

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Vlaamse editie



Versijnt 6x per jaar | P924893 | afgiftekantoor Turnhout

WWW.DENTAL-TRIBUNE.BE

JAARGANG 3 - NUMMER 3 - JUNI 2021

Praktijkmanager Michèle Witkamp

"Je bent het operationele smeermiddel"



Pagina 4

Praktijkmanagement

Rendement en een gebalanceerd team

Pagina 5

Praktijk

Waarom lokale anesthesie vaak faalt

Pagina 5-6

Klinisch

Narcose bij kinderen vaak ongegrond

Pagina 7-8

Interview

Othodontist Nicoline van der Kaaij maakt graag de orthodontie-puzzel

Pagina 9-10

Excerpt

Extraheren of niet extraheren

Pagina 10

Koen Clement van Fresh Tandartsen over de waarde van data voor praktijkmanagement

"Data-analyse stuurt patient journey"

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Het Nederlandse systeem van de regelmatige (halfjaarlijkse) controle wordt algemeen gezien als een uitstekend preventief middel. Maar kunnen we dat ook aantonen met cijfers? En welke andere behandelingen en verrichtingen dragen duidelijk bij aan een betere mondgezondheid van de patiënt? Er bestaan veel ideeën en vermoedens over, maar dat aantonen met cijfers is lastig. Fresh Tandartsen, dat meer dan veertig praktijken heeft, probeert dat nadrukkelijk wel. En op basis van de verkregen data probeert het de mondzorg te verbeteren. ACTA Amsterdam maakt gebruik van dit soort data voor verder onderzoek.

"We zien aan de hand van cijfers bij onze praktijken die het preventieproject 'Gewoon Gaaf!' van het Ivoren Kruis toepassen significant verbeteringen: minder invasieve verrichtingen, minder initiële cariës, minder spoedconsulten en minder probleemgerichte consul-

Dat preventie werkt, toon je niet zomaar aan

ten." Dat zegt Koen Clement, CEO en medeoprichter van Fresh Tandartsen, met enige voldoening. Want dat preventie werkt toon je niet zomaar aan. Clement: "We geloven allemaal dat preventie belangrijk is, maar toon het dan ook aan. Het is fijn de mondgezondheid van patiënten te verbeteren, maar hoe is

dat gerelateerd aan de preventie die je aanbiedt in je praktijken? En hoe kun je laten zien welke preventiemaatregelen effectiever zijn dan andere?"

De PPS-score (Periodiek Parodontaal Screenen), die de DPSI-score (Dutch Periodontal Screening Index) heeft vervangen, is een andere verrichting die nauwgezet wordt gevolgd bij Fresh Tandartsen, omdat die iets zegt over de mondgezondheid. Men wil kunnen zien of die score verbetert, op patiëntniveau, op praktijkniveau en op organisatie-niveau. Een trend die positief moet zijn voor de patiënt. Er bestaat enige onduidelijkheid over of één keer per jaar een PPS-score voldoende is. "Nu vragen we de behandelaar om dat toch vooral bij iedere controlebeurt te blijven doen. Dat moet bij voorkeur honderd procent zijn voor alle behandelaars, maar in ieder geval boven de negentig. Bij een praktijk die daar ver onder blijft, is er soms organisatorisch iets aan de



Koen Clement.

hand, bijvoorbeeld een gebrekkige registratie of een assistent die de registratie van de tandarts heeft overgenomen", aldus Clement.

Consequenties en verbeteringen

Sinds twee jaar beschikt Fresh Tandartsen over een gestandaardiseerd systeem waarmee alle data die met het softwarepakket Exquise worden verzameld goed kunnen worden verwerkt en geanalyseerd.

Alle interne datastromen zijn daaraan gekoppeld en erop gericht. Veel data van voor die tijd kunnen nog wel in het systeem worden verwerkt. De analyses hebben dus betrekking op een langere periode. Hoe groter het volume aan data, des te nauwkeuriger de uitspaken erover. Er worden relevante data verzameld over onder meer behandelingen, verrichtingen, behandelaars en (geanonimiseerd) over patiënten. Alle data worden verwerkt in een datawarehouse, waarmee het mogelijk wordt vergelijkingen en rapportages te maken.

Clement benadrukt dat het hem

niet gaat om omzetten of aantal verrichtingen, maar altijd om de consequenties voor de patiënten en organisatorische verbeteringen in de praktijken. "We willen stappen maken in de verbetering van de mondgezondheid. Als patiënt moet je steeds beter af zijn bij ons in de praktijk, ook in vergelijking met een gemiddelde andere praktijk. Dat is ons doel. Je bent natuurlijk ook afhankelijk van de medewerking van de patiënt, maar dat is voor een deel ook weer onze kwaliteit. Kun je mensen meekrijgen in een betere mondhygiëne? Met de verzamelde data laat je zien hoe het op dit moment gaat."

De resultaten worden wekelijks besproken met de praktijkmanagers en ieder kwartaal met de behandelers. Clement: "Dan krijg je automatisch een discussie met elkaar over hoe een praktijk zich verhoudt tot andere praktijken. Waarom zien we bijvoorbeeld niet meer verbeteringen, kunnen we daarin nog stappen maken? Daarbij hou je natuurlijk rekening met onder meer het soort praktijk, de patiëntenpopulatie en de samenstelling van het team. Maar het belangrijkste is dat door de informatie met elkaar te delen er discussie ontstaat en een draagvlak voor verbetering."

Patient journey

Het heeft tijd nodig om voor nieuw beleid een draagvlak bij medewerkers en patiënten te krijgen en om het te implementeren. Vervolgens

Lees verder op pagina 4 ►

Verlenging van financiële tussenkomst voor beschermingsmateriaal

Het KB dat de financiële tussenkomst verlengt voor bijzondere beschermingsmaatregelen en -materialen in de tweede periode van de coronapandemie, is goedgekeurd. De uitbetaling door het RIZIV volgt uiterlijk in juni.

Ambulante zorgverleners krijgen niet alleen een tussenkomst voor het materiaal (handschoenen, maskers, jassen ...) maar ook voor de zwaardere investeringen (zoals luchtverversingsapparatuur) en beschermingsmaatregelen (namelijk de tijd die nodig is voor het aan- en uittrekken van de beschermingsmiddelen, de tijd die nodig is tussen twee patiënten, de benodigde tijd voor het ontsmetten van het materiaal en de lokalen, enzovoort).

De vergoeding voor de eerste periode van mei tot augustus 2020 werd al uitbetaald. Nu gaat het om de periode van 1 september tot 30 november 2020. De uitbetaling voor die tweede periode was reeds voorzien, maar het goedkeuringsproces liep vertraging op.

"Beschermingsmateriaal is voor onze zorgverleners essentieel om hun job veilig te kunnen uitvoeren. Ik ben dus blij dat dit koninklijk besluit eindelijk goedgekeurd werd

door de ministerraad", verklaart minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke.

De tegemoetkoming voorziet 20 euro per patiëntencontact (met een limiet van 200 contacten per maand) voor beoefenaars van de tandheelkunde, artsen-specialisten in stomatologie of otolaryngologie. Dit is meer dan andere artsen door het verhoogde risico op besmetting met COVID-19, onder andere door de nabijheid van patiënten zonder mondmasker.

Het RIZIV voorziet de uitbetaling uiterlijk in juni.

(bron: medi-sfeer) ■

ADVERTENTIE

Bekijk hier onze nieuwste publicaties

Eurodeals
met tal van niet te missen aanbiedingen

Praktische Gids
Mondhygiëne & Preventie



PERIOPLUS+

NATUURLIJK EFFECTIEF MONDWATER, GEL EN TANDPASTA MET CHX

Chloorhexidine (CHX) én CITROX® (natuurlijk bioflavonoïde extract) zijn samen **bewezen effectiever** dan CHX alleen.



NATUURLIJKE BESCHERMING TEGEN BACTERIËN

Perio Plus+ producten zijn het schoolvoorbeeld van de bewezen antibacteriële eigenschappen van chloorhexidine. Dit wordt versterkt door de natuurlijke bioflavonoïden van Citrox®, die we uit bittere sinaasappels gehaald hebben. Citrox® bezit ook anti-oxiderende en ontstekingsremmende kwaliteiten.



Citrox® en chloorhexidine: samen in gevecht tegen schadelijke mondbacteriën.



Aanbevolen voor tandvleesontstekingen en parodontitis.



Beschermt tanden, tandvlees en mondslijmvlies tegen terugkerende tandplak.



Een heerlijke smaak, die je smaakpapillen niet irriteert. Alcoholvrij.



Dentale post

Tandartsen en sport



Aan de World Medical and Health Games (MEDIGAMES), die het leven zagen in het Franse Cannes in 1978, doen jaarlijks bijna 2.000 medische professionelen uit meer dan 40 landen mee. Ze nemen het tegen elkaar op binnen 25 sportcompetities in verschillende disciplines en er is ook een internationaal symposium rond sportgeneeskunde. Deze miniatuurzegels werden uitgegeven door het Franse postbedrijf in 1994.

Hieronder belichten we enkele tandartsen die internationaal bekend werden door hun sportprestaties.



Schermen: Dr. Kerstin Palm, schermkampioen, werd geboren in Malmö (Zweden) in 1946 als dochter van een tandarts. Zelf studeerde ze in 1969 af als tandarts aan de universiteit van Stockholm. Dr. Palm nam deel aan zes Olympische spelen: Tokio 1964, Mexico 1968 (5^e), München 1972 (6^e), Montreal 1976, Moskou 1980 en Los Angeles 1984 (12^e). Deze zegel werd uitgegeven door Zweden, als eerbetoon aan sportieve vrouwen.



Verspringen (vrouwen): Dr. Elzbieta Krzesinska studeerde af als tandarts in 1963. Bij de 16^e Olympische spelen in Melbourne in 1956 won ze goud in het verspringen. De zegel werd uitgegeven door Polen in 1960.

Langebaanschaatsen (mannen): Erhard Keller werd geboren op 24 december 1944 in Ginsberg (Duitsland) en studeerde af als tandarts aan de universiteit van München in 1973. Op 14 februari 1968 verklaarde Keller (toen 23) in het Franse Grenoble (waar de Winterspelen dat jaar werden gehouden): “Een wereldrecord of een grote race winnen,



dat zijn twee totaal andere dingen.” Hij won de 500 meter-race. Deze zegel werd in 1968 uitgegeven door Hongarije.



Cricket: Dr. Alfred Noble Montague (1873-1940) werd na zijn studies aan de openbare school van Couronne bankbediende, maar ging vervolgens tandheelkunde studeren. Hij wijdde al zijn tijd aan het cricket en werd kapitein van het Australische team, dat in 1909 de wereldbeker won. (Postzegel uit een blok, uitgegeven in Tonga in 1989.)



Badminton: Ter gelegenheid van het wereldkampioenschap badminton dat in de lente van 1983 in Kopenhagen werd gehouden, gaf Denemarken een postzegel uit. De badmintonspeelster op de zegel is Lene Køppen, afgestudeerd als tandarts aan de universiteit van Kopenhagen in 1977. Ze won heel wat badmintonkampioenschappen en werd wereldkampioen.



La crosse: William George Beers (1841-1900) wordt gezien als de ‘vader’ van La crosse en als de meest gereputeerde tandarts van zijn generatie. La crosse is een oorspronkelijk indiaanse teamsport, waarin de spelers een crosse (stick) gebruiken om een bal in het doel van de tegenstander te slaan. De zegel werd uitgegeven in Canada in 1968. ■

Dr. Henri Aronis heeft een speciale interesse voor tandheelkundige postzegels opgevat en bracht meerdere verzamelingen uit onder de naam ‘La Médecine Bucco-dentaire au travers de la Philatélie’. In deze rubriek worden steeds een aantal van zijn postzegels uitgelicht. Zie voor meer informatie of het bestellen van het oeuvre de website timbreeddent.eu.

Column

Reinier van de Vrie



Fysieke malheur

Vol enthousiasme de hardloopschoenen aangetrokken om na 300 meter enorme aandrang te krijgen. Dan weet je dat het een heel kort en ongemakkelijk rondje gaat worden. “Waarom ga je dan niet eerst?”, hoor ik u zeggen. Heb ik gedáánn. Maar ook na flinke rek- en strekoefeningen en heen-en-weer springen, niente, nog geen keutel. “Dan had je toch beter helemaal niet kunnen gaan?” Klopt, maar zo stond het nu eenmaal op het programma direct na het opstaan. Na de ochtendkoffie is zo’n probleem meestal wel opgelost. Het meest vervelende – erger moet je je op dat moment zeker niet voorstellen – is nog wel dat je je niet meer kunt concentreren bij zo iets. Eigenlijk kun je nog maar aan één ding denken, namelijk dat je op zo’n moment graag even elders zou willen zitten. Buiten is geen optie net in en buiten de bebouwde kom met alle anderen die zich al fietsend, wandelend of ogeneschijnlijk met het grootste plezier joggend verplaatsen. Dus moeten de gedachten een andere kant uit, werk bijvoorbeeld. En zo vraag ik me af hoe het moet zijn als je met dit probleem aan de stoel staat, met een tot op de minuut gevulde agenda, de eerste pauze nog ver in het verschiet en je net aan een lastige drielaksvulling of een endo bent begonnen. Om nog maar niet te spreken van een weerbarstige extractie waar je toch de nodige kracht en spierbeheersing moet betrachten, maar wel op de juiste plek. Ik moet zeggen dat mijn bewondering voor behandelaars op zo’n moment alleen maar toeneemt. In alle gevallen moet je er zijn en kun je je het niet veroorloven minder geconcentreerd te werken, zonder dat dat waarschijnlijk ten koste gaat van de kwaliteit. Kijk, achter het bureau op mijn zolderkamer kan ik nog weleens een bil oplichten, maar dat kun je in de behandelkamer moeilijk maken. Gewoon doorwerken dus met fysieke malheur. Een speciale hulde wil ik hier toch ook wel brengen aan alle zwangere vrouwen die het aan de behandelstoel lukt gewoon hun werk uit te voeren, terwijl het binnenin soms behoorlijk tekeer gaat. Zo stel ik me althans voor. Als mens kunnen we ons eigenlijk maar op één ding tegelijk goed concentreren. Het aangename van hardlopen is dat je dat op een gegeven moment op de automaat doet en je gedachten kunt laten gaan. De meeste ideeën voor deze column doe ik dan ook in hardlooptance op, behalve natuurlijk als ...

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist, tekstschrijver en hoofdredacteur van Dental Tribune Vlaanderen. Contact: vrie@dental-tribune.be. ■

Quiz ? ? ? ? ?

1. De daadwerkelijke omvang van een periapicaal botdefect is altijd kleiner dan op de röntgenfoto is afgebeeld.
a. Waar
b. Niet waar

2. Bij het diagnosticeren van een verticale wortelfractuur kan een diagnostische flap of een inspectie met een operatiemicroscoop zekerheid geven.
a. Waar
b. Niet waar

De antwoorden vindt u op pagina 11.

Feiten & cijfers

50% minder cariës door preventieprogramma op school.

Bij meer dan 30% van de kinderen wereldwijd komt cariës voor. In het onderzoek ‘Longitudinal caries prevalence in a comprehensive, multicomponent, school-based prevention program’ bekeken Amerikaanse onderzoekers de effectiviteit van preventieprogramma’s voor cariës op scholen.

In de periode van 2004 tot 2010 werden 6.927 kinderen gevolgd op 36 basisscholen in de Verenigde Staten. De kinderen kregen twee keer per jaar onder andere tandpasta, tandenborstels en mondzorginstructies van mondhygiënist. De prevalentie van cariës bleek meer dan 50% af te nemen bij de onderzochte kinderen. Bij onbehandelde cariës nam de prevalentie in fase 1 af van 38% naar 18% en in fase 2 van 28% naar 10%. Het uitgebreide cariësprogramma op de scholen werkte dus. ■

	Cariësprevalentie voor preventieprogramma	Cariësprevalentie na preventieprogramma
Fase 1	38%	18%
Fase 2	28%	10%

(BRON: JADA, STAAT VAN DE MONDZORG)

Covid-19-onveilig mondwater wordt teruggeroepen

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

SCHAUMBURG, U.S. Sunstar Americas heeft eind december vrijwillig een van hun mondwaters teruggeroepen. Het bedrijf is onderdeel van de Sunstar Group en een koploper in de mondverzorgingsindustrie. Ze gaven bacteriële contaminatie als reden van de intrekking.

Op 27 oktober 2020 had het bedrijf al aangekondigd dat het product Paroex Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse USP 0,12%, met een houdbaarheidsdatum van 30 juni 2022 tot 30 september 2022 werd teruggeroepen. Nu heeft Sunstar Americas de terugroeping uitgebreid naar alle producten met een houdbaarheidsdatum tussen 31 december 2020 en 30 september 2022, volgens een bedrijfsaankondiging. Volgens Sunstar Americas kan het product gecontamineerd zijn met de Burkholderia Lata bacterie. Waar dit kan zorgen voor mond- en mogelijke systemische infecties in de gezonde populatie, kan in risicogroepen het gebruik van het besmette product leiden tot levensbedreigende infecties, zoals longontsteking en bacteriëmie. Op het moment zijn er 29 casussen

gerapporteerd die zijn geassocieerd met het product. De aankondiging stelde dat de desbetreffende patiënten positief waren getest op een B. lata infectie. Het gebruik van het mondwater bij patiënten met reeds bestaande longaandoeningen, waaronder SARS-CoV-2 infectie, werd in het bijzonder als onveilig geclassificeerd. Het mondwater is verspreid naar tandartspraktijken, distributeurs, farmaceutische groothandels, tandheelkunde scholen en apotheken in de Verenigde Staten. Sunstar Americas heeft hun distributeurs en klanten op de hoogte gesteld en de terugkeer van het product geregeld. “Patiënten, apotheken en gezondheidsinstellingen in het bezit van het product moeten onmiddellijk stoppen met het gebruiken en uitdelen”, stelde het bedrijf. ■

► Vervolg van pagina 1

kost het dan zeker een aantal jaren voordat verbeteringen zichtbaar worden. Clement ziet dat als een *patient journey*, maar ook als een reis in ontwikkeling voor de totale organisatie. Je moet met elkaar bespreken of je het goede doet, zoeken naar verbeteringen en dan proberen aan te tonen dat de ingezette veranderingen de juiste zijn. Uiteindelijk levert dat voor de totale organisatie volgens Clement ook meer waarde op vanuit de redenering dat praktijken die het beter doen voor patiënten ook betere behandelaars aantrekken. “Die zijn ook nieuwsgierig naar onderbouwing. En je wil toch werken bij een organisatie waar je inzichtelijk krijgt hoe je het beste kunt werken voor je patiënten. Er is een tekort aan professionals, dus hoe fijn is het om de betere mensen te hebben werken. Als duidelijk wordt dat je een goede praktijk bent, trek je ook weer meer patiënten aan. Wie het beter doet voor zijn patiënt doet het ook beter voor zijn bedrijf. Uiteindelijk verdient je de investeringen dan dubbel en dik terug.”

Voor kleinere praktijken is een groot opgetuigd data-analyse-systeem wellicht wat minder bruikbaar. Het gaat bij data immers vaak ook om de omvang en het aantal patiënten voordat ze gaan spreken. Maar Clement wil daarmee niet zeggen dat een solopraktijk niet een goede *patient journey* kan aanbieden, het zal over het algemeen alleen wat lastiger zijn om aan te tonen.

Geen strijd
Wat vinden tandartsen en praktijkmanagers van de data-analyse? Zien ze deze niet als bedreigend of

te sturend? Volgens Clement hebben praktijken een grote motivatie om het beter te doen als ze zien dat het bij hen minder gaat dan gemiddeld. “We vertellen niet hoe ze het in het vervolg moeten doen, want dat brengt automatisch weerstand met zich mee. Een tandarts die autonoom is en wetenschappelijk is opgeleid, kan zelfstandig denken. Je laat zien hoe het gaat en dan zoek je samen naar een draagvlak voor verbeteringen. En wat superbelangrijk is, het moet geen strijd worden. Het moet echt gaan over de consequenties voor de patiënt. Tandartsen zijn nieuwsgierig naar wat er precies gebeurt en zijn daarmee ook zeer gemotiveerd om verbeteringen door te voeren.”

Worden de cijfers ook gebruikt om op behandelaarsniveau aan te sturen? Want de cijfers laten toch ook zien welke behandelaar beter presteert dan een ander? Clement geeft aan dat de analyses zo niet worden ingezet, maar dat individuele behandelaars aan de hand van de cijfers wel zichzelf kunnen controleren. Volgens hem laten de tandartsen zich niet afschrikken door de cijfers, maar zijn ze er juist zeer nieuwsgierig naar. Het vak verandert voortdurend en ze vragen zich ook af of ze op dit moment nog het juiste doen. “Het heeft geen zin om het roer in één keer totaal om te gooien, want dan haakt of de tandarts of de patiënt af. Als je een van de twee kwijtraakt, heb je niets gewonnen. Het is juist van belang dat die tandarts gehoord wordt, enthousiast blijft, naar de resultaten kijkt en gemotiveerd wordt om veranderingen door te voeren. Dat levert echt wat op. Ze zien de cijfers dus eerder als motiverend dan bedreigend.”

De cijfers vormen naar zijn zeggen geen aanleiding om er een slecht functionerende tandarts mee om de oren te slaan. “Over een tandarts die echt een mindere kwaliteit biedt, zijn echt al wel andere signalen gekomen. De cijfers ondersteunen dan alleen maar dat beeld”, zegt Clement. “Dan ben je al eerder met zo iemand in gesprek gegaan. We hebben visiteurs die zijn opgeleid om met zo’n tandarts een diepgaand gesprek aan te gaan. Het is heel gemakkelijk om mensen met cijfers een duwtje te geven. Maar zo zijn die zeker niet zo bedoeld, we willen mensen juist met ons meekrijgen. Tandartsen voelen zich, denk ik, ook niet bedreigd omdat we ons in de analyse altijd richten op de consequenties voor de patiënt. Je moet vooral kijken naar waarom je in de ene praktijk meer bepaalde problematiek hebt dan in een andere en daar wat aan proberen te doen.”

Het belangrijkste is verbeteringen te starten

Verschil in praktijken
Zijn er verschillen in de 41 praktijken van Fresh Tandartsen? Clement geeft aan dat er duidelijke verschillen waarneembaar zijn tussen gebieden met een groot tekort aan tandartsen en mondhygiënist en gebieden waarin eerder aan de vraagzijde een tekort is. Dat is bijvoorbeeld zichtbaar in het soort verrichtingen. Kinderen in rurale

gebieden komen minder vaak voor preventieve bezoeken. De reisafstand wordt bijvoorbeeld als belastend ervaren. Het kost hen meer moeite om vier keer per jaar voor poetsinstructie te komen. Maar de verschillen zijn voor Clement minder belangrijk. “Waar het om gaat is dat je per praktijk een reis of ontwikkeling maakt. Het belangrijkste is niet dat een praktijk misschien lager scoort, maar dat de medewerkers verbeteringen weten op te pakken.”

Op basis van de analyses wordt op de lange termijn ook duidelijk aan welk soort mondzorgverleners behoefte is. Dat is een langzaam proces omdat het aanbod aan mensen in een praktijk niet zo snel verandert, maar uiteindelijk wil Clement wel naar een personeelsaanbod dat zo goed mogelijk is afgestemd op de patiëntenpopulatie en de lokale situatie.

Nog verbeteren
Wat zou Fresh Tandartsen naar aanleiding van analyse van de data nog graag willen verbeteren? Clement geeft aan dat kinderen die minder op preventief bezoek komen meer cariës vertonen. Een van de veronderstellingen is dat ouders dan niet meegaan in het voorgestelde preventiebeleid. Voor die praktijken ligt daar in dat geval een uitdaging. Voor iedere praktijk hoort dat maatwerk te zijn. De data kunnen ook duidelijk maken op welk vlak bij- en nascholing nog wenselijk zou zijn, al worden ze op dit moment nog niet zo ingezet. “Ook daarvoor moet draagvlak zijn”, zegt Clement. Het is zijn ervaring dat scholing moet voldoen aan de concrete vraag van dat moment. Leidt meer preventie en bete-

re tandheelkunde tot slot ook tot minder kosten? Een nog niet te beantwoorden vraag, geeft Clement aan. Hij kent wel de argwaan van de tandheelkundige branche ten opzichte van verzekeraars die vooral naar de uitgaven zouden kijken en zo min mogelijk willen uitgeven. “Verzekeraars kijken al snel naar hoeveel een patiënt per praktijk kost. Maar ik heb ook ontdekt dat je uitstekende gesprekken met ze kunt voeren. Als je dieper in de cijfers duikt worden ze ook enthousiast. Dan zijn ze ook bereid om te kijken naar wat de consequenties van je praktijkvoering zijn voor de patiënt.” ■

**Samenwerking
Fresh Tandartsen en
ACTA Amsterdam**

Fresh Tandartsen - keten van tandartspraktijken - en de Amsterdamse universiteit ACTA zijn een samenwerkingsverband aangegaan. Deze is ontstaan uit afspraken over externe stageplaatsen. Onder meer door stages bij Fresh Tandartsen kunnen studenten ervaring opdoen in ‘echte’ tandartspraktijken. ACTA-hoogleraar Josef Bruers is vanaf de start betrokken bij deze stages. Vanuit zijn rol als onderzoekscoördinator bij de Nederlandse tandartsberoepsvereniging KNMT doet hij al jarenlang onderzoek naar de verleende zorg in tandartspraktijken. De data die Fresh Tandartsen verzamelt zijn voor hem een rijke aanvulling voor verder onderzoek.

“Een praktijkmanager is het operationele smeermiddel in een praktijk”

TEKST: INEZ BECKERS

Terwijl Koen Clement vanuit big data inzoomt op praktijken vertelt praktijkmanager Michèle Witkamp met veel enthousiasme in deze editie van Dental Tribune hoe zij dagelijks een praktijk runt. Ze begon ongeveer veertig jaar geleden als tandartsassistent in een kleine praktijk. Na een aantal jaar stapte ze over op kaakchirurgie. In 1994 begon ze bij Ivory & Ivory Oudenoord tandartspraktijk in Utrecht. In 2017 werd de praktijk overgenomen door Dental Clinics. De praktijk was toen nog klein maar werd steeds groter, en er was iemand nodig die operationele zaken regelde. Zo begon Witkamp als praktijkmanager. “Ik denk dat je als praktijkmanager een mensenmens moet zijn.”

“Ik denk dat je als praktijkmanager een beetje het operationele smeermiddel in een praktijk bent”, zegt Michèle Witkamp. “Taken die bij een praktijkmanager horen zijn onder andere assistenten aannemen, zorgen dat de gehele planning in orde is en zorgen dat elke tandarts geassisteerd wordt. Je enthousiasmeert, dus je zorgt dat mensen het naar hun zin hebben, dat je goede teams bij elkaar vindt en dat mensen geïnteresseerd zijn om bijvoorbeeld cursussen te doen. Kortom, het is je taak om te zorgen dat mensen het leuk vinden om te werken in een tandartspraktijk. Naast het sturen op kwaliteit en kwantiteit komen er nog administratieve taken bij kijken zoals bijvoorbeeld urenregistratie, ziekteverzuim, zorgen dat alle servicecontracten in orde zijn

enzovoort.” Volgens Witkamp passen aantal eigenschappen goed bij een praktijkmanager. “Ik denk dat je een mensenmens moet zijn. Je moet empathie hebben voor je me-

4 tips om het beroep goed uit te oefenen:

1. Heb empathie voor zowel de patiënten als de medewerkers van de praktijk.
2. Bied een luisterend oor aan iedereen.
3. Verdiep je in de tandheelkunde.
4. Houd goed contact met andere medewerkers van de praktijk, bijvoorbeeld de tandartsdirecteur.

dewerkers en uiteraard ook voor de patiënten. Het is goed om altijd een oor te hebben voor iedereen. Daarnaast moet je beslissingen kunnen nemen en communicatief sterk zijn. Bij Dental Clinics Oudenoord werk ik samen met tandartsdirecteur Christoffer Bambaei. Hij regelt de aansturing van de tandartsen en het medische gedeelte. Wij overleggen veel met elkaar en het is dan wel heel prettig als je zelf wat van tandheelkunde weet. Tandheelkunde moet je interesse hebben om er plezier in te hebben.”

Grotere praktijken
Het werken in een tandartspraktijk is door de jaren heen flink veranderd. Volgens Witkamp komt dit vooral door veranderingen in de wet- en regelgeving. “Protocolen, bijvoorbeeld over infectie en preventie, zijn veel uitgebreider nu. Toen ik begon had je handschoenen en een mondkapje en je wist dat je alles moet steriliseren, maar het is goed dat het nu veel uitgebreider is.” Een andere verandering is volgens haar dat veel praktijken tegenwoordig veel groter zijn dan voorheen, en naast tandartsen bijvoorbeeld ook mondhygiënist en preventieassistenten aannemen. De praktijk waar Witkamp werkt,

telt inmiddels zo’n 35 collega’s. “Bij een grotere praktijk is het wel handig dat een tandarts of tandartsdirecteur hulp heeft van een manager die de dagelijkse operationele taken regelt, want deze taken kosten meer tijd dan gedacht. Bij Dental Clinics is er veel ondersteuning, van onder andere het servicekantoor. Bij bijvoorbeeld zaken als wet- en regelgeving bieden zij ondersteuning, dat is het voordeel van een grotere organisatie. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid helpt met het doorvoeren van veranderingen en bezoekt en beoordeelt twee keer per jaar de praktijk. Bij Dental Clinics is er daarnaast een regiopraktijkmanager: iemand waar je als praktijkmanager laagdrempelig mee kunt sparren. Die hulp is erg fijn. Het is niet altijd nodig, maar het is wel aangenaam als je hulp kunt krijgen. Het is prettig als mensen met je meedenken.”

Toegevoegde waarde
Witkamp benadrukt meermaals dat het vak van praktijkmanager haar erg ligt en veel toegevoegde waarde heeft. “Vooral het werken met een team en goede resultaten behalen geeft veel voldoening. Je zorgt dat patiënten tevreden zijn en dat het team het leuk heeft. Je verdient jezelf terug doordat bijvoorbeeld een



Michèle Witkamp.

tandartsdirecteur niet al zijn tijd in personeelszaken hoeft te stoppen. Dat is wellicht vaak een afweging voor een praktijk, maar ik denk dat het zeker interessant is om een praktijkmanager aan te nemen.”

Uiteraard brengt de huidige coronasituatie wat moeilijkheden met zich mee. “Het is nu heel lastig om de planning rond te krijgen. Het gebeurt nu vaker dat iemand zich ’s ochtends ziek meldt, omdat je bij milde klachten al niet naar de praktijk mag komen. Het is dus een uitdaging om het rooster steeds rond te krijgen, zodat iedereen assistentie heeft. Ik werk zelf vier dagen in de week en wegens corona nu in de ochtenden thuis. De namiddagen ben ik wel in de praktijk, want fysiek contact met de collega’s is superbelangrijk.” ■

Rendement en een gebalanceerd team: resultaten van goed praktijkmanagement

TEKST: ALEXANDER TOLMEIJER, DENTIVA

Praktijken hebben steeds meer stoelen, meer behandelaars en een groter team. Daarmee lukt het om de zorgverlening te differentiëren en meer aandacht te besteden aan de patiënt. Maar deze mogelijkheden voor verbeteringen hebben ook een prijskaartje. Er is extra aandacht nodig voor praktijkmanagement. In dit artikel worden vijf factoren beschreven die hierbij komen kijken.

Of je nu gebruik maakt van een praktijkmanager of alles zelf doet, je moet in een grotere praktijk scoren op een flink aantal andere gebieden dan de behandeling in de behandelkamer. Vijf factoren zijn daarbij onlosmakelijk met elkaar verbonden. Je kunt er niet één overslaan of negeren. Met een groter team moet je aandacht hebben voor alle aspecten, net zoals je bij patiëntenzorg niet een stapje kunt overslaan.

1. Continue verbetering en vernieuwing
Succesvolle praktijken zijn continu bezig met vernieuwen en veranderen. Dat is bepaald niet eenvoudig. Het vraagt om betrokkenheid van medewerkers die mee willen veranderen en dus ook hun gedrag willen aanpassen. Alleen het onderwerp gedragsverandering is al een studie waard. Vernieuwen en veranderen vraagt ook dat je je voortdurend bezighoudt met dingen vereenvou-

digen. Een ‘lean’ cultuur is gericht op dagelijks kleine veranderingen doorvoeren, die resulteren in enorme verbeteringen op de iets langere termijn.

2. Openheid en actie-gerichtheid
Verbeteren en vernieuwen lukt alleen als praktijkhouder, management en medewerkers met elkaar in gesprek zijn en blijven. Het uitwisselen van informatie en van elkaar leren staat dan centraal. Niet alleen het team moet openstaan voor verandering, de praktische eigenaar en praktijkmanager natuurlijk ook. Wil je alles uit je team halen, dan moet je initiatief aanmoedigen. Daar hoort ook bij dat het af en toe op een andere manier gaat dan dat je zelf in gedachte had. Het helpt als je een langetermijndoel voor ogen hebt. Dan is het makkelijker om kleine afwijkingen in het kader van een hoger en verder gelegen doel te plaatsen.

3. Kwaliteit van het management
Het midden is het steunpunt voor een balans en dat geldt ook voor deze factor. Kenmerkend voor een goed functionerend management is dat je besluitvaardig bent als iets echt onder de maat is. Snel kunnen besluiten en actie ondernemen is een kwaliteit die veel mensen erg weten te waarderen. Maar pas op: als een besluit eenmaal genomen is, moet je daar niet te snel meer van afwijken. Als leidinggevendend makkelijk terugkomen op besluiten, dan wordt onbewust veel onrust en soms zelfs wantrouwen gecreëerd.

4. Kwaliteit van medewerkers
Natuurlijk kan deze factor niet ontbreken in de lijst van een succesvolle organisatie. Verschillen tussen medewerkers geven glans aan de organisatie. Natuurlijk zitten die verschillen in de persoonlijkheidsstijlen (het DISC-model is daarvoor een heel toegankelijk systeem), maar ook in de ontwikkelingsfase (kom je net kijken of ben je heel ervaren) en in de specifieke kennis en taakgebieden. Niet iedereen kan alles op hetzelfde niveau, maar gezamenlijk beheersen we als team alle taken op een topniveau. Bij Dentiva werken we met de skillsmatrix om

verschillen inzichtelijk te maken en nieuwe medewerkers te helpen bij het vinden van ondersteuning in het onboardingproces. Het inwerkproces van nieuwe medewerkers in de mondzorg wordt vaak onderschat. Mondzorg is in alle facetten enorm ontwikkeld en gedifferentieerd. De tijd dat je na je opleiding direct productief in een tandartspraktijk aan de slag kon, is voorbij. Opleiding en ervaring zijn inmiddels noodzakelijke randvoorwaarden voor een effectief en geolied team.

5. Focus op lange termijn
Een focus op de lange termijn is de laatste kenmerkende factor van succesvolle organisaties. Nederland kenmerkt zich door het hoge aantal familiebedrijven. Families zijn over het algemeen enorm gericht op de lange termijn. Praktijken in de mondzorg zijn van oudsher ook gericht op de lange termijn. Daar ligt immers de gezondheidswinst. Een preventieve benadering is ook lange termijn- en relatiegericht. Kenmerken voor de langetermijngerichtheid bij een praktijk zijn de langetermijnrelaties met patiënten en met het team. Vaak spreekt men ook over een ‘veilige’ werkomgeving. Persoonlijk heb ik niet zoveel met het woord ‘veilig’.

Men bedoelt in ieder geval dat je als medewerker iets kan zeggen of ergens op kunt wijzen zonder dat er meteen sancties volgen of dat dit negatief uitpakt. Langetermijngerichtheid vind je ook bij het contact met leveranciers. Ook dit is voor mondzorgverleners vaak vanzelfsprekend. Als zorgverlener weet je als geen ander hoe belangrijk service, onderhoud en kennis is voor de materialen en instrumenten waar je dagelijks mee werkt.

Resultaten
Als alle vijf de factoren goed in balans zijn – en dat is niet zo makkelijk en zeker niet vanzelfsprekend – leidt dat tot meer flow in de praktijk, een betere samenwerking met het team en een beter rendement van de praktijk. ■

Tijdens het live Dental Practice Excellence event ‘Jouw praktijk naar de top’ van Dentiva op vrijdag 10 en zaterdag 11 september wordt uitgebreid ingegaan op hoe je deze factoren toepast in de praktijk. Tijdens de Masterclass op zaterdag ga je aan de slag met een verbeterplan voor de eigen praktijk, aan de hand van de bewezen factoren van succesvolle organisaties. Nog enkele plaatsen beschikbaar. Inschrijven kan via dpe2021.nl.

Waarom faalt lokale anesthesie nog zo vaak?

TEKST: DR. JOHAN APS

Wie huilt niet van acute irreversibele pulpitis, van het kind met een kaasmolaar of de quasi nooit te verdoven patiënt? Niets is zo vervelend en frustrerend voor een tandarts als een tand die niet (voldoende) verdoofd raakt. Toch gebeurt dat geregeld. Hoe komt dat? Zijn falingen te wijten aan het anestheticum, de injectietechniek, de patiënt of aan een combinatie van factoren? Dr. Johan Aps gaat alle mogelijke oorzaken langs.

Er zijn maar weinig universiteiten waar er een gedegen gedeelte van het curriculum van de opleiding Tandheelkunde besteed wordt aan lokale anesthesie. Vaak vormt het een onderdeel van de cursus orale heelkunde of vormt het een onderdeel in verschillende cursussen en wordt in de eerste plaats op een theoretische manier uitgelegd hoe men tot een adequate lokale anesthesie kan komen. Het praktijkgericht onderwijs over lokale anesthesie gebeurt vaak op onwetende patiënten die per ongeluk proefkonijn zijn, omdat in sommige scholen een verbod heerst op het toedienen van een lokaal anestheticum op een medestudent. Er is iets voor te zeggen, maar tegelijk is ervaringsonderwijs leerrijk, omdat studenten dan leren hoe het is om aan de andere kant te staan. Tijdens de opleiding ervaren we dan toch aan den lijve dat het niet altijd zo makkelijk is om elke patiënt adequaat verdoofd te krijgen. Veel collega’s hebben daarom in de loop der jaren hun techniek gepersonaliseerd op basis van hun ervaringen. De ene injecteert zonder vasoconstrictor terwijl de andere zweert bij (supplementaire) intraligamentaire anesthesie, en nog een ander steevast een dubbel mandibulair blok geeft met twee

verschillende anesthetica. Ondanks deze maatregelen zijn er nog steeds falingen. Dat patiënten hierdoor angst ontwikkelen voor de tandarts is niet ondenkbaar en dat ons beroep daardoor een slechte reputatie krijgt – kijk maar naar de mopjes, cartoons en schilderijen over ons beroep – is dan ook niet te verwonderen (zie afbeeldingen).



Hoe het publiek ons ziet.

Lokale anesthetica
Het uiteindelijke doel van alle in de tandheelkunde gebruikte lokale anesthetica is om de afferente prikkelgeleiding te onderbreken, waardoor er geen pijnsignalen meer de hersenen bereiken en de tandheelkundige behandeling pijnvrij kan geschieden. De hedendaagse gebruikte lokale anesthetica in de tandheelkunde zijn allemaal amiden: bupivacaïne, ropivacaïne, lidocaïne, articaïne, mepivacaïne en prilocaïne. De grootste verschillen tussen deze anesthetica zijn hun vasodilaterend effect, intree-snelheid, werkingsduur en de manier waarop ze gemetaboliseerd worden. Bupivacaïne en ropivacaïne worden in Europa minder gebruikt in de tandheelkunde, omdat ze resulteren in een zeer lange (7 uur) anesthesie van de weke delen. In de Verenigde Staten daarentegen zijn het de meest geliefkoosde lokale anesthetica van MKA-chirurgen en endodontologen. Dat heeft te maken met het feit dat het tot het jaar 2000 duurde voordat de Food and Drug Administration (FDA) articaïne toeliet op de Amerikaanse markt. Amerikaanse tandartsen en MKA-chirurgen moesten tot die tijd een alternatief (bupivacaïne en ropivacaïne) halen in de geneeskundige locoregionale anesthesie. In Europa werd articaïne al gebruikt sinds 1976 en was er geen nood aan alternatieven. Het voordeel van articaïne ten opzichte van bijvoorbeeld lidocaïne is dat articaïne meer vetoplosbaar is en dus sneller inwerkt dan lidocaïne. Tegelijkertijd zorgt het voor een ongeveer 4 uur durende anesthesie

van de weke delen, terwijl dat maar 2 uur is voor lidocaïne. De keuze van het lokaal anestheticum moet dan ook gebaseerd zijn op de indicatie of het nodig is om nog lang (7, 4 of 2 uur) na de behandeling of verzorging anesthesie te behouden. Zo zal lidocaïne eerder aangewezen zijn bij een restauratieve verzorging en articaïne eerder aangewezen zijn bij een tandextractie. Als de lokale anesthetica worden opgesomd van snel naar traag inwerkend (dus van meest naar minst vetoplosbaar) kunnen ze in deze volgorde worden geplaatst: bupivacaïne, articaïne, lidocaïne, prilocaïne en mepivacaïne. Hoe meer vetoplosbaar het anestheticum, hoe makkelijker het door de lipidenmembranen van de zenuwvezels raakt. Indien men ze opsomt van langst naar minst lang werkend, is de volgorde bupivacaïne, articaïne, mepivacaïne, lidocaïne en prilocaïne. Het is meteen duidelijk dat articaïne niet alleen sneller inwerkt dan lidocaïne, maar ook langer werkt, wat opnieuw uitlegt hoe men de juiste keuze van anestheticum kan maken bij elk type behandeling.

Vasodilatatie
Alle amide anesthetica worden traag gemetaboliseerd in lever en nieren en via de urine weer uitgescheiden. Zoals eerder vermeld veroorzaken ze een vasodilatatie, waardoor een optimale efficiëntie van lokale anesthesie in het gedrang komt. Toevoeging van een vasoconstrictor (epinefrine en felypressine) gaat dit tegen. Epinefrine of adrenaline is hetzelfde en



wordt gecombineerd met bijvoorbeeld lidocaïne 2% of articaïne 4% in verschillende concentraties (bijvoorbeeld 1:200.000 of 1: 80.000), terwijl felypressine met prilocaïne wordt gecombineerd. Die concentratie bepaalt de mate van vasoconstrictie en dus ook de duur en diepte van de lokale anesthesie. De aanwezigheid van vasoconstrictor zorgt voor een aantal bijkomende voordelen, namelijk (1) langer lokaal blijven van het anestheticum, (2) verminderde bloeding tijdens chirurgische ingrepen, (3) verlaagde systemische toxiciteit. Die verlaagde systemische toxiciteit is belangrijk, want het zorgt voor een meer geleidelijk vrijkomen van het anestheticum in de bloedbaan en dus voor een meer gespreide metabolisatie in de lever en de nieren, wat overdosering tegen-

Lees verder op pagina 6 ►

► Vervolg van pagina 5

gaat. Mogelijke nadelen van vasoconstrictor in de lokale anesthesie zijn: (1) droge alveolitis bij extractie en gebruik van een hoge concentratie vasoconstrictor, (2) tachyfyxie bij een bijkomende injectie en (3) mogelijk reboundeffect bij te plots wegvallen van vasoconstrictie.

De American Heart Association raadt aan om lokale anesthesie met vasoconstrictor te geven om pijn tijdens een behandeling te voorkomen, omdat pijn kan zorgen voor ongecontroleerde stress, wat op zijn beurt aanleiding kan geven tot hartfalen. Uit de literatuur blijkt echter dat alle lokale anesthetica potentieel neurotoxisch zijn, afhankelijk van hun concentratie en afhankelijk van welke cellijnen werden gebruikt om dit te onderzoeken. De beweringen dat articaïne 4% meer neurotoxisch is dan lidocaïne 2%, wordt niet door alle onderzoeken ondersteund. Dat het laatste daarover nog niet is gezegd wordt duidelijk uit de jaarlijks gepubliceerde case reports met betrekking tot lokale anesthesie in de tandheelkunde en de in vitro onderzoeken op cellijnen om neurotoxiciteit te bestuderen.



De literatuur over de efficiëntie van lokale anesthetica gebruikt in de tandheelkunde is evenmin eensgezind, want er is geen consensus over welk amide anestheticum superieur is. Dat is een bijzonder interessante vaststelling, want als diezelfde amide anesthetica gebruikt worden voor locoregionale anesthesie in de geneeskunde en er daar zelden problemen met efficiëntie lijken op te treden, moeten we ons de vraag durven stellen of de falingen die we soms ervaren dan niet te wijten zijn aan andere factoren, zoals anesthesietechniek of anatomie van de patiënt. Wilde verhalen over mensen met rood haar doen ook de ronde, maar er is in de literatuur evenmin consensus of roodharigen nu minder goed te verdoven zijn dan niet-roodharigen. De wetenschap staat daarover nog in de kinderschoenen en er zijn waarschijnlijk voorlopig onbekende genetische factoren betrokken bij hoe sommige mensen pijn ervaren en welke rol de verschillende melanocortinen nu echt spelen. Wordt ongetwijfeld vervolgd!

Mandibulaire blok

De traditionele tandheelkundige opleidingen spenderen ruim tijd aan het onderwijs over geleidingsanesthesie (bijvoorbeeld mandibulaire blok), infiltratie-anesthesie en intraligamentaire anesthesie. Het moet gezegd dat in het gros van de gevallen deze technieken toereikend zijn. Maar het gros is geen

100%. De techniek waarbij we als tandarts vaak in het 'ongewisse' injecteren is de geleidingsanesthesie van de nervus alveolaris inferior (mandibulaire blok, Halsted-blok), waarbij de naald ongeveer een centimeter boven het occlusale vlak moet ingevoerd worden van aan de contralaterale hoektand of premolaar en men probeert uit te komen iets boven de lingula mandibulae, is bij sommige patiënten absoluut niet evident. In de regel moet men botcontact maken op de mediale zijde van de ramus mandibulae, zodat men een referentie heeft of men wel degelijk in de buurt van de ramus zit en niet in de glandula parotis bijvoorbeeld, waardoor de nervus facialis zou verdoofd raken. De nabijheid van de musculus pterygoideus medialis, de raphe pterygomandibularis, de raphe sphenomandibularis, de arteriae pterygoidei, de arteria alveolaris inferior en de glandula parotis maken deze techniek niet meteen de eenvoudigste om uit te voeren.

Mandibulaire blokanesthesie is in feite blind prikken in vergelijking met een buccale infiltratie distaal van een tand die men wenst te behandelen, of in vergelijking met een intraligamentaire anesthesie waarbij men de naald invoert in de parodontale ligamentruimte, parallel langs de lengterichting van de wortel van de tand die men wenst te verzorgen. Er is ook een opvallend verschil in succes tussen lokale anesthesie in de bovenkaak ten opzichte van de onderkaak. Hoe vaak komt het niet voor dat de weke delen goed lijken verdoofd te zijn, terwijl de mandibulaire tand in kwestie nauwelijks of gedeeltelijk verdoofd lijkt te zijn geraakt? Volgens de literatuur is dat niet ongewoon en worden falingspercentages gemeld tussen de 10 en 30%. Dat is zorgwekkend, want plaats uzelf in de schoenen van de patiënt die in die categorie valt. Potentieel falen van lokale anesthesie brengt ook veel stress mee voor de tandarts zelf. Heeft u zichzelf er al eens op betrappt dat u de adem inhoudt of dat uzelf tachycardie vertoont als u dentine aanboort en wacht op een reactie van de patiënt? Herkenbaar, nietwaar?

Voor elke techniek is het belangrijk dat de bevel van de naald in de juiste richting wijst, namelijk in de richting waar het anestheticum moet terechtkomen. Hoeveel onder ons oriënteren de bevel van de naald bij het inprikken van de mucosa of bij het insteken van de naald in de parodontale ligamentspleet? Dit is helaas velen onder ons ontgaan in de routine van de dagelijkse praktijk.

Alternatieve technieken

Aan sommige scholen worden daarnaast nog twee alternatieve technieken aangeleerd voor het falende mandibulaire blok, de zogenaamde Gow-Gates en Vazirani-Akinosi technieken. Voor de eerste moet de patiënt met de mond wagenwijd open zitten en voor de tweede met de kiezen op elkaar. De bedoeling van beide technieken is om een depot lokaal anestheticum te kunnen deponeren dicht bij het foramen ovale, om zodoende meer aftakkingen van de nervus mandibularis te kunnen verdoven met eenzelfde injectie. Bij de Halsted-techniek zijn in het beste geval enkel de nervus lingualis, de nervus alveolaris inferior en de nervus mylohyoideus

verdoofd, omdat men ietsje boven de lingula mandibulae mikt. Bij de twee alternatieve technieken wordt de naald dus meer naar craniaal ingevoerd, waardoor meer takken verdoofd raken (onder andere nervi retroauricularis, et buccalis), maar bestaat er ook een hoger risico op het veroorzaken van trismus en/of hematoom.

Zeldzamer aangeleerd is de intraossale lokale anesthesietechniek, waarbij toegang moet worden verschaft tot het spongieuze bot om zodoende het lokaal anestheticum toe te dienen. Deze techniek heeft als voordeel dat het lokaal anestheticum wordt aangebracht waar het nodig is, namelijk in de buurt van de te behandelen tand, en er een zeer efficiënte pulpale anesthesie wordt bereikt. De verklaring ligt in het feit dat anatomische variaties in zenuwverloop en zenuwvertakkingen geen rol meer spelen, want het anestheticum wordt rechtstreeks afgeleverd in de zone rond de tand die men wenst te behandelen. Welke zenuw de tand van vezels voorziet, is van geen belang, want het anestheticum wordt gedeponerd in de sponsiosa rond de tand waar het dan eender welke zenuwvezel tijdelijk en reversibel uitschakelt. Elke infiltratie-anesthesie is in feite ook een intraossale anesthesie. Het grote verschil met de directe intraossale anesthesie (bijvoorbeeld X-Tip, Quicksleeper) is dat men een depot aanbrengt lateraal van het bot en wacht op diffusie door de buccale of palatale corticalis. Infiltratie-anesthesie in de mandibula kan uiterst beperkt toegepast worden vanwege de karakteristieken van de corticalis van de mandibula. Mandibulaire melktanden, inclusief melkmolaren, maar ook premolaren, definitieve incisieven en hoektanden daarentegen kunnen vaak goed behandeld worden met infiltratie-anesthesie, maar definitieve molaren niet, vanwege die specifieke eigenschappen van de corticalis. De dikkere corticale wand die versterkt wordt door de linea obliqua externa, maakt dat infiltratie-anesthesie nauwelijks effect heeft op definitieve molaren. Tot slot moeten we de intrapulpaal techniek vermelden, waarbij de naald wordt ingevoerd en vastgezet in het pulpakanaal en men onder hoge druk de resterende vitale pulpavezels in feite opblaast. Deze actie leidt tot hevige maar kortstondige pijn, waarna men in de meeste gevallen meteen kan overgaan tot actie. Deze techniek wordt waarschijnlijk aan alle tandheelkundige opleidingen onderwezen, maar is niet meteen de meest populaire techniek onder de patiënten, die zich levenslang deze ervaring zullen herinneren en voor sommige van hen tot angst voor de tandarts



leidt. Binnen dezelfde categorie van injecties die vaak levenslang herinnerd worden, valt de palatale injectie, die te vaak door veel tandartsen onder hoge manuele druk worden uitgevoerd. Betrapt u zichzelf ook op een bevende hand als u palataal injecteert?

Het moge duidelijk zijn dat falingen vaker in de mandibula optreden en dat ongebreideld injecteren rondom een tand niet steeds het gewenste effect heeft. De conclusie moet dus zijn dat de techniek die we toepassen voor mandibulaire anesthesie ontoereikend is en dat het hoogstwaarschijnlijk niet aan de lokale anesthetica ligt. In de geneeskunde meldt men immers weinig tot geen problemen in verband met locoregionale anesthesie waarbij gebruik gemaakt wordt van dezelfde amide anesthetica. Dus moeten we de technieken evalueren en onze vastgeroeste visie misschien eens herbekijken.

Inflammatie

Een acute irreversibele pulpitis, of een 'hot tooth' in het Engelse vakjargon, is een uitdaging die elke tandarts kippenviel kan bezorgen. De bij de inflammatie vrijgekomen stoffen zorgen voor een verzuring van het weefsel rondom de tand. Daardoor zullen lokale anesthetica minder efficiënt zijn, omdat ze door de lage pH geïoniseerd zullen worden en dus minder vetoplosbaar. Dit verklaart waarom injecteren in een ontstoken milieu zinloos is. Het is bovendien gevaarlijk, omdat de vasodilatatie (hyperaemie) automatisch zorgt voor een snellere opname van het anestheticum in de bloedbaan. Hoe sneller het anestheticum in de bloedbaan vrijkomt, hoe sneller lever en nieren het moeten metaboliseren. Voor gezonde perso-

nen is dit een klein probleem, maar bij patiënten met een medisch gecompromitteerde achtergrond (met bijvoorbeeld slechts één nier) kan overdosering sneller bereikt worden. Voorzichtigheid is dus zeker geboden. Intraossale anesthesie, voldoende distaal van de inflammatiezone, zorgt voor een optimale pijnstilling, zeker als men daarnaast een anestheticum gebruikt met een relatief hoge concentratie aan vasoconstrictor (bijvoorbeeld 4% articaïne en 1:100.000 epinefrine). De combinatie van een efficiënte vasoconstrictie en een optimale anesthesie is het recept voor een succesvolle behandeling in deze omstandigheden.

Anatomie

Anatomische variaties, zoals afwijkend verloop van zenuwen, kunnen ook de oorzaak zijn waarom tanden moeilijk of niet verdoofd geraken. De literatuur bukt intussen van voldoende bewijsmateriaal dat wat er in de handboeken anatomie staat niet altijd lijkt te kloppen. Mandibulaire tanden worden niet enkel door de nervus alveolaris inferior voorzien van afferente zenuwtakken, maar ook door aftakkingen van andere zenuwen, zoals de nervi lingualis, mylohyoideus, glossofaryngeus, hypoglossus, facialis, buccalis, auricularis en occipitalis. Er gaan in de toekomst ongetwijfeld meer bewijzen komen van neurovasculaire variaties omdat de beeldvorming meer en meer geavanceerd wordt en meer verborgen details laat zien dan ooit tevoren.

Conclusie

Lokale anesthesie in de tandheelkunde verdient meer aandacht in het curriculum Tandheelkunde. We moeten ons opnieuw beraden over de technieken die we gebruiken om tot een efficiënte en succesvolle anesthesie te komen. Daarnaast moeten we rekening houden met de specifieke eigenschappen van de verschillende beschikbare amide anesthetica om het juiste anestheticum te kiezen bij elke behandeling.

Over de auteur

Johan Aps werkt momenteel als docent en wetenschappelijk medewerker aan de Arteveldehogeschool, Afdeling Mondzorg (Gent, België). ■

Referenties

- Al Hindi M, Rashed B, Al Otaibi N. Failure of inferior alveolar nerve block among dental students and interns. Saudi Med J 37 (2016) 84-89.
- Albalawi F, Lim JC, DiRenzo KV, Hersch EV, Mitchell CH. Effects of lidocaine and articaïne on neuronal survival and recovery. Anesth prog 2018;65:82-88.
- Aps J, Badr N. Narrative review: the evidence for neurotoxicity of dental local anesthetics. J Dent Anesth Pain Med 2020;20(2):63-72.
- Badr N, Aps J. Efficacy of dental local anesthetics: a review. J Dent Anesth Pain Med 2018;18(6):319-332.
- Droll B, Drum M, Nusstein J, Reader A, Beck M. Anesthetic efficacy of the inferior alveolar nerve block in red-haired women. J Endod. 2012;38:1564-1569.
- Haas DA, Lennon D. A 21 year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. J Can Dent Assoc 1995;61:319-20.
- Kreuz PC, Steinwachs M, Angele P. Single-dose local anesthetics exhibit a type, dose-, and time-dependent chondrotoxic effect on chondrocytes and cartilage: a systematic review of the current literature. Knee Surh Sports Arthrosc 2018;26:819-830.
- Pogrel MA. Permanent nerve damage from inferior alveolar nerve blocks: a current update. J Calif Dent Assoc 2012;40:795-7.
- Yang Y. Structure, function and regulation of the melanocortin receptors. Eur J Pharmacol. 2011;660(1):125-130. doi:10.1016/j.ejphar.2010.12.020.

Indicatie narcose bij kinderen te vaak ongegrond

TEKST: THIERRY BOULANGER

De Belgische kindertandarts Thierry Boulanger paste dertig jaar lang regelmatig narcose toe bij kinderen, tot hij in aanraking kwam met niet-restauratieve caviteitsbehandeling (NRCT). Narcose is hierdoor vaak overbodig. In vijf verschillende casussen laat hij zien hoe je met prioritering van causale therapie de focus verlegt van reparatie naar gebitsgezondheid en wat dat oplevert voor kinderen, ouders én hemzelf als tandarts.

Sinds 1984 ben ik actief als tandarts en sinds 1988 ook als tandarts-pedodontoloog in mijn praktijk te Andrimont en daarnaast in Le Centre Hospitalier de la Citadelle te Luik. Lang heb ik zoals veel collega's de traditionele complete restauratieve zorg toegepast. Daarbij hoorde het veelvuldig toepassen van narcose. Het boekje 'Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling' dat verscheen in 2012 bij AccreDidact wekte mijn nieuwsgierigheid en ik zag mogelijkheden om het NRCT-concept in praktijk te brengen (afb. 1). Van motivational interviewing wist ik nog weinig. Maar het is van essentieel belang om hieraan te werken, heb ik moeten ervaren. Ik raakte bevriend met René Gruythuysen

en later met Lina Jasulaityte en we wisselden veel info met elkaar uit. Contacten met Amerikaanse collega's brachten mij op het spoor van de mogelijkheden van zilverproducten zoals zilverdiaminefluoride (SDF). De indicatie 'NRCT' kon hierdoor drastisch worden uitgebreid. Als noodgrepen waren bovendien ART en Hall-kronen beschikbaar zonder dat hiervoor narcose nodig was.

De noodzaak om narcose toe te passen nam hierdoor drastisch af. Steeds vaker ben ik bij verwijzingen voor narcose overgegaan tot causale behandeling, daar waar nodig aangevuld met kindvriendelijke symptoombestrijding waarbij anesthesie geven tot het verleden behoort. Bij jonge kinderen is het front vaak aangetast. Bij behandelingen onder algehele anesthesie heb ik daarbij in het verleden veel keramische kroontjes toegepast, maar nu veel minder. De nadruk ligt nu op goede mondhygiëne en verantwoorde voeding. Esthetische behandelingen doe ik nu uitsluitend op verzoek van het kind als de mondverzorging op orde is en het kind de behandeling aankan. Een reden kan zijn dat het kind gepest wordt en dat is lang niet altijd het geval. Ook de indicatie pulpotomie stel ik veel minder vaak op basis van de literatuur.

Bij onderstaande casussen koos ik voor prioritering van causale the-

rapie ondanks doorverwijzing voor een narcosebehandeling.

Zilvernitraat in het melkfront

Een kind van 4 jaar werd verwezen voor behandeling onder narcose (afb. 2a). Er was geen reden voor restauratie. Poetstraining met fluoridevernis waren misschien voldoende geweest, maar ik twijfelde

hier sterk aan het vermogen van de ouders om dit snel onder de knie te krijgen. Daarom besloot ik SDF toe te passen.

Zilvernitraat kan het (tijdelijke) onvermogen van ouders om adequaat te poetsen compenseren. Hoewel de mondhygiëne bij een evaluatie na 2 maanden onvoldoende was, bleek het zilvernitraat ondertussen een

cariostatische werking te hebben (afb. 2b).

In deze tijden van veronderstelde absolute noodzaak van esthetiek ben ik verheugd te merken dat, mits zorgvuldig uitgelegd, ouders niet-esthetische procedures accepteren, zoals roestvrijstalen kronen

[Lees verder op pagina 8 ►](#)

Mondzorg bij jeugdigen: ruimte voor early adopters

Het is een legitieme vraag wat de bedoeling is van de (kinder)tandheelkunde: cariësactieve kinderen afleveren met veel vullingen en extracties of cariës-inactieve kinderen afleveren die goed voor hun gebit zorgen? Zoals bij elke paradigmaverschuiving heb je early adopters, de kwartiermakers, late en zeer late adopters die vertrouwen op de onjuiste zekerheden geleerd tijdens hun studie. De early adopters kunnen een weg inslaan die aanvankelijk niet het gewenste resultaat levert, maar leren hiervan, sturen bij en geven niet op tot hun doel is bereikt. In deze serie willen we early adopters die in het managen van cariës een hoger doel zien dan in het routinematig restaureren aan het woord laten. Ze zullen vertellen over hun aanpak in de praktijk. We wensen u veel leesplezier, maar ook veel stof om over na te denken, te assimileren en te adopteren. Bent u early adopter, spreekt dit initiatief u aan en wilt u een casus delen met collega's? Meldt u zich dan bij de initiatiefnemers en/of de redactie van Dental Tribune via redactie@dental-tribune.be. De gevraagde bijdrage betreft vooral casuïstiek (600-700 woorden) en ondersteunend beeldmateriaal.

Cor van Loveren
James Huddleston Slater sr.
Jo Frencken
René Gruythuysen



Afbeelding 1. NRCT toegepast bij zeer angstig kind.

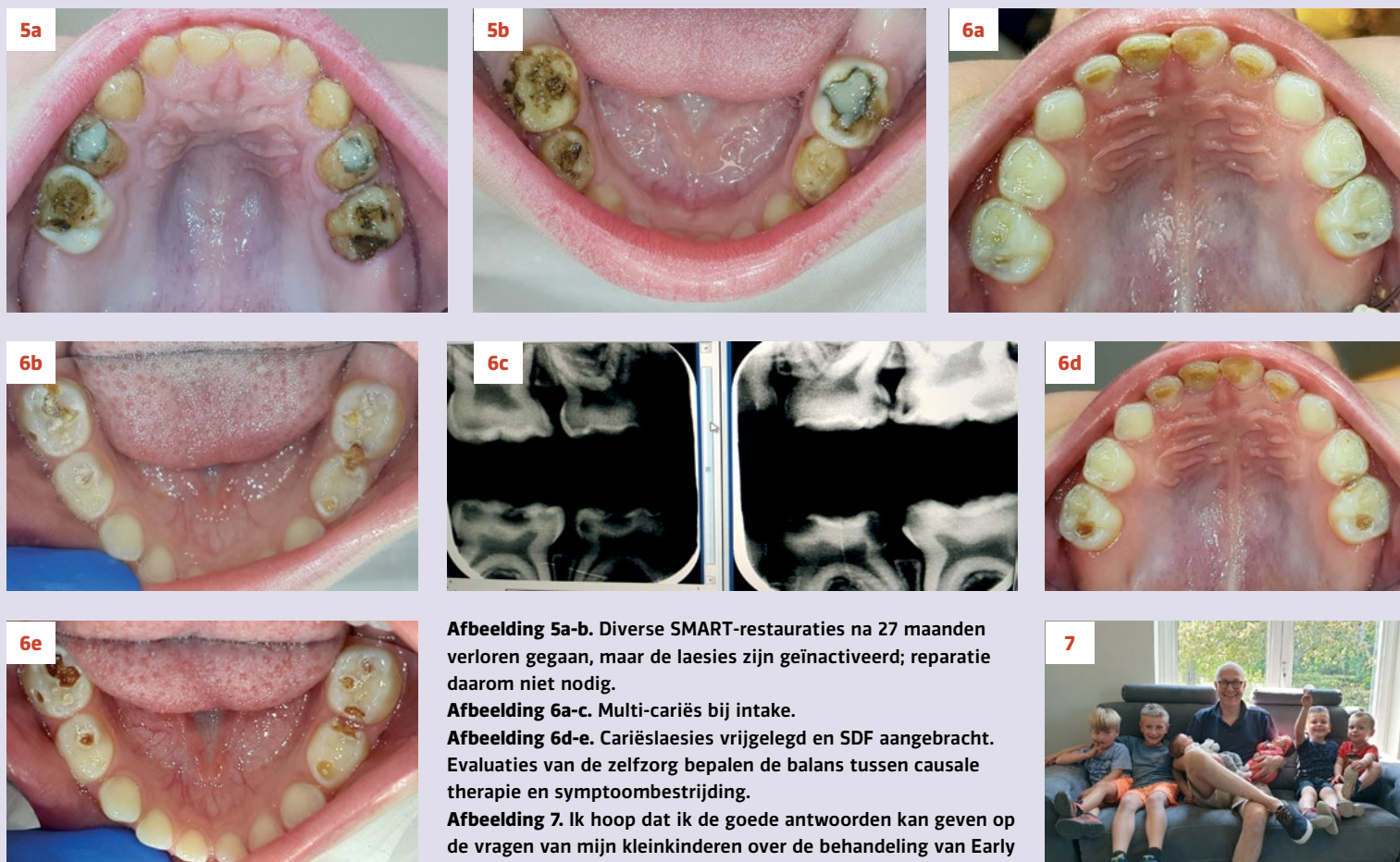
Afbeelding 2a. Zeer cariësactieve laesies.

Afbeelding 2b. Zilvernitraat had een cariësremmend effect ondanks de aanwezigheid van plaque.

Afbeelding 3. Maskering naar tevredenheid door adhesieve behandeling van de zwarte verkleuring na twee jaar zonder toepassing van anesthesie.

Afbeelding 4a. Resultaat ART in plaats van narcosebehandeling na drie jaar.

Afbeelding 4b. Resultaat SMART-methode in plaats van narcosebehandeling na drie jaar.



Afbeelding 5a-b. Diverse SMART-restauraties na 27 maanden verloren gegaan, maar de laesies zijn geïnactiveerd; reparatie daarom niet nodig.

Afbeelding 6a-c. Multi-cariës bij intake.

Afbeelding 6d-e. Cariëslaesies vrijgelegd en SDF aangebracht. Evaluaties van de zelfzorg bepalen de balans tussen causale therapie en symptoombestrijding.

Afbeelding 7. Ik hoop dat ik de goede antwoorden kan geven op de vragen van mijn kleinkinderen over de behandeling van Early Childhood Caries.

► Vervolg van artikel Thierry Boulanger

en het zwart kleurende zilvernitraat in het voordeel van de kinderen. Veel ouders zijn erg dankbaar als ik een alternatieve behandeling voorstel voor narcose of invasieve procedures, ook al zijn ze esthetisch minder fraai.

Als de mondverzorging op orde is kan alsnog tot adhesieve restauratie worden overgegaan zonder zelfs lokale anesthesie toe te passen (afb. 3). Bij dit kind, dat ook verwezen was voor narcose, is onder andere gebruik gemaakt van een opaquer om

de verkleuring door zilvernitraat te maskeren. Het resultaat na twee jaar is niet perfect, maar volledig naar tevredenheid van moeder en kind. Die waren blij dat narcose niet nodig was. De centrale melkincisieven staan al wat losser vanwege de aanstaande wisseling.

Leermoment

1. Restauratieve behandeling in het melkfront is zelden nodig omdat meestal volstaan kan worden met poetstraining en fluoridevernis.
2. Als toch op goede gronden voor restauratie wordt gekozen, kan die plaatsvinden met eenvoudige adhesieve middelen zonder gebruik te maken van welke vorm van anesthesie dan ook.

Casus kaasmolaar in de tijdelijke dentitie

Een jong kind werd in 2016 verwezen voor behandeling met een kroon onder narcose van de 55. Ik zag daar geen reden toe en behandelde de molaar volgens de ART-methode. Bij een ander kind met dezelfde indicatie paste ik SMART toe: SDF in combinatie met ART. Bij een evaluatie na 3 jaar was het resultaat bij beiden bevredigend (afb. 4a-b). De SMART-methode heb

ik ook bij een meisje van tweeën-half jaar uit de VS toegepast. Diagnose: amelogenesis imperfecta. De klacht: hypersensitiviteit en cariës. In de VS luidde de indicatie: 20 kronen plaatsen onder narcose. In plaats van de behandeling met kronen werden zonder narcose bij het kind in twee zittingen, hier in België, behandelingen uitgevoerd met de SMART-methode. Dat was afdoende om de klachten te bestrijden. Een paar maanden later stuurden de ouders uit de VS het bericht dat het goed ging met hun kind. De laag glasionomeercement was ook nog aanwezig. Na 27 maanden zag ik het kind weer. Zij was klachtenvrij. De coating met glasionomeercement was geheel of gedeeltelijk verloren gegaan, maar de laesies zijn stabiel en restauratieve herbehandeling is vooralsnog overbodig (afb. 5a-b).

Casus omslag in cariës-behandeling

Een kind van vierenhalf jaar met multi-cariës werd verwezen voor behandeling onder narcose (afb. 6a-e). Klacht: lichte gevoeligheid. Bij deze eerste sessie trainde ik het poetsen, opende ik de laesies voorzichtig en behandelde de laesies

met SDF. Bij het monitoren zal blijken of er aanvullende behandelingen nodig zijn zoals herhalen SDF, SMART, Hall-kroon of lokaal een conventionele behandeling.

Het kind ging glimlachend weg. De 'brandhaard' in haar mond was gedoofd. Er bestaan inmiddels zoveel kindvriendelijke mogelijkheden om tanden vitaal te houden, waarom zouden we die afwijzen?

Het lijkt me dat deze benadering zoveel logischer is dan wat ik de in voorafgaande dertig jaar deed. Ook bij patiënten met een handicap pas ik narcose veel minder vaak toe dan in het verleden.

Het is mooi dat in Nederland de nieuwe richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen preventie en behandeling van cariës de nadruk legt op

prioritering van een etiologische behandeling en ik hieraan kon bijdragen met door mij aangeleverde casuïstiek.

Leermomenten

1. Ik weet dat er veel collega's zijn die er moeite mee hebben om van de traditionele zorg af te stappen, maar wat is mooier dan kinderen een meer kindvriendelijk perspectief te bieden en te focussen op gebitsgezondheid in plaats van op reparatie?
2. Als je de stap naar het remmen van het cariësproces door steun aan ouders en kinderen te geven eenmaal hebt gezet is wat je ervoor terugkrijgt van de kinderen en ouders een welkom geschenk. Dat besef ik des te meer sinds ik zes kleinkinderen heb (afb. 7). ■

Referenties

- Duffin S, Juhl J, Schwab J, Duffin M. SMART Oral Health: the medical management of caries
- Gruythuysen RJM. Kindvriendelijke mondzorg. Houten: Accredidact; 2018/4.
- Gruythuysen RJM, Maarel-Wierink CD van der, Jasulaityte L. Problematische mondzorg bij zorgafhankelijke patiënten. Houten: Accredidact, 2019.

ADVERTENTIE

Gemakkelijk en economisch zirkonium cementeren

ZirCAD®
Cement

- Eenvoudig en snel verwijderen van overtollig cement in de gelfase via de optionele tack-curefunctie
- Betrouwbare manier van cementeren
- Economische cementatie van het vooraanstaande merk dat u vertrouwt.



ivoclar
vivadent

ivoclarvivadent.nl
Making People Smile

Column

Hilde Devlieger

Zonder briefje?

We hebben hier in onze praktijk een nieuwe leuke bezigheid, die helemaal niets meer met tandheelkunde te maken heeft. Het is namelijk het beroep van tandverzekeringsmakelaar.

Sinds de invoering van tandpolissen allerhande, privé of via je ziekenfonds, maar zeker sinds een groot niet nader te noemen ziekenfonds het nodig vond om gul te strooien met een bonus voor al zijn klanten, komen wij op het einde van de dag met een punthoofd van achter ons computerscherm gesukkeld, lamgeslagen door de hopen formulieren die je tegenwoordig bij elke patiënt moet invullen. En een punthoofd staat nogal belachelijk met een faceshield, zo ijdel zijn we dan ook wel weer.

Die verzekeringen zijn uiteraard iets nobel, de patiënten gaan al wat sneller overstag voor een extra implantaatje of zowaar een volledige dentale make-over. Want ja, het wordt immers allemaal terugbetaald ... of niet?

Daar zit de dikke pofadder onder het gras, mijn allerbeste patiënt: er zijn wachttijden, terugbetalingsplafonds, regeltjes, categorieën mét subcategorieën, en het vergt best wel wat intellectueel vermogen om je erdoorheen te worstelen.

En behandeling zus valt net in de juiste categorie, maar behandeling zo valt er net buiten, met als gevolg een boze gefrustreerde patiënt en hup, weer een hoop telefoontjes en papieren die opnieuw moeten ingevuld worden, afgestempeld en ja hoor, ingescand en doorgemailed. Ah nee, want dat mag niet, uploaden dan maar. Oh nee dat lukt niet, toch afdrukken dan? Onze printer draait overuren als vanouds.

Nochtans waren we best fier op onze beslissing om in de praktijk onze ecologische voetafdruk eens flink te gaan verkleinen. Het coronagebeuren stemde ons tot nadenken: hoe konden we het baliewerk efficiënter laten verlopen? Als we nu die getuigschriften zouden afschaffen, dachten we, dat scheelt toch weer met aanrakingen en een nat doekje uit de geurende ontsmet-



tingsbidon. Weg met die ratelende matrixprinter die om de haverklap blokkeert, net als er tien mensen aan je balie staan natuurlijk.

We zouden elektronisch gaan factureren - dat klonk heel eigentijds en milieuvriendelijk, en bleek een schot in de roos. De matrixprinter had ik al naar het containerpark gebracht, weliswaar na een eerste tevergeefse rit, want een imposante parkwachter versperde mij de weg omdat ik geen afspraak had. De ecologische voetafdruk in gedachten ben ik dan maar teruggereden, zorgvuldig mijn verbruik bespiedend op mijn dashboard. De ecologische voetafdruk in gedachten, nietwaar. Maar ik dwaal een beetje af ... dat heb je met die groene dromerige gedachten. Soit.

Toch blijken patiënten vaak ontegensprekelijk hard vastgeroest in oude gewoontes. Je wil niet weten hoeveel mensen al tien kilometer teruggereden zijn naar de praktijk om naar hun briefje te vragen. Er is duidelijk een hoop wantrouwen over het feit dat ze nu dat tastbare briefje moeten missen, het papiertje dat de ultieme zekerheid op een terugbetaling biedt. Onze balieassistente heeft gelukkig een engelengeduld en blijft met een stralende glimlach voor de zoveelste keer die dag zeggen: 'Dat gaat nu automatisch, u krijgt morgen de terugbetaling op uw rekening, leuk toch?' Hopla, patiënt stuift weer de deur uit, en het volgende wat ik dan meestal hoor, is een woest brommend geluid van een opstartende motor, klaar om de terugrit aan te vangen. Leuk, toch? ■

Orthodontist en docent Nicoline van der Kaaij

“Het is ontzettend leuk om met alle betrokkenen de orthodontiepuzzel te maken”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Nicoline van de Kaaij (docent ACTA, Amsterdam) schreef in 2018 het Accredited-programma 'Orthodontie en de algemeen practicus'. Inmiddels is ze ook gepromoveerd op het ontstaan en voorkomen van witte vlekken bij orthodontiebehandelingen. Hoe kijkt ze aan tegen de rol van de tandarts bij orthodontie en de samenwerking tussen tandartsen en orthodontisten?

Waarom hebt u voor tandheelkunde en in het bijzonder voor orthodontie gekozen?

Ik heb heel lang gedacht om niet de richting van de tandheelkunde op te gaan. Maar toen ik in het vijfde middelbaar zat heb ik de assistente van mijn vader, die tandarts was, vervangen in de zomervakantie. Dat vond ik toen heel leuk. Het sprak me aan praktisch en sociaal bezig te zijn en om mensen te helpen. Halverwege de studie tandheelkunde ontdekte ik dat de puzzel bij orthodontie nog net iets leuker is. Je bent niet alleen met het gebit bezig, maar met de hele persoon en het hele gezicht. Het sociale aspect speelt zeker ook een grote rol. Als orthodontist volg je patiënten van dichtbij. Vaak komen ze als kinderen en vertrekken ze als jongvolwassenen aan het einde van hun behandeling. Het is heel leuk om bij te dragen aan hun zelfvertrouwen en hun mooie lach.

Is het ontwikkelen van een niet-pluisgevoel voldoende voor de tandarts op het gebied van orthodontie? Of zou die meer moeten kunnen op dit gebied?

De tandarts moet goed kunnen inschatten wanneer een doorverwijzing nodig is. Daarnaast is het ook wel fijn als de tandarts kennis heeft van de mogelijkheden met orthodontie. Dat kan onderdeel uitmaken van een uitgebreid behandelingsplan. Kennis van orthodontie is gewoon van belang om in de communicatie tussen tandarts en orthodontist tot de beste zorgverlening voor de patiënt te komen. Het houdt dus meer in dan een niet-pluisgevoel.

Wat zijn de cruciale momenten of ontwikkelingen in de orthodontie waar tandartsen op bedacht moeten zijn?

Algemene kennis over de bouw en de skeletale en dentale ontwikkeling is belangrijk. Daar hoort standaard bij dat je telt welke tanden en kiezen wel of niet aanwezig zijn. Ga ook na hoe de occlusie is tussen onder- en bovenkaak. En check of datgene wat je ziet overeenkomt met wat je zou verwachten op de leeftijd van die patiënt.

Wordt de afwezigheid van tanden en kiezen dan weleens over het hoofd gezien?

Zeker. Neem alleen maar het simpele aspect van palperen van de cuspidaat. Ik denk dat het heel belangrijk is om in het midden van de tweede wisselfase te palperen of te voelen of die cuspidaat buccaal kan profileren. Want dan kun je bijtijds een eventuele geïmpacteerd cuspi-

daat diagnosticeren. En ook drie of juist vijf onderincisieven wordt regelmatig over het hoofd gezien. Ook wordt de melkcuspidaat nog steeds soms aangezien voor een blijvende cuspidaat.

Kennis van orthodontie is nodig voor de beste zorgverlening

Zou het dan niet een goed idee zijn dat een orthodontist minimaal één keer een controle doet in het leven van een kind?

Ik vind eigenlijk dat de tandarts voldoende kennis zou moeten hebben om dat samen met de patiënt te kunnen beoordelen en te kunnen doorverwijzen als dat nodig is.

Wat vindt u ervan dat orthodontie bij volwassenen steeds populairder wordt? Wanneer is het een goede optie en wanneer is het af te raden?

Mensen worden zich steeds meer bewust van hun mondgezondheid, de stand van hun tanden en de esthetiek. Het lijkt me dus een goed idee om naar de orthodontist te gaan als die wens er is. Het is een goede optie als het bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Orthodontie is af te raden bij een slechte parodontale conditie, bij een uitgebreid gemutileerde dentitie met te veel ontbrekende tanden en kiezen, of als de risico's niet opwegen tegen de gezondheidswinst. Bij elke behandeling van esthetische aard moet je je afvragen of er wel zoveel winst te behalen valt als de patiënt voor ogen heeft. Soms is er alleen een stabiel resultaat te behalen met een gecombineerd orthodontisch-chirurgische behandeling. Als de patiënt dat niet wil, moet je je afvragen of een compromisbehandeling voldoende stabiel resultaat oplevert voor de lange termijn.

Komen patiënten vaak met te hoge verwachtingen?

Ik denk wel dat het heel belangrijk is om ze goed te informeren. Want hoe ouder de patiënt, hoe makkelijker ook dingen als *black triangles* kunnen ontstaan. Daar moet je vooraf goed voor waarschuwen, want daar is de patiënt zich meestal niet van bewust.

Verbeterd de mondhygiëne bij patiënten die orthodontie krijgen?

Het kost meer tijd om een gebit

met crowding te reinigen, maar er is geen bewijs dat er meer cariës ontstaat bij patiënten met crowding. Het idee is, zo blijkt uit het themanummer van het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* van december vorig jaar, dat een mooi gereguleerd gebit mensen motiveert tot een betere mondhygiëne. Dat is na een behandeling makkelijker om te doen, maar dat de mondhygiëne door orthodontie echt verbetert durf ik niet te zeggen. Misschien willen meer gemotiveerde patiënten ook wel eerder orthodontie. Zonder goede motivatie voor mondhygiëne is een orthodontische behandeling af te raden.

Is er voldoende aandacht voor de risico's en nadelige effecten van orthodontie op de langere termijn?

Het blijkt dat vooral tandartsen maar ook orthodontisten menen dat er onvoldoende kennis is over de keerzijde van orthodontische behandelingen voor de patiënt. Met name tandartsen hebben ook niet altijd vertrouwen in langdurige retentie en stabiliteit met spalken. Op de opleidingen leer je de patiënt volledig te informeren over de voor- en nadelen van behandelingen, maar verder onderzoek en kennis delen is altijd verstandig. Ik vind dat hier de samenwerking tussen tandarts en orthodontist ook heel belangrijk is. Ze moeten er dus beiden aandacht aan besteden. De tandarts moet als eerste signaleren dat een patiënt niet goed poetst, een slechte mondhygiëne heeft of een hoge cariësactiviteit. De orthodontist moet meer specifiek letten op dingen als wortelresorptie.

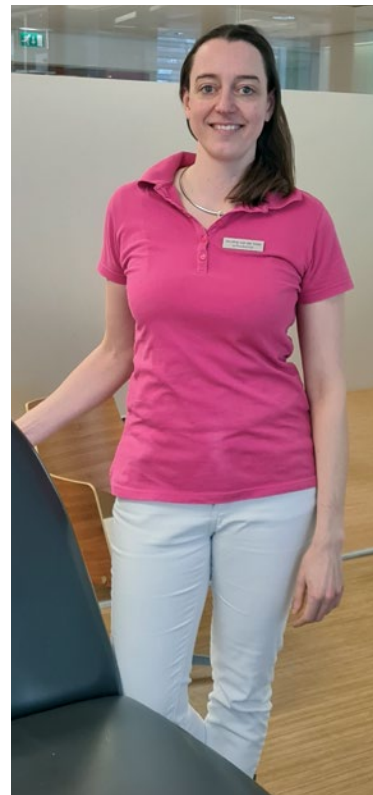
Er worden weleens elementen over het hoofd gezien

Hebben patiënten niet vaak het idee dat de behandeling erop zit als ze bij de orthodontist klaar zijn?

Ik vind het belangrijk dat er goede informatie wordt gegeven over hoe het dan verder gaat. Dat gebeurt ook wel steeds meer. Patiënten moeten weten dat tanden ook de rest van hun leven in beweging blijven. Men vindt het heel normaal dat je rimpels krijgt en dat je boten brozer worden, maar dat je gebit verandert door knarsen, slikken en klemmen realiseert niet iedereen zich voldoende.

Wat waren de belangrijkste resultaten van uw promotie-onderzoek naar 'witte vlekjes'?

Ik heb onderzoek gedaan naar ontalking of *white spots* die ontstaan rondom brackets, de vaste apparatuur. Die ontstaan doordat er meer retentieplaatsen zijn voor plak,



Orthodontist Nicoline van der Kaaij.

minder reiniging door speeksel en een andere bacteriesamenstelling. Na plaatsing van de brackets is het mondmilieu in het begin meer cariogeen. Dat kan worden tegengegaan door een goede mondhygiëne. Die moet voor een behandeling al goed zijn. Maar ook het cariërisico, waarbij voeding een belangrijke rol speelt, moet worden ingeschat. Tijdens de behandeling blijkt dat, naast het gebruik van fluoridetandpasta, het spoelen met een fluoridemonspoelmiddel één keer per dag na het poetsen helpt om de *white spots* te verminderen of te voorkomen. De Nederlandse Vereniging van Orthodontisten, de NVVO, is bezig met het opstellen van een klinische praktijkrichtlijn rondom de preventie van *white spots*. Het spoelen met fluoride blijkt voor patiënten relatief gemakkelijk te zijn.

Hoe kijkt u aan tegen tandartsen die aan orthodontie gaan doen, vaak na het volgen van al dan niet uitgebreide cursussen?

Veel cursussen zijn gericht op hoe je tanden goed in een rij kan zetten, waarbij vaak volgens een vast stappenplan wordt gewerkt. Maar er is vaak minder aandacht voor de bouw en ontwikkeling van het dentofaciale complex, inclusief de weke delen, en ook voor de esthetiek, terwijl dat ook een belangrijk onderdeel is en veel meer bevat dan tanden in een rij zetten.

Nederlandse orthodontisten geven aan dat mede dankzij nieuwe technieken orthodontie steeds meer kan worden gedaan door tandartsen met voldoende scholing. Ongeveer veertig procent van de orthodontie wordt gedaan door een tandarts. Wat vindt u van die ontwikkeling?

Biografie Nicoline van der Kaaij (1983)

Nicoline van der Kaaij volgde de opleiding voor tandheelkunde en de orthodontiespecialisatie bij ACTA in Amsterdam. Na haar opleiding (2012) nam ze enige tijd waar als orthodontist en was ze als docent orthodontie bij ACTA betrokken bij onderwijs en onderzoek. In 2019 promoveerde ze op onderzoek naar witte vleklaesies die bij orthodontiebehandelingen kunnen ontstaan. Van 2014 tot mei 2020 werkte ze ook in het Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam bij het schisis- en craniofaciale team. In mei vorig jaar stapte ze over naar het schisisteam van het Amsterdam UMC. In 2016 werd ze mede-eigenaar van de orthodontiepraktijk 'Orthodontisten Heemstede'.

Ik denk dat orthodontie een specialisatie is waarbij je alle kennis en kunde wil inzetten om tot het beste resultaat te komen voor de patiënt op de lange termijn. De Nederlandse vierjarige specialistenopleiding orthodontie voorziet in een stevige wetenschappelijke basis. Dat is nodig om tot een goede diagnostiek en goed behandelplan te komen. Het is een heel mooie ontwikkeling dat er nieuwe technieken en behandelingsmogelijkheden komen, zoals de aligners met de digitale planning. Maar digitale planning vereist nog steeds uitgebreide kennis van mogelijkheden en onmogelijkheden van het hele dentofaciale complex. Een computertechnicus weet precies met welk stapje je een tand in een rij kan plaatsen, maar dat moet nog steeds gestuurd worden met kennis van de bouw van de kaak, de weke delen en de biomechanica. Een behandelaar moet nog steeds kunnen aangeven welke tand waar geplaatst wordt, want zonder kennis van zaken zet je met de computer rustig een tand buiten de kaakbasis. Het gaat om zoveel meer dan tanden in een rij zetten. Het gaat om de patiënt eromheen. Dat maakt een planning en behandeling veel lastiger dan soms wordt gedacht.

Bestaat er een ongemakkelijke relatie tussen orthodontisten en tandartsen?

Ik ben me daar eigenlijk niet van bewust. Als dat zo is, moeten we het gesprek aangaan. Naar mijn mening bestaat er juist een goed contact tussen tandarts en orthodontist. We delen de passie voor tandheelkunde en het behalen van een optimaal resultaat voor de patiënt. Uit eigen ervaring weet ik dat intercollegiaal overleg in het be-

Lees verder op pagina 10 ►