

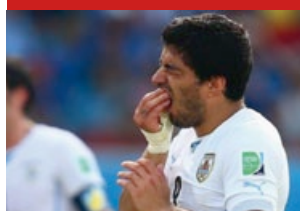
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

AUGUSTUS 2014

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 4 | NUMMER 6



Oud-tandarts FIFA
"Mensenbeet kan heel nare gevolgen hebben"

Pagina 11



Oudste tandprothese ontdekt
Franse archeologen doen verrassende vondst

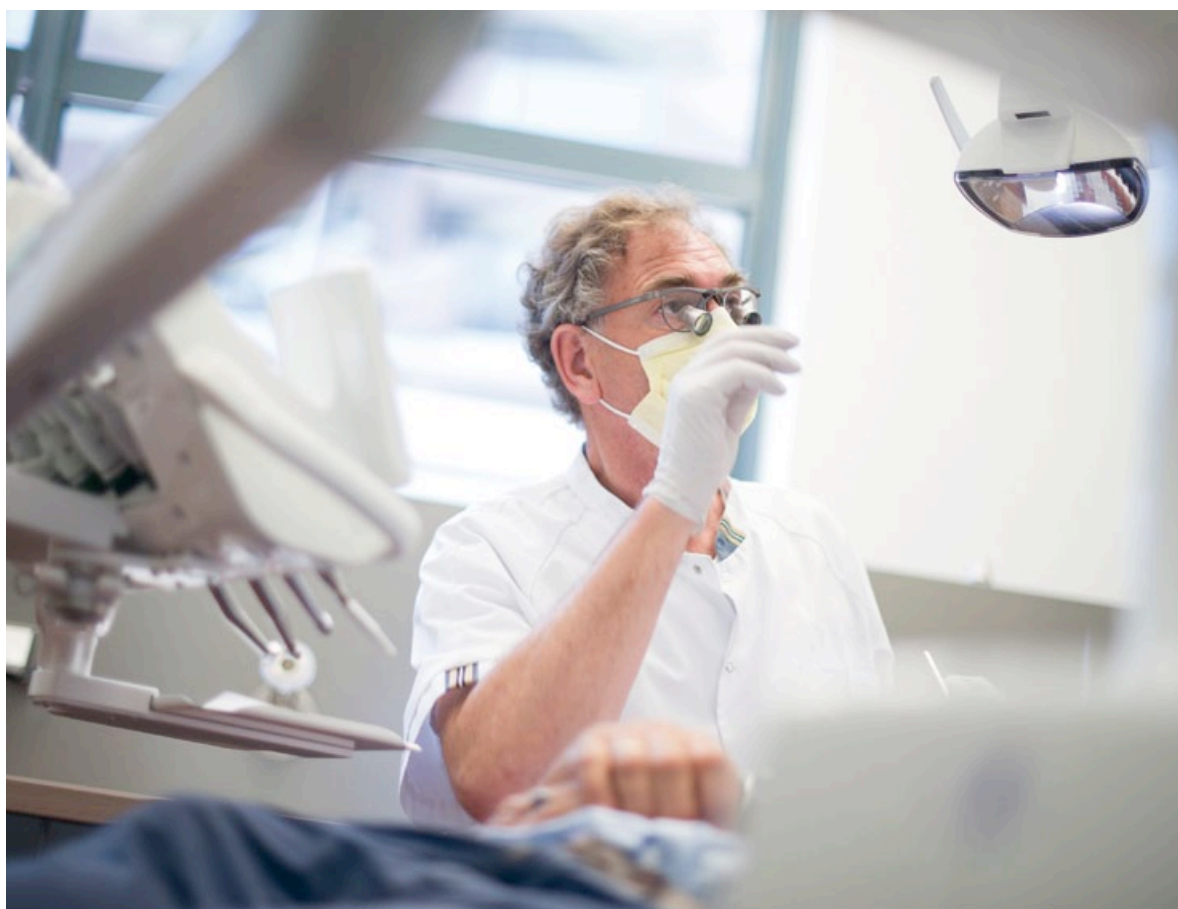
Pagina 13



Nieuw restauratief materiaal
"Revolutie voor tandheelkunde"

Pagina 16-17

Dahlconcept beleeft inhaalslag in Nederland



Dr. Hans van Pelt, pleitbezorger van het Dahlconcept in Nederland. (foto: Job Schlingemann)

VAN DE REDACTIE

UTRECHT - Op veel terreinen is de Nederlandse tandheelkunde

een voorloper ten opzichte van de omringende landen. Voor sommige behandelingen geldt dat vreemd genoeg niet, waarvan het

Dahlconcept een goed voorbeeld is. Al in de jaren zestig publiceerde Björn Dahl over deze orthodontische reactie op gecon-

troleerde overbelasting. Hoewel de ideeën van de Noorse prosthodontist in allerlei landen met succes werden opgepikt, gebeurde dat in Nederland niet.

Het is daarom hoog tijd voor een inhaalslag, stelt dr. Hans van Pelt in dit nummer van Dental Tribune (zie pagina 4-6). "Het Dahlconcept is een effectieve manier om bij gebitsslijtage vroegtijdig in te grijpen en te zorgen dat de slijtage zich niet verder ontwikkelt," aldus de in Rotterdam werkzame prosthodontist. Bovendien is het een behandeling die niet of nauwelijks nadelen of bijwerkingen kent. Een gegronde reden voor het feit dat de behandeling al die tijd geen plaats binnen het curriculum van de opleiding heeft gekregen, kan Van Pelt dan ook niet geven.

Het Dahlconcept past volgens Van Pelt goed binnen de huidige trend naar preventieve gezondheidszorg. Daarom is hij tevreden dat het Dahlconcept 'eindelijk' tot Nederlandse tandartspraktijken begint door te

dringen. Toch blijft het voor veel behandelaars in ons land onbekende en lastige materie. Ook de afwezigheid van geschikte tariefcodes binnen het UPT-systeem is een factor die het opnemen van het Dahlconcept in het behandelarsenaal ontmoedigt. Een gemiste kans, vindt de Rotterdamse tandarts: "Je bent eigenlijk ouderwets als je het Dahlconcept niet toepast."

Door regelmatig voordrachten te geven probeert Van Pelt het Dahlconcept nog meer op de kaart te zetten. Ook het populaire nascholingsprogramma *Het Dahlconcept* dat Kya Wabek schreef voor AccreDidact kan hieraan bijdragen. Op pagina 8-9 vindt u een fragment uit dit recent verschenen naslagwerk, waarin u kunt lezen over de uitvoering van de directe en semi-indirecte composiettechniek. Uit de klinische casus blijkt dat het aanbrengen van een Dahlplateau bij een steil front lastig kan zijn. Het onderfront kan dan bij de behandeling worden betrokken. ■

Jongen overlijdt door vleesetende bacterie na trekken verstandskiezen

MAINE, VS - Een achttienjarige jongen uit het Amerikaanse Maine is twee dagen na het trekken van twee verstandskiezen overleden. De autopsie heeft de oorzaak van de complicaties blootgelegd: een vleesetende bacterie.

De moeder van de jonge Benjamin LaMontagne belde een dag nadat de verstandskiezen van haar zoon waren getrokken met de tandarts. Zij meldde dat haar zoon veel last had van de ingreep. Hij voelde zich slap, kon niet eten en had moeite met slikken. Bovendien voelde hij zich duizelig en waren zijn kaak en later zijn ogen opgezwollen. De medicijnen die de jongen had meegemaakt, hielpen niet tegen de misselijkheid en de pijn. Omdat zwelling gebruikelijk is, werd de situatie niet als ernstig ingeschat. Een dag later vond de moeder haar zoon buiten bewustzijn

in de badkamer. Enkele uren later overleed hij.

Bij de autopsie bleek dat de jongen was overleden aan necrotiserende fasciitis, een infectie veroorzaakt door de bacterie *streptococcus pyogenes*, die in de volksmond ook wel 'vleesetende bacterie' wordt genoemd. De bacterie dringt de huid binnen via een wond, waarna hij zich binnen verspreidt op het fascieoppervlak en een hevige ontsteking veroorzaakt. Binnen enkele uren wordt huid-, spier- en vetweefsel ernstig aangetast en ontstaat necrose. Zonder acute behandeling met antibiotica en chirurgie om de aangedane weefsels weg te snijden, breidt de infectie zich razendsnel uit, met de dood tot gevolg. Tijdens de autopsie werd necrotisch weefsel aangetroffen op de plekken waar de kiezen waren getrokken. Ook de hals en

longen vertoonden tekenen van de infectie.

Het is uiterst zeldzaam dat iemand deze infectie oploopt, zeker tijdens een routinebehandeling als deze in een Westers land. Vaak hebben patiënten al een beperkt immuunsysteem, of is de bacterie opgelopen doordat een open wond in contact kwam met bijvoorbeeld (rauwe) vis of ingewanden van een dier. Ook zijn bij de infectie vaak nog meer bacteriën betrokken, zoals *staphylococcus aureus* en andere, gramnegatieve staven. (bron: Daily Mail) ■

De jongen die overleed aan een vleesetende bacterie. (foto: Facebook)



straight. dental equipment

toetsenbord zomeractie

actieprijs
€ 229,-

Actie tot 30 september 2014, prijs ex BTW.

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

dental units | thermodesinfectoren | autoclaven

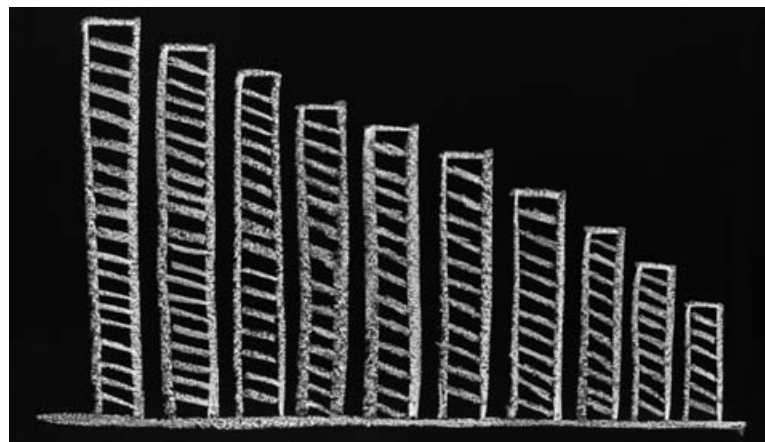
Korenmolenveg 5, Haaksbergen, telefoon: 053 2600 002

Steeds minder tandartspraktijken door samenwerking

HOUTEN - Het aantal tandartspraktijken lijkt de laatste jaren steeds verder te dalen. Volgens onderzoek van de website VergelijkMondzorg.nl zijn er in 2014 nog ongeveer vijfduizend praktijken in Nederland, tegenover ruim 7200 in 2010. De website wijt de afname aan het feit dat steeds

meer solopraktijken opgaan in een samenwerkingsverband. Cijfers van de KNMT laten zien dat ruim een derde van de nu werkzame tandartsen boven de leeftijd van 55 jaar is. Een groot deel van deze groep is werkzaam in een solopraktijk en neemt geen nieuwe patiënten meer aan. De

verwachting is dan ook dat de komende jaren het aantal eenmanspraktijken verder zal afnemen. Patiënten worden bij het stoppen van de tandarts overgedragen aan praktijken met meerdere tandartsen of een keten van praktijken. De solopraktijk is volgens [VergelijkMondzorg](http://VergelijkMondzorg.nl) tegenwoordig



ACTIVA™
BioACTIVE-RESTORATIVE™

PULPDENT®

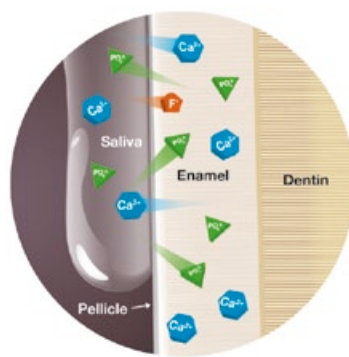
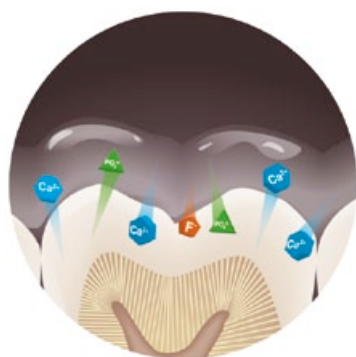
Verandert alles wat u weet over ...

traditionele composieten, glasionomeren en RMGI's

"Slim" bioactief materiaal

ACTIVA is een "slim" materiaal. Het is hydrofiel en reageert continu op pH-veranderingen in de mond om calcium, fosfaat en fluoride uit te wisselen, daarmee bijdragend aan het behoud van de chemische balans van de tandstructuur.

ACTIVA bevat geen Bisfenol A, geen afgeleiden daarvan en geen Bis-GMA.



Esthetisch en duurzaam

ACTIVA is een zeer esthetisch restauratief materiaal dat bestand is tegen slijtage en afsplinteren. Het absorbeert schokken en druk of kracht zoals natuurlijke tanden dat doen. ACTIVA is sterker en duurzamer dan traditionele restauratieve materialen.

Langdurige voordelen

De bioactieve eigenschappen van ACTIVA houden zichzelf in stand en blijven werken nadat uw patiënt de praktijk verlaat. Dit gaat oneindig door, zodat patiënten een leven lang profiteren van de voordelen van elke behandeling.

Geïndiceerd voor klasse I, II, III en IV-restauraties.
Ideaal voor bulkvullingen

minder aantrekkelijk voor opvolging. Grotere praktijken met twee of meer tandartsen zijn in opkomst, omdat hier zowel kosten als ervaring gedeeld kunnen worden in een steeds veranderende markt. Ook het aantal vrijgevestigde mondhygiënisten steeg de afgelopen jaren. (bron: Nationale Zorggids/VergelijkMondzorg) ■

Geen nieuwe VAR voor zelfstandige tandartsen

NIEUWEGEIN - Tandartsen die werken als zelfstandige hoeven per eind 2014 geen nieuwe VAR aan te vragen. Dit als gevolg van wijzigingen in de rol en positie van de zzp'er per 2015. De VAR van 2014 blijft geldig tot het moment waarop de Belastingdienst een webtool beschikbaar heeft waarmee de zelfstandigheid van de zzp'er kan worden beoordeeld. Dit zal naar verwachting begin 2015 zijn.

Op dit moment vraagt een zelfstandige een VAR-WUO aan, waarmee vervolgens als ondernemer gewerkt kan worden bij een collega in de praktijk. In 2015 verdwijnt de VAR-WUO. De Belastingdienst gaat kritischer kijken naar de legitimiteit van de zelfstandigheid. Vorm en inhoud van de opdracht worden bepalend voor de fiscale beoordeling van de relatie tussen opdrachtnemer en opdrachtgever. Dat wil zeggen dat de Belastingdienst gaat kijken of sprake is van een overeenkomst tussen twee ondernemers of dat sprake is van een verkapt dienstverband. Zelfstandigen kunnen met een online vragenlijst op de site van de Belastingdienst be-

“De Belastingdienst gaat kritischer kijken naar de legitimiteit van de zelfstandigheid”

oordelen of een opdracht aan de voorwaarden voldoet. Deze online vragenlijst komt begin 2015 beschikbaar.

De door de KNMT georganiseerde zzp-dag op 27 september in Maarssen staat in het teken van de veranderende rol en positie van de zzp'er. De KNMT zet dan uiteen wat de consequenties kunnen zijn van de nieuwe situatie en hoe zzp'ers in de mondzorg ermee om kunt gaan. Leden krijgen gratis toegang tot deze dag. (bron: KNMT) ■

www.activabioactive.nl

UMCG werkt aan bacterie-dodende beugels



GRONINGEN - Orthodontisten van het UMCG onderzoeken de mogelijkheid om beugels en tandprothesen te vervaardigen van bacteriedodend materiaal. Doel is om van antibacterieel polymeer met de 3D-printtechnieken precies passende prothesen en beugels te maken. Dit moet voorkomen dat tandplaque zich tijdens orthodontische behandelingen rondom de beugel nestelt, waardoor gaatjes en witte vlekken op de tanden ontstaan.

Ongeveer 40% van de jongeren van twaalf jaar en ouder krijgt een beugel en ook steeds meer volwassenen kiezen voor een behandeling met een beugel. Ongeveer 60% van alle patiënten ondervindt tijdens de twee tot drie jaar durende behandeling problemen als gevolg van tandplaque; 15% heeft zelfs professionele (na) zorg nodig vanwege aangehechte bacteriën.

Deze schade komt het meest voor bij jongeren. Volgens hoogleraar orthodontie Yijin Ren vinden kinderen in deze leeftijd poetsen sowieso lastig. 'Met een beugel is dat nog veel lastiger. Bovendien gedijen bacteriën erg goed op de composietmaterialen waarmee de brackets worden vastgelijmd. De bacteriën veroorzaken decalcificatie van de tanden, waardoor witte vlekken en gaatjes kunnen ontstaan.' De na-

zorg die door deze 'bijwerkingen' van beugels nodig is, brengt forse kosten met zich mee: alleen al in Amerika zo'n 500 miljoen dollar. 'Dan hebben we het nog niet eens over groeiende economieën als China, Brazilië en Turkije waar orthodontie aan een enorme opmars bezig is', stelt Ren. Wereldwijd wordt daarom hard gezocht naar nieuwe materialen.

In het UMCG testen de orthodontisten nu samen met chemi-

“60 % van de beugeldragers krijgt problemen door tandplaque”

ci, microbiologen en een natuurkundige een polymeer dat orale bacteriën doodt zodra deze zich aan het materiaal hechten. Het polymeer kan worden toegepast in lijn, beugels, bruggen en kronen. 'Het doel is om uiteindelijk in combinatie met de eveneens in ontwikkeling zijnde 3D-printtechnieken beugels en prothesen te maken' geeft Ren aan. De eerste bacteriedodende beugel zal echter nog even op zich laten wachten, volgens Ren. Tot die tijd blijft voorlichting over mondhygiëne, goed poetsen en regelmatige controle van groot belang. (bron: UMCG) ■

KNMT wil knelpunten verrichtingenlijst aanpakken

NIEUWEGEIN - De KNMT wil zo snel mogelijk om de tafel met de Nederlandse Zorgautoriteit om knelpunten in de verrichtingenlijst voor tandartsen aan te pakken. De tandartsorganisatie heeft samen met ANT en Zorgverzekeraars Nederland een voorstel gedaan voor een volledige herziening van de lijst in 2016.

De NZa stelt een verrichtingenlijst voor tandheelkundige zorg op en voorziet elke verrichting van een code en een bijbehorend tarief. Volgens de KNMT sluiten onderdelen van de huidige verrichtingenlijst niet of slecht aan op de praktijk, hetgeen ook in *Dental Tribune* regelmatig door tandartsen wordt aangekaart (zie ook pagina 6 in dit nummer). De KNMT heeft daarom een speciale werkgroep ingesteld, die de huidige tariefcodes dit voorjaar samen met de wetenschappelijke verenigingen onder de loep heeft genomen.

De werkgroep zette een aanzienlijke lijst op met punten waarop de verrichtingenlijst moet worden aangepast om aan te sluiten op de praktijk en wensen van de beroepsgroep. Zo wil de KNMT dat er tariefcodes komen voor uitgebreide patiënt-

“Veel behandelconcepten zijn verouderd en nieuwe behandelingen ontbreken”

communicatie en coaching van patiënten. Ook is een toeslagtarief gewenst voor het gebruik van de microscoop voor uitgebreide diagnostiek en/of andere behandelingen dan endo's. Daarnaast moet het mogelijk worden om het gebruik van digitale hulpmiddelen, zoals camera's en scanners, op een juiste wijze in rekening te brengen.

Veel behandelconcepten die op de verrichtingenlijst staan, zijn niet meer in lijn met de huidige stand van de wetenschap. Ook ontbreken tariefcodes voor veel nieuw ontwikkelde behandelingen. De KNMT wil deze knelpunten aanpakken. Bovendien moet het volgens de tandartsenorganisatie bij een nieuwe versie van de lijst makkelijker worden gemaakt om tariefcodes te combineren. De volledige lijst met knelpunten staat op de website van de KNMT.

De KNMT heeft de handen ineen geslagen met tandartsenorganisatie ANT en Zorgverzekeraars Nederland om gezamenlijk de NZa te overtuigen de knelpunten aan te pakken. Het streven is de eerste problemen in 2015 te hebben opgelost en in 2016 tot een geheel herziene lijst te komen.

(bron: KNMT) ■

Waarschuwing voor tandartspraktijk in Hoogkerk

GRONINGEN - Een tandartspraktijk in Hoogkerk heeft een waarschuwing gekregen van het Regionaal Tuchtcollege, nadat een patiënte een klacht had ingediend over de extractie van een aantal kiezen. Ze vond dat de tandarts één van haar kiezen niet had hoeven trekken en onvolgende had overlegd over mogelijke behandelalternatieven om een ander element te behouden. Het tuchtcollege ging alleen op dat laatste punt met de patiënte mee en verklaarde de klacht daarom deels gegrond.

De tandarts droeg als verweer aan dat andere behandelingen duur zouden uitvallen en dat daarmee niet was uitgesloten dat het element alsnog betrokken moest worden. Omdat er in zijn ogen dus geen duurzaam behandelalternatief was, ging hij tot de extractie over.

Het College was het eens met die overweging, maar meende wel dat de tandarts deze afweging duidelijk met de patiënte had moeten delen. Zeker omdat de patiënte aangaf het element liever niet te laten trekken. Dat de tandarts vervolgens, wat hij zelf

erkende, geagiteerd reageerde op de vrouw, maakte de afwikkeling van de zaak er niet beter op.

Het Tuchtcollege verklaarde dat de tandarts geen onjuiste behandeling heeft uitgevoerd, maar wel meer in overleg had moeten treden met de patiënte. ■



Oudste tandprothese in West-Europa ontdekt



Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofredacteur/uitgever

Ben Adriaanse, MSc

Redactie

Marieke Epping, MSc
Joann Hebben, MA

Cartoons

Emily van Someren, MA

Redactieadres

Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl.
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het mondzorgvak.



Aanmelden

De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënist, 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.
Laura Bogaers, medewerker mediaorder.
Telefoon: 030-63 55 070.
Fax: 030-63 55 069.
E-mail: adverteren@dental-tribune.nl

© 2014 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.

“Je bent ouderwets als je het Dahlconcept niet toepast”

Interview met dr. Hans van Pelt, prosthodontist

TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO'S: JOB SCHLINGEMANN

Al in 1975 beschreef de Noorse prosthodontist Björn Dahl het effect van een lokale, occlusale beetverhoging bij patiënten met ruimtegebrek door slijtage. In verschillende Europese landen kreeg zijn behandelconcept een plaats in het curriculum van de opleidingen, maar in Nederland gebeurde dat lange tijd niet. De afgelopen jaren neemt de populariteit van Dahl's methode in Nederland een vlucht en zijn steeds meer tandartsen benieuwd naar de techniek. Dental Tribune sprak met Hans van Pelt, die samen met Wabeke het Dahlconcept in ons land op de kaart zette.

Wat houdt het concept dat Björn Dahl beschreef precies in?

Het Dahlconcept is kort gezegd een orthodontische reactie op gecontroleerde overbelasting. Björn Dahl, een Noorse prosthodontist, werd in 1964 door zijn landgenoot en orthodontist Anderson op het idee gebracht om bij patiënten met lokale slijtage, voornamelijk in de frontelementen, met composiet een lokale beetverhoging over de slijtage heen te bouwen. Je herstelt daarmee de oorspronkelijke anatomische vorm van het element. Essentieel daarin is het zogenaamde 'Dahlplatform' dat je met composiet opbouwt: de beetverhoging die de gecontroleerde overbelasting geeft, waardoor uitgegroeide elementen terug verplaatsen. Het concept slaat eigenlijk twee vliegen in één klap: waar je vroeger eerst met orthodontie ruimte moest maken om vervolgens te kunnen restaureren, ben je nu met deze ene behandeling klaar. Je combineert het herstellen van de slijtage met het terugplaatsen van uitgegroeide elementen. Het Dahlconcept is in feite gratis onzichtbare orthodontie.

Welke patiënten zijn het meest gebaat bij een behandeling volgens het Dahlconcept?

Voor al jongeren met lokale slijtage. Een jaar of tien geleden werd bekend dat ruim veertig procent van alle zestienjarigen last heeft van gebitsslijtage. Dat is enorm

veel! Die slijtage begint vaak achter de voortanden, wat een ideale plaats is om Dahl toe te passen. Jongeren hebben er ook veel baat bij, omdat het slijtageproces gestopt wordt. De composietlaag beschermt het resterende glazuur en is beter bestand tegen slijtage. Het is overigens niet zo dat we bij oudere mensen niet kunnen 'Dahlen', maar bij jongeren met slijtage is het effect het grootst, omdat zij er het langste baat bij hebben.

Kan deze techniek bij iedereen met slijtage worden ingezet?

Nee, dat niet. Wanneer de achterzijde waarop het Dahlplatform moet worden opgebouwd heel steil is, bijvoorbeeld bij een dekbeet, moet je toch eerst orthodontie toepassen om ruimte te creëren. Daarnaast mag het tandvlees niet ontstoken zijn. Ook bij kaakklachten is het niet wenselijk een Dahlbehandeling uit te voeren. Soms is orthodontie nodig maar is het ook wenselijk om te Dahlen. In die gevallen kun je in samenspraak met de orthodontist een gecombineerde behandeling opzetten. Maar dat is wel Dahlen voor gevorderden!

Het is bijna veertig jaar geleden dat Dahl zijn techniek beschreef. Toch is het Dahlconcept nog steeds geen gemeengoed in de Neder-

landse tandheelkunde. Hoe komt dat?

Gek genoeg is Dahl's ontdekking destijds niet opgepikt in Nederland. Wel in het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld, waar de methode regelmatig gebruikt wordt. Een tandarts in Engeland is strafbaar wanneer hij slijtage niet behandelt, omdat slijtage alleen maar erger wordt en het herstel lastiger en duurder wordt naarmate je langer wacht met ingrijpen. De National Health Service heeft het daarom ver-

plicht gesteld om vroegtijdig in te grijpen bij slijtage, waar het Dahlconcept zich natuurlijk perfect voor leent.

Was dat een keerpunt in de bekendheid van het concept, ook in Nederland?

Ja, alleen pas veel later. In 1995 is de Engelse tandarts Peter Briggs, een autoriteit op het gebied van Dahl, dit verhaal komen vertellen in Nederland. Ik raakte geïnteresseerd en geïnspireerd en ik ben met de techniek aan de slag

gegaan. Samen met Kya Wabeke (auteur van het recent verschenen Accredited-programma over het Dahlconcept, red.) ben ik het Dahlconcept steeds meer gaan toepassen en zijn we over de mogelijkheden gaan publiceren. Dat stuitte op weerstand van orthodontisten, die meenden dat je het creëren van ruimte enkel met orthodontie kon bereiken. Maar Dahl had in zijn onderzoek wel degelijk aangetoond dat het werkte, dus die kritiek was ongegrond. Ook wij merkten in de praktijk

dat elementen echt verplaatsten dankzij het Dahlplatform.

Langzaam kreeg de techniek hier voet aan de grond. In 2007 hebben Kya Wabeke en ik bij het College van Adviserende Tandartsen een voordracht gehouden over de behandelmogelijkheden bij slijtage. Toen we daar vermeldden dat veertig procent van de zestienjarigen gebitsslijtage had, volgde de beslissing dat slijtagebehandelingen in het basispakket horen. Als een patiënt pas na zijn 18^e behandeld zou worden, moest hij zijn tandarts maar aanklagen voor *supervised neglect*. Daarop dacht ik: als hier dezelfde situatie ontstaat als in Engeland, moeten we zorgen dat alle tandartsen deze methode kennen en onder de knie krijgen. Dus zijn wij lezingen gaan organiseren, zodat tandartsen zich konden scholen in het Dahlconcept. Toen heeft het wel een vlucht genomen.

Maar als dat pas in 2007 was, dan liepen we flink achter bij de Engelsen...

Nou, dat viel mee. Want de Engelsen maakten hun Dahlplatformen van chroomkobalt, wat niet erg mooi is: die grijze kleur schijnt door het gebit heen. In Nederland waren we al zo gewend aan composiet, dat we het

platform daarmee gingen bouwen. Dat is natuurlijk veel mooier en de Engelsen hebben dat van ons overgenomen. We waren ze dus in één klap voorbij.

Weet de Nederlandse tandarts inmiddels voldoende over het Dahlconcept?

Nog niet. Het zit nu wel in de opleiding, maar enkel in de masterrichting voor restauratieve tandheelkunde. Bovendien hebben alle tandartsen die langer geleden zijn afgestudeerd, het concept niet in hun opleiding gekregen. Ik heb mij er altijd over verbaasd dat ik er nooit college over heb gehad, terwijl het al in 1975 is gepubliceerd. Met de lezingen die Kya Wabeke en ik vanaf 2007 hebben georganiseerd, hebben we wel veel tandartsen kunnen bereiken. De KNMT heeft berekend dat ongeveer 2500 tandartsen daardoor het Dahlconcept nu kennen, maar dan blijven er dus nog ruim 5000 over die er niet bekend mee zijn.

> lees verder op pagina 6



“Met het Dahlconcept sla je twee vliegen in één klap”

1 COMPLETE

TANDPASTA VOOR GEVOELIGE TANDEN

SPECIAAL ONTWIKKELD MET

7 VOORDELEN



Complete verzorging voor patiënten met gevoelige tanden*¹⁻⁶

Wij werken voortdurend aan de verdere ontwikkeling van ons specialistisch assortiment om aan de verschillende behoeften van mensen met gevoelige tanden te kunnen voldoen. Daarom hebben wij Sensodyne® Complete Protection ontwikkeld.



*Bij 2 maal daags poetsen



Hans van Pelt in actie.

> vervolg van pagina 4

Los van of je het Dahlconcept zelf kunt toepassen, is het natuurlijk van belang dat je slijtage goed herkent. Daar zie ik nog vaak dingen misgaan: tandartsen die slijtage negeren, of te lang wachten, omdat ze niet weten wat eraan te doen. Dat is natuurlijk kwalijk, want slijtage stopt nooit uit zichzelf.

Wat zijn de valkuilen binnen het Dahlconcept, ziet u weleens dingen misgaan?

Het belangrijkste is dat de vorm van het Dahlplateau juist is en redelijk vlak. Maak je deze te schuin, dan creëer je als het ware een glijbaan voor de tand die erop steunt. Daardoor zal niet de tand, maar de kaak verplaatsen. Dat is niet het gewenste ef-

fect, sterker nog, het kan kaakklachten veroorzaken. Daarnaast moet je niet vergeten de patiënt uit te leggen dat hij last kan hebben van de behandeling. De tan-

“Door het verouderde UPT-systeem raakt de mondzorg achterop”

den gaan verplaatsen en dat kan een pijnlijke mond opleveren, net als bij een beugel.

Zitten er nadelen aan de techniek?

Objectief gezien niet. In het oorspronkelijke onderzoek vond Dahl geen enkele bijwerking. Steeds meer tandartsen onder-

kennen het belang van een goede frontrelatie. *Dahlen* is een optimale techniek om de frontrelatie herstellen, wanneer deze door slijtage niet langer optimaal is.

Het lastige aan Dahl is dat je als tandarts veel eerder ziet dat er iets aan de slijtage gedaan moet worden dan dat een patiënt klachten heeft. Je moet de patiënt dus duidelijk maken dat hij een probleem heeft, terwijl hij dat niet zo ervaart. Dat zorgt weleens voor scepsis: “De tandarts heeft weer iets gevonden om geld aan te verdienen.” Toch is het essentieel dat je vroeg ingrijpt bij slijtage. Een patiënt komt er zelf pas mee als hij pijn heeft of merkt dat zijn tanden heel kort worden. Dan ben je eigenlijk veel te laat. Je kunt het vergelijken met het vervangen van autobanden. Stel, de profieldiepte is 7,5mm en bij 2,5mm moet je de banden

vervangen. Dan ben je niet verkeerd bezig wanneer je de banden al vervangt wanneer ze tot 4mm zijn afgesleten. Je moet immers voorkomen dat je te lang blijft doorrijden, waardoor je op de binnenband komt te rijden, of – nog erger – op de velg, zodat je je auto flinke schade toebrengt. Met het Dahlconcept grijp je bij beginnende slijtage in, om verdere schade te voorkomen.

Ben je als tandarts ouderwets als je het Dahlconcept niet toepast?

Ja. Je hebt de plicht iets aan slijtage te doen. Gezien de huidige *lifestyle* met eroderende frisdrank en zure vruchtendranken gaan we voorlopig alleen maar meer slijtage zien. Met Dahl kun je vroeg-

immers bezig met de verduurzaming van het gebit, waardoor mensen langer hun natuurlijke dentitie kunnen behouden.

Is het Dahlconcept goed te declareren binnen het UPT-systeem?

Nee, het Dahlconcept staat niet op de tarieflijst. Onder de achttien jaar zit het in de basisverzekering. Bij volwassen patiënten zit het wel in de aanvullende verzekering, dat wil zeggen, het is een drievlaksvulling. Toch is nu vaak de vraag: hoe brengen we deze behandeling in rekening? Je kunt opgeven dat je een drievlaksrestauratie doet en vervolgens een front-hoektandgeleiding per element (code G33), maar dan krijg je als reactie van

“Het Dahlconcept is gratis onzichtbare orthodontie”

tijdig ingrijpen en zorgen dat de slijtage zich niet verder ontwikkelt. Ik vind dat je als tandarts een probleem hebt als je slijtage – en de behandeling met Dahl – negeert.

Het Dahlconcept past goed binnen de huidige trend naar preventieve gezondheidszorg. Je voorkomt er een verergering van het probleem mee: een element dat je volgens het Dahlconcept behandeld hebt, zul je daar nooit meer endontologisch hoeven te behandelen. Gek genoeg vinden we in Nederland dat een behandeling geen preventie meer is zodra er gerestaureerd wordt. Terwijl bijvoorbeeld in Zwitserland deze behandeling valt onder ‘secundaire preventie’. In mijn ogen is dat een logischere gedachtegang. Je bent

de zorgverzekeraar dat deze code G33 bij slijtage niet vergoedt. Dan loop je dus vast. Je kunt een V-code gaan gebruiken, of eigenlijk misbruiken, terwijl het eigenlijk een restauratie is, omdat V-codes nu eenmaal wel vergoed worden. Een V-code is dan vaak weer niet kostendeekkend, omdat je met Dahl langer bezig bent. Het is echt een puzzel, omdat er geen tarief voor bestaat.

Schrikt dat tandartsen af?

Absoluut. Als je een constructie moet opzetten om een behandeling te kunnen declareren, krijg je de naam ‘dat je creatief declareert’. Als een zorgverzekeraar een behandeling niet vergoedt, dan houdt dat tandartsen zeker tegen. We moeten niet vergeten dat een zorgverzekeraar een ander belang dient dan de tandarts. Als tandarts moet je handelen in het belang van de patiënt, die veel baat kan hebben bij het Dahl-methode!

Ik vind het vervelend om het steeds over de tarieven te moeten hebben, maar het stoort mij ontzettend dat de tarieflijst ontzettend achterloopt bij de ontwikkelingen in het vak. We zijn in Nederland al twintig jaar bezig met het Dahlconcept en nog steeds is er geen tarief voor. Het zou mooi zijn als er een eigen omschrijving komt, zoals we dat ook hadden tijdens het experiment met de vrije tarieven. Als een verzekeraar toestaat dat bij slijtage G33 wordt opgevoerd als behandeling, hebben we een manier om Dahl in het UPT-systeem te passen. Maar de huidige situatie is hinderlijk, en Dahl is niet de enige behandeling waarbij dit speelt. Ik hoop dat de grote aandacht voor het Dahlconcept mensen wakker schudt. Dit is de zoveelste nieuwe behandeling, gunstig voor de patiënt en op lange termijn kostenbesparend, die minder wordt toegepast door het huidige tariefsysteem. We moeten daar echt iets aan doen, want op deze manier houden we nieuwe ontwikkelingen tegen en raakt de Nederlandse mondzorg achterop. ■



VERENIGING MEDISCH TANDHEELKUNDIGE INTERACTIE PRESENTEERT 3 OKTOBER 2014 IN HET SINGER IN LAREN

HOOFDPIJN & KOPZORGEN VAN CRACKED TOOTH TOT CLUSTERHOOFDPIJN



Differentiaal diagnostiek van hoofd- en aangezichtspijn:

dr. Nico van Duijn, huisarts (moderator)
dr. Ben van Cranenburgh, neurowetenschapper
prof. dr. Boudewijn Stegenga, MKA-chirurg
dr. Corine Visscher, orofaciaal fysiotherapeut
prof. dr. Wytske Fokkens, KNO-arts
dr. Gisela Terwindt, neuroloog & bioloog
prof. dr. Michel Ferrari, neuroloog

Meer informatie en inschrijven via www.vmti.nl, inzendingen voor de wetenschapsprijs (2.500 €) voor 31 augustus

U en uw patiënten verdienen de beste prothese

TOP KWALITEIT:
door bio-hygiënische
materialen

PERFECTE
PASVORM:
door CAD/CAM productie

ZEKERHEID:
een nieuwe of reserve prothese
dankzij digitale back-up

1-op-1
certificerings-
cursus

TIJDSBESPARING:
minder zittingen nodig

AVA DENTTM
Digital Dentures



Volg een **certificeringscursus 1-op-1**
in uw eigen praktijk.

www.excent.eu

Wilt u met uw huidige tandtechnisch laboratorium blijven samenwerken?
Dat kan! Excent Tandtechniek werkt graag samen met uw tandtechnisch laboratorium.



Excent Tandtechniek

T 0800 - 330 00 00

E info@excent.eu

I www.excent.eu

Twitter [excent_eu](https://twitter.com/excent_eu)

Facebook [excenttandtechniek](https://facebook.com/excenttandtechniek)

Het Dahlconcept

Uitvoering in de praktijk en het laboratorium

Dit is een fragment uit het recent verschenen nascholingsprogramma *Het Dahlconcept* (AccreDidact, 2014), geschreven door Kya Wabeke.

3.4 Aan de slag

Na het analyseren van de opgewaste modellen volgt de vertaalslag naar de praktijk. Daarbij moet eerst het restauratiemateriaal worden gekozen. Herstel van gebitsslijtage beperkt zich zelden tot de palatinale vlakken. Vaak zullen de incisale randen verlengd moeten worden en moet

buccaal de overgang naar het intacte glazuur worden gemaskeerd. Een element wordt in dat geval rondom met restauratiemateriaal bedekt. Bij dit sandwich-principe zijn de volgende combinaties denkbaar:

- palatinaal composiet - buccaal composiet (directe of indirecte toepassing);
- palatinaal (in)direct composiet - buccaal keramiek als de esthetiek erg belangrijk is.

In de praktijk zijn deze keuzes afhankelijk van de situatie, de voorkeur van de behandelaar en de

wensen van de patiënt. De patiënt moet een uitstekende mondhygiëne onderhouden en zo nodig de week voor de behandeldatum met chloorhexidine spoelen.

3.4.1 Directe composiettechniek

Het toepassen van adhesieve technieken vereist een schoon en droog werkteerein zodat er geen contaminatie met bloed of speeksel plaatsvindt. Van sommige gesleten tandvlakken ligt de outline zo laag dat het aanleggen van een goed isolerende rubberdam moeilijk is. In de sulcus is



Afbeelding 34. Met behulp van een matrijsband wordt de glazuurrand in de sulcus vrijgelegd.

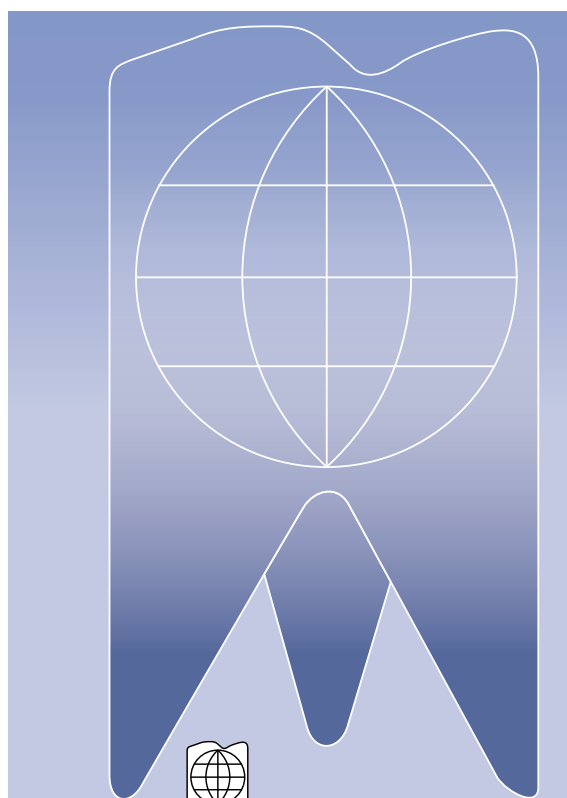


Afbeelding 35a-c.

a. Het incisale gedeelte van de bovenincisieven schemert door.

b. Met behulp van een putty-sleutel worden de drie gebitselementen verlengd.

c. De overgangen naar vestibulair worden gemaskeerd.



dentex
2014

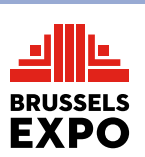
September 2014

Mis de tweejaarlijkse ontmoeting
voor de tandartsenwereld in België niet

19de SALON
voor Dentale Uitrusting

18-19-20
september

HEIZEL
paleis 7



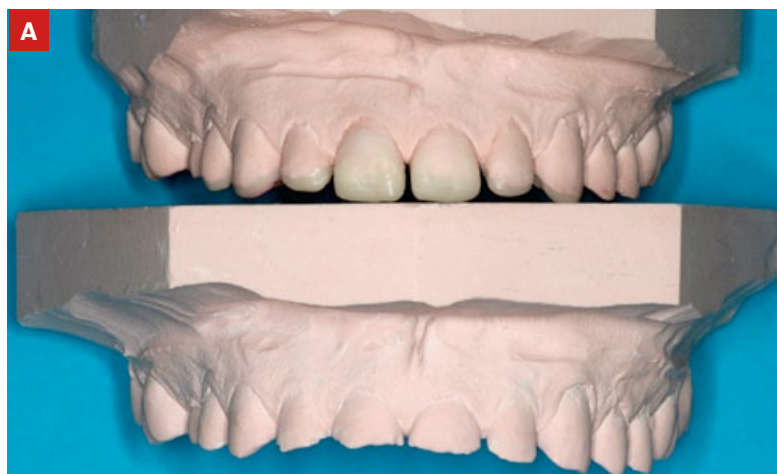
ORGANISATIE : DENTEX INTERNATIONAL
www.dentex.be

palatinaal, zeker bij verregaande erosie, vaak nog een glazuurrand te vinden die gespaard is door de bufferende werking van het speeksel. Om de composiet goed aan het diepliggende glazuur te kunnen laten hechten, is het handig van een metalen matrijs gebruik te maken. De nauwsluitende matrijs, die in de sulcus wordt aangebracht, zorgt voor een veilige bekisting en fungeert tegelijkertijd als isolator van het werkteerein.

Bij de directe composiettechniek is samenwerken met een stoelassistent die veel ervaring heeft met *four-handed-dentistry* een vereiste. Het composiet wordt direct in kleine porties in de matrijs aangebracht en vormgegeven, nadat het glazuur en dentine met het aanbevolen adhesiefsysteem zijn voorbehandeld. Bij het vormgeven dient het opwasmodel als voorbeeld.

3.4.2 Semi-indirecte composiettechniek

Een Dahlplateau kan ook met de directe composiettechniek via een buiten de mond vervaardigde mal in één keer naar de mond worden overgebracht. We spreken dan van de semi-indirecte composiettechniek. Het werken met een mal heeft het voordeel dat het gewenste contourher-



Afbeelding 36a-c.

a. De beginsituatie (onder) en de met modelleerwas herstellde frontelementen op het model erboven.

b. Dieptrekmal van transparante silicone.

c. De linkerhelft van het bovenfront is hersteld.

trekplaatje) gefabriceerd worden.

Als de slijtage zich voornamelijk incisaal voordoet, zoals bij attritie, of als een dun, translucent gebitselement het toelaat dat er uitsluitend vanaf buccaal met de composietlamp wordt belicht, dan kan er met een putty-index worden gewerkt. De palatinale sleutel biedt de ondergrond waartegen de composiet wordt aangebracht. Met de putty-index kunnen eveneens de incisale randen worden verlengd. Het gebruik van een gesloten siliconenmal leent zich goed wanneer er approximaal ruimte voorhanden is. Het flexibele materiaal voegt zich gemakkelijk tussen de gebitselementen en omsluit ze als het ware.⁴⁵

Op een kopie van het opwasmodel kunnen dieptrekmallen worden vervaardigd. Verschillende uitvoeringen zijn mogelijk, gebaseerd op persoonlijke voorkeur en ervaring. Die ervaring stoelt voor een belangrijk deel op de samenwerking tussen tandarts en tandtechnicus.

Hoe meer feedback er wordt uitgewisseld, des te minder hoeft

er in de mond gecorrigeerd te worden. De technicus moet er bij het opwassen aan denken dat de contouren waarmee hij de gipselementen herstelt, straks bij de patiënt de contouren van de composiet zullen worden. Overcontourering leidt tot overhangende composietrestauraties. Het is dus erg belangrijk dat er over de vormgeving van de palatinale partijen, met name approximaal, goed is nagedacht. Dezelfde precisie is vereist bij het vacuüm trekken van de dieptrekmal op het kopiemodel. De binnenzijde van de mal moet strak en tot ver in de interdentale embrasures reiken om ongewenste composietovermaat te voorkomen. Vervolgens is het aan de tandarts om de elementen te separeren en de cervicale approximale driehoekjes uit te blokken.

Een uitsparing buccaal in de dieptrekmal geeft controle op het wegvloeien van de composiet en maakt handmatig boetseren van de composiet bucco-incisaal mogelijk. Is uitgebreider restaureren buccaal vereist, dan wordt er een aparte facing gemaakt. ■

Casus 2 Als het ruimtelijk niet meezit



Afbeelding 47. Gesloten bovenfront en een dekbeet.



Afbeelding 48. Occlusaal aanzicht vóór de behandeling.



Afbeelding 49. De frontelementen onder zijn met composiet vestibulair dikker gemaakt. Boven zijn de elementen 13 t/m 23 palatinaal opgehoogd met een Dahlplatform en buccaal van een direct vervaardigde composietfacing voorzien.

Wanneer u bij een steil front een Dahlplateau wilt aanbrengen, kan het soms lastig zijn een vormgeving te realiseren die er redelijk uitziet en die ertoe bijdraagt dat de elementen zo veel mogelijk axiaal worden belast. Met het verhogen van de verticale dimensie ontstaat er soms veel ruimte sagittaal. Het Dahlplateau valt dan erg groot uit. In een dergelijk geval kan het uitkomst bieden het onderfront bij de Dahlbehandeling te betrekken. Door de onderanden vestibulair met composiet dikker te maken, komt het contact boven palatinaal meer naar voren te liggen.

Conclusie

Met composiet kun je 'spelen'.

Praktische tip

De mogelijkheid naar het onderfront uit te wijken is tijdens de verkenning van het opgewaste model het beste te bekijken als de modellen in een articulator zijn gemonteerd.



Afbeelding 50a-b.

a. De composietstops liggen axiaal.

b. De postcaniene elementen zijn uit occlusie getild.



Afbeelding 51. Twaalf maanden later is de occlusie hersteld.

onafhankelijke
geaccrediteerde
nascholing

TANDARTSEN | 19 | 2014

Het Dahlconcept

Naslagwerk

KRT

{AccreDidact

Het Dahlconcept

(eLearning en op zichzelf staand naslagwerk/cahier)

voor
KRT en
Mondzorg-
register

van auteur
dr. Kya B. Wabeke

www.accredidact.nl