DENTAL TRIBUNE

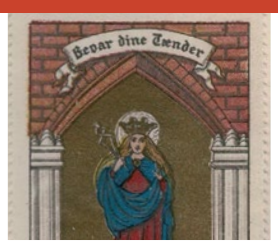
The World's Dental Newspaper • Vlaamse editie

Verschijnt 6x per jaar | P924893 | afgiftekantoor Turnhout

WWW.DENTAL-TRIBUNE.BE JAARGANG 3 - NUMMER 2 - APRIL 2021

Consument-product
Merendeel tandpasta's beschermt gebit niet goed
Pagina 3

Dentale post
Sint-Apollonia met gebroken tand op postzegel
Pagina 3



Interview
Roos Leroy over nieuwe richtlijn antibiotica
Pagina 6-8

Interview
Tandarts en docent Albert Smith: "Betere communicatie leidt tot beter behandelresultaat"
Pagina 9

Industrie
45 units A-Dec in de Benelux
Pagina 10

Column Hilde Devlieger
Een eigen vakjargon
Pagina 11

Dr. Johan Aps, docent Arteveldehogeschool, Gent:

"Er wordt te onzorgvuldig en te veel antibiotica voorgeschreven"

Pagina 4-5

Nieuwe vereniging voor digitale tandheelkunde

LIEDEKERKE De DDB, Digital Dentistry Belgium, is een nieuwe vereniging die opgericht is met het doel om op een wetenschappelijke verantwoorde en onafhankelijke manier te informeren en tandartsen op te leiden in de digitale tandheelkunde. De DDB is een officiële ambassade van de Digital Dentistry Society Internationaal.

Sinds de komst van digitale radiologie, intraorale scanners, virtuele planningsprogramma's en ondersteuning van artificiële intelligentie is digitale tandheelkunde enorm gegroeid. Wereldwijd is zo'n 80% van de tandartsen de volledige of gedeeltelijke overstap aan het maken naar digitale CAD/CAM-technieken.
De komst van digitale tandheelkunde maakt veel mogelijk, maar vormt ook een nieuwe uitdaging voor de moderne tandarts. Met onder meer webinars en lezingen gaat de DDB onderwerpen uitlichten en tandartsen wegwijs maken in de digitale tandheelkunde. Meer informatie is te vinden op www.digital-dentistry.be.

(bron: Digital Dentistry Belgium) ■

Tand vermoorde premier Congo na zestig jaar terug naar familie

UTRECHT, NEDERLAND Binnenkort zal het enige wat nog over is van het lichaam van de in 1961 vermoorde premier van Congo, Patrice Lumumba, teruggegeven worden aan het land. Het is een tand, die al die tijd in Brussel bleek te zijn. De Black Lives Matter-beweging heeft het afgelopen jaar veel losgemaakt. België probeert in het reine te komen met de periode rondom het koloniale verleden in Congo, zestig jaar na de onafhankelijkheid.

De moord op de eerste verkozen premier Lumumba staat symbool voor deze bloedige periode uit de geschiedenis. Op 30 juni 1960, de dag van Congo's onafhankelijkheid, gaf hij een speech waarin hij korte metten maakte met het Belgische koloniale bestuur. Zes maanden later werd hij vermoord. Voormalig Belgisch politiecommissaris Gerard Soete kreeg de taak het lichaam te laten verdwijnen.
Mede door de Black Lives Matter-beweging heeft het koloniale verleden van België en van de rest van de wereld meer aandacht gekregen. Dit heeft ervoor gezorgd dat ook de zaak rond Lumumba weer werd opgerakeld.
Lumumba's lichaam is nooit gevonden, maar één gouden tand is wel overgebleven. De Vlaamse documentairemaker Maren Merckx kwam de tand voor een documentaire van HUMAN uiteindelijk op het spoor Hij bleek in bezit te zijn van Soete. Zijn bekentenis in 1999 was het begin van de lange strijd om teruggave van de tand aan de familie van Lumumba. In 2002 erkende België medeverantwoordelijk te zijn voor de moord. Op 30 juni, precies 61 jaar na het begin van de Congolese onafhankelijkheid onafhankelijkheid, moeten de resten van de vermaarde Congolese premier terugkeren naar Congo.
(bron: HUMAN) ■

Orthodontische tegemoetkoming verlengt wachttijden

GENT Sinds 1 januari 2021 biedt de Christelijke Mutualiteit een hogere tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen. Hierdoor hebben veel patiënten hun behandeling uitgesteld naar het nieuwe jaar. Dit levert maandenlange wachttijden op voor nieuwe patiënten.

Vorig jaar kondigde de Christelijke Mutualiteit een hogere tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen aan. Sinds 1 januari 2021 geeft CM een tegemoetkoming van 60% van het remgeld, met een maximum van 1.050 euro. Voor mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming wordt tot 75% vergoed.
Hierdoor hebben veel patiënten hun behandeling uitgesteld naar 2021. In een enquête die vorig jaar verscheen gaf 66% van de orthodontisten aan dat hun patiënten de behandeling later wilden starten. "En dat is een probleem, want de wachttijden worden daardoor alleen maar langer", aldus professor Bart Vande Vannet van de Belgische beroepsvereniging van Nederlandstalige orthodontisten (BBNO). "De gemiddelde wachttijd in Vlaanderen is nu opgelopen tot ongeveer tien maanden." Dit verschilt wel erg per praktijk. Bij sommigen is het slechts een kwestie van een paar weken, bij anderen is het meer dan anderhalf jaar of is er zelfs sprake van een tijdelijke patiëntenstop.
Deze langere wachttijden worden echter niet alleen door de verhoogde tegemoetkoming veroorzaakt. "70% van de orthodontisten gaf aan dat de gemiddelde wachttijd door de coronacrisis is toegenomen", aldus BBNO. "De druk in orthodontiepraktijken blijft hoog. Er wordt hard gewerkt om de achterstand in te halen die tijdens de eerste lockdown is ontstaan."
Bart de Ruysscher, algemeen directeur van CM Vlaanderen, vertelde in een interview over het positieve gevolg van het tandvoordeel. Hij gaf aan dat een van de doelen van de tegemoetkoming het voorkomen van wachttijden is. "Bij een tandverzekering geldt vaak een wachttijd vooraleer je recht hebt op een tegemoetkoming. Daardoor wordt dringende tandzorg soms uitgesteld of toch niet uitgevoerd. Bij het nieuwe CM-tandvoordeel wordt geen wachttijd ingelast en zijn er geen uitsluitingen. Hierdoor kun je vanaf 1 januari 2021 onmiddellijk in aanmerking komen voor de tegemoetkoming."

Bron: VRT ■

ADVERTENTIE

Schrijf u gratis in voor onze nieuwsbrief!

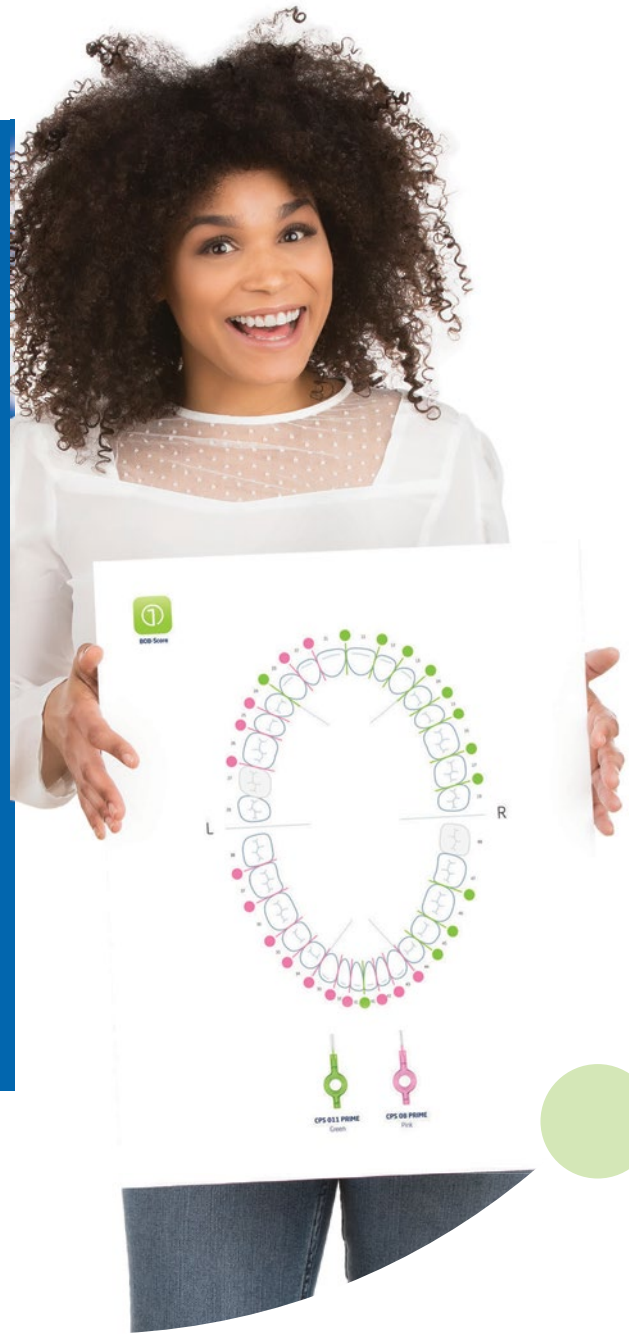
Het laatste tandzorgnieuws in uw mailbox

DENTAL TRIBUNE
VLAAMSE EDITIE

curaden
prevention one

P1 BOB-App

HET NIEUWE GLIMLACHEN



De BOB-App maakt van preventie een belangrijke pijler binnen uw praktijk. De app ondersteunt, reactiveert en motiveert uw patiënten op een bijzondere wijze!

De P1 BOB-App laat uw patiënten op begrijpelijke manier zien hoe zij hun gebitsverzorging in slechts een paar minuten kunnen verbeteren.

Naast de BOB-App biedt Prevention One ook ondersteuning met een educatie- en certificerings systeem en hoogwaardige CURAPROX tandheelkundige producten. We vertellen u er graag meer over.

Check **www.bobscore.com**
Of stuur een email naar info@curaprox.nl

Gratis BOB training!
bij u in de praktijk of online. Aanvragen: info@curaprox.nl

P1 **BOB**-App eigenschappen:

- Het helpt u eenvoudig het hele proces te doorlopen.
- Verwerkt en analyseert de data en maakt calculaties.
- Toont en visualiseert resultaten in duidelijke en overzichtelijke categorieën.
- Dient als houvast voor de interactie en communicatie met patiënten.

De snelle, effectieve en eenvoudige weg naar
BETERE GEBITSVERZORGING

SWISS PREMIUM ORAL CARE

WWW.CURAPROX.NL

Dentale post

Sint-Apollonia: patrones van de tandartsen

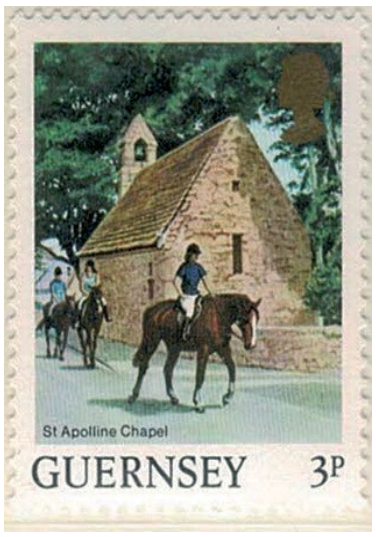
We weten niet veel over Sint-Apollonia, de rooms-katholieke heilige. Het martelaarschap van de heilige werd wel door Sint-Dionysos beschreven in een brief van ca. 249 vanuit Alexandrië.
Daarin beschrijft hij een 'oude maagd', Apollonia, die gearresteerd werd en van wie de tanden werden gebroken omdat ze weigerde het christendom op te geven.

Ze werd ongeveer vijftig jaar na haar dood heilig verklaard en tijdens de kruistochten beschouwd als de patrones van de tandpijn. Zowel van haar als haar martelaarschap werden veel schilderijen gemaakt. Ze wordt afgebeeld als iemand die tanden behandelt en trekt, of als slachtoffer van een tandextractie.
De dag van Sint-Apollonia valt op 9 februari.

De postzegel hierboven werd uitgegeven ter gelegenheid van het 70ste jaarlijkse Wereldcongres van de World Dental Federation (FDI), dat plaatsvond in Wenen van 10 tot 16 oktober 1982.

Op de zegel ziet men Sint-Apollonia met een getrokken tand, terwijl ze een boek leest. Een herdenkingsstempel, gemaakt voor een tandartsencongres in Graz in 1985, verfraait de zegel.

Ook San Marino heeft een zegel uitgegeven die gewijd aan Sint-Apollonia, ter gelegenheid van het 13e Internationaal Congres van Stomatologie in september 1979. De zegel reproduceert een houtgravure uit de vijftiende eeuw van de Wessler-collectie (Koninklijk Tandheelkundig Instituut in Stockholm).



Er is ook bovenstaande zegel, die deel uitmaakt van een serie uit 1984 van tien zegels die gewijd zijn aan het eiland Guernsey en de Sint-Apolloniakapel. Deze oudste kapel van Guernsey werd gebouwd in 1392 door Nicolas Henry.

Deze vierde zegel, ook uitgegeven in Guernsey, beeldt eveneens de kapel af. Hij werd uitgegeven in 1991, op een blad met ook twaalf kindertekeningen.

Hoewel Sint-Apollonia deel uitmaakt van de christelijke wereld vindt men haar ook terug op andere plaatsen en in andere religies, met eveneens verwijzingen naar tanden, zoals op een fresco van ca. 1510 in de kerk van het Finse Lojo. En in Sri Lanka (het vroegere Ceylon), waar tienduizend pelgrims uit alle hoeken van de wereld naartoe komen om de Perahera, het grootste boeddhistische feest te wereld, bij te wonen en te helpen bij de parade van de Boeddha. Tijdens een processie wordt het heilige relikwie, een

tand van Boeddha, op de rug van een olifant rondgedragen om hem aan de menigte te presenteren. De hier getoonde zegel maakt deel uit van een serie van drie uit 1979 en toont de aankomst van de heilige Tand aan de Tempel. ■

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 timbreetdent.eu.

Feiten & cijfers

5,8% **van alle antibiotica in de Belgische ambulante zorg wordt wordt voorgeschreven door tandartsen**

Binnen Europa behoort België tot de grootste voorschrijvers van antibiotica buiten het ziekenhuis. Er is aangetoond dat in 2007 en 2008 in België, Denemarken, Luxemburg en Noorwegen de grootste hoeveelheden antimicrobiële middelen werden voorgeschreven in de leeftijdsgroep 0- tot 5-jarigen, en evenveel aan patiënten van 15 tot 20 jaar.

Volgende antibiotica werden gemiddeld het meest voorgeschreven door tandartsen:

Antibioticum	Aandeel voorgeschreven door tandartsen
Clindamycine	20,1%
Metronidazole	11,6%
Amoxicilline	10,5%
Amoxicilline + clavulaanzuur	8,4%

(bron: Richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk) ■

Merendeel tandpasta's beschermt gebit niet goed

UTRECHT, NEDERLAND **Twee derde van de tandpasta's beschermt de tanden niet goed bij het poetsen. Dat is wat Test Aankoop, een Belgische consumentenorganisatie, vaststelde in een onderzoek. Slechts zes van de zeventien geteste tandpasta's beschermen het gebit goed.**

Alleen deze tandpasta's voldoen aan de eisen: ze bevatten genoeg fluoride, verwijderen tandplak en vlekken bij het poetsen en beschadigen het glazuur van de tanden niet. In het onderzoek werden verschillende merken getest. Sommige laten fluoride weg uit de tandpasta omdat het gevaarlijk zou zijn voor de gezondheid. Slechts weinig tandpasta's hebben de perfecte hoeveelheid fluoride. Vooral Everyday tandpasta met fluoride en Sensodyne Complete Protection bevatten veel te weinig fluoride. Elmex anti-cariës professional en Apivita bevatten er dan weer te veel van.
Sommige tandpasta's zijn ook te agressief en schuren te hard, zoals Oral-B. Veel van de geteste tandpasta's bevatten bovendien titaniumdioxide, waarvan wordt vermoed dat het kankerverwekkend is als je de stof inademt. Alleen Denttabs, Merido en Oral-B bevatten deze stof niet.
Volgens Test Aankoop kwam Aquafresh het beste uit de test. Op de tweede plek eindigde de huismerk-tandpasta van Belgische supermarkt Delhaize. Dit was een van de goedkoopste tandpasta's onder de geteste producten. Prijs is dus geen indicatie voor een goed beschermende tandpasta.
(bron: Metro) ■

Quiz

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

2. **De fysiologische slijtage van molaren bedraagt ongeveer tweemaal zoveel als die bij premolaren.**
   a. Waar
   b. Niet waar

De antwoorden vindt u op pagina 11.

Column
Reinier van de Vrie

Linksom of rechtsom

Ik ben sinds kort rechts dragend. Begrijp me niet verkeerd, dat is van sleutels in mijn broekzak. Dat u de volgende keer niet op een congres naar mij gaat staan staren of het wel klopt. Sleutels rechts betekent een enorm toegenomen levensvreugde en groot dagelijks gemak. Ik ben namelijk een rechtspoot, zowel boven als beneden. Dat is niet zo vanzelfsprekend, want ik heb een zoon die linkshandig is, maar rechtsbenig. Met als gevolg een abominabel handschrift en een fluwelen trap bij voetbal. Bij tennis schiet hij met dat linkshandig dan weer niet zoveel op, omdat hij daarbij een sterke voorkeur heeft voor de backhand, waarmee zijn linkse voordeel wegvalt.
Terug naar de sleutels, want ik dwaal af. Dat doet me overigens weer denken aan rijden naar het zuiden van Duitsland in de tijd van voor er allerlei adviezen van elektronische toestellen waren. Nemen we beter de linksrheinische oder der rechtsrheinische Autobahn? Daar kon je dan tot ver voorbij Oberhausen over discussiëren om vervolgens de verkeerde keuze te maken en in het Ruhrgebied links of rechts van der Rhein urenlang tot stilstand te komen.
Zoals ik al schreef: rechts de sleutels tegenwoordig. Dat blijkt enorm veel gemakkelijker te zijn als ik met de auto thuiskom, van de passagiersstoel met mijn rechterhand een bananenschil moet pakken en van de achterbank een tas en een jas. Dat wordt vervolgens automatisch allemaal naar links overgeheveld. Zie staand voor de deur met je inmiddels vrije rechterhand dan maar eens in je linkerbroekzak te komen. Geen doen. Jarenlang ben ik zo blijven sukkelen. Nooit bedacht dat het anders zou kunnen. Sommige dingen zijn gewoon te simpel om op te komen. Door toeval komt soms echter het inzicht. In dit geval ging mijn broekzak links stuk en dreigden de sleutels langs mijn blote been te glijden. Na dat een paar keer ervaren te hebben, kwam ik op het lumineuze idee om van links naar rechts te switchen.
Dat wil ik u gewoon meegeven. Verander eens van links naar rechts, of andersom natuurlijk. En dat is geen stemadvies, maar gewoon een kleine hint om het leven wat aangenamer te maken. Ik denk eigenlijk dat de linkshandige tandarts dat vanzelf al wat meer gewend zal zijn dan de rechtshandige. Linksom of rechtsom, uiteindelijk willen we allemaal naar binnen ... of naar buiten.

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

Zin en onzin van antibiotica in de tandheelkunde

Er wordt te onzorgvuldig en te veel antibiotica voorgeschreven

TEKST: DR. JOHAN APS, DOCENT ARTEVELDEHOGESCHOOL, GENT

De publicatie van de richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk, van het Belgisch Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), heeft een directe impact op de tandheelkunde en volksgezondheid. Het is daarom belangrijk om stil te staan bij het nut van deze bijzonder interessante uitgevoerde studie, waarbij ook tandartsen, universiteitsprofessoren, beroepsorganisaties en academies in de tandheelkunde, geneeskunde en farmacologie werden geraadpleegd.

Alexander Fleming ontdekte in 1928 bij toeval penicilline, maar het waren Howard Florey en Ernst Chain die er uiteindelijk in slaagden om het zuiver te bereiden. Samen kregen de drie wetenschappers in 1945 de Nobelprijs voor Geneeskunde. De komst van antibiotica luidde een nieuw tijdperk in, met de euforische hoop ooit alle bacteriële infecties uit te roeien of te bestrijden. Nu weten we dat ongebreideld antibioticagebruik tot bacteriële resistentie leidt, hoewel Fleming de wereld in 1928 reeds had gewaarschuwd met de illustere en visionaire woorden: "*The greatest possibility of evil in self-medication is the use of too small doses so that instead of clearing up infections, the microbes are educated to resist penicillin and a penicillin-fast organism is bred out which can be passed on to other individuals and from them to others until they reach someone who gets a septicaemia or a pneumonia which penicillin cannot save.*" In 1947 was het eerste penicillineresistente geval van *Staphylococcus aureus* trouwens al bekend.

Schatting: jaarlijks 25.000 Europese doden door bacteriële infectie

Effect voedingsindustrie

In de jaren vijftig van de vorige eeuw werden antibiotica massaal ingezet in de voedingsindustrie (vooral in de veeteelt) om de wereldbevolking sneller en van meer eten te kunnen voorzien. In 2009 ging 13,1 miljoen kilogram antibiotica (tetracyclines, sulfonamides, aminoglycosiden, betalactamantibiotica en macroliden) naar de veeteelt, en 3,3 miljoen kilogram naar gebruik bij mensen. De Europese commissie had in 2007 al regels opgelegd om de bacteriële resistentie in kaart te brengen, wat in 2013 resulteerde in een daling van antibioticaverbruik bij dieren van 56%. Het aan banden leggen van antibioticagebruik in de veeteelt is essentieel in het bestrijden van resistentiegenen in bacteriën. Deze resistente kiemen kunnen trouwens overgedragen worden van dier op mens en vice versa. Ongeveer 600 ton antibiotica komt via de urine van dieren in mest terecht, en medicijnresten komen via de urine van mens en dier in het rioolwater en uiteindelijk het drinkwater terecht. We staan dus constant ongecontroleerd bloot aan antibiotica en lopen daardoor continu risico op het ontwikkelen van resistente kiemen. Door de mobiliteit van de wereldbevolking is de kans op snelle verspreiding van resistente kiemen niet denkbeeldig. Eenzelfde scenario als bij Covid-19 in feite, maar dan met bacteriën. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) schat dat jaarlijks zo'n 25.000 mensen in Europa sterven ten gevolge van bacteriële resistentie.

Ontstaan resistentie

Resistentie ontstaat door horizontale genoverdracht (spontane mutaties in het DNA van de bacterie, die vervolgens worden overgebracht op de volgende generatie bacteriën), maar kan ook veroorzaakt worden door conjugatie (overdracht van een gemuteerd deel DNA van een bacterie op een andere doordat ze tijdelijk verenigd zijn), door overdracht van plasmiden (stukjes DNA die buiten de chromosomen liggen) en door transductie (bacteriofagen brengen gewijzigd DNA over op andere bacteriën). Dat deze mutaties snel kunnen gaan is duidelijk als men weet dat *Escherichia coli* tien generaties bacteriën produceert in drie uur, en twintig in zeven uur. Micro-organismen produceren bepaalde enzymen als ze frequent in contact komen met antimicrobiële middelen, waardoor dit middel minder efficiënt is of zelfs inactief wordt. Dit treedt op bij penicilline en chloramfenicol. Er ontstaan veranderingen in de celreceptoren en eventueel ook bijkomende permeabiliteitsveranderingen van de celwand, waardoor intracellulair transport wordt verstoord en bacteriële resistentie een feit is.

Voorschrijven antibiotica

Tandartsen schrijven om verschillende redenen antibiotica voor: bij een abces vóór drainage (69%), bij een abces na drainage (23%), bij acute pulpitis (12,5%), voor chronische marginale gingivitis (3,3%), bij tijdsgebrek voor het uitvoeren van een behandeling (30,3%), bij onzekerheid over de diagnose (47,3%) en bij gedwongen uitstel van een behandeling (door bijvoorbeeld het niet goed verdoofd krijgen van een tand) in 72,5%. Antimicrobiële therapie dient in feite als ondersteuning bij de behandeling (lokale therapie), en dus dient eigenlijk vooraf een kweek van de ziektekiem te gebeuren. Dan pas kan met een gericht (smalspectrum) antibioticum (nooit meer dan twee soorten combineren) een kuur ingesteld worden van vijf tot tien dagen, die enkel uitzonderlijk verlengd kan worden. Na 48 uur moet de werkzaamheid

Dr. Johan Aps.

van het antibioticum meetbaar zijn. Het is meteen duidelijk dat een periapicaal abces, een parodontaal abces, pulpitis, pericoronitis, een droge alveolitis en een verstandskiesextractie geen antibioticum rechtvaardigen omdat ze een tandheelkundige behandeling vereisen. Let wel op, want een ingesneden en gedraineerd periapicaal of parodontaal abces kan leiden tot een sepsis (cellulitis in de halsloges of infraorbitale regio, of een flegmon), die wel degelijk met antimicrobiële middelen (combinatie van aminoglycoside en betalactamase: Metronidazol en Vancomycine) moet te lijf worden gegaan.

Gevaarlijke situatie

Ongericht en ongegrond voorschrijven van antibiotica door artsen en tandartsen leidt tot gevaarlijke situaties. Voorschrijven om patiënten gerust te stellen is compleet verkeerd, maar soms is de druk om iets voor te schrijven groot omdat patienten 'verwachtingen' hebben. Er is aangetoond dat in 2007 en 2008 in België, Denemarken, Luxemburg en Noorwegen de grootste hoeveelheden antimicrobiële middelen werden voorgeschreven in de leeftijdsgroep 0- tot 5-jarigen, en dat tussen de leeftijd van 15 tot 20 jaar even grote hoeveelheden werden voorgeschreven. Een interessant feit is dat je in ons land een (doktersbriefje nodig hebt om werkverlet te krijgen, wat het voorschrijfgedrag op het vlak van antimicrobiële middelen klaarblijkelijk in de hand werkt. Twintig jaar geleden lag het aantal voorschriften driemaal hoger in België dan in Nederland, bijvoorbeeld. Luchtwegeninfecties lijken de grootste reden te zijn voor het voorschrijven van een antibioticum. Door het 'voorschrijfgedrag' ligt in de Verenigde Staten het penicillineresistente percentage voor *Streptococcus pneumoniae* inmiddels rond de 17%, terwijl dat in België en Nederland slechts rond de 2% is.

Risicofactoren

Het frequent voorschrijven van breedspectrum antibiotica werkt resistentievorming in de hand, maar ook langdurige ziekenhuisopnamen, huidafwijkingen, intravasculaire prothesen en intravasculaire katheters behoren tot de risicofactoren voor het ontstaan van bacteriële resistentie. Onderdosering van antibiotica is een ander risico. Hiermee worden zowel de dosis als de tijdsduur van de kuur bedoeld. Die kuur kan te kort zijn doordat de voorschrijver de duur te kort inschatte, of doordat patiënten de voorgeschreven kuur vroegtijdig beëindigen. Zo zou ongeveer 50% van de patiënten de kuur niet afronden, en 40% de kuur zelfs nooit opstarten. Er is duidelijk meer onderzoek nodig naar de kortst mogelijke adequate behandeling om het bovenstaande te vermijden.

Helaas is het in vitro bepalen van de werkzaamheid en resistentie van een antibioticum niet altijd in overeenstemming met de werkelijke in vivo situatie, in het bijzonder in de mond waar we te maken hebben met een complexe biofilm. Het systemisch toedienen van antimicrobiële middelen voor mondaandoeningen is daardoor uiterst ingewikkeld. In de eerste plaats is er een gigantisch verschil tussen de bloed- en speekselspiegel van het medicijn. Ten tweede maakt de biofilm het moeilijk om systemisch toegediende medicatie werkzame concentraties te laten bereiken. Ten derde speelt de omgevingszuurtegraad van een infectie ook een rol en worden veel antibacteriële middelen geïnactiveerd. Ten vierde is er de mogelijkheid dat antibacteriële middelen niet meer bactericide zijn maar slechts groeiremmend omwille van de snel wijzigende metabole activiteit van grote hoeveelheden bacteriën. Dit werkt resistentie in de hand, want in de biofilm ontstaan mutaties. Dit is waarom amoxicilline, doxycycline en metronidazol niet meer werkzaam zijn tegen *Porphyromonas gingivales*. Het mechanisch verwijderen van de biofilm (tandenpoetsen) veroorzaakt dan weer een wijziging in de biofilm waardoor antimicrobiële middelen efficiënter worden.

Allergische reacties

Allergie voor antibiotica bestaat ook. De mogelijkheid om allergisch te reageren is genetisch bepaald, terwijl de kans op een allergische reactie wordt bepaald door blootstelling aan antigenen. Antibioticagerelateerde allergie is terug te brengen tot drie vormen: Ig-E gemedieerde allergie, niet Ig-E gemedieerde allergie en vertraagde allergische reactie. Daarnaast zijn er de nevenwerkingen die antibiotica kunnen hebben op andere medicijnen (bijvoorbeeld verminderde werking van anticonceptiva) of op de maag-darmflora (veroorzaken van diarree).

Patiënten met een verminderde afweer (bijvoorbeeld na een orgaantransplantatie of ten gevolge van een hiv-besmetting) lopen kans op zogenaamde opportunistische infecties, die veroorzaakt worden door weinig of niet-pathogene micro-organismen (*Prevotella intermedia, Tannerella forsythensis, Peptostreptococcus micros, Fusobacterium nucleatum, Candida* en aspergillose). Deze patiënten lopen kans op verspreiding van gegeneraliseerde infecties vanuit de mond, die op hun beurt voor medische complicaties kunnen zorgen. Leeftijd speelt ook een rol in het ontstaan van opportunistische infecties. Vanaf ongeveer 65 jaar neemt de kracht van onze afweer af en rond de leeftijd van 80 jaar is die bij de meeste mensen sterk verminderd. Zogenaamde superinfecties of superinfecties, die vaak onschuldige infecties zijn bovenop de initiële infectie, kunnen eveneens zorgen voor zware complicaties die de behandeling van de initiële infectie bemoeilijken. Voor de tandheelkunde is de belangrijkste superinfectie te wijten aan *Candida species*, die intussen in bepaalde delen van de wereld resistent zijn tegen de klassieke behandeling met nystatine en fluconazol (niet te gebruiken in combinatie met anticoagulantia).

MRSA

In de tandheelkunde worden we op drie vlakken geconfronteerd met resistente micro-organismen: (1) de patiënt is drager van intraorale resistente stammen, (2) contaminatie van de praktijkruimte en overdracht van de resistente kiemen naar personeel in de praktijk en (3) een personeelslid is drager van resistente kiemen (bijvoorbeeld multiresistente *Staphylococcus aureus*, of MRSA). Patiënten laten spoelen met

FOTO: 123RF/OLGA YASTREMSKA

Schrijf ik antibioticum voor bij:	Aanbeveling J = ja N = neen	Uitzondering of overweging	Welk antibioticum voorschrijven dan?
symptomatische irreversibele pulpitis in het melkgebit	N		
een odontogeen abces in het melkgebit	N	Tekenen van lokale uitbreiding of tekenen van systemische infectie (lymfadenopathie, koorts, malaise, cellulitis)	Amoxicilline 75-100 mg/kg lichaamsgewicht/dag (3 innames) gedurende 5 dagen Niet-IgE gemedieerde penicilline-allergie: Cefuroximaxetil 30-50 mg/kg lichaamsgewicht/dag (3 innames) gedurende 5 dagen IgE-gemedieerde penicilline-allergie: Azitromycine 10 mg/kg lichaamsgewicht /dag (1 dosis) gedurende 3 dagen
symptomatische irreversibele pulpitis in het definitieve gebit	N		
symptomatische apicale parodontitis in het definitieve gebit	N	Tekenen van lokale uitbreiding of tekenen van systemische infectie (lymfadenopathie, koorts, malaise, cellulitis)	Amoxicilline 500 mg, 3x/dag, gedurende 3 tot 7 dagen Penicilline-allergie: Azitromycine 500 mg/dag gedurende 3 dagen of Clarithromycine 500 mg, 2x/dag, gedurende 7 dagen
symptomatisch acuut apicaal abces in het definitieve gebit	N	Tekenen van lokale uitbreiding of tekenen van systemische infectie (lymfadenopathie, koorts, malaise, cellulitis)	Amoxicilline 500 mg, 3x/dag, gedurende 3 tot 7 dagen Penicilline-allergie: Azitromycine 500 mg/dag gedurende 3 dagen of Clarithromycine 500 mg, 2x/dag, gedurende 7 dagen
terugplaatsen van definitieve tanden na avulsie	N		
niet-chirurgische behandeling van agressieve parodontitis	N	Antibiotica kunnen overwogen worden na grondige bespreking van voor- en nadelen met de patiënt.	Amoxicilline 500 mg plus Metronidazol 500 mg, 3x/dag, gedurende 3 tot 7 dagen Penicilline-allergie: Metronidazol 500 mg, 3x/dag, gedurende 3 tot 7 dagen
parodontaal abces in het definitieve gebit	N	Tekenen van lokale uitbreiding of tekenen van systemische infectie (lymfadenopathie, koorts, malaise, cellulitis)	Amoxicilline 500 mg, 3x/dag, gedurende 3 tot 7 dagen Penicilline-allergie: Azitromycine 500 mg/dag gedurende 3 dagen of Clarithromycine 500 mg, 2x/dag, gedurende 7 dagen
plaatsen van tandheelkundige implantaten	J		1 dosis van 2 g Amoxicilline 1 uur voor de ingreep Penicilline-allergie: 1 dosis van 600 mg Clindamycine, 1 uur voor de ingreep
extractie van definitieve tanden	N		
bij patiënten met een (hoog) risico op infectieuze endocarditis bij tandheelkundige behandelingen	J voor invasieve ingrepen (cf. tekst)	Patiënten met: • protheseklep of prothetisch materiaal gebruikt voor het herstellen van een hartklep • voorgeschiedenis van infectieuze endocarditis • aangeboren hartaandoening (cyanotische aangeboren hartziekte, zonder chirurgische interventie, of met restdefecten, palliatieve shunts of leidingen; volledig met prothetisch materiaal herstelde aangeboren hartaandoening/prothetisch materiaal, chirurgisch of percutaan ingebracht, tot 6 maanden na de procedure; blijvend defect op de plaats van inbrengen van prothetisch materiaal of van een toestel, dat door middel van hartchirurgie of een percutane techniek werd geplaatst)	**Kinderen** 50 mg/kg lichaamsgewicht Amoxicilline of Ampicilline, 30 tot 60 minuten voor de ingreep Penicilline-allergie: 20 mg/kg lichaamsgewicht Clindamycine, 30 tot 60 minuten voor de ingreep **Volwassenen** 2 g Amoxicilline of Ampicilline, 30 tot 60 minuten voor de ingreep Penicilline-allergie: 600 mg Clindamycine, 30 tot 60 minuten voor de ingreep
antibiotische profylaxe bij patiënten met gewrichtsimplantaten bij tandheelkundige behandelingen	N		

chloorhexidine blijkt volgens de literatuur doeltreffend te zijn om de hoeveelheid bacteriën in de mond drastisch te reduceren. MRSA is echt een probleem in de tandheelkundige praktijk omdat de overdracht ervan via direct contact (van een persoon op een andere persoon, apparatuur, instrumentarium of een computer), de lucht (aerosol) en zelfs kledij geschiedt. Het addertje onder het gras schuilt erin dat dragers van MRSA niet altijd geïdentificeerd zijn en dus zowel mensen uit het behandelteam als patiënten de bron kunnen zijn.

Antimicrobiële profylaxe

Het doel van profylaxe is te zorgen voor een 6 tot 24 uur durende bescherming tegen infecties op afstand. Ze wordt niet gegeven om bacteriemie te voorkomen, maar om het hechten en de aangroei van micro-organismen op de zogenaamde locus minoris resistentiae, die bovendien niet direct te inspecteren valt, te voorkomen. Een bacteriemie ten gevolge van een tandheelkundige ingreep houdt bij een gezonde persoon ongeveer 30 tot 45 minuten aan. Manueel tandenpoetsen zorgt voor minder bacteriemie dan elektrisch poetsen (46 versus 78%). Kauwen zorgt eveneens voor een bacteriemie (7,5-51%), evenals flossen en tanden stoken (20-86%). Het is meteen duidelijk dat veel dagelijkse mondhygiënemaatregelen het gevaar van een halfjaarlijkse tandheelkundige controle met gebitsreiniging ruim overstijgen. De hamvraag blijft echter: bij welke invasieve ingrepen en welke orale status is een zodanige bacteriemie te verwachten dat profylaxe in de aanwezigheid van een locus minoris resistentiae zinvol is?

Interessant is dat de richtlijnen voor antimicrobiële profylaxe verschillend zijn voor België en Nederland, zowel op het gebied van de dosering, de aanbevelingen in verband met multipele behandelingen als de keuze van antibioticum.

KCE Richtlijn

De wetenschappelijk onderbouwde richtlijn van het KCE (https://kce.fgov.be/nl/richtlijn-voor-het-rationeel-voorschrijven-van-antibiotica-in-de-tandartspraktijk) is het resultaat van een uitgebreide systematische review waarin de kwaliteit van gepubliceerde manuscripten in peer-reviewed tijdschriften op allerlei vlakken kritisch werd beoordeeld, in de zoektocht naar het bewijs (*evidence*) voor twaalf indicaties waarbij antibiotica vaak worden voorgeschreven door tandartsen. Daarnaast beschikten de onderzoekers over gedetailleerde gegevens met betrekking tot het voorschrijfgedrag van tandartsen. Het bleek dat in 2016 5,8% van alle antibiotica in de Belgische ambulante zorg werd voorgeschreven door tandartsen. Detailanalyse toonde aan dat het aandeel dat de tandartsen voorschreven voor een aantal soorten antibiotica nog een stuk hoger lag: bijvoorbeeld 20,1% voor clindamycine, 11,6% voor metronidazole, 10,5% voor amoxicilline en 8,4% voor amoxicilline met clavulaanzuur.

De richtlijn betreft enkel per os antibiotica voorschriften, omdat Belgische tandartsen geen intraveneuze toedieningen mogen voorschrijven. Daarenboven is de richtlijn expliciet gericht op 'medisch fitte' patiënten. Voor medisch gecompromitteerde patiënten raadt het KCE aan dat de tandarts contact opneemt met de behandelend arts. Deze richtlijnen kunnen voor huisartsen en medische specialisten van nut zijn als ze te maken hebben met patiënten met mondklachten.

Pak eerst de oorsprong van een infectie aan

Twaalf indicaties werden onderzocht (zie daarvoor het kader op p. 7). De oorsprong van de infectie moet eerst aangepakt worden alvorens men overgaat tot het voorschrijven van antibiotica, wat voor de tandheelkunde betekent dat antibiotica zeer zelden moeten voorgeschreven worden omdat een tandheelkundige behandeling in quasi alle gevallen de oorzaak kan aanpakken en de infectie onder controle kan brengen. Antibioticagebruik zonder tandheelkundige behandeling wordt ten zeerste afgeraden. In de bovenstaande tabel is een overzicht te vinden van de richtlijnen van de KCE naar aanleiding van de twaalf vragen die gesteld werden. Enkel en alleen in de volgende situaties is antibiotica voorschrijven geïndiceerd: (1) als er een sterk vermoeden bestaat of er aanwijzingen zijn dat de infectie niet meer lokaal rond een tand zit, (2) in geval van het plaatsen van een implantaat en (3) bij patiënten met een verhoogd risico op bacteriële endocarditis waarbij men een tandheelkundige ingreep plant die de manipulatie van het tandvlees of van het periapicale gebied van de tanden, of de perforatie van het mondslijmvlies, omvat (bijvoorbeeld professionele gebitsreiniging, wortelkanaalbehandeling, tandextractie, parodontale scaling en root planing).

De referenties bij dit artikel zijn te vinden op www.dental-tribune.be. ■

Opgesteld door Belgische experts

De nieuwe KCE-richtlijn rond antibiotica in de tandartspraktijk

TEKST: GWENA ANSIEU

Op 18 november 2020 verscheen de langverwachte antibioticarichtlijn voor de tandartspraktijk. Deze richtlijn is bedoeld als leidraad voor tandartsen bij het verantwoord voorschrijven van antibiotica. De ontwikkeling van de richtlijn gebeurde onder leiding van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in nauwe samenwerking met tandartsen uit de privépraktijk en professoren in de tandheelkunde. Dr Roos Leroy, Senior onderzoeker bij het KCE en tevens parodontoloog, geeft aan Dental Tribune een toelichting bij de richtlijn.

Hoe hebben jullie de twaalf indicaties voor de richtlijn geselecteerd?

We zijn gestart met een lange lijst van zo'n 35 klinische situaties waarbij tandartsen antibiotica voorschrijven, bijvoorbeeld pulpitis, het terugplaatsen van een uitgeslagen tand, een abces in de mond. We hebben die lijst voorgelegd aan de Richtlijnontwikkelingsgroep (dat zijn de Belgische professoren in de tandheelkunde en de tandartsen uit de privépraktijk die co-auteur zijn van de richtlijn) en vertegenwoordigers van beroeps- en wetenschappelijke verenigingen. We hebben hen gevraagd om die indicaties aan te duiden waarvan ze denken dat er te vaak antibiotica worden voorgeschreven terwijl dat misschien niet altijd nodig is. Op basis hiervan maakten we een eerste selectie.

Waarom werd er voor twaalf indicaties gekozen??

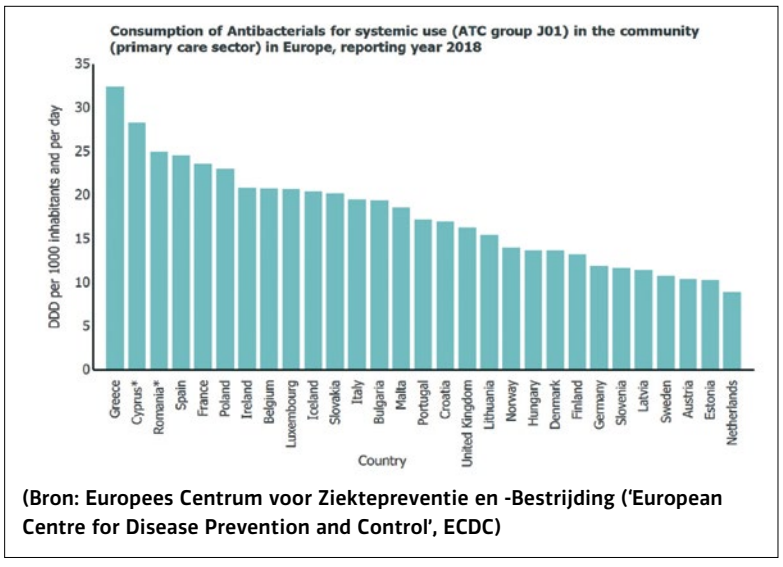
Het ontwikkelen van een richtlijn is zeer arbeidsintensief, vandaar dat we ons bij het KCE meestal beperken tot zes à acht indicaties per richtlijn; die indicaties worden dan heel grondig uitgewerkt. We willen er immers voor zorgen dat we na ongeveer een jaar de richtlijn kunnen publiceren zodat de gegevens op het moment van publicatie niet verouderd zijn. Bij een verkennend literatuuronderzoek, stelde ik vast dat er voor verschillende indicaties al recente Cochrane-reviews waren waarvan we konden vertrekken. Meestal zijn de Cochrane-reviews echt heel grondig opgesteld en volstaat het dan om die up-to-date te maken. Hierdoor wonnen we dus wat tijd en konden we twaalf indicaties selecteren.

Hoe lang heeft het onderzoek geduurd?

We zijn begonnen met de voorbereiding in de lente van 2019, en hebben de twaalf indicaties bepaald in september 2019. Daarna hebben we verschillende vergaderingen gehad met de Richtlijnontwikkelingsgroep waar telkens een aantal hoofdstukken intensief besproken werden. De laatste vergadering vond plaats begin maart 2020, net voor de eerste lockdown. We hadden nog een volgende gepland waarop we ook cardiologen en orthopedisten hadden uitgenodigd om de aanbevelingen rond antibioticaprofylaxe bij patiënten met een (hoog) risico op infectieuze endocarditis en patiënten met een gewrichtsprothese te bespreken, maar die hebben we moeten vervangen door een feedback-ronde via email. In juni 2020 hebben een eerste versie van de richtlijn besproken met de stakeholders (in het bijzonder de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen) tijdens een online overleg. Tijdens de zomer werd de richtlijn grondig nagelezen door professor Vibeke Baelum (Denemarken) en professor Ivor Chestnutt (UK), twee professoren tandheelkunde die veel ervaring hebben met 'evidence-based dentistry'. Op basis van hun feedback werd de richtlijn verder verbeterd. In september werd de richtlijn ook voorgelegd aan het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM). Tot slot gaf de Raad van Bestuur van het KCE in oktober de goedkeuring voor publicatie van de richtlijn. Je ziet dat het ontwikkelen van een richtlijn bestaat uit heel veel verschillende stappen, waarbij telkens weer andere mensen suggesties geven tot verbetering.

Kan er nog meer gebeuren dan deze richtlijnen?

Ik denk het wel! Om een voorbeeld te geven: sinds januari 2020 is in de ambulante zorg het digitaal voorschrift verplicht. Het KCE



(Bron: Europees Centrum voor Ziektepreventie en -Bestrijding ('European Centre for Disease Prevention and Control', ECDC)

Roos Leroy, Senior expert Health Services Research bij KCE.

heeft in een voorgaand rapport met voorstellen voor een effectiever antibioticabeleid in België (KCE Rapport 311) al aanbevolen dat bij elk voorschrift voor antibiotica ook moet ingevuld worden wat de reden is van het voorschrift. Wanneer de arts of tandarts dan bijvoorbeeld antwoordt dat de indicatie pulpitis is, zou een pop-upvenster kunnen verschijnen dat aangeeft dat endodontische behandeling aangewezen is en dat antibiotica in dit geval helemaal geen toegevoegde waarde hebben. Als antibiotica wel aanbevolen zijn, zou een venster de aanbevolen dosis en duur kunnen aangeven. Dat zou al een flinke hulp zijn voor elke voorschrijver, maar het zou op die manier ook mogelijk zijn om te evalueren of er nog veel antibiotica worden voorgeschreven voor indicaties waarbij ze geen toegevoegde waarde hebben. Maar zover zijn we nog niet in België. Er is nog wat tijd nodig om de betrokken partijen te overtuigen en dit te implementeren.

Is het moeilijk om gedrag te veranderen?

Ja, en daar zijn we ons van bewust. Het merendeel van de studies over gedragsverandering bij het voorschrijven van antibiotica werd uitgevoerd bij huisartsen, en daaruit weten we hoe moeilijk het is. Maar we weten ook dat verandering mogelijk is. Het vertrekpunt is een duidelijke richtlijn, en die hebben we nu. We hebben voor de richtlijn de literatuur heel kritisch bekeken. Ons vertrekpunt daarbij was het probleem van antimicrobiële resistentie. Wanneer de klinische studies aangaven dat de toegevoegde waarde van antibiotica niet bewezen was of echt minimaal, bevelen we dus aan om antibiotica achterwege te laten. We zijn dus veel strikter geweest dan bijvoorbeeld de richtlijn van de American Dental Association, gepubliceerd in november 2019. We zijn strikter geweest omdat we met de Richtlijnontwikkelingsgroep ervan overtuigd zijn dat we ook als tandartsen ons steentje moeten bijdragen aan het bestrijden van het wereldwijde probleem van antimicrobiële resistentie.

Hoe is het gesteld met het voorschrijven van antibiotica in andere Europese landen?

Als we kijken naar de voorschriften voor antibiotica in de ambulante zorg (dat zijn dus alle antibiotica die worden gebruikt buiten het ziekenhuis), stellen we in Europa duidelijke verschillen vast tussen het noorden en het zuiden, met een duidelijk lager antibioticagebruik in het noorden dan in het zuiden. In 2018 was het Europese gemiddelde 18,4 standaard dagdosissen ('Defined Daily Doses', DDD) per 1.000 inwoners per dag. In België werden er toen gemiddeld 20,8 standaard dagdosissen gebruikt, terwijl dat in Nederland amper de helft was (8,9 standaard dagdosissen). We kunnen het dus duidelijk beter doen.

Hoeveel antibiotica wordt er voorgeschreven door tandartsen?

In België schrijven tandartsen 6 à 8% van de antibiotica in de ambulante zorg voor, evenveel als het Europese gemiddelde. Dat is niet overdreven hoog. Maar als we het totaal aantal voorschriften in de Belgische ambulante zorg vergelijken met die van onze buren in Nederland is het verschil aanzienlijk. We kunnen dus zeker beter doen.

Welke rol speelt de houding van de patiënten?

Het idee dat patiënten antibiotica vragen of eisen, wordt vaak overdreven door artsen en tandartsen. De meesten zijn zich er ook van bewust dat ze antibiotica op een verantwoorde manier moeten voorschrijven. Maar soms blijkt dat heel moeilijk... Een voorbeeld: op een vrijdagavond ziet u een patiënt binnenkomen met tandpijn. Uw week zit erop, u bent moe, u wordt in het theater of op restaurant of bij vrienden verwacht. De verleiding kan dan heel groot zijn om het probleem 'op te lossen' door snel wat antibiotica voor te schrijven.

> "75% van de gezondheidsprofessionals kent het verband tussen een behandeling met antibiotica en een verhoogd risico op een antibioticaresistente infectie. Dat blijkt uit en studie in een dertigtal Europese landen over de kennis en het gedrag op vlak van antibiotica bij gezondheidsprofessionals."
> *Bron: Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, 2019*

Hoe kunnen tandartsen dit vermijden?

Een mogelijkheid zou zijn om de agenda anders te organiseren. Sommige tandartsen doen dat ook al: op vrijdagavond wordt de agenda bijvoorbeeld van 16u tot 17u vrijgehouden voor noodgevallen. Op die manier is er voldoende tijd voor bijvoorbeeld een endodontische behandeling bij een acute pulpitis. En als er geen noodgevallen zijn, kan de tijd nuttig besteed worden aan bijvoorbeeld administratieve taken of gewoon een vroegere start van het weekend.

Patiënten hebben soms de reflex om eerst langs hun huisarts te gaan...

Dat klopt, maar daarover hebben we in België geen gegevens. Volgens een Britse studie gaan patiënten met een tandprobleem effectief naar hun huisarts om medicijnen, pijnstillers, antibiotica... te vragen, of omdat het niet bij hen opkomt om naar de tandarts te gaan. Nochtans is dat laatste het beste. Huisartsen zouden deze patiënten naar

Reacties en getuigenissen

"Deze richtlijn moest er komen om heel wat ongepaste of nutteloze voorschriften te vermijden. De info was al bekend, maar wordt hier duidelijk uiteengezet per type pathologie, met duidelijke aanbevelingen en argumenten. Kortom, een document om regelmatig te herlezen om een goede kennis op vlak van antibiotica te behouden."
Pierre Delmelle, tandarts, Brussel

"Het is extreem belangrijk om breed te blijven communiceren in de bevolking. Volgens mij wordt tandpijn te vaak geassocieerd met antibiotica, door patiënten maar soms ook door hun huisarts. Ook zelfmedicatie en het internet zijn onze vijanden in dit gevecht."
Jean-Charles Cambresier, endodontist, Gembloux

"Deze richtlijn stelt ons in staat het voorschrijven van antibiotica opnieuw in vraag te stellen. Ze is correct uitgedacht en samengevat. Huisartsen hebben de neiging hun toevlucht te nemen tot antibiotica, zeker wanneer de patiënt met tandpijn komt, terwijl dat niet nodig is."
Abdelhak Kiouah, tandarts, Brussel

"De richtlijn heeft mij in het bijzonder geholpen bij de keuze van alternatieven in het geval van penicilline-allergie, omdat ik sommige soorten antibiotica niet gebruik. Ik maakte bij de keuze ook geen onderscheid tussen IgE-gemedieerde allergieën of allergieën die dat niet waren. Ik heb ook de dosering bij kinderen aangepast. De richtlijnen zijn zeer gemakkelijk te gebruiken en toe te passen. Naar aanleiding van de richtlijn heb ik ook de verschillende soorten allergieën nog eens bekeken."
Clara Descombels, tandarts, Charleroi

de tandarts moeten sturen, want alleen een tandarts heeft de opleiding en de infrastructuur om een goede diagnose te stellen. Een huisarts kan bijvoorbeeld niet goed zien of het om een probleem met een implantaat gaat of om een gebroken tand onder een brug... Hij kan ook geen röntgenfoto's maken.

Moet het verantwoord voorschrijven van antibiotica ook opgenomen worden in de permanente vorming?

Dat zou een zeer goed idee zijn. We hopen dat de professoren tandheelkunde die hebben meegewerkt aan deze richtlijn, de inhoud van de richtlijn zullen opnemen in de opleiding tot tandarts en in de permanente vorming. Het KCE heeft in KCE Rapport 311 al voorgesteld om een systeem van verplichte permanente vorming over antibioticavoorschrift in te voeren, zoals dat nu al voor radiologie en radioprotectie geldt. Als tandartsen hun erkenning voor het gebruik van radioactieve straling willen behouden, moeten ze zich blijven bijscholen. Waarom zouden we de verplichting tot permanente bijscholing ook niet toepassen voor iedereen die antibiotica mag voorschrijven?

Hoe kijken tandartsen naar 'evidence-based' tandheelkunde en geneeskunde?

Ik denk dat het merendeel van de collega's er zeker het belang van erkent, maar natuurlijk is er nog een verschil tussen iets weten en het dan ook in de praktijk toepassen. Wanneer ik met sommige collega's over de richtlijn praat, in het bijzonder over indicaties waarbij antibiotica eigenlijk niet aangeraden worden, krijg ik antwoorden als: "Ja, maar bij mij werken die antibiotica echt wel." Eigenlijk kan je dat niet weten. Zonder een controlegroep kun je onmogelijk achterhalen waaraan het succes van je therapie te danken is. Is het behaalde resultaat het gevolg van de tandheelkundige behandeling? De antibiotica? Moeder natuur die wat tijd nodig had? De wil om het goed te doen is er zeker en vast, maar evidence-based geneeskunde in de praktijk toepassen is niet altijd eenvoudig.

Is die wil er ook op beleidsniveau?

Iedereen is ervan overtuigd dat er iets moet gebeuren. We hebben ook wat druk gevoeld vanuit het Europees Centrum voor Ziektepreventie en -Bestrijding (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC): tijdens de voorbereiding van KCE rapport 311, bezocht een delegatie van het ECDC België. Ze wilden bekijken welke stappen België al gezet heeft en nog zou moeten zetten in de strijd tegen antimicrobiële resistentie. Een van hun aanbevelingen was om een nationaal plan antimicrobiële resistentie op te stellen, en dat vanuit een *One Health* optiek. Met die optiek wordt bedoeld dat zowel de humane, veterinaire als milieusector de handen in elkaar slaan om een probleem aan te pakken. Gezien resistente kiemen zich kunnen verspreiden van dier op mens en omgekeerd en ook via het milieu (bijvoorbeeld water en mest), is dat de enige goede manier van aanpak. Intussen is er een nationaal actieplan One Health antimicrobiële resistentie, maar door de coronapandemie brandt het vuur nu op een lager pitje.

Worden de bijwerkingen van antibiotica voldoende gerapporteerd in klinische studies?

Eigenlijk niet. En dat is zeker niet alleen zo in de tandheelkundige studies, maar ook in de algemeen medische studies wordt er weinig aandacht aan besteed en worden ze vaak niet systematisch vermeld. Het is nochtans erg belangrijk dat een voorschrijver goed weet wat de mogelijke bijwerkingen zijn. Daarom hebben we hierover een extra hoofdstuk geschreven in de richtlijn waarin we de verschillende bijwerkingen bespreken en ook uitleg-

Lees verder op pagina 8

De twaalf indicaties die zijn opgenomen in de richtlijnen zijn:

1. Symptomatische onomkeerbare pulpitis in het melkgebit
2. Odontogene abcessen in het melkgebit
3. Symptomatische onomkeerbare pulpitis in het definitieve gebit
4. Symptomatische apicale parodontitis in het definitieve gebit
5. Symptomatische acute apicale abcessen in het definitieve gebit
6. Terugplaatsen van definitieve tanden na avulsie
7. Niet-chirurgische behandeling van agressieve parodontitis
8. Parodontaal abces in het definitieve gebit
9. Plaatsing van tandheelkundige implantaten
10. Extractie van definitieve tanden
11. Antibioticaprofylaxe bij patiënten met een (hoog) risico op infectieuze endocarditis bij tandheelkundige behandelingen
12. Antibioticaprofylaxe bij patiënten met gewrichtsimplantaten bij tandheelkundige behandelingen

ADVERTENTIE

Doorbraak in onderzoek hydroxyapatietvorming

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

CHICAGO, VS Hydroxyapatiet is een belangrijke component van de harde tandweefsels. Glazuur bevat het hoogste percentage van dit mineraal. Dysfunctionele hydroxyapatietmineralisatie kan leiden tot medische problemen, zoals cariës. Daarom is het begrijpen van de mineralisatie pathway van groot belang. Onderzoekers van de University of Illinois in Chicago hebben nieuwe ontdekkingen gedaan over de nucleatie en groei van hydroxyapatiet. Ze hopen dat deze nieuwe informatie zal helpen in de ontwikkeling van nieuwe medische behandelingen voor het genezen van bot- en tandlaesies.

"Tot op heden begrijpen we deze pathways nog niet goed, in het bijzonder de vroege fases waarin moleculen in structuren worden geschikt", zei coauteur professor Reza Shahbazian-Yassar, van de afdeling Mechanical and Industrial Engineering, in een persbericht van de universiteit.

De onderzoekers hebben in het experiment realtime hogeresolutiebeelden van het mineralisatieproces vastgelegd in een kunstmatig speekselmodel. Met behulp van een microapparaat werd het gebruik van een elektronenmicroscoop mogelijk gemaakt. Zo konden de minuscule chemische reacties in het model worden waargenomen.

Ze merkten op dat zowel directe als indirecte vorming van hydroxyapatiet kan plaatsvinden door lokale variaties in energieke pathways voor nucleatie en groei. "De controle over de ontbinding van amorf calciumfosfaat beïnvloedt de samenstelling van hydroxyapatietkristallen tot grotere aggregaten" ,zei Shahbazian-Yassar. Het gelijktijdige bestaan van deze pathways verklaart waarom verschillende onderzoeksgroepen andere of tegenovergestelde resultaten hebben gerapporteerd, vervolgde hij.

Daarnaast snappen de onderzoekers nu hoe nucleatie en groei van hydroxyapatiet op amorfe calciumfosfaatsubstraten kan plaatsvinden. Shahbazian-Yassar reageerde: "Door een beter begrip van deze pathways zijn wetenschappers één stap dichterbij het behandelen van tand- of botletsel of het voorkomen van hydroxyapatiet gerelateerde medische aandoeningen." Volgens Shahbazian-Yassar willen de onderzoekers hierna testen hoe moleculaire modificatoren het proces van biomineralisatie kunnen beïnvloeden. Dit is cruciaal voor het ontwikkelen van effectieve medicijnen. Het onderzoek, genaamd "Revealing nanoscale mineralization pathways of hydroxyapatite using in situ liquid cell transmission electron microscopy" is gepubliceerd op 18 november 2020 in Science Advances. ■

Vervolg van pagina 7

gen hoe antimicrobiële resistentie ontstaat. We hebben veel positieve reacties gekregen van tandartsen die zeggen dat ze niet op de hoogte waren van sommige bijwerkingen, en dat ze veel hebben gehad aan de informatie uit dit extra hoofdstuk.

Is een meer systematische melding van bijwerkingen in de medische literatuur nodig?

Absoluut. Anders hebben artsen de neiging enkel de positieve effecten van het antibioticum te zien, en niet de nadelen. Ook het brede publiek moet geïnformeerd worden. Men hoort soms onder vrienden of familie – los van een medische context – vreemde verhalen over hoe antibiotica in de praktijk genomen worden. Die illustreren dat dat niet altijd verstandig gebeurt. Op recepties of familiebijeenkomsten kan je dan zaken horen als: "Ik had zo veel bijwerkingen van die antibiotica dat ik gestopt ben ze te nemen." Of: "Ik heb de dosis op eigen houtje verminderd." Dergelijke suboptimale manier van antibioticagebruik draagt in zeer sterke mate bij aan het probleem van microbiële resistentie.

Wat waren de eerste reacties over de richtlijn?

We hebben veel positieve reacties gekregen. De richtlijn is op grote schaal verspreid, ook door de beroepsverenigingen in België, wat toch op hun interesse wijst. We hebben ze ook opgestuurd naar de European Society of Endodontology, die ze verspreid heeft naar haar 7.000 leden in Europa. Ook van hen hebben we positieve reacties gekregen. ■

De integrale tekst van de richtlijn is (gratis) te vinden op https://kce.fgov.be/nl/richtlijn-voor-het-rationeel-voorschrijven-van-antibiotica-in-de-tandartspraktijk.

ADVERTENTIE

kulzer.nl/try-one

Venus®

ONE
FOR THE
BASICS

NIEUW

Bestel uw kit nu voor maar € 99,-

ALL FOR THE
DETAILS

Dr. Edoardo Fossati, Turijn, Italië

Venus Diamond / Venus Pearl ONE Shade
De oplossing voor de meerderheid van de dagelijkse restauraties.

De juiste kleur, iedere keer weer! Door de verbluffende kleuradaptatie van de kleur ONE wordt de restauratie onzichtbaar en als het ware in de omringende dentitie opgenomen.

Eenvoudig te modelleren en hoogglans te polijsten. Het materiaal is prettig te verwerken en blijft mooi staan waardoor u efficiënt kunt werken en minder hoeft af te werken.

Bewezen buitengewone sterkte en slijtvastheid. Unieke TCD-monomeer zorgt voor zeer hoge breukweerstand en minimaal risico op chipping; al meer dan 10 jaar klinisch bewezen.

Een Venus Pearl ONE Kit bevat 2x 3g spuitjes of 30 PLT's én 4 ml iBond Universal

Meer informatie over het totale assortiment van Venus Pearl of Venus Diamond?
Bel Kulzer Benelux +31 (0)23 543 42 50
of mail info-benelux@kulzer-dental.com

KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

© 2020 Kulzer GmbH. All Rights Reserved.

Algemeen practicus en docent communicatie Albert Smith

“Betere communicatie leidt tot een beter behandelresultaat”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Kwetsbare ouderen, agressieve, angstige of intimiderende patiënten, kinderen die mogelijk misbruikt zijn, patiënten met een andere culturele achtergrond of met geringe gezondheidsvaardigheden: je komt ze allemaal tegen in de praktijk. Hoe kun je ook met hen op een effectieve en goede manier communiceren? Dat staat centraal in het recent verschenen AccreDidactprogramma *Effectief communiceren in de tandartspraktijk*, dat bestaat uit e-learning en een papieren naslagwerk. *Dental Tribune* spreekt erover met auteur Albert Smith. Een interview met goede afloop.

Waarom dit nascholingsprogramma over professioneel communiceren?
Communiceren was altijd al, maar zeker tegenwoordig, een belangrijk onderdeel van het werk als tandarts. Deze cursus is gericht op de algemeen practicus met enige jaren werkervaring en richt zich voornamelijk op probleemsituaties in de praktijk en de lastige gesprekken. Zelfs ervaren tandartsen blijken toch nog wel problemen te hebben om een lastig gesprek tot een goed einde te brengen. Veel klachten hadden voorkomen kunnen worden door betere communicatie. Uit recent onderzoek blijkt dat patiënten vinden dat de communicatie tussen tandarts en patiënt voor verbetering vatbaar is. De meeste conflicten komen voort uit verschillen in de verwachtingen van de gesprekspartners, of onvoldoende informatie over behandelopties of consequenties van behandelen.

Waarin verschilt professioneel communiceren wezenlijk met een alledaags gesprek?
In een alledaags gesprek met vrienden en kennissen is de relatie tussen mij en mijn gesprekspartner ongeveer gelijkwaardig en zijn we beiden verantwoordelijk voor het verloop van het gesprek. Als ik bijvoorbeeld als docent met een student spreek, is de hiërarchie anders en ben ik verantwoordelijk voor de conversatie. Ook de tandarts-patiëntrelatie is ongelijkwaardig, in die zin dat een patiënt afhankelijk van de tandarts is voor de nodige behandeling. Het ontbreekt de patiënt ook aan kennis om beslissingen te kunnen maken. Het is aan de tandarts om die ongelijkwaardigheid wat te laten verdwijnen en te zorgen dat het gesprek goed verloopt. De tandarts moet de patiënt ruimte geven om zijn mening te geven, maar hij moet wel de regie houden en niet te veel afwijken van waar het om gaat.

Wat gaat er nog vaak mis in de communicatie en wat zijn de valkuilen?
Wat er vaak fout gaat, is dat we ons laten leiden door onze emoties en daardoor intuïtief reageren op patiënten, zoals we dat ook in alledaagse gesprekken doen. Ik noem als voorbeeld de tandarts die geïrriteerd of boos reageert als een patiënt een advies niet goed opvolgt. Vervolgens spreekt hij de patiënt vermanend toe en herhaalt op luide toon de adviezen. Dat moet je zien te voorkomen, want je weet niet waarom het de patiënt niet gelukt is. Je kunt dus beter doorvragen. Bij kritiek moet je ook niet direct in de verdediging schieten, want dat lokt meestal weer tegenreacties uit. Soms moet je in een gesprek contra-intuïtief reageren, op zo’n manier dat je het gesprek goed in de hand kunt houden. Je kunt op verschillende manieren communiceren: op inhoudelijk niveau, dus waarover het gaat; op procedureniveau, wat de agenda is; op gevoelsniveau en op interactieniveau, hoe we met elkaar omgaan. Een valkuil is vaak dat we op een bepaald niveau blijven communiceren, terwijl het probleem op een ander niveau zit. Vaak wordt vergeten te schakelen naar het goede niveau. Je moet niet bij de inhoud blijven als de patiënt geëmotioneerd is. Dan moet je eerst die emoties aanhalen, omdat op dat moment toch niet naar de inhoud wordt geluisterd.

Waarom is het belangrijk om de emoties van de patiënt te benoemen?
Op het moment dat je verbaal of non-verbaal merkt dat er emoties spelen bij een patiënt zou ik daar aandacht aan besteden en op reflecteren. Bijvoorbeeld: ‘Ik merk dat u wat geïrriteerd raakt.’ Als je dat doet, krijgt de patiënt het idee dat je je probeert in te leven in zijn situatie en er begrip voor hebt. Dan zul je zien dat die emotie meteen al een kleinere rol gaat spelen. Je reactie moet wel passen bij de intensiteit van de emotie. De neiging bestaat vaak om de emotie te klein te reflecteren in de hoop dat deze daardoor niet de overhand krijgt, maar dan loop je het gevaar dat de patiënt denkt dat je zijn emotie bagatelliseert.

Algemeen practicus en docent communicatie Albert Smith.

Kun je als zorgverlener je eigen emoties beter weghouden uit het gesprek?
Je hoeft je emoties niet te verbergen voor de patiënt, maar je moet je er niet door laten meeslepen. Je mag best aangeven dat je iets heel vervelend vindt, of dat je teleurgesteld of boos bent. Maar doe dat op een neutrale en niet-veroordelende toon.

Leidt een betere communicatie tot een beter behandelresultaat?
Goede communicatie leidt, denk ik, tot betere gezondheid. Zeker als de communicatie goed is, je verbale en non-verbale uitingen van de patiënt oppakt … en vooral goed luistert. Dat laat je merken door door te vragen en te reageren op wat de patiënt zegt, en door samenvatten of parafraseren. De patiënt voelt zich dan gehoord en begrepen. Die wil een tandarts die onbevooroordeeld en persoonsgericht communiceert, en begrip en empathie toont. Uit alle onderzoeken blijkt dat patiënten die vinden dat ze een goede relatie hebben met hun zorgverlener beter adviezen opvolgen en de kwaliteit van de behandelingen hoger inschatten, of dat nu waar is of niet. Dat betekent dat je meer gedaan krijgt bij de patiënt, meer preventief kunt werken en de gezondheid van de patiënt dus beter wordt.

Hoe zorg je voor een eerste goede communicatie en daarmee goede indruk?
Een eerste indruk wordt heel snel gevormd en een gevormde indruk is lastig weer te veranderen. Laat een patiënt die de eerste keer komt niet te lang in de wachtkamer zitten, want dat geeft geen goede indruk. En neem extra tijd voor het eerste bezoek, bijvoorbeeld een half uur. Probeer dan de verwachtingen goed uit te vragen en vast te leggen. Vraag goed door over de problemen en wensen van de patiënt, zodat die zich begrepen en gehoord voelt. Dat is zo belangrijk, en dan heb je al heel veel gewonnen. Een beetje meer tijd in het begin verdient zich in het verloop van de relatie altijd terug. Vergeet niet: *you never get a second chance to make a first impression*.

Er blijkt verschil te zijn tussen mannelijke en vrouwelijke communicatie. Hoe zit dat en hoe laat zich dat zien in de behandelkamer?
Er zijn verschillen tussen spreek- en adempauzes van mannen en vrouwen in conversatie. Mannen nemen over het algemeen wat kortere pauzes. Regelmatig denkt de man dat de vrouw is uitgesproken, terwijl zij dan een net iets langere adempauze nam dan hij verwachtte. Dan begint de man te spreken, terwijl de vrouw zich geïnterrumpeerd voelt. Die voelt zich dan genegeerd. Daar moeten mannen dus een beetje voorzichtig in zijn. Zelf moeten ze iets meer stiltes laten vallen in een conversatie en niet te snel een volgend onderwerp aansnijden.

36% van de patiënten heeft lage gezondheids-vaardigheden

In het AccreDidactprogramma wordt ook aandacht besteed aan seksuele intimidatie door patiënten. Hoe kun je daar als zorgverlener mee omgaan?
Ik ken geen cijfers, maar het komt regelmatig voor, meestal ten opzichte van vrouwen, maar soms ook naar mannen. Ik merk bijvoorbeeld dat vrouwelijke studenten soms vervelende opmerkingen krijgen. Het blijkt dat mensen die normaal assertief reageren dat niet doen als het gaat om seksuele intimidatie, terwijl het toch veel impact kan hebben. Misschien omdat het ongemakkelijk is, of omdat ze bang zijn voor een reactie als ze er wat van zeggen. Dezelfde opmerking kan overigens de ene keer voelen als seksuele intimidatie en de andere keer als compliment. Dat hangt van de context af en van de subjectieve beleving van de ontvanger. Als je wil dat het ophoudt, moet je er iets van zeggen. Het beste doe je dat door op ernstige, neutrale toon het gedrag te benoemen en niet op de man te spelen. In de ik-vorm, omdat je daarmee duidelijk maakt dat het subjectief is, zeg je dat je het gedrag vervelend vindt, dat je er niet van gediend bent en dat je wilt dat het ophoudt. Bijvoorbeeld: ‘Ik heb het gevoel dat je steeds opmerkingen maakt over mijn uiterlijk, wil je daarmee ophouden? Ik vind dat onprettig.’ Je maakt een opmerking over het gedrag, maar geeft geen kwalificatie over de persoon. Doe het ook zonder glimlach, want anders zend je het signaal uit dat je het niet zo erg vindt.

En humor?
Dat kan heel goed werken. Maar het is ook wat gevaarlijk, want de een heeft een ander gevoel voor humor dan de ander. En het moet je ook liggen.

Wat kan je als zorgverlener doen als je met agressie geconfronteerd wordt?
Benoemen wat het met je doet, grenzen stellen en aangeven dat je er niet van gediend bent. Ook hier weer op een neutrale en rustige toon en niet met stemverheffing. Een klein beetje meeveren werkt vaak wel goed. Agressie tegen zorgverleners neemt wel toe, blijkt uit onderzoek.

Moet een tandarts een halve of misschien wel een hele psycholoog zijn?
Als er iets fout is gegaan in de communicatie zeggen tandartsen ter verontschuldiging wel dat ze ook geen psycholoog zijn. Maar een goede tandarts moet basiskennis hebben van gedragswetenschappen als psychologie, sociale psychologie en sociologie, want anders kun je jezelf nooit goed in een ander verplaatsen en kun je nooit begrip en empathie tonen. Om iemand te kunnen coachen in gedragsverandering moet je toch wel kennis hebben van psychologie, en weten wat mensen drijft en motiveert.

Volgens uw boek heeft 36% van de patiënten lage gezondheidsvaardigheden, dus moeite om informatie te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Wordt dit probleem onderschat?
Ja, ik denk dat hulpverleners het vaak niet herkennen. Je legt iets uit en vraagt of iemand het begrepen heeft of nog vragen heeft. Mensen met lage vaardigheden durven vaak geen nee te zeggen of vragen te stellen, want daar schamen ze zich voor. Daar wordt dus vaak te gemakkelijk overheen gekeken. Dit zijn ook mensen die moeite hebben met schrijven, lezen of rekenen. In de cursus geven we tips om dat te leren herkennen.

Wat zijn de belangrijkste communicatieve vereisten in het omgaan met patiënten met een andere culturele achtergrond?
Zeker in een omgeving met veel verschillende achtergronden kun je nooit op de hoogte zijn van alle ins en outs van alle culturen. Heb je veel patiënten uit een bepaalde cultuur, dan zou ik wel proberen me daarin wat te verdiepen. Zodat je beter begrijpt hoe mensen denken, bijvoorbeeld over gezondheid. Wat echt belangrijk is, is dat je openstaat voor andere meningen over wat gezondheid is en over de oorzaken van ziekte. Dat kun je doen door verkennende vragen te stellen. Doe dat op

Lees verder op pagina 10

Biografie Albert Smith

Na zijn afstuderen als tandarts in 1983 in Groningen was Albert Smith kort research assistent bij de afdeling Sociale Tandheelkunde en reisde hij vijf maanden door Zuid-Amerika. Vervolgens werkte hij vier jaar als tandarts, vooral op het gebied van public health, in Malawi. In Californië behaalde hij daarna een master in public health en werkte hij ongeveer acht jaar op dat gebied in Amerika. Vanaf 1997 was terug hij terug in Nederland, waar hij een praktijk in Haren begon en bij de universiteit Groningen docent communicatie werd. Praktijk en onderwijs combineert hij nu nog steeds.