jaar geleden met vier tandartsen gestart. Eerder kwamen veel daklozen met kiespijn naar de EHBO-afdeling van het MCH Westeinde Ziekenhuis of bij de spoedgevallendienst. Zij gedroegen zich op zijn zacht gezegd niet altijd even netjes: er is weleens een stoel door het raam gevlogen. Het ziekenhuis is daarom blij dat wij elke vrijdag mondzorg aan deze groep verlenen. De daklozen die wij behandelen, bevinden zich vaak in de fase dat ze hun leven weer op de rails willen zetten. Achter ieder cliënt schuilt wel een dramatisch verhaal: kindermishandeling, incest, verkeerde vrienden, drugs en drank, et cetera. Om recht te hebben op mondzorg moet iemand geregistreerd staan als dak- en thuisloze en een basisverzekering hebben. Patiënten die bij ons terechtkomen zijn doorverwezen door de GGD. Het project wordt vanuit de gemeente Den Haag ondersteund.

RA: Wij bieden de dak- en thuislozen basistandheelkunde met de nadruk op kauwvermogen en esthetiek. Als patiënten geresocialiseerd zijn en weer deel uitmaken van de maatschappij, moeten zij zich aanmelden bij een reguliere praktijk. Ook een paar andere gemeenten, onder andere Utrecht en Rotterdam, bieden mondzorg voor dak- en thuislozen. We waren in Den Haag wel een van de eersten en we worden soms om advies gevraagd over het organiseren van mondzorg voor dak- en thuislozen.

Heeft u zich weleens bedreigd gevoeld?

RA: Soms wordt er wat gescholden en iemand uit ons groepje is weleens bedreigd door een cliënt die zijn methadon niet had ingenomen, maar het valt alleszins mee. Bij het intakegesprek worden duidelijk de spelregels van deze speciale praktijk uitgelegd. De assistente vertelt altijd direct dat als je je afspraak een keer vergeet, je weer helemaal onder aan de wachtlijst komt. Op die manier is het voor de cliënt duidelijk waar hij terecht is gekomen.

FN: Ik herinner me wel een voorval met een patiënte die me kwam bedanken. De dochter van het meisje, een voormalig heroïneprostituee, was vanwege haar drugsgebruik uit de ouderlijke macht ontzet. Vervolgens was ze afgekickt met methadon en had ik haar gebit opgeknapt. Als bedankje had ze een taart gebakken. Wij hadden geen mes om de taart te snijden op de afdeling en daarom had ze besloten er zelf een mee te nemen. De baliemedewerkster schrok zich echter een ongeluk toen ze in de wachtkamer een mager meisje met een enorm kartelmes zag zitten en belde direct de beveiliging. Ik weet niet wie er meer geschrokken was, de baliemedewerkster of het meisje, dat naderhand snikkend mijn kamer binnenkwam. Wel liet ze trots een foto zien van haar en haar dochter, waar ze weer een omgangsregeling mee had.

> *Mondzorg in verpleeghuizen moet beter vergoed worden*

Welke onderdelen van het congres De tand in al zijn facetten II zou u eruit willen lichten?

RA: De donderdagavond wordt heel leuk. Het loopt dan ook al redelijk vol. Er worden die avond twee casus besproken: een over de jeugd tot 18 jaar en een over de 55-pluspatiënt. Acht groepen van ieder 25 mensen gaan eerst onderling brainstormen over hoe zij de casus zouden oplossen. Na de pauze wordt plenair de uiteindelijk gekozen oplossing besproken. Dat is erg leerzaam en ik verwacht dat er de nodige discussies zullen losbarsten.

FN: Op vrijdag zijn er ook veel interessante voordrachten. Nieuw dit jaar is dat er naast lezingen voor tandartsen, specialisten en mondhygiënisten ook een apart programma voor preventieassistenten en tandartsassistenten is. Het is, kortom, een dag voor het hele team. ■

Op weg naar een geïndividualiseerde en (kosten)effectieve mondzorg

TEKST:
DR. ERIK VERMAIRE, tandarts-onderzoeker, TNO - Life Style, Leiden
MARIËLLE NAP, secretaris Wetenschappelijk Adviescollege Preventie Mond- en Tandziekten, Ivoren Kruis

dr. Erik Vermaire.

Tandarts Lonneke van Herwijnen.

CARIËS: EEN VOLKSZIEKTE

Vandaag de dag komen in Nederland nog regelmatig caviteiten voor. Het is van belang om het hebben van caviteiten als onnodig te zien. Enkele cijfers uit recent verschenen epidemiologische studies: 43% van de vijfjarige kinderen had in 2011 één of meerdere caviteiten in het melkgebit (Schuller et al., 2013). In datzelfde jaar lag het percentage 17-jarige kinderen met caviteiten in het blijvende gebit op 67%. Er is blijkbaar nog steeds ruimte voor verbetering.

Er is grote gezondheidswinst haalbaar als we kinderen (en hun ouders) leren hun gebit op de juiste manier te poetsen. Daarin kan het tandheelkundig team een belangrijke rol spelen. Tandenpoetsen is geen eenvoudige klus en vraagt om een systematische aanpak. Een succesvolle systematische aanpak, gebaseerd op het Nexø-model, is beschreven in het proefschrift van Erik Vermaire met de vertaalde titel 'Optimaliseren van mondgezondheid; op weg naar een geïndividualiseerde, (kosten)effectieve mondzorg'. In zijn proefschrift beschrijft Vermaire de Non-Operative Caries Treatment and Prevention (NOCTP)-methode. NOCTP is de officiële naam van de Nexø-methode. Uit het proefschrift blijkt dat de NOCTP-strategie bij kinderen bijna 70% minder caviteiten geeft ten opzichte van de controlegroep.

NOCTP-PREVENTIEMETHODE

De NOCTP-methode is een preventiemethode gericht op de individuele patiënt, waarbij het interval tussen twee preventieve bezoeken individueel wordt bepaald op basis van risico-inschatting. Deze is gebaseerd op het niveau van zelfzorg, de mondhygiene die de ouder bij het kind weet te bewerkstelligen, de doorbraakfase van blijvende gebitselementen en de cariësontwikkeling in het gebit in het algemeen en in de blijvende molaren in het bijzonder. Onderzoek uit Nexø op het Deense eiland Bornholm laat zien dat preventieve voorlichting meer effect heeft als meer verantwoordelijkheid bij de patiënt wordt gelegd. Het stimuleren van zelfzorg is daar succesvol gebleken.

Het Deense onderzoek is vaak bekritiseerd, omdat effecten in een kleine gemeenschap niet vertaalbaar zouden zijn naar de Nederlandse situatie. Het effect van het Nexø-systeem is daarom door Vermaire in Nederland onderzocht. Internationaal is de kritiek op de vertaalbaarheid al grotendeels weggeëbd.

NOCTP is vooral gericht op het verhogen van het niveau van zelfzorg (mondhygiëne). Naarmate het niveau van zelfzorg hoger is, wordt het 'terugkom-interval' groter. De focus van de NOCTP-methode ligt op het motiveren van de ouders om adequate zelfzorg bij hun kind te realiseren.

MOTIVEREN EN AANDACHT GEVEN

Tandarts Lonneke van Herwijnen werkt bij het Centrum voor Tandzorg in 's-Hertogenbosch. Zij voerde het protocol van de randomized controlled trial (RCT, zie kader) uit dat centraal staat in het proefschrift van Vermaire. "Je kunt bij mensen echt de schellen voor de ogen wegnemen. Het opvoeden van ouders is zó leuk. Veel ouders denken dat caviteiten gewoon ontstaan, dat ze je overkomen. Of dat het genetisch bepaald is. "Mijn vader had ook al vroeg een kunstgebit," is zo'n veel gemaakte opmerking. Veel ouders denken dat je nu eenmaal zwakke en sterke gebitten hebt en er echt niets aan kunt doen of je wel of geen gaatjes krijgt. Ook de tandwolf leeft nog steeds. Als je ouders bewustmaakt van het belang van maximaal zes eet-/drinkmomenten per dag (Lonneke zegt bewust zes in plaats van zeven, omdat er altijd wel een moment bijkomt, red.) en het grote belang van dagelijks napoetsen, dan bereik je écht wat. Ook kun je ouders in je voorlichting goed wijzen op de eerste volwassen molaar die achter de achterste melkkies doorkomt en dus lastiger te poetsen is. Motiveren en op indicatie extra aandacht geven, dat is wat je doet," vertelt Lonneke. Tandartsen, mondhygiënisten en preventieassistenten die de NOCTP-strategie willen toepassen, kunnen daarvoor een praktisch stappenplan gebruiken (zie figuur).

KOSTENEFFECTIVITEIT

Om een uitspraak te kunnen doen over de kosteneffectiviteit van de twee experimentele groepen vergeleken met de controlegroep werd met deze uitkomsten verder gerekend. Want behalve de klinische prestatie is zeker ook van belang dat de extra tijd, geld en moeite die patiënten steken in deze methode niet buitenproportioneel is in vergelijking met de opbrengsten. Bij ieder bezoek aan de praktijk werd van elk deelnemend kind geregistreerd hoe lang het bij de mondzorgverlener in de kamer was, hoe lang het onderweg was om bij de praktijk te komen, door wie het werd begeleid en hoe men naar de praktijk was gekomen. Het bleek dat de gemiddelde behandeltijd in de NOCTP-groep in de drie jaar iets korter was dan in de controlegroep. De gemiddelde behandeltijd in de IPFA-groep (Intensified Professional Fluoride Application) was juist anderhalf keer zo lang. Ten behoeve van het experiment werd in de NOCTP-groep een groter deel van de behandeling door de tandarts uitgevoerd. Hierdoor werd deze behandeling wel iets duurder.

Een zogenoemde 'incrementele kosteneffectiviteitsratio' (IKER) werd berekend van elke strategie. Kort gezegd: wat heeft het volgen van de methode gekost om één extra caviteit te hebben voorkomen? De IKER voor de NOCTP lag op € 108 en voor IPFA op € 733 als alleen gekeken werd naar zorggerelateerde kosten. Als rekening gehouden werd met zowel zorggerelateerde kosten als de kosten die de ouders moeten maken (begeleidingstijd, reistijd, reiskosten etc.) dan lagen de IKERS op respectievelijk € 111 voor NOCTP en € 977 voor IPFA. De meeste kosten in de NOCTP-groep werden gemaakt in het eerste jaar. In het derde jaar bleek geen verschil in benodigde investeringen in tijd, geld en moeite. Als een groter deel van de NOCTP-behandeling door een mondhygiënist met een preventieassistente wordt uitgevoerd, wordt de IKER van de NOCTP-behandeling lager. Op basis van dit onderzoek kan worden gesteld dat een NOCTP-strategie te prefereren valt boven een IPFA-strategie. Om de definitieve waarde van deze strategieën te bepalen is verder onderzoek naar de levenslange kosten van het hebben van één DMFT noodzakelijk. Er mag worden verondersteld dat deze vele malen hoger zullen zijn dan de nu gevonden € 111 om een DMFT te voorkomen met de NOCTP-strategie.

ZIJN OUDERS BEREID TE INVESTEREN IN EEN GOEDE GEBITSGEZONDHEID VAN HUN KIND?

Omdat de NOCTP-strategie nadrukkelijk gebruikmaakt van de actieve medewerking van ouders werd een analyse gemaakt van de bereidheid van ouders te investeren in een goede gebitsgezondheid van hun kind. Deze bereidheid tot investeren werd uitgedrukt in geld en tijd. Deze uitkomsten zijn weer gerelateerd aan gegevens die werden verzameld met behulp van de door de ouders ingevulde vragenlijsten op het gebied van hun kennis, opleiding en gedrag. Ondanks het feit dat ouders over het algemeen zeker bereid waren in het gebit van hun kind te investeren, gaf toch een niet-verwaarloosbaar deel van bijna 12% aan nauwelijks tot geen geld, tijd en moeite te willen steken in een goede mondgezondheid van hun kind. De kinderen van deze ouders lijken een verhoogd risico te hebben om mondziekten te ontwikkelen,

NOCTP-STRATEGIE: 70% MINDER CAVITEITEN

Het effect van verschillende cariëspreventieve maatregelen werd onderzocht in een randomized controlled trial, uitgevoerd in één praktijk van het Centrum voor Tandzorg in 's-Hertogenbosch. In totaal werden 230 zesjarige kinderen willekeurig aan een van de drie onderzoeksgroepen toegewezen. Eén groep volgde de zogenoemde NOCTP-behandeling. De interventie was gericht op het verhogen van het niveau van zelfzorg. Naarmate het niveau van zelfzorg hoger werd, nam het aantal punten bij de risicobepaling (zie figuur 1, stap 3) af en werd het 'terugkom-interval' groter. Als ondanks een goede mondhygiëne toch sprake was van cariësontwikkeling, werd lokaal fluoride aangebracht. Als dit niet afdoende was, werd gebruikgemaakt van kunstharsfissuurlak. Indien cariës het dentine had bereikt, volgde een cariësbehandeling. Een tweede groep volgde een programma waarbij elke drie maanden professionele fluoridebehandelingen werden gegeven. Deze groep wordt verder IPFA genoemd (IPFA: Intensified Professional Fluoride Application). De derde groep was een controlegroep en deze verschilde met de IPFA-groep alleen in de frequentie van de te geven fluoride-applicaties. In de controlegroep was dit twee keer per jaar, in de IPFA groep vier keer. Verder kwamen de kinderen in deze twee groepen twee keer per jaar voor periodieke controle en werden de kauwvlakken van de blijvende elementen geseald. Ook in deze twee groepen werden caviteiten gerestaureerd als ze in het dentine zaten. Op een leeftijd van 9 jaar (+/- 3 maanden) werden de kinderen opnieuw door de onderzoekers bekeken. In de NOCTP-groep kregen de kinderen gemiddeld 0,15 caviteiten in hun blijvende molaren, in de IPFA-groep was dat 0,32 en in de controlegroep 0,47. De resultaten van dit onderzoek geven aan dat de NOCTP-strategie bij analyse per protocol bijna 70% minder caviteiten oplevert in vergelijking met de controlegroep. Het aantal uitvallers in de NOCTP- groep was hoger dan in de controlegroep. Dat zou erop kunnen wijzen dat de gemotiveerde proefpersonen in de NOCTP-groep overbleven. Als we voor dit gegeven statistisch corrigeren, dan nog blijkt de cariëstoename in de diverse groepen statistisch significant te verschillen en NOCTP 40% minder cariës te geven. In de NOCTP-groep werden over drie jaar per kind slechts 0,7 fluorideapplicaties uitgevoerd. In de IPFA-groep was dit circa 12 en in de controlegroep circa 6. Het aantal sealants per kind was 1,26 in de NOCTP-groep, 3,0 in de IPFA-groep en 3,7 in de controlegroep. Het gemiddeld aantal vullingen per kind was 0,15 in de NOCTP-groep, 0,34 in de IPFA-groep en 0,39 in de controlegroep.

(foto eigendom van Ivoren Kruis)

omdat in deze groep ook minder gunstige mondhygiëne- en dieetgewoonten werden gerapporteerd. Gedrag van mensen wordt voor een groot deel bepaald door de eigen attitude. Het onderzoek maakte duidelijk dat ouders verschillende attitudes hebben rond de mondgezondheid van hun kind. Wellicht is het noodzakelijk voor verschillende attitudes een ander cariëspreventief programma te hanteren dat de ouders omzeilt (bijvoorbeeld door interventies op scholen of in buurten uit te voeren) of er juist meer bij betrekt. Uiteraard is verder onderzoek hiervoor vereist.

NIEUW PRODUCT: OP MAAT GEMAAKTE CARIËSPREVENTIE

Ondanks dat er geen grote investeringen noodzakelijk zijn om de NOCTP-strategie toe te passen, vraagt het wel de nodige aanpassingen in denken van zowel de mondzorgverlener als de kinderen en ouders. De routinematige aanpak die al enkele decennia wordt gevolgd, geeft namelijk een gevoel van veiligheid. Toch is gebleken uit de stijgende kosten, maar nog steeds te hoge cariesprevalentiecijfers, dat een grote stap in cariëspreventie moet worden gezet. Een logische stap zou die in de richting van NOCTP zijn.

In het recente julinummer van Dental Tribune vroegen James Huddleston Slater sr. en Wim van Palenstein Helderman aandacht voor de omslag die nodig is in de mondzorg voor 0-18 jarigen. De tijd is er nu rijp voor om de manier van cariëspreventie op een effectievere manier te gaan organiseren. Dat is ook nodig, willen we een goede tandheelkundige zorg voor toekomstige generaties waarborgen. Ook het Ivoren Kruis heeft deze tendens onderkend. Momenteel wordt in verschillende gremia van tandheelkundig wetenschappelijke opinieleiders gediscussieerd over de organisatie en uitvoering van de mondzorg voor 0-18 jarigen.

MONDGEZONDHEID MOET EN KAN BETER

Het cariëspreventieve effect van de huidige mondzorg voor 0-18 jarigen stagneert. Uit het recent verschenen Signalement Mondzorg 2013 van het CVZ blijkt dat kinderen en jongeren minder vaak gaatjes hebben in hun gebit. Het Ivoren Kruis vindt deze verbeteringen echter te gering. De groep met een lage sociaaleconomische status wordt onvoldoende bereikt. De preventieboodschap '2x per dag 2 minuten tandenpoetsen met fluoridetandpasta' vindt onvoldoende weerklank in deze groep en er ontbreekt een systeem om deze kinderen naar de mondzorgpraktijk te krijgen. Het wegwerken van gezondheidsverschillen gebeurt dus niet.

> *Het CVZ vergeleek de cijfers van mondzorg in 2011 met die in 2005. Had acht jaar geleden slechts 44% van de 5-jarigen nog een gaaf gebit, bij de laatste peiling had 59% van die kleuters nog nooit een gaatje gehad. Onder 17-jarigen steeg het aantal jongeren zonder gaatjes van 29 naar 39%.*

AANDACHT VOOR RISICO ONTBREEKT

"Preventie wordt dus wel beleden, maar feitelijk wordt er niets mee gedaan", aldus het Ivoren Kruis. De voorlichting komt bij hen die toch al in de praktijk komen. Preventie moet een meer geaccepteerd onderdeel worden van de mondzorg met aandacht voor risicogroepen. De professional voelt zich veelal verantwoordelijk voor zijn praktijk, maar niet voor de populatie in zijn gemeente. Maar wie behandelt de kinderen die niet in de praktijk komen? De organisatie van de huidige tandheelkundige zorg is onvoldoende om risicogroepen effectief te bereiken. Daarvoor zijn onder meer andere methodieken en andere scholing nodig.

BELONING NODIG?

Volgens het Ivoren Kruis zou de tandarts beloond moeten worden om het gebit gezond te houden. Dit pleit voor een systeem waarbij gehonoreerd wordt op basis van gerealiseerde gezondheidswinst. Het vergoedingensysteem voor de tandarts en mondhygiënist dient mee te evolueren van een tarief per verrichting naar een meer gezondheids outcome-based vergoedingenstructuur, of Pay for Performance (P4P), waarbij de behandelaar wordt afgerekend op van tevoren met de verzekeraar of overheid gemaakte afspraken in de te behalen gezondheidswinst. De tandarts en mondhygiënist kunnen de invoering van een NOCTP-strategie in hun praktijk in feite beschouwen als een nieuw product dat kan worden 'verkocht' aan hun patiënt: op maat gemaakte cariëspreventie.

MENTALITEITSVERANDERING

Er is afstemming nodig om de benodigde mentaliteitsverandering te realiseren waarmee de beschreven systematische aanpak geïmplementeerd kan worden. Hierin kan een onafhankelijk orgaan, zoals het Ivoren Kruis, een regisserende rol vervullen. In de opleidingen (universitair, HBO en MBO) kan meer onderwijs in preventie worden ingevuld. Bovenal is een mentaliteitsverandering van tandheelkundige zorgverleners, beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars, overheid (VWS, NZa, Gezondheidsraad), politiek én patiënt nodig. De individuele patiënt zou meer bewust moeten worden gemaakt van het beoogde effect van preventie, de haalbare gezondheidswinst en daarmee een betere kwaliteit van leven.

NOCTP is preventie in een andere jas en letterlijk een kwestie van er anders tegenaan *kijken*. Het tandheelkundig team wordt uitgedaagd het individuele kind te begeleiden. Het kind leert meer over mondgezondheid, de mondhygiëne verbetert en voor ouders wordt de dagelijkse gebitsverzorging van hun kind(eren) makkelijker. De mondzorgverlener wordt de vaste begeleider van het kind in de praktijk. Praktijken die de NOCTP-methode toepassen werken gelijktijdig aan een positief imago en krijgen gezondere en meer gemotiveerde patiënten. Het is hoog tijd om de preventieve NOCTP-methode te implementeren, zeker als in de toekomst de vergoedingenstructuur gezondheidsgerelateerd wordt.

REFERENTIE

Schuller AA, van Kempen IPF, Poorterman JHG, Verrips GHW. Kies voor Tanden. Een onderzoek naar mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag van jeugdigen. Hoofdmeting 2011, een vervolg op de reeks TJZ-onderzoeken. TNO-rapport TNO/LS 2013 R10056. TNO Leiden. ISBN 978-90-5986-419-1.

OVER DE AUTEUR

Erik Vermaire (1973) studeerde in 2000 als tandarts af aan ACTA Amsterdam en heeft aansluitend zes jaar een algemene tandartspraktijk gehad in Heerhugowaard. Sinds 2002 werkt hij gedeeltelijk als tandarts-angstbegeleiding in het Medisch Centrum Alkmaar. Daar behandelt hij extreem angstige, psychologische en psychiatrische gecompromitteerde tandheelkundige patiënten. In 2006 rondde hij zijn post-initiële masteropleiding 'management van tandartsangst' af bij ACTA/SBT. Als onderdeel van deze master voltooide hij een klinische studie over het effect van een tandheelkundige angstbehandeling op de kwaliteit van leven bij patiënten met een pathologische angst van een tandheelkundige behandeling. Om zowel aan zijn promotieonderzoek te kunnen werken bij de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van ACTA als zijn werkzaamheden in het Medisch Centrum Alkmaar voort te kunnen blijven zetten, stopte hij zijn algemene tandartspraktijk. Sinds november 2012, werkt hij bovendien gedeeltelijk als tandarts-onderzoeker bij TNO (Life Style) in Leiden. Vermaire promoveerde in 2013 op zijn proefschrift met de titel 'Optimizing oral Health; towards a tailored, effective and cost-effective dental care' aan de UvA.

Tijdens de doorbraak wordt het element overgeslagen als de tandenborstel in de lengterichting op de tandboog wordt geplaatst. Als je de borstel dwars op de tandboog zet, is adequate reiniging mogelijk. (foto's: Jette Christiansen, Kopenhagen)

Op het congres De tand in al zijn facetten II *is in diverse lezingen uitgebreid aandacht voor de mondzorg tot 18 jaar. Hierbij zullen ook de beginselen en toepassing van de NOCTP-benadering aan de orde komen.* ■

Stappenplan NOCTP 6 tot 9-jarigen

Naam van patiënt:

Datum: Bezoeknr.:

Stap 1 Tandplaque

- ○ Vraag ouders hoe het de afgelopen periode met het uitvoeren van de vorige keer gegeven adviezen ging.
- ○ Noteer of de interventie de afgelopen periode succesvol is geweest. Zo ja, doorgaan op ingeslagen strategie. Is dit niet het geval? Noteer de mogelijke oorzaak.
- ○ Kleur de tandplaque.
  - ☐ Laat ouders en kinderen zien op welke vlakken van de gebitselementen nog plaque aanwezig is (plaquekleuring met erythrosine). Leg de nadruk op fissuren.
  - ☐ Noteer het percentage vlakken bedekt met plaque en bijbehorende punten voor de risico-inschatting:
    - ☐ plaque op ≤ 10% van de vlakken: 1 punt
    - ☐ plaque op > 10% van de vlakken: 2 punten
- ○ Vertel ouders dat cariës (gaatjes) een (lokale) ziekte is die wordt veroorzaakt door bacteriën. Cariës is niet erfelijk en is te voorkomen; je hebt er zelf invloed op.
- ○ Vertel ouders dat plaque uit heel veel bacteriën bestaat die 2x per dag helemaal verwijderd moeten worden om gaatjes te voorkomen.
- ○ Vertel over de moeilijk bereikbare plaatsen zoals de doorbrekende molaren waar plaque zich gemakkelijk en ongestoord kan ophopen.
- ○ Laat ouders en kinderen zien hoe je deze plaque het beste kunt wegpoetsen.
- ○ Geef ouders het advies om doorbrekende elementen loodrecht (dwars) op de tandboog te poetsen.
- ○ Geef ouders het advies 2x per dag met de juiste fluoridetandpasta te poetsen, conform het Advies Cariëspreventie van het Ivoren Kruis.
- ○ Geef ouders de juiste voedingsadviezen conform het Advies Cariëspreventie van het Ivoren Kruis. Let daarbij op het aantal eet- en drinkmomenten.
- ○ Voer professionele gebitsreiniging uit.
- ○ Noteer het aantal punten in stap 1.

➡ **Ga naar stap 2.**

Stap 2 Cariës

- ○ Bespreek de cariësactiviteit van de vorige keer en in welke vlakken dat was.
- ○ Voer een inspectie van de gebitselementen uit (cariës-assessment). Noteer verkleuringen, fissuren en gladde vlakken en de cariësactiviteit per vlak.
- ○ Bepaal of er sprake is van cariësontwikkeling/-progressie. Noteer bijbehorende punten voor de risico-inschatting:
  - ☐ geen cariësontwikkeling of -progressie: 1 punt
  - ☐ waarneembare cariësontwikkeling of -progressie: 2 punten
- ○ Bepaal of de zijdelingse elementen allemaal in occlusaal contact staan of dat er elementen zijn in doorbraak. Noteer bijbehorende punten voor de risico-inschatting:
  - ☐ maken alle elementen occlusaal contact: 1 punt
  - ☐ zijn er nog elementen in doorbraak: 2 punten
- ○ Besteed extra aandacht aan elementen die nog in doorbraak zijn. Geef ouders het advies om doorbrekende elementen loodrecht (dwars) op de tandboog te poetsen.
- ○ Beoordeel of er cariësontwikkeling of -progressie zichtbaar is in de blijvende mola(a)r(en). Noteer bijbehorende punten voor de risico-inschatting:
  - ☐ geen cariësontwikkeling of -progressie: 1 punt
  - ☐ waarneembare cariësontwikkeling of -progressie: 2 punten
- ○ Bespreek de resultaten van het onderzoek met de ouders en het kind.
- ○ Noteer het aantal punten in stap 2.

➡ **Ga naar stap 3.**

Stap 3 Risicoscore en terugkominterval

- ○ Maak op basis van stap 1 en 2 en de motivatie van de ouders en het kind een risico-inschatting.
- ○ Tel alle punten van stap 1 en 2 bij elkaar op en bepaal het nieuwe terugkominterval.
  - ☐ Bij 4 punten: plan een nieuw preventief bezoek na 6-12 maanden (afhankelijk van eventuele doorbraak nieuwe elementen).
  - ☐ Bij 5 punten: plan een nieuw preventief bezoek na 4 maanden
  - ☐ Bij 6 punten: plan een nieuw preventief bezoek na 3 maanden
  - ☐ Bij 7 punten: plan een nieuw preventief bezoek na 2 maanden
  - ☐ Bij 8 punten: plan een nieuw preventief bezoek na 1 maand

➡ **Ga naar stap 1.**

22 Gemotiveerde patiënten met gezonde monden

Stappenplan NOCTP bij 6- tot 9-jarigen.