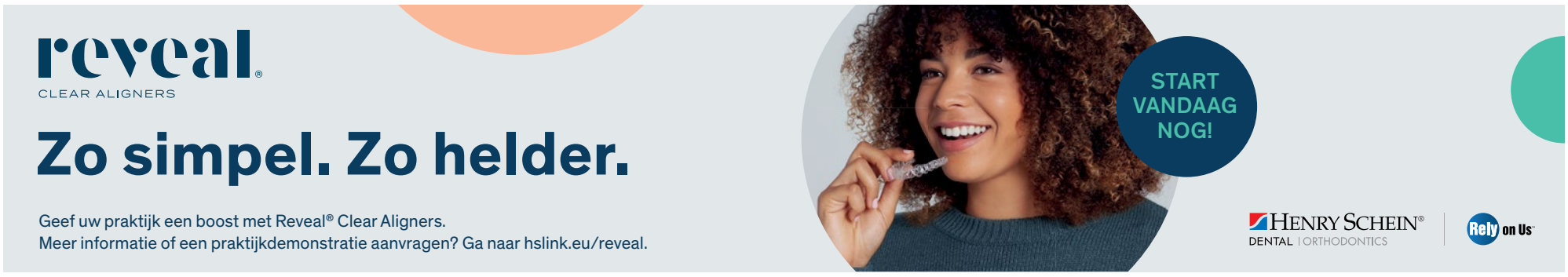
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper • Netherlands Edition



WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL JAARGANG 11 - NUMMER 3 - APRIL 2021

Feiten & Cijfers
Driekwart tandartsen raadt geen specifiek tandpastamerk aan
Pagina 4

Stemming
Heeft de politiek voldoende aandacht voor mondzorg?
Pagina 4

Excerpt
Diagnostiek van gebitsslijtage
Pagina 9

Klinisch
Kindertandarts Thierry Boulanger vindt narcose bij kinderen steeds minder nodig
Pagina 11-13

Dentale Post
Tandartscongressen op postzegels
Pagina 16

Column Stephan Tjiook
De wijze raad van de Soefi
Pagina 21

ACTA-docent en tandarts Peter Wetselaar:

"Gebitsslijtage is de derde aanval op het gebit"

Pagina 6-8

Zorgdebat: "Alleen klappen voor zorgmedewerkers is niet voldoende"

TEKST: MYRTHE DE BOER

AMSTERDAM De zorg is een onaantrekkelijke sector geworden. Daarover zijn de politieke partijen het met elkaar eens. De druk moet verlaagd worden door de administratieve lasten te verminderen. Dit en meer bleek tijdens het Grote Zorgdebat 2021.

Met een coronapersconferentie van minister-president Rutte en minister de Jonge net achter de rug en de verkiezingen voor de deur werd op maandagavond 8 maart live vanuit Amsterdam het Grote Zorgdebat gestreamd. Het Grote Zorgdebat werd georganiseerd door verschillende zorgpartijen, zoals zorgverzekeraars, patiënten- en beroepsverenigingen, waaronder de KNMT en NVM-mondhygiënisten.

In een coronaproof opstelling deelden elf politici hun mening over vier zorggerelateerde onderwerpen: preventie, digitale zorg, overheidsregie en de arbeidsmarkt. Elke partij kreeg dertig seconden beschermde spreektijd om het eigen standpunt te verdedigen, waarna er acht minuten open discussie plaatsvond. Middels een app konden de kijkers interactief deelnemen aan het debat.

Preventie

Tweeënhalf jaar geleden ondertekenden meer dan zeventig partijen het nationale preventieakkoord, gericht op het tegengaan van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Toch is bijvoorbeeld 10% van de 2-jarigen in Utrecht nog te dik en starten er dagelijks zo'n 75 jongeren met roken. Nederland is nog verre van waar het wil zijn.

Over de stelling dat 10% van het totale zorgbudget naar preventie moet gaan, waren alle deelnemende partijen het eens. Voorkomen is natuurlijk beter dan genezen, volgens Vera Bergkamp van D66. Toch kwamen er weinig concrete ideeën naar voren. De SGP droeg een verbod op alcoholreclames aan en de PVV wil het eigen risico afschaffen. Volgens Fleur Agema van de PVV is het opheffen van het eigen risico namelijk dé sleutel tot preventie. "Een patiënt die niet doorgaat naar de tweede lijn zorgverleners, wordt een duurdere patiënt." 88% van de kijkers thuis was het daarmee eens. Verder zijn alle deelnemende par-

Lees verder op pagina 3

Ongenoegen over loslaten voorrang bij vaccinatie

TEKST: CLAUDIA LIBEROVA

Toen in februari 2021 het nieuws uitkwam dat mondzorgverleners vanaf het tweede kwartaal van het jaar gevaccineerd zouden worden tegen covid-19 was dat voor velen een geruststellend vooruitzicht. Nu het bijna zo ver is, trekt VWS deze voorrangsregeling toch in, meldt de KNMT. ACTA-decaan Frank Abbas vindt dat zorgelijk, zeker voor studenten Tandheelkunde en Mondzorgkunde.

De Mondzorgalliantie vroeg het ministerie van VWS om opheldering over de planning en aanpak van de coronavaccinatie, waarop deze reageerde dat de voorrang voor 'overige zorgverleners', waaronder mondzorgverleners, is geschrapt. Het ministerie doet dat omdat het de komende tijd veel grotere leveringen van vaccins verwacht, met als gevolg een grote versnelling van het vaccinatieproces. Opsplitsen van mensen in groepen zou dan juist als vertragende factor kunnen werken. VWS geeft aan begrip te hebben voor het belang dat de Mondzorgalliantie hecht aan snelle vaccinatie van de medewerkers in de mondzorg. Ook stelt het zich ervan bewust te zijn dat de mondzorg een belangrijke functie vervult in het zorgveld en de maatschappij. Naast het sneller kunnen laten verlopen van de vaccinatie, geeft het ministerie ook als reden dat medewerkers in de mondzorg niet als risicogroep worden gezien, doordat zij veel aandacht hebben voor infectiepreventie. De ervaring van de afgelopen periode leert dat mondzorgpraktijken geen besmettingshaarden zijn. "Dan worden we dus eigenlijk gestraft omdat we het heel goed doen, terwijl andere zorgverleners nog wel voorrang krijgen," reageert Frank Abbas, decaan van ACTA, desgevraagd. "Dat ziekenhuizen met coronapatiënten voorrang krijgen is helder, maar ik zie geen cijfers van bijvoorbeeld

Lees verder op pagina 17

ADVERTENTIE

ADVERTENTIE

Effectieve plaquecontrole vereist meer dan alleen tandenpoetsen

meridol®

antibacteriële werkzaamheid voor patiënten met tandvleesproblemen

68% grotere reductie van tandplaque# vergeleken met patiënten die alleen hun tanden poetsen[2]

- Unieke technologie met **aminfluoride** en **tin-ionen**
- 7x sterkere antibacteriële werkzaamheid vs. competitieve technologie[3].*
- Mondspoeling 250 ppm F^-, zonder alcohol
- Extra zachte tandenborstel met microfijne borstelharen – specifiek ontwikkelt voor tandvleesproblemen

Ga voor patiëntensamples naar:

colgatedental.nl

1 Chapple I, et al. Clin Periodontol 2015;42 (Spec Iss): S71-S76. Poetsen met reguliere fluoridetandpasta. # Bijkomend voordeel van meridol® mondspoeling. 2 Hamad CA, et al. Poster gepresenteerd tijdens Europerio 2015. 3 Arweiler NB, et al. Oral Health Prev Dent 2018;16:175–181. * meridol® tandpasta na 12 uur vs. natriumbicarbonaat technologie

TEKSTVERWERKER

Ebidtandarts

tandartspraktijk waar winstoogmerk centraal staat

BART

Vervolg van Zorgdebat

tijen vóór het verlagen van btw op groente en fruit. Alleen de SGP is tegen deze verlaging, omdat dat volgens partijleider Van der Staaij "te veel gedoe oplevert".

Digitale zorg

In 2040 zullen 9,8 miljoen Nederlanders lijden aan een chronische ziekte, is de voorspelling. Voor deze mensen zijn frequente ziekenhuisbezoeken vaak noodzakelijk, maar dit is intensief en tijdrovend. Meer digitale zorg zou voor veel mensen een goede uitkomst bieden. Hieruit volgt de stelling: 'patiënten moeten altijd en bij elke zorgverlener de keuze hebben voor digitale zorg'. Volgens D66 en CDA is digitale zorg noodzakelijk in de toekomst om de zorg betaalbaar te houden. Vera Bergkamp (D66): "We hebben tijdens de coronacrisis gezien hoe belangrijk digitale zorg is. We willen dit behouden voor patiënten. Wel moet er sprake zijn van privacy en keuzevrijheid."

Er bleken brede bezwaren tegen het verplichten van digitale zorg. Volgens Eva van Esch van de Partij voor de Dieren kan dit leiden tot het verder uithollen van de bescherming van medische gegevens. Tunahan Kuzu (DENK) vreest dat dit in de toekomst als verkapte maatregel voor verdere bezuinigingen gebruikt zal worden.

Overheidsregie

In hoeverre moet de regie van zorg en maatschappelijke ondersteuning bij Den Haag liggen? "Zorgverleners proberen vaak óndanks het systeem goede zorg leveren. Het systeem zet efficiëntie en concurrentie voorop," aldus Corinne Ellemeet (GroenLinks). Daarom pleit ze voor een meer overkoepelende regeling door de overheid. Maarten Hijink van de SP stemt hiermee in. "De concurrentie en marktwerking heeft de zorg ingewikkelder, duurder en bureaucratischer gemaakt." De SP wil een nationaal zorgfonds, dat ervoor moet zorgen dat de concurrentie vermindert en de samenwerking vergroot.

Volgens de VVD is lokale organisatie juist beter, omdat geen enkele zorgvraag hetzelfde is en mensen niet zitten te wachten op een grote stelselwijziging. CDA, ChristenUnie en SGP vinden ook dat het regionale aandeel in de zorgregie groter moet.

Arbeidsmarkt

Ten slotte werd gediscussieerd over de arbeidsmarkt. In Nederland werken nu 1,25 miljoen mensen in de zorg. Met een vergrijzende samenleving zullen er in de komende twintig jaar 700.000 nieuwe zorgprofessionals bij moeten komen. Is de grens van het maximale aantal mensen dat in de zorg kan werken bereikt?

De partijen zijn het met elkaar eens: de zorg is een onaantrekkelijke sector geworden. De druk is hoog, de tekorten groeien en de administratie neemt te veel tijd in beslag. Er is een grens aan de hoeveelheid mensen die in de zorg kan werken. We moeten dus zuinig zijn op de zorgverleners die we hebben.

Hoe kan de zorg leuker gemaakt worden? De PvdA vindt dat de administratieve lasten omlaag moeten. Ellemeet (GroenLinks) meent dat we beter naar onze zorgmedewerkers moeten luisteren. Daarnaast moeten de salarissen omhoog. "Sommige groepen krijgen structureel te weinig betaald. We moeten niet alleen klappen voor de zorgmedewerkers, maar ook echt wat veranderen."

Winnaar

Met 26% van de stemmers achter zich werd Vera Bergkamp (D66) tot winnaar van het debat benoemd. Direct gevolgd door Corinne Ellemeet van GroenLinks, met slechts enkele stemmen verschil. Volgens een poll was 24% van de kijkers van plan om op D66 te stemmen. Een kwart van de mensen had nog geen besluit genomen.

Het Grote Zorgdebat is terug te kijken via hetgrotezorgdebat.nl. ■

ADVERTENTIE

Podcast: Hoe professionaliseren we het beroep van tandartsassistent?

Goede tandartsassistenten zijn goud waard voor een praktijk. Maar waar vind je een goed opgeleide assistent die precies weet wat zijn of haar taken zijn en deze ook naar behoren kan uitvoeren? Een verplichte opleiding voor assistenten is er namelijk niet en lijkt er voorlopig ook niet te komen. Maar je wilt wel een assistent die bekwaam en bevoegd is om gedelegeerde taken voor zijn of haar rekening te nemen. In dat kader implementeert de KNMT de zogenoemde ABC-structuur. In de vijfde aflevering van de podcast Mondzaken spreekt hoofdredacteur van *Dental Tribune Nederland* Reinier van de Vrie hierover met Anne-Peter van Riet van Edin Dental Academy.

"De tandarts moet zich verwittigen over de bekwaamheid van de assistent," stelt Van Riet, directeur van Edin Dental Academy en mede-initiatiefnemer van de ABC-structuur. "Maar hoe weet je of iemand bekwaam is? En hoe weet je of de afgeronde opleiding van kwaliteit is?" De ABC-structuur biedt duidelijkheid volgens Van Riet. Hij benadrukt dat het tekort aan mondhygiënisten tot gevolg heeft dat mondzorgpraktijken steeds vaker voor een goed opgeleide paro-assistent kiezen. Maar waar houdt het werk van de assistent op en begint dat van de mondhygiënist? En hoe delegeert een tandarts zijn taken op de juiste manier? In deze vijfde aflevering van *Mondzaken* een gesprek over taakdelegatie, het functiegebouw, bekwaamheid en professionalisering.

Mondzaken is ook te beluisteren op onder meer Spotify, Apple Podcasts en Google Podcasts. ■

Column

Reinier van de Vrie

Waarom wachten?

Ik houd niet van wachten. Daar ga ik maar van wiebelen, zuchten, nadenken en piekeren. Maar het ergste vind ik misschien nog wel dat ik niet meer de macht over mijn tijd heb. Die wordt dan beheerst door iemand anders. Wie niet wacht heeft de macht.

Vreselijk te wachten op een verlate trein, bus of vliegtuig. Of tot je eindelijk verlost bent van een krakerig muziekje op de telefoon, om opgelucht aan je verhaal te beginnen en nog halverwege te horen te krijgen dat je dan bij een collega moet zijn: 'Ik verbind u door'. Tralala. Maar ook de zorg kan er wat van, weet iedereen die weleens op de eerstehulppost is geweest of op een afspraak mocht komen.

Laatst smaakte ik weer eens het ongenoegen een naaste te mogen begeleiden naar het ziekenhuis, voor zoals vier uur later (precies te zien op het parkeerticket) bleek, een diagnose van gebroken botten en een been in het gips. Eerst staan er ongeveer zes hulpverleners in de kamer om het probleem te beoordelen, maar toen er geen levensgevaar in het spel bleek, verdween de een na de ander. Met ruime tussenpozen werd er dan meegedeeld dan er 'zo' een foto zou worden gemaakt of dat de patiënt 'zo' naar de gipskamer kon.

Tien dagen later de afspraak voor het vervolg. Na ongeveer drie kwartier geduld betrachten liep ik toch maar eens naar de afspraakbalie met in gedachten de vraag of we niet vergeten waren. Voordat ik de laatste anderhalve meter had kunnen bereiken, kreeg ik vanachter de balie te horen dat het erg druk was en dat ze uitliepen. O, nou dank voor de mededeling. Van degene die ik begeleidde mocht ik echter niet gaan filosoferen (ook wel mopperen genoemd) over agendaplanning en dergelijke. Want ze doen toch ontzettend hun best en het is al zo druk. Allemaal waar, helemaal mee eens. Maar is het ook niet een beetje zo dat een patiënt wachten niet erg moet vinden? Is zorg soms ook niet een beetje een zaak van barmhartigheid waar je dankbaar voor moet zijn als patiënt? Zit dat niet een beetje ingebakken in ons eeuwenoude zorgsysteem? Zouden sommige dingen niet wat zakelijker mogen? Vang je klanten op in een ontvangstruimte, receptie of entree, maar noem het geen wachtkamer of wachtzaal. Zoals u inmiddels begrijpt, houd ik er niet van daarin terecht te komen.

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

Column

Richard Mastwijk

Hoe smaakt de pizza volgend jaar?

Kunt u zich de tijd nog herinneren dat u op het terras zat van een restaurant om uw lunch of diner te gebruiken? Als de keuze daarbij was gevallen op een pizzeria, dan hingen er altijd wat jongelui rondom het terras. Deze jongelui bleken dan in afwachting te zijn van een stapel pizza's die bezorgd moesten worden. Het is mij daarbij opgevallen, dat zij soms geruime tijd stonden te wachten voor er weer een bestelling beschikbaar was. Naar ik heb begrepen, gebeurt het wachten niet in de baas z'n tijd, maar in de eigen tijd. Natuurlijk leuk om even een praatje te maken, maar niet financieel aantrekkelijk. Zo vond ook de FNV, die namens deze tot ondernemer gebombardeerde groep jongeren de strijd met maaltijdbezorger Deliveroo tegen schijnzelfstandigheid heeft aangebonden. En met succes! Op de eerdere uitspraak van de rechtbank Amsterdam heeft nu ook het gerechtshof Amsterdam in hoger beroep geoordeeld dat deze jongeren werknemer zijn. Het wachten wordt dus voortaan betaald! Waarschijnlijk vindt u de vergelijking tussen een tandarts en een pizzabezorger minder gelukkig gekozen. Dat begrijp ik, maar toch noem ik deze uitspraak omdat deze relevant is voor hoe er in bredere zin wordt aangekeken tegen zzp'ers. Naast deze uitspraak van het gerechtshof in deze arbeidsrechtelijke procedure, is er tevens een ontwikkeling te zien in de fiscale benadering van de zzp'ers. Het gaat hier om de pilot met de webmodule, die onlangs van start is gegaan. Deze webmodule beoordeling arbeidsrelatie https://ondernemersplein.kvk.nl, is praktisch gezien een zeer uitgebreide versie van het vragenformulier onder de werking van de tot mei 2016 gehanteerde VAR-verklaring. De vragen zijn echter veel uitgebreider en geven, door bijgeleverde toelichting, minder ruimte om de randjes op te zoeken. Bij veel van de vragen laat het zich raden wat het gevolg is van een bepaald antwoord, toch valt daar in de meeste gevallen niet aan te ontkomen. Bij mijn pogingen de randen van het toelaatbare op te zoeken, als ware ik een tandarts-

zzp'er die de vragen invult, leidde dat niet tot de felbegeerde ondernemersstatus. Vaak was de conclusie loondienst of geen oordeel.

Tot slot een rondgang langs de relevante politieke partijen om te lezen wat zij voor de zzp'er in petto hebben. Over de hele breedte bestaat de behoefte om schijnzelfstandigheid tegen te gaan en als overheid op te treden tegen uitbuiting, als ook te voorzien in zaken als pensioen en een uitkering bij arbeidsongeschiktheid. Hoe linkser we komen, hoe meer een echte dienstbetrekking als absolute redding wordt gezien. Afhankelijk van de waarschijnlijk langdurige coalitieonderhandelingen zullen tastbare resultaten wel lang op zich laten wachten. Maar zoals ik al vaker heb opgeroepen: benut de tijd om na te denken over een goed alternatief.

Richard Mastwijk
Consultant en partner bij van helder

Feiten & cijfers

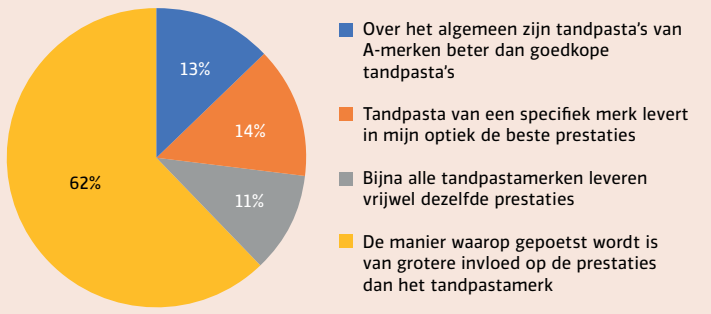
75% van de tandartsen raadt geen specifiek tandpastamerk aan.

'Het merendeel van de tandartsen raadt dit product aan.' Dit is een van de meest gebruikte slogans in mondzorg-gerelateerde reclames. Maar wat vinden tandartsen nou eigenlijk zelf? Beslist.nl vroeg het aan 220 tandartsen in de periode van november 2020 tot januari 2021.

Bijna driekwart van de deelnemende tandartsen vindt niet dat er één tandpastamerk beter is dan andere merken. Volgens 62% is de poetstechniek belangrijker dan het merk waarmee gepoetst wordt. Van de tandartsen die wel een voorkeur voor een merk hebben, vindt 58% dat Sensodyne het best presteert.

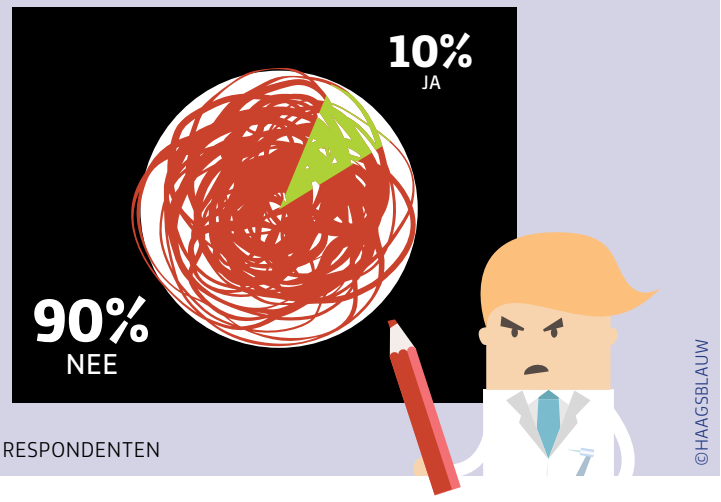
80% van de tandartsen raadt elektrisch poetsen aan. Bijna driekwart vindt het raadzaam om de opzetborstel binnen 3 maanden te vervangen. Verder adviseert 98% het gebruik van ragers en 60% het gebruik van flosdraad. De tandartsen gaven hun mening over de stellingen in bijgaande grafiek. ■

Percentages van tandartsen die de volgende vier stellingen onderschrijven



(BRON: BESLIST.NL)

In de politiek is er voldoende aandacht voor de mondzorg



Mondzorg in verkiezingsprogramma's

In de verkiezingstijd lieten partijen zich van hun beste kant zien, met uitgebreide programma's. Maar kwam de mondzorg hier ook genoeg in terug? Sommige partijen vinden dat de mondzorg in het basispakket moet komen. De meeste partijen zijn het erover eens dat er meer geld en aandacht naar de zorg moet, maar geldt dat ook voor de mondzorg? Is er in de politiek voldoende aandacht voor de mondzorg? In een poll vroegen wij dit aan u en een grote meerderheid vond de aandacht voor mondzorg in de politiek maar gering. Slechts 10% geeft aan te denken dat er wel voldoende aandacht aan wordt besteed. ■

Quiz

1. **Wanneer de slijtage dusdanig is gevorderd dat het dentine blootligt, is dat reden om een restauratieve behandeling te starten.**
   a. Juist
   b. Onjuist

2. **De fysiologische slijtage van molaren is ongeveer twee keer zo hoog als die bij premolaren.**
   a. Juist
   b. Onjuist

De antwoorden vindt u op pagina 22

ADVERTENTIE

Kwaliteit loont, elke dag

Met meer dan 6 MILJOEN instrumenten die wereldwijd worden verkocht, zijn KaVo-instrumenten gemaakt van de beste materialen om aan al uw eisen te voldoen. KaVo, een garantie voor tandheelkundige uitmuntendheid.

KaVo Dental GmbH |
Bismarckring 39 | 88400 Biberach | Duitsland
www.kavo.com

Voor meer informatie
Sandra Kranenburg +31 627 83 63 21

KAVO
Dental Excellence

EDGEENDO®

PRESTATIE. PRIJS. TECHNOLOGIE.

EdgeEndo mechanische vijlen worden vanaf nu reeds vooraf gesteriliseerd in de verpakking geleverd! Het betreft de volgende EdgeEndo systemen: EdgeTaper, EdgeTaper Platinum, EdgeGlidePath, EdgeOne Fire, EdgeOne Fire GlidePath en de nieuwe EdgeFile X7.

Het best verkochte vijlsysteem van EdgeEndo, de EdgeFile X7, is nu eveneens verkrijgbaar in Nederland! EdgeFile X7 maakt gebruik van een algemeen erkend en bewezen technologie. De EdgeEndo vijlen en obturatoren zijn uitstekende alternatieven voor de huidige op de markt beschikbare producten en kunnen worden gebruikt met de meeste bestaande endodontische motoren en ovens voor obturatoren uit de praktijk. Scan de QR-code voor meer informatie.

EDGEFILE® X7

- Gepatenteerd warmtebehandelingsproces
  - FireWire NiTi-legering biedt meer sterkte en flexibiliteit*
- Verkrijgbaar in 4% en 6% constante Taper met variabele pitch
- Maximale groefdiameter van 1 mm voor minimaal invasieve preparatie
- Niet-snijdende punt met parabolische dwarsdoorsnede
  - optimaliseert de snijefficiëntie van de vijl
- Elektrolytisch gepolijste vijl
  - verbetert scherpte en sterkte
- korte handgreep voor betere posterieure toegang
- ISO maat van 17 t/m 45
- Beschikbare lengtes: 21, 25 en 29 mm

Studie m.b.t. de verwijdering van de hoeveelheid dentine en apicale transportatie.

Raadpleeg voor meer informatie www.edgeendo.com.
EdgeEndo producten zijn exclusief verkrijgbaar via Henry Schein Dental.

HENRY SCHEIN® DENTAL | Rely on Us™

*Gebaseerd op cyclische weerstandstests zoals getoond op het diagram van de FireWire NiTi-sterkte: http://edgeendo.com/comparative-study-of-cyclic-fatigue-resistance/

Vervaardigd in de VS

De mondhygiënist heeft perfecte rol bij diagnostiek gebitsslijtage

“Gebitsslijtage is de derde aanval op het gebit”

TEKST: CLAUDIA LIBEROVA EN REINIER VAN DE VRIE

De patiënt heeft vaak weinig last van gebitsslijtage en de oorzaken zijn moeilijk te stoppen. Toch is het volgens tandarts Peter Wetselaar zaak om gebitsslijtage tijdig te diagnosticeren en de eventuele start van restauratieve behandelingen zo lang mogelijk verantwoord uit te stellen. Zowel Wetselaar als Frank Lobbezoo geeft nascholing over dit onderwerp aan tandartsen en mondhygiënisten. Nu komen ze specifiek voor mondhygiënisten met het AccreDidactprogramma *Diagnostiek van gebitsslijtage*. Met Wetselaar sprak *Dental Tribune* over dit nascholingsprogramma en gebitsslijtage in het algemeen.

Waarom is diagnostiek van gebitsslijtage relevant voor mondhygiënisten?

We leven in een tijd waarin iedereen die werkzaam is in een mondzorgteam een bepaalde hoeveelheid kennis moet hebben. Wat de diagnostiek betreft, of dat nou bij parodontologie, cariës of gebitsslijtage is, denk ik dat de kennis gelijk hoort te zijn bij mondhygiënisten en tandartsen. In het verleden hebben we ons vooral geconcentreerd op cariës en parodontologische afwijkingen. Nu we dat meer onder controle hebben, wordt gebitsslijtage meer gezien als probleem. Gebitsslijtage is onvermijdelijk, omdat mensen gemiddeld ouder worden en langer hun gebit houden. Een aantal jaar geleden zeiden Zwitserse collega’s: “De derde aanval op het gebit is gebitsslijtage.” Dat ben ik met ze eens. Eigenlijk is het de derde poot aan de diagnostiek-tak, na cariës en parodontologie. Daarom denk ik ook dat er in de toekomst meer aandacht voor zal komen binnen het curriculum van de opleiding Mondzorgkunde. Nu dat misschien nog niet optimaal is, is zo’n nascholingsprogramma (e-learning en naslagwerk, red.) van AccreDidact prachtig.

Wat is gebitsslijtage precies, want een eenduidige internationale definitie blijkt lastig te zijn?

Waar we het over eens zijn, is dat het een multifactoriële aandoening is. Gebitsslijtage is te onderscheiden in een mechanische en een chemische vorm. Beide vormen kunnen zowel intrinsieke als extrinsieke oorzaken hebben. Aan tand-tand-contact, wat dus valt onder intrinsiek mechanisch, ontkomen we niet. Daar is ons gebit immers voor gemaakt. Bij het ouder worden slijt het glazuur iets af door fysiologische slijtage, dus kauwen. Wanneer iemand overactiviteit heeft door knarsen, last heeft van maagzuur of een zuur dieet heeft, dan gaat slijtage veel sneller. Dan hoef je geen vijftig te worden voordat de gebitsslijtage door je glazuur heen gaat. We denken eigenlijk altijd dat slijtage een combinatie is van mechanisch en chemisch, en dat die vormen elkaar ook nog versterken.

Is het gebit dus eigenlijk niet voldoende mee-ontwikkeld met de hogere levensverwachting van de mens?

Er is een hypothese dat de wisseling van melkgebit naar blijvend gebit ongeveer op een derde van je levenscyclus zou plaatsvinden. Dat betekent dat als we op ons twaalfde uitgewisseld zijn, we ontworpen zijn om zo’n 36 jaar oud te worden,. Maar tegenwoordig worden we natuurlijk veel ouder. De generaties boven ons gingen al heel snel aan het kunstgebit door een aanval van cariës of parodontitis, vaak al rond het veertigste levensjaar. Na de Tweede Wereldoorlog hebben we heel snel de omslag gemaakt naar beschikbare zorg voor ieder die zich dat kan en wil permitteren. Nu hebben hoogbejaarden regelmatig nog hun eigen dentitie. Dan ontsnappen ze vroeg of laat niet aan allerlei problemen. Je zou inderdaad kunnen zeggen dat we niet zijn ontworpen om honderd te worden.

Qua tanden?

Haha, ja qua tanden, maar voor de rest denk ik ook niet hoor.

Wat is een kenmerkende casus van gebitsslijtage?

Wat heel kenmerkend is, is dat de frontelementen slijten, dus sextanten twee en/of vijf. Dat zien we zowel bij bruxisten als bij mensen met opkomend maagzuur. Lokale gebitsslijtage zie je veel vaker dan slijtage aan het gehele gebit. Composiet- en amalgaamvullingen zijn resistenter voor maagzuur dan het glazuur. Bij de aanwezigheid van een spalkje zie je dat bij opkomend maagzuur het glazuur van het bovenfront om het composiet heen is aangedaan. Het onderfront blijft vaak onaangetast doordat de tong ervoor zit.

Hoe vaak komt gebitsslijtage voor in Nederland?

In het onderzoek *The prevalence of Tooth Wear in the Dutch Adult Population,* dat we samen met TNO hebben gedaan, zien we dat ernstige gebitsslijtage in Nederland bij 7% van de jongvolwassenen tot 20% bij de volwassenen voorkomt. In het onderzoek is niet meegenomen wat de oorzaak van de gediagnostiseerde gebitsslijtage was. We denken wel steeds vaker dat de chemische gebitsslijtage een belangrijkere rol speelt dan de mechanische. In de westerse wereld is door ons voedingspatroon en overgewicht de prevalentie van reflux best fors, die ligt tussen de 15-25%.

Wat zijn de gevolgen van gebitsslijtage?

De gevolgen kunnen zijn: gevoeligheid, pijn, afbrokkelen van gebitselementen of restauraties, minder goed kunnen kauwen, maar de belangrijkste is eigenlijk de afname van esthetiek. Omdat gebitsslijtage over het algemeen een heel traag proces is, zien we dat gevoeligheid of pijn bijna niet optreedt, want de pulpa heeft de mogelijkheid om terug te trekken. De belangrijkste zorgvraag van patiënten blijft dus esthetiek. Er komt een moment dat iemand denkt: ‘nu zijn mijn tanden te kort’ of ‘nu zijn mijn tanden te geel’.

Dus het is niet eens zozeer een functioneel probleem?

Nee, met een gesleten gebit kun je nog hartstikke goed kauwen. Patienten ervaren dus vaak geen pijn en kunnen wanneer ze dagelijks in de spiegel kijken ook niet zien dat er slijtage optreedt. Daarmee is het wel noodzakelijk om als mondzorgverlener op te merken of er weefsel verloren is gegaan en daar eventueel wat aan te doen, nog voordat de patiënt een zorgvraag heeft. Dan komen we natuurlijk een beetje in een spanningsveld, want de patiënt moet immers eigenlijk een zorgvraag hebben.

Hoe kun je als zorgverlener de gebitsslijtage over de tijd heen zichtbaar maken?

Wat we tegenwoordig bijna altijd doen, is mondfoto’s maken. Voor mensen die met gebitsslijtage bezig zijn en ook tandartsen en mondhygiënisten in het algemeen is digitale mondfotografie echt hun vriend. Vroeger deed je dat met studiemodellen, maar die moest je ook weer allemaal opslaan. We staan aan het begin van het tijdperk dat er binnen een paar minuten intraorale scans gemaakt kunnen worden. Om het gebit zorgvuldig te monitoren kun je dus gebruikmaken van de klassieke gipsmodellen, mondfoto’s, intraorale scans. Je kunt de indexen die er zijn gebruiken en zo een cijfer geven aan de gebitsslijtage. Zo kun je in alle rust de mond van de patiënt volgen en kijken hoe snel het proces gaat. Daarmee krijgt de patiënt inzicht en begrijpt hij of zij wellicht beter waarom een behandeling nodig zou zijn. Wanneer de patiënt geen esthetische hulpvraag heeft, dan zijn de andere klachten er vaak bijna niet. Gevoeligheid en pijn komt alleen maar bij heel jonge mensen voor, wanneer de pulpakamer nog ruim is.

Peter Wetselaar.

Is er een relatie tussen gebitsslijtage en cariës of parodontitis?

Nee, die is er vooralsnog niet. De onderzoeken die ernaar gedaan zijn geven geen enkele associatie, het zijn echt drie verschillende processen. Cariës wordt veroorzaakt doordat bacteriën het zoet dat je mond binnenkomt omzetten in zuur. Gebitsslijtage wordt veroorzaakt door het zuur dat je mond binnenkomt. Wat dan ook vaak voorkomt, is wat we noemen een ‘zuivere gebitsslijtagecasus’. Dat betekent dat de patiënt een supergezonde mond heeft zonder paro of cariës, maar wel gebitsslijtage. Dit komt vooral veel voor bij jonge mensen die veel zure drankjes zoals Red Bull drinken.

Een belangrijk onderdeel van de diagnostiek is het Tooth Wear Evaluation System (TWES). Kunt u dit toelichten?

We hebben geprobeerd de diagnostiek makkelijk en snel toepasbaar te maken in de algemene praktijk door middel van de zogenaamde TWES-Screening, omdat we zien dat daar nog te weinig op gebitsslijtage gediagnosticeerd wordt. Van oudsher kijken we altijd goed naar cariës en, door middel van de DPSI/PPS, naar de parodontale gebitstoestand. Wij hopen dat dit op gegeven moment ook met gebitsslijtage gebeurt. Door middel van het systeem dat wij hebben ontwikkeld kun je in een minuut screenen, zodat je ook tijdens je PMO van 10-15 minuten een eerste indruk hebt over de mate van gebitsslijtage. Mocht je dan denken dat er meer aan de hand is, dan kun je de patiënt terug laten komen om meer zaken in kaart te brengen. Destijds hebben we de screening ingericht naar het voorbeeld van de DPSI, wat per sextant wordt gemeten. Om de parodontale screening makkelijker te maken wordt nu de PPS per kwadrant gemeten, maar voor gebitsslijtage is de screening per sextant eigenlijk beter. Anders zie je wellicht de lokale gebitsslijtage aan het tweede en vijfde sextant over het hoofd. Wanneer je de patiënt terug laat komen voor nader onderzoek, vul je de TWES-Status in. Hierbij ben je wel drie kwartier bezig en als je niet geoefend bent misschien nog wel langer.

Vanaf welke leeftijd zou je moeten beginnen met screenen op gebitsslijtage?

Ik vind eigenlijk vanaf het moment dat de wisseling voltooid is, maar dat is echt mijn persoonlijke mening. Ik zie ook gebitsslijtage bij melkelementen, maar daar maak ik me minder zorgen over, omdat ik weet dat deze nog gewisseld worden. Ik denk dat je gebitsslijtage bij melkelementen nooit moet restaureren, maar een gesprek met de ouders over het dieet is wel op zijn plaats. Gedrag is lastig te veranderen, maar het is niet kansloos. Daar zit dan weer wel een parallel tussen cariës en gebitsslijtage: motiveren tot gedragsverandering. Daarom vind ik ook dat diagnostiek goed zou passen bij de mondhygiënist. De tandarts heeft tijdens de PMO’s redelijk beperkt de tijd, terwijl de mondhygiënist vaak meer tijd heeft om te counselen over cariës, de parodontale situatie of gebitsslijtage tijdens het schoonmaken. Dus je zou kunnen zeggen dat de mondhygiënist hier een perfecte rol in heeft.

Lees verder op pagina 8

Biografie Peter Wetselaar

Dr. Peter Wetselaar studeerde in 1986 als tandarts af aan de Universiteit van Amsterdam. Sindsdien is hij werkzaam in een algemene praktijk (nu ook Verwijspraktijk) in Heemstede. Sinds 2011 is hij Chef de clinique van de stafkliniek Orale Kinesiologie van ACTA en sinds 2014 is hij mede-opleider van de postinitiële opleiding Orale Kinesiologie.

ADVERTENTIE

PHILIPS

sonicare

For Kids

Meer plezier en beter poetsen

met Philips Sonicare For Kids

- Effectieve en zachte reiniging in de verschillende ontwikkelingsstadia van het kindergebit
- Tot 75% meer plaqueverwijdering op de moeilijk bereikbare plaatsen**
- De interactieve Sparkly app helpt kinderen om beter en langer te poetsen***
- Makkelijk overstappen van een hand- naar een elektrische tandenborstel. Licht meepoetsen mag.

Nu een **gratis** Sparkly knuffel bij aankoop van een Sonicare For Kids*

Bestellen kan via philips-dentalcare.com

* Deze actie loopt tot 30 april 2021. ** In vergelijking met een handtandenborstel voor kinderen.
*** Defenbaugh J, Schmitt P, Master A, Jenkins W, Strate J. International J Pediatric Dent 2009; 19:s1

Philips Sonicare ondersteunt de preventiemethode Gewoon Gaaf

Vervolg van interview Peter Wetselaar

Wat is de verdere rol dan van de mondhygiënist?

Uitleggen, toelichten en monitoren. De mondhygiënist kan een index gebruiken, mondfoto's maken en met de patiënt bespreken wat er aan de hand is. Bij de restauratieve behandeling van gebitsslijtage zie ik geen taak voor de mondhygiënist. Naast ons eerdere AccreDidactprogramma *Diagnostiek van gebitsslijtage* voor tandartsen hebben Frank Lobbezoo en ik met onze Nijmeegse collega's Bas Loomans en Niek Opdam een programma geschreven in de AccreDidact-serie over de behandeling van gebitsslijtage. Dat is enkel bedoeld voor tandartsen die zich daarop gericht hebben en die het leuk vinden om dat deel van de tandheelkunde uit te voeren of voor gedifferentieerde tandartsen. Uiteindelijk moet de mondzorgverlener vooral voorkómen, dus daar heeft de mondhygiënist zeker een rol in.

Wat kan een patiënt doen om gebitsslijtage te voorkomen?

De behandelaar kan de patiënt op een gegeven moment vragen waardoor die denkt dat gebitsslijtage bij hem of haar is ontstaan. Vervolgens moet je kijken of de patiënt dat kan veranderen. Een aantal dingen die gebitsslijtage veroorzaken, is niet te veranderen, zoals knarsen. Je kunt wel ter preventie een knarsplaatje maken. Maagzuur is goed te behandelen met medicatie zoals PPI, maar gaat nooit helemaal weg. Maagzuur kan wel door de MDL-arts behandeld worden, maar dat is best een lastig traject. We constateren met 20% een flink percentage patiënten bij wie reflux de oorzaak is. De diagnostiek op dit punt is echter heel erg kostbaar. Wil de MDL-arts voor een beetje gebitsslijtage wel een refluxonderzoek doen? Wil de patiënt dat? Zijn de klachten ernstig genoeg? De mondzorgverlener ziet de patiënt halfjaarlijks of jaarlijks. Bij duidelijke indicatoren kun je zo bij vroege diagnostiek een heleboel problemen voorkomen. Nou moeten we ook weer niet zeggen dat wij als tandartsen maar even allerlei ziektes moeten diagnosticeren. Maar een bescheiden rol hebben tandartsen wel door actief contact te zoeken met huisartsen en andere zorgverleners. Je bespreekt met de patiënt om zo veel mogelijk factoren voor gebitsslijtage weg te halen, maar makkelijk is het niet.

Waarom is het leuk om je als tandarts met gebitsslijtage bezig te houden als je het zo moeilijk kunt oplossen?

Er zijn twee aspecten. De eerste is natuurlijk dat je gebitsslijtage probeert te voorkomen. Die rol is duidelijk veranderd voor tandartsen. Als je tandheelkunde leuk wil vinden, dan zal je ook preventie leuk moeten vinden, niet alleen maar het restaureren. Preventie is altijd een uitdaging! Daarin speelt de mondhygiënist natuurlijk ook een heel belangrijke rol. Het sturen van de patiënt naar een beter gedrag is een van je hoofddoelen. Al lukt dat maar in beperkte mate, waarbij je in ieder geval het proces vertraagt. Wanneer je een restauratie netjes doet, zit die er een jaar of tien. Dus hoe langer je de eerste restauratieve behandeling kunt uitstellen, hoe beter dat is voor het gebit. Ik kan er plezier in hebben om bij een patiënt van twintig jaar zijn gebitsslijtage met counseling en preventieve maatregelen te beïnvloeden en zo de start van de restauratieve behandeling uit te stellen naar zijn veertigste of vijftigste levensjaar. Vertragen dus. Maar als er een restauratie moet gebeuren, vind ik dat het persoonlijk wel een superleuk onderdeel van de tandheelkunde.

Zal in de toekomst gebitsslijtage zich ontwikkelen tot differentiatie?

Nee, dat denk ik niet. Het is een onderdeel van restauratieve tandheelkunde, dus ik denk dat gebitsslijtage op zichzelf als verdieping te weinig zou zijn om een differentiatie te vormen. Op ACTA hebben we gebitsslijtage ondergebracht bij het profiel Orofaciale Pijn en Disfunctie van de postinitiële Masteropleiding Oral Health Sciences. Daar behandelen we mensen met bruxisme met gebitsslijtage als gevolg, al dan niet in combinatie met andere oorzaken. Ook in Nijmegen wordt al jarenlang een slijtagecursus gegeven. Dus wanneer tandartsen meer willen leren over gebitsslijtage is het vooral de bestaande literatuur lezen en cursussen volgen. Met de cursussen die er nu zijn, is het vakgebied denk ik voldoende bediend.

Heeft u nog een tot slot nog casus die u is bijgebleven?

De meest bizarre casus die ik heb gezien bij een collega was een patiënt die de gewoonte had om op kippenbotjes te bijten en deze te vermalen, waarbij er ook nog sprake was van ruminatie. Dat betekent dat je je eten inslikt en het moedwillig weer terugbrengt in je mond, waarna je opnieuw op je eten gaat kauwen en het vermengd is met maagzuur. Uit onderzoek blijkt dat 2% van de bevolking deze gewoonte heeft. Dat lijkt mij heel veel voor zoiets bizars. De combinatie van op iets heel hards bijten en contact met maagzuur is fataal voor de gebitselementen. In deze casus waren de gebitselementen afgesleten tot bijna op gingiva-hoogte. Het proces was echter zo langzaam verlopen dat de patiënt nooit een pijnklacht had gehad. Dit is wel een bizarre casus, maar gelukkig ook een uitzondering. ■

ADVERTENTIE

Diagnostiek van gebitsslijtage

TEKST: PETER WETSELAAR, FRANK LOBBEZOO

Dit is een fragment uit het nascholingsprogramma *Diagnostiek van gebitsslijtage* (AccreDidact Mondhygiënist, maart 2021). Auteurs: Prof. dr. P. (Peter) Wetselaar en prof. dr. F. (Frank) Lobbezoo.

Tooth Wear Evaluation System (TWES), Tooth Wear Screening

Diagnostiek in de algemene praktijk

Het diagnosticeren van gebitsslijtage is moeilijk en veeleisend voor de zorgverlener, zowel voor de tandarts als voor de mondhygiënist. Het vereist een allesomvattende benadering. De eerste belangrijke stap is het vastleggen van de ernst van de gebitsslijtage door er een cijfer aan te geven oftewel het kwantificeren van de waargenomen gebitsslijtage. Hiervoor is gedegen kennis van de oorspronkelijke tandmorfologie een vereiste. Voor het kwantificeren van gebitsslijtage zijn diverse indirecte technieken mogelijk, waarbij bijvoorbeeld gebruik kan worden gemaakt van scanners, lasers en elektronenmicroscopie. Hoe nauwkeurig en betrouwbaar dergelijke technieken ook mogen zijn, ze zijn (nog) niet toepasbaar voor dagelijks klinisch gebruik. Uiteraard leveren ze wel een bijdrage aan het verbeteren van de kennis over het slijtageproces. Wellicht krijgen de tandarts en de mondhygiënist in de (nabije) toekomst wel de beschikking over chairside diagnostische hulpmiddelen om gebitsslijtage nauwkeurig te kwantificeren, waarbij gedacht moet worden aan digitale mondscanners. Voor het intraoraal kwantificeren van gebitsslijtage zijn er vele indices.

Afbeelding 1. Chemische slijtage als gevolg van zuurinwerking: incisale grooving in het onderfrontsextant.

Afbeelding 2. Chemische slijtage door zuurinwerking: occlusale cupping in de premolaren en molaren.

Helaas blijft het gebruik vaak beperkt tot de groep onderzoekers die de meetmethode heeft ontwikkeld. Bovendien kennen alle indices hun tekortkomingen.

Voordat de kwantificering van gebitsslijtage verder wordt besproken, passeren eerst twee veelgebruikte graderingsmethoden kort de revue. Als eerste een methode die zich concentreert op slechts één subvorm van gebitsslijtage. Omdat er, zoals eerder vermeld, vrijwel altijd sprake is van meerdere subvormen van slijtage, kan worden geconcludeerd dat methoden die maar één subvorm kwantificeren, minder bruikbaar zijn. De Basic Erosive Wear Examination (BEWE) is een voorbeeld van een index die alleen erosieve (chemische) gebitsslijtage kwantificeert. Mechanische gebitsslijtage wordt in dit systeem niet gescoord. Een ander nadeel van de BEWE is, dat men de toename aan slijtage bepaalt door het weefselverlies van de gebitselementen vooral in horizontale zin te beoordelen; dat wil zeggen, slijtage parallel aan het kauwvlak. Voor het restaureren van gebitsslijtage is verticaal hoogteverlies echter van veel groter belang. Een graderingsmethode zou dus vooral hierin moeten kunnen discrimineren. Tot slot, een derde nadeel is dat de scores uit de respectievelijke sextanten bij elkaar worden opgeteld, wat kan leiden tot maskering van hoge scores in één of meer van de sextanten. Men middelt de scores immers. Dit is uiteraard onwenselijk.

Een tweede, wereldwijd veelgebruikte methode is de gebitsslijtage-index van Smith en Knight, de Tooth Wear Index (TWI). Meer dan 25 jaar geleden, toen het probleem van gebitsslijtage nog niet zo in de aandacht stond, werd deze index al voorgesteld. Positief is dat alle subvormen van gebitsslijtage met de TWI kunnen worden beoordeeld, en niet slechts één. Het invullen van de index is echter tijdrovend, omdat alle elementen worden beoordeeld, hoewel de auteurs aangeven dat dit maar vijf minuten in beslag neemt. Dit maakt deze index wel geschikt voor een fijnmaziger diagnostiek, maar minder geschikt als screeningsinstrument. Tevens wordt de beoordeling van de slijtagetoename vooral in horizontale zin gemeten, net als bij de BEWE, en bij voortgaande slijtage maakt de index geen verder onderscheid in ernst mogelijk (ook net als bij de BEWE).

Er is dus behoefte aan een systeem dat aan de hiervoor besproken bezwaren tegemoetkomt. Een universeel te gebruiken methode voor het kwantificeren van gebitsslijtage moet idealiter aan een aantal eisen voldoen:

- bruikbaar voor de vier subvormen van gebitsslijtage;
- snel en gemakkelijk toepasbaar, ook in de algemene praktijk;
- geschikt voor onderzoeksdoeleinden;
- geschikt om voortschrijdende slijtage te monitoren.

Deze eisen zijn verenigbaar en realiseerbaar als er een systeem wordt gebruikt dat uit verschillende modules bestaat. Om aan deze eisen te voldoen, maar ook om andere noodzakelijke diagnostische middelen te incorporeren, is het Tooth Wear Evaluation System (TWES) ontwikkeld en later verder doorontwikkeld (TWES 2.0) (tabel 1). Het TWES bestaat uit diagnostiekmodules, zowel voor basisdiagnostiek als voor uitgebreidere diagnostiek, en behandelingmodules. De zorgverlener, zowel de tandarts als de mondhygiënist, kan uit het TWES de modules selecteren die in een bepaalde behandelsetting het meest passend zijn. In een gedifferentieerd centrum zullen bij uitgebreide diagnostiek meestal (bijna) alle modules van het systeem worden benut. Dit geldt ook voor de anamnese, omdat de patiënt voor het centrum immers een nieuwe patiënt is. In de algemene praktijk zal de behandelaar maar een beperkt aantal modules hoeven te gebruiken voor de basisdiagnostiek. ■

Tooth Wear Screening
Kwantificering • vijfpuntsschaal voor occlusale/incisale gradering per sextant • vijfpuntsschaal voor palatinale gradering van de gebitselementen in sextant 2
Tooth Wear Status, bindend
A. Kwantificering • vijfpuntsschaal voor occlusale/incisale gradering per gebitselement optioneel: achtpuntsschaal voor occlusale/incisale gradering per gebitselement • vijfpuntsschaal voor niet-occlusale en niet-incisale gradering per gebitselement B. Bepalen van de etiologie aan de hand van klinische tekenen C. Waarnemen van pathologische tekenen en symptomen
Tooth Wear Status, optioneel
• kwantificeren van de klinische kroonlengte van de gebitselementen in sextant 2 en 5 • gestructureerde anamneses, gebruik relevante vragenlijsten • speekseltesten • vastleggen van gebitsslijtage door middel van mondfoto's, gebitsmodellen, intraorale scans
Treatment/Management Status
Beoordeling van de moeilijkheidsgraad

Tabel 1. Tooth Wear Evaluation System (TWES 2.0).

ADVERTENTIE