

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 10 - NUMMER 5 - JUNI 2020

Corona

Nieuw steunpakket overheid

Pagina 3

Column Richard Mastwijk

Bovenmatige privé-consumptie uit BV

Pagina 4

Excerpt

De toegevoegde waarde van Cone Beam Computed Tomografie

Pagina 7

Voorspoelmiddel

Cavex Oral Pre Rinse tegen coronavirus

Pagina 8



De Nieuwe Tandarts

Oude wijn in nieuwe zakken?

Pagina 9-11

Column Erik Ranzijn

De man die naar de cabrioloog moest

Pagina 14



Prof. Paul van der Stelt:
"Met CBCT betere diagnostiek mogelijk"

Pagina 5-6

KNMT en ANT verkennen samengaan in één vereniging

UTRECHT/AMSTERDAM Beroepsorganisaties KNMT en ANT gaan de mogelijkheid verkennen om de belangen van tandartsen en tandarts-specialisten als collectief te verenigen en behartigen. Dat verklaren beide beroepsverenigingen op hun website. Volgens hen vragen de huidige covid-19-crisis, maar ook de dreigingen voor de toekomst van de tandheelkundige zorg, om een sterke positionering van de beroepsgroep en één slagkrachtige vereniging.

De coronacrisis vraagt het uiterste van tandartsen. Ondanks het volledig stilvallen van reguliere zorg zijn praktijken standvastig overeind gebleven. Tandartsen spannen zich op dit moment maximaal in om optimale tandheelkundige zorg aan patiënten te kunnen verlenen.

Beroepsorganisaties KNMT en ANT beschrijven de afgelopen weken als zeer hectisch en voor iedereen in de mondzorg ronduit moeilijk. De besturen van KNMT en ANT hebben intensief samengewerkt in de alliantie van mondzorgkoepels. Dat heeft over en weer niet alleen tot

veel begrip geleid, maar ook tot het inzicht dat eenheid de enige uitweg biedt om de mondzorg door deze crisis te loodsen. Het bundelen van krachten en middelen van beide organisaties is cruciaal om te zorgen dat de belangen van leden en patiënten op de juiste manier behartigd kunnen worden, zo luidt het statement van de beroepsorganisaties.

Blik op de toekomst

De intensieve samenwerking tussen beide verenigingsbesturen heeft de afgelopen periode ruimte gecreëerd voor verkennende gesprekken over de toekomst van de tandheelkundige zorg en de toekomst van beide beroepsverenigingen. In de afgelopen 25 jaar is er ruimte geweest voor KNMT en ANT om een eigen identiteit te ontwikkelen, elkaar scherp te houden en tandartsen een keuze te bieden. KNMT en ANT constateren dat het onderscheid tussen de beroepsverenigingen als onderdeel van het (publiek) debat gemakkelijk wordt geaccentueerd en overbelicht. Uit vele gesprekken met leden en recente gesprekken tussen beide verenigingsbesturen is naar voren gekomen dat het beroep van tandarts in de kern geen onderscheid of onoverkomelijke verschillen kent tussen KNMT- en

ADVERTENTIE

All Dent
dental equipment

inrichting • service • apparatuur

CARESTREAM CS 9600

FACE SCAN

LOW DOSE

4 cm x 4 cm
5 cm x 5 cm
6 cm x 6 cm
8 cm x 5 cm
10 cm x 5 cm
12 cm x 5 cm
8 cm x 8 cm
10 cm x 10 cm
12 cm x 10 cm
16 cm x 6 cm
16 cm x 10 cm
16 cm x 12 cm
16 cm x 17 cm

Ravelijn 15 - Veenendaal - T. 0318 - 509060 E. info@alldent.nl - www.alldent.nl

Lees verder op pagina 3 ▶

Beroepsorganisaties uiten zorgen over nieuw wetsvoorstel

DEN HAAG De mondzorgalliantie heeft haar zorgen uitgesproken over het wetsvoorstel van minister De Jonge van VWS om het aandeel niet-gecontracteerde zorg terug te dringen. Als de wet wordt aangenomen, kan de minister de maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg per sector wetmatig vastleggen, waarmee de vrije artskeuze feitelijk wordt afgeschaft.

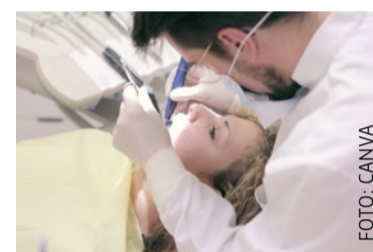


FOTO: CANVA

Volgens de KNMT, ANT, NVM-mondhygiënisten en ONT doet het inperken van vrije artskeuze ernstig afbreuk aan de democratische beginselen van de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel. In dat kader hebben de beroepsorganisaties een brief geschreven aan de Vaste Kamercommissie VWS.

De mondzorgalliantie maakt zich zorgen over de snelheid en proportionaliteit waarmee deze voorgenomen wetswijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt ingezet, en de gevolgen hiervan voor patiënten en de ruim 45.000 professionals werkzaam in de mondzorg. De beroepsorganisaties zetten zich gezamenlijk in om mondzorg toegankelijk en betaalbaar te houden voor iedereen. (bronnen: KNMT, ANT, NVM-mondhygiënisten, ONT) ■

ADVERTENTIE

OUD GOUD INKOOP

— VEILIG EN VERTROUWD —

de beste prijs voor goudafval

discrete en snelle afhandeling
contante betaling mogelijk



www.oud-goud-inkoop.nl

sander@oud-goud-inkoop.nl 06 111 32 999

ADVERTENTIE

e-dental
088 606 0810 www.e-dental.nl

20
Jaar actief

- Praktijk apparatuur
- Praktijk meubilair
- Turn-Key bouw

Showroom elke 1^e zaterdag open van 9:00 tot 14:00
4 juli ■ 1 augustus ■ 5 september ■ 3 oktober

CURAPROX



SWISS PREMIUM ORAL CARE 

Economisch noodpakket verlengd tot 1 oktober

DEN HAAG Het economisch noodpakket van de overheid wordt met een maand verlengd tot 1 oktober. Dit geeft kabinet, werkgevers en werknemers tijd om afspraken te maken die Nederland ook op de langere termijn helpen door de crisis te komen. Daarnaast gelden voor bepaalde regelingen andere voorwaarden of bedragen.

Inmiddels is duidelijk dat de coronacrisis forse economische en maatschappelijke gevolgen heeft die ook langer gevoeld zullen worden. Het kabinet en de werkgevers- en werknemersorganisaties starten daarom een gezamenlijk overleg over de crisismaatregelen die op de korte termijn kunnen worden genomen. Maar ook de inzet op het toekomstig verdienvermogen van ons land en daarop gerichte investeringen, en de noodzakelijke hervormingen op de lange termijn op het gebied

van de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt staan op de agenda. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld het voorkomen van werkloosheid door onder meer omscholing en van-werk-naar-werktrajecten.

Het kabinet verlengt hiervoor het hele economisch noodpakket 2.0 tot 1 oktober. Het betreft:

- de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud
- de Tegemoetkoming Vaste Lasten mkb (TVL)

- de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers
- de Corona Overbruggingsleningen (bedrag beschikbaar voor leningen wordt evenredig verhoogd van 150 miljoen naar 200 miljoen)
- de fiscale noodmaatregelen die zonder nader besluit voor 1 oktober zouden aflopen, waaronder uitstel van betaling van belastingsschulden
- de Tijdelijke subsidieregeling loonkosten en inkomensverlies Caribisch Nederland.

In de TVL komt daarbij een wijziging in het maximale bedrag van de tegemoetkoming van € 20.000 naar € 50.000, om bedrijven met hoge kapitaalkosten bestendiger te maken voor de crisis. Onderzocht wordt hoe deze bedrijven ook na 1 oktober kunnen worden ondersteund. Kabinet en sociale partners zijn het ook eens geworden over de manier waarop bedrijven die NOW ontvangen zich aan kunnen passen aan de economische realiteit. Bedrijven die meer dan 20 medewerkers willen ontslaan, moeten een akkoord hebben met de vakbond of een andere personeelsvertegenwoordiging.

ADVERTENTIE





Opalescence™
tooth whitening systems

● ● ● ● ● ● ● ●

MY SMILE IS

Charming

#MYSMILEISPOWERFUL

Ecem, uit Duitsland is marketingspecialist en thuiskok en glimlacht als ze weer op avontuur gaat, naar een plek waar ze nog nooit is geweest. De Opalescence™ PF-bleekbehandeling voor thuis zit in gemakkelijke, op maat gemaakte lepels, bevat 10% of 16% carbamideperoxide en kan flexibel worden gedragen, zodat zij haar tanden stralend wit kan houden op een manier die bij haar levensstijl past. De kleverige, viskeuze gel met 20% water zorgt voor minder uitdroging en minder gevoeligheid. Dankzij haar stralende glimlach maakt ze altijd vrienden tijdens haar reizen. That's the power of a smile. Lees meer over cosmetische bleekbehandelingen op [opalescence.com/nl](https://www.opalescence.com/nl).



VOLG ONS!

-  [facebook.com/ultradentproductsnederland](https://www.facebook.com/ultradentproductsnederland)
-  [instagram.com/opalescence_netherlands](https://www.instagram.com/opalescence_netherlands)
-  [ultradent.com/nl/blog](https://www.ultradent.com/nl/blog)



www.ultradent.com/nl

© 2020 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

Als ze er onderling niet uitkomen, moet er een aanvraag voor mediation zijn gedaan bij (een nog op te richten commissie van) de Stichting van de Arbeid. Ontbreekt een akkoord of een mediationverzoek, dan volgt een korting van de NOW van 5% op het totale subsidiebedrag. Deze extra regeling komt naast de bestaande systematiek in de NOW dat er voor ontslagen medewerkers geen loonsubsidie wordt ontvangen. Ook staat de NOW los van de bescherming door het ontslagrecht en van de regels voor collectief ontslag, de WMCO. De bestaande extra korting van 50% bij bedrijfseconomisch ontslag in de NOW vervalt.

(bron: Rijksoverheid) ■

Een eigen praktijk starten of net gestart?

Zou je graag meer op basis van je eigen visie werken en loop je al lang rond met het idee om een eigen praktijk te starten, maar heb je de juiste handvatten nodig? Op 5 september 2020 start Dentiva de tweede editie van het Mastermind traject 'Start succesvol je eigen praktijk'. Naast 9 maanden persoonlijke begeleiding bevat het programma live cursusavonden en webinars die flexibel worden aangepast aan de behoeften van de deelnemers. Doorloop samen met gelijkgestemde collega's een volledig programma voor het starten van een praktijk met onderwerpen als Agendaplanning, Strategie en Operational Excellence, Financiën, Juridische zaken, Leiderschap en Praktijkvoering. De cursusdagen worden begeleid door Alexander Tolmeijer en gastdocenten. Het programma is ook zeer waardevol als je net een praktijk gestart bent.

Meer informatie vind je op dentiva.nl/mastermind of neem contact op via info@dentiva.nl. ■

► Vervolg van pagina 1

ANT-leden. Het samengaan, zo beschrijven de beroepsorganisaties, doet daarom recht aan de intenties en ambities van beide verenigingen.

Proces

De komende periode verkennen de verenigingsbesturen van KNMT en ANT een bestuurlijk voorstel tot samengaan, waarbij ook wordt onderzocht welke toekomstige juridische vorm daartoe passend is. Bij het bereiken van een bestuurlijk akkoord wordt het voorstel daarna ter bespreking en besluitvorming geagendeerd op de AV's van beide verenigingen.

Oproep leden

Beide beroepsverenigingen vragen hun leden om steun bij deze verkenning en hulp bij het formuleren van een voorstel om de krachten te bundelen. Daarom roepen beide besturen de leden op alle bij hun levende vragen over dit voorstel actief te stellen via de ledenservice. (bron: KNMT, ANT) ■

Column

Reinier van de Vrie



Ongezellig bezoek

Niet ieder bezoek verloopt voor een tandarts even aangenaam. Veel tandartsen kennen – al dan niet in hun onderbewuste – de vrees voor ongezellig bezoek. Agressief gedrag kan maar zo op de loer liggen. Wat te denken van de man die met een totaal verwaarloosd gebit naar de praktijk komt met diepe pockets tot aan de wortelpunten. Er is maar één oplossing: alles eruit en een kunstgebit. En dan kan het ook best nog even duren voordat hij daaraan gewend zal zijn. Vertel dat maar eens aan iemand die toch al wat narrig is binnen gekomen en waar bovendien moeilijk mee te communiceren valt. Na het nodige gedoe en door tussenkomst van een meegekomen familielid leidt het er uiteindelijk toch toe dat de patiënt de praktijk verlaat met een noodprothese boven en onder en een vervolgafspraak. De tandarts die dat tweede bezoek met enige zorg tegemoetziet, vraagt zijn tandtechnicus, die in een ruimte direct naast de praktijkkamer werkt, om alert te zijn op hoe het gaat verlopen. Niet ten onrechte. De man is de deur nog niet binnen of hij smijt woedend zijn prothese naar zijn behandelaar. Die wordt geraakt door het ondergebit, terwijl het bovengebitt tegen de muur uiteenspat (daar zal de patiënt geen last meer van hebben).

Vervolgens wil de man de aanval inzetten. Maar de tandarts was daarop bedacht en staat ook zijn mannetje. In no time heeft hij de patiënt in een nekklem en met behulp van de toegesnelde tandtechnicus wordt de man de praktijk uitgebonjourd. Achteraf spijt het de tandarts dat hij het zo gedaan heeft, maar hij zag geen andere uitweg en voelde ook wel enige emotie. Op dat moment schakelt hij de politie niet in, maar later doet hij wel aangifte. Je weet maar nooit of hij niet nog een keer komt. En dan zal dat vast niet zijn voor de definitieve prothese. Dit voorval is veertig jaar geleden gebeurd, maar veel tandartsen zullen zich weleens ongemakkelijk voelen bij bezoek van bepaalde cliëntèle. Daarvoor ben je geen zorgverlener geworden. Maar net als ambulancepersoneel en politieagenten krijg je niet iedere dag taart als dank voor de door jou bewezen diensten.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en vanaf 2020 hoofdredacteur van Dental Tribune Nederland. Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

Column

Richard Mastwijk

Geluk bij een ongeluk

In mijn vorige column ging ik al in op de situatie rondom het coronavirus. Inmiddels zijn we weer een maand verder en is er meer bekend. Zo gaan de zorgverzekeraars een bijdrage leveren voor de misgelopen omzet. Wat de uitwerking precies gaat worden, is op het moment dat ik dit schrijf nog niet volledig duidelijk. Wel zal dit consequenties hebben voor de bepaling van de schade, zoals deze wordt berekend voor een bijdrage uit de pot van de Tijdelijke Noodmaatregel Overbrugging Werkgelegenheid (NOW). Alles bij elkaar een hoop rekenarij. Een van de andere maatregelen die de overheid heeft bedacht, is om het wetsvoorstel 'excessief lenen bij de eigen vennootschap' qua invoeringsdatum uit te stellen en wel naar 1 januari 2023. Op zich een wonderlijke wending. De gedachte achter dit wetsvoorstel is dat de directeur-grotaandeelhouder (DGA) niet onbeperkt van de eigen B.V. kan lenen. Vaak ontstaat een dergelijke

lening door de B.V. die een hypotheek verstrekt op het woonhuis van de DGA, maar in veel andere gevallen doordat de DGA meer opneemt bij de B.V. dan wat het nettosalaris toelaat. Op dit laatste ziet dit wetsvoorstel toe, want de lening voor een eigen woning blijft onbeperkt toegestaan. De gedachte daarbij is dat de DGA zichzelf eigenlijk een dividend heeft uitgekeerd, maar dat uit fiscale overwegingen nalaat. Een dividenduitkering heeft namelijk een heffing in Box 2 tot gevolg en wel van 26,25 procent. Tot dit jaar bedroeg de heffing 25 procent. In veel gevallen is er ook simpelweg het geld niet om deze heffing te financieren. Helaas is het ontstane tekort vaak een gevolg van een niet goed doordachte wijziging van eenmanszaak naar B.V. Is deze B.V. een statussymbool voor de DGA of is het de adviseur die daar een belang bij heeft? De waarheid zal wel in het midden liggen. Toch is een aantal DGA's terechtgekomen in een B.V. zonder dat dit financieel eigenlijk haalbaar was. Het ministerie van Financiën heeft gemeend deze situatie te moeten rechtzetten, en terecht. Als er



wordt geleend van de eigen B.V. en er kan niet anders worden afgelost dan uit dividend, dan dient dat dividend ook te worden uitgekeerd. Wat het uitstel van het wetsvoorstel zo wonderlijk maakt, is dat naar mijn oordeel het probleem niet zit op niveau van de B.V., maar in de privé-situatie. De weggevallen omzet en de mogelijk hogere kosten zullen de B.V. raken en niet de DGA in privé. Waarom zou het rechtzetten van een bovenmatige consumptie van vóór de coronacrisis moeten worden uitgesteld? De overheid heeft al haar geld nodig om de economie te ondersteunen daar waar het nodig is. Misschien een geluk bij een ongeluk. Diegenen die het betreft, adviseer ik om snel actie te ondernemen. Een verder uitstel is niet te verwachten en ook onterecht.

Richard Mastwijk
Consultant en partner bij van helder ■

ADVERTENTIE

Feiten & cijfers

4%

 van de volwassen patiënten in de steekproef onderging in 2018 een endodontische behandeling.

Uit de verrichtinggegevens van 208.081 volwassen patiënten (in 2018) is bij 8.293 (4%) van deze patiënten een endodontische behandeling uitgevoerd. Van deze 8.293 patiënten bezochten 6.172 (74%) regelmatig de tandarts. De overige 2.121 (26%) waren in dat jaar niet bij de tandarts geweest voor een periodiek mondonderzoek (bron: Staat van de Mondzorg). 53% van de groep 'tandartsbezoekers' onderging een behandeling van 1 of 2 wortelkanalen (E13, E14). 46% werd behandeld voor 3 of meer wortelkanalen (E16, E17), en 1% onderging een initiële behandeling (E77, E78). In de groep die in 2018 geen tandarts had gezien, waren deze cijfers respectievelijk 43%, 44% en 13%. (bron: NTVT) ■

Wortelkanaalbehandelingen in de algemene tandartspraktijk in 2018

Totaal **8.293** volwassenen patiënten in de steekproef ondergingen een wortelkanaalbehandeling



6.172
Wel periodiek mondonderzoek



2.121
Geen periodiek mondonderzoek



Hiervan was
53% behandeling van 1 of 2 wortelkanalen (E13, E14)
46% behandeling van 3 of meer wortelkanalen (E16, E17)
1% initiële behandeling (E77, E78)

Hiervan was
43% behandeling van 1 of 2 wortelkanalen (E13, E14)
44% behandeling van 3 of meer wortelkanalen (E16, E17)
13% initiële behandeling (E77, E78)

(BRON: NTVT)

ADVERTENTIE

@build
088 606 0810 www.dentalbuild.nl

- Turn-Key bouw
- Praktijkontwerp
- Interieurbouw
- Bouwbegeleiding

Showroom elke 1^e zaterdag open van 9:00 tot 14:00
4 juli ■ 1 augustus ■ 5 september ■ 3 oktober

Quiz ? ? ? ? ?

1. Een paradentaire cyste is:

- Een cyste tegen het worteloppervlak van een gedeeltelijk of soms zelfs volledig doorgebroken gebitselement
- Een cyste op een plaats waar een gebitselement ontbreekt
- Een cyste rondom een odontoom
- Een cyste rond de kroon van een getreineerd gebitselement

2. De diagnose 'laterale parodontale cyste' berust primair op:

- Klinische kenmerken
- Histopathologische kenmerken
- Röntgenologische kenmerken
- Een combinatie van klinische en röntgenologische kenmerken

De antwoorden vindt u op pagina 14.

VistaVox S: 3D Imaging van Dürr Dental.

over **50 YEARS**
X-RAY TECHNOLOGY



Gereduceerde stralingsdosis door een op de anatomie afgestemd volume

Uitstekende 2D en 3D opnames dankzij de hoge-resolutie CsI sensor met een pixel grootte van 49.5 µm

Eenvoudige, intuïtieve workflow

Kaakvormige field of view

Een Ideaal 3D-afbeeldingsvolume in kaakvorm (Ø 130 x 85 mm)

Ø 50 x 50 mm volume met een resolutie tot 80 µm

Made in Germany

DÜRR DENTAL
THE BEST, BY DESIGN

Meer op www.duerrdental.com/better-view

DÜRR DENTAL BENELUX BVBA, Molenheidebaan 97,
B-3191 Hever, Tel. +31 65 765 89 19, info@duerr.nl

Tandarts-radioloog prof. Paul van der Stelt over CBCT

‘Met CBCT is betere diagnostiek mogelijk’

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Hoogleraar Paul van der Stelt mag dan al sinds 2013 gepensioneerd zijn, hij is nog steeds gepassioneerd bezig met digitale beeldvorming en beeldverwerking. Zo geeft hij in Nederland en daarbuiten regelmatig lezingen en cursussen. Voor AccreDidact schreef hij een nieuw programma over Cone Beam Computed Tomografie (CBCT). Interessant voor iedere tandarts die op de hoogte moet zijn van deze nieuwe technologie. Dental Tribune interviewde Van der Stelt naar aanleiding van het nieuwe programma.

Waar komt uw interesse voor digitale beeldvorming en beeldverwerking in de tandheelkunde vandaan?

Die is er eigenlijk al van oudsher. Het is misschien ook een beetje inherent aan een radioloog dat hij geïnteresseerd is in technologie. Mijn eerste digitale beeld maakte ik in 1978. Sindsdien is digitale beeldbewerking mijn onderzoeksterrein geweest. In 1974 studeerde ik als eerste lichting van de studierichting tandheelkunde af aan de VU als tandarts. Ik ben er daarna in dienst gekomen en ben mijn hele carrière

bij de universiteit gebleven, eerst bij de VU en later bij ACTA.

Hoe kwam u in aanraking met de techniek van CBCT?

CBCT werd rond het jaar 2000 geïntroduceerd. Ik zag de techniek voor het eerst op een tandheelkundige tentoonstelling in Genève. Omdat het paste in de lijn van al het onderzoek dat ik deed op het gebied van tandheelkundige radiologie ben ik me er verder in gaan verdiepen.

Wat maakt het zo speciaal?

Het speciale van cone beam is dat je de derde dimensie kunt zien. Met röntgenstraling moesten we het doen met platte projecties. Een standaard röntgenfoto is gewoon een schaduwbeeld. Daarmee heb je geen informatie over de derde dimensie. Die kunnen we er meestal wel bij verzinnen omdat we kennis hebben over het gebied en weten wat zich er kan voordoen. Maar soms is het nodig meer informatie

over de diepte te hebben. Vroeger werd dat opgelost door een tweede opname te maken vanuit een andere richting. Met cone beam kun je dat in één onderzoek doen en de reconstructie zo maken dat de derde dimensie ook zichtbaar wordt. Met een driedimensionale visualisatie kijk je als het ware tegen het object zelf aan. Het nadeel is dat deze nieuwe techniek een hogere stralingsdosis geeft dan conventionele technieken. Daar moet je je van bewust zijn. Daarnaast is het opnamegebied groter. Dat betekent dat je andere artefacten en afwijkingen moet kunnen signaleren en interpreteren.

Wat zijn de belangrijkste toepassingsgebieden?

CBCT wordt met name in de endodontologie, de orthodontie, de implantologie en de kaakchirurgie toegepast. In het algemeen kun je stellen dat het gaat om diagnostische afwijkingen die een groter gebied bestrijken en waar de derde dimensie van belang is. Dat is bijvoorbeeld zo bij bepaling van de hoeveelheid bot voor het plaatsen van een implantaat. Ook kun je de onderliggende structuren in beeld brengen, zodat je niet in zenuwen of andere naburige anatomische structuren gaat boren. Verder is de techniek van belang bij het in beeld brengen van grote tumoren en cystes, traumatologie bij gebroken kaken en gebitselementen en bij ontwikkelingsstoornissen waarbij elementen niet goed doorbreken. Met CBCT kun je dan goed zien wat de problemen zijn en een betere diagnose stellen. Je kunt bijvoorbeeld beter beoordelen of het geïmpacteerd element naburige elementen heeft beschadigd.

Wat je in beeld brengt, moet je interpreteren

Zijn de indicatiegebieden van CBCT goed af te bakenen?

Over het algemeen maak je eerst intraorale foto's met de standaardtechniek. Aan de hand daarvan beoordeel je of er meer informatie nodig is en je bijvoorbeeld CBCT moet toepassen. Er zijn Europese richtlijnen die precies aangegeven wat de indicatiegebieden zijn en in welke volgorde je bepaalde technieken moet toepassen. En ook wanneer je dat beslist niet moet doen.

Op welke schaal wordt CBCT nu al toegepast?

Over het gebruik heb ik geen cijfers. Wel weet ik dat er inmiddels enkele



Tandarts-radioloog prof. Paul van der Stelt.

honderden apparaten in Nederland zijn aangeschaft. Een apparaat kost tussen de dertig- en driehonderd duizend euro. CBCT-apparatuur wordt het meest gebruikt in verwijspraktijken en ziekenhuizen. Voor de algemene praktijk zal de aanschaf meestal financieel niet haalbaar zijn. Je mag zo'n apparaat natuurlijk niet gebruiken uit economische motieven.

Wat is dan het belang voor een algemeen practicus en waarom zou die er bijvoorbeeld een cursus in moeten volgen?

De tandarts die denkt dat CBCT hem diagnostische informatie zou kunnen geven en die verwijst, moet ook kennis hebben van wat zo'n opnametechniek kan opleveren. Op het moment dat je een patiënt verwijst, heb je een radiologische procedure in werking gezet. Dat is de eerste stap op weg naar gebruik van straling. De verwijzer is verplicht om te weten wat hij doet. Iedere tandarts zou er dus kennis van moeten hebben. Voor die tandartsen zijn er eenvoudige en korte cursussen, die met name gericht zijn op de diagnostische kant. Voor degenen die de apparatuur in beheer en gebruik hebben, zijn er veel uitgebreidere cursussen. Vanwege

de hogere stralingsdosis die aan een CBCT-opname verbonden is, zijn de regels voor het gebruik van deze apparatuur wat stringenter dan voor de conventionele röntgenapparatuur. Voor een CBCT-toestel zelf heb je een vergunning nodig. De gebruiker moet ook een bewijs van goed gedrag hebben. Met cone beam moet de tandarts zelf de belichtingskeuzes maken en het apparaat instellen. Je mag dat niet delegeren. Je moet weten wat invloed heeft op de resolutie en welke veldgrootte je moet gebruiken voor een bepaalde diagnostische vraagstelling. Je brengt een groter gebied in beeld dan bij traditionele tandheelkundige opnametechnieken. Je bent daarbij verplicht om het hele gebied dat bestraald is te interpreteren. Het is geen apparaat dat je neerzet en waarmee je direct aan de slag gaat.

Een groot nadeel van cone beam is dat het röntgenstraling geeft...

De dosis is hoger dan bij de tandheelkundige standaard opnametechnieken, maar lager dan bij de conventionele medische CT. De techniek geeft prachtige plaatjes, maar het is beslist niet de be-

Lees verder op pagina 6 ►

Met CBCT wordt de derde dimensie zichtbaar

ADVERTENTIE



All Dent
dental equipment



inrichting • service • apparatuur

NewTom GIANO HR

PERFECTIE TOT IN DETAIL



3D PRIME - 10 x 8

3D ADVANCED - 13 x 16

3D PROFESSIONAL - 16 x 18





NewTom
Cone Beam 3D Imaging
what's next

Ravelijn 15 - Veenendaal - T. 0318 - 509060
E. info@alldent.nl - www.alldent.nl

► Vervolg van pagina 5

doeling om die standaard te gaan gebruiken. Opmerkelijk is dat de tandarts een wat speciale rol heeft in de röntgendiagnostiek, omdat hij zelf de indicatie stelt voor het doen van een röntgenonderzoek, zelf de beelden maakt en tenslotte ook zelf deze beoordeelt. Dat is anders bij een huisarts die de patiënt verwijst naar de radioloog die de beste opnametechniek kiest en zijn bevindingen doorgeeft aan de huisarts. Daar

Een foto maken voor de zekerheid is niet altijd nodig

zit een aantal veiligheidsstappen in. De tandarts moet zich steeds weer afvragen of hij die foto nodig heeft. Het is heel gemakkelijk een foto te maken als het apparaat ter beschikking staat. In veel gevallen is er daar helemaal niks mis mee. Maar je moet er verstandig mee omgaan. 'Baat het niet, dan schaadt het niet' gaat bij röntgenstraling niet op. Een foto maken voor de zekerheid is niet altijd nodig. Met een beetje meer doordenken had je misschien diezelfde conclusie kunnen bereiken.

"Het is gemakkelijker een foto te maken dan om na te denken," heeft Claire Nader – een Amerikaanse radiografer – eens gezegd.

Welke meerwaarde heeft CBCT – alles afwegende – voor patiënten?

Dat er voor hen een betrouwbaardere diagnose gesteld kan worden. Bij een eventueel implantaat weet je bijvoorbeeld of er voldoende bot beschikbaar is en waar de aangrenzende anatomische structuren lig-

gen. Dat kun je met conventionele foto's slechts voor een deel zien. Soms is daar de derde dimensie voor nodig.

Welke ontwikkelingen zijn er nog te verwachten?

Ik denk dat de grootste winst nog in de softwareontwikkeling te behalen valt. De driedimensionale informatie kun je koppelen aan boorsjablonen en hulpmiddelen om implantaten te plaatsen. Je kunt dan een aantal stappen minder nemen en meer standaardiseren. Technisch is dat nu wel mogelijk, maar de workflow kan nog verbeterd worden. Augmented reality biedt misschien ook mogelijkheden. Bijvoorbeeld dat je een wortelkanaal eerst ver- kent, voordat je daadwerkelijk een behandeling inzet.

ADVERTENTIE

Haal het maximale uit uw CBCT beelden met SICAT Suite!



Maximale merkonafhankelijke integratie van uw CBCT beelden voor de beste therapieplanning:

- SICAT Implant
- SICAT Endo
- SICAT Function
- SICAT Air

SICAT 

Neem contact op met Paul van der Bruggen, specialist digitale oplossingen van dental bauer Nederland. Bel 06 229 477 84 of stuur een e-mail naar paul.vanderbruggen@dentalbauer.nl

dental
bauer



Laat de techniek niet met je aan de haal gaan

De laatste zin in het AccreDidact cursusboek luidt: "Bedenk echter steeds dat niet alles wat technisch mogelijk is, ook klinisch relevant is." Geeft dat het dilemma aan van een radioloog die een prachtige techniek heeft, maar zich steeds moet afvragen of hij die moet toepassen?

Niet alleen de radioloog, maar ook de tandarts, *gadget-oriented* als we zijn. Zeker 3D-beelden zien er heel interessant uit. Met die apparatuur voel je je al misschien een high tech-tandarts. Maar het vergt de nodige kennis om die goed te gebruiken, zeker als het gepaard gaat met een hogere dosis röntgenstraling. De algemene stelregel is dat je altijd de techniek gebruikt met de laagste dosis straling om antwoord te krijgen op je diagnostische vraag. Je moet een apparaat niet willen gebruiken omdat die zulke mooie beelden geeft. De basis is dat niet alles wat technisch mogelijk is, ook diagnostisch noodzakelijk is.

Bent u in uw carrière vaak tegen dit dilemma aangelopen?

Ik ben me er wel altijd van bewust geweest. Bij onderzoek kun je je vaak uitleven op modellen of fantoomkoppen met het maken van opnamen. Bij patiënten kan dat niet. Het is een tijdje een hype geweest om zwart-wit opnamen om te zetten in kleuren. Dat ziet er heel mooi uit. Maar een kleur heeft geen een-op-eenrelatie met een bepaalde afwijking en zegt niet zoveel. Het is niet duidelijker of meer onderscheidend. Als je denkt dat je het in kleur moet kunnen weergeven gaat de techniek met je aan de haal en staat het diagnostische probleem niet voorop. Je moet je altijd afvragen of je de informatie nodig hebt om inzicht te krijgen in de derde dimensie. Je mag die opname alleen maken als het nodig is voor je diagnostische vraag.

Reageren op dit artikel?

Stuur uw bericht naar redactie@dental-tribune.nl. ■

Cone Beam Computed Tomografie

TEKST: PAUL VAN DER STELT

Dit is een fragment uit het recent verschenen nascholingsprogramma *Cone Beam Computed Tomografie* (AccreDidact Tandarts, juni 2020). Auteur: prof. P.F. (Paul) van der Stelt.

Cone Beam CT

Cone beam CT werkt in principe op dezelfde wijze als de conventionele CT:

- De röntgenbron bevindt zich aan de ene kant van de patiënt en de sensor aan de andere kant.
- Rondom de patiënt wordt een serie opnamen verzameld.
- Vervolgens wordt uit deze informatie de reconstructie berekend.

Het verschil is echter dat er nu niet gebruikgemaakt wordt van een waaivormige bundel, maar van een kegelvormige bundel; vandaar de naam cone beam CT. De sensor waarmee de informatie wordt verzameld is dan ook geen lineaire reeks van sensoren, maar een vlak waarop röntgeninformatie wordt vastgelegd. In feite creëert de conventionele of medische CT dus een serie doorsneden die kunnen worden samengevoegd tot een volume, terwijl cone beam CT een volume produceert waaruit doorsneden kunnen worden afgeleid. Beide methoden geven uiteindelijk driedimensionale informatie over de patiënt.

Beeldconstructie

Anders dan bij de conventionele projectieopnamen, wordt bij cone beam CT niet direct een beeld geproduceerd als de röntgenbundel door de patiënt gaat. De informatie over de intensiteit van de röntgenstraling na de verzwakking als gevolg van absorptie in verschillende weefsels, wordt digitaal vastgelegd en naar de computer getransporteerd. Dit proces wordt in verschillende richtingen rondom de

patiënt herhaald. De informatie die zo verkregen is over de verschillende richtingen, wordt gebruikt om de doorsnede te reconstrueren. Bij cone beam CT wordt deze informatie vastgelegd op een zogenaamde flat-paneldetector. In feite wordt er bij elke positie van de röntgenbundel een schedelopname van de patiënt gemaakt. De beelden die op deze wijze rondom de patiënt worden verkregen, worden de basisprojecties genoemd.

Omdat bekend is waar de röntgenbron zich tijdens de opname bevond en waar de sensor gelokaliseerd was, kan de informatie van de röntgenbundel voor de verschillende richtingen terug worden geprojecteerd van de plaats van de sensor naar de plaats van de röntgenbron. Hieruit resulteert dan het beeld van de doorsnede door de patiënt (afbeelding 1d). Zoals eerder aangegeven is dit bij conventionele CT gebaseerd op de waaivormige bundel en metingen in de smalle lineaire

reeks sensoren. Bij cone beam CT wordt telkens een regel aan data uit elk van de basisprojecties gebruikt voor de reconstructie.

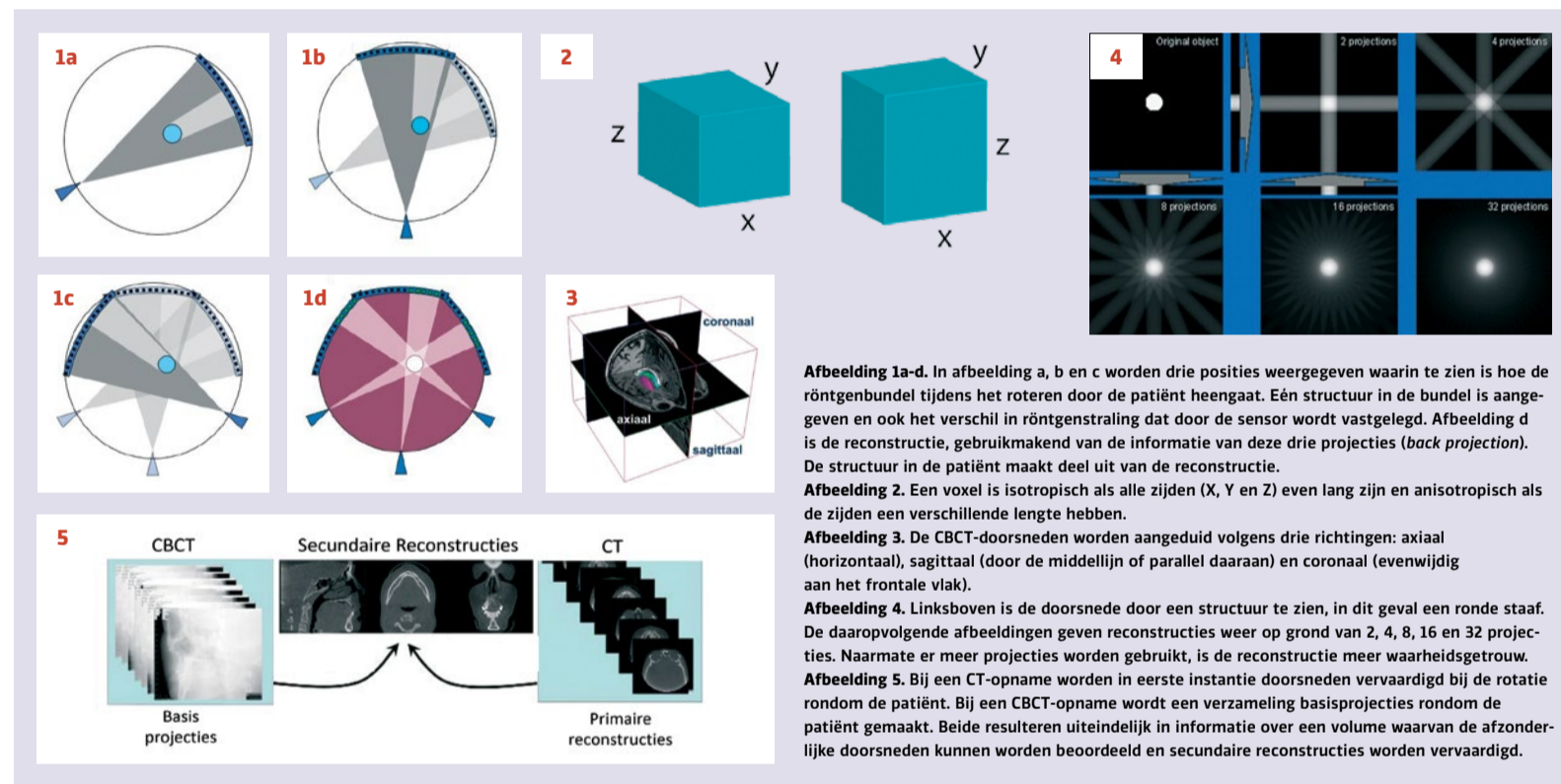
De kleinste eenheid van een digitaal beeld heet een pixel, de afkorting van picture element. Op dezelfde wijze heet de kleinste eenheid van een driedimensionaal beeld een voxel als afkorting van volume element. Een voxel heeft dus een lengte, breedte en hoogte oftewel een X-, Y- en Z-afmeting. Als het voxel in alle richtingen dezelfde afmeting heeft, spreken we van een isotropisch voxel.

Als de afmeting in een van de richtingen anders is, heet het een anisotropisch voxel. Berekeningen van afstand en volume in een digitaal beeld vinden meestal plaats door het aantal voxels te tellen en te vermenigvuldigen met de afmeting van die voxels in de gewenste richting. Het is daarom belangrijk de afmeting van het voxel in X-, Y- en Z-richting te weten (afbeelding 2).

De reconstructies die plaatsvinden aan de hand van de basisprojecties heten de primaire reconstructies. Meestal vormen deze reconstructies een serie horizontale doorsneden, axiale doorsneden genaamd. Deze naam is afgeleid van het feit dat de doorsneden als het ware gestapeld zijn langs de as van de patiënt. Samen representeren de axiale doorsneden een volume waaruit de secundaire doorsneden kunnen worden gereconstrueerd. Als deze voor-achterwaarts georiënteerd zijn, spreken we van sagittale doorsneden; als ze van links naar rechts verlopen, heten ze coronale doorsneden (afbeelding 3). Ook kan de gebruiker zelf vlakken in andere richtingen aangeven om de gewenste doorsneden verderop bij de bespreking van het gebruik van CBCT als diagnostisch hulpmiddel nader ingegaan.

Zoals eerder gezegd wordt de primaire reconstructie verkregen door de röntgenbundel denkbeeldig te

rug te volgen van sensor naar bron. Deze techniek heet daarom back projection. Bij back projection wordt de gemeten röntgenintensiteit toegekend aan de voxels tussen sensor en bron. Als dit wordt gedaan over een enkele straal uit de bundel, kan nog niet zoveel gezegd worden over wat er in de individuele voxels tussen plaats van intree en plaats van uitreding gebeurt. Pas wanneer de informatie over verschillende richtingen wordt gecombineerd, zijn deze berekeningen wiskundig op te lossen. Uit afbeelding 4 blijkt dat hoe meer richtingen er bij de berekening worden betrokken, des te nauwkeuriger de reconstructie de af te beelden structuren weergeeft. Bij CT worden in eerste instantie doorsneden gereconstrueerd. Door de doorsneden te combineren (stapelen) wordt informatie over een volume weergegeven. Bij CBCT worden basisprojecties verzameld. Op basis hiervan wordt een volume gereconstrueerd. Hieruit kunnen de afzonderlijke doorsneden worden berekend (afbeelding 5). Uiteindelijk leveren CT en CBCT dus dezelfde driedimensionale informatie. ■



Afbeelding 1a-d. In afbeelding a, b en c worden drie posities weergegeven waarin te zien is hoe de röntgenbundel tijdens het roteren door de patiënt heengaait. Een structuur in de bundel is aangegeven en ook het verschil in röntgenstraling dat door de sensor wordt vastgelegd. Afbeelding d is de reconstructie, gebruikmakend van de informatie van deze drie projecties (back projection). De structuur in de patiënt maakt deel uit van de reconstructie.

Afbeelding 2. Een voxel is isotropisch als alle zijden (X, Y en Z) even lang zijn en anisotropisch als de zijden een verschillende lengte hebben.

Afbeelding 3. De CBCT-doorsneden worden aangeduid volgens drie richtingen: axiaal (horizontaal), sagittaal (door de middellijn of parallel daaraan) en coronaal (evenwijdig aan het frontale vlak).

Afbeelding 4. Linksboven is de doorsnede door een structuur te zien, in dit geval een ronde staaf. De daaropvolgende afbeeldingen geven reconstructies weer op grond van 2, 4, 8, 16 en 32 projecties. Naarmate er meer projecties worden gebruikt, is de reconstructie meer waarheidsgetrouw.

Afbeelding 5. Bij een CT-opname worden in eerste instantie doorsneden vervaardigd bij de rotatie rondom de patiënt. Bij een CBCT-opname wordt een verzameling basisprojecties rondom de patiënt gemaakt. Beide resulteren uiteindelijk in informatie over een volume waarvan de afzonderlijke doorsneden kunnen worden beoordeeld en secundaire reconstructies worden vervaardigd.

ADVERTENTIE

AccreDidact

Cone Beam Computed Tomografie

van auteur: Paul van der Stelt

- Vier geaccrediteerde nascholingspunten (Q-Keurmerk/KRT)

Aandacht voor:

- Indicaties en anatomie
- Gebruik van CBCT in de praktijk
- Verslaglegging, wet- en regelgeving

Nieuw verschenen!

www.accredidact.nl

Hoe Cavex in twee maanden met nieuw mondspoelmiddel kwam

Cavex Oral Pre Rinse ter bestrijding van covid-19

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Zoals bij vrijwel ieder tandheelkundig bedrijf kwam ook bij Cavex in Haarlem – vooral bekend van alginaten – de normale productie grotendeels stil te liggen door de uitbraak van het coronavirus. Dankzij de vele internationale contacten kon men in mondkapjes of desinfecterende handgels gaan handelen, maar het bedrijf besloot bij zijn core business te blijven. Op basis van de kennis over bleekmethoden en spoelmiddelen, waar het zich de laatste jaren ook op richt, was het in staat binnen een paar maanden Cavex Oral Pre Rinse op de markt te brengen, een mondspoelmiddel met een antivirale werking tegen covid-19. Dental Tribune sprak met directeur Hans Maarten den Boer, manager technical services Richard Woortman en product manager Tanja Brandwijk over de ontwikkeling van het nieuwe mondspoelmiddel.

Waar staat het merk Cavex Oral Pre Rinse voor?

In dit product is onze kennis van waterstofperoxide bij whitening gekoppeld aan die van mondspoelmiddelen. 'Pre rinse' staat voor spoelen voorafgaand aan een tandheelkundige behandeling. Waterstofperoxide maakt virussen, waaronder covid-19, in de mond onschadelijker. Dat is vooral van belang bij behandelingen waarbij aerosolen vrij komen in de lucht, bijvoorbeeld bij roterend instrumentarium, maar ook bij controles waarbij de luchtspuit wordt gebruikt. De schadelijke stoffen kun je sterk verminderen door de patiënt vooraf te laten spoelen met 10-15 milliliter van een middel met waterstofperoxide tegen virussen en erythritol tegen bacteriën. Hoe groot het reductiepercentage is, wordt nog onderzocht. In de zachte delen in de mondholte zitten de receptoren die gevoelig zijn voor het covid-19 virus. Door te oxideren met waterstofperoxide tast je het virus aan. Die antivirale werking heeft chloorhexidine nadrukkelijk niet. Dat werkt dus niet tegen het virus. In Wuhan, waar het virus uitbrak, werd er al geëxperimenteerd met een voorspoelmiddel met waterstofperoxide. Dat gaf indicaties dat een dergelijk spoelmiddel effectief is. Op grond van onderzoek kwam ook het NTVT tot die conclusie. De beroepsverenigingen bevelen een middel met waterstofperoxide ook aan als een van de middelen ter bestrijding van het virus.

Een voorspoelmiddel beschermt dus vooral de behandelaar?

Ja, dat klopt. Maar het kan wellicht ook besmetting van volgende patiënten voorkomen. Het is namelijk niet goed duidelijk hoe lang aerosolen in de ruimte kunnen blijven hangen. Door zoveel mogelijk virusdeeltjes te vernietigen, reduceer je ook het risico voor volgende patiënten zoveel mogelijk.

Hoe is het Cavex-product ontwikkeld en wat is er bijzonder aan?

Tot nu toe werd tandartsen en mondhygiënist geadviseerd om voor een behandeling waarbij aerosol kan optreden de patiënt één minuut te laten spoelen met 1% waterstofperoxide, verdund met water. Wij hebben gezocht naar een spoelmiddel met een aangename smaak. Daarmee hadden we al ervaring opgedaan met Cavex Fresh4Sure, een mondspoelmiddel tegen halitose. Aan Cavex Oral Pre Rinse hebben we onder meer mint,

zoetstof en erythritol toegevoegd. We hebben gezorgd dat het wat plakkeriger wordt, waardoor het beter aan de zachte delen hecht. In plaats van 1% hebben we 1,5% waterstofperoxide toegevoegd, omdat die stof ontleedt, dat wil zeggen terugloopt waardoor het percentage afneemt. Nu weten we zeker dat het minimumpercentage van 1% wordt gehaald. In mei hebben we het product getest bij tandartsen en mondhygiënist die een proeffles konden opvragen.

Hoe reageerden de professionals op het product?

Al snel hadden meer dan vijfhonderd professionals in Nederland en België een proeffles opgevraagd. Ongeveer een kwart daarvan heeft een vragenlijst over het product ingevuld. De reacties waren overwegend positief. Vooral de frisse smaak wordt genoemd. Professionals constateren ook dat de acceptatie bij patiënten met 90% heel hoog is. Bijna 70% van de professionals zou overwegen het product op te nemen in de behandelprocedure. Omdat een flink aantal aangaf het direct al te willen bestellen, hebben we in mei de webshop www.cavexmondspoelmiddel.nl gelanceerd waar Nederlandse klanten kunnen bestellen. Voor Belgische klanten is het te bestellen via dentaal depot B-Dental. In juni zijn we zover dat we het product echt op de markt kunnen brengen. In eerste instantie doen we dat alleen in de Benelux en Duitsland, wat voor ons de thuismarkt is.

Zijn er wetenschappers bij dit product betrokken?

We hebben vertrouwen in de onderbouwing in de literatuur en de aanbeveling van de beroepsorganisaties. Als bedrijf willen we geloofwaardig zijn en geen onnodige risico's nemen. ACTA en de Belgische universiteiten in Leuven en Gent hebben belangstelling getoond. In Duitsland gaat ook een aantal universiteiten de werking van het product onderzoeken. We willen het nu verder ontwikkelen en onderbouwen met klinische resultaten en onderzoek.

Wat zijn de voorwaarden om zo'n middel op de markt te brengen?

Producten met waterstofperoxide mag je niet zomaar verkopen op de vrije markt. Een product met een percentage van 1,5% mag wel door de tandarts worden aangeschaft voor whitening volgens de cosmetica wetgeving, als uitzondering op farmaceutische hulpmiddelen. Dat is conform Europese wetgeving. De

NVWA en VWS zijn akkoord dat we dit spoelmiddel op de markt brengen, mits we voldoen aan de juiste etikettering. Die instanties controleren ook regelmatig ons productieproces.

Zijn er schadelijke bijwerkingen?

Er is altijd een zeker gevaar als je met waterstofperoxide werkt. Dat kun je bijvoorbeeld beter niet in je ogen krijgen. Maar als je een bacterie of virus wilt doden, heb je altijd iets nodig dat schadelijker is dan die bacterie of dat virus. Dat is de contradictie. Daarom is het belangrijk dat zo'n middel alleen door een professional als tandarts of mondhygiënist wordt toegediend. En verder moet je een veilig product bieden met de juiste informatie.

Het is wel weer iets extra's wat een professional aan de patiënt moet uitleggen...

Dat klopt. Die moet het daarom snel en helder uitgelegd krijgen. De acceptatie moet er zijn en de patiënt



Vlnr: Tanja Brandwijk, Richard Woortman en Hans Maarten den Boer.

moet er geen slecht gevoel bij krijgen. Het is ook belangrijk dat die er geen vieze smaak aan overhoudt. We denken dat we praktijken met

zo'n middel helpen bij het weer opstarten van de reguliere zorg. Het

[Lees verder op pagina 12](#)

ADVERTENTIE

onbezorgd werken

corim dental.nl

Leverancier van onder andere

Voor 16.00 besteld
morgen in huis

Wij staan altijd
voor u klaar

Uitgebreid
assortiment

De Nieuwe Tandarts: oude wijn in nieuwe zakken?

TEKST: RENÉ GRUYTHUYSEN

In een interview in het aprilnummer van *Dental Tribune* vertelde Arie Riem over zijn initiatief De Nieuwe Tandarts, een 'platform voor tandartsen die werken volgens duurzame methodes gericht op preventie'. In deze ingezonden bijdrage stelt René Gruythuysen een aantal kritische kanttekeningen.

Natuurlijk is het mooi als iemand zich tot nieuwe inzichten bekeert in het zorgbelang. Maar het interview met Arie Riem roept bij mij meer vragen op dan het antwoorden geeft. Hoe zit het nu precies met die vernieuwingsdrang? En wat gebeurt er echt in de verwijspraktijk?

In het interview lees ik: "De Nieuwe Tandarts neemt voldoende tijd en ruimte om uit te leggen dat de patiënt een bepaalde ziekte heeft, waar hij zelf invloed op kan uitoefenen. En biedt de patiënt de kans hiernaar te handelen. Pas daarna wordt gekeken of curatief behandelen nodig is." Wat is hier nieuw aan? NVvK-oprichter Willem Berendsen verklaarde zes jaar geleden al in *Dental Tribune*: "We hebben in de kindertandheelkunde een hoop recht te zetten." Hij doelde daarbij op wat ik al meer dan tien jaar over cariësbehandeling bij kinderen schrijf in *TP* en in het *NTVT*. Daarbij spreek ik liever van prioritering van causale behandeling als alternatief voor onnodige symptoombestrijding.¹ Inmiddels heb ik vier online cursussen voor AccreDidact ontwikkeld, waarvan twee met anderen, over terughoudende cariësbehandeling bij kinderen. De geïnterviewde maakte in die tijd bij elke gelegenheid volop reclame voor volledige restauratieve behandeling met kronen onder narcose. Op een kritische vraag in het interview in *Dental Tribune* antwoordt hij: "Al zullen genoeg mensen mij een commerciële tandarts noemen, die te veel geld verdient met het oplappen van melkgebitjes onder narcose. Ik begrijp die gedachten; het is inderdaad vreselijk dat we ons werk moeten doen. Het is ontzettend kostbaar en de roestvrijstalen kronen die ik plaats zijn bovendien lelijk. Ik meen oprecht dat ik hoop mee te maken dat het niet meer nodig zal zijn om kinderen onder narcose te behandelen."

Hetzelfde kreeg ik jaren geleden al te horen. Maar als iemand suggereert dat hij echt een omslag heeft gemaakt in de richting van preventie, ben ik vooral geïnteresseerd in de feiten. In een interview in *de Volkskrant* (2015) werd toegegeven dat bij 40% van de kinderen na de intake behandeling onder narcose volgde. Daarom vraag ik me nu af: met welk percentage zijn de narcosebehandelingen afgenomen in de praktijk? Jammer dat we daar geen antwoord op hebben gekregen. Ik lees ook niet: "Het is inderdaad vreselijk, die narcosebehandeling, en wij zijn blij dat we die nu drastisch hebben teruggebracht."

Percentage narcosebehandelingen bij kinderen stijgt

Collega's met wie ik veel contact heb en die vroeger ook geen andere mogelijkheid zagen dan behandeling onder narcose, hebben inmiddels het percentage narcosebehandelingen met 90% gereduceerd zonder zich een keurmerk als 'Nieuwe

Tandarts' aan te meten. Terwijl op basis van data van Vektis blijkt dat in Nederland de laatste jaren het percentage narcosebehandelingen met meer dan 30% is gestegen. Een tandarts-pedodontoloog bij de JTZ in Den Haag die eveneens kinderen met veel cariës en een problematische achtergrond behandelt, verwijst zelden voor behandeling onder narcose en als ze het al doet, dan zeer beperkt in tijdsduur voor

bijvoorbeeld een paar extracties, maar zeker niet voor volledige restauratieve zorg. Ik sta er versteld van wat zij in korte tijd met prioritering van causale zorg heeft bereikt voor de mondgezondheid bij haar patientjes.² We gaan vast nog meer van haar horen. Een andere brandende vraag van mij is of de geïnterviewde inmiddels is gestopt met het systematisch maken van keramische frontkroontjes. Die noemde hij in

het recente verleden nog 'Artificieel Gaaf' verwijzend naar 'Gewoon Gaaf', wat op mij tamelijk cynisch overkomt. Er bestaat niet of nauwelijks een gerechtvaardigde indicatie voor, maar ze vergen wel extra narcosetijd. Als esthetiek een noodzakelijke eis is voor een jong kind, wat zelden het geval is, bestaan er prima kindvriendelijke alternatieven zonder enige vorm van anesthesie als de mondgezondheid op orde is.³

Pulpotomie

Ook een punt van zorg is de behandeling van diepe cariës. Het genoemde criterium voor de indicatie pulpotomie, namelijk twijfel over het resterende laagje dentine (de zogenaamde 'clear band'), nodigt uit tot overtreatment (36% fout-positief).³ Betrouwbaarder is afgaan op de anamnese en een klinische

Lees verder op pagina 10 ►

ADVERTENTIE

SUNSTAR
G·U·M
SOFT-PICKS
COMFORT FLEX

NIEUW
COOL MINT

GET THAT
MINTY FEELING
EVERY DAY!

FLEXIBELE NEK &
ANTI-SLIP HANDVAT

OPTIMAAL BEREIK
TUSSEN TANDEN
EN KIEZEN

COOLMINT SMAAK
VERFRISSEND
GEVOEL

GEZOND TANDVLEES. GEZOND LEVEN.™

VAN GUM, DE NR 1 IN INTERDENTALE REINIGING*

Source: Nielsen 2016 - 2020 Netherlands, Food-Drug, Value share interdental.

@ gum.nl

f gumnl

gumnl

in SUNSTAR Benelux B.V.