

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

straight.dental

quicksleeper.nl
info@straightdental.com

Nooit meer een mandibulair blok

intraossale anesthesie met de QuickSleeper

- ✓ pijnloos, geeft geen verdoofd gevoel
- ✓ mislukt niet, werkt onmiddellijk
- ✓ ook geschikt voor alle traditionele anesthesie
- ✓ vraag een introductie in uw praktijk aan

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 8 - NUMMER 3 - APRIL 2018

In memoriam

Verslagen reacties na overlijden Jacques Baart



Pagina 5 ▶

Schooltandarts terug?

Lezers spreken zich uit

Pagina 12

Genomineerden

Shortlist Tandartspraktijk van het jaar bekend

Pagina 16

Van Aleppo naar Lelystad

"Mijn toekomst ligt in Nederland"

Pagina 19

Kickstart 2018

'Congrestival' richt zich op studenten en young professionals

Pagina 20

Actieve patiënten

Tips voor optimale agendaplanning

Pagina 22



Niek Opdam:
"Veel tandartsen behandelen te snel bij gebitsslijtage"

Pagina 6-8

Ook Radboudumc plaatst kanttekeningen bij taakherschikking

NIJMEGEN In navolging van ACTA plaatst nu ook het Radboudumc kanttekeningen bij het taakherschikkingsexperiment van minister Bruins. In een brief waarschuwen prof. dr. Hugo de Bruyn (afdelingshoofd Tandheelkunde), prof. dr. Marie-Charlotte Huysmans (hoogleraar Cariologie & Endodontologie) en dr. Niek Opdam (universitair hoofddocent) voor een achterstand in kennis op het gebied van cariësbehandeling onder mondhygiënist, die kan leiden tot overbehandeling en daarmee schade voor de patiënt. In de brief gaat het drietal met name in op het zelfstandig behandelen van primaire caviteiten door de mondhygiënist. Ze benadrukken dat de benadering van de ziekte cariës flink is veranderd de afgelopen decennia. Op basis van onderzoek is de grens voor de restauratie-indicatie steeds verder opgeschoven naar diepere laesies.

Preventieve, non-operatieve behandeling van cariës is belangrijker geworden in de afgelopen jaren, staat in de brief. Op het eerste gezicht lijkt daar een uitgelezen kans te lig-

gen voor de mondhygiënist. Maar in plaats van een focus op dieet, leefstijl en fluoridetoepassingen om te zorgen voor cariëspreventie, is in de uitbreiding van de deskundigheid van de mondhygiënist de nadruk komen te liggen op de technische aspecten van boren en vullen. Dat nemen de opleiders van de Nijmeegse tandheelkundefaculteit overigens niemand kwalijk, omdat het ook zo is omschreven in de wet. Wel benadrukken zij dat cariologie en de preventieve benadering ervan relatief onderbelicht zijn gebleven. Een gebrek aan aandacht voor diagnostiek, risico-inschatting en indicatiestelling bij de borende

mondhygiënist kan leiden tot overbehandeling, vrezden Huysmans, Opdam en De Bruyn. Dat kan in de hand worden gewerkt wanneer zelfstandig werkende mondhygiënist (zonder een tandarts in de buurt), kiezen voor de veilige optie door alleen ondiepere laesies te restaureren, zoals ze hebben geleerd tijdens de opleiding.

In de brief wordt gepleit voor een nauwe samenwerking tussen de opleidingen Mondzorgkunde en Tandheelkunde op het gebied van cariologie-onderwijs. Het niveau van dit onderwijs wordt bij voorkeur op universitair niveau geborgd. "Samen opleiden betekent ook de behandelvisies binnen de twee opleidingen op elkaar afstemmen en zo de kwaliteit van de patiënten-

Lees verder op pagina 3 ▶

Onvrede over prijsafspraken implantaten VGZ

AVENHORN De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) is boos over een plan van VGZ om prijsafspraken te maken over dentale implantaten. De NVOI vindt dat de zorgverzekeraar invloed probeert uit te oefenen op de keuze van een implantaatsysteem en op de stoel van de behandelaar gaat zitten. De zorgverzekeraar wil met een offerte-uitvraag onder implantaatleveranciers prijsafspraken maken voor ongeveer 30.000 implantaten die jaarlijks bij verzekerden worden geplaatst, waarvan de vergoeding (deels) komt uit de basis- of aanvullende verzekering. Achterliggende reden daarvoor zou zijn dat de vergoeding met code J33 niet altijd overeenkomt met de reële inkooprij van implantaten en toebehoren. VGZ wil volgens de NVOI zo een implantaattarief vaststellen met

fabrikanten die bereid zijn deze afspraken te maken. Kiest een behandelaar voor een ander implantaatsysteem met een hogere kostprijs, dan zou de zorgverzekeraar dit verschil niet vergoeden. "Een behandelaar die al jaren succesvol met een bepaald systeem werkt, waarvan de inkooprij mogelijk hoger uitvalt dan het uitonderhandelde VGZ-tarief voor een select aantal implantaatsystemen, zal het verschil in inkooprij zelf bij moeten leggen. Ook wanneer de aanschaf gewoon binnen het J33-vastgestelde tarief van de NZa valt," schrijft het bestuur in een brief aan VGZ. "Dit 'slikken-of-stikkenbeleid' van VGZ is verwerpelijk en bedreigt de zorgkwaliteit." De NVOI beraadt zich op mogelijkheden om de offerte-uitvraag van tafel te krijgen. ■

Waarom endo's falen

Tips & tricks voor een optimale wortelkanaalbehandeling

▶ Pagina 13



MEDDENT.NL
QUALITY PRODUCTS

All Dent
dental equipment
Inrichting • service • apparatuur

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

Miele

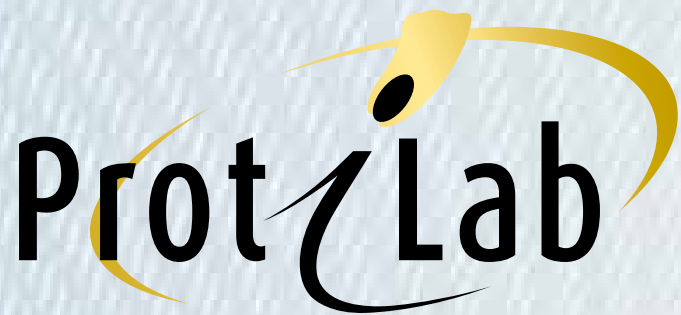
De norm in reiniging en desinfectie!
Betere hygiëne, meer capaciteit, meer zekerheid.

Miele Professional. Immer Besser.

GRATIS starterskit Miele ProCare Dent*

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.

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

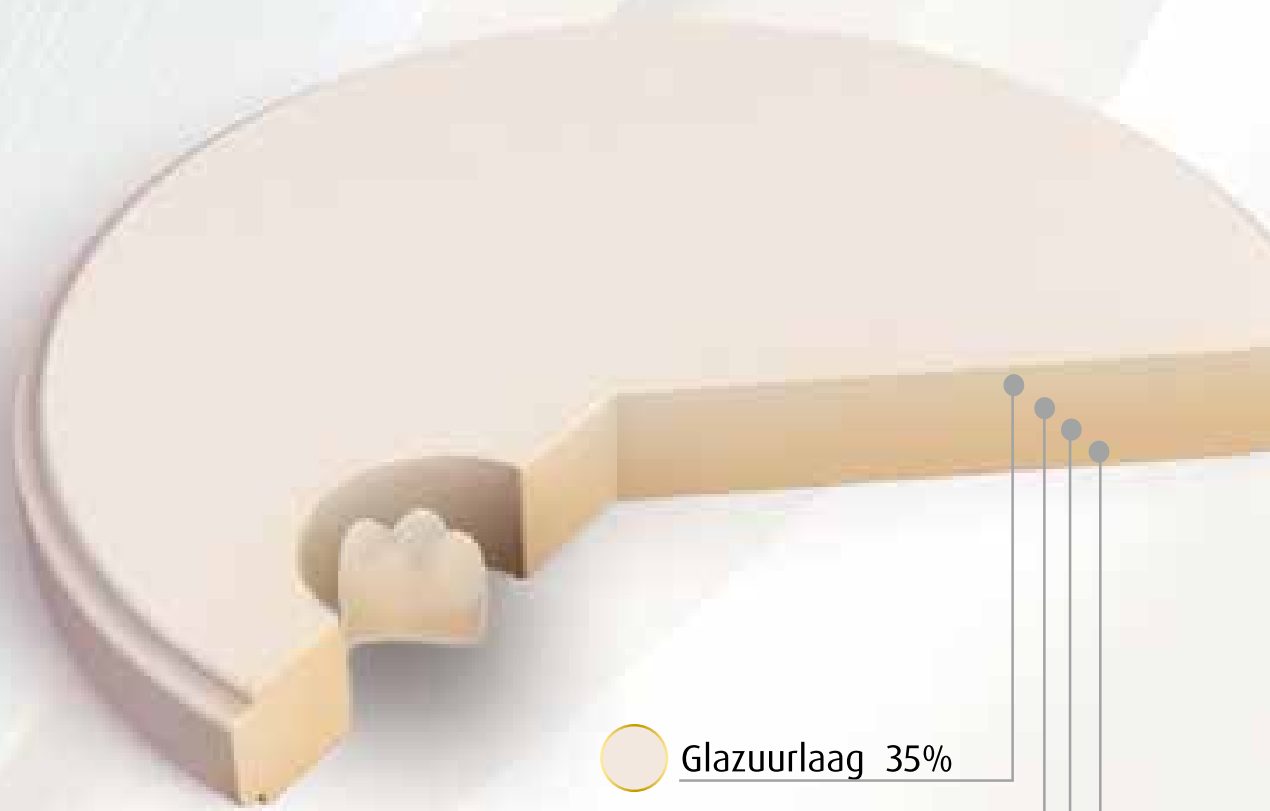


Multilayer Zirkonium: Techniek en esthetiek komen samen

Normaal voor
~~€110,-~~
nu voor slechts
€55,-⁽¹⁾

Nu 50% korting
op uw eerste 5 werkstukken⁽²⁾

natuurlijke uitstraling en duurzaam resultaat



- Glazuurlaag 35%
- Overgangslaag 2 15%
- Overgangslaag 1 15%
- Dentine bodylaag 35%



PRECISIE
CAD/CAM gefreesd



ESTHETIEK
De Multilayer Zirkonium is meer translucient dan de traditionele Zirkonium



STERK
3 Jaar garantie

⁽¹⁾ incl. ophalen & leveren
⁽²⁾ Deze 50% kortingsactie is geldig tot 30 dagen na de eerste bestelling voor nieuwe klanten

► Vervolg van pagina 1

zorg borgen,” valt in de brief te lezen. Verder wordt gepleit voor een verdieping van het cariologie-onderwijs aan de opleiding Mondzorgkunde. Bovendien zouden geregistreerde mondhygiënist een bijscholingstraject moeten volgen op het gebied van cariologie. Namens de hoogleraren en universitair hoofddocenten van ACTA schreef decaan Albert Feilzer in december 2017 al een brief over het voorgenomen experiment tot meer zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist. Daarin werd het experiment “vooral nog onwenselijk” genoemd. Gevreesd werd voor de veiligheid van patiënten en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dat, en de zorgen van beroepsverenigingen KNMT en ANT, weerhield minister voor Medische Zorg en Sport Bruno Bruins er niet van om op 25 januari van dit jaar in een brief aan de Tweede Kamer groen licht te geven voor het taakherschikkingsexperiment dat gepland staat om in 2020 van start te gaan. De volledige brief van het Radboudumc is online terug te vinden op de website van zowel beroepsvereniging KNMT als ANT. (bron: Radboudumc) ■

Taakherschikkingen minister Bruins liggen klaar, merkt ANT

AMSTERDAM De plannen voor het taakherschikkingsexperiment waarbij mondhygiënist meer zelfstandige bevoegdheden krijgen, liggen klaar. Dat schrijft ANT-voorzitter Jan Willem Vaartjes in een verslag van het gesprek dat hij in maart had met minister voor Medische Zorg en Sport Bruno Bruins, samen met beroepsverenigingen KNMT en NVM-mondhygiënist. Bruins gaf aan een gedragen mening vanuit het veld te prefereren, maar deed in het gesprek geen toezegging over hoe ver hij eventueel bereid is te gaan indien deze consensus zou ontstaan, schrijft Vaartjes op de ANT-website. “De AMvB ligt min of meer klaar en daarnaast liggen er duidelijke toetsingskaders waar eventuele suggesties vanuit het veld naast gelegd zullen worden.” Bruins heeft in het gesprek aangegeven dat de taakherschikkingen gereed zijn om 20 april richting de Tweede Kamer te sturen.

De ANT benadrukt nog eens geen voorstander te zijn van het uitbreiden van de bevoegdheden van mondhygiënist door hen zelfstandig (niet in opdracht van een tandarts) röntgenfoto's te laten maken en diagnosticeren, anesthesie te laten toedienen en primaire cariës te laten boren. De KNMT zou in het gesprek hebben aangegeven nog steeds tegen het taakherschikkingsexperiment te zijn, maar tot een compromis bereid te zijn op het onderdeel radiologie, mits gesteund



Philips en Diabetes Fonds slaan handen ineen

AMSTERDAM Philips en het Diabetes Fonds gaan samenwerken om patiënten en mondzorgprofessionals bewust te maken van het verband tussen parodontitis en diabetes mellitus type 2. Dat maakten de partijen bekend op Dental Expo. Het belang van een goede mondhygiëne krijgt steeds meer aandacht nu er toenemend bewijs is voor een verband tussen de twee aandoeningen. Wanneer parodontitis optreedt is het voor mensen met diabetes lastiger hun bloedglucosewaarden te reguleren. Tegelijkertijd kunnen hogere bloedglucosewaarden weer voor een grotere kans op tandvleesontsteking zorgen. Volgens beide partijen kunnen tandartsen en mondhygiënist een belangrijke rol spelen in het signaleren van een verhoogd risico op diabetes. Onder meer mucositis, schimmelinfecties, pulpitis, gingivitis en parodontitis zijn mondproblemen die voorkomen bij diabetes. Philips en het Diabetes Fonds willen dit onder de aandacht brengen van zowel patiënt als mondzorgprofessional, onder meer door flyers die in de praktijk uitgedeeld kunnen worden. Ook doet Philips voor elke patiënt die een elektrische tandenborstel

van het type Sonicare koopt bij een mondzorgpraktijk, een donatie aan het fonds.

Bruno Loos, hoogleraar parodontologie verbonden aan ACTA, benadrukte in zijn presentatie op Dental Expo nog maar eens dat de mond de spiegel is van de gezondheid. Uit een onderzoek van Wijnand Teeuw uit 2017, waarvan Loos medeauteur is, blijkt dat mensen met ernstige parodontitis ook significant vaker vermoedelijke diabetes of prediabe-

tes blijken te hebben dan mensen met milde parodontitis of de controlegroep.

Loos benadrukt dat goed screenen op parodontitis erg belangrijk is, omdat het een eerste signaal kan zijn dat een patiënt diabetes heeft. “Voor diabetes en voor parodontitis geldt: hoe eerder ontdekt hoe beter, omdat door tijdige behandeling de complicaties beperkt kunnen worden.”

(bron: Philips) ■



V.l.n.r.: Prof. dr. Bruno Loos (ACTA), Claudia de Graaff (Philips), Willard van der Leest (Philips) en Rens Vandeberg (Diabetes Fonds) tijdens Dental Expo. (FOTO: PHILIPS)



KaVo Scan Exam One vervangbonus tot € 2.500,-

0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl



ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent

'ELK KIND KOST EEN TAND', BAKERPRAATJE OF NIET?



Column

Reinier van de Vrie



Rookvrij

Hoe reageert u op een roker in uw stoel? Roken is leuk en gezellig. En eigenlijk ook best lekker. Dat zoevenend explosieve geluid van een lucifer die wordt afgestreekt of van een aansteker die na een eerste mislukte poging toch het vlammetje laat ontploffen... En dan mag je je mederoker op een zonnig terras een vuurtje geven, samen het vlammetje met de handen afschermend tegen een licht aangenaam briesje. Als dan de eerste volle glazen worden gebracht, de avond nog jong is, er nog een leuk restaurantje wacht en wie weet wat nog meer... de brand in de sigaret. Het puntje licht nog even op voordat je de eerste diepe teug inhaleert, om daarna met een zucht van genot de rook heel langzaam richting de einder te blazen.

En dan wilt u gaan beginnen over alle ellende die roken kan veroorzaken en specifiek in het mondgebied kan aanrichten? U heeft natuurlijk helemaal gelijk en uw counterpart in de stoel weet dat ook wel. Op zich dus het juiste moment om het aan de orde te stellen, maar u weet ook dat u iemand iets afneemt waar hij zo van kan genieten of wat hij gewoon nodig heeft.

Ik geloof dat ik de aarzelingen van behandelaars wel begrijp. Zelf ben ik nooit een verstokt roker geweest, meer een gelegheidsroker op dat zonnige terras op een Turkse heuvel met uitzicht op zee. Na een dag sjouwen en hitte, was dat aan het einde van de middag dan een van de mooiste momenten met zo'n sigaret. Echt jammer, dat het zo ongezonder is...

U moet niet denken dat alleen zorgverleners het hier lastig mee hebben. Als sportbestuurder mag ik mijn club ook op weg helpen naar een rookvrije generatie. Iets, waar ik in mijn positie moeilijk niet achter kan staan. Maar dan de praktijk. Als ik op het terrein van de sportclub kom, moet ik eerst alle illegale fietsers op het looppad blokkeren om vervolgens de rokers het walhalla van een rookvrije generatie uit te leggen. Weet u, dat ik daar vaak helemaal geen zin in heb. Dus u doet mij een groot plezier als u het keer op keer in de behandelkamer aan de orde stelt. Dat waart mij vrij van het voortdurende dilemma of ik het thema roken wel of niet met mijn sporters gezellig ga bespreken. Alvast bedankt.

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

Hoofd tandheelkunde Nijmegen: "Tandarts moet regisseur mondzorg zijn"

NIJMEGEN In de toekomst moet iedere tandarts die in Nijmegen afstudeert een "medisch denkend regisseur van de mondzorg" zijn. Dat zei professor Hugo de Bruyn, sinds oktober 2017 hoofd Tandheelkunde van de Radboud Universiteit Nijmegen, tijdens een persbijeenkomst begin maart. Dat meldt beroepsvereniging KNMT.



Prof. dr. Hugo de Bruyn.

De visie van de uit België afkomstige parodontoloog De Bruyn staat in het Raamplan 2017 van de universiteit. In het plan wordt vooruitgeblikt naar het jaar 2032. "De tandarts moet echt een poortwachter worden. Gynaecologen zouden bijvoorbeeld standaard zwangere vrouwen naar de tandarts moeten

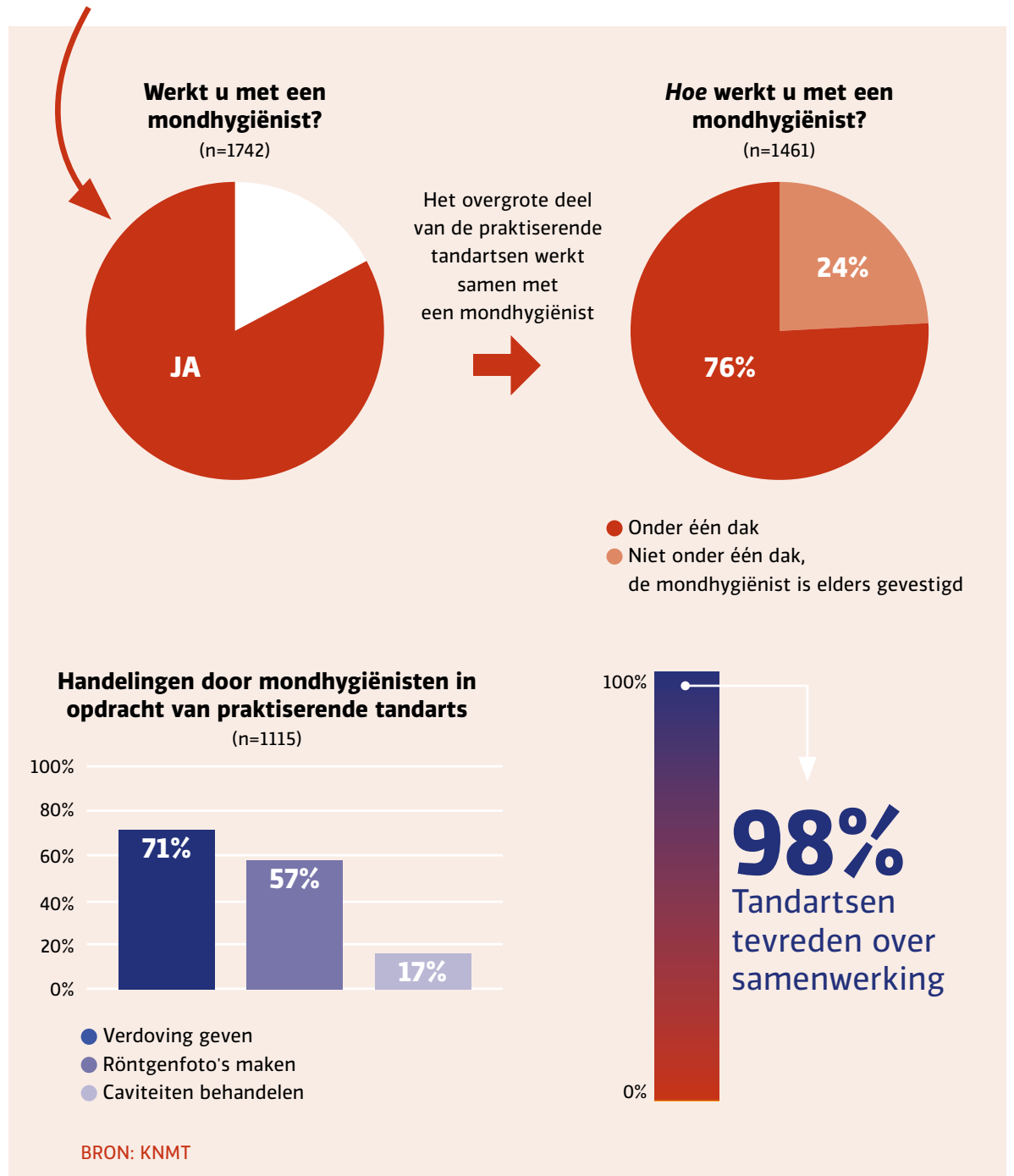
verwijzen om te screenen op parodontitis," aldus De Bruyn. Studenten Tandheelkunde aan de Nijmeegse universiteit gaan in de toekomst nog meer samenwerken met studenten Mondzorgkunde. Over de taakherschikkingskwestie wil De Bruyn echter weinig kwijt. "Ik heb er natuurlijk wel een mening over, maar ik vind het niet onze taak daar iets over te zeggen. Onze taak is opleiden. Ik ben niet formeel tegen taakherschikking, maar ben het wel met collega Albert Feilzer van ACTA eens dat de kwaliteit van de zorg bewaakt moet worden." Het Nijmeegse hoofd Tandheelkunde noemde het 'logisch en begrijpelijk' dat de beslissing van minister Bruins om mondhygiënisten meer bevoegdheden te geven zoveel weerstand oproept in het mondzorgveld.

De Bruyn zegt verder dat de overheid de taak heeft om te zorgen voor voldoende instroom van tandartsen, zodat niet alleen een beroep gedaan moet worden op tandartsen uit het buitenland. Er zouden extra opleidingsplaatsen moeten komen, maar binnen hetzelfde frame kan dat volgens hem niet. "De kliniek is niet ingericht op meer studenten en docenten voor de komende jaren, daar zit financieel geen rek meer in. Natuurlijk zouden we wel meer studenten willen toelaten, maar dan hebben we ook meer docenten nodig en het geld daarvoor is er niet." Docenten zijn volgens De Bruyn moeilijk te vinden omdat het minder goed verdient dan het werken in de praktijk. (bron: KNMT) ■

Feiten & cijfers

83%

van de tandartsen werkt nu samen met een of meer mondhygiënisten.



Dat blijkt uit een ledenpeiling die de KNMT begin 2018 uitvoerde (n=1724). Van deze groep gaf 98% aan tevreden te zijn over die samenwerking. Ruim driekwart van de praktiserende tandartsen werkt met de mondhygiënist onder één dak (76%). In bijna een kwart van de

samenwerkingen is de mondhygiënist elders gevestigd (24%). Niet de herverdeling van taken maar het organiseren van mondzorg onder één dak is volgens de KNMT de manier om patiënten goede en betaalbare zorg voor hun gebit te garanderen. Ondanks dat

beroepsverenigingen KNMT en ANT geen voorstander zijn van het doorzetten van het taakherschikkings-experiment in de huidige vorm, liet minister Bruins onlangs weten dat zijn plannen klaarliggen voor de Tweede Kamer. ■

LACTONA Voorjaarsactie
www.lactona.nl

Alle typen tandenborstels per 10 dozijn + 2 dozijn gratis

10+1 Gratis

EasyGrip antibacterieel
Alle verpakkingen van 40, 100 of 200 stuks

Interdental Cleaners antibacterieel
Alle verpakkingen van 100 of 200 stuks

5+1 Gratis

5+1 Gratis

ClearBreath 12 5 + 1 gratis
AftenCarePlus 5 + 1 gratis
Intersticks 5 + 1 dozijn gratis

Aanbiedingen geldig van 20 april t/m 22 juni 2018

Quiz

Vraag 1. Voor patiënten met gebitsslijtage is pijn (gevoeligheid) de meest voorkomende reden om hulp te zoeken.

- a. Juist
- b. Onjuist

Vraag 2. Het even hard slijten van dentine en glazuur is een teken dat er sprake is van attritie.

- a. Juist.
- b. Onjuist.

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Verzorgde reacties na overlijden kaakchirurg Jacques Baart

AMSTERDAM De Nederlandse mondzorg is sinds 19 maart een kleurrijke figuur armer. Onverwacht overleed Jacques Baart, vlak voor zijn officiële pensioen. In het bijzonder ACTA-studenten en -alumni zullen zich de MKA-chirurg herinneren, wiens hart lag bij onderwijs en complexe behandelingen bij kinderen.

Baart verzorgde niet alleen colleges voor studenten van VUmc en ACTA, maar ook nascholing over chirurgie voor andere medische professionals, zoals huisartsen en kinderartsen. Als docent stond hij bekend om zijn eigenzinnige en optimistische stijl. Prof. dr. Tim Forouzanfar en prof. dr. Isaac van der Waal roemen zijn bijdrage aan de opleiding voor MKA-chirurgie, die "onnoemelijk groot" is geweest. Het team van De Startende Tandarts omschrijft de Amsterdammer als "de knuffelbeer onder de kaakchirurgen."

In 2015 interviewden we Baart over

de rol van de tandarts bij het beoordelen en behandelen van tandletsel bij kinderen.

Tot besluit van dat interview erkende de MKA-chirurg dat kinderen zijn hart hebben gestolen. "Kinderachtige kinderen bestaan niet," vertelde hij. "Kinderachtige ouders, die bestaan wel. En die zorgen soms dat

hun kinderen een beetje moeilijk of vreemd doen."

Medio 2018 zouden we Baart interviewen over chirurgische competenties van de tandarts. Het zal er helaas niet meer van komen.

Dental Tribune wenst familie en naasten veel sterkte toe bij de verwerking van dit verlies. ■



Jacques Baart.

Alsnog compensatie voor zwangere zzp'er

UTRECHT Tandartsen en mondhygiënisten die in de periode tussen 7 mei 2005 en 4 juni 2008 als zelfstandige werkten en in die periode een kind kregen, kunnen alsnog aanspraak maken op een compensatie van 5600,- euro. Dat heeft minister Koolmees van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bevestigd. De compensatie kan bij het UWV worden aangevraagd tussen 15 mei en 30 september 2018.

Door wijziging van de Wet arbeid en zorg verviel in mei 2005 het recht op een zwangerschaps- en bevallingsuitkering voor vrouwelijke zzp'ers. In juni 2008 werd echter een nieuwe, vergelijkbare regeling ingevoerd, waardoor vrouwelijke zelfstandigen opnieuw recht kregen op een uitkering gedurende tenminste zestien weken. Wie in de tussenliggende periode beviel, had tot voor kort pech.

Enkele vrouwelijke zzp'ers legden zich daar echter niet bij neer en stapten naar de rechter. Zij claimden dat ze op grond van het VN-Vrouwenverdrag recht hadden op een dergelijke uitkering. Na diverse juridische procedures werden de vrouwen in het gelijk gesteld. Oud-minister Asscher liet vorig jaar in oktober weten een compensatieregeling te gaan treffen voor alle gedupeerde vrouwelijke zelfstandigen. Geschat wordt dat 20.000 vrouwen voor de compensatie in aanmerking komen.

Het aanvraagformulier is vanaf 15 mei 2018 te downloaden op de website van het UWV. Aanvragen die na 30 september 2018 binnenkomen worden niet in behandeling genomen. De compensatie zal in het eerste kwartaal van 2019 worden uitbetaald. (bron: KNMT/ANT) ■

BEZWAREN
TEGEN
ADMIRA FUSION
KUNNEN ALLEEN
VAN U KOMEN.



Nieuw: puur keramiek voor directe restauraties.

Alleen maar indrukwekkende voordelen:

- 1) Geen klassieke monomeren, geen restmonomeren!
- 2) Ongeëvenaard lage krimpspanning!
- 3) Veelzijdig toepasbaar en bekende verwerkbaarheid!

Misschien kunt u ons vertellen welk argument tegenspreekt – als u er al een kunt vinden.



Niek Opdam over restauratieve tandheelkunde bij patiënten met gebitsslijtage

“Behandelen kan altijd nog”

TEKST: TESSA VOGELAAR / FOTO'S: D I Q U E. FOTOGRAFIE

‘Tanks’ noemt tandarts en universitair hoofddocent Niek Opdam de hoogrisicopatiënten met gebitsslijtage die hij ziet in het Centrum voor Complexe Tandheelkunde (CCT) in het Radboudumc. Deze patiënten maken eerst hun eigen gebit kapot en vervolgens de door de tandarts gemaakte restauratie, waarschuwt hij. Dental Tribune sprak met Opdam in het kader van het nieuwe AccreDidact-programma Behandeling van gebitsslijtage, waaraan hij meeschreef. Zijn advies voor het behandelen van gebitsslijtage? “Maak pas op de plaats wanneer er geen hulpvraag is. Te veel tandartsen willen te snel behandelen.”

U heeft zich gespecialiseerd in de behandeling van gebitsslijtage. Hoe bent u in dit vakgebied terechtgekomen?

Ik ben begonnen als algemeen practicus met een praktijk in de Achterhoek. In de jaren tachtig ben ik teruggekomen op de universiteit in Nijmegen en heb ik met Joost Roeters, inmiddels als hoogleraar verbonden aan ACTA, veelal postacademisch onderwijs verzorgd over restauratief werk. In de jaren erna kwam composiet op als vervanger van amalgaam. Wij waren voorlopers op het gebied van composiet en waren benieuwd naar de mogelijke toepassingen, terwijl in die tijd amalgaam nog als de heilige graal werd beschouwd. Omdat wij nieuwsgierig waren naar de levens-

is heel iets anders dan een vulling maken of tandsteen verwijderen. Voor algemeen practici is dit echt buiten hun comfort zone, je hebt extra nascholing nodig om dit goed te kunnen doen.

Wat zijn de grootste valkuilen van behandelen van gebitsslijtage?

Een grote valkuil is diagnostiek. Die is bij gebitsslijtage erg lastig. Waarom vertoont de ene persoon slijtage en de andere niet? Op basis van eerder onderzoek wordt het nuttigen van zure voedingsmiddelen vaak als oorzaak aangewezen. Bij de patiënten die wij zien op het CCT, de ernstige gevallen, denken wij dat er meer aan de hand is dan alleen een teveel aan frisdrank. Bij een groot aantal patiënten kan het gaan om maagzuur, bijvoorbeeld om verborgen reflux. Patiënten vertonen dan klinische tekenen van chemische slijtage door maagzuur, maar zeggen nergens last van te hebben.

Om een goede diagnose te stellen moet je je openstellen voor de opties. Veel cola drinken kan slijtage veroorzaken, maar let op: als iemand maagzuur heeft, is cola ook heel prettig. Op ons centrum hebben we een duidelijk geval gehad van verborgen reflux: deze patiënt was kok en de pijn in zijn mond belemmerde hem onder meer om goed te kunnen proeven. Alle symptomen wezen echter op reflux en de patiënt is doorverwezen naar de huisarts voor protonpompremmers. Die medicatie zorgde ervoor dat hij beter sliep en weer kon proeven; een enorme verbetering van kwaliteit van leven. We doen natuurlijk heel veel cosmetische tandheelkunde, maar in dit geval draait het echt om zorg. Dat vind ik echt kicken.

Wat is er vanuit de wetenschap bekend over restauraties bij patiënten met gebitsslijtage?

Op basis van gerandomiseerde studies is niet te zeggen hoe lang een vulling meegaat bij iemand met gebitsslijtage, omdat aan die onderzoeken vaak alleen de laagrisicogroepen meedoen. Dat zijn echter geen ‘zieke’ mensen met een klacht. Bij de laagrisicopatiënten gaan de restauraties veel langer mee. Dat er zo weinig gerandomiseerd onderzoek naar de levensduur van een vulling is, komt mede doordat de uitgangssituatie per patiënt zo sterk verschilt. Gaat het om iemand die van zijn oude amalgaamvulling af wil? Of heeft iemand een vulling



Niek Opdam.

nodig vanwege een hoog cariërisico omdat hij zo veel snoept? Het onderzoek dat er is, is vaak veel te gedetailleerd, omdat er in de eerste zes maanden amper veranderingen optreden. Wat je eigenlijk wil weten is hoe zo'n vulling er na tien jaar bij staat. Die onderzoeken zijn er echter nauwelijks, omdat men niet zo lang op onderzoeksresultaten wil wachten. Wil je de levensduur weten van kronen? Dan zijn er systematische reviews die naar een periode van drie jaar kijken, *that's it*.

Behandelen als er geen hulpvraag is? Ik vind van niet

Met welk onderzoek houdt u zich momenteel bezig?

Op het CCT zijn wij enkele jaren geleden gestart met een prospectieve studie naar gebitsslijtage waaraan zo'n 200 hoogrisicopatiënten, met name bruxisten, deelnemen. In totaal volgen we deze groep vijf jaar. Met het onderzoek willen we de keuzes onderbouwen die tandartsen hebben voor de verschillende mogelijkheden om te restaureren. Uit het onderzoek weten we bijvoorbeeld dat gebitsslijtage episodisch is. In het verleden kan het heel hard zijn gegaan, maar op een

gegeven moment staat het stil. Op basis van dit gegeven is ons advies dus niet direct te restaureren wanneer gebitsslijtage wordt gediagnosticeerd. Ons advies luidt: breng het in kaart, bespreek het met de patiënt en bekijk of er een hulpvraag is. Als een patiënt veel pijn heeft of er vanuit esthetisch oogpunt sprake is van ernstig verkorte tanden, is er een reden om in te grijpen. Er zijn veel patiënten die helemaal geen hulpvraag hebben bij forse gebitsslijtage; die vinden het allemaal wel best. Moet je dan een behandeltraject opzetten? Ik vind van niet.

Loopt de tandarts daarmee niet het risico beschuldigd te worden van ‘gecontroleerde verwaarlozing’ (supervised neglect)?

Daar wil ik wel een lans voor breken: dat is écht niet het geval. Deze groep patiënten maakt zijn eigen gebit kapot. Als zo'n risicopatiënt nog jong is, moet je er rekening mee houden dat restauraties nog een aantal keer kapot gaan en telkens weer opnieuw gemaakt moeten worden. Tandartsen moeten er daarom voor waken niet te veel biologische schade aan te richten. Dit dynamische restauratieconcept is ons advies bij gebitsslijtage. Ga eerst maar eens monitoren, want een behandeling kan altijd nog. En laat de patiënt de regie voeren over zijn eigen zorg. Overleg met de patiënt en houd het dossier goed bij.

Biografie

Niek Opdam is als universitair hoofddocent verbonden aan het Radboudumc in Nijmegen. Naast het geven van onderwijs doet hij onderzoek op het terrein van de restauratieve tandheelkunde met als speciale aandachtsgebieden de levensduur van restauraties die in de algemene praktijk gemaakt zijn, secundaire cariës en gebitsslijtage. In 1998 promoveerde hij op het proefschrift *Clinical procedures for posterior composite restorations*. Opdam werkt parttime in zijn verwijspraktijk in het Gelderse Ulft, met als differentiatie de adhesieve tandheelkunde. In zijn praktijk behandelt hij veel patiënten met gebitsslijtage.

Geef daarnaast een gebitsmodel met een datum erop mee, zodat een patiënt dit bijvoorbeeld aan een volgende tandarts kan laten zien. Op deze manier is na te gaan waaruit jouw behandeling bestond en kan niemand je beschuldigen van supervised neglect.

Veel tandartsen grijpen dus te snel in bij gebitsslijtage?

Je hebt twee soorten tandartsen: de proactieve en de reactieve. Als de

Lees verder op pagina 8 ►

Uit ons onderzoek weten we dat gebitsslijtage episodisch is

duur van restauraties met composiet, ben ik dit in mijn eigen praktijk gaan evalueren. Op die manier ben ik eigenlijk in de practice based research ‘gerold’. Joost Roeters zag op het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde geregeld mensen met gebitsslijtage en besloot ook hen met composiet te behandelen. Toen ik daar eveneens mee aan de slag ging, kreeg ik steeds vaker patiënten met gebitsslijtage doorverwezen naar mijn praktijk in de Achterhoek. Zo ben ik langzamerhand een soort ‘self-learning’ expert geworden op dit vlak.

Waarom vinden algemeen practici restaureren bij gebitsslijtage vaak lastig?

Ten eerste vanwege de patiënt zelf. Deze risicogroep maakt het eigen gebit kapot. Wat de tandarts voor hen maakt, eveneens. Ik benoem dit ook altijd aan de patiënt: “U behoort tot de tanks onder de patiënten: als er de hele dag tanks over de A2 rijden, gaat de weg ook kapot.” Het tweede punt is dat in veel gevallen een beetverhoging nodig is, omdat de patiënt de kauwvlakken heeft afgesletten. Veel tandartsen vinden een beetverhoging lastig en ik geef hen daarin geen ongelijk. Er dient namelijk een complete revalidatie te worden uitgevoerd, het



Veilige dataopslag & online communicatie. De nieuwe Excent app biedt de oplossing!



COMING
SOON!



ExcentCloud®



VEILIGE
DATAOPSLAG



DOWN-
& UPLOADEN



ONLINE
CONTACTFUNCTIE



TOEGANG VANAF
ELK DEVICE



AVG
PROOF

Er zijn diverse online diensten die we allemaal gebruiken, van WhatsApp tot Facebook Messenger. Deze diensten lijken veilig: zo is WhatsApp 'encrypted' en wordt het ook zakelijk aangeboden. Echter, sinds de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), voorheen de WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens), in werking is getreden zijn deze diensten niet langer geschikt voor de communicatie

tussen tandarts en laboratorium. Sterker nog, als u deze diensten blijft gebruiken bent u volgens de Autoriteit Persoonsgegevens zelfs strafbaar. Om die reden hebben wij onze eigen veilige omgeving gebouwd waarbinnen u zonder zorgen data kunt opslaan en communiceren. Op www.excent.eu vindt u meer informatie over de Excent Cloud, bijvoorbeeld met betrekking tot de verwerkersovereenkomst.

Vraag uw Excent-contactpersoon om meer informatie of bel naar 0800 330 0000.

► Vervolg van pagina 6

proactieve tandarts een randje bij een vulling ziet dat niet helemaal goed meer is, doet hij de restauratie over. De reactieve tandarts die het randje ziet, licht de patiënt in en ziet het dan nog een tijdje aan. Mogelijk is er tien jaar later namelijk niets veranderd. Als je je patiënten goed kent en weet wat in ieders mond speelt, kan er veel minder vaak worden ingegrepen. Laat het maar eens lopen en zeg niet direct 'dit voldoet niet en het moet over'. Die persoonsgerichte manier van behandelen heeft de toekomst.

Waarom zijn tandartsen snel geneigd te gaan handelen als ze iets afwijkends zien?

Dat is 'des tandarts'. Wij zijn doeners, opgeleid om perfectie op de vierkante millimeter te leveren. Dat is erin geramd in de opleiding. Verder is in het verleden de diversiteit in patiënten te weinig meegenomen. Er hebben enorm veel factoren invloed op de levensduur van een vulling.

Een zeer belangrijke factor is daarnaast het verdienmodel van tand-

artsen: wij worden betaald voor verrichtingen. Als tandartsen betaald zouden worden om de mond gezond te houden, dan zou het er heel anders aan toe gaan. Verrichtingen die betaald worden, worden gedaan. Overbehandeling komt in Nederland geregeld voor: er worden vullingen gemaakt die nog niet nodig zijn. Een ander bekostigingssysteem, gericht op preventie, is zeker wenselijk. Maar de weg ernaartoe is ontzettend complex. Iedereen zit vast in het verrichtingentarief: niet alleen de tandartsen, ook de regering en de NZa.

Overbehandeling komt in Nederland geregeld voor

U hebt veel onderzoek gedaan naar restauratiematerialen. Welke materialen moeten meer of juist minder gebruikt worden in de restauratie van gebitsslijtage?

Het is lastig te zeggen of porselein, composiet of zirkonium beter is bij deze groep, omdat er onvoldoende



data is. Op het CCT hebben we wel enig onderzoek gedaan: bij dertig gebitsslijtagepatiënten hebben we het gebit volledig met composiet opgebouwd. Het jaarlijks faalpercentage zat daarbij rond de 2%, dat is heel netjes. Ik verwacht echter dat dit percentage op den duur toe-

neemt; het materiaal slijt en over tien jaar moet je bijna alle restauraties overdoen. Verder doen we momenteel onderzoek naar indirect restaureren met composiet. Vooralsnog lijkt composiet in dat geval minder vaak te slijten, maar vaker te breken. Juist bij deze patiëntgroep leer je echt iets over materiaaleigenschappen; bij normale patiënten gaat alles goed. Je moet echt naar individuele situaties kijken.

Ik zou heel graag onderzoek doen naar een minimaal invasieve aanpak met lithiumdisilicaat, maar dat wil geen fabrikant betalen. Het faalpercentage zal ook daar naar verwachting hoger zijn dan bij normale patiënten: dat is wetenschappelijk interessant, maar daar zit de fabrikant niet op te wachten. 3M vormt daarop een uitzondering en heeft het wel aangedurfd. Met hen doen we momenteel onderzoek naar indirecte restauraties die door middel van CAD/CAM worden gemaakt.

Wanneer moet bij ernstige gebitsslijtage worden gekozen voor porseleinen facings en wanneer juist voor composiet-facings?

In ons onderzoek kiezen we in het front voor direct composiet. Dat is vooral vanuit een kostentechnisch oogpunt, omdat een aantal van onze patiënten gemachtigd zijn vanuit de bijzondere zorg. Een nadeel van direct composiet is dat het minder lang mooi blijft. Porselein kent dit probleem minder, maar is vele malen duurder. Bovendien loop je bij patiënten die knarsen het risico dat porselein breekt. Als de portemonnee van de patiënt het toelaat, kan gekozen worden voor een combinatie: in de zijdelingse delen composiet, omdat dit bij bruxisten meer meegeeft en minder bros is, en in het front porselein, omdat dit esthetisch de voorkeur geniet en zich buiten het 'maaveld' bevindt.

Denkt u dat gebitsslijtage door goede preventie sterk teruggedrongen kan worden?

Nee, gebitsslijtage hoort bij het leven. Tandens horen te slijten. Er zijn echter mensen waarbij het uit de hand loopt. Als je bij hen de oorzaak achterhaalt én er is daadwerkelijk sprake van een probleem, kun je gerichte preventie toepassen. Als iemand last heeft van reflux en er medicatie tegen kan nemen, kan

dat mogelijk helpen. Bij een knarser kun je een spalk maken, maar als deze in de kast blijft liggen, heb je er niets aan. Een 85-jarige met ernstige gebitsslijtage hoeft er niet als Gerard Joling bij te lopen. Het is niet aan de tandarts om te bepalen dat er een afwijking is van het ideale plaatje dat wij in ons hoofd hebben. Van een algemeen preventiebeleid ben ik zeker geen voorstander. Je moet naar het individu blijven kijken.

Een grote valkuil bij gebitsslijtage is de diagnostiek

Welke rol is er voor de digitale tandheelkunde in de behandeling van gebitsslijtage?

Voor het monitoren van mondsituaties wordt de scanner in de toekomst een enorm handig hulpmiddel. De scanner heeft het ons al mogelijk gemaakt gebitsslijtage daadwerkelijk te kunnen meten. Zo hebben we ontdekt dat ook ernstige gebitsslijtage episodisch kan zijn. Ook de tandtechniek die je nodig kunt hebben bij indirect werken is een stuk makkelijker geworden dankzij digitaal werken. Voor minimaal invasief behandelen brengt digitaal werken mogelijkheden voor de toekomst. Dan gaat het niet om het slijpen van een nieuwe kroon, maar om het lijmen van een nieuw kauwvlak. Dat het modelleren dan niet meer door de tandarts zelf in de mond moet, maakt restaureren in beetverhoging mogelijk ook beter behapbaar voor een grotere groep tandartsen.

Moeten algemeen practici uit hun comfort zone komen en zich bijscholen op het gebied van gebitsslijtage? Of kunnen ze beter doorverwijzen naar een specialist?

In principe kan iedere tandarts goed restaureren bij gebitsslijtage leren. In de opleiding Tandheelkunde krijg je dit niet, dit is tandheelkunde 2.0. Maar je kunt ervoor kiezen om je in de adhesieve tandheelkunde bij te scholen. Doe dat echter alleen als je liefde hebt voor dit onderdeel van het vak. Zo niet, verwijs dan door. ■

KETTENBACH
Simply different

Panasil® monophase Medium

Voor al uw implantaat afdrukken

Bekijk de instructiefilm op
youtube
(met dank aan tandarts
Nittert Postema)

Informatieve videos online.
www.dental4.nl

www.kettenbach.com

Taakherschikking: waar kiest de patiënt voor?

Er is al veel gesproken over het besluit van de minister om de mondhygiënist onder andere zelfstandig kleine vullingen te laten aanbrengen en röntgenfoto's te laten beoordelen. De meeste tandartsen zijn daar fel op tegen en laten dat ook ruimschoots weten. Weinig aandacht is er echter voor de vraag: wat wil de patiënt eigenlijk? Zullen zij zich massaal laten behandelen door een mondhygiënist, of kiezen zij voor de tandarts? Verry van Rossum, trainer-coach en consultant voor tandartspraktijken, betoogt in deze ingezonden bijdrage dat de tandarts die keuze sterk kan beïnvloeden.

Is het een verstandig besluit?

Tandartsen hebben massaal gereageerd op het besluit en in grote meerderheid aangegeven dat de taakherschikking vanuit kwaliteits-oogpunt sterk is af te raden. Daar ben ik het hartgrondig mee eens. Het is ook mijn overtuiging dat de tandarts de regie heeft over de mondgezondheid van de patiënt. Nadat de patiënt het akkoord heeft gegeven over de behandeling, bepaalt de tandarts hoe en door wie de behandeling wordt uitgevoerd, welke taken worden gedelegeerd en aan wie. Door taken te delegeren, kan de productiecapaciteit worden verruimd.

Wat wil de patiënt?

In de kwestie rond taakherschikking is niet onderzocht hoe patiënten tegen het besluit van de minister aankijken. Zullen zij massaal gaan kiezen voor het behandelen van onder andere primaire cariës door de mondhygiënist? Mijn overtuiging is dat dit niet zal gebeuren. De belangrijkste reden daarvoor is de vertrouwensband tussen de patiënt en de tandarts; het meest waardevolle in uw praktijk. Toch zullen er patiënten zijn die de gang naar de mondhygiënist voor de tot nu toe voorbehouden handelingen wel zullen overwegen.

Door op de juiste wijze met patiënten in gesprek te blijven, kunt u de wens van de patiënt beïnvloeden. Wanneer u een caviteit constateert bij een patiënt en aangeeft dat deze hersteld moet worden, zal het merendeel de behandeling ook gewoon door u laten doen. Een enkeling zal u vragen of het ook bij de mondhygiënist kan. Dan komt het aan op goede communicatie om de patiënt voor de tandarts te doen kiezen. Deze argumenten helpen hierbij:

a. Kwaliteit

U kunt de patiënt vragen hoe belangrijk kwaliteit voor haar of hem is. Logischerwijs zal een patiënt aangeven dat kwaliteit belangrijk is. Vervolgens kunt u aangeven wat u doet aan kwaliteit, zoals de ervaring die u heeft, uw investeringen in de nieuwste technieken om voortdurend de kwaliteit hoog te houden.



Verry van Rossum, trainer-coach en consultant voor tandartspraktijken.

naar de tandarts komen om de behandeling af te laten maken.

c. Een kies vullen is meer dan alleen composiet aanbrengen

Na het vullen zal goed gekeken moeten worden of de occlusie nog naar wens is. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de vulling te 'hoog' is aangebracht.

d. Foto's beoordelen

Bij het beoordelen van röntgenfoto's gaat het om veel meer dan alleen kijken of er een gaatje in het ele-

ment zit. Daar is de tandarts speciaal voor opgeleid, de mondhygiënist in mindere mate. Bij controle door de mondhygiënist worden mogelijk extra röntgenfoto's gemaakt, wat meer kosten met zich meebrengt. Oefen bij het inbrengen van bovengenoemde argumenten geen druk uit. Door een of meer vragen te stellen en de juiste argumenten te geven, zullen de meeste patiënten voor u kiezen. Daarbij is het vertrouwen dat de patiënt in u heeft onbewust van doorslaggevende waarde. Uitgaan van uw eigen kracht is kortom de sleutel om de patiënt te overtuigen. ■

Over de auteur

Verry van Rossum is als trainer-coach en consultant actief geweest in verbetertrajecten voor commerciële en overheidsorganisaties. Vanuit die werkzaamheden is hij cursussen gaan geven aan tandartsen en hun assistenten. Als medeoprichter van PDI heeft hij inmiddels meer dan twaalf jaar ervaring in het verbeteren van de organisatie in tandartspraktijken door de implementatie van het meerkamerconcept. Zie www.pdi-nl.nl.

NIEUW



TANDVLEES- EN GLAZUUR REPAIR

VERMINDERT TANDVLEESPROBLEMEN BINNEN 2 WEKEN.





ACTIV-REPAIR-TECHNOLOGIE
MET 70% MEER TIN, VOOR EEN
BETERE BACTERIEHUISHOUDING.*

*vs. Oral-B PRO-EXPERT.