

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Netherlands Edition

WWW.DENTAL-TRIBUNE.NL

JAARGANG 6 - AUGUSTUS 2016 - NUMMER 6

Nieuwe richtlijn

Geen antibioticaprofylaxe bij patiënt met gewrichts-prothese

Pagina 4



Digital Smile Design

Interview met grondlegger dr. Christian Coachman

Pagina 16

Forum

Grondslagen voor goede samenwerking in de praktijk

Pagina 18

Poetsgedrag digitaal

Philips lanceert 'slimme tandenborstel' voor volwassenen

Pagina 23

“Zie die patiënt maar in de stoel te krijgen”

VAN DE REDACTIE

AMSTERDAM Normaal gesproken komt een patiënt de behandelkamer binnen, gaat zitten en laat zich gewillig behandelen. Maar elke tandarts zal voorbeelden kennen waarbij het anders liep. Wat te denken van een patiënt die in de wachtkamer achterblijft, die plotseling de praktijk rennend verlaat of zijn mond stijf dichthoudt van angst? Of een patiënt die pas een röntgenfoto wil als hij zijn haar netjes heeft gedaan?

Jan Elhorst en Erik Algra weten door hun jarenlange ervaring bij onder andere de Stichting Bijzondere Tandheelkunde bij ACTA als geen ander hoe het is om 'bijzondere patiënten' te behandelen. In deze editie van Dental Tribune delen zij ervaringen en adviezen over een stoornis die hun bijzondere aandacht heeft: autisme (zie pagina

6-9). “Mensen met autisme hebben vaak moeite om overzicht te krijgen,” verklaart orthopedagoog Algra. “Ze kunnen al van slag raken als de tandartsstoel een andere kleur heeft. Als tandarts wil je zo snel mogelijk beginnen met behandelen, maar zie soms eerst die patiënt maar eens in de stoel te krijgen.”

Elhorst en Algra zetten zich de afgelopen tijd veel in voor de Werkgroep Autisme- en Tandheelkunde. Een begrijpelijk initiatief, aangezien bij meer dan 5000 Nederlandse kinderen en jongeren autisme is vastgesteld en zij dus regelmatig in tandartspraktijken verschijnen, ook in de algemene praktijk. Rekenen we volwassenen mee, dan is het aantal nog veel groter. Elhorst, gepensioneerd tandarts: “Veel patiënten met autisme kunnen prima in de algemene praktijk behandeld worden, maar de net afgestudeerde algemeen practicus is

onvoldoende toegerust op de meer complexe gevallen. Als je affiniteit met deze groep hebt, is het goed je er verder in te bekwamen. Maar het is geen schande om door te verwijzen naar een CBT. Immers: de patiënt zal zich niet aanpassen, de tandarts moet dat wel.”

In het interview komen diverse tips naar voren bij het behandelen van patiënten bij autisme. Heldere diagnostiek van de klacht is belangrijk, net als je realiseren dat voor elke patiënt andere aandachtspunten gelden. Cruciaal daarbij is dat de tandarts bereid is de tijd te nemen: ongeduld werkt zelden bevorderlijk.

In een fragment uit het boek *Als mondzorg een puzzel is* (zie pagina 10-11) leest u over de behandeling van patiënten met het downsyndroom, waarvan een deel in de algemene praktijk wordt behandeld. Vaak wordt bij deze patiëntengroep pa-



Henk Algra (links) en Jan Elhorst zetten zich al vele jaren in voor de mondzorg aan patiënten met autisme. FOTO: MEREL WAAGMEESTER

rodontitis geconstateerd en is de werkwijze van tandarts en mondhygiënist mede afhankelijk van de

kwaliteit van de mondhygiëne bij de patiënt. Ook hier blijkt: elke bijzondere patiënt is maatwerk. ■

Albert Heijn verlaagt suikergehalte huiskamerproducten

ZAANDAM Supermarkt Albert Heijn gaat tussen de 10 en 40 procent minder suiker toevoegen aan zo'n honderd producten van het eigen merk. Dit komt neer op 250 miljoen suikerklonpjes minder. Vanaf eind

dit jaar liggen deze producten in de schappen, meldt de NOS. Albert Heijn wil consumenten hiermee inspireren gezonder te eten.

Naast dat er minder suiker aan de producten wordt toegevoegd,

komt er ook een informatiewijzer bij de frisdranken. Hierop kunnen mensen zien hoeveel calorieën en suiker er in een drankje zitten. “We willen mensen inspireren gezonder te eten. Suiker is een grote verleider en zit in enorm veel producten zoals ketchup, yoghurt, tomatensoep en koekjes,” zegt een woordvoester van de grootgrutter.

AH neemt deze maatregelen omdat steeds meer mensen met overgewicht en tanderosie kampen. De supermarkt wil consumenten geleidelijk laten wennen aan minder suiker. In sommige gevallen zal de suiker daarom vervangen worden door andere zoetstoffen. (bron: Nationale Zorggids/NOS) ■

NORDIC SKIN CARE

Op **DENTALMAN.COM** vindt u naast materialen en kleine apparaten voor de tandartspraktijk ook veel interessante lifestyle-ideeën.

Hierbij mogen de exclusieve verzorgingsproducten van **L:A Bruket** niet ontbreken. Het Zweedse label onderscheidt zich met biologisch gecertificeerde natuursmectica van hoge kwaliteit. Kruidenextracten en geurende oliën geven uw huid een gevoel van frisheid en vitaliteit.

Ontdek nu de wereld van **L:A Bruket** op **DENTALMAN.COM**



DENTALMAN.COM
IT'S A PLEASURE - ALL DAY LONG



De nieuwe norm in reiniging en desinfectie!

Betere hygiëne, meer capaciteit, meer zekerheid



De nieuwe generatie staat garant voor maximale hygiëne en veiligheid tijdens de verwerking van uw kostbare instrumenten.

Info: (0347) 37 88 84
www.miele-professional.nl

* Bij aankoop van een Miele thermodesinfector.

Er is al een autoclaaf vanaf € 2.999,-



0416 - 675 000
www.arseus-dental.nl

ARSEUS DENTAL
Advies, Aandacht, Attent

QualityPractice

Tandheelkunde

Topklinische nascholing voor de tandarts van nu

Programma 2016/2017

Lifestyle en Mondgezondheid

Zaterdag 5 november 2016, Utrecht

Acute Tandheelkunde

Zaterdag 26 november 2016 (ACTA Amsterdam)

Zaterdag 3 december 2016 (ACTA Amsterdam)

Orthodontie in de praktijk

Zaterdag 28 januari 2017 (Utrecht)

Zaterdag 4 februari 2017 (ACTA Amsterdam)

Restaureren

Zaterdag 1 april 2017 (ACTA Amsterdam)

Zaterdag 8 april 2017 (ACTA Amsterdam)

De praktijk van de toekomst - Bent u er klaar voor?

Zaterdag 13 mei 2017 (ACTA Amsterdam)

Zaterdag 20 mei 2017 (ACTA Amsterdam)

Levensloopbestendige mondzorg

Zaterdag 17 juni 2017 (ACTA Amsterdam)

Zaterdag 24 juni 2017 (Utrecht)

**Actueler en
praktijkgericht
dan ooit!**



**Word nu lid en ontvang een compleet
nascholingspakket voor € 1.145,-,
bestaande uit:**

- Keuze uit 3 van de 6 themadagen
- 6 nascholingstijdschriften
- 6 kennistoetsen
- 2 uur nascholing via webtv/e-learning
- Totaal: 35 KRT-punten per jaar

Schrijf u in via www.qualitypractice.nl

Heeft u vragen? Bel dan met Quality Practice op
020-59 80 308 of stuur een e-mail naar qp@acta.nl.

ACTA
Dental Education bv

PRELUM
MEDISCHE MEDIA | NASCHOLING

www.qualitypractice.nl

Zorgverleners vragen aandacht voor gezondheidszorg vluchtelingen

DEN HAAG Elkaars taal niet spreken en elkaars cultuur niet kennen. Patiënten die de weg in de Nederlandse zorg niet weten en een zorgstelsel dat niet overal even goed aansluit op de situatie van patiënten. Het is een greep uit de problemen die zorgverleners in de eerste lijn dagelijks tegenkomen als zij met vluchtelingen te maken krijgen. In het EerstelijnsCafé werken zeven belangenorganisaties in de zorg samen om ervaringen uit te wisselen en de medische zorg voor asielzoekers op de kaart te zetten.

Het EerstelijnsCafé wordt georganiseerd door de gezamenlijke belangenorganisaties in de eerste lijn: Actiz, InEen, KNGF, KNMP, KNMT, LHV en NHG. Volgens Lodi Hennink, voorzitter van deze EerstelijnsPartners, is er vanuit de rijksoverheid, gemeenten en samenleving veel aandacht voor huisvesting en veiligheid, maar veel minder voor goede zorg aan vluchtelingen. Terwijl ook dit een essentieel onderwerp is voor vluchtelingen en hun zorgverleners. “Goede zorg is een basisvoorwaarde voor het kunnen functioneren in Nederland – of je nu uiteindelijk blijft of weer vertrekt.”

Tijdens de eerste ‘café-avond’ vertelden zes zorgverleners in de eerste lijn over hun ervaringen. Naar schatting hebben ongeveer 50.000 vluchtelingen in 2015 asiel

aangevraagd in Nederland. Veel gemeenten hebben te maken met een verhoogde toestroom van vluchtelingen, die sneller vanuit de opvang in de gemeente komen wonen. Zorgverleners willen deze nieuwkomers de zorg kunnen bieden die zij verdienen. Dat kan nu niet altijd, bijvoorbeeld door het ontbreken van een tolkentelefoon, tijdgebrek of ingewikkelde regelgeving. Tijdens het café riepen de sprekers nadrukkelijk op tot een ruimere vergoedingsregeling voor de inzet van een tolkentelefoon. Ook werd specifiek aandacht gevraagd voor alleenstaande jonge vluchtelingen die soms tussen wal en schip raken.

GGZ-consulent bij het Gezondheidscentrum Asielzoekers Gwenda Pelupessy deelde haar verhaal. “Veel vluchtelingen staan bij aankomst in Nederland in de overlevingsmodus. Het kan daardoor een tijdje duren voor hun gezondheidsproblemen aan de oppervlakte komen; bijvoorbeeld pas nadat ze gehuisvest zijn.” Wanneer de vluchteling wat meer zekerheid heeft, komen vaak pas de stress, trauma’s of onderdrukte fysieke problemen naar boven. Het is belangrijk om daar rekening mee te houden, aldus Pelupessy. “Want juist als je je leven in een nieuw, onbekend land wilt opbouwen, moet je stevig in je schoenen staan.” (bron: KNMT) ■



De eerste editie van het EerstelijnsCafé, gehouden in Den Haag.

Colofon

Dental Tribune verschijnt tienmaal per jaar en is een uitgave van Albion Press BV, onder licentie van Dental Tribune International

Hoofredacteur/uitgever
Ben Adriaanse, MSc

Redactie
Marieke Epping, MSc
Joann Hebben, MA
Loes Raats

Medewerkers
Anne Doeleman, MA
Gerrit Jan Logt, MA

Cartoons
Mark van Eijk

Redactieadres
Redactie Dental Tribune
Postbus 545, 3990 GH Houten
E-mail: redactie@dental-tribune.nl
De Nederlandse editie van Dental Tribune kent een onafhankelijke redactie en richt zich op professionals in de volle breedte van het mondzorgvak.

Aanmelden
De doelgroep van Dental Tribune (bestaande uit tandartsen-algemeenpractici, MKA-chirurgen, orthodontisten, gedifferentieerde tandartsen, mondhygiënist, tandtechnici, tandprothetici, assistenden en diegenen die werkzaam zijn in de dentale industrie) komt in aanmerking voor een kosteloos abonnement. Behoort u tot de doelgroep en ontvangt u het maandblad nog niet? Meld u dan aan via het inschrijfformulier op www.albionpress.nl.

Advertentieverkoop
Harry Velthuis, accountmanager. Postbus 545, 3990 GH Houten. Telefoon: 06-531 55 262. E-mail: velthuis@dental-tribune.nl. Laura Bogaers, medewerker mediaorder. Telefoon: 030-63 55 070. Fax: 030-63 55 069. E-mail: adverteren@dental-tribune.nl



© 2016 Albion Press BV. Redactioneel materiaal van Dental Tribune International, Duitsland, dat is vertaald en in dit nummer is opgenomen, is auteursrechtelijk beschermd door Dental Tribune International GmbH. Alle rechten voorbehouden. Gepubliceerd met toestemming van Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr 29, 04229 Leipzig, Duitsland. Reproductie op welke manier en in welke taal dan ook, gedeeltelijk of volledig, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Dental Tribune International GmbH, is uitdrukkelijk verboden. Dental Tribune is een handelsmerk van Dental Tribune International GmbH.

ANT eist en krijgt opheldering minister na “belediging tandartsen”

HOUTEN De ANT heeft in een brief aan minister Schippers van VWS opheldering gevraagd over haar motivatie voor taakherschikking in de mondzorg. Aanleiding

“Aanleiding voor taakherschikking zou kwaliteitsverbetering zijn”

is een brief aan de Tweede Kamer, waarin de minister schrijft dat ze wil nagaan of het experiment

taakherschikking zal leiden “tot kwaliteitsverbetering in de individuele gezondheidszorg.” De ANT zegt geschokt en ontsteld te zijn door deze – in de ogen van de tandartsenorganisatie – beledigende suggestie. In een reactie gaf de minister aan met “kwaliteitsverbeteringen” te doelen op “een doelmatiger inzet van een hoogwaardige beroeps capaciteit,” waarbij elke professional binnen de mondzorg zich op de eigen specialismen kan focussen.

De ANT stelt: “Tandartsen zijn zowel juridisch als zorginhoudelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde (mond)zorg aan individuele patiënten. Uit de

brief van de minister zou kunnen worden afgeleid dat zij die zorg onder de maat vindt en dat die zorg kwaliteitsverbetering behoeft. Een verbetering die de minister tracht te bereiken door zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan mondhygiënist op het gebied van, onder andere, verdoven en boren van primaire cariës.” Volgens de ANT zou Schippers hiermee, nota bene in het kader van kwaliteitsverbetering, verantwoordelijkheden van universitair geschoolde tandartsen overhevelen aan een beroepsgroep met een lager scholingsniveau en relatief weinig of geen ervaring met bijvoorbeeld boren. ■

“NZa zet tandarts weg als graaier”

UTRECHT De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) roept patiënten op “de tandartsrekening goed te controleren,” omdat tandartsen mogelijk kortingen op inkooprijzen niet zouden doorberekenen aan patiënten. De zorgautoriteit start een onderzoek naar aanleiding van enkele “signalen” in deze richting. Tandartsorganisatie ANT ageert tegen deze nieuwe “imago schade” voor de beroepsgroep.

In een persbericht zegt de NZa signalen te hebben ontvangen dat tandartsen hun patiënten soms te hoge materiaal- en techniekkosten in rekening brengen. Door nationale maar ook internationale constructies met bijvoorbeeld ‘papieren’ tussen-BV’s of inkoopcombinaties steken deze mondzorgaanbieders (bulk)kortingen in eigen zak, aldus de NZa. Een andere methode, zo stelt de toezichthouder, is het via soortgelijke constructies verhogen van de prijs van ingekochte bruggen en kronen zonder dat daar reële kosten tegenover staan. “De consument is daarvan de dupe: die loopt de inkoopkorting mis en betaalt te veel.”

De NZa wil mondzorgaanbieders erop wijzen dat zij gebonden zijn aan de één-op-één-regel, die inhoudt dat zij techniek en materialen tegen de inkooprijzen bij de patiënt in rekening moeten brengen. In een nieuw gepubliceerde factsheet wordt dit aan patiënten nogmaals uitgelegd. Ook raadt de NZa patiënten aan hun tandarts om de inkoopfactuur van gebruikte technieken te vragen, zodat zij deze kunnen vergelijken met het bij hen in rekening gebrachte bedrag. Patiënten die een ‘mogelijke misstand’ constateren, worden opgeroepen dit bij de zorgautoriteit te melden.

De ANT is *not amused* met het door de NZa verspreide bericht. In een reactie stelt de vereniging dat het inderdaad de taak van de zorgautoriteit is om te controleren op naleving van de regels, en op te treden indien er aanwijzingen zijn dat deze niet worden nageleefd. Maar de regelgeving op dit gebied is allerminst consistent: zodra de tandartsenpraktijk eigendom van een of meerdere investeerders is (private equity) of als

bedrijf c.q. investeringsobject kan worden aangemerkt, kan de één-op-één-beleidsregel tot geheel andere uitkomsten leiden. Zo kunnen bijvoorbeeld tandtechnische laboratoria tandartspraktijken kopen, waarna de tandtechnicus/productent zelf de prijs voor de techniekkosten kan bepalen. Andersom zou dit ook voor de tandarts moeten gelden, maar dat is niet het geval. Hierdoor wordt volgens de ANT “met twee maten gemeten.” Ook zorgt de beleidsregel voor een omslachtige verhoging van de administratieve last voor de tandarts.

Het grootste bezwaar maakt de ANT tegen de berichtgeving over deze problematiek. “Berichtgeving door middel van een persbericht richting de nationale media waarbij de patiënt/consument opgeroepen wordt de tandartsrekening

goed te controleren schaadt het imago van onze beroepsgroep,” stelt de tandartsorganisatie. De NZa baseert de oproep op een onbekend aantal signalen. Volgens de ANT “wordt de tandarts (wederom) weggezet als een potentiële graaier die er niet voor terugschrikt dubieus te declareren.”

De NZa heeft niet op het commentaar van de ANT gereageerd. ■



ROODENT HYGIËNEPROTOCOL

Een hygiëneprotocol in een paar muisklikken!

- Bent u géén schrijver?
U heeft in no-time een protocol
- ☑ dat er goed uitziet
 - ☑ specifiek is voor úw praktijk
 - ☑ én.....voldoet aan de WIP-richtlijnen 2016!

Download het programma óf vraag een gratis CD-Rom aan

Met Roodent ziet u geen stap over het hoofd!



www.roodent.nl
info@roodent.nl
020 - 3306184

Nieuwe richtlijn: geen antibioticaprofylaxe bij tandartspatiënt met gewrichtsprothese

UTRECHT Patiënten die een gewrichtsprothese hebben en een mond- of tandheelkundige ingreep ondergaan, hoeven géén antibiotische profylaxe te krijgen om een infectie aan de prothese te voorkomen. Dit is de belangrijkste boodschap van een richtlijn die orthopeden en tandartsen gezamenlijk hebben opgesteld, meldt Medisch Contact.

Het was al jaren een punt van discussie: is het nu wel of niet zinvol om antibiotica te geven voordat iemand met een gewrichtsprothese in de tandartsstoel gaat zitten? In 2013 laaide de discussie fel op, toen huisarts Monique van Montfort en orthopeed San Oei in Medisch Contact schreven over de regionale richtlijn die ze hadden opgesteld. Zij vonden de bestaande adviezen, in de *consensus Totale Heupprothese*, niet eenduidig. Door meerdere tandartsen en orthopeden werd bij de Nederlandse Orthopaedische Vereniging aangedrongen op een nieuwe richtlijn, specifiek gericht op antibioticaprofylaxe bij

tandheelkundige ingrepen bij patiënten met een gewrichtsprothese.

Die richtlijn is er nu, en de conclusie is helder: niet doen, die antibiotica. Hoogleraar orthopedie Geert Walenkamp was betrokken bij het opstellen. Allereerst werd gezocht naar het bewijs voor het effect van antibiotica bij het voorkomen van hematogene prothese-infecties. Er zijn echter geen goede vergelijkende trials gedaan om hierover een conclusie te kunnen trekken. Walenkamp: “Er zijn wel wat observationele studies, en het enige wat we daaruit kunnen concluderen is dat het niet bewezen is dat antibiotica geven zinvol is. Maar daarmee is nog niet bewezen dat het niet zinvol is.”

De commissie besloot daarom de richtlijn onder andere te baseren op wat er bekend is over pathofysiologie. Dat er bij tandheelkundige behandelingen bacteriën in de bloedbaan komen, is bijvoorbeeld een feit. Maar dat gebeurt net zo goed bij flossen of kauwen. Het is onwaarschijnlijk dat de hoe-

veelheid bacteriën bij een ingreep zoveel groter is, dat deze tot een infectie zou leiden. Daarvoor is volgens de opstellers van de richtlijn een sepsis nodig. Ook twee risicofactoren die vaak genoemd werden als reden om toch antibiotica te geven, namelijk bloedverlies bij de behandeling en een protheseleef-tijd van minder dan twee jaar, zijn dat volgens de opstellers eigenlijk niet. Walenkamp: “Voor beide factoren geldt dat ze ooit zonder enige bewijsvoering zijn geïntroduceerd, en het staat niet vast dat ze de kans op een infectie vergroten.”

Zelfs voor patiënten met een verlaagde afweer zijn antibiotica niet zonder meer nodig. Walenkamp: “Patiënten die onder behandeling staan vanwege bijvoorbeeld een ernstige granulocytopenie, lopen bij invasieve ingrepen mogelijk wel een verhoogde kans op infecties, maar niet alleen van de gewrichtsprothese. Bij hen is het aan de oncoloog, als behandelaar van de granulocytopenie, om wel of geen profylaxe voor te schrijven.”

Is het wel verstandig om voorafgaand aan het plaatsen van een gewrichtsprothese het gebit te saneren? “Dat is nog een lastige vraag,” aldus Walenkamp. “We weten dat er een verband bestaat tussen de staat van het gebit en de algehele gezondheid. Er is te weinig bewijs om een sanering te verplichten, maar wij vinden het wel verstandig om mensen op het belang van goede mondhygiëne en tandheelkundige controle te wijzen. We kunnen niet bewijzen dat we daarmee infecties voorkomen, maar het kost weinig en kan alleen maar gunstig uitpakken.”

De volledige richtlijn is terug te lezen in de Richtlijndatabase, onder ‘Antibioticaprofylaxe bij gewrichtsprothese’. (bron: Medisch Contact) ■

“Stille stelselwijziging voorkomen door tandartsen”

TEKST: BEN ADRIAANSE

HOUTEN In juni uitten de beroepsverenigingen van tandartsen in de landelijke media hun zorgen over de gevolgen van de voorgenomen taakherschikking in de mondzorg. Zowel ANT (met een ‘brandbrief’) als KNMT drongen er bij minister Schippers van VWS op aan de voorgenomen stelselwijziging te heroverwegen. De acties bleven niet zonder effect: de kwestie zal pas na het zomerreces in de Tweede Kamer worden besproken en stakeholders zijn nu uitgenodigd voor een rondetafeloverleg in september.

De afgelopen maanden bereidde het ministerie van VWS een veelbesproken aanpassing van de Wet BIC voor. Mondhygiënist zouden daarbij formeel de bevoegdheid krijgen om zelfstandig, dus zonder opdracht van een tandarts, handelingen te verrichten op het gebied van verdoeven, het boren van primaire cariës en het indiceren en diagnosticeren van röntgenfoto's. Volgens de ANT was sprake van een “stille wetswijziging,” aangezien branche- en beroepsorganisaties onvoldoende geconsulteerd zouden zijn.

De beroepsverenigingen voor tandartsen zijn tevreden met het uitstel. “Met deze maatregelen wordt de deur wagenwijd opengezet voor ontwikkelingen die niet in het belang van de mondzorg en de Nederlandse consument zijn, zoals stijgende kosten op macroniveau, overbehandeling, nadruk op herstel in plaats van preventie en verwarring bij patiënten. De organisatie van de mondzorg onder één dak is essentieel voor de kwaliteit,” aldus de ANT.

De KNMT uit vergelijkbare bezwaren en onderstreept tevens de belangrijke rol die de mond-

hygiënist op andere terreinen speelt. Toenmalig waarnemend voorzitter Hendrike van Drie: “Wij vinden dat de regie over de mondzorg bij de tandarts moet blijven. Mondhygiënist moeten zich blijven toeleggen op het voorkomen van problemen in de mond. Juist daar is gezondheidswinst te boeken: bij het voorkomen van gaatjes in plaats van het behandelen ervan.”

Niet iedereen is gelukkig met het uitstel. De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM) noemt het in het NOS Journaal “jammer” dat de ANT een brandbrief naar de Kamer heeft gestuurd en herkent zich niet in het beeld dat de taakherschikking de mondzorg plotseling en ‘in stilte’ door de strot worden geduwd. “Mondhygiënist worden al sinds 2006 opgeleid om primaire cariës te behandelen en zijn daarmee functioneel zelfstandig bevoegd, al is er tot op heden een opdracht van de tandarts nodig,” aldus Ellen Bolvan den Hil, directeur van de NVM.

Tweede Kamerlid Henk van Gerven (SP) nam het initiatief tot het rondetafelgesprek dat kort na afloop van het zomerreces zal plaatsvinden. Hij zal samen met VVD-Kamerlid Arno Rutte een uitgewerkt voorstel voor het gesprek indienen. De ANT verwacht samen met een aantal experts uit de mondzorg aan dit gesprek te zullen deelnemen. Tevens zal de brief die minister Schippers onder druk van de ANT aan de Tweede Kamer heeft geschreven onderwerp zijn van een Algemeen Overleg tussen de Vaste Kamercommissie voor VWS en de minister. Naast taakherschikking zijn buitenlandse tandartsen in Nederland, innovatie en mondzorg voor jeugd en ouderen onderwerpen die mogelijk besproken worden. ■



NZa kent declaratiecodes toe aan preventieve diagnostiek met QLF

UTRECHT De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft haar goedkeuring gegeven aan het declareren van de toepassing van QLF voor cariësdagnostiek. Dit kan onder de codes Mo1 of F724 voor preventieve mondzorg. Nederland is daarmee het eerste land ter wereld dat deze op preventie gerichte diagnostiek formeel toelaat in de tandheelkundige zorg, zo meldt tandartsorganisatie ANT.

QLF staat voor Quantitative Light-induced Fluorescence. Door het gebit met blauw licht op een golflengte van 405nm te bestralen, vangt een speciale camera rode fluorescentie op de plekken van bacteriële activiteit in het gebit. Zo lichten bacteriën in bijvoorbeeld tandplaque, beginnende caviteiten of rondom vullingen op. Hiermee kan beginnende cariës in beeld worden gebracht en kan het effect van een behandeling of verbeterde mondhygiëne gevolgd worden. Het gebruik van QLF heeft daardoor een positieve invloed op de betrokkenheid en therapietrouw van patiënten. De afgelopen jaren is deze in Nederland ontwikkelde techniek uitgegroeid tot de nieuwe internationale standaard voor fundamenteel klinisch onderzoek naar cariës

en mondgezondheid. Het ontbreken van een declaratiecode zorgde er echter voor dat gebruik in de kliniek nog achterbleef.

Op verzoek van de fabrikant van het systeem, Inspektor Research Systems, heeft de Zorgautoriteit onderzocht of er een nieuwe declaratiecode nodig was. De NZa is echter tot de conclusie gekomen dat het niet nodig is een nieuwe verichting toe te voegen, aangezien het gebruik van QLF onder de noemer preventieve mondzorg valt. Na consultering van de beroepsorganisaties, verzekeraars en consumentenorganisaties heeft de NZa besloten dat het gebruik van QLF-apparatuur declarabel is onder code Mo1 (preventieve voorlichting en/of instructie) of – bij orthodontische behandeling – code F724. Daarbij gaat het om de tijdsinvestering die nodig is voor “het maken, vastleggen en analyseren van QLF-opnamen in combinatie met het bespreken hiervan met de patiënt of diens ouder(s)/verzorgers(s),” aldus de NZa in een toelichting. In de huidige toelichting bij verichting Mo1 en F724 wordt een aantal voorbeelden genoemd. De NZa zal QLF-dagnostiek daar als voorbeeld aan toevoegen. (bron: ANT) ■

Slimme tandenborstels veroveren markt



NPCF: patiënten erg tevreden over tandarts

HOUTEN Patiënten zijn over het algemeen erg tevreden over hun tandarts. Ze geven de tandarts en de tandartspraktijk gemiddeld een 8,2 als rapportcijfer. Mondhygiënist scoren met een 8,1 ook erg hoog. Dat blijkt uit onderzoek van patiëntenfederatie NPCF.

Slechts 2% van de respondenten geeft de eigen tandarts een cijfer lager dan een 6 en meer dan 10% van de respondenten geeft zelfs een 10. Hendrike van Drie, waarnemend voorzitter van de KNMT, is erg blij met deze cijfers: "Het geeft aan dat patiënten zich bij hun tandarts, die ze vaak meerdere keren per jaar zien, in zeer vertrouwde handen weten."

Uit het onderzoek van de NPCF komen ook verbeterpunten naar voren. Met name in de informatievoorziening vinden patiënten dat tandartsen en mondhygiënist zich moeten verbeteren. Zo is bij een behandeling die meer dan 250 euro gaat kosten een prijsopgave wettelijk verplicht, maar de helft van de tandartsen geeft deze desondanks niet. "We gaan onze leden daar nogmaals uitdrukkelijk op wijzen," belooft Van Drie. Ook willen patiënten graag meer overleg over voor- en nadelen van behandelingen en over alternatieven.

Mensen met laag inkomen gaan minder naar tandarts

HOUTEN Mensen met een laag inkomen gaan minder vaak naar de tandarts dan mensen met een hoog inkomen. Dit inzicht is niet nieuw, maar de onderbouwing met recent cijfermateriaal door www.tandarts.nl is dat wel. Gemiddeld heeft 79% van de bevolking minimaal eenmaal per jaar contact met de tandarts. Van de mensen die in de laagste inkomensgroep vallen, is dat slechts 71%. Dit blijkt uit de door www.tandarts.nl opgevraagde cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Van de mensen die in de hoogste inkomensgroep vallen gaat meer dan 85% minimaal eenmaal naar de tandarts, zo wezen de cijfers uit 2013 uit.

Tegelijkertijd blijkt uit de CBS-cijfers dat de kosten voor mondzorg voor wie elk jaar op controle gaat, gemiddeld lager liggen dan voor wie niet geregeld naar de tandarts gaat. De meeste bezoeken aan de tandarts zijn immers preventief. De gemiddelde mondzorgkosten, die door zorgverzekeraars zijn vergoed in het kader van de basisverzekering, zijn lager bij mensen met een hoog inkomen: 44 euro voor de laagste 10% van de inkomens versus 29 euro voor de hoogste 10%. Gemiddeld geeft de Nederlander elk jaar ongeveer 180 euro uit aan mondzorg, waarvan 139 euro niet vergoed wordt door de basisverzekering.

"Als iedereen jaarlijks zijn gebit zou laten controleren, zou dat een besparing kunnen betekenen voor veel mensen. Tandartsen, zorgverzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid zouden nog meer kunnen inzetten op preventie," aldus Kune Burgers van www.tandarts.nl. (bron: www.tandarts.nl) ■

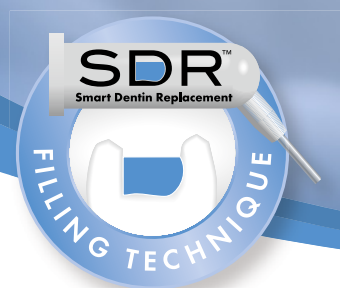
Patiënten die van tandarts wisselen geven aan soms met onverwachte behandelingen te worden geconfronteerd. Dat komt deels door verschil van aanpak tussen tandartsen onderling. Van Drie: "De oprichting van een richtlijneninstituut voor de mondzorg gaat deze behandelvariatie tussen tandartsen verkleinen. In richtlijnen wordt vastgelegd wat de best bewezen behandeling is."

De NPCF constateert daarnaast

dat lager opgeleiden minder vaak de tandarts bezoeken dan hoger opgeleiden. Ook wijst de federatie erop dat kwetsbare mensen steeds langer thuis blijven wonen, wat betekent dat (mond)zorgverleners bij deze groep extra alert moeten zijn. De KNMT herkent de problematiek bij ouderen en sociaaleconomisch zwakkere groepen en steekt daarom extra energie in het aanpakken en helpen oplossen van deze problemen. (bron: KNMT) ■



Het ongeëvenaarde bulkvulmateriaal



SDR®

Smart Dentin Replacement



SDR® vultechniek: eenvoudig, snel en efficiënt

- Laagste krimpstress
- Uitstekende hechting
- Tot 4 mm dik in één laag appliceren
- Uniek zelfnivellerend karakter
- Chemisch compatibel met uw adhesief *

* Chemisch compatibel met op methylacrylaat gebaseerde adhesieven en composieten

Voor meer informatie bezoekt u www.dentsply.nl

DENTSPLY

Jan Elhorst (tandarts-gehandicaptenzorg) en Henk Algra (orthopedagoog en GZ-psycholoog) over patiënten met autisme

“Het doel is een veilige stoel”



TEKST: MARIEKE EPPING / FOTO'S: MEREL WAAGMEESTER

Veertig jaar geleden werkten ze al in dezelfde instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Jan Elhorst kwam net uit de collegebanken en Henk Algra ging tijdens zijn studie alvast praktijkervaring opdoen. Nu, jaren later, werken ze samen om mond-zorg aan patiënten met een verstandelijke beperking en/of autisme te verbeteren. Algra werkt voor de Stichting Bijzondere Tandheelkunde op ACTA, Elhorst is gepensioneerd maar onder meer nog nauw betrokken bij de werkgroep Autismevriendelijke Mondzorg. Dental Tribune sprak Elhorst en Algra over de uitdaging van een autistische patiënt in de praktijk, het visualiseren van behandelingen en het vermijden van narcose of dwang. “Niet elke autistische patiënt hoeft naar het CBT.”

Waarom is een tandarts-bezoek lastig voor iemand met autisme?

Henk Algra: Mensen met autisme of een autismespectrumstoornis hebben vaak moeite om overzicht te krijgen. Wij weten dat het er elke keer ongeveer hetzelfde aan toegaat bij de tandarts: vanuit de wachtkamer naar de behandelkamer, in de stoel zitten, een controle krijgen, en weer naar huis. Maar iemand met autisme heeft moeite dat grotere geheel te zien, en kan al ontregeld raken als de stoel van de tandarts een andere kleur heeft. De drempel voor het tandartsbezoek hoeft dus niet eens de tandheelkunde zelf te zijn, maar kan in veel randzaken liggen.

Jan Elhorst: Een patiënt met autisme komt misschien niet eens over de drempel van de behandel-

kamer. Of hij komt langs de muur binnenlopen en blijft daar, of gaat op de grond liggen schreeuwen. Wat moet je als tandarts? Wij als tandartsen zijn ‘vastgeroest’ in het

“Je moet informatie heel gestructureerd aanbieden”

willen behandelen, dat gaatje willen vullen. Maar zie eerst dat kind maar in een stoel te krijgen. Daarom wordt bij een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) soms eerst elke maand of zes weken een afspraak gemaakt, zodat de patiënt vertrouwd kan raken met het fenomeen ‘tandarts’ en de omgeving van behandelkamer en praktijk.

Dat vraagt nogal wat geduld...

JE: Precies. Begin daar maar eens aan als algemeen practicus, terwijl je op een verrichtingentarief werkt. Dat is bijna niet te doen! Bij het CBT kunnen we op uurtarief werken, dat maakt het gemakkelijker om de tijd uit te trekken die deze patiënten nodig hebben. En ook al heb ik ruim veertig jaar ervaring met bijzondere zorggroepen, toch denk ik dat bij autisme een gedragsdeskundige in de behandelkamer nodig is die meedenkt hoe de behandeling aan te pakken.

Geduld, tijd, extra ‘wen-afspraken’, een gedragsdeskundige: kan de patiënt met autisme überhaupt terecht bij de algemeen practicus?

JE: Een groot deel van de mensen met autisme kan gewoon naar de algemene tandartspraktijk. Autisme bestaat immers in verschillende gradaties. Ook geldt vaak dat hoe ouder een patiënt is, hoe beter hij met zijn stoornis om kan gaan en hoe ‘gemakkelijker’ hij bij de tandarts terecht kan.

HA: Veel volwassen mensen met autisme kennen geen problemen met ‘functioneel’ contact. Als ze van jongs af aan geleerd hebben: zo gaat het bij de tandarts, dan gaat het meestal goed. Sterker nog: dan

hoef je helemaal niet te merken dat iemand autisme heeft. Doorverwijzen naar het CBT hoeft alleen als je er in de algemene praktijk niet uitkomt.

Welke mondproblemen komen vaak voor bij deze patiëntengroep?

JE: Er is veel onderzoek gedaan naar de mate van tandbederf, maar die is bij mensen met autisme of een verstandelijke beperking vergelijkbaar aan de totale populatie. Zeker in Nederland, omdat bijzondere tandheelkunde en mondzorg onder achttien jaar in de basisverzekering zitten.

HA: Er zijn wel syndromen die gepaard gaan met autisme én mondproblemen, of waarbij medicatie nodig is die mondproblemen geeft. Hiervoor zijn de *Dental Alerts* geschreven: beknopt omschreven aandachtspunten per syndroom qua tandheelkundige problemen. Ook is vaker sprake van multi-problematiek (comorbiditeit), zoals de veelvoorkomende combinatie van autisme en epilepsie, waarbij anti-epileptica voor problemen in de mond kunnen zorgen.

Bruxisme komt bij autistische personen veel voor. Door de continue stress knarsen veel van hen ernstig, wat flinke slijtage kan geven. Daarnaast zien we soms ern-

stige gevolgen van een eentonig voedingspatroon, zoals het drinken van ontzettend veel frisdrank. Voor een gewone patiënt is het al moeilijk om van zo’n slechte gewoonte af te komen, maar voor een autist, die hecht aan structuur en regelmaat, is dat nog veel lastiger.

Verder is er een kleine groep patiënten, vooral patiënten met een

“Het kind moet zelf, zonder dwang, in de stoel gaan zitten”

verstandelijke beperking, die automutileert: zij trekken soms zelfs hun tanden of kiezen eruit. Gelukkig zijn dit echt uitzonderingen.

Heeft de gemiddelde tandarts voldoende kennis om een patiënt met autisme te kunnen helpen?

JE: De nieuwe generatie gespecialiseerde tandartsen-pedodontologen en tandartsen-gehandicaptenzorg wordt zeker opgeleid om kinderen met autisme en/of verstandelijke beperking te kunnen behandelen.

Lees verder op pagina 8 ►



Tribune CME



Online Advanced Mentoring and Clinical Program in **Periodontics**

Advanced clinical online learning with the Masters

This course includes a variety of live-patient dental procedures and on-demand lectures that will enhance your distance learning experience.

Learn from the Masters of Periodontics:



Dr. Andre Antonio Pelegriane



Dr. Guilherme Scavone de Macedo



Dr. Marcelo Luchezzi Teixeira



Marc Onuoha



Online access to our
library of Lectures & Clinical Videos



Registration information:

Advanced clinical online training
with the Masters

Curriculum fee: €995

Online Access at any time from any of your web enabled devices.

Details on www.TribuneCME.com

contact us at tel.: +49-341-484-74134
email: request@tribunecme.com

Collaborate
on your cases

and access hours of
premium video training
and live webinars



São Leopoldo
Mandic

this course is created in
collaboration with São Leopoldo
Mandic University of Campinas



15 C.E.
CREDITS

Certificates will be
awarded upon completion

ADA C.E.R.P.
Continuing Education Recognition Program

Tribune Group GmbH is an ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.



Tribune Group GmbH is designated as an Approved PACE Program Provider by the Academy of General Dentistry. The formal continuing dental education programs of this program provider are accepted by AGD for Fellowship, Mastership and membership maintenance credit. Approval does not imply acceptance by a state or province board of dentistry or AGD endorsement. The current term of approval extends from 7/1/2014 to 6/30/2016. Provider ID# 355051.

► Vervolg van pagina 6

De algemeen practicus is er, vers uit de opleiding, niet volledig voor toegerust. In ieder geval niet voor patiënten bij wie de mondzorg complex is.

HA: Er is wel interesse van algemeen practici. De nieuwsgierigheid wordt gewekt doordat ze zich bij een autistische patiënt afvragen: hoe kan het dat mijn patiënt zo reageert? En hoe ga ik daarmee om? Als je affiniteit met deze patiëntengroep hebt, kun je je in de aanpak verder bekwalen. De algemeen practicus moet zich realiseren: ik hoef niet iedere patiënt te kunnen helpen, en dat ik deze patiënt niet kan helpen maakt mij niet een slechte tandarts.

JE: Als je geen affiniteit hebt met deze patiëntengroep, en geen expertise, adviseer ik de patiënt zo snel mogelijk door te sturen naar

het CBT of een kindertandartspraktijk. Want de patiënt verandert niet, de tandarts moet zich aanpassen. Zonder affiniteit kun je die verandering niet maken en je aanpak niet wezenlijk veranderen.

Welke stappen moet een tandarts nemen om een jonge patiënt met autisme goed te kunnen behandelen?

JE: De diagnostiek is heel belangrijk. Niet van de stoornis, maar van de klacht: waar heeft de patiënt last van? Maak eerst een afspraak met de ouders, zonder het kind, zodat zij kunnen vertellen waar het kind last van heeft en wat aandachtspunten zijn voor en tijdens het bezoek. Kan het kind bijvoorbeeld moeilijk tegen (harde) geluiden, wat bij een tandarts problematisch is, kun je oordoppen regelen of muziek? Zijn felle lichten een probleem, dan kun je daar rekening mee houden. Ook kun je een eerste

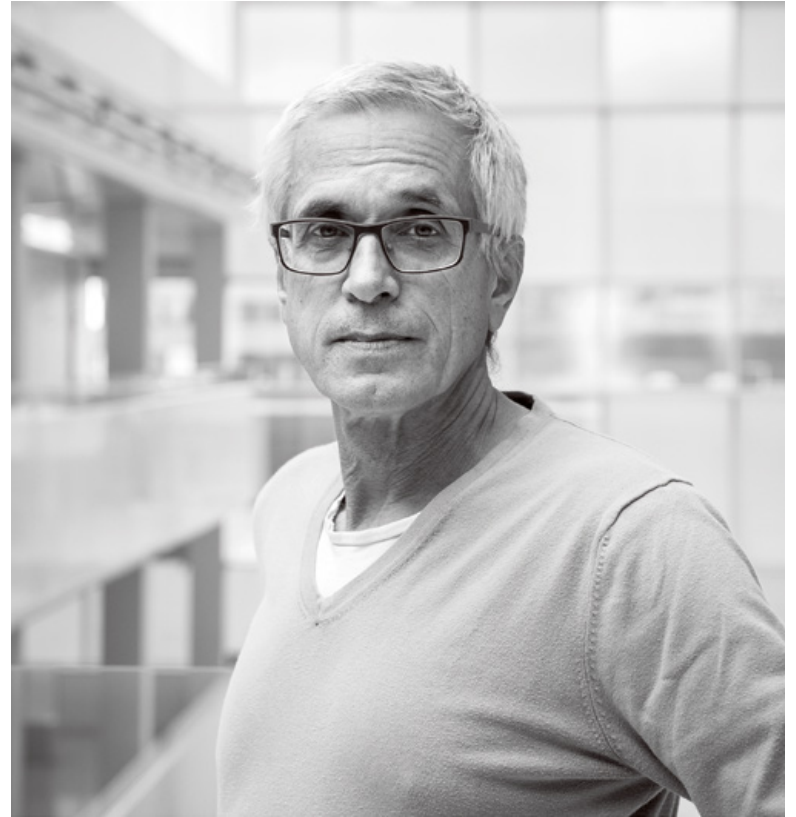
bezoek van het kind voorbereiden, bijvoorbeeld door foto's te maken van het gebouw, de wachtkamer, de tandarts, etc.

HA: Pas bij het tweede bezoek komt het kind mee, maar hoeft hij niet meteen in de stoel te zitten als dat nog te spannend is. Misschien komt hij niet eens de auto uit, of durft hij wel de kamer in, maar niet

“Een behandeling onder narcose zie ik als een nederlaag”

in de stoel. Waar het ons om gaat, is dat het kind op een gegeven moment zelf in de stoel durft te gaan zitten. Wij hebben hier een jongen die eerst veel rondjes liep door de behandelkamer. Langzaam kwam hij dichterbij de stoel. Tot hij naast de tandarts ging staan en af en toe opzij keek. Op dat moment constateerde ik dat hij zich veilig voelde, en kon de tandarts vragen of hij in de stoel wilde zitten. Pas dus het tempo aan het kind aan. Het uiteindelijke doel is een veilige stoel.

Wat helaas regelmatig gebeurt, is dat het kind wordt opgepakt en in de stoel gezet, of de deur wordt op slot gedraaid zodat het kind niet weg kan. Dat gebeurt vanuit een positieve gedachte, namelijk ons idee dat het ‘met even doorzetten sneller voorbij is’. Maar daarmee maak je het kind eerder meer overstuurt. We richten ons bij de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) op het behandelen zonder dwang, dus dat de patiënt uit zichzelf gaat zitten. Daarbij dienen ook de ouders terughoudend te zijn, hoewel zij uit schaamte vaak geneigd zijn hun kind zelf in de stoel te zetten. Behalve dat dit traumatisch kan zijn, is het ook maar een tijdelijke oplossing: het lukt nog bij een klein kind, maar als hij straks



Jan Elhorst.

twintig is, heb je drie man nodig. Dus als we het nu veilig en zonder dwang aanleren, lukt dat later vaak ook.

Toch worden ook veel patiënten met autisme of een verstandelijke beperking onder narcose behandeld. Een goede optie?

JE: Ik zie het als een nederlaag als we de behandeling onder narcose uitvoeren. Het mondprobleem wordt verholpen, maar we helpen de patiënt niet met zijn angst of problemen met de tandarts. Al snap ik ook goed waarom ouders het prettig vinden: er is geen strijd of paniek, hun kind raakt niet overstuurt. Ik hoop dat mondzorgverleners door meer kennis en ondersteuning de behandeling onder algehele anesthesie kunnen terugdringen, of beter kunnen inzetten.

Zijn er meer manieren waarop de tandarts een gevoel van veiligheid kan helpen ontstaan, of moet het geheel vanuit het kind zelf komen?

HA: Je moet zorgen dat er contact ontstaat. Vanuit de Werkgroep Autismevriendelijke Mondzorg (zie kader, red.) geven we als richtlijn: contact maken – contact houden – contact herstellen. Naast het gunnen van voldoende tijd is *joinen* een manier om contact te creëren. Hierbij ga je meedoen aan een activiteit die de persoon met autisme uitvoert, zodat er vertrouwen ontstaat. Een voorbeeld is het kind dat gek is op water en daarom de kraan van de unit opendraait. Dan is *joinen* dat ook de tandarts zijn handen onder de kraan steekt, zodat je samen met die kraan bezig bent. Een ander mooi voorbeeld is tellen, wat veel kinderen met autisme leuk vinden. Dan kun je samen tanden gaan tellen: “Hoeveel tanden heb jij? En papa?” Op deze manier kregen we laatst toch een jongetje in de stoel.

JE: Ik gaf mijn kinderpatiënten vaak eerst een voet in plaats van een hand. Daar moeten ze over nadenken en daardoor denken ze niet aan de angst of stress. Je moet een beetje buiten de box denken.

Als het contact er is, hoe leg je vervolgens de behandeling uit?

HA: Allereerst moet je de behandeling visualiseren. Tandartsen – en wij mensen in het algemeen – zijn geneigd veel met woorden uit te leggen, terwijl voor mensen met autisme beeld beter werkt. Op de website van het SBT staan fotoseries van praktisch alle behandelingen die de tandarts hiervoor kan gebruiken, wat steeds vaker gedaan wordt.

De fotoseries leverden in eerste instantie een probleem op: we hadden wel foto's van hoe iemand binnenkomt bij de tandarts, maar niet hoe hij weggaat. Sommige patiënten werden daar heel angstig van, zij dachten dat je nooit meer wegging! Dit is een voorbeeld van hoe letterlijk iemand met autisme met informatie omgaat. Ze denken zo logisch, dat wij het niet kunnen verzinnen!

JE: Verder is het bij het geven van uitleg goed om de ‘Geef me de



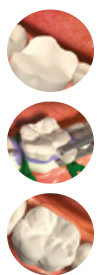
Henk Algra.

OVC™

One Visit Crown van Rhondium

Ontwikkeld door de uitvinders van het revolutionaire V3 sectionele matrixsysteem!

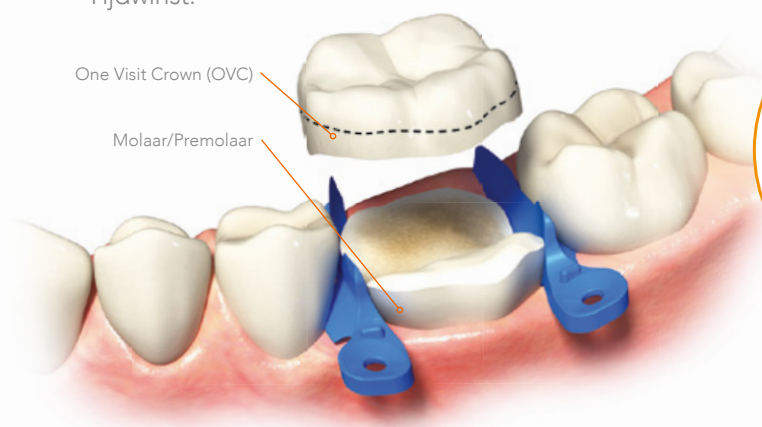
OVC in 3 stappen:



1. Voorbereiden
2. Plaatsen
3. Afwerken

“U indiceert een kroon, maar financieel niet haalbaar voor de patiënt. **Herkenbaar?”**
 “Er wordt vaak gekozen voor een grote composietrestauratie. **Een goed alternatief?”**
 “Wij bieden u nu de perfecte oplossing: **One Visit Crown.**”

- De betaalbare kroon in max. 45 minuten geplaatst. **One Visit!**
- Lab-waardig hybride keramiek met 74% Zirconia.
- Esthetisch en zeer sterk! Volwaardig alternatief voor volledige kroon of onlay.
- Géén; afdruk, tandtechnisch laboratorium, investering in apparatuur.
- Voor iedere molaar of premolaar de juiste maat in ieder kwadrant.
- Tijdwinst.



“Geweldig!”

Drs. Wilco van de Groep, tandarts te Bunschoten Spakenburg: “Ik plaats een kroon nu in één behandeling. Patiënt blij en ik ook”



Meer weten? Bel ons voor een cursus in uw praktijk. Iedere maand is er een uitgebreide cursus door tandarts Wilco van der Groep of een andere OVC specialist. Schrijf u nu in op www.matrix-dental.com of via info@matrix-dental.com of bel 010 4163193.

 **RHONDIUM™**

T +31 (0) 10 4163193 | www.matrix-dental.com
 Matrix-Dental is exclusief Benelux dealer voor OVC.

Eenvoudig, efficiënt, betrouwbaar en betaalbaar!

Werkgroep Autisme- vriendelijke Mondzorg

In 2013 hebben de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten (VBTGG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde (NVK) het initiatief genomen om een werkgroep 'autismevriendelijke tandheelkunde' te starten. De werkgroep – inmiddels omgedoopt tot Werkgroep Autisme-vriendelijke Mondzorg – is gericht op het combineren van kennis en kunde over autisme tot praktische handvatten voor mondzorgverleners. Er zitten zowel tandartsen en mondhygiënist als psychologen, orthopedagogen en een anesthesioloog in de werkgroep. Ook stimuleert en ondersteunt de werkgroep onderzoek naar de ervaringen van (de ouders van) autistische patiënten en mondzorgverleners, en wordt er gewerkt aan een (uitbreiding) van het cursusprogramma voor de mondzorg. Jan Elhorst is sinds de start van de werkgroep betrokken, Henk Algra is later aangesloten bij de werkgroep. Zie voor meer informatie www.autismevriendelijketandheelkunde.nl.

vijf'-methode te gebruiken. Hierbij bied je de informatie gestructureerd aan als antwoord op de vijf vragen Wat, Wanneer, Waar, Wie en Hoe. Bij een tandartsbehandeling komt daar nog de vraag 'Tot wanneer' bij: de duur van de behandeling en de verschillende handelingen binnen een ingreep. Dat doe je ook tijdens de behandeling, door steeds te tellen en dan weer te

"Een patiënt heeft een proefschrift geschreven, maar snapt niet hoe z'n tanden te poetsen"

stoppen. Zo maak je een lange behandeling behapbaar.

HA: Het is belangrijk dat je eindigt met iets positiefs. We zijn geneigd de moeilijkheidsgraad steeds iets op te voeren en te stoppen als het niet meer gaat. Iemand met autisme onthoudt vaak het laatste, en onthoudt daardoor een tandartsbezoek als negatief. Eindig daarom met iets wat de patiënt goed kan. Dat kan iets heel kleins zijn, bijvoorbeeld nog een keer de tanden tellen, of op het knopje drukken om de stoel omlaag te doen. Of overleg met de ouders over een 'beloning': bellenblazen, een complimentje geven of, zoals één van Jans patiëntjes, even bij de vlaggenmast gaan staan.

We hebben het nu vooral over het autistische kind. Wat adviseert u bij volwassenen met autisme?

HA: Ook bij de volwassene met autisme moet je de informatie heel gestructureerd aanbieden. Leg

alles stapsgewijs uit, maar kijk tegelijk uit dat je niet kinderachtig gaat doen. Dat is lastig als degene die tegenover je zit een proefschrift heeft geschreven, maar niet snapt hoe hij zijn tanden moet poetsen.

JE: Bij een volwassen patiënt kun je goed zelf vragen wat hij moeilijk vindt aan een tandartsbezoek en wat hij nodig heeft om de behandeling vol te houden. Die vraag wordt te vaak overgeslagen. Daarbij helpt het als je de vraag in gesloten vorm stelt – in tegenstelling tot wat we als zorgverlener hebben geleerd – dus bijvoorbeeld:

helpt het als ik muziek opzet, of als u oordoppen draagt?

Bij een volwassen patiënt moet de tandarts de voorlichting over preventie en mondhygiëne aan de patiënt zelf geven, niet aan de ouders. Vraagt dat ook een andere aanpak?

HA: Je moet je realiseren dat een autistische patiënt niet moeiteloos wat hij in de praktijk leert, thuis kan toepassen. Pragmatiek noemen we dat. Zo was er een patiënte die hier altijd fantastisch poetste en dat thuis niet bleek te doen.

Toen bleek dat ze in de praktijk voor de spiegel poetste, maar thuis geen spiegel boven de wasbak had hangen. Daardoor lukte het haar thuis niet. Het is dus belangrijk om de instructies, het voordoen in de praktijk, zo veel mogelijk te laten zijn zoals thuis. Bij een lager intelligentieniveau betekent dat bijvoorbeeld ook dat een patiënt de eigen tandenborstel meeneemt voor de uitleg.

Al met al is de mondzorg voor patiënten met autisme geen licht karwei...

JE: Het blijft altijd spannend: lukt het wel of niet met deze patiënt vandaag? Op een goede dag kun je zo vijf patiënten helpen, op een slechte dag lukt het maar bij één.

HA: Wil je het volhouden, blijf dan altijd nieuwsgierig naar je patiënten. Je moet in het hoofd van iemand met autisme kruipen, en proberen de wereld te zien zoals hij. Ik verwonder me af en toe nog, hoe kan het dat mijn patiënt dit zo bedacht heeft? Het kan een zware dobber op je trekken, deze zorg, maar die verwondering houdt het leuk! ■

QualityPractice

Mondhygiëne

Topklinische nascholing voor de mondhygiënist van nu

Programma 2016/2017

Mondhygiëne en MKA-chirurgie – samenwerking in de algemene praktijk

Vrijdag 18 november 2016 (Utrecht)

Orale Implantologie: voor en na

Zaterdag 25 maart 2017 (ACTA Amsterdam)

Specifieke patiëntengroepen: een uitdaging voor de mondhygiënist

Vrijdag 12 mei 2017 (Utrecht)

Up-to-date 2017

Zaterdag 24 juni 2017 (ACTA Amsterdam)



Word nu lid en ontvang een compleet nascholingspakket voor € 535,-, bestaande uit:

- Keuze van 2 van de 4 themadagen
- 4 nascholingstijdschriften
- 4 kennistoetsen
- 2 uur nascholing via webtv/e-learning
- Totaal: 20 KRM-punten per jaar

Schrijf je in via www.qualitypractice.nl

Heb je vragen? Bel dan met Quality Practice op 020-59 80 308 of stuur een e-mail naar qp@acta.nl.

Flexibel en praktijkgericht!

ACTA
Dental Education bv

PRELUM
MEDISCHE MEDIA | NASCHOLING

www.qualitypractice.nl