

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Vlaamse editie



Verschijnt 6x per jaar | P924893 | afgiftekantoor Turnhout

WWW.DENTAL-TRIBUNE.BE

JAARGANG 2 - NUMMER 2 - JUNI 2020

Reanimatie

Aangepaste adviezen tijdens corona

Pagina 3

Digitalisering

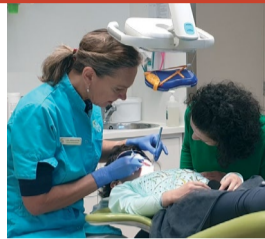
Veel beter virtueel plannen bij parodontologie

Pagina 5

Casus

Prioritering causale therapie bij behandeling melkgebit

Pagina 6-7



Coronacrisis

Wat deden zorgverleners toen het werk stilviel?

Pagina 8

Recensie

Tandarts eist naam van auteur die hem slechte recensie gaf

Pagina 10

Mondspoelmiddel

Cavex-spoelmiddel bestrijdt coronavirus

Pagina 14



Prof. Kirsten Van Landuyt:
"Door digitalisering kan veel sneller gewerkt worden"

Pagina 4

Mondhygiënist willen preventieve rol spelen bij heropstart reguliere tandzorg

TEKST: ANDY FURNIERE

Door de covid-19-crisis worden alle preventieve behandelingen en controles bij de tandarts uitgesteld. Niet alleen moeten die afspraken bij de heropstart van reguliere zorg ingehaald worden, het uitstel zal ook nieuwe tandproblemen veroorzaakt en bestaande tandproblemen verergerd hebben. Deze situatie zal tandartsen wellicht stevig onder druk zetten. De eerste mondhygiënist, sinds vorig jaar aan de slag, onderstrepen dat zij een deel van de oplossing kunnen zijn door mee te helpen aan het inkorten van de vermoedelijk lange wachtlijsten.

De eerste Vlaamse lichte mondhygiënist, die zich vooral richt op het preventieve werk, studeerde vorig jaar af aan de Gentse Arteveldehogeschool en de Leuvense UCLL Hogeschool. Op dit moment zijn er zo'n tachtig mondhygiënist in Vlaanderen, waarvan er naar schatting zestig aan het werk zijn. Aan het eind van dit academiejaar komt daar waarschijnlijk een honderdtal bij. Wetende dat er in Vlaanderen zo'n 4.500 tandartsen zijn, zijn dat bescheiden aantallen. Niettemin kan deze nieuwe beroepsgroep in deze uitdagende tijden zijn steentje

bijdragen, benadrukt de Belgische Beroepsvereniging voor Mondhygiënist (BBM).

"Als de agenda's van tandartsen bij de heropstart overvol raken, dreigt de preventieve zorg achteruitgeschoven te worden, met alle negatieve gevolgen van dien", zegt BBM-voorzitter Isabelle Mertens (foto). "Laat me duidelijk stellen dat we met onze beperkte aantallen de wachtlijsten niet zullen kunnen wegwerken. Maar we kunnen wel een belangrijke bondgenoot zijn voor tandartsen, door waar we kunnen preventieve taken, zoals regelmatige controles, voor een groot deel over te nemen. Dat komt ook de patiënten ten goede."

Mondhygiënist kunnen voorlichting en adviezen geven, maar zijn ook opgeleid voor bepaalde technische handelingen, zoals het verwijderen van plaque en tandsteen of het uitvoeren van medische beeldvorming. Door deze steun kunnen tandartsen zich ten volle concentreren op de nodige curatieve ingrepen. Mertens illustreert het belang van mondhygiënist aan de hand van haar eigen ervaringen. "Voor de coronacrisis was onze praktijk erin geslaagd de wachttijden voor preventieve tand- en mondzorg

gevoelig terug te dringen, van enkele maanden tot enkele weken, mede doordat ikzelf en een collega-mondhygiënist sinds vorige zomer de tandartsen en orthodontisten ondersteuning bieden."

Volgens de BBM zal het beroep van mondhygiënist bij het heropstarten van tandartspraktijken meer dan ooit noodzakelijk zijn om de opgelopen behandelachterstand te kunnen inhalen zonder dat de preventieve zorg hiervoor moet wijken. In het kader van de heropstart besliste de Belgische ziekteverzekering (Riziv) ondertussen om de termijn verbonden aan het mondzorgtraject te verlengen. Door de regeling van het mondzorgtraject moeten mensen die een jaar niet op controlebezoek gaan meer remgeld betalen dan zij die dat wel doen, maar dat jaarlijkse bezoek wordt dit jaar door de coronacrisis bemoeilijkt. Daarom zal het Riziv volgend jaar rekening houden met zowel controlebezoeken uitgevoerd in 2020 als in 2019. Mertens vindt dat geen goede zaak. "Zo verleg je de problemen alleen maar", klinkt het. De mondhygiënist wijzen er ook op dat, om hun rol ten volle te kunnen spelen, er dringend terugbetalingen vanuit de ziekteverzekering moeten geregeld worden voor patiënten die geholpen worden door een mondhygiënist. "Doordat wij geen toegang hebben tot de bestaande preventieve nomenclatuur of andere budgettering wordt er voorbijgegaan aan het doel om laagdrempelige zorg te bieden",

Lees verder op pagina 5 ▶

Column

Hilde Devlieger

"Kunt u uw mondmasker afzetten?"

Ondertussen zijn we gefaseerd gestart met de praktijk, en dat is toch enigszins anders dan wat we gewoon zijn.

Eerst moest de infrastructuur 'coronaproof' gemaakt worden. Wég met die rij stoelen die je op de kop had getikt voor een belachelijk dure prijs maar waarvan je er wél eentje gratis had gekregen. Nu mag er maar om de twee meter een stoel staan. De overvolle stoelen in je praktijk plaatsen is geen optie, want die is ondertussen zo mogelijk nog spartaans aangekleed.

De stoelen worden dus naar de kelder gesleept, waar we ook een witte wasdraad hebben gespannen. Daar hangen we onze witte pakken aan om ze 72 uur te laten ontvirsen, best een mooi zicht. Als je goed kijkt, zie je het virus zó verdwijnen. In de wachtzaal geen leesvoer meer, het speelgoed is netjes weggestopt en de tandpastastalen zorgen voor kastvulling. Op de televisie speelt een aangepaste slideshow om nog maar eens te herhalen wat we eigenlijk allemaal al moeten weten, maar een mens moet geïnformeerd

blijven. Niet dat er iemand kijkt, want onze patiënten werden reeds per mail aangemaand om niet te vroeg te komen.

De balie is voorzien van een afschuwelijk plexi ondank dat bovendien in de weg staat. Waar moeten we nu ons bancontacttoestel parkeren? En die bus handgel moet er nog bij, om nog maar te zwijgen van de fluorescerende stickers die je toeschreeuwen dat je maar beter afstand kunt houden. Een bloemetje zetten om de sfeer wat op te leuken is verleden tijd. Onze eerste patiënt was er overigens al in geslaagd zich langs het plexiglas te buigen om te vragen of het nu duurder geworden was, want hij had verhalen gehoord. Dat tandartsen nu enorme sommen vroegen, want al dat coronamateriaal moet toch door iemand betaald worden.

En het omkleedritueel, wat is dat in godsnaam? Een pak, schild, bril en masker, overschoenen, handschoenen, muts: we zweten ons al te pletter voor we de patiënt gezien hebben. Dan moeten we nadenken wat we gaan doen: deuren open zodat je geen klink hoeft aan te raken,



of deuren dicht zodat er niets van vervelende deeltjes kan ontsnappen? Best toch deur dicht en klink ontsmetten. Doekje 35 van de dag wordt uit de bus gerukt en de klink is meteen nog brandschoner dan ze al was. Mijn patiënt, die mij alleen nog herkent aan mijn stem, omzichtig in de stoel zitten. Mijn ego is gestreeld, wat ben ik toch geliefd bij mijn patiënten, ze kennen gewoon mijn stem. Ook ik voel meteen een warme liefdevolle golf door mijn lijf stromen, al kan dat ook het pak zijn natuurlijk.

Ik zeg iets tegen de patiënt, maar hij reageert niet. Ik kijk hem aan en stel vast dat hij niks begrepen heeft van mijn gewauwel. Dus brul ik dat hij misschien best zijn mondmasker afzet, want ik anders natuurlijk niets kan doen. Een beetje gegeneerd zet hij het af en legt het correct opzij. En dan begin ik aan de moeizame behandeling.

Wordt vervolgd... ■



CURAPROX



SWISS PREMIUM ORAL CARE 



CURAPROX ultra soft



CURAPROX implant / ortho



CURAPROX SWISS

CURAPROX



Reanimatie tijdens coronacrisis: aangepaste adviezen

VOORSCHOTEN, NEDERLAND De besmettelijkheid van het coronavirus en de mogelijke gevolgen ervan voor hulpverleners hebben tot gevolg dat reanimatie tijdelijk op een andere manier moet worden uitgevoerd. In dat kader heeft de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR) de adviezen over reanimatie in de huidige anderhalvemetermaatschappij aangepast.

Aantal hulpverleners betrokken bij de reanimatiepoging

Beperk in alle gevallen het aantal hulpverleners dat zich met de daadwerkelijke reanimatie bezighoudt tot het minimum. Maximaal twee hulpverleners bevinden zich nabij het slachtoffer, anderen staan op meer dan 1,5 meter afstand.

Eerste benadering van het slachtoffer

Raak het hoofd van het slachtoffer niet aan. De hulpverlener moet de ademhaling beoordelen door enkel te kijken. Voor het vaststellen van een normale ademhaling moet de hulpverlener dus niet 'luisteren' en/of 'voelen'. Ook moet de hulpverle-

ner de luchtweg niet openen voor het beoordelen van de ademhaling.

Basale reanimatie

Bij een slachtoffer zonder duidelijke of bewezen covid-19-besmetting:

- Start met ononderbroken thoraxcompressies en gebruik de AED.
- Geef geen mond-op-mond- of maskerbeademing.

Bij een slachtoffer met bewezen of vermoede covid-19-besmetting: Gebruik de AED, maar geef geen thoraxcompressies en geen mond-op-mond- of maskerbeademing.

• Er is sprake van een veronderstelde covid-19 besmetting als het slachtoffer last had van neusverkoudheid, een loopneus, niezen, keelpijn, een lichte hoest en/of verhoging (vanaf 38 graden). Dit geldt ook wanneer een huisgeenoot van het slachtoffer een bewezen covid-19-besmetting of een of meerdere van bovenstaande klachten heeft.

Na de reanimatie

- Alle hulpverleners die direct bij de reanimatie betrokken waren, moeten hun handen en polsen desinfecteren. Dit kan bij de ambulance of andere aanwezige hulpverleningsvoertuigen.
- Omstanders en burgerhulpverleners die in de dagen of weken na de reanimatie klachten krijgen die mogelijk duiden op covid-19 dienen de adviezen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) te volgen en zo nodig contact op te nemen met hun huisarts.

Reanimatie bij kinderen

De basale reanimatierichtlijn bij kinderen is onveranderd. Dit geldt voor kinderen tot de puberteit. De inschatting of het slachtoffer een kind of puber is, moet door de hulpverlener gemaakt worden. Hier kan geen specifieke leeftijd aan gekoppeld worden.

(bron: Nederlandse Reanimatie Raad) ■

Adviezen van de Vlaamse overheid voor werkgevers en richtlijnen voor eerstehulpverleners zijn te vinden op: <https://overheid.vlaanderen.be/sites/default/files/media/Covid-19%20EHBO-richtlijnen.pdf?timestamp=1586958629>

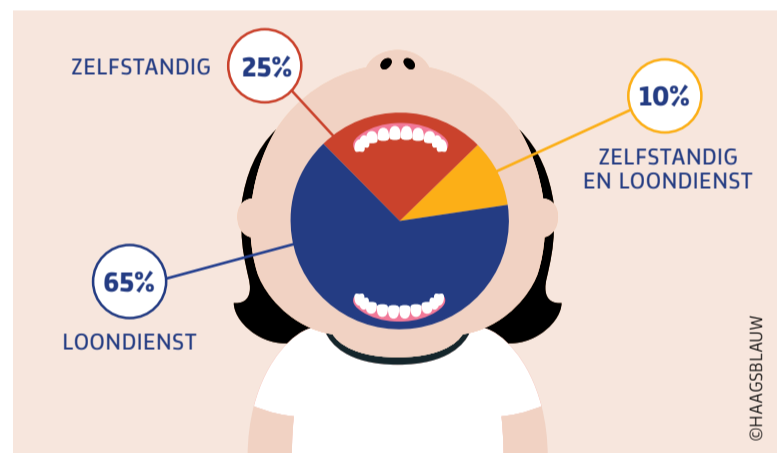
Feiten & cijfers

25%

van de Belgische mondhygiënisten werkt op zelfstandige basis.

Met een enquête, ingevuld door een twintigtal leden, bracht de beroepsvereniging voor mondhygiënisten (BBM) onlangs de werksituatie van de Belgische mondhygiënisten in kaart. Uit de resultaten blijkt dat 65% van de Belgische mondhygiënisten in loondienst werkt, 25% op zelfstandige basis en 10% beide combineert. 30% van de mondhygiënisten is werkzaam in een solo praktijk en

70% in een groepspraktijk. Daarnaast toont de bevraging aan dat ongeveer 50% van de mondhygiënisten samenwerkt met specialisaties zoals orthodontie en parodontologie, en dat slechts 15% van de mondhygiënisten in samenwerking met een tandarts preventief op bezoek gaat bij kwetsbare doelgroepen. (bron: Beroepsvereniging voor mondhygiënisten) ■



ADVERTENTIE

Column

Reinier van de Vrie



Een meesterstuk

De vertelster in het verhaal 'Dr. H.A. Moynihan' van Lucia Berlin uit de verhalenbundel 'Handleiding voor poetsvrouwen' werkt een hele zomer in de tandartspraktijk van haar opa. Behalve zijn vrouw en kleindochter lijkt iedereen een hekel aan hem te hebben. Niet alleen is hij smerig, knoeit hij met zijn eten, spuugt hij en laat hij overal natte sigaretten slingeren, hij is ook nog eens sadistisch, onverdraagzaam, zelfingenomen en wordt iedere avond dronken en vals. Maar hij is wel de beste tandarts van El Paso (Texas, Amerika). Zo maakt hij al neuriënd de prachtigste kunstgebitten, die niet fluiten, niet van hun plaats glijden en niet van echt te onderscheiden zijn. Dat doet hij in de goede kleur en soms zelfs met kleine beschadigingen, verkleuringen en vullingen. Aan het einde van de zomer stopt hij met zijn praktijk. Op een zondag moet zijn kleindochter nog één keer helpen. In de praktijk ziet ze dat hij een kunstgebit van zijn eigen tanden heeft gemaakt. Een perfecte kopie, zelfs het tandvlees heeft dezelfde lelijke, ziekelijke, lichttroze kleur. Op een voortand is zelfs een gouden kroon gezet. Ze moet alles klaarzetten, zodat hij zijn eigen tanden kan trekken. Gewapend met een sigaret en een fles Jack Daniels gaat hij aan de slag. Zij houdt de spiegel vast. De eerste drie tanden gaan er gemakkelijk uit. Van een snijtand blijft de wortel in het tandvlees zitten, die zij met een schaar moet afknippen. Het trekken van de onder-tanden klinkt als het geluid van bomen die uit winterse grond worden gerukt. Bloed druppelt op het blad. Zij moet de tanden verder trekken als hij dreigt flauw te vallen. Bij de kiezen gaat hij inderdaad van zijn stokje en klappen zijn lippen als grijze oesterschelpen dicht. Van schrik drukt ze op het verkeerde voetpedaal, waardoor hij rondtolt en het bloed in het rond spuit. Maar alles wordt getrokken. Met theezakjes stelpst hij het bloeden. Hij plast wel in zijn broek, geeft over en laat de bloedbelletjes uit zijn neus komen. Tot slot het nieuwe gebit in: 'Ik sta met mijn mond vol tanden!', lacht hij. 'Een meesterstuk opa!', zegt zijn kleindochter en geeft hem een zoen op het bezwete hoofd. Een niet alledaagse manier om je praktijk te beëindigen.

Het volledige verhaal is via de titel op internet te vinden.

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

Quiz ? ? ?

1. Bite-wingopnamen zijn geschikt om gebitsslijtage te diagnosticeren.

- a. Waar
- b. Niet waar

2. Mechanische gebitsslijtage kan fysiologisch zijn, maar chemische slijtage is altijd pathologisch.

- a. Waar
- b. Niet waar

De antwoorden vindt u op pagina 10.

Opalescence go
Tooth Whitening

MY SMILE IS
Happy

#MYSMILEISPOWERFUL

Kam, van de Bahama's is verslavingshulpverlener, sporter en vader en glimlacht als hij zijn dochter ziet. Het Opalescence Go™-bleeksysteem is voor hem de perfecte manier om zijn tanden snel witter te maken terwijl zijn dochter een uurtje slaapt:

- Comfortabel en direct vanuit de verpakking te gebruiken
- Voorgevulde bleeklepels voor thuisbehandeling
- 6% waterstofperoxide

Lees meer over cosmetische bleekbehandelingen op opalescence.com/nl.

ULTRADENT PRODUCTS, INC.

30 YEARS OF
OPALESCENCE
TOOTH WHITENING

www.ultradent.com/nl
© 2020 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

VOLG ONS!

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

Prof. Kirsten Van Landuyt over de invloed van innovatie op het werk van tandartsen

“We zitten op een omslagmoment in de digitalisering van de tandheelkunde”

TEKST: ANDY FURNIERE

De digitale revolutie heeft de tandheelkunde in de laatste twintig jaar drastisch veranderd en zal dat ook de komende tijd blijven doen. Prof. Kirsten Van Landuyt, onderzoekster aan de Onderzoeksgroep Biomaterialen (BIOMAT) van de KU Leuven, praat ons bij over de verschillende soorten innovaties die het werk van de tandarts en de ervaring van patiënten verbeteren.

Op welk soort innovatie zetten jullie bij BIOMAT vooral in?

Onze focus ligt op de innovatie van de biomaterialen die gebruikt worden in de mond, zoals adhesieven, composieten en zirkonia. We ontwikkelen bijvoorbeeld composietvullingen die meer biocompatibel zijn en waarbij minder tandbederf voorkomt. Een deel van ons onderzoek draait rond de mogelijkheden om dergelijke materialen te 3D-printen. Hiervoor werken we samen met andere wetenschappelijke disciplines en verschillende tandheelkundige bedrijven.

In hoeverre is de tandheelkunde op dit moment gedigitaliseerd?

De tandheelkunde heeft de laatste twintig jaar enorme stappen gemaakt in digitalisering; de vooruitgang in onze sector is zelfs veel groter dan in de meeste andere medische disciplines. De drijvende krachten achter die revolutie zijn de tandtechnische labo's. Vroeger werd daar volledig ambachtelijk gewerkt, en maakten specialisten dentale oplossingen van a tot z met hun eigen handen. Dat was echter economisch niet rendabel, dus hebben ze hard ingezet op digitalisering. Nu kunnen ze met hun digitale knowhow aan massaproductie doen terwijl de producten toch aangepast zijn aan specifieke noden. Daardoor gaat alles er veel sneller: zo kunnen ze nu twee kronen per uur maken, terwijl ze vroeger bijna een hele dag nodig hadden voor één kroon.

In welke mate is 3D-printen al ingeburgerd in de sector?

In de tandtechnische labo's is het al gemeengoed, al zijn er natuurlijk verschillen tussen de labo's. Voor materialen als polymeren en metalen lukt 3D-printen al vlot. Zo worden onze kunsttharslepels voor individuele afdrukken vaak gemaakt met 3D-printing. Het is intussen bovendien bijna even goedkoop om een model te 3D-printen als om een gipsen model te maken. Composieten en dingen uit porselein kunnen op dit moment nog niet ge-3D-print worden, maar we zijn bij BIOMAT hard bezig om daar verandering in te brengen. De impact zal voorlopig wel beperkt blijven tot de labo's. Er is nog een lange weg te gaan voordat een tandarts benodigdheden voor restauraties zelf zal kunnen 3D-printen.

Wat verloopt er al geautomatiseerd in de tandartspraktijk zelf?

Vele administratieve zaken kunnen op dit moment al geautomatiseerd gebeuren. Tandartsen werken nu

bijvoorbeeld meestal met digitale dossiers die automatisch mails of berichten kunnen sturen naar patiënten.

Alles wat in de mond moet gebeuren, kan echter moeilijk geautomatiseerd worden. Op dit moment is er nog geen robot in ontwikkeling die we binnen afzienbare tijd aan het werk kunnen zetten bij een patiënt. Een tandarts is nog altijd een 'ambachtelijk' werker wat betreft de ingrepen die hij doet, in de zin dat hij elke patiënt individueel moet behandelen. Iedere patiënt, zelfs iedere tand, is immers anders. Zelfs wanneer er een robot ontwikkeld zou worden die vaardig genoeg is om solo in de mond aan de slag te gaan, zal het niet vanzelfsprekend zijn die in te zetten. Een robot zal nooit de volledige integrerende kijk bezitten die nodig is om een diagnose en behandelplan op te stellen.

Wel is er steeds meer technologie die de tandartssector kan ondersteunen. Hoe belangrijk is bijvoorbeeld de intra-orale scanner?

De mogelijkheden daarvan zijn enorm, maar we kunnen ze nog niet ten volle benutten. Ik denk dat we nu op een omslagmoment zitten en binnen een paar jaar de grote overstap gaan maken naar een meer algemeen gebruik van de scanners. In de tandtechnische labo's zijn ze wel al onontbeerlijk: zelfs als er gipsen modellen worden gemaakt, worden die gescand en wordt van daaruit hun digitale workflow opgestart. Er kan ook al heel veel met de huidige scanners op het vlak van restauraties. Voor kronen en brugwerk op eigen tanden voldoet de huidige technologie al. Het is enkel bij grote overspanningen - bruggen op implantaten - dat er nog een te grote foutmarge is, maar dat zou in de volgende jaren opgelost moeten raken.

Kunnen tandartsen de scanner al in hun praktijk inzetten?

Dat is al gebruikelijk, maar de investering is op dit moment voor veel tandartsen, zeker zij met een solopraktijk, nog te groot om economisch rendabel te zijn. Het is nog even wachten tot de prijzen verder zakken. Een klassieke afdruk kan vaak ook heel snel gebeuren, even snel als met een scanner, en dan lijkt de investering soms niet echt noodzakelijk. Toch heeft een intra-orale scanner een heel aantal voordelen. Zo kan je er onder meer de evolutie van tandproblemen als slijtage of erosie heel accuraat mee opvolgen over een langere periode. Met een scan krijg je meteen een gedetail-



Prof. Kirsten Van Landuyt.

leerd beeld van de huidige toestand van het gebit, die je kan vergelijken met bijvoorbeeld de situatie tijdens de vorige halfjaarlijkse controle. Zo kan je snel zien of de erosie van de tanden zich heeft doorgezet of dat de toestand gestabiliseerd is. Zulke dingen zijn op het oog onmogelijk in te schatten als je iemand tweemaal per jaar ziet. Bij het inscannen voor kroon- en brugwerk kan je meteen zien of je preparatie in orde is. Meer specifiek kan je zien of er voldoende interocclusale ruimte is, of de outline goed is, of er geen ondersnijdingen zijn en of pijler-tanden voor een brug een gemeenschappelijke inzetrusting hebben. Vroeger moest je wachten op je gipsen model en als er aanpassingen nodig waren, moest de patiënt nog een extra afspraak krijgen. Wanneer een tandarts een *chairside* systeem aanschafte, met zowel een scanner als een slijptoeel, kan hij op basis van een intra-orale scan in dezelfde zittijd een (partiële) kroon vervaardigen. De prestaties van zulke toestellen zijn intussen indrukwekkend. Patiënten appreciëren het ook dat

De vooruitgang in onze sector is veel groter dan in de meeste andere medische disciplines

ze zelf een goed beeld krijgen van de situatie en zijn blij dat ze niet meer van die vervelende pasta in de mond krijgen die nodig is voor een fysiek model. Aangezien de gescande beelden gewoon via internet verzonden kunnen worden, spaart het met een scanner ook veel logistieke kosten uit die verbonden zijn aan het versturen van modellen.

Ook virtuele simulaties worden steeds meer gebruikt. Waarvoor komt deze techniek zoal van pas?

In de orthodontie zorgt de *clear aligner*-methode voor een grote vernieuwing. Met deze techniek maak je eerst de nodige tandverschuivingen op een virtuele representatie van een gebit, waarna verschillende tandmodellen ge-3D-print kunnen

worden. Op basis van die virtuele modellen kunnen dan doorschijnende, plastic beugeltjes gemaakt worden. Het is een nog relatief dure behandeling, maar esthetisch maken die transparante beugels een groot verschil, want ze zijn veel minder zichtbaar dan de traditionele blokjesbeugels. Ook Digital Smile Design (DSD) is een betekenisvolle innovatie. Daarmee kan je als tandarts patiënten een duidelijk beeld geven van hoe hun gebit er kan uitzien na de nodige ingrepen.

Het lijkt mij voor oudere tandartsen en specialisten niet vanzelfsprekend om zo'n nieuwe technologieën te gebruiken.

We zitten in een digitaal tijdperk en je moet mee met de tijd. Natuurlijk is het nooit makkelijk om nieuwe zaken onder de knie te krijgen, en is het niet eenvoudig voor tandartsen om tijd te vinden om te oefenen met de technologie. Tandtechnische bedrijven en labo's bieden wel ondersteuning. Het is belangrijk dat tandartsen een hulplijn hebben die ze makkelijk kunnen bereiken bij een probleem. Zo kunnen ze geleidelijk aan voldoende zelfvertrouwen kweken om er op dagelijkse basis mee om te gaan.

De UCLL Hogeschool, deel van de Associatie KU Leuven, heeft sinds dit academiejaar een nieuw vaardigheidscentrum, het zogenaamde fantoomlabo, waar de nieuwe generatie tandartsen opgeleid wordt met digitale hulpmiddelen.

Dat klopt, studenten raken er onder meer vertrouwd met het werken met intra-orale scanners. Niettemin hebben we ervoor gekozen om onze masterstudenten ook nog steeds in te wijden in de kunst van het nemen van fysieke afdrukken, zodat ze de twee methodes onder de knie hebben wanneer ze in het werkveld komen. We zitten nu immers voor technologieën als het scannen nog in een overgangperiode.

De medische dossiers van patiënten worden nu ook digitaal opgemaakt. Komt dit patiënten ten goede?

Patiënten van het UZ Leuven kunnen in de app mynexuzhealth de consultatieverslagen van tandartsen en specialisten lezen, specifieke info vinden, radiologische beelden bekijken, facturen raadplegen ... Deze evolutie moet een mentaliteitswijziging teweegbrengen, en ervoor zorgen dat patiënten hun gezondheidszorg meer in handen nemen. Met de digitaal beschikbare info kan iemand zijn of haar situatie beter zelf opvolgen, terwijl er vroeger door zorgverleners vaak over de hoofden van patiënten heen gecommuniceerd werd. In theorie kunnen we mensen die problemen hebben met hun mondhygiëne ook individueel informeren over hoe ze beter zorg kunnen dragen voor hun gebit. Deze digitale applicaties wor-

den steeds gebruiksvriendelijker, zodat ze voor de meesten onder ons eenvoudig te bedienen zijn.

De elektronische dossiers leiden ook tot een betere zorg omdat verschillende zorgverleners gemakkelijk essentiële gegevens kunnen uitwisselen. Zo heb je als tandarts een duidelijk overzicht van de medische achtergrond van een patiënt: welke medicatie moet hij nemen, welke ingrepen heeft hij achter de rug etc. Met de vergrijzende bevolking wordt dat steeds belangrijker. Op basis van die info weet je als tandarts welke medicatie of verdoving je veilig kan toedienen, en welke tandheelkundige behandeling geschikt is voor je patiënt.

Ook de communicatie met patiënten verloopt steeds meer via geautomatiseerde weg.

Bij ons in het UZ Leuven krijgen patiënten berichten en herinneringen via de app, die goed beveiligd is. Privépraktijken communiceren vaak met hun patiënten via verschillende wegen: mail, sms, WhatsApp... Dat is niet ideaal, want die kanalen zijn onvoldoende beveiligd en men moet rekening houden met de Europese GDPR-wetgeving. Het zou goed zijn moest er een algemene, goed beveiligde app voor heel het land komen waarmee (medische) info kan bezorgd worden aan patiënten.

Ondersteunen onze overheden de digitalisering van de tandheelkunde voldoende?

De overheid is goed bezig op digitaal vlak wat betreft het beperken van de administratieve rompslomp, kijk maar naar de elektronische voorschriften. Anderzijds is er in het gezondheidsbudget geen terugbetaling voorzien voor innovatieve zaken die een groot verschil kunnen maken. Als een tandarts een scanner gebruikt om tandproblemen van een patiënt in detail te kunnen opvolgen, behoort dat mijns inziens tot de basiszorg. Zo'n sterke verbetering in de mondzorg zou gestimuleerd moeten worden door terugbetalingen, maar er is geen budget voor. In het algemeen denk ik dat het voor tandartsen in een solopraktijk heel moeilijk is om sterk te investeren in innovatie en toch geconventioneerd te blijven, want de kosten van nieuwe technologie en een tandtechnisch labo zijn daarvoor te hoog. Voor een groepspraktijk is het uiteraard een stuk makkelijker om die investering te doen en ze optimaal te laten renderen.

De BIOMAT-onderzoeksgroep richt zich op diverse soorten biomaterialen met orofaciale toepassing, en omvat fundamentele materiaalwetenschap en biologische celcultuur, micro-organismen en dierlijk onderzoek, en toegepast laboratorium- en klinisch onderzoek.

Doctoraatsstudent Mihai Tarce onderzoekt aan de KU Leuven het effect van de digitalisering op de parodontologie

Waar focus je op in je doctoraat 'Digital Workflows in Periodontology'?

Ik ben van opleiding zowel informaticus als tandarts, en ben daarom in het bijzonder geïnteresseerd in hoe ontwikkelingen in het veld van de informatica de tandheelkunde, in het bijzonder de parodontologie, beïnvloeden. Ik wil om te beginnen een overzicht geven van technieken die nuttig zijn in de parodontologie, zoals het gebruik van intra-orale scanners en van 3D-geprinte chirurgische hulpmiddelen zoals boormallen. Ik wil te weten komen of de nieuwe technologie al voor betere resultaten zorgt dan



Mihai Tarce.

de klassieke methoden, en ze dus in de nabije toekomst kan vervangen.

de klassieke methoden, en ze dus in de nabije toekomst kan vervangen.

Wat zijn de voordelen van een digitale workflow met zulke technieken?

De werkwijze is nauwkeuriger, sneller en minder invasief voor de patiënt. Door radiologische beelden te combineren met de digitale beelden van een scanner kan je snel een volledig zicht krijgen op bijvoorbeeld

de positie waar je moet boren om een implantaat te plaatsen. Idealiter hoef je dan ook het tandvlees niet open te leggen – wat je normaal doet om zeker het bot niet te raken – wat de operatieduur verkort en het herstel van de patiënt bevordert. Die gedetailleerde beeldvorming helpt ook om met 3D-printing technieken je chirurgisch hulpmiddel, bijvoorbeeld een boormal, te ontwerpen. Je kunt in het algemeen alles veel

beter virtueel op voorhand plannen, zodat je in sommige gevallen op dezelfde dag een tand kan trekken en een kroon plaatsen. Dan hoeft een patiënt ook niet een tijdje met een uitneembare prothese rond te lopen.

Wat zijn de obstakels om de technologie breder ingang te doen vinden?

De kostprijs, maar de industrie is hard aan het werken om de prijzen

naar beneden te halen. Het is daarnaast ook niet vanzelfsprekend om met de software te leren omgaan, al wordt die steeds gebruiksvriendelijker. 3D-printers zijn nu nog niet toegankelijk genoeg voor tandartspraktijken, dus zijn er meer labo's met de technologie nodig, zodat een tandarts bij een labo in zijn buurt terecht kan. Op termijn zouden wel meer tandartsen zelf een 3D-printer in huis kunnen halen. ■

ADVERTENTIE

NIEUWSTE INNOVATIES VAN G·U·M®

NR. 1 MERK IN INTERDENTALE REINIGING



1 BORSTEL
2 STANDEN

JOUW KEUZE!

BI-DIRECTION

- ✓ OPTIMAAL BEREIK ACHTERSTE KIEZEN
- ✓ 25% MEER PLAKVERWIJDERING*
- ✓ ANTIBACTERIËLE CHX COATING



Verkrijgbaar in
3 maten:

0,7 mm
0,9 mm
1,2 mm

NIEUW

*Vergeleken
bij een normaal
filament

NIEUWE GENERATIE MEER COMFORT & CONTROLE



FRIS & SCHOON

WANNEER HET JOU UITKOMT

SOFT-PICKS
COMFORT FLEX

NIEUW

COOL MINT



FLEXIBELE NEK &
ANTI-SLIP HANDVAT



OPTIMAAL BEREIK
TUSSEN TANDEN
EN KIEZEN



COOLMINT SMAAK
VERFRISSEND
GEVOEL

GEBRUIK HET ELKE DAG VOOR GEZOND TANDVLEES EN TANDEN

@mygum.be f gumbenelux gumbenelux in SUNSTAR Benelux B.V.

► Vervolg van pagina 1

zegt de BBM-voorzitter. Momenteel worden behandelingen door de mondhygiënist volgens de BBM ofwel volledig ten koste van de patiënt gelegd, ofwel gratis aanvullend verricht. "Deze situatie is echt niet gezond. Wij willen geen aanbieders zijn van luxezorg, maar we zijn ook geen vrijwilligers", beklemtoont Mertens. "We zijn er bovendien van overtuigd dat het blijven garanderen van deze preventieve zorgen op middellange termijn voor minder, en niet méér, druk op de ziekteverzekering zal zorgen."

Gevraagd naar hun reactie zijn de beide beroepsverenigingen voor tandartsen (VVT en VBT) karig met commentaar. Ze wijzen erop dat er recent een akkoord is gesloten op federaal niveau om een proefproject op te starten dat de werkzaamheden van mondhygiënisten in Vlaanderen verder kan verankeren. Er zou voor het project ongeveer 1,5 miljoen budget zijn, en het zou dit najaar van start gaan. Vorig jaar lag er al een voorstel voor een gelijkaardig project op tafel, met een hoger budget, maar de onderhandelingen liepen toen aan het einde vast. Mertens hoopt dat het proefproject er nu wel komt. Ze wijst erop dat er al sinds 2016, toen de betreffende hogeschoolopleidingen opgestart werden, beloftes worden gedaan rond de toegang tot de zorgverzekering. "Als het project er komt, zou dit op korte termijn moeten leiden tot een terugbetalingsregeling voor het werk van mondhygiënisten, rekening houdend met ons volledige takenpakket. Op langere termijn zou het een opstap moeten betekenen naar een degelijk vergoedingsmodel."

Mertens vindt het bovendien niet correct dat de BBM niet nauw betrokken is bij onderhandelingen over de toekomst van de beroepsgroep die ze vertegenwoordigt. ■

Mondzorg bij jeugdigen: ruimte voor early adopters

In april 2010 heeft de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de discussienota *Zorg voor je gezondheid!* uitgebracht. De nota pleit voor een omslag van zorg en ziekte (zz) naar gedrag en gezondheid (gg). In politiek Den Haag hoor je bijna iedere dag dat preventie de redding is voor de gezondheidszorg. De tandheelkunde voor jeugdigen, als (bijna) enige deel uitmakend van de vergoede zorg, zou hier een voorbeeldfunctie kunnen vervullen. Immers, de kennis hoe het gebit gezond te houden is er, preventieve behandelingen zijn er en de recente paradigmaverschuiving van het restaureren naar het managen van cariës wordt meer en meer wetenschappelijk onderbouwd en wint aan populariteit.

Het managen van cariës heeft veel voordelen: patiënten leren verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen mondgezondheid (en die van hun kinderen) en behandelingen worden veel minder ingrijpend. Dit laatste vindt zijn oorsprong in onderzoek waaruit blijkt dat niet de micro-organismen in het carieuze weefsel de drijvende kracht zijn in het cariësproces, maar de tandplaque op het carieuze weefsel. Plaque verwijderen van de cariëslaesie is voldoende om het cariësproces te stoppen. Alle andere behandelingen maskeren de cariësactiviteit en zullen het cariërisico niet verminderen. Het is dan ook een legitieme vraag wat de bedoeling is van de (kinder)tandheelkunde: cariësactieve kinderen afleveren met veel vullingen en extracties of cariës-inactieve kinderen afleveren die goed voor hun gebit zorgen?

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

Cor van Loveren
James Huddleston Slater sr.
Jo Frencken
Réné Cruythuysen

Behandeling van het (melk)gebit: prioritering van causale therapie

Algemene inleiding

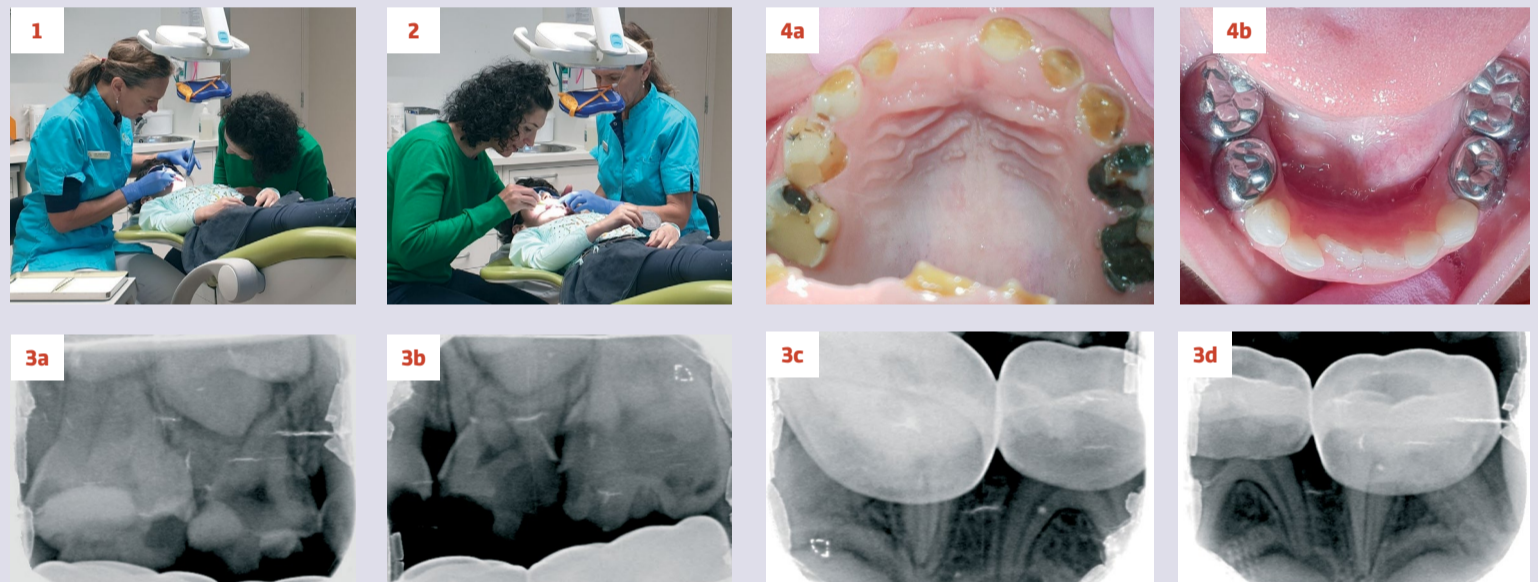
Causale therapie staat voor doelmatige zorg. Cariës is een gedragsziekte. De praktijk (bevestigd in onderzoek) heeft geleerd dat het behandelen van een gedragsziekte met technische middelen niet tot bevredigende resultaten leidt. Zo is nog onvoldoende bekend wat er mogelijk is met het verlenen van prioriteit aan een etiologische behandeling bij alle kinderen vanaf het eerste contact. De kunst is om ouders zelfvertrouwen te geven in de verzorging van het gebit van hun kinderen. Dat is niet eenvoudig, maar wel mogelijk, zelfs bij kinderen met multicariës van ouders met een lage sociaaleconomische status. Natuurlijk verloopt dit proces met

vallen en opstaan. Het is echter een bijzondere ervaring om te zien hoe ouders in kleine stappen de regie in handen nemen onder begeleiding van een betrokken mondzorgverlener. Kinderen worden daardoor nog maar zelden blootgesteld aan de risico's van farmacologische interventies, in het bijzonder behandeling onder algehele anesthesie. Uiteraard zijn naast causale behandeling als basiszorg regelmatig maatregelen nodig als de causale zorg niet toereikend is zonder onacceptabele risico's te nemen. Daarbij krijgen behandelingen die zo weinig mogelijk schade toebrengen aan het individu de voorkeur. In de mondzorg voor kinderen hebben kindvriendelijke behandelingen als ART

en Hall-kronen de voorkeur boven traditionele restauratieve behandeling. Bij diepe cariëslaesies kan in 95% van de gevallen worden volstaan met een indirecte overkapping in plaats van een pulpotomie. De kunst is en blijft echter om de symptomatische zorg te beperken ten gunste van de causale aanpak. Dat stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden en vele tandartsen en mondhygiënisten zullen behoefte hebben aan bij- en nascholing op dit terrein. Daarnaast is het een kwestie van langdurige training om ingesleten gewoonten te vervangen door een effectieve vorm van communicatie. Hoe meer collega's deze weg gaan volgen, hoe groter de druk op de overheid en de zorgverzekeraars

zal worden om doelmatige zorg adequaat te honoreren. Aan de hand van casuïstiek wordt getoond hoe prioritering van de etiologische behandeling de doorslag kan geven in het bevorderen van de mondgezondheid, zoals ook aan de orde kwam tijdens *Voorkomen is de beste zorg*, het recente congres van het Ivoren Kruis (november 2019).

(bron: Palenstein Helderman WH van, Gruythuysen RJ, Bruers JJ, Strijp AJ van, Loveren C van. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015;122:132-8 / *Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen*, KNMT, 2012)



Afbeelding 1-2. Laat de ouders bij de mondinspectie en behandelpanning op de stoel van de assistente zitten en betrek hen bij het zorgplan.

Afbeelding 3a-d. Röntgenfoto's op de leeftijd van 6 jaar, juli 2018.

Afbeelding 4a-b. Kleurfoto's op de leeftijd van 6 jaar, juli 2018. Alle cariëslaesies in de bovenkaak zijn arrested, in de 55, 64 en 65 met ondersteuning van SDF. Laesies die tijdens het aanbrengen arrested waren, zijn niet verkleurd.

Casus: Prioritering causale behandeling bij severe early childhood caries

TEKST EN FOTO'S: LINA JASULAITYTE, TANDARTS-PEDODONTOLOOG BIJ JEUGDTANDZORG WEST, DEN HAAG

Intake, september 2015

Jenny, een Marokkaans meisje van 3,5 jaar, werd verwezen naar een tandarts-pedodontoloog vanwege een zeer carieus gebit, pijn bij zoe-tigheid en zeer slechte coöperatie. Van jongs af aan kreeg ze een flesje met zoete inhoud mee naar bed vanwege een zuivelallergie. Later volgden vaak pakjes met sapjes en veel snoep. Jenny is een pittig meisje met een sterk karakter. Ze weet haar zachte ouders goed te bespelen en krijgt altijd haar zin. Poetsen was telkens een gevecht, want Jenny verzette zich steeds. De moeder probeerde door te zetten, maar dat lukte niet; haar zwangerschap maakte het nog moeilijker voor haar. Mondonderzoek lukte alleen met hulp van de ouders. Diagnose: grote cariëslaesies in bijna alle melkelementen.

Leermomenten

Wanneer een angstig kind voor de intake komt, laat het dan eerst spelen en bouw contact met de ouders op. Dat biedt mogelijkheden voor het kind om te 'ontdooien'. Let bij problemen (zoals onzekerheid over verblijfsstatus, extra belasting door zwangerschap) op de achtergrond, en ook op de oorzaak die de ouders zelf geven. Pas daarbij motivational interview toe en reflecteer op wat er veranderd kan worden. De ouders van Jenny kozen ervoor om het aanbod aan zoete drankjes te verminderen en door te zetten met tandenpoetsen.

September - december 2015

De behandeling begon met drie achtereenvolgende maandelijkse afspraken voor poetstraining. Tijdens het poetsen door de ouders op

de tandartsstoel sribbelde Jenny flink tegen, gilte ze boos, schopte ze en gooide ze met alles wat ze pakken kon. Na afloop wilde ze steeds twee cadeautjes. Als ze haar zin niet kreeg, werd ze boos. Met doorzetten, duidelijk grenzen aangeven en veel geduld kwam ze steeds een stapje dichterbij coöperatief gedrag. Geadviseerd werd om thuis Junior tandpasta (1450 ppm fluoride) te gebruiken vanwege de actieve cariëslaesies.

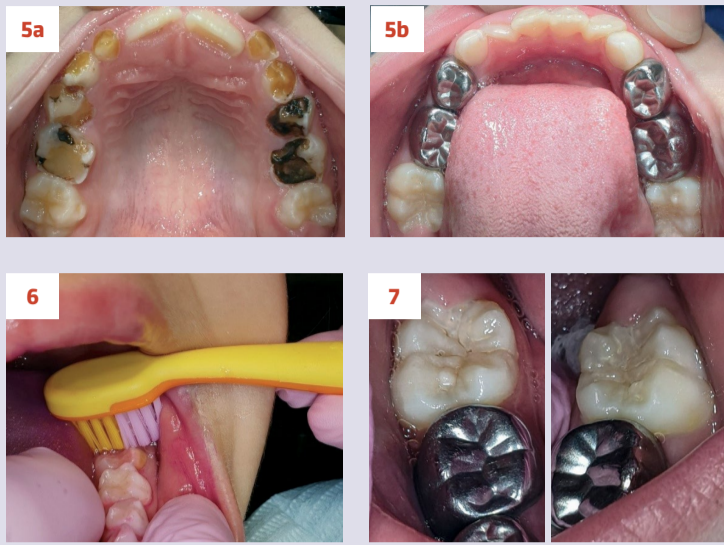
Leermomenten

Als het kind geen pijn heeft, wordt gestart met het trainen van de ouders in plaquebeheersing en in de omgang met het kind (Ekstrand, 2005). Poetstraining op de tandartsstoel maakt het kind vertrouwd met de tandheelkundige situatie. Het poetsen overlaten aan een ouder is minder beangstigend. De ouders spelen de rol van behandelaar en leren efficiënter te poetsen bij hun

kind. De tandarts zit op de stoel van de assistente, een non-verbaal signaal dat de ouder de belangrijkste behandelaar is (Van Palenstein, 2015).

December 2015 - juni 2016

Na de geboorte van een broertje werd thuis slechter geluisterd en gepoetst. In overleg met de ouders wordt besloten de sterk aangestaste 84 en 85 te restaureren met RVS-kronen. Dat lukte met veel moeite en de hulp van de vader, maar na afloop was Jenny heel boos op haar vader. Daarna kwamen Jenny en haar ouders 4 maanden niet opdagen en verschenen ze pas nadat Jenny last kreeg van de 55 en 54 bij het eten. De symptomen wezen op reversibele pulpitis. Actieve grote caviteiten van de 54 en 55 werden na poetsen afgesloten met een laagje RMGIC om het cariësproces te remmen. De caviteiten werden gespouwd en gedroogd met wat-



Afbeelding 5a-b. Kleurfoto's op de leeftijd van 7 jaar, juli 2019. Alle cariës-laesies in de bovenkaak zijn arrested, hard en glanzend, goed bereikbaar voor het poetsen. De mondhygiëne is goed. De eerste blijvende molaren breken door.

Afbeelding 6. Dwars door de tandboog poetsen van de doorkomende blijvende molaren bij een andere patiënt.

Afbeelding 7. De eerste blijvende molaren in de onderkaak met zeer diepe, complexe ontcalcite fissuren. Hier is sealen geïndiceerd.

tenbolletjes. De behandeling verliep zeer moeizaam. De vader hielp mee, maar Jenny bleef boos. Tijdens de derde behandelzitting werden de diep-cariëuze 74 en 75 gerestaureerd met RVS-kronen. Het gedrag veranderde niet. Voor behandeling van de 64 en 65 kwamen ze opnieuw niet opdagen.

Leermomenten

1. Wanneer het cariësproces na de trainingsperiode met inspanningen van de ouders en gebruik van tandpasta met hoger fluoridegehalte niet stopt, en er te veel risico op pijn of ontsteking bestaat, wordt besloten om minimaal-invasief te restaureren (Gruythuysen, 2012).
2. Restaureren van meervlaks-caviteiten met RVS/Hall-kronen is makkelijker voor het kind dan met composietrestauraties en geeft betere langetermijnresultaten (Santamaria et al, 2018). Het nadeel van restauratie is dat de cariësactiviteit hierdoor wordt gemaskeerd (Gruythuysen, 2018).

November 2017

Pas na 1,5 jaar werd Jenny weer gezien. De moeder poetste meestal na, maar soms lukte het niet. Er werd slecht gepoetst. Jenny kreeg nog steeds pakjes sap en veel chips. Tijdens twee afspraken voor poets-training, motiverende gesprekken met de ouders over de mondgezondheid van Jenny in de toekomst (ze willen graag een gezond gebit) en het bespreken van opvoedtips (goed gedrag belonen, negatief gedrag negeren; grenzen stellen; duidelijke afspraken maken over consumptie van sap en chips) kwam er een keerpunt in gedrag: de ouders besloten om het streven naar mondgezondheid effectiever door te zetten. Het poetsen verbeterde aanzienlijk, de ouders stopten met zoete drankjes en stelden daarnaast duidelijk grenzen aan de wensen van Jenny. De ouders vertelden dat door deze aanpak Jenny thuis rustiger en gelukkiger is geworden, en ze waren dankbaar voor de ondersteuning. Tijdens de volgende controle- en wenaafspraken begin 2018 was het aantal actieve cariës-laesies sterk verminderd. Er werd zilverdiaminefluoride aan-

gebracht op de nog actieve vlakken van de 64/65 en 54/55.

Sindsdien zijn de cariës-laesies inactief. Jenny kwam iedere 2-3 maanden voor controle en om te oefenen. De medewerking bij het poetsen van Jenny varieerde. Bij ieder bezoek werd plak gekleurd (wat Jenny niet leuk vond) en traiden de ouders de verbeterpunten. Zij gaven de voorkeur aan NRC voor behandeling van de bovenmolaren. Jenny heeft sinds het aanbrengen van een laagje glasionomeercement in 2016 geen last meer gehad van de 55 en 54.

Leermomenten

1. Verandering van gedrag verloopt niet lineair. Het is belangrijk bij terugval motivational interviewing voort te zetten en niet op te geven.
2. Zilverdiaminefluoride kan helpen om actieve dentinecariës te stabiliseren.

Juli 2018

Jenny is 6 jaar. Er worden röntgenopnames en kleurenfoto's gemaakt (afb. 3 en 4). Op de röntgenfoto's lijken de bovenmolaren ernstig aangetast, maar ze zijn hard en inactief. De niet-gerestaureerde bovenmolaren en kronen met gerestaureerde ondermolaren zijn vrij van ontsteking. Jenny kwam voor mondonderzoek om de 4-6 mnd.

Leermomenten

Voor het maken van röntgenfoto's werd een doormidden geknipt maat o fosforplaatje gebruikt. Maat o is voor veel jonge kinderen te groot en moeilijk te accepteren.

Juli 2019

Jenny is 7 jaar. De eerste blijvende molaren zijn doorgebroken, het glasionomeercement in de 55 vertoont slijtage, maar de laesie is goed bereikbaar voor de tandenborstel. De moeder heeft geleerd om alle bovenmolaren en de doorbrekende ondermolaren dwars te poetsen (afb. 6). Jenny wil mooiere kiezen in de bovenkaak, maar verkiest monitoren boven restauratie. Vanwege de inactieve cariës-laesies ontbreekt de noodzaak om restauratief in te grijpen. De fissuren van de blijvende bovenmolaren zijn gaaf en in de on-

dermolaren zijn ontcalcite fissuren aanwezig. Daarom wordt fluoridevernis aangebracht en preventieve begeleiding met plakkleuring gecontinueerd.

September 2019

De cariës-laesies in de melkmolaren zijn nog steeds inactief en het dentine is hard en glanzend. De moeder besteedt daar veel aandacht aan. De blijvende molaren zijn nu volledig doorgebroken en de fissuren zijn schoon. De 16 en 26 zijn cariës-vrij, de 36 en 46 hebben zeer diepe, moeilijk te reinigen cariëuze fissuren en werden met heel veel moeite geseald met RMGIC. Tell-Show-Do, modelleren van de procedure en een rustige uitleg hebben daarbij geholpen. In de bovenkaak zijn geen sealants nodig. Jenny verzet zich tegen fluorideapplicatie. Advies: thuis na het poetsen niet spoelen.

Leermomenten

Sinds de intake van 4 jaar geleden is er geen verschil in het resultaat van de restauratief behandelde ondermolaren en de niet-restauratief behandelde bovenmolaren. Bij alle molaren is de cariës gestopt zonder pijn en/of ontsteking. Het kind wordt veel minder belast en accepteert behandeling beter bij NRC en begeleiding van de ouders om mondverzorging te verbeteren. Verwijzing voor behandeling onder narcose bleek overbodig.

Over de auteur

L. (Lina) Jasulaityte is tandarts-pedodontoloog. Ze behaalde in 1996 in Litouwen haar tandartsdiploma en aldaar een jaar later haar kindertandartsdiploma. In 2007 voltooide ze in Nederland met succes haar Masteropleiding pedodontologie. Ze is sinds 2008 werkzaam bij Jeugd tandzorg West in Den Haag en behandelt zeer jonge kinderen met veel cariës en een complexe problematische achtergrond. Ze besteedt het grootste deel van haar werk aan het motiveren en begeleiden van de ouders en kinderen. ■

Literatuur

1. Advies Preventie fissuur-cariës. Ivoren Kruis, 2012.
2. Ekstrand KR, Christiansen ME. Outcomes of a non-operative caries treatment programme for children and adolescents. Caries Res 2005;39(6):455-67.
3. Gruythuysen RJM. Niet-Restauratieve Caviteitsbehandeling. Houten: Accredidact, 2012.
4. Gruythuysen R. Kindvriendelijke mondzorg. Houten: Accredidact, 2018/4.
5. van Palenstein Helderman WH, Gruythuysen RJ, Bruers JJ, van Strijp AJ, van Loveren C. Een omslag in cariësbehandeling bij kinderen: 'Gewoon Gaaf'. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015;122(3):132-8.
6. Santamaria RM, Innes NPT, Machiulskiene V, Schmoekel J, Alkilzy M, Splieth CH. Alternative Caries Management Options for Primary Molars: 2.5-Year Outcomes of a Randomised Clinical Trial. Caries Res 2018;51(6):605-14.

3M Science.
Applied to Life.™



3M™ Filtek™ Universal Restorative
**Simpeleweg
eenvoudiger.**

3M.nl/FiltekUniversal
3M.be/FiltekUniversal

Wat doe je tijdens de coronacrisis?

Hoe brachten individuele zorgverleners hun tijd door, toen de meeste praktijken voor reguliere zorg gesloten waren? Dental Tribune brengt diverse persoonlijke verhalen.

“Ik heb nu tijd om boeken over orthodontie door te nemen”

Kim Van Hoecke, mondhygiënist in Lokeren, op 1 april:

“Normaal is mijn week goedgevuld, dan ben ik drie dagen per week aan de slag in de solopraktijk van mijn vader en twee dagen in een groepspraktijk. Maar sinds midden maart werk ik nog maar één dag per week bij mijn vader, die patiënten met hoogdringende problemen nog behandelt. Ik doe op dit moment onder meer administratieve zaken: ik maak een inventaris op, doe de nodige telefoontjes, volg patiënten mee op... Ik zorg er ook voor dat alle hygiëneprotocollen strikt opgevolgd worden, dat gaat van het steriliseren van instrumenten tot het ontsmetten en verluchten van de behandelruimte.

Maar het is een grote aanpassing. Ik mis de dagelijkse routine, het contact met de patiënten en het aanpakken van telkens nieuwe uit-

dagingen. Ik besef maar al te goed dat er een immens drukke tijd zal aanbreken wanneer we weer aan de slag kunnen en iedereen snel langs zal willen komen. De rol van mondhygiënisten zal dan belangrijker zijn dan ooit, wij kunnen namelijk tandartsen ontlasten van het preventieve luik, zodat zij zich volledig op de curatieve aspecten kunnen concentreren.

We bereiden ons al met de nodige planningen voor op die hectische periode, maar het is nu ook een goed moment om uit te rusten en de batterijen volledig op te laden, zodat we klaar zijn wanneer we iedereen weer kunnen ontvangen. Ik maak ook gebruik van de plotse ruimte in mijn agenda om eindelijk enkele boeken over orthodontie door te nemen die ik van een collega heb gekregen, maar waar ik sinds mijn afstuderen vorig jaar nog geen tijd



voor heb gehad. Ik wil mijn kennis daarover bijschaven, zodat ik bijvoorbeeld beter kan inschatten wat een beugel juist doet of wanneer ik iemand moet aanspreken om een orthodontist te consulteren.

Ik ben ook ondervoorzitter van de Belgische Beroepsvereniging voor Mondhygiënisten (BBM) en steek behoorlijk wat tijd in het bijstaan van onze leden in deze crisis. Ik beheer onder meer de Facebookpagina van de vereniging en kan daar nu meer mee bezig zijn. Ik post er de nodige informatie maar zorg ook af en toe voor een vrolijke noot, om het moreel hoog te houden.” ■

“Nieuwe hygiëneprotocollen zullen van een andere orde worden”

Gerda Wauman uit Rillaar, tandarts en secretaris van het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT), op 3 april:

“Op het moment dat de pandemie onrustwekkende proporties aannam, hebben mijn man en ik meteen besloten om onze gezamenlijke tandartspraktijk volledig te sluiten en onze patiënten enkel nog telefonisch te woord te staan. Mijn man heeft in het verleden een zware ziekte moeten overwinnen en we konden niet het minste risico lopen op besmetting met het coronavirus. De praktijk ging dan wel dicht, maar voor mij begon toen een extreem hectische periode, die nog altijd voortduurt. We zijn met de beroepsvereniging meteen in actie geschoten en hebben ons snel georganiseerd om onze tandartsen te informeren en ervoor te zorgen dat patiënten met hoogdringende problemen toch nog geholpen konden worden. Samen met de VBT, de andere Vlaamse beroepsvereniging, hebben we een systeem van doorverwijspraktijken opgezet. Dat zijn praktijken met de nodige infrastructuur en materiaal om patiënten veilig te behandelen. Wij helpen hen onder meer door het aanleveren van het nodige materiaal, wat allesbehalve evident is, want de nood is ook hoog in andere sectoren en landen.

We hebben bij de overheid ook aangedrongen op financiële maatregelen voor tandartsen, wat er onder meer voor heeft gezorgd dat tandartsen nu vergoedingen voor teleconsultaties kunnen vragen en in aanmerking



komen voor een compensatiepremie. Zulke regelingen zijn broodnodig, zeker voor jonge collega's die recent zijn gestart en zware investeringen hebben gedaan. De bedoeling is uiteraard om zoveel mogelijk tandartsen van alle beschermingsmateriaal te voorzien, zodat ze weer aan de slag kunnen, maar dat vergt helaas tijd. De schrik voor corona zal trouwens nog een hele tijd door onze praktijken spoken, vrees ik. Wij zijn wel gewend om heel hygiënisch te werken, maar de nieuwe hygiëneprotocollen zijn nog van een andere orde. Ze zijn ook cruciaal, want tandartsen zijn bijzonder kwetsbaar doordat we aerosol (vochtdeeltjes die vanuit de mond in de lucht terechtkomen, red.) produceren, iets waar de buitenwereld nog te weinig bij stil staat. Doordat ik van 's morgens vroeg tot 's avonds laat aan het werk ben, heb ik nog niet echt de kans gehad om het gewone leven te missen. Behalve het familiale aspect dan, ik mis wel erg het contact met mijn kinderen en kleinkinderen.” ■

“Dankzij de hele toestand heb ik wel een stuk meer quality time met het gezin”

Annemieke Appelen, tandarts uit Tongeren, op 3 april:

“Ik werk al 24 jaar voltijds in mijn solopraktijk en dan ligt het werk plots stil, dat is heel raar om mee te maken. Toen de coronacrisis uitbrak, was het heel confronterend om te horen dat tandartsen zonder bijkomende maatregelen het virus sterk zouden kunnen verspreiden, ondanks alle strikte hygiënische regels die wij onszelf zelfs in normale omstandigheden opleggen. Omdat er een groot tekort was (en is) aan het nodige beschermingsmateriaal, zoals mondklappers, zat er niets anders op dan de gemaakte afspraken te schrappen. Dat is heel frustrerend, om plots je patiënten niet meer te kunnen helpen. Ik informeer mensen wel nog via de telefoon, verwijs ze indien nodig door, en behandel heel af en toe zelf nog eens patiënten met een hoogdringend probleem, maar dat zijn er maar een paar per week. Ik draag daarbij uiteraard de nodige bescherming, met het materiaal dat ik heb kunnen vinden.

Ik mis mijn routine heel erg. Experts adviseren dan wel om een bepaalde dagplanning aan te blijven houden, maar ik merk dat dat onmogelijk is in de chaotische toestand waarin we beland zijn. Ik leef dus noodgedwongen van dag tot dag. Maar mijn agenda zat tot nu toe wel goed vol, want ik coördineerde de verspreiding van een lading mondklappers in de re-



gio Limburg en deed ook redactie voor 't Spyxke, het maandblad van de Koninklijke Limburgse Tandartsenvereniging.

Daarnaast heb ik tijd gestoken in de lenteschoonmaak, een noodzaak nu onze poetshulp niet meer kan komen, en in het op punt zetten van onze administratie. Dankzij de hele toestand heb ik wel een stuk meer quality time met het gezin. Ik zit met drie studenten in huis en vaak zitten we allemaal in de woonkamer, soms wel met de hoofdtelefoon op om elkaar niet te storen. We praten veel aan tafel, zitten gezellig in de tuin en gaan regelmatig ook eens naar buiten voor een wandeling in het zonnetje. Ik hoor dat de coronacrisis bepaalde gezinnen serieus onder druk zet, maar bij ons is de sfeer nog goed, laat ons hopen dat dat blijft duren!” ■

“Bijzonder om zoveel tijd met het gezin door te brengen”

Frederik Ardenois, tandarts uit Kortrijk, op 7 april:

“De periode waarin we in lockdown gingen, zal me ongetwijfeld mijn hele leven bijblijven. We hebben met ons team snel beslist om de groepspraktijk te sluiten, behalve voor urgenties en telefonische opvolging en triage. Er moest toen plots zoveel geregeld worden: afbellen van afspraken, overleggen met collega's, afspraken maken met de beroepsverenigingen, opzetten van doorverwijspraktijken waar hoogdringende behandelingen kunnen plaatsvinden, zoeken naar de nodige beschermingsmaterialen...

Omdat de ingang van onze groepspraktijk ook de ingang is van mijn woning, en er nog steeds patiënten langskomen, heb ik beslist dat het veiliger was om met het hele gezin naar ons verblijf in de Ardennen te trekken. Ik besef uiteraard dat dit een groot voorrecht is en wil daar zeker niemand mee voor de borst stoten. De lokale politie is onze situatie komen controleren en heeft die aanvaard.

In de voormiddag ben ik nog steeds aan het werk. Ik doe de nodige telefoontjes, stel onze administratie op punt en werk aan onze nieuwe website. We hadden vorig jaar al beslist om onze website te vernieuwen, maar konden er nooit tijd voor vinden. Nu kan ik daar eindelijk mee



bezig zijn. In de namiddag probeer ik er zoveel mogelijk te zijn voor mijn vrouw en kinderen (15, 18 en 20 jaar). Het is bijzonder om zoveel tijd met het gezin te kunnen doorbrengen, iets wat er normaal door de drukke agenda zelden inzit. We praten veel meer dan anders, zodat ik bijvoorbeeld beter begrijp wat er zich zoal afspeelt in het leven van mijn kinderen. We zitten vaak in de tuin en gaan ook geregeld wandelen en fietsen. 's Avonds zitten we dan dikwijls samen naar Netflix te kijken.

Het is een ideale periode om te onthaasten, maar zoals elke tandarts wil ik toch zo snel mogelijk

weer aan de slag. Het knaagt om patiënten niet te kunnen helpen. We hebben veel behandelingen abrupt moeten stopzetten en het zal niet eenvoudig zijn om alle schade in te halen eens we weer kunnen opstarten. Ik zie dan een belangrijke rol weggelegd voor mondhygiënisten, die zich kunnen bekommeren om de preventieve aspecten, zodat tandartsen zich kunnen concentreren op het curatieve deel. Hopelijk maakt deze crisis het mogelijk om samen met de overheid de terugbetaling van de diensten van mondhygiënisten te regelen, dat zou een heel belangrijke stap vooruit zijn.” ■



XO FLEX 2020 EDITION

Discover **XO FLEX 2020 EDITION** with new XO Ambidex suction holder, redesigned neck rest as well as many new improvements.

Visit www.xo-care.com today and learn more.

EXTRAORDINARY DENTISTRY

