

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition 

straight.dental

quicksleeper.nl
info@straightdental.com



QuickSleeper: pijnloze anesthesie, die altijd zit

- ✓ intraossale anesthesie
- ✓ mislukt niet, werkt onmiddellijk
- ✓ geen post-operatieve neveneffecten
- ✓ geen mandibulair blok meer nodig

"De Quicksleeper is een van mijn beste investeringen van de afgelopen jaren. Ik gebruik de Quicksleeper in 9 van de 10 gevallen en zou niet meer zonder kunnen."

Tandartspraktijk de Weihoek, Ronald Flapper

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 8 - NUMMER 10 - DECEMBER 2018

Versobering

Aanvullende verzekeringen mondzorg verder uitgekleeft

Pagina 3

Grote overname

Factoringbedrijven mondzorg bundelen krachten

Pagina 3

Kindvriendelijke mondzorg

Fragment uit nieuw AccreDidactprogramma

Pagina 8-9

www.mondzorg-kosten.nl

Duidelijk toegelichte tandartsrekening op nieuwe website

Pagina 10



Slechter gebit

ZiN slaat alarm over mondgezondheid tieners

Pagina 11

3D-printen rukt op

Dentale markt groeit naar 8,6 miljard euro

Pagina 12



Tandarts-implantoloog
Thibaut de Jong:

"Implantologie doe je er niet zomaar even bij"

Pagina 14-15

Kritiek op minister na 'onderbouwing' taakherschikking

TEKST: BEN ADRIAANSE

DEN HAAG Minister Bruno Bruins (VVD) heeft gemengde gevoelens opgeroepen met de beantwoording van Kamervragen over de voorgenomen verruiming van zelfstandige bevoegdheden voor mondhygiënist. De KNMT constateert dat de gevraagde aanvullende argumentatie ontbreekt, de ANT spreekt – met gestrekerd been – van "holle frasen" en "opvallende feitelijke onjuistheden."

In de brief van 27 november jl. geeft Bruins uitgebreid antwoord op vragen over onder andere de competenties van afgestudeerde mondhygiënist, de rol van taakherschikking in het terugdringen

van het tandartsentekort en het voorkomen van overbehandeling. Ook gaat hij in op de vraag wie de regie krijgt in het beoogde mond-

Lees verder op pagina 15 ▶

ADVERTENTIE



KaVo Scan eXam One
vervangbonus tot € 2.500,-

0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl

ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent

ADVERTENTIE

PARO2019

Uit zijn ervaring als algemeen practicus weet tandarts-parodontoloog prof. dr. Fridus van

der Weijden hoe lastig het is om het tandvlees goed in de gaten te houden. Er worden in de praktijk dan ook regelmatig problemen gemist. Genoeg aanleiding voor het congres PARO2019, waar Van der Weijden

een van de sprekers is. In een interview met Dental Tribune bespreekt hij alvast de hoofdpunten. "Ga weloverwogen te werk, evalueer regelmatig en zorg voor een goede samenwerking tussen tandarts en mondhygiënist."

Lees verder op pagina 6-7

ADVERTENTIE



Miele

DATA DIARY
Draadloze procesdocumentatie.

Voor de feilloze procesdocumentatie bij de reiniging en desinfectie van instrumentarium biedt Miele Professional nu een bijzonder tijdsbesparende plug-en-play-oplossing door middel van een app. **DataDiary**.

Meer informatie?
Kijk op www.miele.nl/pro/datadiary
of bel 0347 37 88 84

Miele Professional. Immer Besser.



MEDDENT.NL
QUALITY PRODUCTS



All Dent
dental equipment

FINNDENT
8000B1+ ZWEEPUNIT

ALL DENT = ALL-IN

- 7 jaar garantie
- 7 jaar onderhoud
- 7 jaar service
- 7 jaar zekerheid
- Gratis installatie

Alleen mogelijk door bewezen kwaliteit en betrouwbaarheid.

ALL-IN €16,95*
per werkdag

* vraag naar de voorwaarden

DECEMBER DEAL

Veenendaal - T. 0318 - 509060 - E. info@alldent.nl - www.alldent.nl

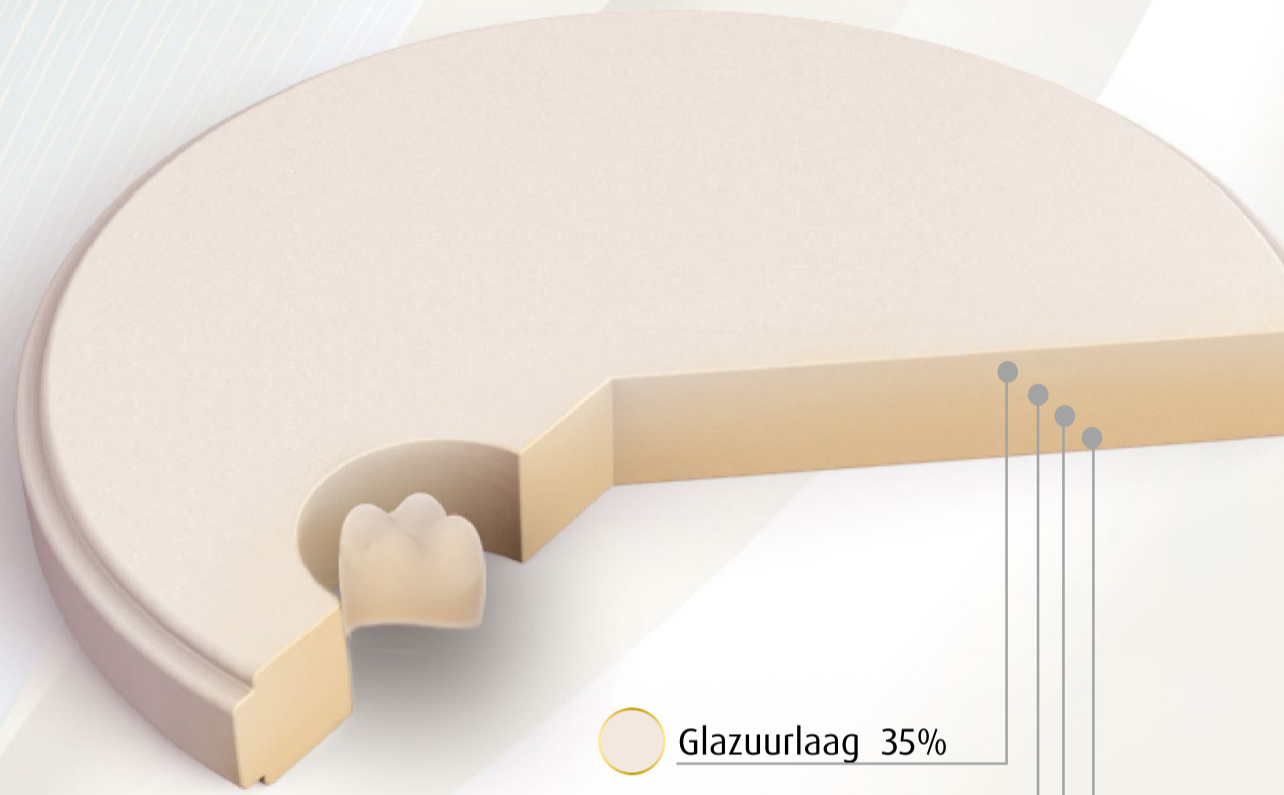




Multilayer Zirkonium: Techniek en esthetiek komen samen

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

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



Glazuurlaag 35%

Overgangslaag 2 15%

Overgangslaag 1 15%

Dentine bodylaag 35%

natuurlijke uitstraling en duurzaam resultaat



PRECISIE
CAD/CAM gefreesd



ESTHETIEK
De Multilayer Zirkonium is meer translucient
dan de traditionele Zirkonium



STERK
3 Jaar garantie

⁽¹⁾ incl. ophalen & leveren

⁽²⁾ Deze 50% kortingsactie is geldig tot 30 dagen na de eerste bestelling voor nieuwe klanten

Aanvullende pakketten mondzorg in 2019 wederom versoberd

De aanvullende pakketten voor het verzekeren van mondzorg door tandarts of orthodontist worden volgend jaar verder versoberd. Dat blijkt uit de datamonitor van vergelijkingsite Independer. Hoewel er verschillen zijn tussen verzekeraars, ziet Independer over de hele linie dat de dekking op orthodontie omlaag gaat. Het verder uitkleden van de aanvullende pakketten is een trend van de afgelopen jaren die nu doorzet.

Bij verzekeraar Ohra gaat de vergoeding voor orthodontie voor kinderen vanuit het Extra Aanvullend pakket van 100% tot 1.000 euro naar 75% tot 1.000 euro. Voor het pakket Uitgebreid van Ohra gaat deze omlaag van 100% tot 2.000 euro naar 75% tot 2.000 euro. Zilveren Kruis, Menzis en Avéro Achmea stellen een wachttijd van één jaar in, waar deze er dit jaar nog niet was. Verzekeraars Stad Holland en DWS komen met een plafondbedrag waar eerst nog geen maximum gold. Aanvullend pakket Tand 500 van verzekeraar Anderzorg (het internetlabel van Menzis) gaat van een

vergoeding in 2018 van 100% tot 500 euro naar 75% tot 500 euro. Hetzelfde is zichtbaar bij pakket Tand 500 van Menzis. Zilveren Kruis

kiest ervoor om volgend jaar bij de aanvullende tandpakketten tot vier sterren niet 100% van de M- en T-codes tot het verzekerd bedrag te



vergoeden, maar 75% daarvan. Ook aanvullende pakketten voor fysiotherapie en alternatieve geneeswijzen versoberen in 2019. De datamonitor van Independer is terug te vinden op www.independer.nl/zorgverzekering/info/datamonitor.

(bron: Independer) ■

Column

Reinier van de Vrie



Geslepen mes

Er rammelt van alles, de ketting loopt er regelmatig af, het licht doet het niet meer, de bel is al lang verdwenen, maar toch blijf je erop fietsen. Want je bent gehecht aan dat rijwiel en het rijdt zo lekker. Bovendien herken je je fiets uit duizenden op de drukste fietsenstalling in de stad. Bijkomend voordeel is ook dat de fiets niet snel gestolen zal worden, want daarvoor is ie te gammel en te goed herkenbaar. Zelfs een fietsjunk zal er zijn neus voor optrekken.

Mijn vader kon geen afscheid nemen van zijn zakmes. In de nalatenschap troffen we het aan op zijn werkbank. Het knipmes dat hij al sinds – mijn – mensenheugenis bij zich droeg. Geen groot mes, maar wel geschikt om touwtjes mee door te snijden of een niet al te dikke tak. Of een appeltje mee te schillen. Hij was fruitteiler en lustte met smaak zijn eigen producten. Of het mes nog kan knippen weet ik niet, maar wel dat het lemmet helemaal hol is afgeslepen zodat het de vraag is wanneer het gaat breken. Het moest wel scherp zijn.

Tandartsen staan erom bekend dat ze gedurfde investeerders zijn en van nieuwe technische snufjes en apparaten houden. Maar volgens mij zijn er ook genoeg die geen afscheid kunnen nemen van een tang of hun unit waar ze al jarenlang mee werken. Niet uit zuinigheid, maar gewoon omdat je zo goed weet wat het apparaat doet dat je er een symbiotische relatie mee hebt gekregen. Hoeveel patiënten heb je al niet in die stoel ontvangen, en hoe vaak heb je niet op de pedaal gedrukt om de stoel omhoog of omlaag te brengen? Oké, dan staat ie eigenlijk net wat te laag of te hoog, maar daar manoeuvreer je dan ergonomisch toch gewoon omheen. En goed, af en toe doet ie het niet, maar je weet dan precies waar je moet zoeken, gewoon hier en daar een drupje olie. Daarvoor hoeft je de monteur niet langs te laten komen.

Maar soms is het onontkoombaar en moet je afscheid van een geliefd object nemen. Die fiets staat nog jaren in de schuur, misschien dat de unit nog geschikt is voor het universiteitsmuseum. En dat mes? Dat is naar mijn zoon gegaan. Hij zal er nooit een appeltje mee schillen, maar als stamhouder vindt hij het een mooi bezit.

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

Factoringbedrijven gezondheidszorg bundelen krachten

HAL Investments neemt de aandelen van Gilde Equity Management in Famed over. HAL zet daarmee in op krachtenbundeling van Famed en haar deelneming Infomedics. Beide organisaties zijn toonaangevende spelers in de wereld van declaratieafhandeling in de gezondheidszorg. Ambitie van de nieuwe combinatie is om vanuit de noodzakelijke schaalgroottes verder door te groeien in deze markt, die gekenmerkt wordt door regulering, consolidatie en digitalisering.

HAL ondersteunt deze strategie en daardoor zal de nieuwe combinatie nog meer in staat zijn om te investeren in de kennis van medewerkers, de technologische ontwikkeling en het efficiënter maken van

de bedrijfsprocessen. Het doel is om nieuwe producten te ontwikkelen en de administratieve en organisatorische lasten voor zorgaanbieders nog verder terug te dringen.

Natuurlijke samenwerking

Dirk Jan Emmens, de huidige bestuursvoorzitter van Infomedics, zal de directie voeren over beide bedrijven. Bart Hogendoorn, CEO van Famed, vertrekt na een overgangsperiode eind 2018 bij de organisatie. Verder ontstaan er voorlopig niet direct veranderingen in beide organisaties. Famed blijft vanuit Amersfoort opereren en Infomedics vanuit Almere. Beide organisaties zullen op natuurlijke wijze gaan samenwerken, waarbij elkaars best

practices worden benut om direct voordeel te genereren. Infomedics en Famed zullen uiteindelijk samengaan tot een nieuwe solide organisatie, van waaruit de groei-strategie binnen de gezondheidszorg krachtig wordt voortgezet. Samen vertegenwoordigen Infomedics en Famed een omzet van 53 miljoen euro. Zij verzorgen de declaratie-afhandeling voor onder meer de mondzorg, paramedische zorg, medische specialistische zorg, langdurige zorg, ggz-instellingen, huisartsen, farmacie, audiciens, opticiens en dierenartsen. (Bron: Famed) ■

Minister Bruins geeft opdracht tot nieuwe raming mondzorgcapaciteit

Minister Bruno Bruins (Medische Zorg en Sport) heeft het Capaciteitsorgaan opdracht gegeven om een nieuwe raming te maken voor de capaciteit in de mondzorg. Bruins kondigde zijn besluit tot nieuw onderzoek in de zomer al aan, maar inmiddels is de subsidieaanvraag hiervoor gehonoreerd. Het Capaciteitsorgaan roept voor de opdracht een officiële 'Kamer eerstelijnsmondzorg' in het leven: tandartsen, mondhygiënisten, opleiders en verzekeraars mogen hiervoor ieder drie leden voordragen.

Onderzoeksbureau Panteia deed eerder onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg. In het eindrapport ontbrak echter het relevante antwoord op de vraag hoe het taakher-schikkingsexperiment van invloed zou kunnen zijn op de benodigde

capaciteit in het mondzorgveld. In de begeleidende brief bij het Panteia-rapport schreef Bruins destijds dat hij, gezien de kritische kanttekeningen gemaakt door onder meer het Centraal Bureau voor de Statistiek en NIVEL, opnieuw onderzoek door het Capaciteitsorgaan nodig achtte.

Beroepsvereniging KNMT is gevraagd twee van de drie tandartsen voor de Kamer eerstelijnsmondzorg te leveren. Ledenraadslid Arjan van den Dorpel en bijzonder hoogleraar aan ACTA Josef Bruers zullen deze taak op zich nemen. De ANT levert de derde tandarts: voorzitter Jan Willem Vaartjes.

De eerste bijeenkomsten zijn in november en december van dit jaar, meldt de ANT. Vervolgens hoopt het Capaciteitsorgaan in de loop van januari met een voorlopig rapport te



Minister Bruno Bruins.

komen. In de loop van volgend jaar kan pas een definitief rapport verwacht worden met daarin een aantal uitgewerkte scenario's, aldus de beroepsvereniging op haar website. (bron: KNMT/ANT) ■

ADVERTENTIE

Utrecht Dental

Turn-key totaalinrichting

X5 MyRay Air

De meest compacte
OPG ter wereld!

2D NU
VANAF **€ 15.950,-**

VANAF € 69,- P/WK

www.utrechtdental.nl

Aanvullingen & verbeteringen

In het novembernummer van Dental Tribune is in het excerpt 'Handreiniging en handdesinfectie' uit het nieuw verschenen boek *Hygiëne en infectiepreventie in de mondzorgpraktijk* de auteursvermelding helaas weggevalen. De betreffende paragraaf is geschreven door Margot van Maaswaal, docent tandheelkunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. ■

Tuchtcollege verbiedt beugelende tandarts orthodontie

Een tandarts die te veel fouten heeft gemaakt bij de orthodontische behandeling van een 16-jarige, mag geen verrichtingen op het gebied van orthodontie meer uitvoeren. Dat heeft het Tuchtcollege in Eindhoven bepaald nadat de ouders de tandarts hadden aangeklaagd.

Bij de zoon was sprake van skeletale malocclusie. Om dit te verhelpen besloot de tandarts tot een beetverhoging in de molaarstreek. Ook kampte de jongen met een diepe curve van Spee. Daarom besloot de tandarts een reversed curve aan te brengen.

Volgens de tandarts heeft hij de behandelopties uitgebreid besproken. Het plaatsen van een activator en vervolgens vaste apparatuur was geen optie omdat de jongen zijn groeispurt al had gehad en tijdens een eerdere behandeling zijn activator niet trouw droeg. Chirurgie was geen optie vanwege de leeftijd, aldus de tandarts.

De klacht van de ouders dat er geen sprake was van informed consent en dat het medisch-technisch handelen onder de maat was, achtte het Tuchtcollege gegrond. Het college

vindt dat de man op medisch-technisch vlak niet heeft gehandeld volgens de geldende professionele standaard. Zo heeft hij enkel kort, en alleen op de plaats van de bracket geëst en eromheen conditioner en primer aangebracht. Ook plaatste hij een bracket op een melkelement, en dat bovendien scheef. Tot slot heeft de tandarts naar het oordeel van het Tuchtcollege ouders en zoon ten onrechte niet gewezen op de mogelijkheid van een kaakosteotomie.

Het Tuchtcollege heeft de man daarom 'de bevoegdheid ontzegd om, in het register ingeschreven staand, het beroep van tandarts uit te oefenen voor zover het de orthodontie betreft'. De gehele uitspraak is op overheid.nl te lezen.

(bron: ANT/Overheid.nl) ■

Mondgezondheid tieners verslechterd

De mondgezondheid van vijfjarigen is de afgelopen vijf jaar verbeterd, maar bij tieners en adolescenten is een verslechtering te zien. Dat blijkt uit het Signalement Mondzorg 2018, gepubliceerd door Zorginstituut Nederland (ZiN). De resultaten van dit onderzoek ondersteunen volgens ZiN het belang om te bekijken wat er gedaan kan worden om het preventief gezondheidsgedrag te verbeteren.

Om de trends in mondgezondheid door de jaren heen te kunnen beschrijven, maakte ZiN onderscheid tussen hoog en laag opleidingsniveau. Uit het onderzoek blijkt dat er nog steeds aanzienlijke sociaaleconomische mondgezondheidsverschillen bestaan. In alle leeftijdsgroepen was bij hoge SES-groepen relatief minder cariës te zien. Daarnaast valt op dat jongeren met een migratieachtergrond zowel binnen de hoge als de lage SES-groep over het algemeen een slechter gebit hebben dan jongeren zonder een migratieachtergrond.

Bij 11-jarigen is zowel in de hoge als de lage SES-groep het percentage met een gaaf gebit tussen 2011 en 2017 afgenomen. Bij 17-jarigen is de in 2011 vastgestelde verbetering van

mondgezondheid gestagneerd en is in de hoge SES-groep zelfs verslechtering te zien. In de hoge SES-groep komt wel minder cariës voor. De mondhygiëne (bijvoorbeeld tweemaal daags poetsen) van 17-jarigen laat ook te wensen over, vooral in de lage SES-groep.

Bij 23-jarigen heeft de hoge SES-groep minder cariës dan de lage. In de lage SES-groep is een verbetering in de afgelopen 6 jaar waarneembaar, terwijl in de hoge SES-groep de cariës juist toeneemt. Ook bij 23-jarigen laat de mondhygiëne vooral in de lage SES-groep te wensen over. Daarnaast baart de sterke toename van (erosieve) gebitslijtage zorgen: een vijfde van

de 17-jarigen en ruim de helft van de 23-jarigen vertoont slijtage tot in het tandbeen.

Betere preventie

De resultaten van dit onderzoek ondersteunen volgens ZiN het belang om te bekijken wat er gedaan kan worden om het preventief gezondheidsgedrag te verbeteren. Het Zorginstituut zal in contact treden met de partijen in de mondzorg (zorgverleners zorg, patiënten en zorgverzekeraars). Besproken zal worden welke rol de partijen gaan nemen in het tegengaan van de verslechtering van tienergebitten en welke stappen zij gaan zetten om tot verbetering te komen. ■

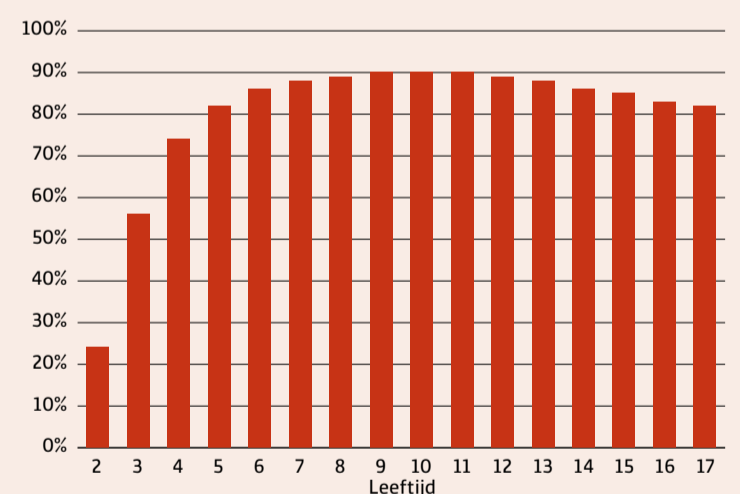
Feiten & cijfers

24%...

...van de 2-jarigen in Nederland ging in 2016 voor een periodieke controle naar de tandarts.

Vanaf 2 jaar stijgt het aantal kinderen dat een controle krijgt gestaag: 56% van de 3-jarigen en 74% van de 4-jarigen ging naar de tandarts. Vanaf 5 jaar blijft het percentage redelijk stabiel. In de leeftijd van 5-13 jaar krijgt gemiddeld 88% van de kinderen een periodieke controle. In de leeftijd van 14-17 jaar daalt dit naar gemiddeld 84%. In de grafiek is het percentage kinderen met een periodieke controle per leeftijd te zien. (bron: Vektis)

Periodieke controle bij kinderen (per leeftijd)



ADVERTENTIE

Brengt nascholing in de praktijk

QualityPractice

Mondhygiëne

- Nascholing specifiek voor mondhygiënist
- Topsprekers
- Vernieuwde website
- 20 KRM-punten per jaar

Word nu lid of abonnee en/of bezoek een van onze themadagen!

Bekijk het nieuwe programma op www.qualitypractice.nl

Quiz

1. Bij een pijnlijke parodontitis apicalis leveren koude prikkels een verhoogde reactie op bij het betrokken gebitselement.
 - a. Juist
 - b. Onjuist
2. Bij een cracked tooth bestaat de klinische kroon van een gebitselement uit twee volledig van elkaar gescheiden delen.
 - a. Juist
 - b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22.

Gevoelige tanden? Adviseer **directe*** en langdurige pijnverlichting



elmex[®] SENSITIVE PROFESSIONAL™** tandpasta helpt uw patiënten met gevoelige tanden onbeperkt te laten genieten van het leven

- ✓ Langdurige verlichting vanaf het eerste gebruik^{*1,2}
- ✓ Werkt binnen 60 seconden^{*2}
- ✓ Klinisch bewezen Pro-Argin[®] Technologie herstelt de gevoelige gebieden van tanden³
- ✓ Aanbevolen fluoridegehalte voor cariësbehandeling, aangename smaak



* Wanneer tandpasta rechtstreeks wordt aangebracht op elke gevoelige tand gedurende 60 seconden
**elmex SENSITIVE PROFESSIONAL™ is een medisch hulpmiddel. Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing
1 Docimo et al. J Clin Dent. 2009; 20 (Spec Iss): 17-22. | 2 Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009; 20 (Spec Iss): 123-130. | 3 Petrou I, et al. J Clin Dent. 2009; 20 (Spec Iss): 23-31.

De **nieuwe** standaard voor bescherming tegen cariës - van elmex[®]

Bewezen met meer dan 14.000 onderzoeksd deelnemers in 8 jaar klinisch onderzoek



- Bestrijdt de suikerzuren in plaque, de belangrijkste oorzaak van cariës^{1,2}
- 4x hogere remineralisatie³
- Bijna 2x beter herstel van initiële cariës⁴
- Tot 20% minder cariës in 2 jaar tijd^{5,6}

* resultaten van een remineralisatiestudie vs een gewone fluoride tandpasta, met 1450 ppm MFP. 4: resultaten van een 6 maanden durende studie over het meten van de verbeteringen omtrent glazuur cariës, die gebruik maakt van de QLF™-methode (quantitative Light-induced Fluorescence) vs een gewone Fluoride-tandpasta, beide met 1450 ppm MFP. 1: resultaten van een 2 jaar durende klinische studie vs een gewone Fluoride-tandpasta, beide met 1450 ppm MFP. 2: Wolff M, Corby P, Kizany G, et al. J Clin Dent. 2013; 24 (Spec Iss A):445-452. 3: Samarpia P, Lavender S, Gittins E, et al. Submitted for publication. J Clin Dent. 2013; 24 (Spec Iss A):462-464. 4: Yin W, Hu D, Pan X, et al. J Clin Dent. 2013; 24 (Spec Iss A):A15-A22. 5: Knapman P, Anonimbat C, Tiratso T, et al. Caries Res. 2013; 47(6):582-590. 6: Data on file, Colgate-Palmolive.

Prof. dr. Fridus van der Weijden, tandarts-parodontoloog:

“Ga weloverwogen te werk en evalueer regelmatig”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

“Ik ben ook algemeen practicus geweest en weet dus hoe lastig het is om het tandvles van patiënten goed in de gaten te houden.” Fridus van der Weijden weet waarover hij praat. Vanuit die ervaring, zijn werk als tandarts-parodontoloog en zijn wetenschappelijk onderzoek bij ACTA heeft hij inbreng gegeven om het congres Paro2019 vorm te geven. Alles weer even op een rij voor de parodontologie in de algemene praktijk.

Waarom komt er zo'n groot Parocongres?

Het idee voor dit congres is om te beschrijven hoe je parodontologie tegenwoordig in de praktijk toepast. Bij het geven van cursussen krijg ik veel vragen van tandartsen en mondhygiënist, bijvoorbeeld over hoe je precies screent en de juiste diagnose stelt. We hebben voor het congres sprekers gezocht die over de verschillende 'gewone'

aspecten van parodontologie kunnen vertellen. Een van de sprekers, Wijnand Teeuw, gaat bijvoorbeeld in op screenen en de DPSI-score. Er is nogal wat onduidelijkheid over wat deze score betekent en hoe de behandeling er dan uit zou moeten zien.

Zijn er zoveel ontwikkelingen dat die een hele congresdag rechtvaardigen?

Het gaat niet zozeer over nieuwe ontwikkelingen, maar om alles weer eens op een rijtje te zetten. Ook over microbiologie leven er veel vragen in het werkveld. Arie Jan van Winkelhoff gaat vertellen hoe je dat kunt toepassen en hoe je uitslagen van microbiologisch onderzoek kunt interpreteren.

De ondertitel van het congres is: 'Succesvol behandelen van parodontitis in de algemene praktijk'. Wat is in dit verband succesvol?

Dat is eigenlijk een te ingewikkelde vraag, waar de professor geen antwoord op kan geven. Ik zal proberen uit te leggen waarom. Succes kun je namelijk op verschillende manieren definiëren. Wat hanteert je bijvoorbeeld

als uitkomstmaat voor succes? Mag een patiënt geen verdiepte pockets meer hebben, mogen ze nog een beetje verdiept zijn of mogen een paar gebitselementen nog verdiepte pockets hebben? Dat levert geen bruikbare definitie op, en er volgt direct heel veel discussie. Een andere uitkomstmaat is of door de behandeling het verlies van tanden en kiezen wordt voorkomen. Maar dat is niet een makkelijke uitkomstmaat omdat je dit alleen op lange termijn kunt beoordelen. Mijn belangrijkste boodschap is structuur aan te brengen in de parodontale zorg en op de juiste momenten opnieuw te beoordelen. Vraag je af of de behandeling succesvol genoeg was. Als je er als behandelaar niet uitkomt, verwijst je de patiënt naar de juiste plek.

ADVERTENTIE



Fridus van der Weijden.
FOTO: ROSALIEN DERKINDEREN

Wat hanteert u zelf als uitkomstmaat voor 'succes'?

In mijn paropraktijk in Utrecht hadden we als uitkomstmaat voor succes pockets die niet dieper zouden zijn dan 5 mm. Op basis van gegevens die we over een periode van vier jaar hebben verzameld, bleek dat maar in 38 procent van de gevallen gelukt te zijn. Dat is niet hoog. Met een strikte parameter kom je dus een beetje in de knoei. Toch vind ik dat we over het algemeen succesvol zijn. We streven nu zo veel mogelijk naar ondiepe pockets en het stabiel houden van de verkregen situatie. Als de patiënt stabiel blijft, kun je die met professionele zorg blijven ondersteunen. Dan ben je, denk ik, succesvol.

Zijn er veel praktijken die waarschijnlijk niet succesvol zijn?

Parodontologie wordt tegenwoordig vooral in handen gegeven van de mondhygiënist. Heel veel tandartsen hebben er geen affiniteit mee of zijn onvoldoende in behandelingen geschoold of erbij betrokken. Toch is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen mondhygiënist en tandarts. De tandarts doet goede diagnostiek en maakt in overleg met de mondhygiënist behandelplannen. Samen evalueren ze steeds weer het resultaat op het beoogde doel. Ik denk dat de samenspraak te weinig gebeurt. Mijn ervaring is dat het herbeoordelen in de algemene praktijk ook te weinig plaatsvindt. Ik krijg hier namelijk best veel patiënten verwezen die al uitgebreid behandeld zijn en waar maar één parodontiumstatus gemaakt is. Dat is wel heel weinig om te weten of de behandeling succesvol was.

Hoe wordt waargemaakt dat het congres voor het hele team is, zoals de folder aangeeft?

Er zit een deel preventie in. Dat is zeker interessant voor de tandarts-assistent en mondhygiënist. Maar de achterliggende kennis is natuur-

lijk ook interessant. Assistenten die geïnteresseerd zijn in dit vakgebied, weten vaak goed waar ze het over hebben. Sommigen zijn dagelijks met paropatiënten bezig. Bepaalde stof gaat misschien wat boven hun pet, maar dat is niet erg. Toen ik voor het eerst naar een congres ging, vond ik het ook moeilijk. Het congres is op wetenschappelijk niveau, maar we willen in heldere en duidelijke taal communiceren. Ik denk dat iedereen prima aan zijn trekken komt. Parodontale behandeling gebeurt bij uitstek in teamverband. Bij de cursussen die ik geef, krijg ik van algemeen practici vaak te horen dat het hun achteraf verstandig bleek om met alle betrokken partijen van het team postacademisch onderwijs te volgen. Dan kun je terug in de praktijk met elkaar bespreken hoe je veranderingen op het gebied van de parodontale zorg vorm en structuur wilt geven.

Wat is het probleem met de DPSI-score?

De DPSI is ongeveer twintig jaar oud. Het grote probleem met de DPSI is dat je tegelijk probeert te screenen, een diagnose te stellen

schülke -+

European leader in infection control

gigasept® pearls

Manuele reiniging en desinfectie van instrumenten ...
... gebaseerd op actief zuurstof en multi enzymen

- volledige microbiologische werkzaamheid
- voortreffelijke reinigingskracht
- uitmuntende materiaalverdraagzaamheid
- aangename geur en zeer voordelig in gebruik

Zelfs geschikt voor desinfecterende voorreiniging en virucide einddesinfectie van gevoelig instrumentarium zoals flexibele endoscopen

Kwaliteit. Zekerheid. schülke.

Informatie via www.schuelke.nl; salesbenelux@schuelke.com
of telefonisch via +31-(0)23-535.26.34. Volg ons nu ook op [twitter@schulke_nl](https://twitter.com/schulke_nl)

the plus of pure performance

en een behandeling te indiceren. Met hooguit zes getalletjes probeer je de parodontale situatie van een patiënt te beschrijven. Dat kan niet. Vergelijk het met screening op borstkanker. Als op een foto iets wordt geconstateerd, wordt niet gezegd dat er borstkanker is, maar dat er vervolgonderzoek moet komen. De DPSI-score zegt dat er iets aan de hand is. Verder onderzoek is dan nodig voordat we een diagnose kunnen stellen. Nu gebeurt het dat bijvoorbeeld iemand met score 3- naar de preventieassistent gaat en met 3+ naar de mondhygiënist. Maar daarvoor is een screeningscore niet geschikt.

De EFP, European Federation of Periodontology, parodontologen en de American Academy of Periodontology hebben een nieuwe paroclassificatie gemaakt. Wat is daarvan de waarde en wat is de relatie met DPSI?

De DPSI heeft een screeningsdoel en vindt zijn oorsprong in een screeningsmethode waarmee gekeken werd naar de behandelbehoefte van een populatie. Het scheelt niet veel of de DPSI is achter een bureau bedacht. Dat geldt voor mij ook voor het nieuwe classificatiesysteem dat bedoeld is om een diagnose mee te stellen. Op het congres EuroPerio9 in juni jl. werd uitgelegd hoe je het ongeveer moet interpreteren. Het kwam erop neer dat iemand geen, een beetje of veel paro heeft. Daar kun je dan de verschillende factoren aan koppelen. Ik vraag me af of het classificatiesysteem niet veel te ingewikkeld is om in de algemene praktijk te introduceren. Met de vakgroep Parodontologie van ACTA gaan we eerst eens voorzichtig aftasten in hoeverre we ermee uit de voeten kunnen. Het is van belang dat we in de algemene praktijk onderscheid maken tussen patiënten zonder parodontitis – waar eenvoudige preventieve maatregelen voldoende voor zijn –, patiënten met een zekere mate van parodontale ontsteking – waar het effect van preventieve maatregelen zorgvuldig moet worden geëvalueerd en zo nodig meer doortastend moet worden behandeld – en patiënten met ernstigere parodontitis – bij wie een uitgebreider traject van verdere diagnostiek en intensievere behandeling noodzakelijk is. Meer hoeft er eigenlijk niet te gebeuren. Het classificatiesysteem schiet in die zin zijn doel voorbij, maar is wel erg geschikt om wetenschap mee te bedrijven. Het helpt om proefpersonen in je onderzoek te beschrijven. Wat ik in de afgelopen vier jaar, toen we bezig waren met het ontwikkelen van de richtlijn 'Parodontologie in de algemene praktijk' geleerd heb, is dat je heel goed naar algemeen practici moet luisteren als je iets maakt. Zij staan met de voeten in de klei. Dat is volgens mij niet voldoende gebeurd met het nieuwe classificatiesysteem.

Is ACTA er niet bij betrokken geweest?

Mijn collega Bruno Loos heeft deel uitgemaakt van de mensen die betrokken waren bij de workshop die het nieuwe classificatiesysteem hebben ontwikkeld. Ik ben er zelf niet bij betrokken geweest. Ik ben wel voorzitter van de NVvP-commissie die de conceptrichtlijn voor parodontologie in de algemene

praktijk heeft opgesteld. In die commissie zitten ook algemeen practici. Ik merk dat je in een verwijsp praktijk een ietwat vertekend beeld krijgt, want bijna alle patiënten hebben hier parodontitis. In de algemene praktijk heeft gemiddeld tachtig procent gingivitis en twintig procent parodontitis. Die tachtig procent moet ook op de juiste manier behandeld worden. De grote vraag is hoe je dat aanpakt en screent. Welke patiënt moet in een paroproject en voor wie zijn preventieve maatregelen voldoende? Daar worstelt een algemeen practicus mee. Die heeft behoefte aan eenvoudige categorieën. Die kan weinig met bijvoorbeeld een diagnose als 'semi-gegeneraliseerd adulte parodontitis gecompliceerd door diabetes en erfelijke factoren'.

Wie heeft het initiatief genomen voor deze richtlijn?

Die gaat uit van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP). In de commissie zitten vertegenwoordigers van ANT, de KNMT en NVM-mondhygiënist, een algemeen practicus en een mondhygiënist. Dus breed gedragen. Het is geen KIMO-richtlijn, daarvoor is deze richtlijn eigenlijk te omvangrijk en is veel van de richtlijn wetenschappelijk niet te vatten. Er is geen onderzoek gedaan of je een röntgenfoto of parodontiumstatus moet maken, terwijl dat voor de behandeling wel relevant is. Misschien dat later delen uit deze richtlijn bij het KIMO ondergebracht kunnen worden. De vraag over succesvol behandelen lijkt dan een mooie vraag. Dan ga je kijken wat de literatuur daarover zegt.

Heeft u enig idee welk percentage van de praktijken het patiëntenbestand gescreend heeft op paro?

Een niet zo recent onderzoek zegt

Prof. dr. Fridus van der Weijden

Fridus van der Weijden studeerde in 1984 in Utrecht als tandarts af. In 1990 kreeg hij zijn erkenning tot tandarts-parodontoloog NVvP en in 2006 als tandarts-implantoloog NVOI. In 1993 promoveerde hij met zijn proefschrift *The use of models and indices in plaque and gingivitis trials*. Sinds 1989 combineert hij zijn werk in zijn verwijsp praktijk voor parodontologie in Utrecht met zijn wetenschappelijke werk bij de vakgroep Parodontologie van ACTA. Begin 2010 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar Preventie en Therapie van Parodontale Aandoeningen aan ACTA. In september 2016 werd dit een reguliere leerstoel.

dat 25% van de praktijken het gestructureerd doet. Ik hoop dat het inmiddels wat meer is. Bij de nieuwe generatie tandartsen is er wel ingeramd dat ze moeten screenen. Ook ketens als Dental Clinics en DentConnect vinden het belangrijk, mede vanwege de aansprakelijkheid.

Hoe ziet de ideale verwijzing van de algemene praktijk naar de parodontoloog eruit?

'Geachte collega, dit is een patiënt met de volgende problemen, ik heb dit eraan gedaan en hierbij de röntgenfoto's, de parodontiumstatus en andere documentatie.' Die documentatie op zich zou al helpen. Maar zo gaat het zelden. Meestal is het: 'gaarne parodontale behandeling'. Dan mag ik zelf uitzoeken wat er al is gebeurd. Er zijn twee

ideale manieren van verwijzen. Ten eerste de patiënt bij wie de behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd en die voor advies wordt verwezen. En ten tweede de heel gecompliceerde patiënt die na het constateren van de problemen direct wordt doorgestuurd. Vanuit het oogpunt van doelmatigheid kun je beter direct verwijzen als je denkt het niet te gaan redden. Dan hoeft een patiënt ook niet twee keer te betalen. Ken je grenzen.

Zijn patiënten de afgelopen tien jaar veranderd of komen er andere patiënten?

Toen ik in de parodontologie praktijk begon, waren er nog veel minder mondhygiënisten werkzaam. Nu krijgen we veel complexere casussen, waarbij een mondhygiënist vaak al uitgebreid aan de slag is geweest. Tegenwoordig maken we uitgebreide behandelplannen en spreken we over zorgdoelen. Waar zou je over vijf of tien jaar met een gebit willen zijn? Wat is er voor nodig om dat doel te bereiken? Daar moet je je behandelingen en adviezen op afstemmen.

Welke spreker biedt inhoudelijk het meeste spektakel?

Daar durf ik niks op te zeggen, maar ik ben wel blij dat Miranda Belder een lezing geeft over nazorg. Ik denk dat ze mondhygiënist en preventieassistenten erg zal aanspreken. Spectaculair is een groot woord; het gaat erom hoe je een heldere structuur krijgt voor parodontologie in je praktijk.

Waarom zijn andere disciplines niet betrokken bij dit congres, bijvoorbeeld een diabetesspecialist?

Ook een lastige vraag. Misschien is het congres een afspiegeling van hoe ik in de parodontologie sta. Op het gebied van de 'systemic link'

en de parodontitis behoor ik tot de sceptici. Er zal best iets van een relatie zijn, maar die is vaak helemaal niet zo duidelijk als beweerd wordt. Er is bijvoorbeeld onderzoek waaruit blijkt dat door parodontale behandelingen vroeggeboortes niet te voorkomen zijn. Het wordt soms veel te complex gemaakt. Die systemic link is heel leuk om onderzoek naar te doen, maar of die nou zo belangrijk is in de praktijk? Het heeft niet echt behandelconsequenties. In de NHG-Richtlijn Diabetes staat dat de patiënt goed onderzocht moet worden op zijn tandvlees. Ja, maar dat moet bij iedere patiënt. Het enige wat je als tandarts kunt zeggen, is dat een patiënt naar de diabetesverpleegkundige moet om zich goed te laten reguleren. Verder gewoon naar de mondhygiënist en elke dag tandenpoetsen en interdentaal reinigen.

Op het gebied van de 'systemic link' behoor ik tot de sceptici

Hebben we parodontitis over tien jaar beter onder controle?

We weten dat roken een heel belangrijke invloed heeft op parodontitis. Het aantal rokers neemt misschien nog verder af. In Amerika zijn er signalen dat er daardoor veel minder werk is voor parodontologen. Ik hoop dat we over tien jaar met z'n allen een heel goed geoliede machine hebben om te screenen en dat we vroegtijdig actie kunnen ondernemen om een heleboel problemen te voorkomen. Ik hoop ook dat de nieuwe richtlijn daaraan zal bijdragen en dat we nog meer nadruk gaan leggen op preventie.

Alle informatie over het congres PARO2019 vindt u op www.paro2019.nl. ■

ADVERTENTIE

RAI CONGRESCENTRUM AMSTERDAM VRIJDAG 1 FEBRUARI 2019

PARO 2019

Succesvol behandelen van parodontitis in de algemene praktijk



Interessant voor het hele tandheelkundige team:
Tandarts - Mondhygiënist - Tandarts(preventie)assistent

Dr. Wijnand Teeuw	Dr. Schelte Fokkema
Prof. dr. Fridus van der Weijden	Dr. Mark Timmerman
Prof. dr. Arie Jan van Winkelhoff	Miranda Belder

Schrijf u nu in voor deze praktische congresdag
www.paro2019.nl

BUREAUKALKER

Hall-kroon

Kindvriendelijke mondzorg

Dit is een fragment uit het deze maand verschenen AccreDi-dactprogramma *Kindvriendelijke mondzorg*, geschreven door René Cruythuysen.

Omdat mondzorg voor kinderen in de basisverzekering zit, is het van belang onderscheid te maken tussen wat vergoed wordt en wat werkelijk nodig is voor het kind. Ook in de mondzorg wordt, aldus

auteur Cruythuysen, het belang van het kind regelmatig ondergeschikt gemaakt aan het belang van de zorgverlener en de ouders.

In dit nascholingsprogramma en het bijbehorende boekje wordt de filosofie van kindvriendelijke mondzorg toegepast op veelgebruikte en voor kinderen wenselijke behandelingen.

Inleiding

De Hall-kroon is een voorgevormde nikkel-chroomkroon die in de tijdelijke dentitie wordt toegepast zonder dat het gebitselement wordt beslepen.⁶¹ De methode is rond 1990 ontwikkeld door Norma Hall, algemeen practicus in Schotland. Wetenschappelijke klinische evaluatie heeft ertoe geleid dat de methode later is opgenomen in het Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). De onderbouwing van de methode is gebaseerd op de uitstekende resultaten van klinisch onderzoek. Het doel van de Hall-methode is verzegeling van de cariëslaesie en bescherming van de kroon van het element tegen het ontstaan van nieuwe cariëslaesies. Het is een kindvriendelijke manier om cariës te behandelen, waarbij geen narcose en zelfs geen lokale anesthesie nodig is. De behandeling wordt doorgaans goed door het kind geaccepteerd.¹ De Hall-kroon heeft een goede overlevingsduur. Een nadeel van de Hall-kroon is dat het om

een symptoombehandeling gaat, waarbij het cariësprobleem wordt gemaskeerd. Ook geven de kronen een (tijdelijke) beetverhoging. Bij nikkelchroomkronen moet altijd het risico op sensibilisering door nikkelionen worden meegewogen.²

Hoewel sommigen een bredere indicatie voorstaan, zijn Hall-kronen vooral geïndiceerd bij angstige kinderen met grote proximale caviteiten en als het risico op pijn of ontsteking te groot is bij een behandeling zonder kroon. Contra-indicaties zijn: nikkelallergie, irreversibele ontsteking, te weinig retentie en het onvoldoende behandelbaar zijn met een groot risico op aspiratie.

Procedure

In getrainde handen bij een goede voorbereiding kan de behandeling in ruim vijf minuten worden afgerond volgens de onderzoekers uit Dundee. Het instrumentarium omvat: een spiegel, sonde, pincet, se-

ADVERTENTIE

HOW TO CREATE BEAUTIFUL SMILES



SWIP 2019

Orthodontie voor tandartsen

Deze cursus is bedoeld voor tandartsen, algemeen practici en assistenten, die op succesvolle wijze orthodontie in hun eigen praktijk willen aanbieden.

Inhoud cursus

De deelnemers zullen op een gestructureerde manier de ins en outs van het Straight Wire Systeem leren, maar ook de orthopedische en esthetische aspecten van de behandeling zullen aan bod komen. Orthodontie is immers méér dan alleen het netjes in rij zetten van het boven- en onderfront. De nadruk zal liggen op het leren van een non-extractie behandeltechniek, zoals deze al vele jaren door de docenten en vele andere collega's in de praktijk wordt toegepast.

Cursusdata

Deel 1: 25 en 26 januari 2019
Deel 2: 08 en 09 februari 2019
Deel 3: 22 en 23 maart 2019
Deel 4: 17 en 18 mei 2019
Deel 5: 13 en 14 september 2019

KRT-punten

12 per deel



Informatie en aanmeldingen



Ortho Academy
We create beautiful smiles

Hengelosestraat 48-C
7514 AJ Enschede
+31 (53) 4343 999
info@ortho-academy.nl
www.ortho-academy.nl
www.ortho-academy.nl

Docenten

Drs. Jan Cleyndert
Drs. Nico van der Werff

Ortho Academy is de officiële partner van Ortho Organizers in Nederland.

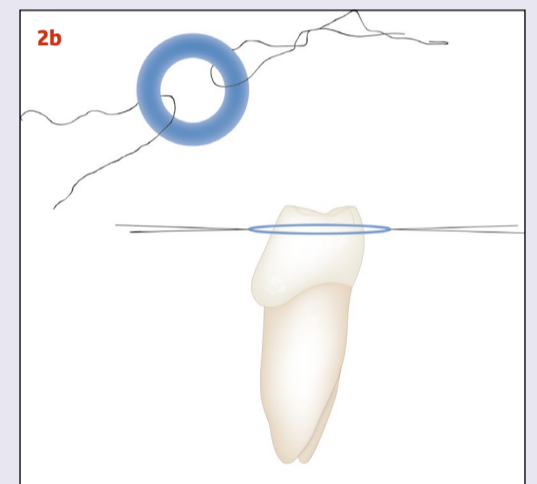
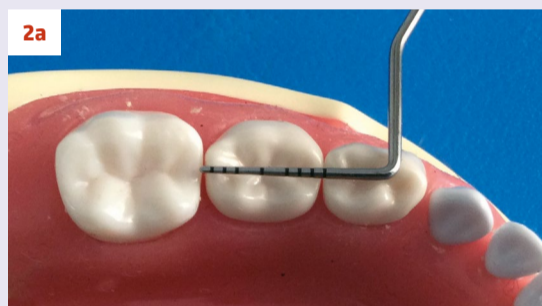


Locatie

Hilton Royal Parc Hotel, Soestduinen
www.placeshilton.com/soestduinen

Kosten

€ 695,- voor tandartsen
€ 495,- voor assistenten
per deel, excl. BTW, incl. uitgebreide lunch etc.



Afbeelding 1. Hall-kronen die vier jaar geleden op de tijdelijke molaren zijn aangebracht. (FOTO: THIERRY BOULANGER)

Afbeelding 2a-b.
a. Gebruik een pocketsonde om de mesiodistale afmeting van de kroon te bepalen.
b. Voor het aanbrengen van separatieringetjes kan ook flossdraad worden gebruikt.

Afbeelding 3a-b. Bij het passen van de voorgevormde kroon moet worden vermeden dat de grootste omtrek (de meetlijn) wordt gepasseerd, waardoor het uitnemen voor problemen zorgt.

Afbeelding 4a-c.
a. Open beet vlak na het plaatsen van de kroon. De cementresten moeten nog worden verwijderd.
b. Bij het volgende bezoek, zes weken later, is de occlusie hersteld.
c. Zijwaarts van de herstelde occlusie. (FOTO'S: THIERRY BOULANGER)



Afbeelding 5.
Vanwege ruimtegebrek is een voorgevormde kroon uit de onderkaak in de bovenkaak geplaatst (foto: Thierry Boulanger).

Afbeelding 6a-b.
a. De Hall-kroon op 85 is geplaatst. Bij de volgende zitting is element 84 aan de beurt.
b. De Hall-kroon op 84 is geplaatst (foto's: Thierry Boulanger).



paratierungen, een grote excavator om de kroon bij het passen te kunnen verwijderen, wattenrollen, gaas om de luchtweg te beschermen, een cementspatel, bombeertang, vaseline en een pleister. Door gin-

givaal een dun laagje vaseline aan te brengen op de buitenkant van de kroon zorgt de behandelaar ervoor dat hij cementresten eenvoudiger kan verwijderen. De pleister bidet (occlusaal) houvast aan de kroon tij-

dens het cementeren van de kroon. Indien nodig worden drie tot vijf dagen voor het plaatsen van de kroon orthodontische separatieringen aangebracht. Soms is het voldoende het kind hiervoor vijftien tot twintig minuten in de wachtkamer te zetten. Als er een proximale caviteit bestaat, moet deze eventueel van een tijdelijke restauratie worden voorzien alvorens de separatierungen aan te brengen. De elastieken worden geplaatst met een cofferdamtang. Ook kunnen de separatierungen worden aangebracht door ze met twee flossdraadjes uit elkaar te trekken of door een elastieltang te gebruiken.

Na het uitzoeken van de juiste maat kroon wordt de keelholte afgesloten met een gaas en wordt de kroon gepast. Een te grote maat op een tweede melkmolaar kan de doorbraak

van de eerste blijvende molaar verhinderen. Het is van belang bij het passen niet voorbij het contactpunt (meetlijn) te gaan, anders kunnen er problemen bij het uitnemen van de nog niet gecementeerde kroon ontstaan.

De Hall-kroon is een kindvriendelijke manier om cariës te behandelen

Na het passen van de kroon wordt deze gedroogd met een wattenrol. Vóór het plaatsen krijgt het kind de instructie op verzoek stevig dicht te bijten. Het is raadzaam dit vooraf te

oefenen (bijten als een tijger!). Het vullen van de kroon gebeurt vanaf de bodem en er wordt op gelet dat alle wanden worden bedekt. De kroon wordt rustig geplaatst met toenemende druk. Vervolgens wordt het kind gevraagd zo hard als het kan dicht te bijten op een wattenrol. De overmaat aan cement wordt met een gaasje of de wattenrol verwijderd. De kroon moet drie tot vijf minuten onder druk worden gehouden. Daarna wordt het restant aan cement verwijderd.

Afronding

De 'witte' anemische gingivarand verdwijnt na een paar minuten. Is de beetverhoging meer dan 2 mm, dan moet de kroon occlusaal verlaagd of weer verwijderd worden. Als de kroon bij het inslijpen wordt geperforeerd, wordt de perforatie opgevuld met composiet. Het ongemak van de beetverhoging verdwijnt meestal na een dag. Occlusieherstel vindt door intrusie binnen 30 dagen plaats.³ Het is beter om in dezelfde zitting geen kronen naast of tegenover elkaar te plaatsen. ■

Tips van Thierry Boulanger

'Ik heb eigenlijk geen behoefte aan separatie bij het plaatsen van Hall-kronen. Meestal kort ik de kroon buccaal en linguaal 1 à 1,5 mm in. Dan kan de kroon bij het passen worden doorgedrukt tot de beoogde positie en toch eenvoudig worden verwijderd. Dat voorkomt onaangename verrassingen bij het cementeren.' 'Om de gevoeligheid bij het

plaatsen van de kroon te verminderen kan met een plastic pipetje anesthesie-gel (bijvoorbeeld lidocaïne orale gel FNA) op de gingiva worden aangebracht.' 'Soms is er te weinig ruimte om een geëigende kroon toe te passen en kan bijvoorbeeld een kroon uit de onderkaak in de bovenkaak worden geplaatst.' Deze tip staat ook in de Schotse handleiding.

Literatuur

- 1 Santamaria RM, Innes NPT, Machiulskiene V, Evans DJ, Alkilzy M, Splieth CH. Acceptability of different caries management methods for primary molars in a RCT. *Int J Paediatr Dent.* 2015;25:9-17.
- 2 Basir L, Shamsaei M, Ziaei SA. Evaluation of nickel releasing from stainless steel crowns regarding to "trimming": An in vitro study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2018;36:58-64.
- 3 Zee V van der, Amerongen WE van. Short communication: Influence of preformed metal crowns (Hall technique) on the occlusal vertical dimension in the primary dentition. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010;11:225-227.

ADVERTENTIE

AccreDidact onafhankelijke geaccrediteerde nascholing
Kindvriendelijke mondzorg
TANDARTSEN | 4 | 2018
Naslagwerk

AccreDidact

Kindvriendelijke mondzorg van auteur: René Gruythuysen

- Vier geaccrediteerde nascholingspunten (Q-keurmerk)
Aandacht voor:
 - Wat is kindvriendelijke mondzorg?
 - Behandeling van de actieve cariëslaesie
- Indicatie stellen voor toepassing van zilverdiaminefluoride Hall-techniek, inclusief veilige uitvoering of behandeling

Bekijk ook de introductievideo van René Gruythuysen op www.accredidact.nl!

www.accredidact.nl

Nieuw
verschenen!