DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

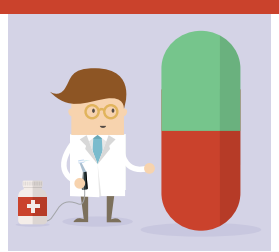
WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL JAARGANG 9 - NUMMER 9 - NOVEMBER 2019

12e richtlijn KIMO
Antibiotica meest gevraagde onderwerp
Pagina 3

Kantooruren
Hoeveel praktijken zijn 's avonds en in weekend open?
Pagina 4

Regeldruk blijft
Verbetering gaat te langzaam, vinden tandartsen
Pagina 5

Stemming
Grijpen we te snel naar antibiotica?
Pagina 11



Poster voor uw praktijk
Doe mee met de #OptraGateSelfie-campagne!
Pagina 12-13, 20

Trucs van de meester
Hoe hard hanteert u de pocketsonde?
Pagina 17

Parodontale diagnostiek: "Nieuwe screenen makkelijker in gebruik"

Pagina 6-8

Verplichte deskundigheids-bevordering tandartsen uitgesteld

DEN HAAG Minister van VWS Bruno Bruins heeft besloten om het wetsvoorstel BIG-II niet in te dienen bij de Tweede Kamer. Aanleiding is de onenigheid over de functiedifferentiatie van verpleegkundigen. De invoering van de nieuwe wet, waarin ook de eisen voor herregistratie in het BIG-register voor tandartsen worden uitgebreid, zal hierdoor vertraging oplopen.

Minister Bruins heeft eerder al aangegeven dat een wettelijke verankering van functies volgens hem niet de meest voor de hand liggende manier is om op de werkvloer onderscheid te maken tussen mbo- en hbo-opgeleiden. De gesprekken hierover hadden niet het gewenste resultaat, waarna de betrokken partijen de minister hebben gevraagd dit onderscheid bij wet te regelen.

Lees verder op pagina 3

Kinderdiëtist waardevol in mondzorgpraktijk

Het voedingspatroon van kinderen is van grote invloed op de mondgezondheid. Daarom besloot een Rotterdamse tandartspraktijk kinderdiëtist Jolien Verschragen in dienst te nemen. De samenwerking werd een succes. Hoe het werkt, vertelt Verschragen op het Ivoren Kruis-congres 'Voorkomen is de beste zorg' én in deze *Dental Tribune*. "Het was en blijft pionieren, maar de samenwerking is eigenlijk heel logisch. Alles draait om bewustwording bij kinderen en ouders."

Lees verder op pagina 14

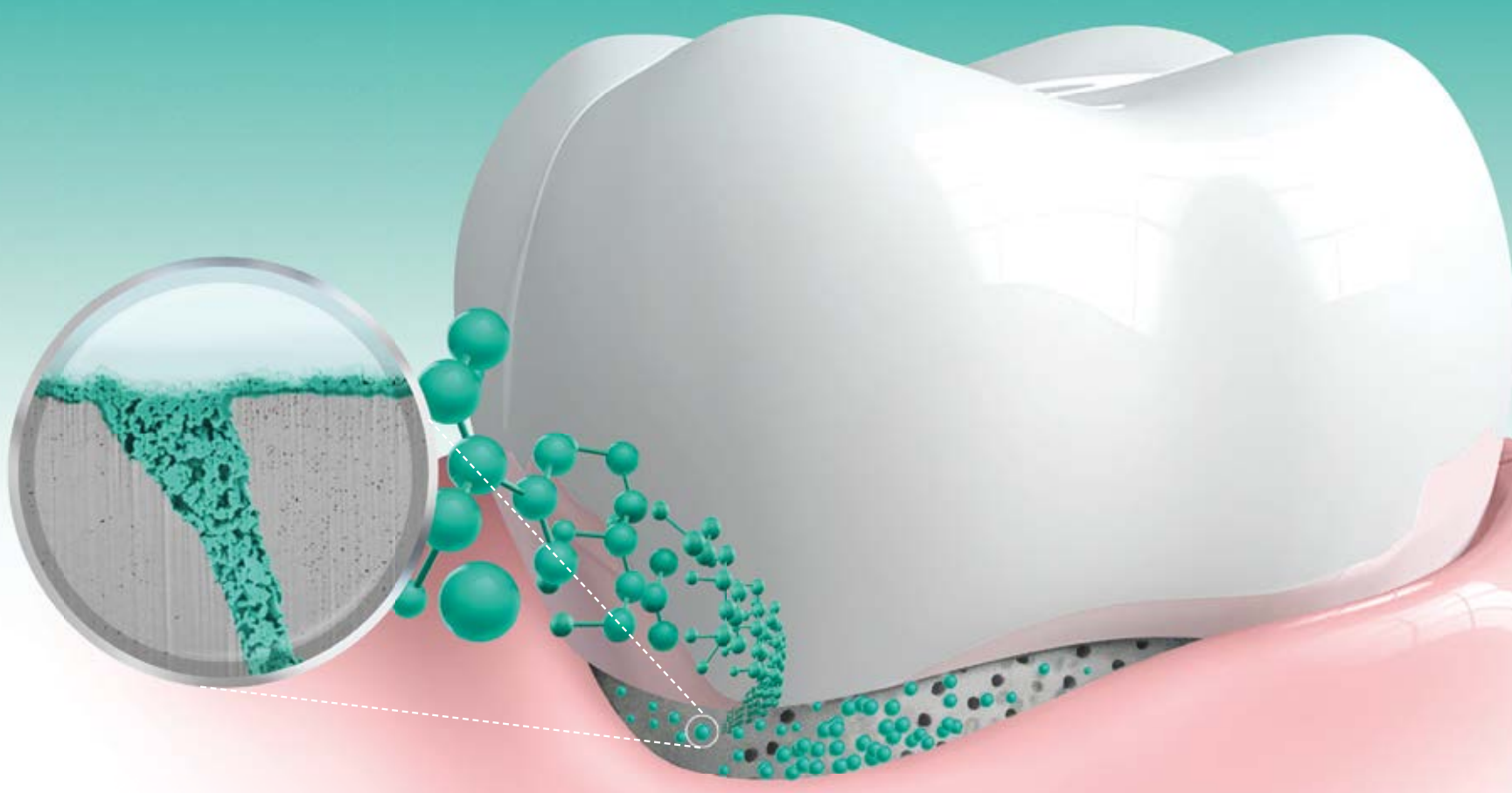
ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

Gevoelige tanden?
Directe* en langdurige verlichting
begint met uw advies



elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL
met de unieke PRO-ARGIN®-technologie

- Biedt superieure dentine tubuli afsluiting:
  91% afsluiting in vergelijking met **67%** met een tinfluoride/natriumfluoride technologie[1,#]
- Blokkeert de route naar pijn onmiddelijk*:
  60,5% reductie in gevoeligheid vanaf het eerste gebruik[2,**]
- Biedt langdurige verlichting van pijn:
  80,5% reductie in gevoeligheid na 8 weken[3,**]

93% van de patiënten

BEVESTIGT PIJNVERLICHTING VAN GEVOELIGE TANDEN*

*Ipsos, patiënten programma gedaan met elmex Sensitive Professional Repair & Prevent, 2 weken test, 325 respondenten, Polen 2017

* Voor directe verlichting, direct met de vingertop aanbrengen op de gevoelige tand zacht 1 minuut inmasseren
** Invergelijking tot de basislijn
\# In-vitro studie, na 5 applicaties vs tinfluoride / natriumfluoride technologie ($p<0.05$)

References: 1. Hines D, et al. Accepted poster, July 2018 IADR. Colgate-Palmolive Company 2018. **2.** Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):123–130. **3.** Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009;20(Spec Iss):17–22.

Colgate®

Vervolg van pagina 1

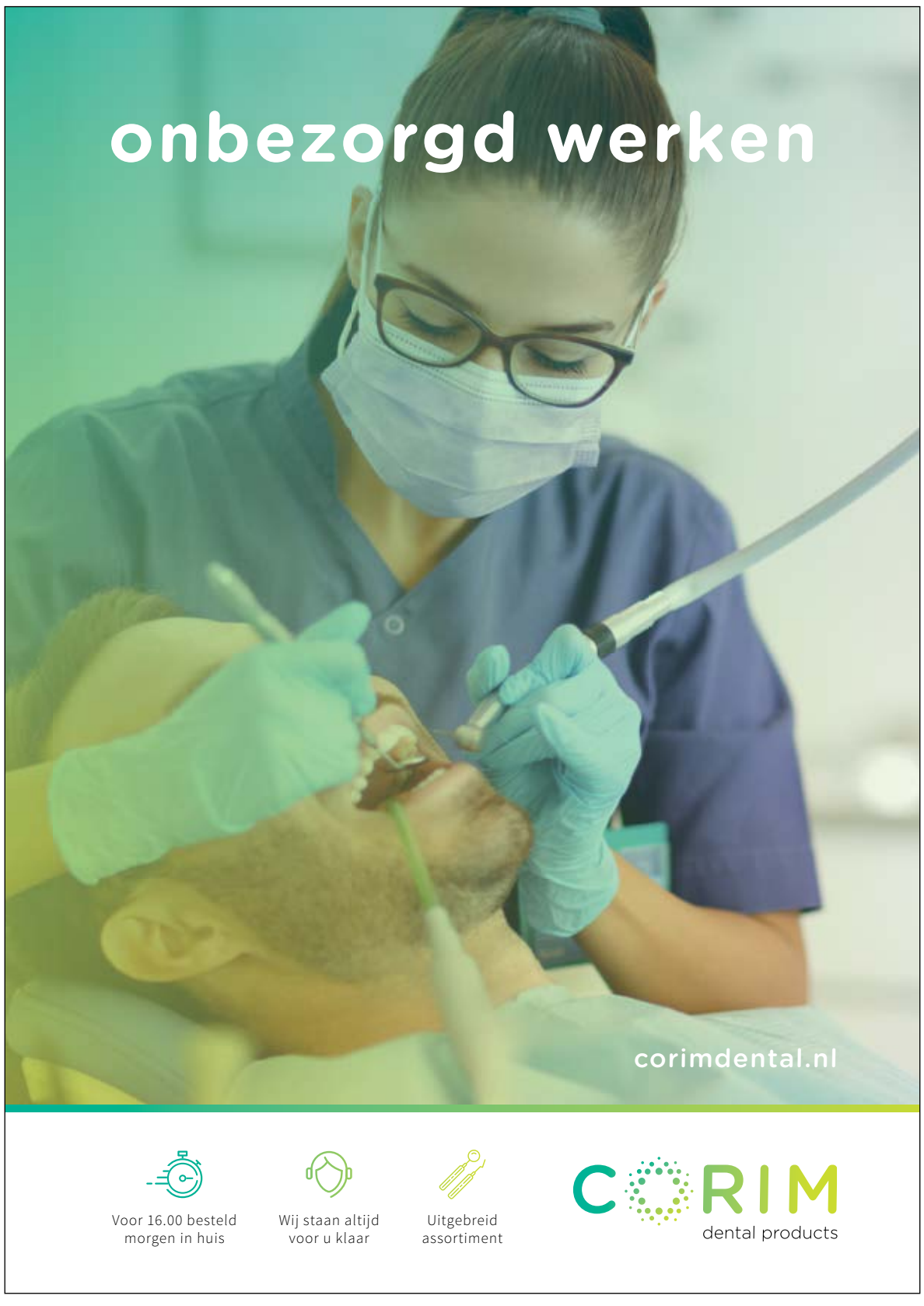
Het daaruit voortvloeiende wetsvoorstel leidde de afgelopen tijd tot veel onrust bij verpleegkundigen. Zij vreesden dat ze hun werk niet meer zouden mogen uitvoeren onder de nieuwe wet of dat zij verplicht zouden moeten bijscholen.
Eind dit jaar komt de minister met een brief over het vervolgproces om tot een vernieuwde wet te komen. Het voornemen is om hierin ook de eisen voor herregistratie in het BIG-register uit te breiden. Voor artikel 3-beroepen – waar ook tandartsen onder vallen – gaat het om eisen omtrent deskundigheidsbevorderende activiteiten.
De beroepsorganisaties zullen de normen voor herregistratie pas verder invulling geven, wanneer het nieuwe wetsvoorstel daadwerkelijk ingediend wordt bij de Tweede Kamer. Aanvankelijk was de planning om de uitgebreide eisen voor herregistratie uit de Wet BIG-II per juli 2021 in te voeren, maar dit schuift als gevolg van de vertraging waarschijnlijk op. In de brief van de minister die eind dit jaar verschijnt, zal een nieuwe tijdsplanning worden geschetst.
(bron: KNMT, Rijksoverheid)

Wet DBA niet gehandhaafd: wat betekent dit voor de zzp'er?

Opdrachtgevers en zzp'ers hebben graag zekerheid over de arbeidsrelatie die ze met elkaar aangaan. Daarom is er de Wet deregulering beoordeling arbeidsrelatie (DBA). Vanwege onduidelijkheid over die wet wordt er momenteel beperkt gehandhaafd. De KNMT zocht uit wat dat betekent voor zowel de opdrachtgever als zzp'er.

Sinds 1 mei 2016 is de Verklaring Arbeidsrelatie (VAR) vervangen door Wet DBA. Doel van de wetgeving is om verkapte dienstverbanden, schijnzelfstandigheid en concurrentie op arbeidsvoorwaarden te voorkomen en aan echte ondernemers meer zekerheid te verschaffen. Wet DBA heeft echter niet de duidelijkheid en rust gebracht die zij moest brengen. Het kabinet heeft daarom besloten de wet te vervangen. Het streven is om de nieuwe maatregelen op 1 januari 2021 in te laten gaan.
Tot de nieuwe wet ingaat, is de huidige Wet DBA van kracht. Wel is er tot 1 januari 2020 sprake van een overgangsperiode. Dit betekent dat de Belastingdienst tot die tijd Wet DBA niet handhaaft. Opdrachtgevers krijgen dus geen naheffingen of boetes als achteraf blijkt dat de zzp'er toch in loondienst werkte. Wanneer de opdrachtgever opzettelijk een situatie van evidente schijnzelfstandigheid laat ontstaan of voortbestaan en dus kwaadwillend is, wordt er overigens wel gehandhaafd.
Het beperkte handhaven van Wet DBA betekent dat opdrachtgevers en opdrachtnemers 'buiten dienstbetrekking' werken wanneer ze gebruik maken van de modelovereenkomst van opdracht. Dat wil zeggen dat er geen sprake van loondienst of een zogenaamde fictieve dienstbetrekking is.
Wanneer de Belastingdienst vindt dat een zzp-tandarts niet aan de voorwaarden voor het ondernemerschap voldoet, wordt het inkomen niet beschouwd als 'Winst uit onderneming' maar als 'Resultaat uit overige werkzaamheden'. Er gelden dan andere, minder gunstige belastingregels en -tarieven.
(bron: KNMT, Rijksoverheid)

ADVERTENTIE



Peiling KIMO: richtlijn over antibiotica is het meest gewenst

Uit een onlangs gehouden peiling onder mondzorgprofessionals is gebleken dat risico's van antibiotica in de tandartsenpraktijk onder mondzorgprofessionals het meest is gewenst als onderwerp voor de 12de klinische praktijkrichtlijn van het KIMO (Kennisinstituut Mondzorg).

Aanleiding voor de peiling was het nog onbepaalde onderwerp voor de 12de klinische praktijkrichtlijn uit het meerjarenprogramma van het KIMO. De leden van het KIMO hadden eind 2018 de wens uitgesproken om voor de bepaling van het onderwerp een peiling te houden bij de beroepsgroepen van mondzorgverleners. Ter voorbereiding hiervan heeft de Richtlijn Advies Commissie van het KIMO in nauwe samenwerking met ACTA en KNMT op basis van eerdere peilingen een voorselectie van tien onderwerpen gemaakt.

De peiling is tussen 20 juni en 15 juli 2019 uitgevoerd via KBA Nijmegen door het Centraal Administratiepunt Peilstations via een online enquête waarvoor in totaal 1500 mondzorgprofessionals zijn benaderd. Iedere respondent kreeg de mogelijkheid één onderwerp te kiezen uit de lijst van tien onderwerpen. Het KIMO heeft de beschikking gekregen over geanonimiseerde uitkomsten. De respons bedroeg 16,1%.

De voorbereidingscommissie van de richtlijn gaat binnenkort van start onder leiding van beoogd voorzitter van de richtlijnontwikkelcommissie prof. dr. Fred Rozema (ACTA). Het KIMO is voornemens in november een Invitational Conference te organiseren voor de inventarisatie en prioritering van de knelpunten, die de basis zullen vormen van de nieuwe richtlijn.
(bron: KIMO)

Column
Reinier van de Vrie

Humorloos

Dit wordt geen leuke column. Mag een tandarts humor hebben?, vroeg Aaf Brandt Corstius zich 16 september af in haar column in de Volkskrant. Gelukkig, dat mocht van haar, een tandarts is immers ook maar een mens. Vervolgens vroeg ze zich af of een tandarts humor ook mocht bezigen. Liever niet in hun professionele context, zo vat ik haar conclusie maar even samen. Patiënten zitten daar volgens haar niet op te wachten en hebben liever dat de tandarts vooral professionele handelingen verricht, vergezeld van de toelichting wat ze gaan doen.

De humorkwestie liet me niet los. Ik denk dat de meeste mensen toch wat gespannen naar een tandartsbezoek gaan, onzeker of er wat gaat gebeuren. Een gevoel van discomfort zal velen niet vreemd zijn. Wie laat zich graag door een relatief vreemde in de mond kijken? Om nog maar niet te spreken van het gevoel waarmee angstige patiënten de tandartspraktijk binnen stappen. Humor lijkt dan niet zo te passen. Flauwe grappen lijken me uit den boze. Net zo goed je er ook geen behoefte aan hebt om bij de garage je auto voor reparatie af te leveren en begroet te worden met een kwinkslag. Ja ja leuk hoor, maar wat gaat dat grapje me kosten? Dan kun je eigenlijk alleen lachen als die boer met... Daarvoor ben je dan net op de verkeerde plek.

Aan de andere kant kan humor heel ontspannend werken. Als je in de wachtkamer een filmpje met de sullige Mr. Bean of een andere komiek voorgeschoteld krijgt, doet dat even vergeten wat de nabije toekomst voor je in petto heeft en kom je misschien net wat relaxter de behandelkamer binnen. Behalve als je die Bean een enorme oetlul vindt. Bij humor ligt het heel subtiel. Zoveel mensen, zoveel humor. Timing en context zijn essentieel.

In de tandartspraktijk kan ik kleine grapjes vooral bij kinderen wel voorstellen om het ijs te breken. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als je een kind die in de stoel ligt vraagt of je eens naar zijn oren mag kijken? Volgens mij best een goede openingszet.

Wat vindt u van deze kwestie? Als tandarts mag u humor hebben, volgens Aaf, want u bent mens. Ik nodig u uit om casuïstiek van uw geslaagde en flauwe grappen aan mij toe te sturen. Ik verwerk die dan – desgewenst anoniem – in een volgende column. Als ik niks krijg, dan de volgende keer ook geen humor hier.

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

DentalCalendar: alle tandheelkundige events in één overzicht

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT

UTRECHT De zoektocht naar deskundigheidsbevorderende activiteiten gaat niet altijd van een leien dakje. De Nederlandse mondzorg is bezaaid met aanbieders van tandheelkundige evenementen, maar enig overzicht ontbreekt. Om de vindbaarheid van opleidingen en evenementen te vergroten, hebben Luuk van den Bosch, Raoul Schyns en Nathaniel Eschel in samenwerking met de KNMT het online platform *DentalCalendar* opgericht.

Als tandheelkundestudenten aan ACTA waren Van den Bosch, Schyns en Eschel op zoek naar verdieping in de vorm van endodontische cursussen en congressen. "Tijdens onze zoektocht naar bij- en nascholing kwamen we erachter dat er veel endodontische congressen in Nederland worden georganiseerd," vertelt Van den Bosch. "We hadden op onze computer meer dan dertig tabbladen geopend en concludeerden dat de zoektocht naar cursussen en congressen in de mondzorg vergemakkelijkt moest worden."
In totaal telt Nederland meer dan tweehonderd aanbieders van evenementen binnen de mondzorg. Maar hoe scheid je het kaf van het koren? Welk congres is de beste keuze? En welke organisator wordt goed beoordeeld? Om meer orde in de chaos te scheppen, richtten de heren in mei 2019 DentalCalendar op. "Het online platform biedt een overzicht voor bij- en nascholing van de gehele mondzorg, met als doel om intercollegiaal overleg te bevorderen, het volgen van bij- en nascholing te stimuleren en transparantie in kwaliteit van bij- en nascholing te bewerkstellingen door een betere vindbaarheid van evenementen binnen de mondzorg."
DentalCalendar is er voor alle professionals in de mondzorg: tandartsen, mondhygiënisten, (preventie)assistenten, orthodontisten, MKA-chirurgen, tandtechnici en praktijkmanagers. Aan de hand van filters en zoekstrategieën is het mogelijk om per beroepsgroep efficiënt te zoeken naar passende congressen, cursussen of opleidingen. "Een implantoloog die wil bijscholen, kan bijvoorbeeld filteren op cursussen voor tandartsen en vervolgens specifiek zoeken naar implantologie," verklaart Van den Bosch. Ook kan gericht naar een event, spreker of organisator gezocht worden.
Met de KNMT als partner streven Van den Bosch, Schyns en Eschel naar deskundigheidsbevordering in de mondzorg. "Door het transparant samenbrengen van het aanbod streven we naar kwaliteitsbevordering van zowel aanbieders als evenementen," licht Van den Bosch toe. Daarnaast is het mogelijk om ervaringen te delen. "We hebben een feedbacksysteem dat toegankelijk is voor iedereen. Met behulp van sterrenclassificatie kan een specifieke organisator of een bezocht evenement beoordeeld worden." Wanneer u zich voor een event wilt inschrijven, verwijst DentalCalendar door naar de website van de aanbieder, waar direct een inschrijfformulier verschijnt.
"Op dit moment wordt 80 tot 90% van alle events in de mondzorg op onze website weergegeven. We streven ernaar om het volledige aanbod weer te geven," vertelt Van den Bosch. Het plaatsen van tandheelkundige evenementen op de website is gratis. "We willen immers dat DentalCalendar een platform van iedereen is."
Zowel mondzorgverleners als tandheelkundestudenten zijn enthousiast over het online platform. "De positieve reacties geven ons energie en motivatie om nog meer tijd in DentalCalendar te steken." Wel is er volgens Van den Bosch ruimte voor verbetering. De website is – met de eerste versie onlangs gelanceerd – in ontwikkeling. "We blijven de website doorontwikkelen. We willen dat het mogelijk wordt om events op locatie te filteren. Daarnaast liggen er plannen om de website interactiever te maken. Het gemak van de gebruiker staat immers centraal." Van Den Bosch benadrukt dat feedback altijd welkom is.

Bent u op zoek naar geschikte bij- en nascholing? Of ontbreekt uw opleiding, cursus of congres op onze website? Bezoek www.dentalcalendar.nl of mail naar info@dentalcalendar.nl voor meer informatie. ■

ADVERTENTIE

Feiten & cijfers

27%

van de Nederlandse tandartspraktijken was in 2018 zowel tijdens kantooruren als in de avond en/of het weekend geopend.

Tandartspraktijken gaan geregeld in de avonduren of weekenden open voor patiënten die onder werktijd geen mogelijkheid hebben om de tandarts te bezoeken. De cijfers uit onderstaande tabel zijn gebaseerd op resultaten van het KNMT-onderzoek *Tandheelkundige Praktijkvoering*, waarbij praktijkhouders periodiek de reguliere openingstijden van hun praktijk laten weten. Uit het onderzoek blijkt dat 20% van de tandartsen in 2014 hun praktijk naast kantoortijden ook tijdens enkele avonden doordeweeks en/of in het weekend gedurende ochtenden en/of middagen opende. In 2018 bedroeg dit aantal 27%. Het gemiddelde aantal dagdelen per week dat praktijken geopend zijn, is de afgelopen jaren stabiel gebleven. Daarom kan geconcludeerd worden dat er niet zozeer sprake is van een verruiming van de openingstijden, maar een verschuiving ervan.
(bron: Staat van de Mondzorg)

Reguliere openingstijden van praktijken van tandartsen sinds 2014*

	2014	2016	2018
Alleen door de week (maandag – vrijdag)…			
• Alleen ochtenden en/of middagen ('kantooruren')	80%	77%	73%
• En avond(en)	16%	18%	20%
Ook in het weekend…			
• Ochtenden en/of middagen in het weekend	4%	5%	7%
Gemiddeld aantal dagdelen per week geopend	9,3	9,5	9,4
n	**436**	**225**	**248**

** Gevraagd is op welke dagdelen (ochtend, middag en/of avond) van maandag tot en met zondag de praktijk regulier is geopend.*

Patiënten vinden weg naar Geschilleninstantie Mondzorg

UTRECHT De Geschilleninstantie Mondzorg heeft vorig jaar 31 uitspraken gedaan in een geschil tussen patiënt en mondzorgverlener. Dat blijkt uit het jaarverslag 2018 van de Stichting Geschilleninstantie Mondzorg (SGIM). Vrijwel alle klachten gingen over een tandheelkundige behandeling.

Op 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking getreden. In dat kader zijn (mond)zorgaanbieders per 1 januari 2017 verplicht om over een klachtenfunctionaris te beschikken en aangesloten te zijn bij een door VWS erkende geschilleninstantie. Daarom hebben de ANT, KNMT, NVM-mondhygiënisten en de Organisatie Nederlandse Tandprothetici (ONT) in samenwerking met de Consumentenbond de Geschilleninstantie Mondzorg opgericht. De geschilleninstantie spreekt zich uit over de gegrondheid van een klacht en is bevoegd om een schadevergoeding tot maximaal 25.000 euro toe te kennen.

Volgens de SGIM weten patiënten inmiddels hun weg naar de geschilleninstantie te vinden. In 2018 werden 56 geschillen voorgelegd aan de SGIM, wat vergelijkbaar is met 2017. 42 geschillen werden doorgezet en ter zitting behandeld. In 12 gevallen werd de klacht alsnog ingetrokken. In totaal vonden 34 hoorzittingen plaats, die resulteerden in 31 uitspraken. Vrijwel alle klachten gingen over een tandheelkundige behandeling. Eén klacht ging over de declaratie en één over onjuiste informatie. Alhoewel bejegening in enkele klachten wel een rol speelde, was dit geen hoofdreden om een geschil aan de SGIM voor te leggen.

In totaal eisten 29 klagers een schadevergoeding. Aan 8 klagers werd dit toegewezen, met een totaalbedrag van 64.191 euro. Bij 17 geschillen moest de behandelaar het door de klager betaalde griffiegeld vergoeden.

(bron: Stichting Geschilleninstantie Mondzorg)

Lichte ontevredenheid ondanks lagere regeldruk

UTRECHT Tandartsen hebben het afgelopen halfjaar iets minder regeldruk ervaren en zijn iets minder tijd kwijt geweest aan regels. Desondanks zijn ze ontevreden over de voortgang. Dat blijkt uit de (Ont) Regel Monitor 2019.

De (Ont)Regel Monitor is in opdracht van VvAA ontwikkeld om de ervaren regeldruk en invloed daarvan op de mentale energie van zorgprofessionals op wetenschappelijk verantwoorde wijze in kaart te brengen. In 2019 zijn twee metingen uitgevoerd: de basismeting (n=6.644) tussen december 2018 en februari 2019 en de middenmeting (n=4.810) in juli en augustus 2019.

Tandartsen zijn meer bekend met (Ont)Regel de Zorg

Over het afgelopen halfjaar blijkt de ervaren regeldruk licht te zijn afgenomen. Opvallend is een zichtbare verschuiving van toezichthouder en wetgeving naar zorgverzekeraar als belangrijkste bron van regeldruk. Tandartsen zijn meer bekend met (Ont)Regel de Zorg en voelen zich erdoor gesteund. Tegelijkertijd blijkt dat ze ontevreden zijn over de voortgang en er minder vertrouwen in hebben. Het feit dat slechts 1% aangeeft merkbare veranderingen waar te nemen, heeft hier mogelijk mee te maken.

Dat zorgverleners op de werkvloer nog te weinig merken van de verminderde regeldruk in de zorg, schrijft ook minister Hugo de Jonge van VWS in een brief aan de Tweede Kamer over de voortgang van het programma (Ont)regel de Zorg. De Jonge stelt zeer gemotiveerd te zijn "om [...] onze gezamenlijke strijd tegen dit veelkoppige monster voort te zetten." Ook volgens KNMT-voorzitter Wolter Brands is er nog werk aan de winkel. "Daarom blijven wij hard trekken aan de negen punten uit de schrap- en verbeteragenda voor de mondzorg die we eerder dit jaar met onze leden en belanghebbenden zoals zorgverzekeraars en toezichthouders hebben opgesteld." Een van de eerste punten die de KNMT concreet doorvoert, is het versimpelen van de wettelijk verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E).

(bron: VvAA, KNMT)

ADVERTENTIE

EFFECTIEVE FLUORIDERING

- **Effectieve** – Snelle desensibilisering en fluoride-afgifte (5 % NaF ≙ 22.600 ppm fluoride)
- **Voortreffelijk in werking** – Vochtigheidstolerant
- **Esthetisch** – Wittransparante tandkleur
- **Universal** – Verkrijgbaar in tube, *SingleDose* en ampul

VOCO Profluorid® Varnish

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Duitsland ·Tel. +49 4721-719-0 · www.voco.dental

VOCO THE DENTALISTS

Tandarts-parodontologen Fridus van der Weijden en Leo Kroon over parodontale diagnostiek

"Het nieuwe screenen is makkelijker in gebruik"

TEKST: ANNE DOELEMAN

Het is zaterdagmiddag, de zon schijnt en Leo Kroon en Fridus van der Weijden hebben net een dag hun cursus De Rode Draad gepresenteerd. Het belemmert hen niet *Dental Tribune* te woord te staan. Aanleiding voor het gesprek? Het nieuwe AccreDidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen - waar ze beiden aan schreven - en de nieuwe richtlijn 'Parodontologie in de algemene praktijk' voor de lage landen. Van der Weijden was voorzitter van de commissie achter deze richtlijn. "Ik zou graag willen dat er minder negatief over het maken van röntgenfoto's wordt gesproken."

Is het nodig, zo'n AccreDidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen?

Kroon: Ik had het er net nog over met één van de cursisten van De Rode Draad. Het ophalen, structureren en updaten van al aanwezige kennis vinden velen van hen waardevol en leerzaam. Degenen die wat langer geleden zijn afgestudeerd, kunnen zo'n cursus en het AccreDidactprogramma bovendien als opfriscursus van de parodontologie zien. Zij hebben vaak ook nog niet alle aspecten van de parodontologie in hun opleiding mee gekregen.

Van der Weijden: Eigenlijk is het teleurstellend dat dit AccreDidactprogramma nodig is en dat er nog zo'n vraag is naar de cursus De Rode Draad. Dat geeft aan dat we met het reguliere onderwijs onvoldoende in staat zijn om onze boodschap en liefde voor de parodontologie over te brengen. Leo geeft de cursus al sinds 1984, eerst samen met Hans Rodenburg. Toen Hans overleed in 1992, heb ik zijn plaats overgenomen. De basis van het AccreDidactprogramma is de handleiding van de cursus, die Hans Rodenburg heeft geschreven en Leo de laatste jaren regelmatig heeft geüpdatet. Los hiervan is ook René Huffels op ACTA met het onderwerp aan de slag gegaan. Die twee handleidingen heb ik voor het AccreDidactprogramma in elkaar geschoven en gemoderniseerd naar de huidige inzichten. We trekken nog steeds veel enthousiaste deelnemers naar de cursus en ik verwacht dat het boekje veel leesplezier geeft en hopelijk ook een plaats krijgt in het tandheelkundig onderwijs.

Was er veel modernisatie nodig? Is er veel veranderd in de parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Om te beginnen hebben we klinische plaatjes als voorbeelden toegevoegd en hebben we alle bestaande illustraties verbeterd en netjes gemaakt. AccreDidactredacteur Joep Laverman heeft prachtige, anatomisch correcte tekeningen gemaakt. Er is een stuk toegevoegd over zorgplan en zorgdoel, wat voor de tandheelkunde redelijk nieuwe termen zijn. En er is een stuk bijgekomen over microbiologie: wat kun en moet je daarmee?

Moet de algemeen practicus iets met microbiologie doen op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Dat is een heikel punt. Je hebt in de wetenschap momenteel twee verschillende kampen. Het ene kamp legt meer de nadruk op de ontsteking en ikzelf zou de microbiologie niet uit het oog willen verliezen. Als algemeen practici het interessant vinden, kunnen ze dat stuk diagnostiek ook meenemen. Een moderne term in de parodontologie is 'dysbiose', waarbij er een omslag plaatsvindt van voornamelijk onschadelijke naar schadelijke micro-organismen. Ik denk dat de uitkomst van microbiologisch onderzoek kan helpen om de parodontale aandoening beter te begrijpen en bij de keuze om antibiotica te geven. Ik ben me ervan bewust dat we met de huidige microbiologische analyses nog niet het complete beeld krijgen, maar bepaalde micro-organismen kun je beter niet onder je tandvlees hebben.

Inhoudelijk is er de afgelopen decennia niet veel veranderd op het gebied van parodontale diagnostiek?

Van der Weijden: Op zich niet. Honderd jaar geleden gebruikte men al een sonde om de pockets te meten en dat doen we eigenlijk nog steeds.

Kroon: Wat wel veranderd is, is dat je tegenwoordig gedurende de behandeling het zorgdoel en het zorgplan in overleg met de patiënt op basis van je herbeoordelingen kunt aanpassen. Met het oude paro-protocol was dit iets meer rigide. Met de vernieuwde richtlijn kun je, als je goede redenen hebt, binnen het paro-protocol toch een andere route bewandelen.

Van der Weijden: Ruim vier jaar geleden heeft de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) een commissie ingesteld om naar het paro-protocol te kijken. Ik ben voorzitter geweest van de commissie die zich bezig heeft gehouden met de richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk. Het bestuur van de NVvP was zich door opmerkingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en juristen bewust geworden van het feit dat het paro-protocol, zoals dat op een A4'tje als een flow-chart stond, juridisch een gevaarlijk document kon zijn voor de tandarts. Als deze zich niet aan dat A4'tje houdt, en een patiënt zou hem later aanklagen, dan zou hij het altijd verliezen. Het paro-protocol gaf weinig ruimte om af te wijken, terwijl je dat in de praktijk best wel eens doet. Dat is nu veel genuanceerder beschreven.

Kunnen jullie uitleggen hoe de DPSI en de PPS elkaar raken?

Van der Weijden: De Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) is de screening zoals we deze jaren hebben gebruikt in het paro-protocol. Tijdens het vernieuwen van de richtlijn kwam er veel discussie over de DPSI. We hebben daarop in nauw overleg met collega's uit de algemene praktijk een nieuwe, vereenvoudigde manier van screenen ontwikkeld. Die is vooralsnog Periodiek Parodontaal Screenen (PPS) gedoopt.

Wat voor discussies waren er vooral over de DPSI?

Van der Weijden: Een van de dingen was dat je op basis van de DPSI een soort diagnose aan de patiënt hing. Dat is een gedachtekronkel waar ik mijzelf ook schuldig aan heb gemaakt. Neem bijvoorbeeld iemand met één pocket van 6 mm. Die kreeg een DPSI-score van 4, terwijl iemand met 32 gebitselementen met rondom pockets van 4-5 mm een DPSI-score van 3 kreeg. Die hoogte van de score suggereert dat de eerste casus ernstiger is dan de tweede, maar als je er als clinicus naar kijkt, vraagt de casus met meerdere pockets van 4-5 mm veel meer zorg en aandacht. Je kunt dus niet een parodontale diagnose aan één indexgetal ophangen. Daar is verder onderzoek voor nodig. Met screenen probeer je vooral asymptomatische gevallen van een ziekte of aandoening op het spoor te komen. Het is de bedoeling de mensen tijdig te herkennen die aan een bepaalde ziekte lijden om deze in een vroeg stadium beter te kunnen behandelen.

Prof. dr. Fridus van der Weijden. FOTO: DIRK GILLISSEN

Hoe is de DPSI vereenvoudigd?

Van der Weijden: Er zijn nog maar drie scorecategorieën over, die als een soort stoplicht werken. Bij pockets van 1-3 mm valt iemand in het groene gebied. Daarin hoef je je over het parodontium weinig zorgen te maken en kun je meer aan preventie denken. Pockets van 4-5 mm geven een oranje licht, wat betekent 'let op, het gaat misschien de verkeerde kant op'. Bij rood – pockets van 6 mm of meer – moet je verder onderzoek doen. De oude score 0 hebben we weggelaten. Dit suggereert dat er mensen zijn bij wie je helemaal geen enkele bloeding na sonderen constateert. Zo'n patiënt heb ik in mijn hele carrière nog niet gezien.

Kroon: De PPS is makkelijker in gebruik. Waar eerst ook bloedingsneiging, tandsteen, en dergelijke moesten worden gescoord, meet je nu enkel de pocketdiepte. Bovendien zijn de scores teruggebracht naar 1,2 en 3 in plaats van 0, 1, 2, 3-, 3+ en 4. Veel algemeen practici vonden het lastig om daarmee om te gaan. Het is nu veel makkelijker.

Van der Weijden: Maar moeilijker is het feit dat je na de screening moet gaan nadenken. De oude DPSI suggereerde dat je zonder veel na te denken een patiënt een traject van het paro-protocol kon laten doorlopen. Iedere patiënt met een score 4 kwam bijvoorbeeld automatisch in het paro-protocol. In de nieuwe versie zeggen we dat je bij een bepaalde score eerst moet kijken of er geen andere problemen meespelen – zoals een endodontisch probleem, een fractuur – en of de patiënt wel gemotiveerd is om de behandeling te ondergaan.

Wat is de status van de vernieuwde richtlijn?

Van der Weijden: De commissie heeft de richtlijn goedgekeurd en die ligt nu ter accordering bij het bestuur van NVvP. Nadat zij er hun akkoord op hebben gegeven gaat het naar de besturen van de NVM-mondhygiënisten, KNMT en ANT. De verzekeraars staan er naar ik heb begrepen ook positief tegenover.

Verandert er nog meer in de vernieuwde richtlijn, behalve de DPSI?

Van der Weijden: De begrippen 'evaluatie' en 'herbeoordeling' zijn omgewisseld. Vroeger deed je na de behandeling een herbeoordeling en een jaarlijkse evaluatie. Taalkundig klopt dat niet. Op de opleiding in Utrecht werd het dan ook precies andersom benoemd. Dat correspondeert ook met het Engels: eerst een 'evaluation' en daarna een 're-evaluation'. Ik heb al gehoord dat de NZa dit al had geconstateerd in de conceptrichtlijn en daar hun medewerking aan willen verlenen in het tarievenboekje.

Leverde de vernieuwde richtlijn veel discussie op?

Van der Weijden: In de commentaarronde was er veel discussie over de vraag of de preventieassistent wel of niet een rol heeft in het paro-protocol. We hebben er uiteindelijk voor gekozen dat de tandarts of mondhygiënist zelf kan kiezen om aan de preventieassistent taken te delegeren volgens de verlengde-

Lees verder op pagina 8

Biografie

Prof.dr. Fridus van der Weijden studeerde in 1984 in Utrecht als tandarts af. Hij is tandarts-parodontoloog NVvP en tandarts-implantoloog, erkend door de NVOI. In 1993 promoveerde hij. Sinds 1989 verdeelt hij zijn tijd tussen de Paro Praktijk Utrecht en de vakgroep Parodontologie van ACTA. In 2010 werd hij benoemd als hoogleraar 'Preventie en Therapie van Parodontale Infecties' aan ACTA. In september 2016 is dit overgegaan in een reguliere aanstelling als hoogleraar bij de afdeling Parodontologie.

Leo Kroon studeerde in 1977 af als tandarts aan de Universiteit van Amsterdam. In 1988 werd hij erkend als tandarts-parodontoloog (NVvP). Hij was betrokken bij de oprichting van en was hoofd van de afdeling parodontologie van de Militair Tandheelkundige Dienst in Utrecht en leidde die vele jaren. Hij werkte tevens in parodontologiepraktijken in Alphen aan den Rijn, Amsterdam (KvPA) en Alkmaar. Sinds 1984 verzorgt hij cursussen en lezingen.

DENTAL EXPO

DE VAKBEURS VOOR DE TOTALE MONDZORG

19, 20 & 21 MAART 2020

RAI AMSTERDAM

10e editie

INFORMEER NU

NAAR UW DEELNAME MOGELIJKHEDEN

WWW.DENTALEXPO.NL

Dental Expo Nederland | DentalExpo | Dental Expo

by EASYFAIRS

Vervolg van pagina 6

armconstructie, mits de assistent bevoegd en bekwaam is die handelingen uit te voeren. Volgens de wet mag de preventieassistent bij wijze van spreken een flapoperatie uitvoeren als deze daartoe bevoegd en bekwaam is en de tandarts in de buurt is. Als je daar goed over nadenkt, kan dat nooit de bedoeling van deze wet zijn geweest.

Kroon: Zo zijn er ook preventieassistenten die in praktijken als mondhygiënist worden gepresenteerd. Dat is niet goed te praten.

Zou je dit dan niet beter moeten vastleggen, bijvoorbeeld in zo'n nieuwe richtlijn parodontologie?

Van der Weijden: Ik heb zelf die behoefte wel. Maar er spelen meerdere belangen in een brede commissie. Wij hebben uiteindelijk de *easy way out* gekozen. De inspectie beraadt zich momenteel wel over het kaderen van taken van de assistent. De ANT kiest met de tandartsassistent ABC ook voor meer duidelijkheid en een betere opleiding, dus er wordt van twee kanten aan gewerkt. Het is jammer dat de samenwerking om dit goed te structureren tussen de beroepsgroepen nog ontbreekt. Al met al ben ik heel blij dat het gelukt is een richtlijn te maken waar zowel mondhygiënisten als tandartsen als parodontologen zich achter kunnen scharen. Die partijen hebben zoals gezegd allemaal verschillende belangen. Ik denk dat we geschiedenis hebben geschreven met deze richtlijn.

Even terug naar de praktijk: zou je bij ieder periodiek mondonderzoek parodontaal moeten screenen?

Van der Weijden: Ik denk dat het goed zou zijn om het standaard elk periodiek mondonderzoek te doen. Ik vond dat één van de commissieleden het tijdens onze vergaderingen mooi beschreef. Hij zei: 'ik loop met mijn pocketsonde langs het tandvlees, controleer tandvlees op pockets en kijk meteen of er cariës zit'.

Kroon: Je kunt erover filosoferen of je standaard elk periodiek mondonderzoek bij een patiënt van 80 met pockets tot 3 mm ook de DPSI moet scoren. Hoe groot is de kans dat iemand op die leeftijd ineens nog ernstige parodontitis gaat ontwikkelen? Ik denk niet groot. In tegenstelling tot bij heel jonge patiënten. Parodontitis kan zich al op jonge leeftijd ontwikkelen, vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen. Je zou dan kunnen screenen vanaf een jaar of acht. Dat is iets waar in de praktijk te weinig naar gekeken wordt.

Van der Weijden: We hebben pas een kind van tien binnengekregen waarbij is er sprake van vergevorderd botverlies bij de melkelementen en waar blijvende gebitselementen ook al zijn aangetast. De prevalentie van wat tot voor kort pre-puberale of juveniele parodontitis heette, is met 1 à 2% laag. Maar ernstige schade moet op deze jonge leeftijd worden voorkomen door op tijd te beginnen met screenen.

Leo Kroon.

Voor welke aspecten van parodontale diagnostiek wilt u aandacht vragen?

Van der Weijden: Wat te weinig aandacht krijgt, is dat je de ontsteking vaststelt met de pocketsonde, maar dat je parodontale afbraak vaststelt op basis van röntgenfoto's. Vanuit de Inspectie en vanuit de professie is er veel terughoudendheid met het maken van röntgenfoto's. Ik vind het onterecht om daar zoveel nadruk op te leggen als het gaat om parodontale diagnostiek. Je hebt namelijk goede informatie nodig om een risico-inschatting te maken en om te kijken of er geen andere dingen meespelen, zoals een endodontisch probleem of een furcatieprobleem. Röntgenfoto's zijn een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. In het geval van parodontologie weegt de informatie uit röntgenfoto's zonder meer op tegen de stralingsbelasting.

Kroon: Een praktijkvoorbeeld. Ik had laatst een patiënt bij wie ik niet of nauwelijks kon meten tussen de frontelementen omdat die erg dicht tegen elkaar aanstonden. Ik heb toen van zes elementen aparte foto's gemaakt met ruime overlapping. Dan heb je namelijk de grootste kans de interdentale ruimtes goed te kunnen beoordelen. Daar kreeg ik commentaar op van een collega-tandarts. Maar ik heb uitgelegd dat ik onvoldoende informatie zou hebben voor mijn diagnostiek als ik dat in dit specifieke geval niet zou hebben gedaan. Het lijkt wel of het As Low As Reasonably Achievable (ALARA)-principe van de stralingsbelasting zo sterk gaat spelen dat je onvoldoende informatie krijgt.

Van der Weijden: Als er íets verkeerd gebruikt wordt, dan is het wel het ALARA-principe. Dat gaat pas in op het moment dat je besloten hebt een foto te maken. Na dat beslismoment moet je zorgen voor zo min mogelijk stralingsbelasting. ALARA moet niet gebruikt worden in de beslissing om een foto wel of niet te nemen. Dat is een enorm misverstand.

De ondertitel van het AccreDidactprogramma is 'Meten is weten, missen is gissen' – wat wordt er vaak gemist in de parodontale diagnostiek?

Kroon: Je ziet aan de buitenkant meestal niet of er problemen zijn met het tandvlees. Tandvlees kan er roze, gezond, niet gezwollen en niet teruggetrokken uitzien en toch ontstoken zijn. Meten met de pocketsonde is daarom essentieel. Daarnaast: als je verdiepte pockets meet, is er niet per definitie ook botafbraak aanwezig. Om dat te constateren heb je een of meerdere röntgenfoto's nodig. En als er géén verdiepte pockets worden gemeten, kan er toch sprake zijn van afbraak! Je hebt dus beide onderzoeksmethodes nodig om een goed beeld te krijgen van ontsteking en afbraak.

Hebben jullie wensen voor de toekomst op het gebied van diagnostiek, zoals technologieën die de diagnostiek zouden vergemakkelijken?

Kroon: Meer betrouwbare diagnostiek op het gebied van furcaties zou welkom zijn. De diepte van pockets meten is niet zo moeilijk, maar het meten van furcaties blijft erg lastig en voor een deel inschatten. Dat zou je nauwkeuriger willen kunnen meten, omdat furcatieproblemen veel invloed kunnen hebben op de prognose van elementen.

Van der Weijden: Wat tot nu toe ook ontbreekt, is het kunnen vaststellen of er sprake is van actieve afbraak. Met het meten van de pocketdiepte kun je niet vaststellen of er op dat moment sprake is van progressie. Het zou mooi zijn als je dit met een technologische ontwikkeling zou kunnen vaststellen. Er zijn drie parameters die redelijk voorspellen of pockets stabiel zijn: informatie uit speekseleiwitten, de aanwezigheid van bepaalde micro-organismen en informatie uit het bloed. Ik kan me voorstellen dat je in de toekomst een wattenstaafje over de tong haalt en met een apparaat de mate van ontstekingsactiviteit kunt meten. Je moet toch een beetje dromen over de toekomst. ■

AccreDidact-programma en richtlijn

- De vernieuwde richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemene Praktijk ligt momenteel ter accordering bij de beroepsverenigingen. Deze richtlijn vertelt tandarts en mondhygiënist wat ze moeten doen op het gebied van parodontale screening.
- Het Q-geaccrediteerde AccreDidactprogramma over de diagnostiek van parodontale aandoeningen wordt verspreid onder abonnees en is los aan te kopen via www.accredidact.nl. Dit programma, bestaande uit een rijk geïllustreerd boekje en een e-learning die goed is voor 4 KRT-punten, beschrijft hoe de diagnostiek uitgevoerd moet worden.

ADVERTENTIE

Diagnostiek van parodontale aandoeningen

Onderzoek van het mondslijmvlies

TEKST: FRIDUS VAN DER WEIJDEN

Dit is een fragment uit het recent verschenen nascholingsprogramma *Diagnostiek van parodontale aandoeningen* (AccreDidact Tandarts, september 2019).
Auteur: prof. dr. Fridus van der Weijden m.m.v. Leo Kroon.

Inleiding
Het verhemelte, de tong, de wang, de omslagplooi, de mondbodem, de gingiva en de alveolaire mucosa worden onderzocht op ontstekingsverschijnselen. Het is handig om bij het inspecteren van de tong een gaasje te gebruiken om de tongpunt vast te pakken. Het onderzoek heeft een algemeen karakter. De aspecten waarop in het bijzonder gelet wordt, komen in de volgende paragrafen aan bod.

Kleur
De kleur van het mondslijmvlies wordt bepaald door de celbiologische opbouw van de desbetreffende structuur. Doordat het verhemelte, de tong en het tandvlees verhoornd zijn, hebben ze in een gezonde toestand een lichtroze kleur. Door het ontbreken van de hoornlaag bij de wang, de omslagplooi, de mondbodem en de alveolaire mucosa en door het doorschemeren van kleine bloedvaatjes zijn deze structuren roder van kleur. Als het mondslijmvlies ontsteekt, neemt het aantal bloedvaten toe en treedt er verwijding van de vaten op. Daardoor verandert de kleur, afhankelijk van de aard van de ontsteking, van lichtrood naar felrood.

Zwelling
Zwelling van het mondslijmvlies wordt meestal veroorzaakt door oedeemvorming ten gevolge van een ontsteking. Afhankelijk van de ernst van de ontsteking, kan de zwelling licht en lokaal zijn of sterk en uitgebreid. Ontstekingen van het slijmvlies zijn meestal bacterieel of viraal van aard. Zwelling kan ook veroorzaakt worden door andere aandoeningen, zoals systeemziekten, neoplasma of door medicijngebruik. Soms kan er een fibreuze zwelling ontstaan door een chronisch ontstekingsproces of door chronische irritaties van het slijmvlies.

Ulceratie
Ulceraties kunnen ontstaan door wattenrollen (wattenrollaesie), door een gebitsprothese (drukulcus), of door verkeerd borstelen (borsteltrauma). Ook bij aften of door roken (sigarettenulcus) of bij een herpessimplexinfectie kan een ulcus ontstaan. Dit geldt eveneens voor een necrotiserende parodontale aandoening. Een ulcus dat langer dan twee weken bestaat, is suspect voor maligniteit, tenzij het tegendeel bewezen is.

Fistel
Een fistel is de afvoergang van een afgebakende ontstekingshaard. De fistel ontstaat doordat de ontsteking – veelal via de weg van de minste weerstand – een weg naar buiten vindt. Met behulp van sonderen kan men determineren of de afwijking van parodontale of periapicale oorsprong is. Hiervoor wordt ook vaak een guttaperchastift gebruikt, in combinatie met een röntgenopname.

Herpesblaasjes
Bij een acute infectie door het herpessimplexvirus ontstaan er op de huid of de slijmvliezen pijnlijke, met vocht gevulde blaasjes. Vanwege het grote besmettingsgevaar verdient het aanbeveling om bij iemand met herpesblaasjes van tandheelkundige behandeling af te zien totdat de laesies genezen zijn, of deze af te plakken met een speciaal daarvoor bestemde pleister. Herpessimplexlaesies kunnen intra- en extraoraal (op de lippen) voorkomen.

Mucogingivale afwijkingen
Bij mucogingivale afwijkingen gaat het vooral om het signaleren van een potentieel mucogingivaal probleem. Dit is aanwezig als de aanhechting van een frenulum of een bride doorloopt tot in de vrije gingiva. Hierdoor wordt de mondhygiëne belemmerd. Ook kan de gingiva door de tractie gaan afstaan van het gebitselement.

Necrose
Ter plaatse van een necrotiserende parodontale aandoening (NPA) heeft de gingiva vaak een witachtig aspect. De interdentale papil is meestal verdwenen en er is een (gingiva)krater ontstaan (zie afbeelding 4a-c). Als de necrotiserende aandoening is overgegaan in een chronische gingivitis of parodontitis, blijft de krater veelal zichtbaar. Alle kraters die in het acute stadium of na afloop daarvan te zien zijn, worden vermeld.

Cleft
In de gingiva is soms een nauwe, V- of sneevormige recessie waar te nemen die begint bij de gingivarand. Deze kan tot in de alveolaire mucosa doorlopen. Bij het aftasten met een pocketsonde is contact met het worteloppervlak mogelijk. Een cleft wordt meestal veroorzaakt door te hard tandenpoetsen. Als het beeld van een cleft ontstaat doordat de ernaast gelegen papillen sterk gezwollen zijn, spreekt men van een pseudocleft. Dit gebeurt geregeld bij het orthodontisch sluiten van een extractiediasteem. Bij een pseudocleft is dus geen recessie opgetreden.

Lees verder op pagina 10

Afbeelding 1a-b. Het ulcus dat zichtbaar is op de afbeelding links reageerde niet op behandeling of antibiotica. Een biopt toonde aan dat het om een non-hodgekinlymfoom ging. Een chemokuur gaf genezing, zoals te zien is op de afbeelding rechts.
Afbeelding 2a-d. Een fistel aan de buccale zijde van element 26. Op de röntgenfoto is met behulp van een guttaperchastift te zien dat de fistel eindigt bij de apex van de distale wortel. Uit verder onderzoek blijkt dat distaal van het element sprake is van een verdiepte pocket en een ruim toegankelijke distale furcatie. Al met al geen goede prognose voor dit element.