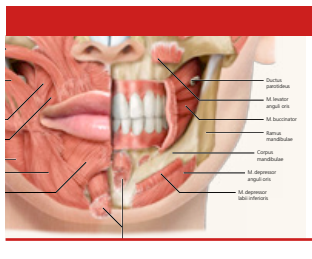
DENTAL TRIBUNE

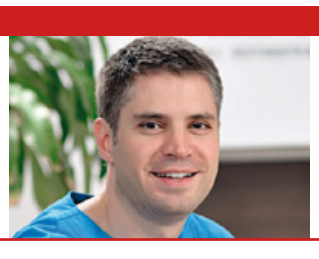
The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

JULI 2013 | WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL | JAARGANG 3 | NUMMER 6



Het gezicht
Atlas van de klinische anatomie

Pagina 8-9



European Society for Cosmetic Dentistry
Platform voor intercollegiaal contact

Pagina 13

"De mond moet weer terug in het lichaam"
Interview met Joris Muris, voorzitter VMTI

Pagina 16

"Mondzorg onbetaalbaar zonder preventie"

James Huddleston Slater sr. (links) en em. prof. dr. Wim van Palenstein Helderman. "Een individuele aanpak is cruciaal voor effectieve preventie." (foto: Ben Adriaanse)

VAN DE REDACTIE

UTRECHT – De totale kosten van de mondzorg nemen al jaren toe, als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de daling van het aantal mensen met volledige prothesen en veeleisender patiënten. Deze kostenstijging blijft niet zonder gevolgen. Als er niet dringend actie wordt ondernomen, wordt de mondzorg onbetaalbaar en voor veel mensen zelfs ontoegankelijk, waarschuwen James Huddleston Slater sr. en em. prof. dr. Wim van Palenstein Helderman in deze editie van *Dental Tribune* (pagina 4-7). Beide nestors hielden de laatste jaren vurige pleidooien voor een betere cariëspreventie.

Inmiddels zijn diverse maatregelen om de kosten te beperken aan de horizon verschenen. Elk van deze maatregelen is zeer onwenselijk. "Als we zelf niet proberen de kosten omlaag te brengen, snijden we in eigen vlees," benadrukt Van Palenstein Helderman. Vooral een verlaging van de tarieven wordt door veel mondzorgprofessionals gevreesd, maar ook de kwalijke gevolgen van het verlagen van de basisverzekerde mondzorg van achttien naar bijvoorbeeld vijftien jaar zijn niet te onderschatten. Juist bij pubers en adolescenten krijgt het gebit met verwaarlozing en/of zoetaanvallen te maken. Bovendien kan cariës op jonge leeftijd leiden tot ernstige gebitsproblemen in de toekomst.

De sleutel tot een efficiënte én betaalbare mondzorg ligt bij een betere preventie, is de stellige overtuiging van de twee geïnterviewden. Daarmee doelen zij niet op algemene adviezen als 'je moet beter poetsen', maar op een individuele benadering waarbij elke patiënt voorlichting krijgt op basis van zijn eigen mondsituatie. "Alleen als de patiënt zich écht aangesproken voelt, kun je voor gedragsverandering zorgen," verklaart Huddleston Slater.

De hogere effectiviteit van individuele preventie is bij veel tandartsen bekend. Toch vindt de toepassing ervan in de praktijk te weinig plaats. "Als je als tandarts individuele preventie aanbiedt, maakt dat je werk veel leuker. Maar je moet wel de dialoog durven en willen aangaan. Daarvoor moet je enig psychologisch inzicht hebben." Bovendien zijn tandartsen terughoudend hun dagelijkse handelen aan te passen als dit op het oog prima lijkt te voldoen. "Gedragsverandering bij de patiënt is lastig, maar bij de zorgverlener ook. De transitie naar meer effectieve preventie wordt helaas een langdurig proces," aldus Van Palenstein Helderman. ■

80% Nederlanders bezoekt jaarlijks tandarts

DEN HAAG – Bijna acht op de tien Nederlanders bezoekt minstens eenmaal per jaar de tandarts. Dat blijkt uit recente gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De huisarts is net iets minder populair: die wordt door ruim zeven op de tien Nederlanders jaarlijks bezocht.

Hoewel – rekening houdend met de vergrijzing – het aantal Nederlanders dat jaarlijks een bezoek brengt aan de huisarts brengt sinds 2002 licht gedaald is, bleef het aantal Nederlanders dat jaarlijks de tandarts bezoekt min of meer stabiel. In totaal werd de tandarts in 2012 ruim 38 miljoen keer geconsulteerd. In twee derde van de bezoeken ging het om een periodieke controle. De overige bezoeken bestonden uit uitgebreidere behandelingen als het vullen van gaatjes, extracties en kroon- of brugwerk.

Meer vrouwen brengen een bezoek aan de tandarts dan mannen. Dit geldt vooral voor de leeftijdsgroep 30-50 jaar. Kinderen gaan doorgaans vanaf vierjarige leeftijd regelmatig naar de tandarts. Vanaf 55-jarige leeftijd loopt het tandartsbezoek terug en van de 75-plussers gaat slechts 45% nog naar de tandarts. Deze afname komt doordat zij vaker prothesen hebben.

Aan de huisarts brengen juist 80-plussers en kinderen ónder de vier jaar het frequentst een bezoek. Jongeren van 4 tot 16 jaar hebben het minst vaak contact met de huisarts. Vrouwen (77%) komen meer bij de huisarts dan mannen (66%). De Nederlander bezoekt de huisarts gemiddeld iets meer dan vier keer per jaar (vrouwen 4,9 en mannen 3,4 maal per jaar). (bron: CBS) ■

Tandarts verliest vinger na 'overval'

BRANDENBURG - Een Duitse tandarts heeft beweerd in maart vorig jaar slachtoffer te zijn geworden van een overval. Volgens de tandarts pakte een van de overvallers een tuinschaar waarmee zijn vinger werd afgesneden. In de tandartspraktijk werden echter geen sporen van het incident aangetroffen en de dieven zijn nooit gevonden. Toen bleek dat de tandarts enkele weken voor de 'overval' een ongevallenverzekering had afgesloten, werd hij zelf hoofdverdachte.

Het Duitse Ministerie van Justitie oordeelde dat de 43-jarige tandarts uit Brandenburg zijn eigen linker wijsvinger heeft afgesneden en 24.000 euro boete moet betalen wegens fraude. De man zou door zijn vinger af te snijden verzekeringsgeld wegens arbeidsongeschiktheid hebben willen incasseren. (bron: NOS) ■

straight. dental equipment

airrotor

Airrotor met lichtgeleiding, titanium coating en keramische lagers.
Beschikbaar in minihead en torquehead. Actie tot 20 augustus 2013.
Prijs exclusief BTW.

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

dental units | thermodesinfectoren | autoclaven

Korenmolenweg 5, Haaksbergen

Emotionele problemen spelen rol bij tandartsangst

AMSTERDAM - Emotionele problemen en *coping*-gedrag kunnen een rol spelen bij tandartsangst bij kinderen. Dit blijkt uit het proefschrift van ACTA-onderzoeker Janneke Krikken. Zij promoveerde 14 juni aan de Universiteit van Amsterdam.

Krikken onderzocht de relatie tussen de opvoedstijl van ouders, tandartsangst bij kinderen en het gedrag van kinderen tijdens de tandheelkundige behandeling. Hoewel tandartsen vaak aangeven dat de opvoeding van ouders invloed heeft op de behandelbaarheid van kinderen, kon Krikken deze relatie in haar onderzoek niet aantonen.

Wel kunnen emotionele problemen en coping-gedrag van kinderen een rol spelen bij tandartsangst. Kinderen met slaapproblemen, concentratieproblemen en agressief gedrag vertoonden meer oncoöperatief gedrag bij de tandarts; emotioneel reactieve kinderen en kinderen met concentratieproblemen waren angstiger voor de tandarts.

Voortdurende blootstelling aan neutrale tandheelkundige handelingen, zoals een controle, zorgt voor minder tandartsangst bij kinderen met een schisis (spleet of groef in bovenlip, kaak of gehemelte). In drie jaar tijd daalde de tandartsangst van deze kinderen van gemiddeld boven het landelijk gemiddelde tot een gemiddeld niveau. Het aantal copingstrategieën dat de kinderen gebruikten tijdens een tandheelkundige behandeling verminderde in deze tijd.

Krikken onderzocht ook of de aanwezigheid van ouders invloed had op de angst of het gedrag van hun kinderen tijdens de behandeling. Tandartsen wisten op voorhand goed de ouders van bange kinderen te identificeren, evenals de ouders die weinig vertrouwen hadden in de behandeling. In geval van vrije keuze zouden de tandartsen er de voorkeur aan geven deze ouders niet bij de behandeling van hun kinderen te betrekken. Echter, de aanwezigheid van ouders bleek niet van invloed op de angst of het gedrag van hun kinderen tijdens de behandeling.

Janneke Krikken verdedigde haar proefschrift op vrijdag 14 juni. Het heeft als titel *Dental Anxiety and Behaviour Management Problems: The Role of Parents*. Promotor was prof. dr. J.M. ten Cate. Co-promotoren waren dr. A.J. van Wijk en dr. J.S.J. Veerkamp. (bron: ACTA) ■

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.

"Internationale zwarte lijst voor tandartsen na zaak-Thiel"

DEN HAAG - De wanpraktijken van tandarts Klaus Peter Thiel hebben ook politiek Den Haag bereikt. CDA-kamerlid Hanke Bruins Slot en SP-kamerlid Henk van Gerven pleiten voor een internationale zwarte lijst die moet voorkomen dat slecht presterende tandartsen over de grens een nieuwe carrière beginnen. Dat meldt Omroep West. Aan een dergelijke lijst wordt al gewerkt, maar CDA wil dat er haast gemaakt wordt.

De van oorsprong Duitse Thiel liet begin mei van dit jaar zijn tandartspraktijken in Kijkduin en Alphen aan de Rijn abrupt in de steek en liet tientallen slecht behandelde patiënten achter. Na zijn verdwijning bleek uit berichtgeving in de Duitse media dat Thiel in Duitsland al in 1996 was veroordeeld voor mishandeling: sommige patiënten konden niet meer bijten en kauwen en kampten met pijn en onherstelbare schade. Hierop volgde een veroordeling tot negen maanden cel en een verbod om het beroep van tandarts nog langer uit te oefenen. Thiel runde van 1991 tot 1994 de Maximiliankliniek in Bad Godesberg, vlakbij Bonn.

> *Hij was in 1996 al in Duitsland veroordeeld*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft Peter Thiel inmiddels uit het BIG-register geschrapt na vele klachten over het functioneren van de tandarts te hebben ontvangen. CDA en SP vinden dat de IGZ al eerder had moeten ingrijpen. De IGZ heeft aan het *Algemeen Dagblad* laten weten dat er eerder wel degelijk inspecties hebben plaatsgevonden en dat Thiel mogelijk vanwege de controles is vertrokken. In 2012 stond de praktijk van Thiel onder toezicht van de inspectie; in januari werd hij geattendeerd op ernstige tekortkomingen in zijn praktijken, maar dit heeft nauwelijks tot verbetering geleid.

Ook de Centrale Klachtencommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft veel klachten ontvangen. In het bevel van de inspectie aan Thiel om geen tandheelkundige zorg meer te verlenen schrijft zij: "Al deze ernstige signalen zijn voor de inspectie reden geweest voor een intensivering van haar onderzoek naar het functioneren van dhr. Thiel. Op herhaalde verzoeken om informatie is door de tandarts niet inhoudelijk gereageerd. Indien tandarts Thiel geen gehoor geeft aan het bevel, dan kan een last onder bestuursdwang, dan wel een last onder dwangsom worden opgelegd." De inspectie onderzoekt of er voldoende aanleiding is om aanvullend een tuchtrechtprocedure te starten.

Thiel zou op dit moment in Duitsland verblijven en Bruins Slot wil dat de Nederlandse inspectie de Duitse inspectie daarover informeert. De inspectie wil niet bevestigen of ontkennen dat zij ook geïnformeerd is door de Duitse inspectie toen Thiel naar Nederland kwam. Volgens zijn woordvoerder verblijft Thiel in Duitsland vanwege een ernstige ziekte, maar aan dat verhaal wordt getwijfeld. (bronnen: Omroep West, AD) ■

Tijdelijke introductieaanbieding! (t/m 16 september)

MKA-chirurgie

Handboek voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

Auteurs: B. Stegenga, A. Vissink, F.K.L. Spijkervet
Verwacht: 11 september 2013
Omvang: 720 pagina's

Actieprijs: ~~€ 219,50~~ **€ 194,50**

Opvolger van *Mondziekten en kaakchirurgie* (2000)

Dit complete en rijk geïllustreerde boekwerk bundelt alle basisvaardigheden en fundamentele kennis over Mondziekten, Kaak- en Aangezichtchirurgie en daaraan verwante vakgebieden. Met *MKA-chirurgie* krijgt de lezer noodzakelijke 'bagage' geboden voor het analyseren en oplossen van eenvoudige en complexe klinische problemen, voor het adequaat handelen in acute en bedreigende situaties en voor een adequate communicatie met collega-zorgverleners. Het up-to-date houden van kennis en vaardigheden is daarbij een vereiste. De theorie is aangepast aan de nieuwste kennis en inzichten en het illustratiemateriaal is vernieuwd. Een onmisbare uitgave voor tandartsen, kaakchirurgen, mondhygiënisten en zij die daarvoor in opleiding zijn.

Geneeskundeboek.nl

Bestel deze en andere tandheelkundige titels op www.geneeskunde*boek*.nl

Met actiecode **DT2013** betaalt u tot en met 31 augustus geen verzendkosten bij al uw bestellingen!

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht

NIEUWEGEIN - Op 1 juli 2013 is de 'Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' in werking getreden. Organisaties en professionals in zes sectoren, waaronder tandartsen, zijn nu verplicht een meldcode te gebruiken bij een vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld. De verplichting geldt voor alle beroepskrachten binnen de mondzorgpraktijk.

Staatssecretaris Martin van Rijn (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) noemt de wet een belangrijke mijlpaal in de strijd tegen kindermishandeling en huiselijk geweld. Van Rijn: "De wet is geen startpunt, maar een sluitstuk, want de meldcode wordt al jaren ingezet op allerlei plekken met veel goede resultaten. We weten dat de meldcode in de praktijk werkt om mishandeling en geweld sneller en beter te kunnen stoppen."

De meldcode is een overzichtelijk vijfstappenplan waarin staat wat een professional het beste kan doen bij een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling. De code leidt de professional door het proces vanaf het eerste vermoeden tot aan het moment dat hij of zij moet beslissen over het doen van een melding.

In Rotterdam is vijf jaar geleden al met succes een verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling ingevoerd. Het aantal meldingen door zorgprofessionals bij het Advies- en Steunpunt Huiselijk geweld is daar verviervoudigd en bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling is het aantal adviesaanvragen van 1952 naar 2723 toegenomen.

Zorgprofessionals kunnen voor toepassing van de meldcode hulp krijgen van de gratis Meldcode App, die helpt om in te grijpen bij vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling. De app doorloopt de vijf stappen van de meldcode en verbindt de professional direct met de juiste instanties. Er is daarnaast een gevarieerd aanbod aan scholing over de meldcode en het herkennen van signalen van kindermishandeling of huiselijk geweld. Op de website van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een overzicht te vinden.

Voorafgaand aan de verplichte meldcode was er sinds 2012 voor de mondzorg al de Meldcode Tandheelkunde betreffende Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (Meldcode TKHG), opgesteld door de werkgroep Meldcode TKHG van de NMT. (bronnen: NMT, Rijksoverheid).

Later dit jaar besteedt Dental Tribune uitgebreid aandacht aan de meldcode, waarbij experts verbonden aan het veelgelezen boek Herkenning van letsel door lichamelijk geweld *(2008) adviseren over het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld.* ■

Aanmeldingen kosten- én schaduwonderzoek stromen binnen

NIEUWEGEIN – De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) startte recentelijk het nieuwe kostenonderzoek, waarmee de autoriteit de tarieven onderbouwt van onder andere tandartszorg en orthodontie in 2014. Gelijktijdig met het kostenonderzoek van de NZa heeft de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) een schaduwonderzoek uitgezet bij accountantsfirma Pricewaterhouse Coopers.

Het overgrote deel van de door de NZa benaderde praktijken nam ook deel aan het schaduwonderzoek, al hadden bij het ter perse gaan van deze krant 200 benaderde praktijken zich nog niet bij de NMT gemeld.

De NZa heeft alle mondzorgpraktijken die geselecteerd zijn voor het onderzoek naar de tarieven en prestaties in de mondzorg een aangetekende brief gestuurd. Daarop heeft de NMT alle geselecteerde praktijken opgeroepen zich te melden via het online formulier op hun website, zodat de uitkomsten en conclusies van het NZa-onderzoek getoetst kunnen worden en indien nodig weerlegd. De verenigingen ANT, ONT, NVM en NVIJ steunen de NMT in dit onderzoek.

Op Twitter waren sceptische reacties te lezen: "De geluiden en ervaringen over het kostenonderzoek van NZa duiden op het bekende: slecht voorbereid, dubieus opgesteld. We zijn te afwachtend!" schrijft tandarts Raktoe. 'De Vogelvrije huisarts' twittert: "De conclusie van de NZa zal nooit zijn dat mondzorgprofessionals te weinig verdienen…"

In april heeft de NZa een pilot uitgezet om de grootte van de steekproef vast te stellen, te controleren of voldoende respondenten beschikken over de jaarrekening over 2012 en de vragenlijst te verbeteren. Daaruit bleek dat bijna de helft van de mondzorgpraktijken beschikt over een jaarrekening uit 2012 en dat een grote groep deze binnenkort gereed denkt te hebben. Het jaar 2012 wordt daarom betrokken in de vragenlijst van de NZa. Na de pilot heeft onderzoeksbureau Deloitte bepaald dat de totale steekproef zal bestaan uit 450 reguliere tandartspraktijken, 75 orthodontie-praktijken, 75 tandprothetici en 75 praktijken van mondhygiënisten. Op basis van de resultaten van het kostenonderzoek gaat de NZa de tarieven van onder andere tandartszorg en orthodontie in 2014 bepalen.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) meldt dat enkele door de NZa benaderde mondhygiënistenpraktijken zich nog niet bij de vereniging hebben gemeld. De NVM benadrukt dat de uitkomsten van het schaduwonderzoek anoniem zijn en dat ze, bewerkt, aan de mondzorgkoepels ter beschikking worden gesteld om ze te vergelijken met de resultaten van het NZa-onderzoek.

De NMT heeft samen met de ANT, ONT en NVM exclusief voor deelnemers aan het kostenonderzoek vier informatiebijeenkomsten in juni en juli georganiseerd. (bronnen: NZa, NMT) ■

Jeugd heeft minder cariës

DIEMEN – Sinds 2005 is de prevalentie van cariës onder alle leeftijdsgroepen tot 23 jaar verminderd. Wel namen de kosten voor tandheelkundige zorg aan jongeren toe: van 231 miljoen euro in 2005 naar 310 miljoen euro in 2011. Dat schrijft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in het Signalement Mondzorg 2013, dat aan minister Schippers van VWS is aangeboden.

Van de 5-jarigen had in 2005 slechts 44% een gaaf melkgebit, terwijl dit in 2011 (het jaar van dataverzameling) 59% was. Onder de 17-jarigen had in 2005 29% een gebit zonder cariës en in 2011 39%.

De toegenomen kosten aan mondzorg voor de jeugd vallen voor een belangrijk deel te verklaren doordat aan (röntgen)diagnostiek, preventie en mondhygiëne vanuit de Zorgverzekeringswet meer werd uitgegeven.

> *"Deze verbetering is nog maar een eerste stap"*

De hoeveelheid cariës in het gebit wordt gezien als een van de belangrijkste indicatoren voor de mondgezondheid. Hoewel uit het onderzoek een lichte toename van de mondgezondheid onder de jeugd blijkt, komt cariës nog altijd veel voor onder Nederlandse kinderen.

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) heeft aangegeven "verheugd" te zijn dat de mondgezondheid van de jeugd de afgelopen jaren flink is verbeterd. De beroepsvereniging heeft haar bijdrage geleverd door voorlichting op scholen te organiseren en informatie te verstrekken op de patiëntenwebsite www.allesoverhetgebit.nl. De NMT betreurt echter dat er nog altijd sprake is van cariës en dat er grote verschillen bestaan in de prevalentie van cariës bij verschillende sociaal-economische klassen. "Deze verbetering is nog maar een eerste stap. Professionals in de mondzorg moeten zich samen met ouders en jeugd blijven inspannen om de mondgezondheid te verbeteren," aldus de NMT op haar website. (bronnen: CVZ, NMT) ■

Simply Smarter Symposium

"Tips & Tricks die u direct in uw praktijk kunt toepassen"

13 september 2013, Hotel Houten

Dr. P. Peña

"Managing the aesthetic area: From extraction to implant restorations, a challenging journey"

Drs. J.W. Vaartjes

"Tips & Tricks voor voorspelbare Implantologie"

Dr. P. Fairbairn

"The use of alloplastic graft material in Bone regeneration"

Ook interesse, waarom wachten? Registreer nu online!

Implant Direct

Deelnameprijs: €275,- excl. BTW

www.implantdirect.nu/triples2013

Implant Direct simply smarter.

.Bone.com MEDICAL BONE

Innovation Quality Service Value

tel: +31 (0) 30 25 998 25 • info@implantdirect.nu

“Mondzorg onbetaalbaar zonder preventie”

Interview met James Huddleston Slater sr. en em. prof. dr. Wim van Palenstein Helderman

James Huddleston Slater sr. (links) en em. prof. dr. Wim van Palenstein Helderman.

TEKST EN FOTO’S: BEN ADRIAANSE

Er moet meer aan preventie worden gedaan, klinkt het steeds vaker. Dat is makkelijk gezegd, maar wat nu precies (effectieve) preventie is, of hoe deze meer in de mondzorgpraktijk kan doordringen, daarvoor is veel minder aandacht. James J.W. Huddleston Slater sr. en em. prof. dr. Wim van Palenstein Helderman vinden dat het anders moet. Al jaren houden de twee nestors vurige pleidooien voor een betere cariëspreventie. In een uitgebreid interview met Dental Tribune *vertellen zij wat er moet gebeuren in de Nederlandse mondzorg, en hoe de focus op reparatie plaats kan maken voor een preventief en daarmee kosteneffectief beleid. “Effectieve preventie vergt een individuele aanpak.”*

U heeft het er regelmatig over dat de mondzorg “onbetaalbaar en ontoegankelijk” dreigt te worden. Moeten we ons echt zorgen gaan maken?

James Huddleston Slater (JHS): We hebben momenteel te maken met een dubbele vergrijzing. Mensen worden ouder, en meer mensen worden oud. Steeds meer van deze ouderen houden hun eigen gebit, met alle benodigde reparaties van dien. Daarnaast worden patiënten, maar ook zorgverleners veeleisender: de technische mogelijkheden nemen toe en behandelingen worden steeds complexer. Daardoor stijgen de te vergoeden kosten van mondzorg enorm.

Wim van Palenstein Helderman (WPH): Onderschat de opkomst van welvaartsziekten niet. In de mondzorg is dat erosie door frisdrank en zoetigheid, bij kinderen maar ook bij ouderen. De zorgbudgetten nemen de laatste jaren alsmaar toe, er is geen sprake van stabilisatie. Daar moet dringend een stop op gezet worden.

Maar om dan van ‘onbetaalbaar’ en ‘ontoegankelijk’ te spreken, is dat niet overtrokken?

JHS: Dat hangt van het welvaartsniveau af en wat je als zorgconsument aan je gebit wilt besteden. Als we zo doorgaan, zullen de kosten per inwoner aanzienlijk zijn. Het probleem zit dan bij mensen onder de streep die ook een goed gebit willen. Voor hen dreigt mondzorg te duur te worden.

WPH: De minister heeft vanwege de noodzaak tot bezuinigen aan de mondzorg gevraagd hoe we de kosten kunnen terugdringen. Als de professie daar niet in slaagt, snijden we in eigen vlees, want dan zal de overheid zelf de kaasschaaf ter hand nemen. Misschien gaan de tarieven dan omlaag, of verdwijnt er nog meer uit het basispakket. De hele gezondheidszorg zal zich op termijn moeten afvragen of een kostbare ingreep voldoende oplevert, met het oog op de resultaten ervan en de levensverwachting van de patiënt.

Het is van groot belang dat we het (mond)zorgbudget neutraal houden, juist in het belang van zorgverleners. De sleutel hiertoe ligt bij een betere preventie, al vanaf jonge leeftijd. Er is een omslag in het denken nodig, bij tandartsen en in de opleidingen. Minder nadruk op de restauratiecyclus, ten gunste van het voorkómen van cariës.

Alleen van cariës?

JHS: Recent heb ik met verzekeringsgegevens aangetoond dat ruim 60% van de 2,7 miljard aan totale jaarlijkse kosten van de mondzorg wordt besteed aan het behandelen van cariës. Als we het budget willen remmen, moeten we daar beginnen. Minister Klink erkende destijds al dat cariës een ‘vermijdbare ziekte’ is. Het is toch van de zotte dat we een vermijdbare ziekte blijven repareren, zonder afdoende stappen te zetten om die te vermijden. Een universeel verschijnsel, overigens.

> *Je moet de dialoog durven en willen aangaan*

Nederland heeft een van de best functionerende mondzorgsystemen ter wereld. Is het niet paradoxaal dat het juist in Nederland anders moet?

JHS: Een goed functionerend mondzorgsysteem betekent dat iedereen recht heeft op hoogwaardige mondzorg. Adel verplicht: we hebben nu eenmaal een verzekeringssysteem en kunnen daarvan profiteren. Daarnaast laat welvaart de zorgvraag evenredig toenemen. Door televisieprogramma’s als *Make me beautiful*, die we weleens gekscherend ‘Bleek me beautiful’ noemen, staan de patiënten in rijen op de stoep die allemaal zo’n stralend gebit willen. Juist een mondzorg die zo ver gevorderd is in curatie en overbehandeling en waar preventie nog zo in de kinderschoenen staat, dáár lopen de budgetten uit de hand.

In ontwikkelingslanden is veel minder geld, maar zijn de problemen eigenlijk hetzelfde. Een goed preventief beleid kan zowel daar als hier de kosten van mondzorg beheersbaar houden.

Het woord preventie is een paar keer gevallen. Het lijkt in veel recente artikelen een containerterm: we moeten aan preventie doen, en dat is het. Waar staat preventie nu eigenlijk voor?

WPH: De overkoepelende gedachte achter preventie zou moeten zijn dat we de patiënt betrekken bij de zorg voor zijn eigen gebit. Gebitsverzorging kun je niet doen in de twee kwartiertjes per jaar dat je een patiënt ziet. Nee, dat moet die patiënt zelf doen. Je kunt als tandarts kinderen wel met fluoride behandelen, maar als ze goed poetsen, krijgen ze elke dag een fluoridenapplicatie. Samenwerken om tot goede zelfzorg te komen, daar zou preventie voor moeten staan. Een groot verschil met het verleden, toen ‘preventie’ nog weinig effect had. Je moet beter poetsen, zei men toen, en klaar.

Wat onderscheidt effectieve van ineffectieve preventie?

JHS: De kern zit in een individuele benadering. Zeggen dat er plaque zit en je beter moet poetsen is niet voldoende. Daarvan weten we dat het niet werkt. Preventie moet geen algemeen verhaal zijn, maar gerichte voorlichting, afgestemd op de patiënt die je in de stoel hebt. Pas dan voelt die zich écht aangesproken en kun je voor gedragsverandering zorgen. Al blijft dat een lastig en geleidelijk proces.

Het zou al veel opleveren als je het met een patiënt over het cariësrisico hebt. Je kunt daarbij kijken naar de hoeveelheid plaque, maar dat is een momentopname. Het is veel zinniger als je naar het glazuur kijkt. Als je de plaque weghaalt, kun je de verschillende stadia van aantasting monitoren en de patiënt laten zien waar gaatjes dreigen te ontstaan. Hij weet dan ook aan welke plekken hij extra aandacht moet besteden.

WPH: Het is voor een patiënt een eyeopener als hij hoort dat bij hem een cariësproces gaande is dat omkeerbaar is. Voor de patiënt die altijd dacht dat cariës iets is wat je nu eenmaal overkomt en wat de tandarts voor je repareert, is dat een nieuw verhaal. De patiënt heeft zelf de sleutel in handen om cariës te voorkomen, de mondzorgverlener is niet meer dan de aanjager. Als je als tandarts nu eens zegt: “dit zijn de risicoplekken, ga twee maanden goed poetsen en dan kan ik aan het glazuur zien of je het goed hebt gedaan.” Dat motiveert enorm, en is voor de patiënt leuk, want hij voelt zich betrokken bij de behandeling. De belangrijkste kwaliteit van zorg is dat de patient gedrag gaat vertonen waarmee hij zijn eigen ziekten kan stabiliseren of voorkomen.

Een algemene en vrijblijvende toon typeert ineffectieve preventie. Hoe kunnen we ineffectieve voorlichting nog meer herkennen?

WPH: Sommige ‘voorlichting’ heeft voornamelijk een commercieel doel. Fabrikanten schrijven voor dat je hun tandenborstels elke drie maanden moet vervangen. Dat is op niets gebaseerd. Ik heb er onderzoek naar gedaan en geconcludeerd dat bij borstels van 14 maanden oud de poetsresultaten bijna net zo goed waren. Zijn die paar procent de reden om voortdurend die borstel te vervangen? Belangrijker is om niet te hard te duwen bij het poetsen, maar dat advies hoor je minder vaak. Goede voorlichting is gericht op de mondgezondheid van de patiënt en wetenschappelijk onderbouwd.

De pleidooien voor individuele preventie zijn veel tandartsen welbekend. Waarom wordt in tandartspraktijken toch nog vaak het algemene verhaal verteld?

WPH: Deze benadering komt nu meer, maar nog steeds te weinig in de opleidingen aan de orde. Je moet studenten aanleren hoe te kijken naar een initiële laesie: is deze actief of inactief en hoe ga je daar met de patiënt mee om? Veel tandartsen zien het wel, maar constateren dat er geen caviteit is ontstaan en zeggen of doen daarom niets.

> lees verder op pagina 6

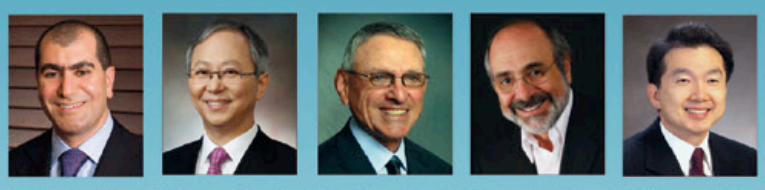
James J.W. Huddleston Slater sr. voerde meer dan veertig jaar een sterk preventief georiënteerde praktijk in Utrecht. Hij bekleedde diverse functies bij de NMT en was voorzitter van de stichting Dental Health International Nederland (DHIN). Momenteel is hij adviserend tandarts bij zorgverzekeraar VGZ.

Prof. dr. Wim Van Palenstein Helderman is emeritus hoogleraar Oral Health Development aan de RU Nijmegen. Hij was adviseur van de World Oral Health Organization en vice-voorzitter van het World Dental Health Promotion committee van de FDI. Daarnaast was hij jarenlang redacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde en bestuurslid van DHIN.

The 10th Annual **MegaGen International Symposium**

7 & 8 november, Bangkok, Thailand

Evidence & Challenges with masters



Dr. Nicolas Elian, Dr. Kwang Bum Park, Dr. Myron Nevins, Dr. David Garber, Dr. Thomas J. Han

"Het is leuker verandering te leiden dan te lijden onder verandering... so get ahead of the game"

Voor meer informatie:
www.megagenbenelux.nl
event@megagenbenelux.nl

Evidence & Challenges with Masters

Na een succesvolle MegaGen European Scientific Meeting 2013 willen wij u graag uitnodigen voor het 10th Annual Megagen International Symposium dat plaats zal vinden op 7 en 8 november 2013 in het Shangri-La Hotel, Bangkok, Thailand.

Tijdens deze jubileumeditie zullen er diverse internationale topsprekers hun opwachting maken. Wat dacht u van presentaties en discussie battles met onder andere dr. Thomas J. Han, dr. Myron Nevins en dr. David Garber. Met het thema "Evidence & Challenges with Masters" worden er tijdens het symposium handreikingen aangedragen om casussen efficiënter te behandelen.

Zoals Piet van Abeelen, oud Chief Six Sigma Quality Officer van General Electric tijdens het ESM 2013 opmerkte: "Er is een lichtpunt aan de horizon: dat kan een aanleiding zijn om 'out of the box' te denken, maar ook een snelle trein zijn die u omver rijdt." In de hedendaagse veranderingen van de tandheelkunde kunt u als tandarts én ondernemer niet stil blijven zitten.

MegaGen heeft vele innovaties waardoor het mogelijk is om met minder, meer te kunnen bereiken. Niet alleen m.b.t. de implantaten zelf, maar ook met producten die een behandeling eenvoudiger kunnen maken. Zo blijven we met elkaar stappen voorwaarts zetten in de implantologie. Met behulp van de nieuwe behandelingsmethodieken van MegaGen, bent u in staat om eerst te bepalen wat het eindresultaat moet worden voordat het implantaat wordt geplaatst. Dit is haalbaar door de unieke combinaties die MegaGen u kan bieden. Denk aan het innovatieve AnyRidge® & de AnyOne® implantaatsysteem, met het nieuwe Xpeed oppervlak, het R2GATE digitale diagnose- en planningsoftware en DDX, de CAD/CAM innovatie voor het vervaardigen van zowel boorsjabloon, abutment én de (tijdelijke)kroon. Hierdoor is het voor u mogelijk de patiënt in één zitting te behandelen.

De 10de editie van het internationale symposium vindt plaats in Thailand, in het Shangri-La Hotel. Bangkok is een meeslepende wereldstad met vele contrasten waardoor het ook vanuit toeristisch oogpunt een zeer atractieve bestemming is.

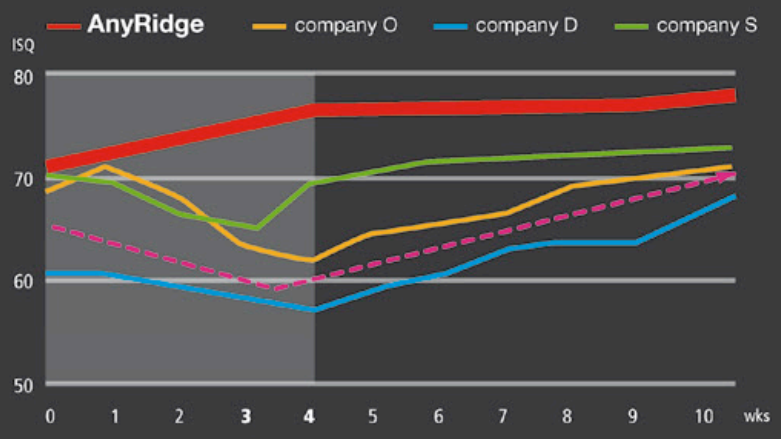
Namens het gehele team van MegaGen Implant kijken wij uit naar uw aanwezigheid! Laat u verassen door de vele innovaties die MegaGen te bieden heeft en zorg dat u voorop loopt in de hedendaagse veranderingen.

MegaGen Benelux

Snelle osseointegratie

Jarenlange klinische ervaringen, technische R&D en innovatieve productieprocessen hebben geleid tot het revolutionaire AnyRidge® implantaat. Waar normaal bij de 3de en 4de week na implanteren een teruggang in de osseointegratie van het implantaat plaatsvindt, zien we bij het AnyRidge® implantaat het tegengestelde. Het gepatenteerde Knife Thread® design van MegaGen's AnyRidge® implantaat heeft een zeer hoge primaire en continue stabiliteit. AnyRidge® is dus uitstekend geschikt voor early- en immediate loading.

Comparison of ISQ value trend (internal research data)



1: Verbetering van de initiële stabiliteit voor immediate en early loading.

Ons innovatieve ontwerp van de schroefdraad zorgt voor een betere primaire stabiliteit (zelfs in lastige situaties) en levert lange termijn implantaat succes.

2: Zorgen voor natuurlijke-esthetiek.

Het unieke biologische S-line abutment zorgt voor een naadloos aansluitend emergence profile en verzekert een natuurlijke esthetiek.

3: Behoud van corticaal bot.

Minder stress op het corticale bot minimaliseert de botresorptie en behoudt de bloedvoorziening naar de omliggende weefsels.

> vervolg van pagina 4

JHS: Je moet wel echt de moeite nemen om de patiënt te oefenen. Bovendien zijn niet alle patiënten van de 'bemoeienis' van de mondzorgverlener gediend. Er liepen weleens patiënten bij me weg die het onzin vonden dat ik de poetsinstructie apart in rekening bracht. Je moet het als tandarts wel kunnen verkopen en de dialoog durven en willen aangaan. Daarvoor moet je enig psychologisch inlevingsvermogen hebben, en ook van de patiënt is een bijdrage nodig.

WPH: Iedereen in de mondzorg, zo hopen we maar, werkt naar eer en geweten. We willen daarom niet met de vinger wijzen, al zijn veel mondzorgverleners koppig tegen beter weten in. De mens is nu eenmaal geneigd aan zijn gebruiken vast te houden en die te blijven verdedigen. Zeker als je het gevoel hebt dat je het al goed doet. Als verdedigingsmechanisme om niet te hoeven veranderen komt men vaak met extreme voorbeelden aan: stel nu dat er een moeder met negen kinderen langskomt, die kan ik toch niet uitleggen dat ze elk kind moet napoetsen? Dan zou ik zeggen, begin eens met die moeder met één kind.

De opleidingen zouden dus meer nadruk op preventie moeten leggen?

WPH: In de opleidingen worden stapjes gezet, maar niet genoeg. Een probleem is ook dat de studenten die zich voor de opleiding aanmelden, dat doen met de traditionele – curatief georiënteerde – tandartspraktijk in het achterhoofd. Het zijn vaak studenten die het leuk vinden om 'met de handen te werken', want dat is het profiel dat aan de tandheelkunde kleeft. Bovendien heeft een opleidingscoördinator die meer op preventie wil inzetten, te maken met een staf die ouderwets is opgeleid. Daarom gaan die veranderingen tijd kosten.

Preventie kan de prevalentie van cariës verminderen en daarmee de uitgaven aan mondzorg doen dalen. Hoeveel winst valt er eigenlijk te behalen?

JHS: Eerder heb ik percentages van 30 tot 40% genoemd waarmee de prevalentie van cariës in Nederland naar beneden kan. Daarmee was ik nog voorzichtig: een recente promotie van Erik Vermaire liet zien dat meer dan 50% mogelijk is. Om dit te bereiken zijn weinig investeringen nodig, wat interessant is in tijden van crisis. Anders gaan denken kost niet veel geld.

Het terugbrengen van cariës vermindert niet alleen het budget voor restauraties en dergelijke, maar ook van ingrepen die indirect door cariës worden veroorzaakt, zoals implantaten. Daarnaast verlaagt preventie niet alleen de kosten van de mondzorg. Zo vergt een implantaatbehandeling dat je in het ziekenhuis enkele zaken laat controleren, zoals de bloeddruk en diabetes. Als deze ingrepen minder nodig zijn, scheelt dat de algemene gezondheidszorg ook. Bovendien heeft een verbeterde mondgezondheid ook positieve gevolgen voor de algemene gezondheid, zoals in steeds meer onderzoek wordt aangetoond.

Stel nu dat elke Nederlander de – goede – voorlichting van de tandarts van kinds af aan perfect zou opvolgen en dat tot op hoge leeftijd volhoudt. Kunnen we cariës dan volledig uitroeien?

WPH: Ja. Gegarandeerd.

Patiënten die lijden aan cariës omdat ze naar eigen zeggen 'nu eenmaal een slecht gebit hebben', moeten zich dus achter de oren krabben.

WPH: Absoluut, tenzij iemand bijvoorbeeld van nature of door medicijngebruik weinig speeksel aanmaakt. In zo'n geval is cariësvrij blijven problematischer. Maar dan heb je het echt over uitzonderingen. Als je cariës krijgt, is dat bijna altijd je eigen schuld.

Als met eenvoudige middelen zoveel winst te behalen is, waarom zien we dan zo weinig voorlichtingscampagnes in de media? En trekt de bevolking zich zo weinig van de alarmerende signalen aan? Er wordt meer suiker en frisdrank geconsumeerd dan ooit, cariës is binnen de gezondheidszorg een van de grootste kostenposten.

JHS: We kunnen tandartsen verwijten dat zij te weinig aan preventie doen, maar de patiënten eisen het ook niet. Veel mensen zijn blijkbaar tevreden met hoe het nu gaat. Af en toe heb je een gaatje en de tandarts repareert dat, geen probleem. Daar zal een factor van onwetendheid in zitten: te weinig realiseert men zich dat je het lot van je gebit in eigen handen hebt. Daarnaast realiseert men zich niet dat een simpele restauratie later tot allerlei problemen kan leiden. De beste preventie is gericht op het houden van een gaaf gebit, door persoonlijk advies over de cariësactiviteit, mondhygiëne en voeding.

Als organisaties als de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie de kwaliteit van mondzorgpraktijken nagaan, gaan ze kijken of er een rode loper in de praktijk ligt en of de telefoon snel opgenomen wordt. Maar het preventieve beleid heb ik ze nog nooit onder de loep zien nemen. Ook in de tandheelkundige media zie je dat terug. De cursussen die worden aangeboden zijn bijna allemaal curatief en restauratief, bijna niets preventief. Daar spelen de belangen van de markt natuurlijk een rol in.

Moeten mondzorgverleners meer gemotiveerd worden om aan preventie te doen?

JHS: Dat gebeurt eigenlijk al. Het tarievensysteem en de verzekeringen zijn erop ingericht. Tegenwoordig is er een tarief voor elke vijf minuten die een preventief consult duurt en de verzekering vergoedt dat. Heb je vier keer vijf minuten nodig gehad, dan kun je dat vier keer declareren, al moet je dat natuurlijk wel kunnen verantwoorden.

Als er 100% preventie wordt doorgevoerd, is er geen verzekering meer nodig. Maar er blijven altijd groepen met risico's, zoals gehandicapten en sociaal zwakkeren. Als je preventie doorvoert, zou je aan hen meer aandacht kunnen besteden. In dat opzicht maakt preventie de zorg socialer. De verzekering was vroeger een spaarpot, eigenlijk een financieringssysteem, want iedereen had gaatjes en dan keerde de verzekering uit. Ik pleit ervoor dat échte risico's worden verzekerd, bijvoorbeeld bij ongevallen.

WPH: Bij een goede preventie is er uiteindelijk minder mondzorg nodig, en dus ook minder tandartsen. Er zijn alleen maar voordelen als we de aandacht verschuiven van postcavitaire cariës naar precavitaire cariës. De uitdaging is om tandartsen te overtuigen die vinden dat het momenteel al goed gaat.

Het sterk terugdringen van de mondzorgvraag zal in deze tijden van omzetdalingen niet voor iedereen een inspirerende gedachte zijn.

WPH: Je hoort het weleens tandartsen verzuchten: "Ja, maar straks heb ik geen werk meer." De effecten van een goed preventief beleid zie je echter pas op de zeer lange termijn, over een jaar of twintig. Je neemt dus niet in de eerste plaats jezelf, maar je toekomstige vakgenoten werk uit handen. Als er in de toekomst minder te restaureren is, zijn er minder tandartsen nodig en is de kans groter dat we nog met dezelfde en niet met verlaagde tarieven werken. Het is dus heel bevorderlijk voor de professie dat we meer aan preventie doen, juist uit financieel oogpunt.

Een ander sprookje dat we uit de wereld willen helpen, is dat je er niet of nauwelijks voor wordt betaald als je aan preventie doet. Je krijgt daar via het tarievensysteem een aardig bedrag voor: als je het per uur uitrekent, dan staat het gelijk aan vier vullingen. Voor de inkomsten hoef je het niet te laten. Vroeger was dat overigens wel zo, toen leverden curatieve behandelingen veel meer op. Wat dat betreft is het tarievensysteem sterk verbeterd.

JHS: Om je patiënten te behouden is een goed preventief beleid juist heel verstandig. Je houdt je patiënten niet tevreden door aan de lopende band vullingen te plaatsen. Dat doe je door goede resultaten te boeken en je patiënt daarmee tevreden te stellen. Door de patiënt te waarschuwen voordat een caviteit ontstaat, niet als het kwaad al geschied is.

Helaas blijven sceptici benadrukken dat de resultaten van preventief handelen wetenschappelijk gezien moeilijk hard te maken zijn.

WPH: In veel wetenschappelijke tijdschriften lees je dat over de resultaten van preventie te weinig bekend is, maar het is al in de jaren tachtig aangetoond dat cariës op jonge leeftijd te voorkomen is. Met andere woorden, dat effectieve preventie mogelijk is. Helaas is er een groot gat tussen wat in de wetenschap gebeurt en wat in de praktijk toepasbaar is. Niet alles wat wordt onderzocht is bruikbaar, en niet alles wat bruikbaar is wordt onderzocht. Dat heeft voor een deel met aanzien en geld te maken: met microbiologische onderwerpen heb je als wetenschapper meer kans om in wetenschappelijke tijdschriften met een hoge 'impact factor' te komen. Toegepast onderzoek in samenwerking met clinici is gecompliceerd, tijdrovend en levert in de academische wereld minder honneurs op, terwijl we juist daar in de praktijk behoefte aan hebben.

JHS: Het onderzoek uit de jaren tachtig is de Deense Nexo-studie. Daaruit bleek al dat algemene voorlichting niet werkt. Wie daarover begon, werd altijd afgeserveerd, want "natuurlijk" was Denemarken niet te vergelijken met Nederland. Onzin. Ook in Denemarken heeft het tot een paar jaar geleden geduurd voor iets met dat onderzoek gedaan is. Het probleem was dat de wetenschapper achter het onderzoek destijds de mondzorg hard aanviel: hij beweerde dat tandartsen 'vullers' waren en hun preventieve taak verwaarloosden. Zijn provocatie zette zoveel kwaad bloed, dat zijn verhaal nauwelijks navolging kreeg. Daar moeten we in Nederland dus voor waken.

Sinds kort hebben we hier een vergelijkbaar onderzoek, uitgevoerd in Den Bosch door promovendus Erik Vermaire. Ook daaruit bleek de kracht van de individuele benadering bij kinderen, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de ouders.

Bij de jeugd is dus de meeste winst te behalen. Moet de tandarts meer fluoridebehandelingen uitvoeren?

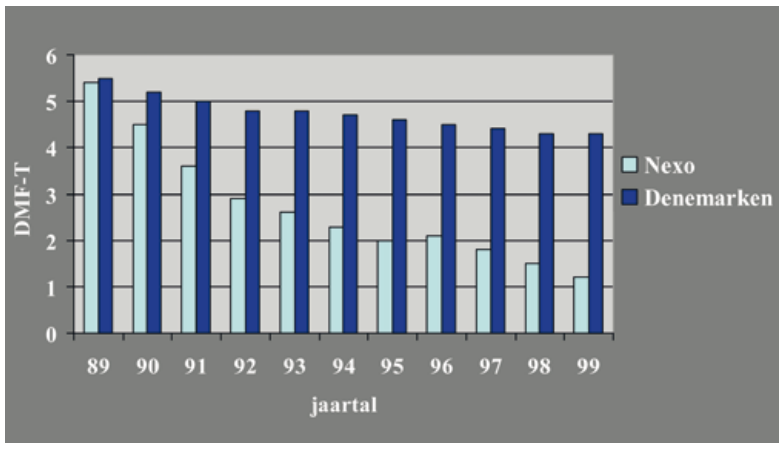
WPH: Nee. Er wordt in publicaties onderscheid gemaakt tussen Intensified Professional Fluoride Application (IPFA) en het Non-Operative Caries Treatment Protocol (NOCTP). De eerste benadering legt de preventie in handen van de tandarts, door de nadruk op aanvullende fluorbehandelingen. De tweede legt de bal bij de patiënt en in het geval van kinderen bij de ouders. Uiteraard ligt mijn sympathie bij NOCTP. Het is logisch dat een dagelijkse applicatie van fluoride veel meer effect heeft dan een fluorbehandeling eens per half jaar, en de resultaten van Vermaire ondersteunen die hypothese.

We hebben het tot nu toe steeds over tandenpoetsen. Toch richt de huidige voorlichting zich overwegend op een beter voedingspatroon. Moeten we dáár niet op focussen?

WPH: Als je de basisadviezen voor tandenpoetsen goed volgt, kun je cariës voorkomen. Bij kinderen bij wie alsnog cariësactiviteit optreedt, kun je kijken of iets aan het voedingspatroon moet worden veranderd. In die volgorde. In Denemarken werd destijds alleen op poetsen ingezet. Dat leverde al 80% cariësreductie op. Als je de patiënt bij het eerste bezoek voorlicht over mondhygiëne én voeding, krijgen patiënten te veel informatie over zich heen.

Blijft de cariësactiviteit hoog, dan kun je adviezen geven als minder frisdranken drinken en niet meer dan zeven eetmomen-

> *"Het is een misverstand dat je weinig wordt betaald voor preventie"*



Cariësprevalentie bij 18-jarigen in Nexo die effectieve (NOCTP-)preventie kregen versus 18-jarigen elders in Denemarken bij wie geen sprake was van NOCTP. De NOCTP-groep presteerde duidelijk beter, blijkt uit de tabel.

ten per dag. Ook hierin moet je beginnen met de jeugd, want jong geleerd gedrag houd je later vaak ook wel vast. Instrueer de ouders over poetsen en voeding, juist bij het eerste kind, want dan moeten de ouders zich nog organiseren.

Effectieve preventie kan op lange termijn de kosten van de mondzorg verlagen. Zijn er andere manieren om de kosten terug te dringen?

JHS: Een verschijnsel dat de kosten flink opschroeft is overbehandeling. Je ziet bijvoorbeeld dat er te veel en herhaaldelijk geseald wordt, terwijl er te weinig wordt ingezet op mondhygiene. We hebben als zorgverzekeraar (JHS is adviserend tandarts bij VGZ, red.) een richtlijn opgesteld waarin staat dat je als patient tweemaal gedurende je leven een element kunt laten sealen. Sommige tandartsen sealen echter elk half jaar alle elementen, ook premolaren en melkmolaren. Dergelijke overbodige kosten moet je mijden. Helaas zie je regelmatig dat geld een sturende factor is.

WPH: Tandartsen leren dat je ontbrekende elementen moet vervangen. Dat is niet altijd nodig. Je ziet weleens implantaten op de plaats van de tweede molaar, zelfs bij bejaarden. Zonder tweede molaar kun je prima functioneren. Tandartsen zouden zich meer moeten afvragen wat de voor- en nadelen van een ingreep zijn.

> *Ik erger me er vreselijk aan als niet in het patiëntbelang wordt gehandeld*

Wat kan de patiënt tegen overbehandeling doen?

JHS: Als je twijfelt over de bedoelingen van je behandelaar, is het een goed idee om voor een grote ingreep een second opinion te vragen, ook al wil de overheid de vergoeding daarvan schrappen. In de media zie je veel advertenties van mondzorgpraktijken die bezig zijn om verrichtingen te verkopen. Daar weegt het commerciële belang zwaar, en volgen de behandelingen niet altijd op gezonde indicaties. Ik erger me er vreselijk aan als in de mondzorg niet in het patiëntbelang wordt gehandeld.

In het stelsel van vrije tarieven werd het 'shoppen' door zorgconsumenten aangemoedigd. Het gevaar is dat je dan gaat shoppen in het verrichtingsysteem, terwijl juist het individuele zorgplan cruciaal is. Daarom is het belangrijk dat je een relatie met de patiënt opbouwt.

Tot nu toe hebben we het gehad over wat de tandarts zelf kan verbeteren. Is er van bovenaf aansturing mogelijk? Zouden we de mondzorg anders moeten organiseren?

WPH: Het tarieven- en verzekeringssysteem maken een meer preventieve mondzorg mogelijk. Daar ligt echt niet de reden dat mondzorgverleners onvoldoende aan preventie doen. Het is zaak de professie door argumenten te overtuigen. Dat kun je doen door in het onderwijs al te hameren op de zelfzorg van de patiënt en de bijdrage die de tandarts daarin kan leveren. Verder moet het beroepsbeeld worden aangepast: de psychologische kant van het beroep gaat prominenter worden.

Qua personele bezetting kun je ook met mondhygiënisten en preventieassistenten veel bereiken. Als een mondzorgpraktijk een preventief beleid oppakt, maakt het niet eens zoveel uit wie het doet, zolang ze de nodige vaardigheden hebben. Zo moet je een actieve en een inactieve laesie kunnen herkennen. Mondhygiënisten zijn in het algemeen iets empathischer ingesteld dan tandartsen, hoewel zij soms doorslaan naar een paternalistische houding. Daar moet je ook voor oppassen.

JHS: Wat je in elk geval niet moet doen is mondhygiënisten curatief opleiden. Hun inbreng is juist hard nodig voor preventie.

Moet de overheid niet stevig ingrijpen voor meer preventie in de mondzorg?

WPH: De overheid zet al sterk in op preventie. De regering moet de activiteiten voor een betere preventie blijven ondersteunen, maar in het opstellen van allerlei regels geloof ik niet. De omslag moet vanuit de professie komen en vervolgens moeten patiënten doordrongen raken van hun eigen verantwoordelijkheid. Het is een intern probleem van de zorgverlener en de patiënt, waarbij de rol van de overheid beperkt is.

JHS: Het is wel van belang dat de mondzorg voor jongeren tot achttien jaar, die nu in het basispakket zit, de bezuinigingen overleeft. Het zou erg jammer zijn als dat bijvoorbeeld wordt beperkt tot vijftien jaar. De meeste winst is immers te behalen bij jongeren, zeker als je de lange termijn in het oog houdt. Dat geldt ook voor adolescenten tot 21 jaar, omdat juist in de jaren dat men op kamers gaat vaak veel misgaat. Helaas wordt mondzorg voor hen al een paar jaar niet meer vergoed. Men zou zich moeten realiseren dat dit misschien op korte termijn veel geld kost, maar op lange termijn is het budgetneutraal. Regeren is vooruitzien.

> *Individuele preventie maakt je werk leuker*

Als preventie gepromoot moet worden ten koste van curatie, zou het dan een idee zijn het tarievensysteem daarop aan te passen? De kaasschaaf over curatie, terwijl de tarieven voor preventie omhooggaan?

WPH: Dat zou een interessante oplossing zijn, ja. Een soort bonus voor praktijken die veel aan preventie doen, als vorm van *pay for performance*. In de toekomst zullen we misschien toegaan naar dit model, waarbij de tandarts in wiens praktijk weinig gaatjes voorkomen daarvoor beloond wordt door de verzekering. Bijvoorbeeld: per procent minder gaatjes een bepaald bedrag uitkeren.

Hoe zal de mondzorg er over dertig jaar uitzien?

JHS: Ik hoop dat het Deense model dan ook hier ten volle is ingevoerd. Een meer geïndividualiseerde gezondheidszorg, waarin iedereen begeleiding op maat ontvangt en risicogroepen extra aandacht krijgen. Waarin mondzorgverleners zich concentreren op het aanbieden van hoogwaardige zorg en niet meer primair gericht zijn op het repareren.

WPH: Ik durf de stelling aan dat als individuele preventie vanaf jonge leeftijd gemeengoed wordt en patiënten zich aan de voorschriften houden, we over dertig jaar 70% minder cariës hebben bij de jeugd. De positieve consequenties daarvan werken door in de rest van je leven, dus zal de situatie voor volwassenen ook verbeteren.

Het is voor de professie belangrijk je een dergelijk doel te stellen, want doe je dat niet, dan kun je naderhand ook nergens op afgerekend worden. Overigens is sinds de jaren zeventig al enorme vooruitgang geboekt door de introductie van fluoridetandpasta.

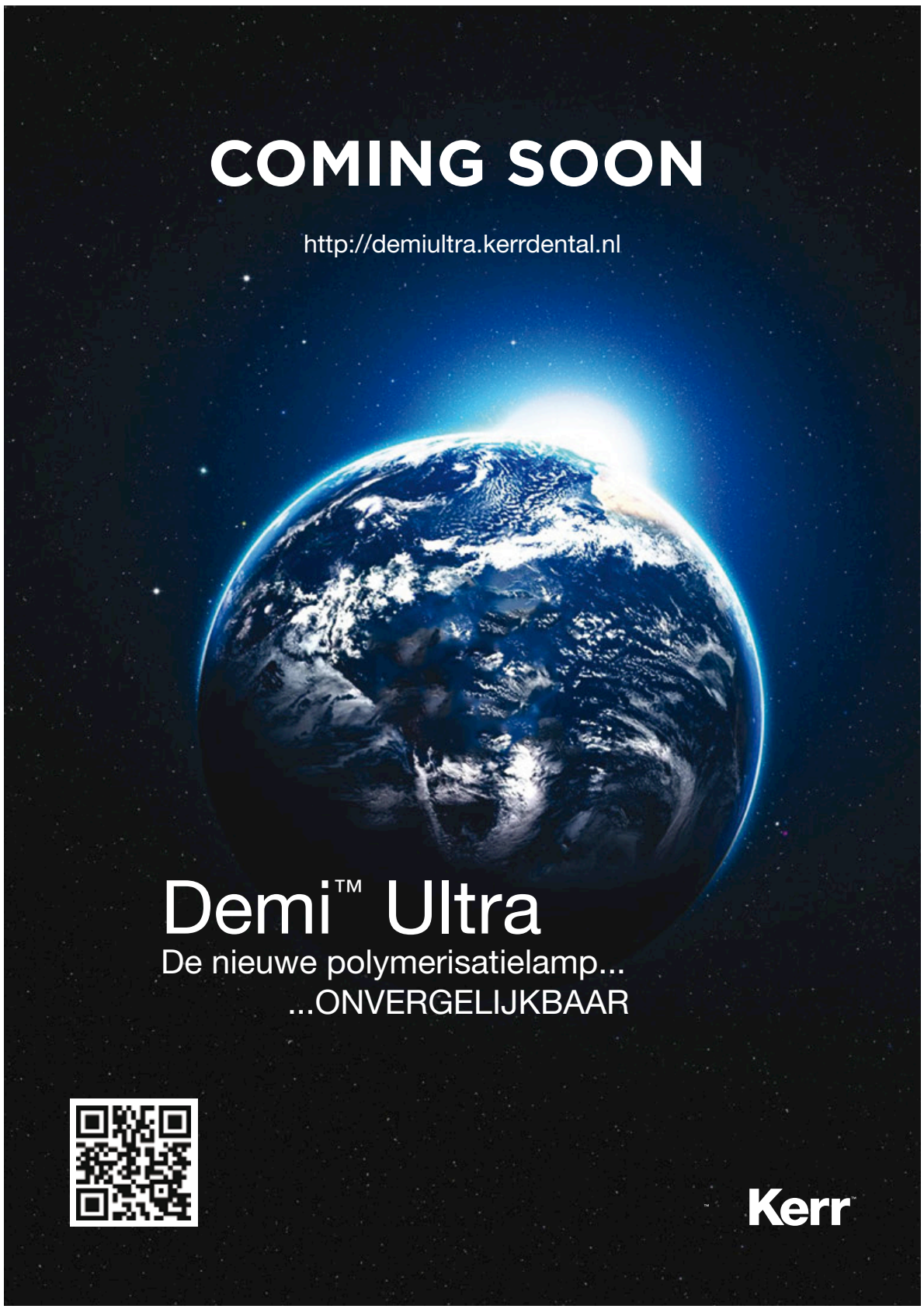
Daarmee zijn de dentale zorgen over de vergrijzing opgelost?

JHS: Door het terugdringen van onnodig repareerwerk zullen we veel geld overhouden. Dat kunnen we gebruiken om het oudere deel van de bevolking beter te begeleiden. Bovendien hebben diezelfde ouderen in de toekomst betere gebitten, doordat zij het van jongs af aan beter onderhouden hebben.

Wat kunnen we tot slot meegegeven aan de tandarts die zich maar mondjesmaat blijft bezighouden met preventie?

WPH: Als mondzorgverleners geïndividualiseerde preventie aanbieden, zoals met de NOCTP-benadering, maakt dat hun werk veel leuker. Omdat de effecten bij deze aanpak meetbaar zijn, kan de tandarts zelf evalueren welke effecten zijn inspanningen voor preventie hebben, hoeveel vooruitgang er wordt geboekt. Bovendien doe je de patiënt er een enorm plezier mee als hij betrokken wordt bij de behandelstrategie. Invoering van NOCTP wordt een langdurig proces. Gedragsverandering bij de patiënt is lastig, maar bij de (mond)zorgverlener ook. Het is daarom belangrijk dat wij ons verhaal blijven vertellen, blijven hameren op waar de mondzorg in onze ogen naartoe moet. Hopelijk krijgen we daarin steeds meer zorgverleners mee. ■

Reageren op dit artikel? Stuur een e-mail naar redactie@dental-tribune.nl *of plaats een reactie bij de online versie op www.dental-tribune.nl.*



Het gezicht – Atlas van de klinische

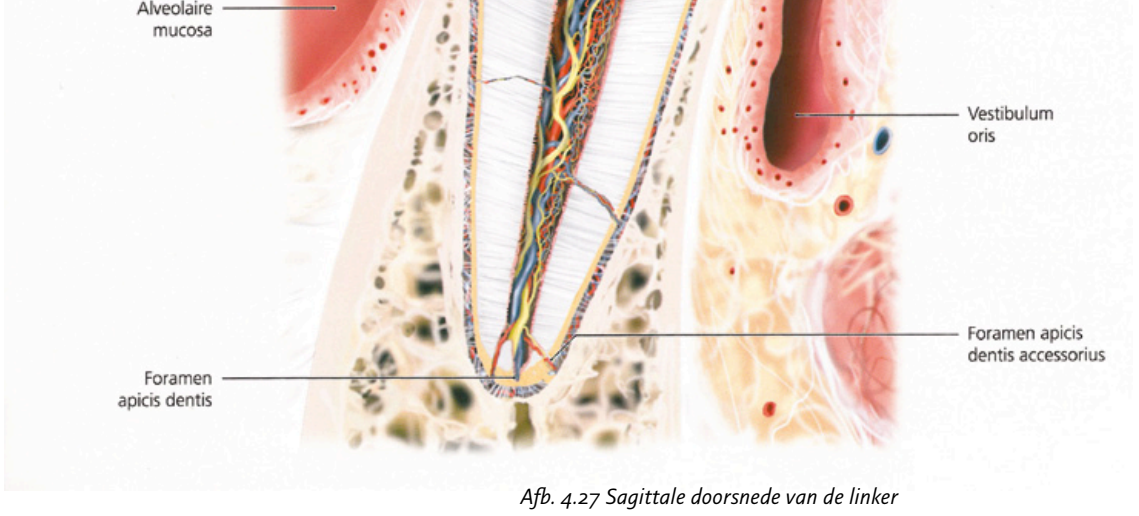
Hieronder vindt u enkele pagina's uit het recent verschenen boek *Het gezicht. Atlas van de klinische anatomie* (Prelum Uitgevers, 2013; ISBN 978 90 8562 121 8). Auteurs: Ralf J. Radlanski, Karl H. Wesker. Nederlandse redactie: Jan Harm Koolstra, Geerling E.J. Langenbach. Gepubliceerd met toestemming van Prelum Uitgevers.

Afb. 4.4 De mondholte wordt aan de zijkant omgeven door de m. buccinator, die naar ventraal overgaat in de m. orbicularis oris. Aan de zijkant van de neus waaieren verschillende spieren uit die de bovenlip, afhankelijk van de hoek waarin ze zijn aangehecht, in verschillende richtingen kunnen optillen. Ze komen vanaf de jukboog en lopen dan schuin over het gezicht. De m. risorius en het platysma verlopen horizontaal. Ook naar de onderlip lopen spiergroepen die hem in elke richting kunnen trekken. Dankzij de straalsgewijze ligging van de spieren kan de mond zich op heel veel verschillende manieren bewegen. De kruising van spieren bij de mondhoeken wordt modiolus genoemd. Fibreus bindweefsel houdt de betrokken spiervezels hier bijeen.

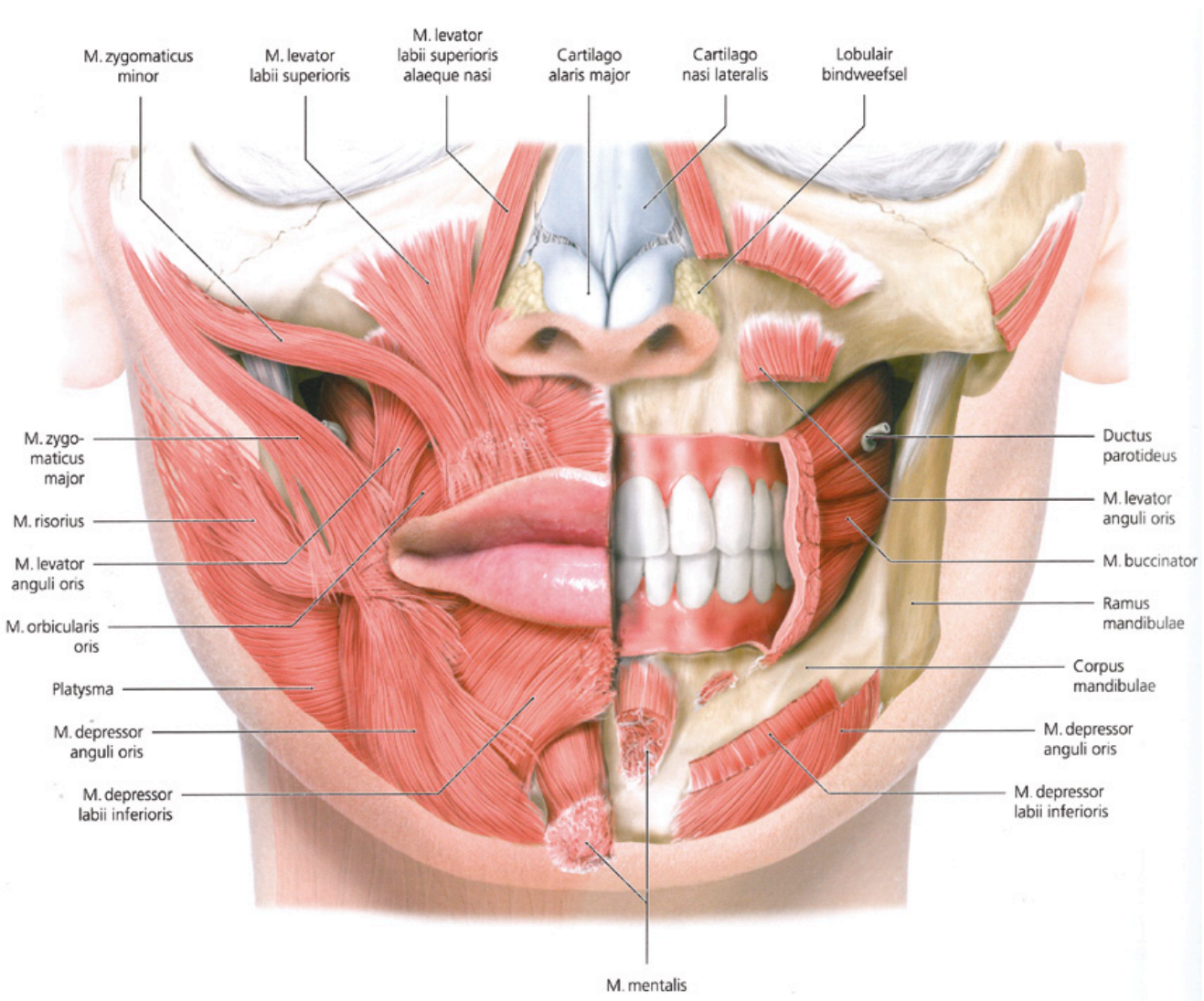
Afb. 4.27 Ieder gebitselement is met behulp van de anatomische structuren, die samen parodontium worden genoemd, verankerd in het bot en steekt met zijn kroon boven het tandvlees uit in de mondholte. Het aanhechtingsepitheel van de gingiva zorgt ervoor dat de spleet tussen gebitselement en bot afgedicht is.

De tandpulpa bestaat uit een geleiachtige grondsubstantie met een vlechtwerk van collagene vezels. Dit vormt het geraamte voor een goed gestructureerde vaatzenuwstreng, die hier door het foramen apicale en verschillende accessorische kanalen naar binnen treedt. De binnenzijde van de pulpaholte is bedekt met odontoblasten, die gedurende het hele leven dentine kunnen vormen, waardoor de pulpaholte continu kleiner wordt. Tussen de vaatzenuwstreng van de pulpa en die van de periodontale spleet is bij het ontstaan van de kiem en vóór de vorming van de wortel een nauwe samenhang. Bij de vorming van de wortels blijven er verschillende vaat-zenuwverbindingen bestaan waaromheen het dentine kanalen openhoudt. Deze accessorische kanalen lopen door het worteldentine en blijven gedurende het hele leven open. Hierdoor kunnen ontstekingen uit de pulpa zich uitbreiden naar de periodontale spleet en omgekeerd.

Het parodontium wordt door drie arteriën van bloed voorzien: ten eerste door de a. dentalis, die voor ieder gebitselement afzonderlijk ontspringt aan de a. alveolaris inferior of a. alveolaris superior. Zij geeft namelijk voordat zij de pulpa binnentreedt, takken af naar de periodontale spleet. Ten tweede verenigen zich vaten die uit de spongiosa van de processus en pars alveolaris komen, met de aa. periodontales longitudinales en ten derde lopen er supraperiostale vaten tot aan de gingiva, van waaruit ze zich verenigen met de bloedvaten in de periodontale spleet.



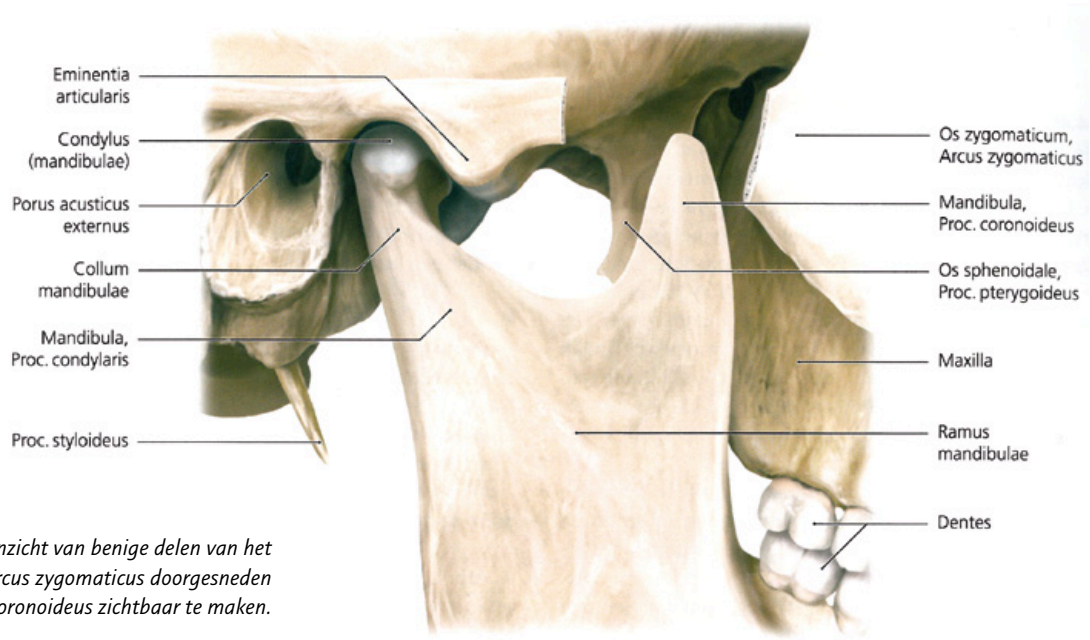
Afb. 4.27 Sagittale doorsnede van de linker centrale onderincisief en zijn omgeving.



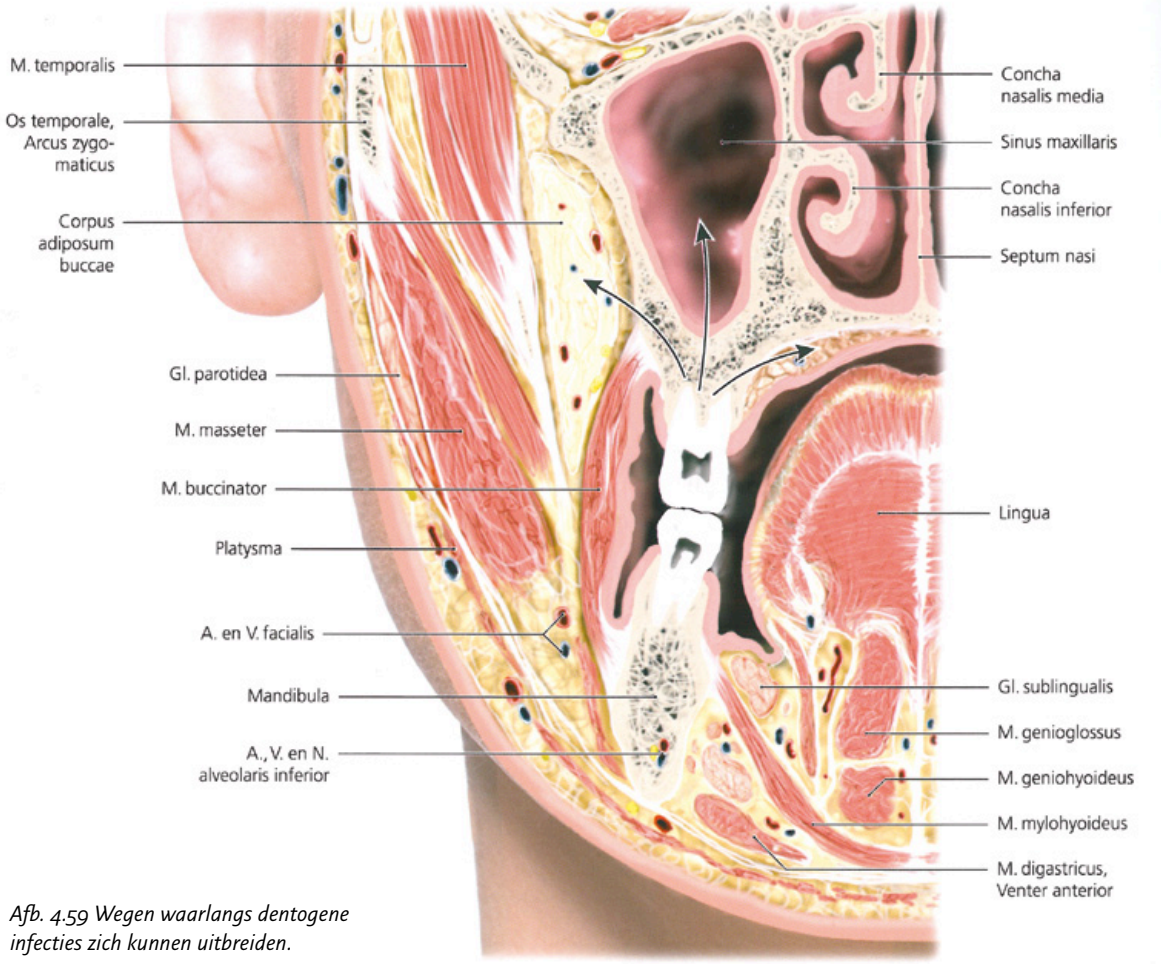
Afb. 4.4 Spieren in het gebied rondom de mond. Op de rechterhelft van het gezicht zijn diepere lagen en aanhechtingsplaatsen blootgelegd.

anatomie

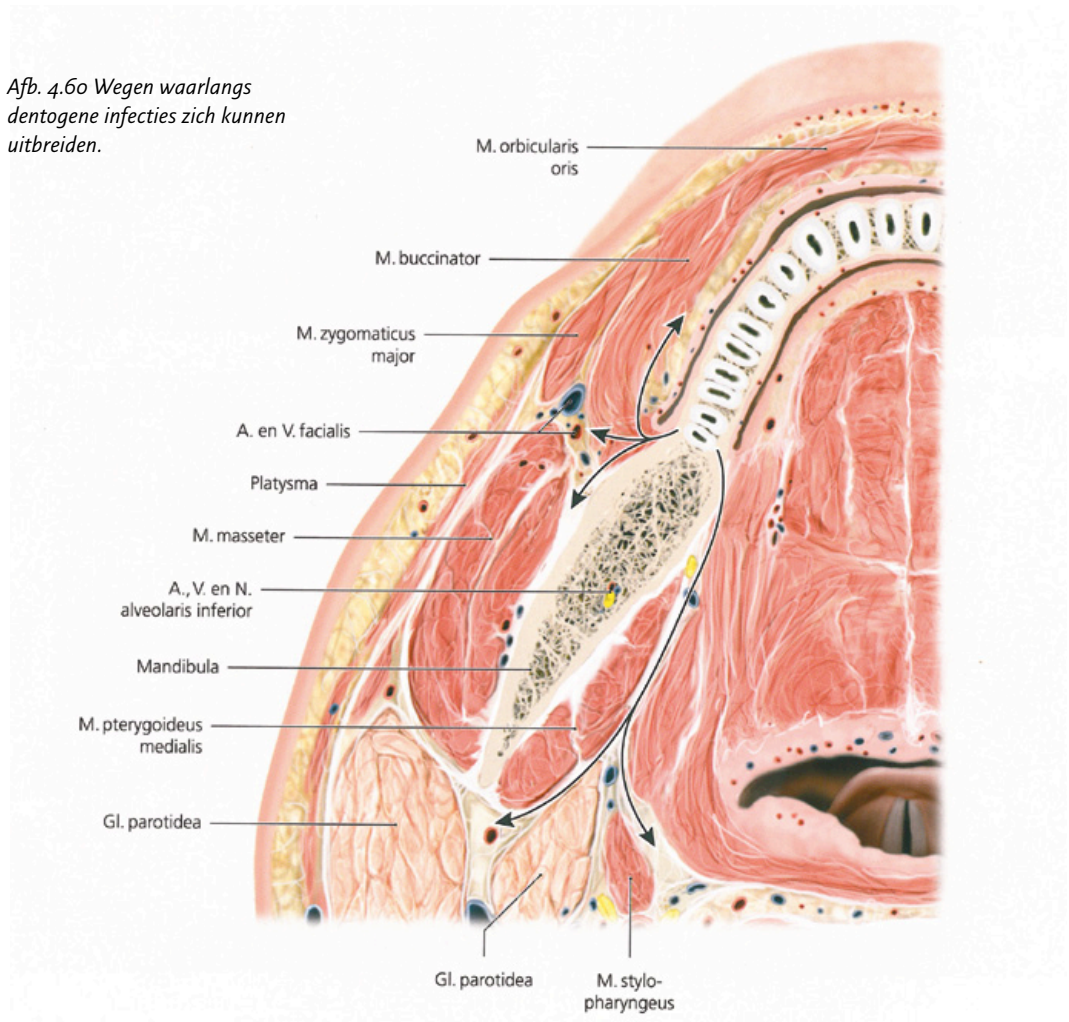
Afb. 4.46 Het achterste uitsteeksel van de ramus mandibulae is de (gepaarde) proc. condylaris. Hij bestaat uit een gewrichtskop (caput mandibulae, condylus) en een collum mandibulae. De condylus heeft de vorm en grootte van een olijf en staat ongeveer 10° schuin naar binnen. De bijbehorende gewrichtsgroeve (fossa mandibularis, klinisch ook: fossa articularis) ligt op het os temporale tussen de arcus zygomaticus en de porus acusticus. Dorsaal grenst de fossa mandibularis aan de fissura petrotympanica (fissura Glaseri). De gewrichtsbaan loopt in een boog, eerst concaaf, dan convex, schuin naar ventraal en caudaal. Hij eindigt ventraal tegen het tuberculum articulare (ook wel eminentia articularis genoemd).



Afb. 4.46 Lateraal aanzicht van benige delen van het rechter kaakgewricht. Arcus zygomaticus doorgesneden om de proc. coronoideus zichtbaar te maken.



Afb. 4.59 Wegen waarlangs dentogene infecties zich kunnen uitbreiden.



Afb. 4.60 Wegen waarlangs dentogene infecties zich kunnen uitbreiden.

Afb. 4.59 Aangezien de sinus maxillaris en de wortels van de molaren dicht bij elkaar liggen, kunnen dentogene infecties zich via de kaakholte uitbreiden. Omgekeerd kan een sinusitis gepaard gaan met algehele malaise en kiespijn. Bij extracties van molaren kan er een pathologische opening tussen de sinus maxillaris en de mondholte ontstaan (antrumperforatie). Door purulente pulpitis kan de kaakholte geïnfecteerd raken, zich in de smalle submukeuze ruimte van het harde gehemelte uitbreiden of naar buccaal in het corpus adiposum buccae doorbreken.

Afb. 4.60 Als gevolg van complicaties bij de doorbraak van verstandskiezen (ernstige, etterende dentitio difficilis), diepe etterende parodontitis of versneld verloop van ontstekingen met abcesvorming kan een ontsteking zich uitbreiden naar naburige spierloges. Naast de gebruikelijke kenmerken van een ontsteking valt hier vooral op dat patiënten moeite hebben met het openen van de mond of zelfs een trismus kunnen ontwikkelen. Een uitbreiding naar de retrofaryngeale ruimte, naar de gl. parotidea of een verspreiding via de v. facialis kunnen levensbedreigende complicaties geven. ■

NU VERSCHENEN!

Het gezicht

Atlas van de klinische anatomie

Auteurs: R.J. Radlanski, K.H. Wesker
Nederlandse redactie: Jan Harm Koolstra, Geerling E.J. Langenbach
Illustraties: met 380 beelden in kleur
Omvang: 358 pagina's
Onze prijs: € 99,50

Het gezicht – atlas van de klinische anatomie is de eerste Nederlandstalige anatomische atlas die primair voor de tandheelkunde is ontwikkeld. Nooit eerder werden de complexe anatomische en topografische structuren van het gezicht zo duidelijk en laag voor laag getoond. Het tekenwerk van de atlas is zeer gedetailleerd en levendig en heeft een driedimensionaal effect. De lezer kijkt telkens vanuit hetzelfde gezichtspunt als hij stap voor stap door de anatomische structuren wordt geleid. *Het gezicht* bevat meer dan 380 klinisch relevante tekeningen, ondersteunende teksten en legenda.

Met actiecode **DT2013** betaalt u tot en met 31 augustus geen verzendkosten bij al uw bestellingen!

Geneeskundeboek.nl
Bestel deze en andere tandheelkundige titels op www.geneeskundeboek.nl