

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper - Vlaamse editie



Verschijnt 6x per jaar | P924893 | afgiftekantoor Turnhout

WWW.DENTAL-TRIBUNE.BE

JAARGANG 2 - NUMMER 1 - FEBRUARI 2020

Nieuwe dentale vakbeurs

Dentalia Expo in oktober in Brussel

Pagina 3

Interview Lina Jasulaityte

Stop cariës met juiste begeleiding

Pagina 7



Kindvriendelijke mondzorg

Minimaal belastend en stimulant voor betere mondzorg

Pagina 9-10

Jubileum: 20 jaar VBT

Veel oog voor mening en noden jonge tandartsen

Pagina 12

Speeksel sporters

Onderzoek naar gevolg van slechte mondgezondheid bij topsporters

Pagina 12

Mythes over mondzorg

Is een slecht gebit erfelijk? Misverstanden opgehelderd

Pagina 13

Martijn Lambert:

“Wantrouwen moet aan beide kanten weggevoerd worden”

Kloof tussen mensen in kansarmoede en tandartsen

Pagina 4

Geen extra maatregelen tegen coronavirus in tandartspraktijken

Elk cijfer over het aantal besmettingen en overledenen door het coronavirus is al achterhaald op het moment dat je het publiceert. Dat maakt iedereen terughoudend als het gaat om het verstrekken van informatie. En al claimen Chinese autoriteiten dat ze het virus midden februari gestopt zullen hebben, toch is ook in West-Europa waakzaamheid geboden. Telt dat extra binnen de mondzorg?

Hoewel het coronavirus door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt beschouwd als een PHEIC (Public Health Emergency of International Concern), en er in België reeds één besmetting werd vastgesteld, benadrukken specialisten dat paniek niet nodig is. “Paniek is gevaarlijker dan het virus”, klonk het bij minister van Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD).

Het Riziv stuurde wel een brief rond naar alle huisartsen over de manier waarop ze het best met het virus omgaan. Daarin worden onder meer mogelijke symptomen besproken, en de te volgen procedure bij een mogelijke besmetting. Ook op haar website zet het Riziv alle belangrijke informatie op een rijtje. Voor tandartspraktijken zijn voorlopig geen extra maatregelen van kracht.

Dat geldt ook in Nederland. De ANT (Associatie Nederlandse Tandartsen) sluit zich aan bij minister

Bruins van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die constateert dat het labelen van het coronavirus als PHEIC geen directe consequenties heeft voor Nederland. Volgens de ANT zouden de huidige richtlijnen en protocollen op het vlak van hygiëne voldoende moeten zijn.

In lijn met die nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is ook de houding van de IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd). Die heeft geen aparte visie op de behandeling van patiënten in de mondzorg in relatie tot mogelijke besmetting met het coronavirus, en ontwikkelt hiervoor dan ook geen specifieke toezichtsactiviteiten.

Wel volgt de IGJ de ontwikkelingen uiteraard nauwgezet op. Dit gebeurt onder andere via het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg, waar ook het ministerie van VWS en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) in zetelen.

Het RIVM coördineert de maatregelen rond een mogelijke besmetting. Het houdt artsen, GGD'en (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten van Nederland) en microbiologische laboratoria op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, en adviseert hen als iemand mogelijk besmet is met het coronavirus. Volgens het RIVM zijn alle ziekenhuizen en GGD'en op de hoogte van de te volgen protocollen.

Voor de mondzorg zijn er geen aanvullende adviezen of aangekondigde maatregelen. Dat is ook het standpunt van de commissie Hygiëne, Infectie en Preventie (HIP) binnen ACTA (Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam), die de situatie wel iedere dag opnieuw beoordeelt om snel te kunnen reageren op eventuele veranderingen. De commissie mailt: “Op dit moment is het niet nodig om meer te doen dan de gebruikelijke infectiepreventiemaatregelen. Zoals de WHO adviseert, zijn vooral hand- en hoesthygiëne belangrijk.”

Dat betekent dat ook een op internet aangeboden - en zoals daar vermeld door het RIVM aanbevolen - mondkapje met koolstoffilter (nog) niet hoeft te worden aangeschaft. ■

Mondzorg prioriteit voor minister Beke

BRUSSEL Minister van Welzijn Wouter Beke (CD&V) maakt lastige draaien met zijn aangekondigde besparingen op preventieve gezondheidszorg. Die werden wel teruggedraaid, maar slechts gedeeltelijk, bleek bij de toekenning.

Beke kondigde in december besparingen aan van meer dan 1 miljoen euro voor een groot aantal organisaties die inzetten op preventieve gezondheidszorg. Vooral de 60.000 euro minder voor suïcidepreventie viel buitengewoon slecht. Na een stortvloed aan kritiek werden de besparingen teruggedraaid: overschotten en verschuivingen hadden een budgettaire meevaller opgeleverd, waardoor de 1,3 miljoen euro niet geschrapt moest worden.

Dat bedrag werd nu ook effectief toegekend, maar in praktijk blijkt

dat de besparingen slechts voor 520.000 euro werden teruggedraaid. Zo krijgt Sensoa nog steeds bijna 190.000 euro minder, en moet het Vlaams Instituut Gezond Leven meer dan 220.000 euro besparen. Volgens Beke's woordvoerder Steffen Van Roosbroeck zijn “accenten gelegd in lijn van de prioriteiten uit de beleidsnota”. Tot die prioriteiten behoort, naast mentale gezondheidszorg en kankeropsporing, ook de mondzorg.

(bron: De Tijd) ■

Tarievenakkoord tussen tandartsen en ziekenfondsen

Na lang onderhandelen hebben vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en tandartsen donderdag 30 januari een tarievenakkoord weten te bereiken voor 2020-2021. De Waalse beroepsverenigingen Société de Médecine Dentaire (SMD) en Chambre Syndicale Dentaire (CSD) stemden unaniem in met het akkoord. Het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) ging ook akkoord, met drie stemmen voor en één onthouding. Op haar website noemt de vereniging het een verantwoord akkoord, dat zeker niet volmaakt is maar in de gegeven omstandigheden het meest haalbare resultaat is.

Enkel de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) was fel tegen het akkoord gekant en noemde het ‘historisch slecht’. VBT ziet geen enkel lichtpunt voor de tandartsen in dit akkoord en weigerde het dan ook goed te keuren. “Nooit tevoren werden zoveel voorwaarden door de strot van de tandartsen geduwd in ruil voor zo weinig”, klinkt het op de VBT-website. Het akkoord betekent dat tandartsen de wettelijke (ontoereikende) tarieven moeten respecteren voor meer dan driekwart van hun verstrekkingen, aldus de beroepsvereniging. ■

Columnist gezocht

Dental Tribune Vlaanderen is op zoek naar een columnist. Werkt u in de tandheelkundige branche en wilt u zes keer per jaar uw mening kwijt, uw verwondering laten blijken of leuke ervaringen delen met collega's? En heeft u een vlotte pen? Neem dan contact op met de redactie via redactie@dental-tribune.nl.





dentalia

EXPO | 8-10.10.2020

TOGETHER,
THE BELGIAN CELEBRATION IS BACK!



EVERY DAY. ALL YEAR LONG.



Nieuwe dentale beurs in Brussel: Dentalia Expo



Martin en Pierre Ravets.

BRUSSEL België heeft er een nieuwe dentale vakbeurs bij: **Dentalia Expo**. Van 8 tot en met 10 oktober 2020 is het hele mondzorgteam welkom in Brussels Expo. Dentalia wil meer zijn dan enkel een beurs. Zo brengt het gedurende het hele jaar dagelijks via social media nieuwe verhalen over de mondzorg.

Dentalia heeft in oktober een beursvloer van 6.000 m², met 100 tot 120 exposanten. Voor deze eerste editie worden tussen 5.000 en 7.000 bezoekers verwacht. Maar Dentalia wil meer bieden. Zo biedt het via een digitaal platform, inclusief social media, een manier van dagelijkse communicatie tussen alle deelnemers binnen de tandheelkundige sector. Zowel de nieuwste ontwikkelingen, product-

innovaties en technieken als alle kleine dingen die zich dagelijks voordoen in het vakgebied komen daarbij aan bod.

Op de expo zijn ook workshops en lezingen te volgen, wordt er extra aandacht gegeven aan bioproducten en is er ruimte om bij te praten met collega's.

Dentalia werd opgezet door Pierre Ravets, oprichter van vakbeurs Dentex, en zijn zoon Martin Ravets. "Dentalia wordt een mix van de ervaring die mijn vader heeft in het organiseren van dentale beurzen en de nieuwe energie die ik meebreng in de tandheelkunde. Dentalia Together is gemaakt door en voor de dentale sector", zegt Martin Ravets. Hij geeft aan dat vader en zoon met Dentalia de 'dental family celebration' willen terugbrengen. ■

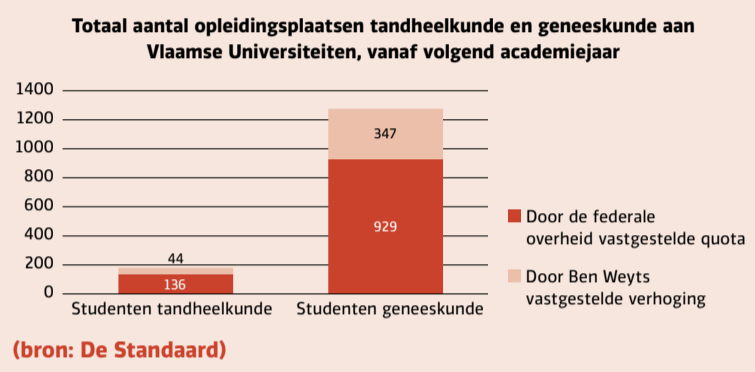
Feiten & cijfers

44

extra studenten kunnen volgend academiejaar starten aan een opleiding tandheelkunde starten aan de Vlaamse universiteiten.

Volgend academiejaar kunnen er aan alle Vlaamse universiteiten samen 180 studenten starten aan een opleiding tandheelkunde. Dat zijn er 44 meer dan de 136 opleidingsplaatsen die de federale overheid had voorzien. Ook het aantal opleidingsplaatsen geneeskunde stijgt aanzienlijk: van 929 naar 1.276. De Vlaamse minister van Onderwijs Ben Weyts (N-VA) heeft de opleidingsplaatsen verhoogd op

basis van het (tand)artsentekort in Vlaanderen, het aantal studenten die uitvallen tijdens de opleiding en het aantal afgestudeerden die na de opleiding toch geen (tand)arts worden. Nu de nieuwe quota afgeklopt zijn, zal de Vlaamse overheid nader bestuderen wat de financiële impact zal zijn voor de universiteiten, aangezien het om dure opleidingen gaat. ■



Quiz

- De voorraad aan hulpmaterialen (zoals wattenrollen en articulatiepapier) moet zodanig worden bewaard en afgedekt dat bij aerosolvorming tijdens een behandeling besmetting van deze materialen is uitgesloten.
 - Waar
 - Niet waar
- Bij contact tussen speeksel of bloed van de patiënt en slijmvliezen van de tandarts moet onmiddellijk worden gespoeld met een milde desinfectans, zoals 0,05% chloorhexidine.
 - Waar
 - Niet waar

De antwoorden vindt u op pagina 13.

ADVERTENTIE

Mr.Dental

SUPPLIES

vanaf

€3,19

per 100 stuks

Nieuw in ons assortiment soft nitril handschoenen

www.Mr-Dentalsupplies.be

Column

Reinier van de Vrie



Gezond gefopt

We laten ons kennelijk graag voor de gek houden. Of graag, het gebeurt gewoon. Fake news is aan de orde van de dag, met als een van de meest kwalijke uitschieters het proberen te beïnvloeden van verkiezingen, met name via sociale media. Nu is fopnieuws geen nieuw verschijnsel. Geen oorlog zonder propaganda. Wat nog steeds bij de mooiste voorbeelden hoort, zijn foto's van Russische revolutionairen waarop afvalligen werden weggeretoucheerd. Je hoefde dan slechts de oude en de nieuwe foto naast elkaar te leggen om te zien wie er uit de gratie was.

Van baby af aan worden we natuurlijk al bedrogen. Vaak vanuit goede bedoelingen, maar ook uit gemakzucht of als zoethouder. De fopspeen is daarvan een voorbeeld bij uitstek. Oké, waarschijnlijk wordt die niet meer zo gemakkelijk in de brandewijn gestoken om kinderen – en ouders – een rustige nacht te bezorgen. Maar bedrijfsmarketeers weten ook met dit eenvoudige sabbelding weg met innovatie en productontwikkeling. Zo is er tegenwoordig de fruitspeen. Onder meer verkrijgbaar via bol.com, die het de 'gezondste speen' noemt. De tuut van die speen – voor baby's vanaf vier maanden – kan gevuld worden met zachte fruitsoorten als banaan, aardbei, framboos en peer. "Door de kleine gaatjes komen stukjes fruit, waardoor uw kleintje op een veilige manier kennis leert maken met diverse fruitsoorten," zo beveelt de website ouders de speen aan. En om het extra leuk te maken is er ook een fruitspeen met rammelaar. Brood en spelen, het zijn oude principes. Aan tandartsen en mondhygiënisten hoef ik niet uit te leggen dat de speen het best zo kort mogelijk gebruikt moet worden en dat het niet aan te raden is om een kind gedurende langere tijd fruit te laten zuigen. Ouders, voer die kinderen toch gewoon een bak fruit. Wat is leuker dan een jong kind voor het eerst een banaan te voeren? Of laat ze het zelf proberen binnen te krijgen. De wasmachine is geduldig. Weer een opgave erbij om ouders voor te lichten. En mogelijk teleurgestelde ouders. Wees als tandarts ondertussen wel alert waar u aan het begin van het nieuwe decennium zelf gefopt wordt door industrie of door overheden. Of denkt u dat dat niet gebeurt? Ga dan even voor uzelf na hoe de afgelopen tien jaar zijn verlopen. Eigenlijk worden we toch niet zo graag gefopt.

Reinier van de Vrie is freelance tandheelkundig journalist en tekstschrijver en sinds januari 2020 hoofdredacteur van Dental Tribune Vlaanderen. Contact: r.vandevrie@congrescommunicatie.com. ■

Project Ieders Mond Gezond overbruggt de kloof tussen mensen in kansarmoede en tandartsen

“Het wantrouwen moet aan beide kanten weggewerkt worden”

TEKST: ANDY FURNIERE

De mondgezondheid van Vlamingen gaat er in het algemeen dan wel op vooruit, verschillende kansengroepen hinken achterop en worden moeilijk bereikt door de huidige preventiecampagnes. Het project Ieders Mond Gezond doet daar iets aan door mondzorgcoaches op te leiden, die de brug slaan tussen mensen in kansarmoede en tandartsen. Dental Tribune sprak met Martijn Lambert, tandarts en bezieler van het project, over manieren om tot een inclusiever mondzorgbeleid te komen.

Uw doctoraat ging over sociale ongelijkheid op het gebied van mondgezondheid in Vlaanderen. Welke risicofactoren voor achterstand kwamen daarbij naar voren?

Veel hangt af van het opleidingsniveau, het inkomen, de etniciteit, de gezondheidsgelettertheid en de zorgafhankelijkheid van mensen. Uiteraard zijn er ook specifieke groepen die bijzonder kwetsbaar zijn, zoals mensen zonder papieren, daklozen en drugsverslaafden. De levensomstandigheden van kansengroepen hebben een grote invloed op de manier waarop ze al dan niet in staat zijn voor hun gebit te zorgen, en dat is iets waar beleidsmakers soms licht over gaan. Je kunt het vergelijken met een leraar die bij het geven van een toets verwacht dat iedereen dezelfde punten zal halen, omdat ze nu eenmaal allemaal dezelfde uitleg hebben gekregen. Mensen in kansarmoede zullen vaak minder scoren op het vlak van mondgezondheid, maar dat komt niet door onwil, zoals vaak gedacht.

Wat zijn belangrijke redenen voor kansengroepen om een tandartsbezoek te blijven uitstellen?

Als je in een precare situatie zit, heb je dikwijls veel andere problemen die je aandacht opeisen en is een preventief tandartsbezoek op dat moment dus geen prioriteit. Denk maar aan problemen rond huisvesting en andere gezondheidskwesties. Dat wil niet zeggen dat mensen in kansarmoede mondgezondheid niet belangrijk vinden, maar het raakt dan achter op zaken die als urgenter worden beschouwd. Pas bij pijn wordt ook de mondgezondheid prioritair. Het financiële aspect, en dan vooral de onwetendheid hierover, speelt uiteraard ook een grote rol. En veel mensen uit kansengroepen zijn bang voor een tandartsbezoek. Daarnaast mag je het aspect van de opvoeding niet onderschatten: velen hebben geen goede gewoontes aangeleerd gekregen in hun familie-omgeving.

Welke gevolgen heeft een slechte mondgezondheid op het leven van mensen in kansarmoede?

Door het feit dat hun familie vaak niet het juiste voorbeeld geeft, hebben ze dikwijls al van kindsbeen af gebitsproblemen en dreigen ze in een vicieuze cirkel terecht te komen. Want door die tandproblemen eten ze minder goed, zitten ze met pijn op de schoolbanken en zijn ze

vaker afwezig op school. Gebitsproblemen verzwakken bovendien ook je algemene weerstand, waardoor je vatbaarder wordt voor andere aandoeningen. Daarnaast is de sociale impact enorm. Met een slecht gebit vind je bijvoorbeeld veel minder makkelijk een job of partner.

Mondcoaches moeten de kloof zien te overbruggen

Wordt de sociale kloof in onze maatschappij op het gebied van mondzorg groter?

Eigenlijk wel, al wil dat niet zeggen dat acties zoals preventiecampagnes totaal geen positief effect hebben op de mondgezondheid van mensen in kansarmoede. Maar die groep gaat er veel minder sterk op vooruit dan de hogere sociale klassen, waardoor de ongelijkheid nog groter wordt. Dat is niet de schuld van wie in kansarmoede leeft maar ook niet van de tandartsen, die vaak ten onrechte met de vinger worden gewezen. Er gaat in de meeste gevallen nu eenmaal een brede kloof tussen beide leefwerelden, die overbrugd moet worden voordat je met acties een effect kunt bereiken. Daarvoor moet je de mensen in de rand van de samenleving bereiken, door die rand daadwerkelijk op te zoeken. Nu blijft men zich te vaak op het centrum van de maatschappij richten.

U bent de bezieler van het project ‘Ieders Mond Gezond’, dat mondzorgcoaches opleidt om als tussenfiguur te fungeren tussen mensen in kansarmoede en tandartsen. Hoe gaat u te werk?

Eerst en vooral leggen wij contact met lokale organisaties die mensen in kansarmoede hulp bieden, zoals organisaties die aan voedselbedeling doen of praatgroepen opzetten. Dat zijn omgevingen die mensen in kansarmoede vertrouwen, en waar er mensen zijn die dicht bij hen staan. Die vertrouwenspersonen leiden wij in twee dagen tijd op tot mondzorgcoach. Die opleiding stelt hen in staat om mensen een correcte uitleg te geven over mondzorg en hen door te sturen naar een tand-

arts in de buurt. Maar daar houdt hun rol niet op, want de coaches kunnen ook de tandarts bijstaan in de omgang met de mensen in kansarmoede. Want de twee groepen spreken vaak figuurlijk, en soms letterlijk, een andere taal, waardoor ze elkaar niet goed begrijpen en er misverstanden ontstaan.

Hebben tandartsen vaak vooroordelen over kansengroepen?

Die vooroordelen zijn er aan beide kanten. Volgens bepaalde hardnekkige stereotypes moet iedere tandarts wel een op geld beluste sadist zijn en iedere kansarme een luie profiteur, om het eens cru te stellen. Dat is natuurlijk onzin, maar zulke vooroordelen bestaan omdat men de ander onvoldoende kent. Onbekend maakt onbemind. Dat wantrouwen kan enkel weggewerkt worden door elkaar langzaam beter te leren kennen.

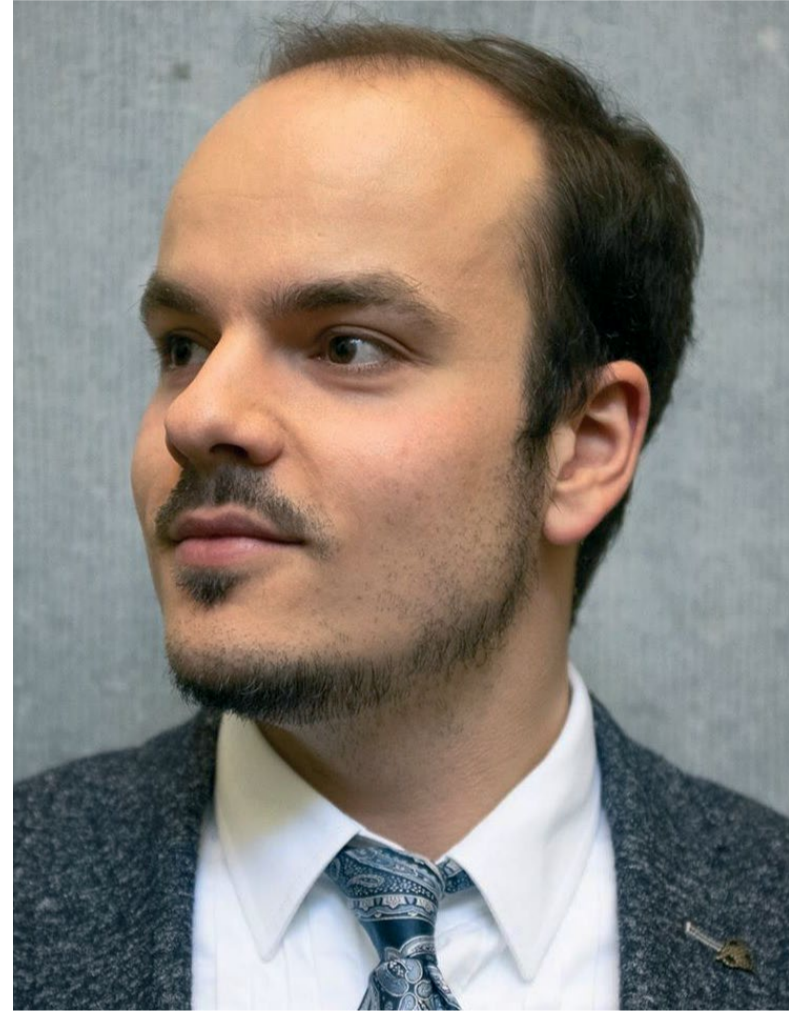
Tandartsen krijgen vaak de zwarte piet toegeschoven in discussies over dit soort thema's, maar dat is onterecht - ik ben zelf nog geen tandarts tegengekomen die van slechte wil is. Wel zitten tandartsen heel vaak met overvolle agenda's en is het voor hen niet evident om tijd te maken voor andere initiatieven dan hun reguliere klanten. Met ons project zorgen we ervoor dat het voor tandartsen behapbaar blijft. En uiteraard is het ook belangrijk om binnen de opleidingen tandheelkunde en bijscholingen voor tandartsen voldoende maatschappelijke thema's aan te reiken, om de voeling met kansengroepen zoveel mogelijk aan te wakkeren.

Hoe ver staat Ieders Mond Gezond op dit moment?

We zijn nu in ongeveer veertig steden en gemeenten actief en zijn nog altijd aan het uitbreiden, mede dankzij middelen van de Vlaamse overheid die ons toelaten om extra personeel aan te werven. Dat is toch bijzonder voor een project dat gestart is als een lokaal vrijwilligersinitiatief voor asielzoekers in Gent. De ultieme ambitie blijft echter vooral om overbodig te worden, om lokaal zaadjes te planten die dan op eigen kracht uitgroeien tot performante projecten. Zo draagt onze samenwerking met organisaties in Leuven ondertussen een andere naam, 'Smile', en draait ze zo goed als volledig op eigen lokale middelen. Wanneer de vertrouwensband tussen lokale tandartsen en armenverenigingen gesmeed is, zit ons werk er eigenlijk op.

In hoeverre kunnen mondhygiënisten een rol spelen in het helpen van mensen in kansarmoede?

Hun rol kan heel groot zijn, want bij onderzoek binnen Ieders Mond Gezond zagen we dat de helft van de mensen geholpen kunnen worden met enkel een tandsteenreiniging en advies rond preventie. Dat zijn zaken die mondhygiënisten perfect



Martijn Lambert.

voor hun rekening kunnen nemen. Ze worden daarenboven ook opgeleid om met kwetsbare groepen werken, dus in theorie kunnen ze een cruciale impact hebben.

Lokale initiatieven moeten het van Ieders Mond Gezond overnemen

In de praktijk speelt het ontbreken van een financieel kader voor deze beroepsgroep echter een belangrijke rol, wat ervoor zorgt dat hun zorg wettelijk nog niet terugbetaald kan worden. Bovendien moet het beleid ervoor zorgen dat het financieel aantrekkelijk wordt voor mondhygiënisten om te werken met kansengroepen. Nu wordt er teveel van uitgegaan dat ook de patiënten waarvoor je meer moeite moet doen op magische wijze wel geholpen zullen worden, wat een grote misvatting is in tijden van schaarste aan zorgverleners. Zonder financiële en andere beloningen zullen mondhygiënisten vooral kiezen voor goed draaiende tandartsenpraktijken voor de hogere sociale klassen, wat mee leidt tot een tandzorg met twee snelheden.

Er wordt vaak gesproken over die tandzorg met twee snel-

heden. Gaan we op het vlak van gezondheidszorg stilaan naar een situatie zoals die in Amerika?

Nee, want de basis zit wel degelijk goed. We hebben in Vlaanderen gelukkig een verplichte ziekteverzekering en verschillende hefboomen voor sociale correcties, zoals de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur. Ik vind wel dat de verhoogde tegemoetkoming op een meer gelaagde manier toegekend zou moeten worden. Nu is het gebaseerd op een vaste grens: je hebt ofwel recht op een volledige terugbetaling, ofwel op de standaard terugbetaling. Een meer gedifferentieerde terugbetaling, met bijvoorbeeld vijf inkomenscategorieën en vijf terugbetalingschalen, zou meer overeenstemmen met de realiteit. Bij de maximumfactuur zijn er al vijf categorieën, dus een hervorming zou daarop gemodelleerd kunnen worden.

Er bestaat ook een derdebetalersregeling, waarbij mensen in armoede enkel het remgeld betalen en de tandarts het resterende bedrag ontvangt van de mutualiteit. Patiënten moeten echter zelf de vraag stellen en tandartsen zijn niet verplicht erop in te gaan. Moet dat niet anders?

De derdebetalersregeling is potentieel een goed systeem, want het maakt een groot verschil of je het hele bedrag al dan niet moet voorschieten. Zelfs al krijg je nadien het

Lees verder op pagina 6 ►

ENDOEZE™
MTA FLOW™

Reparatiecement op basis van mineraaltrioxideaggregaat

**DE JUISTE
CONSISTENTIE
VOOR DE JUISTE
INGREEP**

Gemakkelijke
applicatie via een
29 ga Navi-
Tip™-tip!



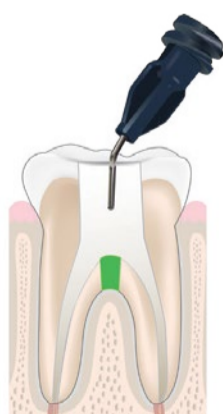
PULPA-OVERKAPPING



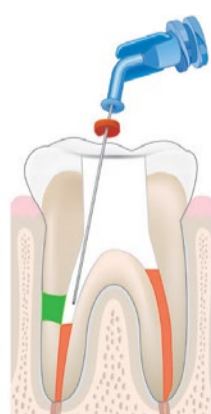
PULPOTOMIE



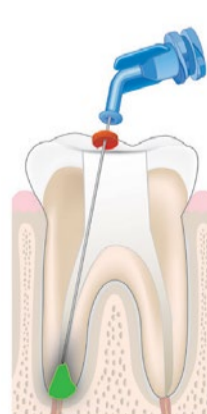
PERFORATIE VAN DE
BODEM VAN DE PULPAKAMER



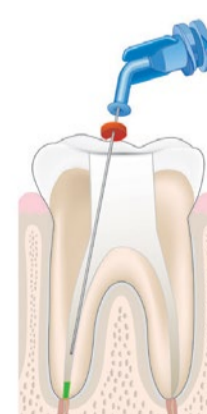
RESORPTIE



APEXIFICATIE



APICALE PLUG



VULLEN VAN
WORTELPUNT



► Vervolg van pagina 4

meeste terugbetaald, het schrikt veel mensen af om op het moment zelf te moeten betalen, zeker als je niet op voorhand weet hoeveel de rekening zal bedragen. Maar het vrijblijvende karakter van de huidige regeling zorgt inderdaad voor serieuze drempels voor patiënten met financiële problemen. Ook voor de tandarts is het huidige systeem niet

Voor mensen in kansarmoede is de drempel nog hoger bij niet-geconventioneerde tandartsen

altijd comfortabel, want hij krijgt er een duidelijke administratieve last bij, aangezien hij in dialoog moet gaan met de verschillende mutualiteiten van patiënten. Het is aan de overheid om te investeren in de nodige mechanismen om ervoor te zorgen dat de regeling makkelijker kan en toch voldoende gecontroleerd wordt op fraude, onder meer door te streven naar meer digitale innovatie. Maar als zorg toegankelijker wordt voor meer mensen, zal het zorgbudget van de regering ook

verhoogd moeten worden en dat ligt politiek erg moeilijk in tijden van besparingen.

Wat met de medische waarborg bij OCMW's, waarbij die organisaties kunnen tussenkomen in de medische kosten? Heeft dat systeem op dit moment de juiste impact?

Een van de problemen daarmee is dat het beleid daarover verschilt van stad tot stad. Daardoor krijg je een aanzuigeffect naar bepaalde plaat-

sen, terwijl andere steden met hun beleid mensen in armoede als het ware wegduwen. We hebben een meer uniform systeem nodig.

Een andere kwestie wat betreft de OCMW's is dat men bij het vergoeden van zogenaamde 'dringende medische hulp' aan mensen zonder papieren er verkeerdelijk van uitgaat dat de patiënt pijn moet hebben om in aanmerking te komen, terwijl het dan eigenlijk al te laat is. Het staat zelfs letterlijk in de wet dat die hulp evengoed van preventieve aard kan zijn. Het is altijd beter te voorkomen dan te moeten genezen, en dat geldt ook op economisch gebied: het zal meer kosten om een ingreep uit te voeren dan om tandproblemen te vermijden.

Zorgt de stijging van het aantal niet-geconventioneerde tandartsen voor meer angst bij mensen met financiële problemen?

De drempel om bij een niet-geconventioneerde tandarts langs te gaan is inderdaad nog hoger voor mensen in een kwetsbare situatie, maar ik ga niet akkoord met het huidige beeld van goed en kwaad dat bij veel mensen leeft. Veel niet-geconventioneerde tandartsen zijn wel degelijk bereid om aan de conventietarieven te werken als ze weet hebben van de moeilijkheden van specifieke patiënten. Niet-geconventioneerde tandartsen zijn ook niet noodzakelijk op meer geld belust; ze maken die keuze onder meer omdat tandartsen vandaag veel innovatieve technieken hanteren die patiënten beter helpen maar nog niet terugbetaald worden door het Riziv. We moeten natuurlijk eerlijk zijn, er zullen in België geen tandartsen omkomen van de honger, maar het is wel een belangrijk aandachtspunt dat het zorgbudget van de overheid voldoende aangepast moet zijn aan de laatste ontwikkelingen in de tandzorg. Als beleidsmakers meer op lange termijn zouden durven investeren, en niet van verkiezing tot verkiezing, zou dat naar alle waarschijnlijkheid uiteindelijk ook economisch een pak voordeliger zijn.

ADVERTENTIE



CEREC Primemill Excellence made easy.

The new CEREC Primemill is uniquely equipped for superior chairside dentistry. Our fastest milling unit ever, it's also the easiest to use and compatible with the widest range of materials. Above all, it empowers dentists to deliver consistently excellent treatment for multiple indications.

The CEREC Primemill seamlessly combines with the highly accurate CEREC Primescan and new CEREC Software 5 to redefine performance in daily practice. Join us at your local CEREC event and test it yourself.

The all-new CEREC. **Now is the time.**

Learn more at: dentsplysirona.com/cerecprimemill

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 Dentsply
Sirona

Er is geen
duidelijke grens
tussen het
preventieve en het
curatieve

Wat kan er daarnaast nog beter op overheidsniveau?

Het is een groot nadeel dat de verantwoordelijkheid voor preventie bij Vlaanderen ligt en die voor de terugbetaling van zorg bij de federale regering. Dat is een puur politiek compromis dat eigenlijk onwerkbaar is in de praktijk. Want waar ligt de grens tussen het preventieve en het curatieve? Die lijn kun je onmogelijk duidelijk trekken; er is geen tweedeling maar een vaag continuüm. Die politieke opdeling zorgt voor veel moeilijke discussies, onder meer over wie wat moet betalen. Eigenlijk moet je in dit geval ofwel alles splitsen, ofwel niets. ■

“Cariësproces is met juiste begeleiding te stoppen”

TEKST: IMELDA VAN DE WARDT

Tandarts-pedodontoloog Lina Jasulaityte, werkzaam bij Jeugd tandzorg West in Den Haag, behandelt zeer jonge kinderen die zijn doorverwezen met cariës. Een voorstander van restauratief invasief behandelen is ze niet. “Ik zie in de praktijk dat cariës stopt als er twee keer per dag nauwkeurig met fluoridetandpasta wordt gepoetst en de suikerinname beperkt wordt.” Daarom besteedt ze het grootste deel van haar tijd aan het motiveren, begeleiden en trainen van ouders en kinderen.

Samen met de inmiddels gepensioneerd onderwijscoördinator kindertandheelkunde bij ACTA René Gruythuysen en tandarts-geriatrie Clara van der Maarel-Wierink schreef ze het AccreDidactprogramma *Problematische mondzorg bij zorgafhankelijke patiënten*. Dental Tribune sprak met Jasulaityte over haar visie, en het belang en de valkuilen van een minimaal invasieve behandelmethodes bij kinderen. “Restauratief ingrijpen maskeert alleen maar.”

Waar komt uw affiniteit voor preventieve mondzorg vandaan?

Ik kom oorspronkelijk uit Litouwen en daar was de opleiding tandheelkunde – meer dan vijftig jaar geleden – zo ingericht dat preventie eerst aan bod kwam. Pas in een later stadium werden respectievelijk de kindertandheelkunde en volwassentandheelkunde behandeld. Ik ben van mening dat de preventieve tandheelkunde de basis vormt voor de tandheelkunde. Je kunt mondzorgproblemen oplossen, maar voorkomen is beter dan genezen. En hoe duurzaam is het om problemen op te lossen met technische middelen?

Hoe moeten zorgafhankelijke patiënten met een slechte mondgezondheid worden behandeld?

Niemand verwaarloost een gebit opzettelijk. Vaak speelt onwetendheid en/of een gebrek aan vaardigheden en zelfvertrouwen een rol. Ook kunnen slechte privéomstandigheden van invloed zijn op een slecht gebit. Ik behandel de moeilijkste kinderen. Denk bijvoorbeeld

aan kinderen met een beperking, kinderen met autisme, kinderen met psychische stoornissen en zeer jonge kinderen die moeizaam coöpereren. Bij deze doelgroep kun je als tandarts bedenken welke mooie restauraties je kunt verwezenlijken, maar het kind laat dit vaak niet toe. Dan zijn er twee opties: je behandelt de patiënt onder narcose of je pakt het probleem – minimaal invasief – aan bij de oorzaak. Narcose is vaak niet nodig en daarnaast vind ik dit ook niet altijd de juiste oplossing. Slechts in beperkte gevallen is narcose noodzakelijk. Naar ik begrijp geldt dat ook voor de geriatrie mondzorg.

Wat is wél de juiste oplossing?

Cariës is een proces dat met de juiste begeleiding gestopt kan worden bij jong en oud. Ik pas bij iedere patiënt eerst een preventieve aanpak toe voordat ik beslis of restauratie nodig is. Ik zie in de praktijk dat cariës stopt als er twee keer per dag nauwkeurig wordt gepoetst met fluoridetandpasta en de suikerinname beperkt wordt. Jonge kinderen begrijpen het belang van mondgezondheid niet. Je kunt met



Lina Jasulaityte (rechts).

kinderen bespreken om meer water te drinken, maar dat heeft geen effect als ze thuis sapjes krijgen. Het kind weet wat het wil, maar de ouders moeten weten wat gezond voor het kind is. Daarom is het belangrijk om hen erbij te betrekken. Door *motivational interviewing*, een directieve persoonsgerichte gesprekstijl om de motivatie van mensen te vergroten en gedragsverandering te realiseren, probeer ik ouders bewust te maken van mogelijke gedragsveranderingen om een goede mondgezondheid voor het kind te realiseren. Deze gespreksmethode kan ook gebruikt worden met mantelzorgers bij andere zorgafhankelijke groepen.

Ontbreekt het veel ouders aan kennis over goede mondverzorging?

Gewoonten leiden vaak een eigen leven en daar moet eenieder zich bewust van zijn. Ik hoor ouders regelmatig zeggen: “Mijn kind snoept niet veel.” Als ik doorvraag, blijkt dat het kind dagelijks veel suiker inneemt via bijvoorbeeld broodbeleg en frisdrank. Iedereen weet dat suiker slecht is, maar het effect van suiker op het gebit is vaak onbekend. Mijn rol is om als een coach mensen te leren na te denken: wat is voor jou belangrijk en wat ga je doen om dit te bewerkstelligen?

Hoe gaat u om met ouders die niet openstaan voor gedragsverandering?

Ik kreeg in de praktijk onlangs bezoek van een net gescheiden moeder met vijf kinderen. De drukte en vele taken die haar privéomstandigheden met zich meebrachten, lieten het op dat moment niet toe om het gebit van de kinderen dagelijks na te poetsen. Ze gaf aan dat ze iets

zou veranderen als er meer cariës zou ontstaan. Op zo'n moment toon ik begrip en zorg ik dat ik de kinderen pijnvrij hou. Een maand later kwam de moeder opnieuw langs en toen bleek dat ze toch het een en ander had veranderd. De kinderen kregen minder zoete voedingsmiddelen en de moeder poestte de gebitten dagelijks na. Kennelijk leidde mijn begrip bij haar tot zelfreflectie. Door begrip te tonen, te reflecteren en geen druk uit te oefenen, maar wel hypothetische vragen te stellen over de mogelijke oplossingen, worden ouders aan het denken gezet. Ze krijgen een gevoel van cognitieve dissonantie door hun zelf uitgesproken waarde van gezondheid en het huidige gedrag naast elkaar te zetten. Alle kleine stappen in verandering worden bovendien meteen bevestigd. Zo krijgen ze zelfvertrouwen en merken ze dat de zorgverlener hun inspanning waardeert.

Ik pas bij iedere patiënt eerst een preventieve aanpak toe, alvorens restauratie te overwegen

Waarom ziet u weinig heil in restauratieve behandelingen?

Het kind wordt op die manier onnodig belast. Natuurlijk ga je restauratief behandelen als het kind bijvoorbeeld op korte termijn pijn en een ontsteking kan krijgen, maar het is een schijnoplossing. Het maskeert slechts. Vaak willen ouders alle pro-

Biografie

Lina Jasulaityte behaalde in 1996 in Litouwen haar tandartsdiploma en een jaar later haar kindertandartsdiploma. In 2007 voltooide ze in Nederland haar masteropleiding Pedodontologie. Jasulaityte is sinds 2008 werkzaam bij Jeugd tandzorg West in Den Haag, waar ze zeer jonge kinderen behandelt die veel cariës en een complexe problematische achtergrond hebben. Het grootste deel van haar werk besteedt ze aan het motiveren en begeleiden van ouders en kinderen. Daarbij komen de universitaire opleidingen pedagogiek en bewegingswetenschappen (1989), en de cursussen *Coach moeilijk opvoedbare kinderen*, *Coachen voor professionals* en *Motivational Interviewing* die ze in Cardiff gevolgd heeft, goed van pas.

blemen in een keer behandeld hebben onder bijvoorbeeld narcose. Het eindresultaat geeft zowel de ouders als de tandarts een goed gevoel, maar is dit in het belang van het kind? En leidt dit tot een bestendige mondgezondheid? Uit de literatuur blijkt het tegendeel.

In welke gevallen is narcose aanvaardbaar?

Het moet in verhouding staan tot het probleem. Als je een kind onder narcose behandelt en het gedrag verandert niet, kun je de behandeling over een paar jaar opnieuw doen. Wel moet een kind met pijn van de klachten afgeholpen worden. Sedatie is daartoe een prima middel. Maar wees extra voorzichtig met narcose. We weten nog te weinig over de gevolgen van narcose voor kinderen. Vraag je daarom af: wat is bij het kind noodzakelijk om het pijnvrij te houden en wat kun je uit- of afstellen? In mijn studietijd ontdekte ik dat kinderen die op de wachtlijst voor narcose stonden er vanaf konden na preventieve coaching.

Wat zijn valkuilen bij deze preventieve aanpak?

Ten eerste is het bij *motivational interviewing* belangrijk om niet te snel een adviserende rol aan te nemen. De mening van de patiënt en ouders staat centraal en zij moeten zelf tot andere inzichten komen. Wat willen zij? Wat gaat er mis? Door advies te geven push je mensen in een bepaalde richting. Gedragsverandering moet bereikt worden in kleine stapjes. Een tweede valkuil is dat we vaak alles in één keer willen. We willen een kind met cariës binnen een paar maanden

Het perspectief van een ouder

Ook ging *Dental Tribune* in gesprek met mevrouw van I., moeder van vier kinderen, die door middel van zelfzorg het cariësproces bij haar kinderen heeft gestopt.

“Ik nam mijn vier kinderen (één, drie, vijf en zeven jaar) altijd mee naar mijn tandarts, totdat ik ontdekte dat er zoiets als een kindertandarts bestaat. Ik had mijn kinderen aangemeld en tijdens de eerste controle bleek dat mijn drie oudste kinderen gaatjes in hun kiezen hadden. Ik schrok. Ze waren een halfjaar voor deze afspraak nog op controle geweest en over gaatjes had die tandarts het nooit gehad. Maar het kan toch niet dat de mondgezondheid van mijn kinderen binnen een halfjaar zo verslechterd was?

De oudste had een klein gaatje en de middelste twee kinderen hadden meerdere diepe gaatjes. Mijn zoontje van drie jaar had zelfs zes gaatjes. De kindertand-

arts nam – in tegenstelling tot de oorspronkelijke tandarts – de tijd en liet zowel mij als de kinderen meekijken. Ik werd gestimuleerd om limonade te vervangen door water. Ook snoepen probeerde ik zo veel mogelijk te beperken tot het weekend. Natuurlijk wist ik dat suiker slecht is voor het gebit, maar ik gaf het de kinderen wel. Ik dacht dat de daadwerkelijke gevolgen wel meevielen.

Ik heb een elektrische tandenborstel aangeschaft en poets nu de tanden van mijn kinderen. Voorheen deden ze dit zelf. Ik dacht dat ze dat wel konden, maar waarschijnlijk hebben ze hun kiezen overgeslagen. Dit in combinatie met het beperken van suiker heeft ertoe geleid dat de gebitten van mijn drie kinderen er rustiger uitzien. De gaatjes zijn hard geworden en bijna niet meer zichtbaar.”

Lees verder op pagina 8 ►

► Vervolg van pagina 7

helemaal gerepareerd hebben, maar cariës is een proces. Je moet heel veel geduld hebben om gewoontes te veranderen en het proces te stoppen. Dat kan jaren duren. Daarnaast is het belangrijk om realistisch te blijven. Bekijk wat binnen een korte periode haalbaar is. Een kind dat drie keer per nacht een flesje sap drinkt, kan niet ineens zonder. De

verandering van drie flesjes naar één is daarentegen wel reëel. Stel kleine doelen en spreek af wat haalbaar is. De eerste stap is het lastigst. Als het lukt, krijgen ouders en kinderen meer zelfvertrouwen en genoeg motivatie om door te zetten. We moeten ook betere woorden vinden voor wat we doen, bijvoorbeeld: evaluatie (samen) in plaats van controle (zorgverlener); training (actief) in plaats van wennen (passief); begeleiding (commitment) in plaats van instructie (opdracht).

Niet alle tandartsen staan om deze behandelwijze te springen. Hoe komt dat?

We hebben tijdens de opleiding geleerd dat cariës met restauraties behandeld kan worden. Technische middelen boven communicatie. Helemaal is de honorering daar op afgestemd. Ik denk dat de opleidingen meer aandacht moeten besteden aan het effect van communicatie. Het is goed om technische behandelingsdelen snel uit te kunnen voeren, maar toch moet je ondoelmatige

zorg kunnen en willen loslaten en aan de slag gaan met communicatie. Natuurlijk is mijn omzet lager omdat ik minder restauraties maak. Klaarblijkelijk is het ook daardoor geen populaire aanpak. Desondanks zie ik dat er in de geriatrische mondzorg al veel gebeurt ter verbetering van de mondgezondheid.

In kritiek op collega's die sterk inzetten op preventieve behandelmethoden, valt wel eens de term 'zorgvermijders'.

Wat vindt u daarvan?

Onterecht. De oorzaak van cariës – het gedrag – is het probleem en een caviteit is een symptoom. Door restauratief te behandelen, verhelp je tijdelijk de symptomen en niet de oorzaak. De causale aanpak betoont nederigheid aan het belang van het kind. Uiteraard restaureer ik als dat doelmatig is, alleen begin ik met het aanpakken van de oorzaak.

Wat is uw meest schrijnende casus?

Tussen de deuren in de wachtkamer stond een klein jongetje van twee jaar en acht maanden te schreeuwen. Hij had pijn en liet zich al bijna een jaar niet poetsen. Het gebit was ernstig afgebrokkeld en alle kiezen waren gevoelig. Hij dronk voornamelijk limonade, at veel lolly's en dronk melk. Ik ben met de ouders in gesprek gegaan en het lukte hen aanvankelijk niet om iets te veranderen. De ouders zeiden: "Trek het hele melkgebit er maar uit." Als ik dat zou doen, verbeter ik niets aan het gedrag van de ouders. Toen ik het kind beter bekeek, zag de situatie er minder dramatisch uit. Er was sprake van grote laesies, maar de meesten waren herstelbaar. Ik heb voorgesteld om de gevoeligheid te verminderen met zilverdiaminefluoride en een laagje restauratiemateriaal. Een behandeling onder narcose bleek niet nodig. Toen de ouders zagen dat er nog iets te verhelpen was, waren ze toch bereid hun gewoontes te veranderen en dat is gelukt.

ADVERTENTIE

NIEUW



SUNSTAR
G·U·M[®]

PowerCARE™



DE KRACHT VAN ZACHT

By the gum health expert

INTENSIEVE PLAQUECONTROLE

ZACHT VOOR TANDEN EN TANDVLEES



ZACHT



DRUK-SENSOR



DIEPE REINIGING



2 MIN. TIMER

GEZOND TANDVLEES. GEZOND LEVEN.™

Sunstar Benelux B.V.
joan.nuyts@be.sunstar.com - 0476 85 17 28
anka.tierens@be.sunstar.com 0498 93 56 25

Er heerst vaak angst om de controle in de handen van een patiënt te leggen

In deze editie van Dental Tribune verzorgt u ook een klinische casus (pagina 11-12). Welke boodschap wilt u met deze casus geven?

Ik wil ten eerste laten zien dat het mogelijk is om ouders bij een betere mondverzorging te betrekken, zelfs als het in de eerste instantie anders lijkt. Kleine veranderingen doen wonderen. Geduld is heel belangrijk. Tijdens een controle (evaluatie) is het bijvoorbeeld goed om ouders naast je te laten zitten. Je kijkt samen in de mond van het kind en bespreekt alles, zonder hier een waardeoordeel aan toe te kennen. Ik probeer ouders deelgenoot te maken van de bevindingen. Wanneer ik wel restauratief behandel, laat ik ouders overigens vaak wachten in de wachtkamer. Kinderen vanaf de leeftijd van 4-5 jaar zijn dan vaak coöperatiever. Daarnaast heb ik in de casus twee manieren van behandelen laten zien. De eerste, invasieve behandeling werkte averechts: het meisje in kwestie werd angstiger dan ze daarvoor was. Bij de tweede, communicatieve behandeling werd het kind minder belast en werden de cariëslaesies inactief. Kortom, bekijk wat voor het kind nodig is. ■

Kindvriendelijke mondzorg

TEKST: RENÉ GRUYTHUYSEN

Hall-kroon

Dit is een fragment uit het AccreDidactprogramma *Kindvriendelijke mondzorg*, geschreven door René Gruythuysen.

Omdat mondzorg voor kinderen in de basisverzekering zit, is het van belang onderscheid te maken tussen wat vergoed wordt en wat werkelijk nodig is voor het kind. Ook in de mondzorg wordt, aldus

auteur Gruythuysen, het belang van het kind regelmatig ondergeschikt gemaakt aan het belang van de zorgverlener en de ouders.

In dit nascholingsprogramma en het bijbehorende boekje wordt de filosofie van kindvriendelijke mondzorg toegepast op veelgebruikte en voor kinderen wenselijke behandelingen.

Inleiding

De Hall-kroon is een voorgevormde nikkel-chroomkroon die in de tijdelijke dentitie wordt toegepast zonder dat het gebitselement wordt beslepen. De methode is rond 1990 ontwikkeld door Norna Hall, algemeen practicus in Schotland. Wetenschappelijke klinische evaluatie heeft ertoe geleid dat de methode later is opgenomen in het Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (SDCEP). De onderbouwing van de methode is gebaseerd op de uitstekende resultaten van klinisch onderzoek. Het doel van de Hall-methode is verzegeling van de cariëslaesie en bescherming van de kroon van het element tegen het ontstaan van nieuwe cariëslaesies. Het is een kindvriendelijke manier om cariës te behandelen, waarbij geen narcose en zelfs geen lokale anesthesie nodig is. De behandeling

wordt doorgaans goed door het kind geaccepteerd. De Hall-kroon heeft een goede overlevingsduur. **Een nadeel van de Hall-kroon is dat het om een symptoombehandeling gaat, waarbij het cariësprobleem wordt gemaskeerd.** Ook geven de kronen een (tijdelijke) beetverhoging. Bij nikkelchroomkronen moet altijd het risico op sensibilisering door nikkelionen worden meegewogen.

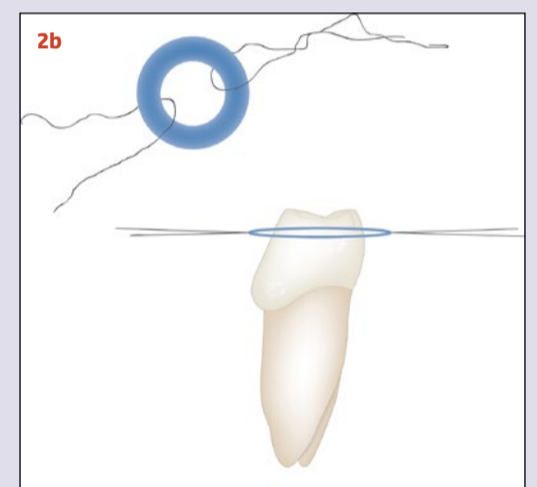
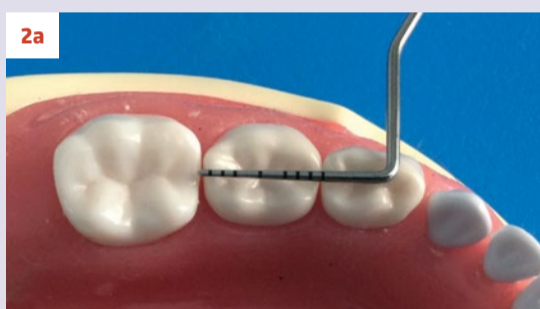
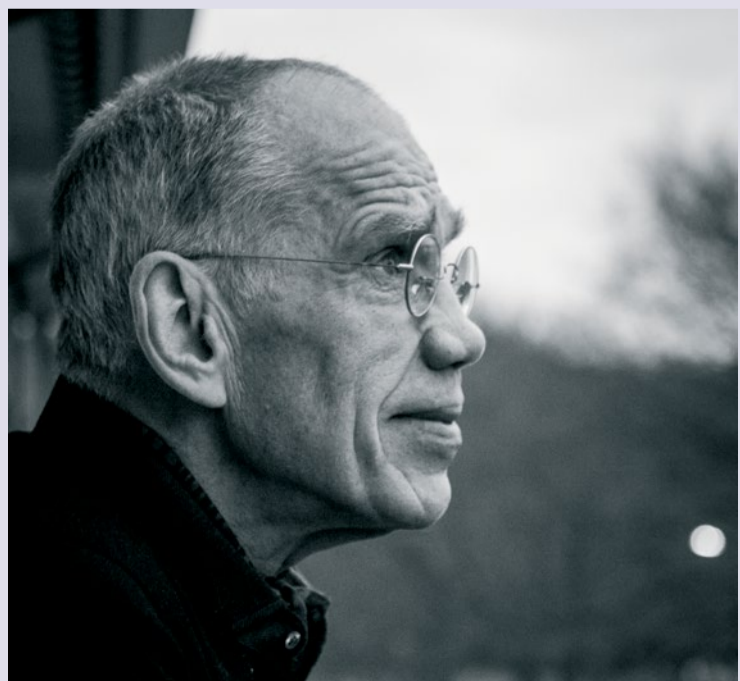
Hoewel sommigen een bredere indicatie voorstaan, zijn Hall-kronen vooral geïndiceerd bij angstige kinderen met grote proximale caviteiten en als het risico op pijn of ontsteking te groot is bij een behandeling zonder kroon. Contra-indicaties zijn: nikkelallergie, irreversibele ontsteking, te weinig retentie en het onvoldoende behandelbaar zijn met een groot risico op aspiratie.

Kindvriendelijke mondzorg volgens René Gruythuysen

Kindvriendelijke mondzorg is de behandeling die voor kinderen het minst belastend is in fysiek en mentaal opzicht en die stimuleert tot verbetering van het monddrag. Deze benadering is in overeenstemming met de ethiek, de Jeugdwet en het profiel van de tandarts. In de praktijk komt dit neer op het aanpakken van de oorzaak. De kern bij de

oorzakelijke behandeling van cariës is het remmen of stoppen van cariësactiviteit door adequate reiniging met fluoridetandpasta. Uiteraard is aandacht voor een juiste balans in het voedingspatroon medebepalend voor een gezonde mond.

(uit: Gruythuysen RJM. *Kindvriendelijke mondzorg*. AccreDidact, 2018-4: Houten, p. 10)



Afbeelding 1. Hall-kronen die vier jaar geleden op de tijdelijke molaren zijn aangebracht. (FOTO: THIERRY BOULANGER)

Afbeelding 2a-b.
a. Gebruik een pocketsonde om de mesiodistale afmeting van de kroon te bepalen.
b. Voor het aanbrengen van separatieringetjes kan ook flossdraad worden gebruikt.

Afbeelding 3a-b. Bij het passen van de voorgevormde kroon moet worden vermeden dat de grootste omtrek (de meetlijn) wordt gepasseerd, waardoor het uitnemen voor problemen zorgt.

Afbeelding 4a-c.
a. Open beet vlak na het plaatsen van de kroon. De cementresten moeten nog worden verwijderd.
b. Bij het volgende bezoek, zes weken later, is de occlusie hersteld.
c. Zijaanzicht van de herstelde occlusie. (FOTO'S: THIERRY BOULANGER)

Lees verder op pagina 10 ►