

Dat is het zeker!

Ik ben vrijgevestigde Mondhygiënist en dikwijls ondervind ik problemen als ik netjes vraag om een opdracht voor anesthesie , of preparatie/ restauratie bij een patiënt die dit graag bij mij wilt laten doen. Wat ook een rol speelt zijn de lange wachttijden bij tandartsen en het feit dat zij tandartsassistenten wel deze vullingen laten leggen. Vaak wordt er dan niet gecontroleerd of dit goed is gegaan. Ik zie vervolgens patiënten binnenkomen met bar slechte randaansluitingen van de vullingen. Dit heeft tot gevolg dat er secundaire cariës kan ontstaan en / of tandvleesontstekingen door plaque ophoping. De patiënten die ik zie en waarbij ik een gaatje constateer zou ik gelijk kunnen helpen, omdat alles al ingericht is en ik heel ruim plan. Dat is meestal ook de werkwijze van vrijgevestigde Mondhygiënisten (ruim plannen).

Het is ook niet zo dat de preventie op een lager pitje komt te staan, nee het is nog steeds target nummer 1. Bovendien kunnen wij , als we zelf röntgenfoto's mogen maken ook betere diagnoses stellen. Röntgenfoto's worden dikwijls niet verstrekt door de tandartsen.

Met de tandartsen bij wie de informatieverstrekking en samenwerking wel goed gaat heb ik een goede vertrouwens- relatie op kunnen bouwen waarbij wij elkaar van informatie voorzien en waarbij er naar elkaar geluisterd wordt en geleerd wordt van elkaar. Ik ben wel van mening dat het goed is om de patiënt minstens 1x per jaar door een tandarts te laten zien, zodat die problemen die buiten mijn expertisegebied liggen kan opmerken en volgen/ behandelen.

Als dit op de juiste manier wordt aangepakt, met respect voor elkaars expertise dan zal het eerder een verrijking zijn dan een verarming.

Tandartsen kunnen zich dan beter concentreren op de gecompliceerdere materie en zullen daar genoeg brood uit kunnen halen, want zij zijn dan specialist op hun gebied, wat vertrouwen schept bij de patiënt , maar ook bij de doorverwijzer.

Nu is het nog zo dat sommige tandartsen moeten rennen van stoel naar stoel om alle controles te zien en tegelijkertijd een gaatje te vullen , of een kroonpreparatie te doen. Dat schept heel veel onrust , ook bij patiënten , omdat er dan aan de tandartsassistent veel wordt overgelaten. Die moeten dan de vulling leggen, of een noodkroon maken, de afdrukken nemen enz. Tandarts is ondertussen aan het rennen tussen de andere stoelen. Met als gevolg dat ik verhalen hoor van patiënten uit zo een praktijk:

-"Tandarts heeft 2 minuten gekeken, de assistent heeft verder alles gedaan".

-"Tandarts heeft geen tijd voor mij, het lijkt alsof hij alleen maar met meer geld verdienen bezig is. Nu wilt hij ook nog Botox behandelingen doen, maar als ik een afspraak wil maken omdat mijn vulling kapot is en ik erg last van heb, moet ik een week wachten !"

We weten dat er straks ook nog een substantieel tekort zal zijn van tandartsen omdat een groot deel uit de jaren 70 met pensioen zal gaan.

Dan zal de kwaliteit door tijdsdruk nog meer onder druk gezet worden. Door deze taakherschikking kan dit deels worden opgevangen.

De overheid zou ook subsidie kunnen geven om meer te doen op gebied van preventie in lage SES gebieden. Die preventie zou dan door Mondhygiënisten worden gedaan. Dan is de nood ook wat opgevangen en ben je constructief bezig. Momenteel is er de NOCTP methode op basis van individuele preventie met een aangepast controle termijn; die wetenschappelijk bewezen werkt, tenzij de ouders meewerken .

Echter is dat vaak niet het geval in lage SES gebieden.

Er zijn tal van jonge kinderen (50%) onder de 5 jaar die al een gaatje hebben! (Truinman et al, 2014)

Het vijfjarig experiment is een logisch gevolg van al deze signalen uit de samenleving.

-1. Wat nu als een Mondhygiënist een abces constateert na een parodontale behandeling

-2. Wat nu als een Mondhygiënist exposeert tijdens het boren (de zenuw bereikt)?

Deze twee vragen heb ik naast elkaar gelegd omdat de strekking eigenlijk hetzelfde is: er is in beide gevallen sprake van een invasieve behandeling met complicaties die acuut behandeld moeten worden.

Bij de 1e betreft het een behandeling die valt binnen de huidige bevoegdheden van een Mondhygiënist, waarbij er pocketweefsel wordt gemanipuleerd tijdens het retentievrij maken van de worteloppervlakken. Door allerlei omstandigheden kan de ontsteking alsnog acuut worden en er abcesvorming plaatsvinden.

Bij de 2e betreft het een voorbehouden handeling, waarbij tandweefsel wordt doorsneden d.m.v. boortjes en handinstrumenten, tijdens het verwijderen van carieus weefsel. Door allerlei omstandigheden kan de zenuw bereikt worden en daardoor geïnfecteerd raken. Hierdoor kan er acute ontsteking ontstaan en er op den duur ook abcesvorming plaatsvinden.

In beide gevallen is het noodzakelijk om de patiënt in te lichten en indien nodig door te verwijzen naar de tandarts.

Hetzelfde is van toepassing op een tandarts die een zenuwkanaal niet kan vinden of goed kan reinigen, die verwijst ook door naar een endodontoloog of Kaakchirurg.

Ook een mislukte extractie van een kies is een voorbeeld van een acute situatie, als de tandarts de kies er niet uit krijgt zal die ook moeten doorverwijzen naar de Kaakchirurg.

Concluderend kan er dus gesteld worden dat wij in de mondzorg elkaar allemaal nodig hebben en dat er genoeg redenen zijn om dit experiment te ondersteunen teneinde de mondzorg van Nederland op een hoger peil te krijgen.