

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition



MEI 2015

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 5 | NUMMER 4



Kritiek op orthodontisten
"Patiënten onvoldoende geïnformeerd"

Pagina 4



Uitneembare brug
Geschikte oplossing bij parodontitis

Pagina 16



Digital Smile Design
Aandacht voor gebitscorrecties tijdens KNMT Jaarcongres

Pagina 17-18

Voorlichting op maat cruciaal bij preventie



De rode fluorescentievlekken op het QLF-beeld laten zien dat er interdentaal en rondom de orthodontische brackets veel tandplaque zit. (foto: Karen van Daalen)

VS schroeft fluoridering drinkwater 'eindelijk' terug

WASHINGTON - Voor het eerst sinds de invoering van drinkwaterfluoridering in de VS in 1962 is het aanbevolen gehalte omlaag bijgesteld. Nieuwe richtlijnen vermelden een gehalte van 0,7 mg/l. Amerikanen hebben tegenwoordig meer toegang tot bijvoorbeeld fluoridetandpasta, waardoor de noodzaak van drinkwaterfluoridering afneemt.

Op dit moment bevat Amerikaans kraanwater gemiddeld 0,8 tot 1,2 mg/l fluoride. De aanpassing aan de nieuwe richtlijnen zal leiden tot ongeveer 25% minder fluoride-inname via drinkwater. Gecombineerd met fluoride dat de inwoners van de VS binnenkrijgen via andere middelen (tandpasta, mondwater) zal de totale fluoride-inname dalen met zo'n 14%.

Niet alleen de brede beschikbaarheid van fluoridetandpasta was volgens de Amerikaanse zorgautoriteiten reden om de richtlijn aan te passen. Sinds de invoering van de drinkwaterfluoridering is de prevalentie van cariës en tandbederf sterk gedaald, maar tegelijkertijd is de prevalentie van fluorose flink gestegen. Volgens het laatste nationale gezondheidsonderzoek (2004) heeft 20% van de

Amerikanen tussen de 6 en 49 jaar een vorm van fluorose door overmatige fluoride-inname.

De nieuw bepaalde normwaarde van 0,7 mg/l zou volgens de autoriteiten precies de balans vinden tussen het behouden van de preventieve werking ten opzichte van tandbederf en het verkleinen van het risico op fluorose. Toch groeit in de VS de lobby om drinkwaterfluoridering geheel te staken. Critici stellen dat overmatige blootstelling aan fluoride meer potentiële schade oplevert dan alleen fluorose. Onder meer de ontwikkeling van ADHD en een vertraagde neurocognitieve ontwikkeling zijn in verband gebracht met blootstelling aan verhoogde concentraties fluoride.

In West-Europa is drinkwaterfluoridering veel minder gebruikelijk. De meeste landen, waaronder Nederland (behalve in de periode 1960-1976), fluorideren hun drinkwater in het geheel niet (meer). In het Verenigd Koninkrijk en Ierland wordt drinkwater wel voorzien van fluoride, hoewel in lagere concentraties dan in de VS. (bron: Dental Tribune International) ■

Bezwaren tegen nieuwe klachtenwet

NIEUWEGEIN - De nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) draagt niet bij aan betere en veiliger zorg. Dat vindt de KNMT, samen met negen andere organisaties van eerstelijnszorgverleners. Gezamenlijk pleiten de zorginstaties bij de Eerste Kamer, die zich binnenkort over de wet buigt, voor een alternatieve aanpak.

De zorgorganisaties erkennen de behoefte aan vernieuwing van het klachtrecht, maar vinden dat de nieuwe wet de doelen van het klachtrecht niet waarmaakt: onvrede bij een patiënt wegnemen en de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener herstellen. De minister gaat voorbij aan het belang van het (eerst) informeel bespreken van klachten tussen zorgverlener en patiënt. Een weg die, zo blijkt uit onderzoek van NIVEL, juist veel vertrouwen van patiënten geniet.

Een tweede bezwaar is dat in de nieuwe Wkkgz geen onderscheid tussen klachten en schadeclaims wordt gemaakt, waardoor het

> lees verder op pagina 3

VAN DE REDACTIE

UTRECHT - Hoe bedreven de mondzorgprofessional ook is bij het restaureren, reinigen en anderszins verfraaien van het gebit, bij de preventie van cariës is hij afhankelijk van een onberekenbare factor: de patiënt zelf. Een patiënt die in de tandartsstoel misschien driftig knikt als hij te horen krijgt dat hij minder moet snoepen en beter moet poetsen, maar eenmaal thuis de goedbedoelde adviezen vaak snel in de wind slaat.

Hoe kan het beter? Volgens prof. dr. Cor van Loveren ligt de sleutel in voorlichting op maat. De bijzonder hoogleraar Preventieve Tandheelkunde bij ACTA vertelt in deze Dental Tribune (zie pagina 6-9) dat een persoonlijke aanpak veel beter bij de patiënt blijft hangen dan generieke aanwijzingen als 'ga nu eens beter poetsen'.

Voor een behandeling op maat is het belangrijk eerst de patiënt in kaart te brengen. Welke risico-indicatoren en -factoren zijn er? Het zijn voor de tandarts of mondhygiënist noodzakelijke gegevens om met effectieve preventieve voorlichting te kunnen beginnen. Bij het bepalen van het cariërisico wordt gekeken naar demografische factoren, zoals leeftijd en sociaal-economische status, maar ook naar het karakter en gedrag van de patiënt en naar symptomen in de mond. Zo

kunnen de resultaten van plaque-verklikkers en QLF-opnamen voor de patiënt zeer interessant zijn.

Het zijn zaken die voor de gemiddelde tandarts niet al te ingewikkeld zijn. Waarom Van Loveren zijn pleidooien toch telkens moet herhalen? "Veel tandartsen denken dat de patiënt 'het toch niet gaan doen'. Als je er als tandarts niet in gelooft, krijg je ook de patiënt niet gemotiveerd. Bovendien is het belangrijk dat de instructies niet belerend worden gebracht," aldus de hoogleraar.

Wanneer de PMO-frequentie wordt afgestemd op het cariërisico, de situatie in de mond concreet met de patiënt wordt besproken en de behandelaar de tijd neemt om de patiënt daadwerkelijk te motiveren, is er wel degelijk een gedragsverandering mogelijk, zo gelooft Van Loveren stellig. "En dat is belangrijk, want goede preventie levert gezondheidswinst én uiteindelijk kostenbesparing op. Helaas staat het huidige systeem meer nadruk op preventie in de weg."

Aansluitend op het interview vindt u een fragment uit het recent verschenen nascholingsprogramma *Riscoschatting bij cariëdiagnostiek en -behandeling* (AccreDidact, maart 2015; zie pagina 10-11). Hierin wordt beschreven hoe de behandelaar de cariëactiviteit kan vaststellen, als basis voor een gerichte bespreking met de patiënt. ■

straight.dental equipment

scaler tips



vanaf
€12,50

voor meer informatie: www.straightdental.com

autoclaven | thermodesinfectoren | hoekstukken | instrumenten

VMK Brug

Prijs per element

~~€110,-~~

€55,-

incl. ophalen & leveren



Nu 50% korting*
op uw eerste 10 werkstukken

Wij zijn Protilab

Europees marktleider
Graag leren wij u kennen



Protilab tandtechniek is een gerenommeerd Europees tandtechnisch laboratorium met meer dan 5.000 klanten. Onze werkstukken zijn ISO 13485:2003 gecertificeerd en wij maken uitsluitend gebruik van de hoogste kwaliteit, gecertificeerde materialen en de nieuwste technieken.

Test onze kwaliteit en bel ons kosteloos op **0800-0525** voor meer informatie.



Uitstekende
kwaliteit



5 Jaar
garantie



All inclusive
prijzen



8 Werkdagen
levertijd

* Deze 50% kortingsactie is geldig tot 90 dagen na de eerste bestelling

contact@protilab.nl

bel gratis! **0800-0525**

www.protilab.com

> vervolg van pagina 1

gevaar dreigt dat een klacht snel ontaardt in een schadeclaim.

Een claimcultuur en verdergaande juridisering worden hiermee in de hand gewerkt, waardoor het doel van de nieuwe wet teniet wordt gedaan, menen de beroepsorganisaties. Daarnaast zou de nieuwe wet zorgondernemers op hoge kosten jagen: zeker voor zelfstandige zorgverleners of kleine praktijken kost de invoering en naleving relatief veel tijd en geld. De eerstelijnsorganisaties pleiten voor een ruime overgangstermijn indien de wet wordt aangenomen. Die tijd is nodig voor onder meer de interne procedure voor incidentmelding die het wetsvoorstel verplicht stelt.

De nota met aandachtspunten ligt nu bij de Eerste Kamer, die naar verwachting op 30 juni over de wet debatteert met minister Schippers van Volksgezondheid. De nota is, behalve door de KNMT, ANT en NVM, opgesteld namens verenigingen van huisartsen, apothekers, verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, psychologen en psychotherapeuten. (bron: KNMT) ■



Kronen/bruggen • Facings • Implantaten
Gebitsprothesen • Klikgebitten

Vindt u goede tandtechniek ook zo duur?

Er is nu een alternatief

Tandtechniek kan voordeliger Spring zorgt voor verandering!

Spring is een verfrissend initiatief, gedreven door een team met jarenlange ervaring.
Spring biedt hoogwaardige kwaliteit, persoonlijke service én een eerlijke prijs.
Kiest u voor Spring, dan kiest u voor betrouwbare en toegankelijke zorg voor uw patiënten.

- ✓ kwaliteit
- ✓ besparing
- ✓ snel
- ✓ persoonlijk
- ✓ betrouwbaar

Nieuwsgierig geworden? Kijk voor meer informatie op www.springdental.nl óf neem contact met ons via 085 - 401 38 58 of info@springdental.nl

spring
DE TANDENEXPERT

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.



© 2015 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.

Aanmelden

De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, tandartsen-specialisten, mondhygiënist, orthodontisten, kaakchirurgen, tandtechnici, tandprotheticen 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

KNMT wil verplichte mbo-opleiding tandartsassistent

NIEUWEGEIN - Elke tandartsassistent die vanaf 1 september 2018 de arbeidsmarkt betreedt, moet in het bezit zijn van het mbo-diploma Tandartsassistent, of op het moment van aannemen met de opleiding bezig zijn. Daarvoor pleit tandartsorganisatie KNMT. Hiermee moet het opleidingsniveau van tandartsassistenten eenduidig, transparant en inzichtelijk voor de patiënt worden.

Een ledenonderzoek wees uit dat driekwart van hen het voorstel van de KNMT steunt. Vrijwel alle ondervraagde tandartsen vinden het belangrijk dat een nieuwe assistent een opleiding tot tandartsassistent heeft gevolgd. Op dit moment heeft ongeveer de helft van de assistenten een mbo-diploma op zak, de rest heeft een certificaat of is in de praktijk opgeleid door de tandarts zelf.

In een column naar aanleiding

van het voorstel schrijft KNMT-bestuurslid Hendrike van Drie dat de tandartsassistent onmisbaar is voor het verlenen van goede, veilige en patiëntgerichte zorg. Een aantoonbaar deskundigheidsniveau van de assistent draagt daar absoluut aan bij, aldus Van Drie. Volgens de KNMT vraagt de samenleving anno 2015 om transparantie, deskundigheid en meer uniformiteit in tandheelkundig handelen. Dat geldt niet alleen voor de tandarts, maar voor alle professionals die deel uit maken van het tandheelkundig team.

De eis dat elke assistent minimaal de mbo-opleiding Tandartsassistent heeft gevolgd, sluit aan bij die wens. Tandartsassistenten die al werkzaam zijn, worden niet verplicht alsnog de opleiding te volgen. Van Drie: "[zij] krijgen een generaal pardon, maar ook voor hen geldt: aantonen van bekwaamheid is belangrijk." ■



NATUURLIJK ICX

ICX templant®

...kegeldichtheid door precisie...

59,€
per ICX-implantaat
*excl. BTW



Nieuwe wetenschappelijke brochures nu beschikbaar!



Kwaliteit én meer rendement voor uw praktijk met ICX en Sinoss

ICX Implants · 1796 BE De Koog · Boodtlaan 10
Tel.: 0222 - 76 90 11 · www.icx-implants.nl · info@icx-implants.nl

Emeritus hoogleraar Bob ten Cate geridderd

VELSEN - Afgelopen vrijdag werd Bob ten Cate, emeritus hoogleraar Experimentele Preventieve Tandheelkunde aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), benoemd tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Ten Cate ontving de onderscheiding vanwege zijn exceptionele wetenschappelijke onderzoeksprestaties én de belangrijke rol die hij bestuurlijk bij de ontwikkeling van de Faculteit der Tandheelkunde en ACTA heeft gespeeld.

Vanuit zijn achtergrond als chemicus bracht Ten Cate als een van

de eersten in kaart hoe het gebruik van fluoride werkt tegen tandbederf. Zijn ontdekking dat fluoride zowel demineralisatie vertraagt als de remineralisatie versnelt, geldt als één van de belangrijkste bevindingen in de preventieve tandheelkunde. Het opende de weg voor cariëspreventie door middel van fluoridetandpasta, waardoor het tandbederf onder de bevolking sterk is afgenomen.

Ten Cate werd zowel nationaal als internationaal geroemd om zijn wetenschappelijke prestaties. In 2011 ontving hij een eeroctoraat aan de Universiteit van

Oslo en hij is benoemd tot honorary professor aan universiteiten in China, Peru en Hong Kong. Hij is een belangrijk ambassadeur van de Nederlandse tandheelkundige wetenschap in de gehele wereld. Ook was Ten Cate voorzitter van grote internationale tandheelkundige verenigingen en (mede-)organisator van tal van internationale wetenschappelijke congressen.

De koninklijke onderscheiding werd op vrijdag 17 april aan Ten Cate uitgereikt door burgemeester Franc Weerwind van de gemeente Velsen. (bron: ACTA) ■

“Orthodontist informeert patiënt onvoldoende”

HILVERSUM - Orthodontisten geven te weinig informatie over hun behandelingen en de kosten daarvan. Dat blijkt uit een gezamenlijk onderzoek van de Consumentenbond en tv-programma De Monitor onder bijna 600 ouders van orthodontische patiënten. Meer dan de helft van de respondenten zegt van de orthodontist geen keuze te hebben gekregen tussen verschillende behandelopties. Een kwart heeft zelfs geen offerte gekregen, terwijl dit verplicht is.

Eind maart wijdde het onderzoeksjournalistieke programma De Monitor al een uitzending aan de kosten voor orthodontie. Zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) rapporteerden een flinke stijging in kosten voor orthodontie, terwijl de tarieven hiervoor juist waren teruggeschoefd. De orthodontisten kwamen in deze uitzending niet gunstig voor het voetlicht. Vervolgens startte De Monitor in samenwerking met de Consumentenbond het Meldpunt Orthokosten. Ook dit Meldpunt gaf dus een weinig florissant beeld.

De eerdere verklaring van de orthodontisten, bij monde van René Novraz van de KNMT, was dat patiënten massaal voor duurdere beugels kiezen. Van de 600 ouders van beugeldragers die reageerden, zegt echter 57% nooit een keuze

tussen behandelopties voorgelegd te hebben gekregen. 70% geeft aan dat er überhaupt geen informatie over het behandeltraject wordt gedeeld door de orthodontist. Ook het vooraf bespreken van de kosten wordt gemist. Het geven van een offerte voor de behandeling wordt gestart is verplicht volgens de richtlijnen van de NZa, maar een kwart van de respondenten zegt deze nooit te hebben gekregen. De wel verstrekte offertes geven vaak slechts een ruwe schatting van materiaalkosten, zonder specificaties.

Novraz vertelde De Monitor in een reactie op de resultaten “teleurgesteld” te zijn. De KNMT-woordvoerder geeft aan dat de vereniging gaat werken aan betere informatievoorziening door orthodontisten en intern scherper gaat controleren op het naleven van de regels, zoals de verplichte offerte. De Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO) liet weten dat ‘elke klacht er één te veel is’. De vereniging wil in haar jaarlijkse tevredenheidsonderzoek onder 11.000 patiënten nagaan of het door De Monitor geschetste beeld representatief is. Daarnaast wijst de NVvO op de eigen richtlijn, waarin staat dat een orthodontist zijn patiënt vooraf een behandelplan en beugroting moet geven en verschillende behandelopties moet voor-



leggen. ‘Elke patiënt heeft daar recht op,’ aldus de vereniging in een schriftelijke reactie.

De NZa zegt “een stevig gesprek met de orthodontisten te gaan voeren” naar aanleiding van de bevindingen van De Monitor en de Consumentenbond. De zorgautoriteit overweegt actie te ondernemen, zoals een verplichting voor orthodontisten om alle verschillende beugel-opties op hun website te vermelden, maar treedt eerst in overleg met de beroepsorganisaties, evenals een overzicht van de reacties die binnenvielen op het Meldpunt Orthokosten. (bron: De Monitor) ■

Advies op maat cruciaal bij preventie



In de praktijk

EW

nieuw



Bescherming tegen gevoelige tanden: Nu verkrijgbaar als mondwater voor dagelijks gebruik.

De eerste Sensodyne mondwater met 3% kaliumnitraat en fluoride biedt wetenschappelijk getest langdurige bescherming tegen gevoelige tanden bij tweemaal daags gebruik.^{1-4*} Speciaal ontwikkeld voor de dagelijkse verzorging van gevoelige tanden*

 **SENSODYNE**[®]

*Bij tweemaal daags spoelen na het poetsen met een fluoride tandpasta.
References: 1. Gillam DG et al. J Clin Periodontol 1996;23:993-997. 2. Morris A et al. Efficacy of a Potassium Nitrate Mouthrinse for Relieving Dentinal Hypersensitivity, IADR/AADR/CADR 87th General Session and Exhibition, April 1-4 2009.
3. Pereira R et al. J Periodontol 2001;72(12):1720-1725. 4. GSK Data on File (Study RH01751): A Clinical Study Investigating the Efficacy of a Mouthwash in Providing Long Term Relief from Dentinal Hypersensitivity. Prepared March 2014.
CHBE/CHSENO/0006/15.

“Huidige systeem staat gezonde mond in de weg”

Interview met prof. dr. Cor van Loveren, bijzonder hoogleraar Preventieve Tandheelkunde



TEKST: MARIEKE EPPING
FOTO: KEES WOLLENSTEIN

Elke tandarts zal zeggen dat hij zijn patiënten adviezen geeft voor een beter gebit. Maar hoe effectief is deze voorlichting? Werken aanwijzingen als 'je moet beter poetsen en minder snoepen' eigenlijk wel? Prof. dr. Cor van Loveren vindt van niet. De sleutel ligt in een individuele aanpak op basis van een afgewogen schatting van het cariërisico. Van Loveren schreef recentelijk, samen met dr. Gert Stel, het nascholingsprogramma 'Risicoschatting bij cariëdiagnostiek en -behandeling' (AccreDidact, 2015). Dental Tribune interviewde deze bijzonder hoogleraar Preventieve Tandheelkunde over risico-indicatoren, risicofactoren en het maximaal motiveren van patiënten.

Waarom is het belangrijk een schatting te maken van het cariërisico van een patiënt?

Zeker bij de meer kostbare behandelingen moet de tandarts zich afvragen bij welke patiënten hij deze moet uitvoeren en bij welke niet. Veertig jaar geleden had iedereen veel cariës, dus kon er nooit echt sprake zijn van overbehandeling. Inmiddels is het cariëbeeld dusdanig veranderd dat het lang niet meer bij iedereen een ernstig probleem is. De afweging of een behandeling wel doelmatig is, wordt daardoor belangrijker.

Anderzijds weten we inmiddels dat patiënten makkelijker te motiveren zijn als een aanpak op hen specifiek is toegesnedden. Bij cariës zal vaak een beroep op de patiënt worden gedaan, bijvoorbeeld om het poetsgedrag aan te passen. Uit onderzoek blijkt dat patiënten dit met meer wilskracht doen als ze zien dat de instructies op hun persoonlijke situatie zijn aangepast.

In beide gevallen draait het om

'tailoring' van de behandeling, een trend die zorgbreed zichtbaar is. Voor een behandeling op maat moet je eerst de patiënt in kaart brengen. Daarom stellen wij in het nascholingsprogramma van AccreDidact een onderscheid in drie groepen voor: heeft een patiënt een laag, gemiddeld of hoog risico op cariës?

Hoe zijn die risicogroepen demografisch verdeeld?

Er zijn natuurlijk de bekende hoogrisicogroepen: kinderen, ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis en patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Bij die groepen dragen aspecten zoals leeftijd, de woonomgeving en andere ziekten bij aan het verhoogde risico. In het kader van risicoschatting noemen we deze aspecten risico-indicatoren. Sociaal-economische status is ook een risico-indicator, net als de gebitsgezondheid van de familie en het gebruikmaken van mondzorg.

Alleen deze risico-indicatoren geven geen compleet beeld. Wat kan een tandarts nog meer op een hoog cariërisico wijzen?

Voor een goede risicoschatting kijkt de tandarts nog naar risicofactoren - het gedrag van de patiënt - en naar symptomen in de mond. Bij gedrag draait het om de mondhygiëne en of de patiënt voldoende fluoride aanbrengt. Ook het eetpatroon van de patiënt kan een risicofactor zijn wanneer sprake is van veel suikers en/of gefermenteerde koolhydraten.

Uiteraard speelt de situatie in de mond een belangrijke rol. Welke symptomen zijn zichtbaar? Is er enkel een 'gezonde' hoeveelheid tandplaque te zien of is deze aan de zorgelijke kant? Zijn er sporen van demineralisatie, zijn er beginnende of gevorderde cariëslaesies en zijn deze actief of inactief?

De unieke combinatie van risico-indicatoren, risicofactoren en symptomen bepaalt in welke risicogroep de patiënt valt. Daar zijn geen vaste criteria voor, omdat het gaat om de samenhang van deze aspecten. De grenzen kunnen zagezegd verschuiven. Neem een patiënt met redelijk veel tandplaque en nog geen demineralisa-

tie. Zijn gedrag is heel goed en er is geen sprake van risico-indicatoren. Dan zou de tandarts deze patiënt kunnen indelen als 'gemiddeld risico'. Een patiënt met dezelfde symptomen in de mond, maar ook een suikerrijk dieet en woonachtig in een achterstandswijk - waar veel tandbederf voorkomt - zal daarentegen in de groep 'hoog risico' kunnen worden ingedeeld. Waar de grens ligt, is niet hard vast te stellen.

Heeft de algemeen practicus voldoende kennis om een goede inschatting te maken?

Dat denk ik wel, zeker de tandarts met enige ervaring. Het schuiven met die grenzen zal een tandarts goed aanvoelen én uit kunnen leggen aan zijn patiënt. Het is uiteraard wel iets dat een tandarts leuk moet vinden om te doen, omdat het een meer sociologisch of psychologisch aspect is van het vakgebied. Dat zal niet elke tandarts evenveel aanspreken.

Welke (technische) hulpmiddelen kan de tandarts inzetten bij een risicoschatting?

Behalve de spiegel met opvallend licht zijn er steeds meer hulpmiddelen voor de tandarts. Denk bijvoorbeeld aan een plaqueverklipper, die een paarse kleur aan tandplaque geeft, of *high-tech* zoals een QLF-camera of lichtpennen die gebruik maken van de fluorescente eigenschappen van bacteriën. Zij tonen geen zaken aan die niet ook met het blote oog zichtbaar zijn, maar het mooie aan deze nieuwe middelen is dat zij de mogelijkheid bieden tot kwantificeren. Bovendien is het uitdrukken van de hoeveelheid plaque of demineralisatie in een getal met het blote oog niet nauwkeurig. De nieuwe technieken kunnen goed gebruikt worden voor het volgen van het verloop van het proces om te zien of een behandeling effect heeft.

Wanneer de tandarts het cariërisico heeft geschat, wat is dan de vervolgstap?

Dan ga je met je patiënt werken aan het verlagen van het risico. Denk aan het geven van poetsinstructies of werken aan gedragsveranderingen zoals minder

snoepen. Hierbij is het van belang dat de gekozen strategie wordt aangepast op de patiënt. Het is niet bevorderlijk voor de therapietrouw als je een patiënt overspoelt met informatie en tips waarvan de helft niet op hem slaat.

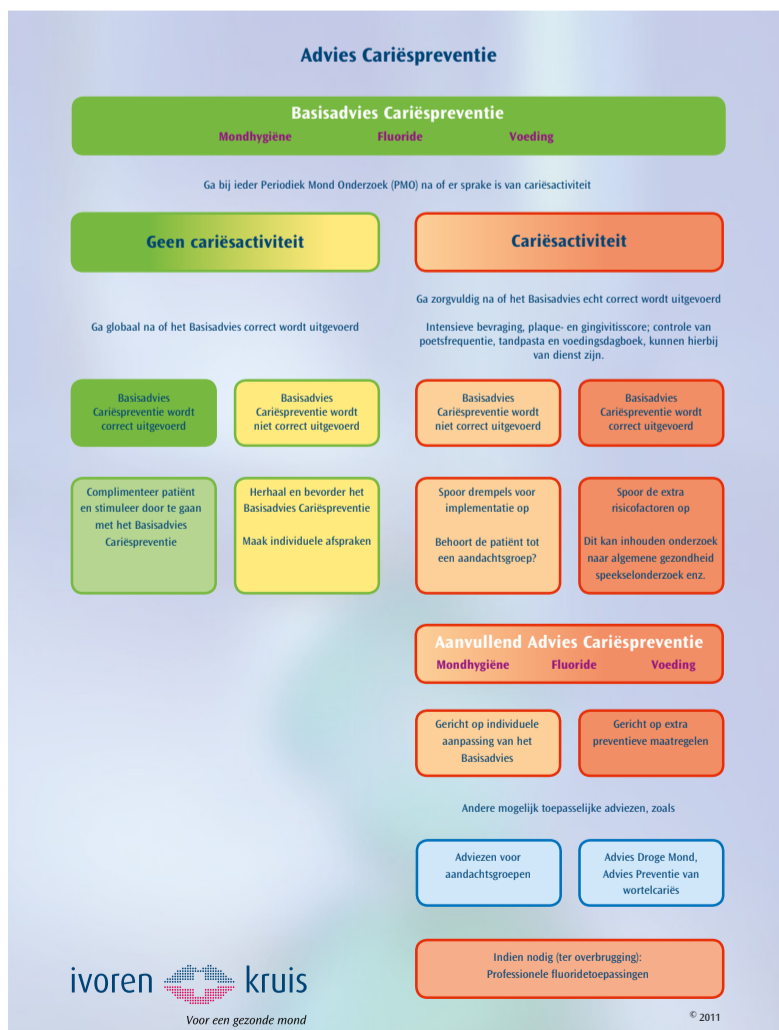
Ook de Ivoren-Kruis-adviezen maken gebruik van risicoschatting (zie het schema hiernaast, red.). Daarin wordt uitgegaan van groene (laag risico), gele (verhoogd risico maar (nog) geen cariëactiviteit), oranje (verhoogd risico en cariëactiviteit) en rode patiënten. Deze laatste groep heeft buiten hun schuld cariëactiviteit, bijvoorbeeld doordat ze niet kunnen reinigen of te weinig speeksel hebben. Voor iedere groep wordt beschreven hoe je met advisering om kan gaan. Het doel is om van oranje patiënt een gele te worden en van geel naar groen te gaan.

Dat klinkt helder en niet al te moeilijk. Zijn er valkuilen bij het motiveren van de patiënt?

Het klinkt als een open deur, maar het is belangrijk dat de instructies niet te belerend worden gebracht. Probeer de patiënt zelf te motiveren om zijn gebitsproblemen aan te pakken. Dat kan door bepaalde gesprekstechnieken in te zetten, zoals *motivational interviewing*. Dit is in de tandheelkunde redelijk nieuw, maar wordt door huisartsen al veel gebruikt om patiënten te helpen bij het stoppen met roken. Ook het inzicht geven in de situatie van de patiënt, bijvoorbeeld door metingen met de plaqueverklipper of de high tech-apparatuur te delen, kan daaraan bijdragen. Een patiënt kan dan zien hoe 'erg' het is en samen met de tandarts een doel stellen om naartoe te werken. (lachend) Zonder met het vingertje te zwaaien!

Welke andere behandelopties heeft de tandarts om het cariëproces aan te pakken?

Lange tijd was de gedachte dat een restauratie hielp om het cariëproces te stoppen, omdat er met een vulling niet langer plaque in het gaatje kan komen. Nu we-



Er zijn risicogroepen te onderscheiden aan de hand van de mate van cariëactiviteit en de aanwezigheid van tandplaque en gingivitis. (foto: Ivoren Kruis)

> lees verder op pagina 9

€ 2* PER UUR

De nieuwe XO 4 stimuleert u om perfecte behandelingen uit te voeren op ontspannen patiënten, terwijl uw gezondheid en uw financiën worden beschermd.

Dit is belangrijk omdat u meer dan 20.000 uren zult werken met uw toekomstige behandelunit.

U kunt natuurlijk beslissen om een goedkope stoel aan te schaffen, waardoor de initiële investering kleiner is.

MAAR dan geniet u niet de voordelen van onze XO 4.

*Bezoek www.xo-care.com voor meer informatie.



XO CERTIFIED PARTNERS:

Arseus Dental Nederland B.V. • 0416-675000 • info@arseus-dental.nl

Utrecht Dental B.V. • 030-2410130 • info@utrecht-dental.nl

Croonen Dental Service V.o.f. • 06-14565055 • info@croonendentalservice.nl

H&E Dentaal Buro B.V. • 06-13020898 • he@dentaalburo.nl

XO[®]
xo-care.com

QualityPractice

Mondhygiëne

De norm
in professionele
nascholing

BEKIJK
HET NIEUWE
PROGRAMMA
EN WORD LID

www.qualitypractice.nl

> vervolg van pagina 6

ten we dat het niet om de plaque in de laesie gaat, maar om de plaque op en rondom het gaatje. Dat is een belangrijk inzicht, want het betekent dat een restauratie nu wordt ingezet voor het herstel van de kauwfunctie of vanwege de esthetiek en niet langer om cariës te stoppen. Ook houdt het in dat we in het melkgebit het vullen vaker kunnen vervangen door het poetsen van de cariës, wat gunstig is voor bijvoorbeeld angstige kinderen. Niet alleen omdat ze die ene vervelende restauratieve behandeling niet hoeven te ondergaan, maar ook omdat een dergelijke ingreep kan leiden tot minder tandartsbezoek op latere leeftijd. Dat is een bijkomend voordeel: het verminderen van tandartsangst. Maar bovenal promoot deze methode een grotere eigen verantwoordelijkheid voor het gebit, die kan leiden tot betere zelfzorg.

Cariës is dus geen eenrichtingsverkeer van gaaf naar gat. Het proces is om te buigen, zelfs tot stilstand te brengen, en de patiënt kan hier zelf voor zorgen door adequate zelfzorg.

Als bekend is dat cariës te stoppen is door de patiënt zijn (poets)gedrag aan te laten passen, waarom is het dan nog geen gemeengoed om patiënten te coachen?

In de hoeden van veel tandartsen leeft het vooroordeel dat 'de patiënt het toch niet gaat doen.' Je moet er als zorgverlener natuurlijk zelf in geloven dat de patiënt met je advies aan de slag gaat! Anders vindt dat voorlichtingsgesprek natuurlijk niet plaats, laat staan dat je de patiënt intrinsiek gemotiveerd krijgt.

Daarnaast is er nog een reden waarom tandartsen liever een vulling leggen dan poetsgedrag bespreken: beloning. Niet per se in financiële zin, maar vooral als gevoel van voldoening. Als je een vulling maakt, kun je zien dat je goed werk hebt geleverd. Als je poetsinstructies geeft, is die beloning veel minder concreet. Overigens denk ik dat de nieuwe kwantificeringstechnieken hier een goed substituuut kunnen vormen, omdat daarmee het effect van poetsinstructies inzichtelijk wordt.

Recent is in Den Bosch een onderzoek onder schoolgaande kinderen afgerond, waarbij

het systeem van risicoschatting werd ingezet...

Dat klopt. Gedurende drie jaar werden kinderen van zes jaar oud ingedeeld in risicogroepen. De aanpak was gebaseerd op het Nexø-model, ontwikkeld in de jaren tachtig in Denemarken. Op basis van vier criteria werd een risicoscore gemaakt: aanwezigheid van actieve cariës in het gebit, doorbraakfase van de (pre) molaren, cariësactiviteit in de occlusale vlakken van de doorbrekende elementen en medewerking van ouders en kind. Op basis

“Preventie levert gezondheidswinst én kostenbesparing op”

daarvan werd een frequentie van tandartsbezoeken afgesproken, variërend van tweemaal per jaar tot eens per twee maanden. Deze aanpak bleek effectief: van de kinderen in het programma kreeg slechts één op de zes een gaatje. Bij de standaardaanpak was dit één op de twee.

Daarnaast bleek het systeem met de risicoschatting en aangepaste tandartsbezoeken ook

belonend te werken: zowel kinderen en ouders als de professionals zagen het als belonend om te werken aan minder tandartsbezoeken. Door het enthousiasme en de goede resultaten met deze proef wordt het idee opgepikt en verspreid. De aandacht voor risicoschatting groeit.

Zal de risicoscore in Nederland nu snel voet aan de grond gaan krijgen?

Het succes van het experiment in Den Bosch heeft het idee om risicoschatting in de praktijk toe te passen zeker in een stroomversnelling gebracht. Hopelijk is dit de aanzet voor een grote verandering in de tandheelkunde. Ik denk namelijk dat het huidige systeem een gezonde mond in de weg staat. Iedereen standaard twee keer per jaar naar het PMO laat zich niet rijmen met een goede inzet van risicoschatting en een aanpak op maat op basis van dat risico.

Stel, je werkt bij een patiënt met een hoog cariësrisico aan zijn motivatie om de mondhygiene te verbeteren en minder te snoepen. Je gaat uitgebreid met die patiënt in gesprek, maar je merkt aan het eind dat de motivatie nog niet heel hoog is. Ver-

volgens kun je pas na zes maanden je gesprek voortzetten. Het effect van het vorige gesprek is dan allang verdwenen.

Hoe zou het beter kunnen?

In een ideaal mondzorgsysteem bepaalt de tandarts eerst het cariësrisico van de patiënt. Daarna past hij daar de PMO-frequentie op aan. Dan heb je meer contact met je hoogrisicopatiënten zodat je effectiever met hen aan preventie kunt werken. Ook zijn er meer meetmomenten waarop het - hopelijk - afnemen van de plaque en/of cariës is te zien als stimulans voor patiënt en tandarts. En er is de beloning van het toewerken naar minder tandartsbezoeken.

Ik begrijp dat in het huidige systeem allerhande politieke en financiële belangen een rol spelen en dat een verandering echt niet zo simpel is. Wel hoop ik dat het publieke debat hierover meer en meer gevoerd kan worden. De genoemde inzichten gelden niet alleen voor de tandheelkunde, maar voor de gehele zorg: we weten dat preventie gezondheidswinst én uiteindelijk kostenbesparing oplevert, maar de inrichting van de zorg belet ons die omslag te maken. ■

Zo liever niet

Een belerende toon of patiënten overspoelen met informatie zal niet helpen de patiënt zijn gedrag te laten aanpassen. In patiëntenpanels komt deze kritiek ook regelmatig terug. Cor van Loveren en Gert Stel zetten een aantal voorbeeldzinnen op een rij van hoe een tandarts of mondhygiënist het in zijn communicatie beter niet aan kan pakken, hoe kloppend of goedbedoeld de adviezen ook zijn.

“Goed poetsen hè.”

“Drink je weleens frisdrank? Slecht voor je tanden hoor!”

“Poetst u de tanden van de kinderen wel na?”

“Ik heb het al zo vaak gezegd: als je te veel snoept krijg je gaatjes.”

“U weet toch, suiker is slecht voor het gebit!”

“Je leert het ook nooit.”

“Je moet twee keer per dag zeker twee minuten goed je tanden poetsen”

“U moet een uur voor het poetsen geen zure dingen eten of drinken. Dranken zonder ‘toegevoegde suikers’ zoals vruchtensappen, bevatten nog wel de suiker die in de vruchten zelf zitten, dus die zijn alsnog niet goed voor het gebit.”

“Probeer niet meer dan zeven eetmomenten op de dag te hebben, een goede stelregel is dat u na het eten of drinken minstens twee uur niets neemt. Uiteraard moet u tweemaal per dag poetsen en is het goed om eens per dag te stokeren.”

Zo kan het ook

De tandarts of mondhygiënist stelt samen met de patiënt een doel vast door te tonen en bespreken hoe de mond ervoor staat. Door aandacht te hebben voor de wensen van de patiënt en voor wat hij lastig vindt om te veranderen, wordt de intrinsieke motivatie van de patiënt aangewakkerd. Hierdoor voelen de adviezen niet als opgelegd, wat de therapietrouw ten goede komt. Hoe dat in de praktijk uitpakt? Hieronder noemen Van Loveren en Stel een paar voorbeelden.

“Je ziet hier op je kiezen rechtsboven beginnende gaatjes. Dat proces kunnen we nog stoppen. Je gaf aan dat je veel cola drinkt en dat je maar heel kort poetst. Ik denk dat die gaatjes daarmee te maken hebben.” – Patiënt zegt al eerder geprobeerd te hebben alleen maar light-producten te drinken, maar dit niet lekker te vinden. – “We kunnen ook proberen om minder vaak iets te drinken. Wat vind je daarvan?”

“Goed. Laten we dan afspreken dat je gaat proberen de komende drie maanden meer gezondere dranken te drinken en daarbij probeert niet meer dan één glas cola per dag te nemen. Dat ene glas kunnen we misschien wel opvangen als je de beginnende gaatjes beter gaat poetsen. Zou dat mogelijk zijn?” “Zullen we over een paar maanden dan weer meten hoe het ervoor staat met de beginnende gaatjes?”

“Fijn dat u het voedingsdagboekje van uw zontje zo volledig hebt ingevuld. Zo krijgen we een goed beeld van wat hij zoal op een dag eet en drinkt. Dat is van invloed op zijn gebit. Ik zie dat hij vaak niet ontbijt. De kans is groot dat hij dan gaat snoepen. Zijn er mogelijkheden om dit te veranderen?” “Zullen we afspreken dat u gaat proberen vaker met uw zontje te ontbijten en volgende maand nog eens te bespreken hoe goed het is gelukt?”

“We hebben net de tandplaque bij u gekleurd met een plaqueverklipper. Ziet u de paarse kleur langs de randen van het tandvlees? Dat zijn voor u waarschijnlijk lastige plekken om goed te poetsen. Ik wil u graag laten zien hoe dat voor u gemakkelijker kan worden. Door beter op die plaatsen te poetsen kunnen de beginnende gaatjes langs het tandvlees nog herstellen. Zullen we dan over twee weken nog eens kijken of het met het poetsen al beter gaat?”

Miele
PROFESSIONAL

De nieuwe norm in reiniging en desinfectie!

Betere hygiëne,
meer capaciteit,
meer zekerheid

GRATIS
starterskit
Miele
ProCare Dent*



Miele thermodesinflectoren overtuigen met perfecte reinigingsresultaten en een grote capaciteit. De nieuwe generatie staat garant voor maximale hygiëne en veiligheid tijdens de verwerking van uw kostbare instrumenten.

- **Krachtige gepatenteerde spoeltechniek** door een frequentiegestuurde circulatiepomp met geïntegreerde verwarming
- **Optimale reiniging** door verbeterde rekken en inzetten
- **Minder verbruik** van water, energie en chemie door toepassing van specifieke programma's en EcoDry
- **Hoge betrouwbaarheid** van het proces door nieuwe uitgebreide controlefuncties

Voordelen waar u dagelijks plezier van heeft!

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

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.