

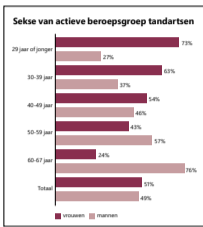
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper 

NEDERLANDSE EDITIE

nl.dental-tribune.com

Jaargang 14, nr. 3



FEITEN & CIJFERS

Meer dan helft tandartsen vrouw

Pagina 4



TANDARTSEN ONDER ÉÉN DAK

Tussen solo praktijk en grote keten

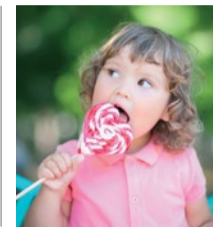
Pagina 5



INTERVIEW

Stijn van Merendonk: "Laat patiënt zelf zijn motivatie uitspreken"

Pagina 8-9



BUITENLANDS NIEUWS

Suikertaks kan aantal tandextracties bij kinderen verminderen

Pagina 12



Lisette van der Harst (l) en Saskia den Hartog (r) winnaars PreventiePrijz 2024

"Wij willen praktijken stimuleren een glimlach door te geven"

Lees meer op pagina 11

FOTO: CHALANA SMISSAERT

Voorjaarscongres Ivoren Kruis

10 jaar Gewoon Gaaf: feest van preventie

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

UTRECHT Het Ivoren Kruis stelde zijn voorjaarscongres, dat 20 april gehouden werd in de Jaarbeurs te Utrecht, in het teken van Gewoon Gaaf. Deze preventiemethode bestaat tien jaar in Nederland. Tijd om er uitgebreid bij stil te staan. Kindertandarts Lina Jasulaityte noemde dit jubileum een feest van preventie dat gevierd moet worden.

De basis voor Gewoon Gaaf ligt in Nexø, een stadje op een afgelegen Deens eiland. In de jaren tachtig van de vorige eeuw hadden veel inwoners een slechte mondgezondheid en hadden de kinderen veel cariës. Het tandartspaar Mauri Erik Christian Christiansen en Jette Christiansen startte er een tandartspraktijk en besloot het heel anders dan gebruikelijk aan te pakken. Ze introduceerden in hun praktijk een intensief programma van schoonmaken en reinigen van het gebit. En ook besteedden ze veel aandacht aan preventie en voorlichtingsgesprekken met kinderen en ouders over mondhygiëne. Afhankelijk van de gebitssituatie van de kinderen werden de afspraken geïntensiveerd, soms om

de drie maanden. Net zo lang totdat de gebitten van de kinderen verbeterden. Kinderen waren gewend pas met 3 jaar voor het eerst naar de tandartspraktijk te komen, maar dat werd ver-

vraagd naar 8 maanden. De kleintjes konden zo langzaam wennen en kwamen niet pas bij problemen.

Het project sloeg aan, mede omdat ouders open stonden voor communicatie. In de jaren tachtig en negentig verbeterde de gebitssituatie dan ook aanzienlijk. Bij cariës werd de methode van Non-operative Caries Treatment Program (NOCTP) toegepast.

Hoewel Jette Christiansen en haar man al zo'n twintig jaar met pensioen zijn, vertelde ze op het congres nog vol vuur over het succesvolle project. Over de hele wereld trok het de aandacht. Ook in Nederland werd het een aantrekkelijke methode gevonden. Velen bezochten het Deense eiland en iedere relevante wetenschappelijke tand-

Lees verder op pagina 10 ▶



FOTO: CHALANA SMISSAERT

Monddouches effectief tegen gingivitis

TEKST: HEDWIG FOSSEN

AMSTERDAM Op 25 april promoveerde de Amerikaanse Deborah Lyle aan ACTA op haar onderzoek over de effectiviteit van monddouches. De uitkomst? Monddouches kunnen in minder dan vier weken al significante verbetering in bloedingsscores bewerkstelligen. Daarmee vormen ze een effectief hulpmiddel om gingivitis te bestrijden.

Wereldwijd hebben ongeveer 3,5 miljard mensen last van mondziekten. Vooral in landen met lage en middeninkomens is er een toename van orale aandoeningen. Gingivitis komt zelfs voor bij ongeveer 90% van de bevolking en kan overgaan in onomkeerbare parodontitis. Een slechte mondgezondheid heeft een negatieve invloed op de algehele gezondheid, maar ook op de psychische gezondheid. Het kan het zelfvertrouwen beïnvloeden en gevolgen hebben voor sociale relaties en werk.

"Ik ben gedurende mijn loopbaan steeds enthousiaster geworden over de monddouche," vertelt Deborah Lyle online vanuit huis in New Jersey. De monddouche werkt door middel van een pulserende straal water die je onder druk tussen de elementen en de

gingiva spuit. "Toen ik de opleiding tot mondhygiënist deed, leerde ik van mijn docenten dat de monddouche niet effectief is. Mijn vader gebruikte toentertijd al een monddouche en ik raadde hem dit af, maar hij bleef er toch gebruik van maken. Toen ik begon te werken in de praktijk zag ik dat mensen die de monddouche gebruikten heel gezonde gingiva hadden. Daar wilde ik meer van weten."

Lyle dook toen de onderzoeken in en kreeg in 1991 een baan bij Waterpik, waar ze directeur klinisch onderzoek werd. "Ik was uiteindelijk helemaal overtuigd van dit mondverzorgingsproduct en wilde de kennis erover graag naar buiten brengen. Het was ook een perfect onderwerp voor een promotieonderzoek om mijn loopbaan mee af te sluiten. Mijn vader heb

ik uiteindelijk gelijk moeten geven, helaas," vertelt ze lachend.

In haar onderzoek vergeleek Lyle een groep gingivitispatiënten die alleen een handtandenborstel gebruikte met een groep die de handtandenborstel combineerde met de monddouche. Daarnaast vergeleek ze een groep die een elektrische tandenborstel gebruikte met een groep die de elektrische tandenborstel combineerde met de monddouche. In beide gevallen lieten de groepen die het poetsen aanvulden met de monddouche in vier weken significant meer verbetering in bloedingsscores zien dan de groepen die alleen poetsen.

Dat de monddouche effectief is om gingivitis onder controle te krijgen, was geen verrassing voor Lyle. Maar dat het zo snel verbetering liet zien bij de vergelijking van individuele patiënten, vond ze wel verrassend. "In minder dan vier weken verbetering in bloedingsscore is heel snel," zegt Lyle. De gemiddelde bloedingsscore van 60% bij aanvang was in vier weken afgenomen tot 23%. Dit is een verandering van 37%, waarbij 281 van



Deborah Lyle.

de 444 (63%) proefpersonen een bloedingsscore van minder dan 20% bereikten en 16% van de proefpersonen een bloeding van minder dan 10%. Hoewel het product al sinds de jaren zestig bewezen effectief is, maken maar weinig mensen gebruik van de monddouche. Hoe kan dat? "De monddouche was geen onderdeel van het onderwijs. Nu is de monddouche

wereldwijd in onderwijsprogramma's en studieboeken opgenomen, waardoor meer mondzorgprofessionals zich bewust zijn van de effectiviteit."

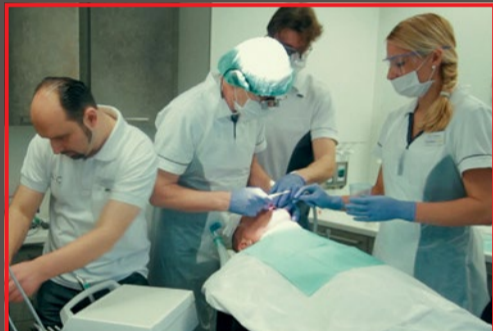
De meeste van Lyles onderzoeken zijn gesponsord door Waterpik, maar het bedrijf had geen invloed op het verzamelen en analyseren van data, stelt Lyle. De onderzoeken zijn uitgevoerd bij het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) of een onafhankelijke klinische onderzoeksorganisatie. "Alle bedrijven voor mondzorgproducten sponsoren hun eigen productonderzoek, omdat het geld voor commerciële producten niet vanuit de overheid of universiteiten komt. Bedrijven willen consumenten een goed product bieden dat be-

wezen effectief is." Lyle hoopt dat mondhygiënisten en tandartsen de monddouche standaard in hun repertoire opnemen om patiënten aan te bieden. "Je mondzorgadvies is natuurlijk heel patiëntafhankelijk. Maar dit onderzoek geeft het sluitende bewijs dat de monddouche goed deel kan uitmaken van je mondzorgadvies." ■

ONDER NARCOSE BEHANDELEN IN UW EIGEN PRAKTIJK?



Anesthesia & Intensive Care Services



Anesthesia & Intensive Care Services B.V.:

AIC is gespecialiseerd in het verzorgen van hoogwaardige medische zorg binnen de anesthesiologie en intensive care geneeskunde.

Met ons **VOLWAARDIG MOBIEL ANESTHESIETEAM** inclusief apparatuur, monitoring, medicatie, gasvoorziening, disposables en al het nodige personeel kunnen wij op een voor u wenselijke locatie op 4 behandelkamers tegelijk algehele anesthesie toedienen aan uw cliënten, zonder dat u ook maar iets hoeft aan te passen aan de inrichting van uw kliniek.

Tandheelkundige klinieken die behandelingen onder algehele anesthesie willen aanbieden:

Als u aan uw cliënten behandelingen onder algehele anesthesie wilt aanbieden zonder dat u dure investeringen hoeft te doen in uw kliniek, dan bent u bij ons aan het juiste adres. Wij kunnen met ons **MOBIEL ANESTHESIETEAM** in elke kliniek op 4 behandelkamers tegelijk volledig de anesthesie verzorgen zonder dat u daar naar hoeft om te kijken. Wij zijn volledig selfsupporting.

Wij kunnen in elke tandartspraktijk de anesthesie verzorgen. Uw praktijk hoeft dus niet aan speciale voorwaarden te voldoen!!

Bel voor een gratis en vrijblijvende offerte:

Schroom niet om te bellen of te emailen voor een gratis en vrijblijvende offerte. Zonder enige verplichting komen wij graag bij u langs om de situatie in uw kliniek te beoordelen en de wensen en mogelijkheden met elkaar te bespreken.

Anesthesia & Intensive Care Services B.V.

Weena 1197
3013 AL Rotterdam
Tel: + 316 247 257 37
www.aicservices.nl
info@aicservices.nl



Winnaars PreventiePrijs 2024

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Met het project 'Geef een glimlach door' werden Lisette van der Harst en Saskia den Hartog de winnaars van de PreventiePrijs 2024. De prijsuitreiking vond plaats tijdens het voorjaarscongres van het Ivoren Kruis op 20 april in Utrecht.

In het begin van de coronatijd in 2020 kwamen Van der Harst en Den Hartog van Smiles.World op het idee om via mondzorgpraktijken tandenpoetspakketten te laten uitdelen aan voedselbanken in hun buurt. Zo zouden kinderen van 0-18 en hun ouders worden gestimuleerd tot betere mondverzorging. Het idee sloeg aan en werd twee jaar later ook uitgerold op Curaçao. De jury, bij monde van Ina Steenbruggen, prees het initiatief omdat het mondzorgpraktijken een mooie gelegenheid biedt buiten de muren van de eigen praktijk te kijken. En het initiatief sloot aan bij bestaande systemen en projecten rond risicogroepen. Dat biedt de mogelijkheid het project structureel voort te zetten. Behalve op Curaçao is het volgens de jury ook goed mogelijk om dit soort initiatieven uit te rollen in andere landen.

De winnaars presenteerden hun project met groot enthousiasme

De PreventiePrijs 2024 kwam er op initiatief van het Ivoren Kruis en *Dental Tribune*, die hiermee interventies en projecten op het gebied van individuele of collectieve preventie onder de aandacht wilden brengen. Het Ivoren Kruis en *Dental Tribune* hopen dat goed werkende projecten navolging krijgen en dat andere mondzorgver-



V.l.n.r.: jurylid Ina Steenbruggen, Christine Van Meir, Lisette van der Harst, Saskia den Hartog, Lodewijk Gründemann en jurylid Paulette Bröcker.

leners gestimuleerd worden nieuwe initiatieven te ontplooiën. De inzendingen varieerden van creatieve voorlichting aan de stoel tot aan complete preventieprogramma's en multimediale projecten. Uit negentien initiatieven van veertien inzenders werden drie projecten genomineerd. Die drie prijswinnaars kregen een geldbedrag en een oorkonde, mede mogelijk gemaakt door sponsor Colgate. Verder mochten ze een boek, met speciaal ontworpen boekenlegger, uitzoeken uit de collectie van uitgeverij Prelum.

De tweede prijs ging naar het Vlaamse project 'Wees gek op je bek!' van Christine Van Meir, van Tandartspraktijk in Brecht, België. Dit project richt zich op het speciaal onderwijs, waar kinderen met een motorische en/of cognitieve beperking op speelse wijze worden gestimuleerd tot tandenpoetsen. De jury prees de uitdaging om met

deze moeilijke doelgroep aan de slag te gaan. Uit onderzoek bleek dat het project aansloeg en dat de samenwerking met onderwijzend personeel en ouders tot succes leidde. Ook dit project kan duurzaam worden voortgezet.

De derde prijs tot slot is er voor het project Dental Coach, dat ontwikkeld is door de parodontologen Lodewijk Gründemann en Melle Vroom van Parodontologie Praktijk Friesland. Met behulp van digitale middelen als de computer en een speciaal ontwikkelde app verbeterden zij de communicatie tussen mondzorgverleners en patiënten en zetten zij aan tot betere mondhygiëne. De jury vindt dit een mooi voorbeeld van een innovatieve aanpak aan de stoel en thuis, waarbij goed en efficiënt gebruik wordt gemaakt van e-health en van de nieuwste inzichten in gedragsveranderingstheorieën. De app bevat mogelijkheden voor een

gepersonaliseerde poetstimer, automatische voedings- en bewegingsanamnese, motivatieberichten en instructie filmpjes.

De initiatiefnemers van de drie genomineerde projecten mochten op het congres van het Ivoren Kruis hun project in twee minuten over het voetlicht brengen. Dat deden ze met verve en groot enthousiasme. Hun gezamenlijke boodschap was dat geïnteresseerden vooral contact met hen moeten opnemen voor verdere samenwerking of voor het bespreken van nieuwe ideeën.

De jury bestond uit Ina Steenbruggen, Paulette Bröcker, Cor van Loveren, Fridus van der Weijden en Reinier van de Vrie. ■

Zie DT 2024-1, p. 4-5 voor een weergave van de genomineerde projecten.



Column
Reinier van de Vrie

Pleistertje graag

Laatst was ik ter voorbereiding op een operatieve ingreep in een niet nader te noemen academisch ziekenhuis. Zoals dat gaat willen ze je dan helemaal doorlichten en moest ik helemaal door de molen. Bij het verlaten van een van de ruimtes waar een mooie opname van me was gemaakt kreeg ik de deur niet goed van het slot. Met enig forceren lukte het dan toch, maar doordat er een scherp randje aan het slot zat, verliet ik de ruimte met een bloedende vinger. Kennelijk heb ik iets met sloten op deuren, want een paar maanden daarvoor moest ik door een slot ook al bloedend de toiletruimte in een trein verlaten. Dat draaide ook niet soepel. Of ik mis de souplesse.

In het ziekenhuis depte ik met wat toilet papier het bloed. De volgende afspraak was met een ziekenhuisapotheker die mijn geneesmiddelengebruik wilde doorlichten. Alsof ze dat al niet allemaal op een rij hebben staan. De betrokken man leefde nog in de coronatijd. Tussen ons in stonden twee lange tafels en een spatscherm. Stug werkte hij in een flink tempo zijn lijstje vragen af. Ok, gewoon maar even mee doen. Toen ik iets moest opschrijven, ontdekte ik dat mijn vinger toch weer was gaan bloeden. Lastig omdat alles wat je aanraakt dan onder het bloed komt. Of hij een pleistertje had. Niet op of omkijkend was het antwoord kortweg: "nee". En gewoon verder met zijn lijstje. Ik had iets meer empathie verwacht.

Die kreeg ik daarna wel bij een receptionist, zij het dat die ook geen verbanddoos had klaarstaan. Maar ze was wel zo vriendelijk op zoek te gaan. En inderdaad kwam ze terug met pleisterwerk, twee minuscule pleistertjes weliswaar. Een voor het moment en kennelijk een voor het volgende slot waar ik ruzie mee zou krijgen. Toch wel verbazingwekkend dat je in een ziekenhuis zoveel moeite moet doen om een simpel wondje te stelpen. Je kunt geloof ik beter met een ambulance naar binnen worden gebracht om adequaat geholpen te worden...

Brengt me bij de vraag of de balie-assistent van uw praktijk beschikt over een paracetamolletje als een patiënt met kiespijn daar in hoge nood om vraagt. En een pleistertje voor een bloedende vinger?

In het ziekenhuis stond toen alleen nog een ontmoeting met een anesthesist op het programma. Dat werd een heel geanimeerd gesprek met een leeftijdsgenoot over de belangrijke zaken in het leven. En ook nog even over de komende ingreep. Dat oversteeg verre de klantvriendelijkheid van de apotheker. Zo ging ik – zij het enigszins gewond – toch nog goedgemutst huiswaarts.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en hoofdredacteur van *Dental Tribune Nederland*.

Contact: vrie@dental-tribune.nl

Strijd tegen de tandenpoetsproblemen bij kinderen: de Uitblinkers hebben het antwoord!

Maak kennis met de Uitblinkers-training, een gespecialiseerde gespreksmethodiek voor zorgverleners, gebaseerd op opvoedkundige principes, om ouders te coachen in het verbeteren van het poetsgedrag van kinderen tussen 2 en 10 jaar. De training richt zich op het identificeren en overwinnen van barrières die het tandenpoetsen bij kinderen bemoeilijken en benadrukt het aanleren van opvoedkundige vaardigheden.

Deze methodiek is ontwikkeld in samenwerking met experts uit de pedagogiek en psychologie, en bouwt voort op twee academische proefschriften van het ACTA. Dankzij haar effectiviteit is Uitblinkers uitgeroepen tot preventieproject van het jaar in 2020 én 2021. De training combineert interactieve e-learningmodules, een intensieve praktijkdag en een online terugkomdag voor gerichte feedback, waarmee je je vaardigheden verder ontwikkelt en verfijnt. Bovendien kun je met deze cursus 11 accreditatie nascholingspunten (KRM en KRT) verdienen, een waardevolle toevoeging aan je professionele ontwikkeling.

Wat is nieuw in de Uitblinkers-training?

We hebben onze benadering verfrist met een evenwichtige mix van theorie en praktijk die je vaardigheden naar een hoger niveau tilt:

- Interactieve e-learningmodules: Drie uur durende modules verrijkt met teksten, video's, animaties en interactieve vragen verdiepen je kennis van opvoedkundige principes en bieden praktische toepassingen voor dagelijks gebruik.
- Praktijkgerichte trainingsdag: Een zes uur durende sessie op een inspirerende locatie waar je door middel van directe instructies, groepsdiscussies, hands-on oefeningen en

uitblinkers training

persoonlijke reflectie de methodiek snel onder de knie krijgt.

- Ondersteunende materialen: Je ontvangt speciaal ontworpen kaarten en andere tools die je direct in je praktijk kunt implementeren.
- Online terugkomdag: Een sessie waarin je gerichte feedback ontvangt op basis van door jou opgenomen videomateriaal, om je technieken verder te verfijnen.

Na de training ben je in staat om:

- De specifieke uitdagingen en barrières te identificeren die ouders tegenkomen bij het poetsen van de tanden van hun kinderen.
- Maatwerkadvies en -begeleiding te bieden afgestemd op individuele behoeften en situaties van gezinnen.

- Een toolkit te gebruiken die je helpt bij het implementeren van de geleerde vaardigheden, waardoor je ouder en kind effectief naar betere mondhygiëne leidt.

Schrijf je nu in en verdien nascholingspunten!

Aanmelden voor de training? De trainingsdag op 11 oktober en loopt snel vol, Zorg dat je erbij bent. Er is plaats voor max. 30 mensen om voldoende interactie te garanderen. Reserveer jouw plek voor het te laat is! Ga naar www.prelum.nl/uitblinkers-training of scan de QR-code. ■



Feiten & Cijfers

Meer dan de helft tandartsen vrouw

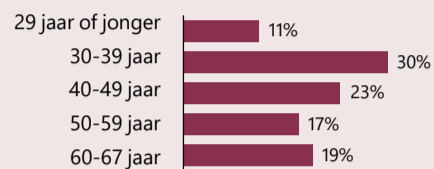
Per januari 2024 is voor het eerst meer dan de helft (51%) van de actieve beroepsgroep van tandartsen vrouw. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2006. Er heeft een gestage opkomst

van vrouwen binnen het tandartsenvak plaatsgevonden. In de categorie van 60 t/m 67 jaar is zo'n 24% vrouw, terwijl dit in de groep van 29 jaar of jonger 73% is.

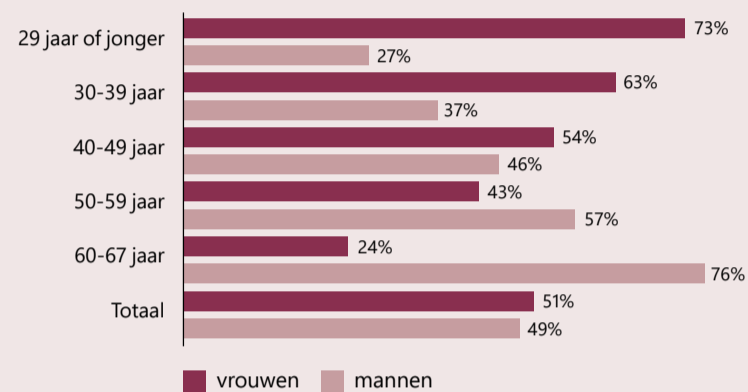
Tandartsen hebben een gemiddelde leeftijd van 45 jaar. Ruim 40% van de tandartsen is 39 jaar of jonger en bijna 36% is tussen de 50 en 67 jaar. Voor de bepaling van de actieve beroepsgroep wordt uitgegaan van degenen van 67 jaar of jonger van wie bij de KNMT een woon- en/of werkadres in Nederland bekend is. Dat zijn per januari 9.596 tandartsen. ■

Bron: staatvandemondzorg.nl

Leeftijd van actieve beroepsgroep tandartsen



Sekse van actieve beroepsgroep tandartsen



Quiz

1. Roken is een absolute contra-indicatie voor parodontale chirurgie.

- a. Juist
b. Onjuist

2. Een donorelement (autotransplantatie) waarvan de wortel volledig is afgevoerd, wordt vitaal verplaatst.

- a. Juist
b. Onjuist

Antwoorden quiz pagina 14

ADVERTENTIE





Restorations with JUST ONE SHADE

De universele composiet Transcend zorgt voor een ongekennde kleuraanpassing met maar één kleur ("Universal Body") dankzij de gepatenteerde Resin Particle Match™-technologie. Hierdoor is geen opaker nodig. Transcend heeft ook vier dentine- en twee glazuurkleuren voor als u liever in lagen werkt.

Voor



Na





Diepe verkleuringen door amalgaam vormen voor tandartsen een van de lastigste situaties bij het maken van restauraties. In dit geval werd alleen Transcend-composiet (kleur "Universal Body") gebruikt om de amalgaamvulling te vervangen. Er was geen opaker nodig. Wat opvalt is de uitstekende kleurovergang bij de behouden distopalatinale knobbel.



Scan de QR-code voor meer informatie of ga naar ultradentproducts.nl/transcend



eu.ultradent.blog

ULTRADENTPRODUCTS.NL

© 2024 Ultradent Products, Inc. Alle rechten voorbehouden.

Column
Richard Mastwijk



Wegkijken is naïef

Aan het ouder worden zitten voor- en nadelen. De nadelen zijn vaak van fysieke aard en geven een beperking in de (sportieve) dingen die je nog kunt doen. Natuurlijk zijn deze fysieke beperkingen er om te worden overwonnen, bijvoorbeeld door gedisciplineerd te trainen. Met die discipline ben ik er in april nog in geslaagd om de marathon van Rotterdam, de mooiste, uit te lopen. De podiumplaatsen zijn royaal uit het zicht natuurlijk, maar de voldoening is er niet minder om. De voordelen zijn dat je inmiddels een schat aan ervaring hebt, ervaring die de jonge generatie ontbeert. Zo weet je als oudere wat van bepaalde ontwikkelingen de gevolgen kunnen zijn. In dat kader wil ik nogmaals aandacht vragen voor de Wet Verduidelijking beoordeling arbeidsrelaties en rechtsvermoeden (VBar). Ik hoor in gedachten al een aantal lezers zuchten en denken: daar komt hij weer met een verhaal over de VAR, de DBA en alles wat er fout kan gaan. Toch wil ik u graag meenemen naar de ervaring die ik opdeed aan het begin van mijn carrière. Midden jaren tachtig speelde er een zaak bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB) die door een medewerker van een fysiotherapiepraktijk was aangespannen tegen de BVG, het toenmalige UWV. De betreffende medewerker, een zzp'er avant la lettre, stelde zich op het standpunt dat de arbeidsrelatie met de praktijkhouder was aan te merken als een arbeidsovereenkomst. Met als ultiem doel het verkrijgen van een WW-uitkering. Tegen de verwachtingen in stelde de CRvB de medewerker in het gelijk. Dit had tot gevolg dat het UWV alle praktijken ging toetsen op basis van deze jurisprudentie en in bijna alle gevallen een dienstbetrekking met soortgelijke medewerkers veronderstelde. Gevolg:

paniek onder praktijkhouders, hoge naheffingen en in een aantal gevallen faillissementen. Eenzelfde situatie zou zich mogelijk vanaf 2025 opnieuw kunnen voordoen. Wat is er dan aan de hand? Op 1 januari 2025 eindigt het moratorium van de Wet DBA en gaat de Belastingdienst deze wet handhaven. Geen probleem, zult u denken, we hebben toch de goedgekeurde modelovereenkomsten die gebruikt kunnen worden tot invoering van de Wet VBAR per 1 januari 2026? Tijd genoeg dus om alles te regelen? Er zijn echter signalen dat de eerbiedigende werking van de modelovereenkomst ook per 1 januari 2025 zal worden opgezegd. In dat geval zal een beoordeling moeten plaatsvinden op basis van de wet en de heersende jurisprudentie. Ik kan u verzekeren dat deze niet in het voordeel is van de gemiddelde zzp'er zoals wij die kennen binnen de mondzorg. De kans is groot dat in die gevallen een dienstbetrekking wordt vastgesteld en dat zowel loonheffing als premies werknemersverzekeringen verschuldigd zijn door de praktijkhouder. Wij merken in gesprekken met cliënten dat men denkt dat het zo'n vaart niet zal lopen en niet echt wil nadenken over de gevolgen als dit wel gebeurt. Maar het is al heel snel 1 januari 2025 en dus zou het juist alle hens aan dek moeten zijn. Neem nu de tijd om met elkaar – praktijkhouders en medewerkers – te bespreken wat de mogelijkheden zijn. Als er dan sprake is van een arbeidsovereenkomst, denk dan na over de vorm, de fiscale mogelijkheden en het beloningsmodel. De andere kant uitkijken met ongefundeerde hoop dat het wel weer zal overwaaien, is ronduit naïef. ■

Richard Mastwijk
Consultant en partner bij van helder

De stemming

Nederland moet een suikertaks invoeren om de suikerconsumptie te verminderen



In zijn statement 'FDI Position on Free Sugars' stelt de FDI dat de wereldwijde suikerconsumptie moet worden teruggedrongen om de (mond)gezondheid te verbeteren. Dit sluit aan bij een versnelde invoering van de suikertaks, waar de KNMT voor pleit. Vrije suikers veroorzaken tandbederf en ernstige niet-overdraagbare aandoeningen zoals diabetes, obesitas en hart- en vaatziekten. Het terugdringen van de suikerconsumptie kan een aanzienlijke impact hebben op het beteugelen hiervan. In onze nieuwsbrief vroegen we jullie te reageren op de stelling 'Nederland moet een suikertaks invoeren om de suikerconsumptie te verminderen.' De overgrote meerderheid van de stemmers (89%) was het eens met deze stelling. Slechts 3 van de 27 stemmers (11%) was het oneens met deze stelling.

Op pagina 12 lees je meer over dit onderwerp.

Tandartsen Onder Eén Dak: tussen solopraktijk en grote keten

TEKST: HEDWIG FOSSEN

In Noord-Holland Noord zitten vier locaties van TOED, ofwel 'Tandartsen Onder Eén Dak'. Een regionale samenwerking tussen meerdere tandartspraktijken, waar algemeen tandartsen samen met gedifferentieerde tandartsen op één locatie werken. Wat voor concept is TOED en hoe onderscheidt het zich van een grote ketenpraktijk? We vroegen het aan Marco Pachón y Steur, oprichter en eigenaar van TOED.

Hoe kwam je op het idee om TOED op te richten?

Toen ik in 1999 afstudeerde was het heel normaal om een solopraktijk op te richten, dus dat deed ik, maar het bleek niet bij mij te passen. Bij toeval belandde ik daarna bij de keten Orthocenter. Daar zag ik dat mensen vanuit het vak een groter concept neerzetten door praktijken aan elkaar te rijgen. Door onder andere een groot team en intercollegiaal overleg heb ik daar een enorm leuke tijd gehad. Ik vond het ook leuk om gedurende de week te wisselen van werklocatie.

Het aan elkaar koppelen van praktijken door mensen uit het vak bracht me op het idee om tandartspraktijken en orthodontiepraktijken regionaal aan elkaar te koppelen. Toen Orthocenter een groot aandeelhouder kreeg buiten het vakgebied, vond er een verschuiving plaats op het gebied van aansturen en organiseren. Het werd hierna steeds lastiger om je eigen visie vanuit praktijkkennis te implementeren. Ik ben er toen uitgestapt en ben mijn eigen concept gestart.

Dus TOED is vooral een regionaal concept?

Ja, we willen in Noord-Holland Noord alles kunnen bieden, van algemene tandheelkunde tot de meest specialistische differentiaties. Mijn doel is dat patiënten alles binnen een half uur kunnen bereiken. Binnen onze regio zitten vier TOED-praktijken in Heerhugowaard, Alkmaar, Obdam en Hoorn. Dit zijn dus tandartspraktijken met differentiaties in huis. Daarnaast hebben we een aantal verwijspartners in de regio voor orthodontie (BraceTime) en implantologie, parodontologie, endodontologie en kaakchirurgie. Die vallen allemaal onder onze groep 'Mondzorgtotaal', die nu uit tien praktijken bestaat.

De mondzorggroep biedt ook voordelen voor tandartsen. Sommige tandartsen die ik in dienst heb werken in een TOED, maar willen bijvoorbeeld één dag in de week in een verwijspartnerspraktijk werken. Tachtig procent van

de behandelingen is mogelijk in een TOED, maar voor het stukje dat net iets te specialistisch is, kunnen patiënten in een verwijspartnerspraktijk terecht. Daar kunnen tandartsen hun specialistische kennis opdoen, bijvoorbeeld degenen die in opleiding zijn tot implantoloog.

Wat is het belangrijkste verschil tussen deze vorm van praktijkorganisatie en een grote keten?

Er ontstaat een trend dat mensen die niet uit de tandheelkunde afkomstig zijn de lakens uitdelen. Ik wilde de voordelen van een keten en grotere praktijkorganisatie, maar ook laten zien dat ondernemende tandartsen vanuit het vakgebied ook prima in staat zijn om dit te besturen.

Wij zitten een beetje tussen de solisten en grote praktijkorganisaties in. Er zijn tandartsen die bij ons medeaandeelhouder worden, omdat ze het gevoel van hun eigen praktijk willen hebben en tegelijk bij een grotere organisatie willen horen. Dit hoeft dan niet direct een keten te zijn. Mijn ervaring is dat ketens graag een landelijke dekking willen creëren, omdat dat beter is voor hun verkoopstrategie. Maar de onderlinge steun van die praktijken is vaak beperkt. Ze hebben niks met elkaar te maken en benutten bijvoorbeeld geen uitwisseling van personeel. Het zijn letterlijk eilandjes en dat proberen wij met TOED en BraceTime te voorkomen.

Hoe is TOED de afgelopen jaren gegroeid?

We zijn al ruim twintig jaar bezig, maar in het begin sloten praktijken zich aan zonder dat ik dit kenbaar maakte. Heel lang bestond de groep uit zeven praktijken, zonder dat duidelijk was dat deze bij elkaar hoorden. Ik was bezorgd dat als ik dit naar buiten zou brengen ik direct als keten zou worden gezien, terwijl ik iets anders probeerde te doen. Sinds 2017 zijn we officieel een groep en treden steeds meer tandartsen toe. Twee jaar geleden hebben we pas de naam TOED eraan gegeven en hebben we de orthodontie-

praktijken BraceTime genoemd. Inmiddels zijn ook de kaakchirurgen van Noord-Holland Noord onderdeel van onze groep en hebben we een eigen laboratorium. In Hoorn hebben we recent gezamenlijk de Missiehuis Kliniek opgezet in een oud kloostergebouw. Dat is 2000 vierkante meter mondgezondheidscentrum waar we alleen op verwijzing werken. We hebben daar nu ook een opleidingscentrum van Dental Best Practice, dat leergangen, opleidingen, cursussen en evenementen verzorgt voor het hele team. Dus dat biedt doorgroeimogelijkheden voor personeel.

Als je bezig bent met een leuk concept, kom je mensen tegen die enthousiast worden en iets willen toevoegen. Waar het dan ophoudt weet ik niet, maar samen staan we steeds sterker. We hebben nu bijvoorbeeld twee jonge tandartsen die heel creatief zijn met CEREC-kronen, die in de praktijk gemaakt worden. Als andere praktijken binnen de groep daar ook iets mee willen, kunnen we het eventueel uitrollen over de rest van de groep.

Zouden tandartsen in Twente ook een TOED kunnen opzetten of is het een beschermd concept?

Als iemand het regionaal wil uitrollen, zou ik dat een compliment vinden. Ik zie ook al vergelijkbare initiatieven ontstaan. Het is niet mijn ambitie om dit landelijk uit te rollen, maar ik zou er zeker in kunnen ondersteunen. Laatst kreeg ik twee aanvragen uit Amsterdam en was het verleidelijk om TOED inderdaad verder uit te bouwen. Maar het zou veel logischer zijn wanneer deze praktijken onderdeel zouden worden van dit concept in hun eigen regio. Zoiets zou dan wel een aparte cel kunnen zijn van een overkoepelende organisatie.

Is TOED een goede ontwikkeling om de toegankelijkheid van de mondzorg te waarborgen?

Ja, ik geloof heel erg in dit model. Door het ontbreken van een verkoop- of exit-strategie hebben wij een lange termijnfilosofie, waardoor je minder druk op het ondernemen ervaart. Het past in deze tijd van verschuiving van solisten naar groepspraktijken en de wens om door te ontwikkelen. We leiden ondernemende tandartsen op voor de toekomst, gesteund door



Tandarts Marco Pachón y Steur, oprichter en eigenaar van TOED.

tandartsen die geen eigen praktijk willen. Omdat we voor beide doelgroepen mogelijkheden hebben tot ontwikkeling en doorgroei binnen onze organisatie hebben we een sterke binding met de tandartsen. Sommigen willen uiteindelijk toch ondernemen en op eigen benen staan, maar kunnen wel onderdeel blijven van de groep. Bovendien hebben we binnen ons concept ook veel mogelijkheden voor assistenten en mondhygiënist, waardoor we tot op heden geen personeelsproblematiek hebben.

Het klinkt als een uniek concept, dat veel mensen nog niet kennen.

Ik vind het vooral leuk als mensen horen over een ander systeem van praktijkorganisatie. Het is een uniek model dat goed uitpakt. Mijn vrouw zegt altijd: jij rijgt kralen aan elkaar, maar elke kraal heeft een andere kleur. Je moet je in Heerhugowaard heel anders etaleren dan in Alkmaar en als praktijk die lokale kruideniersuitstraling behouden. ■

IGJ start onderzoek naar taakdelegatie

TEKST: HEDWIG FOSSEN

UTRECHT De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoekt van april tot en met december 2024 hoe de uitvoering van voorbehouden handelingen in taakdelegatie is georganiseerd in de mondzorg. Zo'n vijftig tot honderd mondzorgpraktijken kunnen een onaangekondigd bezoek van de IGJ verwachten.

Volgens de inspectie worden in mondzorgpraktijken geregeld voorbehouden handelingen uitgevoerd middels taakdelegatie. Voor de veiligheid van patiënten is het van belang dat dit verantwoord gebeurt en in overeenstemming is met de Wet BIG, aldus de IGJ. Met haar onderzoek wil de inspectie een actueel en compleet beeld krijgen van de organisatie van taakdelegatie

in mondzorgpraktijken. Op grond van de Wet BIG mogen voorbehouden handelingen gedelegeerd worden aan medewerkers die niet zelfstandig bevoegd zijn om deze handelingen te verrichten. Deze voorbehouden handelingen worden dan uitgevoerd in opdracht en onder toezicht van een BIG-geregistreerde zorgverlener. Vragen die de IGJ beantwoord wil

krijgen tijdens het onderzoek zijn bijvoorbeeld hoe de opdrachtgever de bekwaamheid van de opdrachtnemer voor het uitvoeren van de voorbehouden handeling bepaalt en op wat voor manier de opdrachtgever toezicht houdt op de uitvoer van de voorbehouden handeling.

De resultaten zal de IGJ samenvatten in een rapport, dat overigens geen informatie zal bevatten die herleidbaar is naar individuele praktijken. Naar verwachting publiceert de inspectie het rapport in de eerste helft van 2025. De bezochte praktijken zullen geen rapportage op praktijkniveau ontvangen. ■

Bron: KNMT

ADVERTENTIE

ICX



Eerlijk geprijsde premium aligners voor iedereen.

Kom langs bij onze stand (E121) op de **Dental Expo** om er alles over te leren



icx-aligner.nl

Gemeente Groningen vergoedt tandartskosten lage inkomens

TEKST: HEDWIG FOSSEN

De gemeente Groningen is op 1 april gestart met een proef om tandartskosten vanuit de bijzondere bijstand te vergoeden. Dit geldt voor inwoners met een inkomen tot 120 procent van het sociaal minimum. Als de proef succesvol is, wil de gemeente ook de kosten voor fysio- en oefentherapie vergoeden.

Steeds meer mensen mijden de tandarts vanwege de hoge kosten. Zo'n 12 procent van de Nederlanders met een

laag inkomen ziet om financiële redenen af van een bezoek aan de tandarts of mondhygiënist. Een slecht gebit kan

pijn, schaamte en sociaal isolement tot gevolg hebben.

De gemeente werkt met een limitatieve lijst van kosten waarvan de noodzaak en de medische effectiviteit redelijkerwijs vaststaan. Het gaat bijvoorbeeld om rekeningen voor controles en de behandeling van cariës. Voor andere behandelingen die nu niet op de lijst staan, zoals kronen, bruggen, implantaten en beugels, onderzoekt de gemeente Groningen nog of hiervoor een maatwerkroute kan worden ontwikkeld. Als bewijsstuk dient een inwoner de factuur in te leveren, waarna de gemeente de rest controleert op basis van gegevens uit systemen.

Ook andere gemeenten zetten mond-zorg voor minima op de agenda. Zo was er in Amsterdam al een eenmalige subsidie van 500.000 euro beschikbaar voor noodhulp bij tandartskosten en zijn in verschillende gemeenten straat-tandartsen actief voor wie de tandarts niet kan betalen. ■

Bron: Gemeente.nu



ADVERTENTIE

KaVo BeNeLux Truck Tour 2024

KaVo organiseert de Dental Excellence Benelux-tour.

Volledig programma op:
www.kavo.com/en/roadshow

www.kavo.com

KAVO

LACTONA Voorjaarsactie
www.lactona.nl

Antibacteriële ragers
Alle verpakkingen Combibox, starterspakket of gripzak 5 + 1 gratis

Actie 5+1

FlexPicks 2in1
Alle grootverpakkingen à 200 stuks 5 + 1 gratis

Actie 5+1

Alle soorten tandenborstels
per 10 dozijn + 2 dozijn gratis

Actie 10+2

Actie 5+1

Actie 5+1

Actie 5+1

Actie 5+1

Intersticks
Actie 5+1 dozijn gratis

ClearBreath 12
Actie 5+1 gratis

AftenCare
Actie 5+1 gratis

Aanbiedingen geldig van 12 april t/m 21 juni 2024

Provinciale Staten Zeeland willen hulp bij tandartsentekort

MIDDELBURG Provinciale Staten van Zeeland willen dat het Rijk helpt om het tandartsentekort in de provincie op te lossen. SGP-Statenlid Hans Rottier diende een motie in waarin hij het college van Gedeputeerde Staten oproept om in Den Haag te pleiten voor een opleiding Tandheelkunde in Rotterdam. Alle Statenfracties steunden deze motie.

Het Capaciteitsorgaan adviseert al jaren om honderd extra opleidingsplekken voor tandartsen in Nederland mogelijk te maken, om het tekort aan tandartsen op te lossen. Dit jaar volgt het (demissionair) kabinet dit advies wederom niet op en blijven er 259 opleidingsplekken. In plaats van uitbreiding overwoog het kabinet vorig jaar om de tandheelkundeopleiding in te korten naar vijf jaar om zo extra tandartsen op te leiden.

De Statenfracties in de provincie verwachten dat tandartsen zich meer in het zuidwesten van het land zullen vestigen als er een opleiding in Rotterdam komt. Rottier wees erop dat er in Zeeland veel oudere tandartsen

zijn. "Van de 155 tandartsen gaan er binnen tien jaar ongeveer vijftig met pensioen. Het tekort wordt de komende tijd dus alleen maar groter."

Gedeputeerde Harry van der Maas wil zich samen met het Erasmus MC graag sterk maken voor een tandartsopleiding in Rotterdam. "Het tekort aan tandartsen speelt overal in Nederland, maar wordt in Zeeland wel heel hard gevoeld." Een eventuele extra tandartsopleiding gaat in samenspraak met de huidige opleidingen Tandheelkunde, die mogelijk als alternatief zelf hun aantal opleidingsplekken willen uitbreiden. ■

Bron: Skipr



ZorgSom + Partners

Voor winst in: **tijd, rust,
inzicht en omzet**

Scan de QR-code of ga naar
www.zorgsomenpartners.nl



Bekijk in **60 seconden**
wat het u **oplevert.**



ZorgSom⁺

Berekent de eigen bijdrage van de patiënt

MISW⁺
software

Voor dagelijkse analyse van uw praktijkcijfers

MondPlan⁺

Maakt in een paar minuten een complex behandelplan

vanBERNARD⁺
geeft je overzicht

Voor overzicht en controle over al uw praktijkzaken

UW SOFTWARE PARTNER IN DE MONDZORG.

Trainer en leefstijlcoach Stijn van Merendonk over motiverende gespreksvoering

“Laat patiënt zelf zijn motivatie uitspreken”

TEKST: REINIER VAN DE VRIE

Welke mondzorgverlener vraagt zich nooit eens af waarom veel mensen toch zo slecht hun gebit verzorgen? Hoe kun je patiënten stimuleren en motiveren om dat beter te gaan doen? Motiverende gespreksvoering (MGV) is een methode die daar goede resultaten mee weet te boeken. Trainer en Expert MGV Stijn van Merendonk legt in dit interview aan *Dental Tribune* uit wat je ermee kunt bereiken. Wie de motivatie van de patiënt kent, kan effectiever aan de slag.

Hoe ben je betrokken geraakt bij de tandheelkunde en ben je trainingen voor mondzorgverleners gaan geven?

Als bedrijfsfysiotherapeut richtte ik me in het begin vooral op klachten die ontstonden door de fysieke belasting van werknemers en de inrichting van hun werkplek. Maar het ging steeds vaker over hoe ze gezond hun pensioen konden halen. Toen ik MGV ging toepassen merkte ik dat mijn gesprekken steeds beter werden en dat ik meer resultaat kreeg. Daar werd ik enthousiast van. Steeds meer kreeg ik van collega's de 'moeilijke' patiënten doorgeschoven. Er werden met name veel gesprekken over stoppen met roken gevoerd. Dan heb je het natuurlijk vooral over gedragsverandering. Ik vond dit zo leuk en interessant dat ik een switch in mijn carrière maakte heb. In 2009 richtte ik de Academie voor Motivatie & Gedragsverandering op en ben ik trainingen gaan geven aan met name zorgverleners. Sinds een jaar of zeven doe ik dat ook in de mondzorg. Het begon met een training voor een team van een kliniek voor kindertandheelkunde in Den Bosch, dat met de Deense preventiemethode Nexø wilde gaan werken.

Motivatie heeft vaak een dieperliggende oorzaak

Wat kenmerkt MGV in een behandelkamer?

De setting is vooral anders. Bij een psycholoog is het gesprek de interventie. Bij een tandarts of mondhygiënist komen mensen meestal niet voor een gesprek, maar voor een controle of behandeling. Patiënten gaan meestal ook meteen in de behandelstoel lig-

gen, met de behandelaar erachter. Je zit dus niet tegenover elkaar. Mensen verwachten ook niet dat je in gesprek gaat met ze. Dat maakt het wel wat ingewikkelder, zeker ook omdat je in de mondzorg veel met langetermijndoelstellingen te maken hebt waarbij gedrag ten aanzien van mondhygiëne een belangrijke rol speelt.

Hoor je van mondzorgverleners dat het moeilijk is om aan voorlichting en preventie te doen?

Ik denk dat de gemiddelde mondhygiënist of tandarts zichzelf nog niet zo zeer als coach ziet maar meer als iemand die uitlegt wat er aan de hand is en aangeeft wat daar aan te doen is. Dan ga je in op een van de factoren die mensen kunnen prikkelen, namelijk kennis. Maar dat is meestal niet heel effectief. Om een vergelijking te maken: ik weet ook dat een biertje niet goed is, maar ik neem vanavond toch lekker een biertje na het sporten. Ook een patiënt zegt al snel dat hij wel weet dat het anders moet, maar denkt: "Ik weet dat het niet goed is, maar..." Daar bereik je zelden gedragsverandering op de lange termijn mee. We weten dat dat een meer coachende rol van de professional vergt. Uit onderzoek blijkt dat dat effectiever is dan informatie geven. Maar dat is niet zo gebruikelijk in de behandelkamer, en gezien de setting ook wel logisch.

Waarin onderscheid je je met MGV-trainingen?

Ik geloof dat elke patiënt zijn of haar gedrag kan veranderen en dat een goed gesprek daar de trigger voor kan zijn. Mondzorgprofessionals zijn bij uitstek professionals die met veel impact de motivatie van de patiënt kunnen beïnvloeden. Ik geef niet al te veel theorie, maar focus me meteen op de vertaalslag naar de praktijk en werk met veel voorbeelden. Ik wil professionals op een heel dynamische en praktische manier laten ervaren hoe ze MGV kunnen leren en hoe ze daar steeds beter in kunnen worden. En niet



Stijn van Merendonk.

onbelangrijk: een training moet ook gewoon leuk zijn.

Klopt het dat het bij MGV vooral gaat om intrinsieke motivatie die te herkennen is in behoudtaal en verandertaal?

Daar ligt inderdaad een groot deel van de evidence van de methodiek. Wat iemand zichzelf hoort zeggen heeft een voorspellende waarde voor de toekomst. Het is belangrijk dat de patiënt zelf aangeeft dat hij iets wil veranderen. Een professional komt in de praktijk negen van de tien keer met verandertaal waarop de patiënt – let maar eens op bij je volgende gesprek in de behandelkamer – bijna altijd met behoudtaal reageert. Die zegt bijvoorbeeld dat hij het snapt, maar vraagt zich tegelijkertijd af of het wel echt zo is of denkt dat hij dat toch niet gaat doen. Maar dat zegt hij niet tegen de zorgverlener. Mensen geven dus vaak sociaal wenselijke antwoorden. De kunst is om de behoudtaal in het hoofd van de patiënt te laten veranderen in verandertaal. Ze moeten zich bijvoorbeeld zelf gaan realiseren dat als ze niet goed tandenpoetsen een gaatje erger wordt, er meer gaatjes komen, ze misschien wel pijn krijgen of dat hun gebit minder mooi wordt.

Wat motiveert mensen dan vooral?

De motivatie heeft vaak een dieperliggende oorzaak. Ik denk dat rokers bijvoorbeeld nooit enthousiast zijn om te stoppen met roken. Daarvoor kun je ze niet motiveren. Ze zijn wel ergens anders voor gemotiveerd: langer leven, een kindwens, kleinkinderen zien opgroeien. Daarvoor zijn ze misschien bereid om te stoppen met roken. In een actieplan met de vakinhoudelijke argumenten van een zorgprofessional zit voor een patiënt ook niet de motivatie. Voor tandenpoetsen, rageren, stoken, flossen lopen ze niet echt warm. De motivatie ligt bij iets anders. En dat zorgt er misschien voor dat ze bereid zijn om hun gebit beter schoon te houden. Professionals zoeken de motivatie vaak in de verkeerde hoek. De ene patiënt zegt dat hij niet uit

zijn mond wil ruiken, een ander is bang voor mogelijke pijn, en weer een ander wil vooral een mooi gebit. Dat is het fundament waar je als professional verder mee kunt en een plan van aanpak voor kunt maken. En dat hoeft niet perse logisch te zijn. Dit besef is vaak een grote eyeopener. Als je eenmaal doorhebt dat een patiënt niet warm wordt van een plan van aanpak, maar wel van wat hem bezighoudt of drijft, dan krijg je een heel ander gesprek.

Zijn zorgverleners en patiënten wel eerlijk genoeg tegenover elkaar? Spelen ze niet vaak een bepaalde rol om het gezellig te houden, terwijl beide partijen wel weten dat er eigenlijk geen ander gedrag komt?

In de praktijk worden vaak veel gesloten vragen gesteld met als gevolg veel sociaal wenselijke antwoorden. Bijvoorbeeld: Lukt het u om vanaf nu beter te poetsen of te gaan flossen? Dan zegt de patiënt al snel dat hij beter gaat poetsen en stapt de deur uit. Het is beter om open vragen te stellen. Hoe groot is de kans dat u de komende weken dagelijks gaat flossen? Dan hoor je eerder van de patiënt wat die nu echt denkt. Daar kun je dan in een volgend gesprek weer op terug komen. Een eerlijke boodschap is negen van de tien keer voor de ander negatief. Eerlijk zijn betekent ook dat de professional ervoor open staat dat de patiënt geen zin heeft om te poetsen of te flossen. Mag die na een gesprek besluiten dat niet te gaan doen en zijn eigen plan kiezen in plaats van te kiezen voor het ideale plan van de zorgverlener? Dat vergt enerzijds loslaten en anderzijds oprechte interesse tonen in hoe iemand tegenover de voorstellen van de professional staat.

Voor veel patiënten is het ideale plaatje misschien ook niet haalbaar, maar is een deel ervan wel mogelijk. Zouden zorgverleners het ideale plaatje niet wat vaker los moeten laten?

Iemand die nog ambivalent is of geen probleem ziet, zal niet snel geneigd

Korte biografie Stijn van Merendonk

Stijn van Merendonk is opgeleid tot fysiotherapeut en leefstijlcoach. In de praktijk ontdekte hij al snel dat hij voor langetermijngedragsverandering bij patiënten veel meer resultaten kon bereiken als hij motiverende gespreksvoering toepaste.

In 2009 richtte hij de Academie voor Motivatie & Gedragsverandering op. Van daaruit organiseert hij MGV-trainingen voor onder meer (huis)artsen, fysiotherapeuten, tandartsen, mondhygiënisten, assistenten, docenten, psychologen, psychiaters en paramedici.

Motivational Interviewing is een methodiek die in 1980 in Amerika werd ontwikkeld door prof. W.R. Miller en prof. S. Rollnick.

zijn om zijn gedrag te veranderen. In de gesprekken die ik voerde ging ik steeds minder tijd besteden aan het plan van aanpak en meer tijd aan het ontlocken en vergroten van motivatie. Want als die groot genoeg is, kunnen mensen heel veel dingen zelf doen en komen ze eerder met vragen naar je toe. Het is belangrijk dat de patiënt verandertaal uitsprekt en zijn eigen motivatie hoort uitspreken. "Ik wil niet dat het gaatje groter wordt". "Ik wil mijn tanden behouden." "Ik wil geen pijn aan mijn gebit krijgen."

Je impact op ongemotiveerde patiënten is groot

Maar wat doe je met patiënten die het allemaal niks kan schelen en eigenlijk ook niets willen?

Als dat het geval is, dan is je plan van aanpak, zoals je dat nu aanvliegt, ook niet succesvol en houd je elkaar alleen maar voor de gek. Maar er zijn in mijn ogen niet heel veel patiënten die helemaal niks willen. Er was kennelijk wel een reden om toch te komen. Dat kun je altijd nog uitvragen: "Vanwaar dat u toch gekomen bent?" "Wat is voor u belangrijk?" Dat kan de start zijn voor een ander gesprek, vanuit de agenda van de ander. Ik geloof namelijk dat we hier als zorgprofessionals echt het verschil kunnen maken. De impact die jij kunt hebben op patiënten 'die het niks kan schelen' is, als het je lukt, vaak heel groot.

En als iemand niks wil, afscheid van elkaar nemen?

Ik denk dat MGV altijd probeert te ontlocken om van iets kleins iets veel groters te maken. Hoe effectiever je bent in MGV des te kleiner de groep patiënten die weerstand hebben en niks willen wordt. Dat is de grootste winst.

Lees verder op pagina 9 ▶

Behoud- en verandertaal

In de motiverende gespreksvoering wordt gewerkt met de termen 'behoudtaal' en 'verandertaal'.

Bij verandertaal gaat het om de uitspraken die duiden op veranderen. Bij behoudtaal gaat het om uitspraken om de situatie zoals die is te behouden. Bij motiverende gespreksvoering probeert de professional verandering uit te lokken door zijn of haar manier van vragen te stellen.

Hoe reageer je als professional bijvoorbeeld als de patiënt vertelt dat hij al een tijdje niet of nauwelijks heeft geflost? Behoudtaal is dan bijvoorbeeld:

- Waarom is het flossen verwaterd?
- Waarom lukt het niet?

Dit soort vragen leidt vaak tot defensieve reacties en behoud van de situatie. Bij verandertaal probeert de professional de patiënt juist aan te zetten om tot oplossingen en verandering te komen. Verandertaal is bijvoorbeeld:

- Wat zou helpen om het flossen vol te houden?
- Wat is voor jou een logisch moment om te flossen?

In het ideale geval reageert de patiënt met uitspraken die verandering in gang zetten.

► **Vervolg van pagina 8**

Veel professionals merken dat als ze het net wat anders aanpakken ze meer resultaat kunnen boeken. Bij patiënten die echt geen motivatie hebben maak je misschien wel de keuze om niet te veel tijd te besteden aan een actieplan.

Hoe houd je zorgverleners gemotiveerd die een beetje moedeloos worden en merken dat ze weinig resultaat boeken?

Als je het leuk vindt om elke keer weer smerige monden te reinigen moet je niet aan MGv beginnen. Maar als je je daar aan ergert en er van baalt dat je steeds in herhaling valt met informatie geven, dan heb je echt iets aan MGv. Leren zoeken naar andere sporen, andere wegen bewandelen. Dat kan weer energie en meer lol in je vak geven.

MVG geeft je meer lol in je vak

Vraagt MGv niet veel energie van de zorgverlener?

Ja en nee. In het begin wel. Je werkt toch volgens wat andere patronen. En dat moet je eerst door zien te krijgen. Als je eenmaal in de gaten hebt hoe verandertaal werkt kun je al snel 80% van je gesprekken zo doen. De reacties en de antwoorden zijn ook bijna altijd hetzelfde, want het is een heel logisch iets. De patronen heb je dus vrij snel in de gaten. Als je dit in je hebt, kun je er



heel veel mee.

Zorgverleners kunnen het zelf ook lastig vinden om altijd gezond gedrag te vertonen. Kun je jezelf in de strijd gooien?

De vraag is hoe je dat doet. Als iemand zegt dat hij het lastig vindt om te veranderen, en je zegt dat je het snapt en het zelf ook lastig vindt, dan is het niet helder en erg overtuigend. Je kunt wel

een situatie geven waarin je het zelf niet altijd even goed lukt, en aan de patiënt vragen hoe hij met zo'n situatie omgaat. Dan breng je jezelf in als

Breng jezelf in als mens

mens en laat je merken dat het voor die ander ook lastig kan zijn. Dat is waarschijnlijk wel efficiënt.

Nog een ander belangrijk punt?

De mondzorg heeft als voordeel dat er, door de setting, lading op het gesprek staat. Een patiënt die zijn motivatie uitspreekt aan een mondzorgverlener onthoudt dat vaak veel langer

dan als hij dezelfde zin bij de kapper uitspreekt. Een zin met verandertaal kan daardoor heel lang onthouden worden. Daar kun je dus gebruik van maken.

Pleit dat er ook voor om een gesprek iedere keer net iets anders aan te gaan?

Het is helemaal prima om daarin wat te variëren. Als je overigens vraagt naar motivatie bij de patiënt is de kans groot dat hij daar mogelijk nog nooit over heeft nagedacht. Schrik er dus niet van als er niet meteen een reactie terug komt. Zie de vraag meer als een zaadje planten. Laat vervolgens dat zaadje bij de patiënt thuis tot bloei komen. Dat kost jou verder geen tijd en bij een volgend bezoek kun je daar dan op terug komen. ■

Waaier

In samenwerking met de KNMT, waarvoor Stijn van Merendonk ook MGv-trainingen verzorgt, ontwikkelde hij een zogenaamde Waaier MGv. De waaier geeft aan hoe je kunt omgaan met vijftien moeilijke praktijksituaties. Hoe reageer je bijvoorbeeld als een patiënt alleen maar "ja, maar", zegt? Of "ja", zegt, maar nee doet? Of wat als iemand veel praat of heel moeilijk doet? Wat werkt in dergelijke situaties mogelijk wel en wat werkt averechts? Deze waaier is bedoeld voor bij een basistraining. De KNMT heeft de waaier verspreid onder 2000-2500 tandartspraktijken in Nederland.

ADVERTENTIE

Ontdek de nieuwe generatie!
GUM® SOFT-PICKS®

PAR

REINIGT +50% EFFECTIEVER**

ULTRA SOFT

SUNSTAR
G·U·M®
SOFT-PICKS®
PRO
 GUM.nl

Bestel nu samples en ervaar het verschil

*Hennequin-Hoenderdos NL & Slot DE. Int J Dent Hyg 2018), Abouassi 2014. ** GUM® SOFT-PICKS® Advanced, SUNSTAR GUM internal tests.